

Standpunkte der CSS zu wichtigen gesundheitspolitischen Geschäften

1. (Kantonale) Einheitskasse

Das Schweizer Stimmvolk hat die Idee einer staatlichen Einheitskasse mehrmals abgelehnt. Zuletzt wurde die Initiative für eine öffentliche Krankenkasse am 28. September 2014 mit 61.8 Prozent Nein-Stimmen deutlich verworfen. Damit hält die Bevölkerung klar am wettbewerblichen und solidarisch finanzierten Gesundheitswesen fest. Im Herbst 2017 wurde in der Romandie eine Volksinitiative lanciert, um kantonale Einheitskassen zu ermöglichen. Die Initiative scheiterte an einer ungenügenden Anzahl Unterschriften. In der Folge lancierten sowohl der Kanton Neuenburg (2020), der Kanton Waadt (2021) als auch der Kanton Genf (2023) ähnliche Vorlagen in Form von Standesinitiativen. Die verschiedenen Versuche für eine Neuauflage der kantonalen Einheitskasse wurden vom Parlament jedoch abermals abgelehnt.

Angesichts der steigenden Gesundheitskosten ist die Diskussion rund um eine öffentliche Einheitskasse nach wie vor aktuell. So haben sich die Delegierten der SP im August 2023 mit der Lancierung einer neuen Initiative für eine staatliche Einheitskasse auseinandergesetzt, 2025 steht die Unterschriftensammlung an. Die Initiative verlangt, dass jeder Kanton eine eigene öffentliche Krankenkasse hätte, mit der Möglichkeit interkantonalen Kassen. Die Prämien wären an die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit gebunden und dürften zehn Prozent des Einkommens nicht übersteigen.

Die CSS lehnt sowohl eine gesamtschweizerische als auch regionale und kantonale Einheitskassen ab. Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern führt heute zu einer hohen Qualität und effizienten Rechnungskontrolle, die unnötig erbrachte Leistungen zugunsten der Prämienzahlenden einspart. Versicherte können sich ausserdem für eine Vielzahl an innovativen Angeboten entscheiden und profitieren bei einer Wahl eines alternativen Versicherungsmodells von Prämienrabatten. In einem System mit Einheitskasse verlieren die Versicherten diese Wahlfreiheit und damit die vom Gesetz vorgesehene Möglichkeit, die Krankenversicherung zu wechseln.

Die Gesundheitskosten steigen nicht auf Grund der Krankenversicherer bzw. deren Verwaltungskosten, die lediglich 5% der Kosten entsprechen. Der wichtigste Kostentreiber sind die Leistungskosten, die rund 95% der Kosten ausmachen und auf welche die Einheitskasse keinen Einfluss hätte. In einer Monopolkasse ohne Wettbewerb ist ausserdem davon auszugehen, dass die Verwaltungskosten zunehmen. Letztlich wird mit der Idee einer Einheitskasse das Ziel verfolgt, die Reserven massiv zu kürzen, was die finanzielle Stabilität der Institution schon bei kleineren Fehleinschätzungen der Kostenentwicklung gefährdet. Eine solche finanzielle Schieflage kann nur über massive Prämien erhöhungen oder über Steuergelder korrigiert werden.

2. Aufsicht Zusatzversicherung (FINMA)

Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) übt unter anderem auch die Aufsicht über die Krankenzusatzversicherung aus. Sie prüft, ob sich die vorgesehenen Prämien in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungseinrichtungen und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet. Die Versicherer dürfen ihre Produkte erst anbieten, nachdem die FINMA die Prämien genehmigt hat.

Der Schutz der Versicherten vor Missbrauch ist ein zentrales und unbestrittenes Anliegen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Was unter einem Missbrauch zu verstehen ist, wurde im Gesetz nie näher geregelt. Das aktuelle Verständnis von Missbrauch bei der FINMA und die daraus resultierenden Eingriffe in die unternehmerische Freiheit und die Vertragsautonomie der Versicherer gehen jedoch sehr weit.

Die CSS anerkennt die Wichtigkeit einer politisch unabhängigen und transparenten Aufsicht. Allerdings werden die Krankenzusatzversicherungen nach strengeren Kriterien beaufsichtigt als die übrigen Schadenversicherungen. Die CSS fordert hier eine Gleichberechtigung und lehnt Eingriffe in die unternehmerische Entscheidungsfreiheit ab, welche auf ungenügenden gesetzlichen Grundlagen beruhen. Sie setzt sich für Rahmenbedingungen ein, die genügend Raum für individuelle und innovative Versicherungsmöglichkeiten zulassen.

Weitere Informationen zum Thema Zusatzversicherung finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 2/2021.

3. Integrierte Versorgung

Die Förderung der integrierten Versorgung ist seit Jahren ein Kernanliegen der CSS. Integrierte Versorgung will die Steuerung von Patienten und Patientinnen über ihren gesamten Behandlungsweg verbindlich regeln, was die Behandlungsqualität optimiert und so zu Einsparungen bei den Leistungskosten führt. Die Kundinnen und Kunden profitieren von besserer Qualität und tieferen Kosten, die durch die effiziente Behandlung erreicht werden. Durch die Umsetzung des verfeinerten Risikoausgleichs werden die Anreize für eine Ausbreitung von Modellen der integrierten Versorgung verstärkt. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen EFAS, die am 24. November 2024 von der Schweizer Stimmbevölkerung angenommen wurde, verleiht der integrierten Versorgung neuen Schub (vgl. dazu Standpunkt "Umsetzung einheitliche Finanzierung").

Im Rahmen des Massnahmenpakets zur Kostendämpfung 2 (MNP2) wollte der Bundesrat Netzwerke zur integrierten Versorgung als neuen Leistungserbringer im KVG verankern, verbunden mit zahlreichen bürokratischen Auflagen. Gleichzeitig war eine Reduktion des Selbstbehaltes für Netzwerkleistungen vorgesehen. Das Parlament hat an der Schlussabstimmung vom 21.3. diese Bestimmung gestrichen. Die CSS hatte sich zusammen mit prio.swiss und den Netzwerken für die Streichung des Netzwerkartikels eingesetzt und begrüsst den Entscheid des Parlaments ausdrücklich. Diese Regulierung hätte die integrierte Versorgung gebremst statt gefördert. In der parlamentarischen Debatte wurde die Notwendigkeit, die integrierte Versorgung v.a. für chronisch Kranke zu stärken, betont, gleichzeitig jedoch anerkannt, dass ein Gesetzesartikel dafür der falsche Weg ist. Vielmehr gilt es nun, den bestehenden Spielraum für eine tarifpartnerschaftliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit besser zu nutzen und auszubauen. Dazu will die CSS beispielsweise ihre Partnerschaften mit integrierten Versorgungsnetzen, wie dem Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC), weiter ausbauen. Gleichzeitig sind die Alternativen Versicherungsmodelle (AVM) insbesondere für chronisch Kranke noch attraktiver zu gestalten.

Die Versicherten profitieren bereits heute von guten Verträgen der Tarifpartner: Über drei Viertel der Versicherten haben ihre Wahl des Leistungserbringers bereits eingeschränkt. Dabei fallen ihre risikobereinigten Kosten tiefer aus, d.h. durch diese Einschränkung lassen sich tatsächlich Kosten sparen. Zur Stärkung der effizienten Modelle wäre es wichtig, den direkten Bezug der Koordination zu den Leistungskosteneinsparungen herzustellen und auf die gewährten Rabatte umzumünzen. Wieviel Rabatt in einem Modell gewährt wird, soll also noch stärker von dessen Koordinationsleistung abhängen. Als wesentlicher Erfolgsfaktor für eine erfolgreich gelebte integrierte Versorgung hat sich die digitale Vernetzung erwiesen: Die Nutzung eines digitalen Patientendossiers durch sämtliche Akteure des Netzwerks stellt den Austausch zwischen den Leistungserbringern sicher und vermeidet Doppelspurigkeiten. Ein konkretes Beispiel dafür ist die Online-Plattform WELL, die z.B. im Rahmen des EHC-Versorgungsnetzes eine digital unterstützte integrierte Versorgung sicherstellt.

Weitere Informationen zum Thema Integrierte Versorgung finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 2/2020.

4. Risikoausgleich

Ein obligatorisches Versicherungssystem mit Aufnahmewang und Einheitsprämie braucht einen funktionierenden Risikoausgleich unter den Versicherern. Ansonsten sind im geltenden System die Anreize zu gross, möglichst viele „gute Risiken“ (und möglichst wenig „schlechte Risiken“) im Bestand zu halten. Ein optimierter Risikoausgleich macht die Jagd auf Gesunde und die Ausgrenzung der Kranken unattraktiv. Er ist die Voraussetzung für einen volkswirtschaftlich sinnvollen, auf die Leistungskosten fokussierten Wettbewerb.

Die aktuelle Ausgestaltung des Risikoausgleich hat sich bewährt und zu einer Konsolidierung im Krankenversicherungsmarkt beigetragen; eine Optimierung des Hospitalisierungsindikators wäre aber z.B. ein weiterer möglicher Schritt zur Weiterentwicklung.

Der Bundesrat hat 2023 eine Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) verabschiedet. Die Verordnungsänderung ermöglicht, die Gesamtmarktstatistik über den Risikoausgleich mit zusätzlichen Informationen zu ergänzen. Dies erlaubt es den Versicherern, den Risikoausgleich besser zu schätzen und die Prämien der OKP noch angemessener zu berechnen.

5. Spitalfinanzierung und Spitalplanung

Seit 2012 werden Spitalaufenthalte in der Schweiz durch Diagnose bezogene Pauschalen (DRG-Fallpauschalen) vergütet, die sich an effizienten Spitälern orientieren. Private und öffentliche Anbieter müssen gleichbehandelt werden. Patientinnen und Patienten können zudem schweizweit zwischen Listenspitälern wählen, um den Wettbewerb zu fördern. Langfristig sollen sich effiziente Anbieter mit hoher Qualität durchsetzen.

Die Spitalplanung liegt bei den Kantonen und soll bedarfsorientiert sowie koordiniert erfolgen, um Überversorgung zu vermeiden und Kosten zu senken. In der Praxis bleibt die Planung jedoch oft kantonal begrenzt, was zu Überkapazitäten und Wettbewerbsverzerrungen führt. Viele Kantone bevorzugen eigene Spitäler, anstatt eine übergeordnete, gesundheitspolitisch sinnvolle Planung umzusetzen. Die Mehrfachrolle der Kantone als Betreiber, Aufsichts- und Genehmigungsbehörde verstärkt diese Problematik. Um Interessenkonflikte zu lösen, braucht es eine bessere regionale Spitalplanung.

Der Bundesrat hat die Planungsvorgaben für Spitäler und Pflegeheime per 1. Januar 2022 vereinheitlicht, um die Qualität zu steigern und Kosten zu senken. Die Verordnung regelt schweizweit einheitlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen und fordert eine stärkere interkantonale Koordination. Spitäler auf kantonalen Spitallisten dürfen keine mengenbezogenen Boni mehr zahlen, um unnötige Mengenausweitungen zu verhindern. Die CSS hat diese Anpassungen grundsätzlich begrüsst, da sie zu präziseren und einheitlicheren kantonalen Verfahren sowie einer Konzentration des Leistungsangebots beitragen können. Seit dem 1. Januar 2024 gilt das Beschwerderecht für Krankenversichererverbände gegen kantonale Spitalplanungen, was die CSS begrüsst. Ausserdem geht die vom Ständerat angenommene Motion (25.3017 [Spitalplanung durch interkantonale Spitallisten stärken](#)) wieder zurück an den Nationalrat und beauftragt den BR das KVG dahingehend anzupassen, dass die Kantone neben der bestehenden Verpflichtung für die interkantonale Koordination der Spitalplanungen neu auch die Leistungsaufträge innerhalb von Versorgungsregionen aufeinander abstimmen und gemeinsam erteilen müssen. Falls die Kantone ihren Aufgaben nicht nachkommen, soll der Bund analog zu den Bestimmungen der hochspezialisierten Medizin subsidiär eingreifen können.

Weitere Informationen zum Thema Spitalplanung und Föderalismus finden Sie in unseren gesundheitspolitischen Publikationen «im dialog» 3/2020 und 1/2025.

6. Umsetzung der einheitlichen Finanzierung

Am 24. November 2024 wurde die einheitliche Finanzierung von der Stimmbevölkerung mit 53.3 Prozent angenommen. Die CSS unterstützt diese wichtige Reform, welche die Ambulantisierung fördert, der integrierten Versorgung neuen Schub verleiht und sich positiv auf die Gesundheitskosten und die Prämien auswirken wird. Die Änderung tritt für den Akutbereich am 1. Januar 2028 in Kraft und für den Pflegebereich am 1. Januar 2032.

Mit der einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen werden die Krankenversicherer künftig die Leistungen sämtlicher Bereiche zu 100% vergüten und die Kantone einen Anteil an den Gesamtkosten in ihrem Kanton finanzieren (aktuell mindestens 26,9% der Gesamtkosten). Diese Gelder fliessen zurück ins System und kommen somit den Prämienzahlenden zugute.

Die kommenden Jahre sind entscheidend, um das volle Potenzial der einheitlichen Finanzierung auszuschöpfen. Alle Akteure im Gesundheitswesen sind nun gefordert, ihren Beitrag zur erfolgreichen Umsetzung zu leisten. Im Fokus stehen folgende Bereiche:

Förderung der Ambulantisierung

Ambulante Behandlungen sind in der Regel kostengünstiger und oft medizinisch sinnvoller als stationäre. Allerdings werden die Kosten derzeit vollständig durch die Prämien gedeckt, sodass die politisch gewollte Verlagerung von stationär zu ambulant einseitig zu Lasten der Prämienzahlenden geht. Die einheitliche Finanzierung eliminiert diesen Fehlanreiz und schafft Grundlagen, um die Ambulantisierung voranzutreiben. Massnahmen wie beispielsweise die Vorgabe von Ambulantisierungs-Zielen bei der Spitalplanung durch die Kantone oder eine Aufklärung der Versicherten zu den (Kosten-)Vorteilen einer ambulanten Behandlung durch die Leistungserbringer können diese Entwicklung unterstützen. Eine verstärkte Ambulantisierung hat nicht nur einen positiven Effekt auf die Kosten, sondern bringt auch qualitative Vorteile für die Patientinnen und Patienten, da ambulante Eingriffe in der Regel weniger belastend sind.

Stärkung der Integrierte Versorgung

Mit einer gut koordinierten Versorgung insbesondere von chronisch Kranken lassen sich Doppelspurigkeiten und unnötige Behandlungen vermeiden, was sich positiv auf Qualität und Kosten auswirkt. Die ungleiche Finanzierung hat das Potenzial der integrierten Versorgung jedoch bisher eingeschränkt, da die Kosten für die Koordination vor allem im prämierten ambulanten Bereich anfallen, die Einsparungen hingegen vorwiegend im stationären (z.B. durch die Vermeidung von Spitalaufenthalten). Mit der einheitlichen Finanzierung können solche Einsparungen zukünftig direkter an die Versicherten weitergegeben werden (z.B. in Form von höheren Rabatten für Alternative Versicherungsmodelle), was die koordinierte Versorgung für alle attraktiver macht.

Schlanke Umsetzung der doppelten Rechnungskontrolle

Der Gesetzgeber hat sich entschieden, im stationären Bereich eine doppelte Rechnungskontrolle durch Versicherer und Kantone beizubehalten. Im Rahmen der Umsetzung wird es wichtig sein, sicherzustellen, dass diese kantonalen Kontrollen möglichst schlank und unbürokratisch erfolgen.

Kostentransparenz im Bereich Langzeitpflege

Bei der Langzeitpflege sind die Tarifpartner gefordert, bis 2032 die Voraussetzungen für eine Umsetzung der einheitlichen Finanzierung zu schaffen. Dabei geht es insbesondere um die Entwicklung von neuen Pflegeleistungstarifen basierend auf einer transparenten Daten- bzw. Kostenbasis.

Tarifierung von Pflegenden Angehörigen

Seit einem Bundesgerichtsurteil von 2019 steigt die Zahl der Spitex-Organisationen, die pflegende Angehörige anstellen. Die CSS setzt sich mit dem Krankenversicherungsverband für klare Rahmenbedingungen ein, um Arbeitsverträge und sozialrechtliche Absicherung für pflegende Angehörige sicherzustellen. Zudem sollen nationale Kriterien zur Pflegeberechtigung, Entlastungsangebote und Abhängigkeitsregelungen definiert

werden. Die Kantone und die GDK müssen Zulassungskriterien für Spitex-Organisationen vereinheitlichen und regelmässig anpassen sowie den Leistungskatalog präziser definieren.

Mehr Informationen zur Vorlage finden Sie [hier](#).

7. Ambulanter Arzttarif (AAT)

Ende 2023 reichten die Tarifpartner curafutura, SWICA und FMH den Einzelleistungstarif TARDOC sowie santésuisse und H+ eine ambulante Pauschaltarifstruktur zur Genehmigung beim Bundesrat ein. Ziel war es, den veralteten TARMED-Tarif durch einen neuen ambulanten Arzttarif zu ersetzen. Am 19. Juni 2024 entschied der Bundesrat, beide Tarifstrukturen teil zu genehmigen. Gleichzeitig hat der Bundesrat angekündigt, dass der neue ambulante Arzttarif per 1. Januar 2026 den TARMED ersetzen soll. In Bezug auf die von den Tarifpartnern unterbreiteten Anträge hat der Bundesrat die Tarifpartner aufgefordert, per 1. November 2024 Anpassungen vorzunehmen, damit die beiden separat entwickelten Tarife koordiniert werden können. Die Organisation ambulante Arzttarife (OAAT) AG hat die erforderlichen Arbeiten geleitet und die Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren gesteuert. Die Tarifpartner haben Ende Oktober 2024 einen Umsetzungsvertrag für die Harmonisierung der Strukturen vorzulegen. Im Zusammenhang mit dem Bundesgerichtsurteil zu der Vergütung von Notfallpauschalen vom 19. Juni 2024 hat die OAAT das Genehmigungsgesuch an den Bundesrat anfangs 2025 um eine neue Interpretation ergänzt. Mit dieser Interpretation soll zukünftig eine angemessene Vergütung von Inkonvenienzen bei Dringlichkeit und Notfall sichergestellt werden.

Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 30. April den neuen ambulanten Arzttarif (AAT) genehmigt, der sich aus dem TARDOC sowie ambulanten Pauschalen zusammensetzt. Wie erwartet tritt der neue Tarif per 1. Januar 2026 in Kraft. Die Genehmigung ist bis zum 31. Dezember 2028 befristet.

Im Zusammenhang mit dieser Befristung hat der Bundesrat verschiedene Auflagen formuliert, da der Tarifvertrag in einzelnen Punkten noch nicht den gesetzlichen Anforderungen bzw. den Vorgaben seiner Teilgenehmigung vom 19. Juni 2024 entspricht. Im Zentrum steht dabei insbesondere die Sicherstellung der Kostenneutralität. Die Tarifpartner sind verpflichtet, diese Auflagen in Zusammenarbeit mit der Organisation ambulante Arzttarife (OAAT) umzusetzen.

Für die CSS ist es entscheidend, sachgerechte Tarife zu haben, die eine effiziente und qualitätsorientierte medizinische Versorgung gewährleisten. Zudem ist sicherzustellen, dass bei der Einführung neuer Tarife die gesetzlich vorgeschriebene Kostenneutralität eingehalten wird.

Weitere Informationen zum Thema ambulante Pauschalen finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 3/2021.

8. Prävention

Die CSS setzt sich als Gesundheitspartnerin für ein eigenverantwortliches Verhalten aller Versicherten ein. Dazu gehören auch ein gesundheitsförderndes Verhalten und präventive Massnahmen. Die CSS stellt den Versicherten entsprechende Produkte und Dienstleistungen zur Verfügung.

Das heutige System der Prävention und Gesundheitsförderung weist Lücken auf: Im Vergleich zu den drei Säulen der medizinischen Krankenversorgung (Behandlung, Rehabilitation und Pflege) sind Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich nur teilweise verankert; die Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Versicherern ist heute nicht abschliessend geklärt. Dies führt dazu, dass es in vielen Bereichen der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung an Steuerung und Koordination, aber auch an Transparenz bezüglich Angebot und Leistung fehlt.

Die CSS ist der Auffassung, dass der Prävention und der Gesundheitsförderung im heutigen System ein grösserer Stellenwert beizumessen ist. Der Aspekt der individuellen Begleitung zur Vermeidung von Krankheiten wie auch im Krankheitsfall erhält zunehmende Bedeutung. Die Krankenversicherer sollten legitimiert sein, die Versicherten - über den aktuellen gesetzlichen Rahmen der medizinischen Prävention hinaus - bei der individuellen Gesundheitsförderung zu unterstützen. Die CSS begrüsst daher die im Rahmen des MNP2 verabschiedete Bestimmung, wonach die Krankenversicherer ihre Versicherten zukünftig gezielt über präventive Massnahmen wie etwa Kontrolluntersuchungen bei chronischen Erkrankungen oder über geeignete besondere Versicherungsformen wie etwa Ärztenetzwerke in der Region informieren dürfen.

Aus Sicht der CSS müssen prämienfinanzierte Präventionsabgaben die Voraussetzung erfüllen, dass der Nutzen dieser Massnahmen für die Versicherten ausgewiesen werden kann und dass diese in direktem Bezug zum Krankenversicherungsgeschäft stehen. Grundsätzlich sollen die Versicherer auch weiterhin die Möglichkeit haben, mit Anreizen für freiwillige Präventionsmassnahmen zum Wohle ihrer Versicherten zu handeln.

9. Förderung der Eigenverantwortung

Um die Entwicklung der Gesundheitskosten zu bremsen, spielt die Förderung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten aus Sicht der CSS eine wichtige Rolle. In der obligatorischen Krankenversicherung gibt es dafür zwei tragende Grundpfeiler: Einerseits die alternativen Versicherungsmodelle (AVM), in welchen man sich zum Beispiel verpflichtet, eine bestimmte Erstanlaufstelle (Gatekeeper) zu konsultieren und den dort vorgeschlagenen Behandlungspfaden zu folgen. Dadurch wird der Versicherte effizient durch das Gesundheitssystem geführt und gezielt versorgt, wodurch sich überflüssige Behandlungen vermeiden lassen. Andererseits kann die Eigenverantwortung durch Anreize bei der Kostenbeteiligung gefördert werden. Insbesondere die verschiedenen Franchisestufen reduzieren die Inanspruchnahme von Leistungen und bewirken damit einen Sparanreiz. Die vom Parlament geforderte Erhöhung der Mindestfranchise geht ebenfalls in diese Richtung und wird von der CSS unterstützt. Eine gezielte Information der Krankenversicherer an ihre Versicherten über kostengünstigere Leistungen oder geeignete Versorgungs- und Versicherungsmodelle, wie dies vom Parlament im MNP2 verankert wurde, kann in diesem Kontext eine wichtige Rolle spielen.

Als Gesundheitspartnerin unterstützt die CSS ihre Versicherten zudem darin, sich im Krankheitsfall eigenverantwortlich zu verhalten. Mit dem Symptom-Checker der Well-App steht den Versicherten beispielsweise ein von Fachärzten und Medizininformatikern entwickelter, digitaler Service zur Verfügung. Der Symptom-Checker prüft die Krankheitssymptome und gibt eine Empfehlung ab, ob der Versicherte zum Arzt, in die Apotheke oder ins Spital gehen sollte oder nicht. Falls dies nicht nötig ist, gibt der Symptom-Checker Tipps, wie die Beschwerden behandelt werden können.

Auch im Bereich der Prävention will die CSS die Eigenverantwortung ihrer Versicherten fördern. In der Grundversicherung sind die Möglichkeiten allerdings beschränkt, um das Solidaritätsprinzip und den Risikoausgleich nicht zu untergraben: Das Angebot muss freiwillig sein und in Verbindung mit dem freiwilligen Abschluss eines alternativen Versicherungsmodells stehen. Zudem muss es in diesem Setting allen Versicherten, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und Alter, offenstehen. Das gesundheitsbewusste Verhalten darf nicht mit zusätzlichen Prämienrabatten oder anderen geldwerten Vorteilen abgegolten werden – einzig bestimmte Massnahmen der medizinischen Prävention können von der Kostenbeteiligung ausgenommen werden. Aus Sicht der CSS stellt sich somit die Frage, ob diese Einschränkung noch zeitgemäss ist bzw. ob nicht neue Ansätze und Anreize geprüft werden müssten, um gesundheitsfördernde Aktivitäten noch gezielter zu fördern.

Health Literacy oder Gesundheitskompetenz stellt aus Sicht der CSS eine wesentliche Grundlage für eigenverantwortliches Handeln in Bezug auf Gesundheitsfragen dar. Gesundheitskompetenz hilft, sich

effizienter im Gesundheitssystem zu bewegen, Krankheiten besser vorzubeugen und mit der eigenen Gesundheit sorgsamer umgehen zu können. Daher setzt sich die CSS auf verschiedenen Ebenen für die Stärkung dieser Kompetenzen ein.

Weitere Informationen zum Thema Eigenverantwortung finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 1/2019.

10. Tarifstrukturen

Die CSS setzt sich ein für die aktive Weiterentwicklung der Tarifstrukturen. Sie orientiert sich dabei am Primat der Sachgerechtigkeit und tritt für eine strikte Trennung von Struktur und Preis ein. Die Strukturen müssen den aktuellen medizinischen Stand widerspiegeln, eine wirtschaftliche Leistungserbringung abbilden und veränderten Versorgungsstrukturen Rechnung tragen. Rein finanziell motivierte, sachfremde Revisionen lehnt sie indes ab. Die CSS erachtet die Tarifaufonomie und funktionierende Tarifpartnerschaft als wichtiges Wettbewerbselement und unterstützt alle Bemühungen, Verhandlungslösungen zu finden. Sie unterstützt aber auch subsidiäre Eingriffe des Bundesrates, wenn die Tarifaufonomie zu keiner sachgerechten und für den Prämienzahler akzeptablen Lösung führt.

11. Qualität

Die Sicherstellung guter Qualität und dazu die Erarbeitung von Qualitätssystemen (Kriterien, Indikatoren etc.) sowie die Messung und der Ausweis dieser Messergebnisse sind für ein effizientes und effektives Gesundheitssystem zentral und primär Aufgabe der Leistungserbringer. Neben Prozess- und Strukturqualität sollen insbesondere Messungen der Indikations- und Ergebnisqualität die Transparenz über Qualität unter den Leistungserbringern sicherstellen. Diese Transparenz stellt ein wichtiges Wettbewerbskriterium dar.

Die CSS setzt sich im Rahmen der Umsetzung des neuen Qualitätsgesetzes (Art. 58 KVG) dafür ein, dass die Qualität der Leistungserbringung im schweizerischen Gesundheitssystem transparent erhoben und ausgewiesen wird. Die Regeln zur Qualitätsentwicklung und -transparenz sollen dabei verbindlich und sanktionierbar sein. Die Umsetzung des neuen Qualitätsgesetzes (Art. 58 KVG) gestaltet sich jedoch anspruchsvoll, da die Verbände der Leistungserbringer und die Verbände der Krankenversicherer die Kostenneutralität wahren müssen. Die neu erlangte Qualitätstransparenz soll es den Prämienzahlenden ermöglichen, die verschiedenen Angebote der Leistungserbringer zu vergleichen und den Tarifpartnern neben einem Preis- auch einen Qualitätswettbewerb zu führen.

12. Medikamente und Hochkostentherapien

Heute bestehen bei der Medikamentenzulassung und -preisbildung verschiedentlich Fehlanreize oder inadäquate Regulierungen. Dadurch sind Medikamente in der Schweiz im Vergleich zum Ausland nach wie vor teuer und unverhältnismässigen Preisvorstellungen der Industrie kann nicht pariert werden.

In den kommenden Jahren werden viele neue hochpreisige Medikamente zugelassen. Dies wirft drängende Fragen zur Finanzierbarkeit und zur Eindämmung des Kostenanstiegs im Bereich neuer Medikamente und Therapien auf. Das bestehende Regelwerk ist nicht darauf ausgerichtet, mit neuen Entwicklungen wie der personalisierten Medizin, der Handhabung von Unsicherheiten bei unzureichender Evidenz oder bei der Bewertung von Kombinationsprodukten angemessen umzugehen. Aus dem verabschiedeten MNP 2 wurden nachfolgende Massnahmen verabschiedet, um die Medikamentenkosten langfristig einzudämmen:

- Kostenfolgemodelle (Art. 52e KVG): Mit den sogenannten Kostenfolgemodellen kann für umsatzstarke Arzneimittel ein automatischer Rabatt eingeführt werden, falls diese eine bestimmte Umsatzschwelle überschreiten. Das BAG hat dabei verschiedene Aspekte wie produktspezifische Gegebenheiten oder die Anzahl vergüteter Indikationen zu berücksichtigen. Die Kostenfolgemodelle gehen auf eine dazumal von curafutura mitgeprägte Motion von SR Dittli zurück. Dieser Ansatz ist ein sinnvolles Instrument zur Dämpfung des Kostenanstiegs bei umsatzstarken Medikamenten. Mit der zweijährigen Übergangsfrist

und den Ausnahmebestimmungen kann den Bedenken punkto Versorgungssicherheit Rechnung getragen werden. Bei der Umsetzung wird sicherzustellen sein, dass das anvisierte Sparpotential auch erreicht werden kann (z.B. Höhe der Umsatzschwellen, keine zu breite Auslegung der Ausnahmebestimmungen).

- Vorläufige Vergütung ab Tag 0 (Art. 52d KVG): Mit der vorläufigen Vergütung können zukünftig Arzneimittel mit grossem medizinischen Bedarf auf Antrag der Zulassungsinhaberin und nach Anhören der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK) per Swissmedic-Zulassung zu einem vom BAG festgelegten provisorischen Preis befristet vergütet werden, verbunden mit einer Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht. Das BAG hat innerhalb von 24 Monaten über eine definitive SL-Aufnahme zu entscheiden. Wichtig ist, dass sich die vorläufige Vergütung nicht preistreibend auswirkt und auf wirklich innovative Medikamente beschränkt ausserdem sollte darauf geachtet werden, dass die Bestimmungen auf Verordnungsebene möglichst restriktiv umgesetzt werden.
- Differenzierte WZW-Prüfung (Art. 32 Abs. 3 KVG): Neu kann der Bundesrat je nach Art der Leistung die Häufigkeit der WZW-Überprüfung differenziert festlegen und nur einzelne dieser Kriterien überprüfen. Hier ist in der Verordnung zu achten, dass Medikamente mit einem hohen Umsatz nicht durch Ausnahmen aus der Überprüfung rausfallen.

Die Massnahmen aus dem Jahre 2023 (Förderung von Generika/Biosimilars, Anpassung Vertriebsanteil und Margenrevision) zeigen erste Früchte. Erste Auswertungen ergeben, dass sich die Massnahmen kostendämpfend auswirken.

Weitere Informationen zum Thema Medikamente finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 1/2016, 3/2022 und 1/2024.

13. Einzelfallvergütung nach Artikeln 71a bis 71d KVV

Die Einzelfallvergütung nach den Artikeln 71a bis 71d KVV stellt eine wichtige Zugangspforte für Patientinnen und Patienten zu lebensnotwendigen, noch nicht zugelassenen Therapien dar. Mit der Revision der KLV/KVV, die am 1. Januar 2024 in Kraft getreten ist, wurde eine administrative Entlastung, eine einheitlichere Umsetzung und damit verbunden eine höhere Zugangsgerechtigkeit angestrebt. Seit anfangs 2024 haben die Vergütungsanträge stark zugenommen. Der erwartete administrative Optimierungseffekt blieb bisher aus. Die Verhandlungsmacht bei hochpreisigen Therapien wurde den Krankenversicherern entzogen und durch fixe Abschläge ersetzt. Dennoch kommt es vermehrt zu Ablehnungen, da sich gewisse Hersteller weigern, die fixen Abschläge zu akzeptieren. Das Ziel, dass Hersteller teure Arzneimittel wegen hoher Abschläge schneller auf die SL bringen würden, wird gemäss aktueller Einschätzung nur teilweise erreicht.

Um die Einzelfallbeurteilung wieder vermehrt ihrem Ausnahmecharakter zuzuführen, fordert die CSS:

- Einerseits soll der Anwendungsbereich von Art. 71a bis 71d KVV auf Krankheiten beschränkt werden, welche für die versicherte Person ohne unmittelbare Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen.
- Andererseits soll die Vergütung der Fälle nach Art. 71b und c KVV auf maximal zwei Jahre befristet werden, um den Anreiz der Industrie zu stärken, einen Antrag zur Aufnahme ihrer Produkte auf die Spezialitätenliste zu stellen.
- Zudem fordert die CSS einen Wirkungsbericht in Form eines Umsetzungscontrollings und eine entsprechende Kostenevaluation durch den Bund.

Weitere Informationen zum Thema Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 3/2019.

14. Digitalisierung und Datennutzung

Bei der Gestaltung des Gesundheitswesens der Zukunft spielt die Digitalisierung und Datennutzung eine grundlegende Rolle. Zwar herrscht grundsätzlich Einigkeit darüber, dass das Gesundheitssystem digitalisiert werden muss, aber die Umsetzung kommt nur schleppend voran. Insbesondere die Revision des elektronischen Patientendossiers (EPD) lässt auf sich warten. Aus Sicht der CSS ist eine zügige Weiterentwicklung des EPDs als Kernstück für eine digitale Transformation des Gesundheitswesens unabdingbar. Das bestehende EPD bietet zu wenig Nutzen für die Patienten und Leistungserbringer und wird daher kaum verwendet.

Um die bestehende Lücke zu füllen und den Digitalisierungsgrad im Schweizer Gesundheitswesen voranzutreiben, setzt sich die CSS mit eigenen innovativen Lösungen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung ein. So hat die CSS gemeinsam mit Partnern die digitale Gesundheitsplattform Well ins Leben gerufen, die allen in der Schweiz wohnhaften Personen einen interaktiven Zugang zum Gesundheitswesen bietet und allen Akteuren (Leistungserbringer, Versicherungen, Apotheken etc.) offensteht. Mithilfe von mobilen Geräten sind chronisch kranke Patienten dank Well beispielsweise in der Lage, ihre Krankheit zu überwachen und jederzeit mit Fachleuten in Kontakt zu stehen. Im Rahmen des EHC-Versorgungsnetzes, mit dem die CSS zusammenarbeitet, kann über Well zudem eine digital unterstützte integrierte Versorgung sichergestellt werden.

Mit der Digitalisierung steigt nicht nur die Transparenz seitens der Versicherten, sondern dank Datenanalysen der Institutionen auch diejenige über die erbrachten Leistungen, was die Qualität fördern und Kosten dämpfen kann. Weiter erlaubt die Digitalisierung, Kundenbedürfnisse besser abzudecken. So bietet die CSS mit Well ihren Kunden u.a. eine personalisierte medizinische Beratung an, welche rund um die Uhr zur Verfügung steht.

Zudem können Versicherten innerhalb von Programmen wie zum Beispiel «active365» Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Das Programm vermittelt Wissen rund um einen gesunden Lebensstil und belohnt Aktivitäten aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, Achtsamkeit und mentale Gesundheit.

Damit sich der Nutzen der Digitalisierung entfalten kann, sollten alle Partner im Rahmen ihrer Zuständigkeiten koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Standardisierte Datenstrukturen und -inhalte sind die Grundvoraussetzung dafür, dass die Systeme nahtlos zusammenarbeiten können bzw. interoperabel sind. Die Digitalisierung kommt nur mit einem guten und effizienten Datensystem voran. Dafür braucht es die richtigen Rahmenbedingungen, welche die Sicherheit von Daten garantieren, das Potenzial der Digitalisierung jedoch nicht ausbremsen. Zur Nutzung von Gesundheitsdaten kennt das Ausland sogenannte Trust-Center. Sie verknüpfen und verwalten personenbezogene Gesundheitsdaten und machen sie in einem sicheren Umfeld und in einer hohen Qualität verfügbar. Dies ermöglicht den Patientinnen und Patienten, forschenden Institutionen und Leistungserbringern, qualitativ hochwertige, strukturiert aufbereitete und aktuelle Gesundheitsdaten einzusehen. Dies könnte auch für die Schweiz ein sinnvoller Ansatz sein.

Mittels Technologie und Regulierung ist ein Ökosystem zu schaffen, welches eine vertrauenswürdige Nutzung von Daten und ein nahtloses Zusammenspiel zwischen den Akteuren ermöglicht und die Datensouveränität der Patientinnen und Patienten wahrt. Ein digitales Ökosystem erfordert neben einer zweckmässigen Regulierung in erster Linie technische Infrastrukturen, Applikationen und qualitativ gute, interoperable Daten. Das vom Bundesrat im November 2023 lancierte Programm «DigiSanté» greift einen Grossteil der politischen Forderungen auf. Das Parlament hat im Jahr 2024 einen entsprechenden Verpflichtungskredit von über 392 Millionen Franken gutgeheissen, verknüpft mit einem Auftrag zur Priorisierung und einer jährlichen Berichterstattung ans Parlament. Die CSS unterstützt diese Bestrebungen mit dem Ziel, damit endlich die Basis für ein datenbasiertes Gesundheitswesen zu schaffen.

Weitere Informationen zum Thema Daten und Digitalisierung finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 2/2016, 1/2020, 1/2022 und 3/2024.

15. Kostenziele und Kostendämpfungsmassnahmen

Die Kosten des Gesundheitswesens pro Versicherten steigen kontinuierlich mit Raten weit über Teuerung oder Lohnentwicklung an. Dies bringt eine immer grössere Anzahl der Versicherten in Schwierigkeiten, die monatlichen Prämien begleichen zu können. Gleichzeitig ziehen sich viele Kantone aus Spargründen immer mehr aus der Prämienverbilligung zurück.

Die CSS begrüsst daher die bereits vor einigen Jahren lancierte und weiterhin intensiv geführte Diskussion zu geeigneten Kostendämpfungsmassnahmen innerhalb der OKP. In diesem Sinne hat die CSS in erster Linie konstruktiv die Einführung der einheitlichen Finanzierung, die Revision zentraler Tarifstrukturen sowie die weitere Verbreitung der digital unterstützten integrierten Versorgung unterstützt. Diese drei zentralen Reformen können durch weitere Massnahmen aus den Kostendämpfungspaketen des Bundesrates flankiert werden, wie zum Beispiel das Beschwerderecht der Krankenversicherer bei der Spitalplanung (Massnahmenpaket 1b) oder die Einführung von Kostenfolgemodellen für umsatzstarke Medikamente (Massnahmenpaket 2). Weitere kostendämpfende Massnahmen in anderen Bereichen bleiben aber notwendig, so beispielsweise eine bessere Bewirtschaftung des OKP-Leistungskatalogs bzw. eine konsequentere Durchsetzung der WZW-Kriterien.

Als Ergänzung dazu unterstützt die CSS die Einführung von Kosten- und Qualitätszielen im Gesundheitswesen, wie ihn der beschlossene Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative vorsieht. Demnach legt der Bundesrat alle vier Jahre Vorgaben für die Kostenentwicklung der OKP-Leistungen fest. Eine Kommission überwacht die Kostenentwicklung und gibt Empfehlungen zu geeigneten Korrekturmassnahmen ab. Die Vernehmlassung zur Umsetzung des Gegenvorschlages erfolgte im ersten Halbjahr 2025.

Der Bundesrat hat Ende 2024 einen runden Tisch zum Thema "Kostendämpfung" lanciert, an dem verschiedene Akteure des Gesundheitswesens teilnehmen. Ziel dieses zweimal pro Jahr stattfindenden Treffens ist es, gemeinsam konkrete Massnahmen zur Kostendämpfung zu entwickeln. Beim ersten Treffen einigten sich die Akteure auf das Ziel, ab 2026 jährlich rund 300 Millionen Franken einzusparen. Die CSS begrüsst die Absicht der Initiative, breit abgestützte, wirksame kostendämpfende Massnahmen zu identifizieren.

Weitere Informationen zum Thema Kostendämpfungsmassnahmen finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 3/2017 und 3/2018.

16. Vermittlerprovisionen

Die CSS setzt bei der Gewinnung von neuen Kundinnen und Kunden stark auf den eigenen Vertrieb. Sie arbeitet gleichzeitig auch mit Vermittlern zusammen. Um eine qualitativ hochstehende und kosteneffiziente Beratung zu fördern, unterstützt die CSS eine verstärkte Zusammenarbeit der gesamten Krankenversicherungsbranche über eine selbstregulierende Branchenvereinbarung in der Grund- und Zusatzversicherung.

Seit dem 1. Januar 2021 reguliert eine Branchenvereinbarung (BVV) unerwünschte Werbeanrufe sowie die seit Jahren zu Diskussionen Anlass gebenden Vermittlerprovisionen. Die CSS wendet die BVV seit Beginn an. Gemeinsam mit den Dachverbänden curafutura und santésuisse hat die CSS darauf hingewirkt, dass die BVV vom Bundesrat als allgemeinverbindlich erklärt wird, dies um gleich lange Spiesse für alle Versicherer sicherzustellen. Am 14. August 2024 hat der Bundesrat die Allgemeinverbindlichkeit der Branchenvereinbarung Vermittler 3.0 erklärt, mit Wirkung per 1. September 2024. Zentral ist, dass sich alle

Versicherer an die neuen Regeln halten. Die CSS erwartet von den Behörden (BAG für KVG- und FINMA für VVG-Bereich), dass die Einhaltung der Regeln geprüft wird.

17. 10%-Initiative und indirekter Gegenvorschlag

Die Kosten des Gesundheitswesens pro versicherte Person steigen kontinuierlich mit Raten weit über der Teuerung oder der Lohnentwicklung an. Im Gleichschritt steigen die Prämien der Krankenversicherer, da diese kostendeckend sein müssen. Diese Entwicklung bringt viele Haushalte – insbesondere Familien der Mittelschicht – in finanzielle Bedrängnis, was aus Sicht der CSS besorgniserregend ist.

Die Prämien-Entlastungs-Initiative (10%-Initiative), die von der Stimmbevölkerung am 9. Juni 2024 abgelehnt wurde, zielte auf eine Beschränkung der Prämienbelastung auf zehn Prozent des verfügbaren Einkommens und eine Harmonisierung des Systems der individuellen Prämienverbilligung (IPV) ab. Bei der Initiative handelte es sich jedoch aus Sicht der CSS um eine teure Symptombekämpfung, da diese nicht bei den Ursachen des Kostenwachstums ansetzte. Die CSS unterstützte hingegen den indirekten Gegenvorschlag, der nun in Kraft treten wird. Gemäss diesem haben die Kantone zukünftig einen Mindestbetrag von 3,5 bis 7,5 Prozent der Kosten der obligatorischen Grundversicherung für die Prämienverbilligung aufzuwenden. Somit müssen Kantone mit höheren Gesundheitskosten und stärkerer Prämienbelastung der Haushalte insgesamt mehr bezahlen als Kantone mit tieferen Kosten, was für die Kantone Anreize schafft, kostendämpfende Massnahmen zu ergreifen (z.B. Spitalplanung, Genehmigung Tarife oder Zulassung ambulanter Leistungserbringer). Bis Ende März 2025 lief die Vernehmlassung zur Umsetzung des Gegenvorschlages.

Reformen im Gesundheitswesen, die nicht nur auf der Finanzierungseite, sondern auch auf der Kostenseite wirken, bleiben notwendig. Nebst der Umsetzung des indirekten Gegenvorschlags ist es daher zur Entlastung der Versicherten vor allem wichtig, die Gesundheitskosten einzudämmen, wie dies in den aktuellen Reformen (z.B. Umsetzung einheitlicher Finanzierung, ambulanter Arzttarif, Medikamentenpreise) angestrebt wird.

18. Reserven

Der Bundesrat hat per 1. Juni 2021 eine Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) verabschiedet, die für Krankenversicherer eine Vereinfachung der Voraussetzungen für einen freiwilligen Abbau der Reserven vorsieht. Die Grenze, ab der ein freiwilliger Abbau der Reserven möglich ist, wird gesenkt. Ursprünglich mussten die Versicherer über Reserven verfügen, die mehr als 150 % der in der Verordnung vorgeschriebenen Mindesthöhe betragen. Mit der Revision wird diese Grenze auf das Mindestniveau von 100% gesenkt.

Das finanzielle Polster ist dazu da, um unvorhergesehene Mehrkosten (z.B. Impfkosten) abzufedern und die Prämienlast für Versicherte möglichst gering zu halten. Die CSS ist der Meinung, dass ein unnötiges Anhäufen von Reserven nicht zielführend ist. Letztendlich gehören die Reserven den Versicherten. Grundsätzlich entspricht die Stossrichtung der KVAV-Revision der Haltung der CSS, wonach Prämien möglichst knapp zu berechnen sind und letztlich nicht in zu hohen Reserven resultieren.

Die CSS stimmt einem Reserveabbau zu, der auf freiwilliger Basis erfolgt und die unternehmerische Freiheit der Krankenversicherer achtet. Da die Entwicklung der Reserven von vielen Faktoren abhängig ist, können sie mitunter grösseren Schwankungen unterliegen.

Weitere Informationen zum Thema Reserven finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 2/2022.