Grundversicherung

Hintergrund

Pflicht
Alle Menschen, die in der Schweiz wohnen, müssen eine Krankenversicherung haben (Obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP = Grundversicherung).

Leistungen
Das Gesetz schreibt vor, welche Leistungen die Versicherung bezahlt, beispielsweise Arztbesuche, Physiotherapien, Medikamente und Pflegekosten.

Prämien
Prämien sind der Beitrag, den die Versicherten an ihre Krankenkasse zahlen. Die Prämien steigen seit Jahren an. Sie sind in den verschiedenen Kantonen unterschiedlich hoch (im Durchschnitt 3'766 Franken pro Jahr/pro Person).

Solidarität und Hilfe
Die Grundversicherung funktioniert nach dem Prinzip der Risikosolidarität: Gesunde helfen Kranken. Menschen mit tiefem Einkommen müssen aber einen grösseren Anteil ihres Geldes für Prämien ausgeben als Menschen mit höherem Einkommen. Es gibt finanzielle Unterstützung für Haushalte mit wenig Geld (individuelle Prämienverbilligung). Diese Hilfe ist je nach Kanton unterschiedlich.

Krankenversicherer
In der Schweiz gibt es momentan 39 Krankenversicherer. Diese stehen in Konkurrenz zueinander.

Modelle und Wechsel
Es gibt verschiedene Versicherungsmodelle und Franchisen. Die Franchise ist der Betrag, den Erwachsene ab 18 Jahre pro Jahr für ihre Gesundheitskosten selbst tragen müssen. Die Versicherten legen die Höhe der Franchise selbst fest – sie beträgt wahlweise zwischen 300 und 2'500 Franken. Viele Menschen wissen nicht, welche Versicherung und welches Modell am besten zu ihnen passt. Die Krankenkasse und die Franchise können jedes Jahr gewechselt respektive angepasst werden. Im Jahr 2022 wechselten 4,5 Prozent aller Versicherten die Krankenkasse.

Warum steigen die Gesundheitskosten?

Fehlendes Wissen
Viele Menschen wissen nicht genug über das System und geben daher mehr Geld aus als nötig. Sie wählen eine teure Krankenversicherung, eine zu niedrige Franchise oder ein teureres Modell mit freier Arztwahl.

Versicherung generell
Alle Menschen in der Schweiz sind versichert (Grundversicherung) und die Kosten werden solidarisch getragen. Dies kann dazu führen, dass Menschen weniger gut auf ihre Gesundheit achten (z.B. kein gesunder Lebensstil oder risikoreiche Aktivitäten) und teurere Behandlungen vornehmen lassen, als wenn sie diese selbst bezahlen müssten.

Verträge mit allen Ärztinnen und Ärzten
Versicherungen müssen mit allen zugelassenen Ärztinnen und Ärzten Verträge abschliessen (Vertragszwang) – auch wenn diese nicht gut arbeiten. Das erhöht die Kosten und es gibt wenig Wettbewerb.

Verwaltungskosten
95 Prozent der Prämien werden für die Bezahlung der medizinischen Leistungen verwendet. 5 Prozent für den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen. Die Verwaltungskosten decken die Personalkosten sowie weitere Kosten, die entstehen, bspw. durch den Krankenkassenwechsel der Versicherten und durch Werbung, die Krankenkassen vornehmen.

Grundversicherung

Leitfragen:

- **Wer soll was finanzieren?**
- **Wie viel Wahlfreiheit möchten wir?**

Auswahl von möglichen **Reformvorschlägen**

Ärmere Haushalte entlasten

Durch die Einführung von **einkommensabhängigen Prämien** oder einer **Gesundheitssteuer** könnten ärmere Haushalte entlastet werden. Die individuelle Prämienverbilligung würde damit wegfallen. Gleichzeit könnten damit die Gesundheitskosten insgesamt steigen, da die einzelne Person weniger auf ihre Gesundheitsausgaben achtet. Ausserdem ist es aufwändig, das Einkommen von Allen zu überprüfen (Gesundheitssteuer).

Selbstbeteiligung erhöhen

Durch die **Erhöhung der Mindestfranchise** oder durch die **Einführung eines Gesundheitssparkontos** könnte die Selbstbeteiligung an den Kosten erhöht werden. Dies könnte dazu führen, dass die Menschen weniger «unnötige» Arztbesuche vornehmen. Auf der anderen Seite wäre es möglich, dass manche Menschen aus Angst vor den Kosten auf notwendige Behandlungen verzichten.

Gesundheitskompetenzen verbessern

Bildungsangebote und **Informationskampagnen** zum Gesundheitssystem können dazu beitragen, dass Menschen bessere Entscheidungen treffen und weniger unnötige Behandlungen durchführen lassen. Andererseits kann es sein, dass nicht alle Menschen damit erreicht werden. Zudem kosten solche Informationskampagnen viel Geld.

Mehr oder weniger Wettbewerb

Um mehr Wettbewerb zu ermöglichen, könnte der **Vertragszwang zwischen Versicherern und Ärztinnen/Ärzten gelockert** werden. Die Versicherer würden so nur mit den besten Ärztinnen und Ärzten zusammenarbeiten. Allerdings würden dadurch die Wahlmöglichkeiten von Versicherten eingeschränkt. Zudem wäre es schwierig, die Leistung von Ärztinnen und Ärzten zu beurteilen.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, den Wettbewerb zu beschränken. Die Einführung einer **Einheitskasse** könnte die Komplexität reduzieren und die Verwaltungskosten senken. Gleichzeitig könnte der fehlende Wettbewerb zu höheren Prämien führen. Und die Versicherten könnten die Krankenkasse nicht mehr wechseln, wenn sie unzufrieden sind.

Spitäler

Hintergrund

Planung
Die Kantone sind verantwortlich für die Spitalplanung und entscheiden, in welchen Spitälern die Behandlungen bezahlt werden.

Kosten
Stationäre Spitalaufenthalte sind teuer und machen über ein Drittel der Gesundheitskosten aus.

Art der Behandlung
Seit 2019 gilt «ambulant vor stationär». Das bedeutet, dass bestimmte planbare Operationen möglichst ohne Übernachtung im Spital durchgeführt werden sollen.

Finanzierung
Bei stationären Behandlungen zahlt der Kanton (via Steuern) mindestens 55 Prozent der Kosten, die Krankenkasse (via Prämien) zahlt maximal 45 Prozent. Bei ambulanten Behandlungen zahlt die Krankenkasse (beziehungsweise die Prämienzahlenden) alles.

Anzahl Spitäler
In der Schweiz gibt es 278 Spitäler, viele davon sind klein. Jeder Kanton entscheidet selbst, wie viele Spitäler es braucht, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Abstimmung am 24. November 2024
Einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen. Alle Leistungen der Grundversicherung (ambulant, stationär und Pflege) sollen in Zukunft nach dem gleichen Schlüssel finanziert werden. Die Kantone würden dann 26,9 Prozent der Kosten übernehmen und die Krankenkassen 73,1 Prozent. Ab 2028 würde dies für ambulante und stationäre Leistungen eingeführt. Ab 2032 dann auch für Pflegeleistungen.

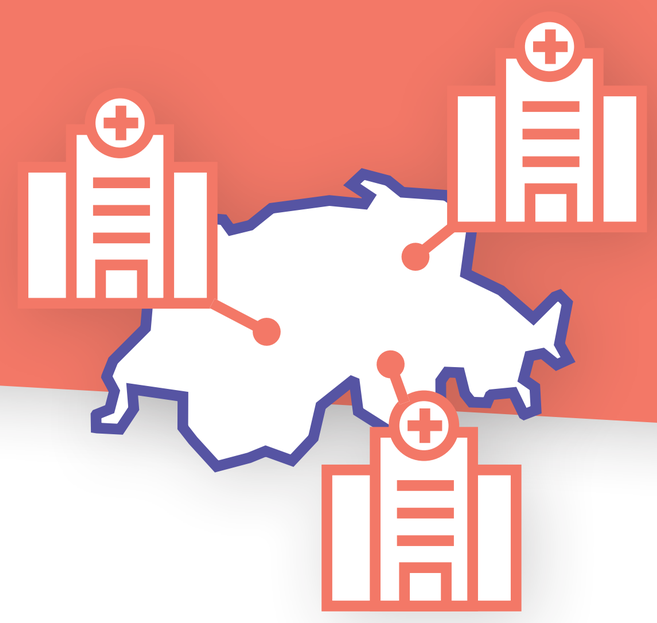
Warum steigen die Gesundheitskosten?

Viele (kleine) Spitäler
Oft gibt es mehrere Spitäler in einer Region, die die gleichen Leistungen anbieten. Dies hat den Vorteil der kurzen Anfahrtswege und schafft lokale Arbeitsplätze. Kleine Spitäler können jedoch nicht gleich effizient arbeiten wie grössere Spitäler. Zudem kann die Qualität in kleinen Spitälern tiefer sein, weil gewisse Eingriffe nur selten gemacht werden.

Mehrfachrolle der Kantone
Die Kantone planen die Versorgung, besitzen Spitäler und können bei den Tarifen mitbestimmen. Dies kann dazu führen, dass Kantone (zu) viele Spitäler haben und die Preise hoch bleiben.

Zu viele stationäre Behandlungen
Obwohl viele Behandlungen ambulant (ohne Übernachtung im Spital) möglich wären, bleiben Patientinnen und Patienten oft länger im Spital als nötig. Dies bringt den Spitälern mehr Geld, ist aber teurer für die Prämienzahler und Steuerzahler.

Spitäler



Leitfragen:

- **Wie viele Spitäler braucht die Schweiz?**
- **Wer entscheidet?**

Auswahl von möglichen **Reformvorschlägen**

Regionale Versorgungsgebiete schaffen

Durch eine stärkere Zusammenarbeit der Kantone oder durch eine nationale Spitalplanung des Bundes könnten vermehrt regionale **Versorgungsgebiete geschaffen werden.** Dies würde bedeuten, dass die Kantone Entscheidungsrechte verlieren.

Spitäler schliessen

Durch die **Schliessung von kleineren Spitälern** und durch das Einrichten grösserer, spezialisierter (Gesundheits-)Zentren könnten die Qualität der Behandlungen verbessert und die Kosten gesenkt werden. Andererseits würden die Wege für Patientinnen und Patienten länger und Menschen vor Ort könnten ihre Arbeitsplätze verlieren.

Rollen der Kantone trennen

Kantone besitzen Spitäler, finanzieren und regulieren sie. Um Interessenkonflikte zu vermeiden und um Kosten zu senken, könnten diese **Aufgaben voneinander getrennt** werden. Dies würde bedeuten, dass die Kantone Entscheidungsrechte verlieren.

Mengenausweitung

Hintergrund

Mehr Gesundheitsleistungen

Die Versicherten beziehen immer mehr Gesundheitsleistungen. Sie gehen häufiger zum Arzt/zur Ärztin, es gibt mehr und auch teurere Eingriffe und es werden mehr Analysen gemacht. Im Jahr 2012 bezog eine Person durchschnittlich Leistungen im Wert von 3‘257 Franken. Bis 2022 stieg dieser Betrag auf 4‘294 Franken an. Laut Schätzungen sind rund zwei Drittel des Kostenanstiegs darauf zurückzuführen, dass die Versicherten mehr Leistungen in Anspruch nehmen.

Warum steigen die Gesundheitskosten?

Angebot von Gesundheitsleistungen

- **Zahlung pro Leistung**
  In der Schweiz zahlen die Krankenkassen in vielen Bereichen für jede einzelne Leistung (Einzelleistungsvergütung). Das kann dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte mehr Leistungen erbringen als notwendig, um mehr zu verdienen.
- **Abgabe von Medikamenten**
  In einigen Kantonen dürfen Ärztinnen und Ärzte Medikamente direkt an Patientinnen und Patienten abgeben. Das kann dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte teurere oder zusätzliche Medikamente verschreiben, um mehr zu verdienen.
- **«Defensive Medizin»**
  Wenn Ärztinnen und Ärzte unnötige Behandlungen durchführen, damit später keine Patientin und Patient oder keine Anwältin und Anwalt sagen können, sie hätten nicht alles Notwendige getan.

Nachfrage von Gesundheitsleistungen

- **Versicherung**
  Alle Menschen in der Schweiz sind über die Grundversicherung umfassend versichert. Das kann dazu führen, dass Menschen mehr Leistungen nachfragen, weil sie wissen, dass die Krankenkasse die Kosten übernimmt.
- **Franchise**
  Wenn Versicherte ihre Franchise erreicht haben, zahlen sie noch 10 Prozent an alle weiteren Gesundheitskosten. Das kann dazu führen, dass die Versicherten mehr Behandlungen in Anspruch nehmen als nötig.
- **Alternde Bevölkerung**
  Der Anteil der älteren Personen in der Bevölkerung nimmt zu. Damit nehmen auch gewisse Krankheiten zu, die vor allem oder häufiger bei älteren Personen vorkommen (z.B. Demenz, gewisse Augenkrankheiten). Mit der Behandlung dieser Krankheiten nehmen auch die Kosten zu.

Ausbau des Leistungskatalogs (durch die Grundversicherung abgedeckte Leistungen)

- **Neue Technologien**
  Im Gesundheitsbereich gibt es laufend neue Medikamente und Techniken, die zwar besser sein können, aber auch höhere Kosten verursachen.
- **Zusätzliche Leistungen in der Grundversicherung**
  Wenn neue Leistungen in die Grundversicherung aufgenommen werden, ohne dass sie bestehende Leistungen ersetzen, steigen die Gesundheitskosten.

Mengenausweitung

Leitfrage:

- **Wie können (unnötige) Leistungen reduziert werden?**

Auswahl von möglichen **Reformvorschlägen**

Pauschalen einführen

Für jede Gesundheitsleistung könnten **Pauschalen eingeführt werden** (= fixer Preis für alle Behandlungen einer bestimmten Krankheit). Das könnte dazu führen, dass weniger «unnötige» Leistungen angeboten werden. Pauschalen könnten auch die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten verbessern. Hingegen könnten Pauschalen auch dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheiten nicht behandeln möchten.

Leistungskatalog verkleinern

Der **Leistungskatalog**, der von der Grundversicherung abgedeckt wird, könnte **reduziert** werden. Das bedeutet, dass weniger Leistungen über die Grundversicherung abgerechnet werden können. Für Leistungen, die nicht durch die Grundversicherung abgedeckt sind, müssten Versicherte eine Zusatzversicherung abschliessen oder diese Kosten selbst bezahlen.

Kostenbeteiligung erhöhen

Wenn Versicherte einen **grösseren Anteil ihrer Behandlungskosten selbst bezahlen** müssten, könnte dies die Nachfrage nach (unnötigen) Behandlungen verringern. Höhere Selbstbehalte oder höhere Franchisen könnten dazu führen, dass Versicherte nur notwendige Behandlungen nachfragen. Auf der anderen Seite könnte es auch dazu führen, dass notwendige Behandlungen aus finanziellen Gründen aufgeschoben werden.

Koordination der Versorgung

Hintergrund

Definition
Koordinierte Versorgung bedeutet, dass Behandlungen zwischen verschiedenen Gesundheitsfachpersonen (z.B. Hausärzte/-innen, Fachärzte/-innen, Physiotherapeuten/-innen) aufeinander abgestimmt sind. Dies verbessert die Qualität und ist besonders wichtig für Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten, bei denen oft viele verschiedene Gesundheitsfachpersonen involviert sind.

Keine Koordinationspflicht
In der Schweiz gibt es keine Vorschriften darüber, dass Behandlungen koordiniert werden müssen. Und es gibt keine Verpflichtung für den elektronischen Datenaustausch unter den Gesundheitsfachpersonen (z.B. für Laborergebnisse, Röntgenbilder).

Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte
In der Schweiz sind Hausärztinnen und Hausärzte die Hauptkoordinatoren und ersten Anlaufstellen («Gatekeeper»). Allerdings hat eine zunehmende Anzahl Menschen keinen Hausarzt/keine Hausärztin. Diese Situation könnte sich durch den Hausärztemangel weiter verschärfen.

Folgen
Ohne Hausarzt/ohne Hausärztin suchen viele Patientinnen und Patienten unnötig die Notfallstation oder Fachärztinnen/Fachärzte auf. Das verursacht zusätzliche Kosten, weil Behandlungen auf Notfallstationen und bei Fachärztinnen/Fachärzten teurer sind als Hausarztbesuche.

Warum steigen die Gesundheitskosten?

Mehr Fachärztinnen/Fachärzte, aber weniger Hausärztinnen/Hausärzte
Die Anzahl Ärztin-nen und Ärzte steigt. Es gibt aber viel mehr Fachärztinnen/Fachärzte als Hausärztin-nen/Hausärzte. Das führt dazu, dass mehr Behandlungen bei Fachärztinnen/Fachärzten angeboten und nachgefragt werden. Das treibt die Kosten in die Höhe.

Fehlende Koordination
Im aktuellen System gibt es keine Koordination für die Behandlung. Patientinnen und Patienten können direkt zu Fachärztinnen/Fachärzten gehen, auch wenn eine Hausärztin/ein Hausarzt das Problem lösen könnte. Bei alternativen Versicherungsmodellen (z.B. Hausarzt-Modell) übernehmen Hausärztinnen und Hausärzte die Koordination der Behandlung.

Fragmentiertes System
Das Gesundheitssystem ist nicht koordiniert. Ärztinnen und Ärzte arbeiten oft nicht gut zusammen und es gibt keinen verpflichtenden elektronischen Datenaustausch, was zu doppelt durchgeführten Untersuchungen und zu Einbussen in der Qualität der Behandlungen führen kann.

Beschränkte Möglichkeiten für Pflegefachpersonen
Einen Teil der Aufgaben von Hausärztinnen und Hausärzten könnten auch andere Gesundheitsfachpersonen übernehmen. Dafür ausgebildete Pflegefachpersonen könnten zum Beispiel die Koordination oder die Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten übernehmen. Momentan dürfen Pflegefachpersonen das aber nicht. Deshalb müssen das Hausärztinnen und Hausärzte machen, was zu höheren Kosten führt.

Koordination der Versorgung

Leitfragen:

- **Wie kann die Koordination der Gesundheitsversorgung gestärkt werden?**
- **Wer soll über medizinische Behandlungen entscheiden?**

Auswahl von möglichen **Reformvorschlägen**

Anlaufstellen für Koordination stärken

Im heutigen Standardmodell dürfen versicherte Personen ihren Arzt/ihre Ärztin frei wählen. Dies führt oft zu unnötigen Kosten. Mit der **Abschaffung des Standardmodells** und dem Einsatz von Modellen wie dem Hausarzt- oder HMO-Modell hätten die Versicherten eine erste Anlaufstelle. Besonders im HMO-Modell würde die weitere Versorgung der Patientinnen und Patienten stärker koordiniert. Dies würde jedoch die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten einschränken.

In Zeiten des Hausärztemangels könnten beispielsweise dafür ausgebildete **Pflegefachpersonen** die Koordination der Versorgung übernehmen. Dies könnte Kosten sparen. Allerdings sind auch Pflegefachpersonen vom Fachkräftemangel betroffen. Zudem könnte es dazu führen, dass mehr Leistungen angeboten werden, weil der Leistungskatalog vergrössert wird.

Elektronisches Patientendossier für Alle

Mit der Einführung eines verpflichtenden **elektronischen Patientendossiers** in der Schweiz könnte der Austausch von Informationen zwischen Ärztinnen und Ärzten erleichtert und die Zusammenarbeit verbessert werden. Jedoch besteht die Gefahr von mehr Bürokratie und Sicherheitsrisiken bei der Speicherung von sensiblen Daten.

Finanzierungsanreize stärken

Um die Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Gesundheitsfachpersonen zu verbessern, könnte der **Austausch bezahlt** werden. Damit könnten doppelt durchgeführte Untersuchungen vermieden und die Qualität der Versorgung erhöht werden. Dies könnte zu Einsparungen führen. Gleichzeitig würden für den Austausch auch neue Kosten entstehen.

Mit der Einführung einer **Pauschale für ambulante Behandlungen** würden alle Leistungen für einen Krankheitsfall gemeinsam abgerechnet. Wenn eine Pauschale für alle beteiligten Gesundheitsfachpersonen eingeführt würde, könnte die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachpersonen aus verschiedenen Berufsgruppen gestärkt werden, weil alle Beteiligten interessiert an einer effizienten Behandlung wären, damit die Pauschale nicht überschritten wird. Es könnte aber auch dazu führen, dass Gesundheitsfachpersonen Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen nicht behandeln möchten oder die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten vernachlässigt werden.

Gesundheitsförderung und Prävention

Hintergrund

Gesundheitsförderung und Prävention

- Gesundheitsförderung = Stärkung der individuellen Gesundheit.
- Prävention = Verringerung von Risikofaktoren und Verhinderung von Krankheiten.

Häufigkeit von Krankheiten
Ein Drittel der über 15-Jährigen in der Schweiz hat nichtübertragbare Krankheiten wie Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Rund 80 Prozent der Gesundheitskosten werden durch diese nichtübertragbaren Krankheiten verursacht.

Gesundheitssystem
Das Schweizer Gesundheitssystem konzentriert sich auf die Behandlung von Krankheiten. Für Prävention werden nur 4 Prozent der Gesundheitskosten verwendet. Die Investitionen variieren stark zwischen den Kantonen.

Finanzierung

Präventionsmassnahmen werden von Bund, Kantonen, Gemeinden, privaten Organisationen und durch Steuern finanziert.

- In der Grundversicherung werden bestimmte Präventionsmassnahmen übernommen (z.B. Impfungen, gewisse Vorsorgeuntersuchungen).
- Ausserdem zahlen alle Versicherten jährlich 4.80 Franken zur Förderung der allgemeinen Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Gelder werden durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz verwaltet. Sie finanzieren damit verschiedene Aktivitäten und Projekte.

Was bewirken Massnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention?

Wirkung
Laut dem Bundesamt für Gesundheit könnten über 50 Prozent der nichtübertragbaren Krankheiten durch gezielte Gesundheitsförderung und Prävention verhindert, abgeschwächt oder verzögert werden.

Kosten-Nutzen
Wirksame Präventionsmassnahmen können zunächst Geld kosten, können jedoch oft langfristig Gesundheitskosten senken. Präventionsmassnahmen gehen aber viel weiter als die Gesundheitspolitik. In Bereichen wie unter anderem sicherer Verkehr, Umweltschutz, Sportförderung, gesunde Lebensmittel liegen die grössten Hebel für die Prävention.

Patientenmotivation
Patientinnen und Patienten haben oft wenig Anreiz, in ihre Gesundheitsförderung zu investieren, da sie im Krankheitsfall gut abgesichert sind.

Gesundheitsförderung und Prävention

Leitfrage:

- **Wie können Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden?**

Auswahl von möglichen **Reformvorschlägen**

Gesundheitsförderung und Prävention auf nationaler Ebene stärken

Die Finanzierung von weiteren Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention könnte gesetzlich geregelt werden. Zum Beispiel durch ein **nationales Gesundheitsgesetz.** Damit würde der Stellenwert der Prävention auf nationaler Ebene verankert und die nötigen Rahmenbedingungen geschaffen. Gleichzeitig würden die Kantone Entscheidungsrechte verlieren. Eine zusätzliche Möglichkeit wäre es, **weitere Präventivmassnahmen** in die Grundversicherung (OKP) aufzunehmen. Dies würde kurzfristig höhere Kosten verursachen, aber langfristig zu Einsparungen im Gesundheitssystem führen.

Verbote und Steuern verstärken

Die Schweiz reguliert den Konsum und den Verkauf von Tabak und Alkohol weniger stark als andere Länder. Hier könnten **strengere Massnahmen** eingeführt werden (z.B. höhere Preise, weniger Werbung), damit gesundheitsschädigendes Verhalten schwieriger wird. Diese Massnahmen könnten jedoch persönliche Freiheiten einschränken und wirtschaftliche Auswirkungen auf betroffene Unternehmen haben.

Anreize für Gesundheitsförderung und Prävention stärken

Die Kantone könnten ein **Globalbudget** für ambulante Behandlungen einführen. Das würde die Gesundheitsfachpersonen motivieren, Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern. Es besteht hier jedoch das Risiko, dass langfristig ausgerichtete Präventionsmassnahmen, die kurzfristig keinen finanziellen Nutzen bringen, gestrichen werden.