

Kompass Gesundheitspolitik



Aktuelle
Fakten –
notwendige Reformen

Ausgabe 2023

Inhalt

1. Ausgangslage	4
1.1 Prämien- und Kostenentwicklung	6
1.2 Kostenentwicklung in der OKP: Die wichtigsten Kostengruppen	7
1.3 Laufende Kostenentwicklung	8
2. Gründe für den Kostenanstieg	10
2.1 Fehlanreize bei den Tarifen	10
2.2 Zu hohe Medikamentenpreise	11
2.3 Steigende Pflegekosten	13
2.4 Was drohen uns für weitere Ausgaben?	14
3. Welche Reformen müssen kurz und mittelfristig umgesetzt werden?	15
3.1 Medikamentenpreise	16
3.2 Laboranalysen	17
3.3 Ambulanter Tarif	18
3.4 Digitalisierung	19
3.5 Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS)	20
3.6 Überregionale Spitalplanung	21
3.7 Zulassungssteuerung von Leistungserbringern	22
3.8 Fazit: Was ist zu tun?	23



Sehr geehrte Damen und Herren

Die Situation für die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler ist besorgniserregend: Die Prämien 2023 sind stark gestiegen, im Durchschnitt zahlen die Versicherten rund 5 Prozent mehr, was den Kostenanstieg seit dem Ende der Pandemie widerspiegelt. santésuisse und seine Mitglieder sind äusserst besorgt über diese Entwicklung, weil sie viele Haushalte trifft, die bereits stark von den inflationsbedingten Preissteigerungen betroffen sind.

Bereits in den ersten Monaten des Jahres 2023 hat santésuisse gewarnt: Die beobachteten anhaltenden Kostensteigerungen liegen deutlich über den vorjährigen Werten. Ohne konsequente Gegenmassnahmen sind weitere, schmerzhafteste Prämiensteigerungen unumgänglich.

In dieser Publikation bietet Ihnen santésuisse eine vertiefte Analyse der Entwicklung der Gesundheitskosten, der einzelnen Bereiche sowie – als direkte Folge davon – der Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Die Haupttreiber des Kostenanstiegs werden detailliert analysiert. santésuisse geht auch auf die verschiedenen Lösungen ein, die in der kommenden Legislatur 2023–2027 rasch anzugehen sind, um die Prämienzahler ernsthaft zu entlasten. Denn die finanzielle Nachhaltigkeit unseres Krankenversicherungssystems ist von zentraler Bedeutung, um weiterhin allen Personen uneingeschränkten Zugang zu qualitativ hochstehenden Leistungen zu bieten. Diese Errungenschaft gilt es zu bewahren und zu schützen. santésuisse setzt sich mit aller Kraft dafür ein.



Verena Nold
Direktorin

1. Ausgangslage

Für viele Schweizerinnen und Schweizer stellen die Gesundheitsausgaben eine grosse Last dar. Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 haben sich die Kosten in der Grundversicherung mehr als verdoppelt, pro Jahr beträgt das Wachstum rund 3,5 Prozent pro Kopf. Damit können andere Indikatoren bei weitem nicht mithalten. So sind die Nominal-löhne seit 1996 im Schnitt lediglich um rund 1 Prozent pro Kopf und das BIP um 1,5 Prozent pro Kopf gestiegen. Diese Entkopplung der Wachstumsraten führt dazu, dass die Gesundheitsausgaben das Budget der Prämien-zahlerinnen und Prämienzahler immer stärker belasten.

Teuerung

Was wäre, wenn alltägliche Produkte dieselbe Teuerung erfahren hätten, wie die Prämien:



**Standard-
prämie
Erw. (26+)¹**

**Reale
Teuerung → +197%**

1996 (CHF) → 173.10

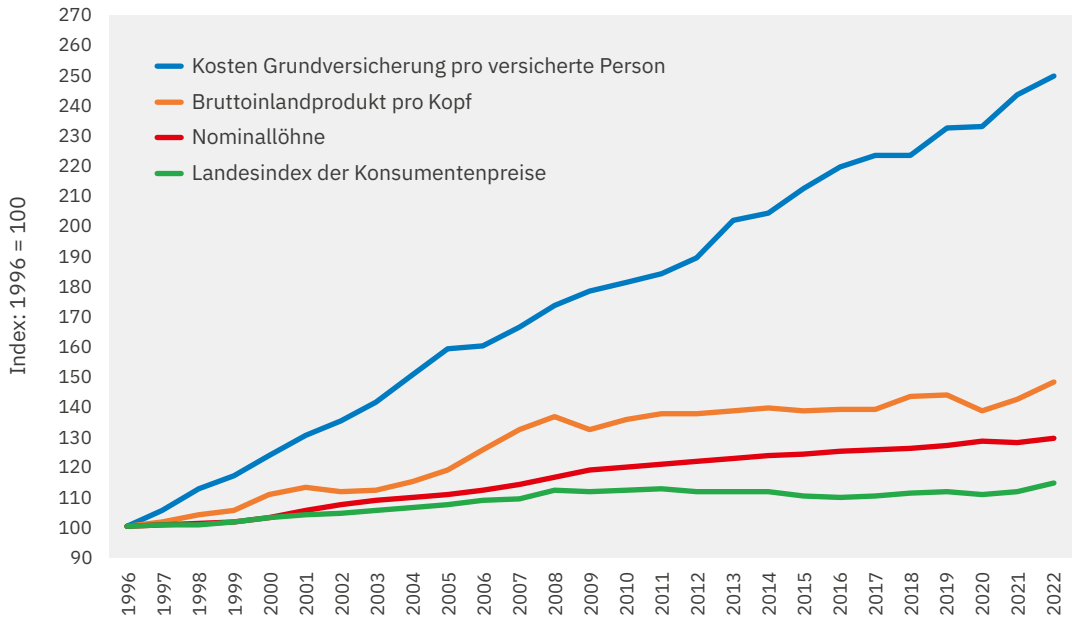
2023 (CHF) → 514.00

**Preis (CHF) →
hypothetisch***

* Lesebeispiel: mit einer Teuerung gemäss der Standardprämie, würde der Benzinpreis CHF 3.45 betragen (197%).

Gesundheitskosten wachsen seit Jahren stärker als die Löhne

1996–2022



Quellen: BAG – Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, / BFS – Landesindex der Konsumentenpreise und volkswirtschaftliche Gesamtrechnung.



**Benzin-
preis
pro Liter²**

+57%

1.16

1.82

3.45



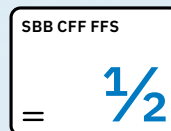
**Marke
A-Post³**

+22%

0.90

1.10

2.65



**SBB
Halbtax
Abo⁴**

+23%

150.00

185.00

445.65



**Autobahn-
vignette⁵**

+33%

30.00

40.00

89.15

Quellen: ¹ BAG - Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung / ² www.avenergy.ch / ³ www.post.ch / ⁴ Preisüberwachung PUE, Entwicklung der Fahrkosten im Strassen- und Schienenverkehr / ⁵ www.swissinfo.ch.

1.1

Prämien- und Kostenentwicklung

Nach einigen Jahren mit stabiler Prämienentwicklung (2019–2022) sind die Prämien für das Jahr 2023 wieder stark angestiegen. Auch für 2024 ist mit einem überdurchschnittlichen Prämienwachstum zu rechnen. 2022 sind die Gesundheitskosten um 2,6 Prozent pro versicherte Person gestiegen. Das zeigen aktuelle und detaillierte Auswertungen von santésuisse. Berücksichtigt wurden dabei die Kosten anhand des Rechnungsdatums. Darüber hinaus sind die zu erwartenden Kosten 2023 und 2024 ausschlaggebend für die nächste Prämienrunde: santésuisse rechnet für beide Jahre mit einem überdurchschnittlichen Kostenwachstum. Entsprechend ist bzw. wird das Prämienwachstum ebenfalls überdurchschnittlich ausfallen.

Reservenentwicklung

Die Krankenversicherer haben einen wesentlichen Beitrag geleistet, damit die Prämien in den Jahren 2019–2022 stabilisiert werden konnten. Auf politischen Wunsch und um die Versicherten in der schwierigen Corona-Zeit möglichst zu schonen, haben die Krankenversicherer einen Teil ihrer Reserven aufgelöst. Teilweise wurde das Geld direkt in Form von Rückzahlungen zurückerstattet oder aber zur Deckung von Defiziten eingesetzt, die sich aus der Differenz zwischen Prämieinnahmen und Kosten ergeben haben.

Zusammen mit der Kostenentwicklung 2022 und 2023, dem Reserveabbau sowie dem schwierigen Umfeld an den Finanzmärkten ist gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Reservenhöhe der Krankenversicherer von rund 12 Milliarden Franken (Stand Anfang 2022) auf 8,5 Milliarden Franken gesunken (Stand Anfang 2023). Damit droht die Gefahr, dass nicht mehr alle Krankenversicherer die Vorgabe einer Solvenzquote von höher als 100 Prozent erfüllen können.

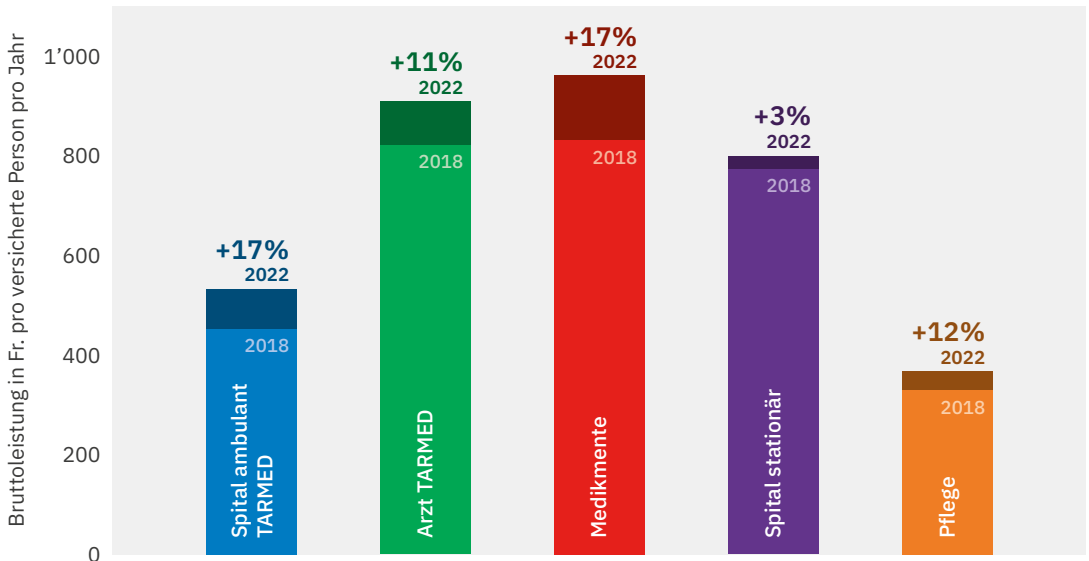
1.2

Kostenentwicklung in der OKP: Die wichtigsten Kostengruppen

Wie die nachfolgende Grafik zeigt, wachsen die Kosten bei den Medikamenten neben den Leistungen im ambulanten Bereich seit einigen Jahren am stärksten. Beide Bereiche zusammen machen – zudem mit dem Arzt und dem Spitalbereich – den grössten Teil der Ausgaben der Grundversicherung aus. Die Pflegeausgaben sind 2022 ebenfalls überdurchschnittlich gewachsen, dieser Trend wird im laufenden Jahr 2023 fortgesetzt.

Wachstum nach Kostengruppen

2018–2022



Quelle: SASIS - Datenpool, Jahre 2018–2022 Jahresdaten nach Wohnkanton und Abrechnungsjahr.

1.3

Laufende Kostenentwicklung

Auch aufgrund von Nachholeffekten nach der Corona-Pandemie ist das Kostenwachstum im Jahr 2022 auf 2,6 Prozent pro versicherte Person angestiegen (Rechnungsjahr). Dieses Wachstum beschleunigt sich im laufenden Jahr 2023 weiter. In den ersten 6 Monaten sind die Kosten in der Grundversicherung um 6,4 Prozent pro Person gestiegen.

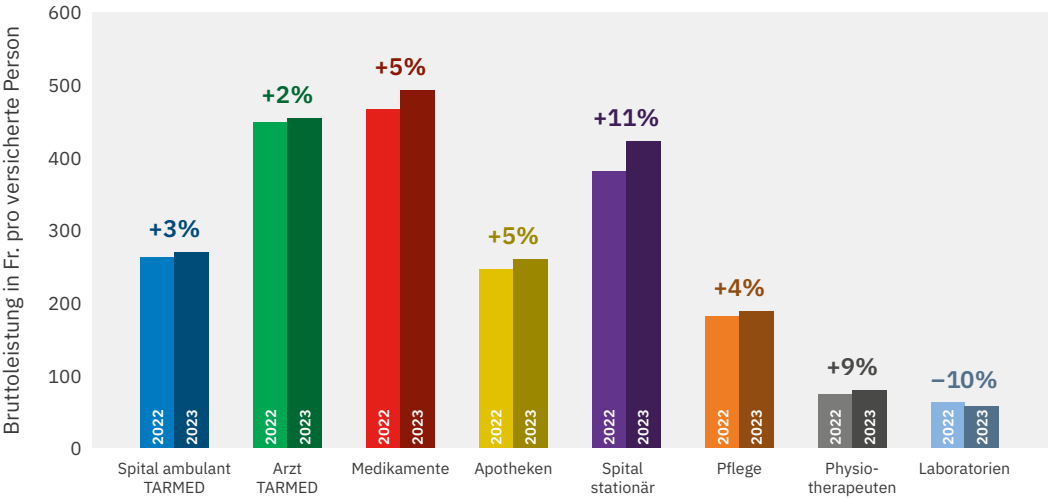
Und auch die Prognose für 2024 verspricht keine Besserung. Das Kostenwachstum dürfte sich in den grossen Kostenblöcken wie dem Medikamentenbereich und der Langzeitpflege weiter beschleunigen, aber auch vermeintlich weniger gewichtige Sektoren legen weiter stark zu: Dies betrifft insbesondere die Physiotherapie oder die psychologische Psychotherapie.



Prognose

Wachstum nach Kostengruppen Januar bis Juni

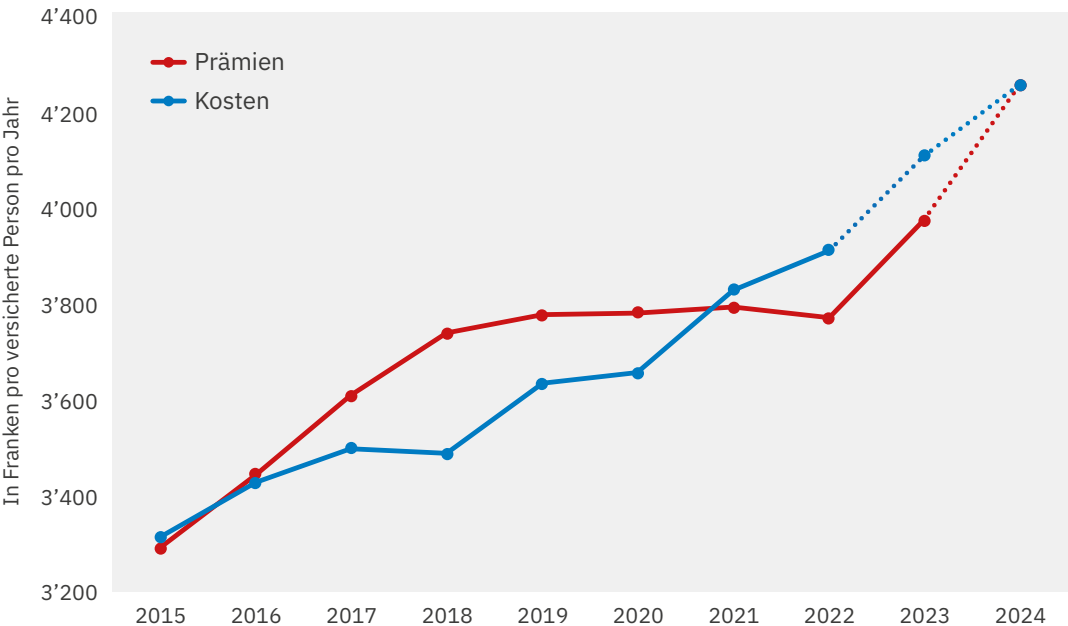
2022 und 2023



Quelle: SASIS - Datenpool, Jahre 2022 und 2023 Halbjahresdaten nach Wohnkanton und Abrechnungsjahr.

Aufholbedarf Prämien

2015–2024



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2021/22, Datenpool, Schätzungen santésuisse.

2. Gründe für den Kostenanstieg

Der technische Fortschritt und die höheren Kosten in den letzten Lebensjahren werden vielfach als Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen ins Feld geführt. Der technische Fortschritt führt aber auch zu Effizienzsteigerungen bei den Behandlungsmethoden, die die steigenden Kosten im Sinne des Kosten-Nutzen-Verhältnisses teilweise rechtfertigen. Der Faktor Alter wird dabei gerne überschätzt. Zwar steigen die Kosten bekanntlich mit zunehmendem Alter, allerdings macht das Alter gemäss Analysen von santésuisse rund 20 Prozent des für die Prämienentwicklung entscheidenden Kostenwachstums aus. 80 Prozent sind auf andere Faktoren zurückzuführen.

2.1

Über- und Fehlversorgung

Das BAG geht in einer Studie davon aus, dass knapp 20 Prozent der Leistungen im Gesundheitswesen unnötig sind. Die Über- und Fehlversorgung beruht auf den Fehlanreizen im Tarifsystem. Der Einzelleistungstarif Tarmed, mit einem Volumen von aktuell rund 12 Milliarden Franken pro Jahr, sorgt dafür, dass vermehrt tarifierte medizinische Leistungen und unnötige Behandlungen abgerechnet werden. Das ist insofern bedeutend, weil dieser Einzelleistungstarif rund ein Drittel der gesamten OKP-Kosten ausmacht.

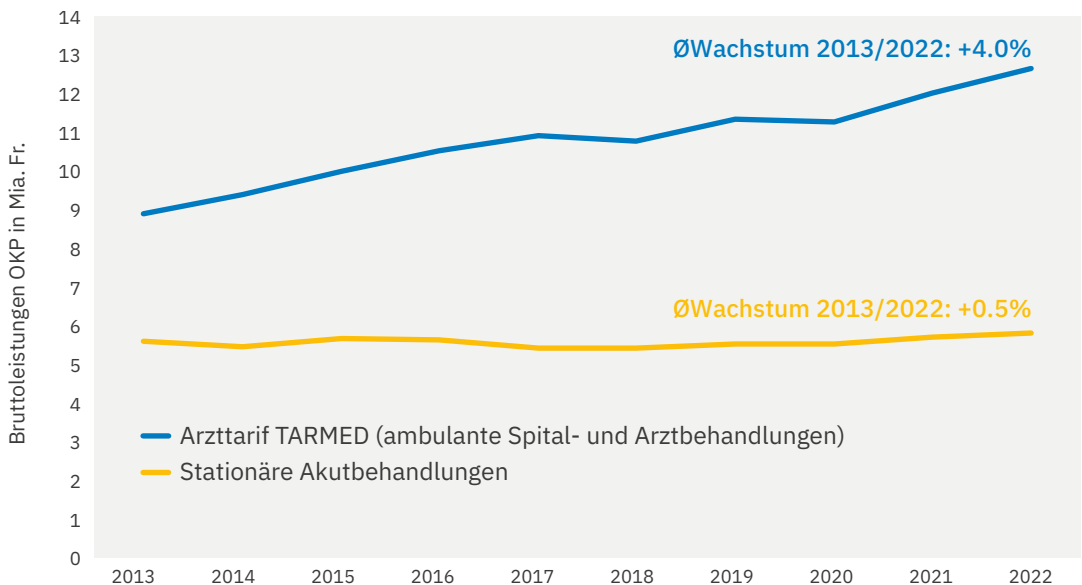
2.2

Zu hohe Medikamentenpreise

Die Medikamente belasten die OKP von Jahr zu Jahr stärker. 2022 stiegen die Kosten um rund 6 Prozent auf mittlerweile 9 Milliarden Franken und machen damit nahezu einen Viertel der Kosten in der Grundversicherung aus. Hier spielen vor allem die neuen Krebsmedikamente und immunsupprimierende Medikamente (Immunabwehr) eine kostentreibende Rolle. Trotz der periodischen Preisanpassungen bei Originalpräparaten steigt der finanzielle Aufwand im Vergleich zu anderen Kostengruppen überdurchschnittlich stark an. Das zeigt: Hier gibt es nach wie vor sehr viel Einsparpotential, das rasch realisierbar wäre – ohne Qualitätsverlust für die Patienten.

Ambulanter Bereich wächst deutlich stärker

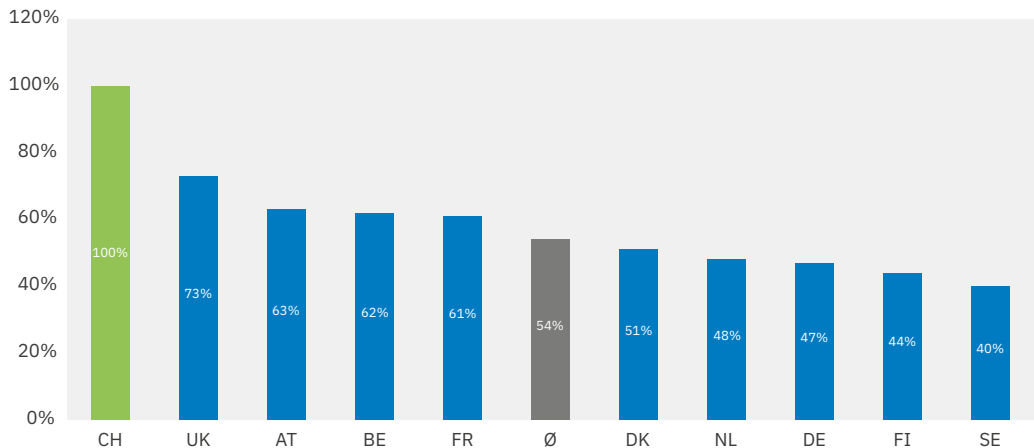
2013–2022



Quelle: SASIS - Datenpool. Monatsdaten nach Wohnkanton und Abrechnungsdatum.

Generikapreise sind in der Schweiz im Durchschnitt doppelt so hoch wie in den Vergleichsländern, Jahr 2022

Durchschnittspreis Schweiz = 100 Prozent, Durchschnittspreis Ausland = 54 Prozent



Quelle: IQVIA – Auslandspreisvergleich Medikamente 2022.

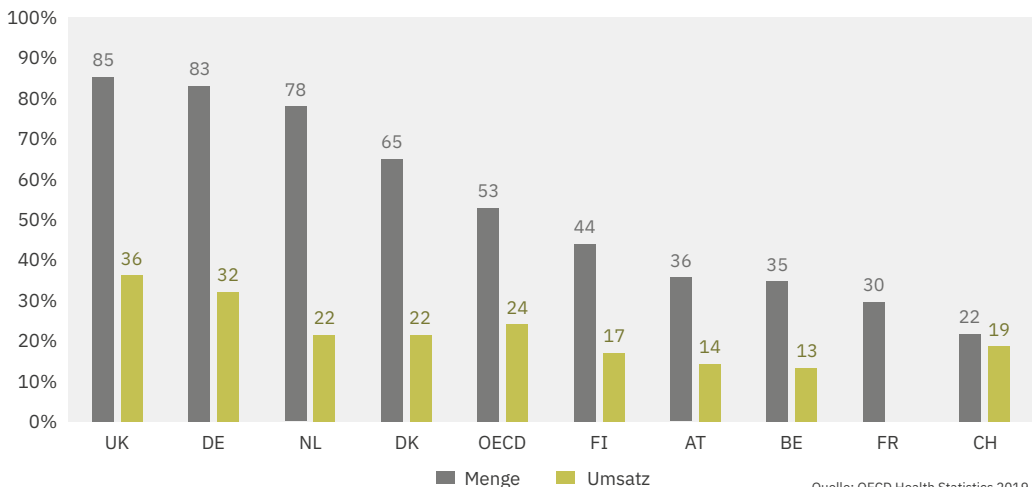
Arzneimittel kosten in der Schweiz im Vergleich zu anderen ausgewählten Ländern deutlich mehr.

Patentgeschützte Medikamente kosten in den Vergleichsländern im Durchschnitt rund 5 Prozent, nach Ablauf des Patents sogar rund 11 Prozent weniger. Generika kosten im Aus-

land und im Durchschnitt nach wie vor nur halb so viel wie in der Schweiz – Biosimilars sind im Ausland gut ein Viertel günstiger.

Bei den Generika kommt hinzu, dass der Verschreibungsanteil im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sehr tief ist.

Generika-Anteil im europäischen Vergleich



Quelle: OECD Health Statistics 2019.

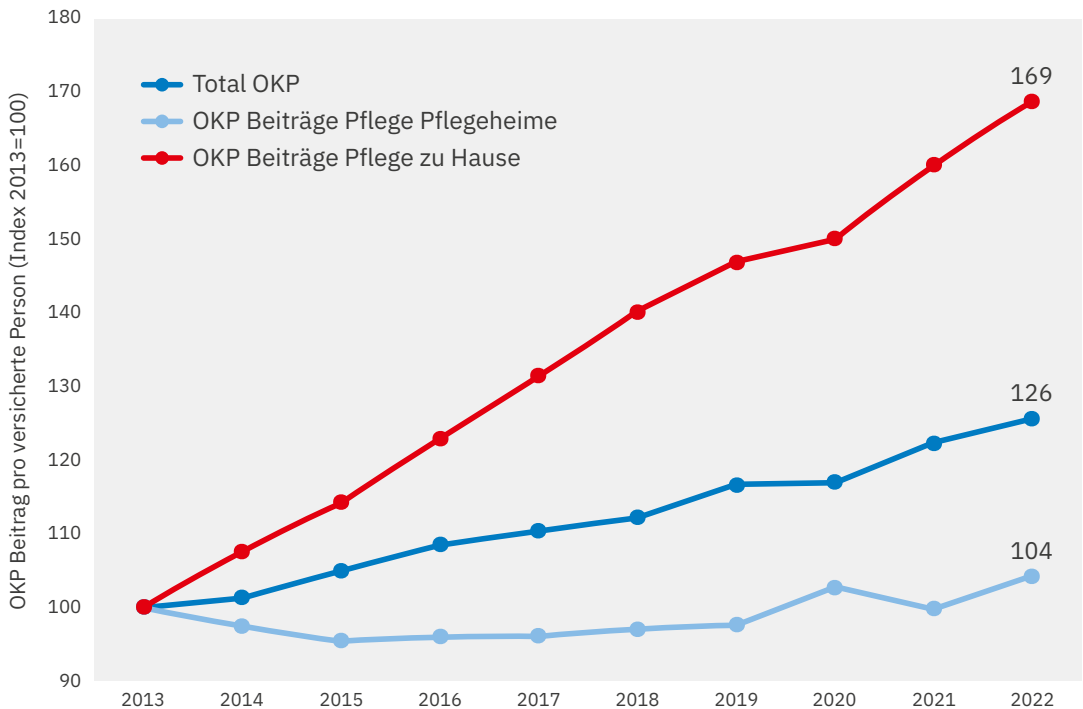
2.3

Steigende Pflegekosten belasten die OKP zusehends stärker

Die OKP-pflichtigen Pflegekosten steigen seit Jahren stark an und sind nur während der Corona-Krise etwas gebremst worden. Insbesondere die ambulanten Pflegekosten kennen seit der Corona-Pandemie nur einen Trend: Steil nach oben. Dies ist u. a. auch auf die Angehörigenpflege zurückzuführen, die seit einer Bundesgerichtsentscheid durch die Krankenversicherer vergütet werden muss und seit einigen Jahren eine starke Ausweitung erfährt.

Pflegekosten Spitex-OKP

2013–2022



Quelle: SASIS - Datenpool.

2.4

Was drohen uns für weitere Ausgaben?

In den vergangenen Jahren wie auch aktuell ist ein stetiger Leistungsausbau festzustellen. Diverse Interessengruppen setzen sich tatkräftig für einen Ausbau des OKP-Leistungskatalogs ein. Dies schlägt sich eins zu eins auf die Prämien nieder.

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass der Anteil der Pflegekosten überdurchschnittlich zunehmen wird. Mit einer bedingungslosen Integration der Pflege in die Vorlage der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS) würden die vorhandenen Effizienzpotentiale rückgängig gemacht und nach wenigen Jahren ein beträchtliches Kostenwachstum verursachen. Zudem stellt auch die Umsetzung der Pflegeinitiative oder die zunehmende Pflege durch Angehörige die OKP vor schwierige finanzielle Herausforderungen.

Der Handlungsbedarf auf der Kostenseite ist daher dringender denn je. santésuisse fordert alle Akteure auf, einen substantiellen Beitrag zu leisten.

3. Welche Reformen müssen kurz- und mittelfristig im Gesundheitswesen umgesetzt werden?

In der auslaufenden Legislatur hat das Parlament das erste von zwei Kostendämpfungspaketen verabschiedet. Dabei wird die flächendeckende Einführung von ambulanten Pauschalen einen wertvollen Beitrag zur Kostendämpfung leisten. Inwiefern der indirekte Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative einen substantiellen Beitrag leisten wird, ist hingegen sehr fraglich. Das Kostendämpfungspaket 2 droht sogar zu einem «Leistungsausbaupaket» zu verkommen.

Die vergangenen und zukünftigen Kostenentwicklungen in den einzelnen Gesundheitsbereichen zeigen, dass weiterhin grosse Anstrengungen für bezahlbare Prämien notwendig sind.

3.1

Medikamentenpreise

Seit Jahren stehen für viele patentabgelaufene Arzneimittel preisgünstige Generika mit einem identischen Wirkstoff bei gleicher Behandlungsqualität zu Verfügung. Diese werden in der Schweiz zu wenig verschrieben und sind seit Jahren viel zu teuer. Um endlich weniger unnötige Kosten den Prämienzahlenden weiterzureichen, sollten die Preise endlich mit einem jährlichen Auslandspreisvergleich bestimmt und die heute zur Anwendung kommende Preisabstandsregel abgeschafft werden. Das gleiche Verfahren müsste auch bei den Biosimilars zur Anwendung gelangen. Bei der Abgabe von Arzneimitteln mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung sollen Apotheken, Spitäler und Ärzte grundsätzlich das preisgünstigste Arzneimittel abgeben.

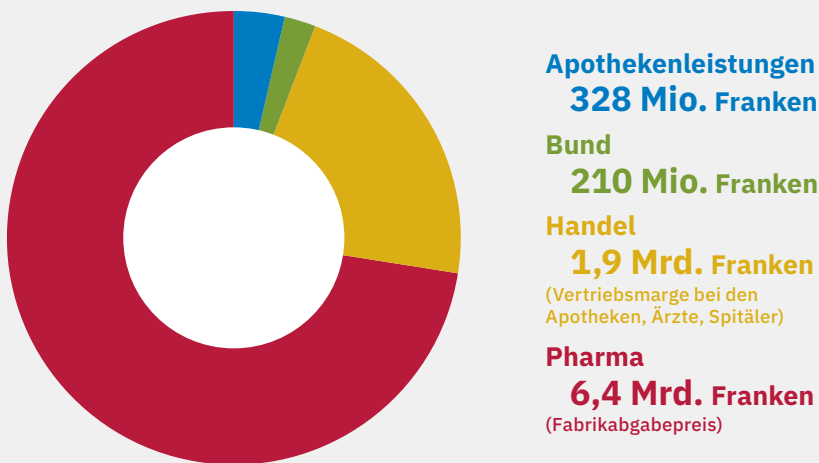
Bei der Einzelfallvergütung von Medikamenten sollen die Anreize für eine ordentliche Aufnahme auf die Spezialitätenliste erhöht werden. Dabei sind bei den Medikamenten im Einzelfall eine zeitliche Limitation oder deutliche Abschlüsse auf dem Medikamentenpreis einzuführen.

In den vergangenen Jahren hat die Anwendung von Preismodellen durch das BAG stark zugenommen. Hierbei muss der Krankenversicherer bei jeder Abgabe eines Medikaments mit einem Preismodell einen Rabatt zurückfordern. Dabei nimmt der administrative Aufwand für die Krankenversicherer zu. Immerhin können Preismodellen den Zugang zu sehr teuren Medikamenten vereinfachen. Die meist intransparenten Preismodelle sollten allerdings möglichst zurückhaltend angewendet werden. Regeln der Transparenz, der Governance und das Öffentlichkeitsgesetz sollen gestärkt statt weiter geschwächt werden.

Die geltende Vergütung des Handels (Vertriebsmargen) sind kostentreibend und nicht wirtschaftlich.

Zielführend wäre die Abschaffung der heutigen Fehlanreize durch preisunabhängige Vertriebsmargen auf dem Niveau europäischer Vergleichsländer. Damit verbunden wäre eine substantielle Senkung der derzeit überhöhten Vertriebsmargen.

Hersteller erhält 72.5 Prozent der Vergütungen

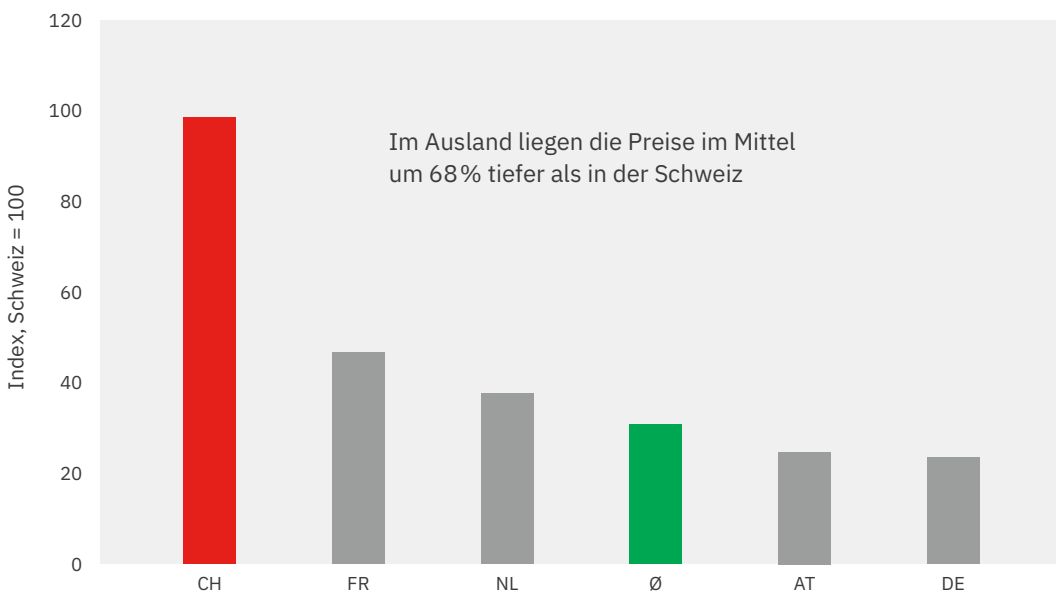


3.2 Laboranalysen

In den letzten Jahren sind die Kosten für Laboranalysen deutlich stärker gestiegen als der Durchschnitt der anderen Leistungsbereiche zulasten der OKP. Eine gemeinsame Studie des Eidgenössischen Preisüberwachers und von santésuisse hat 2021 gezeigt, dass die Preise für Analysen in der Schweiz durchschnittlich dreimal höher sind als in den Nachbarländern. In einem Bereich, in dem die starke Automatisierung erhebliche Skaleneffekte ermöglicht, lassen sich solche hohen Tarife nicht rechtfertigen. Der Bund verspricht seit vielen Jahren, die Analysetarife zu aktualisieren. Nun endlich hat er sich entschlossen, zu handeln.

Das Eidgenössische Departement des Innern hat im vergangenen Jahr per Verordnung eine Senkung der Analysentarife um zehn Prozent verfügt. Für santésuisse ist diese Massnahme ein Schritt in die richtige Richtung, auch wenn im Interesse der Prämienzahler substantielle Tarifsenkungen erwartet werden dürfen. Die Massnahme hatte direkte Auswirkungen auf die Gesundheitskosten für Laboranalysen: 2022 wurde ein Kostenrückgang von rund 3 Prozent verzeichnet. Dies zeigt, dass gezielte Massnahmen Wirkung zeigen, um den Anstieg der Gesundheitskosten zu bremsen, ohne den Zugang zur Gesundheitsversorgung oder die Qualität der Leistungen in Mitleidenschaft zu ziehen.

Laborkosten im Vergleich



Quellen: SASIS - Tarifpool und Datenpool / Stand 2023.



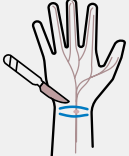
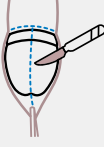


3.3
Ambulanter Tarif

Mit dem ersten Kostendämpfungspaket hat das Parlament 2021 beschlossen, die schweizweite Einführung von ambulanten Pauschaltarifen gesetzlich zu verankern. Weiter sollen ambulante Pauschalen gegenüber dem Einzelleistungstarif eine Vorrangstellung einnehmen. Damit ist der Grundstein für den ambulanten Tarif der Zukunft gelegt: Standardisierbare Leistungen wie etwa eine Operation des Grauen Stars werden künftig pauschal und damit immer gleich vergütet. Das schafft Transparenz für die Patienten und eine Stabilisierung der Kostenentwicklung, indem effiziente Leistungen kostendeckend vergütet werden.

So kann es im stationären Bereich bereits seit Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2011 beobachtet werden. Einzelleistungstarife sind geeignet, um Leistungen abzugelten, die nicht standardisierbar sind. Dies ist primär bei Hausarztleistungen der Fall oder bei wenig gebräuchlichen Leistungen in Spitalambulatorien.

Bis Ende 2023 unterbreiten die Tarifpartner die ambulanten Pauschalen und den ergänzenden Einzelleistungstarif dem Bundesrat zur Genehmigung. Nach der Genehmigung soll der ambulante Arzttarif der Zukunft ab 2025 zur Anwendung kommen.

Ambulant vs. stationär – das Sparpotential ist riesig

						
Preis (in CHF)	Grauer Star	Darmspiegelung	Karpaltunnel OP	Männliche Beschneidung	Hernien OP	Entfernung von Schrauben
Ambulante → Pauschalen (neu)	2218.–	861.–	1278.–	2831.–	4223.–	3204.–
Stationäre → Pauschalen	4012.–	2650.–	3475.–	4166.–	5827.–	4455.–

Quelle: Datenspiegel der solution tarifaires suisses AG / SwissDRG AG.

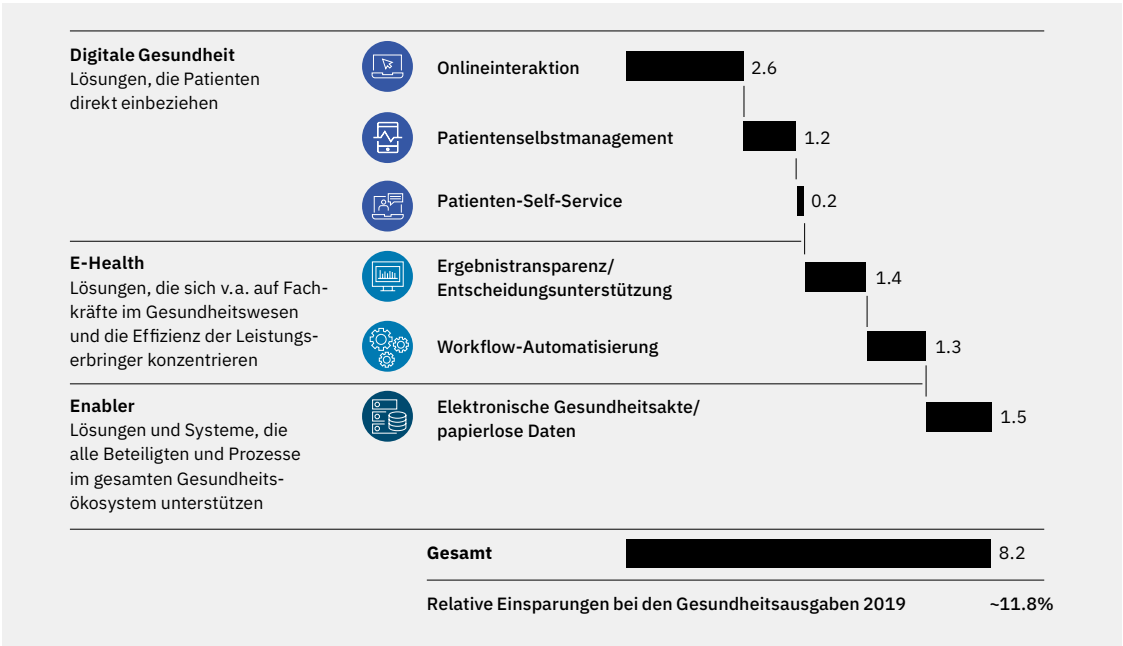
3.4
Digitalisierung

Die Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen hinkt im Vergleich zu anderen Ländern massiv hinterher und verfügt somit über ein grosses Potential für die Effizienzsteigerung (vgl. Grafik). Die aktuelle Version des elektronischen Patientendossiers (EPD) hat faktisch Schiffbruch erlitten. Nur sehr wenige Personen nutzen das EPD, weil das Eröffnen bisher zu kompliziert und aufwendig war. Zudem haben sich verschiedene Leistungserbringer erfolgreich gegen eine flächendeckende Einführung gewehrt. Dies entgegen den Interessen der Patienten. Laufende Revisionen sollen wichtige Weiterentwicklungen fördern. Zentral ist dabei, dass alle wichtigen Leistungserbringer dazu verpflichtet werden, das EPD mit den behandlungsrelevanten Informationen zu bedienen, so dass sich das EPD für die Patienten tatsächlich lohnt.

Ein Widerspruchsrecht soll garantiert sein allerdings nur für die Patienten, nicht für jene, die Informationen einspeisen sollen. Nur so kann der wichtige Schritt zu einer umfassenden, koordinierten Versorgung gelingen.

Mit der Weiterentwicklung von SHIP (Swiss Health Information Processing) und der Ausdehnung auf zusätzliche Leistungsbereiche hat santésuisse eine zukunftssträchtige Initiative ergriffen, die digitale Schweiz im Gesundheitsbereich voranzutreiben. Ziel ist es, eine möglichst breite digitale Abwicklung der administrativen Prozesse von der Anordnung einer Behandlung bis zum Fallabschluss mit der Rechnungstellung herbeizuführen, was zu Effizienzgewinnen im Sinne der Prämienzahler führt.

Nutzenpotential der Digitalisierung in %



Quelle: McKinsey & Company / EHT Zürich September 2021

3.5

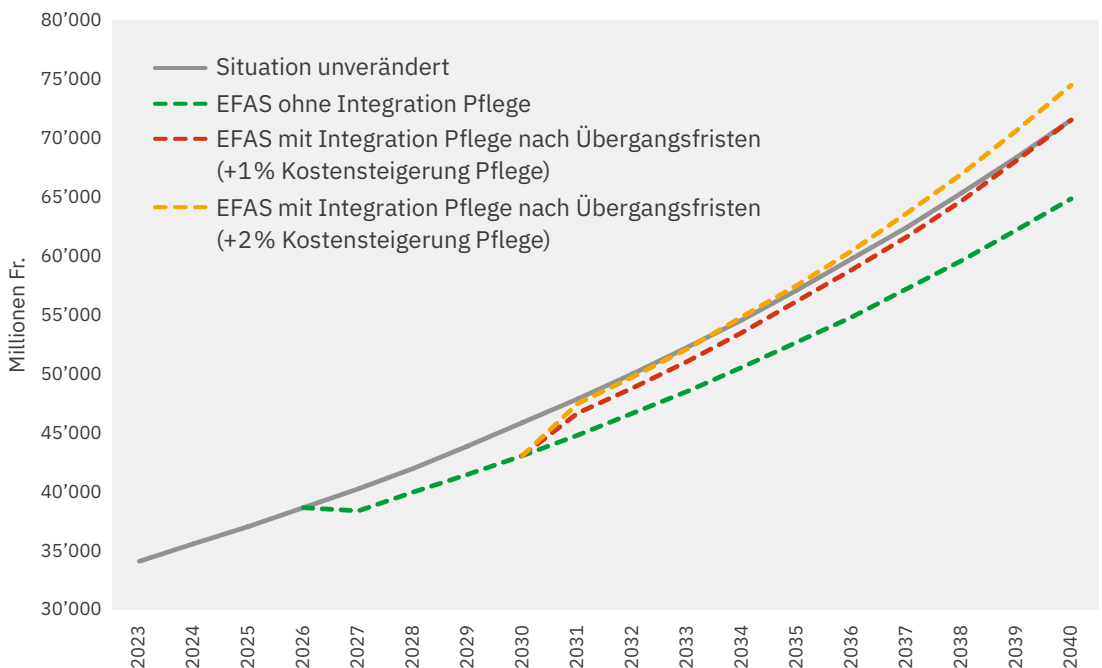
Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS)

Bei einer konsequenten und schlanken Umsetzung ist EFAS zweifellos ein geeignetes Instrument, um die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Von EFAS erhofft man sich, dass die integrierte Versorgung inkl. den alternativen Versicherungsmodellen (AVM) Aufwind bekommen, da die Durchlässigkeit von ambulanten und stationären Leistungen erhöht wird und Fehlanreize abgebaut werden. Zudem bildet EFAS die Grundlage für eine vergleichsweise fairere Finanzierung, indem sich die auch im ambulanten Bereich steuernden Kantone finanziell neu beteiligen. Dies gilt auch für die forcierte medizinisch und ökonomisch sinnvolle Verlagerung von stationär zu ambulant.

Damit EFAS seine Effizienzpotentiale vollständig entfalten kann, sind aus Sicht der Krankenversicherer zwei Punkte von zentraler Bedeutung:

- Eine Integration der Pflege lehnen die Krankenversicherer ab.
- Die Rechnungskontrolle ist eine Kernaufgabe der Krankenversicherer, die sie in hoher Qualität wahrnehmen und die aktuell bestens funktioniert. Ein Transfer hin zu einer staatlichen Stelle lehnen die Krankenversicherer dezidiert ab.

Prognose OKP-Ausgaben ohne Kostenbeteiligung



Quelle: BFS – Samed, BFS – Spitex-Statistik, SASIS – Datenpool, BAG – Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Berechnungen santésuisse.

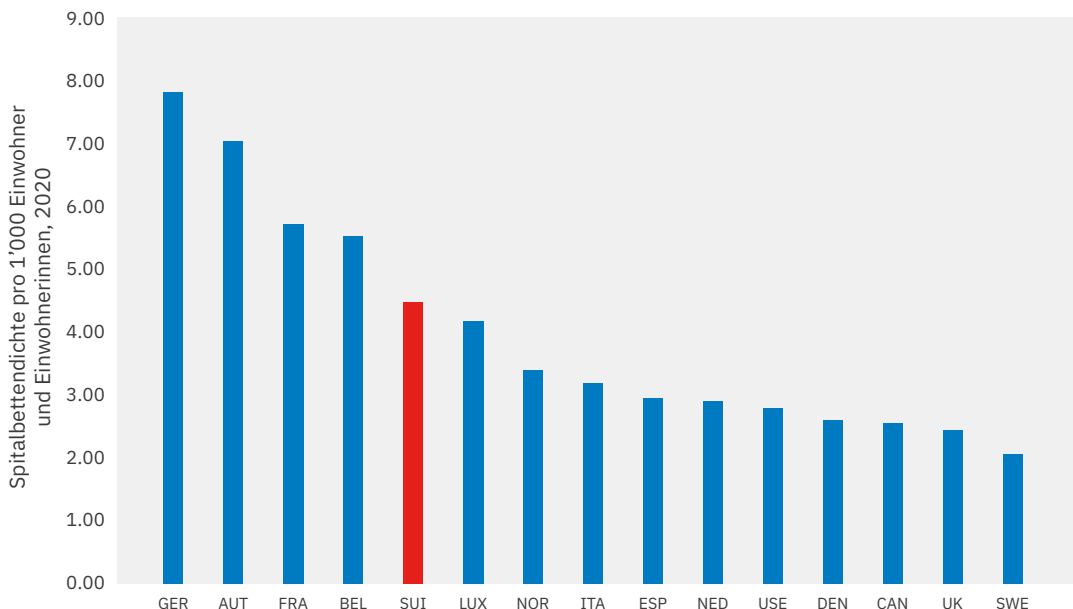
3.6

Überregionale Spitalplanung

Im internationalen Vergleich zeichnet sich die Schweiz durch eine besonders hohe Spitaldichte aus. Auf 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner kommen 4,5 Betten; in den meisten OECD-Ländern ist die Spitaldichte wesentlich tiefer (vgl. Grafik). Diese Ausgangslage ist in mehrerer Hinsicht problematisch: In einem Bereich wie dem Gesundheitswesen, in dem das Angebot die Nachfrage mitbestimmt, führt eine zu hohe Angebotsdichte zu einer erhöhten Nachfrage nach Leistungen, was wiederum hohe Kosten verursacht, die kaum zu rechtfertigen sind. Deshalb spricht sich *santé-suisse* dafür aus, die Spitalplanung grundsätzlich zu überdenken. Idealerweise sollte die Planung auf überregionaler und nicht mehr auf kantonaler Ebene gesteuert werden.

Die Kantonsspitäler müssen besser zusammenarbeiten und sich spezialisieren. Die Universitätsspitäler ihrerseits sollen sich den schwersten Fällen widmen und die teure Infrastruktur nicht für vergleichsweise einfache Fälle nutzen. Mit diesen Massnahmen könnten Parallelstrukturen vermieden und die Patientensicherheit durch die Konzentration von Operationen in Kompetenzzentren verbessert werden. Denn je häufiger ein Eingriff in einem Haus durchgeführt wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Qualität hoch ist. Umgekehrt sinkt die Qualität, wenn Eingriffe nur gelegentlich vorgenommen werden. Würden bestimmte Spitalfachbereiche zusammengelegt, könnte dies auch dazu beitragen, dem Personalmangel entgegenzuwirken. Letztendlich könnten so unnötige Kosten vermieden werden: Weniger Spitäler bedeuten auch weniger Anreize für unnötige Leistungen, um das Spitalbudget in den schwarzen Zahlen zu halten.

Internationaler Vergleich der Spitalbettendichte 2010–2021



Quelle: OECD, Jahr 2020 oder letzter verfügbarer Datenpunkt.

3.7 Zulassungssteuerung von Leistungserbringern

Die Zahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte steigt und damit auch die finanzielle Belastung der Prämienzahler. Per Ende 2021 haben in der Schweiz gemäss Angaben des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) fast 21'000 Ärzte praktiziert. Das sind über 19 Prozent mehr als noch 2013. Noch nicht eingerechnet sind hier die Spitalärzte. Überdurchschnittlich gut versorgt ist die Bevölkerung insbesondere in den Zentrumsantonen Genf und Basel-Stadt, wie die Grafik zur Ärztedichte aufzeigt. Die Ärztedichte liegt denn auch weit über dem Durchschnitt der OECD-Staaten. Je mehr Ärzte, desto mehr wird behandelt. Dies lässt sich besonders in den Städten gut beobachten, wo die Kosten entsprechend der Ärztedichte überdurchschnittlich hoch liegen. Der immer wieder geltend gemachte Ärztemangel ist vor allem

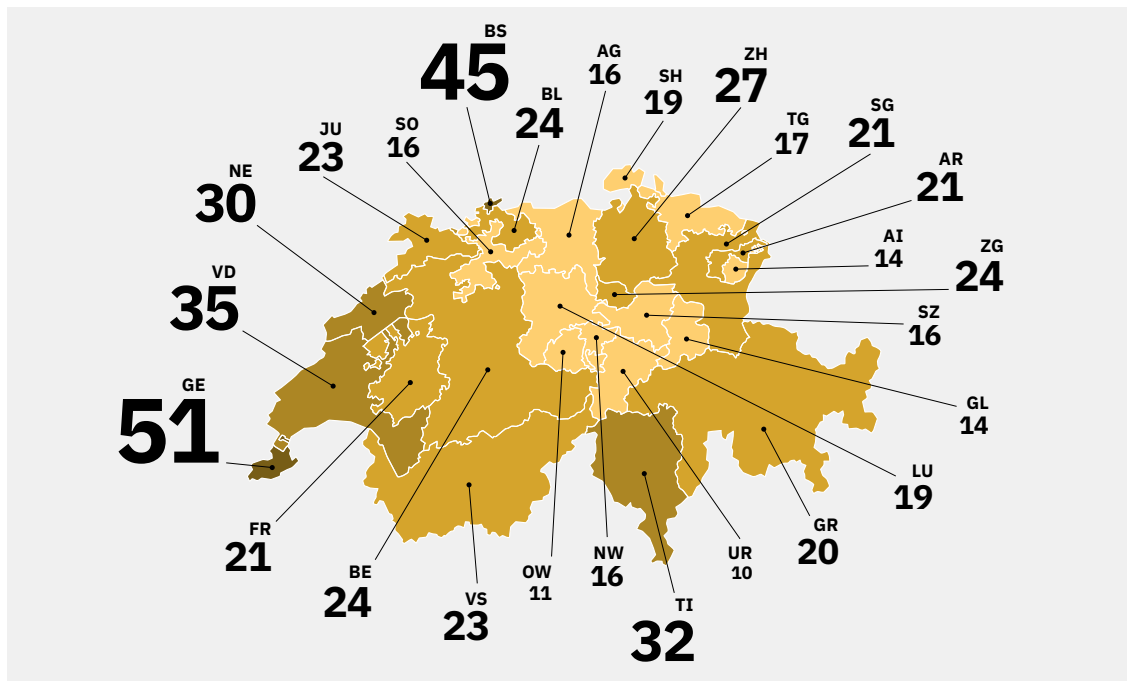
ein Verteilungsproblem, das die Kantone anzugehen haben, so dass auch in ländlichen Regionen die Versorgung weiter gewährleistet ist.

Die vom Parlament 2020 verabschiedete neue Zulassungssteuerung bei den Ärztinnen und Ärzten hat die Kompetenzen der Kantone erheblich erweitert. Die Kantone haben den Auftrag erhalten, die Zulassung bei überdurchschnittlicher Versorgung zu limitieren. Sie sind aufgerufen, die Versorgung in Randregionen zu berücksichtigen, aber auch die Versorgung interkantonal zu planen.

Die Kantone stehen in der Pflicht, mit den zur Verfügung stehenden Instrumenten bei übermässiger Kostenentwicklung einzuschreiten. Gleichzeitig sind sie gefragt, für ein adäquates Angebot in allen Gebieten zu sorgen. Sollte die neue Regulierung nicht wirken, ist eine Lockerung des Vertragszwang ernsthaft anzugehen.

Ärztedichte Jahr 2020

Ärzte pro 10'000 Einwohner/Innen



Quelle: SASIS - ZSR. SASIS - Datenpool. BFS - Bevölkerungsstatistik.
Anmerkung: Einwohner per 31.12. des Vorjahres, Grundversorger beinhalten Allgemeine Innere Medizin, Gruppenpraxen, Kinder- und Jugendmedizin und praktischer Arzt/Ärztin.

Fazit: Was ist zu tun?

- Medikamenten- und Laborpreise senken.
- Die Krankenversicherer und Leistungserbringer schaffen gemeinsam einen modernen Arzttarif basierend auf Pauschalen und einem überarbeiteten Einzelleistungstarif.
- Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist flächendeckend voranzutreiben. Das elektronische Patientendossiers soll zum zentralen Steuerungselement des Schweizerischen Gesundheitswesen werden.
- Die Kantone planen überregional und setzen die neue Zulassungssteuerung konsequent um.





Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri

santesuisse.ch