

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 weiterhin 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 letztlich an einer ungenügenden Anzahl Unterschriften. Eine identische Vorlage lancierte 2020 der Kanton Neuenburg in Form einer Standesinitiative. Eine Neuauflage der kantonalen Einheitskasse wurde vom Parlament jedoch abermals abgelehnt. In den letzten Monaten ist wieder vermehrt die Diskussion rund um eine öffentliche Einheitskasse aufgeflammt. So haben sich die Delegierten der SP im August 2023 mit der Lancierung einer neuen Initiative für eine staatliche Einheitskasse auseinandergesetzt. Die Initiative soll verlangen, 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. In einer Monopolkasse ohne Wettbewerb ist ausserdem davon auszugehen, dass die Verwaltungskosten zunehmen. Und 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 Prämienhöhungen 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 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. Weitere Möglichkeiten zur Förderung der integrierten Versorgung sieht die CSS in der Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS). EFAS erlaubt zusätzliche Rabatte in Modellen der integrierten Versorgung, was diese attraktiver macht. Zu vermeiden ist hingegen eine zu enge Definition der integrierten Versorgung im Gesetz, da eine solche die Umsetzung innovativer Ideen verhindern kann.

Die CSS anerkennt den Willen des Bundesrates, die integrierte Versorgung im Rahmen des zweiten Kostendämpfungspakets weiter zu fördern. Das Ziel des Bundesrates, die Koordination der Versorgung über die gesamte Behandlungskette mit Netzwerken sicherzustellen, ist grundsätzlich begrüssenswert. Die CSS verfügt schon heute über die Möglichkeiten, welche die bundesrätliche Anforderung nach Koordination der Behandlung über die gesamte Versorgungskette hinweg erfüllen und erachtet eine tarifpartnerschaftliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit als zielführender.

Die Versicherten profitieren bereits heute von guten Verträgen der Tarifpartner: Rund 70 Prozent 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. Dies ist im aktuellen gesetzlichen Rahmen schon möglich, wird aber von der Aufsichtsbehörde zu wenig stark eingefordert und umgesetzt. Natürlich sind die klassischen Managed-Care-Modelle in die Jahre gekommen. Sie bieten den Leistungserbringern zu wenig ökonomische Anreize, den ganzen Behandlungspfad zu koordinieren. Gerade die Digitalisierung bietet andere Möglichkeiten, um sich über die Primärversorger hinweg zu vernetzen. Konkret beispielsweise mittels einer Online-Plattform wie WELL, die 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 Aufnahmepflicht 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 CSS begrüsst deshalb die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs um einen weiteren Morbiditätsfaktor in zwei Schritten (Medikamentenkosten seit 2017 und pharmazeutische Kostengruppen seit 2020). Die aktuelle Ausgestaltung des Risikoausgleichs hat sich bewährt und zu einer Konsolidierung im Krankenversicherungsmarkt beigetragen; ein weiterer Ausbau ist nicht angezeigt.

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 (Versicherungsmonate, Bruttoleistungen, Kostenbeteiligungen etc.) 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

Mit der 2012 in Kraft getretenen Spitalfinanzierung fand ein Wechsel vom vorherigen Kostenerstattungsprinzip hin zur aktuellen leistungsorientierten Vergütung statt. Die Spitalaufenthalte werden seither mittels leistungsbezogener Pauschalen abgegolten. Es dürfen also nicht mehr die Kosten eines Spitals die Tarifröhe bestimmen, sondern ein Preis, der sich zudem an den effizient arbeitenden Spitälern orientiert. Die Kantone sind verpflichtet bei der Vergabe der Leistungsaufträge für stationäre Leistungen sowohl private wie auch öffentliche Anbieter gleichermaßen berücksichtigen. Die Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, in der ganzen Schweiz zwischen Listenspitälern auszuwählen. Damit soll der Wettbewerb unter den Spitäler initialisiert, bzw. gesteigert werden. Langfristig sollen sich diejenigen Leistungserbringer auf dem Markt etablieren, die ihre Leistungen effizient und in ausreichender Qualität erbringen.

Die Kompetenz zur Spitalplanung obliegt gemäss der Bundesverfassung den Kantonen. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) regelt, dass die Kantone im Rahmen dieser Planung, die Zulassung der Spitäler zur OKP mittels Spitallisten (Leistungsaufträge) steuern und dabei die Planungskriterien gemäss der Krankenversicherungsverordnung (Artikel 58a bis Artikel 58e KVV) berücksichtigen. Die Planung hat bedarfsorientiert zu erfolgen und die Kantone sind angehalten, ihre Planungen untereinander zu koordinieren. Dies mit dem klaren Ziel, Überversorgung zu vermeiden, Kosten einzudämmen und die notwendige Qualität zu sichern. Abgesehen von wenigen und räumlich eng begrenzten Kooperationen findet eine derartige interkantonale Koordination der Spitalplanung bis heute nicht statt. Geleitet von überwiegend Standort- und wirtschaftspolitischen Interessen bleibt die Planung weitestgehend auf das Innere der Kantons Grenzen beschränkt. Im «Wettbewerb» mit anderen Kantonen werden dabei nicht nur bestehende Überkapazitäten erhalten, es werden gar neue geschaffen. Die Stärkung des eigenen Standorts geschieht in der Regel über die Förderung der eigenen Spitäler (Gemeinwirtschaftliche Leistungen, Investitionen, Festsetzung zu niedriger Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen, etc.), was neben der Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten zu einer Benachteiligung der übrigen Spitäler und damit zu einer Wettbewerbsverzerrung führt. Zum Ausdruck kommt dieses standort- und wirtschaftspolitisch geleitete Handeln im derzeit stattfindenden Investitionswettbewerb zwischen den Kantonen. Statt zu einer Kostendämmung führt diese Art der Spitalplanung zwangsläufig zur Kostensteigerung, denn in der Regel werden die bestehenden Überkapazitäten durch Überversorgung refinanziert. Die Kantone haben es offensichtlich versäumt, ihren grossen Gestaltungsspielraum im Sinne übergeordneter gesundheitspolitischer Zielsetzungen zu nutzen. Verantwortlich dafür dürfte ihre Mehrfachrolle als Spitalbetreiber, Aufsichts- und Genehmigungsbehörde sein. Es ist daher dringend notwendig, bestehende Interessenkonflikte zu lösen und eine sinnvolle und dem tatsächlichen Bedarf entsprechende Spitalplanung auf regionaler Ebene herbeizuführen.

Der Bundesrat hat zwischenzeitlich entschieden, die Anforderungen für die Planung der Spitäler und Pflegeheime mittels einer Verordnungsänderung weiter zu vereinheitlichen. Die Massnahme dient dazu, die Versorgungsqualität im stationären Bereich zu erhöhen und die Kosten zu dämpfen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitäler soll schweizweit einheitlich erfolgen. Im Bereich der Qualität werden die Anforderungen an die betroffenen Institutionen genauer geregelt. Zudem dürfen die Spitäler auf kantonalen Spitallisten keine mengenbezogenen Entschädigungen oder Boni mehr auszahlen. Ziel ist es, die medizinisch ungerechtfertigte Mengenausweitung zu bekämpfen. Die Kantone sind denn auch angehalten, ihre Planungen der Spitäler und Pflegeheime stärker zu koordinieren. Die neuen Bestimmungen zu den Zulassungskriterien und zur Planung der Spitäler und Pflegeheime in der Verordnung über die Krankenversicherung sind seit 1. Januar 2022 in Kraft. Die CSS ist mit der Verordnungsanpassung hinsichtlich Planungskriterien grundsätzlich einverstanden. Die schweizweite Vereinheitlichung der Spitalplanungskriterien ist längst überfällig. Die Festlegung der Leistungsgruppensystematik, die Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und vor allem die stärkere

Gewichtung der Qualität der Spitäler bei der Versorgungsplanung können zu einer Präzisierung und Vereinheitlichung der kantonalen Verfahren führen. Weiter sieht die Verordnungsanpassung den Ausbau der interkantonalen Koordination vor, der die gewünschte Stärkung der Konzentration des Leistungsangebots fördert.

Betreffend der Steuerungsmöglichkeiten der Kantone durch Festlegung maximaler Leistungsmengen ist das EDI der Forderung der CSS leider nicht gefolgt. Für die Versicherer ist die Erreichung kantonal festgelegter Quoten nicht überprüfbar. In der Verordnung hätte deshalb zwingend sichergestellt werden müssen, dass sich ein Kanton nicht einseitig von seiner Kostenübernahmeflicht befreien kann, wenn ein Spital eine oder mehrere Auflagen verletzt.

Weiter begrüsst die CSS das seit dem 1. Januar 2024 geltende Beschwerderecht für Krankenversichererverbände gegen kantonale Spitalplanungen.

Weitere Informationen zum Thema Spitalplanung finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 3/2020.

6. Einheitliche Finanzierung ambulant / stationär (EFAS)

Obwohl ambulante Behandlungen zumeist günstiger sind als stationäre, werden diese oft trotzdem stationär durchgeführt. Die Ursache dafür liegt zum Teil in der Finanzierung. So werden ambulante Behandlungen vollständig durch die Prämien der Versicherten finanziert, stationäre nur zu maximal 45 Prozent. Daraus resultiert, dass zum Teil Eingriffe stationär vorgenommen werden, obwohl sie medizinisch gleichwertig und günstiger auf ambulantem Weg durchgeführt werden könnten. Eine sinnvolle Verlagerung in den ambulanten Bereich wird dadurch verzögert und die Entwicklung der integrierten Versorgung gebremst. Mit einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) können diese Fehlanreize eliminiert werden. Mit EFAS sollen die Krankenversicherer künftig die Leistungen sämtlicher Bereiche zu 100 Prozent vergüten und die Kantone einen Anteil an den Gesamtkosten in ihrem Kanton finanzieren (aktuell mind. 26,9% an den Gesamtkosten), welcher dem bisherigen stationären Finanzierungsanteil entspricht. Diese Gelder gelangen zurück in das System, was eine Prämienhöhung für die Versicherten verhindert. EFAS wird von sämtlichen Marktteilnehmern respektive deren Verbänden unterstützt.

Nach 14 Jahren im Parlament wurde die EFAS-Vorlage in der Wintersession 2023 verabschiedet. Insbesondere folgende Punkte waren bis zuletzt umstritten:

- **Einbezug der Pflege:** Mit einer Übergangsfrist von 7 Jahren soll die einheitliche Finanzierung auch für die Pflege gelten. Die Vertragspartner haben bis dahin sicherzustellen, dass Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren. Auf die Voraussetzung, dass die Pflege-Initiative bis dahin vollständig umgesetzt sein muss, wurde hingegen verzichtet.
- **Datenzugang und Rechnungskontrolle:** Die Kantone sollen trotz Systemänderung weiterhin Zugang zu stationären Originalrechnungen haben. Zudem wird ihnen ein Widerspruchsrecht eingeräumt. So können die Kantone eine Kostenübernahme durch die Versicherer anfechten, falls der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt, ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird oder die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden.

Die Vorlage tritt für den Akutbereich am 1.1.2028 in Kraft, im Bereich der Pflege am 1.1.2032. Die Gewerkschaften haben bereits das Referendum zur Vorlage angekündigt. Ob ein solches zu Stande kommt, ist offen.

Die CSS begrüsst die Verabschiedung dieser wichtigen Reform, welche die Ambulantisierung fördert und der integrierten Versorgung neuen Schub verleiht. Gleichzeitig bedauert die CSS die Beibehaltung der doppelten Rechnungskontrolle im stationären Bereich. Damit hat es das Parlament verpasst, eine Lösung zu finden, mit der das Effizienzpotential von EFAS ausgeschöpft werden kann. Im Rahmen der

Umsetzungsarbeiten wird es wichtig sein, sicherzustellen, dass diese Kontrollen möglichst schlank und unbürokratisch erfolgen. Wie von mehreren Parlamentariern betont, soll es sich dabei lediglich um eine formelle und nicht um eine WZW-Kontrolle durch die Kantone handeln. Auch die Integration der Pflege ohne verbindlichere Bedingung bei der Kostentransparenz ist suboptimal. Die Vertragspartner sind gefordert, bis 2032 die Voraussetzungen für eine Umsetzung von EFAS im Pflegebereich zu schaffen.

7. Ambulante Tariforganisation (OAAT)

Im Sommer 2021 hat das Parlament im Rahmen des Massnahmenpakets 1a zur Kostendämpfung die obligatorische Schaffung einer Tariforganisation für ambulante Arzttarife beschlossen. Die Einsetzung dieser Tariforganisation ist wichtig, denn diese Organisation stellt künftig sicher, dass ambulante Tarifstrukturen künftig kontinuierlich gepflegt und wo nötig angepasst werden. Alle Tarifpartner gründeten die Organisation für ambulante Arzttarife AG (OAAT AG) am 15. November 2022 gemeinsam. Mit der Aufnahme von curafutura als vollwertiges Mitglied in die SwissDRG AG (März 2023) sind in beiden Tariforganisationen die massgeblichen Partner vertreten.

Die jeweils eigenständigen Genehmigungsgesuche TARDOC und ambulante Pauschalen wurden am 1. Dezember 2023 eingereicht. Ab 2024 ist die volle operative Tätigkeit der OAAT zu erwarten und die vollständige Überführung der Tarifwerke - sobald genehmigt - in die OAAT zu vollziehen. Die ats-tms AG wurde liquidiert.

8. Ambulante Pauschalen

Ambulante Leistungspauschalen sind in der öffentlichen Diskussion aufgrund des Massnahmenpakets 1, d.h. der gesetzlichen Verankerung von nationalen Pauschaltarifstrukturen und einer damit verbundenen Tariforganisation im ambulanten Bereich (siehe Standpunkt zur ambulanten Tariforganisation OAAT), präsent. Komplementär neben dem Tarmed existieren derzeit vielfältige, vertraglich vereinbarte ambulante Pauschalen und stellen eine funktionierende Realität dar. Die Partner der neu gegründeten OAAT AG haben Ende 2023 je ihre Tarifstrukturen beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht: curafutura, SWICA und FMH den TARDOC, santésuisse und Hplus eine ambulante Pauschalstruktur. Nach der Genehmigung der beiden Erstversionen sollen die Tarifstrukturen innerhalb der OAAT AG weiterentwickelt werden.

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

9. Pflegefinanzierung

Mit der Neuregelung der Pflegefinanzierung und deren Inkrafttreten zum 1. Januar 2011 wurde der politische Wille umgesetzt, zwei wesentliche Ziele zu erreichen, nämlich erstens eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP zu vermeiden, welche zuvor zunehmend die Kosten altersbedingter Pflegeleistungen übernommen hatte und zum Zweiten die sozial schwierige Situation gewisser Gruppen pflegebedürftiger Personen zu verbessern. Kernelemente dieser Neuregelung und damit massgebend für die Zielerreichung sind die Begrenzung der OKP-Beiträge an die Pflege, die Limitierung der Patientenbeteiligung und Übertragung der Restkostenfinanzierung auf die Kantone, sowie weitere sozialpolitische Massnahmen (Erhöhung der Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf EL zur AHV, die Einführung einer Hilflosenentschädigung zur AHV für Hilflosigkeit leichten Grades für Pflegebedürftige zu Hause und die Verpflichtung der Kantone dafür zu sorgen, dass ein Pflegeheimaufenthalt in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit des Patienten begründet). Diese Regelungen haben zwangsläufig - und politisch gewollt - eine stärkere Kostenbelastung der Kantone und Gemeinden zur Folge. Der im Juli 2018 publizierte Evaluationsbericht zur Neuordnung der

Pflegefinanzierung zeigt auf, dass ihr erstes Hauptziel, die Begrenzung der zusätzlichen Belastung der OKP, erreicht wurde. Die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Pflege haben sich stabilisiert und der durch Prämien finanzierte Anteil an den Pflegekosten damit nicht erhöht. Nur teilweise erfüllt wurde das zweite Hauptziel, die Verbesserung der sozialpolitisch schwierigen Situationen von pflegebedürftigen Personen. Defizite in der Umsetzung der Finanzierungsreform und entsprechender Handlungsbedarf bestehen insbesondere in der mangelhaften Restfinanzierung der Pflegekosten durch die Kantone und in der mangelnden Abgrenzung von KVG-pflichtigen zu nicht KVG-pflichtigen Pflegekosten durch die Leistungserbringer. Daneben wurde auch die Begrenzung der Patientenbeteiligung nicht in jedem Fall eingehalten. Die Kantone haben die Pflicht, eine Sozialhilfeabhängigkeit von Personen durch einen Pflegeheimaufenthalt zu vermeiden, zwar mehrheitlich erfüllt, dennoch gibt es Hinweise auf Einzelfälle, die nicht mehr auftreten dürften und die damit auf eine lückenhafte Umsetzung durch einzelne Kantone hindeuten.

Zwei Bundesverwaltungsgerichtsurteile (C-3322/2015 u. C-1970/2015) haben im Jahr 2017, die bis dahin in Leistungsverträgen vereinbarte Vergütung von Pflegematerialien durch die Krankenversicherer als rechtswidrig beurteilt. Dies hat die finanzielle Situation vor allem für die ambulant tätigen Leistungserbringer verschärft, obwohl eine tatsächliche Finanzierungslücke nicht besteht und die Vergütung sichergestellt wäre, wenn die Kantone ihrer gesetzlichen Verpflichtung (BG-Urteil 9C_446/2017) der Restkostenfinanzierung umfangreich nachkämen. Dessen ungeachtet hat der Bundesrat mit Gesetzes- und Verordnungsänderungen und einer Änderung der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) die Vergütung des Pflegematerials per 1. Oktober 2021 neu geregelt. Die Bestimmungen sehen vor, dass das Pflegematerial gemäss MiGeL künftig – sowohl im Bereich der ambulanten Pflege wie auch in den Pflegeheimen - umfangreich durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden, unabhängig davon, ob das Material von der versicherten Person selbst oder von einer Fachperson angewendet wird. Mit der Neuregelung wird die OKP jährlich mit 65 – 100 Millionen Franken zusätzlich belastet und die Kantone in gleicher Höhe entlastet.

Aufgrund des zunehmenden, demografisch bedingten Kostendrucks kritisieren Kantone und Gemeinden zunehmend das bisherige Finanzierungssystem, stellen dessen Tragbarkeit in Frage und erhöhen den politischen Druck auf Systemanpassungen oder gar einen Systemwechsel. Dies spiegelt sich in den regelmässig lancierten politischen Vorstössen wider. Aus Sicht der CSS besteht, insbesondere angesichts der bereits umgesetzten Anpassungen, keine Notwendigkeit für weitere Gesetzesänderungen oder einen grundlegenden Wechsel des Finanzierungsmodells (z.B. i.S. einer obligatorischen Pflegeversicherung).

Die Sicherstellung der Versorgung im Bereich der Alters- und Langzeitpflege und deren Finanzierung sind und bleiben sozialpolitische Aufgaben des Staates. Unabhängig vom Finanzierungsmodell lassen sich die bisherigen Finanzierungsquellen nicht erweitern (Steuern, Prämien, Direkte Selbstbeteiligung / Eigenfinanzierung). Alternative Finanzierungsmodelle ändern nichts am Finanzierungsbedarf. Sie verändern lediglich die Kostenträger, bzw. deren Anteile an der Kostentragung. In diesem Sinne steht vor jedem Modellwechsel die Beantwortung der Fragen der sozialen Verträglichkeit und der Solidarität.

Die Beibehaltung des jetzigen Beitragssystems kommt immer mehr an seine politischen Grenzen, weil die mit der Mengenentwicklung und den steigenden Kosten einhergehenden Belastungen der Kantone und Gemeinden überproportional steigen. Pflegekosten werden mit einer Übergangsfrist von 7 Jahren in EFAS integriert. Die Vertragspartner haben bis dahin sicherzustellen, dass Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren. Damit bleibt ein solidarisches Finanzierungssystem erhalten und Forderungen nach einem radikalen Wechsel des Finanzierungsmodells (Pflegeversicherung, Pflege-Sparkonto, etc.) werden verstummen.

10. 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; diese 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. Der Bund hat seine Aktivitäten auf den Auftrag gemäss Art. 118 BV zu beschränken. Das umfasst die Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, den Umgang mit gesundheitsgefährdenden Mitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen und der Schutz vor ionisierenden Strahlen. Im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung obliegt die Prävention hingegen den Versicherern und den Kantonen. Diese betreiben de jure prämienfinanzierte Institutionen (Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Beratungsstelle für Unfallverhütung), die Massnahmen zur Förderung der Gesundheit respektive zur Verhütung von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten umsetzen und koordinieren. Die Kantone sind für die rechtliche Verankerung und zusammen mit den Gemeinden für die Umsetzung von Prävention- und Gesundheitsförderungsmassnahmen zuständig.

Die CSS ist der Auffassung, dass der Prävention und der Gesundheitsförderung im heutigen System ein grösserer Stellenwert beizumessen ist. Auch sollen die Krankenversicherer legitimiert sein, die Versicherten - über den aktuellen gesetzlichen Rahmen der medizinischen Prävention hinaus - bei der individuellen Gesundheitsförderung zu unterstützen. Der Aspekt der individuellen Begleitung zur Vermeidung von Krankheiten wie auch im Krankheitsfall erhält zunehmende Bedeutung. Die CSS will noch stärker dazu beitragen, das Wohlbefinden und die Gesundheit der Kundinnen und Kunden zu steigern. Sie begrüsst einen im Rahmen des MNP2 diskutierten Vorschlag, der die Nutzung von Versichertendaten zur individuellen Information hinsichtlich präventiver Massnahmen und kostensenkendem Verhalten ermöglichen soll. Das Geschäft ist in Beratung.

Aus Sicht der CSS müssen prämienfinanzierte Präventionsabgaben dabei 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.

11. Förderung der Eigenverantwortung

Die CSS setzt sich dafür ein, dass die Gesundheitskosten künftig nicht stärker steigen. Ein Patentrezept dafür gibt es nicht. Dafür jedoch verschiedene Lösungsansätze. Einer davon ist die Förderung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten. Durch die Übernahme von Eigenverantwortung können Patientinnen und Patienten einen Beitrag dazu leisten, dass die Gesundheitskosten weniger stark steigen. In der obligatorischen Krankenversicherung gibt es zwei tragende Grundpfeiler, bei welchen die Patientinnen und Patienten Eigenverantwortung übernehmen können. Dies sind einerseits die alternativen Versicherungsmodelle, in welchen man sich zum Beispiel verpflichtet, auf die Empfehlungen des Hausarztes / Ärztenetzwerks zu handeln. Dadurch wird der Versicherte effizient durch das Gesundheitssystem geführt, besser versorgt und überflüssige Behandlungskosten eingespart. Andererseits wird die Eigenverantwortung durch die sinnvolle Ausgestaltung der Kostenbeteiligung ergänzt. Insbesondere die verschiedenen Franchisestufen reduzieren die Leistungsanspruchnahme und bewirken damit einen Sparanreiz. Als Gesundheitspartnerin unterstützt die CSS ihre Versicherten darin, sich im Krankheitsfall eigenverantwortlich zu verhalten («gesund werden»

und «mit Krankheit leben»). 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 Empfehlung ab, ob der Versicherte zum Arzt, in die Apotheke oder ins Spital gehen sollte oder nicht. Und wenn nicht, erfolgen Tipps, wie die Beschwerden behandelt werden können.

Für die CSS sind auch Angebote und Produkte im Bereich der Prävention («gesund bleiben»), z.B. mit Hilfe von Apps, ein wichtiger Weg, die Eigenverantwortung zu fördern. Dies betrifft heute insbesondere die Zusatzversicherung. In der Grundversicherung sind aus Sicht der CSS folgende Kriterien einzuhalten, 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. Es muss in diesem Setting allen Versicherten, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und Alter offenstehen und für alle nutzbringend anwendbar sein. Das gesundheitsbewusste Verhalten darf nicht mit zusätzlichen Prämienrabatten oder anderen geldwerten Vorteilen abgegolten werden. Eine Ausnahme bildet eine Belohnung über eine Reduktion der Kostenbeteiligung, bei einem allfälligen Leistungsbezug.

Zur Koordination der spezialgesetzlichen Bestimmungen zu Prävention und Gesundheitsförderung, zur Verankerung der gemeinsamen Grundsätze und Ziele sowie zur rechtlichen Verankerung von allfälligen Partnerschaften fehlt heute ein konkreter Auftrag. Ein solcher Auftrag wäre aus Sicht der CSS wichtig zur Unterstützung der zielgerichteten Gesundheitsförderung, Sensibilisierung und damit zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten.

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

12. Tarifstrukturen

Die CSS setzt sich ein für die aktive Weiterentwicklung der Tarifstrukturen (insbesondere TARDOC, LOA, Physiotherapie, Stationäre 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 Tarifautonomie und funktionierende Tarifpartnerschaft als wichtiges Wettbewerbselement und unterstützt alle Bemühungen, Verhandlungslösungen zu finden, unterstützt aber auch subsidiäre Eingriffe des Bundesrates, wenn die Tarifautonomie zu keiner sachgerechten und für den Prämienzahler akzeptablen Lösung führt.

13. TARDOC

Der TARMED ist seit 2004 die national einheitliche Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen in der Arztpraxis und im Spital. In den vergangenen 15 Jahren hat TARMED keine grundlegenden Aktualisierungen erfahren. Entsprechend sind der technische wie der medizinische Fortschritt nicht mehr sachgerecht abgebildet. Über den TARMED rechnen die Ärzte und Spitäler jedes Jahr Leistungen von 12 Milliarden Franken ab. Die Tarifpartner curafutura, FMH und MTK erachteten die Situation mit der veralteten, nicht mehr sachgerechten Tarifstruktur TARMED als nicht mehr haltbar und beschäftigten sich deshalb in den vergangenen Jahren intensiv mit der Erarbeitung einer neuen Einzelleistungstarifstruktur TARDOC.

Die CSS sieht die tarifpartnerschaftliche Gesamtrevision des TARMED als notwendig an. Die bestehende TARMED-Tarifstruktur führt zu Fehlanreizen im Verhalten der Leistungserbringer, was negative Konsequenzen auf die Kosteneffizienz und Qualität der Leistungserbringung hat.

Im Juli 2019 war es dann soweit: Die FMH sowie curafutura hatten einen gemeinsam mit der Medizinaltarifkommission MTK für die Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung erarbeiteten Tarifvorschlag erstmals zur Genehmigung eingereicht. Im Juni 2022 hat der Bundesrat den TARDOC erneut nicht genehmigt, aber eine Genehmigung in Aussicht gestellt, wenn konkrete Forderungen bezüglich Kostenneutralität erfüllt sind sowie ein Plan zur Behebung der weiteren Mängel gemäss Prüfbericht vorliegt. Der TARDOC ist als Einzelleistungsstruktur gesetzt und genehmigungsfähig. Eine Überarbeitung des TARDOC vor einer Genehmigung wird vom BR nicht mehr erwartet. Die Arbeiten sind nach weiteren kleinen Anpassungen im Sinne des Bundesrates nun abgeschlossen, inklusive Begrenzung des Kostenwachstums auf 2% jährlich bis zur Einführung von ergänzenden Pauschaltarifen. Der TARDOC wurde in seiner aktuellen Version 1.31 Ende 2023 beim Bundesrat zur Genehmigung und Inkraftsetzung per 1.1.2025 eingereicht.

Weitere Informationen zum Thema Tarifpartnerschaft finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 2/2017 und 3/2021.

14. 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 (KVG Art. 58) 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.

15. Medikamentenpreise und -margen

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 teurer und unverhältnismässigen Preisvorstellungen der Industrie kann nicht pariert werden.

In den kommenden Jahren werden viele neue hochpreisige Medikamente zugelassen. Es stellen sich Fragen der Finanzierbarkeit und der Dämpfung der Ausgabenentwicklung im Medikamentenbereich. Das aktuelle Regelwerk ist nicht darauf ausgelegt, neue Phänomene, wie z.B. die Personalisierung der Medizin, den Umgang mit mangelnder Evidenz (Unsicherheit) oder Kombinationsprodukten, abzubilden.

Künftige Preismodelle müssen sich auf diese Herausforderungen einstellen. Folgende Eckwerte sind wichtig:

- Flexibilisierung der Preisregeln: Das Regelwerk wird laufend auf aktuelle Herausforderungen angepasst (z.B. Lösung für Kombinationsproblematik). Liegt (noch) keine klare Evidenz vor, sollen Produkte befristet, mit Auflagen und einem tieferen Preis auf die Spezialitätenliste (SL) genommen werden (sogenannte Managed-Entry-Schemes). Werden Auflagen nicht erfüllt oder kann die Evidenz über die Wirkung nicht nachgereicht werden, müssen die Produkte von der SL gestrichen werden. Der Vorschlag des Bundesrates im zweiten Massnahmenpaket stösst in diese Richtung. Eine

gewisse Intransparenz kann bei der Flexibilisierung der Preisfestsetzung in Kauf genommen werden, wie z.B., dass Nettopreise auf der Spezialitätenliste nicht mehr ersichtlich sind. Den Kostenträgern müssen die Nettopreise aber auf jeden Fall automatisch zur Kenntnis gebracht werden und im Idealfall auch den Leistungserbringern. Völlige Intransparenz wie im Vorschlag mit der Fondslösung ist aus Sicht der Versicherten und Prämienzahlenden sowie einer guten Governance keine Option und abzulehnen.

- Erarbeitung und Umsetzung eines differenzierten Preisfestsetzungssystems: Im Rahmen eines solchen Systems soll die Prävalenz und der Budget Impact zum Tragen kommen. Will heissen, wenn ein Produkt breit angewendet wird bzw. seine Anwendung ausgeweitet wird, muss der Preis tief angesetzt werden bzw. sinken. Die Preisbestimmung darf sich hingegen nicht an einem theoretischen volkswirtschaftlichen Nutzen eines Produktes orientieren, denn dies führt zu untragbaren Preisen in einer Sozialversicherung und findet sich auch in keinem anderen Markt wieder.

Aktuell kann gegen einen Zulassungs- oder Preisfestsetzungsentscheid des BAG nur die antragstellende Firma eine Beschwerde führen. Die Krankenversicherer als Kostenträger können somit nicht im Sinne ihrer Kunden reagieren, wenn ein Medikament trotz umstrittener WZW in den Leistungskatalog aufgenommen wird oder einen Preis erhält, welcher als zu hoch und nicht gerechtfertigt erachtet wird. Die CSS spricht sich darum wie die Expertengruppe des Bundesrates zur Kostendämpfung dafür aus, dass bei der Medikamentenpreisfestlegung ein Beschwerderecht für die betroffenen Stakeholder (Versicherer, Konsumenten / Patienten) eingeführt wird.

Eine vertraglich geregelte Abgeltung des Vertriebsanteils, welche kanalspezifisch mit den Leistungserbringern verhandelt würde, ist leider politisch zurzeit nicht umsetzbar. Der Bund wollte seit einiger Zeit den Vertriebsanteil für Medikamente neu regeln. Dazu hatte 2022 das EDI gemeinsam mit den Stakeholdern einen Vorschlag erarbeitet. Der Bundesrat hat im Dezember 2023 den Vertriebsanteil entsprechend verordnet:

Die Anpassung beim Vertriebsanteil basiert auf zwei Massnahmen: zum einen wird das Berechnungsmodell für den Vertriebsanteil rezeptpflichtiger Arzneimittel angepasst und zum anderen wird ein einheitlicher Vertriebsanteil bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln eingeführt. Bisher war der Vertriebsanteil bei teureren Arzneimitteln höher als bei günstigeren, weshalb der Anreiz bestand, teurere Arzneimittel abzugeben. Neu gilt einerseits ein einheitlicher Vertriebsanteil für wirkstoffgleiche Arzneimittel. Die Entschädigung der Leistungserbringer ist damit immer gleich hoch, unabhängig davon, ob sie ein teureres Originalpräparat oder günstigeres Generikum abgeben. Durch die Anpassung des Berechnungsmodells des Vertriebsanteils wird bei den teureren Arzneimitteln der Vertriebsanteil und damit auch der Verkaufspreis gesenkt, bei günstigeren Arzneimitteln erhöht. Diese Massnahmen sollen die Abgabe von preisgünstigeren Arzneimitteln, insbesondere von Generika und Biosimilars fördern. Es sind insgesamt Einsparungen in der Höhe von 60 Millionen Franken erwartet. Die Bestimmungen zum Vertriebsanteil treten per 1. Juli 2024 in Kraft.

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

16. 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. Allerdings haben die Vergütungsanträge in den letzten Jahren stark zugenommen und der Ausnahmecharakter ist nicht mehr gegeben. Die CSS begrüsst deshalb die Bemühungen des Bundes, die Prozesse zu den Einzelfallbeurteilungen zu optimieren und die Anzahl der Fälle in diesem Bereich zu reduzieren.

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

- 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 auf zwei Jahre befristet werden, um den Anreiz der Industrie zu stärken, einen Antrag zur Aufnahme ihrer Produkte auf die Spezialitätenliste zu stellen.
-

Kritisch beurteilt die CSS die neue gesetzliche Regelung von hohen Fixabschlägen abhängig vom Nutzen einer Therapie. Es stellen sich grundsätzliche Fragen zur Durchsetzbarkeit solcher Rabatte gegenüber den Zulassungsinhaberinnen, da diese keine Leistungserbringer gemäss KVG darstellen. Der Druck der Zulassungsinhaberinnen auf die Nutzenbewertung der Vertrauensärzte wird steigen, um eine bessere Bewertung und damit eine geringere Beteiligung der Zulassungsinhaberin zu erreichen. Die Ablehnung aufgrund eines als unverhältnismässig hoch erachteten Preis wird durch die Akzeptanz der Fixrabatten praktisch erschwert, was potenziell zu erheblichen Mehrkosten führen wird. Zudem besteht die Gefahr, dass sich der Zugang von Patientinnen und Patienten zu lebensnotwendigen Therapien aufgrund der fixen Preisabschläge erschwert, weil Firmen entweder auf ihren bisherigen Preisvorstellungen verharren oder die Firmen sich gänzlich aus dem CH-Markt zurückziehen werden und das entsprechende Produkt in der Schweiz nicht mehr anbieten. Weitere Informationen zum Thema Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall finden Sie in unserer gesundheitspolitischen Publikation «im dialog» 3/2019.

17. Digitalisierung

Im Zuge der Corona-Pandemie sind insbesondere im Gesundheitswesen und der Verwaltung zahlreiche Defizite bei der Digitalisierung zum Vorschein gekommen. Das effizienzsteigernde Potential der Digitalisierung im Gesundheitswesen kann sich (noch) nicht entfalten. Eine übergreifende Strategie und Koordination der Aktivitäten fehlen. Seit Jahren wartet die Bevölkerung beispielsweise vergebens auf die Einführung eines elektronischen Patientendossiers. Die Pandemie hat gezeigt: Das Bedürfnis vonseiten der Bevölkerung ist vorhanden und digitale Angebote sind gefragter denn je. Die CSS setzt sich deshalb mit eigenen innovativen Angeboten und Kooperationen im Bereich Digital Health dafür ein, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen den nötigen Schub erhält und Kundinnen und Kunden davon profitieren können. Die CSS sieht in der Digitalisierung ein Instrument zur Optimierung der Qualität und der Effizienz im Gesundheitswesen.

Zwei der Hauptziele von Digital Health sind die bessere Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen und die Stärkung der Eigenverantwortung.

Die CSS hat 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. Die Gesundheitsplattform schafft die Basis für eine schweizweite, digital unterstützte und integrierte Versorgung.

Versicherte können innerhalb von Projekten wie zum Beispiel «active365» Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Mithilfe von mobilen Geräten sind chronisch kranke Patienten in der Lage, ihre Krankheit zu überwachen, mobil zu bleiben und per Telekommunikation mit Fachleuten jederzeit in Kontakt zu stehen. Leistungserbringer werden sich künftig über das elektronische Patientendossier vernetzen. Patienten wiederum geben die Schnittstellen frei, um den Austausch zu ermöglichen, und profitieren so aufgrund der (anonymisierten) Analyse ihrer Daten von personalisierter Medizin. Mit der Digitalisierung steigt die Transparenz nicht nur seitens der Versicherten. Aufgrund von Datenanalysen der Institutionen steigert sie sich auch über die erbrachten Leistungen. Das kann die Qualität fördern und Kosten dämpfen. Weiter erlaubt die Digitalisierung Kundenbedürfnisse besser abzudecken. So bietet die CSS mit Well ihren Kunden u.a. eine personalisierte medizinische Beratung an, welcher rund um die Uhr zur Verfügung steht.

Die Digitalisierung kommt allerdings nur mit einem guten und effizienten Datensystem voran. Dafür braucht es die richtigen Rahmenbedingungen, die die Sicherheit von Daten garantieren und die Solidarität in der obligatorischen Kranken-pflegeversicherung nicht gefährden, das Potenzial der Digitalisierung jedoch nicht ausbremsen. Personenbezogene Gesundheitsdaten beispielsweise bergen dabei ein grosses Potenzial für die Gesundheitsversorgung. Eine bessere Koordination der medizinischen Behandlungen dank der Nutzung personenbezogener Gesundheitsdaten führt zu höherer Qualität und damit auch zu tieferen Kosten. 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.

Ziel muss es sein, mittels Technologie und Regulierung ein Ökosystem zu schaffen, welches eine vertrauenswürdige Nutzung von Daten 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 Daten. Die CSS unterstützt die Bestrebungen des Bundesrates, die Herausforderungen im Bereich des Datenmanagements und der Datenflüsse mit Akteuren im Gesundheitswesen partnerschaftlich voranzutreiben und ein Modell für die Schaffung eines Datenökosystems im Gesundheitswesen zu etablieren.

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

18. Kostenziele und Kostendämpfungsmassnahmen

Die Kosten des Gesundheitswesens pro Versicherten steigen kontinuierlich mit Raten weit über Teuerung oder Lohnentwicklung an, in den Jahren 2023 und 2024 überdurchschnittlich. 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 2017 lancierte und nun intensiv geführte Diskussion zu geeigneten Kostendämpfungsmassnahmen innerhalb der OKP. In diesem Sinne unterstützt sie in erster Linie konstruktiv die Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS), die rasche Revision zentraler Tarifstrukturen wie TARDOC und LOA sowie die weitere Verbreitung der digital unterstützten, integrierten Versorgung.

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 oder neue Ansätze bei den Medikamentenpreisen.

Bringen diese Massnahmen nicht den erwünschten Effekt, ist eine Definition von Mehrjahreszielen für das OKP-Wachstum sowie eine Task-Force für das Kostenmonitoring durchaus sinnvoll, um das Kostenwachstum künftig zu dämpfen und qualitativ messbar zu machen. Die vom Parlament beschlossenen Massnahmen im Rahmen des **Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative** sind ein Schritt in die richtige Richtung. Der Gegenvorschlag sieht im Kern die Einführung von Kosten- und Qualitätszielen für das Gesundheitswesen vor. Der Bundesrat soll alle vier Jahre Vorgaben für die Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung festlegen. Zudem sollen Leistungen nicht mehr von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet werden, wenn ein evidenzbasiertes Verfahren ergeben hat, dass sie nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind. Die **Kostenbremse-Initiative der Mitte** hingegen lehnt das Parlament ab, da es diese als zu starr erachtet, was auch der Meinung der CSS entspricht.

Ziele für das Wachstum von Gesundheitskosten können als Leistungskennzahl aller künftigen Kostendämpfungsmassnahmen dienen und letztere damit mess- und steuerbar machen. Eine breit abgestützte Definition von Zielen baut Druck auf die Akteure (Bund, Tarifpartner) auf, um Effizienz und Qualität zu steigern sowie Mengen und/oder Preise zu senken – z. B. nicht notwendige Leistungen einzuschränken oder Leistungen bei gleicher oder besserer Qualität effizienter durchzuführen. Zudem stärken sie die Tarifpartnerschaft, indem sie den Druck auf die Tarifpartner erhöhen, Verträge abzuschliessen, welche die Wirtschaftlichkeit stärker gewichten und so zu einer Dämpfung des Kostenwachstums beitragen.

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

19. 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 neue Branchenvereinbarung (BVV) unerwünschte Werbeanrufe sowie die seit Jahren zu Diskussionen Anlass gebenden Vermittlerprovisionen. Gemeinsam mit den Dachverbänden curafutura und santésuisse hat die CSS darauf hingewirkt, die Qualität der Beratung dank einheitlichen Standards zu verbessern und die Entschädigungen der Vermittler in der Kundenwerbung im OKP- und VVG-Bereich einzuschränken. Die CSS steht klar hinter dieser Branchenvereinbarung und unterstützte auch das Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit, welches die Allgemeinverbindlichkeit der Branchenvereinbarung für alle Versicherer vorsieht. Die CSS erachtet jedoch das verabschiedete Gesetz jedoch als zu weitgehend – insbesondere die Ausweitung Regelungen auf die internen Mitarbeitenden und damit die Gleichstellung von internem Vertrieb und externen Vermittlern lehnt die CSS ab. Exzesse und unerwünschte Telefonanrufe sind Probleme der externen Vermittler und nicht der internen Mitarbeitenden. Sie sind als Angestellte der CSS bereits höchsten Qualitätsstandards verpflichtet. Nun wird mit dem internen Vertrieb ein Bereich reguliert, bei dem kein Marktversagen herrscht. curafutura und santésuisse haben die Branchenvereinbarung Vermittler vor dem Hintergrund der jüngsten Gesetzesrevision weiterentwickelt. Diese revidierte Branchenvereinbarung Vermittler erfüllt die neuen gesetzlichen Anforderungen des Bundesgesetzes über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit, welches im Dezember 2022 vom Parlament verabschiedet wurde. Dank der neuen Vereinbarung, die per 1. September 2023 in Kraft getreten ist, kann die Allgemeinverbindlichkeitserklärung beantragt werden. Die CSS wendet die neue Branchenvereinbarung an.

20. 10%-Initiative der SP und indirekter Gegenvorschlag

Die Kosten des Gesundheitswesens pro versicherte Person steigen kontinuierlich mit Raten weit über der Teuerung oder der Lohnentwicklung an, in den Jahren 2023 und 2024 noch mehr als in den Vorjahren. Im Gleichschritt steigen die Prämien der Krankenversicherer, da die Prämien die Kosten immer decken müssen. Die CSS stimmt den Initianten in dem Punkt zu, dass diese Tendenz viele Haushalte – insbesondere Familien der Mittelschicht – in finanzielle Bedrängnis bringt. Für die CSS eine besorgniserregende Situation.

Die Volksinitiative zielt auf eine Beschränkung der Prämienbelastung auf zehn Prozent des verfügbaren Einkommens und eine Harmonisierung des Systems der individuellen Prämienverbilligung (IPV) ab. Bei der Initiative handelt es sich jedoch aus Sicht der CSS um eine teure Symptombekämpfung. Die Initiative setzt nicht bei den Ursachen des Kostenwachstums an. Zum einen ist zu befürchten, dass dringend notwendige Anstrengungen zur Verbesserung der Effizienz und Qualität gebremst werden, wenn die steigenden Kosten mit

einem massiven Ausbau der IPV kaschiert werden. Zum anderen müsste die IPV innerhalb von 20 Jahren verdoppelt werden, um immer dieselbe Abfederung zu erreichen. Entsprechend fehlt der Initiative die Nachhaltigkeit. Kommt hinzu, dass die finanzielle Hauptlast – anders als beim indirekten Gegenvorschlag – vom Bund getragen werden müsste und nicht von den Kantonen, obwohl es letztere sind, denen in der Vermeidung von Ineffizienz und Überversorgung eigentlich eine wichtige Rolle zukommt. Zudem schwächt die Initiative alternative Versicherungsmodelle: Da die Versicherten bei einer Annahme der Initiative höchstens 10 Prozent ihres Einkommens für die Prämien aufwenden müssen, haben sie – je nach Umsetzung der Initiative – weniger Anreize, günstigere Versicherungsformen abzuschliessen.

Die CSS unterstützt deshalb den indirekten Gegenvorschlag. Gemäss diesem wird der Kantonsbeitrag zu den Prämienverbilligungen an die Bruttokosten im Gesundheitswesen des jeweiligen Kantons geknüpft. Der Gegenvorschlag sieht vor, dass die Kantone neu einen Mindestbetrag von 3,5 bis 7,5 Prozent der Kosten der obligatorischen Grundversicherung für die Prämienverbilligung aufwenden müssen. Das Konzept sieht weiter vor, dass weiterhin die Kantone die Kompetenz für die Berechnung des genauen Prämienverbilligungsbetrags haben werden. Der gefundene Kompromiss bedeutet für die Kantone Mehrkosten von etwa 356 Millionen Franken. Mit dem Gegenvorschlag müssten die Kantone mit höheren Gesundheitskosten und stärkerer Prämienbelastung der Haushalte insgesamt mehr zahlen als die Kantone mit tieferen Kosten. Weiter schafft der Gegenvorschlag Anreize, Massnahmen zur Eindämmung der Gesundheitskosten zu ergreifen (Spitalplanung, Zulassung usw.): Kantone machen die Spitalplanung, genehmigen oder erlassen Tarife und werden auch künftig die Zulassung von ambulanten Leistungserbringern steuern. Folglich stehen sie auch bei den Prämienverbilligungen in der Verantwortung und müssen diese wahrnehmen. Das Parlament lehnt die Prämientlastungsinitiative der SP ab, diese kommt im Juni 2024 zur Abstimmung.

Reformen im Gesundheitswesen, die nicht nur auf der Finanzierungseite, sondern auch auf der Kostenseite wirken, bleiben notwendig. Auch wenn die CSS die Stossrichtung des indirekten Gegenvorschlags unterstützt, ist es vor allem auch wichtig, die Gesundheitskosten einzudämmen, um die Versicherten zu entlasten, wie dies in den aktuellen Reformen angestrebt wird.

21. 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. Ein verpflichtender oder übermässiger Abbau der Reserven hingegen würde die finanzielle Stabilität gefährden, gerade in einer Pandemie mit zahlreichen Unwägbarkeiten und nicht vorhersehbaren Schwankungen der Solvenz.

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