

## Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060: Alterung und Reformen

**Carsten Colombier**  
**Benjamin Lerch**  
**Thomas Brändle**



Die Working Papers der EFV spiegeln nicht notwendigerweise die offiziellen Positionen des Amtes, des Departements oder des Bundesrats wider. Für die in den Arbeiten vertretenen Thesen und allfällige Irrtümer sind in erster Linie die Autoren selbst verantwortlich.

## Impressum

Redaktion	Eidgenössische Finanzverwaltung EFV, Wirtschafts- und Geldpolitik W+G Carsten Colombier, Benjamin Lerch, Thomas Brändle Bundesgasse 3 CH-3003 Bern Schweiz
E-Mail	<a href="mailto:carsten.colombier@efv.admin.ch">carsten.colombier@efv.admin.ch</a> , <a href="mailto:benjamin.lerch@efv.admin.ch">benjamin.lerch@efv.admin.ch</a> , <a href="mailto:thomas.braendle@efv.admin.ch">thomas.braendle@efv.admin.ch</a>
Internet	<a href="http://www.efv.admin.ch">www.efv.admin.ch</a> <a href="#">Grundlagenarbeiten zur Wirtschaftspolitik</a>
Layout	Webteam EFV, SPK
ISSN	1660-8240
Sprachen	Deutsch, Französisch, Englisch

# Inhaltsverzeichnis

KURZFASSUNG	4
1 EINLEITUNG	5
2 GRUNDLAGEN DER PROJEKTIONEN	10
2.1 Gesundheitsausgaben	10
2.2 Kostentreiber im Gesundheitswesen	12
2.3 Szenarien	15
2.4 Annahmen zu Demografie und Wirtschaftsentwicklung	19
2.5 Ausgabenprofile für das Gesundheitswesen	20
2.6 Berücksichtigung von EFAS und der kantonalen Mindestbeiträge zur IPV	22
3 ERGEBNISSE DER PROJEKTIONEN DER GESUNDHEITSAUSGABEN	25
3.1 Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen bis 2060	25
3.2 Ausgaben für Leistungen des KVG	31
3.3 Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	34
3.4 Öffentliche Gesundheitsausgaben	34
4 VERGLEICH MIT ANDEREN STUDIEN	42
4.1 Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen 2022	42
4.2 Internationaler Vergleich	42
5 FINANZPOLITISCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN	44
LITERATURVERZEICHNIS	47
ANHANG	53

# Kurzfassung

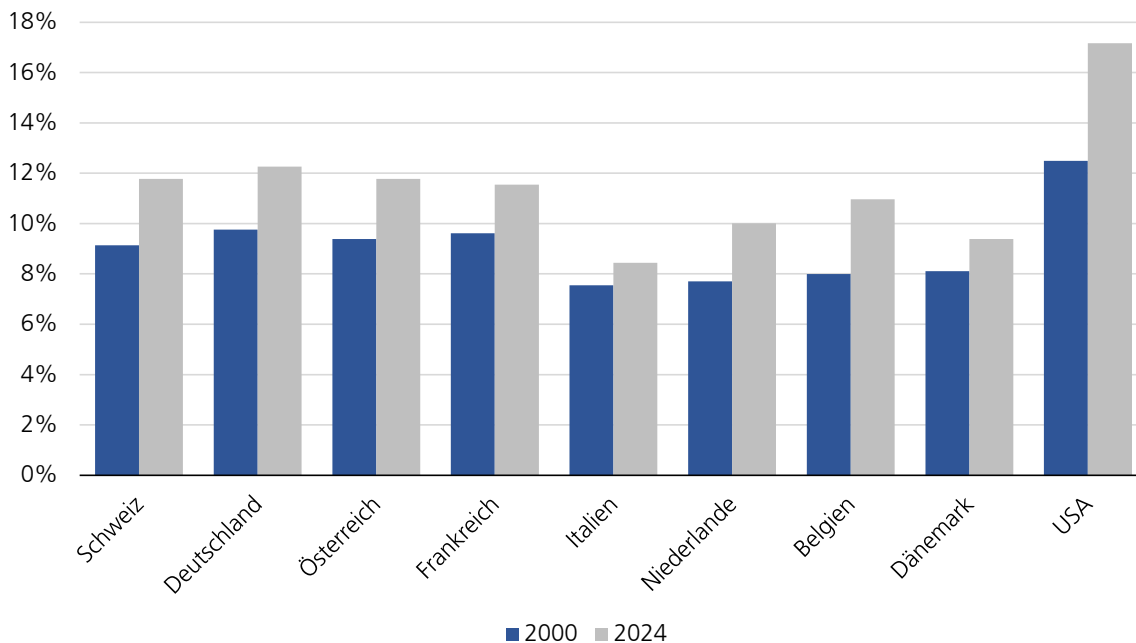
- Die steigende Belastung der Prämien- und der Steuerzahlenden durch die Gesundheitsausgaben ist Gegenstand von sozial- und finanzpolitischen Reformdebatten. Um den Reformbedarf im Gesundheitswesen aufzuzeigen, werden neue Ausgabenprojektionen für die Schweiz bis ins Jahr 2060 erstellt.
- Die Projektionen geben eine Orientierung über die langfristige Ausgabendynamik im Gesundheitswesen. Sie basieren auf den Bevölkerungsszenarien des Jahres 2025. Sie berücksichtigen zudem die jüngst beschlossenen Reformen in der Gesundheitsfinanzierung, das heisst die Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie der Pflege (EFAS) und die Verpflichtung der Kantone zu einem Mindestbeitrag zur Prämienverbilligung.
- Die Projektionen zeigen erstens, dass die strukturellen Kostentreiber wie Alterung, steigende Einkommen und medizinischer Fortschritt sowie die Baumolsche Kostenkrankheit einen anhaltenden Druck auf das Gesundheitswesen ausüben. Die gesamten Gesundheitsausgaben steigen unter den getroffenen Annahmen von 11,2 % des BIP im Jahr 2023 auf 15,3 % des BIP im Jahr 2060. Die voranschreitende Alterung führt primär in der Langzeitpflege zu Mehrbelastungen. Hingegen dominieren nicht-demografische Kostentreiber den Bereich Gesundheit.
- Zweitens wird deutlich, dass die jüngsten Reformen zu Verschiebungen in der Finanzierung zwischen der obligatorischen Krankenversicherung und den öffentlichen Haushalten führen. Die öffentlichen Haushalte werden voraussichtlich stärker belastet im Bereich Gesundheit, hingegen in der Langzeitpflege etwas entlastet. Sind diese Finanzierungsreformen Anfang der 2030er-Jahre umgesetzt, verläuft die Kostendynamik für Prämien- und Steuerzahlende im Gleichklang.
- Drittens wird erstmals mit Hilfe einer stärker nach Gesundheitsleistungen differenzierten Betrachtung versucht, den Trend zur Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen abzubilden. Da ambulante Behandlungen im Durchschnitt kostengünstiger sind, dämpft dieser Trend das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen.
- Um der Unsicherheit bezüglich der Kostentreiber Rechnung zu tragen, werden Alternativszenarien verwendet: Sie unterstreichen, dass veränderte Annahmen über Alterung und Morbidität, Migration, Einkommen und medizinischen Fortschritt sowie die Baumolsche Kostenkrankheit für die Ausgabenentwicklung von Bedeutung sind.
- Gesundheitspolitisch gefährdet ein anhaltend hohes Ausgabenwachstum den allgemeinen Zugang der Bevölkerung zum Gesundheitswesen. Finanzpolitisch bedeutet ein anhaltend hohes Ausgabenwachstum, dass Gesundheitsausgaben innerhalb der Budgets von Bund, Kantonen und Gemeinden einen zunehmend grösseren Anteil beanspruchen und andere Ausgaben verdrängen. Zudem ist mit weiteren Forderungen nach einer stärkeren Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens zu rechnen, welche auch die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen tangieren kann. Dies gefährdet gesamthaft die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen.
- Vor diesem Hintergrund sind weitere Massnahmen für Effizienzsteigerungen und zur Dämpfung des Ausgabenwachstums angezeigt. Zentrale Ansatzpunkte sind verbindliche Kostenziele, welche mehr Kostenverantwortung der Akteure im Gesundheitswesen erzeugen, und eine verbesserte Spitalplanung, welche Überkapazitäten abbauen kann. Weiterhin sind Massnahmen zur Stärkung von ambulanten Pauschalen, der Prävention und Gesundheitsförderung, ein effektives Health Technology Assessment, eine bessere Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung (z. B. geringere Koordinationskosten durch Digitalisierung) sowie eine vorausschauende Personalpolitik voranzutreiben.

# 1 Einleitung

Auch nach der COVID-19 Pandemie steht das Gesundheitswesen vor grossen Herausforderungen. Qualitativ hochwertige Gesundheitsleistungen sollen allen zugänglich sein, das Gesundheitswesen soll Leistungen effizient erbringen und insbesondere resilient gegenüber Gesundheitskrisen sein. Zugleich muss das Gesundheitswesen nachhaltig finanzierbar sein.

Die steigende Belastung der Prämien- und Steuerzahlenden durch die Gesundheitsausgaben zählt zu den grössten Sorgen der Schweizer Bevölkerung (UBS, 2025). Daher sind die steigenden Gesundheitsausgaben auch Gegenstand von sozial- und finanzpolitischen Reformdebatten. Ähnliches lässt sich auch international beobachten (OECD, 2025). Die Gesundheitsausgaben sind über die letzten Jahrzehnte in vielen entwickelten Ländern stark angestiegen (vgl. Grafik 1). In der Schweiz sind sie – gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP) – von etwas über 9 % im Jahr 2000 auf über 11 % im Jahr 2024 angestiegen. Im Jahr 2025 dürften die Gesundheitsausgaben die Marke von 100 Milliarden Franken überschritten haben (Anderes und Gersbach, 2025).

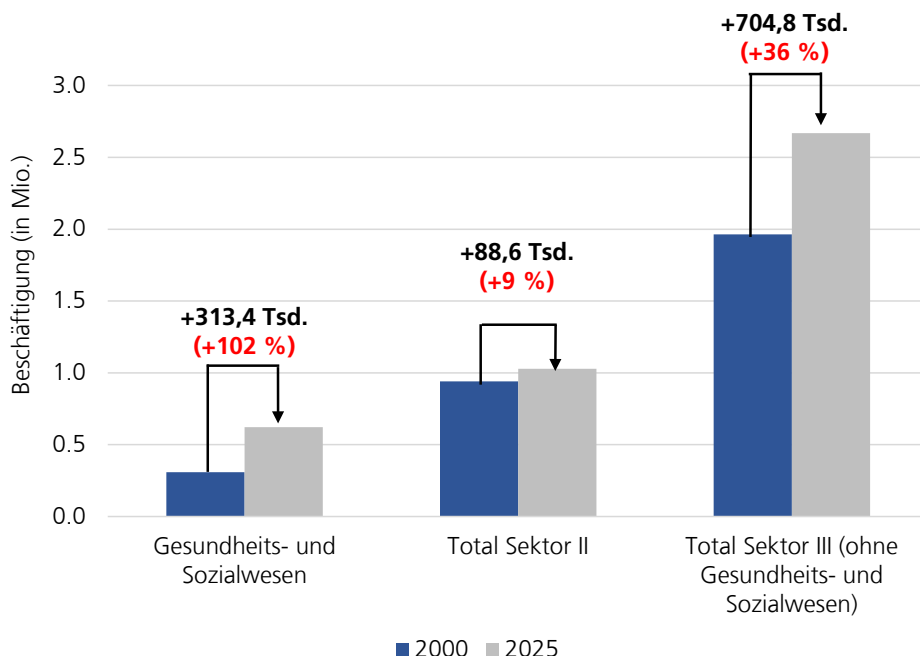
**Grafik 1: Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich** (in % des BIP)



Bemerkungen: Vorläufige Prognosen der OECD für das Jahr 2024.

Quelle: OECD

Die ausgeprägte Ausgabendynamik im Gesundheitswesen hat auch weitere makroökonomische Implikationen. So ist für die Schweiz neben einem Wertschöpfungsanstieg auch ein starkes Beschäftigungswachstum im Gesundheits- und Sozialwesen von volkswirtschaftlicher Bedeutung. Über die letzten 25 Jahre hat sich die Beschäftigung mehr als verdoppelt und es sind mehr als 300 000 zusätzliche vollzeitäquivalente Arbeitsplätze im Gesundheits- und Sozialwesen entstanden. Im selben Zeitraum betrug das Beschäftigungswachstum in den sekundären und tertiären Wirtschaftssektoren (ohne das Gesundheits- und Sozialwesen) hingegen lediglich 9 % bzw. 36 %. Die aktuellen Branchenszenarien legen sodann auch für die Zukunft ein weiter voranschreitendes Wachstum des Gesundheitswesens nahe (BK, 2025).

**Grafik 2: Beschäftigung nach Sektor im Jahr 2000 und 2025**

Bemerkungen: Veränderungen der Beschäftigung in absoluten (Tausend) und relativen (in %) Werten von Q1/2000 bis Q3/2025. Sektor II umfasst die Wirtschaftsbranchen 5–43 gemäss der Allgemeinen Systematik der Wirtschaftszweige (NOGA). Sektor III umfasst die Branchen 45–96. Das Gesundheits- und Sozialwesen umfasst die Branchen 86–88.

Quelle: BFS

Ein wichtiges Element einer vorausschauenden Politik ist die Frage der nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens. Hierzu leisten die vorliegenden Ausgabenprojektionen für die Schweiz bis ins Jahr 2060 einen wesentlichen Beitrag. Die Projektionen geben eine Orientierung über die mittel- bis langfristige Ausgabedynamik im Gesundheitswesen, verbessern das Verständnis der zugrundeliegenden Kostentreiber und unterstreichen den anhaltenden Reformdruck.

Finanzpolitisch steht primär die Frage im Vordergrund, wie das Ausgabenwachstum gebremst werden kann, damit die öffentlichen Gesundheitsausgaben innerhalb der Budgets von Kantonen und Bund nicht einen zunehmend grösseren Anteil beanspruchen. Beim Bund verdrängen beispielsweise die deutlich wachsenden Ausgaben für die soziale Wohlfahrt (Alterssicherung, Prämienverbilligung, etc.), welche meist stark gebunden sind, in der Tendenz die weniger gebundenen und leichter kürzbaren Ausgaben im regelgebundenen Budgetprozess (Bundesrat, 2024). Damit eng verbunden geht es sozial- und gesundheitspolitisch primär um die Frage, wie das starke Ausgabenwachstum gebremst werden kann, ohne dass der allgemeine Zugang der Bevölkerung zum Gesundheitswesen gefährdet wird und weiterhin qualitativ hochstehende Gesundheitsleistungen erbracht werden können. Bei anhaltendem Ausgabenwachstum ist zudem mit Forderungen nach einer vermehrten Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens zu rechnen, welche auch die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen tangieren kann.

Die Ausgabenprojektionen basieren auf den Bevölkerungsszenarien des Bundesamts für Statistik (BFS, 2025a) und verwenden einen Makro-Kohorten-Ansatz. Dieser Ansatz lehnt sich an das Vorgehen der OECD (Lorenzoni et al., 2024; OECD, 2025) und der Europäischen Kommission (AWG, 2024) an. Die Projektionen berücksichtigen die absehbaren Auswirkungen der 2024 beschlossenen Reformen in der Gesundheitsfinanzierung. Diese Reformen umfassen die Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie der Pflege (EFAS) und die Verpflichtung der Kantone zu einem Mindestbeitrag zur Prämienverbilligung ab 2026.

Die zugrundeliegenden strukturellen Kostentreiber sind zum einen die Alterung: Eine ältere Bevölkerung fragt mehr Gesundheitsleistungen nach und hat einen höheren Bedarf an Pflege. Neben den unmittelbaren Auswirkungen der Alterung spielt die Entwicklung des Gesundheitszustands (Morbidität) bei fortschreitender Lebenserwartung eine Rolle. Zum anderen sind nicht-demografische Kostentreiber von Bedeutung. Zuerst wird dem Zusammenhang zwischen der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung und dem Wachstum der Gesundheitsausgaben Rechnung getragen. Über diesen Zusammenhang sollen nachfrage- und angebotsseitige Aspekte erfasst werden, wie steigende Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen und der medizinisch-technische Fortschritt. Zudem ist zu beobachten, dass die Preisentwicklung im Gesundheitswesen im Vergleich zum Rest der Wirtschaft überdurchschnittlich hoch ist. Dies kann auf Ineffizienzen im Gesundheitswesen, den Fachkräftemangel und die Baumolsche Kostenkrankheit zurückgeführt werden. Letztere beschreibt, dass aufgrund des personalintensiven Gesundheitswesens die Produktivitätsfortschritte geringer sind als im Rest der Wirtschaft, was zu einem stärkeren Lohn- und damit Kostenwachstum beiträgt.

Für die steigenden Gesundheitsausgaben sind auch weitere Besonderheiten relevant. Insbesondere kann es im Gesundheitswesen durch ausgabensteigernde Anreize aufgrund der Versicherungsdeckung («*moral hazard*» bzw. «*behavioral hazard*») und asymmetrisch verteilter Informationen zwischen Patient/-in und Arzt/Ärztin zu Marktversagen kommen. Letzteres kann angesichts des besseren Informations- und Wissensstands der Ärzte bezüglich der Behandlung zu einer anbieterinduzierten Nachfrage («*supplier-induced demand*») führen, sodass die Behandlungen über das medizinisch notwendige Mass hinausgehen. Diese Faktoren – zusammen mit einer Vielzahl von Akteuren mit teils gegenläufigen Interessen – tragen zu einer hohen Komplexität im Gesundheitswesen bei.

Die Projektionen zeigen erstens, dass die Alterung, die steigenden Einkommen, der medizinische Fortschritt sowie die Baumolsche Kostenkrankheit einen anhaltenden Druck auf das Gesundheitswesen, sprich Gesundheit und Langzeitpflege, ausüben werden. Gemäss den Projektionen steigen die gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen im Referenzszenario von 11,2 % des BIP im Basisjahr 2023 auf 15,3 % im Jahr 2060. Sie wachsen somit deutlich schneller als die Wirtschaft.

Die nicht-demografischen Faktoren sind im Bereich der Gesundheit hauptsächlich für das Kostenwachstum verantwortlich, während im Bereich der Langzeitpflege die voranschreitende Alterung und die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit primär zu Mehrbelastungen führen. Aus einer Finanzierungssicht werden die wesentlichen Zusatzlasten von den öffentlichen Haushalten und der OKP getragen. Im Referenzszenario steigen die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen von 3,5 % auf 5,0 % des BIP. Über zwei Drittel der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen werden von den Kantonen getragen.

Zweitens wird deutlich, dass die jüngsten Reformen zu Verschiebungen in der Finanzierung zwischen der obligatorischen Krankenversicherung und den öffentlichen Haushalten führen. Die öffentlichen Haushalte, insbesondere die Kantone, werden mit EFAS ab 2028 voraussichtlich stärker im Bereich Gesundheit belastet, da sie sich künftig auch an der Finanzierung der ambulanten Leistungen beteiligen. Ab 2032 werden die Kantone und die Gemeinden durch den Einbezug der Langzeitpflege in EFAS etwas entlastet. Sind diese Finanzierungsreformen Anfang der 2030er-Jahre vollständig umgesetzt, wachsen die Ausgaben der prämien- und steuerfinanzierten Gesundheitsleistungen im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) proportional zueinander.

Des Weiteren führen die neuen kantonalen Mindestbeiträge zur Prämienverbilligung zu zusätzlichen Belastungen für die Kantone. Der Bundeshaushalt ist hauptsächlich durch seinen Beitrag zur Finanzierung der IPV betroffen, dieser ist bei 7,5 % der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festgesetzt.

Drittens wird erstmals mit Hilfe einer stärker nach Gesundheitsleistungen differenzierten Betrachtung der Ausgabendynamik der Trend zur Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen («Ambulantisierung») abgebildet. Unter den getroffenen Annahmen verzeichnen die Ausgaben für ambulante Leistungen im Bereich der Gesundheit zwischen 2023 und 2060 einen stärkeren Anstieg im Verhältnis zum BIP als die Ausgaben für stationäre Leistungen (+2,1 % gegenüber +0,7 % des BIP). Da ambulante Behandlungen im Durchschnitt kostengünstiger sind, dämpft der Trend zur «Ambulantisierung» das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen.

Darüber hinaus unterstreichen die Alternativszenarien, dass veränderte Annahmen über Alterung und Morbidität, Migration, Einkommen und medizinischen Fortschritt sowie die Baumolsche Kostenkrankheit von Bedeutung sind. So steigen die Gesundheitsausgaben im Szenario mit einer stärker ausgeprägten Baumolschen Kostenkrankheit oder einer höheren Einkommenselastizität bis 2060 auf 16,7 % bzw. 16,3 % des BIP. Im Szenario mit einer tieferen Einkommenselastizität werden die Gesundheitsausgaben im Jahr 2060 hingegen auf 14,5 % des BIP geschätzt.

Die Projektionen sind nicht als Prognosen aufzufassen, sondern stellen primär eine Fortschreibung langfristiger Trends und deren Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben dar. Die Projektionen geben keinen Aufschluss darüber, wie hoch die Gesundheitsausgaben genau sein werden. Im Vordergrund steht die Frage: Wie werden sich die Gesundheitsausgaben unter den getroffenen Annahmen entwickeln, wenn – ausser den bereits beschlossenen Reformen – keine weiteren Massnahmen ergriffen werden.

Die Projektionen geben eine Orientierung über die langfristige Ausgabendynamik im Gesundheitswesen und unterstreichen die Dringlichkeit von weiteren Reformen. Die Ausgabenprojektionen vertiefen die Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen (EFD, 2024) und verdeutlichen vor dem Hintergrund der jüngsten Reformen in der Gesundheitsfinanzierung die Zusatzlast für die Prämien- und Steuerzahlenden.

Weitere Massnahmen für Effizienzsteigerungen und zur Dämpfung des Ausgabenwachstums sind angezeigt. Zentrale Ansatzpunkte sind verbindliche Kostenziele, welche mehr Kostenverantwortung der Akteure im Gesundheitswesen erzeugen, und eine verbesserte Spitalplanung,

welche Überkapazitäten abbauen kann. Weiterhin sind Massnahmen zur Stärkung der ambulanten Pauschalen, der Prävention und Gesundheitsförderung, ein effektives Health Technology Assessment, eine bessere Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung (z. B. geringere Koordinationskosten durch Digitalisierung) sowie eine vorausschauende Personalpolitik voranzutreiben.

Trotz der kostenseitigen Betrachtung ist hervorzuheben, dass ein funktionierendes Gesundheitswesen grossen Nutzen bringt, da es den Gesundheitszustand der Bevölkerung erhält und verbessert. Ein besserer Gesundheitszustand kann das Wirtschaftswachstum stärken (Ridhwan et al., 2022; Fumagalli et al., 2024). Dies etwa durch eine bessere Nutzung des Arbeitskräftepotenzials dank geringerer krankheitsbedingter Absenzen und durch Anreize zu mehr Investition in Bildung, was wiederum wichtig ist für eine höhere Produktivität und Innovationskraft.

In Abschnitt 2 werden die Grundlagen der Projektionen dargestellt. Der Abschnitt 3 präsentiert die Ergebnisse der Projektionen für das gesamte Gesundheitswesen, für die Leistungen im Rahmen des KVG, für die Prämienzahlenden sowie für die öffentlichen Haushalte. In Abschnitt 4 wird ein Vergleich mit der Vorgängerstudie und mit Ausgabenprojektionen anderer Länder angestellt. Abschnitt 5 schliesst mit finanzpolitischen Implikationen ab.

## 2 Grundlagen der Projektionen

In diesem Abschnitt wird auf die wesentlichen Elemente der Projektionsmethodik des Makro-Kohorten-Ansatzes eingegangen. Zuerst werden die Gesundheitsausgaben und ihre Aufteilung nach Bereichen und Finanzierungsträgern dargestellt (Abschnitt 2.1) und im Anschluss die Kostentreiber im Gesundheitswesen diskutiert (Abschnitt 2.2). Die wesentlichen Kostentreiber fliessen sodann in die Szenarien ein, welche in Abschnitt 2.3 erläutert werden. Anschliessend werden in Abschnitt 2.4 die Annahmen zur Entwicklung von Demografie und Wirtschaft dargestellt. In Abschnitt 2.5 werden die Ausgabenprofile für das Gesundheitswesen beschrieben. Abschnitt 2.6 erläutert den Einbezug der jüngsten Finanzierungsreformen (EFAS und kantonaler Mindestbeitrag zur IPV).

### 2.1 Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitsausgaben stammen aus der Statistik des BFS «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens». Für die öffentliche Hand werden die Daten der öffentlichen Finanzstatistik herangezogen (EFV, 2025). Für den Bund inklusive AHV/IV sind zum Zeitpunkt der Erstellung der Ausgabenprojektionen Daten bis zu den Jahren 2023 und 2024 verfügbar, für Kantone und Gemeinden bis 2023. Für die Daten zur OKP wird die Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des BAG herangezogen.

Für die Ausgabenprojektionen ist 2023 grundsätzlich das Basisjahr. Aufgrund der berücksichtigten, jüngsten Reformen und der Verwendung möglichst aktueller Datengrundlagen, welche auch Schätzungen der Gesundheitsausgaben für die Jahre 2024 bis 2026 enthalten, greifen die langfristigen Projektionen mittels des Makro-Kohorten-Ansatzes erst ab dem Jahr 2027.<sup>1</sup>

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen werden in die Bereiche Gesundheit und Langzeitpflege unterteilt. Darauf aufbauend werden die Ausgaben der einzelnen Bereiche sowie deren Aufteilung in ambulante und stationäre Leistungen unterschieden.

Anschliessend werden die Ausgaben für die Gesundheitsleistungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG-Leistungen) abgegrenzt, welche mit EFAS eine grössere Bedeutung bekommen. Zudem werden die Anteile der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sowie der öffentlichen Hand, mit Berücksichtigung staatlicher Transfers wie der IPV, an den Gesundheitsausgaben entsprechend ermittelt.

Nach Bereichen betrachtet, setzen sich die gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen im Basisjahr 2023 wie folgt zusammen (vgl. Grafik 3, Panel A):

- 79 % sind Ausgaben für den Bereich Gesundheit und 21 % sind Ausgaben für die Langzeitpflege;
- In der Gesundheit entfallen 54 % der Ausgaben auf ambulante Behandlungen in Arztpraxen, Krankenhäusern und bei Therapeuten sowie 29 % auf stationäre Behandlungen in Krankenhäusern. Der Rest von 17 % setzt sich aus den Ausgaben für Verwaltung, Lehre und Forschung, Prävention und Zahnbehandlung zusammen;
- Der Bereich Langzeitpflege umfasst zu 78 % Ausgaben für stationäre Leistungen in den Pflegeheimen und zu 22 % ambulante Leistungen der spitalexternen Pflege (Spitex).

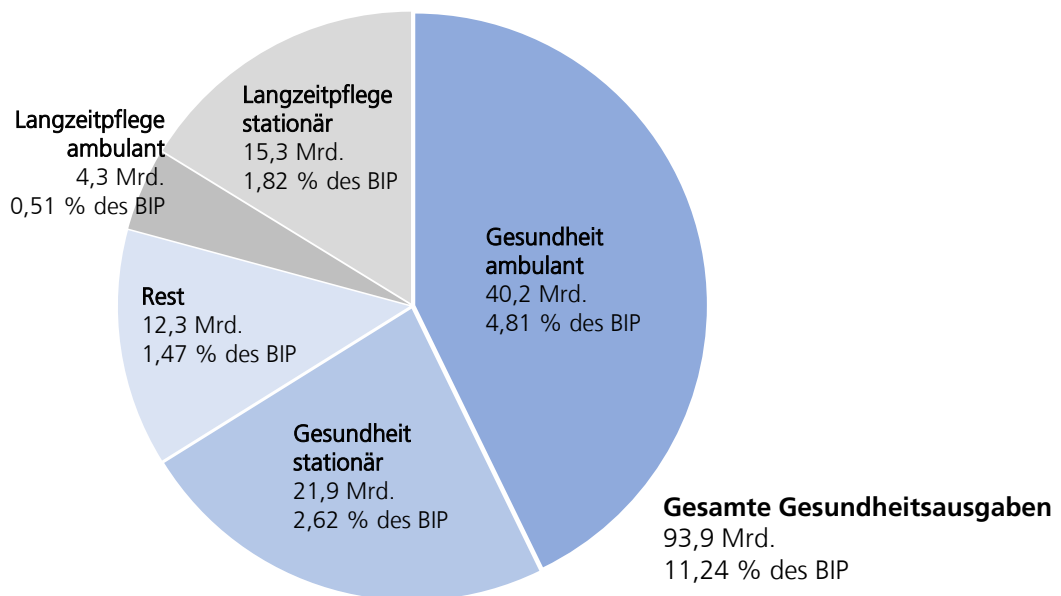
<sup>1</sup> Tabelle A1 im Anhang gibt eine Übersicht über die zugrundeliegenden Quellen und Annahmen für das Ausgabenwachstum nach Bereichen und Finanzierungsträgern für die Jahre von 2023 bis 2026.

Nach Finanzierungsträger betrachtet, lassen sich die gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen im Basisjahr 2023 wie folgt aufteilen (vgl. Grafik 3, Panel B):

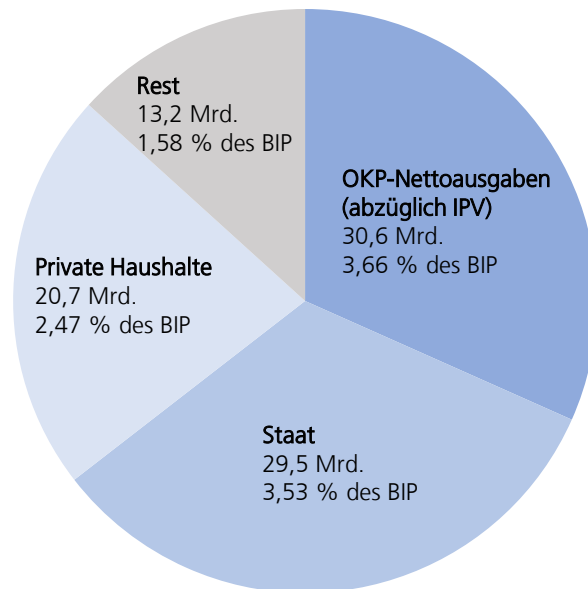
- Die Nettoausgaben der OKP (das heisst die OKP-Bruttoausgaben inklusive Verwaltungsausgaben abzüglich Kostenbeteiligung privater Haushalte und abzüglich individueller Prämienverbilligung) betragen 33 %;
- Die öffentliche Hand finanziert 31 % der Ausgaben für das Gesundheitswesen. Der grösste Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben wird mit 67 % durch die Kantone finanziert, gefolgt vom Bund mit 12 %, den Gemeinden mit 11 % und den Beiträgen von AHV und IV mit 10 % für Hilflosenentschädigungen sowie für medizinische Leistungen und therapeutische Apparate;
- 22 % der Ausgaben werden durch die privaten Haushalte finanziert. Darunter fallen die Kostenbeteiligungen für die OKP, Selbstzahlungen und Zusatzversicherungen.
- Der restliche Anteil von 14 % entfällt zum Beispiel auf Ausgaben der obligatorischen Unfallversicherung, der privaten Zusatzversicherungen und der privaten Stiftungen.

**Grafik 3: Gesundheitsausgaben nach Bereich und Finanzierungsträger im Basisjahr 2023**  
(in Mrd. CHF und in % des BIP)

*Panel A: Ausgaben nach Bereich*



Panel B: Ausgaben nach Finanzierungsträger



Bemerkungen: OKP-Nettoausgaben entsprechen den Bruttoausgaben der OKP abzüglich Kostenbeteiligung der privaten Haushalte und abzüglich der IPV. Die IPV wird dem Staatssektor, sprich den öffentlichen Ausgaben zugerechnet.

Quelle: EFV, BFS, BAG

### 2.2 Kostentreiber im Gesundheitswesen

Als wesentliche strukturelle Treiber der Gesundheitsausgaben in entwickelten Volkswirtschaften werden in der Literatur eine Reihe von Einflussfaktoren diskutiert. Dazu zählen die Alterung der Bevölkerung, ihr Gesundheitszustand (Morbidity), die Einkommensentwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt, die Preisentwicklung für Gesundheitsleistungen gegenüber dem Rest der Wirtschaft sowie institutionelle Rahmenbedingungen, wie etwa der Umfang der Versicherungsdeckung. Neuerdings wird auch der Zusammenhang zwischen Klimawandel und Gesundheitsausgaben diskutiert (vgl. Box 1). Das Ausmass des Zusammenhangs zwischen den einzelnen Einflussfaktoren und den Gesundheitsausgaben ist jedoch häufig nicht eindeutig. Nachfolgend werden die strukturellen Kostentreiber näher erläutert.

#### 2.2.1 Alterung und Gesundheitszustand

Die Alterung der Bevölkerung beeinflusst die Gesundheitsausgaben, da ältere Menschen im Durchschnitt mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Steigt der Anteil älterer Personen in der Bevölkerung, erhöht sich folglich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, was wiederum zu höheren Gesundheitsausgaben führt.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Einige Studien legen nahe, dass steigende Gesundheitsausgaben weniger durch die Alterung an sich erklärt werden, sondern stärker durch die Nähe zum Tod, auch als «Red-Herring»-Hypothese bekannt (Zweifel et al., 1999; Seshamani und Gray, 2004; Werblow et al., 2007; Costa-Font und Vilaplana-Prieto, 2020). Die These ist jedoch umstritten und wird zunehmend infrage gestellt (Colombier und Weber, 2011; Panczak et al., 2017; Breyer und Lorenz, 2021; Milkovska et al., 2024). Aus diesen Gründen wird sie in den vorliegenden Ausgabenprojektionen nicht berücksichtigt.

Neben den unmittelbaren Auswirkungen der Alterung auf die Gesundheitsausgaben sind auch Veränderungen im Gesundheitszustand (Morbidität) relevant. Dabei stellt sich die Frage, wie sich der Gesundheitszustand mit steigender Lebenserwartung entwickelt. In der Literatur werden hierzu drei unterschiedliche Hypothesen diskutiert.

Erstens könnte eine Zunahme der Lebenserwartung mit einer reinen Morbiditätsausweitung einhergehen (*Pure Ageing*). Nach dieser These werden die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre nicht in guter Gesundheit verbracht (Gruenberg, 1977). Der Gesundheitszustand der Bevölkerung verschlechtert sich. Die zweite These geht von einer relativen Abnahme der Morbidität aus (*Healthy Ageing*). Die in Krankheit oder Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit bleibt unverändert. Die gewonnene Lebenszeit wird jedoch in guter Gesundheit verbracht (Manton, 1982). Die dritte These geht von einem Rückgang der Morbidität bei steigender Lebenserwartung aus (Fries, 1980; 1989). Die in Krankheit oder Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit kann durch bessere Technologien und bessere Prävention verringert werden. Die in guter Gesundheit verbrachte Lebenszeit nimmt damit stärker zu als die Lebenserwartung.

Da die Wechselwirkung zwischen steigender Lebenserwartung und Entwicklung des Gesundheitszustands empirisch nicht eindeutig belegt ist, berücksichtigen die Projektionen Szenarien mit alternativen Annahmen zur künftigen Entwicklung der Morbidität.

### **2.2.2 Einkommensentwicklung und medizinischer Fortschritt**

Als erster nicht von der Demografie abhängiger Einflussfaktor wird der empirisch belegte Zusammenhang zwischen der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung und dem Wachstum der Gesundheitsausgaben berücksichtigt. Zahlreiche Studien zeigen, dass das Einkommenswachstum ein zentraler Treiber der Gesundheitsausgaben ist (Nghiem und Connelly, 2017). Mit höheren Einkommen steigen typischerweise auch die Gesundheitsausgaben. Für die Schweiz wie auch international wird eine Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben von rund eins oder darunter geschätzt (De la Maisonneuve und Martins, 2014; Hartwig und Sturm, 2014; Baltagi et al., 2017; Colombier, 2018; AWG, 2024; Lerch et al., 2025). Dieser Zusammenhang soll sowohl nachfrage- als auch angebotsseitige Effekte abbilden, wie etwa einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsleistungen, steigende Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen nach qualitativ hochwertiger Versorgung und den medizinisch-technischen Fortschritt. Da sich der Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts empirisch nur schwer isolieren lässt (Marino und Lorenzoni, 2019; Lorenzoni et al., 2024), wird in den vorliegenden Projektionen dessen Effekt auf die Ausgaben indirekt über die gesamtwirtschaftliche Einkommensentwicklung abgebildet (Smith et al., 2009).

### **2.2.3 Baumolsche Kostenkrankheit und Lohndruck**

Der zweite nicht von der Demografie getriebene Einflussfaktor betrifft die Veränderung der relativen Preise für Gesundheitsleistungen gegenüber dem Rest der Wirtschaft.

In der Gesundheitsökonomie gilt die Baumolsche Kostenkrankheit als ein wichtiger angebotsseitiger Erklärungsfaktor für den Anstieg der Gesundheitsausgaben (Baumol, 1967; Bates und Santerre, 2013; Hartwig, 2008; Hartwig und Sturm, 2014; Colombier, 2017). Grundüberlegung ist,

dass der Kostendruck in arbeitsintensiven Sektoren wie dem Gesundheitswesen stärker zunimmt als in anderen Sektoren, da sie weniger stark vom technischen Fortschritt profitieren. Daher ist das Produktivitätswachstum im Gesundheitswesen geringer als in der Gesamtwirtschaft. Angesichts der relativ preisunelastischen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen müssen die Löhne der Beschäftigten im Gesundheitswesen jedoch ebenso stark steigen wie die Löhne im Rest der Wirtschaft, um die Attraktivität der Beschäftigung im Gesundheitswesen aufrechtzuerhalten. Dies kann zu einem Lohn- und damit Kostendruck im Gesundheitswesen führen. Der Baumolschen Kostenkrankheit wird vor allem in der arbeitsintensiven Langzeitpflege eine hohe Bedeutung beigemessen (Celebi et al., 2025). Im kapital- und technologieintensiveren Spitalsektor sind hingegen eher Produktivitätsfortschritte zu erwarten.

Zu den Faktoren, die diesen Trend zusätzlich verstärken können, zählt der sich durch die Alterung weiter verschärfende Fachkräftemangel. Dieser zeigt sich einerseits auf der Angebotsseite, da der Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung relativ betrachtet abnimmt. Andererseits nimmt auf der Nachfrageseite der Bedarf an Pflegepersonal aufgrund der demografischen Entwicklung zu (Obsan, 2025b). Hinzu kommen angebotsseitige Ineffizienzen im Gesundheitswesen, wie zu geringe Koordination zwischen Leistungserbringern oder tarifäre Fehlanreize, die den Kostendruck weiter erhöhen.

Im Folgenden wird für die angebotsseitigen Faktoren, die die Preisentwicklung beeinflussen (relativer Preiseffekt) und zwischen denen aus Datengründen nicht unterschieden werden kann, vereinfachend der Begriff der Baumolschen Kostenkrankheit verwendet.

### **2.2.4 Nicht berücksichtigte Faktoren**

Institutionelle und regulatorische Rahmenbedingungen spielen bei der Entwicklung der Gesundheitsausgaben ebenfalls eine Rolle. Beispiele hierfür sind die unterschiedlichen Vergütungs- und Tarifsysteme für Leistungserbringer oder die Rolle von Hausarztmodellen und Kostenbeteiligungen. Eindeutige empirische Aussagen über deren Kostenwirkung sind jedoch oft schwierig, da sie meist nur im Ländervergleich analysiert worden sind (De la Maisonnette et al., 2016). Wesentliche institutionelle Unterschiede sind ohnehin stärker für ländervergleichende Analysen von Bedeutung, weniger für länderspezifische Projektionen, die weitestgehend von einer «no-policy change»-Annahme ausgehen.

Weiterhin bleiben Trends wie die Verlagerung der Pflege älterer Personen durch Angehörige – beispielsweise aufgrund der stärkeren Erwerbsbeteiligung von Frauen – zur institutionellen Pflege (Spitex und Pflegeheime) unberücksichtigt. Auch werden Veränderungen in den Tarifen und Preisen für Behandlungen und Medikamente nicht explizit berücksichtigt. Diesbezügliche Trendannahmen für den Zeitraum bis 2060 sind mit zu hohen Unsicherheiten behaftet.

### Box 1: Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit

Die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels werden zunehmend untersucht. So zeigen epidemiologische Studien bereits, dass Hitzewellen erhebliche Auswirkungen auf Mortalität und Morbidität haben (Gasparrini et al., 2015; Haines und Ebi, 2019). Die Häufigkeit und Intensität von Hitzewellen dürfte infolge des Klimawandels weiter zunehmen und das Gesundheitswesen spürbar belasten. Dies gilt insbesondere im Zusammenspiel mit der alternden Bevölkerung, die gegenüber Hitzebelastung, Luftverschmutzung und klimabedingten Infektionskrankheiten vulnerabler ist (AWG, 2024). Allerdings liegen bislang nur wenige Studien zum Zusammenhang zwischen Klimawandel und Gesundheitsausgaben vor.

Für die USA schätzt eine aktuelle Studie der ETH Zürich, dass eine globale Erwärmung um 2,5 °C gegenüber dem vorindustriellen Niveau die öffentlichen Gesundheitsausgaben bis 2050 (im Verhältnis zum BIP) um rund drei Prozentpunkte erhöhen könnte (Barrage, 2024). Ähnliche Ergebnisse werden auch für die EU berichtet (Socol et al., 2023). Mit steigenden Temperaturen und einer alternden Bevölkerung könnte sich zudem die Zahl der Menschen, die von klimabedingten Gesundheitsproblemen betroffen sind, bis 2050 etwa verdoppeln (Falchetta et al., 2024; Holzhausen et al., 2024).

Der Weltklimarat (IPCC), die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Umweltagentur (EEA) weisen darauf hin, dass Europa weltweit zu den Regionen mit den höchsten klimabedingten Gesundheitsrisiken zählt (IPCC, 2022; WHO, 2022; Kazmierczak et al., 2022). Auch in der Schweiz gewinnen die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels an Bedeutung. Das Nationale Zentrum für Klimadienleistungen des Bundes hat unter anderem die Auswirkungen einer künftig zunehmenden Hitzebelastung auf die Gesundheitskosten untersucht (NCCS, 2025). Eine Studie aus 2019 zeigt, dass der Klimawandel sowohl die überdurchschnittliche Sterblichkeit infolge hitzebedingter Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen als auch Produktivitätsverluste der Arbeitskräfte erhöhen dürfte (Vöhringer et al., 2019). Eine weitere Studie schätzt, dass sich die hitzebedingte Sterblichkeit in der Schweiz bis 2060 von derzeit rund 300 auf etwa 1900 Todesfälle pro Jahr erhöhen könnte (de Schrijver et al., 2023).

### 2.3 Szenarien

Die Ausgabenprojektionen basieren auf «wenn-dann»-Aussagen. Sie stellen keine Prognosen für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben für die nächsten Jahrzehnte dar. Stattdessen werden die Gesundheitsausgaben mithilfe verschiedener Szenarien, die auf den strukturellen Kostentreibern basieren, modellhaft in die Zukunft projiziert.

Die Szenarien werden aufgrund der unterschiedlichen Einflussfaktoren getrennt für die Bereiche Gesundheit und Langzeitpflege berechnet. Diese werden weiter nach ambulanten und stationären Leistungen unterteilt.

Der Bereich Gesundheit umfasst Ausgaben für die ambulante Behandlung (in Arztpraxen und Krankenhäusern, Physiotherapie, Psychotherapie, Arzneimittel, therapeutische Apparate sowie unterstützende Dienstleistungen wie Laborleistungen), die stationäre Behandlung in Krankenhäusern (Spitäler und psychiatrische Kliniken, einschliesslich Arzneimitteln, therapeutischen Apparaten sowie unterstützenden Dienstleistungen wie Transport und Rettung), sowie Ausgaben für Verwaltung, Lehre und Forschung, Prävention und Zahnbehandlung. Unter dem Bereich Langzeitpflege fallen die Ausgaben für stationäre Leistungen in Pflegeheimen sowie für ambulante Leistungen der spitalexternen Pflege (Spitex).

In den vorliegenden Ausgabenprojektionen wird dabei erstmals der Trend zur Verlagerung von Gesundheitsleistungen vom stationären in den ambulanten Bereich explizit berücksichtigt («Ambulantisierung»). Beispiele dafür sind vermehrte mikroinvasive Eingriffe und andere Behandlungen, die dank des medizinischen Fortschritts keine stationäre Versorgung mehr erfordern (Obsan, 2025a). In der Schweiz dürfte diese Entwicklung durch die Einführung EFAS tendenziell verstärkt werden (Polynomics, 2022).

Die Projektionen sind durch Unsicherheiten hinsichtlich der wirtschaftlichen Entwicklung, des Ausmasses der Kosteneffekte und der Modellierung der nicht-demografischen Einflussfaktoren im Gesundheitswesen gekennzeichnet. Letzteres gilt insbesondere für den medizinisch-technischen Fortschritt. Daher werden neben einem Referenzszenario auch Alternativszenarien präsentiert. Tabelle 1 gibt eine Übersicht der Annahmen in den jeweiligen Szenarien, welche in den folgenden zwei Unterabschnitten beschrieben werden.

### 2.3.1 Referenzszenario

Im Referenzszenario entwickelt sich die Bevölkerung bis 2060 gemäss dem mittleren Bevölkerungsszenario (A-00-2025) des BFS. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert sich mit zunehmender Lebenserwartung. Im Makro-Kohorten-Modell wird die Verbesserung der Morbidität durch eine Altersverschiebung abgebildet. Dies bedeutet, dass z. B. eine in der Zukunft 50-jährige Person gesünder ist als eine 50-jährige Person im Basisjahr 2023. Für das Referenzszenario wird angenommen, dass jeder Jahrgang mit jedem gewonnenen Lebensjahr aus medizinischer Sicht ein halbes Jahr jünger und damit gesünder ist als im Basisjahr 2023.

Für den Bereich Gesundheit wird angenommen, dass die Ausgaben mit steigendem Einkommen überproportional um den Faktor 1,2 im ambulanten Bereich und proportional mit 1,0 im stationären Bereich (Einkommenselastizität) steigen. Die Einkommenselastizität widerspiegelt die steigenden Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen, den medizinisch-technischen Fortschritt sowie medizinisch nicht indizierte Mengenausweitungen. Im stationären Bereich fällt sie etwas geringer aus, da dieser kapitalintensiver ist und stärker von Effizienzsteigerungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt profitieren kann. Zudem spiegelt die höhere Einkommenselastizität im ambulanten Bereich den Trend zur «Ambulantisierung» wider, der somit mit steigendem Einkommen stärker zunimmt.

Für die Preisentwicklung in der Gesundheit wird angenommen, dass diese für ambulante Behandlungen um 50 % und für stationäre Behandlungen 25 % über der allgemeinen Teuerung liegt. Die überdurchschnittliche Teuerung lässt sich unter anderem auf die Baumolsche Kostenkrankheit zurückführen. Der Unterschied in der Teuerung zwischen ambulanten und stationären Behandlungen ist wiederum auf die höhere Kapitalintensität im stationären Bereich zurückzuführen.

Für die Szenarien in der Langzeitpflege wurden analog zur Gesundheit dieselben Annahmen bezüglich der Demografie und der Morbidität, das heisst der Pflegebedürftigkeit, getroffen. In der Langzeitpflege ist die Baumolsche Kostenkrankheit jedoch besonders ausgeprägt (Celebi et al., 2025). Deswegen wird dort eine um 75 % höhere Teuerung als in der Gesamtwirtschaft unterstellt. Diese Grössenordnung orientiert sich am Anteil der Personalkosten im Pflegeheimbereich (Credit Suisse, 2015).

Tabelle 1: Szenarien für die Ausgabenprojektionen

Szenario	Gesundheit				Langzeitpflege	Morbidität	BFS-Szenario
	Einkommenselastizität		Lohndruck		Lohndruck		
	Ambulant	Stationär	Ambulant	Stationär	Ambulant/Stationär		
Referenz	1,2	1,0	0,50	0,25	0,75	0,5	A-00-2025
Healthy Ageing	1,2	1,0	0,50	0,25	0,75	<b>1,0</b>	A-00-2025
Pure Ageing	1,2	1,0	0,50	0,25	0,75	<b>0,0</b>	A-00-2025
Lohndruck	1,2	1,0	<b>0,75</b>	<b>0,50</b>	<b>1,00</b>	0,5	A-00-2025
Kostendruck	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>	0,50	0,25	–	0,5	A-00-2025
Kostendämpfung	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>	0,50	0,25	–	0,5	A-00-2025
Hohe Migration	1,2	1,0	0,50	0,25	0,75	0,5	<b>A-05-2025</b>
Tiefe Migration	1,2	1,0	0,50	0,25	0,75	0,5	<b>A-06-2025</b>

Bemerkungen: Die fett markierten Werte zeigen diejenige Hypothese an, durch die sich das jeweilige Alternativszenario gegenüber dem Referenzszenario unterscheidet. Es wird vereinfachend unterstellt, dass die Pflegebedürftigkeit und damit die Pflegeausgaben nicht vom Einkommen abhängen. Der Kostenfaktor Lohndruck zeigt an, inwieweit eine Lohnerhöhung im Gesundheitswesen zur Erhöhung der Ausgaben pro Kopf beiträgt. Ein Wert von 0,5 bedeutet z. B., dass eine einprozentige Lohnzunahme die Ausgaben pro Kopf um 0,5 Prozentpunkte erhöht. Der Morbiditätsfaktor gibt an, wie sich eine nach Alter und Geschlecht differenzierte Erhöhung der Lebenserwartung der Bevölkerung jeweils in einer Veränderung des Gesundheitszustands bzw. der Pflegebedürftigkeit niederschlägt. Ein Wert von 1,0 heisst z. B., dass sich die Zunahme der in Gesundheit verbrachten Lebenszeit bzw. der Lebenszeit ohne Pflegebedürftigkeit proportional zur Lebenserwartung erhöht.

### 2.3.2 Alternativszenarien

#### Alterung und Gesundheitszustand

Um der Unsicherheit darüber Rechnung zu tragen, wie sich der Gesundheitszustand mit steigender Lebenserwartung entwickelt, werden zwei Alternativszenarien erstellt, in denen sich der Gesundheitszustand besser bzw. schlechter als im Referenzszenario entwickelt. Im Szenario *Healthy Ageing* verbringt die Bevölkerung die gewonnenen Lebensjahre in guter Gesundheit (Faktor 1 statt 0,5, wie im Referenzszenario). Im Szenario *Pure Ageing* wird abweichend vom Referenzszenario angenommen, dass die Bevölkerung die zusätzlichen Lebensjahre in einem schlechten Gesundheitszustand verbringt (Faktor 0).

#### Zunehmender Lohndruck

Es besteht zudem Unsicherheit darüber, wie sich die Löhne im Gesundheitswesen im Vergleich zum Rest der Wirtschaft entwickeln, insbesondere vor dem Hintergrund der Baumolschen Kostenkrankheit, des Fachkräftemangels sowie Ineffizienzen im Gesundheitswesen. Dieser Unsicherheit wird im Lohndruckszenario Rechnung getragen, indem im ambulanten und stationären Bereich ein um 25 Prozentpunkte höherer Teuerungseffekt als im Referenzszenario angenommen wird. In der Langzeitpflege wird somit eine relative Teuerung von 100 % unterstellt. Mit anderen Worten: In der Gesundheit ist der Produktivitätsfortschritt geringer und in der Langzeitpflege gibt es in diesem Szenario gar keinen Produktivitätsfortschritt.

#### Höhere Einkommenselastizität

Weiter besteht Unsicherheit darüber, wie stark sich das künftige Einkommenswachstum auf die Gesundheitsausgaben auswirken wird. Im Kostendruckszenario führen einkommensabhängige, nicht-demografische Kostentreiber, wie der medizinisch-technische Fortschritt oder steigende

Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen, zu einem stärkeren Ausgabenwachstum. Dabei wird von einer Einkommenselastizität im Bereich Gesundheit von 1,5 im ambulanten Bereich und 1,3 im stationären Bereich ausgegangen.

### *Tiefere Einkommenselastizität*

Umgekehrt ist in der Schweiz seit den 1990er-Jahren eine Abschwächung der empirisch geschätzten Einkommenselastizität zu beobachten, teilweise mit Werten unter 1 (Lerch et al., 2025). Mögliche Erklärungen dafür sind Effizienzgewinne durch den medizinisch-technischen Fortschritt, die sich künftig insbesondere dank Digitalisierung und dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen weiter entfalten könnten (Prognos, 2025). Auch könnte ein geringerer Anstieg der Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen ab einem bestimmten Entwicklungs- und Einkommensniveau in einer Volkswirtschaft zu dieser Tendenz beitragen (Baltagi et al., 2017).

Eine zukünftig geringere Einkommenselastizität könnte auch aufgrund verschiedener jüngst beschlossener Reformen, deren Wirkung sich erst in den kommenden Jahren entfalten wird, vermutet werden. Dazu zählen etwa die regelmässige Anpassung der Arzttarife (z. B. TARDOC ab dem 1.1.2026), die Vorgabe (und allfällige Weiterentwicklung) von Kosten- und Qualitätszielen (vgl. Ergänzung des Artikels 54 des KVG, SR 832.10)<sup>3</sup> sowie weitere Massnahmen, die zu Effizienzsteigerungen und einer stärkeren Kostendämpfung beitragen dürften (z. B. Kostendämpfungspaket 2).

Auch die zunehmende Verlagerung von Gesundheitsleistungen in den ambulanten Bereich («Ambulantisierung») kann dämpfend wirken, da Behandlungen vermehrt vom kostenintensiven stationären in den vergleichsweise günstigeren ambulanten Bereich verschoben werden (Polynomics, 2022). Dieser Trend lässt sich einerseits durch den technischen Fortschritt und andererseits durch die mit EFAS beseitigten Fehlanreize in der bisher unterschiedlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen erklären. Wie lange dieser Trend anhalten wird und was das Einsparpotenzial ist, ist kaum abschätzbar.

Um den Einfluss dieser denkbaren Entwicklungen und Massnahmen in den Ausgabenprojektionen abzubilden, wird neu ein stilisiertes Kostendämpfungsszenario mit einer Einkommenselastizität von 0,9 im ambulanten und 0,7 im stationären Bereich in der Gesundheit erstellt.

In der Langzeitpflege wird hingegen vereinfachend angenommen, dass die Pflegebedürftigkeit unabhängig vom Einkommen eintritt. Entsprechend werden für die Langzeitpflege das Kostendruck- und Kostendämpfungsszenario nicht erstellt.

---

<sup>3</sup> Der Bundesrat legt erstmals bis Ende 2026 Ziele für das Kostenwachstum für den Zeitraum 2028 bis 2031 fest, gestützt auf den medizinischen Bedarf und unter Berücksichtigung von Effizienz und Versorgungsqualität. Zudem hat er die Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring eingesetzt. Diese überwacht die Kostenentwicklung in den Leistungsreichen und gibt Empfehlungen zu Massnahmen zur Einhaltung der Ziele ab.

### *Migrationsszenarien*

Ein weiterer wesentlicher, jedoch schwer abschätzbarer Faktor für die Bevölkerungsentwicklung in einer kleinen offenen Volkswirtschaft wie der Schweiz ist die Zuwanderung. Um die damit verbundene Unsicherheit abzubilden, werden die Bevölkerungsszenarien des BFS mit hohem bzw. tiefem Migrationssaldo herangezogen (A-05-2025 und A-06-2025). Da die Zuwanderung primär in den Arbeitsmarkt erfolgt und die ausländische Erwerbsbevölkerung im Durchschnitt jünger ist als die einheimische, verlangsamt eine höhere Nettozuwanderung den Alterungsprozess und trägt zugleich zur Wirtschaftsleistung bei. Eine tiefere Zuwanderung beschleunigt hingegen den Alterungsprozess. Die Zuwanderung wirkt sich entsprechend auch auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben aus.

In den Projektionen bleibt die unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch einheimische und ausländische Personen aus Vereinfachungsgründen unberücksichtigt. Die Evidenz deutet darauf hin, dass ausländische Staatsangehörige tendenziell weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als Einheimische (Giuntella und Mazzonna, 2015; Kennedy et al., 2015; BFS, 2025b). Ebenfalls nicht einbezogen wird, wie sich eine höhere oder geringere Zuwanderung auf das Arbeitskräfteangebot und damit auch auf den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen auswirkt (Obsan, 2025b).

### **2.4 Annahmen zu Demografie und Wirtschaftsentwicklung**

Für die Bevölkerungsentwicklung wird das Referenzszenario des BFS (A-00-2025) für den Projektionszeitraum 2025–2060 herangezogen. Dieser Zeitraum ermöglicht es, die Kosten der Alterung, insbesondere durch die in den kommenden Jahren pensionierte «Babyboomer»-Generation, angemessen zu berücksichtigen.

Das BFS geht von einem Anstieg der Bevölkerung in der Schweiz von knapp 9 Millionen im Jahr 2023 auf 10,6 Millionen im Jahr 2060 aus, was einem mittleren jährlichen Wachstum der Bevölkerung von 0,45 % entspricht. Das Bevölkerungswachstum schwächt sich über den betrachteten Zeithorizont ab. Während für die Jahre bis 2040 mit einem kumulierten Bevölkerungsanstieg von 11,2 % gerechnet wird, wird für den Zeitraum 2040–2060 ein Zuwachs von 5,8 % projiziert.

Insgesamt schreitet die Alterung der Bevölkerung weiter voran, was auf die Annahmen einer niedrigen Geburtenrate von rund 1,4 Kindern pro Frau sowie einer steigenden Lebenserwartung zurückzuführen ist. Die Lebenserwartung nimmt zwischen 2023 und 2060 bei Männern von 82,2 auf 85,9 Jahre und bei Frauen von 85,9 auf 88,9 Jahre zu. Infolge dieser demografischen Entwicklungen steigt der Altersquotient, also das Verhältnis der Bevölkerung der über 65-Jährigen zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20- bis 64-Jährige), von rund 32 % im Jahr 2023 auf über 46 % im Jahr 2060.

In den Migrationsszenarien (A-05-2025 und A-06-2025) wächst die Bevölkerung bis 2060 auf 11,4 bzw. 9,8 Millionen Personen, rund 800 000 mehr bzw. weniger als im Referenzszenario. Diese Unterschiede sind auf die jeweils höhere bzw. tiefere angenommene Nettozuwanderung zurückzuführen. In diesen Szenarien liegt der Altersquotient im Jahr 2060 bei 43 % bzw. 50 %.

Für die Ausgabenprojektionen sind zudem Annahmen über die Wirtschaftsentwicklung zu treffen. Dabei ist zwischen kurzfristigen Prognosen und langfristigen Projektionen zu unterscheiden. Bis 2024 wird die tatsächliche Entwicklung des BIP berücksichtigt. In den Jahren 2025 bis 2027 werden die Prognosen der Expertengruppe des Bundes verwendet und dann wird das BIP gemäss dem Ansatz der BIP-Szenarien des SECO fortgeschrieben (Stand: Dezember 2025). Gemäss diesen Annahmen wächst das reale aggregierte BIP von 2023 bis 2027 im Jahresdurchschnitt um 1,35 %. Ab 2030 ergibt sich die Wachstumsrate des BIP gemäss SECO als Produkt aus dem angenommenen gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsfortschritt (1,15 % pro Jahr) und der Entwicklung der Erwerbsbevölkerung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ), die sich aus den Bevölkerungsszenarien des BFS ableitet. Daraus ergibt sich zwischen 2030 und 2060 eine jährliche Wachstumsrate des realen BIP von 1,3 %. Tabelle A2 im Anhang gibt einen Überblick zu den wesentlichen Annahmen zu Demografie und Wirtschaftsentwicklung.

### 2.5 Ausgabenprofile für das Gesundheitswesen

Für den Makro-Kohorten-Ansatz sind neben den Bevölkerungsszenarien die Ausgabenprofile für Gesundheit und Langzeitpflege ein wichtiges Element. Die Ausgabenprofile stellen die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege nach Alter und Geschlecht für das Basisjahr 2023 dar.

Das BFS unterteilt diese Profile in 5-Jahres-Alterskohorten. Um Veränderungen des Gesundheitszustandes (Morbidität) in den Projektionen adäquat zu erfassen, müssen die Gesundheitsausgaben annualisiert werden. Dabei wird angenommen, dass die durchschnittlichen Ausgaben einer 5-Jahres-Alterskohorte jeweils den Ausgaben des mittleren Jahrgangs dieser Alterskohorte entsprechen.<sup>4,5</sup>

Aufgrund der grossen Unterschiede in der Lebenserwartung und der Morbidität zwischen Frauen und Männern sowie zwischen ambulanten und stationären Leistungen werden die Ausgabenprofile nach Geschlecht und Bereich differenziert. Grafik 4 zeigt beispielhaft die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben für ambulante Leistungen nach Alter pro Mann und Frau für das Basisjahr 2023. Die Abbildung zeichnet nach, wie sich die Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter durchschnittlich verändern.

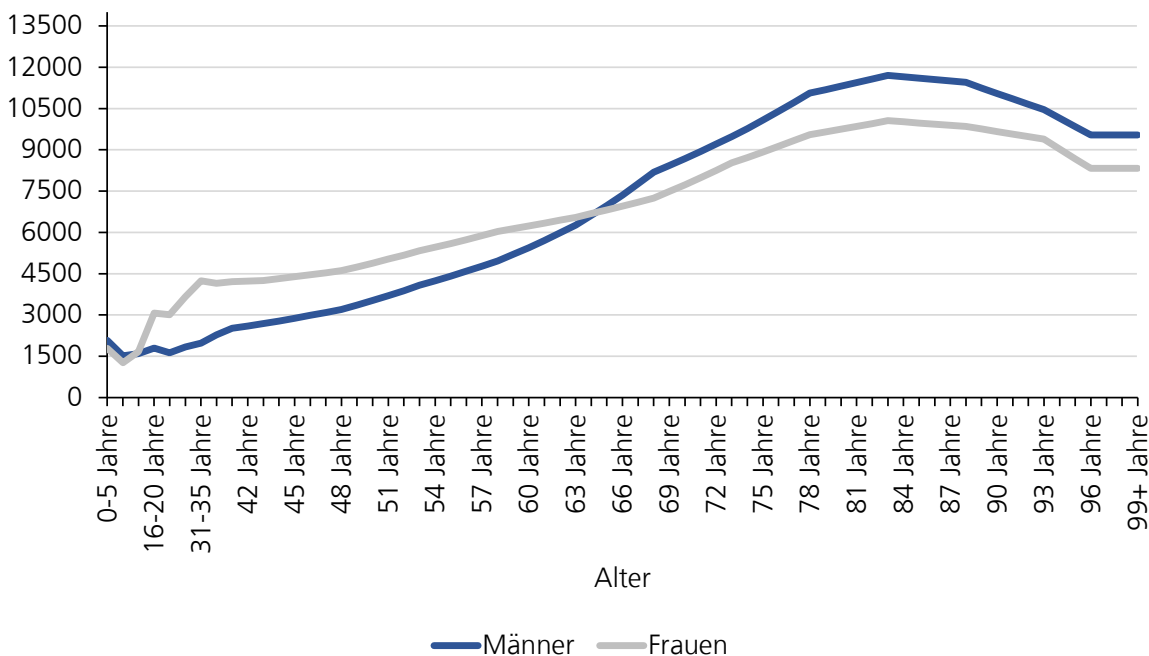
Werden die Pro-Kopf-Ausgaben für die Alterskohorten im Basisjahr 2023 mit der projizierten Entwicklung der Bevölkerung in den jeweiligen Alterskohorten multipliziert, so lässt sich der Effekt der Veränderung der Altersstruktur und der Bevölkerungsgrösse auf die Gesundheitsausgaben ablesen.

---

4 Für eine genauere Analyse von Morbiditätseffekten müsste die Erkrankungs- und Pflegebedürftigkeitswahrscheinlichkeit jedes Jahrgangs bekannt sein. Da diese Informationen jedoch nur unvollständig vorliegen, wird die Veränderung der Pro-Kopf-Ausgaben als Näherungswert für die Veränderung der Morbidität verwendet.

5 Da sich die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheit unter 41 Jahren und für die Langzeitpflege unter 61 Jahren mit dem Alter kaum verändern, werden Morbiditätsänderungen für die Gesundheit ab dem 41. und für die Langzeitpflege ab dem 61. Lebensjahr erfasst. Ab einem Alter von 96 Jahren wird von konstanten Pro-Kopf-Ausgaben ausgegangen.

**Grafik 4: Ambulante Ausgaben für Gesundheit pro Mann und Frau im Jahr 2023 (in CHF)**



Quelle: BFS, EFV

Die Pro-Kopf-Ausgaben lassen sich aufspalten in den Preis der Leistungen pro Patientin oder Patient und die Menge der Leistungen pro Kopf der Bevölkerung. Dabei wird unterstellt, dass der demografische Wandel weder die Kostenseite noch den Leistungsumfang pro Kopf verändert. Diese Grössen werden hingegen durch unterschiedliche Annahmen zur Morbiditätsentwicklung sowie durch nicht-demografische Kostentreiber, wie den medizinisch-technischen Fortschritt oder die Baumolsche Kostenkrankheit, beeinflusst.

Verbessert sich beispielsweise der Gesundheitszustand der Bevölkerung im Projektionszeitraum, sinken die Pro-Kopf-Ausgaben einer Alterskohorte und das Ausgabenprofil verschiebt sich nach rechts (vgl. Grafik A1 im Anhang). Dabei wird unterstellt, dass die Wahrscheinlichkeit, krank oder pflegebedürftig zu werden, abnimmt. Damit sinkt auch der Leistungsumfang pro Kopf einer Alterskohorte. Der Kostendruck durch den medizinisch-technischen Fortschritt manifestiert sich hingegen in steigenden Pro-Kopf-Ausgaben innerhalb einer Alterskohorte. Da von einer gleichmässigen Wirkung der nicht-demografischen Kostentreiber auf alle Alterskohorten ausgegangen wird, verschiebt sich das Ausgabenprofil insgesamt nach oben (vgl. Grafik A1). Solch ein Ausgabenanstieg ist entweder auf höhere Kosten pro Leistung oder eine intensivere Inanspruchnahme der Leistungen pro Patientin bzw. Patient (oder auf beides) zurückzuführen.<sup>6,7</sup>

6 Bei Preissteigerungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt ist unklar, inwieweit das Versorgungsniveau durch Qualitätsverbesserungen steigt. Mögliche Qualitätsverbesserungen müssten mit dem Preiseffekt verrechnet werden, um den tatsächlichen Preisanstieg messen zu können. Dies ist bereits für die vergangene Entwicklung der Gesundheitsausgaben anspruchsvoll und geht über den hier gewählten Ansatz hinaus.

7 Für eine ausführliche Beschreibung der Projektionsmethodik, vgl. Colombier (2012) sowie Brändle und Colombier (2022).

### 2.6 Berücksichtigung von EFAS und der kantonalen Mindestbeiträge zur IPV

Es wird in den Projektionen angenommen, dass sich die politischen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen gegenüber dem heutigen Stand nicht verändern («no-policy-change»). Dies beinhaltet auch die 2024 beschlossenen Reformen zur einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen sowie der Pflege (EFAS) und zur kantonalen Finanzierung der IPV, welche jedoch erst in den kommenden Jahren greifen werden.<sup>8</sup>

#### *Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie der Pflege*

Am 24. November 2024 hat das Volk die vom Parlament im Dezember 2023 verabschiedete Reform zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie der Pflege (EFAS) nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) angenommen. EFAS umfasst die stationären und ambulanten KVG-Leistungen in den Bereichen Gesundheit und Langzeitpflege, die von der OKP einerseits sowie von Kantonen und Gemeinden andererseits finanziert werden (BAG, 2024a).

Die KVG-Leistungen werden durch die OKP (Prämienzahlenden), die Kantone und Gemeinden (Steuerzahlenden) sowie die Kostenbeteiligung der privaten Haushalte für die OKP finanziert. Dieses sind die *KVG-Bruttoleistungen gemäss EFAS*, die 2023 rund CHF 52 Milliarden betragen. Dieser Betrag entspricht 6,2 % des BIP und 55 % der Ausgaben für das Gesundheitswesen.

Die allein durch die Prämien- und Steuerzahlenden finanzierten Leistungen werden als *KVG-Nettoleistungen* bezeichnet. Im Basisjahr 2023 entsprachen diese CHF 46,5 Milliarden, das sind 5,6 % des BIP und 49 % der Ausgaben für das Gesundheitswesen.

EFAS soll dazu beitragen, die Verlagerung von teuren stationären Behandlungen hin zur kostengünstigeren ambulanten Behandlung zu fördern, die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, etwa zwischen niedergelassenen Ärzten und Spitälern sowie zwischen Haus- und Fachärzten, zu erleichtern (koordinierte Versorgung) und die Finanzierung der Pflegeleistungen sicherzustellen (BAG, 2024b). Zugleich soll der Trend von der stationären zur ambulanten Behandlung im Bereich der Gesundheit nicht mehr länger allein von den Prämienzahlenden (OKP) getragen werden, sondern auch durch die Steuerzahlenden der Kantone mitfinanziert werden (BAG, 2024c).

Im derzeitigen System finanziert die OKP die gesamten KVG-Leistungen im Bereich der ambulanten Gesundheit, während die Fallpauschalen für die Krankenhäuser (Swiss DRG) zu mindestens 55 % von den Kantonen und zu höchstens 45 % durch die OKP getragen werden. Die Finanzierung der KVG-Ausgaben für die Langzeitpflege entfällt gemäss BAG im Jahr 2022 zu 46 % auf Kantone und Gemeinden und zu 54 % auf die OKP. Auf Basis der Finanzierungsanteile von Kantonen und Gemeinden einerseits und der OKP andererseits der Jahre von 2016 bis 2019 wurde der Finanzierungsschlüssel für EFAS zwischen Kantonen und Gemeinden, und damit den Steuerzahlenden, und

<sup>8</sup> Eine Ausnahme zur «no-policy-change»-Annahme bildet das Kostendämpfungsszenario, in dem eine niedrigere Einkommenselastizität unterstellt wird. Damit sollen potenzielle Effizienzgewinne berücksichtigt werden, die sich aus künftigem medizinisch-technischem Fortschritt, dem anhaltenden Trend zur «Ambulantisierung» oder weiteren Reformen ergeben könnten.

der OKP, den Prämienzahlenden, festgelegt. Dieser Finanzierungsschlüssel ist kostenneutral gegenüber den Finanzierungsanteilen der Prämien- und Steuerzahlenden der Jahre von 2016 bis 2019 (Infras, 2021; BAG, 2024c).

EFAS wird in zwei Stufen eingeführt (BAG, 2024a). Zunächst wird im Jahr 2028 die Finanzierung für die ambulanten und stationären KVG-Leistungen im Bereich der Gesundheit vereinheitlicht. Die Steuerzahlenden tragen mindestens 24,5 % der Ausgaben und die Prämienzahlenden 75,5 %. Im Jahr 2032 werden auch die KVG-Leistungen der Langzeitpflege einbezogen. Ab diesem Zeitpunkt finanzieren die Steuerzahlenden mindestens 26,9 % der KVG-Nettoleistungen und die Prämienzahlenden höchstens 73,1 %.

Für die Projektionen wird der oben dargestellte Finanzierungsschlüssel für die *KVG-Nettoleistungen* herangezogen.<sup>9</sup> Entsprechend wird EFAS ab 2028 berücksichtigt. Dazu werden die Ausgaben der Kantone und Gemeinden neu in Ausgaben für KVG-Leistungen und andere Leistungen sowie Transfers, wie die IPV oder die Ergänzungsleistungen der AHV für die Pflege, unterteilt.

### **Kantonaler Mindestbeitrag zur Finanzierung der Prämienverbilligung**

Mit der Ablehnung der Prämien-Entlastungs-Initiative der SP (Maximal 10 % des Einkommens für Krankenkassenprämien) ist der indirekte Vorschlag des Bundesrates zur Reform der kantonalen IPV am 9. Juni 2024 von den Stimmberechtigten angenommen worden. Die seit 1. Januar 2026 vom Bundesrat in Kraft gesetzte Reform der individuellen Prämienverbilligung (IPV) wird in den Ausgabenprojektionen ebenfalls abgebildet.<sup>10</sup>

Diese Reform sieht vor, dass die Kantone einen Mindestanteil, der zwischen 3,5 % und 7,5 % der kantonalen OKP-Bruttokosten beträgt, finanzieren (BAG, 2024e; Artikel 65 Abs. 1<sup>ter</sup> – 1<sup>octies</sup> KVG). Der Mindestbeitrag errechnet sich aus der Belastung mit den OKP-Krankenkassenprämien der 40 % einkommensschwächsten Haushalte im jeweiligen Kanton. Liegt die finanzielle Belastung dieser Haushaltsgruppe in einem Kanton unterhalb von 11 %, ist der betreffende Kanton verpflichtet, einen Mindestbeitrag von 3,5 % der kantonalen OKP-Bruttokosten für die IPV aufzuwenden. Der prozentuale Mindestanteil erhöht sich mit zunehmender Prämienbelastung der 40 % einkommensschwächsten Haushalte von 3,5 % auf bis zu 7,5 %. Die Kantone sind gesetzlich verpflichtet, den höchsten Mindestbeitrag von 7,5 % der kantonalen OKP-Bruttokosten zu bezahlen, wenn die Prämienbelastung bei 18,5 % des steuerbaren Einkommens oder darüber liegt. Da die Einkommen im langjährigen Schnitt langsamer gewachsen sind als die OKP-Ausgaben, ist längerfristig damit zu rechnen, dass jeder Kanton den Höchstsatz von 7,5 % über die Zeit erreichen wird.

Das BAG berechnet die Mindestbeiträge der Kantone gemäss der am 1. Januar 2026 in Kraft getretenen Verordnung über die Beiträge der Kantone und des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK). Derzeit leisten bereits einige Kantone einen Beitrag, der oberhalb des höchsten Mindestbeitrags von 7,5 % der jeweiligen OKP-Bruttokosten liegt. Demgegenüber

<sup>9</sup> Der Finanzierungsschlüssel für die KVG-Bruttotoleistungen wird äquivalent berechnet und führt entsprechend zur selben Aufteilung der Finanzierungsanteile zwischen Prämien- und Steuerzahlenden (Infras, 2021).

<sup>10</sup> Dazu wurden die Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK, SR 832.112.4) totalrevidiert und die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) ergänzt.

liegt der Beitrag einer zweiten kleineren Gruppe von Kantonen unterhalb des gesetzlich vorgesehenen Mindestanteils von 3,5 %. Die Mehrheit der Kantone zahlt derzeit einen Beitrag zwischen 3,5 % und 7,5 % der jeweiligen OKP-Bruttokosten.

Diese Aufteilung der Kantone dient als Grundlage für die Projektionen der kantonalen IPV-Beiträge. Da die OKP-Kosten schneller wachsen als das Einkommen der 40 % einkommensschwächsten Haushalte, wächst die Prämienbelastung dieser Einkommensgruppe kontinuierlich. Daher wird angenommen, dass alle Kantone bis 2033 den Mindestanteil von 7,5 % erreichen. Weiterhin wird für Kantone mit einem IPV-Beitrag, der derzeit schon oberhalb von 7,5 % der OKP-Bruttokosten liegt, unterstellt, dass sie den derzeitigen Beitrag auch zukünftig erbringen werden. Mittelfristig ergibt dies einen durchschnittlichen kantonalen IPV-Beitrag von 8,5 % der OKP-Bruttokosten.

# 3 Ergebnisse der Projektionen der Gesundheitsausgaben

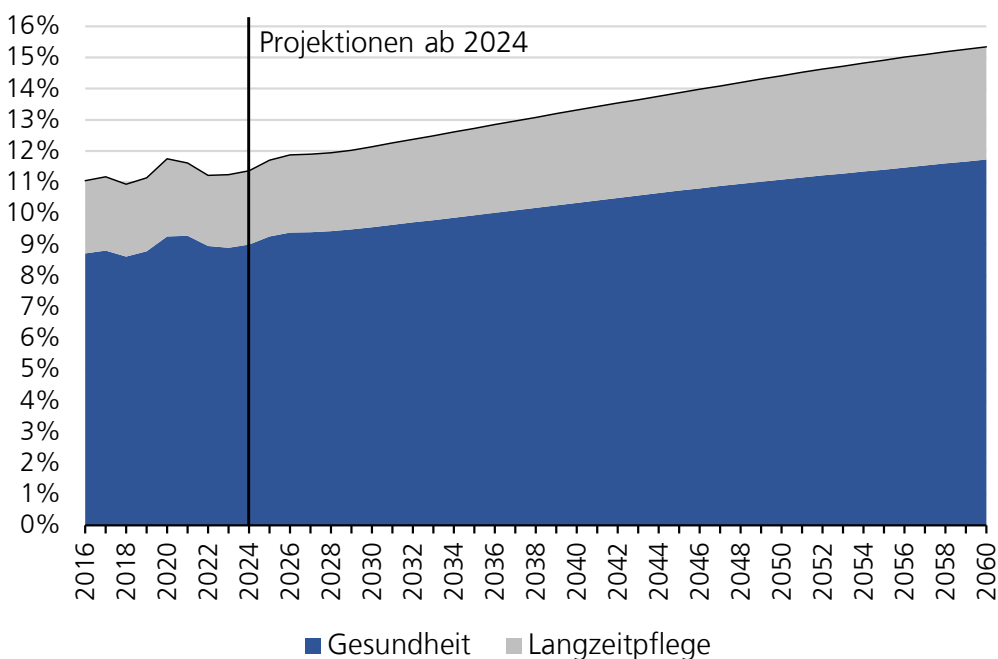
Dieser Abschnitt stellt die Ergebnisse der Projektionen aus verschiedenen Blickwinkeln dar. Abschnitt 3.1 bietet eine Gesamtperspektive auf das Gesundheitswesen und zeigt die Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben bis 2060 im Referenzszenario sowie in den Alternativszenarien. Abschnitt 3.2 fokussiert auf die Entwicklung der Ausgaben für die KVG-Leistungen, welche durch EFAS an Bedeutung gewinnen werden und differenziert diese nach Prämien- und Steuerfinanzierung. Abschnitt 3.3 analysiert die Entwicklung der Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Abschnitt 3.4 geht auf die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben ein und betrachtet insbesondere die Entwicklung nach Staatsebenen. Einen Gesamtüberblick zu den Ergebnissen der Projektionen gibt Tabelle A3 im Anhang.

## 3.1 Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen bis 2060

### 3.1.1 Ausgaben für das Gesundheitswesen im Referenzszenario

Wie in Grafik 5 dargestellt, blieben die Ausgaben für das Gesundheitswesen zwischen 2016 und 2019 bei rund 11,0 % des BIP relativ stabil. Während der Coronapandemie stiegen sie vorübergehend auf 11,8 % des BIP an. Im Basisjahr 2023 lagen sie ähnlich wie im Vorjahr bei rund 11,2 % des BIP (CHF 93,9 Milliarden). Über den gesamten Projektionszeitraum steigen sie jedoch deutlich an und dürften ohne zusätzliche Reformen rund 15,3 % des BIP im Jahr 2060 erreichen. Dieser Anstieg ist darauf zurückzuführen, dass die Gesundheitsausgaben mit einer durchschnittlichen jährlichen (nominalen) Wachstumsrate von 3,2 % stärker wachsen als das BIP, dessen jährliche Wachstumsrate bei rund 2,3 % liegt (vgl. Tabelle A2).

**Grafik 5: Entwicklung der gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen nach Bereichen 2016–2023 und im Referenzszenario (in % des BIP)**



Bemerkungen: Für die Jahre 2024 bis 2026 liegen den Berechnungen Schätzungen zugrunde.

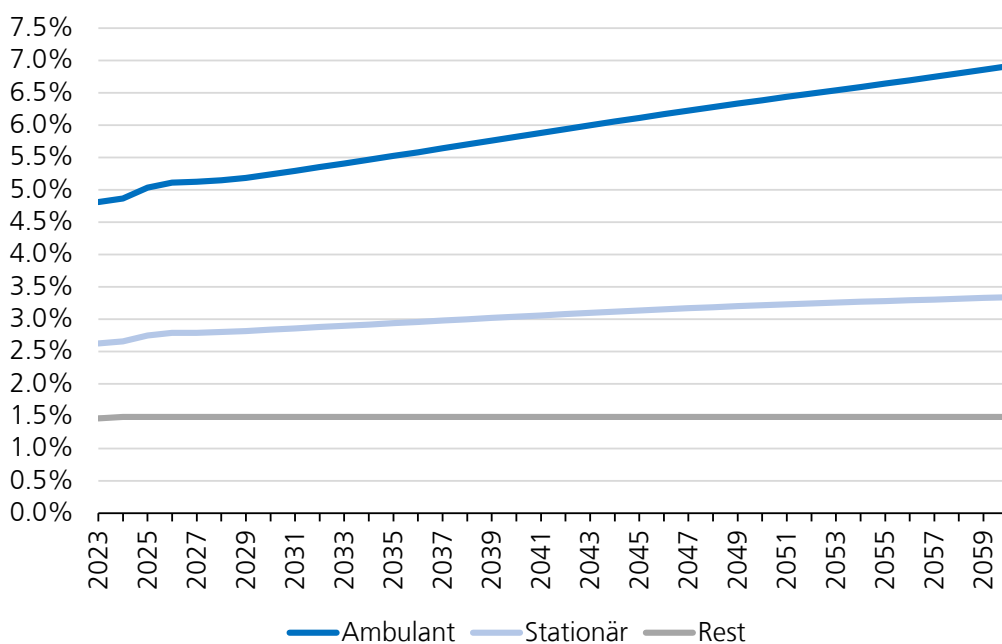
Quelle: BFS, BAG, EFV, SECO

Die Ausgaben für Gesundheit steigen von 8,9 % des BIP im Basisjahr 2023 auf 11,7 % des BIP im Jahr 2060.<sup>11</sup> Die Ausgaben für die Langzeitpflege erhöhen sich von 2,3 % auf 3,6 % des BIP. Die Ausgaben für die Langzeitpflege wachsen also dynamischer. Ihr Anteil an den gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen steigt von rund 21 % auf über 23 %.

Die Projektionen in Grafik 6 zeigen, wie sich die Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen in der Gesundheit und der Langzeitpflege entwickeln. Im Jahr 2023 machen Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen in der Gesundheit rund 4,8 % bzw. 2,6 % des BIP aus. Bis 2060 steigen diese Ausgaben auf 6,9 % bzw. 3,3 % des BIP. Die Ausgaben für ambulante Leistungen wachsen damit dynamischer: sie nehmen im Verhältnis zum BIP um 2,1 Prozentpunkte zu, während die Ausgaben für stationäre Leistungen um 0,7 Prozentpunkte steigen. Diese Dynamik widerspiegelt den Trend zur «Ambulantisierung», wonach Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden. Da ambulante Behandlungen im Durchschnitt kostengünstiger sind, dämpft die «Ambulantisierung» das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen.

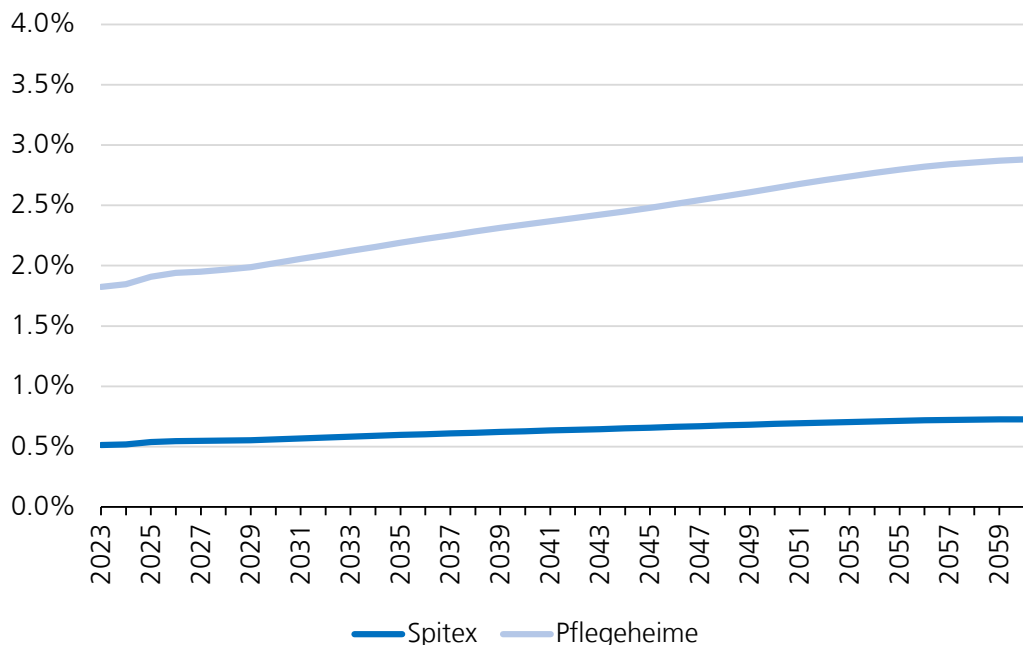
**Grafik 6: Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen nach Bereichen und Leistungen (in % des BIP)**

*Panel A: Ausgaben für die Gesundheit*



<sup>11</sup> Anzumerken ist, dass die Ausgaben für Verwaltung, Lehre und Forschung, Prävention und Zahnbehandlung mit dem BIP fortgeschrieben werden, da sie nicht den gleichen Kostentreibern unterliegen wie die anderen Bereiche in der Gesundheit.

Panel B: Ausgaben für die Langzeitpflege



Bemerkungen: Die unter die Kategorie «Rest» fallenden Ausgaben umfassen unter anderem Verwaltung, Lehre und Forschung, Prävention und Zahnbehandlung.

Quelle: EFV

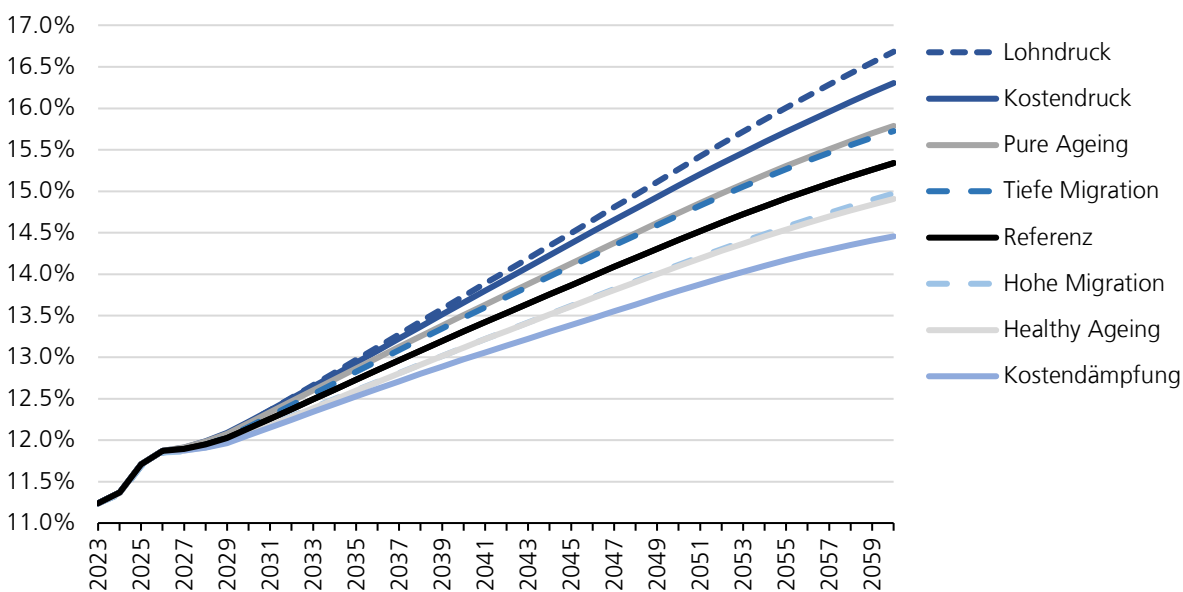
In der Langzeitpflege belaufen sich die ambulanten Ausgaben (Spitex) im Jahr 2023 auf 0,5 % des BIP und steigen bis 2060 auf 0,7 % des BIP. Im stationären Bereich (Pflegeheime) nehmen die Ausgaben im Projektionszeitraum von 1,8 % auf 2,9 % des BIP zu. In der Langzeitpflege wachsen die Ausgaben für stationäre Leistungen damit stärker als jene für ambulante Leistungen. Der Unterschied zum in der Gesundheit beobachteten Trend der «Ambulantisierung» ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass in der Langzeitpflege kein Einkommenseffekt angenommen wird. Zwar kann der medizinisch-technische Fortschritt auch hier dazu führen, dass vermehrt Pflegeleistungen ambulant erbracht werden. Aufgrund der hohen Personalintensität in der Pflege ist dieser Effekt jedoch weniger ausgeprägt als bei der Gesundheit. So wirkt auch die Baumolsche Kostenkrankheit in der Langzeitpflege stärker als in der Gesundheit.

### 3.1.2 Ausgaben für das Gesundheitswesen in den Alternativszenarien

Grafik 7 bildet die Ausgabenprojektionen in den unterschiedlichen Szenarien ab. Die Gesundheitsausgaben reagieren besonders empfindlich auf Änderungen der nicht-demografischen Kostentreiber, insbesondere auf die Annahmen zum Lohndruck und zur Einkommenselastizität. Ein zunehmender Lohndruck kann unter anderem auf die Baumolsche Kostenkrankheit, den Fachkräftemangel und Ineffizienzen im Gesundheitswesen zurückgeführt werden. Eine höhere Einkommenselastizität kann hingegen durch eine verstärkte angebotsinduzierte Nachfrage oder die Zulassung neuer, kostenintensiver Therapien entstehen. In den Szenarien Lohn- und Kostendruck steigen die Gesundheitsausgaben bis 2060 auf 16,7 % bzw. 16,3 % des BIP.

Im Kostendämpfungsszenario steigen die Gesundheitsausgaben bis 2060 weiterhin deutlich stärker als die Wirtschaft, sie wachsen jedoch lediglich bis auf 14,5 % des BIP an. Eine solche Entwicklung könnte durch medizinisch-technischen Fortschritt, die Digitalisierung, den Einsatz von Künstlicher Intelligenz oder neue Reformen begünstigt werden, die das Ausgabenwachstum bremsen und die Gesundheitsausgaben teilweise vom Einkommenswachstum entkoppeln könnten.

**Grafik 7: Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen in den Szenarien** (in % des BIP)



Quelle: EFV

Die Szenarien zeigen zudem, dass auch die demografischen Annahmen die Entwicklung der Gesundheitsausgaben beeinflussen. Werden zusätzliche Lebensjahre überwiegend in schlechtem Gesundheitszustand verbracht (*Pure Ageing*), steigen die Gesundheitsausgaben bis 2060 auf 15,8 % des BIP. Umgekehrt wirkt sich das Szenario, in dem die zusätzlichen Lebensjahre bei guter Gesundheit verbracht werden (*Healthy Ageing*), entlastend aus: Die Ausgaben liegen dann 2060 bei 14,9 % des BIP.

Auch die Zuwanderung spielt eine Rolle. Eine hohe Nettozuwanderung wirkt tendenziell dämpfend auf das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen im Verhältnis zum BIP. Dies liegt daran, dass Zuwanderer im Durchschnitt jünger sind und damit die Alterung der Bevölkerung verlangsamen und zugleich zur Wirtschaftsleistung beitragen. Im Szenario mit tiefer Migration steigen die Gesundheitsausgaben bis 2060 auf 15,7 % des BIP, während sie im Szenario mit hoher Migration etwas weniger stark zunehmen und 2060 15,0 % des BIP erreichen.

### 3.1.3 Wachstumsbeiträge der Kostentreiber zum Anstieg der Gesundheitsausgaben

Die relativen Wachstumsbeiträge zum Anstieg der Gesundheitsausgaben unterscheiden sich sowohl nach Bereichen als auch nach Szenarien (vgl. Grafik 8). Im Referenzszenario trägt die Alterung rund 35 % zum Anstieg der Ausgaben für Gesundheit bei (vgl. Panel A). Da die zusätzlich gewonnenen Jahre der Lebenserwartung zur Hälfte in guter Gesundheit verbracht werden (Morbi-

dität), wird der Alterungseffekt leicht gedämpft (-3 %). Insgesamt ist die Alterung damit für rund ein Drittel des projizierten Ausgabenanstiegs verantwortlich.

Das stetige Einkommenswachstum führt zu höheren Ansprüchen der Bevölkerung an das Gesundheitswesen und befördert den medizinisch-technischen Fortschritt. Damit trägt es rund 46 % zum Ausgabenanstieg bei und ist somit für den Bereich der Gesundheit der wichtigste Kostentreiber. Die Baumolsche Kostenkrankheit ist für etwas mehr als ein Fünftel des Ausgabenanstiegs der Gesundheit verantwortlich.

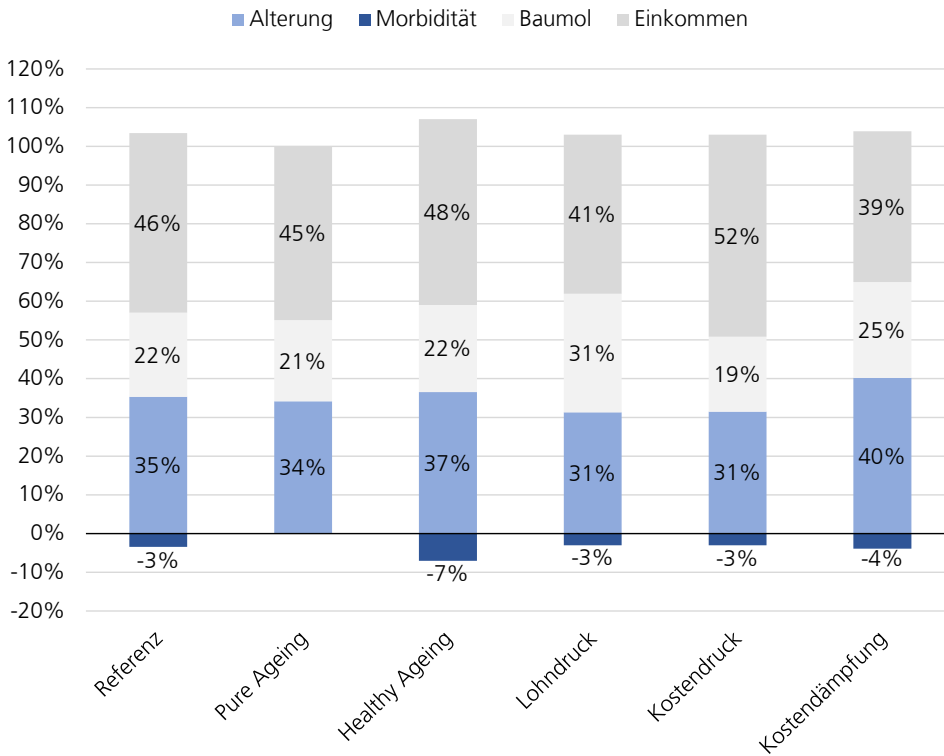
In den Alternativszenarien verschiebt sich entsprechend der getroffenen Annahmen die Bedeutung der Kostentreiber (vgl. Tabelle 1). Im Szenario *Pure Ageing* ist der Alterungseffekt stärker als im Referenzszenario. Im Szenario *Healthy Ageing* hingegen dämpft der bessere Gesundheitszustand den Alterungseffekt stärker als im Referenzszenario. Im Lohndruckszenario gewinnt die Baumolsche Kostenkrankheit gegenüber dem Referenzszenario an Gewicht, während im Kostendruckszenario der Einkommenseffekt eine wichtigere Rolle spielt. Die Bedeutung des Einkommenseffekts nimmt hingegen im Kostendämpfungsszenario gegenüber dem Referenzszenario ab.

In der Langzeitpflege dominiert die Alterung (vgl. Panel B). Die zur Hälfte in guter Gesundheit verbrachten zusätzlichen Jahre an Lebenserwartung (Morbidität) dämpfen diesen Effekt etwas (-9 %), sodass der demografische Wandel insgesamt rund zwei Drittel zum Ausgabenanstieg in der Langzeitpflege beiträgt. Das verbleibende Drittel ist auf den Lohndruck durch die Baumolsche Kostenkrankheit zurückzuführen. Da angenommen wird, dass die Nachfrage nach Pflegeleistungen grundsätzlich einkommensunabhängig ist, trägt das Einkommenswachstum nicht zum Anstieg der Ausgaben für die Langzeitpflege bei.

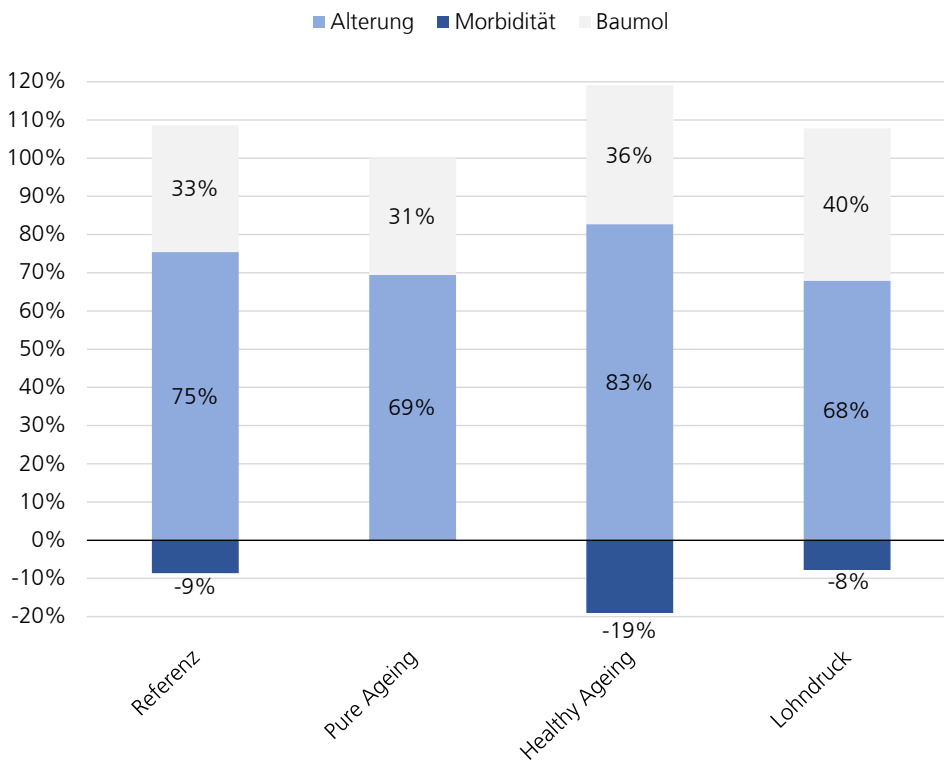
Auch bei der Langzeitpflege unterscheiden sich die relativen Beiträge für das Ausgabenwachstum zwischen den Szenarien etwas, die Alterung bleibt jedoch in allen Szenarien der dominante Treiber. Die Ergebnisse zur relativen Bedeutung der Kostentreiber ändern sich wie bei den Gesundheitsausgaben entsprechend in den Szenarien *Pure Ageing*, *Healthy Ageing* und Lohndruck. Dabei bezieht sich der Faktor Morbidität in der Langzeitpflege auf den Zusammenhang zwischen der Zunahme der Lebenserwartung und dem Grad der Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung.

**Grafik 8: Wachstumsbeiträge der Kostentreiber zum Anstieg der Ausgaben im Gesundheitswesen (2023–2060, Anteile in %)**

**Panel A: Wachstumsbeiträge an die Ausgaben für die Gesundheit**



**Panel B: Wachstumsbeiträge an die Ausgaben für die Langzeitpflege**



Bemerkungen: Baumol beinhaltet angebotsseitige Faktoren, die die Preisentwicklung beeinflussen, wie die Baumolsche Kostenkrankheit, den Fachkräftemangel und weitere Ineffizienzen im Gesundheitswesen. Die Migrationsszenarien nehmen eine andere Bevölkerungsentwicklung an und sind für die Betrachtung der Kostenbeiträge mit den anderen Szenarien nicht direkt vergleichbar.

Quelle: EFV

## 3.2 Ausgaben für Leistungen des KVG

Mit EFAS wird sich die Betrachtung von einer Prämiensicht hin zu den gemeinsam von OKP und Kantonen finanzierten Leistungen im Rahmen des KVG verschieben.

### 3.2.1 Ausgaben für Leistungen des KVG nach Finanzierungsträger und Bereich im Referenzszenario

Im Basisjahr 2023 belaufen sich die Ausgaben für KVG-Nettoleistungen, sprich die KVG-Leistungen ohne Kostenbeteiligung der privaten Haushalte, auf 5,6 % des BIP (vgl. Panel A) beziehungsweise CHF 46,5 Milliarden, was rund der Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben (11,2 % des BIP) entspricht. Rund drei Viertel dieser Ausgaben für Leistungen im Rahmen des KVG werden durch Prämienzahlungen finanziert (4,1 % des BIP), während etwa ein Viertel auf Steuerfinanzierung entfällt (1,4 % des BIP).<sup>12</sup> In Grafik 9 wird dargestellt, wie sich die Finanzierungsanteile der KVG-Nettoleistungen zwischen den Prämienzahlenden (OKP) und Steuerzahlenden (Kantone und Gemeinden) im Referenzszenario unter der schrittweisen Einführung von EFAS zwischen 2028 und 2032 langfristig entwickeln.<sup>13</sup>

Mit der Einführung von EFAS für die Gesundheit ab 2028 werden Prämienzahlende etwas entlastet, während Steuerzahlende belastet werden (vgl. Grafik 9, Panel B). Dies weil sich die Kantone künftig auch an der Finanzierung ambulanter Leistungen beteiligen. Die durch die Prämienzahlenden getragenen Ausgaben für KVG-Leistungen für die Gesundheit sinken von 4,17 % des BIP im Jahr 2027 auf 4,07 % des BIP im Jahr 2028. Für die Steuerzahlenden steigen sie hingegen von 1,20 % auf 1,32 % des BIP.

Mit dem Einbezug der Langzeitpflege in EFAS werden Prämienzahlende dagegen belastet, während Steuerzahlende in den Ausgaben für die Langzeitpflege leicht entlastet werden (vgl. Panel C). Die von den Prämienzahlenden getragenen KVG-Ausgaben für die Langzeitpflege steigen von 0,48 % des BIP im Jahr 2031 auf 0,64 % des BIP im Jahr 2032, was einem Anstieg von einem Drittel entspricht. Für die Steuerzahlenden sinken sie hingegen von 0,39 % auf 0,24 % des BIP.

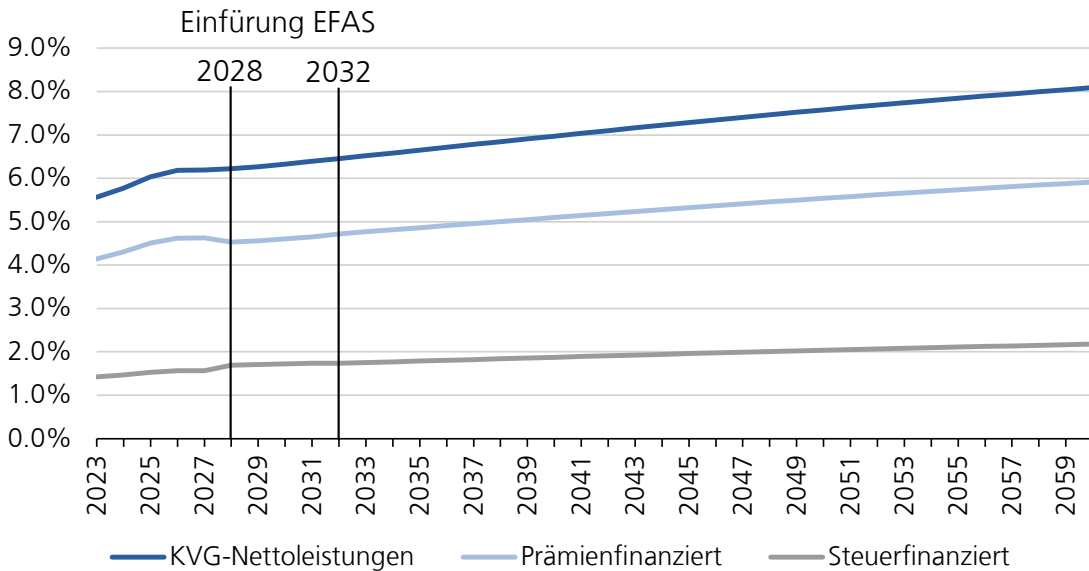
Ab 2032 steigen die Anteile der KVG-Ausgaben infolge der Fixierung des Finanzierungsschlüssels gemäss EFAS im Gleichklang und werden zu 73,1 % von den Prämienzahlenden und zu 26,9 % von den Steuerzahlenden getragen. Im Jahr 2060 steigen die Ausgaben für KVG-Nettoleistungen gemäss den Projektionen auf rund 8,1 % des BIP an (vgl. Panel A). Der prämiensfinanzierte Anteil steigt dabei auf rund 5,9 % des BIP, der steuerfinanzierte Anteil auf 2,2 % des BIP.

<sup>12</sup> Entsprechend EFAS orientiert sich diese Betrachtung an der direkten Finanzierung der Gesundheitsleistungen. Die steuerfinanzierten IPV-Ausgaben bleiben an dieser Stelle unberücksichtigt, da es sich um einen Transfer handelt.

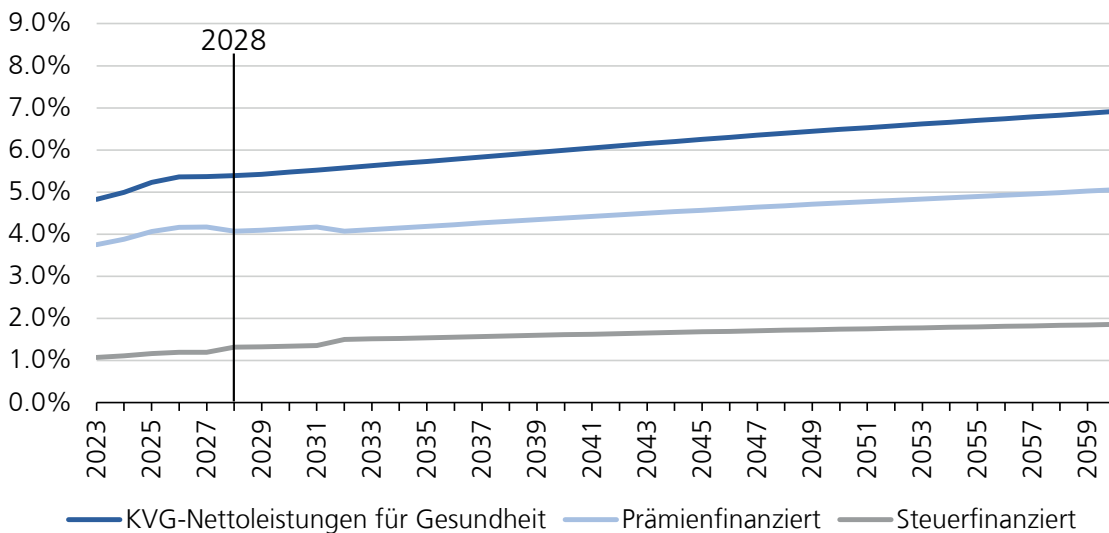
<sup>13</sup> Der Finanzierungsanteil der Prämienzahlenden entspricht in den Projektionen den Ausgaben für die Nettoleistungen der OKP. Der Finanzierungsanteil der Steuerzahlenden umfasst die Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen von Kantonen und Gemeinden gemäss KVG (BAG, 2024d).

**Grafik 9: Entwicklung der Ausgaben für KVG-Nettoleistungen nach Finanzierungsträger und Bereich (in % des BIP)<sup>14</sup>**

**Panel A: Total der KVG-Nettoleistungen**

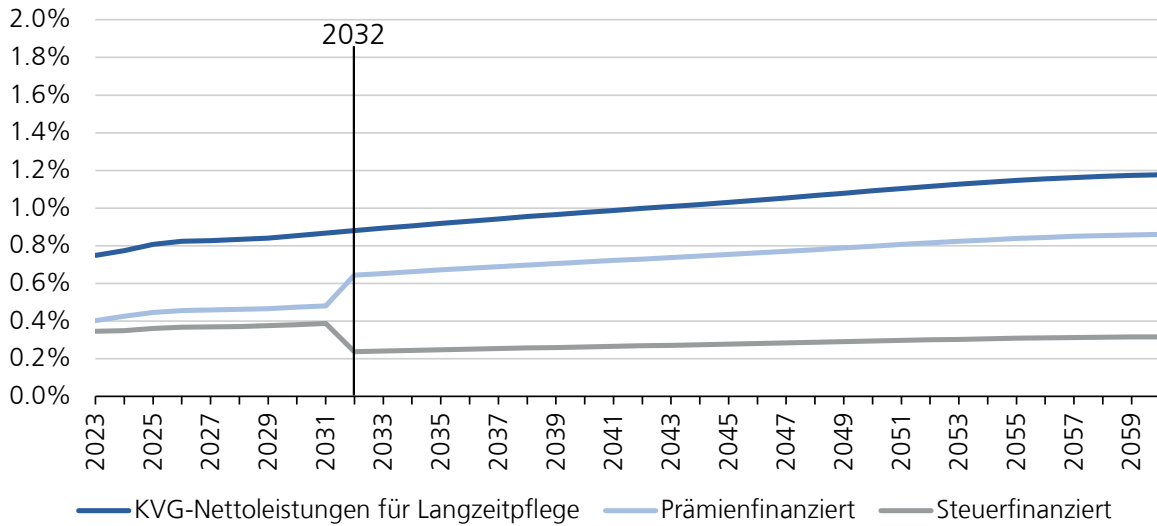


**Panel B: KVG-Nettoleistungen für die Gesundheit**



<sup>14</sup> Für die Übergangsjahre der Einführung von EFAS von 2028 bis 2031 wird in den vorliegenden Projektionen unterstellt, dass der steuerfinanzierte Anteil von Kantonen und Gemeinden an den KVG-Nettoausgaben dem Mindestanteil von 24,5 % entspricht (BAG, 2024c).

Panel C: KVG-Nettoleistungen für die Langzeitpflege

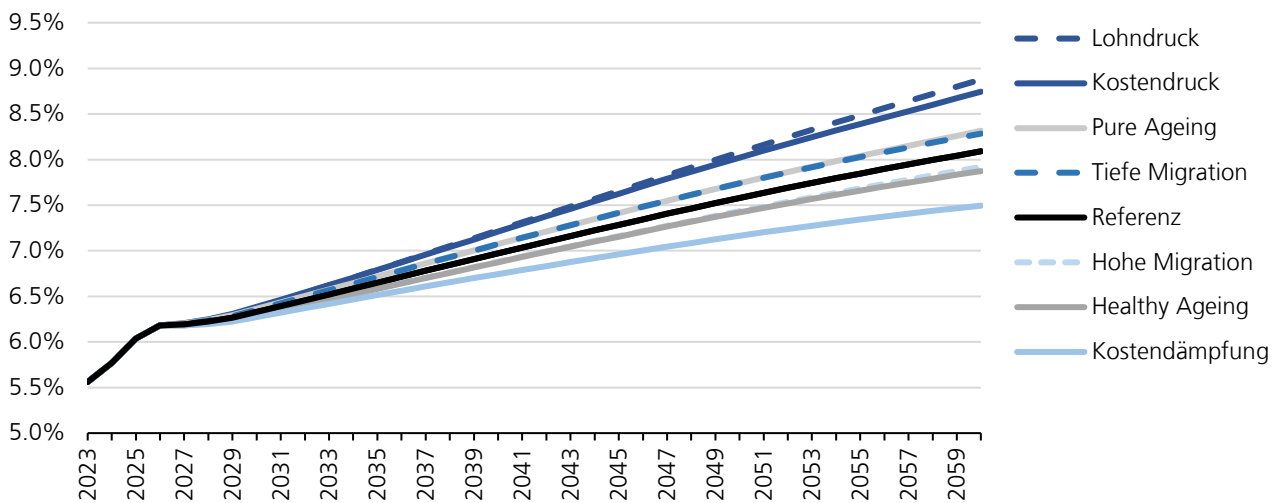


Quelle: BAG, EFV

### 3.2.2 Ausgaben für Leistungen des KVG in den Alternativszenarien

Grafik 10 bildet die Entwicklung der KVG-Nettoausgaben in den Alternativszenarien ab. Wie auch bei den gesamten Gesundheitsausgaben, reagieren die KVG-Ausgaben besonders empfindlich auf Änderungen der nicht-demografischen Kostentreiber, insbesondere auf die Annahmen zum Lohndruck und zur Einkommenselastizität. In den Szenarien Lohn- und Kostendruck steigen die Gesundheitsausgaben bis 2060 auf 8,9 % bzw. 8,7 % des BIP. Im Kostendämpfungsszenario steigen die Gesundheitsausgaben bis 2060 hingegen lediglich auf 7,5 % des BIP und wachsen weniger stark als im Referenzszenario (8,1 % des BIP).

Grafik 10: Entwicklung der KVG-Nettoausgaben in verschiedenen Szenarien (in % des BIP)



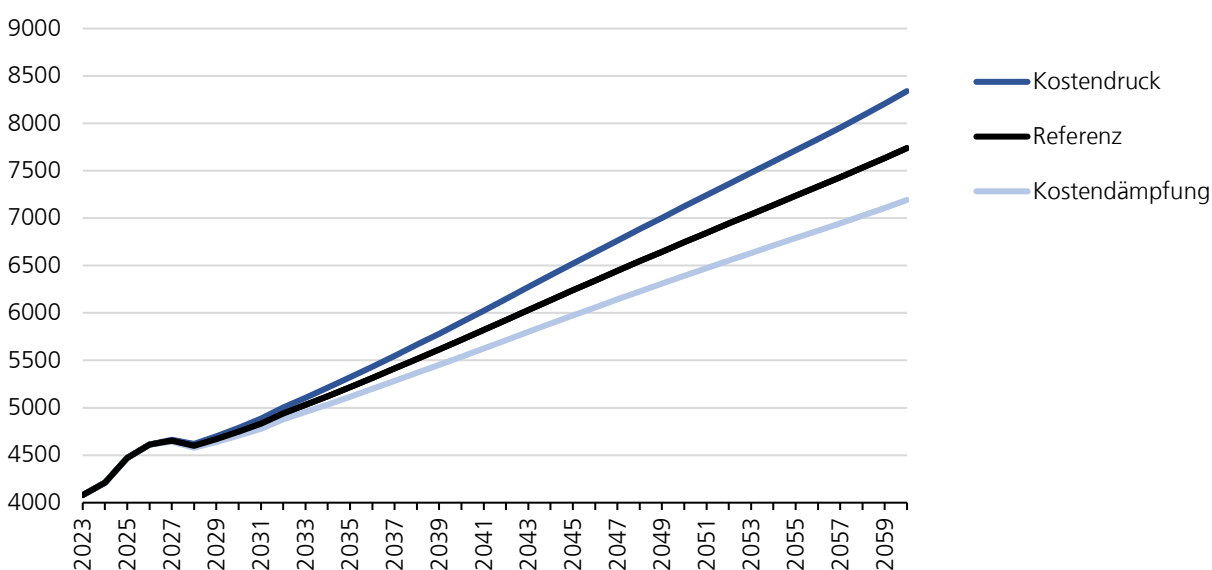
Quelle: EFV

### 3.3 Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

In Grafik 11 wird die Entwicklung der OKP-Nettoausgaben pro Kopf zwischen 2023 und 2060 in Franken (zu Preisen von 2023) gezeigt. Langfristig entsprechen die OKP-Nettoausgaben pro Kopf der mittleren Prämie. Die mittlere Prämie berechnet das BAG als Mittelwert der Prämien aller Versicherten (BAG, 2024f).

Im Jahr 2023 betragen die durchschnittlichen jährlichen OKP-Nettoausgaben pro Kopf 4080 Franken (4,4 % des BIP pro Kopf). Im Referenzszenario steigen sie bis 2060 inflationsbereinigt auf 7740 Franken (6,2 % des BIP pro Kopf), was einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate der real betrachteten Ausgaben pro Kopf von 1,75 % entspricht. Exemplarisch werden zwei weitere Szenarien dargestellt. Im KostendruckszENARIO erhöhen sich die Ausgaben im Jahr 2060 um weitere 599 Franken auf 8339 Franken (6,6 % des BIP pro Kopf) und liegen damit doppelt so hoch wie im Basisjahr 2023. Im Kostendämpfungsszenario nehmen die OKP-Nettoausgaben pro Kopf ebenfalls deutlich zu, jedoch etwas weniger stark als in den anderen Szenarien, und erreichen im Jahr 2060 7191 Franken (5,7 % des BIP pro Kopf).

**Grafik 11: OKP-Nettoausgaben pro Kopf in verschiedenen Szenarien (CHF, zu 2023 Preisen)**



Bemerkung: Die hier dargestellten OKP-Nettoausgaben entsprechen den Ausgaben für die OKP-Bruttoleistungen ohne die Kostenbeteiligung der privaten Haushalte.

Quelle: EFV

### 3.4 Öffentliche Gesundheitsausgaben

Die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen umfassen einen grösseren Bereich als die steuerfinanzierten KVG-Leistungen. Dazu zählen sämtliche Beiträge des Bundes, der Kantone und der Gemeinden sowie der Sozialversicherungen zur Finanzierung des Gesundheitswesens. Aus Sicht der Finanzstatistik werden dafür jene Ausgaben berücksichtigt, die unter der Funktion «Gesundheit» ausgewiesen sind und jene Beiträge unter der Funktion «Soziale Sicherheit», die zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen aufgewendet werden, wie die IPV und die von den

Ergänzungsleistungen der AHV und IV vergüteten Pflegeheim-, Krankheits- und Behinderungskosten (EFV, 2025).

Rund drei Viertel dieser öffentlichen Ausgaben entfallen auf den Bereich der Gesundheit, insbesondere auf Spitäler und die IPV, sowie auf weitere Ausgaben wie Prävention, Ergänzungsleistungen zur AHV für die Pflege, Pflegeheime und die Spitex.<sup>15</sup>

#### 3.4.1 Öffentliche Gesundheitsausgaben nach Staatsebenen im Referenzszenario

Die gesamten öffentlichen Ausgaben betragen im Jahr 2023 3,5 % des BIP, beziehungsweise 29,5 Milliarden Franken (vgl. Grafik 12, Panel A). Davon betragen die Ausgaben für KVG-Nettoleistungen, die der Einheitlichen Finanzierung der Leistungen (EFAS) unterliegen 1,4 % des BIP. Daneben entfallen Ausgaben im Umfang von 0,7 % des BIP für die IPV sowie andere Ausgaben in Höhe von 1,4 % des BIP. Letztere enthalten Ausgaben für Forschung und Lehre, Gesundheitsprävention und gemeinwirtschaftliche Leistungen der Kantone für Krankenhäuser sowie die AHV- und IV-Ausgaben für die Hilflosenentschädigung und die Beiträge an medizinische Leistungen und therapeutische Apparate (vgl. auch Tabelle A3 im Anhang).

Im Referenzszenario steigen die öffentlichen Gesundheitsausgaben bis 2060 auf 5,0 % des BIP an (vgl. Grafik 12, Panel A). Im Jahr 2028, mit dem Inkrafttreten von EFAS für die Gesundheit steigen die öffentlichen Ausgaben einmalig um rund 6,2 % (+0,13 % des BIP).

Die Kantone sind mit rund zwei Dritteln der öffentlichen Gesundheitsausgaben am stärksten in die Finanzierung des Gesundheitswesens eingebunden. Im Verhältnis zum BIP steigen die kantonalen Ausgaben 2023 von 2,4 % des BIP auf 3,6 % des BIP im Jahr 2060 (vgl. Grafik 12, Panel B). Dieser Anstieg ist sowohl auf strukturelle Kostentreiber, EFAS als auch den kantonalen Mindestbeitrag zur Finanzierung der IPV zurückzuführen. Mit dem Inkrafttreten von EFAS steigen die Ausgaben der Kantone zwischen 2027 und 2028 einmalig um 8,1 %.<sup>16</sup>

Der Bund, die Gemeinden und die Sozialversicherungen sind im Jahr 2023 mit Gesundheitsausgaben von 0,44 %, 0,38 % bzw. 0,33 % des BIP deutlich weniger an der Finanzierung des Gesundheitswesens beteiligt als die Kantone. Es zeichnet sich jedoch in den kommenden Jahrzehnten ebenfalls ein Anstieg der Gesundheitsausgaben für diese Staatsebenen ab. Ausgeprägt ist dieser beim Bund, dessen Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP um rund ein Drittel auf 0,58 % steigen dürfte. Der Grund dafür ist, dass der Bundesbeitrag an die IPV direkt an die Kosten der OKP gebunden ist (7,5 %) und somit proportional ansteigt.

Bei den Gemeinden, die unter anderem Beiträge an die Langzeitpflege, stationäre Leistungen für die Gesundheit sowie an die IPV leisten, fällt der Ausgabenanstieg moderater aus. In 2060 belaufen sich ihre Ausgaben auf rund 0,43 % des BIP. Mit dem Einbezug der Langzeitpflege in EFAS im Jahr 2032 verzeichnen die Gemeinden einen einmaligen Rückgang der Gesundheitsausgaben zwischen 2031 und 2032 von rund -19 %. Ein ähnliches Bild für die Entwicklung bis 2060 zeigt

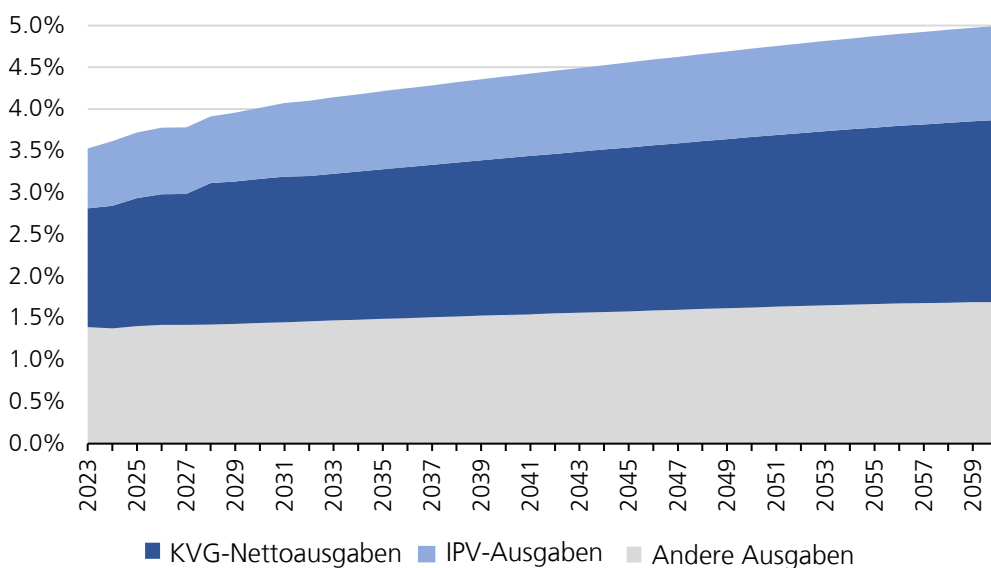
<sup>15</sup> Für eine detaillierte Darstellung, vgl. Grafik 5 in Brändle und Colombier (2022).

<sup>16</sup> In Beantwortung des Postulates 20.4257 Würth wurden für vom demografischen Wandel besonders betroffene Kantone und mit Hilfe der vorliegenden Methodik die Auswirkungen der Alterung auf die öffentlichen Ausgaben im Bereich Gesundheit und Bildung aufgezeigt (Bundesrat, 2023).

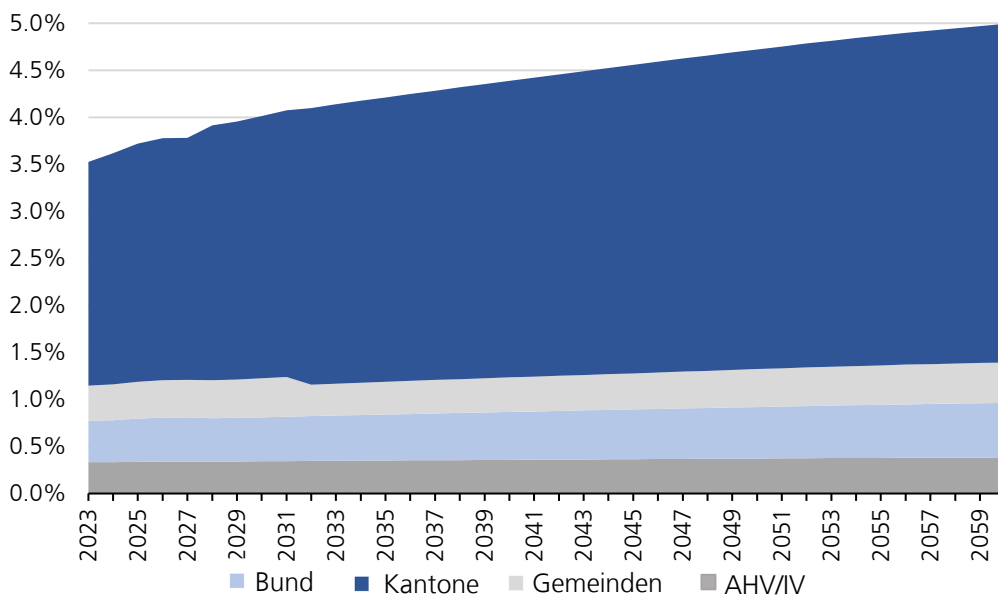
sich bei den Sozialversicherungen, die Beiträge an die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV leisten; deren Ausgaben erreichen im Jahr 2060 rund 0,38 % des BIP.

**Grafik 12: Entwicklung der öffentlichen Ausgaben nach KVG-Leistungen und Staatsebene**  
(in % des BIP)

*Panel A: Öffentliche Gesundheitsausgaben unterteilt nach KVG-Nettoleistungen, IPV und anderen Ausgaben*



*Panel B: Öffentliche Gesundheitsausgaben nach Staatsebene*



Quelle: EFV

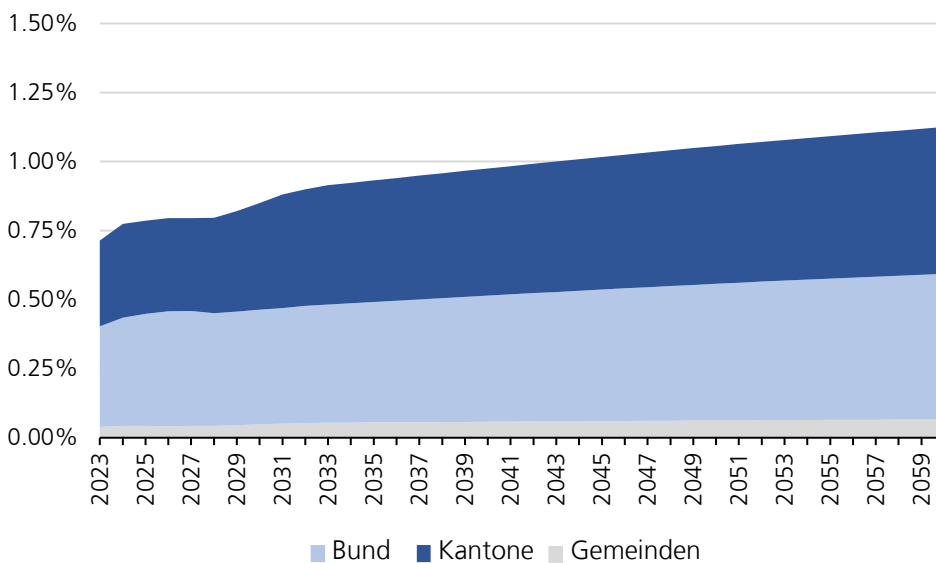
Grafik 13 fokussiert auf die Ausgaben für die IPV. Diese steigen zwischen 2023 und 2060 von 0,7 % auf 1,1 % des BIP an. Die Abbildung gliedert zudem zwischen den IPV-Ausgaben des Bundes, der Kantone und der Gemeinden auf.

Wie oben angedeutet, steigen die Ausgaben des Bundes für die IPV, nämlich von 0,36 % des BIP im Jahr 2023 auf 0,53 % des BIP im Jahr 2060. Aufgrund von EFAS nehmen die OKP-Ausgaben im Jahr 2028 nur geringfügig zu, was sich im Verlauf der IPV-Ausgaben widerspiegelt. Ab 2032, wenn auch die Langzeitpflege zu einem Teil durch die OKP finanziert wird, nehmen die OKP-Ausgaben wieder etwas stärker zu, was sich entsprechend auch auf die IPV-Ausgaben des Bundes auswirkt. Eine entsprechende Entwicklung ist bei den Kantonen zu beobachten.

Gleichzeitig greift die Einführung der kantonalen Mindestbeiträge zur Prämienverbilligung, welche eine stärkere Beteiligung der Kantone an den OKP-Bruttoausgaben vorsieht. Die Annahme, dass die OKP-Bruttoausgaben stärker wachsen als die Einkommen der 40 % einkommensschwächsten Haushalte, führt dazu, dass mittelfristig alle Kantone IPV-Ausgaben von mindestens 7,5 % der OKP-Bruttokosten aufweisen dürften. Ab 2033 wachsen auch die kantonalen IPV-Ausgaben proportional zu den OKP-Ausgaben. Während sie sich im Jahr 2023 auf 0,31 % des BIP belaufen, steigen sie bis 2060 auf 0,53 % des BIP.

Auch einige Gemeinden beteiligen sich an der Finanzierung der kantonalen IPV-Ausgaben. Ihr Anteil ist jedoch gering und steigt im Verhältnis zum BIP gemäss den Projektionen von 0,04 % im Jahr 2023 auf etwas über 0,07 % im Jahr 2060.

**Grafik 13: Entwicklung der Ausgaben für die IPV nach Staatsebene (in % des BIP)**



Quelle: EFV

### 3.4.2 Öffentliche Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege

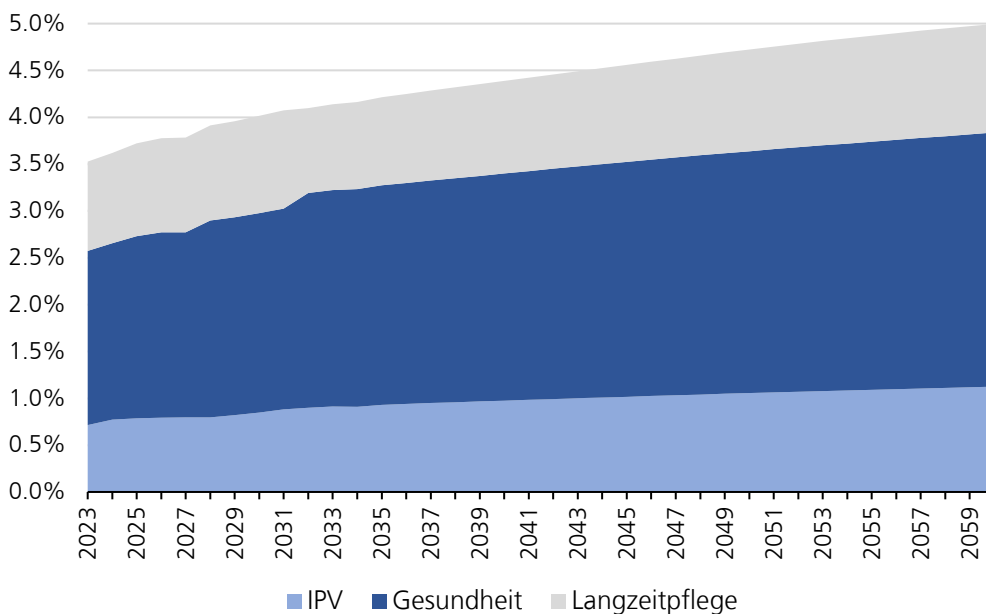
Grafik 14 veranschaulicht die Projektionen der öffentlichen Ausgaben für die Staatsebenen und differenziert zudem nach Bereichen. In Panel A werden die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit, Langzeitpflege und die IPV getrennt ausgewiesen.<sup>17</sup> Die Panels B und C zeigen die Projektionen der öffentlichen Ausgaben nach Staatsebene für die Bereiche Gesundheit und Langzeitpflege.

Im Jahr 2023 belaufen sich die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege auf 1,9 % bzw. 1,0 % des BIP. Bis 2060 nehmen sie auf 2,7 % bzw. 1,2 % des BIP zu. Der deutlich stärkere Anstieg der öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit ist wiederum darauf zurückzuführen, dass sich die Kantone im Rahmen von EFAS an der Finanzierung ambulanter Leistungen beteiligen, die im Gesundheitsbereich dynamischer wachsen (vgl. Grafik 14, Panel B). Demgegenüber dürfte ihre finanzielle Beteiligung im Bereich der Langzeitpflege etwas abnehmen. Dies gilt auch für die Gemeinden (vgl. Grafik 14, Panel C).

Abgesehen von den Ausgaben für die IPV ist der Bund an der Finanzierung des Gesundheitswesens nur in geringem Umfang beteiligt. Hingegen beteiligen sich die Sozialversicherungen sowohl im Bereich Gesundheit als auch in der Langzeitpflege, etwa über Beiträge und Sachleistungen im Rahmen der AHV/IV sowie über Ausgaben für die Hilflosenentschädigung.

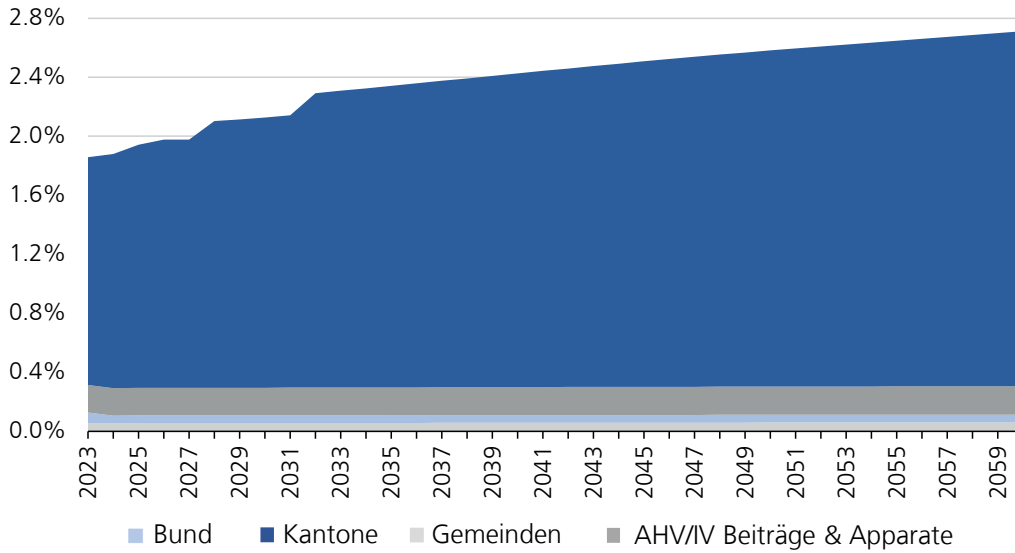
**Grafik 14: Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach Bereich und Staatsebene (in % des BIP)**

*Panel A: Öffentliche Ausgaben nach Bereichen*

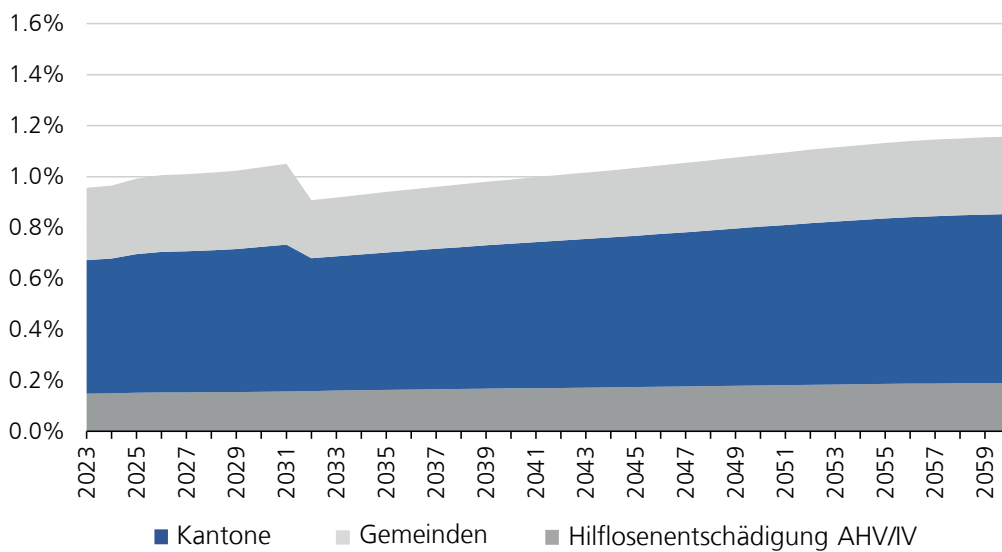


<sup>17</sup> Die öffentlichen Ausgaben für die IPV sind Transfers der öffentlichen Hand und können nicht näher den Bereichen Gesundheit oder Langzeitpflege zugeordnet werden.

**Panel B: Öffentliche Ausgaben für die Gesundheit nach Staatsebene**



**Panel C: Öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege nach Staatsebene**



Quelle: EFV

### 3.4.3 Öffentliche Gesundheitsausgaben in den Alternativszenarien

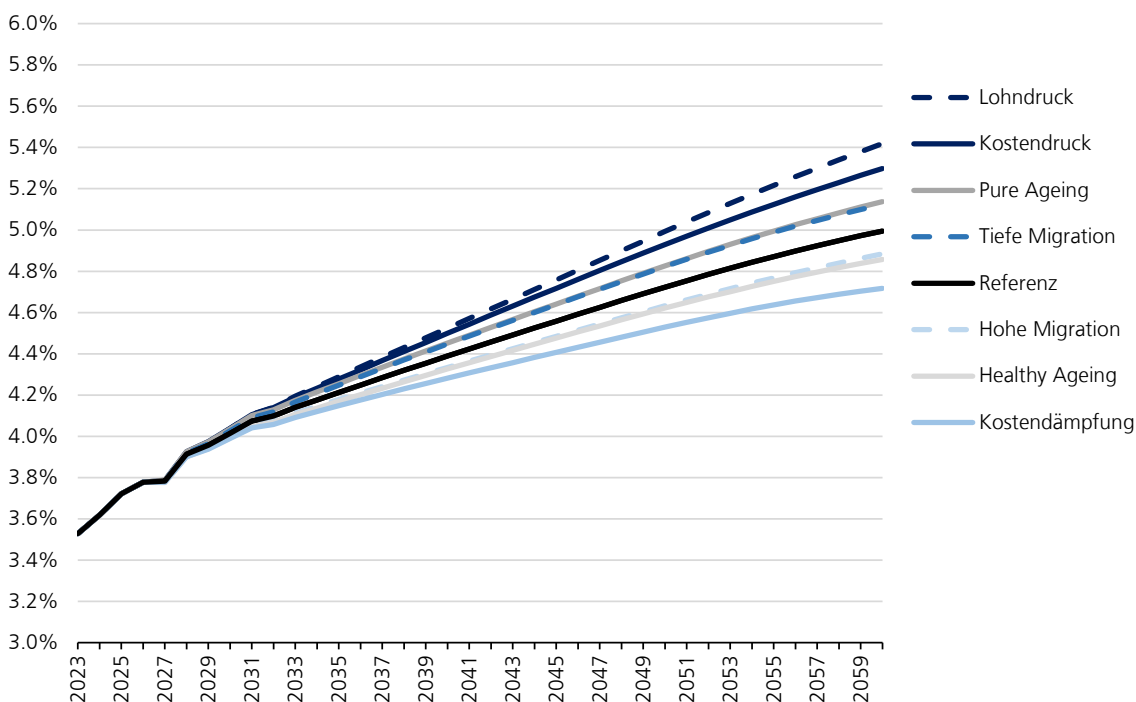
Grafik 15 zeigt, dass die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit besonders stark auf nicht-demografische Kostentreiber reagieren (vgl. Grafik 15, Panel A). Die Auswirkungen des Lohn-druckszenarios sind insbesondere in der Langzeitpflege ausgeprägt (vgl. Grafik 15, Panel C), während im Bereich der Gesundheit auch das Kostendruckszenario eine starke Wirkung entfaltet (vgl. Grafik 15, Panel B).

Die öffentlichen Ausgaben steigen im Lohndruck- und im Kostendruckscenario bis 2060 auf 5,4 % bzw. 5,3 % des BIP an (im Referenzscenario: 5,0 %). Darauf folgen die Szenarien *Pure Ageing* und mit tiefer Migration mit Ausgaben von rund 5,1 % des BIP. Dies lässt sich dadurch erklären, dass in diesen Szenarien ein schlechterer Gesundheitszustand bei steigender Lebenserwartung sowie eine geringere Zuwanderung, die zu einer rascheren Alterung der Bevölkerung beiträgt und zu einem geringeren Wirtschaftswachstum führt, das Ausgabenwachstum im Verhältnis zum BIP zusätzlich beschleunigen.

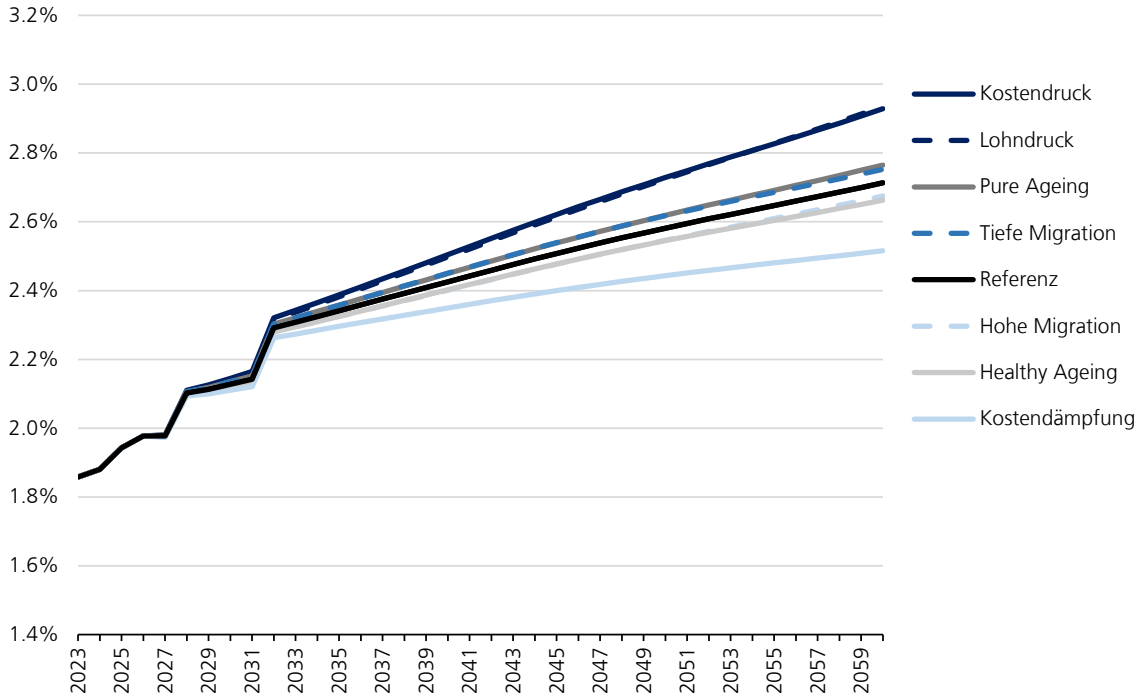
Demgegenüber wird das Ausgabenwachstum im Kostendämpfungsszenario am stärksten abgeschwächt. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben liegen im Jahr 2060 bei rund 4,7 % des BIP. Auch das Szenario *Healthy Ageing* und das hohe Migrationsszenario schneiden mit 4,9 % des BIP im Jahr 2060 leicht besser ab als das Referenzscenario. Dieses Ergebnis lässt sich wie folgt erklären: Ein besserer Gesundheitszustand bei steigender Lebenserwartung sowie eine höhere Zuwanderung, welche den Alterungsprozess etwas dämpft und zum Wirtschaftswachstum beiträgt, schwächen das Ausgabenwachstum im Verhältnis zum BIP ab.

**Grafik 15: Entwicklung der öffentlichen Ausgaben nach Bereich und Szenario**  
(in % des BIP)

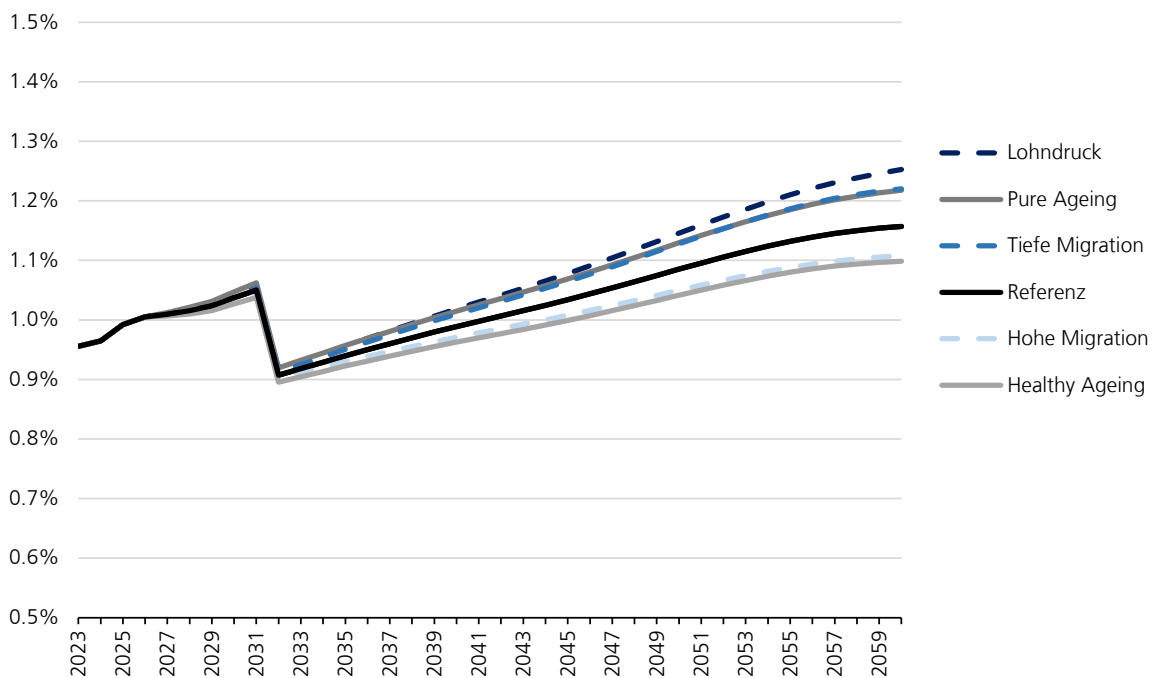
**Panel A: Total der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen**



Panel B: Öffentliche Ausgaben für die Gesundheit



Panel C: Öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege



Quelle: EFV

# 4 Vergleich mit anderen Studien

Dieser Abschnitt vergleicht die vorliegenden Ergebnisse mit jenen der Ausgabenprojektionen von 2022 und ordnet die Resultate anhand eines internationalen Vergleichs ein.

## 4.1 Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen 2022

Die letzten Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen waren von den Auswirkungen der Coronapandemie geprägt (Brändle und Colombier, 2022). Die vorliegenden Ausgabenprojektionen stützen sich auf die aktualisierten Bevölkerungsszenarien des BFS, die von einer geringeren Alterungsdynamik ausgehen als jene aus dem Jahr 2020. Dies ist insbesondere auf eine geringere Zunahme der Lebenserwartung und eine höhere Nettoimmigration zurückzuführen. Zudem berücksichtigen sie die jüngste Revision der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung vom September 2025, die jüngsten Finanzierungsreformen im Gesundheitswesen (EFAS und den kantonalen Mindestbeitrag zur Finanzierung der IPV) sowie den Trend zur «Ambulantisierung». Letzterer wird abgebildet, indem erstmals eine höhere Einkommenselastizität im ambulanten als im stationären Bereich angenommen wird (vgl. Tabelle 1). Gleiches gilt für die Baumolsche Kostenkrankheit, die im Bereich der Gesundheit differenziert nach Leistungen berücksichtigt wird. In der Ausgabe von 2022 wurde für den Bereich Gesundheit eine einheitliche Einkommenselastizität von 1,1 unterstellt, die Baumolsche Kostenkrankheit lag im Referenzszenario bei 50 % für die Gesundheit und bei 75 % für die Langzeitpflege.

Insgesamt weisen die vorliegenden Ausgabenprojektionen sowie jene aus dem Jahr 2022 auf Basis des Makro-Kohorten-Ansatzes für den vergleichbaren Zeitraum 2027-2050 eine ähnliche Ausgabendynamik für das Gesundheitswesen auf. Der Ausgabenanstieg fällt für diesen Zeitraum mit 2,5 % des BIP allerdings geringer aus als in der letzten Ausgabe mit 3,0 % des BIP. Dieser Unterschied ist im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückzuführen: Erstens wird in den jüngsten Bevölkerungsszenarien eine geringere Alterung der Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten erwartet. Zweitens berücksichtigen die vorliegenden Projektionen erstmals den Trend der «Ambulantisierung». Beide Annahmen wirken dämpfend auf das Ausgabenwachstum. Die Finanzierungsreformen führen hingegen primär zu einer Verschiebung der Finanzierungslast zwischen Prämien- und Steuerzahlenden.

## 4.2 Internationaler Vergleich

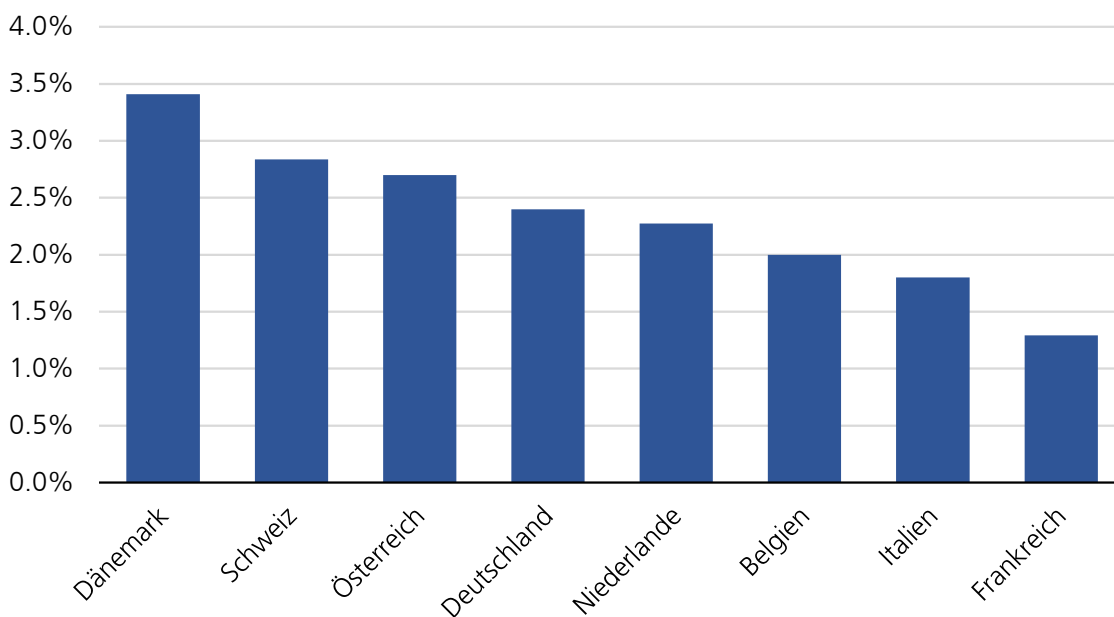
Die zunehmenden Gesundheitsausgaben stellen in den meisten Industrieländern eine wirtschaftspolitische Herausforderung dar (OECD, 2025). Daher erstellen mehrere Finanzministerien und die Europäische Kommission regelmässig Ausgabenprojektionen, um den anhaltenden Reformbedarf zu verdeutlichen.

Grafik 16 vergleicht den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP zwischen der Mitte der 2020er-Jahre und 2060 für ausgewählte Länder. Diese Projektionen stammen, soweit verfügbar, aus Veröffentlichungen der nationalen Finanzministerien sowie aus Berichten der *Working Group on Ageing Populations and Sustainability (AWG)* des *Economic Policy Committee* der Europäischen Kommission (AWG, 2024).

Gemäss den vorliegenden Projektionen steigen die öffentlichen Gesundheitsausgaben der Schweiz (einschliesslich der OKP) im Verhältnis zum BIP zwischen 2023 und 2060 um 2,8 Prozentpunkte.

Damit weist die Schweiz nach Dänemark den zweitstärksten Anstieg der Gesundheitsausgaben im Ländervergleich auf und liegt leicht vor Österreich (+2,7 Prozentpunkte). Es folgen Deutschland (+2,4 Prozentpunkte) und die Niederlande (+2,3 Prozentpunkte). In Ländern wie Belgien, Italien und Frankreich liegt der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP unter 2 Prozentpunkten. Dennoch wachsen die Gesundheitsausgaben auch dort schneller als die Wirtschaftsleistung.

**Grafik 16: Anstieg der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2023–2060 (in % des BIP)**



Bemerkungen: Die Ausgaben für die Schweiz enthalten die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte und die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwecks besserer internationaler Vergleichbarkeit. Das Startjahr der Projektionen variiert je nach Land zwischen 2023 und 2025. Im Startjahr betrug die Gesundheitsausgaben, welche mittels Zwangsabgaben finanziert wurden, in Prozent des BIP: Dänemark 10,1 %, Schweiz 7,2 %, Österreich 9,4 %, Deutschland 9,1 %, die Niederlande 9,6 %, Belgien 8,0 %, Italien 7,9 %, und Frankreich 10,2 %. Die Projektionen für Deutschland im Jahr 2060 entsprechen dem Durchschnitt des optimistischen und pessimistischen Szenarios. Für Belgien entsprechen die Projektionen für 2060 dem interpolierten Wert zwischen den Jahren 2050 und 2070.

Quelle: Eigene Darstellung aus Daten der Bundesministerien für Finanzen von Deutschland, Österreich, Italien und Belgien (BMF, 2024; BMF/ÖBR, 2025; MEF, 2024; CSF, 2024), sowie Daten der AWG (2024) für Dänemark, die Niederlande und Frankreich.

Der internationale Vergleich liefert interessante Hinweise auf die absehbare Finanzierungslast im Gesundheitswesen in den unterschiedlichen Ländern. Mit Blick auf eine genaue Vergleichbarkeit ist die Aussagekraft jedoch beschränkt. Für die einzelnen Länder werden für die Projektionen unterschiedliche demografische und wirtschaftliche Entwicklungen zugrunde gelegt. Auch unterscheiden sich die institutionellen Gegebenheiten im Gesundheitswesen von Land zu Land. Für die Schweiz ist jedoch festzuhalten, dass die Ausgaben für das Gesundheitswesen im Verhältnis zum BIP im internationalen Vergleich bereits sehr hoch sind und die Projektionen eine vergleichsweise ausgeprägte Ausgabendynamik nahelegen, sofern keine Massnahmen ergriffen werden.

# 5 Finanzpolitische Schlussfolgerungen

## *Warum sind die Ausgabenprojektionen wichtig?*

Ein wichtiges Element einer vorausschauenden Politik ist eine nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens. Hierzu leisten die Ausgabenprojektionen für die Schweiz bis 2060 einen wichtigen Beitrag. Die Projektionen geben eine Orientierung über die mittel- bis langfristige Ausgabendynamik im Gesundheitswesen, verbessern das Verständnis der zugrundeliegenden Kostentreiber und unterstreichen die Dringlichkeit von Reformen mit Blick auf Effizienzsteigerungen und Dämpfung des Ausgabenwachstums.

## *Was sind die Kernergebnisse?*

Die Projektionen zeigen erstens, dass strukturelle Kostentreiber wie die Alterung, steigende Einkommen, der medizinisch-technische Fortschritt sowie die Baumolsche Kostenkrankheit auch künftig einen anhaltenden Druck auf das Gesundheitswesen ausüben werden. Die Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen steigen unter den getroffenen Annahmen im Referenzszenario von 11,2 % im Basisjahr 2023 auf 15,3 % des BIP im Jahr 2060. Während in der Gesundheit vor allem nicht-demografische Faktoren, wie steigende Einkommen, der medizinische Fortschritt und die Baumolsche Kostenkrankheit, die Kostendynamik bestimmen, sind die Mehrbelastungen in der Langzeitpflege in erster Linie auf die Alterung und die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zurückzuführen. Aus einer Finanzierungssicht werden die wesentlichen Zusatzlasten von der OKP und den öffentlichen Haushalten getragen.

Zweitens zeigt sich, dass die jüngsten Reformen im Gesundheitswesen (EFAS, kantonale Mindestbeiträge zur IPV) zu Verschiebungen in der Finanzierungsverantwortung zwischen der OKP und den öffentlichen Haushalten führen werden. Die öffentlichen Haushalte werden durch EFAS voraussichtlich stärker im Bereich der Gesundheit belastet, als sie in der Langzeitpflege entlastet werden. Durch die Einführung von kantonalen Mindestbeiträgen zur Finanzierung der Prämienverbilligung dürfte zudem die Belastung für die Kantone zunehmen. Entsprechend entlastet werden die Prämienzahlenden. Sind diese Finanzierungsreformen Anfang der 2030er-Jahre umgesetzt, verläuft die Kostendynamik für Prämien- und Steuerzahlende im Gleichklang.

Drittens wird in den Projektionen erstmals mit Hilfe einer stärker nach Gesundheitsbereichen differenzierten Betrachtung der Ausgabendynamik der Trend zur «Ambulantisierung» angenähert. Unter den getroffenen Annahmen wachsen die Ausgaben für ambulante Gesundheitsleistungen schneller als die für stationäre Gesundheitsleistungen. Da ambulante Behandlungen im Durchschnitt kostengünstiger sind, kann die «Ambulantisierung» das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen dämpfen. Die Verpflichtung, bestimmte Leistungen ambulant zu erbringen, ist bereits seit 2019 in Kraft. Die Einführung von EFAS könnte den Trend zur «Ambulantisierung» verstärken, da Fehlanreize zu stationären (anstatt ambulanten) Leistungen beseitigt werden. Die «Ambulantisierung» wird zudem auch künftig durch den medizinisch-technischen Fortschritt begünstigt.

## *Was sind die finanzpolitischen Implikationen?*

Finanzpolitisch bedeutet eine anhaltend hohe Ausgabendynamik, dass das Gesundheitswesen innerhalb der Budgets von Bund, Kantonen und Gemeinden einen zunehmend grösseren Anteil beansprucht und andere Ausgaben verdrängt. Zudem ist mit weiteren Forderungen nach einer

stärkeren Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens zu rechnen, welche auch die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen tangieren kann. Die Ausgabenprojektionen verdeutlichen somit, dass die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen unter Druck gerät und der Prämienanstieg anhalten wird. Vor diesem Hintergrund sind weitere Massnahmen für Effizienzsteigerungen und zur Dämpfung des Ausgabenwachstums notwendig.

Eine konkret voranzutreibende Massnahme, welche die im Artikel 32 des KVG festgehaltenen Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen zur Anwendung bringt, ist das Health Technology Assessment (HTA). Beim HTA geht es um die vertiefte Bewertung der Leistungen, die von der OKP vergütet werden. Ein aktueller Postulatsbericht zeigt auf, dass das HTA des Bundes zu Einsparungen geführt und zugleich die Qualität der Leistungen erhöht hat (Bundesrat, 2026a). Allerdings werden weitere Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert, z. B. bei der Themenauswahl und Prüfungsbreite wie auch in der Umsetzung.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens kann die Koordinationskosten senken, Mehrfachabklärungen reduzieren und die Behandlungsqualität und die Entwicklungszyklen medizinischer Innovationen durch einen besseren und zugleich sicheren Informationsfluss verbessern. Dies beispielweise durch den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) und der Telemedizin. «DigiSanté», das Programm für die digitale Transformation des Gesundheitswesens, geht in diese Richtung (BAG, 2023).

Neben den effizienzfördernden Massnahmen tragen Präventionsmassnahmen wie die Förderung gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und die Stärkung der Gesundheitskompetenz zur Vermeidung chronischer Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats bei. Zielgerichtete Massnahmen können zu einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung mit zunehmender Lebenserwartung führen. Dies wirkt sich dämpfend auf die Ausgabendynamik sowohl in der Gesundheit als auch in der Langzeitpflege aus.

Angesichts der Verrentung der Babyboomer und hoher Drop-Out-Raten, insbesondere im Pflegebereich, eines wachsenden Bedarfs an Gesundheitspersonal sowie langer Ausbildungszeiten ist eine vorausschauende Personalpolitik notwendig. Dies wirkt mittelfristigen Personalengpässen und damit den Risiken einer Unterversorgung und stark steigenden Lohnkosten entgegen (Obsan, 2025b). In diesem Kontext sind Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Gesundheits- und Pflegepersonals relevant, wie sie derzeit im Rahmen der Umsetzung der Pflegeinitiative diskutiert werden (BAG, 2024g).

Neben diesen laufenden Bemühungen sind ein wichtiger Ansatzpunkt die im Jahr 2024 vom Volk angenommenen Kosten- und Qualitätsziele, welche die Transparenz erhöhen und Anreize für mehr Kostenverantwortung geben. Dieses Instrument sollte über die Zeit verbindlicher ausgestaltet werden, um ein kostenbewussteres Handeln aller Akteure im Gesundheitswesen zu fördern. Mehr Kostenverantwortung durch übergeordnete Kostenziele können zudem die Attraktivität von Managed-Care-Modellen mit Budgetverantwortung erhöhen. Dies könnte zugleich der Integration und Koordination von Behandlungsabläufen zuträglich sein. Weiterhin kann das seit Beginn 2026 in Kraft gesetzte neue Gesamttarifsystem aus TARDOC und den ambulanten Pauschalen helfen, die medizinisch nicht notwendige Mengenausweitung einzudämmen (BAG, 2025).

Einen weiteren wichtigen Ansatzpunkt stellt schliesslich eine verbesserte Spitalplanung dar. Ein aktueller Postulatsbericht zeigt auf, dass im stationären Sektor weiterhin deutliche Überkapazitäten bestehen. Obwohl Anstrengungen unternommen worden sind, um die Umsetzung der kantonalen Spitalplanung zu vereinheitlichen und die problematische Mehrfachrolle der Kantone als Regulator, teilweise Eigentümer und auch Zahler anzugehen, besteht weiter Verbesserungspotenzial. Dies umfasst beispielsweise eine vertiefte interkantonale Koordination mittels kantonsübergreifender Versorgungsregionen und gemeinsamer Spitallisten (Bundesrat, 2026b).

# Literaturverzeichnis

Ageing Working Group on Ageing, Population and Sustainability, AWG (2024). 2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022–2070). Institutional Paper Series, No. 279, European Commission, April 2024, Brussels.

Anderes, M. und H. Gersbach (2025). KOF-Prognose der Gesundheitsausgaben: Herbst 2025. KOF Studien, No. 185, 11/2025.

Baltagi, B. H., R. Lagravinese, F. Moscone, und E. Tosetti (2017). Health Care Expenditure and Income: A Global Perspective. *Health Economics*, 26(7), 863–874.

Barrage, L. (2024). The Fiscal Costs of Climate Change in the United States. CER-ETH WP 23/380.

Baumol, W. J. (1967). Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. *American Economic Review*, 57(3), 415–26.

Brändle, T. und C. Colombier (2022). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050: Alterung und Coronakrise. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 25, Bern.

Breyer, F. und N. Lorenz (2021). The «Red Herring» after 20 Years: Ageing and Health Care Expenditures. *The European Journal of Health Economics*, 22, 661–667.

Bundesamt für Gesundheit, BAG (2023). [Faktenblatt: Ziele und Nutzen von DigiSanté](#). BAG, Bern. (19.01.2026)

Bundesamt für Gesundheit, BAG (2024a). [KVG Einheitliche Finanzierung: Präsentation der Kernelemente](#). BAG, Bern. (19.01.2026)

Bundesamt für Gesundheit, BAG (2024b). [Faktenblätter 1–3 zur Einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen \(EFAS\)](#). BAG, Bern. (19.01.2026)

Bundesamt für Gesundheit, BAG (2024c). [Faktenblatt 6 zur Einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen \(EFAS\)](#). BAG, Bern. (19.01.2026)

Bundesamt für Gesundheit, BAG (2024d). [Faktenblatt 8 zur Einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen \(EFAS\)](#). BAG, Bern. (19.01.2026)

Bundesamt für Gesundheit, BAG (2024e). [Faktenblatt: Indirekter Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative](#). BAG, Bern. (19.01.2026)

Bundesamt für Gesundheit, BAG (2024f). [Faktenblatt: Prämien](#). BAG, Bern. (19.01.2026)

Bundesamt für Gesundheit, BAG (2024g). [Faktenblatt: Massnahmen zur Stärkung der Pflege](#). BAG, Bern. (19.01.2026)

Bundesamt für Gesundheit, BAG (2025). [Übersicht Kostendämpfungsmassnahmen](#), BAG, Bern. (19.01.2026)

Bundesamt für Statistik, BFS (2025a). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2025. BFS, Neuchâtel, 15.04.2025.

Bundesamt für Statistik, BFS (2025b). Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Staatsangehörigkeit der Versicherten, Bericht im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern. BFS, Neuchâtel, 30.06.2025.

Bundesamt für Statistik, BFS (2025c). Rückgang der Geburtenhäufigkeit in der Schweiz. BFS, Neuchâtel, 10.11.2025.

Bundeskanzlei, BK (2025). Branchenszenarien: Aktualisierung 2025, Studie im Auftrag des Bundesamtes für Raumentwicklung ARE und des Bundesamts für Energie BFE, BK, Bern, September 2025.

Bundesministerium der Finanzen, BMF (2024). Tragfähigkeitsbericht 2024 – Sechster Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen. Bundesministerium der Finanzen, Berlin.

[Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG](#), vom 18.03.1994, Stand: 01. Januar 2026. (19.01.2026)

Bundesministerium für Finanzen / Österreichische Bundesregierung, BMF/ÖBR (2025). Langfristige Budgetprognose 2025: Bericht der Bundesregierung gemäß § 15 Abs. 2 BHG 2013, Beilage III-272 XXVIII. GP, Wien.

Bundesrat (2023). Demografischer Wandel und Zusammenhalt der Schweiz. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 20.4257 Würth vom 25.09.2020, Bern.

Bundesrat (2024). Langfristiges Management und Flexibilisierung der stark gebundenen Ausgaben. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 21.4337 der FK-N vom 22.10.2021 und 23.3605 Ettlín Erich vom 1.6.2023, Mai 2024, Bern.

Bundesrat (2026a). Entwicklung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und Bilanz des Health Technology Assessment Programms des Bundes. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 22.4394 Herzog Verena vom 14. Dezember 2022 und 23.4341 der GPK-S vom 14. November 2023, Januar 2026, Bern.

Bundesrat (2026b). Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 15.3464 Cassis vom 6. Mai 2015, 17.4160 Carobbio Guscetti vom 14. Dezember 2017, 19.3423 SGK-N vom 3. Mai 2019, 23.4275 de Montmollin vom 29. September 2023 und 24.3029 Wyss vom 26. Februar 2024, Bern, Januar 2026.

Celebi, K., J. Hartwig, und A. P. Sandqvist (2025). Baumol's Cost Disease in Acute versus Long-Term Care: Do the Differences Loom Large?. *International Journal of Health Economics and Management*, 1–33.

Colombier, C. und W. Weber (2011). Projecting Health-Care Expenditure for Switzerland: Further Evidence Against the «Red-Herring» Hypothesis. *The International Journal of Health Planning and Management*, 26(3), 246–263.

Colombier, C. (2012). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung, Nr. 19, Bern.

Colombier, C. (2018). Population Aging in Healthcare – A Minor Issue? Evidence from Switzerland. *Applied Economics*, 50 (15), 1746–1760.

Comité d'Étude sur le Vieillissement ; Hoge Raad van Financiën / Conseil Supérieur des Finances, CSF (2025). Rapport annuel 2025: Comité d'Étude sur le Vieillissement (Version révisée, 26 septembre 2025), Bruxelles.

Costa-Font, J. und C. Vilaplana-Prieto (2020). More Than One Red Herring? Heterogeneous Effects of Ageing on Health Care Utilisation. *Health Economics*, 29, 8–29.

Credit Suisse (2015). Gesundheitswesen Schweiz 2015 – Die Zukunft des Pflegeheimmarkts. Swiss Issues Branchen, Juni 2015, Investment Strategy & Research, Economic Research, Zürich.

De la Maisonnette, C. und J. Oliveira Martins (2014). The Future of Health and Long-Term Care Spending. *OECD Journal: Economic Studies*, 2014(1): 61–96.

De la Maisonnette, C., R. Moreno-Sera, F. Murin, und J. Oliveira Martins (2016). The Role of Policy and Institutions on Health Spending. *Health Economics*, 26(7), 834–843.

de Schrijver, E., S. Sivaraj, C. C. Raible, O. H. Franco, K. Chen, und A. M. Vicedo-Cabrera (2023). Nationwide Projections of Heat and Cold-Related Mortality Impacts Under Various Climate Change and Population Development Scenarios in Switzerland. *Environmental Research Letters*, 18(9), 094010.

Eidgenössisches Finanzdepartement, EFD (2024). Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen der Schweiz 2024: Alterung und Netto-Null-Ziel, Bern, April 2024.

Eidgenössische Finanzverwaltung, EFV (2025). Öffentliche Finanzen der Schweiz 2023–2024, Band 18. Öffentliche Verwaltung und Finanzen, Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern.

Falchetta, G., E. De Cian, I. Sue Wing, und D. Carr (2024). Global Projections of Heat Exposure of Older Adults. *Nature Communications*, 15(1), 3678.

Fries, J. F. (1980). Ageing, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303(3), 130–135.

Fries, J. F. (1989). The Compression of Morbidity: Near or Far?. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 67(2), 208–232.

Fumagalli, E., M. Pinna Pintor, und M. Suhrcke (2024). The Impact of Health on Economic Growth: A Narrative Literature Review. *Health Policy*, 143(C):105039.

Gasparri, A., Y. Guo, M. Hashizume, E. Lavigne, A. Zanobetti, J. Schwartz, und B. Armstrong (2015). Mortality Risk Attributable to High and Low Ambient Temperature: A Multicountry Observational Study. *The Lancet*, 386(9991), 369–375.

Giuntella, O. und F. Mazzonna (2015). Do Immigrants Improve the Health of Natives?. *Journal of Health Economics*, 43, 140–153.

Gregersen, F. A. (2014). The Impact of Ageing on Health Care Expenditures: A Study of Steepening. *The European Journal of Health Economics*, 15(9), 979–989.

Gruenberg, E. M. (1977). The Failure of Success. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55(1), 3–24.

Haines, A. und K. Ebi (2019). The Imperative for Climate Action to Protect Health. *New England Journal of Medicine*, 380(3), 263–273.

Hartwig, J. (2008). What Drives Health Care Expenditure? - Baumol's Model of Unbalanced Growth Revisited. *Journal of Health Economics*, 27(3), 603–23.

Hartwig, J. und J. E. Sturm (2014). Robust Determinants of Health Care Expenditure Growth. *Applied Economics*, 46(36), 4455–4474.

Holzhausen, A., M. Grimm, und M. Zimmer (2024). Climate Change and the Double Impact of Aging. Allianz SE Report, Munich, 13 June 2024.

Intergovernmental Panel on Climate Change, IPCC (2022). Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability, Working Group II Contribution to the Sixth Assessment Report of the IPCC, April 2022, Geneva.

Kazmierczak, A., R. Lowe, K. R. van Daalen, K. Johnson, S. Dasgupta, und E. Robinson (2022). Climate Change as a Threat to Health and Well-Being in Europe: Focus on Heat and Infectious Diseases. European Environment Agency Report, No. 07/2022.

Kennedy, S., M. P. Kidd, J. T. McDonald, und N. Biddle (2015). The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *Journal of International Migration and Integration*, 16, 317–332.

Lerch, B., C. Colombier, und T. Brändle (2025). Determinants of Healthcare Expenditure: Evidence from Switzerland between 1960–2022. Federal Finance Administration Working Paper No. 27, June 2025, Bern.

Lorenzoni, L., P. de Biase und S. Dougherty (2024). [Long-term projections: Different paths to fiscal sustainability of health systems, in OECD, Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?](#). OECD Publishing, Paris,

- Manton K. G. (1982). Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 60(2), 183–244.
- Marino, A. und L. Lorenzoni (2019). The Impact of Technological Advancements on Health Spending: A Literature Review. OECD Publishing, Paris.
- Milkovska, E., P. van Baal, und B. Wouterse (2024). Slicing the Red Herring Two Ways: Changes in Costs in the Last Years of Life by Disease and Over Time. Mimeo.
- Nationales Zentrum für Klimadienleistungen, NCCS (2025). Kosten der Auswirkungen des Klimawandels in der Schweiz. Projekt NCCS-Impacts, 2022–2025, Bern.
- Nghiem, S. H. und L. B. Connelly (2017). Convergence and Determinants of Health Expenditures in OECD Countries. *Health Economics Review*, 7, 1–11.
- OECD (2025), [Health at a Glance 2025: OECD Indicators](#). OECD Publishing, Paris.
- Panczak, R., X. Luta, M. Maessen, A. E. Stuck, C. Berlin, K. Schmidlin, und K. M. Clough-Gorr (2017). Regional Variation of Cost of Care in the Last 12 Months of Life in Switzerland: Small-Area Analysis Using Insurance Claims Data. *Medical Care*, 55(2), 155–163.
- Polynomics (2022). Sparpotenzial einheitliche Finanzierung, Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Juli 2022.
- Prognos (2025). Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen. Beitrag der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW), November 2025.
- Ragioneria Generale dello Stato / Ministero dell’Economia e delle Finanze, MEF (2024). Mid/ long-term trends for the pension, health and long-term care systems: Projections updated to June 2024 (Report no. 25), Rome.
- Ridhwan, M. M., P. Nijkamp, A. Ismail, und L. M. Irsyad (2022). The Effect of Health on Economic Growth: A Meta-Regression Analysis. *Empirical Economics*, 63(6), 3211–3251.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan (2025a). Ambulant vor Stationär: Aktualisierung des Monitorings zur KLV-Regelung «Ambulant vor Stationär (AvS)» (gemäss Artikel 3c und Anhang 1a KLV) für das Jahr 2023. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Obsan Rapport 01/2025, Neuchâtel.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan (2025b). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz: Aktualisierung der Bedarfsprognosen bis 2040 mit Blick bis 2050. Obsan Bericht 09/2025, Neuchâtel.
- Seshamani, M. und A. M. Gray (2004). A Longitudinal Study of the Effects of Age and Time to Death on Hospital Costs. *Journal of Health Economics*, 23(2), 217–235.

Smith, S. D., J. P. Newhouse und M. S. Freeland (2009). Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?. *Health Affairs*, 28(5), 1276–1284.

Socol, A., H. Iuga, D. Socol, und I. C. Iuga (2023). Does Climate Change Drive Up Government Healthcare Costs in the European Union?. *Frontiers in Environmental Science*, 11, 1286099.

UBS (2025). UBS Sorgenbarometer 2025: Geopolitische Konflikte und steigende Kosten: die Schweiz in Zeiten internationalen Drucks. Media Releases Switzerland, Dezember 2025, Zürich.

[Verordnung über die Beiträge der Kantone und des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung](#), VPVK, vom 12. September 2025, Stand: 01. Januar 2026.

Vöhringer, F., M. Vielle, P. Thalmann, A. Frehner, W. Knoke, D. Stocker, und B. Thurm (2019). Costs and Benefits of Climate Change in Switzerland. *Climate Change Economics*, 10(02), 1950005.

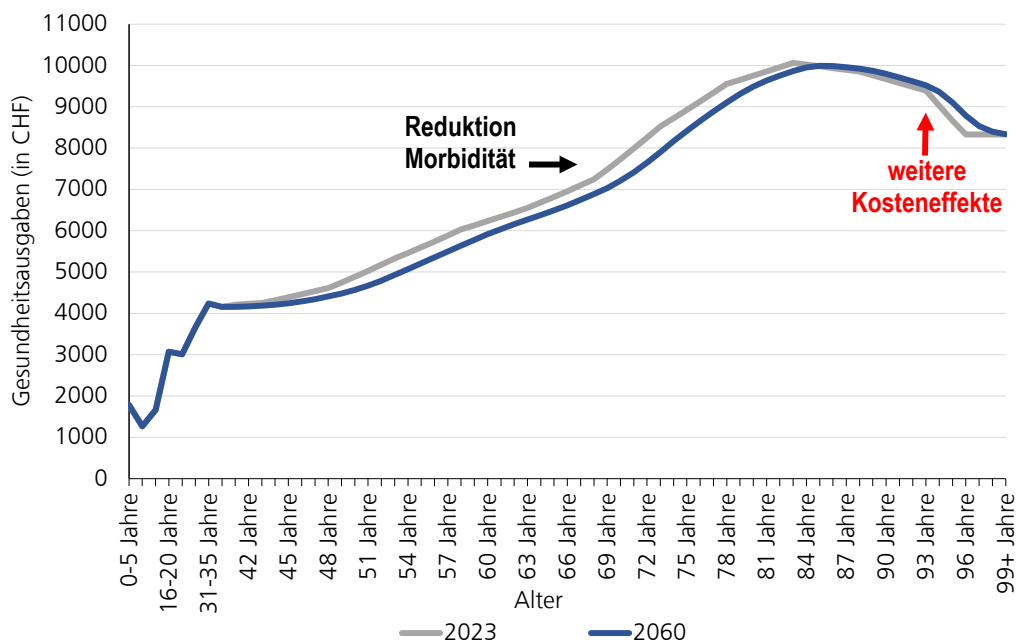
Werblow, A., S. Felder und P. Zweifel (2007). Population Ageing and Health Care Expenditure: A School of «Red Herrings»?. *Health Economics*, 16(10), 1109–1126.

World Health Organization, WHO (2022). Review of IPCC Evidence 2022: Climate Change, Health, and Well-Being, WHO position paper, 02.11.2022.

Zweifel, P., S. Felder, und M. Meiers (1999). Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?. *Health Economics*, 8(6), 485–496.

# Anhang

**Grafik A1: Ambulante Ausgaben für Gesundheit pro Frau für 2023 und 2060 am Beispiel des *Healthy-Ageing*-Szenarios (in CHF)**



Quelle: EFV

**Tabelle A1: Datenquellen und Annahmen zu den Ausgaben nach Finanzierungsträger und Bereich für die Jahre von 2023 bis 2026**

Finanzierungsträger & Bereich	2023	2024	2025	2026
Bund, Gesundheitsausgaben ohne IPV	Finanzstatistik		Projektionen mit dem BIP	
Bund, Ausgaben für die IPV	Finanzstatistik		Staatsrechnung 2025	EFV-Budgetwerte (Herbst 2025)
Kantone & Gemeinden, Ausgaben für KVG-Leistungen	Finanzstatistik und KVG-Ausgaben gemäss Schätzung des BAG für 2022	Fortschreibung der stationären Ausgaben für die Gesundheit mit den Ausgaben der OKP; Fortschreibung restliche KVG-Ausgaben mit den Ausgaben für das Gesundheitswesen		
Kantone & Gemeinden, Ausgaben ausserhalb des KVG	Finanzstatistik	Fortschreibung mit den Ausgaben für das Gesundheitswesen		Projektionen mit Makro-Kohorten-Ansatz
Kantone, Ausgaben für die IPV	Finanzstatistik	BAG-Berechnung gem. IPV-Reform (KVG, VPVK)	Fortschreibung mit OKP-Bruttoausgaben und Anpassung durchschnittlicher kantonaler Mindestbeitrag zur IPV (VPVK)	
OKP	OKP-Statistik		BAG und Staatsrechnung 2025	BAG-Schätzung gemäss OKP-Bruttoausgaben (VPVK) und EFV-Budgetwerte für die IPV

Bemerkungen: Die Tabelle stellt die Quellen und Annahmen für die Jahre 2023–2026 dar. Ab 2027 greifen die Projektionen des Makro-Kohorten-Ansatzes. Die Daten sind Stand Ende Dezember 2025.

**Tabelle A2: Kennzahlen zu Bevölkerungs- und Wirtschaftsentwicklung**

<b>Bevölkerungsentwicklung (BFS-Szenario A-00-2025)</b>	<b>2023</b>	<b>2040</b>	<b>2060</b>
Bilanz ständige Wohnbevölkerung (in Mio.)	8,96	9,97	10,59
Wanderungssaldo <sup>1</sup>	89 200	45 000	45 000
Durchschnittliche Anzahl Kinder pro Frau	1,33	1,41	1,42
Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren)			
Männer	82,2	84,5	85,9
Frauen	85,8	87,7	88,9
Altersquotient (in %) <sup>2</sup>	31,8	40,9	46,4
Effektiver Altersquotient (in %) <sup>3</sup>	39,6	48,6	54,7
Jugendquotient (0-19 Jahre, in %) <sup>4</sup>	32,9	31,5	31,8
Erwerbsquote in Vollzeitäquivalenten (>15-64 Jahre; in %)	84,6	86,2	86,1
Erwerbsbevölkerung in Vollzeitäquivalenten (in Mio.)	4,37	4,87	5,04
<b>Wirtschaftsentwicklung (Mittelwert, p. a. in %)<sup>5</sup></b>		<b>2030–2060</b>	
Nominales BIP		2,3 %	
Reales BIP		1,3 %	
Arbeitsproduktivität		1,15 %	
Reallohn		1,15 %	
Erwerbsbevölkerung		0,3 %	
Teuerung		1,0 %	

Bemerkungen:

- 1 Der Wanderungssaldo im Jahr 2023 berücksichtigt Personen mit Schutzstatus S aus der Ukraine nicht.
- 2 Altersquotient: Verhältnis der über 65-Jährigen zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20-64 Jahre)
- 3 Effektiver Altersquotient: Verhältnis über 65-Jähriger zur Erwerbsbevölkerung (VZÄ)
- 4 Jugendquotient: Verhältnis der unter 20-Jährigen zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter
- 5 Für die Jahre 2025 bis 2027 wird die Prognose der Expertengruppe des Bundes vom 12.12.2025 unterstellt. Bis 2029 werden zudem Werte aus den Eckwerten des Finanzplans 2027–29 herangezogen. Für die langfristige Entwicklung des BIP dienen die am 12.12.2025 veröffentlichten Szenarien des SECO als Grundlage, insbesondere hinsichtlich der Annahmen zur Arbeitsproduktivität sowie zur Entwicklung der Arbeitsstunden in VZÄ und der Erwerbsbevölkerung gemäss den Projektionen des BFS.

Quelle: EFV, SECO, BFS

**Tabelle A3: Ausgaben für das Gesundheitswesen im Referenzszenario nach Bereichen, KVG-Leistungen und Finanzierungsträgern (in % des BIP)**

Ebene	2023	2032		2060	
	Niveau	Niveau	Veränderung 2023–2032	Niveau	Veränderung 2032–2060
<b>Gesamtes Gesundheitswesen nach Bereichen</b>	11.2	12.4	+1.14	15.3	+2.97
Gesundheit	8.9	9.7	+0.81	11.7	+2.02
Langzeitpflege	2.3	2.7	+0.33	3.6	+0.94
<b>Darstellung nach Leistungen gemäss KVG</b>					
<b>KVG-Bruttoausgaben<sup>1</sup></b>	6.2	7.2	+0.96	9.0	+1.81
<i>KVG-Nettoausgaben<sup>2</sup></i>	5.6	6.5	+0.90	8.1	+1.64
Prämienfinanziert (OKP)	4.1	4.7	+0.58	5.9	+1.20
Steuerfinanziert	1.4	1.7	+0.32	2.2	+0.44
Kantone	1.2	1.6	+0.38	2.0	+0.39
Gemeinden	0.2	0.1	-0.07	0.2	+0.05
<i>Gesundheit</i>	4.8	5.6	+0.74	6.9	+1.34
Prämienfinanziert (OKP)	3.8	4.1	+0.32	5.1	+0.98
Steuerfinanziert	1.1	1.5	+0.42	1.9	+0.36
<i>Langzeitpflege</i>	0.7	0.9	+0.13	1.2	+0.30
Prämienfinanziert (OKP)	0.4	0.6	+0.24	0.9	+0.22
Steuerfinanziert	0.3	0.2	-0.11	0.3	+0.08
<i>Kostenbeteiligung der privaten Haushalte an der OKP</i>	0.6	0.7	+0.06	0.9	+0.18
<b>Darstellung nach Finanzierungsträgern<sup>3</sup></b>					
<b>Staat (inkl. Sozialwerke)<sup>4</sup></b>	3.5	4.1	+0.57	5.0	+0.90
Bund	0.4	0.5	+0.04	0.6	+0.10
Kantone	2.4	2.9	+0.56	3.6	+0.66
Gemeinden	0.4	0.3	-0.04	0.4	+0.09
AHV/ IV <sup>5</sup>	0.3	0.3	+0.01	0.4	+0.04
<i>Gesundheit</i>	1.4	1.8	+0.45	2.3	+0.42
Kantone	1.4	1.8	+0.45	2.2	+0.41
Gemeinden	0.0	0.0	+0.00	0.0	+0.00
<i>Langzeitpflege</i>	0.5	0.4	-0.09	0.5	+0.13
Kantone	0.2	0.2	-0.03	0.2	+0.06
Gemeinden	0.3	0.2	-0.06	0.3	+0.08
<i>Transfers<sup>6</sup></i>	1.4	1.6	+0.23	1.9	+0.35
Individuelle Prämienverbilligung (IPV)	0.7	0.9	+0.18	1.1	+0.23
Bund	0.4	0.4	+0.06	0.5	+0.10
Kantone	0.3	0.4	+0.11	0.5	+0.11
Gemeinden	0.0	0.1	+0.01	0.1	+0.01
Kantonale EL Pflegeheime, Krankheits- & Behinderungskosten	0.3	0.3	+0.03	0.4	+0.09
EL AHV	0.2	0.2	+0.03	0.3	+0.09
EL IV	0.1	0.1	+0.00	0.1	+0.00
AHV-Hilflosenentschädigung (HE) & Beiträge	0.1	0.1	+0.01	0.1	+0.03
<b>Obligatorische Krankenpflegeversicherung (Nettoausgaben abzüglich IPV)<sup>7</sup></b>	3.7	4.1	+0.40	5.0	+0.97
<b>Private Haushalte<sup>8</sup></b>	2.5	2.6	+0.17	3.7	+1.10
<b>Restliche Ausgaben<sup>9</sup></b>	1.6	1.6	+0.00	1.6	+0.00

Bemerkungen: Die zeitliche Unterteilung der Ergebnisse orientiert sich an der Einführung von EFAS. Die Werte können Rundungsdifferenzen enthalten.

- 1 Die KVG-Bruttoausgaben finanzieren die Gesundheitsleistungen für den Bereich Gesundheit und Langzeitpflege gemäss EFAS.
- 2 Die KVG-Nettoausgaben stellen die KVG-Bruttoleistungen abzüglich der von den privaten Haushalten finanzierten Kostenbeteiligung für die OKP dar.
- 3 Die Summe der Ausgaben der Finanzierungsträger Staat (inkl. Sozialwerke), OKP (Nettoausgaben abzüglich IPV), Private Haushalte und Restliche Ausgaben entspricht den gesamten Gesundheitsausgaben.
- 4 Diese Rubrik erfasst die gesamten öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen. Staatsausgaben mit gesundheitsbezogenen AHV-/ IV-Ausgaben und die nicht explizit ausgewiesenen restlichen öffentlichen Gesundheitsausgaben für z. B. Prävention, Rettungsdienste, Forschung & Entwicklung und Zahnärzte.
- 5 AHV/IV-Hilflosenentschädigung, AHV/IV-Beiträge an medizinische Leistungen und therapeutische Apparate.
- 6 Diese Rubrik enthält die nicht ausgewiesenen IV-Beiträge an medizinische Leistungen und therapeutische Apparate und die IV-Hilflosenentschädigung, welche 0,2 % des BIP ausmachen.
- 7 OKP-Nettoausgaben sind die OKP-Bruttoausgaben inklusive Verwaltungsausgaben ohne Kostenbeteiligung der privaten Haushalte und ohne Beteiligung der öffentlichen Hand in Form der IPV, welche dem Staatssektor zugerechnet wird.
- 8 Kostenbeteiligung OKP, Selbstzahlungen (Out-of-Pocket-Zahlungen) und Kostenbeteiligung private Zusatzversicherungen.
- 9 Zu den «Restlichen Ausgaben» zählen die Ausgaben der obligatorischen Unfallversicherung (UV), der privaten Zusatzversicherungen (ZV) und der privaten Stiftungen.

Quelle: EFV