

A photograph of a man with a beard and short brown hair, wearing a light blue denim shirt, holding a young child. The child is wearing a dark blue t-shirt with white stars and dark pants. They are both looking towards the right side of the frame. The background is a dark blue wall with a white door frame on the right.

Kostenanstieg in  
der OKP:  
**Unsere  
Vorschläge zur  
Eindämmung**

# Inhalt

➤ Digitalisierung	6
Prävention	10
Ärzte und Zugang zum Gesundheitssystem	12
Medikamente	14
Spitalplanung	16
VBHC und Tarifierung	18
Finanzierung sehr hoher Leistungen	20
Reduktion des Leistungskatalogs	20
Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung	23



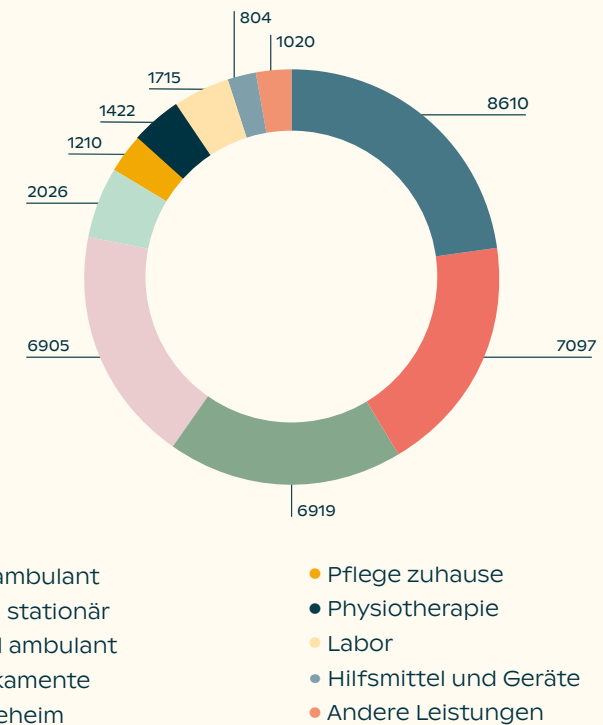
## Kostenanstieg in der OKP und Vorschläge zur Eindämmung

### Nach einer gewissen Beruhigung steigen die Gesundheitskosten zu Lasten der OKP seit 2022 wieder an.

Aus diesem Grund sind auch die Prämien wieder gestiegen (+6,6 Prozent zwischen 2022 und 2023 und +8,7 Prozent zwischen 2023 und 2024). Diese Entwicklung dürfte sich in den nächsten Jahren fortsetzen, zumal keine wirklich wirksamen Gegenmassnahmen ergriffen werden.

Um die Kosten so weit wie möglich bremsen zu können, schlägt die Groupe Mutuel verschiedene Massnahmen vor, die im Rahmen einer «Task Force» mit den Akteuren des Gesundheitssystems diskutiert werden könnten. Denn nur durch die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens kann der Kostenanstieg eingedämmt werden.

Gemäss den Statistiken des BAG für das Jahr 2022 verteilen sich die Bruttokosten zulasten der OKP wie folgt auf die verschiedenen Kostengruppen (in Millionen Franken):



Die grössten Kostengruppen haben sich von 2012 bis 2022 folgendermassen entwickelt (Bruttokosten pro versicherte Person):

- Spital ambulant: +57%
- Medikamente: +40%
- Arzt ambulant: +48%
- Spital stationär: +19%

Auch bei den Kostengruppen mit einem geringeren Leistungsvolumen ist über diesen Zeitraum ein starker Kostenanstieg zu verzeichnen:

- Physiotherapie: +117%
- Alternativmedizin: +109%
- Labor: +116%



**Die Groupe Mutuel fordert, dass die folgenden Massnahmen so schnell wie möglich umgesetzt werden, damit der Kostenanstieg zu Lasten der OKP und damit der Prämien der sozialen Krankenversicherung begrenzt werden kann.**

## Digitalisierung

Kurzfristig (1–3 Jahre) – Gesetzesrevision

Bis jetzt wurde eine erhöhte Nachfrage nach medizinischen Leistungen durch eine Ausweitung des Angebots gedeckt. Allerdings stossen wir nun an die Grenzen dieses Systems. Daher müssen wir die verfügbaren Ressourcen besser nutzen, um die Versorgung zu optimieren und effizienter zu gestalten.

In diesem Zusammenhang spielt die Digitalisierung eine wichtige Rolle. Es muss endlich ein standardisiertes elektronisches Patientendossier für alle eingeführt werden (und zwar ein einfacheres und leistungsfähigeres System als was derzeit entwickelt wird). Das Dossier sollte dazu beitragen, dass nicht mehrfach die gleichen medizinischen Handlungen vorgenommen werden, sowie die unerwünschten Nebenwirkungen bei der Einnahme von mehreren Medikamenten reduzieren. Das elektronische Patientendossier sollte für alle obligatorisch sein. Zudem sollte die Gestaltung vereinheitlicht werden, um die Kompatibilität zu gewährleisten.

Das Ziel ist, dass die verschiedenen verfügbaren Lösungen kompatibel sind und der Informationsaustausch problemlos funktioniert.



Aktuell hat der Bundesrat eine umfassende Revision des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier in die Vernehmlassung geschickt. Darin wird unter anderem vorgeschlagen, dass die der OKP unterstellten Personen von den Kantonen automatisch an ein elektronisches Patientendossier angeschlossen werden.

Die Leistungserbringer, die zulasten des KVG abrechnen dürfen, wären ihrerseits unter Strafandrohung verpflichtet, sich einer Stammgemeinschaft oder einer Gemeinschaft anzuschliessen.

Was die Kompetenzverteilung betrifft, so wäre der Bund für die technischen Komponenten und damit für die Entwicklung des elektronischen Dossiers zuständig, während die Kantone operative Aufgaben übernehmen würden (Überprüfung der Existenz einer Stammgemeinschaft im Kanton, Überwachung des Anschlusses der Leistungserbringer an eine Stammgemeinschaft, Sicherstellung des automatischen Anschlussverfahrens usw.).

Was den Inhalt anbelangt, so wird derzeit eine Standardisierung der Daten in strukturierten Formaten angestrebt. Wann die Revision in Kraft treten wird, ist noch nicht bekannt.

Die gezielte Nutzung von Daten zur Identifizierung bestimmter Gruppen von Versicherten oder Patienten könnte auch dazu dienen, Massnahmen zur Prävention und zur Schärfung des Kostenbewusstseins zu stärken (Förderung von Generika und Programmen zur Behandlung bestimmter Krankheiten (Disease Management) usw.).

Neue Technologien können auch die Anamnese erleichtern oder die Krankheit, an welcher der Patient leidet, eingrenzen. Künstliche Intelligenz könnte beispielsweise die Entscheidungsfindung des Arztes begleiten (wobei der rechtliche Rahmen hinsichtlich des Einsatzes und der möglichen Entwicklung dieser Technologie noch geklärt werden muss).

Neben der Digitalisierung sollten ebenfalls die Prozesse verbessert und optimiert werden. Auch der Einsatz von Telemedizin sowie von Apps könnte weiter ausgebaut werden (z. B. Service-Apps, welche die Früherkennung von Gesundheitsrisiken oder die rechtzeitige Einnahme von Medikamenten unterstützen, sowie medizinische Apps, die Symptome von Krankheiten lindern oder die Überwachung von Werten bei Krankheiten wie Diabetes oder Herzrhythmusstörungen unterstützen können).

Nicht zuletzt sollten auch digitale Gesundheitsplattformen unterstützt und gefördert werden. Die Groupe Mutuel hat mit anderen Akteuren (Helsana, Swica, Hirslanden, Medbase, Trifork und der LUKS-Gruppe die digitale Gesundheitsplattform Compassana lanciert. Ziel dieses Ökosystems ist es, den Zugang zum Gesundheitssystem zu vereinfachen und Behandlungspfade besser zu koordinieren.



Gemäss einer BAG-Studie beträgt das Sparpotenzial des elektronischen Patientendossiers jährlich **200 Millionen Franken**.

Laut einer weiteren Studie von PwC können durch die Implementierung von E-Health-Lösungen, eine Optimierung der Prozesse und eine bessere Koordination der Leistungserbringer Einsparungen von **1,2 Milliarden Franken** erzielt werden.



## Prävention

Kurzfristig (1–3 Jahre) – Erhöhung der Ressourcen und bessere Zuweisung

Das Schweizer Gesundheitswesen konzentriert sich hauptsächlich auf die Behandlung von Krankheiten, d. h. auf Leistungen zur Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgeerscheinungen. Es sollten jedoch mehr Mittel in die Prävention investiert werden. Durch Primärprävention wird das Auftreten von Krankheiten verhindert oder verringert. Die Sekundärprävention versucht, die Prävalenz einer Krankheit in der Bevölkerung zu senken.

Denkbar wären z. B. Programme gegen Bewegungsmangel, für eine gesündere Ernährung oder für die Verwendung von Naturheilmitteln, für die betriebliche Gesundheitsförderung, für eine gute psychische Gesundheit.

Um dies zu erreichen, sollte sich die Schweiz von den im Ausland durchgeführten Massnahmen inspirieren lassen. Beispiele sind die Programme zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung, zur Prävention in der Arbeitswelt und zur Früherkennung von Krankheiten. Dazu gehören auch die Disease-Management Programme für chronisch Kranke. Die angestrebten Ziele dieser Programme sind, dass diese Kranken ihre Krankheit bestmöglich managen und ihren Lebensstil (Ernährung, körperliche Aktivität) anpassen, um eine Verschlimmerung ihrer Krankheit zu verhindern. Die Einführung des «bundled payment» ermöglicht es, die Koordination der Pflege und eine bessere Betreuung dieser chronisch kranken Patienten zu fördern.



Generell sollte das Ziel der Prävention darin bestehen, chronische Krankheiten zu bekämpfen. Die wichtigsten, nämlich Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes und Muskel-Skelett-Erkrankungen, verursachen jedes Jahr fast 40 Prozent der direkten Gesundheitskosten in der Schweiz. Es geht also darum, an den Hauptrisikofaktoren (Lebensstil sowie soziale und wirtschaftliche Faktoren) zu arbeiten, um gesund zu bleiben.

Wie unten ausgeführt, würde die Einführung von mehrjährigen Versicherungsverträgen in der OKP die Möglichkeit bieten, mit den Versicherten sowohl im Bereich der Prävention als auch im Bereich der Kosten (Disease-Management-Programme) enger zusammenzuarbeiten.



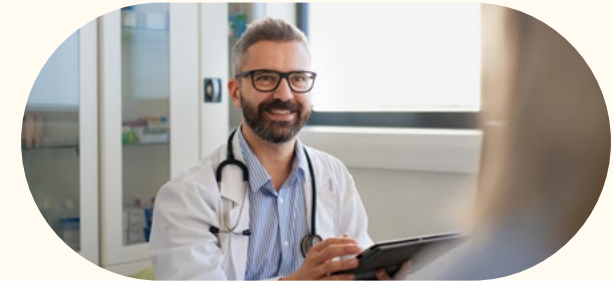
## Ärzte und Zugang zum Gesundheitssystem

Mittelfristig (3–5 Jahre) – Gesetzesrevision

Im Jahr 2022 stellten die ambulanten Ärzte die grösste Kostengruppe dar (8,6 Milliarden Franken). Insgesamt sollte die Verteilung der Ärzte zwischen Grundversorgern und Spezialisten optimiert werden. Gemäss der Medizinischen Statistik der FMH waren im Jahr 2022 39 Prozent der Ärzte Grundversorger (ohne Spezialisierung, Internisten, praktizierende Ärzte oder Allgemeinmediziner). Im Jahr 2010 lag diese Quote noch bei 45 Prozent. Laut OECD-Studien müsste die Verteilung zwischen Grundversorgern und Spezialisten genau umgekehrt sein, damit das Gesundheitssystem optimal funktioniert.

Darüber hinaus folgt die Entwicklung der Anzahl Ärzte (auch nach Vollzeitäquivalenz) dem Kostenanstieg zulasten der OKP, mit einer Abflachung im Jahr 2020. Um die Niederlassung neuer Grundversorger zu fördern, könnten folgende Massnahmen umgesetzt werden:

- Die Zulassungs- und Auswahlkriterien für die Ausbildung sollten überprüft und angepasst werden,
- Grundversorger sollten eine zentrale Rolle in integrierten Versorgungsnetzen spielen (Einrichtung interdisziplinärer medizinischer Zentren etc.),
- Die Rolle des Grundversorgers sollte gefestigt werden. Sie könnten insbesondere das Gate-Keeping stärken, das eine bessere Triage der Patienten anhand ihrer Symptome ermöglicht,
- Ihre Vergütung könnte durch die Senkung der Tarife für Spezialisten verbessert werden.



Es geht auch darum, Massnahmen zu ergreifen, um den Zugang zum Gesundheitswesen zu verbessern (wie z. B. bessere Nutzung der Kompetenzen von Apothekern, Entwicklung von Plattformen für Telemedizin, Stärkung der Rolle der Nurse Practitioner). Ziel ist es, eine Überlastung der Notaufnahmen zu vermeiden, und dass der Patient je nach seinen Bedürfnissen (Beschwerden) den für ihn am besten geeigneten Zugang zum System nutzt.

## Medikamente

Mittelfristig (3–5 Jahre) – Gesetzesrevision

Medikamente sind ebenfalls ein wichtiger Kostenfaktor zulasten der OKP (18,3 Prozent bzw. 6,9 Milliarden Franken).

In diesem Bereich stellen wir Folgendes fest:

- Einen ungenügenden Einsatz von Generika (weniger als die Hälfte der in den OECD-Ländern abgegebenen Menge)
- Einen konsequenten Anstieg der Preise für neu auf den Markt gebrachte Therapien,
- Einen starken Kostenanstieg trotz der vom EDI erlassenen Preisanpassungen (Medikamentenkosten: 3,2 Milliarden Franken im Jahr 2000, 4,7 Milliarden Franken im Jahr 2010 und 6,5 Milliarden Franken im Jahr 2021 – das ist mehr als eine Verdoppelung der Kosten in 20 Jahren).
- Die maximale Ausnützung des gesetzlichen Spielraums durch die Pharmaunternehmen.

Laut dem regelmässig von santésuisse und interpharma durchgeführten Medikamentenpreisvergleich mit dem Ausland sind patentgeschützte Medikamente im Ausland im Durchschnitt 5,4 Prozent günstiger. Patentabgelaufene Medikamente kosten im Ausland 10,8 Prozent weniger. Bei Generika und Biosimilars sind die Preisunterschiede besonders auffällig: Generika sind im Ausland etwa halb so teuer (45,5 Prozent), Biosimilars kosten 27,5 Prozent weniger.

Folgende Massnahmen sollten daher geprüft werden:

- **Kompetenzen des Parlaments (längere Umsetzungsfrist – Anpassung von Gesetzen).**
  - Einführung des Referenzpreissystems, insbesondere um die Verwendung von Generika zu stärken. Dieses System wurde vom Bundesrat im Rahmen des 1. Massnahmenpakets zur Kostendämpfung in der OKP vorgeschlagen.
  - Die Tarifierung anpassen (siehe VBHC),
  - Eine Kostenerstattung für im Ausland gekaufte Medikamente einführen, sofern sie in der Schweiz verschrieben wurden und die Preise im Ausland unter den Schweizer Tarifen liegen (Einsparung ca. 40 Millionen Franken pro Jahr).
- **Kompetenzen des Bundesrats (kürzere Umsetzungsfrist – Anpassung von Verordnungen).**
  - Grössere Preisunterschiede für Biosimilars und Generika,
  - Erhöhung des Selbstbehalts, wenn ein Originalpräparat abgegeben wird, obwohl ein Generikum verschrieben werden könnte.
  - Senkung der Vertriebsmarge für Originalpräparate (gleiche Marge für Produkte mit identischem Wirkstoff).



Gemäss Schätzungen des Bundesrats könnten die Ausgaben für die OKP mit der Einführung eines Referenzpreissystems für Medikamente jährlich um **mehrere hundert Millionen Franken** gesenkt werden.



# Spitalplanung

Mittelfristig (3–5 Jahre) – Gesetzesrevision

Der Bereich der stationären Behandlung macht einen Gross-  
teil der Kosten zu Lasten der OKP aus (18,8% oder 7 Milliarden  
Franken). Es liegt in der Kompetenz der Kantone, eine Liste der  
anerkannten Einrichtungen (mit Leistungsauftrag) zu erstellen.  
Diese sollten den Bedarf nicht übersteigen. Darüber hinaus  
sollte die Auswahl der Einrichtungen auch auf Qualitätskrite-  
rien basieren, insbesondere indem sichergestellt wird, dass die  
Krankenhäuser über ausreichende Mindestfallzahlen verfügen,  
um die Erfahrung und das Fachwissen ihres medizinischen  
Personals zu gewährleisten (und auch, um die Leistungen  
effizient zu erbringen). Im Jahr 2018 erreichten 46 Prozent der  
Krankenhäuser die von der GDK (Konferenz der Kantonalen  
Gesundheits-direktorinnen und - direktoren) empfohlenen  
Mindestfallzahlen nicht. Bei der Behandlung von Brustkrebs  
beispielsweise wurde die Mindestfallzahl nur von 30 der 83  
Krankenhäusern eingehalten, d. h. 63,9 Prozent der Spitäler er-  
reichten die erforderliche Mindestfallzahl nicht. 1675 von 7270  
Patientinnen (23Prozent) waren davon betroffen.

Ein Grund dafür liegt in der Mehrfachrolle der Kantone (als Lei-  
stungsplaner, Leistungserbringer, Finanzierer oder auch Richter  
bei Tarifstreitigkeiten zwischen Spitälern und Versicherern so-  
wie in der Rolle des Steuerorgans im ambulanten Sektor). Diese  
vielfältigen Verantwortlichkeiten und Kompetenzen hindern die  
Kantone daran, ihre Aufgabe der Planung der Gesundheitsver-  
sorgung angemessen wahrzunehmen. Kürzlich scheiterte sogar  
eine Zusammenarbeit der Ostschweizer Kantone am Kirchturm-  
denken der Kantone. So gibt es laut den Daten des BFS (Daten  
für 2021) in der Schweiz 276 Krankenhäuser mit 579 Standorten.  
Diese Zahl ist für ein Land wie die Schweiz sehr hoch. Laut den  
Daten der OECD (für 2019) beträgt die Anzahl der Betten in der  
Schweiz 4,6 pro 1000 Einwohner. Diese Zahl liegt in Deutschland  
bei 7,9, in Österreich bei 7,2 und in Frankreich bei 5,8.

In Dänemark hingegen sind es 2,6 und in Schweden 2,1. Dar-  
über hinaus hat die Schweiz eine der höchsten Spitaldichten  
in Europa. Für 99,8 Prozent der hiesigen Bevölkerung liegt das  
nächstgelegene Spital weniger als 30 Minuten entfernt. Dieser  
Luxus ist zu teuer und wirkt sich negativ auf die Qualität der  
Gesundheitsversorgung aus.

So schlägt die Groupe Mutuel in diesem Bereich folgende  
Massnahmen vor:

- Die Spitalplanung wird auf der Ebene von Regionen erlassen  
(auf der Grundlage von Patientenströmen). Die Idee wäre, die  
Schweiz in fünf bis sieben Gesundheitsregionen einzuteilen.  
So müssten sich mehrere Kantone zusammenschliessen, um  
die Planung auf der Ebene einer Region festzulegen.
- Eine Studie analysiert die Machbarkeit einer Konzentration  
der komplexen Eingriffe an bestimmten Standorten.
- Diese Zentralisierung der komplexen Eingriffe geht mit einer  
Stärkung der gemeindenahen Versorgung einher.

Das von Dänemark entwickelte Modell könnte als Grundlage  
herangezogen werden (jede Region verfügt über ein Univer-  
sitätsklinikum mit spezialisierten Notaufnahmen, und die Anzahl  
der allgemeinen Krankenhäuser wird uziert – von 40 auf 21).



Mit einer Standardisierung der ambulanten Behan-  
dlung könnte gemäss einer PwC-Studie aus dem  
Jahr 2016 jährlich rund **eine Milliarde Franken**  
eingespart werden.

## VBHC und Tarifierung

Langfristig (5 Jahre und mehr) – Gesetzesrevision

Das Ziel der VBHC ist die bestmögliche Versorgung für jeden Patienten mit den vorhandenen Ressourcen. Es handelt sich dabei um einen patientenorientierten Ansatz für die Leistungserbringung. Dieser zielt darauf ab, die Behandlungsergebnisse zu verbessern, die für die Patienten während der ganzen Behandlung am wichtigsten sind, und gleichzeitig die Gesundheitsressourcen und die Kosten für die Allgemeinheit zu optimieren.

Konkret geht es darum, den Gesundheitsweg unserer Kunden zu verstehen, um Stellschrauben zur Optimierung des Kundenerlebnisses und der klinischen Ergebnisse zu eruieren und den Qualitätswettbewerb zu stärken.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Tarifierung. So führen die derzeitigen Vergütungssysteme zu falschen Anreizen. Schätzungen zufolge sind 20% der erbrachten Leistungen unnötig.

Die aktuelle Vergütung auf der Grundlage der Menge der erbrachten Leistungen spielt eine entscheidende Rolle. Die Leistungserbringer haben keinen Anreiz, die Patienten optimal (effiziente Nutzung der Ressourcen unter Berücksichtigung des Patientennutzens) zu behandeln, sondern vielmehr maximal (Erbringung aller möglichen Leistungen). Darüber hinaus wird ein ineffizienter Leistungserbringer auch noch besser bezahlt (zusätzliche Vergütung für jede Leistung, auch wenn sie unnötig oder überflüssig ist; dies gilt auch für Leistungen von schlechter Qualität wie z. B. Rehospitalisierungen).

Für die Groupe Mutuel sollten die aktuellen Vergütungssysteme daher durch einen «Pay for Quality»-Ansatz (P4Q) ersetzt werden. Dabei handelt es sich um ein vielversprechendes

Instrument für ein leistungsfähiges, nachhaltiges und finanzierbares Gesundheitssystem, in dem die Qualität und der Nutzen für den Patienten im Zentrum stehen. Ziel ist es, die Indikations- und Ergebnisqualität zu fördern, den Nutzen für den Patienten zu erfassen und diese Parameter mit der Vergütung zu verknüpfen. Wenn die Vergütung an klare und strengere Qualitätsziele geknüpft wird, werden nicht nur die Kosten gesenkt, sondern auch die Qualität im Interesse der Patienten verbessert. Darüber hinaus können solche innovativen Vergütungsmodelle auch darauf abzielen, die Koordination der Gesundheitsversorgung zu fördern – eine Win-win-Situation für alle Beteiligten. Diese Philosophie kann generell angewandt werden: für chirurgische Eingriffe, ambulante Pflege, Medikamente usw. Um P4Q auch auf den ambulanten Bereich auszuweiten, müssten Ärzte Qualitätsdaten (Outcome und Patientennutzen) verpflichtend erfassen und transparent veröffentlichen. Eine mögliche Sanktion wäre der Verlust ihrer Abrechnungsbefugnis zulasten der OKP, wenn diese Pflicht nicht erfüllt wird.

Da es einige Zeit dauern wird, bis sich diese Ansätze entwickelt haben, sollte die Verwendung von Pauschalen in dieser Übergangsphase allgemein ausgeweitet werden. Diese Zeit sollte auch genutzt werden, um die einheitliche Messung bestimmter Parameter wie PROMs (Patient-reported outcome measures), PREMs (Patient-reported experience measures) und CROMs (Clinician-reported outcome measures) verbindlich vorzuschreiben.

Der Abschluss von Mehrjahresverträgen stärkt den VBHC-Ansatz. Zudem würde diese Art von Vertrag auch die Entwicklung von Programmen zur Behandlung bestimmter Krankheiten (Case Management) ermöglichen und die Prävention stärken. Das ist begrüßenswert.

## Finanzierung sehr hoher Leistungen

Langfristig (5 Jahre und mehr) – Gesetzesrevision

Einige Versicherte verursachen hohe Kosten von bis zu mehreren hunderttausend Franken pro Jahr, was sich auf die Prämienberechnung auswirkt. Diese Risiken haben einen sehr grossen Einfluss auf die Solidarität. Ein Vorschlag wäre somit, einen Betrag für die maximale Schadenbelastung festzulegen, der von der OKP übernommen wird. Die zusätzlichen Kosten würden über andere Kanäle finanziert, z. B. durch die Kantone, den Bund oder sogar die Mehrwertsteuer. Die Idee wäre, dass die OKP eine Finanzierung bis zu einem bestimmten Betrag garantiert, aber die Solidarität nach KVG den Rest nicht abdeckt.



## Reduktion des Leistungskatalogs

Langfristig (5 Jahre und mehr) – Gesetzesrevision

Ein Vorschlag wäre, den Versicherern zu erlauben, ein neues Modell anzubieten, das nur einen Teil der derzeit übernommenen Leistungen abdeckt. Selbstverständlich würde die lebensnotwendige Versorgung gewährleistet bleiben. Eine Umsetzung könnte durch die Einführung von Fallfranchisen erfolgen (bei dieser Lösung muss genau definiert werden, was ein Fall ist). Eine weitere Option wäre, explizit anzugeben, welche Leistungen nicht von der OKP übernommen, sondern direkt vom Patienten/Versicherten finanziert werden.

Die Bestimmung der nicht länger übernommenen Leistungen könnte sich an den Empfehlungen der verschiedenen Gesundheitsinstitutionen im Rahmen der Smarter-Medicine-Initiative orientieren. Dazu würden auch Leistungen gehören, die die im KVG festgelegten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht mehr erfüllen und einer

HTA-Bewertung unterzogen wurden. Darüber hinaus könnten auch andere Optionen in Erwägung gezogen werden, wie zum Beispiel die Erhöhung der Franchisen oder die Einführung von Fallfranchisen. Dennoch könnte eine Umsetzung dieser Vorschläge das Solidaritätsprinzip stark beeinträchtigen. So wäre in diesem Fall eine Verfeinerung des Risikoausgleichs notwendig, um ein gewisses Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Modellen herzustellen.





## Anpassung der Selbstbehalte an die Kostenentwicklung

Kurzfristig (1-3 Jahre) – Änderung von Verordnungen

Die letzte Erhöhung der Franchisen-Beträge liegt schon einige Jahre zurück. Um dem Kostenanstieg Rechnung zu tragen, müsste auch die Kostenbeteiligung der Versicherten angepasst werden. Es wäre nämlich sinnvoll, dass sich über die Zeit das Verhältnis zwischen der ordentlichen Franchise und den Bruttokosten pro Person wie bei der Einführung des KVG die Waage hält. Die Franchise hat nämlich eine dämpfende Wirkung auf den Konsum von Gesundheitsleistungen.



Mit einer Erhöhung der ordentlichen Franchise auf 500 Franken liessen sich Kosten von **mehre-  
ren hundert Millionen Franken** einsparen.



groupemutuel

**Groupe Mutuel Holding SA** Rue des Cèdres 5 1919 Martigny 0848 803 111 / [groupemutuel.ch](http://groupemutuel.ch)

**Sociétés d'assurance de Groupe Mutuel Holding SA :** Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA  
Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA / SUPRA-1846 SA / AMB Assurances SA  
Groupe Mutuel Assurances GMA SA / Groupe Mutuel Vie GMV SA

**Fondations administrées par Groupe Mutuel Services SA :** Groupe Mutuel Prévoyance-GMP /  
Fondation Opsion Libre Passage / Fondation Collective Opsion / Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie