



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 Prämien einnahmen 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 Vollzeit arbeitskräfte 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 Wertchriften, 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) auswiesen und Reserven abbauten, was in den Folgejahren zu einem Nachhol



bedarf 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 Ersteingabe 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) Prämien ermässigungen 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 Risikomanagements 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.