

## 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. Angesichts der steigenden Gesundheitskosten ist die Diskussion rund um eine öffentliche Einheitskasse jedoch wieder vermehrt aufgeflammt. 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 Schiefelage 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, die am 24. November 2024 von der Schweizer Stimmbevölkerung angenommen wurde, verleiht der integrierten Versorgung neuen Schub (vgl. dazu Standpunkt "Umsetzung einheitliche Finanzierung").

Die CSS anerkennt den Willen des Bundesrates, die integrierte Versorgung im Rahmen des zweiten Kostendämpfungspakets weiter zu fördern. Der Ansatz des Bundesrates, Netzwerke als neuer Leistungserbringer im KVG zu verankern und damit stärker zu regulieren, ist jedoch kontraproduktiv und kostentreibend. Vielmehr gilt es, den bestehenden Spielraum für eine tarifpartnerschaftliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit zu bewahren und noch besser zu nutzen. 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 Aufnahmezwang 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

Mit der 2012 eingeführten Spitalfinanzierung wurde das Kostenerstattungsprinzip durch eine leistungsorientierte Vergütung abgelöst. Seither werden Spitalaufenthalte durch Pauschalen vergütet, die sich an effizient arbeitenden Spitälern orientieren, statt an den individuellen Kosten eines Spitals. Kantone müssen bei der Vergabe von Leistungsaufträgen private und öffentliche Anbieter gleichbehandeln. Patient/-innen können schweizweit zwischen Listenspitälern wählen, um den Wettbewerb zu fördern. Langfristig sollen sich effiziente Leistungserbringer mit ausreichender Qualität durchsetzen.

Die Spitalplanung liegt gemäss Bundesverfassung bei den Kantonen, die Spitallisten sollten nach KVG-Kriterien bedarfsorientiert erstellen und koordinieren werden. Ziel ist es, Überversorgung zu vermeiden, Kosten einzudämmen und Qualität zu sichern. Die Planung hat bedarfsorientiert zu erfolgen und die Kantone sind angehalten, ihre Planungen untereinander zu koordinieren. Dennoch bleibt die Planung häufig auf die Kantonsgrenzen beschränkt, meist aus standort- und wirtschaftspolitischen Gründen. Dies führt zu Überkapazitäten, Wettbewerbsverzerrungen und steigenden Kosten, da Kantone ihre eigenen Spitäler oft fördern (Gemeinwirtschaftliche Leistungen, Investitionen, Festsetzung zu niedrigeren Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen, etc.). Die Kantone haben es versäumt, ihren 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, eine sinnvolle und dem tatsächlichen Bedarf entsprechende Spitalplanung auf regionaler Ebene herbeizuführen.

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.

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 Prozent 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 gezielte Informationen an die Versicherten zu den (Kosten-)Vorteilen einer ambulanten Behandlung durch die Krankenversicherer 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.

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

## 7. Ambulanter Arzttarif

Der veraltete TARMED-Tarif, der seit 2004 in Gebrauch ist, stellt mit einem Abrechnungsvolumen von 13 Milliarden Franken pro Jahr das wichtigste Tarifwerk im ambulanten Bereich dar. Die Arbeiten an einem neuen ambulanten Arzttarif dauerten viele Jahre und waren von intensiven politischen und fachlichen Diskussionen begleitet. Im Rahmen des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung wurden die Einführung nationaler Pauschalen sowie die gesetzliche Verankerung einer nationalen Tariforganisation beschlossen.

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 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 vorgelegt.

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. Pflegefinanzierung

Die Reform der einheitlichen Finanzierung, die am 24. November 2024 in einer Volksabstimmung angenommen wurde, leitet eine grundlegende Neuausrichtung der Pflegefinanzierung welche seit 2011 besteht, ein. Die bisherige Trennung von Finanzierungssystemen für Gesundheitsleistungen wird aufgehoben. Die einheitliche Finanzierung schafft die Grundlage für eine zukunftsfähige Pflegefinanzierung und fördert eine qualitativ hochwertige Versorgung. Sie zielt darauf ab, die Finanzierung zu vereinheitlichen, Kostendämpfung zu erreichen und gleichzeitig eine sachgerechte medizinische Versorgung sicherzustellen. Neu tragen die Kantone einen einheitlichen Anteil von mindestens 26,9% an den Kosten in allen Bereichen. Pflegekosten werden mit einer Übergangsfrist von sieben Jahren – d.h. ab 2032 – vollständig integriert.

Die Vertragspartner sind verpflichtet, bis dahin Tarife für Pflegeleistungen vorzulegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis beruhen und sicherstellen, dass die Integration der Pflegeleistungen, insbesondere der Langzeitpflege, in das einheitliche Finanzierungssystem reibungslos umgesetzt wird.

Seit dem Bundesgerichtsurteil von 2019 stellt die CSS fest, dass die Zahl der Spitex-Organisationen, die pflegende Angehörige (PA) anstellen, stark zunimmt. Seit dem Urteil setzt sich die CSS gemeinsam mit dem Grundversicherungsverband dafür ein, klare und verbindliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung zu schaffen. Ein zentrales Ziel ist, sicherzustellen, dass pflegende Angehörige stets einen Arbeitsvertrag erhalten, um ihre sozialrechtliche Absicherung zu gewährleisten. Darüber hinaus sollen nationale Kriterien festgelegt werden, wer gepflegt werden darf, welche Entlastungsangebote zur Verfügung stehen und wie Abhängigkeiten transparent und nachhaltig geregelt werden können. Darüber hinaus müssen die Kantone und die GDK ihre Zulassungskriterien für Spitex-Organisationen, vereinheitlichen und an Qualitätskriterien knüpfen. Diese Zulassungsbedingungen sollten regelmässig



überprüft und angepasst werden. Zudem ist es wichtig, den Leistungskatalog für Pflegeleistungen klarer zu definieren. Dies könnte beispielsweise durch eine abschliessende Liste erfolgen.

## 9. 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 den im Rahmen des Massnahmenpakets 2 diskutierten Vorschlag, der es den Krankenversicherern ermöglichen soll, ihre Versicherten gezielt über präventive Massnahmen wie etwa Kontrolluntersuchungen bei chronischen Erkrankungen oder über geeignete besondere Versicherungsformen wie etwa Ärztenetzwerke in der Region zu informieren.

Aus Sicht der CSS müssen prämiendifinanzierte 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.

## 10. 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 Erhöhung der Mindestfranchise, die aktuell im Parlament diskutiert wird, 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 als Teil des MNP2 ebenfalls vom Parlament beraten wird, 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.

## 11. 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 Tarifautonomie und funktionierende Tarifpartnerschaft als wichtiges Wettbewerbselement und unterstützt alle Bemühungen, Verhandlungslösungen zu finden. Sie unterstützt aber auch subsidiäre Eingriffe des Bundesrates, wenn die Tarifautonomie zu keiner sachgerechten und für den Prämienzahler akzeptablen Lösung führt.

## 12. 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.

### 13. 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. Dies wirft drängende Fragen zur Finanzierbarkeit und zur Eindämmung des Kostenanstiegs im Medikamentenbereich auf. Das bestehende Regelwerk ist nicht darauf ausgerichtet, mit neuen Entwicklungen wie der personalisierten Medizin, der Handhabung von Unsicherheiten bei unzureichender Evidenz oder der Bewertung von Kombinationsprodukten angemessen umzugehen.

Künftige Preisregeln müssen sich auf diese Herausforderungen einstellen:

- 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 – wichtig ist, diesen so auszugestalten, dass er nicht preistreibend wirkt. 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 über die Gemeinsame Einrichtung 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 im Rahmen des Massnahmenpakets 2 diskutierten Kostenfolgemodelle, die bei Erreichen einer bestimmten Umsatzschwelle einen Mengenrabatt vorsehen, sind aus Sicht der CSS ein sinnvoller Ansatz, der zur Kostendämpfung beiträgt und gleichzeitig die Versorgungssicherheit nicht gefährdet.
- Überprüfen der aktuellen Preisfestsetzungsmechanismen: die verwendeten Parameter – APV, TQV, IZ - sind veraltet und berücksichtigen neue Entwicklungen wie die Personalisierung der Medizin, mangelnde Evidenz oder Kombinationstherapien unzureichend. Ausserdem werden die geltenden Mechanismen Langzeittherapien von chronischen Erkrankungen, die eine verbesserte Lebensqualität bei sehr hohen Kostenfolgen bringen, nicht gerecht.
- Life-Style-Produkte wie Abnehmspritzen verhindern zwar Folgeerkrankungen und können temporär die Kosten in anderen Bereichen senken, schaffen aber mit der Eintarifierung von vermeidbaren Kosten wieder neue Massstäbe bei der Arzneimittelbepreisung.

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 oder fragwürdiger Limitation in den Leistungskatalog aufgenommen wird oder einen Preis erhält, welcher als zu hoch und nicht gerechtfertigt erachtet wird. Die CSS wird sich weiterhin dafür aussprechen, dass bei der Medikamentenzulassung und -preisfestlegung ein Beschwerderecht für die betroffenen Stakeholder (Versicherer, Konsumenten, Patienten) eingeführt wird.



Erfreulich sind die Fortschritte bei der Förderung von Generika und Biosimilars. Der Bundesrat hat 2023 zwei Reformen verabschiedet, die 2024 in Kraft getreten sind, um den Einsatz von substituierbaren Medikamenten zu fördern. Dazu gehören höhere Preisabstände zwischen Generika und Originalpräparaten sowie eine marktabhängige Preisgestaltung für Biosimilars. Zudem wurde der differenzierte Selbstbehalt für teurere Originalpräparate von 20 auf 40 Prozent erhöht. Mit der Anpassung des Vertriebsanteils sollen Fehlanreize bei der Abgabe von Originalpräparaten verringert werden. Mit der Einführung eines einheitlichen Vertriebsanteils für Arzneimittel mit gleichen Wirkstoffen soll sichergestellt werden, dass Apotheken und Ärzte unabhängig davon, ob sie Originalpräparate oder Generika bzw. Biosimilars abgeben, gleich entlohnt werden. Bisher war der Vertriebsanteil bei teureren Arzneimitteln deutlich höher als bei günstigeren, weshalb die Abgabe von teureren Arzneimitteln lukrativer war.

Die CSS begrüsst diese Entwicklungen, sieht jedoch noch weiteres Optimierungspotential: Durch gezielte Massnahmen wie eine kanalspezifische Entschädigung für Arztpraxen, Apotheken und Spitäler könnten die tatsächlichen betriebswirtschaftlichen Aufwendungen der Leistungserbringer (z.B. Lagerhaltungs- oder Transportkosten) besser vergütet, Fehlanreize reduziert und gleichzeitig Kosten gesenkt werden. Es sollte weiterhin daran gearbeitet werden, die Parameter der Margengestaltung im Hinblick auf ihre betriebswirtschaftliche Bemessung zu präzisieren, um zusätzliche Einsparungen zu erzielen.

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

## 14. 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.

## 15. 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.

## 16. 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 neue Ansätze bei den Medikamentenpreisen (Massnahmenpaket 2, noch in Beratung). 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 steht 2025 an.

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.

## 17. 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.

## 18. 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). Die Vernehmlassung zur Umsetzung des Gegenvorschlages wurde im Dezember 2024 eröffnet.

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.

## 19. 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.

