



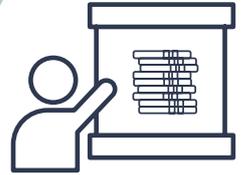
Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

## Massnahmenpapier

# Runder Tisch Kostendämpfung

vom 27. Oktober 2025



 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra  
  
Eidgenössisches Departement des Innern EDI



Konferenz der kantonalen Gesundheits-  
direktorinnen und -direktoren  
Conférence des directrices et directeurs  
cantonaux de la santé  
Conferenza delle direttrici e dei direttori  
cantionali della sanità



**ETH** zürich

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften



science**INDUSTRIES**  
SWITZERLAND

prio.**SWISS** 

**H+**

DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Universität  
Zürich **UZH**

**spo** PATIENTENORGANISATION  
**osp** ORGANISATION SUISSE  
**osp** ORGANIZZAZIONE SVIZZERA  
DEI PAZIENTI



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Preisüberwachung

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>3</b>
Ausgangslage .....	3
Zielsetzungen.....	3
Grundzüge der Arbeitsweise .....	3
Bemerkung zu den Schätzungen der Einsparungen.....	4
<b>1. Durchsetzung der HTA-Empfehlungen</b> .....	<b>5</b>
Ausgangslage .....	5
1.1. Selbstregulation zu drei konkreten HTAs .....	6
1.2. Zusammenarbeit zwischen Versicherer und BAG: Inputs und ständiger Dialog .....	6
<b>2. Effizientere Umsetzung von Preismodellen</b> .....	<b>7</b>
Ausgangslage .....	7
2.1. Indikationscodes reduzieren Komplexität der Rückforderungen .....	7
2.2. Versicherer erhalten besseren Informationszugang .....	8
2.3. Zusätzliche Anstrengungen, Rückforderungsansprüche 2019-2025 geltend zu machen.....	8
<b>3. Einsparungen bei der Mittel- und Gegenständeliste</b> .....	<b>8</b>
Ausgangslage .....	8
3.1. Engere Zusammenarbeit Versicherer mit BAG .....	9
3.2. Anpassung MiGeL-Höchstvergütungsbetrag für die Miete von CPAP-Geräten ..	9
3.3. Erhebung von Gerätepreisen .....	10
3.4. Mechanismus für regelmässige Meldungen von Gerätepreisen .....	10
3.5. Durchführung eines HTA.....	10
3.6. Überprüfung des Berechnungsmodells für Mietpreise .....	10
<b>4. Förderung Ambulantisierung</b> .....	<b>10</b>
Ausgangslage .....	10
4.1. Bekanntmachen von Projekten für die Förderung der Ambulantisierung .....	11
4.2. Erweiterung der Liste AVOS .....	12
<b>5. Förderung von «smarter medicine»</b> .....	<b>12</b>
Ausgangslage .....	12
5.1. Ausdehnung auf weitere Fachgesellschaften .....	12
5.2. Informationen zu Über- und Fehlversorgungen in Wartezimmern .....	12
5.3. Verstärkte Information von Hausärztinnen und Hausärzten .....	12
5.4. Aufnahme von «smarter medicine» in die Qualitätsverträge .....	13
5.5. Weiterentwicklung des Projekts «LUCID» .....	13
<b>6. Förderung von Generika und Biosimilars</b> .....	<b>13</b>
Ausgangslage .....	13
6.1. Wirkstoffverschreibung bei Erstversorgung .....	13

6.2.	Umstellung der Spitäler auf Generika und Biosimilar .....	14
6.3.	Anpassung der Verordnung betreffend Selbstbehalt .....	14
<b>7.</b>	<b>Information der Versicherten .....</b>	<b>14</b>
	Ausgangslage .....	14
7.1.	Vorzeitige Inkraftsetzung Art. 56a sowie Art. 84 Abs. 1 Bst. j KVG.....	15
7.2.	Information der Versicherten über erhöhten Selbstbehalt.....	15
7.3.	Weitere Informationen der Versicherten.....	15
<b>8.</b>	<b>Labore.....</b>	<b>16</b>
	Ausgangslage .....	16
8.1.	Reduktion der Auftragstaxe um 10 Franken.....	16
8.2.	Empfehlung FAMH und H+ an ihre Mitglieder, auf «fees for service» oder weitere Vergünstigungen zu verzichten.....	16
<b>9.</b>	<b>Reduktion Papierrechnungen .....</b>	<b>17</b>
	Ausgangslage .....	17
9.1.	Inkraftsetzung von Art. 42 Abs. 3ter KVG per 1.7.2026.....	17
9.2.	Festlegung des einheitlichen Standards.....	18
9.3.	Übergangsfrist von 5 Jahren für Papierrechnungen mit Kostentragungspflicht Leistungserbringer .....	18
<b>10.</b>	<b>Schärfung des Kostenbewusstseins und Stärkung der Systemkompetenz.....</b>	<b>18</b>
	Ausgangslage .....	18
10.1.	Verstärkte Kommunikation zur Kostenentwicklung.....	19
10.2.	Stärkung der Systemkompetenz und des Systemwissens .....	19
<b>11.</b>	<b>Verwaltungskosten der Versicherer .....</b>	<b>20</b>
	Ausgangslage .....	20
11.1.	Verwaltungskosten um 2 % reduzieren .....	20
11.2.	Reduktion der Portokosten.....	20
<b>12.</b>	<b>Weitergabe von Rabatten .....</b>	<b>21</b>
	Ausgangslage .....	21
12.1.	Schreiben an alle Ärztinnen und Ärzte, Spitäler sowie Apothekerinnen und Apotheker .....	22
12.2.	Mehr Mitglieder des Nationalen Vertrags .....	22
12.3.	Alle Mitglieder von H+ (218 Schweizer Spitäler und Kliniken) treten der Vereinbarung bei.....	22
12.4.	Abschluss einer Vereinbarung zwischen pharmaSuisse und Versicherern .....	22
12.5.	Aufnahme der Medizinprodukte in die Verordnung über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich (VITH) .....	22

# Einleitung

## Ausgangslage

Die Dämpfung der Gesundheitskosten ist seit Jahren ein wichtiges Element der schweizerischen Gesundheitspolitik. Die Bemühungen laufen einerseits über Gesetzgebungsprojekte, wie die beiden Kostendämpfungspakete, die das Parlament verabschiedet hat, den Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative und die Förderung ambulanter Behandlungen durch die einheitliche Finanzierung der Leistungen. Andererseits wird der Anstieg der Kosten auch mit kurzfristigen Massnahmen, die entweder vom Bundesrat, dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) oder vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) beschlossen wurden, eingedämmt. In den letzten Jahren konnten mit solchen kurzfristigen Massnahmen jährlich mindestens 300 Millionen Franken eingespart werden, was ungefähr einem Prämienprozent entspricht.

Mehrere Akteure des Gesundheitswesens brachten zum Ausdruck, dass sie sich bei deren Ausarbeitung einen stärkeren Einbezug gewünscht hätten. Dank dieser Zusammenarbeit könnten zielgerichtetere und sinnvollere Massnahmen ausgearbeitet werden.

Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider hat diese Kritik aufgenommen. Weil es ihr ein grosses Anliegen ist, das Vertrauen zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zu stärken und die Zusammenarbeit zu fördern, hat sie Ende November 2024 den Runden Tisch «Kostendämpfung im Gesundheitswesen» ins Leben gerufen.

## Zielsetzungen

Der erste Runde Tisch fand am 11. November 2024 in Bern statt. Dabei kamen Vertreterinnen und Vertreter der Kantone (Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen- und direktoren GDK), der Ärzteschaft (FMH), der Spitäler (H+), der Krankenversicherer (heute prio.swiss), der Pharmaindustrie (scienceindustries, Intergenerika, Interpharma, vips), der Schweizerischen Patientenorganisationen (SPO), der Wissenschaft sowie der Preisüberwacher zusammen. Anlässlich des ersten Runden Tisches einigten sich die Akteure auf das Ziel, ab 2026 jährlich rund 300 Millionen Franken einzusparen. Es soll dabei explizit nicht bei medizinisch notwendigen und sinnvollen Leistungen gespart werden.

## Grundzüge der Arbeitsweise

Für die Ausarbeitung der konkreten Massnahmen zur Kostendämpfung wurde eine Expertengruppe eingesetzt; in der Expertengruppe sind alle Akteure des Runden Tisches vertreten. Die Expertengruppe setzt sich aktuell aus den folgenden Personen zusammen:

Stefan Honegger (Leitung) - Simon Wieser (Vertretung Wissenschaft / ZHAW) - Kerstin Noëlle Vokinger (Vertretung Wissenschaft / Universität Zürich und ETH Zürich) - Stéphanie Monod (Vertretung Wissenschaft / Universität Lausanne; bis 1. September 2025) - Kathrin Huber (Generalsekretärin GDK) - Chantal Britt (Mitglied Patientenrat SPO) - Manuel Jung (Leiter Fachbereich Gesundheit Preisüberwacher) - Tobias Burkhardt (Facharzt Innere Medizin FMH / Präsident Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich) – Kristian Schneider (CEO Spitalzentrum Biel-Bienne / Vizepräsident H+) - Marco Romano (stv. Direktor prio.swiss) - Alex Friedl (Leiter Leistungen und Kundenbetreuung Sanitas) – Katharina Gasser (Geschäftsführerin Roche Pharma Schweiz/ Vorsitzende Pharmapolitisches Gremium scienceindustries). An den Sitzungen der Expertengruppe ebenfalls teilgenommen hat Thomas Christen (Stv. Direktor BAG).

Die Expertengruppe orientierte sich bei ihren Arbeiten insbesondere an folgenden Eckwerten:

- Vorschläge für kostendämpfende Massnahmen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) werden durch die Mitglieder der Expertengruppe eingebracht; die Verwaltung unterstützt die Expertengruppe mit ihrem Fachwissen.
- Nach Möglichkeit sollen Massnahmen entwickelt werden, die insbesondere auf die Selbstverpflichtung der Akteure basieren und nicht primär regulatorische Schritte erfordern.
- Sind Akteure von Massnahmenvorschlägen betroffen, die nicht am Runden Tisch vertreten sind, werden diese konsultiert.
- Die Mitglieder der Expertengruppe tauschen sich regelmässig mit ihrer Vertretung am Runden Tisch zum Stand der Arbeiten aus.
- Ziel ist eine möglichst breite Unterstützung der entwickelten Massnahmen sowohl in der Expertengruppe wie auch am Runden Tisch.
- Die Vertraulichkeit der Arbeiten ist ein zentrales Element für die Meinungsbildung und die Zusammenarbeit innerhalb der Expertengruppe.

Die Expertengruppe hielt 2025 insgesamt acht Sitzungen ab, an denen sie iterativ an möglichen Massnahmenvorschlägen zu Händen des Runden Tisches gearbeitet hat. Anfang 2025 startete die Expertengruppe mit einem breiten Fundus von rund hundert Massnahmenvorschlägen, die von den Mitgliedern selbst eingebracht wurden. In Arbeitsgruppen wurden diese Vorschläge kategorisiert, diskutiert und inhaltlich bewertet. Bei der Arbeitsmethodik war es zentral, dass alle Mitglieder auch Massnahmenvorschläge aus dem eigenen Fachbereich eingebracht haben. Dieser Umstand begünstigte die vertrauensvolle Zusammenarbeit innerhalb der Expertengruppe und ermöglichte den erwünschten Fokus auf Massnahmen mit Selbstverpflichtungen der Akteure.

Schliesslich traf die Expertengruppe für die kurzfristige Umsetzung in den Jahren 2026 bzw. 2027 eine Auswahl von zwölf möglichen Massnahmenfeldern. Innerhalb dieser zwölf Felder entwickelte die Gruppe jeweils 2-5 Massnahmen. Mit Akteuren, die von Massnahmenvorschlägen betroffen, aber nicht am Runden Tisch vertreten sind, wurde das Gespräch gesucht. Ab Sommer 2025 wurden dann die Teilnehmenden am Runden Tisch immer enger einbezogen, damit eine einstimmige Verabschiedung des Massnahmenkatalogs am dritten Runden Tisch vom 27. Oktober 2025 erreicht werden konnte.

Im Rahmen ihrer Sitzungen liess sich die Expertengruppe zudem regelmässig über den Stand der Arbeiten für den «elektronischen Briefkasten» informieren, in dem die interessierte Bevölkerung vom 15. Mai bis am 20. Juni 2025 ihrerseits Vorschläge für kostendämpfende Massnahmen eingeben konnte. Die Expertengruppe wird die potenziell zielführenden Vorschläge aus dem Briefkasten in einem nächsten Arbeitspaket voraussichtlich 2026 sorgfältig analysieren und in ihre Arbeiten zuhanden des Runden Tisches einfliessen lassen.

## Bemerkung zu den Schätzungen der Einsparungen

Die Schätzung der erwarteten Einsparungen ist eine Herausforderung, insbesondere weil in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit keine mathematischen Berechnungsmodelle beigezogen werden konnten. Der Runde Tisch hat sich deshalb dafür entschieden, nur diejenigen Einsparungen zu beziffern, bei welchen genügende Grundlagen für die Schätzung vorliegen. Bei allen anderen Massnahmen verzichtete der Runde Tisch auf konkrete Schätzungen, weshalb der effektiv erzielbare Einsparbetrag beträchtlich höher sein dürfte als die ausgewiesenen 303 Millionen Franken. Gewisse Massnahmen werden erst per Mitte 2026 zu Spareffekten führen, z.B. weil noch Verordnungsänderungen notwendig sind. Bei den genannten Einsparbeträgen handelt es sich dennoch um die geschätzte Einsparung pro Jahr. Es ist wichtig, dass die verschiedenen Vorhaben und geplanten Einsparungen auch begleitet und überprüft werden. Diesbezüglich stehen – soweit möglich – die für die jeweiligen Massnahmen zuständigen Akteure in der Verantwortung.

# 1. Durchsetzung der HTA-Empfehlungen

**Gesundheitssektor:** Gesamter Sektor

**Akteure:** Leistungserbringer, Krankenversicherer, Bund/BAG

**Einsparpotenzial:** 25 Millionen Franken

**Umsetzungsmodus:** Selbstverpflichtung

## Ausgangslage

«Health Technology Assessment» (HTA) steht international für die systematische Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien. HTA gilt als wichtiges Instrument der evidenzbasierten Politikberatung und Entscheidungsfindung. Mittels HTA wird die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer medizinischen Leistung analysiert. Die Ergebnisse können dazu beitragen, nicht wirksame oder nicht wirtschaftliche Leistungen in der Vergütungspflicht zu limitieren oder zu streichen. Eine Reduktion solcher Leistungen erhöht die Qualität des Gesundheitswesens und verringert die Kosten. Das BAG ist für die Durchführung von HTA-Programmen zuständig.

Ein HTA kann in der Schweiz auf zwei Arten dazu führen, dass eine Leistung von der Vergütung durch die OKP ausgeschlossen wird:

### 1. *Regulation*

- a) *Ausschluss generell:* Die Leistung wird grundsätzlich als nicht vergütungsfähig erklärt. Dies erfolgt über eine Verordnung oder – im Fall von Arzneimitteln – über eine Verfügung im Rahmen der Spezialitätenliste.
- b) *Ausschluss unter Bedingungen:* Die Leistung wird nur unter bestimmten Voraussetzungen vergütet. Diese Voraussetzungen werden in Form klar definierter Limitationen festgelegt, zum Beispiel der zugelassenen Behandlungsindikation, und ebenfalls per Verordnung oder Verfügung geregelt.

### 2. *Selbstregulation*

Um einen Ausschluss unter Bedingungen, der administrativ sehr aufwändig sein kann, zu vermeiden, kann es Sinn machen, zuerst den Weg der Selbstregulation zu beschreiten. Hier wird der Fokus daraufgelegt, dass sich die Leistungserbringer ohne Regulation auf diejenigen Anwendungen der Leistung beschränken, die tatsächlich angezeigt sind. Eine *Regulation* erfolgt hier erst, wenn die *Selbstregulation* erfolglos bleibt.

Die Umsetzung der *Selbstregulation* ist herausfordernd, da die betroffenen Leistungserbringer darüber informiert und zur freiwilligen Umsetzung motiviert werden müssen. Gleichzeitig ist die Kontrolle durch die Krankenversicherer aufwendig, da die Leistungsabrechnungen meist keine Angaben zur Behandlungsindikation enthalten.

Die Mitglieder des Runden Tisches möchten mit nachfolgenden Massnahmen einen Beitrag leisten, dass bereits vorliegende wie auch zukünftige Empfehlungen für Selbstregulationen freiwillig noch stärker umgesetzt werden.

Dank der angestrebten Reduktion nachfolgender Leistungen soll ein Einsparpotential in der Höhe von 25 Millionen Franken erzielt werden können. Längerfristig dürfte mit der höheren Aufmerksamkeit für die Umsetzung von HTAs das Einsparpotential deutlich grösser sein.

## 1.1. Selbstregulation zu drei konkreten HTAs

Das BAG hat die folgenden drei HTAs durchgeführt und publiziert: Schilddrüsen-Hormontests, Vitamin B12-Tests, isolierte Schulterimpingement.

Die Verbände der Spitäler und der Ärzteschaft, H+ und FMH, ergreifen geeignete Kommunikationsmassnahmen, damit die Aufmerksamkeit der Leistungserbringer für diese HTAs steigt und sie auch besser umgesetzt werden, unter der Voraussetzung, dass die betroffenen Fachgesellschaften mit ihrer medizinischen Expertise die Empfehlungen unterstützen.

Folgende Kommunikationsmassnahmen sind geplant:

- Schilddrüsen-Hormontests und Vitamin-B12-Tests:
  - o Informationsschreiben inkl. Merkblatt der zuständigen Fachgesellschaften an die Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin.
  - o Artikel zu den beiden Themen in den Fachzeitschriften SÄZ (Schweizerische Ärztezeitung) sowie Competence H+ und – soweit möglich – Swiss Medical Weekly.
  - o Prüfung der Aufnahme in die Empfehlungen von «smarter medicine».
  - o Austausch der Fachgesellschaften mit dem Verband der Medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH), wie die Antragsformulare für Laboruntersuchungen angepasst werden können.
- Isolierte subakromiale Dekompression bei Schulterimpingement:
  - o Informationsschreiben des BAG im Namen des Runden Tisches an die Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (swiss orthopaedics), dass auf isolierte Behandlungen verzichtet werden soll und Information, dass das BAG soweit möglich und ohne übertriebenen Verwaltungsaufwand monitorisieren wird, wie viele solcher isolierten Operationen durchgeführt wurden.

Ziel dieser Kommunikationsoffensive ist:

- Reduktion der Schilddrüsen-Hormontests um 10 % → Einsparung: rund 8 Millionen Franken
- Reduktion der Vitamin B12-Tests um 20% → Einsparung: rund 7 Millionen Franken
- Keine isolierte subakromiale Dekompression bei Schulterimpingement → Einsparung: 10 Millionen Franken

## 1.2. Zusammenarbeit zwischen Versicherer und BAG: Inputs und ständiger Dialog

Das BAG und prio.swiss sollen im Bereich der HTA-Themenfindung noch enger zusammenarbeiten. Ziel dieser Kooperation ist es, relevante Fragestellungen frühzeitig zu identifizieren und eine relevante und angemessene Auswahl von HTA-Themen sicherzustellen. Die Zusammenarbeit umfasst insbesondere den regelmässigen Austausch von Informationen zu potenziellen Themen sowie die gemeinsame Bewertung von Themenvorschlägen nach definierten Kriterien. Die Umsetzung dieser Massnahme findet im Rahmen der 2024 vom BAG initiierten Workshops mit einzelnen Versicherern und deren Verband prio.swiss statt. Dabei werden die Prozesse und Zuständigkeiten für HTA-Themenfindung und Prüfung definiert, um langfristig effizient zusammenzuarbeiten.

## 2. Effizientere Umsetzung von Preismodellen

**Gesundheitssektor:** Arzneimittel

**Akteure:** Pharmaunternehmen; Krankenversicherer, Leistungserbringer

**Einsparpotenzial:** 20 Millionen Franken

**Umsetzungsmodus:** Prozessoptimierung und Selbstverpflichtung

### Ausgangslage

Bei hochpreisigen Medikamenten werden mittels Preismodelle zu Gunsten der Prämienzahlenden Rückerstattungen auf Preise festgelegt. Das wird einerseits gemacht, um den Zugang zu innovativen, hochpreisigen Medikamenten für Schweizer Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Hierbei existieren zu den publizierten Preisen Rabatt-Vereinbarungen zwischen der Pharmaindustrie und dem BAG. Andererseits können Preismodelle zur Kostendämpfung und Risikominimierung eingesetzt werden, wenn Unklarheiten über die Mengen an verkauften Medikamenten oder deren Wirksamkeit bestehen. Preismodelle können publiziert oder vertraulich sein.

Preismodelle in der Spezialitätenliste – die Liste der von der OKP vergüteten Arzneimittel – sowie bei der Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall generieren also einen Rückforderungsanspruch der Krankenversicherer gegenüber den Pharma-Unternehmen, damit diese Rückerstattungen auch tatsächlich dem Versichertenkollektiv zufließen.

Erfahrungswerte zeigen, dass diese Rückforderungen mit grosser Verzögerung eingefordert werden und die Rückforderungsquote je nach Versicherer unterschiedlich ist. Gemäss Schätzungen dürften bis zu 20 % der Ansprüche seit Einführung der Preismodelle nicht abgeholt worden sein. Die Gründe sind vielfältig. Hauptgrund ist, dass den Versicherern teilweise die notwendigen Angaben zum konkreten Einsatz des Arzneimittels in automatisierbarer Form fehlen. Die Informationen sind im Kostengutsprachege such, jedoch nicht auf der Rechnung vorhanden. Dies bedeutet, dass die Versicherer Preismodelle und Details für die Preisbildung zur Vergütung im Einzelfall (z.B. Patentstatus, Auslandpreisvergleich, Unterscheidung Haupt-/Nebenindikation) mit grossem manuellem Aufwand mit der Rechnung verknüpfen müssen.

Der Runde Tisch ist sich einig, dass Massnahmen ergriffen werden sollen, damit der Rückforderungsprozess vereinfacht und die Rückforderungsquote erhöht werden können. Geht man davon aus, dass die Rückforderungsquote von 80 auf 90 % erhöht werden kann, kann mit Einsparungen in der Höhe von 20 Millionen Franken gerechnet werden.

### 2.1. Indikationscodes reduzieren Komplexität der Rückforderungen

Das BAG hat Massnahmen ausgearbeitet, um die Komplexität der Rückforderungen zu reduzieren. Im Zentrum steht eine neue Pflicht, einen Indikationscode auf der Rechnung aufzuführen. Dieser Indikationscode erlaubt die Ermittlung des jeweils anwendbaren Preismodells und erleichtert es damit den Versicherern, die Rückforderung an die Pharmafirmen zu formulieren.

Der Indikationscode soll per 1. Januar 2027 verpflichtend eingeführt werden. Ab diesem Zeitpunkt sollen Rechnungen ohne Indikationscodes von den Versicherern zurückgewiesen werden.

Folgende Verpflichtungen tragen dazu bei, den Indikationscode bereits 2026 möglichst umfassend anzuwenden:

- das BAG publiziert per Anfang 2026 ein Rundschreiben mit der Empfehlung, den Indikationscode ab sofort auf der Rechnung aufzuführen.
- prio.swiss verpflichtet sich, alle Versicherer aufzufordern, den zu verwendenden Indikationscode bei Kostengutsprachen aufzuführen und die Leistungserbringer aufzufordern, diesen Indikationscode in der Rechnung zu erwähnen.
- H+ und FMH verpflichten sich, das Rundschreiben des BAG an ihre Mitglieder zu tragen, um zu bestärken, dass die Indikationscodes bereits 2026 auf den Rechnungen erscheinen.
- prio.swiss verpflichtet sich, beim Branchenrating von Off-Label-Use-Anwendungen Indikationscodes zu bezeichnen, damit diese einheitlich verwendet werden können.

## 2.2. Versicherer erhalten besseren Informationszugang

Die Pharma-Verbände verpflichten sich zudem, ihre Mitglieder dafür zu gewinnen, sich bis Ende 2025 einem professionellen Dienstleister anzuschliessen, der den Versicherern alle Preismodelle sowie Modelle für die Einzelfallvergütung gemäss Art. 71a ff. der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) transparent macht. Eine Branchenlösung für die Preismodelle in der Spezialitätenliste existiert bereits (SmartMIP). Diese deckt rund 80 % der Preismodelle ab, dieser Anteil soll noch erhöht werden. Für die Publikation der Preisbildung bei der Vergütung im Einzelfall gemäss Art 71a ff KVV gibt es auch eine Möglichkeit (SmartSL), welche von der Branche noch mehr berücksichtigt werden muss.

## 2.3. Zusätzliche Anstrengungen, Rückforderungsansprüche 2019-2025 geltend zu machen

Die Krankenversicherer sind sich bewusst, dass Rückforderungsansprüche aus Preismodellen nach einer gewissen Zeit verjähren oder verwirken können. Deshalb werden sie in den Jahren 2025 und 2026 Rückforderungsansprüche seit Einführung der Preismodelle nachträglich geltend machen. Die Krankenversicherer werden dafür ihre Rückforderungsteams stärken oder sich einem professionellen Anbieter anschliessen.

# 3. Einsparungen bei der Mittel- und Gegenständeliste

**Gesundheitssektor:** Mittel und Gegenstände

**Akteure:** Krankenversicherer, Abgabestellen von Mittel und Gegenständen, Bund/BAG

**Einsparpotenzial:** 7 Millionen Franken (Massnahme 3.2); bei den übrigen Massnahmen wird auf eine Schätzung verzichtet.

**Umsetzungsmodus:** Verordnungsanpassung; Erhebungen

## Ausgangslage

Die Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) des BAG umfasst ärztlich verordnete medizinische Produkte, die zur Untersuchung oder Behandlung von Krankheiten zu Hause oder im Pflegeheim eingesetzt werden. Die OKP übernimmt die Kosten für diese Produkte. Dazu zählen Produkte wie beispielsweise Atemtherapiegeräte, Inkontinenzmaterial oder Blutzuckermessgeräte.

Die Vergütung von Mittel und Gegenständen war Gegenstand einer vertieften Untersuchung einer Untergruppe der Expertengruppe. Im Fokus dieser Untersuchung standen verschiedene Elemente:

- Einführung von Kaufoptionen oder Kaufpflichten anstelle der heute häufigen Miete
- Untersuchung, weshalb bestehende Kaufoptionen kaum genutzt werden
- Überprüfung der für die Festlegung der Höchstvergütungsbeträge (HVB) wesentlichen Parameter, namentlich Preise für Produkte sowie durchschnittliche Mietdauer.

Die Resultate dieser Untersuchung können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die Arbeiten im Rahmen dieser Untersuchung haben gezeigt, dass seitens der Versicherer verschiedene Daten vorliegen, welche für die Aktualisierung der Höchstvergütungsbeträge (HVB) interessant sind. Aus diesem Grund soll die Zusammenarbeit zwischen BAG und Versicherern vertieft werden.
- Grundsätzlich wird die Einführung vermehrter Kaufoptionen sowie allenfalls gar Kaufpflichten unterstützt. Allerdings stellen sich in diesem Zusammenhang noch viele Fragen. Diese sollen im Rahmen eines Health Technology Assessments (HTA) am Beispiel von CPAP-Geräten (Continuous Positive Airway Pressure, also Atemtherapiegeräte) vertieft überprüft werden.
- Das aktuell eingesetzte Berechnungsmodell für die Ermittlung der Mietvergütungen stammt aus dem Jahr 2020. Es hat sich gezeigt, dass verschiedene Anbieter die Ansicht vertreten, dass dieses Modell nicht zu sachgerechten Resultaten führt. Deshalb wird eine Aktualisierung dieses Modells vorgeschlagen.
- Im Rahmen der Überprüfung der Datengrundlagen für die Mietdauer hat sich herausgestellt, dass die für CPAP-Geräte (Position 14.11.02.00.1) eingesetzte Mietdauer zu kurz ist. Die Daten der Versicherer zeigen, dass die durchschnittliche Mietdauer deutlich höher ist als die in der Mietkalkulation berücksichtigte. Dem EDI soll deshalb beantragt werden, den Miet-HVB für CPAP-Geräte rasch zu korrigieren.
- Die in den Berechnungsmodellen hinterlegten Gerätepreise sind wenig substantiiert und werden nicht regelmässig aktualisiert. Die Untergruppe hat versucht, aktuelle Gerätepreise zu ermitteln. Sie wurden ihr in der zur Verfügung stehenden Zeit allerdings nicht zugestellt. Deshalb wird vorgeschlagen, dass sich das BAG im Namen des Runden Tisches an die wichtigsten Anbieter wendet und eine zusätzliche Preisumfrage durchführt. Zudem soll ein neuer Mechanismus erarbeitet werden, welcher eine regelmässige, z.B. 24-monatige, Preismeldepflicht (inkl. Angabe der Preise in Referenzländern) vorsieht.

Der Runde Tisch unterstützt diese Empfehlungen und daraus abgeleitet folgende Massnahmen:

### 3.1. Engere Zusammenarbeit Versicherer mit BAG

Die Versicherer verpflichten sich, via prio.swiss, ab 2026 eine Arbeitsgruppe mit dem BAG zu bilden, damit allfällige, für das BAG wichtige Daten für die Festlegung der Höchstvergütungsbeträge (HVB) ausgetauscht werden können. Der administrative Aufwand für die Versicherer ist tief zu halten.

### 3.2. Anpassung MiGeL-Höchstvergütungsbetrag für die Miete von CPAP-Geräten

Aufgrund neuer Daten der Versicherer (durchschnittliche Mietdauer) soll der Miet-HVB für CPAP-Geräte; Position 14.11.02.00.2) von 1.50 Franken auf 1.36 Franken reduziert werden.

Dem EDI wird beantragt, per 1. Juli 2026 eine Anpassung der MiGeL vorzunehmen und die neu berechnete Mietvergütung festzusetzen.

### 3.3. Erhebung von Gerätepreisen

Das BAG soll damit beauftragt werden, im Namen des Runden Tisches eine Umfrage zur Erhebung der aktualisierten Gerätepreise (inkl. Angabe der Preise von Referenzländern) der umsatzstärksten Mittel und Gegenstände durchzuführen und die HVB entsprechend neu zu kalkulieren.

### 3.4. Mechanismus für regelmässige Meldungen von Gerätepreisen

Der Runde Tisch schlägt dem EDI vor, einen neuen Mechanismus einzuführen, welcher eine Pflicht für die regelmässige Meldung von Gerätepreisen (z.B. alle zwei Jahre) vorsieht.

### 3.5. Durchführung eines HTA

Mittels HTA können mögliche Weiterentwicklungen der MiGeL vertieft untersucht werden. Der Fokus ist dabei auf Kaufverpflichtungen, Kaufoptionen sowie gestaffelte Miet-HVB zu legen.

Am Fallbeispiel der CPAP-Gerät-Miete als grosser Kostenblock der MiGeL kann mittels HTA-Methodik eine fundierte Grundlage geschaffen werden. Auf Basis dieser Grundlage können anhand eines ökonomischen Modells, unter Einbezug aller relevanten Variablen hinsichtlich Miete bzw. Kauf, nachvollziehbare Szenarien für Vergütungsbeträge und weitere Vergütungsvoraussetzungen (Mietdauer, Indikationen etc.) erstellt werden.

### 3.6. Überprüfung des Berechnungsmodells für Mietpreise

Das Mietkalkulationsmodell soll überprüft und aktualisiert werden, sobald die Ressourcensituation des BAG dies zulässt.

## 4. Förderung Ambulantisierung

**Gesundheitssektor:** Ambulante Behandlungen

**Akteure:** Leistungserbringer, Kantone, Krankenversicherer

**Einsparpotenzial:** 5 Millionen Franken

**Umsetzungsmodus:** Verordnungsänderung, Selbstverpflichtung

### Ausgangslage

Das aktuelle Finanzierungssystem setzt bei den Spitälern und ihren medizinischen Leistungserbringern Anreize, Behandlungen, die aus medizinischer Sicht ambulant durchgeführt werden könnten, stationär zu erbringen. Gründe sind eine bessere Abgeltung im stationären Bereich im Vergleich zum spitalambulantem Bereich und andererseits auch (noch) fehlende, auf ambulante Behandlungen optimierte Strukturen. Auch die Zusatzversicherungen haben einen gewissen Einfluss auf die Ambulantisierung.

Mit der stetig weiterentwickelten Liste der Eingriffe, deren Kosten nur bei ambulanter Durchführung übernommen werden (sog. AVOS-Liste [«Ambulant vor Stationär»]; Anhang 1a zur KLV) wird erreicht, dass medizinische Begründungen angeführt werden müssen, wenn eine gelistete Behandlung stationär erbracht wird. Das EDI sieht aus diesem Grund auch eine weitere Erweiterung dieser AVOS-Liste vor. Der Runde Tisch unterstützt diese Erweiterung. Gleichzeitig sind sich alle Stakeholder bewusst, dass die genauen

Auswirkungen der neuen ambulanten Tarifstruktur ab 2026 in Bezug auf die Kostendeckung erst nach einer gewissen Zeit analysiert werden können und auch die oben beschriebenen Fehlanreize noch nicht behoben sind.

Es besteht ein gemeinsames Interesse aller Stakeholder – Spitäler, Kantone und Versicherer – die Ambulantisierung bereits vor dem Inkrafttreten der Einheitlichen Finanzierung voranzutreiben. Angesichts der aktuellen Fehlanreize besteht allerdings das Risiko, dass die Ambulantisierung ohne zusätzliche Massnahmen nicht im erwünschten Tempo vorangeht.

Eine Möglichkeit, die Ambulantisierung zu forcieren, ist der Einsatz von monetären Anreizen. So haben der Kanton Bern, die Einkaufsgemeinschaft HSK sowie das Spitalzentrum Biel eine Vereinbarung getroffen, welche einen konkreten Beitrag zur Ambulantisierung leisten soll. Das Modell sieht vor, dass sich der Kanton bei der Finanzierung von ambulanten Leistungen beteiligt und im Gegenzug davon profitiert, dass er gegenüber einer stationären Behandlung Einsparungen machen kann. Das Spital erhält für diese ambulante Leistung dank des Beitrags des Kantons einen Ausgleich dafür, dass es keine stationäre Behandlung durchführt und kann somit die stationären Strukturen abbauen. Langfristig profitieren auch die Versicherten durch die vorangetriebene Ambulantisierung.

Der Runde Tisch empfiehlt den Tarifpartnern und den Kantonen, solche Ansätze vertieft zu prüfen und umzusetzen. Dabei ist zu beachten, dass je nach Kanton oder Spitalstruktur spezifische Ausgestaltungen solcher Projekte notwendig sein werden oder in gewissen Kantonen aufgrund fehlender gesetzlicher Grundlagen eine Einführung gar nicht möglich ist.

Die Leistungserbringer halten fest, dass sie sich nur hinter die Massnahme zur Förderung der Ambulantisierung stellen können, wenn die dadurch ambulant abgerechneten Leistungen nicht zu zusätzlichen Korrekturmassnahmen im Rahmen der neuen ambulanten Tarifstruktur führen. Deshalb betont der Runde Tisch, dass die Bemühungen zur vermehrten Ambulantisierung im Rahmen der Kostenneutralität des neuen ambulanten Arzttarifs zu berücksichtigen sind. Wie auch der Bundesrat festgehalten hat, wird darauf zu achten sein, dass Kantone, die verstärkt auf ambulante Leistungen setzen, nicht benachteiligt werden. Die Bemühungen dieser Kantone, die ambulante Versorgung weiter auszubauen und zu optimieren, sollen nicht durch pauschale Korrekturmassnahmen gestraft, sondern wertgeschätzt und unterstützt werden.

Der Runde Tisch weist darauf hin, dass diese Massnahme nur bis zur teilweisen Inkraftsetzung der KVG-Änderung zur einheitlichen Finanzierung im Jahr 2028 wirksam sein kann. Ab 2028 ändert sich die Ausgangslage, da die Kantone dann ohnehin einen Anteil der ambulanten Leistungen finanzieren müssen. Die Erkenntnisse aus diesen Projekten sollen in die tariflichen Überlegungen für die Zeit ab 2028 einfließen.

Das kurzfristige Einsparpotenzial solcher Projekte ist schwierig zu schätzen, weshalb auf eine konkrete Kostenschätzung verzichtet wird. Vermehrte Ambulantisierung führt aber auf jeden Fall zu einer Kostendämpfung.

#### 4.1. Bekanntmachen von Projekten für die Förderung der Ambulantisierung

GDK, H+ und prio.swiss engagieren sich dafür, den Ansatz der Projekte bekannt zu machen und damit dazu beizutragen, dass weitere Projekte – wo möglich, angezeigt und sinnvoll – für die Jahre 2026/2027 eingeführt werden können.

## 4.2. Erweiterung der Liste AVOS

Der Runde Tisch Kostendämpfung unterstützt die vom EDI vorgesehene Erweiterung der AVOS-Liste, nimmt aber gleichzeitig zur Kenntnis, dass insbesondere seitens H+ Bedenken bestehen bezüglich weiterer Ausdehnungen dieser Liste.

# 5. Förderung von «smarter medicine»

**Gesundheitssektor:** Gesamter Sektor

**Akteure:** Verein «smarter medicine», Leistungserbringer, Krankenversicherer

**Einsparpotenzial:** Verzicht auf Kostenschätzung

**Umsetzungsmodus:** Information, Selbstdeklaration

## Ausgangslage

Die gemeinnützige Organisation «smarter medicine» und ihr Trägerverein verfolgen das Ziel, dass medizinische Massnahmen nur dann zur Anwendung kommen, wenn sie tatsächlich einen Nutzen für Patientinnen und Patienten haben. Insbesondere sogenannte Top-5-Listen sollen dazu beitragen, Über- und Fehlversorgungen zu reduzieren und damit die Behandlungsqualität zu erhöhen. Diese Leistungen haben keinen Nettonutzen für die Patientinnen und Patienten oder das Gesundheitssystem, können Komplikationen verursachen und erfordern unnötig Ressourcen.

Neben dem Hauptziel der Qualitätsverbesserung können die Arbeiten von «smarter medicine» als willkommenen Nebeneffekt auch eine kostendämpfende Wirkung haben, insbesondere wenn unnötige Tests, Arzneimittel oder Eingriffe vermieden werden. Die Teilnehmenden des Runden Tisches begrüssen das Engagement von «smarter medicine» und sehen ein Potential, mit gezielten Massnahmen deren Wirkung zu stärken. Dabei darf «smarter medicine» nicht von Bemühungen zur Kostendämpfung vereinnahmt werden, was ansonsten die Akzeptanz der Bemühungen von «smarter medicine» bei Leistungserbringer und bei Patientinnen und Patienten schmälern würde. Aus diesem Grund wird bewusst auf eine Schätzung der Kostenersparnis durch nachfolgende Massnahmen verzichtet.

## 5.1. Ausdehnung auf weitere Fachgesellschaften

Die FMH engagiert sich dafür, dass sämtliche medizinischen Fachgesellschaften eine Top-5-Liste veröffentlichen.

## 5.2. Informationen zu Über- und Fehlversorgungen in Wartezimmern

Der Verein «smarter medicine» und die Zeitschrift «Revue Médicale Suisse» haben mehrere Poster erstellt für den Aushang in Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten über einige Top-5-Empfehlungen. Diese betreffen etwa den Umgang mit Schlafmitteln oder Protonenpumpenhemmern. H+ und FMH unterstützen die Verteilung der Poster, damit diese in Wartezimmern von Praxen und Spitälern aufgehängt werden können. Die Versicherer wiederum verpflichten sich, diese Informationen via bestehende Kommunikationskanäle zu verbreiten.

## 5.3. Verstärkte Information von Hausärztinnen und Hausärzten

Mit der Unterstützung der FMH erarbeitet «smarter medicine» in Zukunft Listen der zehn wichtigsten Top-5-Empfehlungen. Die FMH verpflichtet sich, diese Liste in der

Schweizerischen Ärztezeitung zu publizieren und den entsprechenden Fachgesellschaften sowie den Instituten für Hausarztmedizin elektronisch zuzustellen, damit diese all ihre Mitglieder elektronisch über die Top-5-Listen informieren.

#### 5.4. Aufnahme von «smarter medicine» in die Qualitätsverträge

H+, FMH und die Versicherer, via prio.swiss, binden die Umsetzung der Top-5-Listen von «smarter medicine» als anerkannte Qualitätsmassnahme in die Qualitätsverträge ein.

#### 5.5. Weiterentwicklung des Projekts «LUCID»

Das Projekt «LUCID» («low value care in medical hospitalized patients») verfolgt das Ziel, die Qualität der Versorgung in den Universitätsspitalern zu verbessern, indem Behandlungen mit geringem Mehrwert identifiziert werden. Ziel ist es, ein echtes Monitoring aufzubauen, wie es im Nationalen Qualitätsbericht empfohlen wird. Der Runde Tisch unterstützt dieses Projekt und setzt sich dafür ein, dass dieses in ein nationales Dashboard ausgedehnt wird, welches auch Arztpraxen umfassen soll.

## 6. Förderung von Generika und Biosimilars

**Gesundheitssektor:** Arzneimittel

**Akteure:** Pharmaunternehmen; Krankenversicherer

**Einsparpotenzial:** Verzicht auf Kostenschätzung. Eine zusätzliche Verbreitung von Generika führt aber zweifelsohne zu tieferen Kosten. Vgl. auch Massnahme 7.2, welche ebenfalls den Themenbereich Generika betrifft.

**Umsetzungsmodus:** Selbstverpflichtung

### Ausgangslage

Seit dem 1. Januar 2024 wird für bestimmte Originalpräparate ein erhöhter Selbstbehalt von bis zu 40% erhoben. Patientinnen und Patienten tragen somit einen höheren Anteil an den Medikamentenkosten selber, wenn sie ohne medizinische Gründe nicht Generika oder Biosimilars beziehen.

Mit dieser Regelung gehen erhöhte Informationspflichten der Ärztinnen und Ärzte, Spitäler sowie Apothekerinnen und Apotheker einher. Erfolgt eine Erstabgabe eines Originalpräparats ohne Hinweis auf den höheren Selbstbehalt, könnten sich Patientinnen und Patienten wohl rechtlich dagegen wehren. Gegen ungerechtfertigte Verschreibungen des Originalpräparates aus medizinischen Gründen könnten zudem die Versicherer vorgehen, da seit 2024 eine Dokumentation mit Nachweis der Unverträglichkeit auf eingesetzte Generika erforderlich ist.

Die Mitglieder des Runden Tisches möchten deshalb Massnahmen ergreifen, damit die Patientinnen und Patienten möglichst wenig von diesem erhöhten Selbstbehalt betroffen sind und haben deshalb nachfolgende Massnahmen beschlossen:

#### 6.1. Wirkstoffverschreibung bei Erstversorgung

Die FMH verpflichtet sich, allen Mitgliedern für die Erstabgabe von Arzneimitteln eine Wirkstoffverschreibung zu empfehlen. Damit haben die Patientinnen und Patienten die Freiheit, ein Originalpräparat, ein Generikum oder ein Biosimilar zu beziehen. Diese freiwillige Massnahme hat den Vorteil, dass in Einzelfällen, in denen eine Wirkstoffverschreibung aus medizinischen Gründen nicht angezeigt ist, ein konkretes Präparat verschrieben werden kann. Die Verschreibungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte wird nicht eingeschränkt.

## 6.2. Umstellung der Spitäler auf Generika und Biosimilar

H+ empfiehlt sämtlichen Mitgliedern, im stationären und im ambulanten Bereich in Zukunft Generika und Biosimilars einzusetzen, sofern dies medizinisch sinnvoll ist. Damit erfüllen auch die Spitäler ihre Informationspflicht und reduzieren den höheren Selbstbehalt ihrer Patientinnen und Patienten. Die Umstellung wird aufgrund bestehender Lager- und Lieferverträge nicht sofort umgesetzt werden können.

## 6.3. Anpassung der Verordnung betreffend Selbstbehalt

Bei Medikamenten mit erhöhtem Selbstbehalt wird aktuell der die gesetzlichen 10% übersteigende Betrag zur Hälfte an den maximalen jährlichen Selbstbehalt von 700 CHF angerechnet. Sobald der maximale Selbstbehalt auf diese Weise erreicht wird, ist gar kein Selbstbehalt mehr geschuldet – der erhöhte Selbstbehalt verliert seine Lenkungsfunktion. Das EDI beabsichtigt eine Anpassung der bestehenden Verordnungsregelung und bereitet eine Vernehmlassungsvorlage vor. Gemäss dieser Regelung soll die Wirkung des erhöhten Selbstbehaltes verbessert werden, indem der nicht anrechenbare Anteil des erhöhten Selbstbehalts beim Bezug teurer, gleich wirksamer Originalpräparate immer fällig wird. Wie bis anhin wird bei Vorliegen einer medizinisch begründeten Verschreibung eines Originalpräparats kein erhöhter Selbstbehalt erhoben. Der Runde Tisch unterstützt die Absicht, eine solche Vernehmlassungsvorlage zu erarbeiten.

# 7. Information der Versicherten

**Gesundheitssektor:** Krankenversicherer, konkrete Massnahme betrifft Arzneimittel

**Akteure:** Krankenversicherer

**Einsparpotenzial:** 25 Millionen Franken

**Umsetzungsmodus:** Selbstverpflichtung und vorzeitige Inkraftsetzung einer KVG-Revision

## Ausgangslage

Die Krankenversicherer äusserten in der Vergangenheit wiederholt das Potenzial, mittels gezielter Informationen an ihre Versicherten zur Kostendämpfung beitragen zu können. Mit der Gesetzesrevision im Rahmen des Kostendämpfungspakets 2 wird in Art. 56a KVG sowie in Art. 84 Abs. 1 Bst. j KVV die Möglichkeit geschaffen, dass die Versicherer ihre Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, die Wahl von geeigneten besonderen Versicherungsformen und präventive Massnahmen informieren können. Die Persönlichkeitsrechte der Versicherten werden dabei gewahrt. Die Versicherer informieren den Versicherten, dass der Erhalt der Information und die Befolgung der Empfehlung freiwillig ist.

Eine erste Umsetzung der neuen Bestimmung bietet sich bei den Nachahmerprodukten – also Generika und Biosimilars – an. Der Runde Tisch ist überzeugt, dass durch die zusätzliche Nutzung von Generika und Biosimilars ein erhebliches Kosteneinsparpotenzial besteht, ohne dass damit der Leistungsumfang der Krankenversicherung eingeschränkt wird. Die Biosimilar-Quote in der Schweiz, gemessen an den Bezügen, lag 2023 bei 26.7%<sup>1</sup>, was im internationalen Vergleich tief ist. Die Generikaquote konnte in den letzten Jahren kontinuierlich gesteigert werden und hat im generikafähigen Markt im Jahr 2024 einen Marktanteil von 73% erreicht. Trotz der unbestrittenen Fortschritte besteht bei den Generika und Biosimilars nach wie vor ein nicht ausgeschöpftes Einsparpotenzial von rund 180

---

<sup>1</sup> Vergleiche Helsana Arzneimittelreport 2024, Seite 53 ff.

Millionen Franken<sup>2</sup>. Obwohl 2024 wirksame gesetzliche Bestimmungen in Kraft gesetzt wurden, welche Anreize für den Bezug von Generika und Biosimilars geben, bleibt das Einsparpotential im tiefen 3-stelligen Millionenbereich.

Die Krankenversicherer können im Bereich der Generika- und Biosimilar-Substitution eine wichtige Rolle zur Kostendämpfung und zur Patienteninformation einnehmen. Sie verfügen über die notwendigen Informationen und haben die Mittel, zeitnah ihre Kunden über Kostendämpfungsmassnahmen zu informieren. Eine Studie der Universität Basel konnte zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, auf ein Generikum umzusteigen, unmittelbar nach Erhalt eines Informationsschreibens eines Versicherers um fast 30% ansteigt, was fast einer Vervierfachung der Substitutionswahrscheinlichkeit entspricht<sup>3</sup>. Vorsichtig geschätzt bringt diese Massnahme pro Jahr einen Kostendämpfungseffekt von 25–30 Millionen Franken und insgesamt über 3-4 Jahre von über 100 Millionen Franken. Zudem profitieren die Versicherten davon, dass sie bei einem Wechsel auf Generika und Biosimilars nicht mehr vom erhöhten Selbstbehalt betroffen sind.

Im Sinne einer ersten Massnahme sollen nach Inkraftsetzung von Art. 56a KVG alle diejenigen Versicherten persönlich durch ihren Versicherer kontaktiert werden, welche ein Originalpräparat (Medikament oder ein Biologikum) bezogen und dadurch einen erhöhten Selbstbehalt bezahlt haben. Die Einsparung kann durch den Wegfall eines höheren Selbstbehaltes zu Lasten des Versicherten oder durch die Preisreduktion beim Bezug des günstigeren Nachahmerproduktes entstehen.

### 7.1. Vorzeitige Inkraftsetzung Art. 56a sowie Art. 84 Abs. 1 Bst. j KVG

Der Runde Tisch ersucht das EDI, dem Bundesrat eine vorzeitige Inkraftsetzung dieser Bestimmungen per 1. Juli 2026 zu beantragen.

### 7.2. Information der Versicherten über erhöhten Selbstbehalt

Die Versicherer informieren ihre Kundinnen und Kunden, wenn diese ein Originalpräparat bezogen und dadurch einen erhöhten Selbstbehalt bezahlt haben respektive ein erheblich günstigeres wirkstoffidentisches Medikament zur Behandlung derselben Krankheit verfügbar ist. Sie nutzen dabei die neu geschaffene Kompetenz, Versicherte direkt anschreiben zu können (Art. 56a KVG).

### 7.3. Weitere Informationen der Versicherten

Weitere analoge Massnahmen mit Hinweisen der Versicherer an die Versicherten auf alternative Versicherungsmodelle, weitere Kostendämpfungsmöglichkeiten oder präventive Massnahmen sind erwünscht. Die Versicherer werden weitere Überlegungen machen, wie sie durch die gezielte Information der Versicherten zur Kostendämpfung beitragen können. So könnten sie beispielsweise Kontakt mit chronisch kranken Personen aufnehmen, damit sie über alternative Versicherungsmodelle mit engerer Betreuung («Disease Management») informiert werden.

---

<sup>2</sup> Vergleiche Medienmitteilung Intergenerika vom 26.2.2025

<sup>3</sup> WWZ Working Paper University of Basel “A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution”, Linn Hjalmarsson, Christian P.R. Schmid, Nicolas Schreiner, Mai 2024

## 8. Labore

**Gesundheitssektor:** Laboranalysen

**Akteure:** Leistungserbringer

**Einsparpotenzial:** 85 Millionen Franken

**Umsetzungsmodus:** Verordnungsanpassung, Selbstverpflichtung

### Ausgangslage

Die Analysenliste (AL) bildet den Anhang 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Die AL enthält diejenigen Analysen mit Tarif, die von medizinischen Laboratorien nach Artikel 54 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erbracht werden und von der OKP übernommen werden. Dieser Tarif ist veraltet und nicht mehr sachgerecht. Im Rahmen des Projektes transAL-2 überarbeitet das BAG in enger und konstruktiver Zusammenarbeit mit allen involvierten Stakeholdern, diesen Tarif umfassend. Der Runde Tisch begrüsst diese Arbeiten für ein neues Tarifmodell ausdrücklich.

Parallel zu diesen Arbeiten wurden bereits mehrere kostensenkende Massnahmen umgesetzt, so namentlich eine lineare Kürzung der Tarife aller Positionen mit Ausnahme der Schnellen Analysen (Analysen im Praxislabor) im Jahr 2022.

Auf Antrag des Runden Tisches hin konnte Einigkeit für den Verzicht auf die Bezahlung von sogenannten «fees for service» erzielt werden. Diese Massnahme erfolgt gestützt auf den neuen ambulanten Arzttarif, in welchem nunmehr klar geregelt ist, dass die Ausstellung von Verordnungen, die digital erfolgen sollen, zu den vergüteten ärztlichen Leistungen gehört. Damit werden potenzielle Fehlanreize, welche durch solche Gegenleistungen bestanden haben könnten, beseitigt. Auch der Verband der Medizinischen Laboratorien Schweiz (FAMH) trägt diese Massnahme mit. Zur Umsetzung dieser Massnahme sichern FAMH und H+ zu, sämtlichen Mitgliedern zu empfehlen, auf die Bezahlung der heute gängigen «fee for service» zu verzichten, was vom Runden Tisch ausdrücklich begrüsst wird.

Der Runde Tisch beantragt dem Verordnungsgeber EDI, als vorgezogene Massnahme zum Projekt transAL-2 den Tarif der Auftragstaxe (AL Pos.-Nr. 4700.00, aktueller Tarif: 21.60 Franken) per 1. Juli 2026 um 10 Franken zu reduzieren und damit sicherzustellen, dass der Verzicht auf «fees for service» nicht höhere Entschädigungen gewisser Leistungserbringer zur Folge hat. Der Runde Tisch nimmt zur Kenntnis, dass die FAMH diesen Teil der Massnahme im jetzigen Zeitpunkt ablehnt, weil die Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und die Wirtschaftlichkeit nicht abschliessend geklärt seien. Die FAMH strebt an, dass sämtliche Tarifanpassungen erst im Rahmen der Umsetzung von transAL-2 vorgenommen werden.

### 8.1. Reduktion der Auftragstaxe um 10 Franken

Dem EDI wird beantragt, den Tarif der Auftragstaxe (AL Pos.-Nr. 4700.00) als vorgezogene Massnahme zum Projekt transAL-2 um 10 Franken zu reduzieren. Diese Massnahme hat ein geschätztes Einsparpotenzial von 85 Millionen Franken.

### 8.2. Empfehlung FAMH und H+ an ihre Mitglieder, auf «fees for service» oder weitere Vergünstigungen zu verzichten

FAMH und H+ verpflichten sich, ihren Mitgliedern zu empfehlen, dass sie ab 1. Juli 2026 auf die oben erwähnten «fees for service» verzichten sollen.

## 9. Reduktion Papierrechnungen

**Gesundheitssektor:** Leistungserbringer, Krankenversicherer

**Akteure:** Krankenversicherer, Leistungserbringer

**Einsparpotenzial:** 36 Millionen Franken

**Umsetzungsmodus:** Selbstverpflichtung und vorzeitige Inkraftsetzung einer KVG-Revision

### Ausgangslage

Gemäss dem im Rahmen des Kostendämpfungspakets 2 verabschiedeten Art. 42 Abs. 3ter KVG müssen die Leistungserbringer in Zukunft die Rechnungen elektronisch übermitteln. Voraussetzung hierfür ist, dass sich Leistungserbringer und Versicherer auf einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard einigen.

Vorgesehen ist, dass das Kostendämpfungspaket 2 am 1. Januar 2027 in Kraft treten soll. Diese Bestimmung wird gemäss Parlamentsbeschluss aber erst dann Wirkung entfalten, wenn eine Einigung zwischen Leistungserbringer und Versicherer zu einem einheitlichen Standard vereinbart wird. Das Gesetz enthält dafür eine zweijährige Übergangsfrist.

Der Runde Tisch ist überzeugt, dass dieser Prozess beschleunigt werden soll. Die Mitglieder des Runden Tisches haben im Rahmen der Arbeiten festgehalten, dass der vom Gesetz verlangte einheitliche Standard einer derjenigen sein soll, die das Forum Datenaustausch, dem alle Versicherer sowie die grössten Leistungserbringerverbände und die GDK/Kantone angehören, beschlossen haben. Es handelt sich um die aktuell gültigen Releases des Forum Datenaustausch.

Für die Mitglieder des Runden Tisches ist es klar und auch wichtig, dass sich einzelne Leistungserbringer resp. deren Verbände nicht den Diskussionen über einen gesamtschweizerischen Standard entziehen respektive die Verhandlungen in die Länge ziehen können, indem sie einen anderen Standard verlangen.

Aus diesem Grund ersucht der Runde Tisch den Bundesrat, den neuen Artikel 42 Abs. 3ter bereits auf den 1. Juli 2026 in Kraft treten zu lassen. Zudem sollen die vom Forum Datenaustausch festgelegten einheitlichen Standards ab diesem Datum aufgrund der Einigung zwischen Leistungserbringer und Tarifpartner für alle allgemeinverbindlich gelten. Angesichts der sehr klaren Ausgangslage ist nicht angezeigt, damit noch weiter zuzuwarten.

Da der Bundesrat gemäss Übergangsbestimmung des Kostendämpfungspakets 2 einen subsidiären Eingriff erst nach 2 Jahren machen könnte, empfiehlt der Runde Tisch eine grosszügige Übergangsregelung. Während dieser Übergangsfrist von 5 Jahren sollen Papierrechnungen weiterhin erlaubt sein. Weil aber das Parlament einen vollständigen Wechsel zu digitalen Rechnungen ohne Ausnahmen vorgesehen hat, sollen die effektiven Zusatzkosten für das Einlesen von Papierrechnungen, die rund 3 Franken pro Papierrechnung betragen, weder durch das Versichertenkollektiv noch durch einzelne Versicherte getragen werden müssen. Deshalb sollen die Versicherer während dieser Übergangsfrist einen Abzug von 3 Franken vornehmen dürfen, womit neu die Leistungserbringer, welche nicht diesem einheitlichen Standard entsprechende Rechnungen einreichen, diese Kosten tragen müssen.

### 9.1. Inkraftsetzung von Art. 42 Abs. 3ter KVG per 1.7.2026

Der Runde Tisch ersucht das EDI, dem Bundesrat eine vorzeitige Inkraftsetzung des Art. 42 Abs. 3ter KVG per 1. Juli 2026 zu beantragen.

## 9.2. Festlegung des einheitlichen Standards

Der Runde Tisch stellt fest, dass der von Art. 42. Abs 3ter KVG geforderte einheitliche Standard mit den vom Forum Datenaustausch beschlossenen Standards XML bereits vorliegt. Können sich die Versicherer und die Leistungserbringer bis zum Inkrafttreten der Gesetzesbestimmung Mitte 2026 für die übrigen Leistungserbringer nicht auf einen gemeinsamen Standard einigen, sollen die Standards XML ab diesem Zeitpunkt für alle gelten.

## 9.3. Übergangsfrist von 5 Jahren für Papierrechnungen mit Kostentragungspflicht Leistungserbringer

Als Entgegenkommen gegenüber den Leistungserbringern, welche diesen Standard noch nicht verankert haben, soll eine Übergangsfrist von 5 Jahren gewährt werden. Während dieser Übergangsfrist dürfen weiterhin Papierrechnungen eingereicht werden. Für jede eingereichte Papierrechnung soll der Versicherer seine effektiven Kosten für das Einlesen einer Papierrechnung von 3 Franken vom Rechnungsbetrag abziehen und damit dem Leistungserbringer auferlegen können. Die Versicherer können auf diesen Abzug verzichten, etwa wenn die Verhandlungen mit dem Verband der Leistungserbringer konstruktiv verlaufen.

# 10. Schärfung des Kostenbewusstseins und Stärkung der Systemkompetenz

**Gesundheitssektor:** Gesamter Sektor

**Akteure:** Alle Akteure, Bevölkerung

**Einsparpotenzial:** Verzicht auf Kostenschätzung

**Umsetzungsmodus:** Information

## Ausgangslage

Das Kostenbewusstsein der Bevölkerung und der Akteure im Gesundheitswesen ist eine wichtige Grundlage für die Akzeptanz von kostendämpfenden Massnahmen sowie für die Reflektion des eigenen Verhaltens bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Bislang kommunizieren EDI und BAG zu folgenden Zeitpunkten zur Kostenentwicklung: Vierteljährlich mit einer Online-Publikation des Monitorings der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung **MOKKE** (ohne Medienmitteilung), jeweils im Frühjahr mit einem Mediengespräch zum Thema Gesundheitskosten und im Herbst mit der Kommunikation der Prämien genehmigung für das Folgejahr. Daneben wird das Thema Kosten in Rahmen anderer Kommunikationspublikationen oftmals auch aufgenommen sowie in Antworten auf Medienanfragen thematisiert.

Das Parlament hat im Frühling 2021 neue Bestimmungen zur Erhebung und Weitergabe von Daten durch die Versicherer ans BAG verabschiedet. Einerseits kann das BAG (gem. Art. 21 Abs. 2 Bst. a KVG) Angaben pro versicherte Person zum Monitoring der Kostenentwicklung regelmässig erheben. Andererseits wird das BAG neu beauftragt, die bei den Versicherern erhobenen Daten (Individualdaten oder gruppierte Daten) den Datenlieferanten, der Forschung und der Öffentlichkeit stufengerecht und im Einklang mit dem Datenschutzgesetz zu Verfügung zu stellen (Art. 21 Abs. 3/4 KVG).

Die Verordnungsänderung zur Umsetzung der oben genannten Bestimmungen ist auf 2023 in Kraft getreten. Als Folge der neuen gesetzlichen Grundlage kann die Statistik der

obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit neu verfügbaren Angaben über Kosten nach Leistungserbringer und nach Leistungsart erweitert und damit künftig eine bessere Transparenz und Überwachung der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung sichergestellt werden.

- ➔ Das Dashboard Krankenversicherung wird mit den neuen Angaben erweitert
- ➔ Ergebnisse der Erhebungen werden den entsprechenden am Vollzug des KVG beteiligten Stellen (u.a. Kantone) zur Verfügung gestellt.
- ➔ Weitere interessierte Stellen (Forschung, Versicherer etc.) können Daten beantragen

Neben dem Wissen zur Kostenentwicklung spielen auch die Kenntnisse der Bevölkerung (und der Akteure) des Krankenversicherungssystems eine wichtige Rolle. Je besser sie das System verstehen, umso zielgerichteter können sie sich darin bewegen. Die nachfolgenden Massnahmen sollen einen Beitrag leisten, um das Kostenbewusstsein und die Systemkompetenz zu verbessern. Sie leisten damit einen indirekten Beitrag zur Kostendämpfung.

## 10.1. Verstärkte Kommunikation zur Kostenentwicklung

Um das Kostenbewusstsein zu schärfen, soll ab 2026 pro Quartal eine (sichtbare) öffentliche Kommunikation über die Kostenentwicklung auf Ebene Bund und Kantone erfolgen. Ab 2026 werden das EDI bzw. das BAG – in Koordination mit den Kantonen (GDK) und den Versicherern (prio.swiss) – die Kommunikation zur Kostenentwicklung verstärken. Neu soll die vierteljährliche Kommunikation der Quartalszahlen zu den Kosten von einer Medienmitteilung begleitet werden.

## 10.2. Stärkung der Systemkompetenz und des Systemwissens

Um das Systemwissen bei den Akteuren zu stärken, werden das EDI bzw. das BAG – in Koordination mit den Kantonen (GDK) und Versicherern (prio.swiss) – zu den am häufigsten gestellten Fragen zum Krankenversicherungssystem die bereits verfügbaren Informationen schrittweise ergänzen. Beispielsweise ist eine häufige Frage: «Es stimmt doch nicht, dass die Prämien den Kosten folgen?». Wo sinnvoll, sollen die Informationen grafisch (vgl.: [Einheitliche Finanzierung: Kernelemente der Vorlage](#)) oder auch filmisch (vgl. [La Minuterie BLV](#); [Videos BSV](#)) aufbereitet werden. Zudem sollen Verlinkungen zwischen den bestehenden Webseiten der Akteure optimiert werden (bspw. auch zu [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch) und dem [Dashboard Krankenversicherung](#)). Das BAG organisiert hierzu im 1. Quartal 2026 einen Austausch mit den Kommunikationsverantwortlichen der GDK und prio.swiss.

Um die Systemkompetenz der Versicherten zu steigern, werden das EDI bzw. das BAG in einem ersten Schritt in Koordination mit der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO) die am häufigsten gestellten Fragen zur Orientierung im Krankenversicherungssystem sammeln und wo notwendig Antworten klären (bspw. welche Stelle ist für welche Frage zuständig). In einem zweiten Schritt sollen die Informationen mit weiteren Akteuren, die regelmässig Fragen von Versicherten beantworten, geteilt werden (bspw. pro-salute, Gesundheitsligen, Patientenstellen, Konsumentenorganisationen, Selbsthilfeorganisationen etc.).

# 11. Verwaltungskosten der Versicherer

**Gesundheitssektor:** Krankenversicherungen

**Akteure:** Krankenversicherer, Bund/BAG

**Einsparpotenzial:** 40 Millionen Franken

**Umsetzungsmodus:** Selbstdeklaration

## Ausgangslage

Die Verwaltungskosten der Versicherer sind immer wieder Gegenstand von öffentlichen Diskussionen und werden häufig als zu hoch kritisiert. Gleichzeitig können sinnvoll eingesetzte Verwaltungskosten – z.B. für eine Automatisierung der Rechnungskontrolle, zur Entwicklung von alternativen Versicherungsmodellen (AVM) oder zur Betreuung der Kunden – auch eine kostendämpfende Wirkung haben. Die Verwaltungskosten betragen im Durchschnitt 4,7 % der Prämien. Sie sind damit tiefer als diejenigen sämtlicher vergleichbarer Sozialversicherungen.

Die Publikation der Auswertung Verwaltungskosten erfolgt bis anhin mittels Excel-Cockpit: [Bilanzen und Betriebsrechnungen Krankenversicherer](#). Zudem weist ein Beitrag auf der BAG-Homepage jeweils auf den aktuellen Jahresabschluss hin. Eigentlich werden bereits viele Informationen publiziert, sie sind allerdings wenig adressatengerecht aufbereitet. Ab nächstem Jahr werden die Verwaltungskosten in das [Dashboard Krankenversicherung](#) integriert. Es ist geplant, die dort publizierten Daten adressatengerechter zu präsentieren. Das Ziel ist, dass die Verwaltungskosten für die versicherten Personen und die Medien transparenter sind.

Parallel dazu hat das BAG die Aufsicht im Bereich Verwaltungskosten stärker in den Fokus genommen und wird sie weiter vertiefen. Insbesondere führt das BAG demnächst Benchmarks ein, die zeigen, wie ein Versicherer im Vergleich zur Branche oder zu einem ähnlich grossen Versicherer in Bezug auf die Verwaltungskosten abschneidet. Zudem sollen nebst den gesamten Verwaltungskosten verschiedene Kostenarten betrachtet werden, zum Beispiel Provisionen oder Werbekosten.

## 11.1. Verwaltungskosten um 2 % reduzieren

Die Krankenversicherer sind bereit, im Rahmen des Runden Tisches einen Sparbeitrag zu leisten, indem die Verwaltungskosten um insgesamt 2 % respektive 40 Millionen Franken gesenkt werden. Die Ausgangslage bezüglich Verwaltungskosten ist je nach Versicherer unterschiedlich: Es gibt digitalisierte und weniger digitalisierte Versicherer, grosse und kleine Versicherer und diverse Geschäftsführungsstrategien. Die Versicherer setzen deshalb auf Selbstregulierungsmassnahmen, die die unternehmerische Freiheit der Versicherer nicht einschränkt.

Alle Krankenversicherer verpflichten sich, den Verwaltungsaufwand durch Effizienzmassnahmen und strategische Entscheide zu Lasten der OKP spätestens bis 2027 um 2 % der im Jahr 2025 ausgewiesenen Verwaltungskosten zu reduzieren. Die Sparmassnahme darf nicht durch Nichterfüllung von regulatorischen Vorgaben erzielt werden. Das Reporting auf Ebene Branche wird via prio.swiss gewährleistet.

## 11.2. Reduktion der Portokosten

Die Versicherer verpflichten sich ausserdem, alle zur Verfügung stehenden Massnahmen zu ergreifen, um die Versandkosten zu senken, insbesondere im Austausch mit den

Leistungserbringern und anderen Akteuren. In diesem Zusammenhang ist eine aktive Zusammenarbeit aller beteiligten Parteien erforderlich. Auch gegenüber den Versicherten werden breite Sensibilisierungsmassnahmen ergriffen, um die elektronische und digitale Kommunikation zu fördern.

## 12. Weitergabe von Rabatten

**Gesundheitssektor:** Alle Sektoren

**Akteure:** Leistungserbringer, Krankenversicherer, Bund/BAG

**Einsparpotenzial:** 60 Millionen Franken sowie weitere nicht schätzbare Einsparungen

**Umsetzungsmodus:** Selbstverpflichtung, Information, Sensibilisierung, Verordnungsrevision

### Ausgangslage

Beim Einkauf von Heilmitteln (Arzneimittel und Medizinprodukte) können die Leistungserbringer (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Apothekerinnen und Apotheker) Vergünstigungen in Form von Rabatten und Rückvergütungen erhalten. Gemäss Art. 56 Abs. 3 Bst. b KVG sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Vergünstigungen vollumfänglich an die Versicherer weiterzugeben. Damit wird die Prämienlast reduziert. Seit dem 1. Januar 2020 können Leistungserbringer und Versicherer nach Art. 56 Abs. 3<sup>bis</sup> KVG aber auch vereinbaren, dass die Leistungserbringer maximal 49 % der Vergünstigungen zurückbehalten dürfen, diese jedoch für die Verbesserung der Behandlungsqualität verwenden müssen.

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass die Kontrolle der Weitergabe der Vergünstigungen eine grosse Herausforderung ist. Die Mitglieder des Runden Tisches sind sich einig, dass Massnahmen ergriffen werden sollen, damit die Weitergabepflicht der Vergünstigungen möglichst umfassend umgesetzt wird.

Im Zusammenhang mit der Vereinbarung zwischen der FMH und den Versicherern (Nationaler Vertrag) bieten mehrere private Unternehmen Dienstleistungen zur Unterstützung von Leistungserbringern (einzelne niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Ärztezentren wie auch ganze Ärztenetze) an. Diese Unternehmen übernehmen etwa die Rabattverhandlungen mit Pharmaunternehmen, administrative Arbeiten bei der Berechnung der weiterzugebenen Beträge, die Aufbereitung von Daten für Berichte und teilweise auch die Bereitstellung von Informationen für die Evaluation der Verbesserung der Behandlungsqualität. Aktuell nehmen rund 800 Ärztinnen und Ärzte solche Dienstleistungen in Anspruch.

Im Rahmen der Vereinbarung von H+ mit den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer werden hingegen keine privaten Unternehmen mit entsprechenden Aufgaben betraut. H+ hat mit den Versicherern eine Vereinbarung abgeschlossen, welche die gesetzeskonforme Weitergabe der Rabatte ermöglicht. Es sind jedoch nicht alle Spitäler dieser Vereinbarung beigetreten.

Der Apothekerverband pharmaSuisse und die Versicherer haben bis jetzt keine Vereinbarung nach Artikel 56 Absatz 3<sup>bis</sup> KVG abgeschlossen. Die Parteien sind sich einig, dies nun rasch zu ändern.

## 12.1. Schreiben an alle Ärztinnen und Ärzte, Spitäler sowie Apothekerinnen und Apotheker

Das BAG wendet sich im Namen des Runden Tisches über die Dachorganisationen mit einem Schreiben an die Ärzteschaft, die Spitäler und die Apotheken. Das Schreiben informiert über die vollumfängliche Weitergabepflicht von Vergünstigungen nach Art. 56 Abs. 3 Bst. b KVG sowie die Möglichkeit eines Beitritts zu einer Vereinbarung nach Art. 56 Abs. 3<sup>bis</sup> KVG und der Möglichkeit, einen Teil der Vergünstigungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität einzusetzen.

## 12.2. Mehr Mitglieder des Nationalen Vertrags

Die FMH fördert in Absprache mit den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer den Beitritt ihrer Mitglieder zur Vereinbarung nach Art. 56 Abs. 3<sup>bis</sup> KVG und empfiehlt dies seinen Mitgliedern. Beide Parteien setzen sich für eine gesetzeskonforme und praxistaugliche Weiterentwicklung des nationalen Vertrages ein. Das BAG unterstützt die Vertragspartner wie bis anhin und ermöglicht im Rahmen des Gesetzes eine machbare Umsetzung. Unter diesen Voraussetzungen kommuniziert die FMH zu einer verbesserten Umsetzung der Weitergabepflicht bei ihren Mitgliedern und den Fachgesellschaften und engagiert sich dafür, dass in den nächsten Jahren die weitergegebenen Vergünstigungen an die Versicherten steigen. Dabei soll auch darauf hingewiesen werden, dass sich die Ärztinnen und Ärzte zur administrativen Entlastung zusammenschliessen oder externe Dienstleister in Anspruch genommen werden können. Diese Massnahme hat ein geschätztes Einsparpotenzial von 30 Millionen Franken.

## 12.3. Alle Mitglieder von H+ (218 Schweizer Spitäler und Kliniken) treten der Vereinbarung bei

H+ fördert in Absprache mit den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer den Beitritt ihrer Mitgliederspitäler zur Vereinbarung nach Art. 56 Abs. 3<sup>bis</sup> KVG und empfiehlt dies seinen Mitgliedern. Die Versicherer übernehmen als Vertragspartner ihre Verantwortung, die Weitergabe der Vergünstigungen einzufordern. Daher sollen sie in Zukunft bei neuen Tarifverträgen sicherstellen, dass alle Spitäler der Vereinbarung beitreten oder die Vergünstigungen vollumfänglich weitergegeben werden. Diese Massnahme hat ein geschätztes Einsparpotenzial von 30 Millionen Franken.

## 12.4. Abschluss einer Vereinbarung zwischen pharmaSuisse und Versicherern

Auch die Apothekerinnen und Apotheker sind verpflichtet, Vergünstigungen gemäss Art. 56 Abs. 3 Bst. b KVG weiterzugeben oder im Rahmen einer Vereinbarung gemäss Art. 56 Abs. 3<sup>bis</sup> KVG einen Teil (max. 49 %) für die Verbesserung der Behandlungsqualität einzusetzen.

PharmaSuisse und die Versicherer verpflichten sich, Verhandlungen zu einer Vereinbarung nach Art. 56 Abs. 3<sup>bis</sup> KVG aufzunehmen und bis spätestens Juli 2026 zum Abschluss zu bringen.

## 12.5. Aufnahme der Medizinprodukte in die Verordnung über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich (VITH)

Das EDI erarbeitet aktuell eine Verordnungsänderung, damit auch Medizinprodukte explizit in die VITH aufgenommen werden. Der Runde Tisch unterstützt diese Revision ausdrücklich.