
Das Gesundheitssystem ist ein Service Public

Vorschlag für eine koordinierte Gesundheitspolitik auf
nationaler Ebene

Grundlagenpapier der SP60+ Schweiz

Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	3
Über Organisation.....	10
Zu den Vergütungen.....	10
Zur Gesetzgebung.....	11
Schlussbemerkungen.....	14
Annexe 1 : Hinweise zur Erarbeitung eines Ziels zum Thema «Das Gesundheitssystem ist eine öffentliche Dienstleistung».....	17
Annexe 2 : Schritte der Reflexion im Schweizer PS60+	19
Annexe 3 : Einige Definitionen.....	20
Annexe 4 : Die wichtigsten Determinanten der Gesundheit	22
Annexe 5 : Pflegedienste.....	23
Annexe 6 : Anteil der Kantone und Gemeinden an der Finanzierung des Langzeitpflege-Restbetrags	24
Annexe 7 : Die Resolution des PS60+ Schweiz: «Das Gesundheitssystem ist ein öffentliches Gut»	25

Dieses Dokument wurde von Dominique Hausser verfasst. Die wichtigen Inputs von Ruth Schmid und Rita Schmid haben dazu beigetragen, dass das Dokument kohärent wurde.

Das Dokument basiert auf der Literatur (alle Referenzen sind an den Fussnoten aufgeführt). Ausserdem wurden wichtige Elemente an den Delegiertenversammlungen, den Sitzungen der Projektgruppe sowie den drei Workshops in Basel, Zürich und Lausanne diskutiert.

Als Originalversion gilt die französische Fassung.

Einführung

Die Gesundheitspolitik in der Schweiz ist formell fast ausschliesslich Sache der Kantone. Die Kompetenzen des Bundes sind sehr beschränkt. Der Bund versucht jedoch, insbesondere über das KVG, Einfluss zu nehmen, was leider nicht zu einer Vereinfachung, sondern im Gegenteil zu einer Komplizierung führt.

Ausserdem wird der Gesundheitssektor seit vierzig Jahren zunehmend privatisiert, was zu einem Verlust an demokratischer Kontrolle über diese Politik führt, die für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Einzelpersonen und der Gesellschaft von grundlegender Bedeutung ist.

Das Grundpostulat dieses Dokuments ist, dass das Gesundheitssystem ein Service Public ist. Die Überlegungen zu dieser Frage wurden durch die Entscheidung des SP60+ Schweiz aktiviert, die Gesundheitsversorgung als Service Public zu betrachten (siehe das Editorial des November-Newsletter des SP60+ Schweiz ¹)

Die seither geführten Diskussionen haben bewirkt, dass die Frage weiter ausgedehnt wurde und nunmehr von einem Gesundheitssystem als Service Public und allgemeiner von einer gesetzlichen Definition einer auf nationaler Ebene koordinierten Gesundheitspolitik die Rede ist.²

Die Frage der Finanzierung bleibt ein wichtiges Problem, das gelöst werden muss. Die Initiative zur Begrenzung der Prämien auf 10 % des verfügbaren Einkommens, wie dies im Kanton Waadt und im Kanton Graubünden der Fall ist, wäre ein erster Schritt zur Entlastung von mehr als 90 % der Versicherten gewesen. Die Finanzierungsmechanismen müssen jedoch grundsätzlich überdacht werden.

Es ist unabdingbar, dass eine öffentliche Kasse geschaffen wird, welche die im KVG definierten Leistungen sowie die Zahnbehandlung abdeckt und eine Beteiligung entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit garantiert, unabhängig von anderen Kriterien. Ebenso³ muss rasch ein Gesetz⁴ über die Finanzierung von Betreuung und Unterstützung erlassen werden, um alle Leistungen abzudecken, die nicht durch die KVG abgedeckt sind⁵, und so eine Finanzierung zu gewährleisten, welche die Leistungen deckt, die den Bedürfnissen entsprechen, und zwar unabhängig vom Wohnkanton ⁶.

¹ <https://www.sp-ps.ch/artikel/gesundheitsleistungen-pflegeleistungen-ein-service-public>

² Ursprünglich sollte dieses Dokument die Erarbeitung von Vorschlägen der SP60+ Schweiz für die SP Schweiz erleichtern. Die Entwicklung der Diskussionen zeigt, dass nur eine breite Koalition in der Lage sein wird, Fortschritte in dieser Frage zu erzielen. Es ist wichtig zu betonen, dass mehrere Akteure, wie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, die Bevölkerungsrat 2025, Denknetz, die Koalition für eine echte Gesundheitspolitik, die Grünliberale Partei usw. über die Einführung einer koordinierten Gesundheitspolitik auf nationaler Ebene nachdenken.

³ Die KVG ist heute ein Gesetz, das nicht mehr dem Geist entspricht, der 1890 die Verpflichtung zur Deckung von Krankheiten und Unfällen ermöglicht hat, was eine umfassende Aktualisierung dieses Gesetzes erforderlich macht, jedoch nur nach der Einführung einer öffentlichen Versicherung, die nur die Leistungen der KVG abdeckt und die vom Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gesteuerten privaten Zusatzversicherungen ausschliesst.

⁴ Für eine Weiterentwicklung dieser Vorschläge siehe das Positionspapier des SP60+ Schweiz vom April 2023: https://www.sp-ps.ch/wp-content/uploads/2023/03/dt-SP60plus-Positionspapier_Betreuung-def.pdf

⁵ Betreuung ist der treffendste Begriff, um zu beschreiben, wovon die Rede ist. Leider gibt es keinen treffenden Begriff auf Französisch, Italienisch oder Englisch.

⁶ Die finanzielle Beteiligung der Kantone zur Ergänzung der KVG-Abdeckung variiert stark von Kanton zu Kanton. Siehe Anteil der Kantone und Gemeinden an der Finanzierung des Langzeitpflege-Restbetrags.

Die Frage der Finanzierung ist zwar entscheidend und muss gelöst werden, damit die Last für die grosse Mehrheit der Bevölkerung nicht unerträglich wird, aber sie löst keinesfalls die Frage der Organisation der Versorgungsstrukturen und ihrer Finanzierung.

Wie der ehemalige Staatsrat Laurent Kurth sagte: «... das Gesundheitssystem ist weder regierbar noch regierend». Mit anderen Worten: Der Bund versucht, über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) zu steuern, während die Gesundheitspolitik grundsätzlich Sache der Kantone ist, ohne dass er dabei jedoch wirklich eine Rolle spielt. Das Hauptproblem, das schon lange bekannt ist, ist, dass Konflikte unvermeidlich sind, wenn Entscheidungsträger und Finanzierer nicht dieselben sind.

Das Ziel dieses Dokuments ist es, politische Ansätze vorzuschlagen, um einen Rahmen für ein Gesundheitssystem zu definieren, das den Bedürfnissen und Wünschen der Bevölkerung entspricht und wieder eindeutig ein öffentliches Dienstleistungsangebot darstellt.

Zusammenfassung

Es gibt drei Schwerpunkte. Die ersten beiden werden kurz erwähnt, da sie von verschiedenen Organisationen bereits ausführlich behandelt wurden. Der dritte Schwerpunkt ist der Hauptinhalt dieses Dokuments.

1. Einführung einer Finanzierung (Krankenversicherungsprämien) entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit der Personen.
2. Einführung einer nationalen öffentlichen Krankenkasse, welche die Grundleistungen abdeckt, insbesondere die Leistungen zur persönlichen Pflege, wie sie derzeit durch die KVG abgedeckt werden, und die zahnärztliche Versorgung, die Gesundheitsförderung durch Gesundheitsdienste und die Prävention von Krankheiten und Unfällen einschliesst.
3. Die Kompetenz des Bundes in der Gesundheitspolitik zu erweitern, indem ein spezifischer Artikel in die Bundesverfassung aufgenommen wird, der folgende Elemente umfasst:
 - Das Gesundheitssystem (Gesundheitsförderung, Krankheits- und Unfallprävention, medizinisch-psychosoziales Versorgungsangebot) ist ein Service Public.
 - Der Bund und die Kantone erkennen die wechselseitige Abhängigkeit der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt an und setzen sich im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten für eine integrierte Gesundheitsvorsorge ein.
 - Der Bund legt die Grundsätze der Gesundheitspolitik fest und koordiniert die Anstrengungen der Kantone. Er strebt an, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, um für alle einen hohen Gesundheitsschutz zu gewährleisten.
 - Der Bund regelt die Erhebung und Nutzung von Daten, die für die Steuerung des Gesundheitssystems und für den ausschliesslichen Einsatz im Zusammenhang mit der öffentlichen Forschung bestimmt sind.

Das Gesundheitssystem existiert in der Schweiz nicht

Das Prinzip einer obligatorischen Kranken- und Unfallversicherung ist seit 1890 in der Bundesverfassung verankert ⁷. Ein erster Gesetzesentwurf zur Umsetzung wird im Mai 1900 von 70 % der Bevölkerung abgelehnt ⁸. Die Unfallversicherung wurde 1918 eingeführt und das KVG, welches die Krankenversicherung zur Pflicht macht, wurde schliesslich 1994 angenommen.

Ursprünglich umfasste das Gesetz 40 Seiten, heute sind es 98 und – abgesehen von zwei Volksabstimmungen, der ersten im Jahr 2012 über die Einführung des «Managed Care», die vom Volk abgelehnt wurde, und der zweiten im Jahr 2024 über die Änderung der Finanzierungskanäle für Gesundheitsleistungen (EFAS), die von einer Mehrheit von 53 % angenommen wurde – hat die Bevölkerung sich zu den zahlreichen Änderungen des KVG nicht geäussert⁹.

Es ist auch wichtig, daran zu erinnern, dass der Ständerat im Herbst 2012 nach sieben Jahren Arbeit ein Projekt für ein Bundesgesetz über die Prävention (von Krankheiten und Unfällen) und die Gesundheitsförderung (PrävG) begraben hat ¹⁰. Seitdem wurde auf politischer Ebene nichts unternommen, um zwei wesentliche Elemente des Gesundheitssystems wieder in Gang zu bringen; nämlich die Gesundheitsförderung und die Prävention von Krankheiten und Unfällen ¹¹.

Es ist an der Zeit, dem Bund die Kompetenz zu übertragen, die Gesundheitspolitik auf der Grundlage eines demokratischen Diskurses zu definieren. Dies wird es ermöglichen, ein Gesundheitssystem als Service Public zu gewährleisten. Die Kommission für soziale Sicherheit

⁷ Am 26. Oktober 1890 wird der Artikel 34bis der Bundesverfassung (Art. 117 der heutigen Verfassung – https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/de#art_117) vom Volk und den Kantonen angenommen.

⁸ <https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/synthese/1900>

⁹ Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) wurde der Bevölkerung mit einem doppelten Versprechen verkauft: Obwohl die Kopfprämien eine Verleugnung der sozialen Solidarität darstellen, behauptete das KVG, eine doppelte Solidarität zwischen jungen (ab 25 Jahren) und älteren Menschen sowie zwischen gesunden und kranken Menschen zu schaffen, indem die Prämie für alle gleich hoch ist.

Doch die weit verbreitete Einführung von alternativen, integrierten Versicherungspaketen, die mit einem System unterschiedlicher Franchisen kombiniert werden, hat dieses Versprechen zunichte gemacht. Die restriktivsten, für die Versicherten integrierten Versicherungspakete können bis zu 20 % weniger Prämien kosten als das Standardmodell. Die Wahl der höchsten Franchise (2500 Franken) kann zu einem zusätzlichen Rabatt von über 20 % führen. Zusammengenommen bedeuten diese beiden Optionen, dass gesunde, meist jüngere Menschen deutlich weniger zahlen müssen als ältere Menschen mit gesundheitlichen Problemen, die dazu neigen, ein Versicherungspaket mit möglichst wenigen Einschränkungen und der niedrigsten Franchise zu wählen. Ausserdem haben die hohen Franchisen und die integrierten Versorgungsmodelle bisher nur einen sehr geringen Einfluss auf die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen: Die grosse Mehrheit der Betroffenen, die diese Optionen nutzen, greifen nur wenig zu medizinischen Leistungen, ändern ihr Verhalten nach dem Wechsel zu diesen alternativen Versicherungsmodellen also kaum, und machen ohnehin nur einen geringen Anteil der Gesundheitskosten aus. Die durch die alternativen Versicherungsmodelle verursachten Einnahmeverluste müssen also durch höhere Prämien für alle Versicherten kompensiert werden. Dies beschleunigt den Weggang von Versicherten zu günstigeren Versicherungsmodellen ... und startet den Zyklus erneut.

¹⁰ Weitere Informationen finden Sie unter: [https://promotionsante.ch/gfch/file/redirect?filename=fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document_de_travail_009_PSCH_2013-10 -
Loi sur la prevention.pdf](https://promotionsante.ch/gfch/file/redirect?filename=fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document_de_travail_009_PSCH_2013-10_-_Loi_sur_la_prevention.pdf)

¹¹ Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz hat zwar den gesetzlichen Auftrag, Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu initiieren, zu koordinieren und zu evaluieren. Doch beim Lesen ihrer Strategie 2025-2028 (https://promotionsante.ch/sites/default/files/2024-05/Strategie_Promotion_Sante_Suisse_2025-2028.pdf) wird leider deutlich, dass es sich zwar um interessante, aber sehr begrenzte Aktivitäten handelt, die nur einen sehr kleinen Teil der Bevölkerung erreichen.

und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) hat im August 2024 die Aufgabe an den Bundesrat übergeben, die Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspolitik zu klären¹².

Es gibt¹³ viele Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen. Es gibt eine umfangreiche und allgemein anerkannte wissenschaftliche Literatur zum Thema. Diese Faktoren lassen sich in die Bereiche wirtschaftliche/berufliche Umwelt, physische Umwelt, soziale Umwelt, individuelle Merkmale, Erfahrungen und Verhaltensweisen sowie Gesundheits- und Sozialsysteme einteilen¹⁴. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung hat nur einen Einfluss von 25 %.

Das bedeutet klar, dass zur Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit von Einzelpersonen und der Gemeinschaft vorrangig an den anderen Determinanten angesetzt werden muss. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind daher unabdingbar. Leider ist dies in der Schweiz nicht Teil der Gesundheitspolitik. Man beschränkt sich darauf, über das (Leistungs-)Versorgungssystem zu reden und schlägt Massnahmen vor, die in Sackgassen führen.

Die Entwicklung des gesetzlichen Rahmens ist unabdingbar, wird aber Jahre in Anspruch nehmen. Deshalb ist es auch wichtig, im Rahmen des heutigen Systems Verbesserungen vorzunehmen. Das System funktioniert nicht ohne den Menschen, denn auch wenn die Technik weit fortgeschritten ist, ist es immer noch der Mensch, der denkt, entscheidet und handelt. Fast 40 % der Pflegekräfte haben im Ausland eine Ausbildung absolviert, was die Problematik des Personalmangels nur in die Ausbildungsländer verschiebt. Es ist von höchster Priorität, in der Schweiz die Pflegekräfte (alle Berufe) auszubilden, die das Land braucht, um die Bedürfnisse der Bevölkerung in Bezug auf die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit zu decken.

Pflegesystem

Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit umfassen Gesundheitsleistungen einen recht breiten Bereich¹⁵. Man kann sagen, dass es sich dabei um alle Dienstleistungen und Interventionen handelt, die darauf abzielen, die Gesundheit von Einzelpersonen und der Bevölkerung wiederherzustellen oder zumindest eine unheilbare Krankheit so gut wie möglich zu bewältigen. Gesundheitsleistungen sollten auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen basieren und für alle unabhängig von Einkommen, sozialem Status oder Wohnort zugänglich sein. Ohne auf alle Einzelheiten einzugehen, ist es wichtig zu erwähnen, dass dies die kurative Versorgung, die Rehabilitation, die Palliativpflege und die Früherkennung umfasst.

Die Definition auf der Website des BAG¹⁶ ist an den Mechanismus des Leistungserbringers, des Leistungsortes und der Leistungsentschädigung geknüpft; das ist sehr eng und lässt keine Gesamtbetrachtung und keine Gesamtstrategie zu.

Generell spricht das BAG von medizinischen Leistungen, also solchen, die von einem Arzt verschrieben werden; auch wenn das KVG einige nichtmedizinische Leistungen abdeckt¹⁷.

¹² <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20243809>. Dies ist wahrscheinlich das erste Mal seit Jahrzehnten, dass das Parlament die Diskussion wieder aufnimmt und einen Vorschlag zur Aufteilung der Zuständigkeiten im Gesundheitsbereich verabschiedet

¹³ Siehe Die wichtigsten Determinanten der Gesundheit

¹⁴ <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>

¹⁵ siehe Anhang mit Definitionen der verschiedenen in diesem Dokument verwendeten Begriffe

¹⁶ <https://www.bag.admin.ch/de/pflege>

¹⁷ <https://www.bag.admin.ch/de/krankenversicherung-leistungserbringer>

Pflegeleistungen können zu Hause, in Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden.

In der Regel müssen die Versicherten 20 % (Beschränkung) der Kosten der Pflegeleistungen zusätzlich zur regulären Beteiligung¹⁸ (Selbstbehalt, 10 % Kostenbeteiligung bei Kosten über dem Selbstbehalt mit Obergrenze und Beteiligung an den Kosten für den Spitalaufenthalt von 15 Franken pro Tag) übernehmen. Die Versicherten müssen jedoch grundsätzlich auch andere, mit dem Pflegebedarf verbundene Leistungen wie Betreuungs- und Haushaltshilfeleistungen (Betreuung) und die Kosten für ein Altersheim übernehmen.

Gesundheitsleistungen

Die Pflege ist nur ein Teil der Gesundheitsversorgung. Die Gesundheitsversorgung sollte im Zentrum der Gesundheitspolitik stehen, und nicht, fast ausschliesslich, die Pflege oder gar die Frage der Finanzierung der Pflege. In der Realität wird in der Schweiz nicht von Gesundheitspolitik gesprochen, sondern von der Finanzierungspolitik der Pflege, die durch das KVG abgedeckt wird. Auf kantonaler Ebene wird etwas über die Organisation der Pflege gesprochen, aber vor allem über die Finanzierung der Pflege von hospitalisierten Personen. Die Tendenz geht eindeutig dahin, im Namen der unangetasteten wirtschaftlichen Freiheit alles laufen zu lassen. Über Gesundheitsförderung und die Prävention von Krankheiten und Unfällen wird noch weniger gesprochen, was sich in einer sehr dürrtigen Finanzierung niederschlägt.

Gesundheitsleistungen umfassen Gesundheitsförderung, Krankheits- und Unfallverhütung und Zugang zu Pflegeleistungen. Das Gesundheitssystem deckt einen Teil der Gesundheitsförderung ab, da viele Gesundheitsdeterminanten durch Interventionen beeinflusst werden, die nicht in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitswesens fallen, sondern in diejenigen anderer gesellschaftlicher Akteure. Allein die Frage nach einem existenzsichernden Einkommen zeigt, dass dies in den Bereich der Löhne für Arbeit, der Sozialleistungen oder anderer Sachleistungen fällt.

Bemerkungen zur aktuellen Situation

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist qualitativ gut, leider aber mit grossen Unterschieden in der Versorgung je nach Wohnort und mit einer Zugänglichkeit, die teilweise von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten abhängt.

Mit der Alterung der Bevölkerung und der Zunahme chronischer Erkrankungen ist es dringend notwendig, das Angebot in der Langzeitpflege zu erhöhen. Laut OECD wird bis 2033 ein zusätzlicher Personalbedarf von mindestens 40 % bestehen. Damit ist klar, dass die Krise bis dahin nicht gelöst sein wird, denn schon heute besteht ein erheblicher Personalmangel, ganz abgesehen von der Zeit, die für die Ausbildung neuer Mitarbeiter benötigt wird¹⁹.

Die Finanzierung der Pflegeleistungen²⁰ ist derzeit komplex (Kopfprämien der obligatorischen Krankenversicherung, Zusatzversicherungen, Steuerfinanzierung, finanzielle Beteiligung des

¹⁸ <https://www.bag.admin.ch/de/krankenversicherung-praemien-und-kostenbeteiligung>

¹⁹ Putting workers at the heart of the promotion of quality care, Nicolas Pons-Vigon, Jason Schneck, 2024 : <https://www.supsi.ch/documents/d/deass/finalgutepflege-report>

²⁰ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.assetdetail.31505224.html> In dieser Tabelle werden die Kosten der medizinischen Versorgung und die Endfinanzierungsquellen zusammengefasst, da alle diese Quellen von den Bürgern als Steuerzahler und Versicherungsnehmer finanziert werden. Die Tabelle enthält nicht alle nicht-medizinischen Gesundheitsleistungen, die von den Betroffenen selbst finanziert werden,

Bundes, der Kantone und der Gemeinden, keine Trennung der Verwaltung zwischen der obligatorischen Krankenversicherung (KVG) ²¹ und den Zusatzversicherungen (VVG)²², Hilflosenentschädigungen (AHV)²³ – Hilflosenentschädigungen (IV)²⁴, Hilfsmittel (AHV)²⁵ – Hilfsmittel (IV)²⁶. Diese Situation ist nicht solidarisch und belastet die Haushalte eines sehr grossen Teils der Bevölkerung und der Familien in unserem Land schwerwiegend ²⁷. Die seit Jahrzehnten angewandten Finanzierungsmechanismen sind schlicht inakzeptabel und müssen grundlegend verändert werden.

Eine Diskussion über die möglichen Wege zu dieser Transformation in einem politischen Umfeld, das sich derzeit nicht für Veränderungen eignet, geht weit über die Ziele dieses Dokuments hinaus. Aber grundsätzlich müssen die Gesundheitsleistungen und generell alle Leistungen, die in den Rahmen einer kohärenten Gesundheitspolitik fallen, für eine solidarische und umverteilende Finanzierung durch eine Steuer finanziert werden, die dem Modell der direkten Bundessteuer für natürliche und juristische Personen entspricht.²⁸

Die Liste der Leistungen, die von der obligatorischen Krankenversicherung abgedeckt werden, muss – nicht nur in Bezug auf Details, sondern auch in Bezug auf grundlegende Aspekte wie die Kostenübernahme für Zahnbehandlungen und Behandlungen für seltene Krankheiten – muss diskutiert werden.

Die Frage der Ausbildung des Pflegepersonals ist von entscheidender Bedeutung, geht aber über den Rahmen dieses Papiers hinaus, in dem die Ziele und Erwartungen an diese Ausbildung beschrieben werden sollen. Es muss jedoch festgestellt werden, dass es im Bereich des Pflegepersonals sehr grosse Unterschiede gibt und dass die Kantone in Bezug auf die Qualifikationsstruktur²⁹ (Ausbildungsniveau) sehr unterschiedlich sind.

Die Frage der Zugänglichkeit zu Gesundheitsdienstleistungen ist von zentraler Bedeutung. Auch wenn man noch nicht von einer medizinischen Wüste sprechen kann, wie dies in Frankreich der Fall ist, gibt es in der Schweiz starke regionale Unterschiede. Das Angebot an Erstberatungsstellen

wobei die Beteiligung der Kantone und Gemeinden sehr unterschiedlich ist (siehe für eine Kostenschätzung: Anteil der Kantone und Gemeinden an der Finanzierung des Langzeitpflege-Restbetrags)

²¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/versicherungspflicht.html>

²² <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/zusatzversicherungen.html>

²³ <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Alters-und-Hinterlassenenversicherung-AHV/Hilflosenentschädigungen>

²⁴ <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Invalidenversicherung-IV/Hilflosenentschädigung>

²⁵ <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Alters-und-Hinterlassenenversicherung-AHV/Hilfsmittel>

²⁶ <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Invalidenversicherung-IV/Hilfsmittel>

²⁷ Die Trennung der Verwaltung zwischen KVG (die Leistungen der öffentlichen Hand abdeckt) und VVG (die dem Privatrecht unterliegt – ein Vertrag zwischen zwei Personen) sollte selbstverständlich sein, um Interessenkonflikte zu vermeiden, die Privatsphäre zu schützen und unbefugte Finanztransfers zu verhindern.

Die Diskussion ist auch im Zusammenhang mit der Finanzierung eines Service Public durch Steuern zu sehen; Steuern, die progressiv (Grundsatz der DBST) und nicht proportional (Grundsatz der MwSt. für Einkommensstufen zwischen 30'000 und 150'000 Franken) und noch weniger degressiv (Steuern im Allgemeinen, wobei die Krankenkassenprämien das deutlichste Beispiel sind) sein müssen.

²⁸ In der SP Schweiz wird derzeit eine Initiative zur Schaffung einer öffentlichen Versicherungskasse diskutiert. Dies ist ein erster Schritt, um zu versuchen, die finanzielle Belastung der Versicherten zu reduzieren, sofern die Initiative eine echte Umverteilung oder eine andere Verteilung der Kosten entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit ermöglicht

²⁹ <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/pflemo/grade-mix-des-pflege-und-betreuungspersonals>

ist in vielen Landesteilen unzureichend oder sogar sehr unzureichend. Die Erstberatungsleistungen werden nicht ausreichend geschätzt und zu viele Fachkräfte entscheiden sich für spezialisierte Bereiche.

Die von der UNIA in Auftrag gegebene Studie des SUPSI³⁰ hebt die Komplexität des Problems im Bereich der Langzeitpflege hervor, insbesondere in Bezug auf die Arbeitsorganisation, die auf standardisierte, vorgegebene Aufgaben ausgerichtet ist und somit die Zeit und die Fähigkeit einschränkt, sich auf die Person, ihre Erfahrungen und Gefühle zu konzentrieren, ganz zu schweigen von der Fähigkeit, auf unvorhergesehene Ereignisse zu reagieren, die in diesem Kontext eher häufig auftreten.

Auch die Frage der Vergütungsform der Pflegeleistungen ist ein wesentlicher Aspekt, da die Form der Vergütung aus den definierten Zielen und Aufgaben resultiert³¹.

Wenn das Ziel darin besteht, Gewinne und eine hohe Rendite für die Investitionen zu erzielen, ist es wichtig, ein Produkt oder eine Dienstleistung so teuer wie möglich zu verkaufen. Wenn das Ziel darin besteht, dem Begünstigten im weitesten Sinne zu helfen, dann muss der Preis für die Dienstleistung (die Dienstleistungen und Produkte, die für die Erbringung erforderlich sind) alle Kosten abdecken. Dann geht es nicht mehr um die Erzielung von Gewinnen.

Die Pflegeleistungen sind eindeutig dem Prinzip der Hilfe für die Begünstigten untergeordnet, die Bezahlung muss die Kosten decken. Die Dienstleistung wird von Menschen erbracht, diese Menschen, diese Fachkräfte nehmen sich Zeit, um die ihnen gestellten Probleme zu lösen, die offensichtlichste Art der Bezahlung muss daher auf der Arbeitszeit basieren³².

Derzeit werden die Leistungen nach Fallpauschalen oder nach Zeitpauschalen abgerechnet: SwissDRG³³ für stationäre Patienten und TARDOC³⁴ für ambulante Patienten. In Krankenhäusern fördert das DRG-System nicht die Behandlung komplexer Fälle, weshalb zahlreiche Korrekturen vorgenommen werden mussten, um nicht zu viele Patienten mit komplexen Problemen auszuschliessen und um die Ausbildungsaktivitäten nicht zu sehr zu benachteiligen³⁵.

Was sind Pflegeleistungen?

Die Pflegeleistungen umfassen alle Leistungen, die zur Wiederherstellung der Gesundheit einer Person, zur Begleitung bei Krankheit und Leid notwendig sind.

Sie umfassen nicht die Massnahmen der Gesundheitsförderung und der Primärprävention von Krankheiten, die über die das heute bestehende KVG hinaus zusätzliche Finanzierungen erfordern würden.

³⁰ Putting workers at the heart of the promotion of quality care, Nicolas Pons-Vigon, Jason Schneck, 2024 : <https://www.supsi.ch/documents/d/deass/finalgutepflege-report>

³¹ Die SUSPI/UNIA-Studie zeigt deutlich die Probleme auf, mit denen Pflegende konfrontiert sind (<https://www.supsi.ch/documents/d/deass/finalgutepflege-report>)

³² Die Frage der Gesamtarbeitszeit fällt zwar nicht in den Rahmen dieses Papiers, darf aber natürlich nicht ausser Acht gelassen werden, da sie ganz klar die Anzahl der Personen beeinflusst, die benötigt werden, um die Arbeitsbelastung zu bewältigen, und die Ausbildung, um genügend qualifiziertes Personal zu haben.

³³ <https://www.swissdrg.org/fr>

³⁴ TARDOC hat seit dem 1. Januar 2026 TARMED abgelöst. Siehe <https://www.admin.ch/de/nsb?id=101498>

³⁵ Für die Ausbildung gibt es andere Probleme als die Bezahlung, die weit über den Rahmen dieses Papiers hinausgehen.

Diese sollten sämtliche Betreuungsleistungen umfassen, die heute nicht vom KVG abgedeckt werden, und deren Finanzierung hauptsächlich von den Personen getragen wird, die diese Leistungen in Anspruch nehmen, wobei die Kantone und manchmal die Gemeinden einen Teil der Kosten übernehmen.

Über die Organisation

Es muss klar zwischen der Steuerung (oder Governance), die auf nationaler Ebene stattfinden muss, und der operativen Ebene (d. h. wo, wie, wann usw.) unterschieden werden, auf der die verschiedenen Leistungen erbracht werden. Es ist notwendig, zwischen dem Rechtsrahmen, der einen Rahmen für die Steuerung und die operative Ebene definiert, und der operativen Ebene zu unterscheiden.

- Organisation der Pflegeleistungen
 - Stationär (Krankenhausaufenthalt: Notfall, kurzfristig, langfristig)
 - Ambulante Versorgung (Erstversorgung, Nachsorge, Diagnose und spezialisierte Behandlung)

Generell müssen die Pflegeleistungen in eine Gesundheitspolitik eingebettet sein, die auch Massnahmen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit umfasst.

Es ist unerlässlich, dass die Organisation so konzipiert und strukturiert ist, dass alle Menschen Zugang zu Pflegeleistungen und qualitativ hochwertigen Dienstleistungen haben und dass die Menschen respektiert werden, einschliesslich ihrer Entscheidungen (Recht, eine Leistung anzunehmen oder abzulehnen).

Es ist unerlässlich, dass alle Beteiligten, einschliesslich der Begünstigten (der «Versicherten»), auf allen Ebenen und in allen Strukturen an der Festlegung der Ziele und der Schaffung der notwendigen Organisation zur Erreichung der festgelegten Ziele beteiligt sind.

Zu den Vergütungen

Der derzeitige Vergütungsmodus³⁶ lässt kaum Raum für die Zeit, die für eine zufriedenstellende Betreuungsbeziehung benötigt wird, und entspricht nicht der Arbeitsweise der überwiegenden Mehrheit der Gesundheits- und/oder Pflegekräfte. Sowohl die Betreuungskräfte als auch die Personen, die sie in Anspruch nehmen, sind sehr frustriert. Die Berücksichtigung der Zeit, die für eine Vielzahl von Leistungen aufgewendet wird, ist erforderlich.

Wie kann man von einer Vergütungsform, die auf der Leistung basiert, zu einer Vergütungsform übergehen, die auf der Zeit basiert? Welche Zwischenstufen gibt es, welche Akteure müssen einbezogen werden, welche Strategie muss definiert werden? Das sind nur einige der vielen Fragen, die Zeit in Anspruch nehmen und alle betroffenen Akteure und Akteurinnen einbeziehen.

Die Leistungen sollten nach Zeitaufwand abgerechnet werden, wobei die verwendeten Materialien für medizinische Eingriffe (Proben für Laboruntersuchungen, Diagnose-Material – Labor, Bildgebung – Behandlungsmaterial – chirurgische Eingriffe, Medikamente...) zu Selbstkosten finanziert werden sollten.

³⁶ Fallpauschalenfinanzierung (DRG für stationäre, Tarmed, Plaisir... für ambulante Leistungen)

Diese Frage ist in höchstem Masse politisch.

Eine pragmatische Herangehensweise besteht darin, die Notwendigkeit zu erkennen, die Ansätze zu differenzieren – beispielsweise eine Differenzierung der verschiedenen Ansätze zur Berechnung der Pflegeleistungen in Abhängigkeit von der Art der erbrachten Pflege. In einer Reihe von einfachen Situationen kann eine Leistung pro Leistungseinheit oder gegebenenfalls pro Leistungseinheit und Zeit in Betracht gezogen werden. Die meisten Situationen, in denen eine Betreuung erforderlich ist, brauchen jedoch lediglich die Anwesenheit und Zeit, die natürlich stark vom Problem abhängt, das die Person, die um Hilfe bittet, aufwirft³⁷. Da es im Voraus unmöglich ist zu wissen, ob das aufgetretene Problem einfach oder komplex zu lösen sein wird, ist es auch unmöglich, eine andere Vergütung als diejenige, die von der Zeit abhängt, die man mit Zuhören und dem Vorschlagen einer ersten Antwort verbringt, zu empfehlen.

Zur Gesetzgebung

Das KVG regelt nur die Finanzierung der Pflege und befasst sich nicht mit der Pflegepolitik oder allgemeiner mit der Gesundheitspolitik³⁸. Derzeit ist die Debatte völlig verzerrt und statt, dass die Politik nach einer demokratischen Debatte festlegt, was sie sein sollte, wird die ganze Diskussion den Versicherern überlassen, die nicht dafür zuständig sind, sich mit diesen Fragen zu befassen.

- Die Zuständigkeiten für den Gesundheitsschutz sind hauptsächlich auf Bundesebene (Art. 118 BV)
- Die Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten und Unfällen ist zwischen Bund und Kantonen aufgeteilt, jedoch ohne klare gesetzliche Grundlagen, mit Ausnahme der Kantone Graubünden, Genf und Jura, die diese Elemente in ihre Verfassungen aufgenommen haben.
- Der Zugang zur Pflege wird teilweise vom Bund und den Kantonen geregelt: Zugang zur Pflege (Art. 41 BV), Grundversorgung (Art. 117a BV), Pflege (Art. 117b BV), Komplementärmedizin (Art. 118a BV).
- Die finanzielle Absicherung bei Krankheit und Unfall ist Sache des Bundes (Art. 117 BV).
- Die Organisation des Gesundheitssystems liegt in der Verantwortung der Kantone.

³⁷ Palliative Care sollte nach Arbeitszeit bezahlt werden, während die ambulante Chirurgie, die sehr standardisiert und geplant ist, nach Leistung bezahlt werden kann. Langzeitpflege erfordert sowohl Pflegeleistungen, die nach Arbeitszeit nach KVG bezahlt werden müssen, als auch Unterstützung und Begleitung (Betreuung), die ebenfalls nach Arbeitszeit bezahlt werden müssen, derzeit teilweise von den Kantonen und direkt von den Personen finanziert werden, und die vollständig aus einem gerechten öffentlichen Budget für alle finanziert werden sollten (daher die Notwendigkeit eines Bundesgesetzes zur Finanzierung).

³⁸ Obwohl der Bundesrat mit verschiedenen Ergänzungen im KVG versucht hat, Kompetenzen auf Bundesebene zur Regulierung des Gesundheitswesens zu schaffen.

Die Bundesverfassung (Art. 41 Abs. 1 lit. b³⁹) verpflichtet Bund und Kantone, ergänzend zur individuellen Verantwortung und zur privaten Initiative, dafür zu sorgen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. In Art. 117a Abs. ⁴⁰1 ist festgehalten, dass der Bund und die Kantone im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten dafür sorgen, dass jedermann Zugang zu ausreichender und qualitativ guter medizinischer Grundversorgung hat. Die Realität zeigt jedoch, dass dies bei weitem nicht der Fall ist.

Die Idee einer Bundesgesetzgebung zur Regulierung der Gesundheitspolitik ist nicht neu. Bereits in den 1980er Jahren wurde sie von Experten der öffentlichen Gesundheitspolitik diskutiert. Damals hatte der Vorschlag jedoch keine Chance auf Erfolg. Es war damals nicht einmal denkbar, eine Arbeitsgruppe zu gründen, die sich auf politischer Ebene mit dem Thema befassen würde. Vierzig Jahre später ist die Diskussion über ein Bundesgesetz nicht mehr automatisch mit einem Ausschluss verbunden, weshalb es sinnvoll erscheint, das Thema aufzugreifen.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat dies erkannt und in ihren Roadmaps zu Nachhaltigkeit (2019) und zur Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung innerhalb der planetaren Grenzen (2022) die Erarbeitung eines Bundesgesetzes für die Gesundheit vorgeschlagen⁴¹. Im Februar 2024 hat Unisanté (UNIL), im Auftrag der SAMW, den Bericht «Analyse der Governance des Schweizerischen Gesundheitssystems und Vorschlag für ein Bundesgesetz für die Gesundheit» publiziert ⁴². In ihrer im Mai 2024 veröffentlichten Stellungnahme stellt die SAMW die ganzheitliche «One Health»-Ansicht, die Schnittstelle zwischen Mensch, Tier und Umwelt, in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen. Um dies zu erreichen, muss die «Gesundheit in allen Politikbereichen» («Health in all Policies») berücksichtigt werden, was ohne eine entsprechende politische Struktur nicht möglich ist. Die SAMW setzt als Voraussetzung für ein Bundesgesetz für die Gesundheit die Aufnahme eines Gesundheitsartikels in die Verfassung voraus ⁴³.

³⁹ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/de#art_41

⁴⁰ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/de#art_117_a

⁴¹ <https://www.samw.ch/de/Projekte/Uebersicht-der-Projekte/Bundesgesetz-ueber-die-Gesundheit.html>

⁴² <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/354>

⁴³ https://www.samw.ch/dam/jcr:d6d86ec2-367b-4fba-b79d-b9121d213140/stellungnahme_samw_bundesgesetz_gesundheit_20240523.pdf

Der von der SAMV vorgeschlagene Verfassungsartikel lautet wie folgt:

Art. 116a Gesundheitswesen

- . Der Bund und die Kantone erkennen die wechselseitige Abhängigkeit von Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt an und setzen sich im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten für eine integrierte Gesundheitsvorsorge ein.
- . Der Bund legt die Grundsätze der Gesundheitspolitik fest und koordiniert die Anstrengungen der Kantone. Er strebt an, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, um für alle einen hohen Gesundheitsschutz zu gewährleisten.
- . Der Bund fördert ein gerechtes, nachhaltiges und effizientes Gesundheitssystem. Er regelt die Erhebung und Nutzung von Daten zur Steuerung des Gesundheitssystems.

In a.1 wird die Gesundheit definiert⁴⁴. In a.2 werden die Zuständigkeiten der Eidgenossenschaft und der Kantone präzisiert. In a.3 wird der Mechanismus in die Zukunft gerichtet, indem festgehalten wird, dass weitere professionelle Akteure im Gesundheits- und Pflegebereich einbezogen werden müssen und vor allem, dass Daten gesammelt und analysiert werden müssen, die als Entscheidungshilfe dienen.

Während die ersten beiden Absätze keine wirklichen Probleme aufwerfen, sollte der dritte Absatz ernsthaft diskutiert werden: (1) Der Satz «Der Bund fördert ein gerechtes, nachhaltiges und effizientes Gesundheitssystem.» ist nicht sehr aussagekräftig und könnte getrost gestrichen werden; (2) Die Formulierung zur Begrenzung der Datensammlung muss präzisiert werden und die Verwendung der Daten muss auf einen strengen wissenschaftlichen Rahmen beschränkt werden.

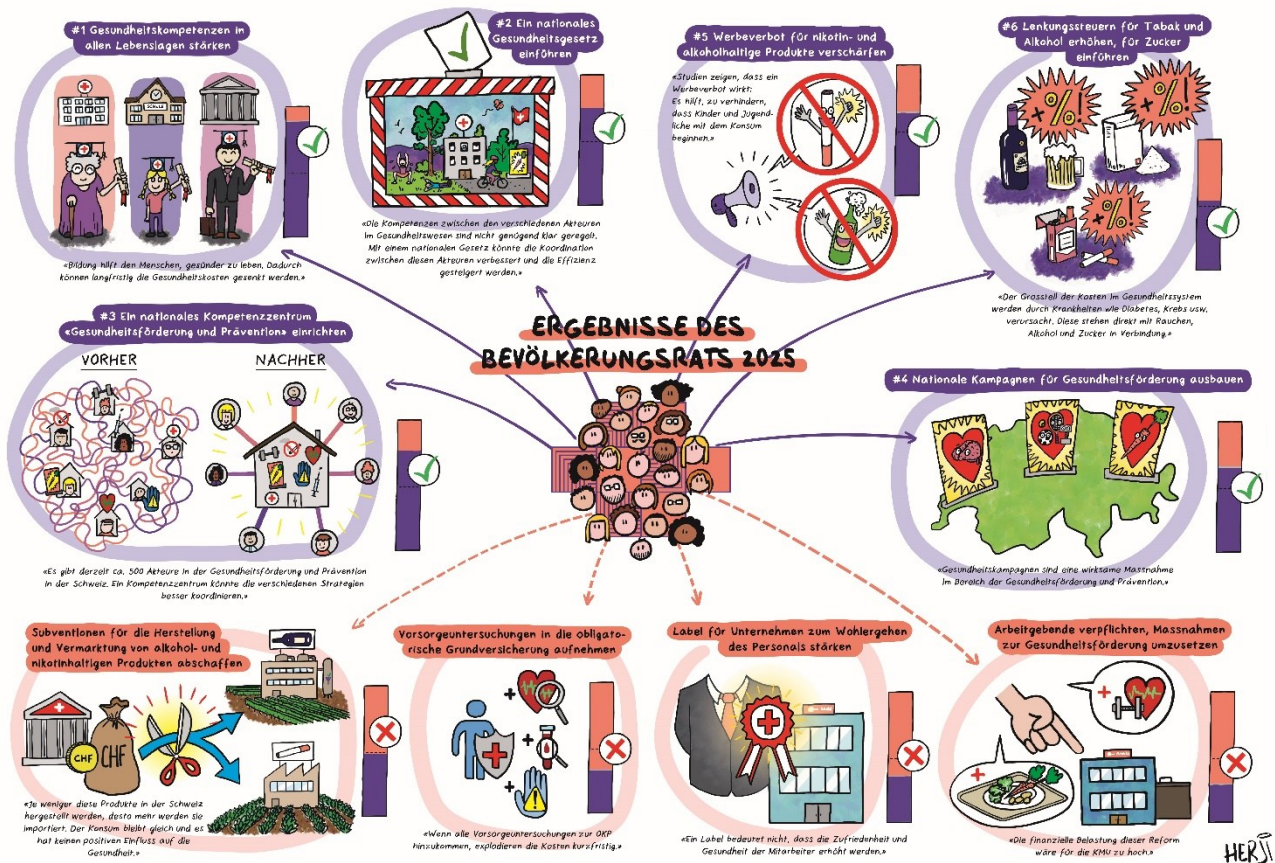
Und es fehlt eindeutig die Erkenntnis, dass das Gesundheitssystem ein öffentliches Gut ist.

Das Forschungsprojekt «Bevölkerungsrat 2025» untersuchte neue, ergänzende Formen der Demokratie. Dazu fand zwischen November 2024 und März 2025 ein nationaler Bevölkerungsrat zum Thema steigende Gesundheitskosten statt. Der Schlussbericht⁴⁵ wurde am 20. Mai 2025 der Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern übergeben.

Sechs Empfehlungen erhielten mehr als 50 % der Stimmen, darunter die Notwendigkeit, ein nationales Gesundheitsgesetz zu erlassen, da die Zuständigkeiten der verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem nicht ausreichend definiert sind. Ein nationales Gesundheitsgesetz würde die Koordination zwischen den Akteuren verbessern und ihre Effizienz steigern.

⁴⁴ Der erste Absatz muss lauten: Das Gesundheitssystem ist ein Service Public

⁴⁵ https://www.pnyx25.uzh.ch/dam/jcr:95036016-5f00-4f75-983a-c0988311e014/DE_Abschlussbericht_Bev-Rat_E12.pdf



Schlussbemerkungen

Heute werden in der Schweiz verschiedene Überlegungen angestellt, die alle in die Richtung gehen, dass das Gesundheitssystem auf nationaler Ebene strukturiert werden muss, indem die Rolle der einzelnen Akteure (Politik und Fachleute) genauer definiert wird⁴⁶.

Krankheit ist politisch, da sie je nach sozialer Schicht die Menschen unterschiedlich betrifft. Die Chancen auf Heilung hängen davon ab, wie viel Zeit und Geld man hat. Krankheit ist politisch, da viele Gesetze die Gesundheit von Einzelpersonen und Gemeinschaften beeinflussen.

Die Gesundheitspolitik muss auf Bundesebene demokratisch diskutiert werden, um allen Menschen unabhängig von ihren biologischen, sozialen Merkmalen, ihrem Gesundheitszustand und ihrem Wohnort einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen (Gesundheitsförderung, Krankheits- und Unfallprävention, medizinisch-soziale Pflege – akute und langfristige Pflege, ambulante und stationäre Pflege) zu gewährleisten.

- Gesundheitsleistungen sind öffentliche Aufgaben, die nicht gewinnorientiert sein dürfen, d.h. keinen Gewinn erwirtschaften dürfen, wobei die Finanzierung solidarisch und umverteilend sein muss.
- Gesundheitsdienstleistungen sind ein Service Public.
- Die Organisation und die Kosten der Pflegeleistungen, einschliesslich der Betreuung, müssen im Sinne eines Service Public kontrolliert werden.
- Um die Gesundheit von Einzelpersonen und der Bevölkerung zu erhalten, ist es unerlässlich, alle Determinanten der Gesundheit zu berücksichtigen, wobei nicht vergessen werden darf, dass die finanzielle Leistungsfähigkeit der Einzelpersonen eine entscheidende Rolle spielt.

⁴⁶ «Soll Gesundheit durch die Höhe der an einen Menschen geleisteten medizinischen Versorgung definiert werden oder als Zustand individueller und kollektiver Entfaltung in einer tugendhaften Umgebung? Folgende Fragen mit einem Volumen von mehreren Hundert Milliarden Euro sind damit verbunden: Wo endet die «Gesundheitsausgabe» und warum ist die öffentliche Politik heute von den Kosten besessen? Seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs wurden zwei gegensätzliche Antworten gegeben. Die eine, die bis in die 1980er Jahre dominierte, definiert Gesundheit ganzheitlich, indem sie über die rein medizinische Dimension hinausgeht und sie in den sozialen Bereich integriert. Ihre bekannteste Formulierung findet sich in der Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1978 in Alma-Ata, in der ehemaligen Sowjetunion, in der Gesundheit als «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert wird, der nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen umfasst». Im Gegensatz dazu wird eine andere Sichtweise bevorzugt, die sich auf Zahlen stützt: Die Summe der Kosten der Einheiten, die medizinische Versorgung erbringen – Krankenhäuser, Ärzte, pharmazeutische Produkte – bildet die Gesundheitsausgaben ab, die sich an der nationalen Buchhaltung orientieren. In diesem Zusammenhang wird weniger das individuelle oder kollektive Wohlbefinden betrachtet als vielmehr der Umfang und die Zusammensetzung der aggregierten Ausgaben. Das Ziel besteht darin, zu überprüfen, ob mit der Erhöhung der Ausgaben auch eine Erhöhung des Gesundheitszustands der Bevölkerung einhergeht, der in der Regel durch die Lebenserwartung quantifiziert wird. Diese auf die Kosten fokussierte Sichtweise stützt sich auf eine kleine Anzahl von Ergebnismessgrößen. (Die Rolle des «Sicherheitslochs» der Sozialversicherung, Constantin Brissaud, *Le Monde diplomatique*, März 2026) . Für eine ausführliche Darstellung siehe: Constantin Brissaud, *Le prix de la santé ; l'OCDE et la quantification internationale du « trou de la sécu »* (1972-2019), éditions du Croquant, 2025, basierend auf seiner Dissertation: «Die internationale Produktion eines reformistischen Common Sense. Expertenkonkurrenzen und statistisches Argument der «Krise» der Gesundheitsausgaben bei der OECD (1972-2018)», Universität Strasbourg, verteidigt am 18.11.2019.

Obwohl die Aufnahme eines Artikels über Gesundheit in die Verfassung notwendig und vordringlich ist, wird diese Verfassungsänderung Zeit in Anspruch nehmen und darf nicht als Entschuldigung dafür dienen, dass die verschiedenen Probleme in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsdienstleistungen nicht gelöst werden.

Zusammenfassend:

- Begrenzte Gesundheitsvision in der Bundesverfassung. Die Gesundheitskompetenzen sind sehr fragmentiert und begrenzt bzw. in Silos.
- Es gibt keinen Rahmen für die Gesundheitsförderung. Der Bund hat im Bereich der Gesundheitsförderung keine volle Zuständigkeit.
- Es gibt keinen Rechtsrahmen, der die Ziele des Gesundheitssystems definiert. Unterschiede zwischen den Kantonen (Gerechtigkeit). Das KVG wird häufig zur Regulierung des Systems verwendet, was nicht der Zweck der Sozialversicherung ist.
- Die grossen Interessengruppen (Lobbying) spielen auf Bundesebene eine überragende Rolle. Schwacher Lobbyismus von Bürgern und Patienten.
- Die Steuerung von Leistung und Effizienz ist sehr schwach. Es gibt keine Rechenschaftspflicht für die verschiedenen Akteure.

Die Rollen und Verantwortlichkeiten im Gesundheitssystem müssen geklärt werden, um eine harmonische Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren zu gewährleisten.

Unsere Hauptanliegen sind ein garantiertes Gesundheitssystem als Service Public für alle, unabhängig von Gesundheitszustand, Alter, Geschlecht und Wohnort.

Damit der Bund zusammen mit den Kantonen und den Bürgerinnen und Bürgern Gesundheitspolitik betreiben kann, muss diese Kompetenz in der Bundesverfassung verankert werden.

Die Aufnahme der Gesundheitspolitik in die Bundesverfassung ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Erarbeitung eines Bundesgesetzes über die Gesundheitspolitik. Der Verfassungsartikel hätte im Wesentlichen folgenden Wortlaut:

Art. 116a Gesundheitswesen

1. Das Gesundheitssystem (Gesundheitsförderung, Krankheits- und Unfallprävention, medizinisch-psychosoziales Versorgungsangebot) ist ein Service Public.
2. Der Bund und die Kantone erkennen die wechselseitige Abhängigkeit von Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt an und setzen sich im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten für eine integrierte Gesundheitsvorsorge ein.
3. Der Bund legt die Grundsätze der Gesundheitspolitik fest und koordiniert die Anstrengungen der Kantone. Er strebt an, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, um für alle einen hohen Gesundheitsschutz zu gewährleisten.
4. Der Bund regelt die Erhebung und Nutzung von Daten, die für die Steuerung des Gesundheitssystems und für den ausschliesslichen Einsatz im Zusammenhang mit der öffentlichen Forschung bestimmt sind.

Es ist weiterhin unerlässlich, die Finanzierungsstruktur der Gesundheitspolitik grundlegend zu verändern durch:

- Ein einziges öffentliches System, das alle obligatorischen Leistungen des Gesundheitssystems abdeckt, dessen Verwaltung von den Versicherten, den Gesundheitsdienstleistern und den Beschäftigten im Gesundheitswesen übernommen wird.
- Die Finanzierung des Gesundheitssystems wird durch Prämien gewährleistet, die sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit richten, ähnlich wie bei der direkten Bundessteuer (DBT).

Annexe 1 : Hinweise zur Erarbeitung eines Ziels zum Thema «Das Gesundheitssystem ist ein Service Public»

Einfluss auf die Gesundheitsdeterminanten

Um zu verbessern und um zu erhalten, muss man an den Gesundheitsdeterminanten arbeiten; man muss Krankheiten und Unfällen vorbeugen.

Um die Gesundheit wiederherzustellen, muss man an den Ursachen und an den Folgen ansetzen.

Die Determinanten der Gesundheit zu beeinflussen, bedeutet, über die Organisation eines Gesundheitssystems zu sprechen, was wiederum bedeutet, eine Gesundheitspolitik zu entwickeln (was das Ergebnis eines demokratischen Diskussionsprozesses und von Kompromissen sein wird).

- Bereich Gesundheits- und Pflegedienste
 - Massnahmen zur Beeinflussung des individuellen Verhaltens, um Verhaltensweisen zu fördern, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (Gesundheitsförderung im engeren Sinne)
 - Prävention von Krankheiten und Unfällen
 - Pflege
- Bereiche ausserhalb der Gesundheits- und Pflegedienste
 - Physische Umgebung
 - Naturgebiete
 - Arbeitsplätze
 - Lebensräume
 - ...
 - Soziale Umgebung
 - Familiennetzwerk
 - Freundesnetz
 - Berufsnetzwerk
 - ...
 - Soziale Umgebung
 - anständige Lebensbedingungen
 - ausreichende finanzielle Kapazität
 - Zugang zu Bildung, Kultur
 - ...

Politische Massnahmen zur Veränderung des Denkrahmens

Die Möglichkeit für eine echte demokratische Debatte über die Frage im Kern schaffen, nämlich:

- Was braucht es, um die Gesundheit von Einzelpersonen und der Bevölkerungen zu erhalten, zu verbessern und wiederherzustellen?
 - in Bezug auf die Dienstleistungen, die den Menschen und der Gemeinschaft zur Verfügung gestellt werden;
 - in Bezug auf das Personal in allen Komponenten des Gesundheitssystems;
 - in Bezug auf die finanziellen Ressourcen, die für die im Gesundheitssystem vorhandenen Strukturen und Projekte eingesetzt werden;
 - ...
- Wie baut man das Gesundheitssystem in der Schweiz auf?
 - Auf welcher institutionellen Ebene müssen die Debatten geführt werden?
 - Auf welcher institutionellen Ebene sollen politische Entscheidungen getroffen werden?
 - Welche formellen Verbindungen müssen zwischen den verschiedenen Ebenen der föderalistischen Struktur der Schweiz geschaffen werden?
 - ...

Die Politik ist nicht in der Lage, genau zu sagen, welche konkreten Massnahmen wirksam und notwendig sind, aber sie muss den Rahmen definieren, in dem die Fachleute ihre Arbeit organisieren. Das ist wie in der Kultur: Die Politik stellt die Mittel zur Verfügung für den Zugang zu einer vielfältigen Kultur (Kulturpolitik), sie entscheidet aber nicht über die Programmgestaltung und darüber, was gezeigt werden darf und was nicht.

Und das in einem bekannten soziopolitischen Umfeld: Die Schweiz, ihre föderalistische Struktur, ihre Bevölkerung von weniger als 10 Millionen Menschen.

Annexe 2 : Schritte der Reflexion bei der SP60+ Schweiz

Nach der Entscheidung der Delegiertenversammlung im Juni 2023 fanden verschiedene Gespräche innerhalb des Präsidiums, der Geschäftsleitung, der Arbeitsgruppe und einer Projektgruppe statt. Eine erste Version des vorliegenden Dokuments wurde im Mai und Juni 2023 verfasst und diskutiert.

- Das Hauptthema der Mitgliederversammlung 2025⁴⁷ lautete: «Das Gesundheitssystem ist eine öffentliche Dienstleistung». Drei Vorträge haben das Thema im aktuellen Kontext der Schweiz in den Fokus gerückt:
- Gemeinsam unsere Gesundheit und unser Gesundheitssystem gestalten: Erkenntnisse aus dem NFP 74 von Prof. Dr. Milo Puhon, Direktor des Instituts für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich (EBPI), ehemaliger Präsident des Nationalen

⁴⁷ <https://www.sp-ps.ch/fr/agenda/conference-des-membres-du-ps60-2>

Forschungsprogramms 74 (NFP 74) Smarter Health Care des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung

- Die Schweizer Gesundheitsversorgung vor Herausforderungen: Analyse und Diskussion von Prof. Dr. Stéfanie Monod, Dr. med., Chefärztin und Co-Leiterin des Departements Epidemiologie und Gesundheitssysteme, Unisanté (Universitäres Zentrum für Medizin und Public Health), Lausanne
- Die SAMW empfiehlt die Einführung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit von Prof. Dr. med. h.c. Arnaud Perrier, Präsident der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW), ehemaliger Chefarzt der HUG (Hôpitaux universitaires de Genève)
- Die Mitgliederkonferenz der SP60+ Schweiz im Juni 2026 beschliesst auf Antrag der Delegiertenversammlung vom April 2026 eine Resolution, die eine Diskussion und Positionierung im Sinne dieses Papiers am Parteitag vom Februar 2027 fordert.

Eine Projektgruppe wurde gebildet, um die nächsten Schritte vorzubereiten und bis Mitte 2027 ein erreichbares Ziel zu definieren.

In Basel, Zürich und Lausanne wurden drei Workshops organisiert, an denen jeweils über 30 Personen teilnahmen, um die Grundidee zu verbreiten, dass es notwendig ist, einen rechtlichen und institutionellen Rahmen für eine koordinierte Gesundheitspolitik auf nationaler Ebene zu schaffen. Die Teilnehmer sind sehr motiviert, diese wichtige Idee voranzutreiben.

An der Delegiertenversammlung vom 24. Januar 2026 wurde ⁴⁸ein Zeitplan für die nächsten Aktivitäten festgelegt, um im Februar 2027 am Parteitag der SP Schweiz eine Debatte über das Thema «Das Gesundheitssystem ist ein Service Public» zu führen.

Ein entsprechender Vorschlag wird für die Mitgliederkonferenz im Juni 2026 vorbereitet.

Annexe 3 : Einige Definitionen⁴⁹

Gesundheit: Gesundheit ist ein komplexes, vielschichtiges und für viele subjektives Konzept. Gesund zu sein bedeutet, dass man sich in einem Zustand des Gleichgewichts befindet, sowohl physisch als auch psychisch, funktionell und sogar spirituell. Dieser Zustand ermöglicht, das Leben so erfüllend wie möglich zu leben. Man kann sich hier auf die WHO-Definition beziehen: «Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen». Der Begriff «Zustand des vollständigen Wohlbefindens» kann jedoch sehr utopisch anmuten, und man kann sich auch pragmatischeren Definitionen wie der von René Dubos (Der Mensch und seine Anpassung an die Umwelt, 1973) zuwenden, die eine interessante funktionale Dimension aufweist: «Ein Zustand des körperlichen und geistigen Wohlbefindens, der relativ frei von Beeinträchtigung und Schmerz ist, und der es dem Einzelnen ermöglicht, so effektiv und so lange wie möglich in der Umwelt zu funktionieren, in die er durch Zufall oder durch eigene Wahl geraten ist».

Die Gesundheit eines Menschen wird von vielen Faktoren beeinflusst: Dazu gehören individuelle und biologische Merkmale wie Alter, Geschlecht, genetische Veranlagung sowie

⁴⁸ <https://www.sp-ps.ch/fr/agenda/assemblee-des-delegue-ps60-2026-01-24>

⁴⁹ Quelle: Bericht UNISANTE, S. 13-15: <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/354>

Verhaltensweisen und Gewohnheiten, aber auch die Lebensumstände, in denen der Mensch aufgewachsen ist und sich weiterentwickelt (soziale Umgebung, Lebens- und Arbeitsbedingungen und ganz allgemein die sozialen, wirtschaftlichen, umweltbezogenen und kulturellen Bedingungen, unter denen er lebt). Das Gesundheitssystem trägt ebenfalls zur Gesundheit bei, allerdings in geringerer Masse als die anderen, insbesondere die sozialen und umweltbezogenen Faktoren.

One Health – eine einzige Gesundheit: Diese noch ganzheitlichere Herangehensweise an Gesundheit und Wohlbefinden befindet sich an der Schnittstelle zwischen Mensch, Tier, Pflanzen und Umwelt. Neben den sozialen Determinanten der Gesundheit werden auch die Risiken im Zusammenhang mit dem Klimawandel, der Antibiotikaresistenz, der Lebensmittelsicherheit und dem Verlust der Biodiversität noch stärker berücksichtigt. Die WHO definiert One Health als «eine integrierte Herangehensweise, die darauf abzielt, die Gesundheit von Menschen, Tieren, Pflanzen und Ökosystemen nachhaltig auszubalancieren und zu optimieren, indem ihre wechselseitige Abhängigkeit anerkannt wird. Diese Herangehensweise beschränkt sich nicht auf Notfallsituationen, sondern gilt auch für Situationen, die nicht als solche gelten, und trägt somit zur Erreichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung und der universellen Gesundheitsversorgung bei.

Das Gesundheitssystem: Es umfasst alle personellen, organisatorischen und strategischen Mittel, die ein Land oder eine Region einsetzt, um den Zugang zu und die Kontinuität von Gesundheitsleistungen zu gewährleisten, von akuten bis hin zu chronischen, rehabilitativen und palliativen Behandlungen.

Gesundheitspolitik: Es gibt verschiedene Definitionen, von denen diejenige des WHO-Regionalbüros für Europa genannt werden kann: «Gesundheitspolitik ist die Frage, wie alle Ressourcen eines Landes dazu beitragen können, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Das bedeutet, dass alle gesundheitlichen Einflussfaktoren berücksichtigt werden müssen, indem deren Auswirkungen ermittelt und alle möglichen Strategien zur Erzielung der besten Gesundheitsergebnisse geprüft werden.»

Das Gesundheitssystem: Das Gesundheitssystem umfasst im Allgemeinen sowohl den Bereich der öffentlichen Gesundheit als auch den des Gesundheitswesens. Ein Gesundheitssystem verfolgt im Allgemeinen die folgenden Ziele: 1) die Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung 2) die Gewährleistung der finanziellen Absicherung der Bevölkerung, damit sie Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen hat; 3) die Bereitstellung von qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten, effizienten und gerechten Dienstleistungen und Leistungen, die auf die Bedürfnisse der Bevölkerung ausgerichtet sind und die Person im Mittelpunkt haben. Ein Gesundheitssystem trägt im Allgemeinen zu einem breiteren gesellschaftlichen Ziel bei, nämlich der Förderung des wirtschaftlichen Wachstums, der sozialen Kohäsion und des Wohlergehens.

Gesundheits-Governance: Der Begriff Governance wird oft auf die «Kunst des Regierens» reduziert, was die Vorstellung von der ausschliesslichen Tätigkeit einer Regierung widerspiegelt. Gesundheitssysteme sind jedoch sehr komplexe Systeme mit einer Vielzahl von Akteuren und sehr vielen Wechselwirkungen, so dass Governance nicht nur die Tätigkeit von Regierungen beinhalten kann. Der Begriff der Gesundheitssystem-Governance umfasst daher viele Dimensionen und Prozesse.

Français	English	Deutsch
Santé	Health	Gesundheit
Déterminants de la santé	Health determinants	Gesundheitsfaktoren
Politique de santé	Health policy	Gesundheitspolitik
Santé publique	Public Health	Public Health
Systèmes de santé	Health systems	Gesundheitsysteme
Promotion de la santé	Health promotion	Gesundheitsförderung
Prévention des maladies	Prevention of diseases	Prävention von Krankheiten
Prévention des accidents	Prevention of accidents	Unfallprävention
Soins médicaux	Medical care	Medizinische Versorgung
Soins médicaux-sociaux	Medical and social care	Medizinisch-soziale Versorgung
Betreuung	Betreuung	Betreuung
Accès aux soins	Access to care	Zugang zur medizinische Leistungen
Prestations de soins	Care services	Leistungen der Pflege
Soins aigus	Acute care	Akute Pflege
Soins chroniques	Chronic care	Langzeit Pflege
Ambulatoire	Ambulatory	Ambulant
Stationnaire	Stationary	Stationär

Annexe 4 : Die wichtigsten Determinanten der Gesundheit⁵⁰

Kategorien

- Wirtschaftliche/Arbeitsumgebung
- Physische Umgebung
- Soziale Umgebung
- Individuelle Merkmale, Erfahrungen und Verhaltensweisen

Bestimmungsgründe

- Einkommen
- Bildung und Alphabetisierung
- Arbeit
- Ernährungsunsicherheit
- Luft- und Wasserqualität
- Wohnen
- Raumplanung
- Soziale Unterstützungsnetzwerke
- Stereotype, soziale Ausgrenzung
- Genetische und biologische Prädisposition
- Frühe Kindheitserfahrungen
- Lebensgewohnheiten
- Fähigkeiten der Personen

⁵⁰ Siehe Anmerkung

□ Gesundheits- und Sozialsystem



- Biomedizinischer Fortschritt
- Zugänglichkeit, Qualität und Kontinuität der Gesundheits- und Sozialdienste
- Handlungsrahmen zur Förderung, Prävention, Heilung und Unterstützung

Annexe 5 : Pflegedienste

Pflegeleistungen	Akute Pflege	Chronische Pflege
<i>Ambulante Pflege</i>	Stadtarzt, Gruppenpraxis, Poliklinik, Tagesklinik ...	Stadtarzt, Hauspflegeeinrichtungen, Haushaltshilfe, Poliklinik, Tagesklinik, Tagespflegezentrum ...
<i>Stationäre Pflege</i>	Regionalkrankenhaus, Zentralkrankenhaus, Universitätskrankenhaus ...	Langzeitpflegeeinrichtungen, medizinisch-soziale Einrichtungen ...

Annexe 6 : Anteil der Kantone und Gemeinden an der Finanzierung des Langzeitpflege-Restbetrags

Kanton	AOS-Pflegekosten Durchschnitt 2016-2019	Restfinanzierung Kanton und Gemeinden Durchschnitt 2016-2019	Prozent der Beteiligung der Kantone und Gemeinden
ZH	409 139 562	492 108 504	55%
BE	442 124 490	301 219 553	41%
GELESEN	131 458 700	118 359 512	47%
UR	11 015 278	9 717 417	47%
SZ	38 002 948	23 330 278	38%
OW	9 792 439	9 344 548	49%
NW	12 007 656	10 668 397	47%
GL	12 175 634	6 601 020	35%
ZG	27 215 565	27 089 169	50%
FR	95 817 104	59 679 284	38%
SO	81 624 985	50 318 913	38%
BS	89 086 220	61 400 704	41%
BL	82 562 448	59 079 977	42%
SH	27 185 854	20 639 553	43%
AR	17 322 476	14 984 821	46%
AI	4 226 385	3 953 013	48%
SG	133 050 299	91 014 872	41%
GR	59 853 180	41 754 750	41%
AG	163 314 856	99 800 879	38%
TG	70 174 878	53 903 967	43%
TI	185 652 121	63 816 201	26%
VD	327 743 699	175 015 719	35%
VS	108 014 952	66 491 475	38%
NEIN	89 213 968	45 024 497	34%
GE	175 291 088	210 441 285	55%
JULI	36 522 516	16 961 976	32%
CH	2 839 589 297	2 132 720 283	43%

Dieses Diagramm ist eine Zusammenfassung der Diagramme 6 (Ausgaben der AOS für die Pflege im Sinne des KVG) und 25 (Restfinanzierung der Kantone für die Pflege 2016-2019 nach Kantonen) aus dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom 5. Januar 2022 als Ergänzung zum Bericht des Eidgenössischen Departements für Inneres vom 30. November 2020 (aktualisierte Fassung des Berichts vom 29. Oktober 2021)⁵¹

⁵¹[https://www.parlament.ch/centers/documents/fr/Rapport%20de%20l'OFSP%20du%205%20janvier%202022%20\(remplace%20le%20rapport%20du%2029%20octobre%202021\).pdf](https://www.parlament.ch/centers/documents/fr/Rapport%20de%20l'OFSP%20du%205%20janvier%202022%20(remplace%20le%20rapport%20du%2029%20octobre%202021).pdf)

Annexe 7 : Die Resolution der SP60+ Schweiz: «Das Gesundheitssystem ist ein Service Public»

- **unter Berücksichtigung** der Empfehlung⁵² der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ([SAMW](#)), die Gesundheitspolitik von der Eidgenossenschaft in Zusammenarbeit mit den Kantonen und Gemeinden koordinieren zu lassen;
- **in Anbetracht** der Empfehlung⁵³ des [Bevölkerungsrats 2025](#), ein nationales Gesundheitsgesetz zu verabschieden, um dem Bund mehr Kompetenzen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention zu übertragen und eine bessere Koordination mit den Kantonen und Gemeinden zu ermöglichen;
- **in Anbetracht** des Denknetz-Dokuments [«Schweizer Gesundheitspolitik: Wohlstand statt Erschöpfung»](#)⁵⁴, das insbesondere die Annahme eines neuen Verfassungsartikels befürwortet, der der Eidgenossenschaft mehr Verantwortung in der Gesundheitspolitik übertragen würde;
- unter **Bezugnahme** auf das Grundlagen-Dokument⁵⁵, das im Rahmen der SP60+ Schweiz seit 2024 erstellt wurde;

fordert die SP60+ Schweiz

- dass das Gesundheitssystem ein Service Public ist, was einen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen (Gesundheitsförderung, Krankheits- und Unfallverhütung, medizinisch-psychosoziales Betreuungsangebot) ohne geografische, soziale, finanzielle oder kulturelle Barrieren bedeutet;
- dass wir keine Zwei-Klassen-Medizin wollen;
- dass die Gesundheitspolitik auf nationaler Ebene koordiniert werden muss;
- dass die Finanzierung der Gesundheitsleistungen durch eine einzige öffentliche Kasse gewährleistet werden muss;
- dass die Versicherungsprämien, wie bei der direkten Bundessteuer, nach der finanziellen Leistungsfähigkeit zu bemessen sind, insbesondere um den Kaufkraftverlust zu verhindern;

der Schweizer PS60+ fordert formell

- dass die Gesundheitspolitik im Rahmen des Parteitags der SP Schweiz vom Februar 2027 diskutiert wird, um
 - die Mittel, Methoden und Aktionen festzulegen, die zur Gewährleistung der öffentlichen Dienstleistungsfunktion des Gesundheitssystems umgesetzt werden müssen;
 - die Gesundheitsdienste als Teil der öffentlichen Dienstleistungen zu betrachten, die auf die Menschen und nicht auf den Profit ausgerichtet sein müssen;

⁵² <https://www.samw.ch/de/Projekte/Uebersicht-der-Projekte/Bundesgesetz-ueber-die-Gesundheit.html>

⁵³ <https://www.pnyx25.uzh.ch/de/Ergebnisse.html>

⁵⁴ <https://www.denknetz.ch/wohlstand-statt-erschoepfung/>

⁵⁵ https://www.sp-ps.ch/wp-content/uploads/2026/04/PS60_document_de_travail_systeme_de_sante_v0.8.pdf

- o die Kompetenz des Bundes zu erweitern, die schweizerische Gesundheitspolitik in Zusammenarbeit mit den Kantonen und Gemeinden zu koordinieren;
- o die Kompetenz des Bundes zur Festlegung der strategischen Gesundheitsziele zu erweitern.

Begründung

Das Gesundheitssystem ist ein Service Public. Leider wird der Gesundheitssektor seit vierzig Jahren privatisiert, was zu einem Verlust der demokratischen Kontrolle über die Politik führt, die für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Einzelpersonen und der Gesellschaft von entscheidender Bedeutung ist.

Die Frage der Finanzierung ist ein wichtiges Problem, das gelöst werden muss. Die Finanzierungsmechanismen müssen grundlegend überarbeitet werden, indem eine einheitliche öffentliche Kasse geschaffen wird, welche die Finanzierung der Gesundheitsleistungen und Prämien entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit sicherstellt, beispielsweise nach dem Vorbild der direkten Bundessteuer, was letztlich den Kaufkraftfaktor beibehält.

Die Frage der Finanzierung ist zwar entscheidend und muss gelöst werden, damit die Last für die grosse Mehrheit der Bevölkerung nicht unerträglich wird und der Kaufkraft nicht weiter geschadet wird, aber sie löst keinesfalls die Frage der Organisation der Versorgungsstrukturen und ihrer Finanzierung.

Die Gesundheitspolitik in der Schweiz liegt fast ausschliesslich in der Zuständigkeit der Kantone. Die Kompetenzen des Bundes sind beschränkt. Der Bund versucht jedoch, insbesondere über die [KVG](#)⁵⁶, Einfluss zu nehmen, was die Sache nicht einfacher macht, sondern im Gegenteil komplizierter.

Heute werden in der Schweiz verschiedene Überlegungen angestellt, die alle in die Richtung gehen, dass das Gesundheitssystem auf nationaler Ebene strukturiert werden muss, indem die Rolle der einzelnen Akteure (Politik und Fachleute) genauer definiert wird.

Die Gesundheitspolitik muss auf föderaler Ebene demokratisch diskutiert werden, um einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen (Gesundheitsförderung, Krankheits- und Unfallprävention, medizinisch-soziale Pflege – akute und langfristige Pflege, ambulante und stationäre Pflege) für alle Menschen zu gewährleisten, unabhängig von ihren biologischen, sozialen und gesundheitlichen Merkmalen und ihrem Wohnort. Gesundheitsdienstleistungen sind öffentliche Aufgaben, die nicht gewinnorientiert sein dürfen, d.h. keine Gewinne erwirtschaften dürfen, und zwar unter der Voraussetzung, dass die Finanzierung solidarisch und umverteilt sein muss, um die Kaufkraft zu erhalten. Um die Gesundheit von Einzelpersonen und der Bevölkerung zu erhalten, ist es unerlässlich, alle Determinanten der Gesundheit zu berücksichtigen, wobei nicht vergessen werden darf, dass die finanzielle Leistungsfähigkeit der Menschen eine entscheidende Rolle spielt.

Die Rollen und Verantwortlichkeiten im Gesundheitssystem müssen geklärt werden, um eine harmonische Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren zu gewährleisten.

⁵⁶ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de

Unsere Hauptanliegen sind ein garantiertes Gesundheitssystem als Service Public für alle, unabhängig von Gesundheitszustand, Alter, Geschlecht und Wohnort.