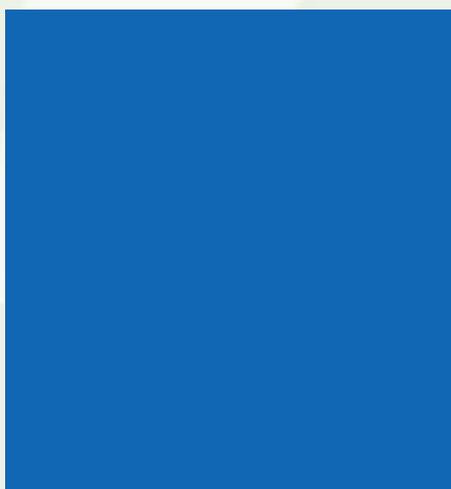


BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Veränderungen im Bereich der Prämien genehmigung aufgrund des KVG

Forschungsbericht Nr. 23/03



BSV /
OFAS /
UFAS /

*Bundamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Oficiu federal da las assicuraziun socialas*

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten und Forschungsbereiche zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiten Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autoren/-in: Wolfram Kägi*, Bruno Koller*, Elke Staehelin*, Martin Schäfli*
*B,S,S. Economic Consultants, Basel; *Universität Basel
B,S,S. Economic Consultants
Blumenrain 16
4051 Basel
Tel. 061 262 05 55
Fax 061 262 05 57

Auskünfte: Daniel Wiedmer
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031 324 07 37
E-mail: daniel.wiedmer@bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-92-5

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, CH - 3003 Bern
<http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen>

Bestellnummer: [318.010.23/03 d](#) 11.03 275

B , S , S .

BLÖCHLIGER, STAEHELIN & PARTNER.
VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

Veränderungen im Bereich der Prämien- genehmigung aufgrund des KVG

Schlussbericht

Basel, den 29.8.2003

Veränderungen im Bereich der Prämien genehmigung aufgrund des KVG

Schlussbericht

im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung

Projektverantwortung: Dr. Wolfram Kägi

Team: Dr. Elke Staehelin-Witt, Lic.oec.HSG Martin Schäfli,

Dr. Bruno Koller (Uni Basel)

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung, Blumenrain 16, CH-4051 Basel

Tel: 061-262 05 55, Fax: 061-262 05 57, E-Mail: Wolfram.Kaegi@bss-basel.ch

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Das Inkrafttreten des KVG brachte für die öffentliche Hand, die Krankenversicherer und für alle anderen Akteure im Gesundheitsbereich bedeutende Änderungen mit sich. Gemäss Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat unser Bundesamt die Aufgabe, die notwendigen wissenschaftlichen Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des Gesetzes durchzuführen, um die Folgen der Gesetzeseinführung abschätzen zu können.

1997 wurde Heinz Schmid mit einer Expertise des vom Bundesamt eingeführten Verfahrens beauftragt. Die Festsetzung der Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und deren Genehmigung durch das Eidgenössische Bundesamt für Sozialversicherungen war Gegenstand einer vertieften Studie. Diese Expertise empfahl verschiedene Verbesserungen technischer und organisatorischer Art (BSV-Forschungsbericht 3/97). Seitdem wurden erhebliche Verbesserungen eingeführt und ein Grossteil der Empfehlungen von Professor Schmid wurde realisiert.

Der Vorwurf der Intransparenz, der «politischen Prämien» und der Vorwurf, dass die Verhandlungen und Diskussionen nach der Art von Teppichhändlern geführt würden, werden immer wieder laut, wenn es um das Verfahren der Prämien genehmigung geht. Das Ziel der vorliegenden Studie lautete, durch einen verwaltungsexternen Experten untersuchen zu lassen, ob die Verbesserungsvorschläge von Professor Schmid umgesetzt wurden, ob das vom Bundesamt erarbeitete Genehmigungsverfahren hinsichtlich der angewandten Methode korrekt war und ob dieses den Kostenanstieg der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu beeinflussen vermag. Der Experte sollte schliesslich gestützt auf die gemachten Beobachtungen zudem auch Empfehlungen formulieren.

Die Expertise zeigt, dass die von Professor Schmid erarbeiteten Vorschläge umgesetzt wurden, die angewendeten Verfahren dem entsprachen, was man erwarten konnte, und die eingesetzten Verfahren sich seit 1997 dank einer weiterentwickelten Informatisierung weiterentwickelt haben. Die Prämien genehmigung hat keinen Einfluss auf die Kosten, auch wenn die Prämien erhöhung während einiger Jahre dank der Verwendung der überschüssigen Reserven der Krankenversicherer verringert werden konnte. Hinsichtlich der Prämien genehmigung für 2004 wurde ein Teil der Expertenempfehlungen schon jetzt umgesetzt. Es handelte sich dabei vor allem um Verbesserungen der von den Kantonen angeforderten Informationen und der Erstellung von schriftlichen und dokumentierten Anweisungen und Regeln. Zusätzlich zur Beurteilung der Prämien in Bezug auf den Kostenanstieg wird der Überprüfung der Solvenz jedes Versicherers gegenüber früher eine noch wichtigere Rolle beigemessen, indem mit ihnen im gegebenen Fall Sanierungspläne erarbeitet werden.

Zusammenfassend hat das Bundesamt unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen ein wirksames und pragmatisches Verfahren zur Prämien genehmigung eingerichtet und die Vorwürfe sind grösstenteils unbegründet, da die Rollen der verschiedenen Akteure, Krankenversicherer auf der einen Seite und Kantone auf der anderen Seite, unterschiedlich sind. Reichen die genehmigten Prämien für die einen nur selten aus, sind sie für die anderen immer noch zu hoch.

Daniel Wiedmer, Projektleiter
Bereichsleiter Aufsicht KV

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'entrée en vigueur de la LAMal a entraîné des modifications importantes pour les pouvoirs publics, les assureurs-maladies les fournisseurs de prestations, et tous les autres acteurs du domaine de la santé. Afin de pouvoir mesurer les conséquences de l'introduction de la loi, l'article 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) charge notre Office de procéder aux évaluations scientifiques nécessaires sur l'application et les effets de la loi.

En 1997 une expertise avait été commandée à Monsieur Heinz Schmid relative à la procédure mise en place par l'Office. La fixation des primes de l'assurance obligatoire des soins par les assureurs-maladie et leur approbation par l'Office fédéral des assurances sociales a fait l'objet d'une étude approfondie. Cette expertise recommanda plusieurs améliorations d'ordre technique et organisationnels (Rapport de recherche OFAS no3/97). Depuis, de notables améliorations ont été mises en œuvre et la plupart des recommandations émises par le Professeur Schmid réalisées.

Les reproches d'intransparence, de « primes politiques », de négociations et de discussions de marchands de tapis sont régulièrement évoqués lorsqu'il est question de la procédure d'approbation des primes. La présente étude avait pour objectif de faire examiner par un expert externe à l'administration si les propositions d'améliorations décrites par le Professeur Schmid étaient appliquées, et d'apprécier si la procédure d'approbation établie par l'Office était correcte du point de vue de la méthode utilisée et si celle-ci est de nature à influencer l'augmentation des coûts à charge de l'assurance-obligatoire des soins. Enfin, l'expert devait formuler des recommandations sur la base des constatations faites.

L'expertise montre que les propositions élaborées par le Professeur Schmid ont été mises en œuvre, et que les procédures appliquées sont conformes à ce que l'on était en droit d'attendre et que les procédures mises en œuvre ont évolué depuis 1997 grâce au recours à une informatisation accrue. L'approbation des primes n'est pas de nature à influencer sur les coûts si ce n'est que pendant quelques années l'augmentation des primes a pu être réduite grâce à l'utilisation des réserves excédentaires des assureurs-maladie. Enfin, une partie des recommandations des experts ont d'ores et déjà été mis en œuvre en vue de l'approbation des primes 2004. Il s'agissait notamment des améliorations apportées aux informations fournies aux cantons qui le demandent, et de l'établissement d'instructions et de règles écrites et documentées. Enfin, un rôle encore accru par rapport à ces dernières années sera donné en plus de l'appréciation des primes en regard avec l'augmentation des coûts, à l'examen de la solvabilité de chaque assureur en élaborant avec eux, le cas échéant, des plans d'assainissement.

En résumé, l'Office a mis en œuvre une procédure d'approbation des primes efficace et pragmatique compte tenu des ressources à disposition, et les reproches formulés sont en grande partie infondés, étant entendu que les rôles des différents acteurs, assureurs-maladie d'une part et cantons d'autre part sont différents. Si pour les uns les primes approuvées ne sont que rarement suffisantes, elles sont toujours trop hautes pour les autres.

Daniel Wiedmer, chef de projet
Chef de la Division Assureurs et surveillance

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

L'entrata in vigore della LAMal ha comportato cambiamenti importanti per i poteri pubblici, gli assicuratori-malattie, i fornitori di prestazioni e tutti gli altri soggetti operanti nell'ambito della sanità. Per valutare le conseguenze generate dall'introduzione della legge, l'articolo 32 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) assegna al nostro Ufficio il compito di procedere a studi scientifici sull'applicazione e sugli effetti della legge.

Nel 1997 il signor Heinz Schmid è stato incaricato di redigere una perizia concernente la procedura attuata dall'Ufficio. La fissazione dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie da parte degli assicuratori-malattie e la loro approvazione da parte dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali sono state oggetto di uno studio approfondito. Nella perizia vengono raccomandati numerosi miglioramenti di carattere tecnico e organizzativo (Rapporto di ricerca UFAS 3/97, d/f). Da allora sono stati introdotti notevoli miglioramenti e la maggior parte di quanto proposto dal professor Schmid è stata realizzata.

Le accuse di mancanza di trasparenza, di « premi politici », di trattative e di discussioni da mercanti di tappeti sono costantemente ricordate al momento di affrontare il tema della procedura d'approvazione dei premi. L'obiettivo del presente studio era di consentire ad un esperto esterno all'amministrazione di verificare l'applicazione delle proposte di miglioramento descritte dal professor Schmid e di valutare se la procedura d'approvazione dei premi stabilita dall'Ufficio fosse metodologicamente corretta ed in grado d'incidere sull'aumento dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'esperto doveva infine formulare raccomandazioni in base a quanto aveva constatato.

La perizia mostra che le proposte elaborate dal professor Schmid sono state attuate e che le procedure applicate sono conformi alle attese; dal 1997, inoltre, le procedure realizzate sono progredite grazie ad una forte espansione dell'infrastruttura informatica. La natura dell'approvazione dei premi non è tale da poter influenzare i costi, anche se per qualche anno l'aumento dei premi ha potuto essere contenuto attingendo alle riserve eccedenti degli assicuratori-malattie.

Una parte delle raccomandazioni è stata attuata in previsione dell'approvazione dei premi del 2004. Si trattava in particolare di miglioramenti inerenti alle informazioni fornite ai Cantoni che ne avevano fatto richiesta e alla preparazione d'istruzioni e regole in forma scritta e documentata. Infine, oltre alla valutazione dei premi con attenzione all'aumento dei costi, rispetto a quanto accaduto nel corso di questi ultimi anni, l'esame della solvibilità degli assicuratori assumerà un ruolo più importante e consentirà di elaborare in comune, se del caso, piani di risanamento.

Riassumendo, tenuto conto delle risorse a disposizione, l'Ufficio ha istituito una procedura d'approvazione dei premi efficace e pragmatica. Le accuse formulate risultano in gran parte infondate, essendo sottinteso che ciascun soggetto, assicuratori-malattie da una parte e Cantoni dall'altra, ha un ruolo diverso. Se gli uni pensano che i premi approvati bastino raramente a coprire le spese, gli altri sono sempre dell'avviso che siano troppo alti.

Daniel Wiedmer, responsabile del progetto
capo Settore Vigilanza AMal

Foreword by the Swiss Federal Social Insurance Office

The implementation of the Swiss health insurance act has led to major changes as far as the public authorities, the health insurance companies, the service providers and all the other players in the health-care sector are concerned. In order to measure the consequences of the introduction of the law, article 32 of the health insurance ordinance mandates our office to carry out the necessary scientific assessments of the application and the effects of the law.

In 1997 Prof. Heinz Schmid was asked to assess the procedure put into place by the Federal Social Insurance Office (FSIO). He made an in-depth study of how premiums for compulsory health insurance are set by the health insurance companies and how they are approved by the Federal Social Insurance Office. The results of this study included various recommendations for technical and organisational improvements (FSIO research report no. 3/97). In the meantime, important changes have been made and most of Prof. Schmid's recommendations have been implemented.

Whenever the question of premium approval procedure is raised, the typical reproaches involve lack of transparency, "political premiums" and market-stall bartering. The aim of the study described here was to engage an external expert to determine firstly whether the improvements proposed by Prof. Schmid have been carried out, and secondly whether the method used by the FSIO for assessing health insurance premiums was acceptable and has any effect on the rising costs for compulsory health insurance accruing to the insurance companies. Finally, the expert was also to draw up recommendations on the basis of his or her observations.

The results of the study show that the recommendations made by Prof. Schmid have been implemented. In addition, the procedures used are in line with what is expected and have been revised since 1997 thanks to the increased use of information technology. The premium approval procedure does not tend to have any effect on costs, although for a few years it has been possible to reduce the rate of increase of premiums thanks to the fact that health insurance companies have used part of their excess reserves. Finally, some of the recommendations made by the experts have been put into practice in the meantime with a view to the approval procedure for premiums for 2004. This concerns in particular improvements with regard to information supplied to the cantonal authorities which request it and drawing up carefully written directives and regulations. Finally, in addition to elucidating the role premiums play in relation to the rise in costs, more importance will be given to monitoring the solvency of each insurance company and, if necessary, drawing up financial rehabilitation plans together with representatives of the company itself.

In conclusion, the FSIO has put into place an efficient and pragmatic procedure for approving health insurance premiums, bearing in mind the resources it has at its disposal, and the reproaches still being made are for the most part unfounded, given that the roles of the different players – health insurance companies on the one hand and cantonal authorities on the other – are different. While the approved premiums are only rarely sufficient for the one side, they are always too high for the other.

Daniel Wiedmer, Project Manager
Head of the Insurance Companies and Monitoring Division

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Résumé	IX
Riassunto	XVII
Summary	XXV
Einleitung	1
1. Umsetzung des Gutachtens Schmid	4
1.1. Einleitung	4
1.2. Das Gutachten Schmid	4
1.3. Prüfung der Umsetzung des Gutachtens Schmid	8
1.4. Zusammenfassung	13
2. Qualität des Verfahrens	14
2.1. Einleitung	14
2.2. Kriterien des BSV bei der Prämiengenehmigung	14
2.3. Zusammenarbeit mit den Versicherern	19
2.4. Einbezug der Kantone	23
2.5. Zusammenfassung und Beurteilung	26
3. Qualität des Ergebnisses	27
3.1. Einleitung	27
3.2. Die Bestimmungen in der KVV	27
3.3. Datenauswertung / Datenquellen	28
3.4. Reserven und Rückstellungen	29
3.5. Zusätzliche Aspekte	37
3.6. Zusammenfassung und Beurteilung	37
4. Wirkungsanalyse der Prämiengenehmigung	39
4.1. Einleitung	39
4.2. Dämpfung der Prämienentwicklung	39
4.3. Insolvenzgefahr	43
4.4. Zusammenfassung und Beurteilung	45
5. Synthese und Empfehlungen	47
5.1. Synthese	47
5.2. Empfehlungen	50
Literaturverzeichnis	52
Anhang zum Kapitel 1.	53
Anhang zum Kapitel 3.	58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitplan des Prämien genehmigungsverfahrens.....	9
Abbildung 2: Reservesituation der Versicherer	30
Abbildung 3: Reservesatz differenziert nach Grösse der -Versicherer	31
Abbildung 4: Zeitraum der Reserveunterdeckung der Versicherer	33
Abbildung 5: Geschäftsergebnisse der Versicherer in der Grundversicherung ...	34
Abbildung 6: Rückstellungen der Versicherer	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mindestreserven für Versicherer.....	28
Tabelle 2: Zahl der Versicherer mit Unterdeckung.....	32
Tabelle 3: Kapitalanlagen der Versicherer (in Mio. Sfr.)	35
Tabelle 4: Im Jahr 1996 bei den Versicherungen abgefragte Grunddaten.....	53
Tabelle 5: Unterlagen der Versicherer	54
Tabelle 6: Massnahmen des BSV.....	54
Tabelle 7: Massnahmen der Kantone.....	57
Tabelle 8: Anzahl Versicherte nach Krankenkasse 1999- 2001	58
Tabelle 9: Unter-/Überdeckung Rückstellungen 1999-2001.....	61
Tabelle 10: Reservesituation nach Krankenkasse 1999-2001	65
Tabelle 11: Unter-/Überdeckung Reserven 1999-2001.....	71

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
f.	folgende
ff.	fortfolgende
HMO	Health Maintenance Organisation
Kobe	Kostenbeteiligung
KV 1/KV 2	Ressort Aufsicht beim BSV
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
No./Nr.	Nummer
S.	Seite
s.	siehe
s.o.	siehe oben
Sfr./CHF	Schweizer Franken
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
ZIM	Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin

Zusammenfassung

Ziel und Methodik

Der Bericht untersucht die Praxis der Prämiengenehmigung des BSV bis und mit der Prämienrunde im Jahr 2002¹. Evaluiert wird die konkrete Umsetzung des im Jahr 1997 von Prof. Dr. Heinz Schmid vorgeschlagenen Vorgehens bei der Prämiengenehmigung sowie die Qualität der Prämienentscheide des BSV. Schliesslich macht das Gutachten Vorschläge zur Verbesserung des derzeitigen Prozederes, wobei auch grundsätzliche Fragen hinsichtlich Ziel und Zweck einer solchen Genehmigung aufgeworfen werden.

Die Qualität der Prämienentscheide des BSV wird sowohl anhand verfahrenstechnischer Kriterien als auch am Ergebnis gemessen. Zur Evaluierung des Prämien genehmigungsverfahrens wurden zahlreiche Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BSV, mit Krankenversicherungen und relevanten kantonalen Ämtern geführt. Das Projektteam hat zudem interne Unterlagen des BSV zum Prämien genehmigungsverfahren gesichtet und geprüft. Aussagen und Meinungen von Gesprächspartnern bei den Versicherern, den Kantonen und im BSV sind als solche gekennzeichnet. Wo kein expliziter Bezug auf Gesprächspartner oder andere Untersuchungen genommen wird, widerspiegelt der Text die Analyse der Autoren.

Zur Messung der Qualität des Ergebnisses der Prämiengenehmigung wählen wir einen pragmatischen und zugleich möglichst objektiven Ansatz, in dem wir untersuchen, ob die genehmigten Prämien in den vergangenen Jahren dazu geführt haben, dass die Bestimmungen der KVV des KVG eingehalten wurden. Die KVV macht Vorgaben hinsichtlich der Ergebnisse, der Rückstellungen und Reserven der Versicherer, wobei die Angaben bezüglich der Reserven am genauesten sind. Folglich haben wir die beim BSV verfügbaren Zahlen zur derzeitigen und prognostizierten finanziellen Situation der Versicherer zusammengestellt und analysiert.

¹ Allfällige Ende 2002 oder Anfang 2003 durchgeführte Veränderungen des Verfahrens wurden nicht evaluiert. Die Arbeiten zur vorliegenden Arbeit wurden im Herbst 2002 aufgenommen und der Bericht Anfang 2003 abgefasst. Mittlerweile wurden im Prämien genehmigungsverfahren des BSV bereits einige Änderungen durchgeführt. Bei der Lektüre des Berichtes ist also zu beachten, dass manche Beobachtungen so heute (im Juni 2003) nicht mehr gemacht werden könnten.

Prüfung der Umsetzung des Gutachtens Schmid

Im Jahr 1997 hat Prof. Dr. Heinz Schmid in einem Gutachten für das BSV Empfehlungen hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Prämienbewilligung zusammengestellt. Das Gutachten wurde vom BSV formal in allen wesentlichen Teilen umgesetzt. Die vorgeschlagenen Kennziffern werden heute berechnet und die Kantone erhalten vor der Prämiengenehmigung Gelegenheit zur Einsicht und Kommentierung der Prämieingaben, haben aber, wie im Gutachten Schmid auch vorgeschlagen, kein Mitbestimmungsrecht. Zusätzlich zu den im Gutachten Schmid vorgeschlagenen Berechnungen werden heute *weitere Kennzahlen* gebildet und insbesondere auch graphisch dargestellt.

Prüfung der Qualität der Entscheidungen

Die Studie zeigt, dass die in den vergangenen Jahren genehmigten Prämien einen ausgesprochen nachteiligen Effekt auf die finanzielle Situation der Versicherer hatten. Nach Schätzungen der Versicherer (basierend auf Zahlen des Sommers 2002) wiesen Ende 2002 von insgesamt 93 Versicherern deren 55 weniger als die in der KVV vorgeschriebenen Reserven aus. Gesamthaft beträgt die Reserveunterdeckung per Ende 2002 nach den Schätzungen der Versicherer Sfr. 750 Mio. Aller Voraussicht nach wird sich der Reservesatz (Reserven in Prozent des Prämienolls) bis Ende 2003 wieder etwas erhöhen, in absoluten Zahlen (Reserveunterdeckung in Sfr.) wird sich die Situation bei den Reserven bis Ende 2003 aber eher noch verschlechtern. Es stellt sich damit die Frage, ob das BSV seine Aufsichtspflicht nicht verletzt hat.

Insgesamt muss konstatiert werden, dass über Jahre zu tiefe Prämien genehmigt wurden. In den Jahren 1999-2002 haben die Versicherer insgesamt negative Ergebnisse ausgewiesen, die grössten Verluste entstanden im Jahr 2001. Verluste an der Börse haben mit ergebnisrelevanten Abschreibungen von insgesamt Sfr. 71 Mio. im Jahr 2001 bei einem Gesamtverlust der Versicherer von 780 Mio in diesem Jahr nur eine marginale Rolle gespielt. Eine grössere Bedeutung hatten die Kapitalerträge, die im Jahr 2001 im Vergleich zum Vorjahr um fast 300 Mio Sfr. eingebrochen sind. Abschreibungen und reduzierte Kapitalerträge erklären zusammengenommen aber nur die Hälfte der Verluste der Versicherer im Jahr 2001. Auch ohne die schlechte Börse wären viele Versicherer den in der KVV vorgeschriebenen Regelungen hinsichtlich der Reserven nicht mehr gerecht geworden. Zudem hätte auch das Eventualereignis einer Börsenverschlechterung in die Berechnung der notwendigen Prämienhöhe mit eingehen müssen.

Vor dem Hintergrund dieses Ergebnisses muss die Frage gestellt werden, ob das *Verfahren* der Prämiengenehmigung insgesamt qualitative Mängel aufweist (bzw. während des Untersuchungszeitraums aufwies), obwohl das Gutachten von Prof. Schmid zur Vorgehensweise bei der Prämienbewilligung vom BSV formal umgesetzt wurde (s.o.).

Die 6-8 für die Prämiengenehmigung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BSV müssen innert kürzester Frist (18 Arbeitstage) die Prämieeingaben von fast 100 Versicherern überprüfen. Dies stellt eine grosse Aufgabe dar, die ein relativ pragmatisches Vorgehen erfordert. Trotz der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit ist es jedoch nicht optimal, dass für die Beurteilung teilweise nur wenige Kennziffern herangezogen wurden. Umfang und Qualität der Prüfung variierten dabei stark zwischen den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des BSV.

Die Leitung des BSV hatte in den vergangenen Jahren als Ziel vorgegeben, die Reserven auf die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestniveaus zu reduzieren. Das BSV verfolgte zugleich das Ziel intertemporal gleichmässiger Prämien erhöhungen. Hier bestand ein klarer Zielkonflikt, da niedrige Reserven ein Abfangen unvorhersehbarer Ereignisse verunmöglichen.

Bei der Abwägung zwischen deutlichen Prämien erhöhungen und (weiterem) Abbau von Reserven hat das BSV offenbar eine *Unterschreitung* der gesetzlichen Mindestreserve fallweise in Kauf genommen.

Problematisch ist das Fehlen klarer schriftlich dargelegter Regeln, die festlegen, in welchen Fällen die Mindestreserve ausnahmsweise unterschritten werden darf. Auch ist problematisch, dass das BSV den Versicherern Kritik an den eingegebenen Prämien meist mündlich mitteilt. Eine systematische Dokumentation des Prämiengenehmigungsverfahrens findet nicht statt.

Die *Zusammenarbeit* zwischen *Versicherern* und den für die Prämiengenehmigung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BSV ist insgesamt als problematisch zu bezeichnen. Insbesondere gibt es „atmosphärische Störungen“ im Verhältnis mit einigen Versicherern. Auf der materiellen Ebene steht primär der Vorwurf im Raum, die Versicherer seien gezwungen worden, ihre Prämien weniger stark zu erhöhen als sie dies für sinnvoll erachtet hätten.

Die Politik des BSV hat schliesslich dazu geführt, dass manche Versicherer bei ihren Eingaben einen gewissen Abschlag bei den Prämien erhöhungen bereits einkalkulieren. Seitens der Versicherer ist ein solches Vorgehen im Lichte der ge-

machten Erfahrung verständlich, insgesamt wird das Verfahren der Prämiengenehmigung durch solche strategischen Eingaben erschwert.

Heute ist von den meisten Versicherern zu hören, dass sie mittlerweile (je nach Versicherer seit der Prämienrunde 2002 oder 2003) zufriedener mit der Zusammenarbeit mit dem BSV sind. Die Berechnungen des BSV wie auch die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seien besser geworden und das BSV folge mehr als bisher der Argumentation der Versicherer. Der letzte Punkt ist nach Ansicht der Versicherer auf die katastrophale Reservesituation des Jahres 2001 zurückzuführen.

Die Information der *Kantone* hinsichtlich der eingegebenen Prämienanpassungen ist gewährleistet. Auch können die Kantone diese kommentieren. Rund die Hälfte der Kantone macht von diesem Recht Gebrauch, einige wenige Kantone kommentieren die Prämieingaben auf Grundlage von Informationen der Versicherer und eigener Berechnungen schriftlich.

Seitens der Kantone wird das Verfahren teils kritisiert. Insbesondere monieren sie, dass das BSV ihnen vorab keine schriftlichen Unterlagen zustellt und sie ex post nicht darüber informiere, inwieweit ihre Kommentare konkret berücksichtigt werden (wobei der letztere Kritikpunkt vom BSV nicht akzeptiert wird, da es die Kantone durchaus entsprechend informiere).

Hat das Prämiengenehmigungsverfahren die Prämien erhöhungen gedämpft?

Das Ergebnis unserer Analyse ist, dass das Prämiengenehmigungsverfahren des BSV keine langfristige Prämienreduktion herbeiführen kann. Die Prämienbewilligung vermochte in den vergangenen Jahren die Prämien erhöhungen *kurzfristig zu dämpfen*, in dem sie auf einen Abbau der Reserven hingewirkt hat.

Der Abbau der Reserven hatte jedoch den Effekt, dass die Kapitalerträge abnehmen; die fehlenden Kapitalerträge müssen über *Prämien erhöhungen* ausgeglichen werden. Manche Versicherer erhöhen heute ihre Prämieinnahmen, indem sie Rabatte für Versicherungsverträge mit höheren Franchisen *reduzieren*. Dies hat jedoch kurz- bis mittelfristig (mindestens theoretisch) einen negativen Effekt auf das Verhalten der Versicherten und es besteht die Gefahr, dass dies zu einer *weite-*

ren *Kostenerhöhung* führt. Falls sich dieser Trend fortsetzt, wird sich dieser Nebeneffekt hinsichtlich der Eindämmung der Kosten *kontraproduktiv auswirken*².

Langfristig wären niedrigere (oder weniger schnell steigende) Prämien nur zu erzielen, wenn auch die *Kosten* durch das Prämiengenehmigungsverfahren des BSV beeinflusst werden könnten. Dabei müsste prinzipiell davon ausgegangen werden, dass im derzeitigen System der *Konkurrenz* zwischen den Versicherern ohnehin (also auch ohne Druck durch das BSV) Anreize bestehen, die Kosten und Prämien tief zu halten. Die Versicherer haben allerdings innerhalb der bestehenden Gesetzgebung nur einen relativ *geringen Spielraum*, ihre Kosten deutlich zu senken.

Die heutige Situation der Versicherer birgt die Gefahr, dass künftig einzelne Versicherer zahlungsunfähig werden. Die Insolvenz von Versicherern kann in *Einzelfällen* insbesondere für ältere Versicherte mit hohen Kosten verbunden sein, da sie zwar in der Grundversicherung von einem anderen Versicherer aufgenommen werden müssen, ihre Zusatzversicherungen, in die sie jahrelang einbezahlt haben, jedoch eventuell ersatzlos verlieren würden³.

Zudem sind Insolvenzen mit *Kosten für die Allgemeinheit* verbunden, da von dem insolventen Versicherer nicht mehr bezahlte Rechnungen entweder durch die gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherungen oder gar direkt vom Steuerzahler übernommen werden müssten.

Empfehlungen

Unseres Erachtens ist es geboten, dass sich das BSV auf die Prüfung der Solvabilität der Versicherer konzentriert, wenn nicht gar ganz darauf beschränkt.

Eine Beschränkung des BSV auf eine Solvabilitätsprüfung würde das Verfahren der Prämiengenehmigung generell vereinfachen. Die Prämien von finanziell gesunden Versicherern könnten schnell und unbürokratisch genehmigt werden und

² Es wird allerdings beobachtet, dass Versicherte (mindestens kurzfristig) relativ wenig auf Veränderungen in der Prämienstruktur reagieren. Dies lässt vermuten, dass eine Reduktion der Rabatte nicht sofort zu einer drastischen Verlagerung hin zu niedrigeren Franchisen führt. Tendenziell ist jedoch mit einem Rückgang zu rechnen. Hohe Franchisen stellen jedoch einen wichtigen Anreiz zum Kostenbewusstsein der Versicherten dar.

³ Laut Aussagen des BSV haben viele grosse Versicherer Grund- und Zusatzversicherung rechtlich getrennt, wodurch das Problem bei diesen Versicherern nicht mehr vorhanden ist.

das BSV könnte seine Ressourcen darauf konzentrieren, Versicherer mit finanziellen Problemen intensiv zu prüfen und zu beraten.

Regelmässige Gespräche zwischen den Versicherern und denjenigen BSV Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die für die Prämiengenehmigungen zuständig sind, könnten das Gesprächsklima und die Zusammenarbeit weiter verbessern. In Antizipation schwieriger Prämiengenehmigungsgespräche könnten in solchen während des Jahres stattfindenden Treffen auch Vorsondierungen unternommen werden.

Zu überprüfen wäre, inwieweit bei der Beratung der Versicherer die Audit-Abteilung des BSV mit eingebunden werden könnte. Hier müsste zunächst einmal ein Konzept erstellt werden, in dem die Nachfrage nach einer solchen Beratung, deren Finanzierung, aber auch potentielle Interessenkonflikte dargelegt würden.

Wenn das BSV weiterhin sowohl die Prämien wie auch die Reserven nach oben beschränken möchte, so sollten klar kommunizierte Limite gelten. Vorstellbar wäre ein *Band* akzeptierter Reservesätze.

Das BSV sollte seine Beurteilung der Prämieingaben nach einem einheitlichen Schema in schriftlicher Form dokumentieren. Dies gilt insbesondere für Rückmeldungen an Versicherungen, die auf eine Änderung der Eingabe abzielen. Eine solche Dokumentation würde zur Objektivität und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens beitragen.

Die Diskussion mit den *Kantonen* könnte verbessert werden, indem das BSV den Kantonen die vom BSV berechneten Kennzahlen zur Stellungnahme zuschicken würde, anstatt lediglich eine Einsichtnahme in Bern zu gewähren. Es ist nicht sinnvoll, dass 26 Kantone Kapazitäten zur technischen Verarbeitung der Unterlagen der Versicherer aufbauen.

Den Kantonen ist, so das Ergebnis unserer Gespräche mit Kantonsvertretern, oftmals nicht klar, ob und inwieweit ihre Kommentare tatsächlich eine Auswirkung auf die kantonalen Prämien haben. Zwar informiert das BSV die Kantone diesbezüglich, aber es wäre zu überprüfen, wie die Kommunikation verbessert werden könnte.

Im Rahmen des heutigen Systems können günstigere Prämien vor allem dadurch erreicht werden, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern forciert und weiter geöffnet wird. Forciert könnte der Wettbewerb werden, in dem das BSV weiter und verstärkt dazu beiträgt, dass Informationskosten hinsichtlich der Versi-

cherungsprämien und (eventuell subjektive, psychologisch motivierte) Transaktionskosten eines Wechsels des Versicherers reduziert werden.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und die Abschaffung von Regeln, welche die Versicherer bezüglich Versicherungsformen (z.B. Franchisen/Franchisenrabatte) einschränken, würde zu einer weiteren Öffnung des Wettbewerbs führen und den Versicherern erlauben, mit innovativen und anreizkompatiblen Produkten für tiefere Kosten zu sorgen. Dies ist jedoch nur durch eine Revision des KVG möglich.

Résumé

Objectif et méthode

Le rapport étudie la pratique de l'OFAS en matière d'approbation des primes jusqu'à la procédure 2002 comprise⁴. Il évalue l'application concrète de la procédure d'approbation des primes proposée en 1997 par le professeur Heinz Schmid et la qualité des décisions de l'OFAS en la matière. Enfin, l'expertise fait des propositions d'amélioration de la procédure actuelle, en soulevant également des questions de principe sur la finalité d'une telle approbation.

La qualité des décisions de l'OFAS portant sur les primes est mesurée tant selon des critères de technique de la procédure que selon le résultat. Pour évaluer la procédure d'approbation, un grand nombre d'entretiens ont été menés avec des collaborateurs de l'OFAS, avec des assureurs-maladie et avec des offices cantonaux concernés. L'équipe de projet a en outre consulté et examiné des documents internes de l'OFAS ayant trait à cette procédure. Lorsqu'il s'agit d'affirmations et d'avis exprimés par nos interlocuteurs auprès des assureurs, des cantons et au sein de l'OFAS, nous l'indiquons toujours clairement. Si le rapport ne mentionne pas explicitement des interlocuteurs ou d'autres études, le texte reflète l'analyse effectuée par les auteurs.

Pour mesurer la qualité du résultat de l'approbation des primes, nous choisissons une approche pragmatique et en même temps aussi objective que possible, en examinant si les primes approuvées ont eu pour effet, ces dernières années, que les dispositions de l'ordonnance d'application de la LAMal ont été respectées. L'OAMal pose des conditions relatives aux résultats, aux provisions et aux réserves des assureurs, les indications sur les réserves étant les plus précises. Nous avons donc réuni et analysé les chiffres disponibles auprès de l'OFAS sur la situation financière actuelle et assureurs et sur leur situation future prévue.

⁴ Les éventuelles modifications de la procédure effectuées à la fin de 2002 ou au début de 2003 n'ont pas été évaluées. Les travaux concernant la présente étude avaient été entrepris en automne 2002 et le rapport a été rédigé au début de 2003. Entre-temps, la procédure d'approbation des primes de l'OFAS a déjà subi quelques modifications. En lisant le rapport, il convient donc de tenir compte du fait que nombre de constats ne pourraient plus être les mêmes à l'heure actuelle (en juin 2003).

Examen de l'application de la procédure proposée dans l'expertise Schmid

Dans son expertise de 1997, le professeur Schmid a formulé des recommandations sur la manière de procéder lors de l'approbation des primes. Ces recommandations ont pour l'essentiel été suivies par l'OFAS du point de vue formel. A l'heure actuelle, les chiffres-clés proposés sont calculés et les cantons ont l'occasion, avant l'approbation des primes, de prendre connaissance des primes présentées par les assureurs et de les commenter, mais, comme le préconisait aussi l'expertise Schmid, ils n'ont pas un droit de codécision. Outre les calculs proposés dans cette dernière, *d'autres chiffres-clés* sont actuellement déterminés et représentés aussi sous forme de graphiques.

Examen de la qualité des décisions

L'étude montre que les primes approuvées ont eu, ces dernières années, un effet manifestement négatif sur la situation financière des assureurs. Selon des estimations de ces derniers (qui se fondent sur des chiffres de l'été 2002), les réserves de 55 assureurs, sur un total de 93, étaient inférieures, à la fin de 2002, à celles prescrites par l'OAMal. Le découvert de réserves global se chiffre, toujours selon ces estimations, à 750 millions de francs à la fin de 2002. Selon toute probabilité, le taux de réserves (réserves par rapport aux primes à recevoir) augmentera à nouveau quelque peu d'ici la fin de 2003, mais en chiffres absolus (découvert de réserves en francs) la situation va plutôt s'aggraver encore d'ici là. La question est donc de savoir si l'OFAS n'a pas manqué à son obligation de surveillance.

Force est de constater que, pendant des années, des primes trop basses ont été approuvées. De 1999 à 2002, les assureurs ont indiqué dans l'ensemble des résultats négatifs ; ils ont subi les plus grandes pertes en 2001. Les pertes en bourse, qui se sont répercutées sur les résultats par des amortissements de 71 millions de francs en 2001, sur une perte globale des assureurs de 780 millions pour cette année, n'ont joué qu'un rôle marginal. Une plus grande importance doit être accordée aux revenus des capitaux qui ont reculé en 2001 de près de 300 millions de francs. Mais les amortissements et la baisse du rendement des capitaux n'expliquent que la moitié des pertes des assureurs en 2001. Même si la situation boursière n'avait pas été défavorable, un grand nombre de caisses n'auraient plus satisfait aux prescriptions de l'OAMal sur les réserves. En outre, l'éventualité d'une évolution boursière défavorable aurait dû être prise en compte dans le calcul du montant requis des primes.

Au vu de ce résultat, il faut se demander si, dans l'ensemble, la *procédure* d'approbation des primes présente des lacunes d'ordre qualitatif (ou en a présenté durant la période considérée), même si les recommandations de l'expertise du professeur Schmid quant à la manière de procéder lors de l'approbation des primes ont été suivies par l'OFAS sur le plan formel (voir ci-dessus).

Les 6 à 8 collaborateurs de l'OFAS compétents pour l'approbation des primes doivent examiner les primes présentées par près de 100 assureurs dans un délai très bref (18 jours ouvrables). C'est là une tâche importante, qui exige une manière de procéder relativement pragmatique. Malgré la brièveté du délai à disposition, le fait de n'avoir utilisé parfois qu'un petit nombre de chiffres clés pour évaluer les primes n'est cependant pas une solution optimale. L'étendue et la qualité de l'examen ont en outre fortement varié suivant les collaborateurs de l'OFAS.

La direction de l'OFAS avait fixé comme objectif, ces dernières années, de réduire les réserves au minimum prescrit par loi. Parallèlement, l'OFAS avait pour objectif d'équilibrer les augmentations de primes dans le temps. C'était manifestement un conflit d'objectifs, car des réserves faibles ne permettent pas de faire face à des événements imprévisibles.

Ayant dû choisir entre la nette augmentation des primes et la (poursuite de la) réduction des réserves, l'OFAS a apparemment accepté, dans certains cas, que les réserves soient *inférieures* au minimum légal.

L'absence de règles claires et écrites définissant les cas où les réserves peuvent exceptionnellement être inférieures au minimum pose un problème. Tout comme le fait que l'OFAS communique en général oralement aux assureurs sa critique des primes présentées. Il n'y a pas de documentation systématique de la procédure d'approbation des primes.

Dans l'ensemble, on constate que la *collaboration* entre les *assureurs* et les collaborateurs de l'OFAS compétents en matière d'approbation des primes pose des problèmes. L'atmosphère est notamment perturbée entre l'office et un certain nombre d'assureurs. Matériellement parlant, il s'agit en premier lieu du reproche selon lequel les assureurs auraient été contraints de ne pas augmenter leurs primes autant qu'ils l'auraient considéré comme judicieux.

La politique de l'OFAS a finalement amené nombre d'assureurs à prévoir, déjà au moment du calcul des primes à indiquer, qu'il y aura une certaine réduction de leurs augmentations. Cette manière de procéder est compréhensible au vu des ex-

périences faites, mais tout compte fait, de telles indications stratégiques rendent plus difficile la procédure d'approbation des primes.

Actuellement, la plupart des assureurs disent qu'ils sont entre-temps plus satisfaits de la collaboration avec l'OFAS (selon l'assureur, depuis la procédure 2002 ou 2003). Les calculs de l'OFAS, tout comme la compétence de ses collaborateurs, se seraient améliorés et l'office suivrait mieux que jusqu'ici l'argumentation des assureurs. Ce dernier point s'explique, selon les assureurs, par la situation catastrophique des réserves en 2001.

L'information des *cantons* sur les adaptations de primes présentées est garantie. Les cantons peuvent également les commenter. Environ la moitié d'entre eux font usage de ce droit, un petit nombre de cantons commentent les primes présentées en se fondant sur des informations fournies par les assureurs et sur leurs propres calculs.

La procédure d'approbation est en partie critiquée par les cantons. Ils désapprouvent notamment le fait que l'OFAS ne leur fournisse pas de documents écrits au préalable et ne leur indique pas postérieurement dans quelle mesure leurs commentaires sont effectivement pris en considération (ce dernier point n'étant pas accepté par l'OFAS, qui leur fournit bel et bien une information à ce sujet).

La procédure d'approbation des primes a-t-elle freiné leur augmentation ?

Il résulte de notre analyse que la procédure d'approbation des primes de l'OFAS ne peut pas entraîner une réduction des primes à long terme. L'approbation des primes par l'OFAS a pu, ces dernières années, *freiner les augmentations de primes à court terme* en agissant dans le sens d'une réduction des réserves.

La réduction des réserves a cependant eu pour effet de diminuer les revenus des capitaux, dont le manque doit être compensé par des *augmentations de primes*. Nombre d'assureurs accroissent actuellement leurs recettes de primes en *réduisant* les rabais pour les contrats d'assurance comportant des franchises plus élevées. Cette pratique a cependant (du moins théoriquement), à court et à moyen termes, un effet négatif sur le comportement des assurés et risque de provoquer une *nouvelle hausse des coûts*. Si cette tendance se poursuit, cet effet secondaire sera *contre-productif* en termes de maîtrise des coûts⁵.

5 Il apparaît cependant qu'un nombre relativement faible d'assurés réagissent (du moins à court

A long terme, il ne serait possible de réaliser des primes plus basses (ou augmentant moins rapidement) que si la procédure d'approbation des primes par l'OFAS pouvait exercer également une influence sur les *coûts*. Il faudrait partir du principe que le système actuel de *concurrence* entre les assureurs comporte déjà (sans que l'OFAS exerce une pression) des incitations à viser un bas niveau des coûts et des primes. La législation actuelle ne laisse toutefois aux assureurs qu'une *marge de manœuvre relativement faible* pour réduire nettement leurs coûts.

Si la situation actuelle des assureurs perdure, certains d'entre eux risqueront de devenir insolvables. Or l'insolvabilité d'assureurs peut, *dans certains cas*, entraîner des coûts élevés, notamment pour les assurés âgés, qui devront certes être admis dans l'assurance de base par un autre assureur, mais qui perdront le cas échéant intégralement leurs assurances complémentaires pour lesquelles ils ont payé des primes durant des années⁶.

En outre l'insolvabilité d'assureurs engendre des *coûts pour la collectivité*, car les factures impayées d'un assureur insolvable doivent être acquittées soit par l'institution commune des assureurs-maladie, soit même directement par le contribuable.

Recommandations

Il importe, à notre avis, que l'OFAS se concentre sur l'examen de la solvabilité des assureurs, voire se limite à cet examen.

Si l'OFAS examinait uniquement si les assureurs sont solvables, cette limitation permettrait de simplifier de manière générale la procédure d'approbation des primes. Les primes des assureurs financièrement sains pourraient être approuvées rapidement et sans lourdeur bureaucratique et l'OFAS pourrait concentrer ses ressources pour examiner à fond et conseiller les assureurs ayant des problèmes financiers.

terme) aux modifications de la structure des primes. Il est donc permis de supposer qu'une réduction des rabais n'entraîne pas immédiatement un transfert drastique vers des franchises plus basses. Mais il faut s'attendre à une tendance au recul. Les franchises élevées constituent pour les assurés une incitation importante à un comportement conscient des coûts.

6 Selon les affirmations de l'OFAS, de nombreux grands assureurs ont séparé l'assurance de base et l'assurance complémentaire sur le plan juridique, de sorte que, pour eux, ce problème n'existe plus.

Des entretiens réguliers réunissant les assureurs et les collaborateurs de l'OFAS chargés de l'approbation des primes pourraient continuer d'améliorer le climat et la collaboration. Ils auraient lieu durant l'année et permettraient d'anticiper les difficultés surgissant dans les discussions sur l'approbation des primes et de préparer le terrain.

Il s'agirait d'examiner dans quelle mesure l'unité Audit AMal de l'OFAS pourrait être associée au conseil fourni aux assureurs. Dans cette optique il faudrait tout d'abord élaborer un concept exposant la demande d'un tel conseil, son financement, mais également les conflits d'intérêts potentiels.

Si l'OFAS souhaite continuer de plafonner tant les primes que les réserves, il faudra clairement communiquer les limites appliquées. Il serait envisageable d'indiquer une *fourchette* de taux de réserves acceptés.

L'OFAS devrait fournir des documents établis selon un schéma uniforme sur son évaluation des primes présentées par les assureurs. Cette règle vaudrait tout particulièrement pour les réponses aux assureurs visant à modifier les primes présentées. La fourniture de tels documents contribuerait à accroître l'objectivité et la clarté de la procédure.

La discussion avec les *cantons* pourrait être améliorée si l'OFAS leur envoyait pour avis les chiffres-clés qu'il a calculés, au lieu de simplement leur permettre de les consulter à Berne. Il n'est pas judicieux que 26 cantons créent des capacités pour le traitement technique des données des assureurs.

Les cantons – c'est le résultat de nos discussions avec leurs représentants – ne voient souvent pas si et dans quelle mesure leurs commentaires ont réellement un effet sur les primes cantonales. L'OFAS informe certes les cantons à ce sujet, mais il faudrait examiner de quelle manière la communication pourrait être améliorée.

Dans le système actuel, on peut rendre les primes plus avantageuses surtout en forçant et en ouvrant davantage la concurrence entre les assureurs. La concurrence pourrait être forcée si l'OFAS contribuait encore davantage à réduire les coûts de l'information sur les primes d'assurance et les coûts de transaction (induits le cas échéant pour des raisons subjectives ou psychologiques) liés à un changement d'assureur.

La suppression de l'obligation de contracter et l'abrogation de règles limitant les assureurs en ce qui concerne les formes d'assurance (p. ex. franchises, rabais de

franchises) conduiraient à une plus grande ouverture de la concurrence et permettraient aux assureurs d'abaisser les coûts par des produits novateurs et compatibles avec des incitations. Ce n'est cependant possible que par une révision de la LA-Mal.

Riassunto

Obiettivi e metodologia

Il rapporto studia la procedura d'approvazione dei premi adottata dall'UFAS fino alle trattative avvenute nel 2002⁷. Gli oggetti della valutazione sono l'applicazione concreta della procedura di approvazione dei premi proposta nel 1997 dal professor dr. Heinz Schmid e l'adeguatezza dei premi decisi dall'UFAS. La perizia presenta infine proposte tese a migliorare la procedura attuale, sollevando però anche interrogativi fondamentali su scopi e obiettivi di una tale approvazione.

L'adeguatezza dell'importo dei premi decisi dall'UFAS viene valutata in base a criteri di tecnica attuariale e ai risultati raggiunti. La procedura di approvazione dei premi è stata analizzata durante numerosi incontri tra i collaboratori dell'UFAS, gli assicuratori malattie e gli uffici cantonali più importanti. Il gruppo di lavoro ha inoltre visionato e verificato i documenti interni dell'UFAS concernenti la procedura di approvazione dei premi. Affermazioni e opinioni degli interlocutori in rappresentanza degli assicuratori, dei Cantoni e dell'UFAS sono presentate come tali nel rapporto. Laddove manca un riferimento esplicito ad un interlocutore o ad altri studi, il testo riflette l'analisi degli autori.

Per dare un giudizio sul risultato dell'approvazione dei premi adottiamo un approccio pragmatico e, allo stesso tempo, il più possibile obiettivo, verificando se negli anni scorsi l'approvazione dei premi abbia permesso o meno il rispetto delle disposizioni dell'OAMal e della LAMal. La LAMal fornisce indicazioni sui risultati da raggiungere, sugli accantonamenti e, più in dettaglio, sulle riserve da accumulare da parte degli assicuratori. Abbiamo in seguito raccolto ed analizzato le cifre a disposizione dell'UFAS sulla situazione finanziaria attuale e prevista degli assicuratori.

⁷ Nello studio non sono state considerate eventuali modifiche della procedura introdotte alla fine del 2002 o all'inizio del 2003. Questo studio è iniziato nell'autunno del 2002 e si è concluso con la consegna del rapporto finale all'inizio del 2003. Nel frattempo sono già stati introdotti alcuni cambiamenti nella procedura d'approvazione dei premi dell'UFAS. Alla lettura del rapporto occorrerà quindi tener conto che alcune osservazioni non sono più valide nella situazione attuale (giugno 2003).

Verifica dell'applicazione della perizia Schmid

In una perizia redatta nel 1997 per conto dell'UFAS, il prof. dr. Heinz Schmid ha formulato delle raccomandazioni sulla procedura d'approvazione dei premi. Formalmente l'UFAS ha seguito le proposte essenziali della perizia. Attualmente, una volta calcolati gli indicatori, i Cantoni hanno la possibilità di visionare i premi prima della loro approvazione e di esprimersi in merito. Come proposto dalla perizia Schmid, essi non hanno però il diritto di partecipare alla decisione definitiva. Oltre ai calcoli proposti dalla perizia Schmid, vengono attualmente elaborati *ulteriori indicatori* che verranno, in particolare, espressi anche graficamente.

Esame della plausibilità delle decisioni

Lo studio mostra che i premi approvati negli anni scorsi hanno avuto delle ripercussioni particolarmente negative sulla situazione finanziaria degli assicuratori. Secondo una stima degli assicuratori (basata su cifre dell'estate del 2002), alla fine del 2002 vi erano 55 assicuratori su 93 con riserve al di sotto di quanto prescritto dall'OAMal. Gli assicuratori stimano che alla fine del 2002 l'insufficienza delle riserve raggiungesse un totale di 750 milioni di franchi. Tutte le previsioni concordano sul fatto che alla fine del 2003 il tasso di riserva (riserve in percentuale dei premi dovuti) subirà un leggero incremento, ma che alla stessa data la situazione delle riserve in termini assoluti (insufficienza della copertura in franchi) sarà peggiore. La domanda che ci si pone è quindi se l'UFAS non sia venuto meno al proprio obbligo di vigilanza.

In via generale va constatato che da anni ormai vengono approvati premi troppo bassi. Tra il 1999 e il 2002 gli assicuratori hanno ottenuto risultati nel complesso negativi, avendo registrato le maggiori perdite nel 2001. Le perdite in borsa, che hanno comportato detrazioni rilevanti ai fini del conto economico per un importo totale di 71 milioni di franchi nel 2001, hanno rivestito un ruolo marginale, considerato che alla stessa data le perdite complessive degli assicuratori erano di 780 milioni di franchi. Hanno pesato maggiormente i redditi da capitale, ridottisi nel 2001 di quasi 300 milioni di franchi rispetto all'anno precedente. Le detrazioni e i minori redditi da capitale spiegano tuttavia solo la metà delle perdite degli assicuratori nel 2001. Anche senza i pessimi risultati borsistici molti di essi non avrebbero rispettato comunque le disposizioni di legge dell'OAMal concernenti le riserve. Inoltre l'eventualità di un peggioramento del mercato borsistico avrebbe dovuto tradursi in un aumento dei premi.

Alla luce di quanto accaduto bisogna domandarsi se la *procedura* d'approvazione

dei premi mostri nel complesso carenze qualitative (o se ne abbia mostrate durante il lasso di tempo considerato), nonostante l'UFAS abbia formalmente seguito le raccomandazioni contenute nella perizia del prof. Schmid inerenti alla procedura d'approvazione dei premi (v. sopra).

I collaboratori dell'UFAS competenti per l'approvazione dei premi (6-8 persone) devono verificare in tempi brevissimi (18 giorni feriali) le proposte di premio di circa 100 assicuratori. Si tratta di un compito arduo che richiede un modo di procedere abbastanza pragmatico. Nonostante il tempo a disposizione fosse piuttosto breve, in alcuni casi gli indicatori presi in considerazione sono risultati troppo scarsi per una valutazione ottimale. I collaboratori dell'UFAS hanno manifestato forti divergenze sia nella qualità, sia nell'estensione delle loro valutazioni.

Negli ultimi anni la direzione dell'UFAS si è posta l'obiettivo di far ridurre le riserve al livello minimo previsto dalla legge. Allo stesso tempo l'UFAS si è riproposto di mantenere gli aumenti dei premi ad un livello equilibrato nell'arco degli anni. Questi obiettivi erano in palese contrasto tra loro, dato che una quantità ridotta di riserve non permette di far fronte a situazioni inattese.

Dovendo valutare i vantaggi e gli svantaggi di un netto aumento dei premi rispetto ad una (ulteriore) diminuzione delle riserve, l'UFAS deve aver considerato che in alcuni casi si *potesse scendere sotto* le riserve minime previste dalla legge.

La mancanza di chiare regole scritte che determinino i casi in cui si possa eccezionalmente scendere al di sotto delle riserve minime, rende la situazione problematica, così come il fatto che nella maggioranza dei casi l'UFAS esprime agli assicuratori solo oralmente le proprie critiche in merito ai premi proposti. La procedura d'approvazione dei premi non è mai stata documentata sistematicamente.

La *collaborazione* tra gli *assicuratori* ed i collaboratori dell'UFAS preposti all'approvazione dei premi è da ritenersi nel complesso difficile. In particolare, *l'atmosfera non è delle migliori* nei rapporti con alcuni assicuratori. Sul piano materiale, una delle accuse rivolte dagli assicuratori è di essere stati obbligati a proporre un aumento dei premi più contenuto rispetto a quanto ritenevano opportuno.

La politica operata dall'UFAS ha finito per spingere diversi assicuratori a prevenire fin dall'inizio una certa riduzione nel calcolo dell'aumento dei premi. Sebbene sia comprensibile, viste le esperienze precedenti, che gli assicuratori adottino una tale procedura nell'approvazione dei premi, questa risulta nel complesso appe-

santità da simili proposte, dettate da motivi strategici.

Tuttavia la maggioranza degli assicuratori ritiene che la collaborazione con l'UFAS sia nel frattempo migliorata (a seconda dell'assicuratore, dopo le trattative sui premi del 2002 o del 2003). I calcoli e la competenza dei collaboratori dell'UFAS sarebbero migliorati e, rispetto al passato, l'Ufficio presterebbe maggiore attenzione agli argomenti degli assicuratori. Gli assicuratori riconducono questo fatto alla situazione catastrofica delle riserve nel 2001.

I *Cantoni* hanno accesso alle informazioni concernenti le proposte d'adeguamento dei premi ed hanno la possibilità di commentarle. Circa la metà dei Cantoni si avvale di questo diritto, ma solo alcuni di essi esprimono un giudizio scritto sulle proposte di premio basandosi sulle informazioni degli assicuratori e sui propri calcoli.

La procedura è in parte oggetto di critiche da parte dei Cantoni. Essi deplorano specialmente il fatto che l'UFAS non fornisce mai loro in precedenza alcuna documentazione scritta e che in seguito non vengono informati della misura in cui i loro commenti sono stati presi in considerazione. Quest'ultimo punto è tuttavia contestato dall'UFAS, che sostiene d'aver sempre informato i Cantoni al riguardo.

La procedura di approvazione dei premi ha permesso di contenere gli aumenti dei premi?

Dalla nostra analisi risulta che la procedura di approvazione dei premi dell'UFAS non è in grado di portare ad una riduzione dei premi sulla lunga durata. In passato il contenimento dovuto all'autorizzazione dei premi è stato sempre di *breve effetto*, dato che ne conseguiva una diminuzione delle riserve.

La diminuzione delle riserve aveva infatti per effetto una riduzione dei redditi di capitale che doveva essere controbilanciata da un *aumento dei premi*. Attualmente alcuni assicuratori incrementano le loro entrate *abbassando* le riduzioni concesse sui contratti assicurativi con una franchigia più elevata. Tuttavia, sulla breve e media durata questo produrrà (almeno in teoria) un effetto negativo sul compromento degli assicurati, creando il pericolo di un *ulteriore aumento dei costi*. Se

questa tendenza si dovesse confermare, questo effetto secondario si rivelerebbe controproducente sul piano del contenimento dei costi⁸.

A lungo termine si potrebbero ottenere premi più bassi (o con un aumento ridotto) solo se la procedura di approvazione dei premi dell'UFAS consentisse d'incidere anche sui *costi*. La premessa sarebbe che nell'attuale sistema di concorrenza tra gli assicuratori vi fossero incentivi a tenere bassi costi e premi, anche senza un intervento da parte dell'UFAS. Tuttavia, nel quadro dell'attuale legislazione il margine di manovra di cui godono gli assicuratori per ridurre sensibilmente i propri costi è relativamente ridotto.

L'attuale situazione economica degli assicuratori nasconde per alcuni di essi il rischio di un'insolvenza futura. *In singoli casi*, l'insolvenza di un assicuratore può cagionare costi elevati; questo è in particolare il caso degli assicurati anziani, che verrebbero sì affiliati di diritto all'assicurazione di base di un altro assicuratore, ma potrebbero tuttavia perdere irreversibilmente tutte le assicurazioni complementari nonostante ne avessero pagato i premi per lungo tempo⁹.

Le insolvenze provocano inoltre *costi per la collettività*, dato che le fatture non pagate da assicuratori insolventi devono essere coperte o dall'istituzione comune LAMal o, addirittura, direttamente dai contribuenti.

Raccomandazioni

Dal nostro punto di vista l'UFAS dovrebbe concentrarsi sulla verifica della solvenza degli assicuratori, se non addirittura limitarvi completamente.

La limitazione del compito dell'UFAS all'esclusiva verifica della solvenza semplificherebbe in generale la procedura di approvazione dei premi. I premi degli assicuratori dotati di una solida situazione finanziaria potrebbero essere approvati velocemente e senza ostacoli burocratici, permettendo all'UFAS di verificare e consigliare in modo più approfondito gli assicuratori alle prese con problemi finanziari.

⁸ Si osserva però che gli assicurati non mostrano una grande reazione (perlomeno a breve termine) alle modifiche operate alla struttura dei premi. Questo lascia presagire che l'abbassamento delle riduzioni non comporterà subito un drastico spostamento verso le franchigie più basse. Bisogna tuttavia aspettarsi una tendenza in questo senso. Le franchigie elevate costituiscono però un incentivo importante ad un comportamento attento ai costi da parte degli assicurati.

⁹ Da quanto afferma l'UFAS, molti dei grandi assicuratori hanno distinto giuridicamente l'assicurazione di base da quella complementare, evitando quindi il problema.

Incontri più regolari tra gli assicuratori ed i collaboratori dell'UFAS preposti all'approvazione dei premi migliorerebbero ulteriormente il clima di dialogo e la collaborazione. A preparazione delle difficili trattative sull'approvazione dei premi, queste riunioni, da tenersi nel corso dell'anno, potrebbero servire a condurre indagini preliminari.

Bisognerebbe verificare in che misura il settore Audit dell'UFAS potrebbe essere coinvolto nella consulenza degli assicuratori. Occorrerebbe prima di tutto sviluppare un piano in cui illustrare l'esigenza di una tale consulenza, il suo finanziamento ma anche possibili conflitti d'interesse.

Nel caso in cui l'UFAS volesse continuare a limitare la crescita sia dei premi sia delle riserve, lo dovrebbe fare in base a cifre rese note chiaramente. In questo senso sarebbe ipotizzabile una *fascia* di tassi di riserva riconosciuti.

Il giudizio dell'UFAS sulle proposte di premio dovrebbe essere disponibile in forma scritta e redatto secondo uno schema unitario. Questo vale soprattutto per le richieste di modifica della proposta indirizzata alle assicurazioni. Una tale documentazione contribuirebbe a creare obiettività e trasparenza attorno alla procedura.

Il dialogo con i *Cantoni* potrebbe migliorare se l'UFAS inviasse loro gli indicatori calcolati ai fini di una presa di posizione, invece di permetterne unicamente la consultazione a Berna. Non ha senso che ognuno dei 26 Cantoni debba designare per l'elaborazione tecnica della documentazione degli assicuratori.

Stando a quanto scaturito dai nostri incontri con i rappresentanti cantonali, spesso per essi non è chiaro se e in che misura i loro commenti abbiano inciso concretamente sui premi cantonali. Per quanto l'UFAS informi i Cantoni al riguardo, andrebbe tuttavia verificata la possibilità di favorire ulteriormente la comunicazione tra le parti.

Nel quadro del sistema vigente è possibile ottenere premi più bassi soprattutto assicurando ed estendendo la concorrenza tra gli assicuratori. L'UFAS potrebbe animare la concorrenza contribuendo maggiormente a ridurre le spese sostenute dagli assicuratori per informare gli assicurati sui premi nonché sui costi (eventualmente soggettivi e motivati psicologicamente) causati da un cambiamento d'assicuratore.

La soppressione dell'obbligo di contrarre e l'eliminazione di regole che limitano gli assicuratori nell'offerta di forme d'assicurazione (come franchigie o sconti per

la scelta di franchigie più elevate) porterebbe ad un ulteriore allargamento della concorrenza e consentirebbe agli assicuratori di mantenere i prezzi bassi grazie a prodotti innovativi e rispondenti all'esigenza d'incentivare ad un comportamento attento ai costi. Tutto ciò diverrà però possibile solo attraverso una revisione della LAMal.

Summary

Aims and methods

The report examines the practice of approving health insurance premiums by the Swiss Federal Social Insurance Office (FSIO) up to and including the premium consultations of 2002¹⁰. The object of the evaluation was the practical implementation of the approval procedure proposed by Prof. Heinz Schmid in 1997 and the quality of the FSIO's decisions regarding health insurance premiums. Finally, suggestions are put forward for improving current procedure, basic questions regarding the aim and purpose of such approval being raised.

The quality of the FSIO's decisions regarding premiums was assessed using procedural criteria as well as on the basis of the results obtained. As far as evaluating the premium approval procedure is concerned, interviews were carried out with staff of the FSIO, representatives of health insurance companies and the corresponding cantonal authorities. In addition, the team working on the project was allowed access to and examined internal FSIO documents relating to the premium approval procedure. Comments and opinions provided by those interviewed at the health insurance companies, the cantonal offices and the FSIO are indicated as such. Where no explicit reference to an interviewee or other studies is given, the text expresses the results of the authors' analysis.

In order to assess the quality of the results of the premium approval procedure we chose an approach that was pragmatic and at the same time as objective as possible in that we investigated whether in recent years the approved premiums had resulted in compliance with the terms of the health insurance ordinance (HIO) of the health insurance law (HIL). The HIO sets out conditions concerning the results, provisions and reserves of the health insurance companies, stipulations relating to reserves being most precise. Consequently we collated and analysed the figures available from the FSIO concerning the current financial situation and prognoses for the future.

¹⁰ Any changes in the procedure at the end of 2002 or the beginning of 2003 were not evaluated. The study which resulted in the present report was started in autumn 2002 and the report was drawn up at the beginning of 2003. Since then some changes have been made to the FSIO procedure for approving health insurance premiums. Readers of this report should therefore bear in mind that some observations made at the time are no longer pertinent today (June 2003).

Examination of the implementation of Prof. Schmid's recommendations

In 1997 Prof. Heinz Schmid made a number of recommendations to the FSIO with regard to the procedure for approving premiums. All the major aspects of his proposals have been formally implemented by the FSIO. The suggested key indicators are now calculated and before premiums are approved the cantonal authorities are given an opportunity to view and comment on the proposed premiums, although, as recommended by Prof. Schmid, they play no active part in the decision-making process. In addition to the calculations proposed by Prof. Schmid, *other indicators* are also obtained now and in particular presented in graph form.

Examination of the quality of the decisions taken

The results of the study show that the premiums approved in recent years have had a clearly negative effect on the financial situation of health insurance companies. According to estimates made by the latter (based on figures for summer 2002) 55 out of the total of 93 health insurance companies had lower reserves than stipulated in the HIO at the end of 2002. The total shortfall in reserves at the end of 2002 was estimated by the health insurance companies to amount to Sfr. 750 million. It is expected that the reserve ratio (reserves as a percentage of premiums due) will rise slightly by the end of 2003, although in absolute figures the situation with regard to reserves will in fact worsen by the end of the current year. The question thus arises as to whether the FSIO can be said to have fulfilled its supervisory role.

Overall it can be seen that for many years premiums which were too low have been approved. Between 1999 and 2002 health insurance companies as a whole have shown negative results, the greatest losses occurring in 2001. The stock exchange slump played only a marginal role, with a total of Sfr. 71 million being written off in the annual financial statements for 2001 compared with an overall loss of Sfr. 780 in the same year. More significant was income from capital, which in 2001 was almost Sfr. 300 million lower than in the previous year. Together losses on investments and lower income from capital account for only half the total losses incurred by health insurance companies in 2001, however. Even without the poor performance of the stock exchange many health insurance companies would still not have been able to comply with the stipulations of the HOI regarding reserves. Furthermore, the eventuality of a stock exchange slump should have

been allowed for when premiums were calculated.

In view of the above, the question arises as to whether the whole *procedure* for approving premiums is qualitatively unsound (or at least was so during the period covered by the study), despite the fact that Prof. Schmid's recommendations concerning procedure for premium approval were formally implemented by the FSIO (see above).

The 6-8 employees at the FSIO who are responsible for approving premiums have to examine proposals from almost 100 health insurance companies within a very short time (18 working days). This is an enormous task which requires a relatively pragmatic approach. Despite the lack of time available, it is not ideal if in some cases only a few key figures are used to assess a premium. In this respect, the scope and the quality of the premium assessments varied considerably from one FSIO employee to another.

Over the past few years the FSIO has aimed to reduce reserves to the legally prescribed minimum. At the same time it has tried to ensure that, in the meantime, all premiums were increased at a similar rate. This gave rise to a clear conflict of objectives, since lower reserves make it impossible to allow for unforeseeable events.

In weighing up the pros and cons of clear increases in premiums and a (further) reduction in reserves, the FSIO obviously took into account a *shortfall* in the legal minimum reserves in certain cases.

A major problem is the lack of clearly set out regulations that stipulate the conditions under which reserves may, exceptionally, fall below the legal minimum. Another problem is that the FSIO normally passes on criticism of proposed premiums only orally; there is no systematic written documentation relating to the premium approval procedure.

On the whole, *cooperation* between the *health insurance companies* and the FSIO staff who work on premium approval is not ideal. In particular relations with certain insurance companies are "tense". From a practical point of view the main reproach is that the health insurance companies are forced to adopt lower premium increases than they consider necessary.

Finally, the FSIO's policy has resulted in some insurance companies allowing for a certain level of reduction when they submit their proposed premium increases.

From the insurance companies' point of view such tactics are understandable in the light of past experience; overall, the premium approval procedure is only made more difficult by such strategic action, however.

Today most health insurance companies admit to being more satisfied with their dealings with the FSIO (since the 2002 or 2003 consultations, depending on the company). Improvements have been seen in the FSIO's calculations as well as the competence of its staff, and the FSIO is paying more attention to the insurance companies' arguments. According to the insurance companies, this latter improvement is due to the catastrophic situation with regard to reserves in 2001.

The *cantonal authorities* are automatically informed of the proposed premium increases and their comments are welcome. Around half the cantonal authorities take advantage of this opportunity, and a small number transmit their comments, which are based on information provided by the insurance companies and their own calculations, in writing.

On the cantonal side, the procedure is subject to a certain amount of criticism. In particular, the cantonal authorities complain that the FSIO does not send them anything in writing to begin with and does not let them know subsequently to what extent their comments have been taken into account (the FSIO does not accept the latter criticism, since it does inform the cantonal authorities on this point).

Has the premium approval procedure succeeded in restricting premium increases?

The results of our analyses show that the FSIO's premium approval procedure cannot lead to long-term reductions in premiums. In the past, approving premiums has resulted in *lower premium increases in the short-term* in that it had an effect on the reduction of reserves.

The drop in reserves, however, led to lower income from capital; the loss of income from capital had to be compensated for by *increases in premiums*. Today some health insurance companies raise their income from premiums by *reducing* discounts for insurance policies with a higher excess. This, however, has a negative effect (at least in theory) on the behaviour of those taking out insurance in the short to medium term, as well as creating the risk that it could lead to further *rises in costs*. If this trend continues this side-effect will be *counterproductive* as far as

concerns keeping costs under control¹¹.

In the longer term, lower premiums (or more gradual increases) should only be adopted as an aim if at the same time *costs* can be influenced through the FSIO's premium approval procedure. In this case, it must be presumed in principle that with the current system of *competition* between the insurance companies there are still (i.e. without pressure being applied by the FSIO) incentives for keeping costs and premiums low. Under current legislation, however, insurance companies enjoy only *limited room to manoeuvre* with regard to making drastic reductions in costs.

In the present situation, there is a risk that certain insurance companies may become insolvent in the future. Such insolvency can be extremely expensive *in individual cases*, in particular for older clients, since they would have to turn to another company for their basic health insurance and risk losing their complementary insurance for which they have been paying for many years and which could not be replaced¹².

Furthermore, bankruptcy is *expensive for society as a whole*, since invoices which cannot be paid by the bankrupt company have to be taken over either by the body of health insurance companies or by the tax-payer.

Recommendations

In our opinion the FSIO should monitor the solvency of the health insurance companies as a priority if not exclusively.

If the FSIO were limited to monitoring solvency the premium approval procedure would generally become much simpler. Premiums proposed by financially healthy companies could be quickly approved with a minimum of bureaucracy and the FSIO could concentrate its efforts on a detailed examination of companies with financial problems and on advising them.

Relations and cooperation between the health insurance companies and the FSIO

¹¹ It can be observed, however, that those taking out insurance react relatively rarely to changes in premium structures, at least in the short term. This would indicate that a reduction in the discount does not immediately cause a massive change to lower excesses. A reverse trend should be reckoned with, however. Higher excess levels are nevertheless an important way of making the insured person conscious of medical costs.

¹² According to information from the FSIO, many larger insurance companies have legally separated their basic and complementary insurance, thus eliminating this problem.

staff who are responsible for approving premiums could be improved through regular discussions. In anticipation of more difficult negotiations concerning premiums, potential problems could be sounded out in such consultations held during the year.

The extent to which the FSIO's audit department could be included in meetings with the insurance companies should be examined. In this respect, a concept should be drawn up first which would elucidate the demand for such consultations and how they should be funded (which could be partly based on set rates) as well as potential conflicts of interest.

If the FSIO intends to continue to set a higher limit for both premiums and reserves such limits must be clearly set out. A possible idea is a band of accepted reserve ratios.

The FSIO should document its assessment of proposed premiums in writing according to a standard procedure. This applies in particular to responses to insurance companies which count on their proposals being changed. Such documentation would improve the objectivity and accountability of the procedure.

Consultations with the *cantonal authorities* could be improved by the FSIO sending them the results of their calculations and asking for their response instead of merely allowing them access to figures in Berne. It makes no sense for 26 cantonal authorities to set up the means of technically processing documentation produced by the insurance companies.

According to the discussions we had with representatives of the cantonal authorities, they are often not clear as to whether and to what extent their comments have any effect on the cantonal premiums. The FSIO does indeed keep the cantonal authorities informed, but ways of improving communication should be looked at.

Within the framework of the present system lower premiums can be applied across the board by encouraging and opening up competition between the insurance companies. It could be encouraged by the FSIO doing more to help reduce the cost of communication with regard to insurance premiums and the (possibly subjective, psychologically motivated) administrative cost of changing to a new company.

Lifting of the obligation to contract and abolishing regulations which limit the types of policies insurance companies can offer (e.g. excesses, discounts for higher excesses) would lead to more open competition and enable the insurance

companies to reduce costs through innovative and attractive products. This would require a revision of the law on health insurance, however.

Einleitung

Das vorliegende Forschungsprojekt untersucht das Prämien-Genehmigungsverfahren des BSV bis und mit der Prämienrunde im Jahr 2002 untersucht. Allfällige Ende 2002 oder Anfang 2003 durchgeführte Veränderungen des Verfahrens werden nicht evaluiert. Analysiert werden die Implikationen der bisherigen Praxis.¹³

Das BSV hat die Aufsicht über die Krankenversicherer und muss die Prämien der Versicherer genehmigen. Richtlinien hierfür sind im KVG und der in der KVV vorgegeben. Das BSV muss als Aufsichtsbehörde durch die Prämiengenehmigung sicherstellen, dass die Regelungen des KVG und der KVV eingehalten werden. Insbesondere müssen also Prämien vermieden werden, die zum Aufzehren der Reserven der Versicherer führen und schliesslich in deren Zahlungsunfähigkeit resultieren können. Zudem soll das Verfahren die Versicherten schützen, in dem es sicherstellt, dass die Prämien nicht unangemessen stark erhöht werden.

Im Jahr 1997 hat das BSV ein Gutachten in Auftrag gegeben, in dem die Anforderungen an ein sachgerechtes Verfahren zur Prämiengenehmigung dargestellt werden (Schmid 1997). In einem ersten Schritt untersucht diese Studie nun, ob das von Schmid vorgeschlagene Vorgehen vom BSV formal umgesetzt worden ist.

Desweiteren soll aber auch evaluiert werden, wie die *Qualität der Prämienentscheide* des BSV zu beurteilen ist. Hierfür werden zunächst einige generelle, verfahrenstechnische und formale Gesichtspunkte näher angeschaut, die aufzeigen, wie das BSV zu den Entscheidungen zur Prämiengenehmigung kommt. Wir diskutieren in diesem Zusammenhang folgende Aspekte:

- Auf Basis welcher Kriterien fällt das BSV seine Entscheidungen?
- Wie erfolgt der Einbezug der Kantone in die Entscheidungsfindung?
- Wie ist die Zusammenarbeit mit den Versicherern zu beurteilen?

¹³ Die Arbeiten zur vorliegenden Arbeit wurden im Herbst 2002 aufgenommen und der Bericht Anfang 2003 abgefasst. Mittlerweile wurden im Prämiengenehmigungsverfahren des BSV bereits einige Änderungen durchgeführt. Bei der Lektüre des Berichtes ist also zu beachten, dass manche Beobachtungen so heute (im Juni 2003) nicht mehr gemacht werden könnten.

Die Antworten auf obige Fragen zeigen die *Qualität des Verfahrens* und geben somit auch *Hinweise* hinsichtlich der *Qualität der Entscheide*. Allerdings sind wir bei der Überprüfung des Verfahrens zum Schluss gekommen, dass die oben genannten Fragen *alleine* keine abschliessende Beurteilung der Qualität der Entscheide erlaubt. Wir können zwar feststellen, welche Kriterien das BSV bei den Prämiengenehmigungen generell berücksichtigt und in welcher Form Kantone und Versicherer angehört werden, aber das genaue Zustandekommen der konkreten Entscheidungen entzieht sich unserer Beobachtung.

Aus diesem Grunde beurteilen wir zusätzlich zur Art und Weise der Entscheidungsfindung auch das *Ergebnis* dieses Prozesses. Die Frage ist dabei, wie die Qualität des Ergebnisses möglichst objektiv gemessen werden kann. Wir wählen einen pragmatischen und zugleich möglichst objektiven Ansatz, in dem wir untersuchen, ob die genehmigten Prämien in den vergangenen Jahren dazu geführt haben, dass die Bestimmungen der KVV des KVG eingehalten wurden. Die KVV macht Vorgaben hinsichtlich der Ergebnisse, der Rückstellungen und Reserven der Versicherer, wobei die Angaben bezüglich der Reserven am genauesten sind.

Natürlich wird man die Qualität der Entscheidungen nicht alleine am Ergebnis messen können, zumal dieses auch von anderen Faktoren als von den genehmigten Prämien beeinflusst wird. Aber die Beurteilung sowohl des Prozesses selbst wie auch dessen Ergebnis über mehrere Jahre hinweg erlaubt doch, ein relativ klares Bild zu zeichnen.

Daran anschliessend wird analysiert, inwieweit bzw. ob das Prämiengenehmigungsverfahren die Versicherungsprämien zu dämpfen vermag. In diesem Zusammenhang erlauben wir uns, über die Fragen des Auftrages etwas hinaus zu gehen und auch zu diskutieren, ob das Prämiengenehmigungsverfahren dazu führen könnte, dass das Insolvenzrisiko von Versicherern steigt und welche Folgen die Insolvenz von Versicherern für die Versicherten, aber auch für die Allgemeinheit, hat.

Gegliedert ist die Studie demnach wie folgt: Im ersten Kapitel des Berichtes wird die technische Umsetzung des Gutachtens Schmid (Schmid 1997) beschrieben und bewertet. Das zweite und dritte Kapitel gehen der Frage nach der Qualität der Entscheidungen nach. Dabei analysiert Kapitel zwei den Prozess der Prämiengenehmigung, während im dritten Kapitel das Resultat dieses Prozesses darstellt und bewertet wird. Im vierten Kapitel diskutieren wir, welche Wirkungen die Prämienbewilligung hat. Das fünfte Kapitel fasst die Ergebnisse zusammen, schlägt auf der Grundlage der Untersuchung operative Verbesserungsvorschläge vor und

diskutiert die Frage, ob das Prämiengenehmigungsverfahren überhaupt in der derzeitigen Form notwendig ist.

Methodik: Zur Evaluierung des Prämiengenehmigungsverfahrens wurden zahlreiche Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BSV, mit Krankenversicherungen und zuständigen kantonalen Ämtern geführt. Das Projektteam hat zudem interne Unterlagen des BSV zum Prämiengenehmigungsverfahren gesichtet und analysiert. Aussagen und Meinungen von Gesprächspartnern bei den Versicherern, den Kantonen und im BSV sind als solche gekennzeichnet. Wo kein expliziter Bezug auf Gesprächspartner oder andere Studien genommen wird, widerspiegelt der Text die Analyse der Autoren.

1. Umsetzung des Gutachtens Schmid

1.1. Einleitung

Im Jahr 1997 hat Prof. Dr. Heinz Schmid in einem Gutachten Empfehlungen bzgl. der Vorgehensweise bei der Prämienbewilligung gegeben (Schmid 1997). Das Gutachten stellt fest, dass das damalige Prüfungsverfahren für die Prämien der Krankenversicherungen den Anforderungen nicht genügte. Nach einer eingehenden Analyse der damaligen Prämiengenehmigung macht das Gutachten detaillierte Vorschläge zur Verbesserung des Verfahrens. Das Gutachten beschreibt, welche Daten die Versicherer dem BSV zur Verfügung stellen sollten, wie diese Daten vom BSV ausgewertet werden können und diskutiert zudem, inwieweit und in welcher Weise die Kantone in den Genehmigungsprozess einbezogen werden können.

In einem ersten Schritt wird nun beurteilt, ob und inwieweit das Verfahren Schmid formal umgesetzt wurde. Diese Beurteilung erfolgt auf Grundlage einer Zusammenfassung der zentralen Punkte des Gutachtens Schmid und ausführlicher Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BSV. Insbesondere Herr Balmer, der mit der Umsetzung des Gutachtens Schmid betraut war, hat uns hier sehr umfangreich informiert und dokumentiert. Zudem hat uns Herr Balmer die zur Datenanalyse entwickelten EDV Lösungen vorgeführt. Die Unterlagen zum Ablauf der Prämienbewilligung sowie exemplarische Auswertungsdaten haben wir in unsere Analyse einbezogen.

1.2. Das Gutachten Schmid

Im Folgenden werden die wichtigsten Empfehlungen des Gutachtens Schmid zusammengefasst.

1.2.1. Grundsätzliche Aspekte – Handlungsbedarf

Im Kapitel 3 des Gutachtens (Schmid 1997: 4ff) wird die Prämiengenehmigungsrunde 1997 (also die Runde, in der im Jahr 1996 die Prämien für das 1997 festgelegt wurden) analysiert. Schmid kritisiert, dass das BSV „zufällige“ Toleranzgrenzen festgelegt hatte, Indizes errechnete, die „nicht aussagekräftig“ waren und „willkürliche“ Beurteilungskriterien verwandte (Schmid 1997: 8). Auf Grundlage

der Kritik des bisherigen Vorgehens erarbeitet Schmid konkrete Lösungsvorschläge zur besseren Beurteilung der Prämieeingaben.

Schmid schlägt vor, eine Reihe von sinnvollen und aussagekräftigen Kenn- und Verhältniszahlen für eine systematische Prüfung der Eingaben der Versicherer zu berechnen. Die Versicherer sollen ihre Daten termingerecht auf einem Datenträger einreichen, so dass die Kennziffern automatisiert kompiliert werden können.

Das Gutachten stellt auch heraus, das BSV habe sich „primär darauf zu konzentrieren, dass die finanzielle Sicherheit der Versicherer jederzeit gewährleistet sei“ (Schmid 1997: 9). Zudem führt er aus: „(es) besteht aus Sicht der Aufsichtsbehörde und auch der Versicherten selbst kein zwingendes Bedürfnis, die echte Marktsituation und den Wettbewerb einzuschränken.“ (Schmid: 1997:9). Als Begründung hierfür nennt Schmid, dass pro Kanton für dieselben Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt des Abfassens des Gutachtens mindestens 38 Versicherer mit einem Prämienspektrum von in der Regel mehr als +/- 20% ihre Leistungen anbieten (Schmid 1997:9). Anzumerken ist, dass der Wettbewerb sicherlich auch bei deutlich weniger als den genannten 38 verschiedenen Versicherern spielen kann.

Schliesslich regt Schmid an, ein kleines Gremium zu schaffen, das pro Kanton die wichtigsten Gründe für eine Prämienanpassung beurteilt, die Grössenordnung der Prämienanpassung festlegt und das Resultat der Arbeiten gleichzeitig mit den genehmigten Prämien veröffentlicht. Dadurch könnte eine grössere Transparenz geschaffen werden.

1.2.2. Ausbau der Prämienkontrolle und der Prämiegenehmigung

Im vierten Kapitel des Gutachtens (Schmid 1997: 10ff) wird dargelegt, welche Kennzahlen mit Hilfe der Grunddaten der Versicherer berechnet werden können. Die Grunddaten sind im Grunde eine vereinfachte Bilanz und Erfolgsrechnung, wobei die Versicherer sowohl die effektiven Zahlen des Vorjahrs, Hochrechnungen für das laufende Jahr und Prognosen für das nächste Jahr zur Verfügung stellen müssen. Beispiele dieser Grunddaten sind Versichertenbestand, Bruttoprämien, aus dem Risikoausgleich resultierende Einnahmen/Ausgaben, Verwaltungsaufwand, Abschreibungen (für Details siehe Tabelle 4. im Anhang zum Kapitel 1). Aus diesen Grunddaten sollten laut Schmid dann folgende Kennzahlen gebildet werden:

- Veränderungen (in % und pro Kanton) der Grunddaten.
- Durchschnittliche auf eine versicherte Person bezogene Grunddaten.
- Veränderungen (in %) der auf eine versicherte Person bezogenen Grunddaten.
- Bildung einiger Verhältniszahlen (z.B. Kostenbeteiligung in % der Bruttoleistungen, Verwaltungsaufwand in % der Bruttoleistungen und in % der Prämieinnahmen, Rückstellungen und Reserven in % Bruttoleistungen/Nettoleistungen).
- Bildung von Kontrollzahlen als Summe bestimmter Grunddaten (liefern kantonale Übersicht, dienen als Kontrollgrössen und geben Aufschluss über die Plausibilität der gelieferten Zahlen).

Zudem betont das Gutachten, dass zusätzliche Datenquellen für die Auswertungen herangezogen werden sollten, insbesondere die Daten des Risikoausgleichs. Das Gutachten legt schliesslich anhand eines Beispiels detailliert dar, wie die verschiedenen Kennzahlen zur Beurteilung der Eingabe eines Versicherers verwendet werden können.

1.2.3. Einbezug der Kantone

In Kapitel 5 nimmt Schmid zum Einbezug der Kantone Stellung (Schmid 1997: 25ff). Schmid stellt dar, dass das Anliegen der Kantone, bei der Prämien genehmigung ein Mitspracherecht zu haben, nachvollziehbar sei, zumal es die Kantone sind, die sich mit Protesten der Versicherten im Falle von Prämien erhöhungen konfrontiert sehen¹⁴. Eine *Kompetenzdelegation* (unsere Hervorhebung) an die Kantone würde jedoch das Verfahren der Prämien genehmigung komplizierter, aufwändiger und uneinheitlicher machen. Die für den gesamten Prozess der Prämien genehmigung verfügbare Zeit von nur zwei Monaten sei hierfür wohl zu kurz.

Wünschenswert wäre eventuell eine *Mitarbeit* der Kantone bei der Prämien bewilligung durch das BSV. Insbesondere könnten die Kantone folgende Aufgaben übernehmen:

- Beurteilung der Kostenentwicklung in dem jeweiligen Kanton (Tarifänderungen, Mengenausweitungen und deren Auswirkungen auf die Behandlungskosten)

¹⁴ Ein grosser Teil der Proteste gelangt natürlich direkt an das BSV – aber auch die Kantone sehen sich mit kritischen Fragen konfrontiert, wenn Krankenversicherer ihre Prämien erhöhen.

ten des Folgejahres). Dies könnte den Versicherern bei der Prämienberechnung helfen.

- Koordinieren der Kostenrechnungen der Leistungserbringer und damit für eine einheitliche Anwendung sorgen (inkl. Kostentransparenz).

1.2.4. Kritische Analyse

Grundsätzlich gibt das Gutachten Schmid klare und detaillierte Handlungsanweisungen hinsichtlich der Datenbedürfnisse für die Prämien genehmigung. Wir erachten das Gutachten als qualitativ hochstehend; fachliche Mängel wurden keine festgestellt. Allenfalls ist die Aussagekraft einzelner Kennziffern diskutabel. So wird vom BSV richtig bemerkt, dass die Verwaltungskosten nicht unbedingt primär an der Kennziffer „Verwaltungskosten/Nettoleistungen“ gemessen werden können, sondern dass die Kennziffer „Verwaltungskosten/Versichertenzahl“ ein mindestens genau so aussagekräftiger Indikator ist.

Anzumerken ist jedoch, dass die Vielzahl der im Gutachten Schmid genannten Kennziffern in einer grossen und fast schon unüberschaubaren Datenmenge resultiert. Es ist daher prinzipiell richtig, dass das BSV in einer Weiterentwicklung der Vorschläge von Herrn Prof. Schmid eine Beschränkung auf wenige aussagekräftige Daten vorgenommen hat.

Nur sehr am Rande bemerkt ist im Gutachten Schmid die grundsätzliche Überlegung, dass das BSV den Wettbewerb an und für sich nicht einschränken sollte und sich primär darauf konzentrieren solle, die *finanzielle Sicherheit* der Versicherer zu gewährleisten (Schmid 1997: 9). Diese Überlegung hätte unseres Erachtens mehr im Zentrum des Gutachtens stehen können, um darauf hinzuwirken, dass sich das BSV beim Aufbau der Prämien genehmigung eventuell mehr auf die Überprüfung der finanziellen Sicherheit der Versicherer konzentriert, und das Hauptaugenmerk weniger (wie nun geschehen) auf die Vermeidung (vermeintlich) zu hoher Prämien legt.

1.3. Prüfung der Umsetzung des Gutachtens Schmid

1.3.1. Grundsätzliche Aspekte

Generelle Anforderungen

Heute übermitteln die Versicherer die Daten wie von Schmid vorgeschlagen auf einem Datenträger in standardisierter Form an das BSV.¹⁵ Dadurch wird eine automatisierte Berechnung der Kennzahlen und eine schnelle und sachgerechte Prüfung der Daten und der Prämienanträge möglich.

Allerdings konnte der Vorschlag, ein kleines Gremium zu schaffen, das pro Kanton die wichtigsten Gründe für eine Prämienanpassung beurteilt, die Grössenordnung der Prämienanpassung festlegt und das Resultat der Arbeiten gleichzeitig mit den genehmigten Prämien veröffentlichen würde, nur bedingt umgesetzt werden. Eingeführt wurde die „Tagung Kostenprognosen“, in der diese Fragen zwar diskutiert werden, die aber in der Praxis nur eine marginale Rolle spielt.

Umsetzung und EDV Lösungen

Das Gutachten Schmid lag am 15. April 1997 vor. Einige der Vorschläge wurden bereits in der Prämienrunde 1998 umgesetzt. Im Kreisschreiben 97/4 teilte das BSV den KVG-Versicherern und ihren Rückversicherungen die neuen Bedürfnisse bzgl. Daten und deren Aufbereitung mit. In Anbetracht der Kürze der Zeit, die zur Umsetzung der Vorschläge zur Verfügung stand, musste zunächst ein sehr einfaches Verfahren zur Datengewinnung und Auswertung gefunden werden: Die Versicherer übermittelten die Daten auf Excel Dateien an das BSV. Die Dateien wurden dann mittels Makros in die Auswertungsblätter des BSV eingelesen. In diesem ersten Jahr der Umsetzung des Gutachtens Schmid wurde die Prüfung der Daten noch nicht mit einem eigens hierfür entwickelten Programm durchgeführt.

Für die folgenden Prämienhebungsrunden (ab Prämienrunde 1999) konnte dann ein weit professionelleres Vorgehen gewählt werden. Die Versicherer lesen die Daten seither via Filemaker Runtime Programm ein; die Daten werden dann in ein professionell programmiertes Excel File übertragen, das eine Vielzahl von Auswertungen generiert. Sowohl die Maske für das Einlesen der Daten als auch die

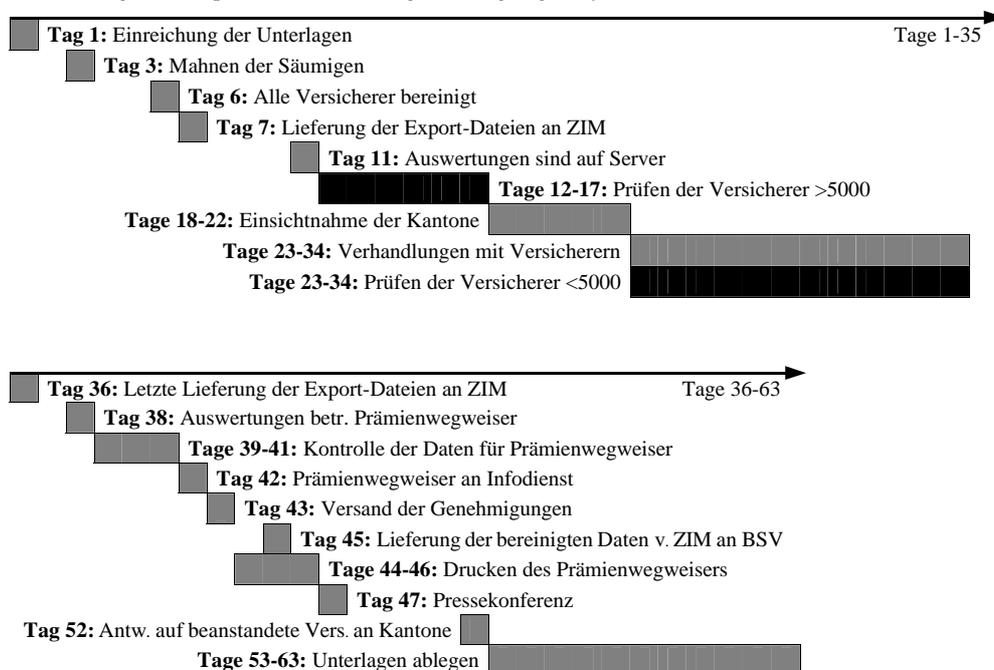
¹⁵ Ein Versicherer sieht sich nicht in der Lage, die Daten in elektronischer Form zu liefern und stellt daher die Daten auf Papier zur Verfügung.

Programmierung der Excel Files wurde von spezialisierten Firmen übernommen. In den folgenden Jahren wurde dieses System optimiert – sowohl bzgl. anfänglicher Probleme beim Eingeben der Daten durch die Versicherer als auch bzgl. der Auswertungen.

Administration der Prämiengenehmigung - Zeitplan

Für das Prämiengenehmigungsverfahren stehen vom Einreichen der Gesuche durch die Versicherer bis zur Pressekonferenz, an der die neuen Prämien bekanntgegeben werden, 47 Arbeitstage zur Verfügung. Während dieser Zeit müssen die Versicherer, die die Unterlagen nicht termingerecht eingeschickt haben, gemahnt werden, die Daten müssen von der Firma „Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin“ (ZIM) zur Auswertung aufbereitet werden, Kantone haben die Möglichkeit, die beantragten Prämien zu sichten und zu kommentieren und schliesslich muss der Prämienwegweiser gedruckt werden. Abbildung 1 stellt den Zeitplan im Detail dar. Der Zeitplan wurde auf Grundlage der konkreten Planung aus dem Jahr 2002 erstellt. Einigen Tagen sind keine konkrete Aufgabe zugeordnet, daher die Zeitlücken im Diagramm.

Abbildung 1: Zeitplan des Prämiengenehmigungsverfahrens



Die Prüfung der Eingaben der Versicherer, die am zwölften Tag des Verfahrens beginnt, resultiert in folgenden möglichen Ergebnissen:

- keine Beanstandung – die Prämien werden genehmigt.
- kleinere Diskussionspunkte; sie werden zwischen den BSV und Versicherer via Telefon geregelt.
- grössere Divergenzen führen zur Einladung des Versicherers ins BSV; dort werden die Prämien zwischen Versicherer und BSV verhandelt.

Für die eigentliche Begutachtung der Anträge zu den Prämien haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BSV 18 Tage Zeit. Allerdings müssen die grossen Versicherer bereits während den ersten sechs Tagen dieser Periode überprüft werden, so dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BSV mit diesen Versicherern bereits persönliche Gespräche (oder Verhandlungen) führen können, während die Daten der kleineren Versicherer noch ausgewertet werden.

1.3.2. Ausbau der Prämienkontrolle und Prämiengenehmigung

Das Gutachten Schmid schlägt vor, dass das BSV auf Grundlage der von den Versicherern zur Verfügung zu stellenden Daten eine Reihe von Kennzahlen berechnet. Zusätzlich sollten noch andere Datenquellen für die Berechnungen herangezogen werden.

Das Programm zur Auswertung der Daten wurde während den vergangenen Jahren stetig weiterentwickelt. Zunächst stellte das BSV sicher, dass die im Gutachten Schmid vorgeschlagenen Kennzahlen berechnet werden. Wir haben diese konkrete Umsetzung überprüft; es ist festzuhalten, dass die von Prof. Schmid vorgeschlagenen Kennziffern heute berechnet werden. Im Anhang zum Kapitel 1 finden sich detaillierte Tabellen, die diese Überprüfung dokumentieren.

Im Laufe der Zeit wurden dann weitere Berechnungen ins Programm aufgenommen und vermehrt wird die intertemporale Entwicklung einiger Kennzahlen auch graphisch dargestellt. Insgesamt stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BSV heute für jeden Versicherer, dessen Eingabe begutachtet werden muss, folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Eine rund 20seitige Auswertung mit praktisch allen im Gutachten Schmid konkret vorgeschlagenen Kennziffern (Grundlage: elektronisch von den Versicherern zur Verfügung gestellte Daten). Einige der Kennziffern sind graphisch dargestellt.
- Eine Übersicht zur Entwicklung der Prämien des Versicherers mit einem Vergleich zum Durchschnitt der Prämien aller Versicherer.
- Auswertungen zur Risikostruktur der Versicherten des Versicherers (Grundlage: Daten aus dem Risikoausgleich).
- Die Daten des provisorischen und definitiven Risikoausgleichs.
- Auswertungen zur Kostenbeteiligung.
- Auswertungen zur Budgetplausibilisierung.
- Eine graphische Darstellung der Entwicklung einiger Kennziffern über die Zeit.
- Ein Simulationsblatt, mit dem die Auswirkungen einer Veränderung der Prämie im Vergleich zur von dem Versicherer eingegebenen Prämie simuliert werden kann.
- Die komplette Eingabe des Versicherers, die sowohl Angaben aus den Ergebnisrechnungen wie auch Schätzungen und Prognosen beinhaltet.

Diese Auswertungen ergeben eine Fülle von Zahlen. Zur Veranschaulichung: pro Versicherer wird so gut und gerne ein grosser Ordner gebraucht. Anbetrachts dieser Datenfülle zeigte sich die Notwendigkeit zur Reduktion auf die wichtigsten Auswertungen. So wurde ein zentrales Datenblatt (Beurteilungsblatt Prämien) entworfen, auf der einige wenige Zahlen zusammengefasst sind. In der Praxis werden heute die von den Versicherern beantragten Prämien zunächst auf Grundlage dieses zentralen Datenblattes beurteilt. Auf dem Datenblatt sind folgende Kennzahlen vermerkt:

- Anzahl Versicherte und Veränderungsdaten im Vergleich zum Vorjahr
- Prämienänderungen in %
- Kantonale Prämien im Vergleich zum Schweizerischen Durchschnitt

- Prämieinnahmen (Prozentuale Abweichung zum Durchschnitt aller Versicherer)
- Kostenprognose (Änderung zum Vorjahr, Vergleich mit Schweizerischem Durchschnitt und Vergleich mit Durchschnitt aller Versicherer)
- Reservequote
- Rückstellungsquote
- Zwei verschiedene Kennzahlen zu Gewinn bzw. Verlust pro Versichertem¹⁶
- Verwaltungsaufwand pro Versichertem
- Risikostruktur des Versicherers (Daten aus der Erhebung des Risikoausgleichs)

Die Kennziffern sind nach Kantonen und Regionen differenziert, aber auch gesamtschweizerisch dargestellt. Die auf dem Beurteilungsblatt zusammengestellten Kennziffern sind berechnet aus Daten der Ergebnisrechnungen der Versicherer, des Risikoausgleichs sowie den Prämieingaben der Versicherer.

Neu wird ab der Prämienrunde 2004 in einer separaten Auswertung dargestellt werden, welche Implikationen allfällige Veränderungen im Versichertenbestand eines Versicherers auf die Zahlungen aus dem Risikoausgleich – bzw. auf notwendige Einzahlungen haben werden.

1.3.3. Einbezug der Kantone

Wie im Gutachten Schmid vorgeschlagen, werden die Kantone heute vorgängig über die geplanten Prämien genehmigungen orientiert. Die Kantone erhalten volle Akteneinsicht hinsichtlich der Prämienveränderungen in ihrem jeweiligen Kanton. Allerdings haben sie keine Entscheidungsbefugnisse.

Die Praxis der Einsicht durch die Kantone wird derzeit wie folgt gehandhabt: die Kantone werden in der Woche vor den Verhandlungen bzw. Gesprächen mit den Versicherern ins BSV eingeladen. Dort können sie dann die Auswertungen des

¹⁶ Einerseits wird der Gewinn/Verlust pro Versichertem ausgewiesen, andererseits aber auch folgende Kennzahl: Prämien-Bruttoleistungen+Kobe, wobei dies den Nettoleistungen +/- Risikoausgleichszahlungen entspricht.

BSV einsehen und kommentieren. Die Kantone bekommen die durch das BSV berechneten Kennzahlen vorgängig nicht zugestellt. Allerdings haben die Kantone das Recht, die Unterlagen der in ihrem jeweiligen Kanton tätigen Versicherer bei diesen direkt anzufordern. Mit Hilfe der Unterlagen der Versicherer können sich die Kantonsvertreter auf die Akteneinsicht beim BSV entsprechend vorbereiten.

1.4. Zusammenfassung

- Das Gutachten von Prof. Schmid wurde formal in allen wesentlichen Teilen umgesetzt – in der Tat werden heute mehr Auswertungen durchgeführt als im Gutachten Schmid vorgeschlagen.
- Die Kantone erhalten vor der Prämiengenehmigung Einsicht in die Unterlagen und die Berechnungen des BSV, haben aber kein Mitbestimmungsrecht.

2. Qualität des Verfahrens

2.1. Einleitung

Kapitel 1. dieser Studie hat klar gezeigt, dass das Gutachten Schmid formal weitgehend umgesetzt wurde. In diesem Kapitel wird nun untersucht, wie das heutige Verfahren *qualitativ* zu beurteilen ist. Dabei werden drei Aspekte begutachtet: erstens die konkrete Entscheidungsfindung im BSV inklusive der Kriterien, auf deren Basis die Entscheide getroffen werden, zweitens die Zusammenarbeit mit den Versicherern und drittens der Einbezug der Kantone.

2.2. Kriterien des BSV bei der Prämiengenehmigung

2.2.1. Grundsätze des BSV

Im Folgenden listen wir Kriterien auf, auf die das BSV bei der Genehmigung der Prämien besonders achtet. Als Informationsquelle dienten uns Gespräche mit Mitarbeitern des BSV, ein Gespräch mit Herrn Otto Piller, dokumentierte Reden von Herrn Piller und BSV-interne Dokumente, die uns zur Verfügung gestellt wurden.

- Oberstes Gebot bei der Prämiengenehmigung ist die Solvabilität des Versicherers (BSV 2002). Die Reserven der Versicherungen sollen aber „nicht möglichst hoch sein“, sondern möglichst nah an den gesetzlichen Vorgaben liegen (BSV 2002 und Gespräche mit Mitarbeitern des BSV). Ein Abbau der Reserven ist grundsätzlich erwünscht, wenn diese Reserven über dem gesetzlichen Minimum liegen (Piller 2000: 2).
- Die Prämien sollen sich über die Zeit grundsätzlich regelmässig entwickeln – also möglichst keine sehr kleinen Erhöhungen in einem Jahr, gefolgt von entsprechend höheren Prämienerrhöhungen im Folgejahr (BSV 2002 und Gespräche mit Mitarbeitern des BSV).
- Die Rückstellquote soll zwischen 28 und 32% betragen (Kreisschreiben zur Prämiengenehmigung).
- Die Prämien werden für jeden einzelnen Kanton geprüft; die genehmigte kantonale Prämienerrhöhung ist dabei abhängig von der kantonalen Reservesituation des jeweiligen Versicherers (BSV 2002).
- Quersubventionierung zwischen den Kantonen soll vermieden werden (Gespräche mit Mitarbeitern des BSV).

- Wenn die Reserven zu tief sind (sei es durch zu tiefe Prämien in der Vergangenheit oder durch einen hohen Zuwachs an Versicherten), so ist die Äufnung von Reserven über mehrere Jahre zu verteilen (BSV 2002, Gespräch Piller). Genannt wird ein Zeitraum von 3-5 Jahren, in dem die gesetzlichen Limiten der Reserven erreicht werden sollen (2002a).
- „Dumpingprämien“ werden nicht zugelassen (Gespräch Piller).
- „Abschreckungsprämien“ werden nicht zugelassen (Gespräch Piller). Versicherern wird daher auch nicht gestattet, dass sie Prämien erhöhen, um das Wachstum der Versicherten zu begrenzen, z.B. um einen Rückgang des Reservesatzes zu vermeiden (Gespräche Mitarbeiter des BSV).
- Es wird geprüft, ob die Berechnungen der Versicherer Fehler aufweisen, insbesondere hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen des Risikoausgleichs (Gespräche mit Mitarbeitern des BSV).
- Die Verwaltungskosten dürfen einen bestimmten Rahmen nicht sprengen (BSV 2002 und Gespräche mit Mitarbeitern des BSV).
- Wenn Versicherer in einem Kanton kleine Versichertenbestände haben, dann müssen sie ihre Prämien am kantonalen Durchschnitt ausrichten (BSV 2002 und Gespräche mit Mitarbeitern des BSV).
- Die Krankenversicherer können eine Prämienanpassung nicht mit Wertberichtigungen auf ihren Kapitalanlagen begründen. Falls allerdings die Reserven unter das gesetzliche Minimum gesunken sind, so ist dies mittelfristig zu berücksichtigen (BSV 2002a).

Das BSV möchte vermeiden, dass Versicherer durch „exzessive“ Prämien Risikoselektion betreiben. Insbesondere soll vermieden werden, dass Versicherer in den Kantonen, in denen sie einen schlechten Versichertenbestand haben, die Prämien überdurchschnittlich anheben, um dadurch den Versichertenbestand in diesen Kantonen zu reduzieren. Risikoselektion würde dem Prinzip der Solidarität widersprechen.

2.2.2. Verfahren bei der Entscheidungsfindung

Die Eingaben der Versicherer werden auf die insgesamt 6-8 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ressorts Aufsicht KV1 und Aufsicht KV2 verteilt und dann von den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beurteilt. Die Eingaben der grösseren Versicherer werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit mehr

Erfahrung geprüft; zudem kontrollieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit mehr Kompetenz die Ergebnisse aller Prüfungen.

Auf welche Kennziffern sich die Entscheidung des BSV aber konkret abstützt, ist schwer zu beurteilen. Es gibt keine verbindlichen schriftlichen Vorgaben, wie die Vielzahl der Kennziffern zu gewichten sind. Auch ist der Entscheidungsprozess äusserst schlecht dokumentiert, eine einheitliche Dokumentation der Entscheidungsfindung fehlt. Im Laufe der Prüfung der Prämieeingaben bringen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilweise auf den Beurteilungsblättern handschriftliche Kommentare an. Diese erlauben in einem gewissen Rahmen Rückschlüsse auf die dem Entscheid zugrundeliegenden Überlegungen. Bei manchen Versicherern fehlen solche Kommentare aber gänzlich, oder es finden sich nur schlecht zuordenbare Stichwörter und einzelne Zahlen auf den Dokumenten. Die nachfolgenden Einschätzungen basieren daher auf Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BSV und auf den in den Unterlagen zu findenden Notizen, sofern diese vorhanden sind.

Wie in Kapitel 1.3.2. oben bereits kurz erwähnt, achten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BSV bei der Beurteilung der Eingaben durch die Versicherer primär auf einige zentrale auf dem sogenannten „Beurteilungsblatt Prämien“ zusammengefasste Kennzahlen. Gespräche mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BSV sowie auch schriftliche Notizen auf den Beurteilungsblättern zeigen, dass das BSV bei der Beurteilung *insbesondere* auf folgende Grössen achtet:

- Reservequote
- Rückstellungsquote
- Verwaltungsaufwand
- Prämienveränderung
- Versichertenzahl
- Kostenstruktur
- Risikostruktur¹⁷

¹⁷ Die Risikostruktur ist auf dem Beurteilungsblatt vermerkt, allerdings konnten wir mangels Dokumentation nicht nachprüfen, inwieweit diese bei der Beurteilung berücksichtigt wird.

Dabei werden diese Kennziffern prinzipiell für jeden einzelnen Kanton betrachtet und begutachtet. Die Prämienaufschläge der Versicherer werden mit dem Durchschnitt aller Versicherer verglichen.

Die umfangreichen zusätzlichen Indikatoren werden bei der Prüfung der Versicherer offenbar *nicht systematisch* verwendet. Dieser generelle Eindruck wird durch die beispielhafte Sichtung der Beurteilungsunterlagen bestätigt: Die handschriftlichen Kommentare beziehen sich weitgehend auf die auf dem Beurteilungsblatt zusammengestellten Kennziffern.

So wird z.B. bei der Beurteilung eines Versicherers eine „starke Zunahme“ der Verwaltungskosten moniert. Das Beurteilungsblatt weist die Verwaltung pro Versichertem in absoluten Zahlen aus – ein Blick auf die Kennziffer „Verwaltungsaufwand pro Nettoleistungen“ hätte in diesem Fall aber gezeigt, dass diese im Gutachten Schmid für relevant gehaltene Kennziffer nur um einen Bruchteil eines Prozentpunktes gestiegen ist¹⁸.

Angemerkt werden muss, dass die Qualität der Beurteilung und der Einbezug unterschiedlicher Kennziffern bei der Prüfung zwischen den unterschiedlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BSV stark variiert. Aus Zeitgründen wird zudem in aller Regel eine detaillierte Analyse aller Kennziffern bei allen Versicherern gar nicht möglich sein.

2.2.3. Beurteilung der Kriterien des BSV und der Entscheidungsfindung und erste Verbesserungsvorschläge

Beurteilung

Das BSV verfolgt zwei Ziele: niedrige Reserven und über die Zeit gleichmässige Prämienhöhungen. Beide Ziele werden jedoch nicht in gleicher Masse erreichbar sein, vielmehr besteht hier ein *Zielkonflikt*. Entweder gibt man vor, dass die Prämien regelmässig steigen und nimmt dafür Schwankungen in den Reserven in

¹⁸ Nun ist in diesem Fall durchaus zu diskutieren, inwieweit die Kennzahl „Verwaltungskosten/Versichertenzahl“ nicht mindestens genau so aussagekräftig ist. Optimal wäre, diese beiden Kennziffern in die Analyse mit einzubeziehen. Für uns ist dieses Beispiel jedoch eine zugegebenermassen punktuelle Bestätigung für die auch in Gesprächen herausgearbeitete These, dass bei der Prüfung vieler Prämienanträge nicht alle Kennziffern systematisch berücksichtigt werden.

Kauf, oder man bewegt die Reserven am Minimum, muss aber die Prämien entsprechend rigoros anpassen.

Laut BSV ist es nicht statthaft, „Abschreckungsprämien“ festzusetzen. Dies kann jedoch betriebswirtschaftlich geboten sein, wenn ein Versicherer keine ausreichenden Reserven hat, um einen grossen Zulauf an Versicherten zu verkraften.

Reserven *pro Kanton* machen aus betriebswirtschaftlicher Sicht keinen Sinn. Sie wurden eingeführt, um zu hohe oder zu tiefe Prämien in einem Kanton erkennen zu können. Zu hohe oder zu tiefe Prämien lassen die kantonsspezifischen Reserven steigen oder sinken. Die gleiche Erkenntnis könnte aber durch eine einfache Einnahmen- und Ausgabenrechnung pro Kanton gewonnen werden. Eine solche Rechnung würde es erlauben, das Ausmass etwaiger Quersubventionierungen zwischen den Kantonen zu quantifizieren, ohne auf die problematische Grösse kantonaler Reserven abzustellen.

Es fehlen klare interne schriftliche Richtlinien für das Prämiengenehmigungsverfahren. So konnten uns die Mitarbeiter auch nur vage, teilweise sich widersprechende Angaben über Ziele und Leitplanken des Prämiengenehmigungsverfahrens machen. Insbesondere die Richtlinien hinsichtlich der Reserven sind relativ unklar. Offen bleibt, welche Reservequote das BSV bei den Versicherern generell für richtig hält. Das KVG schreibt konkrete Werte für die Mindestreserven vor (s. Tabelle 1: Mindestreserven für Versicherer). Bei Gesprächen im BSV entstand allerdings der Eindruck, dass eine *Unterschreitung* der Reservequote in Kauf genommen werden kann, wenn diese nur durch eine sehr deutliche Erhöhung der Prämienzahlungen zu vermeiden wäre.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BSV müssen innert kürzester Frist (18 Arbeitstage) die Prämieangaben von fast 100 Versicherern überprüfen. Dies stellt eine grosse Aufgabe dar, die ein relativ pragmatisches Vorgehen erfordert. Trotz der relativ kurzen zur Verfügung stehenden Zeit ist es jedoch nicht optimal, dass für die Beurteilung mancher Prämieangaben offenbar fast ausschliesslich die Kennziffern des Prämienbeurteilungsblattes verwendet werden, da diese Kennziffern alleine nicht alle Aspekte abdecken.

Inwieweit alle relevanten Kennziffern berücksichtigt werden variiert offenbar zwischen den für die Prämiengenehmigung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Beurteilung eines Krankenversicherers ist eine Aufgabe, die viel Sachkenntnis und Erfahrung voraussetzt. Die unterschiedliche Qualität der Beur-

teilung der Versicherer lässt auf Ausbildungslücken bzw. mangelnde Erfahrung bei einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern schliessen.

Generell stellt sich die Frage, welche Aufgaben das BSV bei der Genehmigung der Prämien übernehmen muss bzw. übernehmen sollte. Diese generellen Fragen werden im Kapitel 4. unten genauer diskutiert.

Verbesserungsvorschläge

Es bedarf klarer schriftlicher Vorgaben, wie bei der Beurteilung der Prämieangaben vorzugehen ist, welche Kennziffern beachtet werden müssen und welche Bandbreiten bei Reserven und Prämien vorgegeben werden.

Die Beurteilung der Prämieangaben sollte klar nach einem einheitlichen Schema dokumentiert werden.

Die Zeit für die Beurteilung der Versicherer ist sehr knapp. Zeit könnte gewonnen werden, wenn während des Jahres Vorgespräche bezüglich der Prämiegenehmigung geführt würden. Diese Vorgespräche könnten in die über das Jahr stattfindende Überprüfung der Rechnungslegung der Versicherer eingebettet werden. Dabei müssten nicht jedes Jahr Gespräche mit allen Versicherern geführt werden; eine Konzentration auf Versicherer mit angespannter Finanzlage wäre sicherlich sinnvoll. Aber es erscheint uns wünschenswert, dass mit der Zeit persönliche Kontakte zu möglichst vielen Versicherern entstehen.

2.3. Zusammenarbeit mit den Versicherern

2.3.1. Grundsätzliches

Die Versicherer sind naturgemäss die wichtigsten Partner des BSV bei der Regelung der Höhe der Versicherungsprämien. Das Genehmigungsverfahren birgt grundsätzlich Potential für Konflikte zwischen den Versicherern und der Aufsichtsbehörde. Die Versicherer erarbeiten die Anträge zu den Prämienanpassungen; insbesondere grosse Versicherer beschäftigen ein professionelles Team von Experten, das die Prämienanpassungen berechnet.

Die von den Versicherern berechneten Prämien (zuzüglich relativ umfangreicher Dokumentation) müssen nun der Genehmigungsbehörde vorgelegt und erläutert werden. Dies ist für den Versicherer nicht nur mit Zeitaufwand verbunden, sondern birgt auch das Problem, dass Externe in die Geschäfte „hineinreden“. Abgesehen von psychologischen Komponenten existiert die Problematik, dass die Versicherer einerseits ihre Preise (sprich Prämien) nicht frei bestimmen können, andererseits aber die betriebswirtschaftlichen Folgen der Prämienentscheide zu tragen haben.

Auf der positiven Seite besteht aber auch die Chance, dass die Expertise des BSV auf Seiten der Versicherer als Bereicherung empfunden wird und sie die zur Verfügung gestellten Informationen als hilfreich erachten.

2.3.2. Sicht der Versicherer

Im Rahmen dieses Gutachtens wurden Gespräche mit 13 Versicherern sowie der *santésuisse* geführt. Die Zusammenarbeit mit dem BSV bei der Festlegung der Versicherungsprämien wird von den Versicherern sehr unterschiedlich bewertet. Einige Versicherer bezeichnen die Zusammenarbeit als gut und im Grossen und Ganzen unproblematisch, während andere fundamentale Kritik üben.

Generell ist der Tenor, dass das BSV bis und mit der Prämienrunde 2001 die von den Versicherern beantragten Prämien in aller Regel nicht in voller Höhe genehmigt hat. Das BSV mache „politische Prämien“, um die tatsächliche Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu verschleiern. Dies hatte laut Versicherer zur Folge, dass die Reserven teilweise stark reduziert werden mussten.

Dabei sind die Vorwürfe an das BSV teils massiv. Von „Machtmissbrauch“, „grober Pflichtverletzung“ und „Inkompetenz“ ist die Rede. Prämien würden entgegen jeder betriebswirtschaftlichen Vernunft durchgesetzt und klare gesetzliche Vorschriften wie Minimalreserven würden missachtet.

Auch zum Stil der Gespräche zwischen BSV und Kanton finden einige Versicherer deutliche Worte: Verhandelt werden müsse mit dem BSV „wie auf einem Basar“, auf dem „Feilschen, Drohen und Bluffen“ üblich sei. Dabei könne man dem BSV „ein X für ein U vormachen“; technische Kompetenz sei beim BSV rar und sachliche Argumente würden in den Verhandlungen kaum ausgetauscht. Geprägt

werde die Kommunikation von einer „Arroganz der Macht“ und „Paragrafenreiterei“.

Auf der weniger fundamentalen (und weniger emotionalen) Ebene werden folgende Kritikpunkte angebracht:

- Die Begründungen des BSV hinsichtlich beanstandeter Prämien konnten von den Versicherern oft nicht nachvollzogen werden. Vorgeworfen wird dem BSV in diesem Zusammenhang, Kritik an den Prämieeingaben nicht technisch zu begründen.
- Eine zu grosse Anzahl unterschiedlichster vom BSV berechneter Indikatoren erschwere die Beurteilung der prämienrelevanten Faktoren.
- Kritik an Prämieeingaben werde nicht schriftlich niedergelegt, so dass eine spätere Bezugnahme auf Vorgaben des BSV nicht möglich sei.
- Manche Versicherer beanstanden, dass das BSV die Prämienerrhöhung für jeden Kanton einzeln prüft und dann sehr spezifische Vorschläge zur Prämienanpassung in einzelnen Kantonen macht, anstatt sich auf die finanzielle Situation des Versicherers insgesamt zu beschränken.
- Das BSV akzeptiere die Notwendigkeit, einen zu schnellen Anstieg der Versicherungszahl zu vermeiden nicht als Begründung für eine bestimmte Prämienerrhöhung. Dies könne insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen von Versicherungszuwachs auf die Reserven aus betriebswirtschaftlicher Sicht aber geboten sein.
- Das BSV setze unter der Drohung, gar keine neuen Prämien zu genehmigen, tiefere Prämien durch, sei aber nicht bereit, Verantwortung für die finanziellen Konsequenzen zu übernehmen.

Positiv zu vermerken ist, dass sich die Zusammenarbeit laut der Einschätzung vieler Versicherer in jüngster Zeit verbessert habe. Manche Versicherer machen die Trendwende bereits im Jahr 2001 aus, andere erst für das Jahr 2002 (Prämienrunde 2003). Mittlerweile gehe das BSV viel mehr auf die Argumente der Versicherer ein. Anlass für dieses Umdenken war nach Meinung der Versicherer die schlechte Reservenlage 2001. Auch die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und die technischen Auswertungen des BSV hätten sich verbessert.

Als Verbesserungsvorschlag wurde seitens eines Versicherers vorgeschlagen, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BSV einmal pro Jahr unabhängig von der konkreten Prämieingabe mit jedem Versicherer treffen sollten. In solchen Gesprächen könnte die generelle Situation des Versicherers besprochen und das grobe Vorgehen hinsichtlich der nächsten Prämienanpassung sondiert werden.

2.3.3. Beurteilung

Das Gesprächsklima zwischen BSV und einigen Versicherern scheint – vorsichtig ausgedrückt – recht schwierig zu sein. Auf der materiellen Ebene steht primär der Vorwurf im Raum, die Versicherer seien gezwungen worden, ihre Prämien weniger stark zu erhöhen als sie dies für sinnvoll erachtet hätten.

Die Politik des BSV hat schliesslich dazu geführt, dass manche Versicherer bei ihren Eingaben einen gewissen Abschlag bei den Prämien erhöhungen bereits einkalkulieren. Seitens der Versicherer ist ein solches Vorgehen im Lichte der gemachten Erfahrung verständlich, insgesamt wird das Verfahren der Prämiegenehmigung durch solche *strategischen Eingaben* erschwert.

Allerdings scheint sich das Verhältnis zwischen BSV und Versicherern jüngst in jeder Hinsicht deutlich verbessert zu haben: die Auswertungen des BSV und die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird von den Versicherern zunehmend anerkannt, die Atmosphäre der Gespräche scheint angenehmer geworden zu sein und das BSV folgt bei den Anträgen zur Prämiegenehmigung mehr als bisher der Argumentation der Versicherer.

Regelmässige Gespräche zwischen den Versicherern und den BSV Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die für die Prämiegenehmigungen zuständig sind, könnten die Situation weiter entschärfen und die Zusammenarbeit verbessern.

Ein wichtiger Beitrag zur Objektivität und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens wäre, wenn das BSV Einsprachen und Kommentare hinsichtlich der Eingaben durch die Versicherer schriftlich dokumentieren würde.

2.4. Einbezug der Kantone

2.4.1. Grundsätze

Prinzipiell ist vorgesehen, die Kantone in die Genehmigung der Prämien mit einzubeziehen, wobei sie keine Entscheidungsbefugnis haben. Gründe für die Mitarbeit der Kantone sind:

- Die Kantone sollen über die Hintergründe allfälliger Prämien erhöhungen informiert sein, um diese Informationen im Kanton weiterzuleiten und bei Anfragen aus der Bevölkerung informiert zu sein.
- Die Kantone können einen Beitrag zur Prognose der Gesundheitskosten im jeweiligen Kanton leisten.
- Die Kantone sollen kontrollieren können, dass keine Quersubventionierung der Prämien zwischen den Kantonen stattfindet.

Die ersten beiden Punkte bedürfen keiner weiteren Erläuterung. Bezüglich des dritten Punktes ist anzumerken, dass das KVG festlegt, dass Prämienunterschiede zwischen den Kantonen nur dann gerechtfertigt sind, wenn diesen Prämienunterschieden effektive Kostenunterschiede zugrunde liegen. Eine Quersubventionierung – die aus Sicht der Versicherer in bestimmten Fällen wirtschaftlich sinnvoll sein könnte – ist nach gängiger Lesart des KVG nicht erlaubt. Es ist damit ein legitimes Interesse von Kantonsvertretern, sich davon zu überzeugen, dass in ihrem Kanton die Prämienhöhe tatsächlich zur Deckung der im Kanton entstehenden Kosten notwendig sind – und nicht zur Quersubventionierung der Kosten in anderen Kantonen.

2.4.2. Sicht der Kantone

Im Rahmen dieses Gutachtens wurden Gespräche mit Vertretern von acht Kantonen geführt, wobei den Gesprächspartnern zugesichert wurde, dass ihre Angaben in anonymisierter Form wiedergegeben werden. Bei den Gesprächen zeigte sich, dass die Kantone ihre Mitwirkungsmöglichkeit sehr unterschiedlich beurteilen.

10-13 Kantone nehmen laut BSV das Recht auf Akteneinsicht beim BSV wahr. Zum Teil fordern diese Kantone bei den in den jeweiligen Kantonen tätigen Versi-

cherern die Unterlagen zur Prämiengenehmigung an und vergleichen die von den Versicherern budgetierten Kostensteigerungen mit den entsprechenden durch den Kanton erstellten Kostenprognosen. Ein im Rahmen dieses Gutachtens interviewter Kantonsvertreter richtet seinen Blick zudem auf die Reservesituation der Versicherer.

Auf Basis der von den Versicherern erhaltenen Daten und der eigenen kantonalen Einschätzung der Kostenentwicklung verfassen manche Kantone (im Jahr 2000 deren drei) einen schriftlicher Kommentar. In jedem Fall dienen die im Kanton erarbeiteten Informationen als Vorbereitung für die beim BSV vorzunehmende Dateneinsicht. Die Mehrzahl der Kantone, die von ihrem Recht auf Dateneinsicht Gebrauch machen, äussern sich positiv über diese Möglichkeit und haben den Eindruck, dass das Gespräch mit den Experten des BSV generell nützlich ist.

Ein Punkt der Kritik ist, dass die Auswertungen des BSV den Kantonen nicht *vor* der Akteneinsicht zur genauen Prüfung zugesandt werden; die Zeit der Einsichtnahme („ca. eine Stunde“, so z.B. die Einschätzung eines Kantonsvertreters) reiche für eine genaue Prüfung nicht aus (wobei anzumerken ist, dass laut BSV die Zeit der Einsichtnahme generell nicht beschränkt ist und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BSV einen halben Tag pro Kanton einplanen). Die Versicherer müssen den Kantonen auf Verlangen zwar ihre Grunddaten schicken, die vom BSV berechneten Kennzahlen liegen den Kantonen aber nicht vor - ausser wenn sie sie unabhängig vom BSV selbst berechnen. Kantone, denen die Kapazität zur Durchführung eigener Berechnungen fehlt, haben somit Schwierigkeiten, sich gezielt auf das Gespräch beim BSV vorzubereiten.

Die andere Hälfte der Kantone nimmt die Möglichkeit, sich über die Eingaben beim BSV zu informieren und diese auch zu kommentieren, nicht wahr. Als Gründe werden die Umständlichkeit des Verfahrens (Reise nach Bern), mangelnde Kapazitäten, und mangelnder Nutzen für den Kanton genannt. Auch Kantone, die nicht zur Dateneinsicht nach Bern kommen, monieren, dass das BSV keine Auswertungen vorgängig zur Verfügung stellt.

Ein Kritikpunkt seitens der meisten Kantone – und zwar sowohl von Kantonen, die von ihrem Recht zur Einsichtnahme Gebrauch machen wie auch von denjenigen, die nicht nach Bern reisen – ist, dass es nicht klar sei, inwieweit die Anmerkungen der Kantone einen Einfluss auf die tatsächlich genehmigten Prämien haben.

2.4.3. Beurteilung

Die Information der Kantone hinsichtlich der eingegebenen Prämienanpassungen ist gewährleistet. Auch können die Kantone diese kommentieren. Hinsichtlich der Qualität der Entscheide zu den Prämienanpassungen kann festgehalten werden, dass der Einbezug der Kantone das Prämiengenehmigungsverfahren eher marginal beeinflusst.

Die Diskussion mit den Kantonen könnte sicherlich verbessert werden, wenn die Kantone die vom BSV berechneten Kennzahlen *vor* dem Gespräch beim BSV zugeschickt bekommen würden. Besser informierte Kantone könnten eventuell sachdienliche Hinweise im Hinblick auf Diskrepanzen zwischen Prämienberechnungen der Versicherer und prognostizierte Kostenentwicklung im Kanton geben und damit einen gewissen Beitrag zur Qualität der Entscheidungsfindung leisten.

Seitens BSV wird angeführt, dass die schriftliche Weitergabe der Auswertungen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich sei. Allerdings ist dieses Argument nicht stichhaltig, da die Kantone ja das Recht haben, die entsprechenden Informationen auch von den Versicherern direkt zu erhalten. Allerdings fehlt den Kantonen oftmals die Kapazität, die Informationen aufzubereiten – und es erscheint auch nicht unbedingt notwendig, dass jeder der 26 Kantone Kapazitäten zur Aufbereitung der Unterlagen aufbaut, wenn das BSV ja in den letzten Jahren substantielle Mittel in eine solche Aufbereitung investiert hat.

Anzumerken ist, dass das BSV derzeit ein Programm zur Kostenprognose entwickelt, bei dem Informationen aus den Kantonen mit einfließen sollen. Damit könnte dann ein Teil des oben genannten potentiellen Beitrags der Kantone abgedeckt werden.

Eine letzte Anmerkung betrifft das Interesse der Kantone, eine Quersubventionierung zwischen den Kantonen zu vermeiden. Zwar achtet das BSV selbst bei der Begutachtung der Prämien auch auf solche Quersubventionierungen, aber es fehlt dem BSV ein intrinsisches Interesse, Quersubventionierungen zu vermeiden. Die Kantonsvertreter hingegen sollten explizit die Interessen der Versicherten ihres Kantons wahrnehmen. So betrachtet haben die Kantone eine wichtige Rolle zur Wahrung der Interessen der Versicherten in ihrem Kanton zu spielen. Dass bei weitem nicht alle Kantone diese Aufgabe tatsächlich wahrnehmen, dürfte einerseits an mangelnden Kapazitäten und an der Umständlichkeit des Verfahrens liegen (s.o.), andererseits aber auch daran, dass den Kantonen nicht klar ist, ob und inwieweit ihre Kommentare tatsächlich eine Auswirkung auf die kantonalen Prä-

mien haben. Hier wäre das BSV gefordert, den Kantonen besser zu kommunizieren, in welcher Art und Weise berechnete Einsprüche berücksichtigt worden sind (und warum sie gegebenenfalls nicht berücksichtigt werden konnten)¹⁹. Anzumerken ist, dass diejenigen Kantone, die von einer Quersubventionierung profitieren, natürlich kein Interesse an deren Offenlegung und Reduktion haben. Von daher wird es auch Kantone geben, die keinen Einspruch hinsichtlich einer Quersubventionierung einlegen, weil sie vom Status Quo profitieren.

2.5. Zusammenfassung und Beurteilung

- Das BSV berechnet heute eine Vielzahl von Kennziffern zur Beurteilung der Prämien der Versicherer. Zur tatsächlichen Prüfung der Eingaben der Versicherer können allerdings – insbesondere der knappen Zeit wegen – nur einige wenige zentrale Kennziffern angeschaut werden. Trotzdem sollte auf Grundlage dieser Information eine objektive Beurteilung der Prämieingaben möglich sein.
- Seitens der Führung des BSV bedarf es klarer schriftlich festgehaltener Vorgaben hinsichtlich dem Vorgehen bei der Prämiegenehmigung. Auch sollte das Ergebnis der Prüfung der Prämieingaben klar dokumentiert werden.
- Die Kantone haben vor den Entscheidungen zu den Prämien die Möglichkeit, die Eingaben und die vom BSV berechneten Kennziffern einzusehen und zu kommentieren. Rund die Hälfte der Kantone macht von diesem Recht Gebrauch.
- Die Zusammenarbeit zwischen den Versicherern und dem BSV ist problematisch. Insbesondere gibt es eklatante atmosphärische Störungen im Verhältnis mit einigen Versicherern. Allerdings ist von den meisten Versicherern zu hören, dass sie seit der Prämienrunde 2002 zufriedener mit der Zusammenarbeit mit dem BSV sind.

¹⁹ Nach Informationen des BSV werden die Kantone bereits heute über die Berücksichtigung ihrer Bemerkungen orientiert – aber eben eventuell nicht in ausreichendem Masse.

3. Qualität des Ergebnisses

3.1. Einleitung

Im Kapitel 2 wurde dargelegt, dass das BSV bei der Prämiengenehmigung auf eine Vielzahl von Kennzahlen zurückgreifen kann. Nicht klar ersichtlich ist für uns, welche Kennzahlen jeweils konkret berücksichtigt wurden und wie diese objektiven Kriterien in die Entscheidungsfindung einfließen konnten. Zudem steht der Vorwurf der Versicherer im Raum, das BSV habe bei der Prämienbewilligung implizit oder explizit eine Reduzierung der Reserven in Kauf genommen, um niedrigere Prämien erhöhungen zu ermöglichen. Daher analysieren wir im Folgenden das *Ergebnis* der Prämienentscheide, um dann wiederum Rückschlüsse auf die Qualität der Entscheide zu ziehen.

Zur Beurteilung der Ergebnisse: Der kleinste gemeinsame Nenner ist sicherlich die Einhaltung der Bestimmungen der KVV des KVG. Wir orientieren uns daher an diesen Vorgaben.

3.2. Die Bestimmungen in der KVV

Die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) macht explizite Vorgaben bezüglich der von den Versicherern zu haltenden Reserven und bezüglich des Gleichgewichtes von Einnahmen und Ausgaben der Versicherungen.

- Art. 78, Abs. 1 KVV besagt: „Die Versicherer haben jeweils für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherzustellen. Sie müssen ständig über eine Sicherheits- sowie über eine Schwankungsreserve verfügen.“
- In Art. 78, Abs. 4 wird die Höhe der notwendigen Reserve spezifiziert: „Die Reserve (Sicherheits- und Schwankungsreserve) des Versicherers muss bezogen auf das Rechnungsjahr je nach dem Versicherungsbestand in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mindestens folgenden Prozentsatz des geschuldeten Prämien (Prämiensoll) erreichen“. Die Details sind dann in einer Tabelle wiedergegeben (s. Tabelle 1).
- Art. 83 schreibt vor, dass die Versicherer zusätzlich Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle machen müssen.

Tabelle 1: Mindestreserven für Versicherer

Anzahl Versicherte		Sicherheitsreserve %	Schwankungsreserve %	Minimale Reserve %
bis 100		70	112	182
101 bis	500	46	50	96
501 bis	1 000	38	35	73
1 001 bis	2 500	30	22	52
2 501 bis	5 000	26	16	42
5 001 bis	10 000	23	11	34
10 001 bis	50 000	19	5	24
50 001 bis	250 000	15	5	20
über	250 000	15	0	15

•

3.3. Datenauswertung / Datenquellen

Wir haben nun die Entwicklung der Reserven der Versicherer, die jährlichen Ergebnisse wie auch die Rückstellungsquoten der Versicherer für die Jahre 1999 bis 2003 analysiert. Die Zahlen bis und mit 2001 basieren auf den Jahresabschlüssen der Versicherer, die Werte für 2002 sind Hochrechnungen der Versicherer, die Zahlen für das Jahr 2003 Prognosen der Versicherer. Die Berechnungen wurden mit Hilfe von Daten, die wir vom BSV erhalten haben, durchgeführt und sind durch das BSV kontrolliert und für richtig befunden worden.

Folgende Daten haben wir vom BSV erhalten:

- Die in den Formularen EF1, EF2, EF3 enthaltenen Daten für alle Versicherer (in elektronischer Form). Hier handelt es sich um Daten aus den Jahresabschlüssen der Versicherer der Jahre 1999-2001.
- Daten aus der Prämienrunde 2003. Diese Zahlen sind also auf Stand Sommer 2002. Die Ergebnisrechnungen des Jahres 2002 werden von den Versicherern hochgerechnet, bei den Zahlen für das Jahr 2003 handelt es sich um Prognosen.

3.4. Reserven und Rückstellungen

3.4.1. Zusammenhang Prämien und Reserven

Von zentraler Bedeutung für die Beurteilung der Solvenz der Versicherer sind die zur Verfügung stehenden Reserven.

Reserven sind Eigenkapital und sollen sicherstellen, dass die Versicherer auch dann zahlungsfähig bleiben, wenn sich die bei der Festsetzung der Prämie gemachten Annahmen bezüglich der Kostenprognose als falsch herausstellen – die Kosten also in der Tat stärker gewachsen sind, als erwartet. Hierfür dient die Sicherheitsreserve. Die Schwankungsreserve dient dazu, unerwartete *Kostenschwankungen* aufzufangen.

Insgesamt gilt: Je höher die Reserven desto sicherer der Versicherer. Die Reservesätze sind also nicht „nur“ in der KVV festgeschrieben, sondern sind auch eine reale Notwendigkeit zur Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der Versicherer. Dies sei explizit erwähnt, da auch schon laut über die Abschaffung der Reserven nachgedacht wurde.

Die Bedeutung der Reserven hat auch Otto Piller betont, als er am 6. Oktober 2000 im Referat zu den Versicherungsprämien 2001 sagte: „Als Mass für die Seriosität der Prämiengenehmigung kann sicher die Reservesituation angegeben werden“ (Piller 2000: 2).

Die Reserven als Passivposten sind auf der Aktivseite durch Kapitalanlagen gedeckt. Diese tragen Zinsen, so dass hohe Reserven auch hohe Kapitalerträge bedeuten. Ein Abbau der Reserven wirkt sich also nicht nur bezüglich Sicherheit, sondern auch langfristig bezüglich der Prämienhöhe negativ aus.

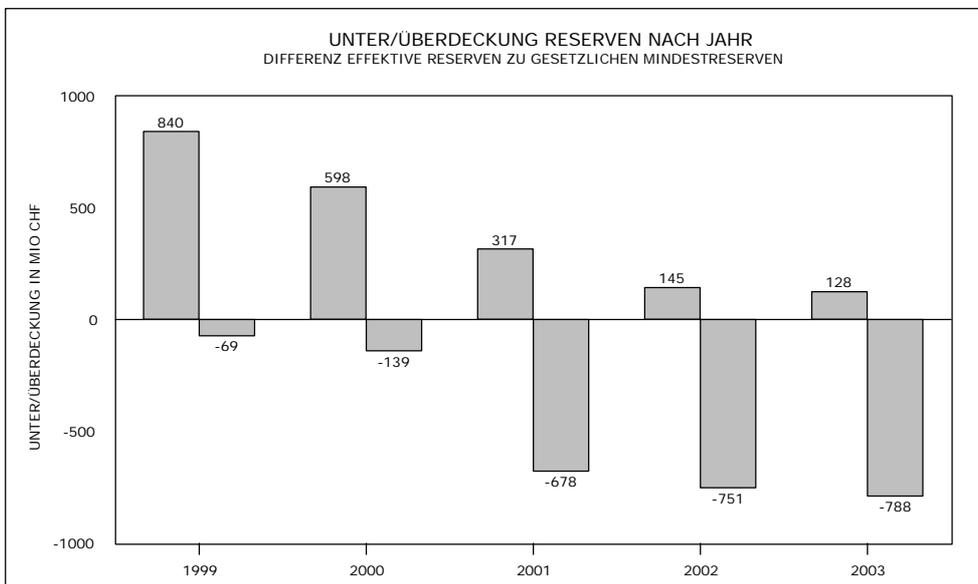
Gemäss Art 78 Absatz 5 und Artikel 79 darf die Mindestreserve in gewissen Fällen unterschritten werden, wenn eine entsprechende Rückversicherung oder eine Defizitgarantie eines Gemeinwesens verfügt. Laut Auskunft des BSV ist das allerdings nur noch in ganz wenigen Fällen und erst noch bei kleinen Versicherern der Fall.

3.4.2. Entwicklung der Reserven

Abbildung 2 zeigt, wie sich die Reserveüber- bzw. Unterdeckung der Versicherer in den letzten Jahren insgesamt entwickelt hat bzw. aller Voraussicht nach im Jahr 2003 entwickeln wird. Dabei sind die Über- und Unterdeckungen separat ausgewiesen: die erste Säule eines jeden Jahres zeigt die kumulierten Reserven aller Versicherer, die eine Überdeckung aufweisen, die zweite Säule die kumulierten Reserven aller Versicherer, die eine Unterdeckung aufweisen. Dabei wird unter einer Überdeckung die Situation verstanden, dass ein Versicherer Reserven hat, die höher als die im KVV festgeschriebenen Minimalwerte sind.

Die Abbildung zeigt klar, dass die kumulierte Überdeckung über die Jahre stark abgenommen hat, während die Unterdeckung zunimmt. Im Jahr 2003 dürfte nach den uns zur Verfügung gestellten Prognosen die Unterdeckung der Versicherer fast 800 Mio. Sfr. aufweisen, während die Überdeckungen auf rund 130 Mio. Sfr. zusammenschmelzen werden. Die genauen Zahlen für die Jahre 1999-2001 sind im Anhang zum Kapitel 3. wiedergegeben.

Abbildung 2: Reservensituation der Versicherer

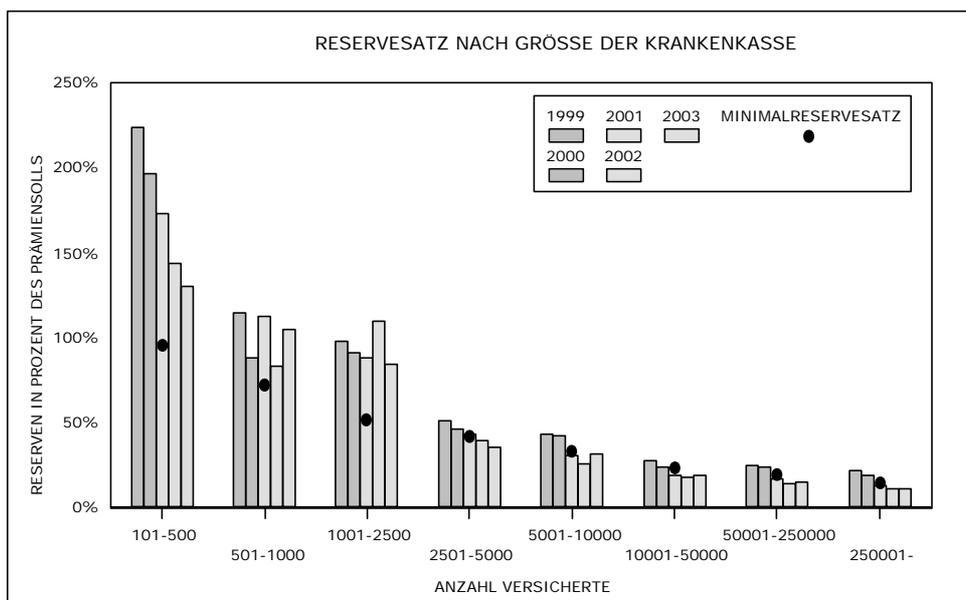


Gemäss Schätzungen der Versicherer wird die Reserveunterdeckung in absoluten Zahlen also auch im Jahr 2003 zunehmen. Der für Ende 2003 prognostizierte Fehlbetrag von knapp Sfr. 800 Mio. muss in den nächsten Jahren wieder geüffnet werden. Anzumerken ist, dass die Prognosen der Versicherer nach Ansicht des

BSV eventuell eher pessimistisch sind. Zudem ist festzuhalten, dass der *Reservesatz* (Reserven in Prozent des Prämienolls) bis Ende 2003 etwas steigen dürfte.

In Abbildung 3 wurden die Versicherer nach Grösse unterteilt. Die Abbildung zeigt, dass primär die grossen Versicherer ihre Reserven unter das Minimum abgebaut haben, während die Reserven der kleinen Versicherer insgesamt noch über dem Minimum liegen. Bei fast allen Versicherern ging aber der Reservesatz während den letzten Jahren zurück, ausser bei Versicherern mit 500 bis 1000 Versicherten – dort schwankt die Reserve, ohne eine abnehmende Tendenz aufzuweisen.

Abbildung 3: Reservesatz differenziert nach Grösse der -Versicherer



Noch aussagekräftiger als die absoluten Zahlen zu den Reserven ist jedoch die Zahl der Versicherungen, die keine ausreichenden Reserven mehr aufweisen. Tabelle 2 weist aus, dass seit 1999 immer mehr Versicherer Reserveunterdeckungen ausweisen; und die Zahl dieser Versicherer wird im Jahr 2003 aller Voraussicht nach nochmals leicht ansteigen. Bereits im Jahr 1999 verfügten 23 Versicherer über keine ausreichenden Reserven, im Jahr 2001 stieg die Zahl stark auf 40 Versicherer und 2002 weisen laut Hochrechnungen vom Sommer 2002 über die Hälfte der Versicherer zu wenig Reserven aus. Da insbesondere auch grössere Versicherer eine Unterdeckung aufweisen, sind nach den zur Verfügung stehenden

Hochrechnungen 84% der Versicherten per Ende 2002 Mitglieder von Versicherern, die nicht mehr über die gesetzlichen Mindestreserven verfügen²⁰.

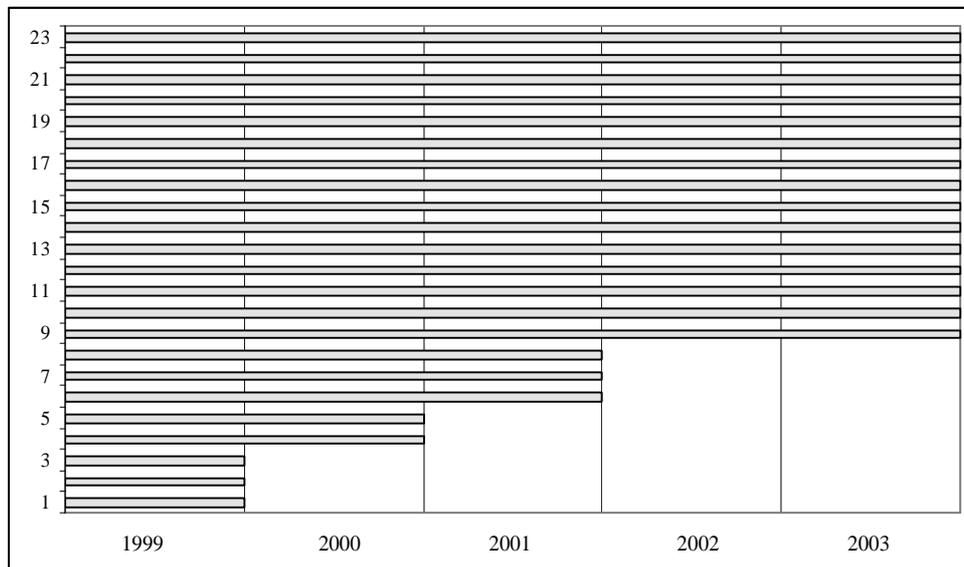
Tabelle 2: Zahl der Versicherer mit Unterdeckung

Jahr	1999	2000	2001	2002	2003
Anzahl Versicherer insgesamt	109	101	99	93	93
Anzahl Versicherer mit Reserveunterdeckung	23	29	40	55	57

Damit muss festgehalten werden, dass Art. 78 Abs. 4 nach strenger Auslegung nicht erfüllt ist. Nun ist es möglich, zu argumentieren, dass Versicherer Reserven ja genau deswegen halten, um bei unvorhergesehenen Umständen (falsche Kostenprognose oder starke Kostenschwankung) davon Gebrauch zu machen. Wir haben deswegen zusätzlich untersucht, ob die Versicherer, die eine Reserveunterdeckung aufweisen, die Reserven in den Folgejahren wieder über das Minimum heben konnten. Abbildung 4 stellt graphisch dar, wie lange die Versicherer, die im Jahr 1999 eine Reserveunterdeckung aufwiesen, weiterhin zu geringe Reserven hatten. Die Abbildung zeigt, dass von diesen 23 Versicherer 15 auch im Jahr 2003 noch eine Reserveunterdeckung haben werden und in der Tat während der ganzen betrachteten Periode eine Unterdeckung hatten. Von den acht Versicherern, die sich heute nicht mehr unter den Versicherern mit zu wenig Reserven befinden, sind fünf aufgelöst worden.

²⁰ Der hohe Prozentsatz resultiert zu einem guten Teil durch die Reserveunterdeckung eines einzelnen grossen Versicherers. Sobald sich die Reservesituation dieses Versicherers wieder erholt wird der hier berechnete Prozentsatz deutlich sinken.

Abbildung 4: Zeitraum der Reserveunterdeckung der Versicherer



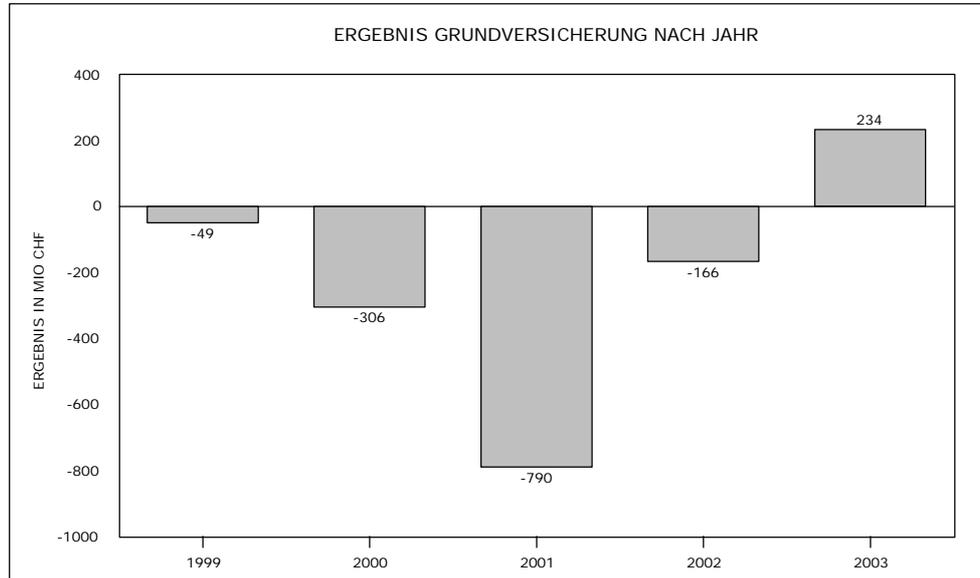
Von den weiteren 22 Versicherern, die in den Jahren 2000 und 2001 neu in Unterdeckung gefallen sind, werden bis Ende 2003 voraussichtlich nur zwei Versicherer wieder ausreichend Reserven aufweisen.

Artikel 78 KVV, der sich mit den Reserven der Versicherer befasst, besagt, dass Einnahmen und Ausgaben über zwei aufeinanderfolgende Jahre ausgeglichen sein müssen. Dies ist eine sehr starke Forderung. Ein Reserveabbau wäre bei einer wörtlichen Interpretation demnach nicht möglich. Man kann aber den Passus so interpretieren, dass eine einmal eingetretene Reserveunterdeckung im nächsten Jahr wieder ausgeglichen werden sollte. Sicherlich ist aber nicht damit gemeint, dass eine einmal eingetretene Reserveunterdeckung bestehen bleiben sollte.

3.4.3. Erklärungen zum Reserveabbau

Die abnehmenden Reserven sind vorderhand auf negative Geschäftsergebnisse zurückzuführen, die in Abbildung 5 kumuliert dargestellt sind. In den Jahren 1999, 2000, 2001 und 2002 haben die Versicherer in der Grundversicherung Verluste gemacht – und diese Verluste haben sich dann in einem Abbau der Reserven niedergeschlagen.

Abbildung 5: Geschäftsergebnisse der Versicherer in der Grundversicherung



Während die Verluste im Jahr 1999 relativ klein waren, verzeichneten die Versicherer im Jahr 2000 ein negatives Ergebnis von gesamthaft 300 Mio. Sfr.²¹ Laut BSV sind die Verluste auf unerwartet hohe Kostensteigerungen bei den Medikamenten und im ambulanten Spitalbereich sowie auf unerwartet tiefe Prämieinnahmen zurückzuführen (Piller 2001). Die grössten Verluste kamen dann allerdings im Jahr 2001 mit 790 Mio. Sfr. zustande. Die Prämienhöhung im Jahr 2001 um durchschnittlich 5.5% war nicht ausreichend, um sowohl die Kostensteigerung im Jahr 2001 wie auch (im Nachhinein) diejenige aus dem Jahr 2000 zu berücksichtigen. Im Resultat wurden die Reserven der Versicherer im Jahr 2001 massiv reduziert.

Natürlich hat der Börsenverlauf auch zum schlechten Ergebnis im 2001 beigetragen. Diesem Einflussfaktor ist knapp die Hälfte des Gesamtverlustes aller Versicherer zuzuschreiben. So mussten im Jahr 2001 alle Versicherer zusammen ergebniswirksame negative Wertberichtigungen von 71 Mio. Sfr. verbuchen (s. Tabelle 3, relevant für das Ergebnis ist das Konto 722). Die Kapitalerträge gingen im Jahr 2001 um knapp 300 Mio. Sfr. zurück (von 660 Mio. Sfr. im Jahr 2000 auf 369

²¹ Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der BSV Zahlen. In Piller, Otto (2001: 1) ist demgegenüber von einer Unterdeckung von Sfr. 250 Mio. Sfr. die Rede.

Mio. Sfr. im Jahr 2001). Festzuhalten bleibt, dass die Versicherer auch ohne die schlechte Börse im Jahr 2001 substantielle Verluste erwirtschaftet hätten.

Tabelle 3: Kapitalanlagen der Versicherer (in Mio. Sfr.)

Konto No.		1999	2000	2001
17	Kapitalanlagen	10'024	9'827	8'397
17	Wertberichtigung	- 437	- 444	- 436
17	Kapitalanlagen Total	9'587	9'383	7'961
720	Kapitalertrag	525	660	369
721	Kapitalaufwand	- 73	- 97	- 181
722	Wertberichtigung auf Wertschriften	- 35	- 13	- 71

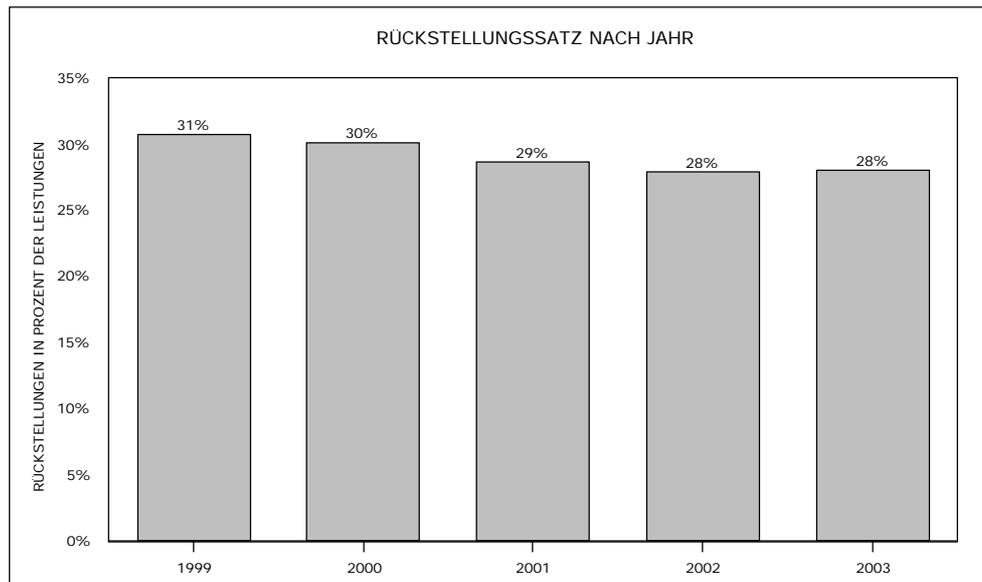
Trotz der Prämiensteigerung von fast 10% im Jahr 2002 schrieben die Versicherer laut Hochrechnung auch im Jahr 2002 (kumuliert) immer noch rote Zahlen. Besonders bedenklich ist, dass dadurch weitere Versicherer ihr Reserveminimum unterschritten und kein einziger Versicherer, der zuvor schon die Reserven unterschritten hatte, wieder zu einem Reserveüberschuss zurückfinden konnte. Auch im Jahr 2003 mussten die Prämien daher um fast 10% erhöht werden – und trotzdem wird sich die Reservesituation im Jahr 2003 nach den uns vorliegenden Prognosen nicht wesentlich verbessern: der Reservesatz (in Prozent der Bruttoprämien gemessen) wird sich etwas verbessern, in absoluten Zahlen wird die Reserveunterdeckung aber weiter zunehmen.

Zwar wird für 2003 insgesamt wieder ein leichter Überschuss erwartet, aber dieser ist nicht gross genug, um die Reserveunterdeckung (in absoluten Zahlen) zu verbessern. Ein insgesamt positives Ergebnis aller Versicherer führt nicht automatisch zu einer Reduzierung der Unterdeckung. Gründe hierfür sind erstens die Tatsache, dass der notwendige Reservesatz (Reserveminimum) von der Anzahl der Versicherten einer Kasse abhängt und sich dadurch Verschiebungen ergeben. Zweitens müssen die Reserven in absoluten Zahlen zunehmen, wenn die Prämien steigen, da die Minimalwerte *in Prozent* zum Prämienvolumen vorgegeben sind (was versicherungsmathematisch seine Berechtigung hat).

3.4.4. Entwicklung der Rückstellungen

Gleichzeitig mit dem Abbau der Reserven ist in den letzten Jahren der Rückstellungssatz gesamthaft auf etwas unter 30% gesunken (s. Abbildung 6).

Abbildung 6: Rückstellungen der Versicherer



Die Rückstellungen sind Fremdkapital und werden benötigt, um Kosten aus dem vorherigen Rechnungsjahr zu begleichen. Die Rückstellungen sind also explizit nicht für Kostenschwankungen vorgesehen, sondern sind Gelder, für Krankheitsfälle, die sich im laufenden Jahr ereignet haben, am Jahresende aber noch nicht vollständig abgewickelt worden sind. Im Gutachten Schmid wird festgehalten, dass der Rückstellungssatz ungefähr 30% betragen sollte (Schmid 1997: 30). Tatsächlich kann heute eventuell ein etwas geringerer Rückstellungssatz als adäquat betrachtet werden, da dank elektronischer Datenverarbeitung die Rechnungen schneller ausgestellt und beglichen werden können. Trotzdem zeigt aber der rückläufige Rückstellungssatz, dass auch im Bereich der Rückstellungen keine „stillen Reserven“ mehr verfügbar sind, mit denen eventuell zu tiefe Reserven ausgeglichen werden können. Die Tabelle im Anhang zu Kapitel 3 zeigt die Unter/Überdeckung bei einem Rückstellungssatz von 28%.

3.5. Zusätzliche Aspekte

3.5.1. Gleichgewicht zwischen Ausgaben und Einnahmen

Wie oben erwähnt, besagt Art. 78, Abs. 1 KVV, dass Einnahmen und Ausgaben der Versicherer über zwei Jahre ausgeglichen sein müssen. Insgesamt haben in den Jahren 1999 bis 2003 42 Versicherer über mindestens drei aufeinanderfolgende Jahre ein negatives Ergebnis geschrieben – was per Definition bedeutet, dass das Ergebnis nicht über zwei Jahre ausgeglichen wurde.

3.5.2. Quersubventionierung

Ein Ziel des BSV ist, Quersubventionierungen zwischen den Kantonen zu vermeiden. Um zu überprüfen, inwieweit solche Quersubventionierungen trotzdem stattfinden, haben wir die akkumulierten Reserven aller Versicherer nach Kantonen differenziert angeschaut. Es zeigt sich, dass die Reserven in manchen Kantonen negative Werte ausweisen, während in anderen Kantonen alle Versicherer gemeinsam noch Reserven von bis zu 25% ausweisen.

In den von uns betrachteten Jahren 2001 bis 2003 schwanken die Reserven zwar von Jahr zu Jahr, aber das Bild kehrt sich doch nicht vollständig. In einigen Kantonen sind die Reserven über den ganzen Zeitraum negativ, in anderen über dem Soll.

Bei der Einführung des KVG wurden die Reserven jedes Versicherers gleichmässig auf die Kantone verteilt. Wenn heute in einzelnen Kantonen negative Reserven ausgewiesen werden dann kann daraus gefolgert werden, dass in den vergangenen Jahren eine Quersubventionierung zwischen den Kantonen stattfand (vorausgesetzt die Versicherer haben ihre Kosten jeweils korrekt den Kantonen zugeordnet). In Kantonen, in denen heute eine negative Reserve ausgewiesen wird, haben die Prämien also die Kosten nicht gedeckt.

3.6. Zusammenfassung und Beurteilung

- Die Studie zeigt: im Ergebnis hatten die in den vergangenen Jahren genehmigten Prämien einen äusserst nachteiligen Effekt auf die finanzielle Situation der Versicherer. Nach Schätzungen der Versicherer hatten Ende 2002 von insge-

samt 93 Versicherer deren 55 weniger als die in der KVV vorgeschriebenen Reserven. Im Jahr 2001 war bereits eine Unterdeckung von gesamthaft fast 700 Mio Sfr. zu verzeichnen. Aller Voraussicht nach wird sich die Situation bei den Reserven in Prozent des Prämiensolls zwar bis Ende 2003 etwas verbessern, in absoluten Zahlen (Reserveunterdeckung in Sfr.) bis Ende 2003 aber eher noch verschlechtern.

- Die Prämien haben in den letzten Jahren im Schnitt nicht mit der realen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen Schritt gehalten. Dadurch wurden die Reserven stark abgebaut. Die problematische finanzielle Situation der Versicherer wurde nur zu einem kleinen Teil durch die schlechte Börse der vergangenen Jahre verursacht, auch im Jahr 2001, als die Versicherer mit insgesamt 780 Mio. Sfr. einen Rekordverlust verzeichnen mussten. Zudem hätte auch das Eventualereignis einer Börsenverschlechterung in die Berechnung der notwendigen Prämienhöhe mit eingehen müssen.
- Die Betrachtung der finanziellen Lage der Versicherer alleine lässt noch keine Aussage darüber zu, ob das BSV die heutige Situation durch das Festsetzen von (niedrigen) „politischen“ Prämien verursacht hat oder durch die Prämien-genehmigung nur in Kauf genommen hat. Jedoch ist eindeutig festzuhalten, dass das BSV bei der Prämien-genehmigung Gesetz und Verordnung nicht umgesetzt hat. Ausschlaggebend ist, dass die Reserveminima nicht nur einmal sondern fortlaufend in immer grösserem Ausmass unterschritten wurden.

4. Wirkungsanalyse der Prämiengenehmigung

4.1. Einleitung

In dem diesem Bericht zugrundeliegenden Forschungsauftrag durch das BSV wird schliesslich die Frage gestellt, ob die Prämiengenehmigung zur Dämpfung der Prämienentwicklung beitragen kann. Zudem wird gefragt, ob es einen Zusammenhang zwischen Prämiengenehmigung, Erhöhung der Markttransparenz und Kostendämpfung im Gesundheitswesen gibt. Im folgenden Unterkapitel gehen wir diesen Fragen nach. Zudem halten wir es aber für notwendig, auch auf mögliche negative Effekte der Prämiengenehmigung aufmerksam zu machen. Wir diskutieren daher in einem zweiten Unterkapitel, inwieweit die Prämienbewilligung einen Einfluss auf mögliche Insolvenzen von Versicherern haben kann und zu welchen Problemen Insolvenzen führen würden.

4.2. Dämpfung der Prämienentwicklung

4.2.1. Determinanten der Prämienhöhe

Grundsätzlich sind Prämien aller Versicherer gemeinsam von der Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen, die von den Versicherern getragen werden müssen, abhängig. Kurzfristig können die Prämien durch einen Abbau der Reserven reduziert bzw. durch einen Aufbau von Reserven erhöht werden. Sollen die Versicherungsprämien gedämpft werden, dann kann dies daher nur dadurch geschehen, dass die Kosten gesenkt oder die Reserven abgebaut werden.

Das BSV hat in den vergangenen Jahren die Versicherer stark gedrängt, ihre Prämien nur moderat zu erhöhen. In der Tat sind die Prämien erhöhungen in den vergangenen Jahren dadurch weniger hoch ausgefallen, als sie andernfalls gewesen wären.

Durch den Druck auf die Prämien hat das BSV erreicht, dass die Versicherer ihre Reserven nicht erhöht, sondern abgebaut haben. Dies war mindestens bis zum Jahr 2001 seitens des BSV durchaus erwünscht (Piller 2000: 2). Der Abbau der Reserven erlaubt aber nur eine temporäre Reduktion der Prämienhöhe. Langfristig kann nur ein effektiver Abbau der Kosten (bzw. eine Abschwächung der Kostensteigerung) zu Prämienreduktionen (bzw. weniger schnell wachsenden Prämien) führen.

Anzumerken ist hier nochmals, dass reduzierte Reserven auch zu reduzierten Kapitalerträgen führen, was schliesslich höhere Prämien notwendig macht. Langfristig hatte der Versuch, die Prämien via Prämienbewilligung tief zu halten, in diesem Sinne eine *kontraproduktive* Wirkung.

Die zentrale Frage ist also, ob der Druck auf die Prämien auch einen Einfluss auf die Kosten der Versicherer hatte bzw. künftig haben kann. Hier stellt sich zunächst einmal die Frage, inwieweit die Versicherer überhaupt ihre Ausgaben beeinflussen können. Die kumulierten Ausgaben aller Versicherer sind von folgenden Faktoren abhängig (s. auch Hammer et al. 2001: 151):

- Leistungskatalog,
- Tarife,
- Menge der in Anspruch genommenen Leistungen im Gesundheitssektor (Stichwörter: Fallmanagement, alternative Versicherungsmodelle, Gesundheitsförderung),
- Kostenkontrolle,
- Verwaltungskosten der Versicherer.

Die Ausgaben der *einzelnen* Versicherer hängen zudem noch von ihrer Versichertenstruktur ab.

Der Leistungskatalog ist von den Versicherern nicht beeinflussbar. Auch die Tarife sind praktisch vorgegeben. Ein kleiner Spielraum besteht sicherlich bei der Höhe der Verwaltungskosten, allerdings können auch rigide Sparmassnahmen die Prämien höchstens marginal nach unten bewegen. Mit insgesamt rund 8-9% der Gesamtkosten (Hammer et al. 2001: 151) spielen die Verwaltungskosten insgesamt keine allzu grosse Rolle, und es darf davon ausgegangen werden, dass der Spielraum bei Effizienzgewinnen in den Verwaltungen der Versicherer nicht sehr gross ist.

Zur Menge der in Anspruch genommenen Leistungen muss zunächst einmal festgehalten werden, dass Versicherer generell die erbrachten Leistungen bezahlen müssen, sofern sie im Leistungskatalog aufgeführt sind. Des Kontrahierungszwangs wegen steht es den Versicherern auch nicht frei, nur von bestimmten Leistungserbringern erbrachte Leistungen zu honorieren. Damit können die Versiche-

rer die in Anspruch genommene Menge von Gesundheitsleistungen zu einem guten Stück nicht beeinflussen.

Den Versicherern bleiben aber Möglichkeiten, durch das Anbieten von Rabatten bei höheren Franchisen die Anreize für die Versicherten so zu setzen, dass sie im Eigeninteresse möglichst wenige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Auch die Einführung von besonderen Versicherungsformen wie HMO und dem Hausarztmodell kann dazu beitragen, die Menge der nachgefragten Leistungen zu reduzieren. Schliesslich kann durch konsequentes „Case Management“, gezielte Information und Aufklärung ein Beitrag zur Mengeneindämmung geleistet werden. Den Versicherern stehen also einige Möglichkeiten zur Verfügung, die Menge der in Anspruch genommenen Leistungen zu beeinflussen, aber die Wirkung dieser Massnahmen darf insgesamt als begrenzt bezeichnet werden.

Zudem ist laut Hammer et al. durch konsequente Kostenkontrolle eine Einsparung von bis zu 10% möglich, wobei dies einerseits durch das Kontrollieren der Richtigkeit der Leistungsabrechnung und andererseits auch durch case management (s. auch oben) erreicht werden soll (Hammer et al. 2001: 151) – wobei dieses Ergebnis sicherlich auch hinterfragt werden kann.

De facto versuchen die Versicherer daher primär durch *Optimierung ihres Versichertenbestandes* ihre Kosten zu reduzieren. Dies kann jedoch per Definition nur zu einer Verschiebung der Kosten von einem zum anderen Versicherer führen; die Kosten insgesamt werden damit nicht beeinflusst.

Zusammenfassend kann daher gesagt werden, dass die Versicherer gewisse Möglichkeiten haben, ihre Kosten zu reduzieren, wiewohl ihnen durch den Kontrahierungszwang und den vorgegebenen Leistungskatalog die Hände bezüglich grösserer Sparmassnahmen gebunden sind. Einzelne Versicherer können durch Risikoselektion zwar ihre eigenen Kosten reduzieren, dies beeinflusst jedoch die Gesamtkosten über alle Versicherer nicht.

4.2.2. Prämiengenehmigung versus Konkurrenzdruck

Kann die Prämiengenehmigung des BSV aber dazu beitragen, dass die Versicherer die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Kosteneinsparung konsequent nutzen? Und welche Rolle muss das BSV spielen, um sicherzustellen, dass

die Versicherer die Prämien nicht zum Zwecke des Anhäufens hoher Reserven unnötig hoch festlegen?

Natürlich ist eine (theoretische!) Möglichkeit, dass das BSV via strikter Überwachung kontrolliert, ob die Versicherer ihre Kosten auf das Minimum reduzieren. Durch die derzeitige Praxis, gewisse Indikatoren zu beobachten, können grobe Probleme oder schlichte Berechnungsfehler erkannt werden. Wenn ein Versicherer zum Beispiel doppelt so hohe Verwaltungskosten (im % zur Nettoprämie) wie andere Versicherer hat, ist sicherlich eine Frage nach den Gründen für diese hohen Kosten möglich. Für eine strikte Kostenkontrolle wäre allerdings eine sehr viel genauere Kontrolle der Versicherer und eine sehr detaillierte Einsichtnahme in alle ihre Unterlagen nötig. Hierfür hat die Prämien genehmigung des BSV derzeit keine Kapazitäten. Auch erscheint es nicht dem Geist des KVG zu entsprechen, dass das BSV eine detaillierte Kostenkontrolle aller Versicherer durchführt. Vielmehr ist ja der Grundgedanke des KVG, dass ein freier Wettbewerb zwischen den Versicherern herrscht und dass der Konkurrenzdruck dazu führt, dass die Versicherer ihre Kosten möglichst gering halten, um eine attraktive Prämie anbieten zu können.

Auch eine Beschränkung der Reservehöhe nach oben durch das BSV ist innerhalb einer Konkurrenzsituation eigentlich nicht notwendig. Die Konkurrenz zwischen den Versicherern sollte dazu führen, dass die Versicherer eine möglichst optimale Reservehöhe²² wählen. Dabei werden die Versicherer einerseits die Sicherheit zu maximieren suchen, andererseits aber können sie nicht in beliebigem Masse Reserven aufbauen, da dies während der Phase des Reservezuwachses die Prämie erhöht. Zu hohe Prämien sind am Markt aber nicht konkurrenzfähig.

Mehrfach wurde jedoch darauf hingewiesen, dass sich die Versicherer nicht in einem Masse konkurrenzieren, wie dies zur Kostenminimierung notwendig wäre. Generell könnte dies durch hohe Transaktions- und Informationskosten, durch Wettbewerbseinschränkungen und durch Preisabsprachen bzw. durch Kartelle erklärt werden. Für die Bildung von Preiskartellen gibt es im Bereich der Krankenversicherungen keine Anzeichen, weswegen wir im Folgenden nur auf die anderen beiden Erklärungsmöglichkeiten näher eingehen.

²² Die Versicherer müssen abwägen zwischen dem Nutzen der Reserve (gleichmässige Prämienentwicklung, Sicherheit, eventuell Renditeeinnahmen) und der Kosten (höhere Prämien während der Phase des Reserveaufbaus). In einer Konkurrenzsituation dürfte davon ausgegangen werden, dass die Versicherer die Reservehöhe unter Berücksichtigung aller Randbedingungen optimieren und keinesfalls einfach möglichst hohe Reserven aufbauen.

Transaktionskosten: Es ist in der Tat erstaunlich, dass nur sehr wenige Versicherte überhaupt den Versicherer wechseln. Offenbar reagieren die Versicherten auch auf relativ grosse Prämienunterschiede zwischen den Versicherern nicht in einem Masse, wie man erwarten würde und von anderen Märkten her auch kennt. Erklärbar wäre dies durch hohe Informations- und Transaktionskosten (bzw. subjektiv für hoch gehaltene Transaktionskosten). Allerdings dürften auch psychologische Faktoren eine Rolle spielen. So fühlen sich Personen, die von Leistungen eines Versicherers extensiv profitiert haben, ihrer Kasse moralisch verpflichtet und scheuen sich aus diesem Grunde vor einem Wechsel (Zum Thema Transaktionskosten vgl. auch Baur, Rita und Braun, Ulrike (2000).

Wettbewerbsbeschränkungen: Einige der grundsätzlichen Limitierungen bei der Kostenreduktion durch die Versicherer sind oben schon angesprochen worden (Kontrahierungszwang, gesetzlicher Leistungskatalog). Zudem sind die Versicherer auch beim Design von Rabatt- und Selbstbehaltangeboten stark eingeschränkt. So sind die möglichen Franchisen nach oben begrenzt (Sfr. 1500 pro Jahr) und auch die für die Wahl einer Franchise gewährten Rabatte sind nach oben begrenzt. Diese Vorgaben verunmöglichen es den Versicherern, besonders preisgünstige Leistungspakete für ihre Kunden zu schnüren. Anzumerken ist, dass bei der Festlegung einer Obergrenze für Franchisen und Rabatte ein trade-off zwischen Solidarität und individueller Kostenverantwortung besteht.

4.3. Insolvenzgefahr

Die Prämienentwicklung in den vergangenen Jahren hat, wie oben gezeigt, dazu geführt, dass gemäss Hochrechnungen auf Basis der Daten vom Sommer 2002 die Mehrheit der Versicherer heute nicht mehr die in der KVV vorgeschriebenen Mindestreserven hält. Die Reserveunterdeckung ist gesamthaft einige hundert Million Sfr. höher als die gesamthafte Überdeckung.

Sowohl in der KVV als auch im Gutachten Schmid, das als Basis des heutigen Prämiengenehmigungsverfahrens dient, wird darauf abgestellt, dass beim Prämiengenehmigungsverfahren darauf geachtet werden muss, dass Versicherer zahlungsfähig bleiben und vor der Insolvenz bewahrt werden. Im BSV ist uns bei Gesprächen allerdings auch gesagt worden, dass das Amt keine „Strukturerhaltung“ betreiben könne, sondern dass schlecht geführte Versicherer selbstverständlich auch einmal vom Markt verschwinden könnten.

Generell ist in einer freien Marktwirtschaft mit dem Konkurs von Unternehmen zu rechnen und der Staat hat in der Tat nicht die Aufgabe, jedes Unternehmen vor dem Konkurs zu bewahren. Allerdings hat der Staat bei bestimmten Unternehmenstypen eine besondere Aufsichtspflicht. Zu diesen Unternehmenstypen gehören neben Banken auch Versicherungen.

Im allgemeinen schädigt der Konkurs von Versicherungen deren Kunden – je nach Versicherungstyp – massiv. Als Beispiel seien Lebensversicherungen genannt. Auch im Falle der Insolvenz einer Krankenversicherung entstehen für die dort Versicherten unter bestimmten Umständen substantielle negative Auswirkungen. Zwar ist durch das KVG garantiert, dass die durch einen insolventen Versicherer versicherten Personen von einer anderen Kasse aufgenommen werden müssen, doch dies gilt nur für die Grundversicherung. In aller Regel haben Versicherte bei „ihrer“ Krankenkasse neben der Grundversicherung auch Zusatzversicherungen abgeschlossen. Von Versicherern wurde uns gesagt, dass eine Kasse, die nicht mehr zahlungsfähig ist, in aller Regel insgesamt den Konkurs anmelden wird und auch ihre Zusatzversicherungen nicht mehr weiterführen können. Wenn dem so ist, dann verlieren die bei der Kasse Versicherten auch ihre Ansprüche an die Zusatzversicherung. Ältere Versicherte werden unter Umständen jedoch nicht mehr in die Zusatzversicherungen ihrer neuen Kasse aufgenommen. Seitens BSV wird allerdings festgehalten, dass mindestens die meisten grossen Versicherer heute Grund- und Zusatzversicherungen rechtlich getrennt haben, so dass dort das oben beschriebene Problem nicht mehr besteht. Dass aber bei einzelnen Versicherern die Insolvenz der Grundversicherung auch die Zusatzversicherung betreffen würde ist unbestritten.

Abgesehen von dem Problem der Zusatzversicherung einzelner Versicherter entstehen aber auch für die Allgemeinheit bei der Insolvenz eines Versicherers Kosten. Ist ein Versicherer nicht mehr zahlungsfähig, dann ist es gut möglich, dass sie nicht über ausreichende Rückstellungen verfügt, um noch alle Rechnungen über bereits erbrachte Leistungen zu bezahlen (wie dies z.B. beim Konkurs der Krankenkasse Zurzach der Fall ist). Im Falle der Insolvenz eines kleinen Versicherers kann der so entstehende Fehlbetrag von der *gemeinsamen Einrichtung KVG* übernommen werden (die schlussendlich via Versicherungsprämien der Allgemeinheit finanziert ist). Sollte jedoch ein grosser Versicherer (oder gar mehrere Versicherer) zahlungsunfähig werden, dann würden die Mittel der gemeinsamen Einrichtung, die als Zielgrösse Sfr. 50 bis 60 Millionen halten soll, nicht ausreichen. Einspringen müsste aller Voraussicht nach der Staat. Zudem würde die Insolvenz

einer grösseren Krankenkasse die gemeinsame Einrichtung bzw. andere Versicherer für fast unlösbare *administrative* Aufgaben stellen.

Schliesslich müssen für die Versicherten der in Konkurs gegangenen Kasse wieder neu Reserven aufgebaut werden. Mit dem Aufbau neuer Reserven werden die Mitglieder derjenigen Versicherer belastet, die die Versicherten der insolventen Kasse aufnehmen (müssen).

Letztere Überlegungen zeigen auch eine gewisse Ungerechtigkeit auf, die durch die bereitwillige Akzeptanz von zu niedrigen Prämien entstehen kann. Es wird toleriert, dass Versicherte jahrelang von eigentlich zu tiefen Prämien und dem systematischen Abbau der Reserven des entsprechenden Versicherers profitieren. Wird diese Kasse dann zahlungsunfähig, müssen deren Versicherten in anderen Kassen aufgenommen werden, wo sie dann von den dort angesparten Reserven ohne Abstriche profitieren können.

4.4. Zusammenfassung und Beurteilung

- Die Prämienbewilligung des BSV vermochte in den vergangenen Jahren die Prämienhöhungen kurzfristig zu dämpfen, in dem auf einen Abbau der Reserven hingewirkt wurde.
- Eine langfristige Wirkung hinsichtlich niedrigerer Prämien wäre nur zu erzielen, wenn auch die Kosten durch das BSV beeinflusst werden könnten. Die Versicherer haben allerdings innerhalb der bestehenden Regeln nur einen relativ geringen Spielraum, ihre Kosten deutlich zu senken.
- Prinzipiell dürfte davon ausgegangen werden, dass im derzeitigen System der Konkurrenz zwischen den Versicherern Anreize bestehen, die Kosten und Prämien tief zu halten. Tatsächlich scheint allerdings der Wettbewerb zwischen den Versicherern nicht optimal zu spielen. Da nur sehr wenige Versicherte die Kasse wechseln, kommt kein allzu grosser Preiswettbewerb zwischen den Versicherern auf. Zudem beschränkt das KVG den Wettbewerb.
- Insolvenzgefahr: Das BSV hat in den vergangenen Jahren offenbar darauf hingewirkt, dass die Prämien zu tief waren, um den Versicherern zu erlauben, die gesetzlich vorgeschriebenen Reserven zu halten. Und selbst wenn das BSV nicht aktiv auf niedrige Prämien hingewirkt haben sollte, so hat es doch diese niedrigen Prämien bewilligt. Damit wurde eine Situation herbeigeführt (oder in Kauf genommen), die die Gefahr birgt, dass künftig einzelne Versicherer

zahlungsunfähig werden. Dies wäre jedoch mit hohen Kosten sowohl für die bei diesen Versicherern versicherten Personen (sofern sie dadurch ihren Versicherungsschutz in der Zusatzversicherung verlieren) wie auch für die Allgemeinheit verbunden.

- Im Rahmen des heutigen Systems können günstigere Prämien vor allem dadurch erreicht werden, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern forciert und weiter geöffnet wird. Forciert könnte der Wettbewerb werden, in dem das BSV weiter und verstärkt dazu beiträgt, dass Informationskosten hinsichtlich der Versicherungsprämien und Transaktionskosten eines Wechsels der Kasse reduziert werden. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und die Abschaffung von Regeln, welche die Versicherer bei der Ausgestaltung der Versicherungen einschränken, würde zu einer weiteren Öffnung des Wettbewerbs führen und Versicherern erlauben, mit innovativen und anreizkompatiblen Produkten für tiefere Kosten zu sorgen. Hierfür ist allerdings eine Reform des KVG nötig. Beachtet werden muss dabei, dass einerseits Kosten reduziert werden, andererseits die Solidargemeinschaft aufrechterhalten bleibt, in der gesunde Versicherte ein Stück weit die Kosten von kranken Versicherten mittragen.

5. Synthese und Empfehlungen

5.1. Synthese

Die Studie zeigt, dass die in den vergangenen Jahren genehmigten Prämien *im Ergebnis* einen ausgesprochen nachteiligen Effekt auf die finanzielle Situation der Versicherer hatten. Nach Schätzungen der Versicherer (auf Basis von Zahlen vom Sommer 2002) hielten Ende 2002 von insgesamt 93 Versicherer deren 55 weniger als die in der KVV vorgeschriebenen Reserven. Gesamthaft beträgt die Reserveunterdeckung per Ende 2002 nach den Schätzungen der Versicherer Sfr. 750 Mio. Aller Voraussicht nach wird sich der Reservesatz (in Prozent) bis Ende 2003 wieder etwas erhöhen, in absoluten Zahlen (Reserveunterdeckung in Sfr.) wird sich die Situation bei den Reserven bis Ende 2003 aber eher noch verschlechtern. Es stellt sich damit die Frage, ob das BSV seine Aufsichtspflicht nicht verletzt hat.

Insgesamt muss konstatiert werden, dass über Jahre zu tiefe Prämien genehmigt wurden. Verluste an der Börse haben mit ergebnisrelevanten Abschreibungen von insgesamt Sfr. 71 Mio. im Jahr 2001 bei einem Gesamtverlust der Versicherer von 780 Mio. in diesem Jahr nur eine marginale Rolle gespielt. Auch ohne die schlechte Börse wären viele Versicherer den in der KVV vorgeschriebenen Regelungen hinsichtlich der Reserven nicht mehr gerecht geworden. Zudem hätte auch das Eventualereignis einer Börsenverschlechterung in die Berechnung der notwendigen Prämienhöhe mit eingehen müssen.

Vor dem Hintergrund dieses Ergebnisses muss die Frage gestellt werden, ob das *Verfahren* der Prämiengenehmigung insgesamt qualitative Mängel aufweist. Unsere Analyse stellt dabei fest, dass das Gutachten von Prof. Dr. Heinz Schmid zur Vorgehensweise bei der Prämienbewilligung vom BSV formal weitgehend umgesetzt wurde. Die in dem Gutachten vorgeschlagenen Kennziffern werden heute berechnet und die Kantone erhalten vor der Prämiengenehmigung Gelegenheit zur Einsicht und Kommentierung der Prämieangaben. Die Kantone haben aber, wie im Gutachten Schmid auch vorgeschlagen, kein Mitbestimmungsrecht. Zusätzlich zu den im Gutachten Schmid vorgeschlagenen Berechnungen werden heute weitere Kennzahlen gebildet und insbesondere auch graphisch dargestellt.

Die 6-8 für die Prämiengenehmigung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BSV müssen innerhalb einer kurzen Frist (18 Arbeitstage) die Prämieangaben von fast 100 Versicherer überprüfen. Dies stellt eine grosse Aufgabe dar, die ein relativ pragmatisches Vorgehen erfordert. Trotz der relativ kurzen zur Verfügung stehenden Zeit ist es jedoch nicht optimal, dass für die Beurteilung man-

cher Eingaben offenbar fast ausschliesslich die Kennziffern des Prämienbeurteilungsblattes verwendet werden, da diese Kennziffern alleine nicht alle Aspekte abdecken. Umfang und Qualität der Prüfung variiert dabei stark zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BSV.

Bei der Analyse der Vorgaben der Leitung des BSV hinsichtlich der Prämiengenehmigung fällt auf, dass es in den vergangenen Jahren ein erklärtes Ziel des BSV war, die Reserven auf die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestniveaus zu reduzieren. Das BSV verfolgt zugleich das Ziel intertemporal gleichmässiger Prämien erhöhungen. Hier besteht ein klarer Zielkonflikt, da niedrige Reserven ein Abfangen unvorhersehbarer Ereignisse verunmöglichen.

Bei der Abwägung zwischen deutlichen Prämien erhöhungen und (weiterem) Abbau von Reserven hat das BSV offenbar eine *Unterschreitung* der gesetzlichen Mindestreserve fallweise toleriert. Problematisch ist das Fehlen klarer schriftlich dargelegter Regeln, die festlegen, in welchen Fällen die Mindestreserve ausnahmsweise unterschritten werden darf. Auch ist problematisch, dass die Kritik des BSV an den eingegebenen Prämien den Versicherern meist mündlich mitgeteilt wird. Eine systematische Dokumentation findet nicht statt.

Die *Zusammenarbeit der Versicherer* und der für die Prämiengenehmigung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BSV ist insgesamt als eher problematisch zu bezeichnen. Insbesondere gibt es eklatante atmosphärische Störungen im Verhältnis mit einigen Versicherern. Auf der materiellen Ebene steht primär der Vorwurf im Raum, die Versicherer seien gezwungen worden, ihre Prämien weniger stark zu erhöhen als sie dies für sinnvoll erachtet hätten.

Heute ist von den meisten Versicherern zu hören, dass sie mittlerweile (je nach Versicherer seit der Prämienrunde 2002 oder 2003) zufriedener mit der Zusammenarbeit mit dem BSV sind. Die Berechnungen des BSV wie auch die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern seien besser geworden und das BSV folge mehr als bisher der Argumentation der Versicherer. Dies ist nach Ansicht der Versicherer auf die schlechte Reservesituation des Jahres 2001 zurückzuführen.

Die Information der *Kantone* hinsichtlich der eingegebenen Prämienanpassungen ist gewährleistet. Auch können die Kantone diese kommentieren. Rund die Hälfte der Kantone macht von diesem Recht Gebrauch, einige wenige Kantone kommentieren die Prämie eingaben auf Grundlage von Informationen der Versicherer und eigener Berechnungen schriftlich. Seitens der Kantone wird das Verfahren teils

kritisiert. Insbesondere monieren sie, dass das BSV ihnen vorab keine schriftlichen Unterlagen zustellt.

Die Prämienbewilligung des BSV vermochte in den vergangenen Jahren die *Prämienerhöhungen kurzfristig zu dämpfen*, in dem sie auf einen Abbau der Reserven hingewirkt hat.

Der Abbau der Reserven hatte auch den Effekt, dass die Kapitalerträge abnahmen; die fehlenden Kapitalerträge müssen über *Prämienerhöhungen* ausgeglichen werden.

Manche Versicherer erhöhen heute ihre Prämieinnahmen, indem sie Rabatte für Versicherungen mit höheren Selbstbehalten *reduzieren*. Dies hat jedoch kurz- bis mittelfristig (mindestens theoretisch) einen negativen Effekt auf das Verhalten der Versicherten und es besteht die Gefahr, dass dies zu einer *weiteren Kostenerhöhung* führt²³.

Langfristig wären niedrigere (oder weniger schnell steigende) Prämien nur zu erzielen, wenn auch die Kosten durch das Prämien genehmigungsverfahren des BSV beeinflusst werden könnten. Die Versicherer haben allerdings innerhalb der bestehenden Gesetzgebung nur einen relativ geringen Spielraum, ihre Kosten deutlich zu senken.

Ohnehin müsste prinzipiell davon ausgegangen werden, dass im derzeitigen System der Konkurrenz zwischen den Versicherern Anreize bestehen, die Kosten und Prämien tief zu halten.

Die heutige Situation der Versicherer birgt die Gefahr, dass künftig einzelne Versicherer zahlungsunfähig werden. Die Insolvenz von Versicherern könnte unter Umständen insbesondere für einzelne ältere Versicherte mit hohen Kosten verbunden sein, da sie zwar in der Grundversicherung von einer anderen Kasse aufgenommen werden müssen, ihre Zusatzversicherungen, in die sie jahrelang einbezahlt haben, jedoch *eventuell* ersatzlos verlieren würden²⁴.

²³ Es wird allerdings beobachtet, dass Versicherte (mindestens kurzfristig) relativ wenig auf Veränderungen in der Prämienstruktur reagieren. Dies lässt vermuten, dass eine Reduktion der Rabatte nicht sofort zu einer drastischen Änderung der Versicherungsverträge (hin zu niedrigeren Franchisen) führt. Tendenziell wird jedoch eine Kürzung der „Belohnung“ für hohe Franchisen sicherlich eher zu weniger Verträgen mit hohen Franchisen führen. Verträge mit hohen Franchisen stellen jedoch generell einen wichtigen Anreiz hinsichtlich eines kostenbewussten Verhaltens der Versicherten dar.

²⁴ Laut Informationen des BSV haben heute jedoch viele grosse Versicherer Grund- und Zusatzversi-

Zudem sind Insolvenzen mit *Kosten für die Allgemeinheit* verbunden, da von dem insolventen Versicherer nicht mehr bezahlte Rechnungen entweder durch die gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherungen oder gar direkt vom Steuerzahler übernommen werden müssten.

5.2. Empfehlungen

Unseres Erachtens ist es geboten, dass sich das BSV auf die Prüfung der Solvabilität der Versicherer konzentriert, wenn nicht gar ganz beschränkt.

Eine Beschränkung des BSV auf eine Solvabilitätsprüfung würde das Verfahren der Prämiengenehmigung generell vereinfachen. Die Prämien von finanziell gesunden Versicherern könnten schnell und unbürokratisch genehmigt werden und das BSV könnte seine Ressourcen darauf konzentrieren, Versicherer mit finanziellen Problemen intensiv zu prüfen und zu beraten.

Regelmässige Gespräche zwischen den Versicherern und denjenigen BSV Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die für die Prämiengenehmigungen zuständig sind, könnten das Gesprächsklima und die Zusammenarbeit weiter verbessern. In Antizipation schwieriger Prämiengenehmigungsgespräche könnten in solchen während des Jahres stattfindenden Treffen auch Vorsondierungen unternommen werden.

Zu überprüfen wäre, inwieweit bei der Beratung der Versicherer die Audit Abteilung des BSV mit eingebunden werden könnte. Hier müsste jedoch sicherlich zunächst einmal ein Konzept erstellt werden, in dem die Nachfrage nach einer solchen Beratung, deren Finanzierung (die ja zum Teil auch auf verrechneten Tarifen beruhen könnte) aber auch potentielle Interessenkonflikte dargelegt würden.

Die Kapitalanlagen der Versicherer werden seitens BSV kaum geprüft, hier verlässt sich das BSV auf die Arbeit der Revisionsgesellschaften. Das BSV könnte hier jedoch unserer Meinung nach (beratend) eingreifen, wenn das Portefeuille eines Versicherers entweder relativ risikoreich ist oder aber eine ungenügende Rendite erwirtschaftet.

cherung rechtlich getrennt, wodurch das Problem bei diesen Versicherern nicht mehr vorhanden ist. Das BSV bestätigt aber auch, dass das beschriebene Problem (noch) nicht bei allen Versicherern gelöst ist.

Wenn das BSV weiterhin sowohl die Prämien wie auch die Reserven nach oben beschränken möchte, so sollten klar kommunizierte Limite gelten. Vorstellbar wäre ein Band akzeptierter Reservesätze.

Das BSV sollte seine Beurteilung der Prämieingaben nach einem einheitlichen Schema in schriftlicher Form dokumentieren. Dies gilt insbesondere für Rückmeldungen an Versicherungen, die auf eine Änderung der Eingabe abzielen. Eine solche Dokumentation würde zur Objektivität und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens beitragen.

Die Diskussion mit den *Kantonen* könnte sicherlich verbessert werden, wenn die Kantone die vom BSV berechneten Kennzahlen vorgängig zugeschickt bekommen würden. Es ist nicht sinnvoll, dass 26 Kantone Kapazitäten zur technischen Verarbeitung der Unterlagen der Versicherer aufbauen.

Den Kantonen ist, so das Ergebnis unserer Gespräche mit Kantonsvertretern, oftmals nicht klar, ob und inwieweit ihre Kommentare tatsächlich eine Auswirkung auf die kantonalen Prämien hatten. Zwar informiert das BSV die Kantone ex post, aber es wäre wohl zu überprüfen, wie die Kommunikation verbessert werden könnte.

Im Rahmen des heutigen Systems können günstigere Prämien vor allem dadurch erreicht werden, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern forciert und weiter geöffnet wird. Forciert könnte der Wettbewerb werden, in dem das BSV weiter und verstärkt dazu beiträgt, dass Informationskosten hinsichtlich der Versicherungsprämien und (eventuell subjektive, psychologisch motivierte) Transaktionskosten eines Wechsels des Versicherers reduziert werden.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und die Abschaffung von Regeln, welche die Versicherer bei der Gestaltung der Versicherungsverträge einschränken, würde zu einer weiteren Öffnung des Wettbewerbs führen und den Versicherern erlauben, mit innovativen und anreizkompatiblen Produkten für tiefere Kosten zu sorgen. Dies ist jedoch nur durch eine Revision des KVG möglich.

Literaturverzeichnis

Baur, Rita und Braun, Ulrike (2000), „Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung (Wirkungsanalyse KVG)“, Forschungsbericht 15/00, Bundesamt für Sozialversicherung.

BSV (2002), Abteilung Versicherer und Aufsicht Sektion Finanzen und Prämien, *Obl. Krankenpflege-Versicherung Konzept zur Prüfung der Prämientarife 2003*, mimeo.

BSV (2002a), „Rahmenbedingungen im Prämiengenehmigungsverfahren 2003“, *Brief von Fritz Britt*.

Hammer, Stephan; Pulli, Raffael; Iten, Rolf; Eggimann, Jean-Claude (2001), „Auswirkungen des KVG auf die Versicherer“, Forschungsbericht Nr. 6/01, Bundesamt für Sozialversicherung

Piller, Otto (2000), „Prämien 2001 der sozialen Krankenversicherung“, Referat bei der Medienkonferenz am 6.10.2000, <http://www.bsv.admin.ch/blind/aktuell/referate/d/00100901.htm> (Datum des Zugriffs: 16.7.2002).

Piller, Otto (2001), „Obligatorische Krankenversicherung: Prämien 2002 genehmigt – durchschnittliche Erhöhung um 9.7%“, Medienmitteilung 5. Oktober 2001, <http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2001/d/01100501.htm>. (Zugriff: 12.3.2002).

Schmid, Heinz (1997), „Prämiengenehmigung in der Krankenkasse“, Forschungsbericht Nr. 3/97, Bundesamt für Sozialversicherung

Anhang zum Kapitel 1.

Tabelle 4: Im Jahr 1996 bei den Versicherungen abgefragte Grunddaten

Ergebnisrechnung					
Vers-Nr.		Versicherer:			
Versicherungssparte		Oblig. Krankenpflegeversicherung			
Kanton:		Ganze Schweiz			
Ziff.	Elemente	±	1995 effektiv	1996 rev. Schätzung	1997 Schätzung
	Versichertenbestand Durchschnitt				
	Durchschnittsalter				
60-65	Bruttoprämien	+			
66	Prämienanteile Rückversicherer	-			
67-68	Subventionen, Prämienermässigungen	+			
30-35	Brutto-Leistungen ohne Kobe (32)	-			
32	Kostenbeteiligung	+			
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	+			
37	Risikoausgleich	±			
	Deckungsbeitrag 1				
40-47	Verwaltungsaufwand	-			
48	Abschreibungen	-			
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	-			
69	Sonstige Betriebserträge	+			
7	ausserord. Aufwand und Ertrag *)	±			
	Deckungsbeitrag 2				
350	Zuweisung an Rückstellungen	-			
	Ergebnis vor Reservebildung				
351	Zuweisung an Reserven	-			
	Ausgewiesenes Ergebnis				
27	Rückstellungen *)				
29	Reserven *)				

*) nur auszufüllen für "ganze Schweiz"

96.419

HS: Erg-Rech.xls, Form-BSV / 13.02.97.21:11

Quelle: Schmid (1997), Tabelle A.1/1

Die folgenden Tabellen enthalten die im Expertenbericht geforderten Massnahmen bzw. zu berechneten Kennziffern im Detail. Wir haben nun geprüft, welche der Massnahmen ganz konkret umgesetzt worden sind.

Tabelle 5: Unterlagen der Versicherer

Unterlagen der Versicherer	Umgesetzt?	Kommentar	Quelle²⁵
Daten der Kassen auf vom BSV formatierter Diskette	<i>ja</i>		S. 32
Angaben über Zahl Versicherter und deren Durchschnittsalter pro Kanton verfeinern	<i>ja</i>		S. 32; 18f.
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Zahl der Versicherten <ul style="list-style-type: none"> ○ nach Kinder/Männer/Frauen ○ ev. nach Altersgruppen gemäss Risikoausgleich • Reserven/Rückstellungen sind auf die einzelnen Kantone aufzuteilen. Abwicklungsgewinne und –verluste der Rückstellungen sind jährlich auszuweisen 	<i>ja</i>		18
Parameter für Budgetierung sind in Tabellenform (definiert durch BSV) und auf Diskette abzuliefern	<i>ja</i>		S. 7/33
Vorbereitung und Optimierung der Trendanalysen pro Kanton	<i>partiell</i>	<i>Wird bei der Tagung Kostenprognose diskutiert</i>	S. 34
Mitarbeit im Beurteilungsgremium Trendanalysen	<i>partiell</i>		S. 28f.
Abrechnungen über die Abwicklungsgewinne resp. –verluste betreffend Rückstellungen erstellen	<i>nein</i>	<i>nicht Aufgabe der Kasse; wird von der externen Kontrollstelle gemacht, womit das Ziel inhaltlich erreicht ist.</i>	S. 32

Tabelle 6: Massnahmen des BSV

Massnahmen des BSV	Umgesetzt?	Kommentar	Quelle
Redaktion neues Kreisschreiben betreffend erwähnten, ergänzten Unterlagen	<i>ja</i>		S. 32
Strenge Kontrolle der von den Kassen gelieferten Daten auf Vollständigkeit	<i>ja</i>		S. 32

²⁵ Aus Schmied (1997).

Massnahmen des BSV	Umgesetzt?	Kommentar	Quelle
Vorbereitung der Programme für die detaillierte Auswertung der gelieferten Daten	ja		S. 32
Detaillierte und systematische Analyse der gelieferten Daten (inkl. Qualitäts- und Plausibilitätskontrolle):	ja	Vgl. Seiten 12-17; Tabellen B	S. 12-17 T B
<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen pro Jahr (in %) pro Kanton der von den Kassen gemeldeten Grunddaten: <ul style="list-style-type: none"> o Durchschnittlicher Bestand der Versicherten o Durchschnittsalter o Bruttoprämien o Bruttoleistung ohne Kostenbeteiligung (Kobe) o Kostenbeteiligung o Risikoausgleich o Deckungsbeitrag 1 und 2 o Verwaltungsaufwand o Zuweisung an Rückstellungen o Ergebnis vor Reservebildung o Zuweisung an Reserven o Ausgewiesenes Ergebnis 	ja		S. 12
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittlich auf eine versicherte Person bezogene Grunddaten (pro Kopf): <ul style="list-style-type: none"> o s.o. 	ja		S. 13
<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung pro Jahr (in %) der auf eine versicherte Person bezogenen Grunddaten: <ul style="list-style-type: none"> o s.o. 	ja		S. 14
<ul style="list-style-type: none"> • Bildung von Verhältniszahlen: <ul style="list-style-type: none"> o Kostenbeteiligung in % der Leistungen o Risikoausgleich in % der Leistungen o Verwaltungsaufwand in % Leistungen/in % der Prämien o Zuweisung an Rückstellungen in % <ul style="list-style-type: none"> o Zuweisung an Reserven in % 	ja		S. 14f

Massnahmen des BSV	Umgesetzt?	Kommentar	Quelle
<ul style="list-style-type: none"> • Bildung von Kontrollzahlen als Summe der Grunddaten <ul style="list-style-type: none"> ○ Summe aller Versicherten ≈ kantonale Wohnbevölkerung ○ Summe der kant. Abgaben an und Beiträge vom Risikoausgleich ≈ 0 ○ Ø Erhöhung der Bruttoprämien pro versicherte Person ≈ Ø Erhöhung der Prämien im Kanton ○ Zusammenfassen dieser kant. Ergebnisse auf Ebene CH und Ausweisen der Abweichung vom Schweizerischen Mittel 	<i>ja</i>		S. 17
Überprüfung/Neuberechnung der Reduktionsfaktoren der wählbaren Franchisen		<i>Abgedeckt über neue Verordnung</i>	S. 7
Prüfung neuer Kostenbeteiligungssysteme	<i>nein</i>	<i>politische Frage</i>	S. 7/33
Vorbereitung der Programme für die systematische Analyse der Daten der gemeinsamen Einrichtung KVG (Risikoausgleich) pro Kassen und Kanton	<i>ja</i>		S. 33
Berücksichtigung weiterer Datenquellen:			S. 18ff.
<ul style="list-style-type: none"> • Analyse der Daten <i>Risikoausgleich</i> und Berechnung der erwarteten Kosten für kleine Kassen <ul style="list-style-type: none"> ○ Durchschnittsalter gemäss Altersgruppen nach Risikoausgleich und Vergleich mit den gemeldeten Durchschnittsalter der Kassen ○ Schätzung der Zahl der Ø versicherten Personen ○ Ø Kosten pro versicherte Person mit Gesamtdurchschnitt pro Kanton vergleichen ○ Kontrolle der im Budget angegebenen Abgaben an/Beiträge vom Risikoausgleich ○ Forderung, dass kleine Kassen ihre Prämien so berechnen, dass nach Abzug der Abgaben an Risikoausgleich die erwarteten Kosten beglichen werden können 	<i>ja</i>		

Massnahmen des BSV	Umgesetzt?	Kommentar	Quelle
nen			
Aufbau eines Beurteilungsgremiums zur Erarbeitung von <i>Trendanalysen</i> als Grundlage der Bestimmung kantonaler Veränderungsparameter und gemeinsame Begründung der mittleren Prämienanpassung pro Kanton		<i>Es gab nie ein ständiges Gremium.</i>	S. 30f./33
Vorbereitung eines verbesserten Kommunikations-konzepts bzgl. Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen und daraus folgende Prämienanpassungen	<i>eher nein</i>		S. 33
Wirkungsanalyse <i>Risikoausgleich</i> gestützt auf Art. 8 Verordnung über Risikoausgleich	<i>ja</i>		S. 33
Überprüfung der Interpretation von Art. 61 bzgl. Verbot von Quersubventionen innerhalb einer Kasse zwischen einzelnen Kantonen	<i>ja</i>		S. 21/33
Überprüfung der Zuweisungen an Rückstellungen und Reserven (an Veränderungen der budgetierten Bruttoleistungen resp. budgetierten Prämien binden)	<i>ja</i>		S. 16

Anmerkung zur Anpassung von Reserven bei Wachstum der Versichertenzahl: Zuweisung von jährlich 20% der Veränderung der Prämien bis Reserveziel von 20% der Sollprämien erreicht ist.

Tabelle 7: Massnahmen der Kantone

Massnahme der Kantone	Umgesetzt?	Kommentar	Quelle
Vorbereitung der kantonalen Trendanalysen bzgl. Kosten des Gesundheitssystems (basierend auf Mengenausweitungen und Tarifierpassungen)			S. 29
Mitarbeit im Beurteilungsgremium <i>Trendanalysen</i>			S. 30f.
Übersicht über die kantonalen, penden-ten Tarifverhandlungen und Angabe der möglichen Auswirkungen auf Gesundheitskosten		<i>Derzeit noch nicht umgesetzt. Wird aber mindestens teilweise durch das Projekt Kostenprognose erreicht</i>	S. 29
Analyse der Strukturen der Leistungserbringer			S. 29
Definition verfeinerter Verfahren für Optimierung der kantonalen Trendanalysen für die Schätzung der Kosten im Gesundheitswesen			S. 34

Anhang zum Kapitel 3.

Tabelle 8: Anzahl Versicherte nach Krankenkasse 1999- 2001

Krankenkasse	1999	2000	2001
CSS Versicherung (Christlich-Soziale der Schweiz), Luzern	1'088'372	1'089'705	1'023'856
Krankenkasse Aquilana, Baden	35'299	34'624	31'934
Caisse-maladie Natura	804	999	
Krankenkasse 57, SMUV Kranken- und Unfallversicherung, Bern	8'426	8'477	10'014
SUPRA Caisse-maladie, Lausanne 3 Cour	230'505	214'189	206'670
Dorfkrankenkasse Hätzingen-Luchsingen, Luchsingen	712	744	856
Krankenkasse Unitas Binn	272	258	258
Kranken- und Unfallkasse (Bezirkskrankenkasse), Einsiedeln	1'870	1'909	1'926
Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung Unitas	33'506	31'577	
Krankenkasse Fonction publique, Bulle	19'584	20'745	20'768
Kranken- und Unfallkasse Rothenburg	874	899	928
PROVITA Gesundheitsversicherung Winterthur	27'020	26'003	25'761
Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse, Sumiswald	7'737	8'236	8'667
Caisse-maladie EOS, Lausanne	616	610	643
Oeffentliche Krankenkasse Celerina/Schlarigna, St. Moritz	299	301	299
KK Steffisburg	3'197	3'123	3'073
OEKK Ostschweiz	8'197	9'947	13'195
Krankenkasse SKBH, Sion	33'952	34'026	33'999
CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung, Luzern	564'805	548'788	554'563
Krankenkasse Malters	1'198	1'430	2'242
Krankenkasse SBB, Bern	82'263	90'416	112'225
L'AVENIR Versicherungen, Villars-sur-Glâne	52'321	52'723	68'066
KK Zurzach	19'676	25'490	29'418
Krankenkasse Luzerner Hinterland, Zell	7'367	8'650	11'942
Krankenkasse KPT, Bern	295'894	303'910	319'025
Oeffentliche Krankenkasse Luzern	28'343	29'944	34'321
Krankenkasse HERMES, Sion	57'639	59'059	61'047
OEKK Graubünden, Landquart	73'955	84'040	85'218
Krankenkasse Schleithelm	750		
Stiftung Panorama, Zürich (vormals PKK Zürich)	28'986	30'778	34'085
ÖKK Churwalden	1'222		
OeKK Basel	124'068	127'475	130'592
Krankenkassenverein St. Moritz	2'458	2'433	2'572
Krankenkasse Flaachtal, Flaach	940	974	1'469
Krankenkasse der Region Goms, Lax	7'599	7'662	7'841
Krankenkasse Embd, Kalpetran	710	710	733
Krankenkasse Lötschental, Kippel	1'932	1'971	2'101
KK Eisten	300	298	298
La Caisse Vaudoise, Ass. en cas de maladie et d'accidents, Lausanne	112'703	107'450	83'776

Krankenkasse	1999	2000	2001
Krankenkasse Stalden	1'494	1'497	1'518
Kolping Krankenkasse, Zürich	36'993	34'536	32'067
BKK der Chocoladenfabriken Lindt & Sprüngli AG, Kilchberg	1'374	1'157	1'182
Dorfkrankenkasse Elm	2'036	2'111	2'280
Krankenkasse des Saastales, Saas-Grund	1'657	1'636	1'643
ÖKK Bergün	919		
Krankenkasse "Fürsorge" Bürchen	625	619	614
OeKK Lugnez I, Vella	2'372	2'369	2'403
Krankenkasse Landis & Gyr KLUG, Zug	9'286	9'776	11'345
Oeffentliche Krankenkasse Luzern, Putz	3'115		
Oeffentliche Krankenkasse Signina, Versam	1'113	1'143	1'139
"Die Eidgenössische" Gesundheitskasse, Laufen	119'965	119'144	120'002
ÖKK Küblis	1'627		
Krankenkasse Staldenried	643	642	633
OeKK Lugnez II, Vals	2'046	2'046	2'325
Krankenkasse SLKK Zürich (vorm. Schweiz Lehrerkk.)	10'803	11'249	12'793
Krankenkasse Visp und Umgebung, Visp	12'210	12'433	12'696
Oeffentliche Krankenkasse Surselva, Ilanz	4'788	4'932	5'353
Krankenkasse Unterbäch	417	416	422
Krankenkasse Nikolaital, St. Niklaus	3'506	3'570	18'317
Progrès Caisse-maladie, Le Locle	33'624	35'415	36'470
Krankenkasse Zeneggen	187	190	192
Mutualité assurances, Villars-sur-Glâne	16'014	15'745	16'115
Krankenkasse Visperterminen	1'937	1'992	2'081
Krankenkasse Gondo-Zwischbergen, Gondo	144	139	129
Wincare Versicherungen, Winterthur	289'803	286'109	280'269
Krankenkasse Eischoll	648	646	647
CM de Nendaz et Veysonnaz	3'289	3'187	3'082
Caisse maladie d'Isérables	2'760	2'978	3'864
ÖKK Flims	2'304	2'368	2'447
Société de secours mutuels d'Orsières	2'163	2'206	2'221
Caisse-maladie Vallée d'Entremont, Orsières	2'934	2'963	3'059
ÖKK Avers	219		
ÖKK Engi	1'979	2'323	2'275
Krankenkasse für die Mitglieder des Institutes Ingenbohl, Brunnen	1'367	1'297	1'236
Krankenkasse Turbenthal	529	361	391
AUXILIA assurance maladie de Vollèges	6'193	7'275	8'782
Caisse-maladie de Troistorrens	2'780	3'271	4'253
ÖKK Samnaun	1'208		
ÖKK Seewis	1'649		
OeKK Winterthur	17'703	19'531	20'194
Krankenkasse Wädenswil	1'889	1'988	2'245
Betriebskrankenkasse Birchmeier & Cie AG, Künten	1'221	2'333	5'865

Krankenkasse	1999	2000	2001
KGW Krankenkasse der Gewerbetreibenden Winterthur	7'359	7'530	7'696
Krankenkasse Stoffel, Mels	444	492	546
Krankenkasse Simplon, Simplon-Dorf	501	498	494
SWICA Gesundheitsorganisation, Winterthur	475'088	473'357	471'925
GALENOS Kranken- und Unfallversicherung, Zürich	24'333	24'419	27'583
OEKK Schweiz, Düringen	9'450	8'864	11'268
Betriebskrankenkasse Heerbrugg, Heerbrugg (vorm. Leica)	6'937	10'233	14'805
Allgemeine Krankenkasse Brugg	5'749	6'714	6'423
Caisse-maladie des Chemins de fer du Jura, Tavannes	294	287	306
Krankenkasse Mischabel, Täsch	1'008	1'015	1'021
Krankenkasse Zermatt	5'106	5'262	5'516
Krankenkasse Mutuelle Valaisanne, Sion	90'682	97'477	107'218
Assurance maladie Bagnes AMB, Le Châble	4'013	4'219	4'836
Sanitas Krankenversicherung, Zürich	365'899	378'500	396'741
Krankenkasse KBV, Winterthur	41'638	52'092	64'667
Krankenkasse Hotela, Montreux	20'323	19'146	18'216
INTRAS Krankenkasse, Carouge	375'600	384'974	399'679
Caiss-maladie et accidents PHILOS , Lausanne	73'206	75'325	81'020
ASSURA, assurance maladie et accident, Pully	233'506	252'653	288'706
Krankenkasse FUTURA, Sion	24'647	27'600	38'059
Krankenkasse UNIVERSA, Sion	66'608	67'011	72'217
Krankenkasse AEROSANA, Kloten	3'907	4'024	4'063
VISANA Versicherung, Bern	605'978	558'102	523'471
Krankenkasse Agrisano, Brugg	40'825	47'344	53'553
Helsana Versicherungen AG, Zürich	1'157'712	1'129'490	1'094'829
Innova Krankenversicherungen	52'867	54'282	53'902
ACCORDA S.A, Lutry	940	2'037	5'360
Avanex Lausanne			
Sansan Glattbrugg			

Tabelle 9: Unter-/Überdeckung Rückstellungen 1999-2001

(Differenz zwischen den Rückstellungen und 28% der ausbezahlten Leistungen)

KRANKENKASSE	1999		2000		2001	
	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz
CSS Versicherung (Christlich-Soziale der Schweiz), Luzern	16'022'620	28.9%	16'115'301	28.9%	-40'349'865	26.0%
Krankenkasse Aquilana, Baden	752'098	29.4%	-144'467	27.8%	-339'212	27.4%
Caisse-maladie Natura	120'052	32.9%	-183'786	22.4%		
Krankenkasse 57, SMUV Kranken- und Unfallversicherung, Bern	5'581'161	59.3%	5'524'315	58.6%	4'875'629	51.9%
SUPRA Caisse-maladie, Lausanne 3 Cour	33'707'713	35.0%	24'120'474	32.7%	35'315'634	34.7%
Dorfkrankenkasse Hätzingen-Luchsingen, Luchsingen	-62'657	21.6%	-75'521	21.5%	-206'317	15.3%
Krankenkasse Unitas Binn	27'457	38.6%	-3'293	27.1%	-25'359	22.3%
Kranken- und Unfallkasse (Bezirkskrankenkasse), Einsiedeln	392'722	41.6%	272'740	36.7%	136'037	32.2%
Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung Unitas	-1'332'527	26.1%	-1'697'519	25.6%		
Krankenkasse Fonction publique, Bulle	1'181'638	33.6%	1'015'765	31.4%	330'329	29.0%
Kranken- und Unfallkasse Rothenburg	122'862	40.4%	120'266	40.0%	35'630	30.7%
PROVITA Gesundheitsversicherung Winterthur	-365'648	27.2%	563'730	29.2%	136'170	28.3%
Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse, Sumiswald	237'662	31.1%	-50'686	27.4%	-104'417	26.9%
Caisse-maladie EOS, Lausanne	56'639	32.6%	155'384	41.4%	167'596	40.9%
Oeffentliche Krankenkasse Celerina/Schlarigna, St. Moritz	333	28.1%	-28'404	21.3%	-18'643	23.8%
KK Steffisburg	171'714	33.8%	162'230	32.8%	179'847	32.9%
OEKK Ostschweiz	639'888	34.1%	-111'177	27.2%	134'589	28.9%
Krankenkasse SKBH, Sion	-589'388	27.1%	-439'525	27.4%	-1'519'267	26.0%
CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung, Luzern	8'228'729	28.9%	8'783'072	28.9%	6'658'614	28.6%
Krankenkasse Malters	139'212	35.6%	176'317	36.6%	134'915	33.3%
Krankenkasse SBB, Bern	2'743'866	29.9%	8'565'459	33.3%	10'256'026	33.2%
L'AVENIR Versicherungen, Villars-sur-Glâne	-1'160'925	27.0%	-1'522'008	26.8%	-2'280'151	26.4%
KK Zurzach	-305'217	27.1%	5'113'518	40.9%	999'322	30.1%

KRANKENKASSE	1999		2000		2001	
	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz
Krankenkasse Luzerner Hinterland, Zell	257'511	31.8%	406'699	32.9%	60'273	28.5%
Krankenkasse KPT, Bern	39'599'710	37.4%	37'593'523	35.7%	26'091'845	32.9%
Oeffentliche Krankenkasse Luzern	4'023'855	38.3%	3'430'840	36.3%	2'576'007	33.3%
Krankenkasse HERMES, Sion	360'987	28.5%	890'450	29.1%	788'980	28.9%
OEKK Graubünden, Landquart	-2'148'317	25.9%	-1'698'833	26.6%	-2'822'993	25.8%
Krankenkasse Schleithelm	226'218	75.3%				
Stiftung Panorama, Zürich (vormals PKK Zürich)	6'420'654	43.0%	6'583'780	41.7%	4'961'569	37.2%
ÖKK Churwalden	26'686	29.7%				
OeKK Basel	24'214'403	35.7%	23'255'537	35.1%	10'372'529	31.0%
Krankenkassenverein St. Moritz	-180'888	22.4%	-146'022	23.8%	-136'988	24.2%
Krankenkasse Flaachtal, Flaach	48'009	33.1%	221'980	54.1%	55'494	31.8%
Krankenkasse der Region Goms, Lax	679'034	35.9%	605'375	34.9%	751'786	35.8%
Krankenkasse Embd, Kalpetran	116'756	46.2%	94'189	40.5%	151'075	49.7%
Krankenkasse Lötschental, Kippel	325'999	45.4%	284'948	42.1%	179'912	35.5%
KK Eisten	72'313	43.6%	51'944	37.7%	64'037	41.0%
La Caisse Vaudoise, Ass. en cas de maladie et d'accidents, Lau- sanne	3'504'529	29.9%	-474'568	27.7%	-2'077'276	26.8%
Krankenkasse Stalden	68'783	31.9%	50'503	30.8%	73'606	31.9%
Kolping Krankenkasse, Zürich	-65'482	27.8%	1'709'049	32.2%	-1'182'404	25.4%
BKK der Schokoladenfabriken Lindt & Sprüngli AG, Kilchberg	24'121	29.0%	-8'843	27.6%	-16'186	27.4%
Dorfkrankenkasse Elm	-98'437	23.4%	-68'809	24.9%	-136'017	22.4%
Krankenkasse des Saastales, Saas-Grund	36'029	29.8%	8'764	28.4%	26'203	29.2%
ÖKK Bergün	-32'705	24.4%				
Krankenkasse "Fürsorge" Bürchen	61'227	37.9%	58'579	37.0%	63'497	38.1%
OeKK Lugnez I, Vella	-188'421	21.0%	-414'247	15.3%	-547'176	12.2%
Krankenkasse Landis & Gyr KLUG, Zug	334'683	30.6%	-1'794	28.0%	-103'388	27.4%
Oeffentliche Krankenkasse Luzein, Putz	-33'342	27.0%				

KRANKENKASSE	1999		2000		2001	
	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz
Oeffentliche Krankenkasse Signina, Versam	193'249	44.4%	-60'042	24.2%	77'809	33.1%
"Die Eidgenössische" Gesundheitskasse, Laufen	26'937'876	44.5%	4'223'368	30.6%	3'187'386	29.9%
ÖKK Küblis	260'949	44.6%				
Krankenkasse Staldenried	220'797	62.5%	212'891	59.9%	218'663	61.8%
OeKK Lugnez II, Vals	57'685	30.7%	58'950	30.6%	27'862	29.0%
Krankenkasse SLKK Zürich (vorm. Schweiz Lehrerkk.)	2'428'160	40.7%	1'926'447	37.2%	1'112'540	32.7%
Krankenkasse Visp und Umgebung, Visp	1'383'956	38.5%	1'549'933	39.4%	1'226'810	36.3%
Oeffentliche Krankenkasse Surselva, Ilanz	-451'707	20.4%	-432'112	21.2%	-560'171	20.0%
Krankenkasse Unterbäch	146'704	54.3%	192'702	77.0%	148'565	55.0%
Krankenkasse Nikolaital, St. Niklaus	1'417	28.0%	-186'588	24.2%	2'147'394	39.1%
Progrès Caisse-maladie, Le Locle	3'663'611	36.3%	3'026'619	34.3%	1'654'509	31.1%
Krankenkasse Zeneggen	136'149	103.0%	147'735	97.8%	128'811	74.1%
Mutualité assurances, Villars-sur-Glâne	-432'285	24.9%	-285'411	26.2%	-109'937	27.4%
Krankenkasse Visperterminen	286'704	47.1%	335'541	48.9%	268'576	42.6%
Krankenkasse Gondo-Zwischbergen, Gondo	8'338	32.5%	16'399	38.5%	2'225	29.1%
Wincare Versicherungen, Winterthur	1'232'585	28.2%	-11'290'628	26.3%	-12'045'992	26.2%
Krankenkasse Eischoll	111'254	47.6%	79'562	39.7%	77'801	39.3%
CM de Nendaz et Veysonnaz	194'524	31.0%	-396'391	23.3%	-212'502	25.3%
Caisse maladie d'Iséables	276'842	38.3%	412'605	42.7%	297'492	35.7%
ÖKK Flims	-67'738	24.9%	-326'972	17.6%	256'090	37.6%
Société de secours mutuels d'Orsières	125'551	32.3%	72'346	30.3%	-12'515	27.7%
Caisse-maladie Vallée d'Entremont, Orsières	-478'796	15.6%	-602'159	14.0%	-600'426	14.2%
ÖKK Avers	-48'232	2.9%				
ÖKK Engi	-205'901	18.9%	-358'984	17.8%	-145'876	23.8%
Krankenkasse für die Mitglieder des Institutes Ingenbohl, Brunnen	452'261	38.6%	563'097	42.2%	507'146	40.2%
Krankenkasse Turbenthal	301'637	60.1%	371'386	81.7%	365'313	79.2%
AUXILIA assurance maladie de Vollèges	-926'728	12.2%	-809'989	16.2%	-689'849	20.5%

KRANKENKASSE	1999		2000		2001	
	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz
Caisse-maladie de Troistorrents	117'799	31.6%	141'297	31.6%	-81'923	26.5%
ÖKK Samnaun	59'796	36.2%				
ÖKK Seewis	90'331	32.4%				
OeKK Winterthur	837'591	30.2%	-78'733	27.8%	-803'226	26.1%
Krankenkasse Wädenswil	160'113	35.2%	241'166	38.1%	247'463	35.9%
Betriebskrankenkasse Birchmeier & Cie AG, Künten	25'896	30.7%	41'868	30.2%	-745'686	13.6%
KGW Krankenkasse der Gewerbetreibenden Winterthur	587'932	33.1%	598'725	33.0%	1'114'650	37.2%
Krankenkasse Stoffel, Mels	-13'985	26.2%	4'355	28.6%	-5'987	27.3%
Krankenkasse Simplon, Simplon-Dorf	15'117	30.6%	29'177	33.4%	30'720	33.7%
SWICA Gesundheitsorganisation, Winterthur	-22'940'816	25.2%	-6'550'616	27.2%	-20'874'896	25.6%
GALENOS Kranken- und Unfallversicherung, Zürich	-1'033'695	24.9%	142'670	28.4%	40'488	28.1%
OEKK Schweiz, Düringen	-250'542	26.3%	82'171	28.6%	-491'017	24.9%
Betriebskrankenkasse Heerbrugg, Heerbrugg (vorm. Leica)	104'522	29.2%	-462'660	23.8%	-626'740	24.2%
Allgemeine Krankenkasse Brugg	-115'090	25.7%	215'873	31.2%	38'189	28.5%
Caisse-maladie des Chemins de fer du Jura, Tavannes	13'795	31.3%	35'993	35.0%	46'249	37.0%
Krankenkasse Mischabel, Täsch	300'101	56.0%	245'473	47.4%	269'732	50.9%
Krankenkasse Zermatt	469'813	36.9%	307'796	33.2%	155'364	30.4%
Krankenkasse Mutuelle Valaisanne, Sion	4'933'897	31.6%	6'294'212	31.9%	1'728'247	28.9%
Assurance maladie Bagnes AMB, Le Châble	-439'134	19.5%	202'717	31.2%	-810'919	16.0%
Sanitas Krankenversicherung, Zürich	37'616'079	37.5%	20'879'289	32.4%	14'829'742	30.9%
Krankenkasse KBV, Winterthur	2'904'973	32.0%	2'701'866	31.3%	416'412	28.4%
Krankenkasse Hotela, Montreux	764'024	30.2%	3'490'246	38.3%	1'501'893	32.4%
INTRAS Krankenkasse, Carouge	11'890'449	30.4%	13'761'081	30.4%	-1'857'991	27.7%
Caiss-maladie et accidents PHILOS, Lausanne	-2'942'015	26.0%	-4'933'843	24.9%	-9'059'887	23.0%
ASSURA, assurance maladie et accident, Pully	17'015'280	37.5%	23'443'298	38.4%	22'079'061	36.1%
Krankenkasse FUTURA, Sion	977'717	30.5%	1'178'102	30.4%	1'103'546	29.7%
Krankenkasse UNIVERSA, Sion	750'659	28.9%	1'297'676	29.4%	1'325'619	29.3%

KRANKENKASSE	1999		2000		2001	
	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz	Unter-/ Über- deckung	Rückstel- lungssatz
Krankenkasse AEROSANA, Kloten	-36'467	27.1%	19'895	28.5%	10'178	28.2%
VISANA Versicherung, Bern	119'163'000	35.9%	105'611'364	35.2%	77'931'469	33.4%
Krankenkasse Agrisano, Brugg	2'816'013	39.5%	2'753'626	36.2%	3'671'355	37.7%
Helsana Versicherungen AG, Zürich	-10'212'390	27.6%	-32'384'543	26.6%	-52'997'417	25.9%
Innova Krankenversicherungen	2'803'269	32.2%	2'516'287	31.4%	0	28.0%
ACCORDA S.A, Lutry	68'851	34.9%	128'056	33.3%	19'369	28.3%
Avanex Lausanne						
Sansan Glattbrugg						

Tabelle 10: Reservesituation nach Krankenkasse 1999-2001

KRANKENKASSE	1999		2000		2001	
	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum
CSS Versicherung (Christlich-Soziale der Schweiz), Luzern	19.2%	15.0%	15.2%	15.0%	14.4%	15.0%
Krankenkasse Aquilana, Baden	21.1%	24.0%	20.7%	24.0%	24.8%	24.0%
Caisse-maladie Natura	35.5%	73.0%	20.7%	73.0%		
Krankenkasse 57, SMUV Kranken- und Unfallversicherung, Bern	56.4%	34.0%	61.9%	34.0%	60.5%	24.0%
SUPRA Caisse-maladie, Lausanne 3 Cour	18.0%	20.0%	15.8%	20.0%	0.2%	20.0%
Dorfkrankenkasse Hätzingen-Luchsingen, Luchsingen	67.4%	73.0%	68.3%	73.0%	37.3%	73.0%
Krankenkasse Unitas Binn	243.7%	96.0%	209.8%	96.0%	146.5%	96.0%
Kranken- und Unfallkasse (Bezirkskrankenkasse), Einsiedeln	62.9%	52.0%	56.6%	52.0%	52.1%	52.0%
Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung Unitas	12.8%	24.0%	13.6%	24.0%		

KRANKENKASSE	1999		2000		2001	
	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum
Krankenkasse Fonction publique, Bulle	18.6%	24.0%	17.5%	24.0%	14.4%	24.0%
Kranken- und Unfallkasse Rothenburg	80.8%	73.0%	79.4%	73.0%	63.1%	73.0%
PROVITA Gesundheitsversicherung Winterthur	27.0%	24.0%	25.1%	24.0%	22.1%	24.0%
Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse, Sumiswald	48.4%	34.0%	47.1%	34.0%	47.7%	34.0%
Caisse-maladie EOS, Lausanne	99.6%	73.0%	102.2%	73.0%	98.1%	73.0%
Oeffentliche Krankenkasse Celerina/Schlarigna, St. Moritz	141.8%	96.0%	130.2%	96.0%	127.4%	96.0%
KK Steffisburg	42.5%	42.0%	45.6%	42.0%	49.8%	42.0%
OEKK Ostschweiz	46.7%	34.0%	38.1%	34.0%	24.0%	24.0%
Krankenkasse SKBH, Sion	15.2%	24.0%	16.0%	24.0%	14.9%	24.0%
CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung, Luzern	22.1%	15.0%	19.1%	15.0%	16.2%	15.0%
Krankenkasse Malters	108.4%	52.0%	100.4%	52.0%	72.0%	52.0%
Krankenkasse SBB, Bern	34.9%	20.0%	32.4%	20.0%	20.3%	20.0%
L'AVENIR Versicherungen, Villars-sur-Glâne	28.0%	20.0%	25.7%	20.0%	15.1%	20.0%
KK Zurzach	18.5%	24.0%	-18.0%	24.0%	-35.8%	24.0%
Krankenkasse Luzerner Hinterland, Zell	56.2%	34.0%	51.0%	34.0%	39.0%	24.0%
Krankenkasse KPT, Bern	43.2%	15.0%	33.0%	15.0%	21.4%	15.0%
Oeffentliche Krankenkasse Luzern	27.0%	24.0%	27.0%	24.0%	15.8%	24.0%
Krankenkasse HERMES, Sion	22.1%	20.0%	18.4%	20.0%	12.3%	20.0%
OEKK Graubünden, Landquart	31.1%	20.0%	22.9%	20.0%	16.7%	20.0%
Krankenkasse Schleithelm	165.9%	73.0%				
Stiftung Panorama, Zürich (vormals PKK Zürich)	37.0%	24.0%	34.9%	24.0%	20.0%	24.0%
ÖKK Churwalden	106.5%	52.0%				
OeKK Basel	36.6%	20.0%	35.7%	20.0%	22.6%	20.0%

KRANKENKASSE	1999		2000		2001	
	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum
Krankenkassenverein St. Moritz	60.1%	52.0%	54.1%	52.0%	48.8%	42.0%
Krankenkasse Flaachtal, Flaach	88.2%	73.0%	84.2%	73.0%	53.6%	52.0%
Krankenkasse der Region Goms, Lax	43.0%	34.0%	54.2%	34.0%	36.7%	34.0%
Krankenkasse Embd, Kalpetran	105.3%	73.0%	98.9%	73.0%	99.4%	73.0%
Krankenkasse Lötschental, Kippel	142.6%	52.0%	142.3%	52.0%	124.9%	52.0%
KK Eisten	224.4%	96.0%	173.7%	96.0%	146.0%	96.0%
La Caisse Vaudoise, Ass. en cas de maladie et d'accidents, Lausanne	9.2%	20.0%	8.5%	20.0%	10.0%	20.0%
Krankenkasse Stalden	114.0%	52.0%	98.7%	52.0%	99.2%	52.0%
Kolping Krankenkasse, Zürich	23.6%	24.0%	19.5%	24.0%	15.4%	24.0%
BKK der Schokoladenfabriken Lindt & Sprüngli AG, Kilchberg	126.7%	52.0%	116.7%	52.0%	103.6%	52.0%
Dorfkrankenkasse Elm	34.6%	52.0%	45.6%	52.0%	42.9%	52.0%
Krankenkasse des Saastales, Saas-Grund	74.7%	52.0%	66.5%	52.0%	55.8%	52.0%
ÖKK Bergün	97.4%	73.0%				
Krankenkasse "Fürsorge" Bürchen	199.4%	73.0%	213.8%	73.0%	225.9%	73.0%
OeKK Lugnez I, Vella	42.9%	52.0%	43.3%	52.0%	33.7%	52.0%
Krankenkasse Landis & Gyr KLUG, Zug	23.3%	34.0%	23.1%	34.0%	19.7%	24.0%
Oeffentliche Krankenkasse Luzern, Putz	58.6%	42.0%				
Oeffentliche Krankenkasse Signina, Versam	65.9%	52.0%	62.2%	52.0%	60.3%	52.0%
"Die Eidgenössische" Gesundheitskasse, Laufen	27.2%	20.0%	28.1%	20.0%	26.3%	20.0%
ÖKK Küblis	71.5%	52.0%				
Krankenkasse Staldenried	119.5%	73.0%	130.9%	73.0%	141.6%	73.0%
OeKK Lugnez II, Vals	79.1%	52.0%	84.0%	52.0%	72.8%	52.0%
Krankenkasse SLKK Zürich (vorm. Schweiz Lehrerkk.)	126.5%	24.0%	115.7%	24.0%	99.3%	24.0%

KRANKENKASSE	1999		2000		2001	
	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum
Krankenkasse Visp und Umgebung, Visp	71.1%	24.0%	69.7%	24.0%	64.3%	24.0%
Oeffentliche Krankenkasse Surselva, Ilanz	41.5%	42.0%	38.7%	42.0%	33.8%	34.0%
Krankenkasse Unterbäch	259.0%	96.0%	279.8%	96.0%	256.6%	96.0%
Krankenkasse Nikolaital, St. Niklaus	46.3%	42.0%	38.8%	42.0%	6.8%	24.0%
Progrès Caisse-maladie, Le Locle	25.3%	24.0%	25.3%	24.0%	18.1%	24.0%
Krankenkasse Zeneggen	347.0%	96.0%	350.9%	96.0%	333.4%	96.0%
Mutualité assurances, Villars-sur-Glâne	17.3%	24.0%	17.4%	24.0%	16.2%	24.0%
Krankenkasse Visperterminen	135.9%	52.0%	118.8%	52.0%	113.2%	52.0%
Krankenkasse Gondo-Zwischbergen, Gondo	805.2%	96.0%	730.7%	96.0%	734.5%	96.0%
Wincare Versicherungen, Winterthur	25.1%	15.0%	23.0%	15.0%	17.0%	15.0%
Krankenkasse Eischoll	156.1%	73.0%	142.3%	73.0%	129.8%	73.0%
CM de Nendaz et Veysonnaz	41.0%	42.0%	37.0%	42.0%	35.3%	42.0%
Caisse maladie d'Iséables	77.3%	42.0%	74.3%	42.0%	54.1%	42.0%
ÖKK Flims	122.0%	52.0%	86.7%	52.0%	74.6%	52.0%
Société de secours mutuels d'Orsières	85.1%	52.0%	80.3%	52.0%	72.0%	52.0%
Caisse-maladie Vallée d'Entremont, Orsières	65.1%	42.0%	60.4%	42.0%	52.7%	42.0%
ÖKK Avers	113.0%	96.0%				
ÖKK Engi	47.5%	52.0%	25.6%	52.0%	13.0%	52.0%
Krankenkasse für die Mitglieder des Institutes Ingenbohl, Brunnen	335.0%	52.0%	374.5%	52.0%	390.5%	52.0%
Krankenkasse Turbenthal	127.5%	73.0%	166.2%	96.0%	157.5%	96.0%
AUXILIA assurance maladie de Vollèges	31.7%	34.0%	27.0%	34.0%	14.8%	34.0%
Caisse-maladie de Troistorrents	52.5%	42.0%	45.4%	42.0%	32.2%	42.0%
ÖKK Samnaun	73.8%	52.0%				

KRANKENKASSE	1999		2000		2001	
	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum
ÖKK Seewis	72.7%	52.0%				
OeKK Winterthur	50.5%	24.0%	45.1%	24.0%	36.0%	24.0%
Krankenkasse Wädenswil	70.4%	52.0%	74.2%	52.0%	62.5%	52.0%
Betriebskrankenkasse Birchmeier & Cie AG, Künten	54.1%	52.0%	27.7%	52.0%	0.0%	34.0%
KGW Krankenkasse der Gewerbetreibenden Winterthur	70.8%	34.0%	66.3%	34.0%	58.2%	34.0%
Krankenkasse Stoffel, Mels	250.4%	96.0%	223.2%	96.0%	197.7%	73.0%
Krankenkasse Simplon, Simplon-Dorf	143.4%	73.0%	117.6%	96.0%	113.0%	96.0%
SWICA Gesundheitsorganisation, Winterthur	18.3%	15.0%	18.5%	15.0%	17.3%	15.0%
GALENOS Kranken- und Unfallversicherung, Zürich	17.7%	24.0%	9.4%	24.0%	1.0%	24.0%
OEKK Schweiz, Düringen	22.4%	34.0%	28.2%	34.0%	20.3%	24.0%
Betriebskrankenkasse Heerbrugg, Heerbrugg (vorm. Leica)	34.4%	34.0%	24.7%	24.0%	12.8%	24.0%
Allgemeine Krankenkasse Brugg	36.2%	34.0%	17.2%	34.0%	0.2%	34.0%
Caisse-maladie des Chemins de fer du Jura, Tavannes	119.0%	96.0%	125.8%	96.0%	120.2%	96.0%
Krankenkasse Mischabel, Täsch	81.7%	52.0%	82.0%	52.0%	83.8%	52.0%
Krankenkasse Zermatt	42.2%	34.0%	38.8%	34.0%	34.5%	34.0%
Krankenkasse Mutuelle Valaisanne, Sion	31.4%	20.0%	27.1%	20.0%	21.3%	20.0%
Assurance maladie Bagnes AMB, Le Châble	59.5%	42.0%	43.7%	42.0%	48.2%	42.0%
Sanitas Krankenversicherung, Zürich	22.3%	15.0%	21.3%	15.0%	17.2%	15.0%
Krankenkasse KBV, Winterthur	28.0%	24.0%	23.2%	20.0%	19.3%	20.0%
Krankenkasse Hotela, Montreux	24.0%	24.0%	25.2%	24.0%	25.9%	24.0%
INTRAS Krankenkasse, Carouge	18.7%	15.0%	13.0%	15.0%	6.5%	15.0%
Caiss-maladie et accidents PHILOS, Lausanne	30.1%	20.0%	33.0%	20.0%	26.5%	20.0%
ASSURA, assurance maladie et accident, Pully	23.9%	20.0%	17.2%	15.0%	8.0%	15.0%

KRANKENKASSE	1999		2000		2001	
	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum	Reservesatz	Reserve- minimum
Krankenkasse FUTURA, Sion	25.2%	24.0%	23.5%	24.0%	15.2%	24.0%
Krankenkasse UNIVERSA, Sion	17.3%	20.0%	15.0%	20.0%	8.5%	20.0%
Krankenkasse AEROSANA, Kloten	41.1%	42.0%	42.0%	42.0%	33.5%	42.0%
VISANA Versicherung, Bern	21.4%	15.0%	22.2%	15.0%	22.4%	15.0%
Krankenkasse Agrisano, Brugg	39.0%	24.0%	36.5%	24.0%	31.7%	20.0%
Helsana Versicherungen AG, Zürich	20.1%	15.0%	18.5%	15.0%	4.8%	15.0%
Innova Krankenversicherungen	49.7%	20.0%	47.8%	20.0%	41.7%	20.0%
ACCORDA S.A, Lutry	202.0%	73.0%	80.0%	52.0%	31.7%	34.0%
Avanex Lausanne						
Sansan Glattbrugg						

Tabelle 11: Unter-/Überdeckung Reserven 1999-2001

KRANKENKASSE	NR.	1999	2000	2001
		Unter-/ Über- deckung	Unter-/ Über- deckung	Unter-/ Über- deckung
CSS Versicherung (Christlich-Soziale der Schweiz), Luzern	8	74'259'870	4'435'196	-11'757'742
Krankenkasse Aquilana, Baden	32	-1'658'505	-2'130'347	506'585
Caisse-maladie Natura	40	-648'379	-1'158'966	
Krankenkasse 57, SMUV Kranken- und Unfallversicherung, Bern	57	4'872'464	6'114'797	9'145'779
SUPRA Caisse-maladie, Lausanne 3 Cour	62	-11'084'327	-21'630'593	-95'009'663
Dorfkrankenkasse Hätzingen-Luchsingen, Luchsingen	97	-54'655	-51'472	-433'488
Krankenkasse Unitas Binn	109	444'802	335'268	151'337
Kranken- und Unfallkasse (Bezirkskrankenkasse), Einsiedeln	134	272'714	127'316	3'962
Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung Unitas	147	-6'714'968	-6'163'432	
Krankenkasse Fonction publique, Bulle	160	-1'990'160	-2'671'284	-4'018'314
Kranken- und Unfallkasse Rothenburg	178	94'090	75'188	-125'938
PROVITA Gesundheitsversicherung Winterthur	182	1'554'529	550'579	-987'438
Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse, Sumiswald	194	1'625'329	1'601'467	1'810'755
Caisse-maladie EOS, Lausanne	216	340'718	377'134	342'862
Oeffentliche Krankenkasse Celerina/Schlarigna, St. Moritz	240	202'090	163'511	153'093
KK Steffisburg	246	24'608	182'791	391'593
OEKK Ostschweiz	261	1'533'935	577'155	-3'195
Krankenkasse SKBH, Sion	263	-6'856'165	-6'534'534	-7'553'351
CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung, Luzern	290	65'844'935	39'110'457	12'050'699
Krankenkasse Malters	294	918'453	915'291	545'347
Krankenkasse SBB, Bern	312	21'524'884	19'430'492	587'251
L'AVENIR Versicherungen, Villars-sur-Glâne	343	9'576'993	7'023'532	-7'352'344

KRANKENKASSE	NR.	1999	2000	2001
		Unter-/ Über- deckung	Unter-/ Über- deckung	Unter-/ Über- deckung
KK Zurzach	354	-1'857'432	-17'154'667	-29'823'306
Krankenkasse Luzerner Hinterland, Zell	360	1'991'454	1'863'516	2'336'476
Krankenkasse KPT, Bern	376	137'521'619	94'154'224	36'814'933
Oeffentliche Krankenkasse Luzern	411	772'732	816'546	-4'304'663
Krankenkasse HERMES, Sion	445	2'219'302	-1'814'983	-9'268'679
OEKK Graubünden, Landquart	455	11'589'624	-11'519'465	-19'137'193
Krankenkasse Schleithelm	468	495'223		
Stiftung Panorama, Zürich (vormals PKK Zürich)	484	6'115'162	5'424'836	-2'231'573
ÖKK Churwalden	492	811'571		
OeKK Basel	509	47'638'090	45'932'331	7'977'689
Krankenkassenverein St. Moritz	556	294'336	84'854	292'054
Krankenkasse Flaachtal, Flaach	558	168'544	140'858	29'751
Krankenkasse der Region Goms, Lax	591	842'278	1'861'814	265'605
Krankenkasse Emd, Kalpetran	623	242'409	195'685	212'101
Krankenkasse Lötschental, Kippel	627	2'001'301	2'035'235	1'749'704
KK Eisten	743	404'255	266'060	192'962
La Caisse Vaudoise, Ass. en cas de maladie et d'accidents, Lausanne	749	-26'399'947	-27'629'806	-20'849'432
Krankenkasse Stalden	758	992'484	894'345	848'548
Kolping Krankenkasse, Zürich	762	-187'098	-2'329'882	-4'360'848
BKK der Chocoladenfabriken Lindt & Sprüngli AG, Kilchberg	774	1'675'512	1'416'595	1'140'363
Dorfkrankenkasse Elm	780	-413'962	-164'320	-260'622
Krankenkasse des Saastales, Saas-Grund	790	438'698	294'832	83'903
ÖKK Bergün	795	295'135		
Krankenkasse "Fürsorge" Bürchen	809	936'470	1'017'359	1'146'360

KRANKENKASSE	NR.	1999	2000	2001
		Unter-/ Über- deckung	Unter-/ Über- deckung	Unter-/ Über- deckung
OeKK Lugnez I, Vella	820	-261'864	-251'657	-554'870
Krankenkasse Landis & Gyr KLUG, Zug	829	-1'494'517	-1'591'425	-733'206
Oeffentliche Krankenkasse Luzein, Putz	852	604'216		
Oeffentliche Krankenkasse Signina, Versam	880	156'693	119'073	102'115
"Die Eidgenössische" Gesundheitskasse, Laufen	881	14'005'297	16'140'731	12'899'437
ÖKK Küblis	887	366'369		
Krankenkasse Staldenried	895	385'301	476'982	561'256
OeKK Lugnez II, Vals	901	666'659	783'801	589'511
Krankenkasse SLKK Zürich (vorm. Schweiz Lehrerkk.)	923	18'107'919	17'033'841	15'701'203
Krankenkasse Visp und Umgebung, Visp	941	7'098'902	7'393'588	6'809'423
Oeffentliche Krankenkasse Surselva, Ilanz	966	-26'441	-197'216	-14'063
Krankenkasse Unterbäch	979	724'749	814'106	724'131
Krankenkasse Nikolaital, St. Niklaus	992	214'280	-166'281	-5'914'217
Progrès Caisse-maladie, Le Locle	994	782'720	834'234	-3'928'699
Krankenkasse Zeneggen	1003	503'317	524'630	512'198
Mutualité assurances, Villars-sur-Glâne	1007	-1'745'735	-1'829'616	-2'429'170
Krankenkasse Visperterminen	1040	1'826'872	1'485'320	1'447'878
Krankenkasse Gondo-Zwischbergen, Gondo	1058	621'841	609'126	582'284
Wincare Versicherungen, Winterthur	1060	54'493'396	43'755'008	11'229'955
Krankenkasse Eischoll	1063	498'693	414'193	398'526
CM de Nendaz et Veysonnaz	1065	-59'872	-308'946	-413'297
Caisse maladie d'Isérables	1079	1'356'493	1'376'766	675'144
ÖKK Flims	1093	1'687'249	945'244	684'878
Société de secours mutuels d'Orsières	1097	1'038'927	912'093	685'789

KRANKENKASSE	NR.	1999	2000	2001
		Unter-/ Über- deckung	Unter-/ Über- deckung	Unter-/ Über- deckung
Caisse-maladie Vallée d'Entremont, Orsières	1113	886'155	721'676	445'441
ÖKK Avers	1126	28'360		
ÖKK Engi	1131	-105'051	-690'251	-1'238'580
Krankenkasse für die Mitglieder des Institutes Ingenbohl, Brunnen	1142	8'930'479	9'797'542	9'991'478
Krankenkasse Turbenthal	1147	433'253	394'460	371'872
AUXILIA assurance maladie de Vollèges	1159	-187'273	-673'041	-2'453'568
Caisse-maladie de Troistorrents	1215	483'057	185'950	-740'717
ÖKK Samnaun	1277	268'000		
ÖKK Seewis	1283	391'660		
OeKK Winterthur	1305	8'797'886	7'871'184	4'810'423
Krankenkasse Wädenswil	1318	526'848	689'217	369'236
Betriebskrankenkasse Birchmeier & Cie AG, Künten	1322	27'917	-647'657	-2'443'940
KGW Krankenkasse der Gewerbetreibenden Winterthur	1328	4'314'118	3'905'338	3'026'764
Krankenkasse Stoffel, Mels	1331	930'165	849'542	916'329
Krankenkasse Simplon, Simplon-Dorf	1362	339'570	123'311	106'637
SWICA Gesundheitsorganisation, Winterthur	1384	27'587'287	29'387'472	20'510'576
GALENOS Kranken- und Unfallversicherung, Zürich	1386	-2'669'627	-6'668'965	-11'988'059
OEKK Schweiz, Düringen	1395	-1'787'731	-835'353	-698'926
Betriebskrankenkasse Heerbrugg, Heerbrugg (vorm. Leica)	1401	37'582	102'598	-2'460'690
Allgemeine Krankenkasse Brugg	1423	164'489	-1'491'522	-3'232'926
Caisse-maladie des Chemins de fer du Jura, Tavannes	1442	128'072	167'744	157'714
Krankenkasse Mischabel, Täsch	1448	404'178	414'191	459'831
Krankenkasse Zermatt	1454	577'407	357'415	36'957
Krankenkasse Mutuelle Valaisanne, Sion	1479	20'355'174	14'369'520	3'052'615

KRANKENKASSE	NR.	1999	2000	2001
		Unter-/ Über- deckung	Unter-/ Über- deckung	Unter-/ Über- deckung
Assurance maladie Bagnes AMB, Le Châble	1507	860'290	84'803	374'797
Sanitas Krankenversicherung, Zürich	1509	43'353'782	39'475'225	14'981'081
Krankenkasse KBV, Winterthur	1519	3'127'842	2'946'955	-776'643
Krankenkasse Hotela, Montreux	1520	-9'928	566'174	823'759
INTRAS Krankenkasse, Carouge	1529	24'581'466	-14'129'444	-64'196'655
Caiss-maladie et accidents PHILOS , Lausanne	1535	17'282'696	22'226'813	12'456'399
ASSURA, assurance maladie et accident, Pully	1542	14'039'671	9'030'708	-34'104'430
Krankenkasse FUTURA, Sion	1549	652'549	-357'797	-7'965'563
Krankenkasse UNIVERSA, Sion	1551	-3'097'068	-6'206'942	-15'596'621
Krankenkasse AEROSANA, Kloten	1552	-46'913	1'973	-545'108
VISANA Versicherung, Bern	1555	79'347'485	84'647'318	84'492'193
Krankenkasse Agrisano, Brugg	1560	7'803'892	7'419'713	8'167'872
Helsana Versicherungen AG, Zürich	1562	40'478'095	6'664'391	-291'272'475
Innova Krankenversicherungen	1563	24'567'674	24'917'710	19'354'206
ACCORDA S.A, Lutry	1564	2'359'771	-2'071'996	-6'670'916
Avanex Lausanne	1565			
Sansan Glattbrugg	1566			