



Obligatorische Krankenversicherung

Evaluation der Prämien genehmigung und der Aufsicht über die Krankenversicherer



Impressum

Bestelladresse	Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)
Adresse de commande	Monbijoustrasse 45, CH - 3003 Bern
Order address	http://www.efk.admin.ch/
Bestellnummer	
Numéro de commande	1.9397.316.00098.10
Zusätzliche Informationen	Fachbereich 6 „Wirtschaftlichkeitsprüfung und Evaluation“
Complément d'informations	E-Mail: ueli.luginbuehl@efk.admin.ch
Further informations	Tel. 031 323 10 55
Originaltext	Deutsch
Texte original	Allemand
Original text	German
Zusammenfassung	Deutsch (« Das Wesentliche in Kürze »)
Résumé	Français (« L'essentiel en bref »)
Abstract	English (« Key facts »)
Abdruck	Gestattet (mit Quellenvermerk)
Reproduction	Autorisée (merci de mentionner la source)
Reproduction	Authorised (please mention the source)

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Evaluation der Prämien genehmigung und der Aufsicht über die Krankenversicherer

Das Wesentliche in Kürze

Auf Antrag der nationalrätlichen Geschäftsprüfungskommission via die Finanzdelegation der eidgenössischen Räte hat die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Aufsicht über die Durchführung der Krankenversicherung untersucht. Im Zentrum der Evaluation steht das Prämien genehmigungsverfahren in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als ein Teil der Aufsicht über die Krankenversicherungen.

Aktuell sind 81 Schweizerische Krankenversicherer im Bereich der sozialen Krankenversicherung aktiv, wobei knapp die Hälfte der Bevölkerung in der Schweiz bei den drei grössten Versicherungsgruppen (Gruppe Helsana, CSS Holding und Groupe Mutuel) versichert ist. Etwas mehr als ein Drittel der gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz von rund 60 Mrd. Franken wird über die Grundversicherung finanziert. Für das Jahr 2009 beliefen sich die Prämieinnahmen auf 20.1 Mrd. Franken und die Kostenbeteiligung der Versicherten (Selbstbehalt und Franchisen) auf 3.4 Mrd. Franken.

Vielfältige Aufsichts- und Prämien genehmigungstätigkeiten anhand umfangreicher Datengrundlagen

Bei der Überwachung der Durchführung der Krankenversicherung ist zwischen der generellen Aufsicht über die Krankenversicherung und dem Prämien genehmigungsverfahren im Speziellen zu unterscheiden. Die Tätigkeiten für diese Aufgaben sind umfangreich. Das BAG setzt dafür rund 20 Vollzeitkräfte ein. Die Aufsicht dient der Überprüfung und Gewährleistung der Einhaltung der Finanzierungsgrundsätze gemäss Krankenversicherungsgesetz sowie der Solvenz der Krankenversicherer. Mit der Prämien genehmigung soll sichergestellt werden, dass die Prämien im Verhältnis zu den Kosten angemessen sind.

Die Versicherer dürfen die Mittel der sozialen Krankversicherung nur zu deren Zwecken verwenden. Die Einhaltung dieser Vorgabe wird durch das BAG kontrolliert, indem es einerseits regelmässig Kontrollen vor Ort bei den Versicherungen durchführt und andererseits die Bilanz- und Erfolgsrechnungen gezielt auf Kapitalverschiebungen analysiert. Zudem wird dieser Aspekt auch von den ordentlichen Revisionsstellen der Krankenversicherer geprüft. Die bisherige Praxis zeigte, dass bei der Betriebskostenallokation zwischen Zusatzversicherung und Grundversicherung eher die Grundversicherung bevorzugt wurde.

Die Aufsicht kann sich auf eine breite und qualitativ hochstehende Datengrundlage stützen, wie die Evolution der Prämien und der Kosten pro Versicherten und Kanton und die buchhalterischen Daten der Versicherungen. Die aktuellen Vorgaben erlauben den Krankenversicherern eine gewisse Flexibilität bei der Bewertung ihrer Aktivposten und somit bei der Schaffung von stillen Reserven. Diese Möglichkeit betrifft insbesondere die Bilanzierung sämtlicher Wertschriften, welche heute zum Anschaffungswert erfasst und bilanziert werden können.

Prämiengenehmigungsprozess: eine einvernehmliche Lösung mit den Versicherern wird angestrebt

Der zweimonatige Prämiengenehmigungsprozess des BAG beinhaltet sowohl eine technische als auch eine materielle Prüfung der von den Krankenversicherern eingereichten Prämien für das folgende Jahr. Die Entscheide werden anhand von verschiedenen kassenspezifischen Kriterien unter Berücksichtigung von Benchmarks zum Durchschnitt der anderen Krankenversicherer getroffen. Der Genehmigungsprozess ist transparent und nachvollziehbar. Die Prämienanpassungen werden grundsätzlich in Absprache mit den Krankenversicherern vorgenommen. Verfügungen werden eher vermieden.

Die Kantone haben gemäss Krankenversicherungsgesetz die Möglichkeit, vor der Genehmigung der Prämien zu den für ihre Bevölkerung vorgesehenen Prämientarifen Stellung zu nehmen. Die von den Kantonen vorgebrachten Punkte sind dem BAG grundsätzlich bekannt und fliessen - soweit aus Sicht des BAG relevant - in den Prämiengenehmigungsentscheid ein. Für das Bundesamt steht hingegen die Solvabilität der Kasse als Ganzes und weniger die kantonale Betrachtung im Zentrum. Der direkte Einfluss der kantonalen Stellungnahme auf den Entscheid der Prämiengenehmigung ist somit als gering zu beurteilen.

Die Eingaben der Krankenversicherungen sind nur begrenzt plausibilisierbar

Die Beurteilung der Prämien stützt sich auf die Eingaben bzw. Budgets der Versicherer ab. Das Bundesamt schätzt, ob die Prognosen der einzelnen Versicherer für das kommende Jahr nachvollziehbar und plausibel sind. Trotz der Fülle an Daten und Auswertungen für alle Versicherer bleibt die Ungewissheit bestehen, ob sich die Veränderungen des Bestandes aber auch die Gesundheitskosten der einzelnen Versicherer so entwickeln wie prognostiziert. Ein Budget basiert stets auf Annahmen, z. B. bezüglich der Anzahl der Versicherten, Bestandesverschiebungen innerhalb von Modellen, Kostensteigerungen pro Leistungsart, Kapitalerträgen, Abgaben oder Beiträgen Risikoausgleich usw.

Einzelne Versicherer haben für gewisse Kantone über mehrere Jahre zu tiefe oder zu hohe Kosten- und Prämienprognosen geliefert. Ein Grund dafür liegt sicher darin, dass die einzelnen Versicherer bei ihren Prognosen auch die Struktur ihrer Bestände zu berücksichtigen haben. So können die Kosten pro versicherte Person steigen, wenn viele Gesunde einen Versicherer verlassen, ohne dass im Gesamtmarkt eine Kostensteigerung resultiert. Kommerzielle Überlegungen und noch weitere Gründe, welche die Prognosefehler erklären können, wurden von der EFK jedoch nicht näher untersucht.

Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass zwischen der Budgeteingabe per Ende Juli und den definitiv abgeschlossenen Betriebsrechnungen der Versicherer knapp zwei Jahre vergehen und sich die Realität häufig anders entwickelt als ursprünglich prognostiziert. Dies zeigten auch verschiedene von der EFK vorgenommene Analysen, welche ex-post die grosse Volatilität zwischen prognostizierten und effektiven Geschäftsverläufen der einzelnen Versicherungen verdeutlichten. Im Nachhinein betrachtet bedeutet dies, dass das Bundesamt vorübergehend Prämien bewilligt hat, die nicht kostendeckend waren. Die Folge davon war, dass die Krankenversicherer zum Teil Verluste (u. a. infolge Kapitalmarktentwicklung und Gesundheitskostenwachstum) auswies und Reserven abbauten, was in den Folgejahren zu einem Nachholbedarf bei den Prämien erhöhungen führte. Der Kontrolle und Beurteilung der Prämien sind somit ganz klar Grenzen gesetzt.

Die Auswirkungen des Prämien genehmigungsverfahrens auf die Höhe der Prämien und die Reserven sind insgesamt minimal

Die Auswirkungen der Interventionen des Bundesamts für Gesundheit im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens auf die Höhe der Prämien und auch auf die Reserven sind insgesamt minimal, je nach Kasse jedoch unterschiedlich. Die verschiedenen Analysen zeigen, dass das BAG und die Versicherer in den Jahren 2006 - 2008 im Rahmen der Prämien genehmigungsprozesse - zwischen Ersteintragung der Krankenversicherer und bewilligter Prämie - tendenziell die Prämien gesenkt haben. Die effektiven Prämienanpassungen fallen indes gering aus. Das Bestreben des Bundesamtes nach einer kantonalen Reserveangleichung war insbesondere in den letzten beiden Jahren erkennbar. Die effektiven Auswirkungen auf die Reserven fielen jedoch gering aus oder entwickelten sich sogar entgegen den Prognosen.

Insgesamt betrachtet verlaufen die Leistungskosten- und Prämienentwicklungen seit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes mehr oder weniger parallel, wobei auf Stufe Kanton gewisse Unterschiede auftreten können. Der Versicherer kann die Prämien nach ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abstufen sowie nach verschiedenen Kriterien (u. a. Alter, Franchise oder Wahl der Leistungserbringer) Prämienermässigungen gewähren. Die Prämienkalkulation basiert auf verschiedenen Merkmalen und ist pro Kasse und Kanton unterschiedlich ausgeprägt. Die vom Bundesamt genehmigten kantonal und regional unterschiedlichen Prämien sind anhand der vorhandenen Informationen (u. a. Budgets, Jahresrechnungen, Kostenprognosen) nachvollziehbar. Dennoch ist die Frage zu stellen, ob das BAG bei der Erkennung von systematischen Prognoseabweichungen - insbesondere zu hohe Gesundheitskostensteigerungen - bei gewissen Versicherern nicht hätte früher oder resoluter intervenieren können bzw. müssen.

Die Reservebestimmungen für die Krankenversicherer sind ein statischer Wert

Die Grundversicherung wird nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert und muss selbst tragend sein. Zur Gewährleistung der langfristigen Solvenz müssen die Versicherer ständig über eine Sicherheitsreserve verfügen. Die gesetzlichen Vorschriften sehen eine minimale – je nach Versichertenbestand abgestufte – Sicherheitsreserve in Prozent der geschuldeten Prämien für die Versicherung vor. Was die kalkulatorischen Reserven der Krankenversicherer pro Kanton betrifft, so gilt es festzuhalten, dass dazu die gesetzliche Grundlage fehlt. Die Krankenversicherer berücksichtigen bei der Prämienkalkulation einerseits die kantonal unterschiedliche Kostenentwicklung und andererseits die gesamtschweizerische Reservequote. Eine „Kantonalisierung“ der Reserven würde voraussichtlich dazu führen, dass die Versicherer je nach Anzahl Versicherter pro Kanton die Reservequoten unterschiedlich festlegen. In einem Kanton mit wenigen Versicherten würde die Reservequote höher festgelegt als in einem Kanton mit vielen Versicherten. Die heute in der Verordnung fixierten prozentualen Minimalreservesätze im Verhältnis zum Prämienvolumen der Krankenversicherer sind rein statische und keine auf Risiken basierenden versicherungsmathematischen Grössen.

Die Aufsicht über die Krankenversicherer ist vermehrt risikoorientiert auszurichten

Die heutige Aufsicht findet wenig risikoorientiert statt. Damit das BAG rechtzeitig intervenieren kann, z. B. wenn ein Versicherer bundesrechtliche Verpflichtungen nicht mehr erfüllen kann, müssen die Risiken rechtzeitig erkannt werden. Dabei könnte die Einführung eines Risiko-

managements hilfreich sein. Das BAG hat zu Beginn des Jahres 2010 einen ersten Schritt in diese Richtung getätigt und ein sogenanntes Interventionskonzept eingeführt. Das Ziel dabei ist, die von finanziellen Schwierigkeiten betroffenen Krankenversicherungen frühzeitig zu erkennen und, falls notwendig, einzugreifen. Weiter ist zu überlegen, ob die Krankenversicherer mit höheren Risiken in einer gewissen Periodizität über ihren Geschäftsverlauf Bericht erstatten müssten. Damit könnte sichergestellt werden, dass bereits frühzeitig entsprechende Massnahmen vorgeschlagen und eingeleitet werden könnten.

Für die Aufsicht und die Prämien genehmigung ist eine klare Strategie zu definieren

Die EFK empfiehlt dem BAG,

- die Ziele für die Aufsicht über Durchführung und Prämien genehmigung bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung klar zu definieren sowie eine klare und zu veröffentlichende Strategie zu formulieren;
- das aktuell umfangreiche Prämien genehmigungsverfahren zu vereinfachen und die Prämien genehmigung künftig anhand einiger klar definierter Indikatoren abzustützen;
- das Aufsichtskonzept für die soziale Krankenversicherung künftig vermehrt risikoorientiert auszurichten und dazu Minimalvorgaben für die Überwachung zu definieren;
- wie teilweise bereits praktiziert, Aufsichtsdaten zu veröffentlichen und mit Kommentaren, z. B. über ausserordentliche Entwicklungen, zu ergänzen.

Zudem unterstützt die EFK die Bestrebungen des BAG,

- die Pflichten, Aufgaben und Verantwortlichkeiten für die externen Revisionsstellen der Krankenversicherungen zu aktualisieren und die Abgrenzung zur Sektion Audit klar zu regeln;
- die Vorgaben für die Bilanzierungs- und Rechnungslegungsstandards inklusive Kontenrahmen für die Krankenversicherungen (Erhöhung der Transparenz, Vermeidung von stillen Reserven und Verbesserung der Vergleichbarkeit der Jahresabschlüsse) zu aktualisieren;
- die Beurteilung der Mindestreserven in Richtung eines risikobasierten Ansatzes unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte (Rückstellungsquote, Liquidität usw.) zu überarbeiten.

Das BAG begrüsst die Empfehlungen der EFK und hält in seiner Stellungnahme fest, dass bereits erste Massnahmen eingeleitet worden sind. Es plant, die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung neu zu konzipieren und zu stärken. Dabei sollen u. a. Anforderungen im Bereich der Solvenz festgelegt werden. Ebenso sollen Kenngrössen definiert werden, nach denen die Prämien genehmigung künftig zu erfolgen hat.

Assurance-maladie obligatoire

Evaluation de l'approbation des primes et de la surveillance des assureurs-maladie

L'essentiel en bref

Suite à une proposition de la Commission de gestion du Conseil national, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a examiné la surveillance de la mise en œuvre de l'assurance-maladie exercée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'évaluation porte principalement sur la procédure d'approbation des primes dans l'assurance obligatoire des soins, qui fait partie de la surveillance des assureurs-maladie.

Actuellement, 81 assureurs-maladie suisses opèrent dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, même si la moitié de la population suisse est assurée auprès des trois principaux groupes d'assurances (Groupe Helsana, CSS Holding et Groupe Mutuel). Un peu plus du tiers des coûts de la santé en Suisse, qui s'élèvent à environ 60 milliards de francs, est financé par l'assurance de base. Pour 2009, les recettes de primes se sont établies à 20,1 milliards de francs et les coûts pris en charge par les assurés (quotes-parts et franchises) à 3,4 milliards de francs.

Activités de surveillance et d'approbation des primes variées s'appuyant sur de vastes bases de données

Dans la surveillance de l'assurance-maladie, on distingue la surveillance générale des assureurs-maladie et la procédure d'approbation des primes. Ces activités recouvrent un large spectre, et l'OFSP emploie à cet effet une vingtaine de personnes à plein temps. La surveillance a pour but de vérifier et de garantir le respect des principes de financement selon la loi sur l'assurance-maladie ainsi que la solvabilité des assureurs-maladie. La procédure d'approbation des primes, quant à elle, vise à assurer un rapport adéquat entre les primes et les coûts.

Les assureurs ne doivent utiliser les fonds de l'assurance-maladie sociale qu'aux fins prévues. Le respect de cette exigence est vérifié par l'OFSP, qui, d'une part, effectue des contrôles réguliers auprès des assurances et, d'autre part, analyse les bilans et les comptes de résultats en vue de détecter d'éventuels transferts de fonds. Cet aspect est également vérifié par les organes de révision des assureurs-maladie. La pratique actuelle a montré que la répartition des coûts d'exploitation entre l'assurance complémentaire et l'assurance de base a plutôt favorisé l'assurance de base.

La surveillance s'appuie sur une vaste base de données de qualité, qui inclut notamment des données concernant l'évolution des primes et des coûts par assuré et par canton ainsi que les données comptables des assurances. Le cadre actuel offre aux assureurs-maladie une certaine souplesse lors de l'évaluation de leurs postes d'actifs et, par conséquent, lors de la constitution de réserves latentes. Cette souplesse concerne notamment l'inscription au bilan de tous les titres, qui peuvent aujourd'hui être saisis et inscrits au bilan à leur valeur d'acquisition.

Procédure d'approbation des primes: recherche d'une solution en concertation avec les assureurs

La procédure d'approbation des primes de l'OFSP dure deux mois. Elle comprend une vérification technique et matérielle des primes soumises par les assureurs-maladie pour l'année suivante. Les décisions sont prises sur la base de divers critères spécifiques au secteur et en tenant compte des valeurs de référence moyennes des autres assureurs-maladie. La procédure d'approbation est claire et compréhensible. Les adaptations de primes sont généralement effectuées en concertation avec les assureurs-maladie. Les décisions unilatérales sont dans la mesure du possible évitées.

Selon la loi sur l'assurance-maladie, les cantons peuvent se prononcer sur les tarifs de primes prévus pour leurs résidents avant l'approbation des primes. Les points soulevés par les cantons sont en principe connus de l'OFSP. Si celui-ci les trouve pertinents, ils seront pris en compte dans la décision d'approbation des primes. L'OFSP attache toutefois la plus haute importance à la solvabilité globale de la caisse-maladie plutôt qu'à la perspective des cantons. Ceux-ci ont donc peu d'influence directe sur la décision d'approbation des primes.

La plausibilité des données des assureurs-maladie n'est pas toujours vérifiable

L'évaluation des primes se base sur les données transmises par les assureurs ou sur leurs budgets. L'OFSP vérifie si les prévisions des différents assureurs pour l'année suivante sont vérifiables et plausibles. Malgré la grande quantité de données et d'évaluations disponibles pour tous les assureurs, il n'est pas certain que les variations d'effectifs et les coûts de la santé des différents assureurs évoluent selon les prévisions. Un budget s'appuie toujours sur des hypothèses, qui concernent par exemple le nombre d'assurés, les variations d'effectifs au sein de modèles, les hausses de coûts par type de prestations, les revenus du capital, les contributions destinées à la compensation des risques, etc.

Il existe des assureurs qui, pendant des années, ont fourni pour certains cantons des prévisions trop basses ou trop élevées concernant les coûts et les primes. Cela s'explique notamment par le fait qu'un assureur doit également tenir compte du portefeuille des assurés lors de ses prévisions. En effet, les coûts par assuré peuvent augmenter si un grand nombre de personnes en bonne santé quittent un assureur, sans qu'il y ait pour autant une augmentation des coûts sur l'ensemble du marché. Les erreurs de prévision peuvent aussi s'expliquer par des considérations commerciales ou par d'autres raisons que le CDF n'a pas examinées de plus près.

Il faut également savoir qu'il s'écoule près de deux ans entre la remise du budget fin juillet et la clôture des comptes d'exploitation des assureurs et que l'évolution réelle de la situation est souvent différente des prévisions. Cela ressort de diverses analyses effectuées par le CDF, qui révèlent d'importants écarts entre l'évolution prévue et l'évolution effective des affaires des compagnies d'assurances. Autrement dit, l'OFSP a approuvé provisoirement des primes qui ne couvraient pas les coûts. En conséquence, certains assureurs-maladie ont enregistré des pertes (dus notamment à l'évolution des marchés financiers et à la hausse des coûts de la santé) et réduit leurs réserves, ce qui a entraîné de nouvelles augmentations de primes au cours des années suivantes. Le contrôle et l'évaluation des primes ont donc leurs limites.

Les effets de la procédure d'approbation sur le montant des primes et sur les réserves sont globalement minimales

Les interventions de l'OFSP dans le cadre de la procédure d'approbation des primes ont des effets globalement minimales sur le montant des primes et sur les réserves, mais ces effets diffèrent selon les caisses-maladie. Les analyses montrent qu'entre 2006 et 2008, l'OFSP et les assureurs, dans le cadre des procédures d'approbation des primes, ont eu tendance à abaisser les primes entre la première soumission par les assureurs-maladie et l'autorisation des primes. Les adaptations effectives des primes sont cependant faibles. Au cours des deux dernières années, l'OFSP s'est particulièrement engagé en faveur d'une harmonisation des réserves entre les cantons. Toutefois, les effets concrets sur les réserves ont été faibles ou n'ont pas évolué selon les prévisions.

Dans l'ensemble, les coûts des prestations et les primes ont évolué de manière plus ou moins parallèle depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie, avec certaines différences d'un canton à l'autre. En cas de différences de coûts attestées, l'assureur peut adapter les primes sur les plans cantonal et régional et accorder des réductions de primes en fonction de divers critères (âge, franchise ou choix des prestataires, etc.). Le calcul des primes se base sur plusieurs éléments et diffère selon la caisse-maladie et le canton. Les primes approuvées par l'OFSP et comportant des différences cantonales et régionales peuvent être vérifiées à l'aide des informations disponibles (budgets, comptes annuels, prévisions de coûts). La question se pose néanmoins de savoir si l'OFSP n'aurait pas pu (ou dû) intervenir plus tôt ou plus résolument auprès des assureurs lorsqu'il a constaté des écarts systématiques par rapport aux prévisions (notamment de trop fortes hausses des coûts de la santé).

Les taux de réserve imposés aux assureurs-maladie sont des données statiques

L'assurance de base est financée selon le système de la répartition des dépenses. Le financement doit être autonome. Pour garantir leur solvabilité à long terme, les assureurs doivent disposer en permanence d'une réserve de sécurité. Les dispositions légales prévoient pour l'assurance une réserve de sécurité minimale fixée selon l'effectif des assurés et exprimée en pourcentage des primes à recevoir. Par contre, il n'existe pas de base légale concernant les réserves calculatoires des assureurs-maladie par canton. Lors du calcul des primes, les assureurs-maladie tiennent compte, d'une part, de l'évolution des coûts dans chaque canton et, d'autre part, du taux de réserve sur le plan national. Une «cantonalisation» des réserves aurait pour conséquence que les assureurs fixeraient des taux de réserve différents en fonction du nombre d'assurés du canton. Dans un canton comptant peu d'assurés, le taux de réserve serait alors plus élevé que dans un canton où les assurés sont nombreux. Les taux de réserve minimaux fixés aujourd'hui dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie par rapport au volume de primes des assureurs-maladie sont des données purement statiques et non des données actuarielles fondées sur les risques.

La surveillance des assureurs-maladie doit être axée davantage sur les risques

Actuellement, la surveillance est trop peu axée sur les risques. Pour que l'OFSP puisse intervenir à temps, par exemple quand un assureur ne remplit plus les obligations du droit fédéral, il faut que les risques soient identifiés assez tôt. A cet égard, l'introduction d'un système de gestion des risques pourrait se révéler utile. L'OFSP a déjà fait un pas dans cette direction début 2010 en mettant en place un plan d'intervention, qui vise à identifier en temps utile les assureurs-maladie en difficulté financière et à intervenir si nécessaire. Pour les assureurs-maladie à haut risque, une

obligation de présenter périodiquement un rapport sur la marche des affaires pourrait être envisagée. Cela permettrait de mettre en œuvre des mesures correctrices à un stade précoce.

Il faut définir une stratégie claire pour la surveillance des assureurs et l'approbation des primes

Le CDF recommande à l'OFSP:

- de définir clairement les objectifs relatifs à la surveillance de l'exécution et à l'approbation des primes de l'assurance obligatoire des soins et de formuler une stratégie claire et publiable en la matière;
- de simplifier la procédure actuelle d'approbation des primes et de définir des indicateurs sur lesquels cette procédure pourrait s'appuyer à l'avenir;
- d'axer davantage le concept de surveillance de l'assurance-maladie sociale sur les risques et de définir à cet effet des exigences minimales en matière de surveillance;
- de continuer à publier des données relatives à la surveillance et de les compléter par des commentaires portant par exemple sur des événements exceptionnels;

En outre, le CDF soutient les efforts de l'OFSP visant à:

- actualiser les obligations, les tâches et les responsabilités des organes de révision externes des assureurs-maladie et à les délimiter clairement de celles de la section Audit;
- actualiser les exigences en ce qui concerne les normes de comptabilisation et de présentation des comptes (y compris plan comptable) pour les assureurs-maladie (viser une plus grande transparence, éviter les réserves latentes et améliorer la comparabilité des comptes annuels);
- réexaminer l'évaluation des réserves minimales et adopter une approche basée sur les risques, en tenant compte de divers aspects (taux de provisions, liquidités, etc.).

L'OFSP salue les recommandations du CDF et signale que de premières mesures ont déjà été engagées. Il prévoit de remanier et de renforcer la surveillance de l'assurance-maladie sociale en fixant notamment des exigences en matière de solvabilité. Il a également l'intention de définir des indicateurs sur lesquels l'approbation des primes devra se baser à l'avenir.

Texte original en allemand

Mandatory health insurance

Evaluation of premium approval and supervision of health insurers

Key facts

As commissioned by the National Council Control Committee via the Finance Delegation, the Swiss Federal Audit Office (SFAO) examined how the Federal Office of Public Health (FOPH) supervises the provision of health insurance. The evaluation focused on the premium approval procedure for mandatory health insurance as a component of health insurer supervision.

At present, 81 Swiss health insurers operate in the area of social health insurance, whereby almost half of the Swiss population is insured with the three largest insurance groups (Helsana Group, CSS Holding and Groupe Mutuel). Just over a third of Switzerland's total healthcare costs of some CHF 60 billion are financed via the basic insurance. In 2009, premium income amounted to CHF 20.1 billion, and the cost contribution of those insured (annual franchise and deductible) amounted to CHF 3.4 billion.

Multifaceted supervisory and premium approval activities based on comprehensive data

When monitoring the provision of health insurance, a distinction has to be made between the general supervision of health insurance and the specifics of the premium approval procedure. The tasks for these missions are extensive. The FOPH employs around 20 FTEs (full-time equivalents) for this purpose. Supervision serves to check and ensure compliance with the financing principles in accordance with the Health Insurance Act, as well as health insurer solvency. The aim of premium approval is to ensure that the premiums are appropriate in relation to the costs.

Insurers may use social health insurance resources only for their given purpose. The FOPH checks compliance with this requirement by carrying out regular onsite checks at the insurers' premises and by analyses of balance sheets and profit and loss accounts targeting on the movement of capital. Moreover, this aspect is also examined by the health insurers' regular auditors. The previous procedure showed that basic insurance tended to be favoured when allocating operating costs between supplementary and basic insurance.

The supervision is backed up by extensive, high-quality data such as the trend of premiums and costs per insured person and per canton, as well as the insurers' accounting data. The current provisions allow health insurers a certain degree of flexibility for valuing their assets and thus for the creation of undisclosed reserves. This possibility particularly concerns the booking of all securities, which can currently be entered and carried at their acquisition value.

Premium approval process: an amicable solution is sought with the insurers

The FOPH's two-month premium approval process includes both a technical and material examination of the premiums submitted by health insurers for the following year. Decisions are made based on various insurer-specific criteria, taking into account benchmarks concerning the average for the other health insurers. The approval process is transparent and comprehensible. Premium adjustments are generally made in consultation with the health insurers. Decrees are avoided if possible.

In accordance with the Health Insurance Act, the cantons have the possibility of commenting on the premium levels planned for their inhabitants before the premiums are approved. The FOPH is

generally aware of the points brought forward by the cantons, and insofar as it considers them relevant, they are factored into the premium approval decision. However, the FOPH focuses primarily on the insurers' solvency as a whole, and less so on cantonal considerations. Consequently, the direct impact of the cantons' position on the premium approval decision has to be seen as minor.

The plausibility of the health insurers' submissions can be assessed only to a limited extent

The premiums are assessed based on the insurers' submissions and/or budgets. The FOPH assesses whether the individual insurers' forecasts for the year ahead are comprehensible and plausible. Despite the multitude of data and assessments for all insurers, uncertainty remains as to whether the changes in the portfolio of policies or healthcare costs of individual insurers will develop as predicted. A budget is always based on assumptions, e.g. concerning the number of insured persons, portfolio movements within models, cost increases per benefit type, investment income, duty or risk compensation contributions, etc.

Individual insurers have delivered excessively high or low cost and premium forecasts for certain cantons for several years. Certainly, one reason lies in the fact that the individual insurers also have to factor the structure of their policy portfolio into their forecasts. For example, the costs per insured person can increase if many healthy people leave an insurer without there being a cost increase on the market as a whole. However, commercial considerations and other reasons that could explain forecasting errors were not examined in greater detail by the SFAO.

Moreover, it has to be taken into account that there is a gap of almost two years between the budgetary submission at the end of July and delivery of the insurers' final operating statements and that reality often turns out to be different from what was originally forecast. This was also shown in various analyses carried out by the SFAO, which illustrated ex-post the high degree of volatility between the predicted and actual business performance of the individual insurers. In retrospect, this means that the FOPH temporarily approved premiums that did not cover costs. This resulted in health insurers posting some losses (due to capital market trends and rising healthcare costs, for instance) and releasing reserves, which led to a need to make up ground with premium increases in subsequent years. Therefore, there are clearly limitations for the audit and assessment of premiums.

On the whole, the premium approval procedure has a minimal effect on the level of premiums and reserves

The impact of the interventions of the FOPH on the level of premiums and reserves within the scope of the premium approval procedure is minimal on the whole, but varies from one insurer to the next. The various analyses show that, from 2006 to 2008, the FOPH and insurers tended to lower the premiums within the scope of the premium approval process, i.e. between initial submission by the health insurers and approved premiums. The actual premium adjustments turned out to be minor, however. The FOPH's efforts to achieve a cantonal harmonisation of reserves were evident particularly in the last two years. The actual impacts on the reserves were milder, though, or they even developed contrary to the predictions.

On the whole, the trends for benefit costs and premiums have been more or less parallel since the introduction of the Health Insurance Act, with certain differences possible on the cantonal level. Insurers can adjust premiums on a cantonal and regional basis in accordance with evident

differences in costs, as well as grant premium reductions based on various criteria (e.g. age, franchise, choice of healthcare provider). Premium calculations are based on various factors and are determined differently depending on the insurer and canton. The cantonal and regional differences in premiums approved by the FOPH are comprehensible using the information available (e.g. budgets, annual accounts, cost forecasts). On a cautionary note, however, it should be questioned whether the FOPH could or should have intervened earlier or more decisively concerning the identification of systematic forecast deviations (particularly overly high healthcare cost increases) in the case of certain insurers.

The reserve provisions for health insurers are a static value

Basic insurance cover is financed according to the principle of apportionment of expenditure, and has to be self-supporting. Insurers must have a contingency reserve at all times to ensure long-term solvency. The legal provisions require a minimum contingency reserve as a percentage of the premiums payable for insurance and graduated according to the portfolio of policies. It has to be noted that there is no statutory basis regarding the health insurers' technical reserves per canton. When calculating premiums, health insurers take into account the different cantonal cost trends as well as the reserve ratio for the whole of Switzerland. "Cantonisation" of reserves would probably result in the insurers setting different reserve ratios depending on the number of insured persons per canton. The reserve ratio would be higher in a canton with fewer insured persons than in a canton with many insured persons. The minimum percentage reserve rates in relation to the health insurers' premium volumes currently prescribed by law are purely statistical and are not based on actuarial risk data.

Supervision of health insurers should be more risk-oriented

Current supervision is not too risk-oriented. In order for the FOPH to be able to intervene in a timely manner, e.g. if an insurer can no longer perform federal obligations, the risks must be identified in good time. The introduction of a risk management could be helpful for this. The FOPH took a first step in this direction at the start of 2010 by launching a so-called intervention concept. The aim thereof is to identify health insurers experiencing financial difficulties at an early stage and to take action if necessary. Furthermore, it should be considered whether health insurers with higher risks should have to report on their business performance at specific intervals, thereby ensuring that corresponding measures could be proposed and introduced at an early stage.

A clear strategy is to be defined for supervision and premium approval

The SFAO has the following recommendations for the FOPH:

- Clearly define the objectives for the supervision of execution and premium approval for mandatory healthcare insurance, and devise a clear strategy which is to be published.
- Simplify the current, comprehensive premium approval procedure, and back up premium approval with a few clearly defined indicators in the future.
- Make the supervision concept for social health insurance more risk-oriented in the future, and also define minimum requirements for monitoring.
- As is already the case to a certain extent, publish supervision data and supplement it with comments, e.g. on extraordinary developments.



In addition, the SFAO supports the efforts of the FOPH to

- update the obligations, duties and responsibilities for health insurers' external auditors, and clearly regulate the boundary with the audit section;
- update the guidelines for accounting standards, including the chart of accounts, for health insurers (greater transparency, avoidance of hidden reserves, and improved comparability of annual financial statements);
- revise the assessment of minimum reserves, moving toward a risk-based approach, taking into account various aspects (provisions ratio, liquidity, etc.).

The FOPH welcomes the recommendations of the SFAO, and notes in its statement that initial measures have already been introduced. It is planning to rethink and strengthen the supervision of social health insurance. As part of this, requirements in the area of solvency, for example, should be established. Likewise, parameters should be defined for the approval of premiums in the future.

Original text in German

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	5
1.1	Auftrag und Zielsetzung der Evaluation	5
1.2	Fragestellungen der Evaluation	6
1.3	Methodisches Vorgehen	9
1.4	Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung	11
1.5	Die Kosten im Gesundheitswesen steigen unaufhaltsam weiter	13
2	Die Akteure und Rolle des BAG bei der Aufsicht und Prämien genehmigung	15
2.1	Das BAG beaufsichtigt 81 Krankenversicherer	15
2.2	Das Ziel des BAG ist die Sicherstellung der Grundprinzipien des KVG	16
2.3	20 Vollzeitkräfte werden für die Aufsicht und Prämien genehmigung eingesetzt	17
2.4	Die Datengrundlagen für die Aufsicht und die Prämien genehmigung sind vielfältig	18
3	Prämienbildung in der Grundversicherung	20
3.1	Die Prämienfestsetzung basiert auf verschiedenen Elementen	20
3.2	Prämienunterschiede sind primär auf ungleiche Bestandes- und Kostenstrukturen zurückzuführen	22
3.3	Bestandsprognosen und deren Kostenstruktur sind schwierig zu plausibilisieren	24
3.4	Die Entwicklung der Gesundheitskosten bilden die zentrale Grösse für die Prämienfestsetzung	26
3.5	Weitere Faktoren führen zu Unsicherheiten bei den Prognosen	29
4	Der Prämien genehmigungsprozess	29
4.1	Der Prämien genehmigungsprozess dauert zwei Monate	29
4.2	Die Kantone können Stellung beziehen	32
4.3	Der Effekt der Prämien genehmigung ist differenziert zu betrachten und fällt im Durchschnitt gering aus	33
4.4	Die Prognosen weichen von der Realität ab	39
5	Die Aufsicht des BAG über die Krankenversicherungen	41
5.1	Das BAG führt regelmässig Kontrollen vor Ort bei den Versicherungen durch	41
5.2	Die Berichte der externen Revisionsstellen werden heute nicht systematisch und umfassend analysiert	42

5.3	Die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch in der Abteilung Versicherungsaufsicht funktioniert nicht umfassend	42
5.4	Die Richtlinien für die externen Prüfstellen entsprechen nicht mehr den aktuellen Bedürfnissen und werden überarbeitet	43
5.5	Die aktuellen Rechnungslegungsstandards für des BAG werden überarbeitet	43
5.6	Die Kommunikation zwischen BAG und FINMA findet punktuell statt	44
6	Die Zusammensetzung der Betriebskosten der Krankenversicherer	45
6.1	Die Versicherer benötigen sechs Rappen eines Prämienfrankens für die Betriebskosten	45
6.2	Zu Lasten der Grundversicherung werden jährlich über 100 Mio. Franken für Marketing und Werbung verrechnet	47
6.3	Die Aufteilung der Betriebskosten erfolgt nach unterschiedlichen Kriterien und Methoden	48
7	Die gesetzlichen Reserven der Krankenversicherer	49
7.1	Ende 2009 verfügen 30 Krankenversicherer über zu wenig Reserven	49
7.2	In den letzten drei Jahren wurden 1.3 Mrd. Franken Reserven abgebaut	52
7.3	Die kalkulatorischen Reserven nach Kantonen sind eine rechnerische Grösse	53
7.4	Gemäss Bundesverwaltungsgericht dürfen überschüssige Reserven nicht für die Senkung von Prämien eingesetzt werden	55
8	Die Anlagevorschriften für die soziale Krankenversicherung werden überarbeitet	56
9	Schlussfolgerungen	57
9.1	Das BAG im Spannungsfeld zwischen Politik, Krankenversicherern, Versicherten, Kantonen sowie Leistungserbringern	57
9.2	Die Beantwortung der fünf Hauptfragen	58
9.3	Teilweise findet eine Querfinanzierung zu Gunsten der Grundversicherung statt	64
10	Empfehlungen der EFK	65

Tabellen

Tabelle 1: Übersicht über die Methoden der Durchführung der Evaluation	9
Tabelle 2: Fiktives Fallbeispiel mögliche monatliche Prämiendifferenzierungen (Stand 2010)	13
Tabelle 3: Finanzierung des Gesundheitswesens aus Sicht der Volkswirtschaft 2007	14
Tabelle 4: Durchschnittsprämien der OKP mit Minimalfranchise 2009 und 2010	23
Tabelle 5: Relativer Prognosefehler der Bestände ausgewählter Versicherer 2006 -2010	25
Tabelle 6: Prognostizierte und effektive Wachstumsraten im Gesundheitswesen 2007	26
Tabelle 7: Durchschnittlich prognostizierte und effektive Nettokosten pro Person 2005 - 2008	27
Tabelle 8: Die budgetierten Reservequoten vor und nach der Prämiengenehmigung 2006 - 2010	38
Tabelle 9: Vergleich der prognostizierten mit den effektiven Reservequoten 2005 - 2008	39
Tabelle 10: Verwaltungskosten im Durchschnitt in % und in Franken 2008	46
Tabelle 11: Aufteilung des KVG-Betriebsaufwands der Versicherer 2008 in Mio. Franken	47
Tabelle 12: Kennzahlen 2008	51
Tabelle 13: Entwicklung der Mindestreservequoten gemäss KVV	52

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die wichtigsten Akteure im KVG	16
Abbildung 2: Die verschiedenen Akteure im Bereich der KV-Aufsicht	17
Abbildung 3: Hauptaufgaben des BAG bei der Krankenversicherungsaufsicht	18
Abbildung 4: Entwicklung monatliche Durchschnittsprämie für Erwachsene in Franken und Veränderung in Prozent	21
Abbildung 5: Entwicklung der jährlichen Bruttokosten pro versicherte Person in Franken und Veränderung in Prozent	21
Abbildung 6: Relativer Prognosefehler der Nettokosten des Versicherers A 2005 - 2008	28
Abbildung 7: Relativer Prognosefehler der Nettokosten des Versicherers B 2005 - 2008	28
Abbildung 8: Zeitplan Prämiengenehmigungsprozess	32
Abbildung 9: Anzahl veränderter Prämien im Genehmigungsverfahren 2009	34
Abbildung 10: Anzahl veränderter Prämien im Genehmigungsverfahren 2010	34
Abbildung 11: Die relative Prämienanpassung beim Genehmigungsverfahren 2006 -2010	35
Abbildung 12: Die relative Prämienanpassung und deren Wirkung auf die Reservequote bei Versicherer A 2006 - 2010	36
Abbildung 13: Die relative Prämienanpassung und deren Wirkung auf die Reservequote bei Versicherer B 2006 -2010	37

Abbildung 14: Vergleich der prognostizierten mit den effektiven Reservequoten bei Versicherer A 2005 - 2008.....	40
Abbildung 15: Vergleich der prognostizierten mit den effektiven Reservequoten bei Versicherer B 2005 - 2008.....	40
Abbildung 16: Reserven der Krankenversicherer in der OKP in Mio. Fr. und in %	53
Abbildung 17: Kalkulatorische Reserven nach Kantonen 2008	54

Anhänge

Anhang 1: Rechtsgrundlagen.....	69
Anhang 2: Bibliographie	71
Anhang 3: Fragenkatalog der Geschäftsprüfungskommission mit Antworten	73
Anhang 4: Haupt und Unterfragen der Evaluation	75
Anhang 5: Gesprächspartner	76
Anhang 6: Auswertung Fragebogen EF P (Provisionierung)	78
Anhang 7: Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung	81
Anhang 8: Entwicklung der Prämieinnahmen, der Leistungen und Reserven pro Person ausgewählter Kantone	82
Anhang 9: Die relativen Prognosefehler der Nettokosten bei ausgewählten Versicherern 2005 - 2008	83
Anhang 10: Relative Prämienanpassungen und deren Wirkung auf Reservequote einzelner Versicherer 2006 – 2010 im Rahmen des Prämienverfahrens	84
Anhang 11: Vergleich der prognostizierten mit den effektiven Reservequoten ausgewählter Versicherer 2005 - 2008	85
Anhang 12: Tabelle Kalkulatorische Reserven in der OKP pro Kanton in % der Prämien ab 1998.....	86
Anhang 13: Abkürzungen.....	87
Anhang 14: Vergleich der gesetzlichen Vorgaben bezüglich Reserven in verschiedenen Versicherungsbereichen	88
Anhang 15: Vergleich der gesetzlichen Vorgaben bezüglich Anlagevorschriften in verschiedenen Versicherungsbereichen	89
Anhang 16: Dokumentation zur Entscheidungsfindung Kasse ALFA 200X	90
Anhang 17: Empfehlungsübersicht mit Kommentaren des BAG	92

1 Einführung

1.1 Auftrag und Zielsetzung der Evaluation

Die Kosten im schweizerischen Gesundheitswesen und somit die Krankenkassenprämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) stiegen in den letzten Jahren deutlich stärker an als die durchschnittliche Teuerung. Diese Entwicklung wurde in den vergangenen Jahren von der Presse und der Politik des Öfteren thematisiert. In diesem Zusammenhang wurde auch immer wieder Kritik gegenüber dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) als Aufsichtsbehörde aber auch gegenüber dem Geschäftsgebaren der Krankenversicherer geäussert. Zum einen wird kritisiert, die Prämienkalkulation durch die Krankenversicherer sei nicht genügend nachvollziehbar und die Prämienentwicklung würde nicht nur von den Gesundheitskosten, sondern auch von den strategischen Marktüberlegungen der Krankenversicherer bestimmt. Ferner geben auch die Transparenz der Reservebildung sowie die Verteilung von Verwaltungskosten zwischen Grund- und Zusatzversicherung immer wieder zu Fragen Anlass. Zum anderen wird die Aufsicht des BAG, das die Prämientarife im Auftrag des Bundesrates zu genehmigen hat, immer wieder kritisiert. Das BAG verfüge nicht über die nötigen Informationsgrundlagen für eine fundierte Genehmigung und nehme seine Kontrollfunktion nicht in zweckmässiger und wirksamer Weise wahr.

An ihrer Sitzung vom 23. Januar 2009 hat die nationalrätliche Geschäftsprüfungskommission (GPK-N) daher einen Antrag der Subkommission EDI/UVEK, die Prämien genehmigung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu evaluieren, angenommen und bei der Finanzdelegation der Eidg. Räte (FinDel) den Antrag gestellt, diesen Auftrag der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) zu erteilen. Die FinDel hat an ihrer Sitzung vom 5./6. Februar 2009 entschieden, die EFK mit der Evaluation zu beauftragen. Zudem hat die GPK-N an ihrer Sitzung vom 5. Juni 2009 die Problematik der „Billigkassen“ behandelt und die Fragen als Erweiterung zum bestehenden Evaluationsauftrag via FinDel an die EFK weitergeleitet.

In Zusammenhang mit der Prämien genehmigung durch das BAG ist ein Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) vom 8. Dezember 2009 erwähnenswert. Das BVGer hat eine Beschwerde der Assura Krankversicherung gegen die Prämienverfügung des BAG gutgeheissen. Das BAG hat der Assura im September 2008 die Genehmigung von unterbreiteten Prämien 2009 für die OKP in einigen Kantonen, mit der Begründung der vorhandenen hohen Reserven der Assura, verweigert. In seinem Urteil kommt das BVGer zum Schluss, dass es für die behördliche Durchsetzung einer maximalen Reservequote an einer gesetzlichen Grundlage im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und den Ausführungsverordnungen fehle.

Zudem hat die Gesundheitsorganisation SWICA am 9. Oktober 2009 eine Aufsichtsbeschwerde gegen die Prämien genehmigungspraxis des BAG im Bereich der OKP beim Gesamtbundesrat eingereicht. Die SWICA bemängelt dabei die ungenügende Wahrnehmung der Pflichten des BAG als Aufsichtsbehörde. Dem BAG wird u.a. vorgeworfen, dass es die beiden Vorgaben das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben über eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren sicherzustellen sowie die Finanzierung der gesetzlichen Reserven zu gewährleisten, nicht durchsetzt. Die Antwort steht noch aus.

Auf Grund der Fragestellungen der GPK-N steht das Prämien genehmigungsverfahren in der OKP, als ein Teil der Aufsicht über die Krankenversicherungen, im Zentrum der Evaluation. Das Ziel ist es, dessen Zweckmässigkeit und Nachvollziehbarkeit zu überprüfen. Neben der Beurteilung des

Prämiengenehmigungsverfahren des BAG soll die Evaluation auch Aufschluss über die folgenden Themenbereiche geben:

- Die Aufsichtsfunktion des BAG
- Die kantonalen und regionalen Abstufungen der Prämien und die Entwicklung der „kostendeckenden“ Prämien
- Die transparente und angemessene Trennung der Kosten und der Reserven zwischen den verschiedenen Krankenversicherungen sowie den Grund- und Zusatzversicherungen (Quersubventionen zwischen OKP und freiwilligen Zusatzversicherungen)
- Die Entwicklung und Zusammensetzung der Verwaltungskosten (inkl. Provisionen von Vermittlerorganisationen)
- Die Vorschriften für die Reserven und Anlagen
- Das Auftreten und die Risikoselektion von sogenannten „Billigkassen“¹.

Schwachstellen im Prämiengenehmigungsverfahren werden anhand der gewonnenen Informationen aufgedeckt und es werden entsprechende Verbesserungsvorschläge gemacht.

Das Evaluationsteam setzt sich aus Ueli Luginbühl (Projektleiter), Daniel Aeby und Michael Brunner (Projektmitarbeiter) zusammen. Es arbeitet unter der Supervision von Emmanuel Sangra (Fachbereichsleiter). Die Durchführung der Evaluation fand im Zeitraum vom Juli 2009 bis Februar 2010 statt. Die Ergebnisse wurden anlässlich eines Workshops am 23. März 2010 mit den Vertretern des BAG präsentiert und besprochen.

Die Berichterstattung erfolgt an das BAG, die FinDel und an den ursprünglichen Auftraggeber die GPK-N. Inwieweit der Bericht publiziert wird, liegt im Zuständigkeitsbereich der GPK-N.

Die EFK dankt dem BAG und allen interviewten Personen für die gewährte wertvolle Unterstützung.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsneutrale Differenzierung, z.B. Schweizer und Schweizerinnen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

1.2 Fragestellungen der Evaluation

Die Evaluation bezieht sich im Wesentlichen auf die Untersuchung der Aufsichtstätigkeit des BAG über die Krankenversicherung insbesondere im Rahmen des Prämiengenehmigungsverfahrens bzw. der Prämienfestsetzung in der OKP. Aus den von der Subkommission EDI/UVEK der GPK-N definierten Fragenkatalogen², ergeben sich für die EFK im Bereich der OKP die folgenden Themenbereiche bzw. Hauptfragen:

¹ Billigkassen sind vor allem deshalb entstanden, weil mit dem heutigen Risikoausgleich die Unterschiede im Gesundheitszustand der Versichertenbestände über die Faktoren Alter und Geschlecht nur ungenügend ausgeglichen werden. Als sogenannte „Billigkassen“ werden Kassen bezeichnet, welche mittels attraktiven Prämien gezielt „gute Risiken“ anwerben (vor allem junge und gesunde Versicherte) und sich somit einen Vorteil gegenüber der Konkurrenz verschaffen wollen. Solche Kassen werden hauptsächlich von den grossen Konglomeraten betrieben.

² Auflistung der Originalfragen sowie die Antworten darauf in einer Kurzversion siehe **Anhang 3**.

Rolle des BAG bei der Prämien genehmigung

F1 Erfüllt das BAG seine Aufsichtsfunktion im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung?

Gemäss KVG beaufsichtigt der Bundesrat die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Der Bundesrat hat diese Kompetenz ans BAG delegiert. Insbesondere bedürfen die Prämientarife in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Genehmigung durch das BAG. Das BAG überprüft dabei, ob die eingereichten Prämien der Versicherer im Verhältnis zu den Kosten, welche die Versicherten im jeweiligen Kanton zu finanzieren haben, angemessen sind. Zudem dient die Prämien genehmigung der Überprüfung und Gewährleistung der Einhaltung der Finanzierungsgrundsätze des KVG und der Solvenz der Krankenversicherer. Ebenso sind Querfinanzierungen innerhalb der sozialen Krankenversicherung nicht zulässig. Mit der Prämienkontrolle und -genehmigung soll nicht zuletzt die Gleichbehandlung aller Versicherten sichergestellt werden.

Es soll untersucht werden, wie – u.a. mit welchen Ressourcen und auf welcher Datengrundlage – das BAG seine Aufsichtsfunktion wahrnimmt.

Prämienunterschiede

F2 Sind die vom BAG genehmigten kantonale und regional unterschiedlichen Prämien nachvollziehbar?

Gemäss KVG legt der Versicherer grundsätzlich für seine Versicherten die gleichen Prämien fest, kann diese aber nach ausgewiesenen Kostenunterschieden in der OKP kantonale und regional abstufen. Zudem besteht die Möglichkeit nach verschiedenen Kriterien (u.a. Region, Alter, Franchise oder Wahl der Leistungserbringer) Prämienermässigungen zu gewähren.

Es wird insbesondere untersucht, welche Kosten in der OKP den unterschiedlichen Prämien zu Grunde liegen und inwieweit diese Prämien kostendeckend sind.

Kostentransparenz

F3 Ist sichergestellt, dass die Mittel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausschliesslich zu deren Zwecken eingesetzt werden?

Das KVG hält fest, dass die Versicherer die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwenden dürfen und sie jederzeit in der Lage sein müssen, den finanziellen Verpflichtungen nachzukommen. Zudem sind die Verwaltungskosten gemäss KVG auf ein wirtschaftlich erforderliches Mass zu beschränken und nach tatsächlichem Aufwand zwischen OKP, Taggeldversicherung und weiteren Versicherungsarten zu verteilen. Das gleiche gilt für die erwirtschafteten Erträge.

Es wird insbesondere untersucht, mit welchen Massnahmen das BAG diese Zweckverwendung sicherstellt und überprüft.

Gesetzliche Reserven

F4 Sind die Bestimmungen zur Reservebildung zweckmässig?

Die OKP wird nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert und muss selbsttragend sein. Die Versicherer müssen somit gemäss Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) ständig über eine Sicherheitsreserve verfügen. Die gesetzlichen Vorschriften sehen eine minimale - je nach Versichertenbestand - abgestufte Sicherheitsreserve in Prozent der geschuldeten Prämien (Prämiensoll) vor. Die Reserven bilden die Eigenmittel der Versicherer und werden in der Bilanz der Krankenversicherer gesondert als Eigenkapital ausgewiesen. Die Reserven sollen insbesondere das Unternehmerrisiko sowie branchenspezifische Risiken decken.

Es wird untersucht, ob mit den aktuellen Vorschriften die Solvenz der Versicherer gewährleistet ist und wie die kantonalen kalkulatorischen Reserven festgelegt werden.

Anlagebestimmungen

F5 Wie sind die Anlagevorschriften für die Krankenversicherer zu beurteilen?

In der KVV hat der Bundesrat die Vorschriften über die Kapitalanlagen der Krankenversicherer in der Grundversicherung festlegt.

Eine Beurteilung der Anlagevorschriften für die Krankenversicherer kann aus Sicht der EFK nur durch eine Expertenanalyse vorgenommen werden, wobei der Mehrwert einer solchen Studie als eher fraglich einzuschätzen ist (näheres dazu siehe **Kapitel 8**). Die EFK wird daher keine Beurteilung der heutigen Anlagevorschriften abgeben, sondern sich auf eine Synthese der aktuellen Situation beschränken.

Eine Zusammenstellung aller Haupt- und Unterfragen befindet sich **im Anhang 4**.

Nicht Gegenstand der Evaluation sind folgende Aspekte:

- Die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen
- Die Verträge und die Tarifbestimmungen (z.B. Tarmed) mit den Leistungserbringern
- Den Vertragszwang zwischen den Krankenversicherern und den Ärzten
- Die vorgeschlagenen und möglichen Sparmassnahmen im Gesundheitswesen
- Die aktuelle und neue Ausgestaltung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern
- Die Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung KVG³
- Die freiwillige Taggeldversicherung.

Vertiefende Angaben zu den im Text oder anhand von Abbildungen und Tabellen präsentierten Informationen finden sich zum Teil im Anhang.

³ Die gemeinsame Einrichtung ist eine von den Versicherern gegründete Stiftung. Sie nimmt bestimmte Aufgaben wahr, welche nicht von den einzelnen Versicherern selber, sondern gemeinsam zu bewältigen sind (u.a. Internationale Koordination, Risikoausgleich, Umverteilung von Reserven, Kostenübernahmen an Stelle zahlungsunfähiger Versicherer).

1.3 Methodisches Vorgehen

Die Evaluationsfragen werden mit einem Methodenmix aus diversen Erhebungs- und Analysemethoden bearbeitet. Die nachfolgende Übersicht zeigt die massgebenden Methoden:

Tabelle 1: Übersicht über die Methoden der Durchführung der Evaluation

Methoden	Hauptfragen				
	Aufsicht und Genehmigung	Prämienunterschiede	Mitteleinsatz	Reserven	Anlagen
Interviews	X	X	X	X	X
Dokumentenanalyse	X	X	X	X	X
Datenanalyse	X	X	X	X	
Fallstudien	X	X			
Schriftliche Umfrage			X		

Quelle: EFK

1) Interviews

Die Interviews dienten primär dazu, Erfahrungen und Einschätzungen von verschiedenen Akteuren zu den untersuchenden Themenbereichen zu erfassen sowie offene Fragen und Unklarheiten zu klären. Es wurden Interviews mit Krankenversicherungen, der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA), kantonalen Gesundheitsdirektionen, Krankenversicherungsexperten, Revisionsstellen, der santésuisse und dem Verband der mittleren und kleineren Krankenversicherer (RVK) durchgeführt. Insgesamt wurden 22 Interviews durchgeführt. Zudem war das BAG insbesondere die Abteilung Versicherungsaufsicht die zentrale Ansprechstelle über die ganze Projektdauer.

Eine Auflistung aller Gesprächspartner befindet sich in **Anhang 5**.

2) Dokumentenanalyse

Mit der Analyse der unterschiedlichen Dokumente, die beim BAG zur Verfügung standen, wurde ein detaillierter Überblick über die Aktivitäten im Rahmen der Prämien genehmigung sowie die Aufsichts- und Kontrolltätigkeiten geschaffen (Zuständigkeiten, Kompetenzen, Kontrollarten, Häufigkeit, Auswahlverfahren und Ergebnisse usw.). Zudem wurden rückwirkend über die letzten fünf Jahre die Ergebnisse des Prämien genehmigungsverfahrens analysiert.

Je nach Umfang wurden die folgenden Dokumente der letzten Jahre vollständig oder stichprobenweise untersucht: Rechtsgrundlagen, Stellungnahmen der Kantone im Prämien genehmigungsverfahren, Dokumentation zur Entscheidungsfindung im Prämien genehmigungsverfahren, BAG-Audit-Berichte, Ergebnisse Sondererhebung des BAG betreffend die Aufteilung der Verwaltungskosten (2006), Auswertung der Fragebogen zur Prüfung der Jahresrechnungen 2007 und 2008, diverse weitere Richtlinien, Informationsschreiben, Kreisschreiben, Entscheide, Unterlagen (u.a. Pflichtenhefte der

Mitarbeitenden, Verträge mit Dritten) und Berichte des BAG, „Dossier Assura“⁴, Anlagereglemente der Krankenversicherer (Stichprobenuntersuchung).

3) Datenanalyse

Mit den Datenanalysen wurden einerseits die Entscheide des BAG im Prämiengenehmigungsverfahren und andererseits die Entwicklung sowohl der Prämien, der Betriebskosten der Versicherer als auch der Gesundheitskosten (Bruttoleistungen) nachvollzogen. Zudem lieferte die Analyse detaillierte Informationen über den Stand und die Entwicklung der Reserven. Die Auswertungen fanden zum Teil in Zusammenarbeit und mit Unterstützung des BAG statt.

Dabei wurden insbesondere folgende Daten untersucht und ausgewertet: Daten der EDV-unterstützten Prämiengenehmigung 2005 - 2009, Entwicklung der kalkulatorischen kantonalen Reserven bei den Versicherern, Prämienveränderungen, Daten zur Statistik der Krankenversicherer (Basis dazu bilden primär die verschiedenen von den Versicherern einzureichenden Erhebungsformulare) u.a. betreffend Betriebskosten, Reserven und Vermögen, Daten der Bruttoleistungen im Rahmen der OKP (Datenpool santésuisse).

4) Fallstudien

Mit der Begleitung des Prämiengenehmigungsprozesses 2010 anhand von sechs konkreten Fallbeispielen bzw. ausgewählten Krankenversicherern sollte erkannt werden, welche Aktivitäten beim BAG effektiv vorgenommen, welche personellen Ressourcen eingesetzt werden und welche Ergebnisse daraus resultieren. Damit das ganze Spektrum der Krankenversicherungslandschaft abgedeckt werden konnte, wurden zwei grosse (über 150 000 Versicherte), zwei mittlere (zwischen 50 001 bis 150 000 Versicherte) und zwei kleinere (bis zu 50 000 Versicherte) Versicherer ausgewählt. Zudem wurden anhand einer Kassenneugründung das Verfahren und die Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzungen bezüglich Gründung und Festlegung der ersten Prämien untersucht. Analog dazu wurde bei der FINMA der Prozess der präventiven Tarifkontrolle bei Zusatzversicherungen in Erfahrung gebracht.

5) Schriftliche Umfrage

Mit einer schriftlichen Umfrage bei den Krankenversicherern sollte Transparenz über Praxis und den Umfang von Provisionszahlungen geschaffen werden. Dieses Modul setzte die Bereitschaft der Krankenversicherer voraus, entsprechende Informationen zu diesem Bereich offen zu legen.

Das Modul wurde vom BAG in Zusammenarbeit mit der EFK durchgeführt. Um die Umfrage gezielt zu planen wurde mit dem BAG eine Arbeitsgruppe zusammengestellt. Die Umfrage wurde nach der Prämienrunde 2010 im Spätherbst 2009 durchgeführt.

Die Rücklaufquote der zurückgesandten Fragebogen betrug 99 Prozent (77 von 78 angeschriebenen Versicherer). Der Fragebogen mit den Umfrageergebnissen liegt dem Bericht als **Anhang 6** bei.

⁴ Das Dossier betrifft die Beschwerde der Krankenversicherung Assura vom 31. Oktober 2008 an das Bundesverwaltungsgericht gegen Prämienentscheide des BAG für das Jahr 2009.

1.4 Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

Das KVG wurde durch eine Referendumsabstimmung im Jahr 1994 knapp angenommen und am 1. Januar 1996 in Kraft gesetzt. Das Gesetz basiert auf dem Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts und regelt die soziale Krankenversicherung. Es umfasst die OKP und eine freiwillige Taggeldversicherung.

Der Gesetzgeber verfolgte mit dem neuen KVG drei Hauptziele: Erstens soll die Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko und Einkommen verstärkt werden. Zweitens soll eine qualitativ hochstehende, für alle finanziell tragbare medizinische Versorgung sichergestellt werden. Drittens sollen kostendämmende Wettbewerbsmechanismen in einem definierten ordnungspolitischen Rahmen zu einer vernünftigen Kostenentwicklung beitragen.

Das Gesetz schreibt die Versicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz vor (d.h. Einheimische und aufenthaltsberechtigte Ausländer). In der Schweiz ist somit jeder Einwohner obligatorisch für die Behandlungskosten bei Krankheit versichert. Die versicherungspflichtigen Personen können die Krankenkasse frei wählen. Die Krankenversicherungen sind privatwirtschaftliche Unternehmen, es gibt keine staatliche Krankenkasse. Jede Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, alle versicherungspflichtigen Personen, die einen entsprechenden Antrag stellen und im örtlichen Tätigkeitsgebiet der Kasse Wohnsitz haben, in die Grundversicherung aufzunehmen (Kontrahierungspflicht). Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Versicherungspflicht. Die Versicherer stehen - in einem regulierten Umfeld - miteinander in Konkurrenz. So dürfen die Anbieter im Bereich der obligatorischen Grundversicherung nicht gewinnorientiert arbeiten und müssen denselben gesetzlich vorgeschriebenen Leistungskatalog offerieren. Die OKP wird aktuell von 81 Krankenversicherern angeboten. Sie wird nach dem Ausgabeumlageverfahren finanziert. Die Versicherer bilden für bereits eingetretene Krankheiten und zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit ausreichende Rückstellungen und Reserven. Zudem muss die Finanzierung selbsttragend sein.

Bei den (freiwilligen) Zusatzversicherungen (d.h. alle Leistungen, die über die gesetzliche Grundversicherung hinausgehen) sind die Krankenversicherer hingegen frei, welche Verträge sie mit wem abschliessen wollen. Interessenten können auch abgewiesen werden. Zudem haben sie einen grösseren Spielraum bei der Prämienfestlegung.

Soweit das Gesetz keine Ausnahme vorsieht, erhebt der Versicherer von allen seinen Versicherten in der OKP die gleichen Prämien. Die Krankenversicherer dürfen grundsätzlich nur Einheitsprämien erheben, was bedeutet, dass die Prämien nicht nach dem Krankheitsrisiko der Versicherten abgestuft werden können. Man spricht deshalb vom Kopfprämiensystem. Die Solidarität zwischen den Versicherten steht dabei im Vordergrund. Das KVG lässt den Krankenversicherern in der Grundversicherung somit relativ wenig Raum zur Prämien differenzierung nach effektiven Kosten.

Angesichts der grossen Unterschiede in den Gesundheitskosten zwischen den Versicherten in der OKP haben aber Kopfprämien eine Umverteilung von den Versicherten mit tiefen Gesundheitskosten zu Versicherten mit hohen Gesundheitskosten und damit von jüngeren zu älteren Mitgliedern innerhalb jeder Kasse zur Folge. Eine Krankenkasse, die vor allem junge und gesunde Menschen betreut, muss weniger Gesundheitskosten übernehmen, unterliegt somit einem geringen Risiko und kann, verglichen mit der Konkurrenz, tiefere Prämien anbieten. Mit der

Einführung des neuen Gesetzes wurde, um der drohenden Entsolidarisierung entgegenzuwirken, auch der Risikoausgleich⁵ zwischen den Versicherern eingeführt. Krankenversicherer, die mehr ältere und weibliche Versicherte betreuen, haben einen Anspruch darauf, dass ihr erhöhtes Risiko finanziell ausgeglichen wird. Dieser Risikoausgleich wird durch die „Gemeinsame Einrichtung KVG“ über einen Fonds abgewickelt. Konkret bedeutet dies, dass die Versicherten in nach Alter und Geschlecht gebildete Risikogruppen eingeteilt werden. Für diese Risikogruppen werden die Durchschnittskosten berechnet und diese werden mit den Gesamtdurchschnittskosten verglichen. Liegen die Durchschnittskosten der Risikogruppe unter den Gesamtdurchschnittskosten, müssen die Versicherer für jede versicherte Person, die in die entsprechende Risikogruppe gehört, eine Abgabe in den Fonds einzahlen. Umgekehrt erhält der Versicherer für versicherte Personen, die in eine Risikogruppe mit überdurchschnittlichen Kosten gehören, einen Beitrag aus dem Fonds. Der Wettbewerbsnachteil von Krankenversicherungen mit älteren Mitgliedern wird damit teilweise ausgeglichen. Ebenso soll damit der Wettbewerbsvorteil neuer Krankenversicherer zum gezielten Anwerben von jungen und gesunden Leuten reduziert und der Risikoselektion entgegengewirkt werden. Der heute geltende Risikoausgleich berücksichtigt jedoch nur die Ausgleichskriterien Alter und Geschlecht und gleicht damit die unterschiedlichen Krankheitskosten nur teilweise aus. Aus diesem Grund hat das Parlament am 21. Dezember 2007 eine Verfeinerung des Risikoausgleichs beschlossen: Ab dem Ausgleichsjahr 2012 wird der Risikoausgleich mit dem zusätzlichen Ausgleichskriterium "Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr" berechnet.

Gemäss KVG (Art. 61 Abs. 2) haben die Versicherer jedoch die Möglichkeit ihre Prämien nach ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonale und regional abzustufen. Sie können damit von der Einheitsprämie abweichen, wobei die kantonalen Prämien nach den kantonalen Kostenunterschieden abgestuft werden können. Zudem stehen den Versicherten verschiedene Versicherungsvarianten zur Verfügung, für welche Prämienrabatte gewährt werden können. Jedoch dürfen die Prämien ohne Unfall um maximal 50% der regionalen Grundprämien reduziert werden. Für versicherte Kinder (bis 18-jährig) sind die Prämien tiefer anzusetzen als für erwachsene Versicherte. Diese Möglichkeit besteht ebenfalls für jüngere Versicherte (19 – 25-jährig).

Die nachfolgende Tabelle zeigt anhand eines fiktiven Beispiels, die von Gesetz und Verordnung vorgesehenen maximalen Prämien differenzierungen pro Region⁶ sowie innerhalb der drei Altersklassen Erwachsene (ab 26 Jahren), junge Erwachsene (19 – 25 Jahre) und Kinder (0 – 18 Jahre).

⁵ Das gesamte Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern betrug gemäss der gemeinsamen Einrichtung im Jahr 2008 5.6 Mrd. Franken.

⁶ Die Einteilung der Regionen wird vom BAG vorgenommen und basiert auf wissenschaftlichen Studien der ETH Zürich, welche von den Kostenangaben der Versicherer ausgehen. Pro Kanton bestehen maximal drei Regionen.

Tabelle 2: Fiktives Fallbeispiel mögliche monatliche Prämendifferenzierungen (Stand 2010)

Alterklasse	Versicherungsmodelle	Region 1		Region 2		Region 3	
		Prämie In Franken	Bis 15% Reduktion	Prämie In Franken	Bis 10% Reduktion	Prämie In Franken	Prämie In Franken
Erwachsene (ab 26 J.)	Franchise 300	300		255		229.50	
	Franchise 2500	Reduktion höchstens 70% des mit höheren Franchise übernommenen Risikos (1'540)					
		171.76		*127.50		*114.75	
	Modelle	wie z.B. Hausarzt oder Telefon Reduktion 20% oder höher bei Nachweis					
	Franchise 300	240		204		183.60	
	Franchise 2'500	150*		*127.50		*114.75	
Junge Erwachsene (19 – 25 J.)	Franchise 300	210		178.50		160.65	
	Franchise 2500	Reduktion höchstens 70% des mit höheren Franchise übernommenen Risikos (1'540)					
		105*		*89.25		*80.35	
	Modelle	Wie z.B. Hausarzt oder Telefon Reduktion höchstens 20% der ordentlichen Prämie					
	Franchise 300	168		142.80		128.50	
	Franchise 2'500	105*		*89.25		*80.35	
Kinder (0-18 J.)	Franchise 0 (bis 600 möglich)	30		25.50		22.95	

*Die günstigste Prämie beträgt mind. 50% der Grundprämie der Erwachsenen oder Jungen Erwachsenen

Quelle: EFK, Darstellung EFK

Die volle Freizügigkeit garantiert den Versicherten in jedem Alter und mit jedem Gesundheitszustand, die Krankenkasse mit dreimonatiger Frist zu kündigen und den Krankenversicherer zu wechseln. Diese Freizügigkeit gilt nur für die Grundversicherung, nicht aber für die Zusatzversicherung.

1.5 Die Kosten im Gesundheitswesen steigen unaufhaltsam weiter

Die Gesundheitskosten beinhalten die Kosten für ambulante (u.a. Arztpraxen, Krankenhäuser, Zahnärzte) und stationäre (z.B. Krankenhäuser und Heilanstalten) Behandlungen, den Verkauf von Gesundheitsgütern (u.a. Arzneimittel oder therapeutische Apparate) sowie auch die Verwaltungskosten. Auch nach Inkrafttreten des KVG steigen die Kosten im Gesundheitswesen unaufhaltsam weiter an, die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate beträgt 4.6%. Die OECD geht davon aus, dass diese Kosten mit dem technischen und wissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin auch künftig weiter wachsen werden. Für die Jahre 2008 bis 2010 hat die Konjunkturforschungsstelle der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (KOF) das Kostenwachstum im Bereich des Gesundheitswesens in der Schweiz im Durchschnitt auf jährlich 4% prognostiziert. Die Ursachen dafür werden hauptsächlich der Mengenausweitung bei den medizinischen Leistungen sowie bei der Preisbildung gesehen. Als weitere Gründe mit einer untergeordneten Rolle werden u.a. die Entwicklung der Nachfrage, z.B. das Altern der Bevölkerung oder der verbesserte Zugang aller Personen zu qualitativ guten medizinischen Leistungen, genannt.

Die gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz beliefen sich gemäss Bundesamt für Statistik im Jahr 2007 auf 55.2 Mrd. Franken (10.8% des Bruttoinlandsprodukts), wobei das Kostenwachstum zum Vorjahr 4.9% betrug. Pro Einwohner sind dies jährlich knapp 7'000 Franken. Von diesen Kosten wird über ein Drittel über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert. Damit werden die Kosten für Spitäler (37 Prozent), Ärzte (22 Prozent), Medikamente (18 Prozent), Pflegeleistungen (17 Prozent) und Verwaltung (6 Prozent) finanziert. Die nachstehende Tabelle veranschaulicht welche Akteure die restlichen Kosten tragen.

Die nachfolgende Tabelle die Finanzierung des Gesundheitswesens aus Sicht der Volkswirtschaft:

Tabelle 3: Finanzierung des Gesundheitswesens aus Sicht der Volkswirtschaft 2007

Finanzierungsträger	in Mio. Fr.	in %
Staat (Bund, Kantone und Gemeinden)	14'773	26.8%
Beiträge an Leistungserbringer (u.a. Spitäler)	8'147	14.8%
Gesundheitswesen, Verwaltung und Prävention	814	1.5%
Verbilligung der KVG-Prämien	3'432	6.2%
Anderer Soziale Sicherheit	2'380	4.3%
Unternehmen (Beiträge und Prämien der Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Selbständigerwerbenden)	3'552	6.5%
Unfallversicherung UVG	1'685	3.1%
IV-AHV	1'876	3.4%
Private Haushalte (Ein- und Mehrpersonenhaushalte)	36'889	66.8%
Aufwand der Krankenversicherung (Betrag der Zahlungen der Krankenversicherer an das Gesundheitswesen, abzüglich der Beiträge an die Versicherten für die Prämienverbilligung)	21'135	38.3%
Kostenbeteiligung (Franchisen und Selbstbehalte)	3'201	5.9%
Out of pocket (Direkte Kostenbeteiligung)	12'018	21.7%
Anderer private Finanzierung (z.B. Spenden und Vermächtnisse an Pflegeheime usw.)	536	0.9%
Total	55'215	100%

Quelle: BFS, Darstellung EFK

Gemäss den provisorischen Aufsichtsdaten des BAG für das Jahr 2009 ergaben die Bruttoleistungen in der OKP 23.7 Mrd. Franken, die Prämieinnahmen (inkl. Beiträge für die Prämienverbilligung) 20.1 Mrd. Franken und die Kostenbeteiligung der Versicherten 3.4 Mrd. Franken.

Die Versicherungen haben im Jahr 2008 einen Verlust von 755 Mio. Franken im Bereich der OKP ausgewiesen. Die provisorischen Kennzahlen für das Jahr 2009 ergeben nochmals einen Verlust von 559 Mio. Franken. In der Hochrechnung aus dem Sommer 2009 wurde noch von einem wesentlich höheren Verlust der Branche ausgegangen. Das bessere Ergebnis kann einerseits auf die positive Entwicklung der Wertschriftenanlagen und andererseits auf die Kapitaleinschüsse in die OKP zurückgeführt werden.

2 Die Akteure und Rolle des BAG bei der Aufsicht und Prämien genehmigung

2.1 Das BAG beaufsichtigt 81 Krankenversicherer

Die aktuell 81 Schweizerischen Krankenversicherer im Bereich der sozialen Krankenversicherung beschäftigen rund 12 000 Personen (9 800 Vollzeitstellen) und sind zum grossen Teil im Branchenverband santésuisse organisiert. Der Verband nimmt die Interessen seiner Mitglieder wahr und vertritt die gemeinsamen Anliegen der Branche gegenüber den nationalen und kantonalen Behörden. Viele kleine und mittlere Krankenversicherer sind zudem im Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer RVK zusammengeschlossen. Knapp die Hälfte der Bevölkerung in der Schweiz ist bei den drei grössten Versicherungskonglomeraten⁷ versichert.

Für verschiedene Kennzahlen der sozialen Krankversicherung sei auf **Anhang 7** verwiesen.

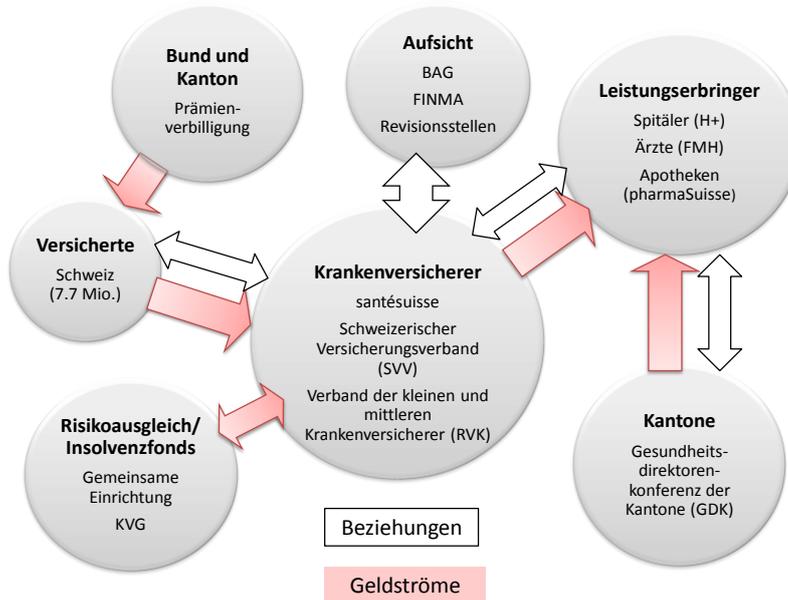
Für die Prämien genehmigung und die Aufsicht der sozialen Krankenversicherung ist das BAG zuständig. Die Prämien der Grundversicherung dürfen von den Versicherern erst angewandt werden, nachdem sie vom BAG genehmigt worden sind. Die Aufsicht über die Zusatzversicherungen oder weitere Versicherungsarten, welche dem Privatversicherungsrecht unterliegen, obliegt demgegenüber der FINMA. Die Zusatzversicherungen unterstehen dem Privatversicherungsrecht, können aber von anerkannten Krankenversicherungen durchgeführt werden. Rund die Hälfte der Versicherer hat die Grundversicherung juristisch von der Zusatzversicherung abgetrennt. Die andere Hälfte der Versicherer – auch „gemischte Versicherungsanbieter“ genannt, bieten die Grund- und Zusatzversicherung noch in der gleichen juristischen Person an. Der Marktanteil dieser Anbieter beträgt heute indes nur noch rund 20% des Zusatzversicherungsgeschäftes. Die private Versicherungswirtschaft ist im Schweizerischen Versicherungsverband zusammengeschlossen ist die Dachorganisation der privaten Versicherungswirtschaft.

Im Bereich der Aufsicht sind zudem die Revisionsstellen anzusiedeln (vergleiche dazu Ausführungen unter **Kapitel 5.4**). Wie bereits erwähnt nimmt die von den Versicherern gegründete Stiftung „Gemeinsame Einrichtung“ verschiedene gemeinsame Aufgaben wahr. Zwei zentrale Akteure im Umfeld des KVG sind die Kantone, welche für den Vollzug der Gesundheitsversorgung und zum Teil die Finanzierung zuständig sind, sowie die Leistungserbringer, welche die Gesundheitsgüter und –dienstleistungen anbieten. Die Leistungserbringer, z.B. Spitäler, befinden sich zum Teil im Besitze der Kantone. Zudem werden die Krankenkassenprämien für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch staatliche Zuschüsse verbilligt. Die konkrete Ausgestaltung regeln die Kantone.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die verschiedenen Akteure im Bereich des KVG. Dabei nimmt das BAG mit seiner Aufsichts- und Prämien genehmigungsfunktion bei der sozialen Krankenversicherung eine zentrale Rolle ein.

⁷ Versicherungsgesellschaften mit verschiedenen Tochterunternehmen wie z.B. die Gruppe Helsana, die CSS Holding oder die Groupe Mutuel.

Abbildung 1: Die wichtigsten Akteure im KVG



Quelle: EFK; Darstellung EFK

2.2 Das Ziel des BAG ist die Sicherstellung der Grundprinzipien des KVG

Bei der Überwachung der Durchführung der Krankenversicherung wird in den nachfolgenden Ausführungen zwischen Aufsicht über die Krankenversicherung sowie Prämien genehmigungsverfahren im Speziellen unterschieden.

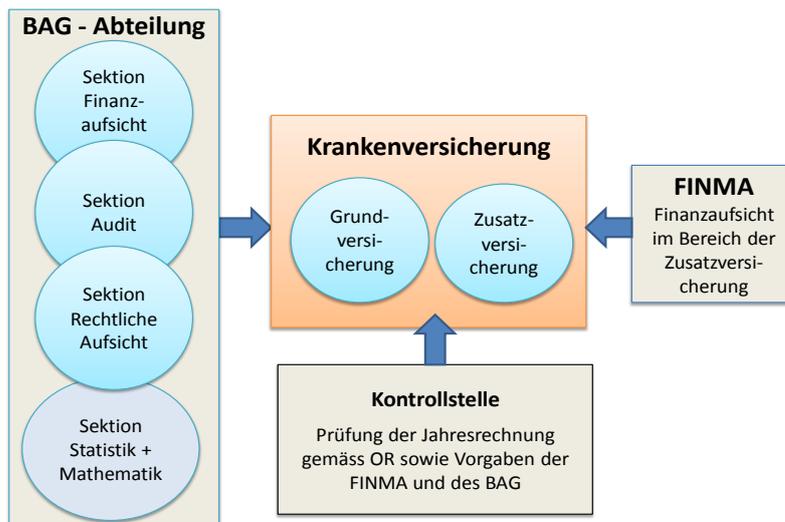
Gemäss BAG sind die wesentlichen **Ziele der Aufsicht** über die Versicherer die Gewährleistung einer einheitlichen Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen und bei Nichteinhaltung die Sicherstellung einer rechtzeitigen Intervention. Nicht zuletzt geht es darum, dass die Einhaltung der Grundprinzipien der Krankenversicherung (u.a. Aufrechterhaltung des Systems, Versicherungsschutz für alle, Schutz der Versicherten) gemäss KVG sichergestellt wird.

Das **Ziel der Prämien genehmigung** ist es zu überprüfen, ob die eingereichten Prämien im Verhältnis zu den Kosten, welche die Versicherer im entsprechenden Kanton zu tragen haben, angemessen sind. Zudem dient die Prämien genehmigung der Überprüfung und Gewährleistung der Einhaltung der Finanzierungsgrundsätze des KVG und der Solvenz der Krankenversicherer. Die Versicherer müssen gemäss Gesetz jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen. Schliesslich dient die Plausibilisierung, Kontrolle und Genehmigung der Prämientarife auch dazu, die Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienfestsetzung und zu den Prämienermässigungen durchzusetzen, und damit die Gleichbehandlung aller Versicherten sicherzustellen.

2.3 20 Vollzeitkräfte werden für die Aufsicht und Prämien genehmigung eingesetzt

Wie bereits erwähnt wird die Aufsicht über die Durchführung der Krankenversicherung durch das BAG und die Durchführung der Zusatzversicherungen von der FINMA wahrgenommen. Ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Prüfung der Jahresrechnungen üben die Revisionsstellen der Krankenversicherer aus. Diese Akteure sowie ihre Primärfunktion sind aus nachfolgender Abbildung ersichtlich.

Abbildung 2: Die verschiedenen Akteure im Bereich der KV-Aufsicht



Quelle: EFK

Für die Aufsicht der Krankenversicherer, die Prämien genehmigung sowie für weitere Aufgaben (u.a. Beaufsichtigung der Unfall- und Militärversicherung, Bearbeitung von parlamentarischen Vorstössen, Prämienverbilligung, Krankentaggeld) ist die Abteilung Versicherungsaufsicht des BAG zuständig. Diese Aufgaben werden zusammen mit der Abteilungsleitung von fünf Sektionen mit insgesamt 49 Mitarbeitenden (44.9 Vollzeitkräfte) ausgeübt, wovon rund 20 Vollzeitkräfte für reine Aufsichts- und Prämien genehmigungstätigkeiten eingesetzt werden. Für die Prämien genehmigung spielt die Sektion Finanzaufsicht Krankenversicherung eine zentrale Rolle. Sie ist für die Finanzaufsicht zuständig, prüft die Eingaben der Krankenversicherer und genehmigt die Prämien prospektiv für das nächste Jahr. Die folgende Abbildung verdeutlicht die Aufgabe der verschiedenen zuständigen Abteilungen im BAG für die Aufsicht und die Prämien genehmigung.

Abbildung 3: Hauptaufgaben des BAG bei der Krankenversicherungsaufsicht

Sektion Finanzaufsicht KV (10 Mitarbeitende, 9.7 Vollzeitarbeitskräfte, Teil Aufsicht 70%)

Finanzaufsicht und die Prämien genehmigung über die KV (primär prospektive Datenerhebung)

- Aufsicht über die Versicherungstätigkeit und die institutionelle Aufsicht über die Krankenversicherer.
- Überwachung der Rechnungslegung der KV
- Analyse Revisionsstellenberichte
- Prüfung der Budgets der KV
- Genehmigung der Prämien der sozialen Krankenversicherung
- Einladen der KV ins BAG (u.a. bei Feststellung von Abweichungen von den rechtlichen Vorgaben und den Weisungen des BAG im Rahmen des Prämien genehmigung)
- Prämienverbilligungen, Krankentaggeld, Risikoausgleich und Weiteres

Sektion Rechtliche Aufsicht KV (14 Mitarbeitende, 12 Vollzeitarbeitskräfte, Teil Aufsicht 40%)

• Sicherstellung des juristischen Know-how

- Prüft die Eingaben der Krankenversicherer auf ihre Konformität gegenüber den Gesetzen.
- Rechtsetzungsaufgaben (u.a. Vorbereitung von Vorschlägen für Gesetzes- und Verordnungsrevisionen im Aufsichtsbereich,)
- Bearbeitung von parlamentarischen Vorstössen
- Bearbeitung von Verwaltungsgerichtsbeschwerden, Beschwerdeantworten und Vernehmlassungen an das Eidgenössische Versicherungsgericht
- Erstellung von Publikationen und Anleitungen bezüglich Rechtspraxis im Krankenversicherungsrechts

Sektion Audit (5 Mitarbeitende, 4.9 Vollzeitarbeitskräfte, Teil Aufsicht 80%)

Prüfungen der gesetzeskonformen Umsetzung der OKP am Standort der Versicherer

- U.a. Prüfungen in den Bereichen Organisation, Unternehmungsführung, Versicherungs- und Dienstleistungen, Rechnungslegung, Kostenrechnung, Organisation, Reservesituation
- Komplementäre Prüfungen zur gesetzlichen vorgeschriebenen Revisionsstelle

Sektion Statistik + Mathematik (7 Mitarbeitende, 6.6 Vollzeitarbeitskräfte, Teil Aufsicht 30%)

Zuständig für die retrospektive Analyse der Krankenversicherungsdaten

- Erarbeitung von Datengrundlagen und Statistiken der OKP (Basis Fragebogen EF 123)
- Analysen, Auswertungen und Berechnungen im Bereich der Kosten der Krankenversicherer

Quelle: BAG, Darstellung EFK

2.4 Die Datengrundlagen für die Aufsicht und die Prämien genehmigung sind vielfältig

Die Aufsicht über die Durchführung der sozialen Krankenversicherung bzw. die Krankenkassen basiert auf den drei Säulen:

- **Restrospektive Aufsicht**, dazu stehen dem BAG verschiedene definitive Daten der Versicherer zur Verfügung, diese beinhalten u.a.:

- Bilanz und Erfolgsrechnung des abgeschlossenen Geschäftsjahres
 - Betriebsrechnungen der einzelnen Versicherungsprodukte
 - Versichertenbestand nach Wohnkanton und Geschlecht
 - Angaben zur Anzahl Versicherter in den einzelnen Versicherungsvarianten
 - Prämien und Leistungen nach Versicherungsart
 - Leistungen nach Kostengruppen
 - Anzahl erkrankte Personen und Spitaleinweisungen
 - Versicherungseintritte, Versicherungsaustritte
 - Stellenbestand
 - Zahlungsausstände für OKP-Prämien
 - Bericht der Revisionsstelle zum abgeschlossenen Geschäftsjahr
 - Geschäftsbericht
 - Wohnland der Versicherten für Grenzgänger
 - Angaben zur Rückversicherung
 - Versichertenbestand nach Wohnkanton, Alter und Geschlecht
 - Versichertenbestand nach Alter, Geschlecht und Franchisestufen
 - Versichertenbestand nach Alter, Geschlecht und Franchisestufen in den verschiedenen Modellen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers.
- **Unmittelbare und aktuelle Aufsicht** mittels Audits und Expertisen am Sitz der Krankenversicherer sowie die Überwachung der einheitlichen Anwendung des Bundesrechts.
 - **Prospektive Aufsicht** erfolgt durch die Prüfung und Genehmigung der Prämientarife und die Überprüfung der Versicherungsangebote auf ihre Gesetzmässigkeit. Die Informationen dazu basieren sowohl auf definitiven Daten als auch auf Hochrechnungen und Prognosen, dies sind u.a.:
 - Tätigkeitsgebiet des Versicherers
 - Risikobestände nach Alter, Geschlecht und Wohnkanton
 - Angebotene wählbare Franchisen
 - Übersicht über die Angebote mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (Health Maintenance Organisation HMO, Hausarztmodell HAM, diverse Angebote)
 - Sämtliche Prämien für das kommende Jahre (d.h. für alle Regionen, Altersstufen, Franchisestufen und Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers mit und ohne Unfalleinschluss)
 - Kantonale Ergebnisrechnungen⁸ über 3 Jahre (Ist, Hochrechnung und Prognose sprich Budget), in denen ein Versicherer aktiv ist und über 300 Personen versichert hat.

Die verschiedenen für die Aufsicht notwendigen Informationen werden von den Versicherungen mit standardisierten elektronischen Formularen erfasst und dem BAG zur Verfügung gestellt.

Die Bilanzen und Erfolgsrechnungen werden dazu benötigt, um die endgültigen Auswirkungen der ursprünglich genehmigten Prämien auszuweisen. Sie zeigen dem BAG, wie das vergangene Geschäftsjahr der Versicherer abgelaufen ist und welche Auswirkungen die damals genehmigten Prämien auf die finanzielle Situation der Versicherer hatten. Mit Hilfe der eingereichten

⁸ Die Ergebnisrechnungen beinhalten alle angefallenen Erträge und Kosten bzw. Leistungen sowie die Rückstellungen und Reserven pro Kanton.

Hochrechnungen und Budgets prüft das BAG die finanzielle Zukunft der Krankenversicherer. Die Hochrechnungen werden anhand der Geschäftsdaten des ersten halben Jahres für das laufende Jahr erstellt und bei den Budgets handelt es sich um Prognosewerte für das kommende Jahr. Dabei wird auch die prognostizierte Anzahl der Versicherten einbezogen. Das BAG prüft anhand des Budgets, ob diese Prämien gerechtfertigt sind und die finanzielle Situation der Krankenversicherer gesichert ist. Diese Prämien gelten dann - falls vom BAG genehmigt - für das folgende Jahr. All diese erhobenen Daten fliessen in die Informationsgrundlage für das Prämien genehmigungsverfahren ein.

Zudem verfügt das BAG über die Prüfberichte der Revisionsstellen sowie einen von den Revisionsstellen ausgefüllten Fragebogen zu den Jahresabschlüssen der Krankenversicherer (Erhebungsformular 4).

Im nachfolgenden Kapitel 3 wird die Komplexität der Prämienbildung und –festsetzung verdeutlicht. Dabei werden wesentliche Faktoren, welche die Festsetzung beeinflussen, erläutert.

3 Prämienbildung in der Grundversicherung

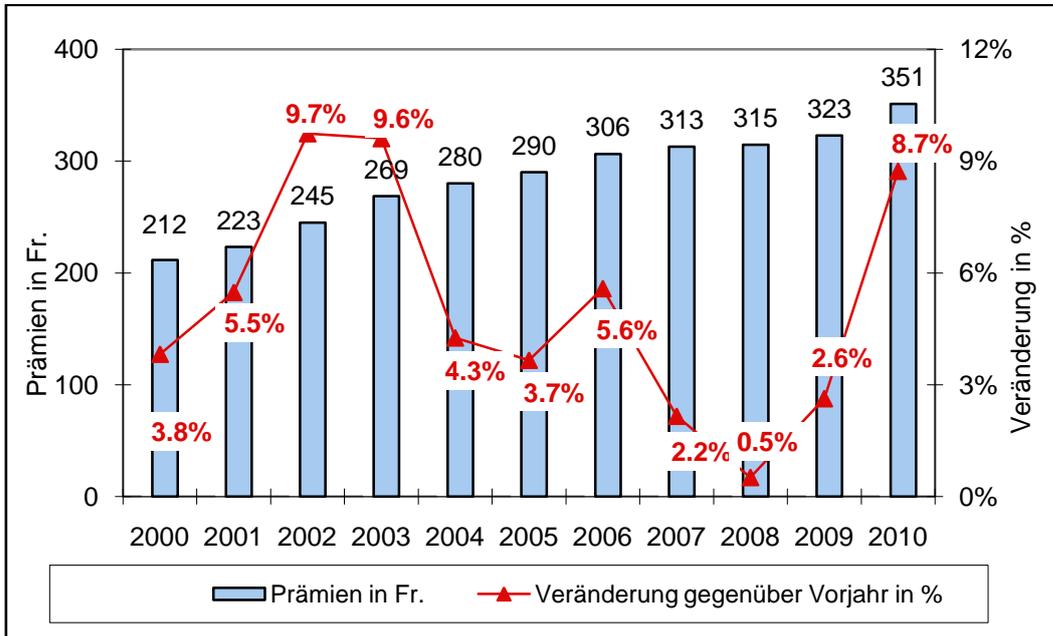
3.1 Die Prämienfestsetzung basiert auf verschiedenen Elementen

Die Prämien der OKP dienen zur Deckung der Kosten, welche in der OKP anfallen. Dabei erhöhen sich die Prämien gemäss der Kostenentwicklung, wobei mittel- bis langfristig das Verhältnis zwischen Kosten und Prämien ausgeglichen sein sollte. Gemäss den Aufsichtsdaten des BAG sind die durchschnittlichen Prämien pro Versicherte Person im Zeitraum von 1998 bis 2009 um 49% gestiegen (von 1'754 auf 2'611 Franken). Im gleichen Zeitraum haben sich die durchschnittlichen Bruttoleistungen pro versicherte Person um 59% erhöht (von 1'935 auf 3'070 Franken). Die Kostenbeteiligung pro versicherte Person hat im gleichen Zeitraum um 52% (von 289 auf 439 Franken) zugenommen.

In den beiden nachfolgenden Abbildungen ist ersichtlich, wie sich die gesamtschweizerischen Durchschnittsprämien für Erwachsene sowie die durchschnittlichen Bruttoleistungen pro Person in den letzten zehn Jahren entwickelt haben.

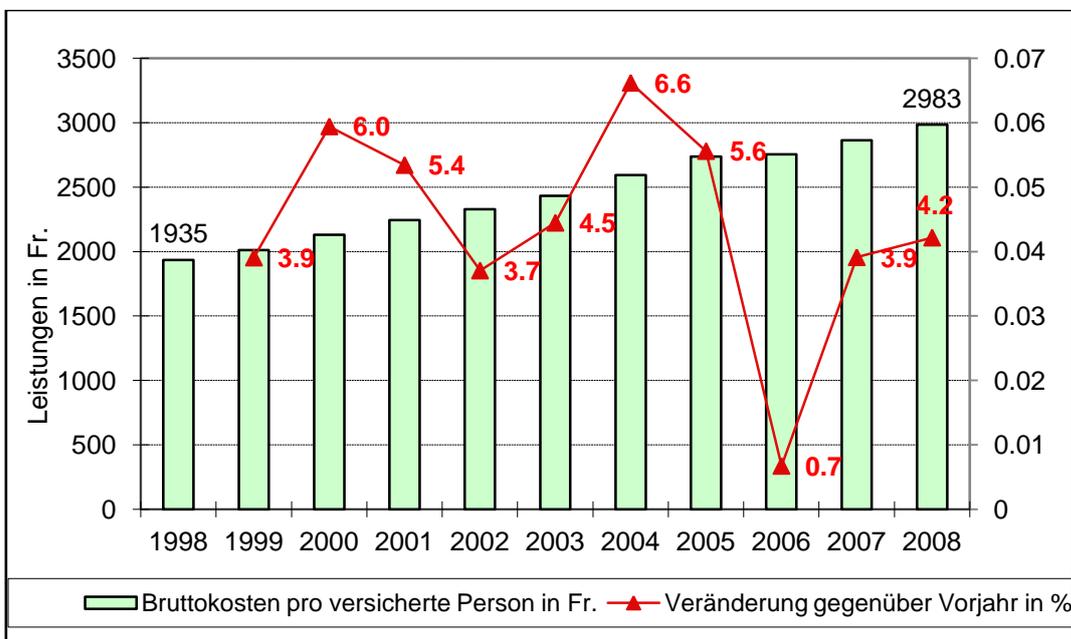
Hinweise über die Entwicklung der Prämieinnahmen, der Leistungen und Reserven pro Person ausgewählter Kantone sind im **Anhang 8** ersichtlich.

Abbildung 4: Entwicklung monatliche Durchschnittsprämie für Erwachsene in Franken und Veränderung in Prozent



Quelle und Darstellung: BAG

Abbildung 5: Entwicklung der jährlichen Bruttokosten pro versicherte Person in Franken und Veränderung in Prozent



Quelle und Darstellung: BAG

Zur Deckung dieser Leistungen verwenden die Versicherer im Mittel rund 94% der Prämieinnahmen. Der Rest dient der Deckung von Verwaltungskosten und der Äufnung von Rückstellungen und Reserven.

Für die Prämienberechnung haben die Versicherungen verschiedene Elemente zu berücksichtigen, so u.a. die Versichertenanzahl (Eintritte, Austritte, Versicherungsmodelle), die Betriebskosten, die Gesundheitskostenprognosen (Erfahrungswerte, Modellberechnungen), die Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle sowie für den Risikoausgleich, die Reservequote, die Kostenbeteiligung der Versicherten, Bildung usw.).

Selbstverständlich spielen auch gewisse marktstrategische Überlegungen bei der Festsetzung einer Prämie eine Rolle, wobei die Versicherer jeweils für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherzustellen haben.

Je nach Zusammensetzung des Versichertenbestandes variieren die budgetierten Erhöhungen der Prämien nach Kanton und Versicherer. Im Rahmen des Budgetprozesses haben die Krankenversicherer die Bruttoleistungen für das kommende Jahr zu schätzen.

Wenn ein Versicherer in einem Kanton einen Versichertenbestand von weniger als 300 Personen aufweist oder seine Tätigkeit neu aufnimmt, so hat er die vom BAG vorgegebenen Minimal- und Maximal-Prämien für die Grundversicherung für Erwachsene Personen pro Region einzuhalten. Die Berechnung der Prämien für das Jahr 2010 erfolgt anhand der kantonalen bzw. regionalen Durchschnittsprämien des Jahres 2009, welche um das jeweilige kantonale geometrische Mittel der Prämien erhöhungen der Jahre 2004 – 2009 erhöht werden. Diese damit ermittelte durchschnittliche Prämie wird mit höchstens 10% aber maximal 30 Franken gegen unten (Minimalprämie) oder oben (Maximalprämie) korrigiert.

3.2 Prämienunterschiede sind primär auf ungleiche Bestandes- und Kostenstrukturen zurückzuführen

In den letzten Jahren haben die Prämien die Kosten der Grundversicherung nicht mehr vollständig gedeckt oder anders ausgedrückt, die Prämien⁹ wurden durchschnittlich zu tief angesetzt bzw. zu wenig erhöht. Diese Tatsache ist auf verschiedene Gründe zurückzuführen und ist je nach Kasse unterschiedlich ausgeprägt. Wesentliche Gründe für die Unterdeckung einzelner Krankenversicherer waren die folgenden Aspekte:

- Die Gesundheitskostenentwicklung war höher als budgetiert (optimistische Prognosen bei der Kostensteigerung im Gesundheitswesen)
- Die Prämienerosion war grösser als budgetiert (Tendenz zu höheren Franchisen und günstigeren Modellen)
- In Prozenten berechnete Mehreinnahmen durch Prämienanpassungen benötigt effektiv eine höhere prozentuale Prämienhöhung, da bei einem Prämienanstieg ein Teil der Versicherten günstigere Versicherungsvarianten (höhere Franchise oder andere Versicherungsmodelle) auswählt oder die Versicherung wechselt. Je mehr sich die Prämien erhöhen, umso höher wird die Prämienerosion ausfallen.
- Ab- und Zugänge der Versicherten haben sich nicht wie budgetiert entwickelt
- Anlageerträge fielen tiefer aus als budgetiert
- Die Prämien wurden von Beginn an zu tief kalkuliert bzw. angesetzt. So haben z.B., die Minimalprämien, welche von neu gegründeten Krankenversicherer angewandt wurden, die Kosten nicht vollständig gedeckt.

⁹ Gemeint ist die Standardprämie für eine erwachsene Person, 26+ Jahre, Franchise 300 Franken, mit Unfalldeckung.

Das BAG war in den letzten Jahren aufgrund der Annahme, dass die Versicherer zu hohe Reserven gebildet hatten, darum bemüht, die Prämien letztgenannter zu reduzieren oder drängte sie zumindest dazu, die Prämien nur moderat zu erhöhen. Das hat auch dazu geführt, dass die Prämien erhöhungen in den vergangenen Jahren weniger hoch ausgefallen sind, als sie effektiv gewesen wären¹⁰. Im Nachhinein betrachtet bedeutet dies, dass das BAG vorübergehend Prämien bewilligt hat, die nicht kostendeckend waren. Die Folge davon war, dass die Krankenversicherer zum Teil Verluste (u.a. infolge Kapitalmarktentwicklung und Gesundheitskostenwachstum) auswiesen und Reserven abbauten, was in den Folgejahren zu einem Nachholbedarf bei den Prämien erhöhungen führte.

Die Lücke zwischen Kosten und Einnahmen wird nun ab dem Prämienjahr 2010 mit entsprechenden Prämiensteigerungen geschlossen. So haben die Krankenversicherer die Erwachsenenprämien mit ordentlicher Franchise für das Jahr 2010 um durchschnittlich 8.7% erhöht. Je nach Kanton bewegen sich die Erhöhungen in einer Bandbreite von 3.6% (Neuenburg) bis 14.6% (Obwalden). Damit die im KVV festgehaltenen Reservequoten der Versicherer bis ins Jahr 2012 wieder erreicht werden können, ging das BAG ursprünglich sogar von einem durchschnittlichen Prämienanstieg von 13% aus.

Die nachfolgende Tabelle zeigt zum einen die Durchschnittsprämie der OKP (inkl. Unfall) mit Minimalfranchise schweizweit. Zum anderen wird der Kanton mit den je tiefsten und höchsten Prämien pro Altersklasse ausgewiesen. Die maximale Prämien differenz für das Jahr 2010 bei Erwachsenen in der Grundversicherung mit Minimalfranchise beträgt Fr. 196.65 (Fr. 452.42 – Fr. 255.77; 76.9%) und bei Jungen Erwachsenen Fr. 175.21 (386.52 – 211.31; 82.9%). Es ist festzustellen, dass die prozentuale Spannweite im Jahr 2009 sowohl bei Erwachsenen (82.4%) als auch bei Jungen Erwachsenen (87.2%) grösser war.

Tabelle 4: Durchschnittsprämien der OKP mit Minimalfranchise 2009 und 2010

	Erwachsene (ab 26 Jahre)			Junge Erwachsene (19-25 Jahre)			Kinder (bis 18 Jahre)		
	2009 in Fr.	2010 in Fr.	Veränd. in %	2009 in Fr.	2010 in Fr.	Veränd. in %	2009 in Fr.	2010 in Fr.	Veränd. in %
Schweiz	322.86	351.05	+8.7%	258.52	293.85	+13.7%	76.36	84.03	+10%
Kanton mit höchster Prämie	420.26 BS	452.42 BS	+7.7%	346.93 GE	386.52 BS	+11.4%	101.50 BS	110.82 BS	+9.2%
Kanton mit tiefster Prämie	230.45 NW	255.77 NW	+11%	185.36 NW	211.31 NW	+14%	56.14 NW	61.10 NW	+8.8%

Quelle: BAG, Darstellung EFK

Die unterschiedlichen Prämien zwischen den Kantonen sind primär mit ungleicher Kostenstrukturen zu erklären. Die Untersuchung von Ursachen für die Kostendifferenzen sowohl bei der Krankenversicherung als auch bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben in den

¹⁰ Dies konstatierte schon W. Kägi et al. in „Veränderungen im Bereich der Prämien genehmigung aufgrund des KVG“; 2003 für die Jahre 2001 und 2002.

unterschiedlichen Kantonen war bereits Gegenstand von Untersuchungen¹¹. Ausserdem sind die Ursachen der verschiedenen Prämien bei der Kosten- und Altersstruktur sowie der Reservesituation der Krankenversicherer zu suchen. Auch die strategische Ausrichtung der Krankenversicherer am jeweiligen kantonalen Versicherungsmarkt beeinflusst die Höhe der Prämie. Die Krankenversicherer fordern zum Teil „prohibitiv“ hohe Prämien um das Kundenwachstum in gewissen Regionen zu unterbinden. Zudem entstanden in den letzten Jahren verschiedene neue Krankenversicherungen, welche sich auf die Anwerbung von „guten Risiken“¹² spezialisiert haben. Diese sogenannten „Billigkassen“ treten mit sehr tiefen Prämien am Markt auf und gehören meistens zu grossen Krankenversicherungskonglomeraten. Die „guten Risiken“ werden zum Teil von Versicherungsberatern (deren erfolgreiche Vertragsabschlüsse mit Provisionen abgegolten werden) angeworben. Diese Praxis unter den Krankenversicherern führt laut einigen Politikern zu einer Entsolidarisierung des Gesundheitssystems, welches durch die Einführung des KVG eingedämmt werden sollte. Geschäftsergebnisse von einigen Krankenversicherern zeigen jedoch, dass sich die Strategie der Anwerbung von „guten Risiken“ in der Vergangenheit nicht immer bewährt hat. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass sich wegen der vollen Freizügigkeit auch sogenannte „schlechte Risiken“ diesen Krankenversicherern angeschlossen haben.

3.3 Bestandsprognosen und deren Kostenstruktur sind schwierig zu plausibilisieren

Die Grundlage für die Prämienberechnung der Versicherer sind die Prognosen des zukünftigen Geschäftsjahres, welche sie anhand der Hochrechnungen und den definitiven Daten des letzten Jahres erstellen. Dabei stützen sie sich auf ihre eigenen Daten sowie auf öffentlich zugängliche Statistiken. Das BAG wird dabei mit einer anspruchsvollen Aufgabe konfrontiert und muss die Prognosen und Budgets der Versicherer plausibilisieren. Dazu kann es auf eine grosse Datenmenge, welche es von den Versicherern erhält zurückgreifen. Zudem kann es im Gegensatz zu den Versicherern, den gesamten Markt und dessen Entwicklung beobachten.

Die grösste Unbekannte bei den Prognosen einer Krankenversicherung ist die Anzahl Versicherte und deren Kostenstruktur, welche sie im neuen Geschäftsjahr versichern wird. Da die Versicherer jeden Bewerber ohne Vorbehalte aufnehmen müssen, können die Versicherten mit wenig Aufwand zu einem anderen wechseln. Dies führt zu einer hohen Volatilität der Bestände und deren Zusammensetzung bezüglich Kostenstruktur bei einzelnen Versicherern. Die Versicherer versuchen die Ab- und Zugänge an Versicherten mit Hilfe von Erfahrungswerten und Modellen zu schätzen. Sie kennen die Prämien ihrer Mitstreiter der vorhergehenden Jahre und versuchen nach der Prämienhöhung die Attraktivität der neuen Prämie und damit den Bestand zu berechnen. Zudem hat sich bei gewissen Kantonen die Praxis eingebürgert, Personen, welche auf Sozialhilfe angewiesen sind, bei günstigen Versicherern zu platzieren. Dies führt bei der Bestandsprognose zu weiteren Unsicherheiten.

Ein weiteres Problem ergibt sich bei der Prognose der Struktur des neuen Bestandes. Die Versicherer dürfen beim Wechsel in die Grundversicherung aus rechtlicher Sicht keine

¹¹ Bestimmungen und Erklärung der kantonalen Mengenindizes der OKP Leistungen, Zentrum für Wirtschaftspolitik Zürich, September 2007; Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantone, Büro Vatter Bern, Juli 2001.

¹² Dies sind vor allem gesunde Versicherte, welche kaum oder keine Kosten verursachen.

Gesundheitsfragen stellen. Sie wissen daher nicht, in welchem Gesundheitszustand sich die neuen Versicherten befinden und welche Kosten sie somit in Zukunft verursachen werden. Auch kennen sie zum Zeitpunkt der Prognose das Alter der neuen Versicherten nicht. So wird auch die Prognose für die Zahlungen an den Risikoausgleich unsicher. Des Weiteren wissen die Versicherer nicht, in welchem Modellen (Hausarzt, TelMed, HMO) und Franchisestufe sich ihre Kunden im nächsten Jahr versichern lassen. Dies führt zu Unsicherheiten bei der Schätzung des Prämienetrags, da bei der Wahl eines alternativen Versicherungsmodell oder einer höheren Franchise Rabatte auf die Versicherungsprämie gewährt werden.

Die hohe Volatilität der Bestände führt somit bei den Versicherern zu Unsicherheiten bei deren Prognose. Dies kann dazu führen, dass alle Versicherer zusammen in gewissen Kantonen, wegen starken Prämienerrhöhungen insgesamt weniger Versicherte budgetieren als im vorhergehenden Jahr bzw. weniger als die Einwohnerzahl der betroffenen Kantone. Die Datenanalyse zeigt aber, dass dieser Effekt auf alle Kantone berechnet im Mittelwert eher schwach ausfällt. Normalerweise erwarten die Versicherer durchschnittlich einen leicht grösseren Bestand, als schlussendlich erreicht wird.

Eine genaue Prognose des Bestands und dessen Struktur ist für die Budgetierung der Prämien und der Reserven sehr wichtig. Erreicht ein Versicherer nicht den erwarteten Bestand hat das Auswirkungen auf das Gesamtvolumen der Prämieinnahmen aber auch auf das Gesamtvolumen der Leistungen. Nachfolgende Tabelle zeigt den relativen Prognosefehler einzelner ausgewählter Versicherer. Dabei kann man sehen, dass die Abweichungen bei den einzelnen Versicherern zum Teil sehr unterschiedlich sind. So bewegt sich die Varianz des relativen Prognosefehlers unter Berücksichtigung aller 81 Versicherer im untersuchten Zeitraum zwischen -99% und +382%, wobei die Daten des Jahres 2010 auf provisorischen Erhebungen beruhen. Nachfolgende Tabelle zeigt exemplarisch die relativen Prognosefehler von sechs ausgewählten Versicherern auf nationaler Ebene. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Abweichungen auf kantonaler Ebene noch ausgeprägter sind.

Tabelle 5: Relativer Prognosefehler der Bestände ausgewählter Versicherer 2006 -2010

Relativer Prognosefehler	Versicherer (anonymisiert)					
	A	B	C	D	E	F
2006	-1%	22%	-1%	-1%	2%	-6%
2007	-7%	196%	-3%	-1%	2%	-4%
2008	0%	83%	-3%	0%	0%	-4%
2009	0%	2%	-3%	-1%	0%	-3%
2010	15%	-3%	4%	2%	-1%	-5%

Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

3.4 Die Entwicklung der Gesundheitskosten bilden die zentrale Grösse für die Prämienfestsetzung

Eine weitere Unbekannte ist die Entwicklung der Kosten bei der OKP, welche die einzelnen Versicherer zu tragen haben. Sie übt insbesondere auf die budgetierten Leistungen des folgenden Jahres einen grossen Einfluss aus. Die Versicherer erhalten dafür von verschiedenen Stellen Unterstützung. So schätzt das Kostenprognosemodell des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WiG-Modell) die Kostenentwicklung bei der OKP auf kantonaler und nationaler Ebene. Dabei handelt es sich um ein statistisches Erklärungs- und Prognosemodell der OKP-Bruttokosten pro Versicherten der Zürcher Hochschule Winterthur. Dieses umfasst eine Extrapolation der Daten von santésuisse sowie einigen externen Faktoren (z.B. Ärztedichte, Alter der Versicherten oder Franchisestufen). Weiter beigezogen werden auch die von santésuisse publizierten Kostensteigerungen sowie die Prognosen der KOF zur Entwicklung der Gesundheitsausgaben in der Schweiz. Im Wesentlichen bilden diese Modelle auch für das BAG die Grundlage bei der Einschätzung der Gesundheitskostensteigerung

Zudem haben vor allem die grösseren Versicherer eigene Modelle und Stellen, mit deren Hilfe die Kostenentwicklung für die kommenden Jahre abgeschätzt wird. Aber auch kleinere Versicherer, welche nur in wenigen Regionen tätig sind und ihre Bestände sowie deren Entwicklung kennen, haben gute Möglichkeiten die Kostensteigerungen des nächsten Jahres mit Hilfe von Erfahrungswerten abzuschätzen.

Die nachfolgende Tabelle vergleicht die verschiedenen gesamtschweizerisch prognostizierten und effektiven Wachstumsraten der Gesundheits- bzw. Krankversicherungskosten für das Jahr 2007. Je nach Leistung (u.a. Spital stationär und ambulant, Labor, Ärzte, Medikamente) und je nach Kanton unterscheiden sich die prognostizierten und effektiven Kosten nochmals.

Tabelle 6: Prognostizierte und effektive Wachstumsraten im Gesundheitswesen 2007

Stelle	Bereich		Jahr 2007 Wachstumsrate in %
WiG	Bereich OKP	Prognose	4.0%
KOF	Gesamte Gesundheitsausgaben	Frühjahrsprognose	4.5%
		Herbstprognose	4.0%
	Bereich KVG	Prognose	4.6%
BFS	Gesamte Gesundheitsausgaben	Effektiv	4.6%
		Bereich Krankenversicherung	Effektiv
santésuisse	Bereich OKP – Bruttoleistungen	Prognose	3.5%
		Effektiv	3.9%
BAG	Publizierte Prämienhöhung OKP		2.2%

Quellen: BAG; KOF, WiG, BFS, Darstellung: EFK

Eine aktuelle – jedoch nicht publizierte -Studie des BAG, welche die Prognosen der Versicherer und des WiG-Modells miteinander vergleicht, kommt zum Schluss, dass die Mittelwerte der

Prognose der Versicherer für die Gesamtkosten auf nationaler Ebene in vergleichbarer Qualität ausfallen wie die Prognose des WiG-Modells. Jedoch liegen die Bandbreiten der Prognosen der verschiedenen Versicherer auf kantonaler Ebene weit auseinander. Zudem werden die effektiven Kosten der Versicherer mit den Prognosen verglichen, wobei es zu gewissen Abweichungen kommt. Der mittlere Prognosefehler der Versicherer ist mit dem Prognosefehler des WiG-Modells vergleichbar. Nachstehende Tabelle vergleicht die Nettokosten¹³ pro Person der Versicherer mit deren Prognosen. Außerdem stellt sie den relativen Prognosefehler, d.h. die Differenz von Prognosen und Nettokosten in Prozenten der Prognosen dar.

Tabelle 7: Durchschnittlich prognostizierte und effektive Nettokosten pro Person 2005 - 2008

Nettokosten in Franken		CH	BE	GE	SG	VD	ZH
2005	Nettokosten	2326.8	2477.8	3223.8	1882.7	2747.8	2269.7
	Prognosen	2302.7	2327.3	3301.4	1830.1	2780.2	2274.6
	Prognosefehler	1.0%	6.5%	-2.3%	2.9%	-1.2%	-0.2%
2006	Nettokosten	2348.7	2547.2	3167.7	1888.3	2733.1	2275.2
	Prognosen	2430.1	2573.6	3427.6	1938.6	2908.7	2389.7
	Prognosefehler	-3.3%	-1.0%	-7.6%	-2.6%	-6.0%	-4.8%
2007	Nettokosten	2443.8	2677.9	3215.2	1975.8	2780.4	2377.3
	Prognosen	2479.6	2586.4	3502.7	1941.0	2947.1	2458.8
	Prognosefehler	-1.4%	3.5%	-8.2%	1.8%	-5.7%	-3.3%
2008	Nettokosten	2550.7	2798.0	3396.9	2072.3	2869.7	2489.9
	Prognosen	2484.5	2618.3	3420.5	1960.2	2881.2	2483.5
	Prognosefehler	2.7%	6.9%	-0.7%	5.7%	-0.4%	0.3%

Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

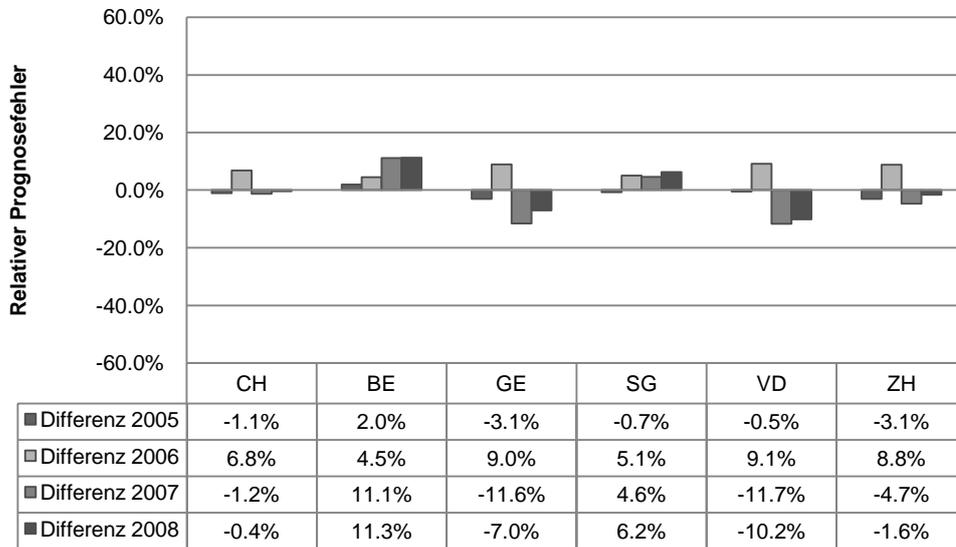
Der mittlere Prognosefehler der Versicherer ist fast immer systematisch kleiner als derjenige der einzelnen Versicherer. Die einzelnen Versicherer liefern für einzelne Kantone über mehrere Jahre zu tiefe oder zu hohe Prognosen. Dies lässt sich u.a. damit erklären, dass die einzelnen Versicherer bei ihren Prognosen auch die Struktur ihrer Bestände zu berücksichtigen haben. So können die Kosten pro Versicherte Person steigen, wenn viele Gesunde einen Versicherer verlassen, ohne dass im Gesamtmarkt eine Kostensteigerung resultiert. Sind die Nettokosten tiefer als prognostiziert, dann steigen grundsätzlich die Reserven und umgekehrt. Es gibt sicher noch weitere Gründe, welche die Prognosefehler erklären können. Diese wurden von der EFK jedoch nicht näher abgeklärt.

Die beiden folgenden Abbildungen zeigen den Prognosefehler der Nettokosten zweier Versicherer. Dabei ist ersichtlich, dass sich die Prognosefehler in den einzelnen Kantonen und Jahren zwischen den beiden Versicherungen markant unterscheiden.

¹³ Die Nettokosten sind die Leistungen der Versicherer abzüglich der Selbstbehalte und Franchisen.

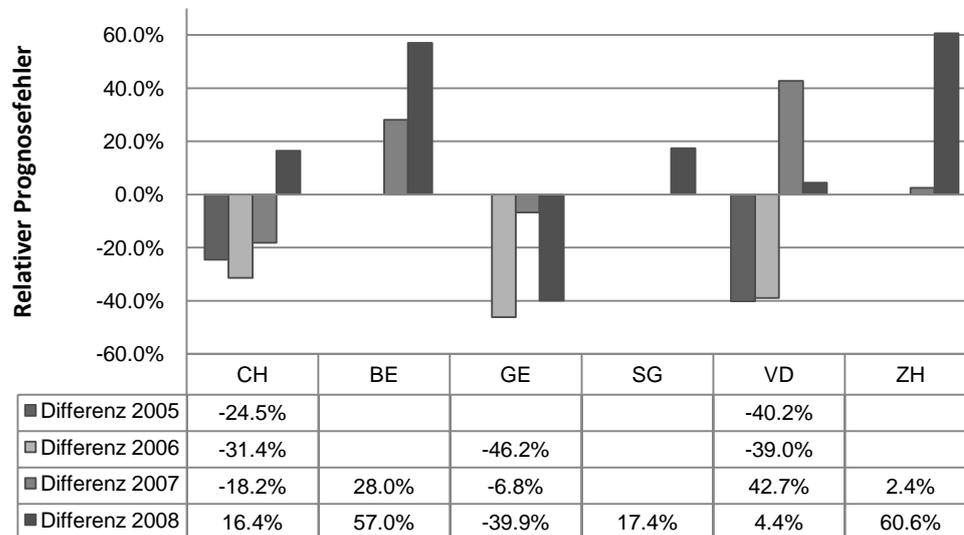
Die Prognosefehler der untersuchten Versicherer sind in **Anhang 9** ersichtlich.

Abbildung 6: Relativer Prognosefehler der Nettokosten des Versicherers A 2005 - 2008



Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

Abbildung 7: Relativer Prognosefehler der Nettokosten des Versicherers B 2005 - 2008¹⁴



Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

Die Bestandsveränderungen und die Entwicklung der Kosten bei der OKP sind die wesentlichsten Unbekannten, welche für das folgende Geschäftsjahr abzuschätzen sind. Sie haben beide einen grossen Einfluss auf die Budgets, welche die Versicherer dem BAG zur Genehmigung und Prüfung einreichen müssen. Das BAG versucht abzuschätzen, ob die Prognosen der einzelnen Versicherer nachvollziehbar und plausibel sind. Trotz der Unmenge an Daten und Auswertungen für alle

¹⁴ Die Lücken sind dadurch zu erklären, dass der Versicherer in Kantonen mit weniger als 300 Versicherten (AA-Kanton) keine kantonale Prognose zu erstellen hat.

Versicherer bleibt jedoch beim BAG die Ungewissheit bestehen, ob sich der Markt sowie die einzelnen Versicherer so entwickeln wie prognostiziert. Somit sind der Kontrolle der Prämien, infolge der nicht abschliessend abzuschätzenden Unsicherheiten gewisse Grenzen gesetzt.

3.5 Weitere Faktoren führen zu Unsicherheiten bei den Prognosen

Einen gewichtigen Einfluss auf den zukünftigen Geschäftsverlauf können auch politische Vorstösse und Massnahmen nehmen. Sie können auf der einen Seite die Leistungen, welche die Versicherer abzudecken haben beeinflussen, indem die Tarife sowie Medikamentenpreise neu verhandelt werden oder das Minimum der Kostenbeteiligung erhöht wird. Zudem haben die Kantone die Möglichkeit, die Finanzierung der Spitäler zu regeln. Dies kann dazu führen, dass bei einem Spitalaufenthalt in einem Kanton höhere Kosten abzudecken sind als in einem anderen. Auf der anderen Seite kann die Politik auch die Einnahmen der Versicherer beeinflussen, indem beispielsweise die Rabatte bei den Franchisen oder den alternativen Versicherungsmodellen gekürzt werden.

Die Prognose für die Erträge der Anlagen ist ebenso unsicher. Gerade die Verluste an den Finanzmärkten der letzten zwei Jahre haben den Versicherern stark zugesetzt. Sie haben für das Jahr 2009 ähnlich positive Erträge prognostiziert wie für das Jahr 2008. Obwohl die Anlageerträge nicht den Hauptbestandteil der Einnahmen eines Versicherers ausmachen, können die Verluste, aber auch die Gewinne an den Finanzmärkten auf die Reserven und die Prämienanpassungen Auswirkungen haben.

Dagegen sind die Verwaltungskosten einfacher zu budgetieren (vergleiche **Kapitel 6** zu den Betriebskosten). Sie werden in Prozentsätzen des Prämienvolumens angegeben. Wächst nun ein Versicherer stärker als erwartet, so wird auch das erwirtschaftete Prämienvolumen grösser. Der zusätzliche Verwaltungsaufwand, der durch den grösseren Bestand nötig wird, kann daher kompensiert werden. Dasselbe gilt, falls ein Versicherer einen kleineren Bestand generiert als erwartet. In diesem Fall ist er gezwungen, den Verwaltungsaufwand proportional zum kleineren Bestand zu senken. Dabei besteht eine zeitliche Verzögerung, bis die Verwaltung den neuen Gegebenheiten angepasst ist.

Im nachfolgenden Kapitel 4 wird der Prämien genehmigungsprozess verdeutlicht.

4 Der Prämien genehmigungsprozess

4.1 Der Prämien genehmigungsprozess dauert zwei Monate

Die Krankenversicherer müssen ihre Prämien und Budgets bis spätestens am 31. Juli beim BAG zur Genehmigung einreichen. Das BAG prüft danach die folgenden Prämien:

- Die OKP-Prämien für die in der Schweiz wohnhaften Versicherten
- Die OKP-Prämien für die in der EG/EFTA wohnhaften, der schweizerischen Krankenversicherung unterstellten Versicherten
- Die Prämien der freiwilligen Taggeldversicherung.

Im Vorfeld der ordentlichen Prämien genehmigung (vergleiche **Kapitel 5.2** zu den Jahresabschlüssen) wird der Jahresabschluss des Krankenversicherers durch den Sachbearbeiter ausgewertet und zusammengefasst. Zudem werden die Berichte und das ausgefüllte Erhebungsformular 4 (vergleiche dazu **Kapitel 5.4**) der externen Revisionsstellen durchgelesen. Danach beginnt ab Anfang August die Prüfung der eingereichten Budgets und Prämientarife (1. Eingabe – Version 1). Zur Aufsicht stehen dem BAG jeweils die definitiven Daten des Vorjahres, die Hochrechnungen der Daten des aktuellen Jahres¹⁵ und die Prognosen bzw. Budgets des folgenden Jahres zur Verfügung. Die Prüfarbeiten sind in eine technische und materielle Prüfphase eingeteilt. Als Grundlage für die Analyse der Sachbearbeiter werden die Eingaben der Versicherer von einer externen Firma in einer gut aufgearbeiteten Form zur Verfügung gestellt. Dabei werden die definitiven und budgetierten Erfolgsrechnungen der Versicherer detailliert und in jeder Kontenklasse dargestellt. Zudem erhalten die Sachbearbeiter eine Vielzahl von grafischen Auswertungen zu den wichtigsten Prüfpunkten (z.B. Ergebnisrechnungen, Fortschreibung der Reserven, Prämien und Versichertenbestände, Nettokosten).

Für die Durchführung der Prüfung und Genehmigung der Prämientarife, erhalten die Sachbearbeiter jedes Jahr aktualisierte interne Richtlinien des BAG. Die internen Richtlinien regeln die Prinzipien für eine einheitliche Vorgehensweise – was ist wie zu machen - bei der Prämien genehmigung. Zudem beschreiben sie die wichtigsten Punkte, welche die Sachbearbeiter bei der Prämien genehmigung in Umsetzung der deklarierten Ziele zu beachten haben. Für die Genehmigung der Prämien 2010 sind dies insbesondere folgende Punkte:

- Überprüfung der Solvabilität der Versicherer (d.h. die Gesamtreserven) . Die gesetzlichen Anforderungen müssen erreicht werden. **Die Reserven sollen möglichst nahe an diesen gesetzlichen Vorgaben liegen.**
- Prüfung der kantonalen Reserven. Die Versicherer müssen mit den Prognosen nachweisen, dass sie die Angleichung der kantonalen Reserven anstreben.
- Analyse der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle sowie Überprüfung allfälliger stiller Reserven.
- Vergleich und Plausibilisierung der Leistungsentwicklung der Versicherer über die letzten Jahre.
- Analyse der Entwicklung der Risikostruktur der Versicherer in den Kantonen und der Schweiz.
- Plausibilisierung der Rückstellungen für den Risikoausgleich im Verhältnis zum Zuwachs oder Abgang von Versicherten.
- Analyse der Entwicklung der Verwaltungskosten. Diese sollten sich in einem KVG-konformen Rahmen bewegen.
- Beobachtung und Festhaltung der Entwicklungen und Auswirkungen des Wertschriftenertrags.

Im Rahmen der **technischen Prüfung** werden innert Wochenfrist die Eingaben der Krankenversicherer mit insgesamt etwa 310'000 (BAG, Stand 2010) einzelnen Prämientarifen auf Vollständigkeit, Plausibilität, Einhaltung der formellen Eingaberegeln, Einhaltung der wichtigsten Regeln zur Prämienfestsetzung und Prämien ermässigungen gemäss KVG und KVV geprüft. Diese Prüfung erfolgt zum grössten Teil automatisiert und fehlerhafte Eingaben sind durch die Versicherer bereits bei der Eingabe in die Erhebungsformulare durch hinreichende Fehlermeldungen erkennbar. Werden fehlerhafte Eingaben entdeckt oder besteht ein

¹⁵ Die Hochrechnungen beruhen normalerweise auf den Daten der ersten sechs Monate des aktuellen Jahres.

Klärungsbedarf aufgrund unplausibler Eingaben, wird der entsprechende Versicherer kontaktiert und wenn nötig eine korrigierte Eingabe verlangt.

Die **materielle Prüfung** beginnt mit der Analyse der gesamtschweizerischen Situation der Versicherer. Danach werden die kantonalen Ergebnisrechnungen und Prämieeingaben geprüft. Das Hauptaugenmerk wird auf Kantone gelegt, in denen ein Krankenversicherer mehr als 300 Versicherte betreut. Dabei werden aufgrund der kantonalen Reserven und Rückstellungen und der, in Abhängigkeit von der Risikostruktur des Versicherers, geschätzten Entwicklung der Gesundheitskosten die eingegeben Prämien auf Angemessenheit geprüft.

Die Krankenversicherer werden über alle Kantone und Regionen hinweg auf der Grundlage der oben aufgeführten Punkte untersucht. Das BAG kann jede einzelne Prämienveränderung beobachten und mit dem gesamten Marktumfeld vergleichen. Als erstes wird die Grundprämie¹⁶ der einzelnen Kantone und Regionen geprüft. Anhand dieser Grundprämie werden die Rabatte der anderen Prämien (Kinder, Jugendliche, höhere Franchisen, alternative Modelle u.a.) im System plausibilisiert und mit den gesetzlichen Vorgaben verglichen.¹⁷ Auf der Grundlage dieser Plausibilisierung und den gesetzlichen Vorgaben werden die anderen Prämien kontrolliert. Sämtliche Auswertungen stehen den zuständigen Mitarbeitenden der Aufsichtsbehörde gegen Mitte August zur Verfügung und werden gleichzeitig, auf die jeweilige kantonale Sicht gekürzt, den Kantonen zur Ausarbeitung ihrer Stellungnahmen übergeben. Die Sachbearbeiter haben sich bei der materiellen Prüfung auf gewisse Auswertungen zu konzentrieren. Diese Auswertungen sind ein zwingender Bestandteil zur Beurteilung und Prüfung der Prämientarife. Dies sind insbesondere die Fortschreibung der Reserven, die Plausibilisierung und Entwicklung der Prämienhöhe, die Veränderung des Versichertenbestandes wie auch die generelle Tendenz der Entwicklung der Versicherer. Die Sachbearbeiter tragen ihre Erkenntnisse zu den einzelnen Versicherer und deren Entwicklungen in ein sogenanntes Tagebuch ein (Anonymisiertes Beispiel siehe **Anhang 16**). Es besteht bezüglich des Inhalts und der Darstellung der Informationen aber ein grosser Ermessensspielraum, wobei gewisse Mindestanforderungen zu erfüllen sind. Die eingetragenen Informationen geben den Sachbearbeitern sowie ihren Vorgesetzten wichtige Anhaltspunkte zur Entscheidungsfindung bei der Genehmigung und Prüfung der Prämientarife.

Sofern diese Prämieeingaben bzw. Prämienhöhen und Rabatte korrekt kalkuliert sind und die Solvenz bzw. die Reservequote den gesetzlichen Vorgaben entspricht, ist die materielle Prüfung grundsätzlich beendet. Bei Korrekturbedarf legt der Sachbearbeiter die nötigen Korrekturen der Prämien fest und unterbreitet diese seinem direkten Vorgesetzten und der Abteilungsleitung zur Abklärung.

Sind die Anpassungsvorschläge der Sachbearbeiter mit den Vorgesetzten besprochen und bestätigt worden, wird der betroffene Versicherer benachrichtigt. Dabei kommuniziert das BAG dem Versicherer die beanstandeten Prämien und legt die Korrekturvorschläge vor. Diese Verhandlungen können sowohl telefonisch wie auch physisch – im Rahmen von Sitzungen zwischen dem BAG und dem Versicherer – erfolgen und die Korrekturen können in mehreren Etappen durchgeführt werden. Falls diese Gespräche zu Neueingaben der Tarife und Budgets führen, muss die technische wie auch die materielle Prüfung in kürzester Zeit noch einmal erfolgen (2. Eingabe). Somit ist die materielle Prüfung der aufwändigste Teil der Prämien genehmigung und

¹⁶ Alter, 26+ Jahre, 300 Franken Franchise, mit Unfalldeckung.

¹⁷ Die Vorgaben sind im Kreisschreiben 5.1. beschrieben und beruhen auf dem KVG bzw. KVV.

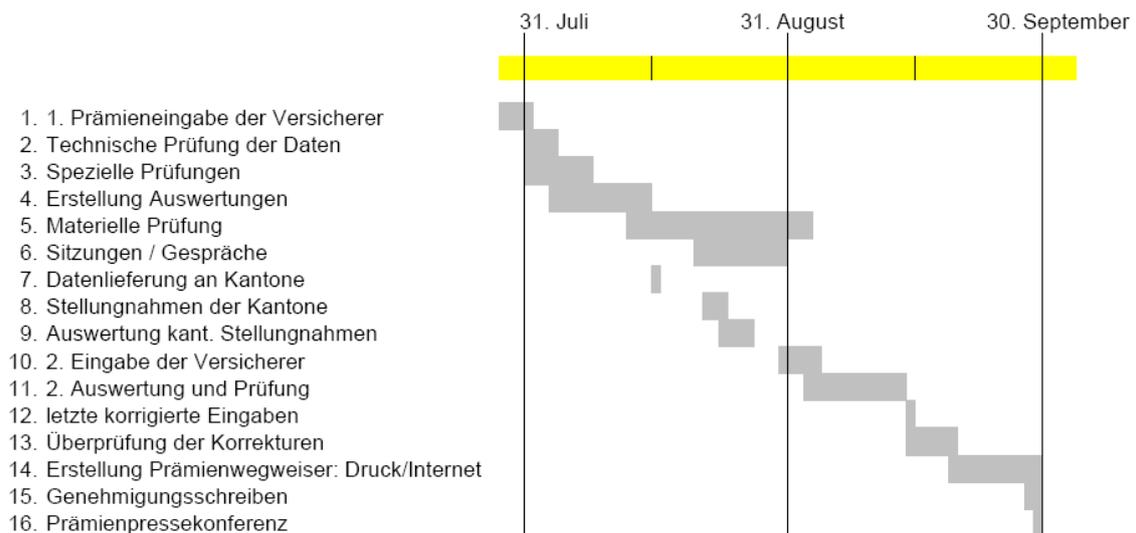
dauert je nach Aufwand von etwa Mitte August bis Mitte September. Dabei wendet ein Sachbearbeiter im Rahmen der Prämien genehmigung für die Bearbeitung des Dossiers eines einzelnen Versicherers etwa 1 – 3 Arbeitstage auf.

Können sich das BAG und der Krankenversicherer über die Prämienanpassungen nicht einigen, kann das BAG eine beschwerdefähige Verfügung aussprechen, was den Krankenversicherer dazu zwingt, die Prämien zu ändern. Jedoch wurden in den letzten Jahren fast keine Verfügungen ausgestellt, da sich das BAG und die Krankenversicherer meist auf Verhandlungsbasis über die geforderten Prämienänderungen einigen konnten.

In der Regel ist die Prüfung der Prämien Ende September beendet. Danach werden vom BAG die Genehmigungsschreiben verfasst und den Versicherern zugestellt.

Schliesslich werden die Prämientariflisten erstellt und sowohl in Papierform als auch auf der Homepage des BAG publiziert. Dies zum Zweck der Information der Versicherten über die genehmigten Prämien. Mit dieser Bekanntgabe und Publikation sämtlicher Prämientarife ist die eigentliche Prämien genehmigung beendet. Folgende Abbildung verdeutlicht diese relevanten Schritte in chronologischer Abfolge.

Abbildung 8: Zeitplan Prämien genehmigungsprozess



Quelle: BAG

Fazit: Der zweimonatige Prämien genehmigungsprozess des BAG beinhaltet sowohl eine technische als auch eine materielle Prüfung der von den Krankenversicherern eingereichten Prämien für das folgende Jahr. Der Genehmigungsprozess ist transparent und nachvollziehbar. Je nach Beurteilung des BAG werden die Prämienanpassungen meist in Absprache mit den Krankenversicherern vorgenommen.

4.2 Die Kantone können Stellung beziehen

Die Kantone haben gemäss KVG die Möglichkeit, vor der Genehmigung der Prämien zu den für ihre Bevölkerung vorgesehenen Prämientarifen, Stellung zu nehmen. Das BAG stellt ihnen zu diesem Zweck seine Auswertungen der eingereichten kantonalen Prognosen und Prämien in aufgearbeiteter Form zur Verfügung. Die Kantone können aber auch bei den Versicherern

dieselben amtlichen Dokumente einfordern, welche das BAG zur Prämien genehmigung benötigt. Dadurch erhalten die Kantone die Daten bereits vor der Zustellung der Unterlagen durch das BAG und haben somit mehr Zeit um eine Stellungnahme zu erarbeiten. Diese Dokumente beschränkten sich bis anhin nur auf die offiziellen Prämienangaben der Versicherer für das entsprechende Kantonsgebiet. Seit dem Jahr 2009 werden die Kantone zum ersten Mal mit den Daten aller Kantone bedient. Des Weiteren haben die Kantone auch die Möglichkeit eigene Erhebungen und Auswertungen in die Stellungnahmen einfließen zu lassen. Die kantonalen Stellungnahmen dürfen den Verlauf des Prämien genehmigungsverfahrens indes nicht verzögern. Sie erhalten vom BAG klare Fristen für die Einreichung der Stellungnahme.

Die Analyse der kantonalen Stellungnahmen der letzten fünf Jahre zeigt auf, dass die Kantone die Möglichkeit zur Stellungnahme vermehrt nutzen. So haben im Jahr 2005 18 Kantone eine Stellungnahme verfasst. Im Jahr 2009 waren dies 22 Kantone.

Das Ausmass der verschiedenen Stellungnahme unterscheidet sich je nach Kanton sehr stark. So analysieren gewisse Kantone alle Daten der Versicherer, die sie Ihnen zur Verfügung stellen. Sie begutachten die Eingaben der einzelnen Versicherer sehr genau und verlangen dazu vom BAG diverse Anpassungen. Die Hauptkritiken zu den einzelnen Versicherern betreffen vor allem die Prämien erhöhungen, die Prämien- und Kostenkalkulationen, die Reservequoten, die Verwaltungskosten und den Verdacht auf Quersubventionierungen.

Andere Kantone, die weniger Ressourcen für diese Analysen bereitstellen, nehmen zumindest die Möglichkeit wahr, um allgemeine Bemerkungen zu den Prämien und zum Genehmigungsverfahren anzubringen. Generell bemängeln dabei die Kantone, dass das Verfahren zur Prämien genehmigung von Aussen betrachtet nicht transparent sei. Zudem sei die Frist zur Stellungnahme zu kurz und die Qualität der gelieferten Daten mangelhaft und nicht überprüfbar.

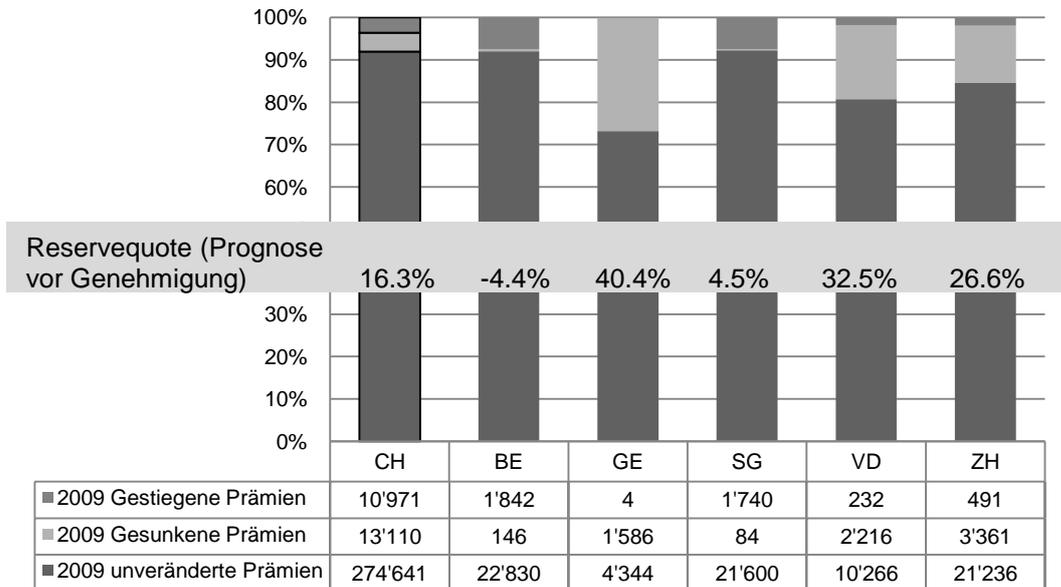
Fazit: Die EKF stellte fest, dass die von den Kantonen vorgebrachten Punkte, dem BAG grundsätzlich bekannt sind und in den Prämien genehmigungsentscheid - soweit aus Sicht des BAG relevant -- einfließen. Wobei für das BAG primär die Solvabilität der Kasse als Ganzes und weniger die kantonale Betrachtung im Zentrum steht. Der Einfluss der kantonalen Stellungnahme auf den Prämien genehmigungsentscheid beim BAG ist jedoch als gering zu beurteilen.

Im nachfolgenden Kapitel 4.3 werden nun die effektiven Auswirkungen des Prämien genehmigungsprozesses des BAG auf die offiziellen Prämien sowie die Reserven der Krankenversicherer analysiert.

4.3 Der Effekt der Prämien genehmigung ist differenziert zu betrachten und fällt im Durchschnitt gering aus

Nachdem im vorhergehenden Kapitel die Schwierigkeiten der Prognosen durch die Versicherer und die Plausibilisierung durch das BAG erläutert wurde, stellt sich nun die Frage, welchen Effekt die Überprüfung und Genehmigung der Prämien auf die Versicherer hat. Dabei stehen insbesondere die Anzahl der veränderten Prämien, die Prämien einnahmen pro versicherte Person, die Höhe der effektiven Prämien korrektur sowie die Reservequote im Blickpunkt.

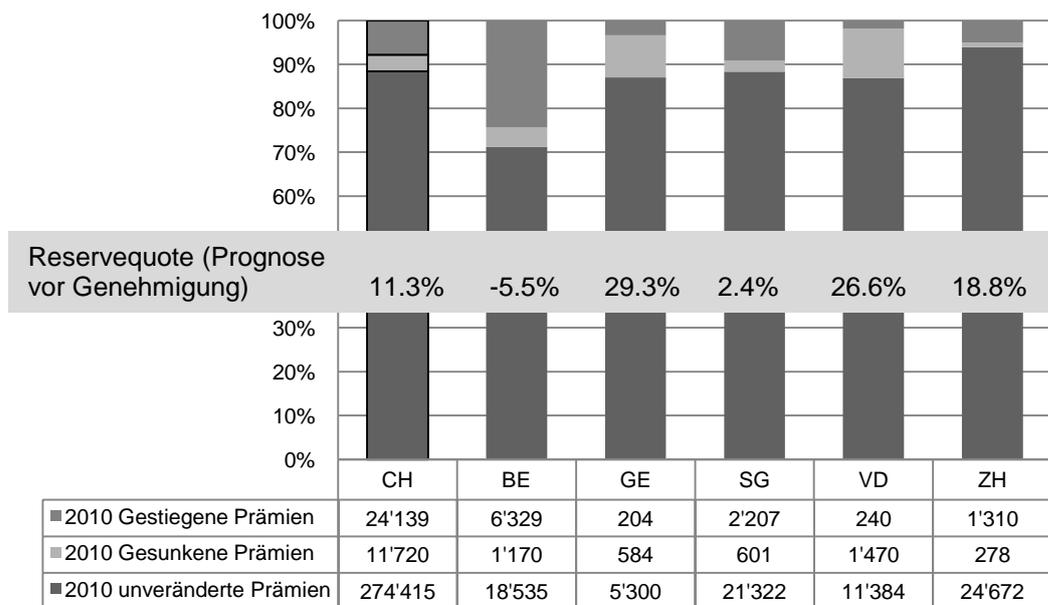
Abbildung 9: Anzahl veränderter Prämienpositionen im Genehmigungsverfahren 2009



Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung EFK

Die beiden Abbildungen stellen die Anzahl der veränderten Prämien für das Jahr 2009 und 2010 dar. Sie zeigen, wie viele Prämien in der gesamten Schweiz sowie in ausgewählten Kantonen aufgrund der Prämien genehmigung gestiegen oder gesunken sind. In dieser Auswertung wurden die gemeldeten Prämien für alle Altersstufen inklusive alternative Versicherungsmodelle und Franchisen berücksichtigt. Zur besseren Vergleichbarkeit wird auf die Auswertung von früheren Erhebungen verzichtet, da das BAG für diese Anwendung damals nur die Grundprämie erhoben hat.

Abbildung 10: Anzahl veränderter Prämienpositionen im Genehmigungsverfahren 2010



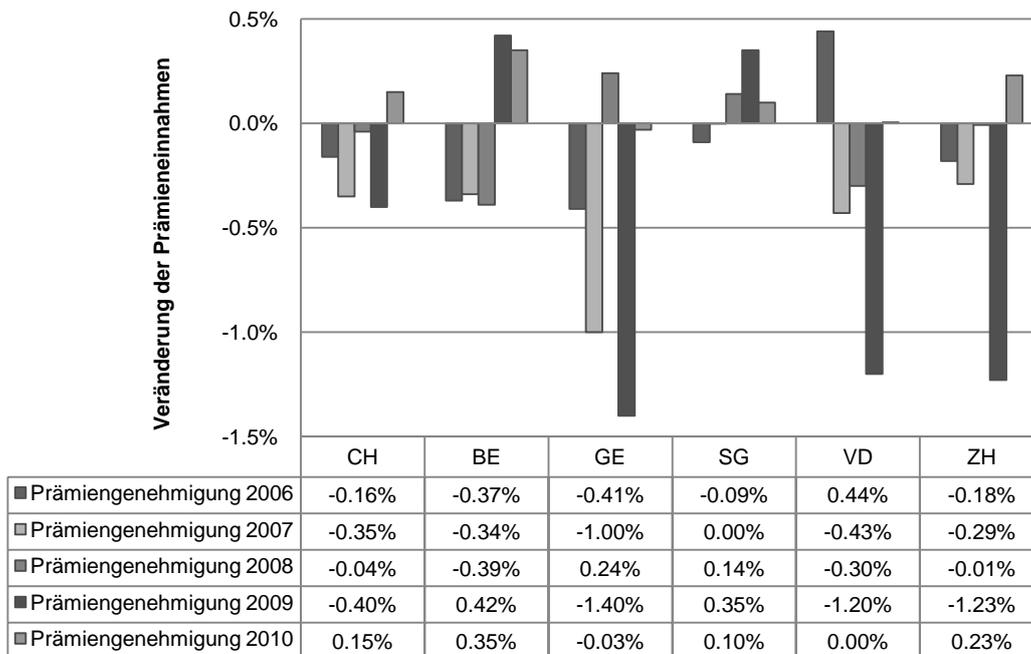
Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung EFK

Rund 8% der Prämien für das Jahr 2009 und etwa 12% der Prämien für das Jahr 2010 wurden im Rahmen der Prämien genehmigung durch das BAG oder die Versicherer geändert. Die Analyse über die ausgewählten Kantone zeigt zudem, dass die Prämien in den Kantonen mit einer tiefen prognostizierten Reservequote zusätzlich gestiegen sind und bei den Kantonen mit einer hohen prognostizierten Reservequote gesenkt wurden. Dazu wird die prognostizierte Reservequote als Referenz angegeben. Dies bedeutet tendenziell, dass das BAG und die Versicherer im Rahmen der Prämien genehmigung versucht haben, die politische geforderte Angleichung der kantonalen Reserven an das gesetzliche Minimum voranzutreiben.

Im Anschluss an die Untersuchung der absolut veränderten Prämien, wird nun der Effekt auf die Prämieinnahmen pro versicherte Person dargestellt. Aufgrund der gestiegenen oder gesenkten Prämien verändern sich die budgetierten Einnahmen der Versicherer. Dabei wurde die Ersteingaben der Versicherer (v1) mit der schlussendlich genehmigten Prämien (v2) verglichen.

Nachfolgende Abbildung zeigt die Wirkung der Korrektur der einzelnen Prämienpositionen auf die Prämieinnahmen in Prozent.

Abbildung 11: Die relative Prämienanpassung beim Genehmigungsverfahren 2006 -2010



Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

Die Berechnungen ergeben sich aus den budgetierten Einnahmen aller Versicherten in Relation zum erwarteten Bestand. Dabei wurde keine Rücksicht auf die Altersabstufungen und die verschiedenen Modelle der Prämien genommen. Die Untersuchung der Ergebnisse zeigt, dass das BAG und die Versicherer in den Jahren 2006 - 2008 im Rahmen der Prämien genehmigung tendenziell die Prämien gesenkt haben. Dies ist sicher auch auf die Senkung der gesetzlichen Mindestreserven zurückzuführen, welche bei den Versicherern für eine Prämien senkung die nötigen Mittel freigegeben hat.

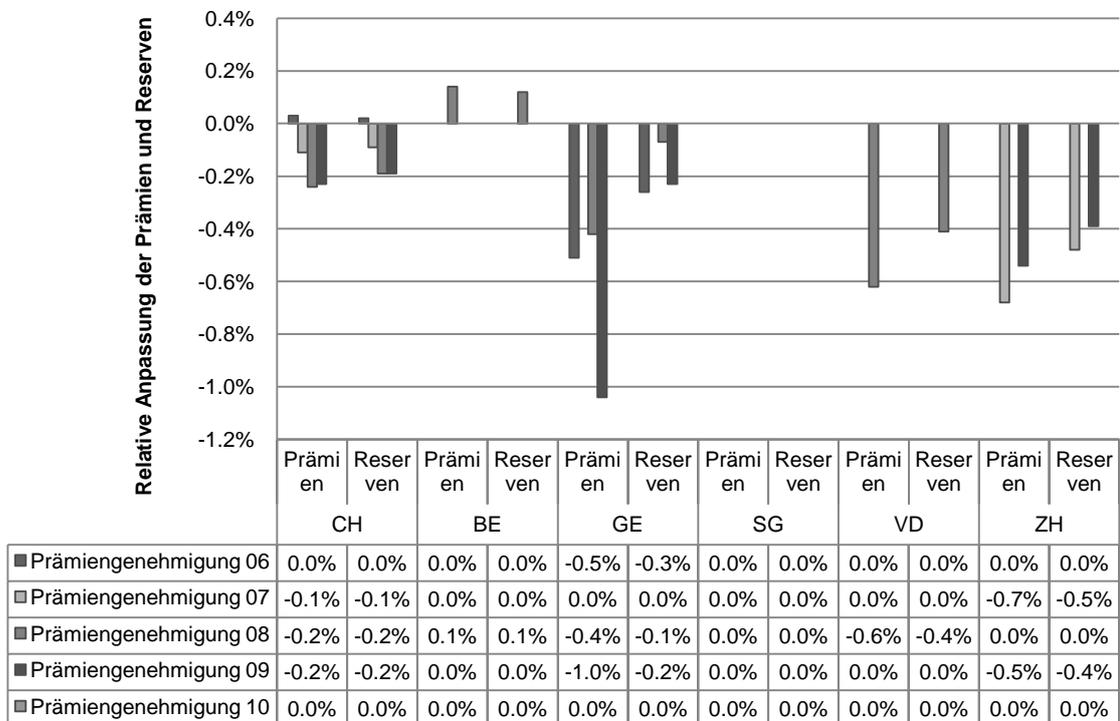
Die effektiven Prämienanpassungen fallen indes eher gering aus. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich dabei um das Aggregat aller Versicherer in den dargestellten Regionen handelt. Die

Analyse zeigt aber wiederum, dass in den letzten beiden Jahren die Angleichung der kantonalen Reserven im Vordergrund stand.

Um die Wirkung der Anpassungen im Verlauf des Prämien genehmigungsverfahrens differenzierter darzustellen, zeigen die nächsten beiden Abbildungen die relative Veränderungen der prognostizierten Prämien und Reservequoten einzelner Versicherer. Es handelt sich dabei um zwei ausgewählte Versicherer, welche ein exemplarisches Beispiel für den gesamten Versicherungsmarkt geben sollen. Bei der Kasse A handelt es sich um eine bereits länger auf dem Markt agierenden und bei Kasse B um eine in den letzten Jahren neu gegründeten Versicherer.

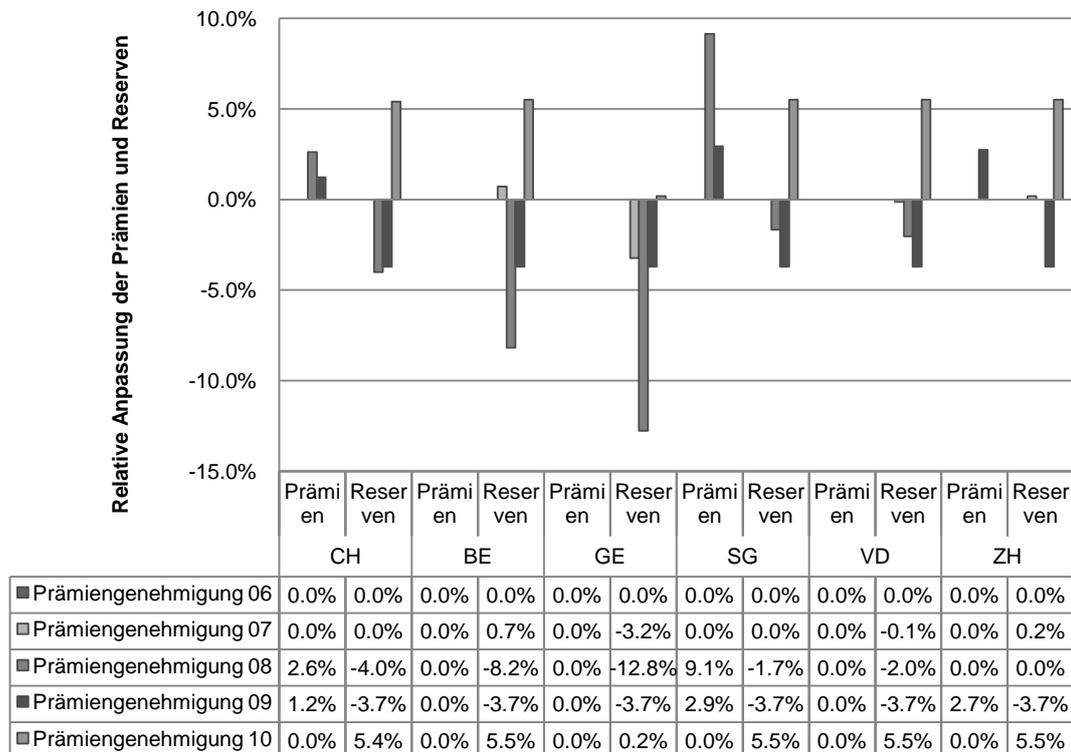
Eine Tabelle mit allen untersuchten Versicherern ist in **Anhang 10** zu finden.

Abbildung 12: Die relative Prämienanpassung und deren Wirkung auf die Reservequote bei Versicherer A 2006 - 2010



Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

Abbildung 13: Die relative Prämienanpassung und deren Wirkung auf die Reservequote bei Versicherer B 2006 -2010



Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

Die beiden Abbildungen zeigen die Anpassungen der Prämien, welche im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens durch das BAG und die Versicherer getätigt wurden. Die Prämienanpassung bewegt sich bei Kasse A bis maximal - 1% und bei Kasse B im Bereich von bis maximal + 10%. Die Budgeteingaben der Versicherer werden aber nicht immer verändert, da die Prognosen plausibel sind und sich die Reservequote in einem gesetzlich einwandfreien Rahmen bewegt. Zudem wird ersichtlich, dass Prämien sowohl erhöht wie auch gesenkt wurden. Es ist festzuhalten, dass Veränderungen nicht nur aufgrund von Einwänden des BAG vorgenommen werden, sondern auch die Versicherer im Verlauf des Prämien genehmigungsverfahrens das Budget anpassen und zur neuerlichen Prüfung eingeben.

Zudem wird der Effekt auf die Reservequote der Versicherer dargestellt, wobei die Ergebnisse dieser Auswertungen teilweise mit Vorsicht zu geniessen sind. Man kann sehen, dass die Versicherer die Prämien im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens nicht immer ändern und dennoch entstehen grosse Auswirkungen auf die Reservequoten. Dies ist auf neu eingegebene Budgets zurückzuführen. Die Versicherer haben bei einer Neueingabe des Budgets die berechnete Möglichkeit, verschiedene Annahmen aufgrund neuer Erkenntnisse zu ändern. So können beispielsweise zusätzliche ausserordentliche Erträge bzw. Verluste oder auch höhere bzw. niedrigere Leistungen budgetiert werden. Zudem haben die Versicherer die Möglichkeit im Verlaufe des Prämien genehmigungsverfahrens bei einer Neubeurteilung die prognostizierte Aufteilung ihres Bestandes in die verschiedenen Franchisen und alternativen Versicherungsmodelle zu ändern. Des Weiteren können auch Eingabefehler technischer Natur entstehen, welche weder von den Versicherern noch den Sachbearbeitern des BAG wie auch deren informatischen Eingabehilfen bereinigt werden.

Im Grossen und Ganzen untermauert die Analyse aber die vorhergehenden Erkenntnisse. Im Verlauf des Prämien genehmigungsverfahrens versuchen die Versicherer und das BAG, die Prämien in denjenigen Kantonen mit tiefer Reservequote zu erhöhen, um die gesetzliche Quote zu erreichen.

Um dennoch die Wirkung der Prämienanpassungen auf die kantonalen Reservequoten zu illustrieren, wurden die absoluten Veränderungen der prognostizierten Reservequoten ausgewertet. Dabei zeigt sich wieder dasselbe Bild. Durch die Prämienanpassungen wurde vor allem in den letzten zwei Jahren versucht die kantonalen Reservequoten untereinander anzugleichen. Jedoch wurde dieses Vorhaben nicht in jedem Kanton im gewünschten Ausmass erreicht.

Tabelle 8: Die budgetierten Reservequoten vor und nach der Prämien genehmigung 2006 - 2010

Quoten in % der Prämien		CH	BE	GE	SG	VD	ZH
2006	Reserven v1	16.93%	4.33%	30.28%	3.43%	25.86%	27.60%
	Reserven v2	16.84%	3.11%	30.37%	3.49%	25.58%	27.65%
	Veränderung v1 - v2¹⁸	-0.09%	-1.22%	0.09%	0.06%	-0.27%	0.05%
2007	Reserven v1	16.55%	3.28%	26.18%	5.17%	27.24%	28.82%
	Reserven v2	17.21%	2.59%	29.40%	4.99%	29.72%	29.28%
	Veränderung v1 - v2	0.65%	-0.69%	3.21%	-0.18%	2.48%	0.46%
2008	Reserven v1 2008	19.77%	2.84%	35.14%	7.29%	36.48%	30.16%
	Reserven v2 2008	19.76%	2.33%	35.56%	7.39%	37.15%	30.39%
	Veränderung v1 - v2	-0.01%	-0.51%	0.42%	0.10%	0.67%	0.23%
2009	Reserven v1 2009	16.30%	-4.39%	40.36%	4.54%	32.54%	26.56%
	Reserven v2 2009	16.27%	-4.31%	40.85%	4.70%	31.63%	27.14%
	Veränderung v1 - v2	-0.03%	0.08%	0.49%	0.16%	-0.91%	0.57%
2010	Reserven v1 2010	11.27%	-5.48%	29.33%	2.44%	26.61%	18.78%
	Reserven v2 2010	12.00%	-4.91%	29.52%	3.64%	26.07%	20.08%
	Veränderung v1 - v2	0.73%	0.57%	0.18%	1.19%	-0.54%	1.30%

Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

v1 = Prämien er steigabe, v2 = bewilligte Prämie eingabe

Fazit: Die verschiedenen Analysen zeigen, dass das BAG und die Versicherer in den Jahren 2006 - 2008 im Rahmen der Prämien genehmigung tendenziell die Prämien gesenkt haben, was sicher auch auf die Senkung der gesetzlichen Mindestreserven zurückzuführen ist. Die effektiven Prämienanpassungen fallen indes gering aus. Weiter ist erkennbar, dass das BAG vor allem in den

¹⁸ Die Veränderung zeigt die absolute Anpassung der Reservequote im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens an.

letzten zwei Jahren durch Prämienkorrekturen versucht hat, die kantonalen Reservequoten untereinander - wenn auch mit unterschiedlichem Erfolg - anzugleichen.

4.4 Die Prognosen weichen von der Realität ab

In den vorhergehenden Kapiteln wurde der Einfluss des Prämiengenehmigungsverfahrens auf die Prämien und die prognostizierten Reserven im Rahmen erläutert. Es stellt sich nun die Frage, ob sich die Geschäftsverläufe auch so entwickelt haben wie budgetiert. Das BAG hat bei der Prämiengenehmigung grundsätzlich nur die Möglichkeit einen direkten Einfluss auf die Prämie auszuüben. Sind die Prämien bewilligt, werden sie unverändert im folgenden Jahr angewendet und die Versicherer sollten damit auch die budgetierten Ergebnisse erreichen können. Nachfolgende Tabelle zeigt die Mittelwerte der prognostizierten Reservequoten nach der Prämiengenehmigung, die effektiv erreichten Reservequoten gemäss den Bilanzen der Versicherer sowie deren absolute Abweichung auf nationaler und ausgewählter kantonomer Ebene an.

Tabelle 9: Vergleich der prognostizierten mit den effektiven Reservequoten 2005 - 2008

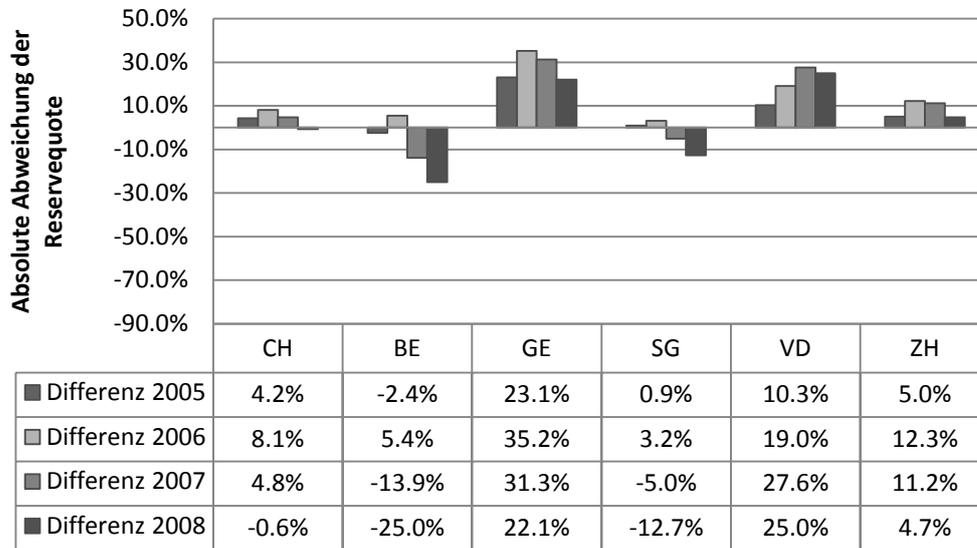
		CH	BE	GE	SG	VD	ZH
2005	Effektiv	17.2%	4.6%	29.5%	3.4%	28.8%	28.3%
	Prognose	17.4%	13.6%	24.3%	7.1%	27.3%	26.9%
	Differenz	-0.1%	-9.0%	5.2%	-3.7%	1.4%	1.4%
2006	Effektiv	19.4%	2.1%	35.3%	4.5%	34.0%	32.2%
	Prognose	16.8%	3.1%	30.4%	3.5%	25.6%	27.6%
	Differenz	2.5%	-1.1%	5.0%	1.0%	8.4%	4.5%
2007	Effektiv	20.1%	-1.7%	42.1%	4.1%	37.2%	34.1%
	Prognose	17.2%	2.6%	29.4%	5.0%	29.7%	29.3%
	Differenz	2.9%	-4.3%	12.7%	-0.8%	7.5%	4.9%
2008	Effektiv	16.6%	-7.5%	41.4%	0.4%	34.1%	30.7%
	Prognose	19.8%	2.3%	35.6%	7.4%	37.2%	30.4%
	Differenz	-3.2%	-9.8%	5.9%	-7.0%	-3.0%	0.3%

Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

Die Analyse dieser Auswertung bringt zum Ausdruck, dass die budgetierten Reservequoten zum Teil stark von den realisierten Quoten abweichen. Wiederum fallen die Abweichungen auf nationaler Ebene ziemlich gering aus, im Gegensatz zu den Abweichungen auf kantonomer Ebene. Zudem ist ersichtlich, dass in Kantonen mit tiefen Reservequoten eine negative Abweichung zu den Prognosen resultiert und in Kantonen mit einer hohen Quote die Abweichungen meist im positiven Bereich liegen. Um die Unterschiede zwischen den verschiedenen Versicherern darzustellen werden wieder die beiden vorhergehenden Beispiele in den beiden nachfolgenden Abbildungen illustriert.

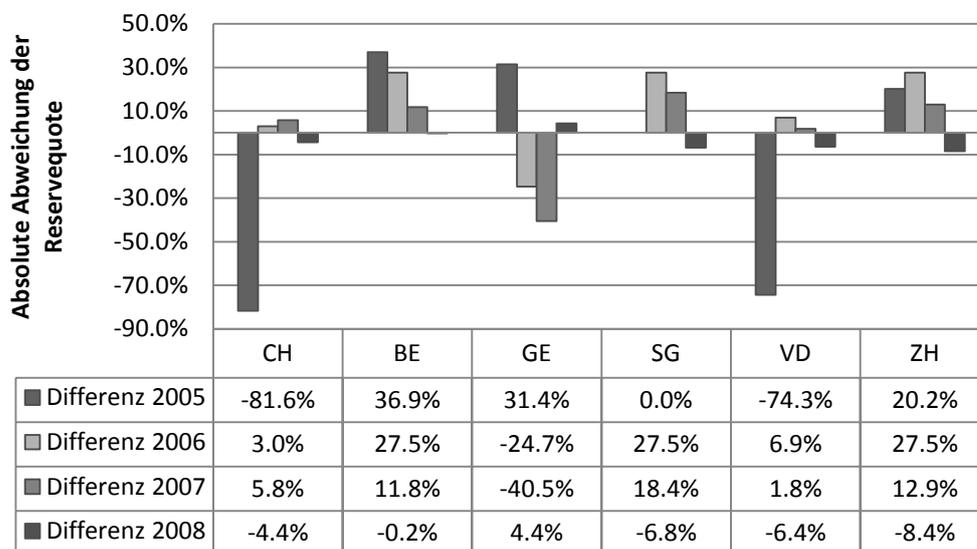
Die Abweichungen aller untersuchten Versicherer sind in **Anhang 11** zu finden.

Abbildung 14: Vergleich der prognostizierten mit den effektiven Reservequoten bei Versicherer A 2005 - 2008



Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

Abbildung 15: Vergleich der prognostizierten mit den effektiven Reservequoten bei Versicherer B 2005 - 2008



Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

Die beiden Abbildungen zeigen, dass die Abweichungen der Reservequote zwischen der Prognose und der effektiven Quote bei den einzelnen Versicherern grosse Ausmasse annehmen können. Die Analyse der tatsächlichen Geschäftsverläufe belegt, dass die Prognosen der Versicherer zum Teil stark von der Realität abweichen können. Grosse Abweichungen wurden insbesondere bei Krankenversicherern mit grossen Bestandesveränderungen festgestellt.

Fazit: Die Analysen zeigen ein grosse Volatilität zwischen prognostizierten und den effektiven Geschäftsverläufen bzw. den Erfolgsrechnungen. Dies zeigt sich insbesondere bei den

Reservequoten. Konkret heisst dies, dass sich die Anstrengungen des BAG bezüglich der Beeinflussung der Reservequote über die Prämien genehmigung als schwierig erweisen.

Nachdem in Kapitel 4 der Prämien genehmigungsprozess und dessen Auswirkungen auf die Prämien verdeutlicht wurde, wird im folgenden Kapitel 5 der Fokus auf die generelle Aufsicht des BAG über die Krankenversicherungen gelegt.

5 Die Aufsicht des BAG über die Krankenversicherungen

5.1 Das BAG führt regelmässig Kontrollen vor Ort bei den Versicherungen durch

Das BAG führt jährlich 10 bis 12 Prüfungen und Expertisen am Sitz der Krankenversicherungen durch. Je nach Grösse und Organisationsform der Versicherung werden dafür exklusive Vor- und Nachbearbeitung pro Prüfung 10 bis 30 Personentage investiert. Die Auswahl der zu prüfenden Krankenversicherer basiert auf einer Risikoanalyse, welche sowohl interne (u.a. Analysedaten der von den Versicherungen eingereichten Erhebungsformularen) als auch externe (u.a. Kunden und Medien) Informationen berücksichtigt.

Die Prüfungen werden nach einem Standardverfahren, mittels Checklisten und gezielten Analysen durchgeführt. Die vier Schwerpunkte der Prüfung bilden:

- die Organisation und die Unternehmensführung (u.a. Führungs- und Kontrollinstrumente),
- die Finanzen (Bilanz, Erfolgsrechnung, Betriebskosten und Wertpapieranlagen, u.a. Zusammensetzung und Entwicklung der Konten und Kosten, Anlagereglement),
- die Versicherungsleistungen (u.a. Pflichtleistungskatalog, Prozesse, Trennung zwischen OKP und Zusatzversicherung nachfolgend VVG genannt),
- die Dienstleistungen (u.a. Prämienkonformität, Beitrittsverfahren, Mahnwesen usw.).

Je nach Aktualität werden zudem gewisse Themen im Rahmen von Spezialaudits behandelt. Je nach Ergebnis der Prüfung finden Nachkontrollen statt. Die Ergebnisse der Prüfung werden in einem Bericht z.H. der Versicherung festgehalten.

Die EFK hat die von der Sektion Audit zwischen 2006 bis August 2009 erstellten 37 Prüfberichte ausgewertet. In diesem Zeitraum hat das BAG 40 Krankenversicherungen mit insgesamt rund 2 Mio. Versicherten kontrolliert. Die EFK stellte bei der Analyse der Prüfberichte fest, dass die Einhaltung der Anlagerichtlinien, die korrekte Aufteilung der Ausgaben und Einnahmen sowie der Versicherungsleistungen zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung systematisch bei jeder Prüfung untersucht werden. Die Berichte enthalten sowohl Weisungen (terminierte Umsetzung; verbindlich), Empfehlungen (Verbesserungsvorschläge unverbindlich) als auch Ergebnisse (spezielle Feststellungen). Die 37 untersuchten Berichte enthalten 395 Weisungen, 162 Empfehlungen und 313 Feststellungen. Rund 80% der Weisungen und Empfehlungen betreffen die beiden Prüfbereiche Versicherungs- und Dienstleistungen.

In den letzten vier Jahren hat das BAG 55% der Krankenversicherer mit einem Versichertenanteil von 45% vor Ort überprüft. Eine vollständige Abdeckung innerhalb von 5 Jahren ist somit nicht

realisierbar. Gemäss BAG ist diese Situation darauf zurückzuführen, dass der gezielten Risikoauswahl höhere Priorität beigemessen wird als dem angepeilten 5-Jahresrhythmus. Zudem sieht das BAG davon ab, bei einer zentral verwalteten und gesteuerten Versicherungsgruppe, alle Tochtergesellschaften innerhalb eines klar definierten Zeitraumes zu überprüfen.

Fazit: Anhand der gewonnenen Erkenntnisse kommt die EFK einerseits zum Schluss, dass die Aufsicht vor Ort im Bereich der OKP korrekt wahrgenommen wird. Andererseits stellt die EFK fest, dass sowohl die externen Revisionsstellen als auch die Sektion Audit teilweise vergleichbare – wenn auch nicht unbedingt für die gleiche Prüfungsperiode - Prüfungsaktivitäten durchführt. So z.B. im Bereich der Rückstellungen (Nachkalkulation), der Kapitalanlagen oder der Allokation der Betriebskosten.

5.2 Die Berichte der externen Revisionsstellen werden heute nicht systematisch und umfassend analysiert

Wie bereits erwähnt wurde, stehen dem BAG für Überwachung der Krankenversicherer verschiedene Instrumente zur Verfügung. Im Rahmen ihrer Prüfungshandlungen hat die EFK untersucht, nach welchen Verfahren und Prozessen das BAG die Informationen aus den Revisionsstellenberichten und dem dazugehörenden Fragebogen (EF4) bearbeitet.

Die EFK hat eine Analyse der ausgefüllten EF4 für das Jahr 2008 vorgenommen und festgestellt, dass nicht immer alle Fragen beantwortet wurden oder negative Antworten teilweise nicht begründet waren. Diesen Lücken wird aber seitens des BAG nicht systematisch nachgegangen.

Die EFK stellt fest, dass das BAG sowohl die ausgefüllten Fragebogen als auch die Revisionsstellenberichte heute weder systematisch noch umfassend analysiert und die diesbezüglichen Tätigkeiten primär von formellem Charakter sind. Zudem wird die Check-Liste des BAG, mit der durchgeführte Kontrollen und Analysen formalisiert werden können, von den Mitarbeitenden unterschiedlich benutzt. Die heute fehlenden oder zum Teil ungenügenden standardisierten Instrumente für die retrospektive Aufsicht führen dazu, dass die Mitarbeitenden nach bestem Wissen und Gewissen zum Teil eigene Analysen vornehmen und die Aufsicht über die Krankenversicherer individuell ausüben. Wenn der Revisionsstellenbericht oder das ausgefüllte EF4 zu Fragen Anlass gibt, so sind die Revisionsstellen oder die Versicherer zur Klärung zu kontaktieren.

5.3 Die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch in der Abteilung Versicherungsaufsicht funktioniert nicht umfassend

Die Zusammenarbeit zwischen den beim BAG für die Aufsicht der sozialen Krankenversicherung zuständigen Sektionen in der Abteilung Versicherungsaufsicht bezieht sich im Wesentlichen auf die Bereitstellung der aus den verschiedenen Prüfungen und Analysen gewonnenen Informationen. Die Daten und Informationen stehen jedoch nicht allen Sektionen automatisch zur Verfügung.

Aus Sicht der EFK ist es jedoch unabdingbar, dass die vorhandenen Daten und Informationen den Mitarbeitenden zur Verfügung stehen und die gewonnenen Erkenntnisse an andere Interessierte weitergeleitet werden. So können Informationen aus Revisionsberichten oder wesentliche Feststellungen aus den EF4 z.B. bezüglich der Bewertung von Bilanzpositionen (Stichwort Stille

Reserven) bei der Prämien genehmigung einbezogen oder umgekehrt Erkenntnisse aus den Jahresabschlüssen in die Risikoanalyse bei der Sektion Audit berücksichtigt werden.

5.4 Die Richtlinien für die externen Prüfstellen entsprechen nicht mehr den aktuellen Bedürfnissen und werden überarbeitet

Die externen Revisionsstellen nehmen bei der finanziellen Aufsicht über die Krankenversicherer eine zentrale Rolle ein, sind sie doch für die Revision der Jahresrechnungen zuständig. Die Krankenversicherer werden heute von 30 verschiedenen Revisions- und Treuhandgesellschaften revidiert. Die grundsätzlichen Aufgaben, Pflichten und Verantwortlichkeiten der externen Revisionsstellen sind im KVV geregelt. Im Zirkular 215 vom Juli 1992 des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) werden Weisungen und Erläuterungen zur Durchführung von Prüfungen und die Berichterstattung im Bereich der Krankenversicherer festgehalten. Die Gültigkeit dieses Schreibens wird mit einem Kreisschreiben aus dem Jahr 1996 bestätigt.

Die EFK stellt fest, dass sich das Kreisschreiben aus dem Jahr 1992 auf Rechtsgrundlagen bezieht, die heute überholt bzw. nicht mehr in Kraft sind. So sind z.B. die mit der letzten Änderungen der Obligationenrechts aufgenommen Bestimmungen bezüglich Revisionsrecht oder die Vorgaben des neuen Bundesgesetzes über die Zulassung und Beaufsichtigung von Revisoren (RAG) nicht berücksichtigt.

Die Revisionsstellen haben zudem für das BAG einen Fragebogen mit 112 Fragen zur Buchführung und Rechnungslegung der Krankenversicherer auszufüllen und einzureichen (Formular EF4). Die Fragen betreffen insbesondere die Organisation, das Rechnungswesen, die Buchführung, die Bilanz und Betriebsrechnung, die Ergebnisverteilung, die finanzielle Lage der Kasse, die Verwaltungskosten, die Vermögenswerte usw. Es besteht jedoch keine formelle Verpflichtung für die Revisionsgesellschaften alle im Fragebogen aufgeführten Bereiche im Rahmen einer Zwischen- oder Abschlussrevision abzudecken.

Gemäss den Revisionsstellen ist es auch nicht möglich alle Fragen im Rahmen der Prüfungen abzudecken und mit einem klaren ja oder nein zu beantworten. Der aktuelle Fragebogen ist gemäss den Revisionsstellen mit seinen ja/nein-Antworten nicht mehr zeitgemäss. Es entspricht nicht mehr den heutigen Revisionstätigkeiten, wo vermehrt nach Risikokriterien geprüft wird. Zudem sind die Prüfungstätigkeiten der Revisionsstellen, deren Schwerpunkte sich von Jahr zu Jahr ändern können, grundsätzlich nicht auf die Beantwortung des Formulars EF4 ausgerichtet. Die Revisionsstellen vertreten die Meinung, dass der Fragebogen entweder überarbeitet, aktualisiert oder allenfalls ganz abgeschafft werden sollte.

5.5 Die aktuellen Rechnungslegungsstandards für des BAG werden überarbeitet

Die Krankenversicherungen haben ihr Rechnungswesen gemäss Vorgaben des KVV zu organisieren und zu führen. Dabei ist für die soziale Krankenversicherung eine gesonderte Rechnung zu führen. Die Grundlagen für die einheitliche Buchführung und Rechnungslegung bilden der vom BSV per 1.1.1999 erstellte Kontenrahmen sowie die Rechnungslegungsrichtlinie für KVG-Versicherer und ihre Rückversicherer.

Die aktuellen Vorgaben erlauben den Krankenversicherungen eine gewisse Flexibilität bei der Bewertung ihrer Aktivposten und somit bei der Schaffung von stillen Reserven. Diese Möglichkeit betrifft insbesondere die Bilanzierung sämtlicher Wertschriften, welche heute zum Anschaffungswert erfasst und bilanziert werden können. Dabei ist nur eine Wertberichtigung bei einem tieferen Marktwert notwendig (Niedrigstwertprinzip). Dieses Prinzip führt dazu, dass stille Reserven geschaffen werden können. Im Gegensatz dazu haben Vorsorgeeinrichtungen gemäss Verordnung über die berufliche Alter-, Hinterlassenen und Invalidenvorsorge die Jahresrechnungen nach den Fachempfehlungen von Swiss GAAP FER 26 aufzustellen. Diese beinhaltet, dass die Bewertung der Bilanzpositionen zu den tatsächlichen Werten zu erfolgen hat.

Das BAG ist sich dieser Bilanzierungsproblematik bewusst und sieht vor, voraussichtlich auf das Jahr 2012 in Anlehnung zum bestehenden Swiss GAAP FER 14 über die Konzernrechnung für Versicherungsunternehmen eine neue Bestimmung für die Rechnungslegung von Kranken- und Gebäudeversicherungen einzuführen. Die Bewertung der Wertschriften zu tatsächlichen Werten führt zu einer grösseren Transparenz zwischen den Krankenversicherern. Die EFK unterstützt die diesbezüglichen Bestrebungen des BAG. Zudem soll eine Überarbeitung des Kontenplans für die Krankenversicherungen erfolgen.

5.6 Die Kommunikation zwischen BAG und FINMA findet punktuell statt

Gemäss Bundesgesetz betreffend Aufsicht über Versicherungsunternehmen beaufsichtigt die FINMA die Solvenz der ihr institutionell unterstellten Versicherungsunternehmen. Die gesetzliche Einhaltung der pauschalen und risikobasierten Eigenmittelbestimmungen, die ausreichende Deckung der Versicherungsverpflichtungen durch das gebundene Vermögen soll dadurch gewährleistet werden. Ebenfalls wird die Beachtung der Grundsätze der Corporate Governance sowie das Risikomanagement überwacht. Das BAG hingegen konzentriert sich mehr auf die Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen der Versicherungs- und Dienstleistungen.

Um die notwendige Solvabilität sicherzustellen, benötigen die Versicherungsgesellschaften entsprechende Eigenmittel. Die Versicherer beauftragen eine interne Stelle mit der Kontrolle der verfügbaren Solvabilitätsspanne. Diese Stelle erstellt jeweils am Ende des Geschäftsjahres einen Bericht und unterbreitet ihn der Geschäftsleitung und der FINMA. Die Solvabilität der Versicherungsunternehmen wird dabei nach zwei Methoden beurteilt:

- a. Solvabilität I: Festlegung der erforderlichen Eigenmittel nach Massgabe des Geschäftsumfanges (geforderte Solvabilitätsspanne) und der anrechenbaren Eigenmittel (verfügbare Solvabilitätsspanne);
- b. Schweizer Solvenzttest (SST): Festlegung der erforderlichen Eigenmittel nach Massgabe der Risiken, denen das Versicherungsunternehmen ausgesetzt ist (Zielkapital) und der anrechenbaren Eigenmittel (risikotragendes Kapital).

Seit dem Jahr 2008 ist die Durchführung des SST für alle Versicherungsunternehmen und Versicherungsgruppen zum ersten Mal obligatorisch.

Bei den Krankenversicherern, welche ebenfalls Zusatzversicherungen anbieten, beschränkt sich die Prüfung auf das gebundene Vermögen und die genügende Ertragskraft, um auch künftige Verpflichtungen aus den laufenden Versicherungsverträgen sowie den Versicherungsbetrieb nach VVG gewährleisten zu können. Diese Aufsichtstätigkeit wird durch die gesetzlich vorgeschriebene

präventive Tarifkontrolle der FINMA unterstützt, welche im Prüf- und Genehmigungsverfahren sicherstellt, dass die Solvenz gewährleistet ist und die Versicherten in den Versichertenbeständen technisch gleich behandelt werden.

Die privaten Versicherer vereinigen 80% der Prämieinnahmen aus Zusatzversicherungen und Krankentaggeldversicherungen nach VVG. Es erscheint immer wahrscheinlicher, dass das Grundversicherungs- und das VVG-Krankenversicherungsgeschäft verschiedenen juristischen Einheiten zugeteilt und dadurch Konzernstrukturen geschaffen werden. Eine geteilte Aufsicht zwischen BAG und FINMA bei den Krankenversicherern mit Zusatzversicherungen entfällt somit. Hingegen wecken Transaktionen zwischen den Gruppengesellschaften unter Umständen ein erhöhtes Interesse der Versicherungsaufsicht. Dies wenn die Gefahr besteht, dass bei beaufsichtigten Versicherungsunternehmen die Solvenz auf Grund von finanziellen Verschiebungen bedroht wird.

Bezüglich Aufsicht über die Krankenversicherer fanden unter dem Motto „Erfahrungsaustausch“ bis anhin pro Jahr zwei bis drei Besprechungen zwischen dem BAG und der FINMA statt. Es findet kein schriftlicher Austausch von Informationen statt. Die Entwicklung des letzten Jahres mit einer Verschlechterung der finanziellen Situation der Krankenversicherer hat dazu geführt, dass sich die Gespräche zwischen BAG und FINMA intensiviert haben. Die Gespräche finden je nach Bedarf und nicht standardisiert statt.

Die Höhe der Betriebskosten der Krankenversicherungen wurde in den politischen Gremien verschiedentlich thematisiert (Stichworte wie u.a. Managersaläre, Provisionen, Marketingaktivitäten und Büroliegenschaften). Im nachfolgenden Kapitel 6 wird die Höhe, die Zusammensetzung sowie die Aufteilung der Betriebskosten zwischen der Grund- und Zusatzversicherung näher erläutert.

6 Die Zusammensetzung der Betriebskosten der Krankenversicherer

6.1 Die Versicherer benötigen sechs Rappen eines Prämienfrankens für die Betriebskosten

Die Verwaltungskosten der Krankenversicherungen stellen die eigentlichen Betriebskosten dar, welche für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung aufgewendet werden. Gemäss KVG sind diese Kosten auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass zu beschränken und müssen nach tatsächlichem Aufwand zwischen den verschiedenen Versicherungsarten (OKP, Taggeldversicherung, Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten) verteilt werden. Mit dem durch das KVG angestrebte Wettbewerb soll auch erreicht werden, dass die Verwaltungskosten der Versicherer sich nach betriebswirtschaftlichen Aspekten ausrichten und somit auf einem vernünftigen Mass gehalten werden können.

Die Krankenversicherungen haben für das Jahr 2008 in der Grundversicherung Betriebskosten im Umfang von knapp 1,2 Mrd. Franken ausgewiesen¹⁹. Pro Versicherten und Jahr fallen somit im Durchschnitt 152 Franken für Durchführung der OKP an. Bei Einführung des KVG im Jahr 1996 betragen die Verwaltungskosten 960 Mio. Franken (133 Franken pro Versicherte Person). In den

¹⁹ Gemäss provisorischen Zahlen 2009 betragen die Betriebskosten ebenfalls rund 1.2 Mrd. Franken.

letzten Jahren sind die Betriebskosten der Krankenversicherer durchschnittlich um rund 3% angestiegen.

Im Verhältnis zu den Gesamtausgaben (Versicherungs- und Betriebsaufwand) sind sie jedoch von 8.2% im Jahr 1996 auf 5.7% im Jahr 2008 gesunken. Im gleichen Zeitraum steigen die Versicherungskosten (bezahlte Leistungen) im Jahr 1996 von 10.8 Mrd. auf 19.4 Mrd. Franken im Jahr 2008 an. Der Anstieg betrug somit 80%.

Die folgende Tabelle zeigt die durchschnittlichen Betriebskosten der Versicherungen aufgeteilt in drei Kategorien, nach Kassengrösse, in Prozenten der Gesamtausgaben (Versicherungs- und Betriebsaufwand) und absolut pro Versicherten. Zum Teil bestehen grosse Unterschiede zwischen den verschiedenen Versicherern, wobei die Unterschiede bei kleineren Krankenversicherungen stärker ausgeprägt sind.

Tabelle 10: Verwaltungskosten im Durchschnitt in % und in Franken 2008

Kassengrösse (Anzahl Versicherte im Durchschnitt)	Anzahl Kassen	Total Versicherte	Anteil in %	Verwaltungskosten in % der Gesamtausgaben (Tiefst-/Höchstwerte)	Verwaltungskosten pro Versicherten in Franken (Tiefst-/Höchstwerte)
Über 150'000	15	5.842 Mio.	76.71%	5.6% 3.4% - 7.8%	154 Fr. 78 – 252 Fr.
50'001 – 150'000	13	1.169 Mio.	15.35%	5.6% 3.3% - 7.1%	151 Fr. 60 – 190 Fr.
1 – 50'000	58	0.604 Mio.	7.94%	6% 2% - 11.4%	153 Fr. 44 – 305 Fr.
Total	86	7.616 Mio.	100%	5.7%	152 Fr.
				Median 5.5%	Median 130 Fr.

Quelle: Aufsichtsdaten BAG, Berechnung und Darstellung EFK

Zu den Betriebskosten gehören primär die Personalkosten, die Kosten für Immobilien, Einrichtungen, die Informatik, aber auch die Werbeaufwendungen sowie die Abschreibungen. Die nachfolgende Tabelle zeigt, wie sich die Betriebskosten aller Krankenversicherungen in der OKP für das Jahr 2008 auf die einzelnen Kontengruppen aufteilen.

Tabelle 11: Aufteilung des KVG-Betriebsaufwands der Versicherer 2008 in Mio. Franken

Betriebsaufwand KVG inkl. Unfall	Bruttobetrachtung		Nettobetrachtung	
	Betrag in Mio. Fr.	Anteile in %	Betrag Netto ²⁰ in Mio. Fr.	Anteile in %
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	1'054	89.55%	667	56.67%
Räumlichkeiten und Betriebseinrichtung	105	8.92%	66	5.61%
EDV-Kosten	175	14.87%	111	9.43%
Versicherungen und Beiträge	40	3,4%	25	2.12%
Übriger Verwaltungsaufwand	266	22.6%	168	14.27%
Marketing und Werbung inkl. Provisionen KVG	111	9.43%	70	5.95%
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	-644	-54.71%	--	--
Total Verwaltungsaufwand	1'107	94.05%	1'107	94.05%
Abschreibungen	61	5.18%	61	5.18%
Sonstige Betriebsaufwendungen	9	0.76%	9	0.76%
Total Betriebsaufwand	1'177	100%	1'177	100%

Quelle: BAG Aufsichtsdaten, Berechnung und Darstellung EFK

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass die Betriebskosten im KVG-Bereich mit einer Verwaltungskostenentschädigung aus dem Zusatzversicherungsgeschäft zu rund einem Drittel entlastet werden. Konkret heisst dies, dass der VVG-Bereich den KVG-Bereich für verschiedenste Dienstleistungen entschädigt (z.B. Debitorenmanagement, Rechnungskontrollen, Werbung- und Marketingaktivitäten, Bestandespflege, usw.). Sowohl die Brutto- als auch die Nettoberechnung zeigt, dass der Personalaufwand die grösste Ausgabeposition bei den Betriebskosten der Krankenversicherungen darstellt.

6.2 Zu Lasten der Grundversicherung werden jährlich über 100 Mio. Franken für Marketing und Werbung verrechnet

Die verschiedentlich mit politischen Vorstössen²¹ diskutierten Provisions- und Bonuszahlungen an Vermittlerorganisationen, sind in der Kontengruppe Marketing und Werbung inkl. Provisionen KVG enthalten. Insgesamt werden die sogenannten Wettbewerbskosten im Bereich des KVG auf 200 bis 300 Mio. Franken beziffert. Darunter sind Kosten zu verstehen, die für die Anwerbung von neuen Versicherten u.a. jungen Personen, sprich „guten Risiken“ anfallen. Für die Krankenversicherer ist ein Versichertenwechsel mit administrativem Aufwand verbunden. Pro Mutation rechnet die Branche mit etwa 100 Franken. In der Frühjahrssession 2010 hat sich der

²⁰ Die erhaltene Verwaltungsentschädigung wird proportional auf verschiedenen Verwaltungsaufwendungen aufgeteilt.

²¹ U.a. Interpellation 09.3090, Forster-Vannin Erika, Motion 09.3540, SP - Fehr Jacqueline, Anfrage 09.1030 Lang Josef, Fragestunde 09.5249, Lang Josef.

Ständerat dem Nationalrat angeschlossen, ein Verbot für Provisions- und Maklergebühren sowie für Telefonwerbung in der Grundversicherung ab 2011 einzuführen.

Eine im Rahmen dieser Evaluation durch das BAG durchgeführte Umfrage bei den Versicherungen ergab, dass im Jahr 2008 114 Mio. Franken als Werbeaufwand zu Lasten der Grundversicherung verbucht wurden²². Von diesem Betrag betreffen 33 Mio. Franken Provisionszahlungen an Vermittler, 16 Mio. Franken sogenannte Kontaktprovisionen (z.B. Zahlung für Offertanfragen an comparis) und rund 50 Mio. betreffen Marketing (z.B. TV-Werbung, Inserate) und Sponsoringaktivitäten (Unterstützung eines Verbandes, Anlasses usw.)

Wenn der durch das KVG angestrebte, wenn auch stark regulierte Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen spielen soll, dann ist es nicht weiter verwunderlich, dass die Versicherungen die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen zur Positionierung auf dem Markt dazu zur Verfügung stellen werden (u.a. Bekanntheitsgrad der Krankenkasse oder eines Produkts erhöhen, Marke aufbauen, Zielgruppen beeinflussen usw.).

6.3 Die Aufteilung der Betriebskosten erfolgt nach unterschiedlichen Kriterien und Methoden

Das BAG hat im Jahr 2006 eine Sondererhebung bei den Krankenversicherern über die Verteilung der Verwaltungskosten zwischen der Grund- und den Zusatzversicherungen sowie den verschiedenen Produkten vorgenommen. Dabei stellte das BAG fest, dass die Krankenversicherer die Aufteilung der Verwaltungskosten individuell nach unterschiedlichen Kriterien und Methoden vornehmen.

Dabei kommen verschiedene Varianten von Verteilschlüsseln auf der Basis von unterschiedlichen Indikatoren zur Anwendung. Mehrheitlich werden aber Verteilschlüssel angewandt, die rechnerisch einfach zu handhaben sind. Insbesondere kleine Krankenversicherer verwenden einfache prozentuale Verteilschlüssel, wie z.B. 40% zu Lasten OKP und 60% zu Lasten VVG. Bei grösseren Krankenversicherern werden vermehrt betriebswirtschaftliche Überlegungen, wie Aufwandskomponenten, Zeiterhebung, Gewichtung mit Faktoren einbezogen. Weitere Messgrössen sind Prozentsätze, Pauschalen, Erfahrungswerte und Schätzungen. Bei der Aufteilung der Verwaltungskosten innerhalb der sozialen Krankenversicherung kommen einheitliche Methoden für die Verteilung auf die verschiedenen Sparten zur Anwendung. So basieren die Verteilschlüssel mehrheitlich auf dem Prämienvolumen. Weitere Varianten sind die Leistungskosten, der Summenschlüssel oder das Prämienvolumen zusammen mit den Leistungskosten. Einige Versicherer wenden für die Kostenaufteilung auf die Sparten KVG und VVG die gleichen Kriterien an.

Die Komplexität der Verwaltungskostenallokation zeigt eine im Jahr 2009 im Auftrag des BAG durchgeführte Sonderprüfung bei einer Versicherungsgruppe. Die Kostenallokation beruht auf verschiedenen Kriterien, welche in Dienstleistungsvereinbarungen und Zusammenarbeitsverträgen geregelt werden, und bezweckt eine möglichst verursachergerechte Aufteilung der Betriebskosten innerhalb der Versicherungsgruppe. Dabei wird zwischen direkt zuordenbaren Kosten nach

²² Die Umfrage ergibt eine Differenz von 3 Mio. Franken zu den mit 111 Mio. Franken bei den Betriebsrechnungen ausgewiesenen Marketing- und Werbungskosten. Diese Abweichung ist zu vernachlässigen und wurde im Rahmen dieser Evaluation nicht näher abgeklärt.

Gesellschaften und nach Marken sowie indirekt zuordenbaren Kosten unterschieden. Die Prüfung kommt zum Schluss, dass die gewählten Verteilschlüssel sinnvoll sind, wobei bei der Verteilung von Overhead-Kosten²³ ein gewisser Ermessensspielraum besteht.

Die Untersuchung zeigte, dass eine Abweichung von den durch das BAG festgehalten Richtlinien, betreffend die Verteilung von Aufwänden und Erträgen für Konglomerate, durchaus vertretbar sein kann. Die Richtlinien besagen, dass die Betriebskosten gleichmässig auf einzelne Konglomeratsmitglieder verteilt werden müssen, wobei im Grundsatz eine Abweichung von 20 Prozent pro Versicherer oder bei entsprechender Begründung eine grössere Abweichung toleriert wird. D.h. der Betriebsaufwand des teuersten Versicherers darf nicht um mehr als 20 Prozent von demjenigen des günstigen Versicherers abweichen.

Was die Verteilung der Betriebskosten der einzelnen Versicherer zwischen den Kantonen betrifft, so gilt seit Einführung des KVG eine sogenannte 200 Prozent-Regel. Konkret bedeutet dies, dass der Betriebsaufwand pro versicherte Person im prämiemässig teuersten Kanton im Maximum das Doppelte des günstigsten Kantons betragen darf. Diese Vorgabe wird im Rahmen der technischen Prüfung kontrolliert und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass.

Die EFK stellte im Rahmen dieser Evaluation fest, dass die im 2006 vom BAG erhobenen Schlüssel zur Aufteilung der Verwaltungskosten im Wesentlichen auch heute noch zutreffen. Da viele Tätigkeiten und Handlungen in einem Prozess vernetzt sind, die sowohl die Grund- und die Zusatzversicherungen betreffen, ist die Vielfalt der verwendeten Kriterien und Methoden für die Abgrenzung der Kosten unermesslich. Gemäss Aussagen der Krankenversicherungen bevorzugen die bestehenden Verteilschlüssel eher eine Querfinanzierung zu Gunsten der Grundversicherung.

7 Die gesetzlichen Reserven der Krankenversicherer

7.1 Ende 2009 verfügen 30 Krankenversicherer über zu wenig Reserven

Die Reserven der Krankenversicherer sind seitens der politischen Entscheidungsträger oder der Medien regelmässig Gegenstand von Kritiken und Diskussionen. Dabei stehen das Volumen, die prozentuale Höhe sowie die Notwendigkeit solcher Reserven, insbesondere die kalkulatorischen Reserven nach Kantonen, im Mittelpunkt der Diskussionen.

Gemäss KVV müssen die Versicherer ständig über eine Sicherheitsreserve verfügen. Die Reserven bilden die Eigenmittel der Versicherer, werden in der Bilanz der Krankenversicherer gesondert als Eigenkapital ausgewiesen und erlauben ihre langfristige Solvenz zu sichern. Zweck der Reserve ist insbesondere das Unternehmerrisiko (Bestandsänderungen, falsche Budgetbeurteilung, Einbruch der Börsenwerte usw.) sowie branchenspezifische Risiken (Epidemie, Pandemie, aussergewöhnliche Anzahl schwerer Fälle, Verschlechterung der Risikostruktur des Versichertenbestandes usw.) zu decken. Bis im Jahr 2003 mussten die Versicherer zusätzlich eine Schwankungsreserve anlegen, um Kostenschwankungen aufzufangen. Diese wurde mit der

²³ Bei den Overhead-Kosten handelt es sich um die Kosten der verschiedenen Geschäftsbereiche (z.B. Privatkunden, Firmenkunden, Finanzen, Dienste, IT-Service) und der Unternehmensleitung, welche weder direkt noch via Verteilschlüssel gemäss Vereinbarungen zugeordnet werden. Die Zuteilung dieser Kosten erfolgt über einen sogenannten Mixschlüssel.

Reservequotenanpassung per 1. Januar 2004 aufgehoben. Die Reserven pro versicherte Person liegen im Durchschnitt zwischen einer und zwei Monatsprämien²⁴ (2008: 427 Franken, 2009: 349 Franken gemäss provisorischen Kennzahlen). Der Gesamtbetrag der Reserven beträgt per Ende 2008 3.2 Mrd. Franken und Ende 2009 2.7 Mrd. Franken (gemäss provisorischen Kennzahlen).

Hat ein Versicherer in einem Jahr einen „Gewinn“ vorzuweisen, muss dieser den Reserven gutgeschrieben werden. Umgekehrt müssen Verluste den Reserven belastet werden²⁵. Die angesammelten Reserven dienen dazu, Verluste aus späteren Jahren auszugleichen. Die Verwendung der Reserven dient somit einzig und allein zur Kostendeckung in der OKP. Die Versicherer haben jeweils für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherzustellen.

Die gesetzlichen Vorschriften sehen eine minimale - je nach Versichertenbestand - abgestufte Sicherheitsreserve in Prozent der geschuldeten Prämien (Prämiensoll) vor. Seit Einführung des KVG sind verschiedentlich Anpassungen vorgenommen worden, letztmals im Jahr 2006.

Versicherer mit weniger als 50 000 Versicherten sind zudem verpflichtet, eine Rückversicherung²⁶ abzuschliessen.

Die durchschnittliche Mindestreservequote über alle Versicherer sollte per Ende 2008 12,5% und per Ende 2009 11,6% (Hochrechnung) betragen. Per Ende 2008 verfügten die Krankenversicherer über eine gesamtschweizerische Reservequote von 16,6%, wobei 26 von 86 Kassen mit knapp 2 Mio. Versicherten die gesetzlich vorgegebene Reservequote unterschritten. Die provisorischen Zahlen für das Jahr 2009 ergeben eine gesamtschweizerische Reservequote von 13,4%, wobei 30 von 81 Kassen mit rund 2.8 Mio. Versicherten eine Unterdeckung aufweisen.

Interessant ist festzustellen, dass alle in den letzten Jahren gegründeten Krankenversicherungen – Tochtergesellschaften von Versicherungsgruppen - per Ende 2009 die gesetzlich vorgeschriebene Mindestreservequote nicht erreichen. Das starke Wachstum von diesen Versicherungen hat dazu geführt, dass sich die Reservesituation teilweise ungünstig entwickelt hat. Das BAG hat im Rahmen der Prämienrunde 2010 versucht, dieser Entwicklung mit der Forderung nach überdurchschnittlich hohen Prämien erhöhungen entgegenzutreten. Bei Krankenversicherern, wo eine im Prinzip notwendige Erhöhung infolge des Risikos der Solvenzgefährdung nicht möglich war, wurden auch Garantieverpflichtungen für Drittmiteilschlüsse – wahrscheinlich aus dem Zusatzversicherungsgeschäft - bewilligt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Variation der Reservequoten 2008 und 2009. Die Unterschiede sind u.a. auch auf die unterschiedlichen geforderten Mindestreservequoten, welche von der Grösse der Versichertenzahl der Versicherer abhängen, zurückzuführen. Die Krankenversicherer mit einer Reservequote von über 100 Prozent sind kleine Kassen mit einem Versichertenbestand von weniger als tausend Personen.

²⁴ Pro versicherte Person betragen die Reserven 1998 im Durchschnitt 412 Franken, 2002 nur noch 268 Franken und 2008 wieder 427 Franken.

²⁵ Die Versicherer dürfen gemäss KVG in der OKP keine Gewinne erzielen.

²⁶ Durch die Absicherung kostenintensiver Einzelfälle soll das finanzielle Risiko des Versicherers innerhalb einer kleineren Risikogruppe geglättet werden, indem z.B. der Rückversicherer die, einen vertraglich vereinbarten Betrag übersteigenden, Kosten finanziert. Es gibt jedoch noch andere Arten von Rückversicherungen.

Tabelle 12: Kennzahlen 2008

Kassengrösse (Anzahl Versicherte im Durchschnitt)	Anzahl Kassen (2009)	Anteil in %	Durchschnittliche Reservequote in % 2008 (Tiefst-/Höchstwerte)	Durchschnittliche Reservequote in % 2009 (provisorisch) (Tiefst-/Höchstwerte)
Über 150'000	15	76.75%	14.8% 7.4% - 34.7%	12.4% 2.09% - 19.52%
50'001 – 150'000	13	15.35%	19.4% 7.5% - 39.3%	13.4% 1.9% - 33.18%
1 – 50'000	55	7.9%	26.6% -12.3% - 920%	23.6% 0.2% - 505.41%
Total	83	1'00%	16.4%	13.4%
			Median 21%	Median 17%

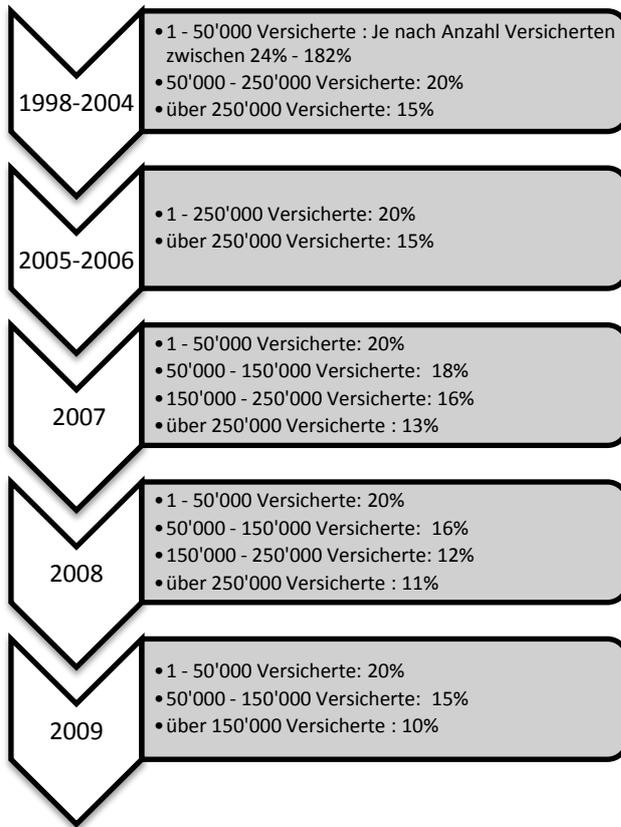
Quelle: Aufsichtsdaten BAG, Berechnung und Darstellung EFK

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Entwicklung der gesetzlichen Vorschriften über die Mindestreserven. Die Solvenz des Versicherers im KVG-Bereich wird hauptsächlich an dieser Reservequote gemessen. Es gilt festzuhalten, dass es sich bei der Höhe der Mindestreservequote um keinen versicherungsmathematisch berechneten Wert handelt. Dies im Gegensatz zur Aufsicht im Bereich der Privatversicherung, bei welchen die finanzielle Sicherheit über eine sogenannte Solvabilitätsspanne²⁷ und den SST²⁸ gemessen wird.

²⁷ Die Solvabilität bezeichnet die Ausstattung von Banken und Versicherern mit Eigenkapital und Eigenmitteln. Diese Solvabilität ist auch gleichzeitig die Liquiditätsreserve und die Sicherheitsspanne eines Finanzunternehmens.

²⁸ Der SST ist eine Methode, die Risikofähigkeit von Versicherern zu messen und zu ermitteln, wie viel Kapital sie halten müssen, um mit ausreichender Sicherheit ihren Verpflichtungen nachkommen zu können. Der SST ist ein die wesentlichen Risiken einbeziehendes Regelwerk, welches das Geschäftsmodell unterstützt und auch ein taugliches Instrument der Geschäftsführung darstellt (Schweiz. Versicherungsverband).

Tabelle 13: Entwicklung der Mindestreservequoten gemäss KVV



Quelle: BAG, Darstellung EFK

7.2 In den letzten drei Jahren wurden 1.3 Mrd. Franken Reserven abgebaut

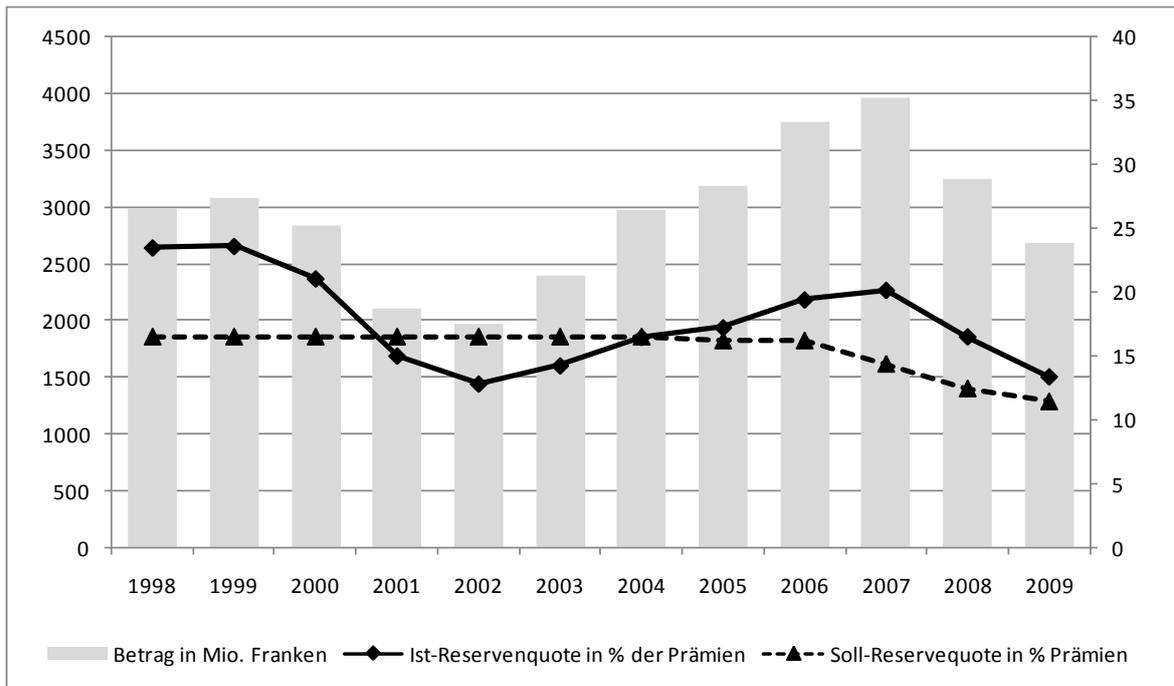
Wie schon verschiedentlich erwähnt, dienen die Reserven den Versicherern dazu, unvorhergesehene Risiken abzudecken. In den letzten Jahren hat sich mit zunehmendem Einsatz von Informatikmitteln und der elektronischen Verrechnung von Leistungen die Budgetierung der Versicherer zunehmend verbessert. Dadurch hat auch das finanzielle Risiko abgenommen. Der Bundesrat hat daher im Jahr 2006 beschlossen, die gesetzlichen Reserven gemäss KVV zu senken. Die Ende 2007 über den Mindestreserven zur Verfügung stehenden Mittel von über einer Mrd. Franken sollten zur Dämpfung der Prämienentwicklung verwendet werden. Aus Sicht von *santésuisse* ist dieses Vorgehen problematisch, da ein Reserveabbau nur kurzfristig eine gewisse Entlastung bei den Prämien bewirken und mittelfristig aber wieder zu stärkeren Prämienanstiegen führen wird. Der Bundesrat vertrat die Meinung, dass das geringere Unternehmerrisiko bei den mittleren und grossen Versicherern eine Senkung der Reservesätze erlaubt. Die verordnete Senkung der Reservesätze erfolgt stufenweise über drei Jahre.

Eine ähnliche Situation lag bereits in den Jahren 2000 bis und mit 2002 vor. In diesen Jahren wurden die Reserven mittels nicht kostendeckender Prämien reduziert, was dazu führte, dass die durchschnittliche Reservequote von 23.9% im Jahr 1999 auf 13% im Jahr 2002, d.h. 3.9% unter die gesetzliche Mindestquote, gesunken ist. In den Folgejahren wurden die Reserven bis Ende 2007 mit stärkeren Prämienanstiegen wieder auf durchschnittlich 20.1%, d.h. rund 5.7% über die gesetzliche Mindestquote, aufgebaut. In den letzten drei Jahren hingegen wurden die Reserven

infolge der erwähnten Senkung des Reservesatzes sowie den realisierten Verlusten auf den Kapitalmärkten wiederum um insgesamt 1.3 Mrd. Franken abgebaut.

Nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Reserven der Krankenversicherer in absoluten Zahlen und in Prozenten des Prämienvolumens für die ganze Schweiz. Die Schwankungen der Reservequote über die Zeit sind gut erkennbar.

Abbildung 16: Reserven der Krankenversicherer in der OKP in Mio. Fr. und in %



Quelle: BAG, Darstellung EFK

7.3 Die kalkulatorischen Reserven nach Kantonen sind eine rechnerische Grösse

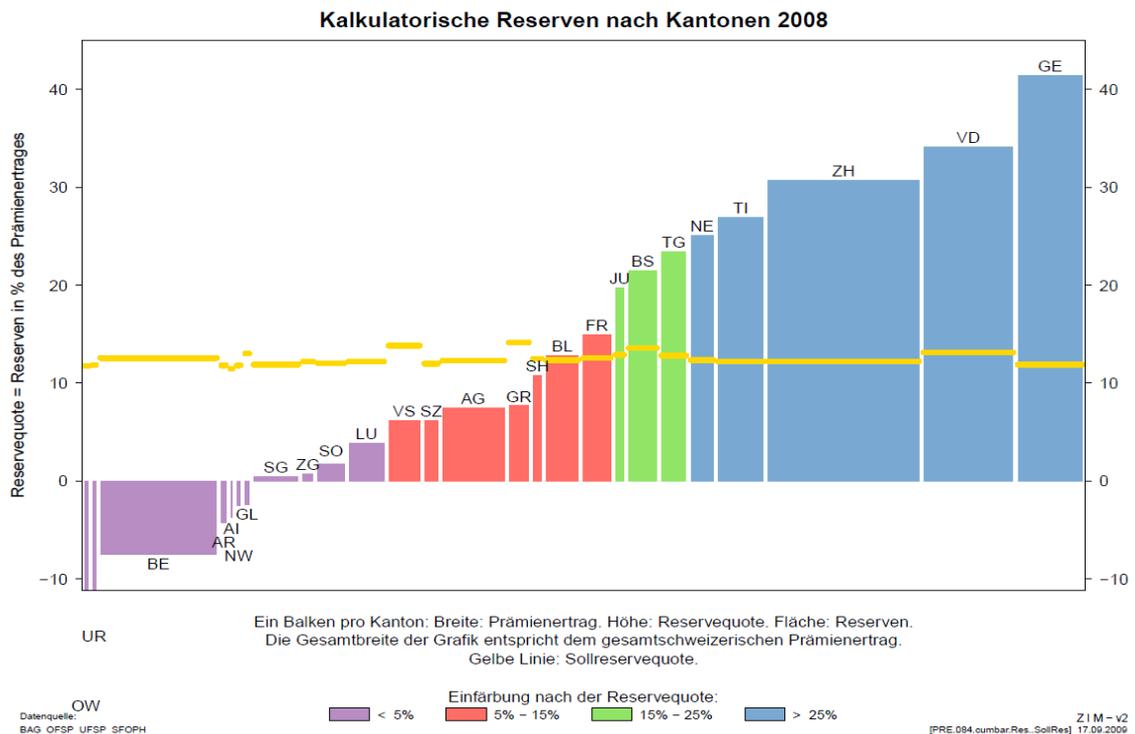
Neben den Mindestreservequoten geben auch die kalkulatorischen Reserven nach Kantonen immer wieder zu Diskussionen Anlass und haben in den letzten Jahren vermehrt zu Meinungsdivergenzen geführt. Aus Sicht von santésuisse und den Krankenversicherern handelt es sich dabei um ein Konstrukt des BAG. Für verschiedene kantonale Gesundheitsdirektoren und Politiker sind diese Reserven jedoch ein wichtiges Kriterium zur Bestimmung der Prämienhöhe.

Mit Einführung des KVG per 1996 wurden die damals vorhandenen Reserven jeder Kasse im Verhältnis zu ihrem Prämienvolumen in den einzelnen Kantonen aufgeteilt.²⁹ Dies führte bei der Mehrheit der Kantone zu einem kalkulatorischen Reservebestand von 22% - 28%, wobei drei Kantone (Basel-Stadt, Graubünden und Wallis) mit einem Reservebestand von ca. 37% starteten. Eine explizite Gesetzesgrundlage für die Aufteilung der Reserven nach Kantonen ist nicht vorhanden. Die kantonale Betrachtung wurde aus Artikel 61 KVG abgeleitet, wonach die Versicherer für ihre Versicherten kantonal kostendeckende Prämien nach ausgewiesenen Kostenunterschieden bestimmen können. In der Folge wurden diese Reserven nach den von den

²⁹ Der Reservebestand über alle Kassen betrug im Durchschnitt 25%.

Krankenversicherern beim BAG eingereichten, kantonal aufgeschlüsselten Ergebnisrechnungen fortgeschrieben. Konkret bedeutet dies, wenn eine Versicherung im Kanton A einen Gewinn erwirtschaftet, dann wird dieser den kantonalen Reserven dazugeschlagen, wenn die gleiche Versicherung im Kanton B einen Verlust ausweist, dann reduzieren sich die kantonalen Reserven um diesen Betrag. Dieses Vorgehen hat dazu geführt, dass sich die Reserven der Krankenversicherer seit Einführung des KVG bis heute je nach Kanton sehr unterschiedlich entwickelten. Dies illustriert die nachfolgende Grafik mit dem Stand der kalkulatorischen Reserven über alle Krankenversicherer nach Kantonen 2008 deutlich.

Abbildung 17: Kalkulatorische Reserven nach Kantonen 2008



Quelle: BAG

Anhang 12 gibt einen Überblick über die Entwicklung der kalkulatorischen Reserven in der OKP pro Kanton in Prozent ab 1998.

Die Krankenversicherer sind grösstenteils der Meinung, dass diese kantonal abgestuften Reserven systemfremd sind. Die Reserven sollen primär dazu dienen, dass unvorhergesehene, grosse Risiken abgedeckt werden können. Je weniger Personen Risiken gemeinsam tragen, desto grösser müssten die Reserven sein. Oder anders gesagt, kantonal abgestufte Reservequoten müssten deutlich höher liegen als die Mindestquoten auf Bundesebene, da in der Logik kantonalen Reserven unvorhergesehene Schäden in einem Kanton nicht durch Reservegelder eines zweiten Kantons querfinanziert werden dürfen. Bei der ganzen Entwicklung der Reserven gilt es zu berücksichtigen, dass sich die Versichertenbestände bei den einzelnen Krankenversicherern seit 1996 sehr unterschiedlich entwickelt haben.

Die Frage der kantonal abgestuften Reserven war bereits Gegenstand mehrerer Expertengutachten³⁰. Die Gutachten halten fest, dass das Gesetz keine explizite Bestimmung enthält, welche die Versicherer dazu zwingen würde, kantonal abgestufte Reserven vorzunehmen. Der Sinn der kantonalen Reserven wird ebenfalls in Frage gestellt, da die Krankenversicherer nicht kantonal in Konkurs gehen können. Wenn aus Sicherheitsüberlegungen die Reserven pro Kanton angelegt werden müssten, so hätten die Krankenversicherer ihre Reserven je nach kantonalem Versichertenbestand unterschiedlich hoch zu fixieren.

Andererseits gilt es festzuhalten, dass der Bundesrat das BAG im 2006 beauftragt hat, die in gewissen Kantonen bestehenden überschüssigen Reserven innerhalb von fünf Jahren auf das gesetzliche Minimum zu senken und gleichzeitig in Kantonen mit ungenügenden Reserven erhöhen zu lassen. Sowohl der Ständerat als auch der Nationalrat haben inzwischen – wenn auch ganz knapp - auf Antrag des Bundesrats eine Motion³¹ angenommen, welche fordert, die kalkulatorischen kantonalen Krankenkassenreserven bis 2012 über das Prämiengenehmigungsverfahren anzugleichen. Das BAG hat am runden Tisch 2009 betreffend Prämiengenehmigung gegenüber den Kantonen und Krankversicherern bekräftigt, diese Forderung auch umzusetzen. Inwieweit die politisch gewünschte Angleichung in der Praxis überhaupt realisierbar ist, ohne den Markt je nach Kasse ungewünscht zu beeinflussen, bleibt abzuwarten.

Anhang 14 zeigt einen Vergleich der gesetzlichen Vorgaben bezüglich Reserven in verschiedenen Versicherungsbereichen. Der Vergleich ist indes mit Vorsicht zu betrachten, da die Finanzierung und Ausrichtung der Leistungen je nach Versicherungsart unterschiedlich erfolgt (Kapitaldeckungsverfahren oder Ausgabeumlageverfahren). Bei den Krankenversicherern sind die laufenden Ausgaben grundsätzlich durch die laufenden Einnahmen zu decken. Die Versicherer haben also ihre Prämien so festzusetzen, dass sie damit die für die betreffende Periode geschuldeten Leistungen decken können. Beim Umlageverfahren müssen somit keine Deckungskapitalien oder Altersgutschriften angesammelt werden, wie in der Lebensversicherung oder in der beruflichen Vorsorge. Das heisst, dass der Versicherte beim Austritt aus einer Versicherung keinen Rückkaufwert und keine Freizügigkeitsleistungen zu erwarten hat, ebenso wenig muss er sich in die neue Versicherung einkaufen. Bezogen auf die Krankenpflegeversicherung heisst dies, dass bei einem Versicherungswechsel die kalkulatorisch angehäuften Reserven bei der alten Versicherung verbleiben.

7.4 Gemäss Bundesverwaltungsgericht dürfen überschüssige Reserven nicht für die Senkung von Prämien eingesetzt werden

Das BAG hat der Assura im September 2008 die Genehmigung der unterbreiteten Prämien 2009 für die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreffend die Kantone Basel-Stadt, Genf, Jura, Neuenburg, Tessin, Waadt, Zug und Zürich verweigert. Das BAG hat die Nichtgenehmigung damit begründet, dass die Reserven der Assura zu hoch sind. Um diese abzubauen, hat das BAG am 29. September 2008 verfügt, dass die Assura die Prämien 2009 zu senken hat. Seinen Entscheid begründete das BAG mit den hohen Reserven der Assura, die gesamtschweizerisch 36 Prozent betragen würden. Das sei dreimal höher als gesetzlich verlangt. Am 31. Oktober 2008 hat die

³⁰ Prof. Dr. G. Schmid: „Kantonale Zuteilung von Reserven im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung“, 17.05.2000 und Dr. B. Koller: „Die Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen“, 22.05.2000.

³¹ Motion Fetz 08.4046 vom 19.12.2008: Angleichung der kantonalen Reservequote von Krankenversicherern bis 2012.

Assura gegen die Nichtgenehmigung der Prämien Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erhoben. Bis die Streitsache definitiv entschieden war, durfte die Assura die Prämien 2009 in der Höhe ihrer nicht genehmigten Eingabe vom September 2008 anwenden.

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit seinem Urteil vom 8. Dezember 2009 die Beschwerde der Assura gegen die Verfügung des BAG gutgeheissen, mit welcher das BAG die Prämien genehmigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das Jahr 2009 in acht Kantonen verweigert hatte. Das Bundesverwaltungsgericht kommt zum Schluss, dass es für die behördliche Durchsetzung einer maximalen Reservequote an einer gesetzlichen Grundlage im KVG und den Ausführungsverordnungen fehlt. Es ist überdies umstritten, ob die behördliche Festlegung einer maximalen Reservequote fachlich gerechtfertigt und mit dem Wettbewerbsgedanken zu vereinbaren ist. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass die Assura in den entsprechenden Kantonen im Vergleich zu den anderen Versicherern bereits niedrigere Prämien zur Genehmigung unterbreitet hatte. Zur Durchsetzung einer behördlichen Anordnung, wonach ein Versicherer die Reserven zu senken hat, müsste daher zuerst eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

Nach Ansicht des Bundesverwaltungsgerichts stützt sich die angefochtene Verfügung daher nicht auf eine hinreichende gesetzliche Grundlage. Das KVG legt zwar die Grundprinzipien der Finanzierung der OKP fest. Die KVV konkretisiert diese Finanzierungsgrundsätze: Sie regelt, wie die Versicherer die finanzielle Sicherheit der Versicherung zu gewährleisten und die Prämien für die Versicherten zu bestimmen haben und legt zu diesem Zweck Mindestreservesätze fest. Maximalreservesätze oder anderweitige Bestimmungen zur zwangsweisen Durchsetzung einer Reservesenkung sind jedoch weder im Gesetz noch in der Verordnung verankert. Das Bundesverwaltungsgericht hat daher die Verfügung des BAG vom 29. September 2008 aufgehoben und das BAG angewiesen, unter Berücksichtigung der gerichtlichen Erwägungen eine neue Verfügung zu erlassen. Das BAG hat gegen diesen Entscheid nicht rekuriert.

Konkret bedeutet dies, dass die Krankenversicherer überschüssige Reserven nicht für die Senkung ihrer Prämien einsetzen müssen, da im Krankenversicherungsrecht einzig Mindestreserven festgelegt sind. Regelungen zu Maximalreserven oder zur zwangsweisen Reduktion von überschüssigen Reserven fehlen dagegen. Dieses Urteil hat aus Sicht der EFK erhebliche Folgen für das BAG. Wenn ein Versicherer über genügend Reserven verfügt, wird es dem BAG künftig nicht mehr möglich sein, eine Prämien senkung zu beantragen.

8 Die Anlagevorschriften für die soziale Krankenversicherung werden überarbeitet

In der KVV hat der Bundesrat die Vorschriften über die Kapitalanlagen der Krankenversicherer in der Grundversicherung festgelegt. Der entsprechende Artikel ist seit dem 1. April 2000 in Kraft. Die heutigen Vorgaben weisen bezüglich Anlagekategorien und -instrumenten einen breiten Handlungsspielraum auf, was zu gewissen Diskussionen Anlass gab. Es gibt zwar bezogen auf das Gesamtvermögen maximale Werte pro einzelnen Schuldner. Im Gegensatz zu den Bestimmungen im Bereich der beruflichen Vorsorge fehlen jedoch zum Teil die Beschränkungen pro Anlagekategorie. So wäre es den Versicherern theoretisch möglich, heute 100% in börsenkotierten Aktien Schweiz anzulegen. Zudem haben sich in den letzten Jahren die

Finanzinstrumente entwickelt und neue Anlageformen und -instrumente sind entstanden. Diese Situation hat dazu geführt, dass die heute geltenden, veralteten Anlagerichtlinien vom BAG überprüft und überarbeitet werden. Bei der überarbeiteten Fassung des Artikels 80 KVV lehnt sich das BAG zu wesentlichen Teilen an die Bestimmungen für die Krankenzusatzversicherung an. Ursprünglich war geplant, mit einer Änderung der KVV, die neuen, modernisierten Bestimmungen über die Anlagevorschriften per 1. Januar 2009 einzuführen. Das Vorhaben hat sich aber infolge der Auswirkungen der Finanzkrise verzögert. Das BAG hat inzwischen die Anlagebestimmungen noch einmal überarbeitet und es ist geplant, diese nach Ablauf der Vernehmlassung, auf das Jahr 2011 einzuführen.

Die Krankenversicherer haben ein Anlagereglement zu erstellen und dem BAG zur Kenntnis zu bringen. Das BAG prüft bei der Eingabe formell die Berücksichtigung der Vorgaben gemäss KVV. Wie bereits erwähnt, wird die Einhaltung der Bestimmungen anlässlich der Kontrollen vor Ort bei den Krankenversicherungen durch das BAG wie auch durch die Revisionsstellen vorgenommen. Bei der Analyse dieser Revisionsberichte stellte die EFK keine diesbezüglichen Abweichungen fest.

Anhang 15 zeigt einen Vergleich der gesetzlichen Vorgaben bezüglich Anlagevorschriften in verschiedenen Versicherungsbereichen, wobei auch dieser Vergleich mit einiger Vorsicht zu betrachten ist (vergleiche Bemerkungen unter **Kapitel 7 „Reserven“**).

9 Schlussfolgerungen

9.1 Das BAG im Spannungsfeld zwischen Politik, Krankenversicherern, Versicherten, Kantonen sowie Leistungserbringern

Mit dem Inkrafttreten des KVG u.a. mit der vollen Freizügigkeit aller Versicherten in einem Markt mit damals 145 Krankenversicherern, sollte nicht zuletzt der politische Wille nach einem marktwirtschaftlichen Wettbewerb mit sozialpolitischen Zielsetzungen umgesetzt werden. In den letzten Jahren war indes festzustellen, dass dieser in einem stark regulierten Umfeld praktizierte Wettbewerb, insbesondere durch das Prämien genehmigungsverfahren, zunehmend durch politische Ansprüche beeinflusst wurde (z.B. Abbau Reservequoten, Angleichung kantonale Reservequoten). Zudem konzentrierte sich der Wettbewerb zwischen den sozialen Krankenversicherungen trotz einem Risikoausgleichssystem in den letzten Jahren zunehmend auf den Kampf um gute Risiken bzw. die Risikoselektion. Mit der Kombination von Einheitsprämie (sozialpolitischer Aspekt) und Wettbewerb (betriebswirtschaftlicher Aspekt) wurden die Voraussetzungen für die heute praktizierte Risikoselektion geschaffen³². Inwieweit der neue, risikogerechtere Risikoausgleich ab 2012 den finanziellen Anreiz zur Risikoselektion einschränkt, bleibt abzuwarten.

Das BAG befindet sich im Rahmen der Prämien genehmigung im Spannungsfeld zwischen Politik, Krankenversicherern, Versicherten, Kantonen sowie den Leistungsanbietern. Grundsätzlich liegt das gemeinsame Interesse aller Beteiligten bei einer vernünftigen und vertretbaren Entwicklung

³² Vergleiche dazu, Beck, Konstatin, Wettbewerb in der Krankenversicherung: Schlagwort oder Realität?, Schweizerische Ärztezeitung 2005, 86. Nr. 20.

der Gesundheitskosten. Denn die Prämien folgen den Gesundheitskosten und nicht umgekehrt. Die Krankenversicherer haben heute wenig Handlungsspielraum um auf die Gesundheitskosten direkt Einfluss zu nehmen. Trotzdem haben die Versicherer einige Innovationen vorangetrieben und so sind verschiedene neue Versicherungsmodelle entstanden. Indirekt können die Krankenversicherer teilweise die Gesundheitskosten über eine restriktive Vergütung von Leistungen beeinflussen.

Ein gewisser Handlungsspielraum der sozialen Krankenversicherungen liegt in der Höhe der Betriebskosten, da diese durch die Versicherer direkt beeinflussbar sind. Die Krankenversicherer haben jedoch kein Interesse die Verwaltungskosten unnötig zu erhöhen. Im Gegenteil, sie sind bestrebt diese auf einem möglichst tiefen Niveau zu halten. Die Gesundheits- wie auch die Versicherungsbranche geht davon aus, dass die Änderung der Spitalfinanzierung (55% Finanzierung zu Lasten der Kantone) auf das Jahr 2012 einen zusätzlichen Prämien Schub in einem heute noch nicht bestimmbar Ausmass mit sich bringen wird. Da das Gesundheitswesen im Grundsatz in der Kompetenz der Kantone liegt, wären primär auf dieser Ebene Lösungen bezüglich der Kostenentwicklung zu suchen. Die Aufgaben bzw. Aufsichtstätigkeiten des BAG über die Gesundheitskosten waren jedoch nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Die Frage, inwieweit die heutige Ressourcenaufteilung beim BAG zwischen der Aufsicht der Gesundheitskosten und Versicherungsaufsicht ideal ist oder ob nicht vermehrt Ressourcen für die Aufsicht in den Gesundheitsbereich eingesetzt werden sollen, kann von der EFK im Rahmen dieses Projekts nicht beurteilt werden.

Wenn der ursprüngliche Gedanke nach einem – wenn auch regulierten - marktwirtschaftlichen Wettbewerb zwischen den sozialen Krankenversicherungen auch weitergelebt werden soll, so stellt sich die Frage, inwieweit gewisse politisch geplante Entscheide (u.a. Verbot auf Provisionen, Einschränkung beim Wechsel der Wahlfranchise) und Eingriffe des BAG im Rahmen der Prämien genehmigung (u.a. Senkung der Reserven, Anpassung der kantonalen Reserven, Richtlinien für die Verbuchung von Aufwänden und Erträgen innerhalb von Versicherungskonglomeraten) mit diesem Grundgedanken zu vereinbaren sind. Es ist sicher nicht die Absicht des Gesetzgebers, dass das BAG mit Entscheiden das Marktgeschehen der Krankenkassenprämien unnötig beeinträchtigt. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob sich das BAG im Rahmen seiner Aufsichts- und Prämien genehmigungstätigkeit insbesondere auf die Beurteilung der Solvenz konzentrieren soll.

9.2 Die Beantwortung der fünf Hauptfragen

1. Erfüllt das BAG seine Aufsichtsfunktion im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung?
--

Das BAG genehmigt einerseits die Prämientarife in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und nimmt andererseits die Aufsicht über die Durchführung der Krankenversicherung wahr. Da die Krankenversicherer gemäss KVG jederzeit in der Lage sein müssen, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen, dient die Aufsicht der Überprüfung und Gewährleistung der Einhaltung der Finanzierungsgrundsätze des KVG sowie der Solvenz der Krankenversicherer. Das BAG verfügt über ein grosses Wissen im Bereich der sozialen Krankenversicherung und die Mitarbeitenden üben ihre Aufgaben mit grossem Engagement aus.

Die Tätigkeiten für die Aufsicht und das Genehmigungsverfahren sind umfangreich. Auf der Basis einer riesigen Menge von Daten über alle Krankenversicherungen und in einer kurzen Zeitperiode genehmigt das BAG die Prämien. Für die Prämien genehmigung wird je nach Grösse der Kasse ein halber bis 3 Arbeitstage investiert. Die von den verschiedenen Sachbearbeitern vorgenommenen Tätigkeiten und Erkenntnisse sind in einem sogenannten „Tagebuch“ dokumentiert und nachvollziehbar. Die Kontrolle bezüglich der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen wird systematisch plausibilisiert und stellt kein Problem dar (technische Prüfung). Das Entscheidungsverfahren zur Bestimmung der korrekten bzw. genehmigungspflichtigen Prämien ist komplex. Die Entscheide werden anhand von verschiedenen kassenspezifischen Kriterien unter Berücksichtigung von Benchmarks zum Durchschnitt der anderen Krankenversicherer getroffen (materielle Prüfung). Die Sachbearbeiter verfügen bei Ihren Abklärungen und Analysen über einen gewissen Handlungsspielraum, wobei die Entscheide mit den Vorgesetzten abgesprochen werden. Verfügungen werden eher vermieden. Die Versicherer werden jedoch in Gesprächen dazu aufgefordert, die Prämien an die Vorstellungen des BAG anzupassen.

Die Ziele der Prämien genehmigung - eine Prämienfestsetzung entsprechend den anfallenden Kosten, die Solvenz der Krankenversicherer und die einheitliche Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienfestsetzung und der Prämien ermässigungen - werden mit unterschiedlichsten Massnahmen verfolgt. Man kann sich die Frage stellen, ob bei der Prämien genehmigung die Sicherstellung der Solvenz oder die Angemessenheit der Prämien im Vordergrund stehen soll. Diese beiden Ziele sind nicht jederzeit übereinstimmend und stehen in einem gewissen Spannungsfeld.

Die effektiven Auswirkungen der Interventionen des BAG im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens auf die Höhe der Prämien und die Reserven sind insgesamt minimal, je nach Kasse jedoch unterschiedlich. Das Bestreben des BAG nach einer kantonalen Reserveangleichung war insbesondere in den letzten beiden Jahren erkennbar. Wobei die effektiven Auswirkungen auf die Reserven jedoch zum Teil gering ausfielen oder sich sogar anders entwickelten als prognostiziert.

Die Beurteilung der Prämien stützt sich auf Annahmen bzw. Budgets der Versicherer ab. Diese weisen eine gewisse Volatilität auf (u.a. Versichertenbestand und Gesundheitskosten). Die Budgets werden anhand verschiedener Analysen plausibilisiert und nachvollzogen. Infolge der bestehenden Volatilität sind dem Prämien genehmigungsverfahren – insbesondere bei einem schnellen Wachstum einer Kasse - jedoch ganz klar Grenzen gesetzt. So haben die Erfolgsrechnungen einiger Krankenversicherer gezeigt, dass das BAG in der Vergangenheit teilweise nicht kostendeckende Prämien bewilligt hat.

Die EFK kommt zum Schluss, dass das BAG seine Funktion beim derzeitigen umfangreichen Prämien genehmigungsverfahren im Rahmen der Möglichkeiten erfüllt. Die EFK ist jedoch der Ansicht, dass keine klare Strategie des BAG für die Überwachung der Durchführung der sozialen Krankenversicherung erkennbar ist und die heutige Aufsicht wenig risikoorientiert wahrgenommen wird.

2. Sind die vom BAG genehmigten kantonal und regional unterschiedlichen Prämien nachvollziehbar?

94% eines Prämienfrankens werden durch die Gesundheitskosten und 6% durch die Betriebskosten der Versicherer verursacht. Der Versicherer kann die Prämien nach ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abstufen sowie nach verschiedenen Kriterien (u.a. Region, Alter, Franchise oder Wahl der Leistungserbringer) Prämienermässigungen gewähren. Die unterschiedlichen Prämien zwischen den Kantonen sind primär mit ungleichen Kostenstrukturen zu erklären. Die Untersuchung von Ursachen für die Kostendifferenzen bei der Krankenversicherung und bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben zwischen den Kantonen war bereits Gegenstand von verschiedenen Untersuchungen. Die Prämienkalkulation basiert auf unterschiedlichen Elementen und ist pro Kasse und Kanton individuell ausgeprägt.

Über die Dauer seit Einführung des KVG gesehen, verlaufen die Leistungskosten- und Prämienentwicklungen mehr oder weniger parallel, kurzfristig besteht jedoch eine gewisse Diskrepanz. So basiert ein Budget stets auf Annahmen z.B. bezüglich der Anzahl der Versicherten, Bestandesverschiebungen innerhalb von Modellen, Kostensteigerungen pro Leistungsart, Kapitalerträgen, Abgaben oder Beiträgen Risikoausgleich usw. Weitere Gründe sind z.B. die Mengenausweitung eines Leistungserbringers, neue gesetzliche Pflichtleistungen, Urteile des Bundesgerichts usw. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass zwischen der Budgeteingabe per 31. Juli und der definitiv abgeschlossenen Betriebsrechnungen der Versicherer knapp zwei Jahre vergehen und sich die Realität häufig anders entwickelt als ursprünglich prognostiziert.

So hat die EFK festgestellt, dass einzelne Versicherer für einzelne Kantone über mehrere Jahre zu tiefe oder zu hohe Prognosen lieferten. Ein Grund ist sicher damit zu erklären, dass die einzelnen Versicherer bei ihren Prognosen auch die Struktur ihrer Bestände zu berücksichtigen haben. So können die Kosten pro versicherte Person steigen, wenn viele Gesunde einen Versicherer verlassen, ohne dass im Gesamtmarkt eine Kostensteigerung resultiert. Es gibt sicher noch weitere Gründe, welche die Prognosefehler erklären können. Diese wurden von der EFK jedoch nicht untersucht.

Die EFK stellt fest, dass die vom BAG genehmigten kantonal und regional unterschiedlichen Prämien anhand der vorhandenen Informationen (u.a. Budgets, Jahresrechnungen, Kostenprognosen) nachvollziehbar sind. Dennoch ist einschränkend festzuhalten und die Frage zu stellen, ob das BAG bei der Erkennung von systematischen Prognoseabweichungen - insbesondere zu hohe Gesundheitskostensteigerungen - bei gewissen Versicherern nicht hätte früher oder resoluter intervenieren können. Das Assura Urteil hat jedoch gezeigt, dass das BAG über keine Kompetenzen mehr verfügt, eine Prämienenkung zu verlangen, wenn der Versicherer über genügend Reserven aufweist.

3. Ist sichergestellt, dass die Mittel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausschliesslich zu deren Zwecken eingesetzt werden?

Das KVG hält fest, dass die Versicherer die Mittel der sozialen Krankversicherung nur zu deren Zwecken verwenden dürfen und sie jederzeit in der Lage sein müssen, den finanziellen Verpflichtungen nachzukommen. Die Grundlagen für die einheitliche Buchführung und

Rechnungslegung bilden die Vorgaben für den Kontenrahmen sowie die Rechnungslegungsrichtlinie für KVG-Versicherer und ihre Rückversicherer.

Die Einhaltung dieser Vorgaben sowie die korrekte Aufteilung der Mittel wird im Rahmen der Aufsicht durch das BAG kontrolliert, indem einerseits regelmässig Kontrollen vor Ort bei den Versicherungen durchführt und andererseits die Bilanz- und Erfolgsrechnungen gezielt auf Kapitalverschiebungen analysiert werden. Zudem wird dieser Aspekt auch von den ordentlichen Revisionsstellen der Krankenversicherer geprüft. Das BAG achtet bei Ihrer Aufsichtstätigkeit darauf, dass insbesondere bei Konglomeraten zwischen den Versicherern nach KVG keine Mittel fliessen. Die bisherige Praxis zeigte, dass bei der Betriebskostenallokation zwischen Zusatzversicherung und Grundversicherung eher die Grundversicherung bevorzugt wurde.

Bei Krankenversicherungen, wo eine im Prinzip überdurchschnittliche Erhöhung der Prämien infolge des Risikos der Solvenzgefährdung nicht möglich war, hat das BAG die Prämien auf der Basis von Garantieverpflichtungen für Drittmiteilschüsse bewilligt. Diese Praxis wird vom BAG toleriert, wenn die Mittel nicht von der sozialen Krankversicherung stammen.

Eine für die FINMA bei der Aufsicht der Zusatzversicherungen relevante Thematik, kann bei der Trennung zwischen dem gebundenen und dem übrigen Vermögen auftreten. Es ist durchaus möglich, dass zwischen diesen beiden Vermögen gewisse Verschiebungen stattfinden können. Zudem erlauben die aktuellen Vorgaben im Bereich der Rechnungslegung den Krankenversicherern eine gewisse Flexibilität bei der Bewertung ihrer Aktivposten und somit bei der Schaffung und Auflösung von stillen Reserven. Das BAG ist sich dieser Bilanzierungsproblematik bewusst und sieht vor, auf das Jahr 2012 in Anlehnung zu Swiss GAAP FER 14 (Vorgaben über die Konzernrechnung für Versicherungsunternehmen) eine neue Bestimmung für die Rechnungslegung von Krankenversicherungen einzuführen.

Die EFK kommt indes zum Schluss, dass durch die Aufsicht des BAG grundsätzlich sichergestellt wird, dass die Mittel der OKP nicht zweckentfremdet werden.

4. Sind die Bestimmungen zur Reservebildung zweckmässig?

Die OKP wird nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert und muss selbsttragend sein. Die Versicherer müssen gemäss KVV ständig über eine Sicherheitsreserve verfügen. Der Zweck der Reserve ist die Gewährleistung der langfristigen Solvenz des Versicherers. Damit sollen verschiedene unternehmerische und branchenspezifische Risiken des Versicherers abgedeckt werden. Die gesetzlichen Vorschriften sehen eine minimale - je nach Versichertenbestand - abgestufte Sicherheitsreserve in Prozent der geschuldeten Prämien (Prämiensoll) für die Versicherung vor. Dabei gilt es festzuhalten, dass die höheren Reservesätze sowie die Verpflichtung einer Rückversicherung bei kleineren Versicherern zu gewissen Wettbewerbsverzerrungen gegenüber den grösseren Versicherern führen können.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Reservequote für die Fixierung der Prämien kein zweckmässiges Steuerungsinstrument darstellt. Der Beschluss des Bundesrats den Mindestreservesatz zu senken und die bestehenden Reserven abzubauen ist als rein politischer und nicht als betriebswirtschaftlicher Entschied zu betrachten. Diese Beurteilung wird auch im

Bericht zur Erfüllung des Postulats Robbiani³³ bestätigt. Die Senkung oder Äufnung der Reserven eines Versicherers wirkt sich auch auf weitere Strukturmerkmale aus. So kann die Prämienhöhe die Risikostruktur und somit den Versichertenbestand massgeblich beeinflussen, was wiederum auf das Reserveniveau eine Auswirkung hat. Diese Veränderungen können zur Folge haben, dass aufgrund des grösseren Prämienvolumens wieder mehr Reserven geäufnet werden müssten oder sich die Kosten des Versicherers aufgrund der Veränderungen der Risikostruktur massgeblich verändern würden. Somit ist die Reservequote lediglich als Kennzahl zur Beurteilung der finanziellen Situation eines Krankenversicherers (Solvenz) zu betrachten. Zudem haben die Reserven keinen Einfluss auf die Kosten. Das Bundesverwaltungsgericht hat im Fall Assura festgehalten, dass Maximalreservesätze oder anderweitige Bestimmungen zur zwangsweisen Durchsetzung einer Reservesenkung weder im Gesetz noch in der Verordnung verankert sind. Konkret bedeutet dies, dass die Krankenversicherer überschüssige Reserven nicht für die Senkung ihrer Prämien einsetzen müssen.

Was die kalkulatorischen Reserven der Krankenversicherer pro Kanton betrifft, so gilt es festzuhalten, dass dazu die gesetzliche Grundlage fehlt. Die Krankenversicherer berücksichtigen bei der Prämienkalkulation einerseits die kantonal unterschiedliche Kostenentwicklung und andererseits die gesamtschweizerische Reservequote. Eine „Kantonalisierung“ der Reserven, würde voraussichtlich dazu führen, dass die Versicherer je nach Anzahl Versicherten pro Kanton die Reservequoten unterschiedlich festlegen. In einem Kanton mit wenigen Versicherten würde die Reservequote höher festgelegt, als in einem Kanton mit vielen Versicherten.

Im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungen ist festzustellen, dass alle Versicherungen über eine gesetzliche Rücklage verfügen, jedoch die Vorschriften bezüglich finanzieller Sicherheit und deren Besserung unterschiedlich sind. Im Gegensatz zum Bereich der Grundversicherung wird bei der Zusatzversicherung die Solvenz nicht ausschliesslich über die Mindestreservequote, sondern zusätzlich anhand eines risikobasierten Aufsichtsinstruments, dem Schweizer Solvenzttest (SST), gemessen.

Die heute in der Verordnung fixierten prozentualen Minimalreservesätze im Verhältnis zum Prämienvolumen der Versicherer einerseits rein statisch und andererseits keine auf Risiken basierenden versicherungsmathematischen Grössen. Für das BAG bildet die Solvenz einer Krankenversicherung eine zentrale Grösse, da der Versicherer gemäss Gesetz jederzeit in der Lage sein muss, seinen finanziellen Verpflichtungen nachzukommen.

Der Ansatz via SST wird von santésuisse auch im Bereich der Grundversicherung als geeignet angesehen. Doch wäre das Instrument SST entsprechend der Finanzierungspraxis des Umlageverfahrens in der Grundversicherung anzupassen.

Eine Solvenzbeurteilung der Krankenversicherer durch das BAG auf einem risikobasierten Ansatz, d.h. unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte (Rückstellungsquote, Liquidität usw.) würde zu einer grösseren Sicherheit des Systems beitragen. Die EFK unterstützt das Vorhaben des BAG, die Berechnung der Mindestreserven in Richtung eines risikobasierten Ansatzes zu ändern.

³³ BAG (2006), Prämienfestsetzung und -genehmigung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht in Erfüllung des Postulats Robbiani (05.3625), Seite 27.

Die EFK kommt zum Schluss, dass die Bestimmungen für die Reserven einfach und nachvollziehbar sind, jedoch kaum auf einem versicherungsmathematischen oder risikoorientierten Ansatz beruhen.

5. Wie sind die Anlagevorschriften für die Krankenversicherer zu beurteilen?

Im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungen - insbesondere berufliche Vorsorge und Privatversicherungen - sind die Anlagebestimmungen der Grundversicherung im KVV sehr allgemein formuliert. Neben den gesetzlichen Vorschriften werden von der FINMA weitere Anlagerichtlinien in Rundschreiben konkretisiert. Ein wesentlicher Unterschied zu den Anlagebestimmungen anderer Sozialversicherungen ist, dass heute keine Limitierung des Aktienanteils Schweiz besteht.

Auch wenn die gültigen Anlagevorschriften veraltet sind und den heutigen Anforderungen nur bedingt genügen, ist auch aus der Sicht von santésuisse eine aktuelle Überarbeitung kein dringendes Geschäft. Die Anlagepolitik der Versicherer wird von santésuisse eher als restriktiv beurteilt. Dies hat dazu geführt, dass die Verluste bei der Grundversicherung im Jahr 2008 im Vergleich zu anderen Branchen, z.B. den Pensionskassen, kleiner ausgefallen sind. So verzeichneten die Branchenleader Helsana und Groupe Mutuel einen Kapitalverlust von 8%, wogegen AHV und BVG um 18% bzw. 13% einbrachen. Gemäss Informationen von santésuisse haben die Versicherer 600 Millionen Franken auf Kapitalanlagen verloren, weil sie durch den verordneten Abbau der Reserven dazu gezwungen wurden, Wertpapiere zu einem denkbar ungünstigen Moment zu verkaufen. Die Richtigkeit dieser Aussagen kann von der EFK nicht beurteilt werden. Die provisorischen Abschlusszahlen der Versicherer für das Jahr 2009 zeigen, dass im Gegensatz zum Verlust des Vorjahres auf Kapitalanlagen ein Nettoertrag von rund 400 Mio. Franken erzielt werden konnte.

Der gegenüber AHV und BVG prozentual geringere Verlust kann auch mit den Bewertungskriterien für die Wertschriften zusammenhängen. Für KVG-Versicherer sehen die Rechnungslegungsrichtlinien vor, dass Wertschriften zum Anschaffungswert bzw. dem tieferen Marktwert (Niedrigstwertprinzip) zu bewerten sind. Im Gegensatz dazu sieht Swiss GAP FER für das BVG vor, dass nach Marktwert zu bilanzieren ist. Die Anwendung dieses Bewertungsprinzips führt dazu, dass die Krankenversicherungen bei der OKP auf Kapitalanlagen per Ende 2009 über knapp 400 Mio. Franken an Stillen Reserven verfügen.

Die EFK kommt zum Schluss, dass das BAG mit der Überarbeitung der Anlagebestimmungen, u.a. der Limitierung des Aktienanteils, die Arbeiten zu aktuelleren und detaillierteren Bestimmungen vollziehen wird und unterstützt das Bestreben des BAG diese baldmöglichst auf Verordnungsstufe einzuführen. Der Zeitpunkt für die Umsetzung auf Verordnungsstufe ist gemäss Auskunft des BAG auf den 1. Januar 2011 vorgesehen.

Die Antworten auf alle Fragen der GPK-N in einer Kurzfassung finden Sie im **Anhang 3**.

9.3 Teilweise findet eine Querfinanzierung zu Gunsten der Grundversicherung statt

Das schnelle Wachstum einzelner Versicherer, welche ihre Geschäftstätigkeit mit den vom BAG vorgegebenen Minimalprämien aufgenommen haben, hat dazu geführt, dass die Kosten in den letzten beiden Jahren nicht mehr gedeckt werden konnten und die gemäss KVG notwendige Reservequote nicht erreicht werden konnte. Aus diesem Tatbestand kann abgeleitet werden, dass das BAG in der Vergangenheit teilweise nicht kostendeckende Prämien genehmigt hat.

Es stellt sich somit die Frage, ob die heutige Berechnungsart zur Bestimmung der Minimal- und Maximalprämien für Versicherer mit weniger als 300 versicherten Personen in einem Kanton nach den richtigen Kriterien erfolgte. Gemäss Aussagen des BAG soll die aktuelle Berechnung der Minimalprämie im Hinblick auf die nächste Prämienrunde überprüft und allenfalls angepasst werden.

Im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens 2010 hat das BAG nun vereinzelt Versicherern zugestanden, die bestehende Reserveunterdeckung sowie das damit verbundene budgetierte Defizit durch den Einschuss von Drittmitteln – vermutlich aus Gewinnen im Zusatzversicherungsgeschäft - auszugleichen. Das BAG prüft im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit, dass zwischen den Versicherern nach KVG keine Mittel aus der OKP fließen.

Eine dauerhafte Querfinanzierung ist sicher nicht im Sinne des Gesetzgebers und ist mit einigen Risiken verbunden. Sobald die Querfinanzierung durch Drittmittel ausfällt, ist ein Nachholbedarf bei der Prämienhöhung in der Grundversicherung notwendig. Diese gegenüber den anderen Krankenversicherungen notwendigerweise überdurchschnittlichen Erhöhungen können sich negativ auf die betroffenen Versicherungen auswirken (Abgang von guten Risiken – Erhöhung der Schadensquote - Senkung der Reservequote)

Die FINMA prüft im Genehmigungsverfahren auf Grund der von den Versicherungsunternehmen vorgelegten Tarifberechnungen der Produkte, ob sich die vorgesehenen Prämien in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungen und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet. Dabei dürfen im Gegensatz zur sozialen Krankenversicherung Gewinne erzielt werden, über dessen Verwendung der Eigentümer des Privatversicherers grundsätzlich frei bestimmen kann. Missbräuchliche – sprich zu hohe – Prämien sind von Gesetzes wegen unzulässig und würden von der FINMA auch nicht genehmigt. Auf die Verwendung des Gewinns nimmt die FINMA keinen Einfluss, soweit die Rahmenbedingungen des Tarifgenehmigungsverfahrens gewahrt bleiben. Es kann somit nicht von einer Zweckentfremdung der Mittel zu Gunsten der sozialen Krankenversicherung gesprochen werden.

10 Empfehlungen der EFK

Das BAG hat im Zeitraum während der Durchführung der vorliegenden Evaluation verschiedene Massnahmen im Bereich der Aufsicht über die Durchführung der sozialen Krankenversicherung sowie der Prämien genehmigung eingeleitet. Diese werden, soweit bekannt, von der EFK bei den nachfolgenden Ausführungen entsprechend berücksichtigt.

Empfehlung 1

Die EFK empfiehlt, dass das BAG die Ziele für die Aufsicht über Durchführung und die Prämien genehmigung bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung klar bestimmt sowie für die Aufsicht über die Durchführung und die Prämien genehmigung bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine klare Strategie formuliert und kommuniziert.

Heute sind weder im KVG noch im KVV die im Rahmen der Aufsichtstätigkeit über die OKP zu verfolgenden Ziele festgehalten. Somit liegt es in der Zuständigkeit des betreffenden Aufsichtsorgans, auf der Basis von Gesetz und Verordnung, die Ziele für die Aufsichtstätigkeit zu bestimmen. Das BAG hat in verschiedenen Papieren wesentliche Ziele der Aufsicht und der Prämien genehmigung erwähnt. Es ist nun zu bestimmen und schriftlich festzuhalten, welche Ziele in welcher Priorität heute noch zutreffen. Dabei sind die Auswirkungen des Assura-Urteils zu berücksichtigen.

Bei der Festlegung der Ziele sind auch die möglichen Risiken der Aufsicht zu berücksichtigen. Als Hauptrisiko ist sicher der Konkurs eines grossen Versicherers zu betrachten. Als weitere mögliche Risiken sind z.B. die Nichteinhaltung von gesetzlichen Vorschriften bei Prämien differenzierungen, dauerhaft zu hohe Prämien infolge Absprachen oder Quersubventionierungen aus marktstrategischen Gründen zwischen Kantonen zu erwähnen.

Anhand der vom BAG für die Aufsicht und Prämien genehmigung definierten Ziele, gilt es zu überlegen, mit welcher Aufsichtsstrategie diese Ziele erreicht werden sollen. Heute ist beim BAG keine klare Strategie erkennbar. Die Strategie soll u.a. darüber Auskunft geben, in welcher Form bzw. in welcher Tiefe die Solvenz der Krankenversicherer und die kantonale und regionale abgestuften Prämien beurteilt werden sollen. In diesem Zusammenhang sind ebenfalls die damit verbundenen Risiken aufzuzeigen.

Die vom BAG zu definierende Strategie für die Aufsicht über Durchführung und die Prämien genehmigung bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung soll auch in einer verständlichen Form kommuniziert werden können. Ebenso sollen, wie teilweise bereits praktiziert, Aufsichtsdaten veröffentlicht und mit Kommentaren z.B. über ausserordentliche Entwicklungen ergänzt werden.

Empfehlung 2

Die EFK empfiehlt, das aktuelle umfangreiche Prämiengenehmigungsverfahren für die OKP zu vereinfachen. Die Prämiengenehmigung soll sich künftig auf einige klar definierte Indikatoren abstützen.

Im Rahmen der Prämiengenehmigung werden viele Daten analysiert und ausgewertet. Neben der automatisierten technischen Prüfung, welche sich auf die Einhaltung der gesetzlich möglichen Prämiendifferenzierungen sowie gewissen Kostenaufteilungen konzentriert, ist denkbar, dass sich der Prämienentscheid auf Basis bereits vorhandener Daten auf einige klar definierte Indikatoren abstützt. Solche Indikatoren könnten z.B. die Schadensquote (Bruttoleistungen versus Prämien), die Nettoleistungsquote, die Reserve-, Rückstellungs- oder Budgetqualität usw. sein. Pro Indikator könnte dabei eine Bandbreite für die Stufen Schweiz, Kanton und Region festgelegt werden, in welcher sich die entsprechende Kennziffer befinden soll. Weitergehende Abklärungen wären dann nur bei „Ausreissern oder unplausiblen Daten“ notwendig.

Dazu sind die Prozesse sowie Minimalstandards zu definieren, die im Rahmen des Prämiengenehmigungsverfahrens für jede Kasse einzuhalten und zu dokumentieren sind. Damit kann die heute zum Teil bestehende individuelle Handlungsweise der zuständigen Sachbearbeiter eingeschränkt werden. Zudem ist zu überlegen, ob die Anzahl der zu untersuchenden Aspekte je nach Risiko oder Grösse der Kasse variiert werden soll.

Das Prämiengenehmigungsverfahren ist so auszugestalten, dass es in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form kommuniziert werden kann. Zudem unterstützt die EFK die Absicht des BAG, die Berechnungspraxis der Minimal-/Maximalprämien zu überdenken.

Empfehlung 3

Die EFK empfiehlt, dass das BAG das Aufsichtskonzept für die soziale Krankenversicherung künftig vermehrt risikoorientiert ausrichtet und dazu Minimalvorgaben für die Überwachung definiert. Dabei sind ebenfalls die heutigen Sanktionsmöglichkeiten zu überdenken.

Auch für die Aufsicht sind die wichtigen Prozesse klar zu definieren und Minimalvorgaben bezüglich Tätigkeiten und Dokumentation zu bestimmen, damit eine einheitliche Überwachung der Krankenversicherer gewährleistet werden kann. Das BAG hat festzulegen, wie die Revisionsberichte und die Fragebogen (EF4) der Revisionsstellen sowie die Jahresrechnungen und Geschäftsberichte der Krankenversicherungen auszuwerten, die Ergebnisse zu dokumentieren und die Informationen innerhalb der Abteilung zur Verfügung zu stellen sind.

Die heutige Aufsicht findet wenig risikoorientiert statt. Damit die vom BAG geforderten, rechtzeitigen Interventionen überhaupt möglich sind, z.B. wenn ein Versicherer bundesrechtliche Verpflichtungen nicht mehr erfüllen kann, müssen Risiken rechtzeitig erkannt werden. Dabei könnte die Einführung eines Risikomanagement hilfreich sein. Das BAG hat zu Beginn 2010 einen ersten Schritt in diese Richtung getätigt und ein sogenanntes Interventionskonzept eingeführt. Das Ziel dabei ist es, die von finanziellen Schwierigkeiten betroffenen Krankenversicherungen frühzeitig zu erkennen und, falls notwendig, einzugreifen. Das Interventionskonzept sieht verschiedene Interventionsstufen vor, ausgehend von einem monatlichen Reporting bis zum Entzug der

Bewilligung. Die Art der Intervention steht in Abhängigkeit zu wichtigen Kennzahlen der einzelnen Versicherer. Weiter ist zu überlegen, ob nicht alle Versicherer in einer gewissen Periodizität über ihren Geschäftsverlauf Bericht erstatten sollten. Damit könnte sichergestellt werden, dass bereits frühzeitig entsprechende Massnahmen vorgeschlagen und eingeleitet werden könnten. In diesem Zusammenhang sind ebenfalls die heutigen relativ beschränkten rechtlichen Sanktionsmöglichkeiten mit einer Busse von höchstens 5'000 Franken zu überdenken.

Eine Solvenzbeurteilung der Krankenversicherungen durch das BAG auf einem risikobasierten Ansatz, d.h. unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte (Rückstellungsquote, Liquidität usw.) würde zu einer grösseren Sicherheit des Systems beitragen. Die EFK unterstützt das Vorhaben des BAG, die Berechnung der Mindestreserven in Richtung eines risikobasierten Ansatzes zu ändern.

Ebenso unterstützt die EFK die Bestrebungen des BAG, die Vorgaben für die Bilanzierungs- und Rechnungslegungsstandards für die Krankenversicherungen zu überarbeiten. Damit kann die Transparenz erhöht und die Vergleichbarkeit der veröffentlichten Jahresabschlüssen verbessert werden.

Empfehlung 4:

Die EFK unterstützt die Bestrebungen des BAG die Pflichten, Aufgaben und Verantwortlichkeiten für die Revisionsstellen der Krankversicherungen zu aktualisieren und die Abgrenzung zur Sektion Audit klar zu regeln. Zusätzlich empfiehlt die EFK, die künftige Notwendigkeit des Formulars EF4 abzuklären.

Die Vorgaben für die externen Revisionsstellen sind zu überarbeiten. Die EFK vertritt die Auffassung, dass das bestehende Kreisschreiben aus dem Jahr 1992 sowie das aktuelle Formular EF4 durch ein neues Kreisschreiben für die Revisionsstellen sowie eine darauf aufbauende standardisierte Berichterstattung zu ersetzen sind. Im Revisionsrecht haben sich inzwischen grundlegende Änderungen ergeben. Zudem könnten im neuen Kreisschreiben zusätzliche Vorgaben für die Prüfung der Jahresrechnung integriert werden. Die Erarbeitung ist mit der Überarbeitung des Kontenrahmens und den Rechnungslegungsrichtlinien für die Krankenversicherungen zu koordinieren.

Das BAG ist sich dieser Situation bewusst und hat die Erstellung eines neuen Kreisschreibens für die Revisionsstellen der Krankenversicherungen in Angriff genommen. Gleichzeitig klärt das BAG ab, inwieweit die Berichterstattung für die Prüfung der Jahresrechnung standardisiert werden könnte. Gemäss BAG soll das Kreisschreiben erstmals für die Prüfung der Jahresrechnungen 2010 gültig sein. Die EFK unterstützt dieses Vorhaben.

In einem zweiten Schritt will das BAG das Formular EF4 anpassen bzw. kürzen. Es stellt sich die Frage, ob es möglich wäre künftig ganz auf das Formular EF4 zu verzichten und wie dies in anderen Bereichen bereits der Fall ist (z.B. FINMA – Banken und Versicherungen, BSV - Ausgleichskassen) durch klare und verbindliche Prüfrichtlinien für die Revisionsstellen zu ersetzen.

Die EFK ist zudem der Auffassung, dass mit einer klaren Definition der Pflichten und Aufgaben der externen Revisionsstellen die zum Teil bestehenden Doppelspurigkeiten mit der Sektion Audit des BAG vermieden werden könnten.

Empfehlung 5:

Die EFK empfiehlt, den automatischen Zugang zu den Informationen über die Krankenversicherer innerhalb der Abteilung Versicherungsaufsicht sicherzustellen.

In der Abteilung Versicherungsaufsicht sind viele Informationen elektronisch oder häufig in Papierform vorhanden. Diese sind jedoch nicht systematisch für alle mit Aufsichtsfunktionen zuständigen Mitarbeitenden verfügbar. Der Zugang zu den Informationen über die Krankenversicherungen ist sowohl für die Aufsicht als auch für die Prämien genehmigung von Relevanz (u.a. auf der Basis von Revisions- und Auditberichten, Statistiken, Auswertungen). So sind z.B. Informationen aus dem von den externen Revisionsstellen der Krankenversicherungen ausgefüllten Fragebogen (EF4) sowohl für die Risikoanalyse der Sektion Audit (Einhaltung von Vorgaben bezüglich Buchführung und Rechnungslegung) als auch für die Sektion Finanzaufsicht im Rahmen der Prämien genehmigung (Einhaltung von Vorgaben bezüglich der Aufteilung von Verwaltungskosten) von Interesse. Die zur Verfügungsstellung der Informationen mittels Informatiktool würde dabei einen schnellen, unkomplizierten und automatischen Zugang erleichtern.

Anhang 1: Rechtsgrundlagen

Bundesgesetz (BG) betreffend Aufsicht über Versicherungsunternehmen
(Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG) vom 17.12.2004 (SR 961.01)

BG über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6.10.2000 (SR 830.1)

BG über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2.4.1908 (SR 221.229.1)

BG über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) vom 20.12.1946 (SR 831.10)

BG über die berufliche Alters-, Hinterlassenen und Invalidenvorsorge (BVG) vom 25.6.1982 (SR 831.40)

BG über die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (Finanzmarktaufsichtsgesetz, FINMAG) vom 22.6.2007 (SR 956.1)

BG über die Krankenversicherung (KVG) vom 18.3.1994 (SR 832.10)

BG über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung
(Arbeitslosenversicherungsgesetz, AVIG) vom 25.6.1982 (SR 837.0)

BG über die Unfallversicherung (UVG) vom 20.3.1981 (SR 832.20)

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18.4.1999 (SR 101)

Finanzmarktprüfverordnung (FINMA-PV) vom 15.10.2008 (SR 956.161)

Reglement über die Organisation der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt
(Organisationsreglement SUVA) vom 14.6.2002 (SR 832.207)

Verordnung (VO) der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht über die Beaufsichtigung von privaten
Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsverordnung-FINMA, AVO-FINMA) vom
9.11.2005 (SR 961.011.1)

VO über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) vom 12.4.1995 (SR 832.112.1)

VO über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV) vom 31.10.1947 (SR 831.101)

VO über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (Aufsichtsverordnung, AVO)
vom 9.11.2005 (SR 961.011)

VO über die berufliche Alters-, Hinterlassenen-, und Invalidenvorsorge (BVV 2) vom 18.4.1984 (SR 831.441.1)

VO über die Erhebung von Gebühren und Abgaben durch die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
(FINMA-Gebühren- und Abgabeverordnung, FINMA-GebV) vom 15.10.2008 (SR 956.122)

VO über die Krankenversicherung (KVV) vom 27.6.1995 (SR 832.102)

VO über die Unfallversicherung (UVV) vom 20.12.1982 (SR 832.202)

VO über die Verwaltung des Ausgleichsfonds der Alters- und Hinterlassenenversicherung vom
2.12.1996 (SR 831.192.1)

Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und
dringliche Punkte) vom 26.5.2004 (04.031)

Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vertragsfreiheit) vom
26.5.2004 (04.032)

Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) und zum Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung vom 26.5.2004 (04.033)

Botschaft zur Volksinitiative „für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“ vom 22.6.2005 (05.055)

Erhebungsformulare (EF 123 und 4) des BAG für Krankenversicherer

Erläuterungsbericht FINMA zum Rundschreiben 2009/x (Entwurf), Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung vom 31.8.2009

Informationsschreiben BAG, Genehmigung der Prämientarife 2009 vom 4.6.2008

Informationsschreiben BAG, Genehmigung der Prämientarife 2010 vom 23.6.2009

Informationsschreiben BAG, Genehmigung der Prämientarife 2010 vom 6.7.2009

Informationsschreiben BAG, Kostenprognosen OKP 2009 und 2010 vom 4.6.2009

Informationsschreiben BAG, Neues Interventionskonzept BAG vom 15.1.2010

Informationsschreiben FINMA, Tarifierpassungen 2010 in der Krankenzusatzversicherung nach VVG vom 15.5.2009

Informationsschreiben FINMA, Gebundenes Vermögen 2009 vom 3.2.2009

Interne Richtlinien des BAG betreffend Prüfung und Genehmigung der Prämientarife 2010 OKP, CH vom 17.3.2009

Kreisschreiben 2.3 BAG, Auskunftspflicht der Versicherer gegenüber dem BAG vom 26.1.2009

Kreisschreiben 5.1 BAG, Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 1.7.2008

Kreisschreiben 7.4 BAG, Auskunfts- und Akteneinsichtsrechte vom 1.1.2007

Kreisschreiben 7.7 BAG, Versichertenkarte vom 1.12.2008

Kreisschreiben 97/4 BSV, Prämientarife 1998 / Budgets vom 28.5.1997

Kontenrahmen und Rechnungslegungsrichtlinien für KVG-Versicherer und ihre Rückversicherer des BSV vom 1.1.1999

Richtlinien des Verwaltungsrates für die Bewirtschaftung des Vermögens und die Organisation des Ausgleichsfonds der Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 1.12.2003

Rundschreiben 5/2008 BPV (FINMA), Tarifierpassungen 2009 der VVG-Krankenversicherungen vom 11.4.2008

Rundschreiben 2008/18 FINMA, Fusionen Krankenversicherer vom 20.11.2008

Rundschreiben 2008/18 FINMA, Anlagerichtlinien Versicherer vom 20.11.2008

Rundschreiben 2009/x FINMA (Entwurf), Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung vom 31.8.2009

Wegleitung FINMA, Bericht über das gebundene Vermögen per 31.12.2008

Zirkular Nr. 215 BSV, Einheitlicher Kontenplan laut Artikel 2 Absatz 3 Vo I und Weisungen an die externen Kontrollstellen der Kassen laut Art. 13 – 18 Vo I vom 28.7.1992

Anhang 2: Bibliographie

Anlagereglemente: *Reglemente über die Kapitalanlagen diverser Krankenversicherer*, Schweiz

BAG (2006): „Prämienfestsetzung und –genehmigung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“, *Bericht in Erfüllung des Postulats Robbiani (05.3625)*

BAG (2007): „Sondererhebung betreffend der Aufteilung der Verwaltungskosten“, *Interner Bericht des BAG*, Bern

BAG (2008): „Genehmigung der Prämien 2009: Anleitung zur EDV-unterstützten Prämienerhebung“, *Programm-Version 11.0 für das Erhebungsjahr 2008*, Bern

BAG (2009a): „Dokumentation zur Entscheidfindung Prämien 2009“, *Interner Bericht des BAG*, Bern

BAG (2009b): „Reserven der Krankenversicherer“, *Bericht zu Handen der SGK-N*, Bern

BAG (2009c): „Sonderprüfung im Bereich der Verwaltungskosten bei der Helsana Gruppe“, *Vertraulicher Bericht der KPMG im Auftrag des BAG*, Zürich

BAG (2009d): „Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007“, *Statistiken zur Krankenversicherung*, Bern

BPV (2004): „Weissbuch des Schweizer Solvenztests“, Bern

Bundesgericht (2007): Urteil zur Beschwerde gegen das Urteil des Bundesverwaltungsgericht in Sachen CSS Krankenversicherung AG und Arcosana Krankenversicherung AG gegen Bundesamt für Gesundheit, Luzern

Bundesverwaltungsgericht (2009): Urteil zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde in Sachen Assura Kranken- und Unfallversicherung gegen Bundesamt für Gesundheit, Bern

Externe Revisionsstellen: *Diverse Beilagen und Erläuterungen zum Erhebungsformular 4 diverser Krankenversicherer*, Schweiz

FINMA (2009): „Berichterstattung über die finanzielle Lage der beaufsichtigten Krankenversicherer“, Bern

Gemeinsame Einrichtung KVG (2009): „Gründung und Entwicklung der Gemeinsamen Einrichtung KVG“, Solothurn

Gerlinger, T. (2003): „Das Schweizer Modell der Krankenversicherung – Zu den Auswirkungen der Reform von 1996“, *Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*, Berlin

Geschäftsberichte: *Diverse aktuelle Publikationen von schweizerischen Krankenversicherer*, Schweiz

Hefti, C., Frey, M. (2008): „Die Entwicklung der Versicherungslandschaft in der Krankenversicherung 1996-2006“, *Obsan, Forschungsprotokoll 8*, Neuchâtel

Kägi, W., Koller, B., Staehelin, E., Schläfli, M. (2003): „Veränderungen im Bereich der Prämien genehmigung aufgrund des KVG“, *BSV, Beiträge zur sozialen Sicherheit*, 23/03, EDMZ, Bern

KOF, ETH Zürich (2002): „Quantitative Analyse des Systems der Krankenpflegeversicherung“, *Schlussbericht*, Zürich

KOF, ETH Zürich (2009): „Frühjahrsprognose der schweizerischen Gesundheitsausgaben 2008 – 2010“, Zürich

Koller, B. (2000): „Die Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen“, *Gutachten der Universität Basel im Auftrag der KSK*, Basel

Leu, R.E., Beck, K. (2006): „Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz“, *Gutachten zuhanden der Techniker Krankenkasse Hamburg*, Bern/Luzern

Medienmitteilungen: *Diverse Artikel der schweizerischen Printmedien und der schweizerischen Eidgenossenschaft zum Thema*, Schweiz

Oggier, W., (1999): „Wettbewerb unter den Grundversicherern versus Einheitskasse“, *Gutachten im Auftrag der KSK*, Solothurn

Präsentationen: *Diverse Vortragsunterlagen und Protokolle des BAG, der GDK, der santésuisse, der Krankenversicherer und von Experten im Rahmen des Vortrages über die Anliegen des BAG zu den Reserven, Pressekonferenzen über die Krankenversicherungen und über die runden Tische zu den Gesundheitskosten und der Prämien genehmigung*, Schweiz

Revisionsberichte BAG: *Interne Berichte der Sektion Audit*, Schweiz

Richli, P. (2009): „Gutachten zu Rechtsfragen der Organisation der sozialen Krankenversicherung“, *Entwurf im Auftrag des Schweizerischen Versicherungsverband*, Zürich

Rhinow, R., Kägi-Diener, R. (2006): „Gutachten betreffend Aufsicht über santésuisse“, *im Auftrag der Consano – Vereinigung für eine faire und soziale Medizin*, St. Gallen/Basel

Rüefli, CH., Vatter, A. (2001): „Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen“ *Statistische Analyse kantonaler Indikatoren*, Büro Vatter, Bern

santésuisse (2006a): „Prämien und Reserven: Klarstellung des Bundesrates“, *Brennpunkt Gesundheitspolitik 1/06*, Solothurn

santésuisse (2006b): „Transparenz in der Krankenversicherung“, *Positionspapier*, Solothurn

santésuisse (2006c): „Zwangsreduktion der Krankenversicherer-Reserven: Ein gefährliches Unterfangen“, *Brennpunkt Gesundheitspolitik 1/06*, Solothurn

santésuisse (2008): „Die Reserven in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“, *Positionspapier*, Solothurn

santésuisse (2009): „Handbuch der Schweizer Krankenversicherung“, *93. Jahrgang*, Solothurn

Schleiniger, R., Slembeck, T. (2007): „Bestimmung und Erklärung der kantonalen Mengenindizes der OKP-Leistungen“, *Bericht der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*, Zürich

Schmid, G., (2000): „Kantonale Zuteilung von Reserven im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung“, *Gutachten im Auftrag der KSK*, Solothurn

Schmid, H. (1997): „Prämien genehmigung in der Krankenversicherung“, *BSV, Beiträge zur sozialen Sicherheit*, 3/97, EDMZ, Bern

Spycher, S. (2004a): „Der Risikoausgleich im Rahmen der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes“, *Büro BASS im Auftrag des BSV, Zusammenfassung*, Bern

Spycher, S. (2004b): „Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung“, *Büro BASS im Auftrag des SGB*, Bern

Swica Gesundheitsorganisation (2009): „Aufsichtsbeschwerde gegen die Prämien genehmigungspraxis des BAG“, nicht publiziert

Anhang 3: Fragenkatalog der Geschäftsprüfungskommission mit Antworten

Nr.	Fragenkatalog der Subkommission EDI/UVEK-N für die Evaluation
1.	<p>Welche Daten der Krankenversicherer stehen dem BAG für die Genehmigung der Prämien zur Verfügung?</p> <p><i>Dem BAG steht eine Vielfalt von z.B. Finanz- und Bestandesdaten der Krankenversicherungen zur Verfügung.</i></p> <p>Verfügt das BAG über die für eine wirksame Prämienkontrolle und -genehmigung erforderlichen Datengrundlagen?</p> <p><i>Das BAG verfügt über genügend Grundlagen, wobei die Prämien genehmigung immer auf prognostizierten bzw. budgetierten Werten beruht. Die Prämien genehmigung ist somit immer mit Unsicherheiten verbunden.</i></p> <p>Wenn nein, welche weiteren Daten wären notwendig bzw. braucht es weitere Transparenzvorschriften?</p> <p><i>Die Rechnungslegungsstandards (Stichwort Niedrigstwertprinzip) werden überarbeitet.</i></p>
2.	<p>Welchen persönlichen und zeitlichen Aufwand betreibt das BAG durchschnittlich pro Krankenversicherer für die Prämienkontrolle und -genehmigung?</p> <p><i>Im Rahmen der Prämien genehmigung wird je nach Grösse der Kasse 1 – 3 Arbeitstage investiert.</i></p>
3.	<p>Verlaufen die Kostenentwicklung und die Prämienentwicklung parallel oder besteht eine Diskrepanz? Falls eine solche besteht, wie lässt sie sich erklären?</p> <p><i>Die Gesundheitskosten sowie der Prämien entwickeln sich seit Einführung des KVG insgesamt parallel. Gewisse Diskrepanzen können von Jahr zu Jahr, von Kasse zu Kasse und zwischen den Kantonen auftreten.</i></p>
4.	<p>Eine regionale Abstufung der Prämien hat sich gemäss Art. 61 Abs. 2 KVG an ausgewiesenen Kostenunterschieden zu orientieren.</p>
a)	<p>Welche Kosten werden diesbezüglich als Differenzierungsgrundlage ausgewiesen?</p> <p><i>Als Differenzierungsgrundlagen dienen die kantonalen Erfolgsrechnungen der Krankenversicherer. Diese beinhalten alle Kosten (u.a. Leistungen, Betriebskosten, Rückstellungen) sowie Erträge (u.a. Prämien, Kostenbeteiligung, Kapitalerträge).</i></p> <p>Rechtfertigen die ausgewiesenen Kostenunterschiede die regional unterschiedlichen Prämien?</p> <p><i>Die ausgewiesenen Kostenunterschiede rechtfertigen im Grundsatz die unterschiedlichen Prämien nicht gänzlich (vgl. dazu Anhang 9, Entwicklung der Prämien, Leistungen und Reserven ausgewählter Kantone). Die Gründe für die Kostendifferenzen im Gesundheitswesen wurden in verschiedenen Studien untersucht. Das Assura Urteil zeigt, dass das BAG grundsätzlich über keine Kompetenzen verfügt, Prämien senkungen zu verlangen, wenn der Versicherer über zu hohe Reserven verfügt.</i></p>
b)	<p>Wie werden die Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Kantonen und Krankenversicherern vom BAG untersucht?</p> <p><i>Die Prämienunterschiede werden anhand der kantonalen Erfolgsrechnungen pro Kasse sowie weiteren Indikatoren (z.B. Risikostruktur, Nettoleistungsquote) untersucht.</i></p>
c)	<p>Erlaubt die Datenlage die Beurteilung, dass zwischen den Kantonen keine Quersubventionierungen stattfinden?</p> <p><i>Die Datenlage erlaubt es wesentliche Querfinanzierungen festzustellen. Die Versicherer verfügen jedoch einen gewissen vom BAG bewilligten Handlungsspielraum bei der Aufteilungen von der Betriebskosten sowie der Aufteilung von Kapitalerträgen.</i></p> <p>Ist die Aufteilung der Reserven nach Kantonen transparent?</p> <p><i>Die Aufteilung der Reserven auf die Kantone ergibt sich auf den kantonalen Erfolgsrechnungen und ist buchhalterisch nachvollziehbar.</i></p> <p>Ist buchhalterisch nachvollziehbar, dass Überschüsse und die aus der Reservebildung resultierenden Kapitalerträge den Versicherten der betreffenden Kantone zugute kommen?</p> <p><i>Die Aufteilung der Betriebskosten und der Erträge erfolgt nach einem individuell von den Kassen definierten Verteilschlüssel unter Berücksichtigung der Vorgaben durch das BAG auf die kantonalen Rechnungen. Die vom BAG geforderte kantonale Rechnung ist eine reine buchhalterische Grösse.</i></p>

5.	<p>Ist die Kosten- und Kapitaltrennung zwischen OKP und Zusatzversicherung transparent und angemessen?</p> <p><i>Die Aufteilung der Kosten und die Kapitaltrennung erfolgt nach einem von der Kasse definierten Verteilschlüssel ist nachvollziehbar. Das Kapital in der Rechnung der Zusatzversicherung (gebundenes Vermögen genannt) ist gesondert auszuweisen.</i></p> <p>Kommen Überschüsse und die aus der Reservebildung resultierenden Kapitalerträge in der OKP auch den Versicherten der OKP zugute?</p> <p><i>Da für die OKP eine besondere Betriebsrechnung zu führen ist, kann diese Vorgabe im Grundsatz eingehalten werden.</i></p> <p>Werden die Kosten der Zusatzversicherung von denjenigen der OKP getrennt ausgewiesen?</p> <p><i>Für die OKP ist eine besondere Betriebsrechnung zu führen. Die Betriebskostenallokation zwischen OKP und Zusatzversicherung hat in der Vergangenheit tendenziell die OKP begünstigt.</i></p> <p>Braucht es weitere Transparenzvorschriften?</p> <p><i>Nein. Die geplante Anpassung der Bilanzierungsrichtlinien für die Kapitalanlagen – weg vom Niedrigstwertprinzip – ist jedoch zu unterstützen.</i></p>
6.	<p>Wie sind die Anlagevorschriften für die Krankenversicherer zu beurteilen?</p> <p><i>Das BAG hat die bisherigen Anlagebestimmungen überarbeitet und aktualisiert. Die Einführung ist auf den 1. Januar 2011 vorgesehen.</i></p> <p>Garantieren die bestehenden Bestimmungen, dass die Versicherungsgelder vollumfänglich den Versicherten zugute kommen?</p> <p><i>Ja, die bestehenden Bestimmungen genügen, deren Einhaltung ist durch das BAG sicherzustellen.</i></p>
7.	<p>Wie sind die Vorschriften für die Reservebildung für die Krankenversicherer zu beurteilen?</p> <p><i>Die Reservevorschriften sind einfach und nachvollziehbar, basieren jedoch kaum auf einem risikoorientierten Ansatz.</i></p> <p>War der Abbau der Reserven in den vergangenen Jahren in Bezug auf Art. 78 KVV geboten?</p> <p><i>Das Bundesverwaltungsgericht hat im Fall Assura festgehalten, dass eine zwangsweise Durchsetzung einer Reservesenkung weder im Gesetz noch in der Verordnung verankert ist</i></p>
<p>Antrag um Erweiterung der Untersuchung der EFK zur Prämien genehmigung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p>	
8.	<p>Weshalb genehmigte das BAG für 2009 Prämientarife, welche nicht den tatsächlichen Kosten des jeweiligen Kantons/der jeweiligen Prämienregion entsprechen und toleriert damit, dass Kassenkonglomerate über sogenannte Billigkassen Risikoselektion betreiben und damit die Solidarität in der sozialen Krankenversicherung massgebend untergraben?</p> <p><i>Gemäss Budget der KV genehmigt das BAG grundsätzlich keine Prämien, welche nicht den tatsächlichen Kosten entsprechen. Im Zusammenhang mit dem gesetzlich verordneten Abbau der Reserven war dies jedoch der Fall. Ebenso für das Jahr 2010 zum Wohle der Kasse im Zusammenhang mit der Garantie von Drittmiteileinschüssen.</i></p>
9.	<p>Weshalb toleriert das BAG hohe Provisionen, Super-Provisionen und Vermittlercourtage im Bereich der sozialen Krankenpflegeversicherung, obwohl damit offensichtlich eine Zweckentfremdung der Mittel erfolgt?</p> <p><i>Das BAG beurteilt im Rahmen der Prämien genehmigung die Höhe der Betriebskosten der Krankenversicherer und deren Zusammensetzung. Eine Umfrage bei den KV ergab, dass im 2008 rund 50 Mio. Franken für Provisionen zu Lasten der Grundversicherung verbucht wurden (0.25 Prämienprozente). Bei einem Konkurrenzverhalten sind gewisse Werbeausgaben unumgänglich.</i></p>
10.	<p>Weshalb toleriert die FINMA Quersubventionierungen durch Gewinne aus dem VVG-Bereich zur Deckung der Defizite in der sozialen Krankenversicherung und die damit verbundene Zweckentfremdung der Prämien gelder?</p> <p><i>Sofern die Rahmenbedingungen des Tarif genehmigungsverfahrens eingehalten werden, hat die FINMA derzeit keine Möglichkeit sich über die Gewinnverwendung zu äussern. Im Gegensatz zur sozialen KV dürfen in der privaten Zusatzversicherung Gewinne erzielt und über deren Verwendung frei bestimmt werden.</i></p>

Anhang 4: Haupt und Unterfragen der Evaluation

F1 Erfüllt das BAG seine Aufsichtsfunktion im Rahmen des Prämiengenehmigungsverfahrens in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung?

1. Welche Daten der einzelnen KV stehen dem BAG für die Genehmigung der Prämien zur Verfügung?
2. Welchen persönlichen und zeitlichen Aufwand betreibt das BAG durchschnittlich pro Krankenversicherer für die Prämienkontrolle und -genehmigung?
3. Wie viele Ressourcen (personell/finanziell) werden für die interne/externe Kontrolltätigkeit beansprucht?
4. Welche Prüf- und Kontrolltätigkeiten werden vom BAG im Rahmen des Prämiengenehmigungsverfahrens vorgenommen?
5. Wie werden die Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Kantonen und KV vom BAG untersucht?
6. Sind die Prüfungsabläufe nachvollziehbar und dokumentiert?
7. Was sind die Ergebnisse des Prämiengenehmigungsverfahrens?

F2 Sind die vom BAG genehmigten kantonal und regional unterschiedlichen Prämien nachvollziehbar?

1. Orientiert sich die regionale Abstufung der Prämien an den ausgewiesenen Kostenunterschieden?
2. Welche Kosten werden zur Prämiendifferenzierung ausgewiesen?
3. Rechtfertigen die ausgewiesenen Kostenunterschiede die regional unterschiedlichen Prämien?
4. Sind die genehmigten Prämien kostendeckend?
5. Verlaufen die Kostenentwicklung und die Prämienentwicklung parallel oder besteht eine Diskrepanz?

F3 Ist sichergestellt, dass die Mittel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausschliesslich zu deren Zwecken eingesetzt werden?

1. Werden Kosten sowie Kapital der Zusatzversicherung von denjenigen der OKP getrennt ausgewiesen?
2. Kommen Überschüsse und die aus der Reservebildung resultierenden Kapitalerträge in der OKP auch den Versicherten der OKP zugute?
3. Ist buchhalterisch nachvollziehbar, dass Überschüsse und die aus der Reservebildung resultierenden Kapitalerträge den Versicherten der betreffenden Kantone zugute kommen?
4. Was beinhalten die Verwaltungskosten der Krankenversicherer und nach welchen Methoden und Kriterien werden diese aufgeteilt (zwischen Kassen innerhalb eines Konzerns bzw. verschiedenen Versicherungszweigen)?
5. Wie hoch sind die Provisionszahlungen der Versicherer an Vermittler für erfolgreiche Vertragsabschlüsse?
6. Wie werden versicherungstechnische Verluste in der Grundversicherung finanziert?
7. Wie wird das Kapital bei den Krankenversicherern angelegt?

F4 Sind die Bestimmungen zur Reservebildung zweckmässig?

1. Können die heutigen Reservequoten die Solvenz der Kassen gewährleisten?
2. War der Abbau der Reserven in den vergangenen Jahren in Bezug auf Art. 78 KVV geboten?
3. Ist die Aufteilung der Reserven nach Kantonen erklärbar?
4. Welche Rolle spielen kantonale Reserven im Rahmen der Prämiengenehmigung?

F5 Wie sind die Anlagevorschriften für die Krankenversicherer zu beurteilen?

Anhang 5: Gesprächspartner

Aebischer	Susanne	BAG	Stv. Sektion Audit
Ayoubi	Semya	GDK	Projektleiterin
Balmer	Heinz	BAG	Stv. Sektion Finanzaufsicht Krankversicherung
Beck	Konstantin	CSS	Leiter Institut für empirische Gesundheitsökonomie
Bernet	Stephan	RVK	Bereichsleiter Management Services
Bitterli	Otto	sanitas	CEO
Boesch	Dieter	AQUILANA	Geschäftsführer
Burri	Albert	FERAX Treuhand	Partner
Charbonnier	François	Kanton Waadt	SASH, Wissenschaftlicher Mitarbeiter,
Debons	Charles	Groupe Mutuel	Prämien, Tarife, Leistungen, Mitglied der Direktion
Fleig	Christian	KPMG	Audit Financial Services, Direktor
Fluhr	Werner	sanitas	Daten, Mathematik, operative Umsetzung
Gadola	Rinaldo	BAG	Leiter Sektion Finanzaufsicht Krankversicherung (ehemals)
Ghelfi	Fabrice	Kanton Waadt	SASH, Chef de service
Goll	Christine	Nationalrätin	Mitglied der GPK
Graber	Marcel	RVK	Direktor
Graf	Peter	KK Steffisburg	Vorstandsmitglied
Grisiger	Tobias	GD Zürich	Gesundheitsdirektion, Tarifmanager
Groux	Denis	FINMA	Leiter Technische Prüfung Krankenversicherung
Gschwind	Hans-Peter	FINMA	Leiter Geschäftsbereich Versicherungen Branchen
Hürlimann	Egon E.	KK Kolping	Vorsitzender der Geschäftsleitung
Hüsler	Manfred	FINMA	Leiter Aufsicht Lebens- / Krankenversicherungen
Indra	Peter	BAG	Leiter Direktionsbereich Kranken- / Unfallversicherung
Kouba	Alena	RVK	Aktuarin SAV
Januth	Reto	FINMA	Leiter Überwachung Krankenversicherungen
Jordi	Michael	GDK	Stv. Zentralsekretär
Kaufmann	Stefan	santésuisse	Direktor
Kilchenmann	Christoph	BAG	Leiter Sektion Statistik und Mathematik
Leuch	Roland	BAG	Sachbearbeiter Sektion Finanzaufsicht KV
Leuenberger	Jürg	KK Steffisburg	Vorstandspräsident

Linder	Christoph	KK Steffisburg	Geschäftsführer
Maillard	Pierre-Yves	Kanton Waadt	Regierungsrat DSS, Präsident GDK
Marchetti	Samuel	Groupe Mutuel	Direktionsmitglied
Overney	Daniel	Groupe Mutuel	Direktor
Peter Haab	Thomas	FERAX Treuhand	Partner
Pirktl	Lennart	Helsana	Leiter Mathematik
Portmann	Helga	BAG	Leiterin Abteilung Versicherungsaufsicht
Prangulaishvili	Vano	GD Zürich	Gesundheitsdirektion, Bereichsleiter Projekte und Konzepte
Rabiolo	Angelo	BAG	Leiter Sektion Audit
Regius	Hans-Ueli	SWICA	Generaldirektor
Revaz	Pierre Marcel	Groupe Mutuel	Präsident
Rytz	Martin	Helsana	Leiter Versicherungsrecht, Mitglied der Direktion
Roos	Andreas	sanitas	Leiter Departement Produkte, Mitglied Geschäftsleitung
Schmid	Hans	PWC	Senior Manager
Siffert	Nicolas	BAG	Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Strozzi	Enrico	PWC	Partner
Stupp	Jürg	Helsana	Leiter Controlling
Vauthey	Thierry	BAG	Leiter Sektion Rechtliche Aufsicht Krankenversicherung
Zemp	Marco	RVK	Leiter Kommunikation

Anhang 6: Auswertung Fragebogen EF P (Provisionierung)

			Total	
1.1	Bezahlt Ihre Versicherungsgesellschaft Provisionen bzw. Courtagen für Versicherungsabschlüsse oder leistet sie Vergütungen bei Offertanfragen oder ähnlichen Diensten?			
	Für die soziale Krankenversicherung ¹	JA	NEIN	
				62
	Für die Zusatzversicherungen VVG	JA	NEIN	
				15
				45
				23
1.2	Werden die Provisionen in der sozialen Krankenversicherung nur ausgerichtet, wenn gleichzeitig eine Zusatzversicherung (VVG) abgeschlossen wird?			
	Ja, ausschliesslich.			6
	Mehrheitlich.			6
	In der Regel nicht.			5
	Nein.			52
1.3	Auf welchen Grundlagen basieren die ausgerichteten obgenannten Entschädigungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung?			
	Interne Reglemente			34
	Verträge			43
	Entschädigungsvereinbarungen			23
	Tarifbestimmungen			20
2.1	Welche Vermittler(dienste) werden durch Ihre Krankenkasse zulasten der sozialen Krankenversicherung entschädigt? bei Vermittlung eines Beratungs-gesprächs			
	Internetdienst (z.B. comparis)			2
	Callcenter			30
	Versicherungsberatungsgesellschaft, freischaffender Versicherungsberater			2
	Eigene Mitarbeiter in der Verkaufsförderung			2
	Eigene Mitarbeiter (nicht in der Verkaufsförderung angestellt)			2
	Kunden / Versicherte			6
	bei Erstellung einer Offerte			
	Internetdienst (z.B. comparis)			43
	Callcenter			3
	Versicherungsberatungsgesellschaft, freischaffender Versicherungsberater			0
	Eigene Mitarbeiter in der Verkaufsförderung			1
	Eigene Mitarbeiter (nicht in der Verkaufsförderung angestellt)			1
	Kunden / Versicherte			1
	bei Vertragsabschluss			
	Internetdienst (z.B. comparis)			0
	Callcenter			0
	Versicherungsberatungsgesellschaft, freischaffender Versicherungsberater			45
	Eigene Mitarbeiter in der Verkaufsförderung			38
	Eigene Mitarbeiter (nicht in der Verkaufsförderung angestellt)			38
	Kunden / Versicherte			18
2.2	Wann fallen Entschädigungen für die Vermittlung eines Vertragsabschlusses in der sozialen Krankenversicherung an?			
	Bei jedem Vertragsabschluss.			31
	Nur bei einer Mindest-Vertragsdauer (z.B. 2 Jahre).			34
	Nur, sofern in einer bestimmten Zeit kein Leistungsbezug erfolgt.			0

2.3 Für welche Vermittler wurden 2008 die höchsten Entschädigungen bezahlt?

Betrag 17'783'668.10

3.1 Wie teilen sich die unter der Kontengruppe 450 verbuchten Aufwendungen auf die nachgenannten Kostenarten auf? 2006

Provisionen für Versicherungsabschlüsse 41'129'625.95

Entschädigungen für Makler, Versicherungsvermittler usw.

Kontaktprovisionen 6'377'902.58

Zahlung für Offertanfragen (z.B. comparis, bonus.ch), Vermittlung von Beratungsgesprächen

Marketing/Public Relations 37'938'656.06

Kosten für Inserate, TV-Werbung usw.

Sponsoring 2'542'938.49

Kosten für finanzielle Unterstützung eines Verbandes, eines Vereins, eines Anlasses usw.

Übriges 22'758'309.37

Alle übrigen unter Kontengruppe 450 verbuchten Aufwendungen

Total verbuchte Aufwendungen Konto 450 110'747'432.46

2007

Provisionen für Versicherungsabschlüsse 28'278'307.08

Entschädigungen für Makler, Versicherungsvermittler usw.

Kontaktprovisionen 9'068'624.91

Zahlung für Offertanfragen (z.B. comparis, bonus.ch), Vermittlung von Beratungsgesprächen

Marketing/Public Relations 44'090'328.01

Kosten für Inserate, TV-Werbung usw.

Sponsoring 2'941'561.24

Kosten für finanzielle Unterstützung eines Verbandes, eines Vereins, eines Anlasses usw.

Übriges -1'034'135.96

Alle übrigen unter Kontengruppe 450 verbuchten Aufwendungen

Total verbuchte Aufwendungen Konto 450 83'344'685.29

2008

Provisionen für Versicherungsabschlüsse 32'836'676.42

Entschädigungen für Makler, Versicherungsvermittler usw.

Kontaktprovisionen 15'755'321.93

Zahlung für Offertanfragen (z.B. comparis, bonus.ch), Vermittlung von Beratungsgesprächen

Marketing/Public Relations 44'580'850.87

Kosten für Inserate, TV-Werbung usw.

Sponsoring 4'527'076.13

Kosten für finanzielle Unterstützung eines Verbandes, eines Vereins, eines Anlasses usw.

Übriges 15'913'529.28

Alle übrigen unter Kontengruppe 450 verbuchten Aufwendungen

Total verbuchte Aufwendungen Konto 450 113'613'754.63

3.2 Wie erfolgt die Zuteilung der Aufwendungen zwischen den Kontogruppen 450 (KVG) und 453 (VVG)?

Provisionen für Versicherungsabschlüsse	nach definierten Verteilschlüsseln	23
Entschädigungen für Makler,	in Prozenten	5
Versicherungsvermittler etc.	effektiv (direkte Zuteilung)	19
	pauschal	1

Kontaktprovisionen	nach definierten Verteilschlüsseln	24
Zlg für Offertanfragen (z.B. Comparis),	in Prozenten	3
Vermittlung von Beratungsgesprächen	effektiv (direkte Zuteilung)	17
	pauschal	1

Marketing/Public Relations	nach definierten Verteilschlüsseln	31
Kosten für Inserate, TV-Werbung usw.	in Prozenten	9
	effektiv (direkte Zuteilung)	5
	pauschal	1
Sponsoring	nach definierten Verteilschlüsseln	17
Kosten für finanzielle Unterstützung eines	in Prozenten	8
Verbandes, eines Vereins, eines Anlasses	effektiv (direkte Zuteilung)	4
etc.	pauschal	1

4.1 Gibt es Aufwendungen für Marketing, Werbung, und Provisionen zulasten der sozialen Krankenversicherung, die nicht über die Kontengruppe 450 verbucht werden?

2006	JA / NEIN	37	40
2007	JA / NEIN	36	41
2008	JA / NEIN	36	41

4.2 Wenn ja, bitte Kostenart, Kontobezeichnung, Kontennummern gemäss Kontenplan BAG sowie Betrag in Schweizer Franken angeben

Betrag 2006	7'666'308.04
Betrag 2007	7'864'970.91
Betrag 2008	9'548'118.63

4.3 Beahlt Ihre Versicherungsgesellschaft Provisionszahlungen an andere Versicherungsgesellschaften, die in der sozialen Krankenversicherung tätig sind?

2006	JA	NEIN	1	76
BETRAG			656'335.00	
2007	JA	NEIN	0	77
2008	JA	NEIN	0	77

4.4 Erhält Ihre Versicherungsgesellschaft Provisionszahlungen von anderen Versicherungsgesellschaften, die in der sozialen Krankenversicherung tätig sind?

2006	JA	NEIN	0	77
2007	JA	NEIN	0	77
2008	JA	NEIN	0	77

5.1 Verfügt ihre Krankenkasse über eigene organisatorische Bereiche, welche aktiv in der Verkaufsförderung sind und um Neukunden werben?

JA	NEIN	41	36
----	------	----	----

5.2 Wenn ja, wie viele Vollzeitstellen (Vollzeitäquivalente) betrifft dies? Wie viele davon betreffen die soziale Krankenversicherung?

Anzahl Vollzeitäquivalente	1'353.85
davon soziale Krankenversicherung	1'101.12

6.1 Haben Sie ergänzende Erläuterungen im Zusammenhang mit dem befragten Themenbereich?

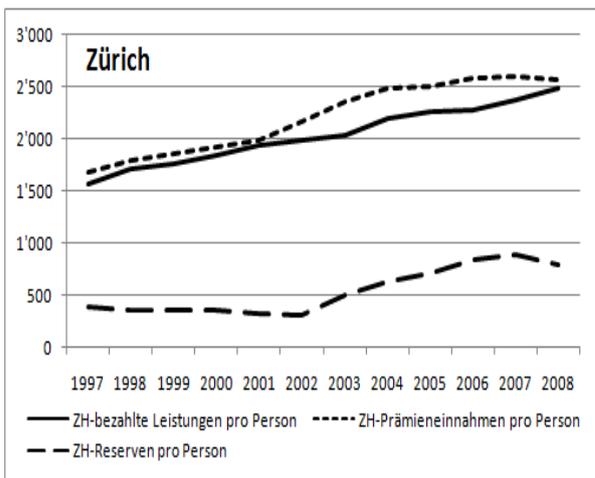
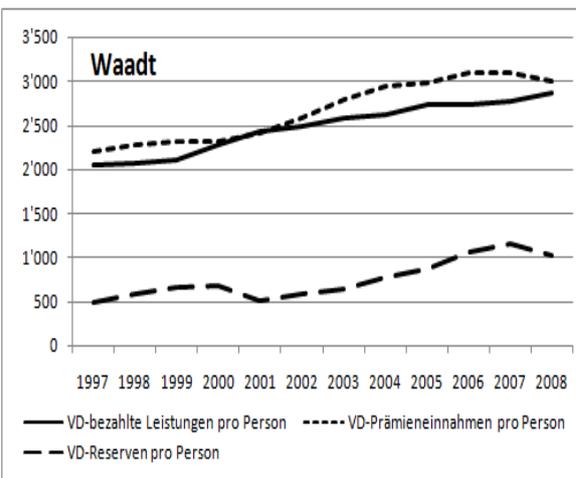
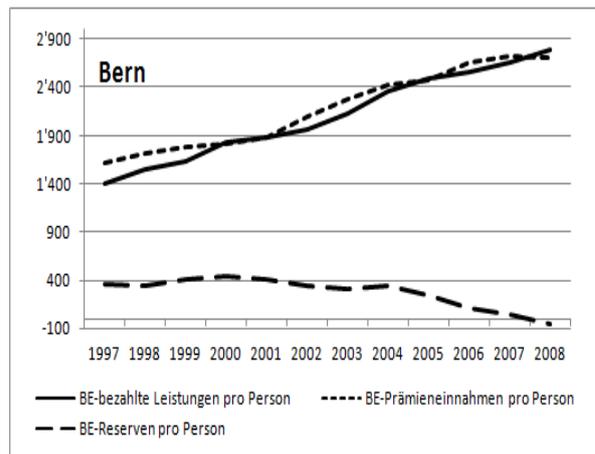
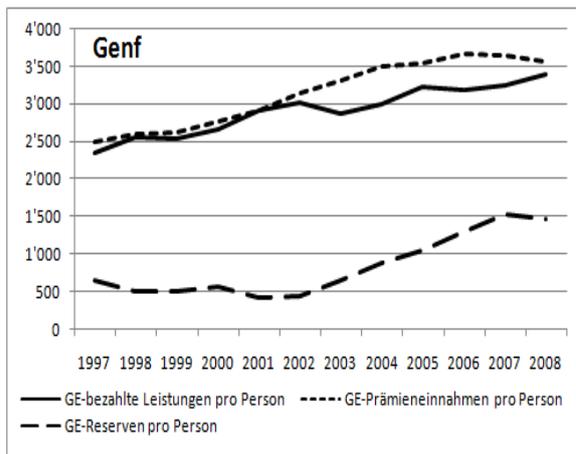
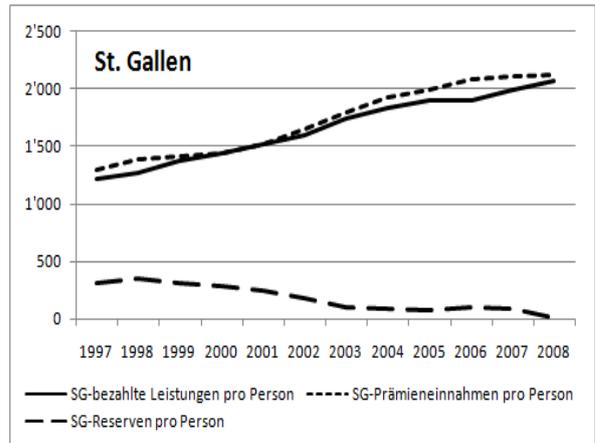
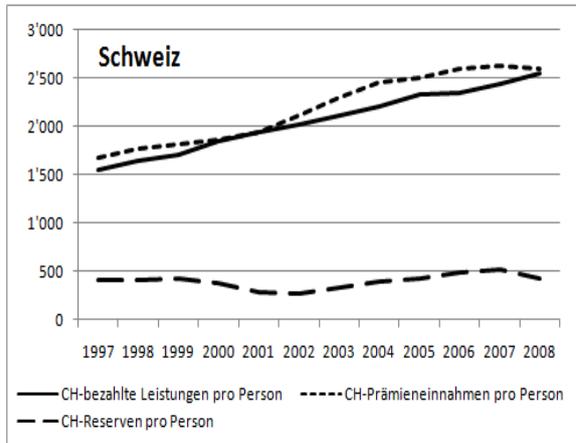
JA	NEIN	47	30
----	------	----	----

Anhang 7: Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung

Rubrik	Quantität	Jahr	
Anzahl soziale Krankenversicherungen (OKP)	101	2000	
	81	2009	
Anzahl Vollzeitbeschäftigte in der OKP	9'800 Vollzeitbeschäftigte	2008	
Anzahl Versicherte Personen	7'709'470 Personen	2009	
Prämienvolumen	19.7 Mrd. Franken	2008	
	20.1 Mrd. Franken	2009	
Jährliche Durchschnittsprämie pro Person	2'611 Franken	2009	
Jährliche Durchschnittsprämie für erwachsene Personen (ab 26. Jahre)	3'113 Franken	2009	
Jahresfranchise 300 Franken	3'639 Franken (35% der erwachsenen Bevölkerung)		
Jahresfranchise 1'500 Franken	2'589 Franken (11% der erwachsenen Bevölkerung)		
Jahresfranchise 2'500 Franken	2'040 Franken (8% der erwachsenen Bevölkerung)		
Anteil der Prämienverbilligung in der OKP	29.5% der Wohnbevölkerung (pro Bezüger 1'511 Franken)	2008	
Kostenbeteiligung pro Versicherten	432 Franken	2008	
	439 Franken	2009	
Reservequote in% des Prämiensolls	16.5% (pro Versicherten 427 Franken)	2008	
	13.4% (pro Versicherten 349 Franken)	2009	
Rückstellungsquote in % des Prämiensolls	26.7% (pro Versicherten 682 Franken)	2008	
	25.7% (pro Versicherten 675 Franken)	2009	
Betriebsaufwand der Krankenversicherer inkl. Abschreibungen	1.18 Mrd. Franken (pro Versicherten 155 Franken)	2008	
	1.17 Mrd. Franken (pro Versicherten 151 Franken)	2009	
Nettoleistungen aller Versicherer	19.4 Mrd. Franken (pro Versicherten 2'551 Franken)	2008	
	20.3 Mrd. Franken (pro Versicherten 2'630 Franken)	2009	
Gesamtergebnis aller Versicherungen im OKP-Bereich	+ 178 Mio. Franken (pro Person +24 Franken)	2007	
	- 755 Mio. Franken (pro Person - 98 Franken)	2008	
	- 557 Mio. Franken (pro Person - 72 Franken) provisorisch	2009	
Die fünf grössten Versicherungsgesellschaften Die fünf grössten Versicherungskonglomerate decken über 56% der Versicherten in der Schweiz ab.	CSS Kranken-Versicherung	890'418 (862'500)	2009
	Helsana AG	658'491 (617'200)	(prov.
	Swica	598'503 (587'000)	2010)
	Concordia	518'890 (528'500)	
	Assura	474'169 (629'000)	
Die drei grössten Versicherungskonglomerate	Gruppe Helsana	1'350'773	2009
	CSS Holding	1'300'544	
	Groupe Mutuel	859'145	
Anzahl OKP-Prämien in der Schweiz	310'274 verschiedene Einzelprämien	2010	
	239'112 verschiedene Einzelprämien	2008	
Anzahl Versicherte mit Betreuung (Daten unvollständig)	367'000 Personen (Prämienvolumen 575 Mio. Franken)	2008	

Quelle: BAG, Bundesamt für Statistik und santésuisse, Darstellung EFK

Anhang 8: Entwicklung der Prämieinnahmen, der Leistungen und Reserven pro Person ausgewählter Kantone



Quelle: BAG, Berechnung und Darstellung EFK

Anhang 9: Die relativen Prognosefehler der Nettokosten bei ausgewählten Versicherern 2005 -2008

CH	Versicherer A	Versicherer B	Versicherer C	Versicherer D	Versicherer E	Versicherer F
Prognosefehler 2005	-1.1%	-24.5%	0.2%	1.4%	0.5%	0.9%
Prognosefehler 2006	6.8%	-31.4%	0.8%	1.8%	7.4%	1.5%
Prognosefehler 2007	-1.2%	-18.2%	1.7%	2.0%	-1.5%	-0.5%
Prognosefehler 2008	-0.4%	16.4%	2.3%	4.3%	2.6%	3.9%
BE						
Prognosefehler 2005	2.0%		9.5%	8.3%	4.7%	2.9%
Prognosefehler 2006	4.5%		-6.4%	10.9%	6.4%	-2.0%
Prognosefehler 2007	11.1%	28.0%	10.9%	-9.9%	0.3%	8.5%
Prognosefehler 2008	11.3%	57.0%	12.0%	10.0%	1.7%	2.5%
GE						
Prognosefehler 2005	-3.1%		-5.6%	1.1%	-8.9%	-1.4%
Prognosefehler 2006	9.0%	-46.2%	12.1%	-2.4%	8.0%	4.3%
Prognosefehler 2007	-11.6%	-6.8%	-14.7%	14.7%	-14.5%	-7.7%
Prognosefehler 2008	-7.0%	-39.9%	-8.0%	6.3%	-2.8%	5.9%
SG						
Prognosefehler 2005	-0.7%		3.5%	3.4%	3.8%	2.9%
Prognosefehler 2006	5.1%		1.1%	2.8%	7.4%	0.2%
Prognosefehler 2007	4.6%		3.4%	5.6%	3.4%	-4.7%
Prognosefehler 2008	6.2%	17.4%	4.7%	23.9%	5.0%	3.2%
VD						
Prognosefehler 2005	-0.5%	-40.2%	4.1%	14.0%	-4.1%	-3.4%
Prognosefehler 2006	9.1%	-39.0%	7.3%	-4.8%	17.9%	6.1%
Prognosefehler 2007	-11.7%	42.7%	-4.0%	15.1%	-11.2%	-4.6%
Prognosefehler 2008	-10.2%	4.4%	-6.5%	-0.1%	-6.4%	2.9%
ZH						
Prognosefehler 2005	-3.1%		-3.8%	-1.7%	-2.0%	2.9%
Prognosefehler 2006	8.8%		6.7%	2.6%	8.1%	0.6%
Prognosefehler 2007	-4.7%	2.4%	-1.9%	1.0%	-1.9%	7.3%
Prognosefehler 2008	-1.6%	60.6%	1.5%	1.8%	1.2%	2.3%

Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

Es ist erkennbar, dass der Versicherer B gesamtschweizerisch als auch bei den einzelnen Kantonen grössere Prognosefehler aufweist als die übrigen Versicherer. Insgesamt sind die Prognosefehler für die Kantone BE, GE und VD grösser als für die Kantone SG und ZH, wobei kein einheitlich positiver oder negativer Trend erkennbar ist.

Anhang 10: Relative Prämienanpassungen und deren Wirkung auf Reservequote einzelner Versicherer 2006 – 2010 im Rahmen des Prämienverfahrens

	Versicherer A		Versicherer B		Versicherer C		Versicherer D		Versicherer E		Versicherer F	
	P ¹⁾	R ²⁾	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
CH												
v1 - v2 06	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.3%	-0.2%	-0.4%	-0.3%
v1 - v2 07	-0.1%	-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.1%
v1 - v2 08	-0.2%	-0.2%	2.6%	-4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	-0.5%
v1 - v2 09	-0.2%	-0.2%	1.2%	-3.7%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
v1 - v2 10	0.0%	0.0%	0.0%	5.4%	0.7%	0.6%	0.7%	5.2%	0.6%	1.0%	0.0%	0.0%
BE												
v1 - v2 06	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.2%	1.0%	1.0%
v1 - v2 07	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.4%	0.5%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	1.2%	0.5%
v1 - v2 08	0.1%	0.1%	0.0%	-8.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-9.8%	-12.6%
v1 - v2 09	0.0%	0.0%	0.0%	-3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
v1 - v2 10	0.0%	0.0%	0.0%	5.5%	0.9%	1.5%	0.7%	4.2%	4.2%	-0.9%	0.0%	0.0%
GE												
v1 - v2 06	-0.5%	-0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	-1.0%	-0.9%
v1 - v2 07	0.0%	0.0%	0.0%	-3.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
v1 - v2 08	-0.4%	-0.1%	0.0%	-12.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	2.6%
v1 - v2 09	-1.0%	-0.2%	0.0%	-3.7%	-2.1%	-0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
v1 - v2 10	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.7%	10.7%	-1.0%	2.1%	0.0%	0.0%
SG												
v1 - v2 06	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.3%	-0.3%	0.0%	0.0%
v1 - v2 07	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%
v1 - v2 08	0.0%	0.0%	9.1%	-1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.5%	2.4%
v1 - v2 09	0.0%	0.0%	2.9%	-3.7%	1.1%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
v1 - v2 10	0.0%	0.0%	0.0%	5.5%	0.0%	0.0%	0.7%	3.5%	0.1%	1.0%	0.0%	0.0%
VD												
v1 - v2 06	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	-0.8%	-0.5%
v1 - v2 07	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.4%
v1 - v2 08	-0.6%	-0.4%	0.0%	-2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-1.4%	-0.8%
v1 - v2 09	0.0%	0.0%	0.0%	-3.7%	-2.1%	-1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
v1 - v2 10	0.0%	0.0%	0.0%	5.5%	0.0%	0.0%	0.7%	4.4%	2.3%	0.4%	0.0%	0.0%
ZH												
v1 - v2 06	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.5%	-0.4%	-1.0%	-0.7%
v1 - v2 07	-0.7%	-0.5%	0.0%	0.2%	-0.7%	-0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	-0.5%
v1 - v2 08	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	1.2%
v1 - v2 09	-0.5%	-0.4%	2.7%	-3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
v1 - v2 10	0.0%	0.0%	0.0%	5.5%	0.0%	0.0%	0.7%	5.8%	1.7%	1.5%	0.0%	0.0%

Quelle: BAG; Berechnung und Darstellung: EFK

1) P:= Prämien 2) R:= Reservequote

Die Tabelle zeigt die relativen Anpassungen der Prämien im Rahmen des Prämienverfahrens und deren Auswirkungen auf die Reservequote der ausgewählten Versicherer (v1 = Ersteingabe, v2 = bewilligte Eingabe).

Anhang 11: Vergleich der prognostizierten mit den effektiven Reservequoten ausgewählter Versicherer 2005 - 2008

	Versicherer A	Versicherer B	Versicherer C	Versicherer D	Versicherer E	Versicherer F
CH						
Differenz 2005	4.2%	-81.6%	0.5%	1.6%	3.0%	0.3%
Differenz 2006	8.1%	3.0%	1.5%	1.0%	4.6%	2.2%
Differenz 2007	4.8%	5.8%	3.4%	-1.6%	4.2%	0.9%
Differenz 2008	-0.6%	-4.4%	2.2%	-8.8%	-2.6%	-3.3%
BE						
Differenz 2005	-2.4%	36.9%	-23.0%	-3.1%	-7.3%	-4.8%
Differenz 2006	5.4%	27.5%	-11.6%	5.7%	0.2%	0.5%
Differenz 2007	-13.9%	11.8%	-7.3%	0.3%	-0.8%	-6.3%
Differenz 2008	-25.0%	-0.2%	-9.0%	-6.9%	-7.9%	1.6%
GE						
Differenz 2005	23.1%	31.4%	25.5%	-54.4%	23.6%	5.8%
Differenz 2006	35.2%	-24.7%	19.2%	-15.5%	0.2%	-4.1%
Differenz 2007	31.3%	-40.5%	43.4%	25.2%	21.4%	2.9%
Differenz 2008	22.1%	4.4%	34.1%	-32.9%	20.7%	-3.9%
SG						
Differenz 2005	0.9%	0.0%	-11.4%	13.5%	0.3%	-6.1%
Differenz 2006	3.2%	27.5%	1.0%	1.9%	4.2%	1.1%
Differenz 2007	-5.0%	18.4%	-1.1%	-7.2%	0.1%	13.2%
Differenz 2008	-12.7%	-6.8%	-1.7%	-9.4%	-11.0%	0.4%
VD						
Differenz 2005	10.3%	-74.3%	3.2%	-30.7%	7.6%	2.8%
Differenz 2006	19.0%	6.9%	7.1%	2.9%	8.6%	3.0%
Differenz 2007	27.6%	1.8%	18.7%	1.9%	4.3%	0.8%
Differenz 2008	25.0%	-6.4%	18.7%	-2.4%	7.7%	-10.2%
ZH						
Differenz 2005	5.0%	20.2%	3.4%	4.7%	6.1%	0.5%
Differenz 2006	12.3%	27.5%	8.9%	1.6%	7.4%	2.3%
Differenz 2007	11.2%	12.9%	7.2%	-2.9%	5.3%	-7.0%
Differenz 2008	4.7%	-8.4%	4.5%	-6.3%	3.3%	0.8%

Quelle BAG: Berechnung und Darstellung: EFK

Gesamtschweizerisch haben alle sechs ausgewählten Versicherer (Ausnahme: Versicherer B im 2005) im Durchschnitt einen Prognosefehler bei den Reservequoten von etwas über 3%. Die Versicherer A, C und E haben in den Kantonen GE, VD und ZH durchwegs zu tiefe und für den Kanton BE zu hohe Prognosen eingereicht. Hingegen hat der Versicherer B für den Kanton BE zu tiefe und für den Kanton GE zum Teil zu hohe Prognosen eingereicht. Der Versicherer F hat über die ausgewerteten Kantone gesehen am besten kalkuliert. Die Erklärungen für diese Prognosefehler wurden bei den Krankenversicherern nicht näher untersucht.

Anhang 12: Tabelle Kalkulatorische Reserven in der OKP pro Kanton in % der Prämien ab 1998

T 1.14 Kalkulatorische Reserven OKP¹ pro Kanton in % der Prämien ab 1998

Kanton	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ZH	20.3%	19.1%	18.7%	16.1%	14.1%	21.5%	25.1%	28.3%	32.2%	34.1%	30.7%
BE	23.0%	24.8%	22.2%	16.8%	14.2%	14.6%	10.0%	4.6%	2.1%	-1.7%	-7.5%
LU	31.5%	29.1%	23.9%	16.2%	14.8%	14.3%	12.8%	9.4%	10.7%	9.6%	3.9%
UR	39.1%	39.5%	36.0%	21.1%	21.6%	20.7%	21.0%	14.5%	9.1%	-2.2%	-14.9%
SZ	40.1%	37.8%	33.5%	19.0%	16.6%	15.8%	15.2%	14.7%	13.7%	11.6%	6.2%
OW	31.7%	30.4%	25.4%	21.2%	18.2%	14.3%	12.8%	7.0%	2.6%	-9.0%	-22.0%
NW	41.9%	44.4%	39.7%	33.3%	26.8%	24.0%	22.5%	19.9%	17.5%	9.9%	-2.6%
GL	21.5%	17.1%	8.5%	-4.9%	-6.8%	-2.2%	-0.5%	-1.9%	0.2%	0.5%	-2.5%
ZG	39.1%	36.2%	29.2%	14.3%	3.2%	3.1%	4.3%	5.9%	7.3%	6.7%	0.7%
FR	27.9%	25.0%	26.1%	21.8%	20.6%	23.3%	24.8%	24.2%	22.5%	20.4%	15.0%
SO	33.0%	30.9%	31.3%	30.3%	26.5%	22.7%	23.6%	19.5%	15.5%	12.2%	1.7%
BS	31.5%	31.1%	21.7%	11.9%	10.8%	14.4%	20.0%	21.0%	24.3%	25.1%	21.5%
BL	29.9%	28.1%	30.1%	18.9%	14.1%	15.4%	19.5%	20.4%	21.8%	22.3%	12.8%
SH	18.6%	8.1%	2.6%	-7.7%	-2.9%	1.0%	4.0%	5.2%	9.3%	11.7%	10.8%
AR	25.3%	21.6%	16.8%	10.1%	8.0%	4.5%	5.7%	4.4%	4.4%	1.6%	-4.3%
AI	35.7%	28.6%	22.0%	13.5%	1.6%	-3.2%	-1.9%	-4.1%	-0.9%	3.4%	-3.7%
SG	25.1%	22.0%	19.3%	15.7%	10.6%	5.9%	4.2%	3.4%	4.5%	4.1%	0.4%
GR	23.2%	29.6%	12.2%	5.2%	3.0%	7.3%	8.5%	11.2%	13.7%	11.6%	7.7%
AG	16.7%	11.2%	6.6%	1.5%	1.2%	5.3%	8.7%	9.6%	10.4%	11.1%	7.5%
TG	7.9%	5.4%	0.7%	-3.7%	-4.4%	-2.6%	5.8%	11.9%	18.6%	23.5%	23.4%
TI	26.8%	28.6%	25.6%	16.8%	10.9%	7.7%	12.4%	15.0%	20.5%	23.2%	26.9%
VD	25.9%	28.4%	29.2%	20.9%	22.3%	23.0%	26.5%	28.8%	34.0%	37.2%	34.1%
VS	47.2%	45.9%	41.6%	31.1%	22.0%	15.8%	16.9%	15.5%	13.1%	11.4%	6.2%
NE	8.0%	15.1%	6.5%	-1.2%	-3.3%	-5.6%	-7.1%	-1.0%	9.7%	18.2%	25.1%
GE	19.4%	19.4%	20.2%	14.3%	14.1%	19.6%	25.4%	29.5%	35.3%	42.1%	41.4%
JU	16.2%	10.1%	5.2%	0.9%	-1.3%	6.2%	11.2%	13.3%	20.3%	22.6%	19.7%
CH effektiv	23.5%	23.6%	21.1%	15.0%	12.8%	14.2%	16.5%	17.2%	19.4%	20.2%	16.5%
CH gesetzlich²	16.9%	17.2%	17.0%	16.9%	17.0%	17.1%	16.5%	16.2%	16.2%	14.4%	12.5%

Datenstand: CH: 30.7.09 / Kantone : 1.10.09

Quelle : Kantone: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien BAG / CH: T 5.01 STAT KV 04-08 und Aufsichtsdaten 1998-2003

1) Effektive Werte.

2) Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen berechneter Mindestreservesatz (siehe T 5.01 & T 5.02).

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, Bundesamt für Gesundheit

Anhang 13: Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
EF	Erhebungsformular
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FinDel	Finanzdelegation der eidgenössischen Räte
GPK-N	Geschäftsprüfungskommission des Nationalrats
HAM	Hausarztmodell
HMO	Health Maintenance Organisation (Gesundheitserhaltungsorganisation):
KOF	Konjunkturforschungsstelle der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich
KV	Krankenversicherer bzw. Krankenkassen
KVG	Bundesgesetz über die Krankversicherung
KVV	Verordnung über die Krankversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RAB	Revisionsaufsichtsbehörde
RVK	Verband der mittleren und kleineren Krankenversicherer
SST	Schweizer Solvenztest
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Zusatzversicherungen)
WiG	Kostenprognosemodell des Winerthurer Instituts für Gesundheitsökonomie

Anhang 14: Vergleich der gesetzlichen Vorgaben bezüglich Reserven in verschiedenen Versicherungsbereichen

Krankenversicherung	Unfallversicherung	Berufliche Vorsorge	AHV-Fonds	Privatversicherung								
Ausgabenumlageverfahren	Umlagedeckungsverfahren	Kapitaldeckungsverfahren	Umlagedeckungsverfahren	Umlage- und/oder Kapitaldeckungsverfahren								
VO Krankenversicherung	VO Unfall	VO Berufliche Vorsorge	AHV Gesetz	Versicherungsaufsichtsverordnung-FINMA								
<p>Art. 78 – Reserve Die Versicherer haben jeweils für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherzustellen. Sie müssen ständig über eine Sicherheitsreserve verfügen. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung muss die Sicherheitsreserve des Versicherers bezogen auf das Rechnungsjahr je nach dem Versichertenbestand mindestens folgenden Prozentsatz der geschuldeten Prämien (Prämiensoll) erreichen: Anzahl Versicherte Minimale Sicherheitsreserve in %</p> <table border="1"> <tr> <td>Anzahl Versicherte</td> <td>Minimale Sicherheitsreserve in %</td> </tr> <tr> <td>Bis 50'000</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>50'001 – 150'000</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Ab 150'000</td> <td>10</td> </tr> </table> <p>Versicherer mit weniger als 50'000 Versicherten sind verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen.</p>	Anzahl Versicherte	Minimale Sicherheitsreserve in %	Bis 50'000	20	50'001 – 150'000	15	Ab 150'000	10	<p>Art. 111 – Reserven Jeder Versicherer muss für jeden Versicherungsweig durch jährliche Einlagen von mindestens 1 Prozent der Prämieinnahmen eine Reserve äufnen, bis die Reserven insgesamt mindestens 30 Prozent der durchschnittlichen jährlichen Gesamtprämieinnahmen der letzten fünf Jahre erreichen. Der Kapitalertrag der Reserven ist den Versicherungszweigen anteilmässig gutzuschreiben. Entnahmen aus der Reserve zur Deckung von Aufwandüberschüssen sind zurückzuerstatten. Muss ein Versicherungsweig auf die Reserve eines anderen Versicherungszweiges greifen, so ist diese Entnahme zum technischen Zinsfuss zu verzinsen. Der Versicherer kann überdies für jeden Versicherungsweig eine Ausgleichsreserve errichten.</p>	<p>Art. 48 –Bewertung Die Aktiven und die Passiven sind nach den Fachempfehlungen zur Rechnungslegung Swiss GAAP FER 26 zu bewerten. Für die für versicherungstechnische Risiken notwendigen Rückstellungen ist der aktuelle Bericht des Experten für die berufliche Vorsorge nach Artikel 53 Absatz 2 BVG massgebend. Art. 48e Rückstellungen und Schwankungsreserven Die Vorsorgeeinrichtung legt in einem Reglement Regeln zur Bildung von Rückstellungen und Schwankungsreserven fest. Dabei ist der Grundsatz der Stetigkeit zu beachten. BVG: Art. 53 Kontrolle ... 2 Die Vorsorgeeinrichtung hat durch einen anerkannten Experten für berufliche Vorsorge periodisch überprüfen zu lassen: a. ob die Vorsorgeeinrichtung jederzeit Sicherheit dafür bietet, dass sie ihre Verpflichtungen erfüllen kann; b. ob die reglementarischen versicherungstechnischen Bestimmungen über die Leistungen und die Finanzierung den gesetzlichen Vorschriften entsprechen.</p>	<p>Art. 107 – AHV Fonds Unter der Bezeichnung Ausgleichsfonds der AHV wird ein selbstständiger Fonds gebildet, dem alle Einnahmen gutgeschrieben und alle Leistungen Belastet werden. Der Ausgleichsfonds darf in der Regel nicht unter den Betrag einer Jahresausgabe sinken.</p>	<p>Art 5: Rechnungslegung Die Zuweisung an die gesetzlichen Reserven (Art. 671 bzw. 860 OR - Genossenschaft) hat bei Versicherungsunternehmen, welche die Lebensversicherung betreiben, mindestens 10 Prozent und bei den übrigen Versicherungsunternehmen mindestens 20 Prozent des Jahresgewinns zu betragen bis der Reservefonds 50 Prozent des statutarischen Kapitals erreicht oder wieder erreicht hat. Art. 671 – Gesetzliche Reserve 5 Prozent des Jahresgewinnes sind der allgemeinen Reserve zuzuweisen, bis diese 20 Prozent des einbezahlten Aktienkapitals erreicht. ... Art. 672 – Statutarische Reserven Die Statuten können bestimmen, dass der Reserve höhere Beträge als 5 Prozent des Jahresgewinnes zuzuweisen sind und dass die Reserve mehr als die vom Gesetz vorgeschriebenen 20 Prozent des einbezahlten Aktienkapitals betragen muss.</p>
Anzahl Versicherte	Minimale Sicherheitsreserve in %											
Bis 50'000	20											
50'001 – 150'000	15											
Ab 150'000	10											

Anhang 15: Vergleich der gesetzlichen Vorgaben bezüglich Anlagevorschriften in verschiedenen Versicherungsbereichen

Krankenversicherung	Unfallversicherung	Berufliche Vorsorge	AHV-Fonds	Privatversicherung
<p>Ausgabenumlageverfahren</p> <p>KVV Abschnitt Kapitalanlagen – Art 80 <i>Die Krankenkassen haben bei ihren Anlagen auf die Sicherheit, die Erhaltung der erforderlichen Liquidität und eine ausgewogene Risikoverteilung unter Berücksichtigung eines angemessenen Ertrages zu beachten. Sie haben ein Anlagereglement zu erstellen, das dem BAG zur Kenntnis gebracht wird. Folgende Anlagen in Schweizer Franken, Euro, Pfund Sterling, US-Dollar und Yen sind zulässig:</i></p> <p>a. Anlagen bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Banken und Sparkassen im Sinne des Bankengesetzes;</p> <p>b. Wertpapiere und andere Anlagen, an der Börse kotiert, davon höchstens ein Viertel in ausländischen Anlagen und höchstens 5% der Anlagen der Kasse pro Gesellschaft;</p> <p>c. Anlagen in Form von Immobilien und von grundpfandgesicherten Darlehen in der Schweiz inklusive Verwaltungsliegenschaften und Verwaltungsräumlichkeiten, die für die Tätigkeit der Kasse notwendig sind, bis zu 40% der Anlagen der Kasse, sowie Beteiligungen an Immobiliengesellschaften bis zu 5% der Anlagen der Kasse;</p> <p>d. Anlagen und Guthaben von Betriebskrankenkassen im eigenen Betrieb bis zu 10% der Anlagen der Kasse; der Betrieb hat jährlich einen Bonitätsnachweis zuzustellen;</p> <p>e. Anlagen in oder bei Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen, bis zu 20% der Anlagen: die Anlagen haben zu marktüblichen Bedingungen zu erfolgen; die Kasse hat dafür zu sorgen, dass die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwendet werden und dass dem BAG die Jahresrechnung der betreffenden Institution zugestellt wird.</p>	<p>Umlagedeckungsverfahren</p> <p>Organisationsreglement SUVA Artikel 4 – Aufgaben VR <i>... der Verwaltungsrat der SUVA ist zuständig für den Erlass von Vorschriften über die Anlage und Bewirtschaftung des Vermögens der SUVA sowie für den Erlass von Vorschriften über den Erwerb und die Veräusserung von Liegenschaften</i> Anhand dieser Vorgabe hat der Verwaltungsrat ein entsprechendes Anlagereglement ausgearbeitet. Dieses sieht sowohl Beschränkungen pro Schuldner als auch pro Anlagekategorien vor. <i>... Für die privaten Versicherungen, die im Bereich der Unfallversicherung, sind die Artikel 76 bis 111 der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen Grundlage für die Anlagevorschriften.</i></p>	<p>Kapitaldeckungsverfahren</p> <p>BVV2 Abschnitt: Anlage des Vermögens - Art 49 bis 60 <i>Die Vorgaben für die Anlage des Vermögens sind in diesen Artikeln detailliert umschrieben. Die zulässigen Anlagen sind festgehalten und es sind bezogen auf das Gesamtvermögen Obergrenzen pro einzelnen Schuldner (z.B. 5% Aktien pro Gesellschaft) und pro Anlagekategorie festgelegt (z.B. 50% für Anlagen in Aktien).</i> <i>... Das oberste Organ der Gesellschaft ist verantwortlich für die Führung der Vermögensanlage. und erstellt dazu ein Reglement.</i> <i>... die Grundsätze der angemessenen Risikoverteilung sind einzuhalten; die Mittel müssen auf verschiedene Anlagekategorien, Regionen und Wirtschaftszweige verteilt werden.</i> <i>... das Vermögen ist in kurz-, mittel- und langfristige Anlagen aufzuteilen.</i> <i>... Der Einsatz von derivativen Finanzinstrumenten ist möglich, darf aber auf das Gesamtvermögen keine Hebelwirkung ausüben.</i> <i>... Die Aktiven und die Passiven sind nach den Fachempfehlungen zur Rechnungslegung Swiss GAAP FER 26 zu bewerten.</i></p>	<p>Umlagedeckungsverfahren</p> <p>VO über die Verwaltung des AHV-Fonds - Art. 2 <i>Die Tätigkeit des Verwaltungsrats umfasst: ... die Anlage der von der Aufsichtskommission für den Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung bestimmten Teile des Fondsvermögens.</i> <i>... die Festlegung der Ziele und Grundsätze, der Durchführung und Überwachung der Vermögensanlage, dass die Anforderungen an Sicherheit, Rentabilität und Liquidität der Anlagen erfüllt werden.</i> <i>... beaufsichtigt die gesamte Anlagetätigkeit.</i> <i>... erlässt Richtlinien für die Vermögensanlage.</i> <i>Dazu hat der Verwaltungsrat entsprechende Richtlinien für die Bewirtschaftung des Vermögens und die Organisation des AHV-Fonds erstellt. Darin sind die u.a. die Anlageziele, -strategie, -klassen, -limiten usw. geregelt.</i></p>	<p>Umlage- und/oder Kapitaldeckungsverfahren</p> <p>VO AFO Art 76 bis 111 <i>Die Vorgaben zum „Gebundenen Vermögen“ bzw. zu den Anforderungen an die Anlagen wird in den Artikeln 76 bis 111 der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen detailliert festgehalten.</i> <i>... Die Werte des gebundenen Vermögens sind unter dem Gesichtspunkt der Sicherheit, der tatsächlichen finanziellen Lage sowie der Struktur und der zu erwartenden Entwicklung des Versicherungsbestandes auszuwählen. Im Übrigen ist ein marktgerechter Ertrag anzustreben</i> <i>... Das Versicherungsunternehmen verfügt über eine Anlagestrategie und ein Anlagereglement</i> <i>... Dem gebundenen Vermögen können z.B. die folgende Vermögenswerte zugewiesen werden: Bareinlagen, Bankguthaben, Festgelder, sonstige Geldmarktanlagen, Anleihenobligationen, Optionsanleihen, Wandelanleihen, strukturierte Anlageprodukte, verbrieft Forderungen und Kreditderivate; Aktien, Genussscheine, Partizipationsscheine, inländische Wohn- und Geschäftshäuser, alternative Finanzanlagen wie Hedge-Funds und Private Equity; derivative Finanzinstrumente usw. ...</i> <i>... Die FINMA kann für einzelne Anlagekategorien Begrenzungen festlegen.</i></p>

Anhang 16: Dokumentation zur Entscheidungsfindung Kasse ALFA 200X

Thema	Kanton	Analyse Sachbearbeiter	Vorschlag von Massnahmen, Begründung SB	Bemerkungen des Vorgesetzten	Verhandlung mit Kasse	Vereinbarung mit Kasse	Hinweise für 200X
Datum Beginn	CH	10.08.0X	16.08.0X	19.08.0X	31.08.0X	05.09.0X	
Allgemein	CH	Der Versichertenbestand hat seit 200X von CCCC auf DDDD zugenommen! 200X: AAAAAA 200X HR: 153043 200X Budget: 175440	Zuwachs geplant und nach wie vor möglich und verkraftbar! Die Reserven wurden per 200X gleichmässig auf die Kantone verteilt, so dass ein effektiver Stand gem. den entsprechenden Kosten nicht ohne grösseren Aufwand zu eruieren ist.	Den Aufwand bitte gemäss mündlichem Auftrag tätigen. Beurteilung ist so ungenügend. Falls nicht klar, was ich erwarte, bitte rasch rückmelden.	Besuch der Kasse, Teilnehmer: A, B, C, D, E, F, G Korrekturen wie unten notiert verlangt. 2. Eingabe folgt.	2. Eingabe mit Korrekturen erfolgt.	
Reserven	CH	Die Reserven haben sich seit 200X von 26.33% auf 22.70% verringert. Mit den regl. Fonds kommt die Kasse zusätzlich weit über das gesetzliche Soll. Mit den Rückstellungen für den RA erhöhen sich die Reserven zusätzlich. 200X HR: 18.7% 200X Budget: 18.5%	Senkung auf ca. 18% ins Auge gefasst. Mit den Fonds sind die Reserven Ende 200X aber immer noch massiv über 20%!! Für Fondskontrolle Eingabe Prämien für 200X anschauen!!! Vorschlag: Korrektur per Ende 200X machen! Richtige Gewinnverteilung nach Kantonen per Ende 200X machen! Zwingend: Reserven bzw. Ergebnisse müssen ab 200X wie eingetroffen fortgeschrieben werden!	Ich will, wie mdl. Besprochen, eine komplette Aufstellung der Entwicklung von Reserven, Rückstellungen und Fonds über die letzten Jahre (ab 200X) und nach Kantonen für das Gespräch mit der Kasse. Bitte alternative Lösungen vorschlagen.	Reserven werden ab 200X richtig fortgeschrieben! OK.		
Rückstellungen	CH	Die Rückstellungen wurden seit 200X von 29.9% auf 32.92% erhöht. 200X HR: 32.9% 200X Budget: 32.9%	Rückstellungen wurden ebenfalls verschoben! Diese sind ebenfalls richtig den Kantonen zuzuweisen ab 200X!		Rückstellungen werden ab 200X richtig fortgeschrieben! OK.		
Risikoausgleich RA	CH	RA 200X: -AAAAAA RA 200X HR: -37962000.-- RA 200X Budget: -47867000.--	Mit dem stetigen Zuwachs erhöht sich auch die Abgabe in den RA! Berechnung wurde mit File Balmer gemacht. Plausibel!				
Risikostruktur	CH	Die Risikostruktur als gut anzusehen!					
Leistungen	CH	Die Leistungen werden für 200X mit einer Steigerung von 1.1% hochgerechnet und für 200X wird eine Steigerung von 1.9% prognostiziert.	Prognosemodell sieht 4.3 und 5.0% vor, abzüglich 2% Medikamente = 2.3 und 3.0%. 0X und 0X eher tief, Abklären!				
Regionen-Rabatte	CH	OK	OK gemäss pre0Xpfv !				
Franch. Rab. (80%-Regel)	CH	OK	OK gemäss pre0Xpfv !				
HMO-Rabatte	CH	kein HMO!					
HAM-Rabatte	CH	kein HAM !					
DIV- (Tel.-) - Rabatte	CH	keine!					
Unfall-Rabatte	CH	Nicht richtig! Müssen neu berechnet werden! Nicht in % sondern in Fr. berechnet!	Anpassen!	Durchsetzen	Wird angepasst. OK.		

Max. Rab. (50%-Regel)	CH	OK					
Rabatt-Reihenfolge	CH	Falsche Reihenfolge!		Durchsetzen			
Verwaltungskosten	CH	Die Verwaltungskosten sind mit Fr. 152.-- p/V eher im oberen Drittel anzusiedeln. Dies ist Folge des massiven Zuwachses.2006 HR: 117.042007 Budget: 101.99	Wie schon im Vorjahr nimmt man an dass die VK sinken werden, was sie jedoch nicht getan haben. HR und Budget daher kaum plausibel!!200% Regel NICHT eingehalten!!	Durchsetzen	Wird angepasst.OK.		
Ergebnis (Gew./Verlust)	CH	200X HR: -1541786.-- 200X Budget: 12293947.--					
HR 200X/Progn. 200X	CH	Plausibel.					
Prämien	A	Mit Erhöhung von 5.1% liegt die Kasse bei 30 unter Schnitt. Die Risikostruktur ist sehr gut. Die Reserven stehen bei 22.7%.	Senkung der Reserven über 21.9% im 0X auf 18.5% im 0X budgetiert. Nach wie vor attraktiv! Neue Quote 07 inkl. Fonds: 25.0%. Weniger Erhöhen!	Keine Kommentare zu kant. Rechnungen möglich, da massive Umbuchungen zwischen Kt vorgenommen.	OK		
Prämien	B	AA-Kanton / Prämie im Rahmen Vorgabe BAG	OK. Neue Quote 0X inkl. Fonds: 86.6% Prämie auf Minima.		OK		
Prämien	C	Mit einer Erhöhung von 0.9% liegt die Kasse bei 15 unter Schnitt. Die Risikostruktur ist sehr schlecht. Die Reserven stehen bei 22.7%.	Senkung der Reserven über 25.3% im 0X auf 18.2% im 0X budgetiert. Neue Quote 0X inkl. Fonds: 61.7%. Keine Erhöhung!		OK		
Prämien	D	Mit einer Erhöhung von 1.4% liegt die Kasse bei 33 unter Schnitt. Die Risikostruktur ist sehr gut. Die Reserven stehen bei 22.7%.	Senkung der Reserven über 17.8% im 0X auf 18% im 0X budgetiert. Nach wie vor attraktiv! Zuwachs in R2 geplant. Neue Quote 0X inkl. Fonds: 26.8%. Keine Erhöhung!		Hier wird in R1 nur 15 anstatt 20 Fr. aufgeschlagen. OK.		
Prämien	E	Mit einer Erhöhung von 6.1% liegt die Kasse bei 10 über Schnitt. Die Risikostruktur ist sehr gut. Die Reserven stehen bei 22.7%.	Senkung der Reserven über 16.4% im 0X auf 18.2% im 0X budgetiert. Hier keine Erhöhung!!! Neue Quote 0X inkl. Fonds: 92.3% Keine Erhöhung!		Nullrunde! OK.		
Prämien	F	Mit einer Nullrunde liegt die Kasse bei 10 über Schnitt. Die Risikostruktur ist schlecht. Die Reserven stehen bei 22.7%.	Senkung der Reserven über 22.9% im 0X auf 17.7% im 0X budgetiert. Will sich nicht aus dem Markt verabschieden. Neue Quote 0X inkl. Fonds: -20.5%. Hier Erhöhen.		So belassen, im 0X neu anschauen.		
Fazit	CH	Mit einer Erhöhung von 7.8% liegt die Kasse gesamthaft 26 unter Schnitt. Aufgrund der Reservenverteilung im 200X und der HR 0X macht die Eingabe Sinn. Ab 200X mit der richtigen Ergebnisfortschreibung werden sich die Kantone sicher anders verhalten! Nullrunden für diverse Kantone werden der Vergangenheit angehören!		Für 200X werden keine Quersubventionierungen zwischen den Kantonen mittels falscher Reserve- oder Rückstellungsfortschreibung toleriert. Wir müssen alternative Entscheidungsgrundlagen haben, wie die Vorjahresverbuchungen und die noch bestehenden Fonds auf die Kantone aufzuteilen sind. Korrekturen sind für 200X zu tätigen!			

Anhang 17: Empfehlungsübersicht mit Kommentaren des BAG

Empfehlungs-Nr	Empfehlungstext	Stellungnahme des Amtes	Umsetzung bis
1	Die EFK empfiehlt, dass das BAG die Ziele für die Aufsicht über Durchführung und die Prämien genehmigung bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung klar bestimmt sowie für die Aufsicht über die Durchführung und die Prämien genehmigung bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine klare Strategie formuliert und kommuniziert.	Das BAG plant die Aufsicht neu zu konzipieren und zu stärken. Es sollen unter anderem Anforderungen im Bereich der Finanzierungsvorschriften, insbesondere zur Solvenz festgelegt werden. Es ist auch geplant neu die Mindestreserven in Abhängigkeit der eingegangenen Risiken festzulegen. Zudem sollen Anforderungen im Bereich der Corporate Governance und der Aufsicht über Konzerne geschaffen werden. Auch die Ausrichtung der Prämien genehmigung wird in überdacht.	laufend bis 31.12.2013
2	Die EFK empfiehlt, das aktuelle umfangreiche Prämien genehmigungsverfahren für die OKP zu vereinfachen. Die Prämien genehmigung soll sich künftig auf einige klar definierte Indikatoren abstützen.	Das BAG wird Kenngrössen definieren, nach denen künftig die Prämien genehmigung zu erfolgen hat. Ziel ist die Vereinfachung des Verfahrens.	30.06.2011
3	Die EFK empfiehlt, dass das BAG das Aufsichtskonzept für die soziale Krankenversicherung künftig vermehrt risikoorientiert ausrichtet und dazu Minimalvorgaben für die Überwachung definiert. Dabei sind ebenfalls die heutigen Sanktionsmöglichkeiten zu überdenken.	Das BAG wird bei der Neukonzeption der Aufsicht auf die Risikoorientiertheit achten. Vorgesehen sind neu auch sichernde Massnahmen sowie verstärkte Sanktionsmöglichkeiten.	laufend bis 31.12.2013
4	Die EFK unterstützt die Bestrebungen des BAG die Pflichten, Aufgaben und Verantwortlichkeiten für die Revisionsstellen der Krankversicherungen zu aktualisieren und die Abgrenzung zur Sektion Audit klar zu regeln. Zusätzlich empfiehlt die EFK, die künftige Notwendigkeit des Formulars EF4 abzuklären.	Das BAG ist daran, die Empfehlung entsprechend umzusetzen. Ein neues Kreisschreiben zur externen Revision ist bereits in Vernehmlassung. Mit Inkrafttreten wird das EF4 abgelöst.	31.03.2011
5	Die EFK empfiehlt, den automatischen Zugang zu den Informationen über die Krankenversicherer innerhalb der Abteilung Versicherungsaufsicht sicherzustellen.	Es sind bereits Massnahmen ergriffen worden, um eine Durchgängigkeit der Informationen zu den Krankenversicherern automatisiert zu ermöglichen. Weitere Verbesserungen sind vorgesehen.	laufend