



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

*Veränderungen im Bereich
der Zusatzversicherung aufgrund
des KVG*

Forschungsbericht Nr. 4/00

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

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

Autorinnen: Wilhelmine Stürmer
Daniela Wendland
Ulrike Braun
Prognos, Basel

Auskünfte: Martin Wicki
Bundesamt für Sozialversicherung
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung
Effingerstrasse 35
3003 Bern
Tel. 031/322 90 25
Email: martin.wicki@bsv.admin.ch
Internet: www.bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-10-0

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/EDMZ, 3003 Bern, www.admin.ch/edmoz

Bestellnummer: 318.010.4/00 d 5.00 400

*Veränderungen im
Bereich der Zusatzversicherung
aufgrund des KVG*

*Im Auftrag des
Bundesamtes für Sozialversicherung, Bern*

*Dr. Wilhelmine Stürmer
Daniela Weindland MA
Ulrike Braun, Dipl.-oec.*

Basel, Dezember 1999

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) wurde die Zusatzversicherung rechtlich vollständig von der Krankenpflege-Grundversicherung getrennt und dem Privatversicherungsrecht unterstellt. Trotzdem bleiben vielfältige Wechselwirkungen zwischen der Grund- und Zusatzversicherung bestehen: Die Versicherer bieten entweder sowohl die Grund- und Zusatzversicherung an und richten ihr Marktverhalten deshalb auf beide Bereiche aus. Oder sie übertragen die Zusatzversicherungen eigenständigen Unternehmungen, welche ausschliesslich dem Privatversicherungsrecht unterstellt sind. Die Versicherten nehmen Grund- und Zusatzversicherung als gesamtes Paket wahr. Sie optimieren den Versicherungsschutz bzw. ihre Kosten durch eine geeignete Kombination beider Bereiche. Schliesslich sind Veränderungen in der Grund- und Zusatzversicherung insbesondere für die Spitäler relevant, da sie ihr Angebot auf die Nachfrage ausrichten und den Kostendeckungsgrad in der Grundversicherung in der Folge gegebenenfalls anpassen müssen.

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) hat die Auswirkungen der mit dem KVG erfolgten Trennung der Versicherungsbereiche im Rahmen seiner Wirkungsanalyse des KVG untersuchen lassen. Die vorliegende qualitativ orientierte Studie konzentriert sich zum einen auf den Bereich der Spitalzusatzversicherungen, da dieser den gewichtigsten Bereich innerhalb der Zusatzversicherung darstellt. Zum andern werden vier Fragen ins Zentrum gerückt: Wieweit wurde die rechtliche Trennung von den Akteuren auch tatsächlich nachvollzogen? In welchem Ausmass war die Trennung mit der Einführung von risikogerechten Prämien in der Zusatzversicherung verbunden? Wie haben sich die Prämien in der Spitalzusatzversicherung entwickelt? Welche Daten sind für eine vertiefte quantitative Analyse verfügbar?

Die Studie kommt zu einer kritischen Einschätzung der Auswirkungen gemessen am Ziel des KVG, die Kostendämpfung im Gesundheitswesen vermehrt über marktwirtschaftliche Mechanismen zu erreichen: Im Vordergrund stehen auch vier Jahre nach Einführung des Gesetzes immer noch die Versuche der Akteure, Kosten auf andere Marktteilnehmer (bzw. Kostenträger) zu überwälzen anstatt die vorhandenen Mittel gezielter einzusetzen. Die Spitäler sind heute nicht in der Lage, ihre Kosten transparent auszuweisen und offensichtlich teure Leistungserbringer werden nicht aus dem Markt verdrängt. Die Versicherer stehen zwar untereinander in einem Wettbewerb, welcher jedoch nicht zu einem steigenden Druck auf die Leistungserbringer führt.

Die Ergebnisse zeigen einen gewichtigen Handlungsbedarf im Bereich der Spitäler auf. Mit der zweiten Teilrevision des KVG soll daher eine Neuordnung der Spitalfinanzierung erfolgen und insbesondere eine leistungsorientierte und damit tendenziell wettbewerbsstärkende Finanzierung eingeführt werden. Ferner hat das Parlament dem Bundesrat den Auftrag gegeben, in der gleichen Vorlage die Aufhebung des Kontrahierungszwanges zu prüfen und entsprechende Anpassungen des KVG vorzuschlagen. Dies könnte zu einer neuen Wettbewerbslage zwischen Versicherern und Leistungserbringern führen. Schliesslich befindet sich die Verordnung über die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen in Vorbereitung, welche die Transparenz im stationären Bereich wesentlich verbessern soll.

L. Gärtner, Leiter

Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Par l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance complémentaire a été entièrement séparée, du point de vue juridique, de l'assurance de base et soumise au droit des assurances privées. Une interaction multiple entre les deux types d'assurance subsiste néanmoins: les assureurs proposent le plus souvent aussi bien l'assurance de base que l'assurance complémentaire. Leur comportement sur le marché vise donc les deux domaines. Par ailleurs, les assurés perçoivent les deux assurances comme un ensemble. Ils optimisent leur protection d'assurance et leur dépense en combinant judicieusement les deux secteurs. Enfin, toute modification concernant l'assurance de base ou l'assurance complémentaire intéresse notamment les hôpitaux, car ils alignent leur offre sur la demande et doivent, le cas échéant, adapter en conséquence le taux de couverture des coûts dans l'assurance de base.

Dans le contexte de son analyse des effets induits par la LAMal, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a fait examiner également les répercussions de la séparation des deux domaines d'assurance. La présente étude, axée sur la qualité, met l'accent, d'une part, sur les assurances complémentaires d'hospitalisation, qui représentent le secteur le plus important des assurances complémentaires. D'autre part, elle soulève quatre questions principales: Jusqu'à quel point les acteurs ont-ils réellement mis en oeuvre la séparation juridique? Dans quelle mesure cette séparation a-t-elle donné lieu à l'introduction de primes adaptées aux risques dans l'assurance complémentaire? Quelle a été l'évolution des primes dans l'assurance complémentaire d'hospitalisation? De quelles données dispose-t-on pour une analyse quantitative approfondie?

L'étude aboutit à une appréciation critique des effets par rapport au but de la LAMal consistant à parvenir à maîtriser les coûts de la santé par un recours accru aux mécanismes du marché: quatre ans après l'introduction de la LAMal, les acteurs tentent toujours principalement de répercuter les coûts sur les autres opérateurs économiques (ou organismes payeurs) au lieu d'utiliser les ressources existantes de manière plus ciblée. Ainsi, les hôpitaux ne sont actuellement pas en mesure d'indiquer leurs coûts de manière transparente, et des fournisseurs de prestations manifestement coûteux ne sont pas évincés du marché. Les assureurs se trouvent certes dans une situation de concurrence les uns par rapport aux autres, mais cette concurrence n'induit pas une augmentation de la pression exercée sur les fournisseurs de prestations.

Les résultats de l'étude révèlent qu'il est nécessaire d'agir, notamment dans le domaine des hôpitaux. Justement un nouveau régime de financement hospitalier devrait voir le jour avec la deuxième révision partielle de la LAMal, introduisant notamment un financement axé sur les prestations, qui devraient renforcer la concurrence. En plus, le parlement a chargé le conseil fédéral d'évaluer dans le même avant-projet une abrogation de l'obligation de contracter et de proposer les adaptations correspondantes de la LAMal. Cela pourrait mener à une nouvelle situation de concurrence entre assureurs et fournisseurs de prestations. Enfin on est en train de préparer l'ordonnance sur la détermination des coûts et le recensement des prestations, qui devrait fortement améliorer la transparence dans le secteur stationnaire.

L. Gärtner

Responsable du service spécialisé Economie, questions fondamentales et recherche

INHALTSVERZEICHNIS	Seite
Zusammenfassung	III
Résumé	XXIII
1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Untersuchungsziele	1
1.2 Hauptfragestellungen	2
1.3 Untersuchungsanlage und methodisches Vorgehen	4
1.3.1 Untersuchungsanlage	4
1.3.2 Methodisches Vorgehen	8
2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung	9
2.1 Ausgangslage	9
2.2 Trennung von Grund- und Zusatzversicherung bei den Versicherern	9
2.2.1 Formen und Schritte der organisatorischen Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung	9
2.2.2 Kundenbeziehung der Versicherer aus einer Hand	11
2.2.3 Generelle Entwicklungslinien bei den Versicherern seit 1996	13
2.3 Reaktionen auf Seiten der Versicherten	15
2.3.1 Rahmenbedingungen	15
2.3.2 Reaktionsmuster der Versicherten	15
2.4 Reaktionen auf Seiten der Spitäler und Kantone	19
2.4.1 Spitalfinanzierung und Formen der Trennung von Grund- und Spital-Zusatzversicherten im Spital	19
2.4.2 Generelle quantitative Entwicklungslinien im Spitalbereich	21
3. Risikogerechte Prämien in der Spital-Zusatzversicherung	25
3.1 Ausgangssituation und Rahmenbedingungen	25
3.2 Berücksichtigung zurückgelegter Versicherungszeiten bei der risikogerechten Gestaltung von Prämien	26
3.3 Risikogruppen und Kriterien der Prämienbemessung	28

3.4	Belastete und entlastete Gruppen in der Spital-Zusatzversicherung nach neuem Recht	29
4.	Kosten- und Prämienentwicklung in der Spitalzusatzversicherung	35
4.1	Kostentrends und kostendämpfende Elemente des KVG im Spitalbereich	35
4.2	Massnahmen der Akteure zur Kostendämpfung im Spitalbereich	37
4.3	Einschätzung der Kosten- und Prämienentwicklung durch die Akteure	41
4.3.1	Blickwinkel der Versicherer	41
4.3.2	Blickwinkel der Spitäler	43
4.3.3	Blickwinkel der Kantone	45
4.4	Quersubventionierungen zwischen Grund- und Spitalzusatzversicherung	47
4.4.1	Situation und Ziele der Akteure	47
4.4.2	Folgen für das Angebot neuer Versicherungsprodukte und deren finanzielle Auswirkungen	50
4.5	Weitere Perspektiven für die Spitalzusatzversicherung	53
5.	Datenlage und Bereitschaft der Akteure, Statistiken zur Verfügung zu stellen	57
5.1	Datenbereitstellung durch die Versicherer	57
5.2	Datenbereitstellung durch die Spitäler	60
5.3	Datenbereitstellung durch die Kantone	63
6.	Ausgewertete Literatur	67
7.	Anhang	69

Zusammenfassung

1. Auftrag und Untersuchungsziele

Mit dem neuen KVG, das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, wurde für die Gesundheitspolitik ein Ordnungsrahmen geschaffen, der Elemente staatlicher Planung mit marktwirtschaftlichen, auf mehr Wettbewerb setzenden Elementen verbindet. Ein solcher Schritt zur Erreichung von mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ist die rechtliche Trennung zwischen der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung und der Zusatzversicherung sowie deren Unterstellung unter das Privatversicherungsrecht.

Mit der vorliegenden, vom BSV in Bern beauftragten Untersuchung sollen die Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG untersucht werden. Dabei sollen nur diejenigen Zusatzversicherungen einbezogen werden, welche bei einer stationären Behandlung die Kosten in der halbprivaten oder privaten Abteilung decken. Es sollen drei Hauptfragen beantwortet werden:

- Wieweit hat sich die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung tatsächlich durchgesetzt?
- In welchem Ausmass und nach welchen Kriterien werden heute im Zusatzversicherungsbereich risikogerechte Prämien erhoben?
- Wie haben sich Kosten und Prämien in der Zusatzversicherung entwickelt?

Die folgenden Untersuchungsergebnisse beruhen auf qualitativen Einschätzungen ausgewählter Versicherer, Kantone und Spitäler. Hierzu wurden leitfadengestützte Fachgespräche von 2-3 Stunden Dauer auf Direktionsebene mit 12 Versicherern, 10 Spitälern und 8 Kantonen in der deutschen und französischen Schweiz geführt. Quantitative Daten wurden von den Befragten nur selten und punktuell zur Verfügung gestellt.

Die in der Untersuchung erarbeiteten Ergebnisse sind als Momentaufnahme in einem längerfristigen Prozess, 3,5 Jahre nach Inkrafttreten des KVG, zu werten.

2. Trennung von Grund- und Spital-Zusatzversicherung

Die befragten **Versicherer** haben der gesetzlichen Vorschrift, spätestens ab 1.1.1997 getrennte Rechnungen für die obligatorische Grundversicherung und die Zusatzversicherung zu führen, voll und termingerecht entsprochen. Ein Grossteil strebt darüber hinaus für die Zusatzversicherung ein rechtlich selbständiges Unternehmen an, um auch in Bezug auf die Gesamtsolvvenz in diesem Geschäftsbereich nicht mehr der

Aufsicht des BSV zu unterstehen. Die Hälfte der Befragten hat dieses Ziel bereits erreicht oder plant den Schritt bis 2000/2001, ein Viertel hat zumindest eine getrennte Sparte oder Abteilung eingerichtet.

Auf Seiten der **Spitäler** blieb bisher alles beim Alten. Getrennt behandelt wird nur die Finanzierung, nicht aber die Erfassung der Kosten. In Bezug auf die getrennte Kostenerfassung von Grund- und Zusatzversicherten fehlt es nicht nur an bundeseinheitlichen Vorschriften, sondern auch bei den meisten Spitälern an einem adäquaten kaufmännischen **Rechnungswesen mit Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung**. Entsprechend unterscheiden sich die den Versicherer/-Versicherten in Rechnung gestellten Kosten nach Grund- und Zusatzversicherten nicht aufgrund der tatsächlich verursachten Zusatzkosten, sondern aufgrund der angestrebten Deckungsbeiträge. Aufgrund des unzulänglichen Rechnungswesens der meisten Spitäler sind die Informationsgrundlagen der Kantone für die Spitalplanung/Spitallisten heute sehr dürftig. Über Kosten und Kostenunterschiede zwischen den Spitälern fehlen die Informationen ebenso wie über die Kosten nach Pflegeklassen.

Das KVG weist auch den **Versicherten** als Akteure im Gesundheitswesen mehr Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit zu. Übersicht 1 fasst die Reaktionen der Versicherten auf das KVG und die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung zusammen.

Übersicht 1: Reaktionsmuster der Versicherten auf die Änderung des KVG
Einschätzung der Versicherer, Anzahl Nennungen

Versichertengruppe	Quantitative Bedeutung bei ... Versicherern		
	hohe Bedeutung	gewisse Bedeutung	keine Bedeutung
1. Versicherte, die die Grund- und Spitalzusatzversicherung gekündigt haben	6	1	5
2. Versicherte, die die Spital-Zusatzversicherung unter Beibehalt der Grundversicherung gekündigt haben	–	5	7
3. Versicherte, die unter Beibehalt der Spital-Zusatzversicherung nur ihre Grundversicherung gekündigt haben	–	3	9
4. Versicherte, die die Spital-Zusatzversicherung reduziert haben	6	2	4
5. Versicherte, die bei bestehender Spital-Zusatzversicherung ihre Franchise erhöht haben	4	2	6
6. Versicherte, die eine Grund- und Spital-Zusatzversicherung neu abgeschlossen haben	3	7	2
7. Versicherte, die nur eine Grundversicherung neu abgeschlossen haben	3	6	3
8. Versicherte, die nur eine Spital-Zusatzversicherung neu abgeschlossen haben	–	3	9

Die Gruppen 1 bis 5 beschreiben die Veränderungen im Bestand und die Gruppen 6 bis 8 die Hauptakzente bei Neuabschlüssen.

Die quantitativ bedeutsame Gruppe 1, die Grund- und Zusatzversicherung gleichzeitig gekündigt hat, umfasst vor allem preis-/leistungsbewusste, gut informierte und gesunde junge Leute und junge Familien. Die ebenfalls quantitativ grosse Gruppe 4 ist vor allem auf neue Produkte in der Zusatzversicherung umgestiegen, um die Gesamtprämie für Grund- und Zusatzversicherung im eigenen Haushaltsbudget im gewohnten Rahmen zu halten. Es sind primär Angehörige des sog. „Mittelstandes“, die durch eine entsprechend differenzierte Produktpolitik bei ihrem Versicherer gehalten werden konnten. Bei den Neuabschlüssen stehen 2 Versichertengruppen etwa gleich stark hervor: Gruppe 6, die Grund- und Zusatzversicherung gleichzeitig abgeschlossen hat, umfasst vor allem jüngere mittelständische Personen und eher Einzelpersonen als Familien. Zur Gruppe 7, die nur die Grundversicherung neu abgeschlossen hat, zählen primär die sog. „Springer“, welche die jeweils günstigste Prämie in der Grundversicherung suchen.

Diese stark aufgefächerten Reaktionsmuster der Versicherten schlugen sich im Wettbewerb bei den einzelnen Versicherern unterschiedlich nieder. Bei drei eher kleinen Versicherern (25 %) fiel keine der acht genannten Gruppen besonders ins Gewicht. Bei fünf eher grösseren Versicherern (gut 40 %) dominierten die gleichzeitigen Kündigungen von Grund- und Zusatzversicherung einerseits und Reduktionen der Zusatzversicherungen andererseits, ohne gleichzeitig in nennenswertem Umfang neue Kunden gewinnen zu können. Vier Versicherer (30 %) profitierten in grösserem Umfang von Neuabschlüssen in den Gruppen 6 und/oder 7.

Alle Versicherer haben heute, in grobe Kategorien gefasst, drei Kundengruppen:

- Versicherte mit Grund- und Zusatzversicherung
- Versicherte nur mit Grundversicherung
- Versicherte nur mit Spital-Zusatzversicherung.

Historisch bedingt und infolge der jeweiligen Wettbewerbsposition haben diese Gruppen bei den einzelnen Versicherern aber ein sehr unterschiedliches Gewicht.

Die Zahl der Versicherten mit Grund- und Spital-Zusatzversicherung hat seit 1996 aber bei fast allen Versicherern abgenommen. Im Gegenzug ist die Zahl der nur Grundversicherten bei fast allen Versicherern gewachsen. Das jeweilige Ausmass ist aber sehr stark von der Wettbewerbsposition, insbesondere der Prämienhöhe, abhängig. Das Kundensegment der nur Zusatzversicherten ist generell klein. Die bisherige Entwicklung der Zahlen ist nach Versicherern uneinheitlich.

Der generelle Rückgang der Zusatzversicherten und die Zunahme der nur Grundversicherten hat unmittelbare Auswirkungen auf die befragten Spitäler. In nahezu allen Spitälern ging die Zahl der Patienten und der Pflagestage in der ersten und zweiten Pflegeklasse mehr oder weniger stark zurück, während gleichzeitig die Zahl der nur

Grundversicherten wuchs. Infolgedessen hat sich in den meisten Kantonen der Staatsbeitrag an die Spitäler erhöht, da die bisherigen Kostendämpfungsmassnahmen nicht ausreichten, die Ertragsausfälle aus der Zusatzversicherung zu kompensieren.

3. Risikogerechte Prämien in der Spital-Zusatzversicherung

Die Umstellung auf risikogerechte Prämien in der Spital-Zusatzversicherung verlief nicht bei allen **Versicherern** auf dieselbe Weise:

25 % der befragten Versicherer berücksichtigen seit 1997 die unter altem Recht zurückgelegten Versicherungszeiten bei niemandem mehr. Es handelt sich hier um Versicherer aus der französischen Schweiz mit einem eher jüngeren Versichertenbestand. Gut 40 % der befragten Versicherer hat bei allen Versicherten die bisher zurückgelegten Versicherungszeiten in irgend einer Form ab 1997 einbezogen. Die meisten von ihnen nehmen auch bei Neuabschlüssen bei der Prämienberechnung Bezug auf das Eintrittsalter. 33 % der befragten Versicherer hat nur bei einem gewissen Prozentsatz (8 – 20 %) der Versicherten die bisherigen Versicherungszeiten in Form eines Treuerabatts berücksichtigt.

Auch die Art und Weise, wie risikogerechte Prämien berechnet werden, weist ein gewisses Spektrum auf: Die Mehrheit der befragten Versicherer bildet die Risikogruppen für die Prämienbemessung nach dem Lebensalter der Versicherten. Üblich sind 5-Jahresklassen, wobei die Altersjahrgänge bis 18 als eine oder zwei Gruppen behandelt werden. Auch die höheren Altersklassen werden häufig zu einer grossen Gruppe zusammengefasst: z.B. ab 51 bzw. 66 bis 71 nur eine Gruppe. Einige der befragten Versicherer (33 %) bilden die Risikogruppen nach dem Eintrittsalter, weil sie Kundentreue auch als Risiko betrachten. Auch hier sind 5-Jahresgruppen die Regel, manchmal gibt es auch grössere Gruppen: 26-40, 41-55. Bei Kapitaldeckungs- statt Umlageverfahren erfolgt eine gruppenspezifische Berechnung der Alterungsvorsorge. Für jedes Versicherungsprodukt wird eine Deckungsbeitragsrechnung erstellt.

Die meisten der befragten Versicherer unterscheiden bei den Risikogruppen zwischen Männern und Frauen, nur wenige machen diese Differenzierung gar nicht oder lassen sie bei den höheren Altersgruppen fallen (jeweils 17 %).

Eine begrenzte Solidarität zwischen Jungen und Alten kommt bei fast allen Versicherern zur Anwendung durch Zu- oder Abschläge von der Risikoprämie. Häufig wird ein Ziel formuliert, jeweils in Abhängigkeit von der Marktlage und der Wettbewerbsposition, wie z.B.: „die Prämie der 60- bis 70-Jährigen soll die Prämie der 30-Jährigen um

nicht mehr als das 3-fache, die Prämie der über 70-Jährigen um nicht mehr als das 4-fache übersteigen“.

Nicht nur die schon erwähnten Solidargemeinschaften zwischen Jung und Alt oder die Berücksichtigung des Eintrittsalters als Indikator für Kundentreue führen im konkreten Einzelfall zu mehr oder weniger grossen Abweichungen von der Standardprämie eines Privat- oder Halbprivat-Versicherten. Auch und erst recht die vielfältigen Versicherungsprodukte bzw. bestimmte Bestandteile dieser Produkte führen dazu, dass die „Marktprämie“ unter der „Standardprämie“ liegt. Selbstbehalt/Franchise, Second Opinion vor Operationen, Ein- oder Ausschluss von Unfall oder Mutterschaft, Einschränkungen der Wahlfreiheit bei Ärzten und Spitälern, Rückerstattungen bei drei oder mehr leistungsfreien Jahren, etc. führen dazu, dass von der Mehrzahl der Versicherten nicht die reine „Standardprämie“ gezahlt wird.

Die Frage, welche **Versichertengruppen** durch die Umstellung auf neues Recht in der Zusatzversicherung relativ be- oder entlastet wurden, lässt sich nicht eindeutig oder gar einheitlich für alle Versicherer beantworten. Übersicht 2 fasst das Antwortspektrum zusammen:

Übersicht 2: Antworten der Versicherer zu belasteten/entlasteten Gruppen

Genannte Gruppen	Zahl der Versicherer (Mehrfachnennungen)
1. Belastete Gruppen	
– keine, die Struktur der Tarife wurde beibehalten	4
– Ältere, über 50 Jahre	6
– Frauen im gebärfähigen Alter	3
– Frauen generell	1
2. Entlastete Gruppen	
– keine, die Struktur der Tarife wurde beibehalten	4
– Jüngere	5
– Junge Männer	2
– Männer generell	1

4. Kosten- und Prämienentwicklung in der Spital-Zusatzversicherung

Das Kostenniveau in der Zusatzversicherung weist eine grosse Streubreite zwischen den **Versicherern** auf. Bei denen, die Zahlenangaben gemacht haben, lagen die Kosten je Versicherten 1997 zwischen 520 und 1'390 CHF, 1999 zwischen 508 und 1'380 CHF. Auch der Trend der Kostenentwicklung je Versicherten weist in verschiedene Richtungen: Bei 6 Versicherern sanken die pro-Kopf-Kosten seit 1996 leicht, bei einem bleiben sie konstant und bei 5 Versicherern stiegen sie leicht an. Die aufgezeigte Entwicklung ist Resultat einer Vielzahl von Einflussfaktoren. Kostensenkend wurden hervorgehoben: Fallmanagement, mehr Sparmodelle als Versicherungsprodukt, Rückgang der Versicherten Halbprivat und Privat, reduzierte Anspruchshaltung

eines Teils der Versicherten, günstigere Risikostruktur einzelner Versicherer, Tarifsenkung bei Spitaltaxen Halbprivat. Als kostensteigernde Faktoren schlugen zu Buche: Höhere Tarife in den Spitälern, Kostenverlagerungen von Kantonen auf Versicherer, medizinischer Fortschritt, grössere Anspruchshaltung infolge von Prämien erhöhungen, Mengenausweitung in den Spitälern, Alterung der Bevölkerung, Verteuerung nach Verlagerung der leichteren Fälle in den ambulanten/teilstationären Bereich.

Der Trend der Prämieeinnahmen je Versicherten entspricht im grossen und ganzen je Versicherer dem Trend der Kosten je Versicherten. Die Schritte von Jahr zu Jahr sind auf der Prämieseite jedoch sprunghafter als auf der Kostenseite. In der Summe der Jahre 1997 bis 1999 sanken bei 4 Versicherern die Prämieeinnahmen pro Kopf, bei 2 Versicherern blieben sie konstant und bei 6 Versicherern nahmen sie leicht zu.

Die aufgezeigten Veränderungen stehen in enger Wechselbeziehung zur Aufwands- und Ertragsentwicklung der **Spitäler**. Auch hier zeigt sich im Wettbewerb ein differenziertes Bild, das auf der Aufwandseite allerdings keine Unterscheidung nach Pflegeklassen macht. Hierzu wäre eine Kostenträgerrechnung erforderlich, über die erst wenige Spitäler verfügen.

Der Aufwand je Patient ist seit 1996 in drei Spitälern (zwei öffentlichen und einem privaten) leicht gesunken und in zwei (öffentlichen) Spitälern konstant geblieben. Vier Spitäler (zwei öffentliche, zwei private) weisen mehr oder weniger grosse Aufwandserhöhungen je Patient auf. Spitäler, die den Aufwand je Patient senken konnten, begründen dies fast ausschliesslich mit ihrer „Marktausweitung“ und nicht mit kostendämpfenden Massnahmen, die bisher offenbar die Kostenentwicklung zwar bremsen, nicht aber stoppen.

Der Ertrag aus Versicherungen/Selbstzahlern je Patient, der für den Kostendeckungsgrad jedes Spitals massgeblich ist, entwickelte sich nach Auskunft der meisten Spitäler ungünstiger als der Aufwand je Patient. Im Zusatzversichertenbereich hatten in der zweiten Pflegeklasse fünf Spitäler Ertragsrückgänge und drei Spitäler konstante Erträge pro Patient zu verzeichnen. Nur ein Spital konnte hier Zuwächse verbuchen. In der ersten Pflegeklasse meldeten je drei Spitäler sinkende, konstante bzw. steigende pro Kopf-Erträge. Die Kosten- und Ertragsentwicklung der Spitäler ist auch aus dem Blickwinkel der **Kantone** nicht einheitlich. Der Aufwand je Patient sank in 2 Kantonen, in 4 Kantonen blieb er konstant und in 2 Kantonen sank er. Der Ertrag je Patient stieg in 1 Kanton, blieb in 4 Kantonen konstant und sank in 3 Kantonen. Nur in wenigen Ausnahmen weisen die Entwicklungen im Bereich der Zusatzversicherung in eine – aus Kantonssicht – günstigere Richtung als die allgemeine Tendenz.

Der vom Gesetz gewollte Ausschluss der **Quersubventionierung** zwischen Grund- und Zusatzversicherung, der bei den Versicherern im Rahmen der Übergangsfrist bis 31.12.96 voll realisiert wurde, erfolgte in den Spitälern – von ihnen und den Kantonen ungewollt – schrittweise infolge der starken Veränderungen im Zusatzversicherungs-

bereich. Von den 10 befragten Spitälern erwirtschaftet bereits ein öffentliches Regionalspital mit seiner Privat-Abteilung keinen Überschuss mehr. Bei den anderen Spitälern fällt auf, dass nur noch zwei von neun Spitälern in der zweiten Pflegeklasse einen Kostendeckungsgrad über 100 % erreichen. Die Quersubventionierung erfolgt also vor allem aus Überschüssen der stark schrumpfenden ersten Pflegeklasse, die immer weniger aus den Pfl egetaxen, sondern aus einzeln verrechenbaren Leistungen (Mengenausweitung) entstehen.

Neue Versicherungsprodukte wie „Spitalzimmer-Versicherung (Hotel)“ und „alternativ wählbare Module Freie Arztwahl bzw. Komfort Ein- oder Zweibett-Zimmer“ werden von den meisten Spitälern und Kantonen bisher als unbedeutend heruntergespielt unter Hinweis auf die sehr kleine Zahl Versicherter. Erst wenige sehen dem weiteren Ertragsausfall aus der Privat- und Halbprivat-Versicherung ins Auge und betrachten die neuen Versicherungsprodukte als zusätzliche Möglichkeit, Deckungsbeiträge zu erwirtschaften, die über die Erträge aus der Grundversicherung hinausgehen.

Bei den heutigen Entscheidungs- und Finanzierungsstrukturen im Spital werden die meisten Spitäler die fehlenden Deckungsbeiträge durch höhere Deckungsbeiträge in der Allgemeinen Pflegeklasse und/oder höhere Staatsbeiträge zu kompensieren versuchen. Überproportionale Prämien erhöhungen in der Grundversicherung erscheinen aber ebenso wenig als Dauerlösung wie nennenswerte Vergrösserungen der Defizitdeckung durch die Kantone. Um diese negativen Langfristwirkungen zu vermeiden, plädieren deshalb die meisten Versicherer für eine gründliche Revision der Spitalfinanzierung, die von der Objekt- zur Subjektfinanzierung übergeht und alle Spitäler ausserhalb wohl definierter kantonaler und mit Steuermitteln finanzierter Leistungsaufträge dem vollen Wettbewerb um Patienten und Versicherer aussetzt. Die Versicherer erhoffen sich auf diesem Wege auch die überfällige Strukturbereinigung auf der Angebotsseite, die beim bestehenden Finanzierungssystem und durch die Spitalplanung der Kantone nicht zu erreichen sind.

5. Datenlage

Um die durch das KVG bewirkten Veränderungen vollständig und zeitnah nach Akteursgruppen auch **quantitativ** zu beschreiben, ist die Datenlage in allen einbezogenen Akteursgruppen zu lückenhaft und bei weitem nicht ausreichend. Hinzu kommt, dass im Wettbewerb stehende Versicherer und Spitäler auch nur in begrenztem Umfang bereit sind, an sich verfügbare Daten für die Wirkungsforschung zur Verfügung zu stellen. Ein Grossteil der befragten **Versicherer** ist im Grundsatz nicht bereit, mehr als die üblichen Aufsichtsdaten zur Verfügung zu stellen. Sie erwarten von den Aufsichtsbehörden BSV und BPV, dass die Aufsichtsdaten so in Dateien und Zeitreihen aufbereitet werden, dass sie auch in Forschungsprojekten verwendet werden können.

Die meisten **Spitäler** verfügen immer noch nicht über ein kaufmännisches Rechnungswesen mit Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung. Letztere ist Voraussetzung für valide Daten, die nach Grund- und Zusatzversicherten und innerhalb des Zusatzversichertenbereichs auf der Kosten- und Ertragsseite nach Versicherungsprodukten unterscheiden.

Auf der Ebene der **Kantone**, die für eine Planung und Steuerung der Spitalversorgung in ihrem Gebiet verantwortlich sind, ist die Datenlage noch dürftiger als auf der Ebene einzelner Spitäler. Vorhandene Jahresstatistiken beziehen nur selten die Privatspitäler mit ein und umfassen zumeist keine Kosten- und Ertragsdaten, erst recht nicht separat für Grund- und Zusatzversicherte.

6. Schlussfolgerungen

Aus dem Blickwinkel der im Rahmen dieser Wirkungsanalyse im Zentrum stehenden Spital-Zusatzversicherung hat das KVG bisher mehr auf der Seite der Versicherer und Versicherten als auf der Seite der Spitäler und Kantone etwas in Bewegung gebracht. Der vom Gesetz gewollte Umstellungsprozess auf mehr marktwirtschaftliche Steuerungselemente hat nach knapp 4 Jahren eine „Schieflage“ in folgender Hinsicht:

- Es steht bisher zu einseitig innerhalb des geltenden Systems die Finanzierungsseite der Spitalversorgung im Vordergrund. Die Kostenüberwälzung auf die Finanzierungsträger Versicherte/Versicherer, Patient/Selbstzahler, Kanton-/Gemeinde rangiert immer noch deutlich vor der Eindämmung der Kostenentstehung und –entwicklung.
- Die Spitalkosten-Unterschiede zwischen den Kantonen, die heute pro Pflgetag erheblich sind, werden als „naturegegeben“ behandelt und auf die Versicherten/Versicherer bzw. Patienten/Selbstzahler überwälzt, ohne dass den Kostenunterschieden mit planwirtschaftlichen und/oder marktwirtschaftlichen Instrumenten zu Leibe gerückt würde. Auch hier ist die Kostenüberwälzung das Instrument der vorrangigen Wahl anstelle der Ausschaltung zu teurer Leistungsanbieter oder unnötiger Leistungen. Nicht einmal ein transparenter Kostennachweis im Zusatzversicherungsbereich gegenüber Aufsichtsbehörden und Finanzierern wird von den Spitälern verlangt (Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung, Leistungsstatistik).
- Von den Akteursgruppen der Spitalversorgung und –finanzierung stehen nur die Versicherer voll im Wettbewerb untereinander, und zwar sowohl um Grund- als auch Zusatzversicherte. Da die Zusatzversicherten infolge des oben erwähnten Kostenüberwälzungsschemas aus diesem „Markt“ aussteigen bzw. auf kostensparende Produkte umsteigen, dominiert allerdings bisher zu ein-

seitig der Wettbewerb der Versicherer untereinander, der zuweilen auch unfaire Verhaltensweisen zeitigt. Die ebenfalls wünschbare Markt- und Verhandlungsmacht gegenüber den Spitälern und damit Druck auf die weitere Kostenentwicklung in den Spitälern unterbleibt infolgedessen weitgehend.

Es besteht die Gefahr, dass sich die genannten „Schief lagen“ in den nächsten Jahren noch weiter ausprägen, die Zahl der Zusatzversicherten insgesamt weiter schrumpft und dieser kleine Teilmarkt fast nur noch aus kostensparenden Produkten der Spital-Zusatzversicherung anstelle der Privat- und Halbprivat-Versicherung besteht. Die dadurch fehlenden Deckungsbeiträge in den Spitälern müssten beim geltenden Finanzierungs- und Kostenüberwälzungssystem von der Grundversicherung und/oder den Kantonen/Gemeinden aufgefangen werden. Weitgehend ungebremste Kostenentwicklungen in der Grundversicherung könnten die Folge sein; auch die grossen Kostenunterschiede zwischen den Kantonen dürften die „Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse“ in der Schweiz empfindlich stören.

Durch eine Reform des Spitalfinanzierungssystems, die vom jetzigen Kostenüberwälzungssystem Abschied nimmt und statt dessen von der Objekt- zur Subjektfinanzierung übergeht und alle Spitäler – von wenigen weiter per Leistungsauftrag gesteuerten Vorhaldebereichen abgesehen – dem vollen Wettbewerb um Patienten und Versicherer aussetzt, könnte diesem Status-quo-Szenario noch rechtzeitig entgegengewirkt werden. Auf die bereits in diese Richtung weisenden Reformvorschläge für eine KVG-Revision sei an dieser Stelle verwiesen.

Résumé

1. Mandat et buts de l'étude

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, a posé un cadre de référence pour la politique de la santé. Ce cadre allie des éléments de planification étatique avec des éléments d'économie de marché qui misent sur un accroissement de la concurrence dans le domaine de la santé. Un pas dans cette dernière direction a été fait lorsqu'on a juridiquement séparé l'assurance de base, soit l'assurance obligatoire des soins, et l'assurance complémentaire, régie désormais par le droit des assurances privées.

La présente étude, mandatée par l'Office fédéral des assurances sociales, vise à analyser les modifications induites par la LAMal dans le secteur des assurances complémentaires. Elle n'examine que les assurances complémentaires qui couvrent les coûts d'un traitement hospitalier en division privée ou demi-privée. L'étude devait répondre à trois questions principales:

- Jusqu'à quel point la séparation entre assurance de base et assurance complémentaire est-elle réellement réalisée?
- Dans quelle mesure et selon quels critères perçoit-on actuellement des primes fixées selon le risque dans le domaine des assurances complémentaires?
- Quelle est l'évolution des coûts et des primes dans les assurances complémentaires?

Les résultats de l'étude se fondent sur des appréciations qualitatives formulées par des assureurs, des représentants des cantons et des hôpitaux. Pour obtenir ces informations, des entretiens sur la base d'un questionnaire ont été menés avec des personnes de la direction de 12 assureurs, de 10 hôpitaux et de 8 cantons de Suisse alémanique et de Suisse romande, pendant deux à trois heures. Les personnes interrogées n'ont que rarement et seulement de manière ponctuelle mis à disposition des données quantitatives.

Les résultats obtenus doivent être considérés comme reflétant la situation à un moment donné dans un processus de longue durée et ceci trois ans et demi après l'entrée en vigueur de la LAMal.

2. Séparation entre assurance de base et assurance complémentaire d'hospitalisation

Les assureurs interrogés ont respecté pleinement et dans le délai imparti, dès le 1er janvier 1997, la prescription légale selon laquelle ils doivent tenir des comptes séparés pour l'assurance de base obligatoire et pour l'assurance complémentaire. Une grande partie d'entre eux se proposent en outre, de créer une entreprise juridiquement indépendante qui gère l'assurance complémentaire afin de ne plus être soumis à la surveillance de l'OFAS en ce qui concerne leur solvabilité globale dans ce secteur d'affaires. La moitié des assureurs interrogés ont déjà atteint ce but ou envisagent d'effectuer cette démarche d'ici 2000/2001, un quart d'entre eux ont créé au moins une branche ou une division séparée.

Du côté des hôpitaux, rien n'a changé jusqu'à présent. On traite séparément uniquement le financement, et non l'enregistrement des coûts. Concernant l'enregistrement séparé des coûts pour les personnes affiliées à l'assurance de base et pour les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire, il n'existe non seulement pas de prescriptions uniformes au plan fédéral, mais la plupart des hôpitaux ne disposent pas d'une **comptabilité commerciale adéquate comportant des centres de charges et des unités finales d'imputation**. En conséquence, la distinction des coûts facturés aux assureurs et aux assurés selon l'assurance de base ou l'assurance complémentaire ne se fonde pas sur les coûts supplémentaires effectifs, mais sur la couverture visée des coûts. Compte tenu de l'insuffisance de la comptabilité de la plupart des hôpitaux, les cantons disposent actuellement de bases très incomplètes pour leurs planifications hospitalières et leurs listes des hôpitaux. Les informations manquent aussi bien en ce qui concerne les coûts et les différences de coûts entre les hôpitaux que pour ce qui est des coûts selon les divisions de soins.

Résumé

Aperçu 1: Types de réactions des assurés à la modification introduite par la LAMal

Groupe d'assurés	Importance quantitative pour les assureurs		
	Une grande importance	Une certaine importance	Aucune importance
1. Assurés ayant résilié l'assurance de base et l'assurance complémentaire d'hospitalisation	6	1	5
2. Assurés ayant résilié l'assurance complémentaire d'hospitalisation tout en gardant l'assurance de base	—	5	7
3. Assurés ayant résilié l'assurance de base tout en gardant l'assurance complémentaire d'hospitalisation	—	3	9
4. Assurés ayant réduit leur assurance complémentaire d'hospitalisation	6	2	4
5. Assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation ayant augmenté leur franchise	4	2	6
6. Assurés ayant conclu une nouvelle assurance de base et une assurance complémentaire d'hospitalisation	3	7	2
7. Assurés n'ayant conclu qu'une nouvelle assurance de base	3	6	3
8. Assurés n'ayant conclu qu'une nouvelle assurance complémentaire d'hospitalisation	—	3	9

La LAMal attribue également davantage de responsabilité propre et de liberté de décision aux **assurés** en tant qu'acteurs dans le système de santé. L'aperçu 1 montre les réactions des assurés à la LAMal et à la séparation entre assurance de base et assurance complémentaire. Les groupes 1 à 5 illustrent les modifications d'effectifs et les groupes 6 à 8 les grandes tendances dans la conclusion de nouveaux contrats d'assurance.

Le groupe 1, quantitativement important, comprend des assurés ayant résilié à la fois l'assurance de base et l'assurance complémentaire. Il est composé notamment par des jeunes conscients du rapport prix/prestations, bien informés et en bonne santé et par des jeunes familles. Le groupe 4, également d'une grande importance

quantitative, est constitué par des assurés qui se sont surtout tourné vers de nouveaux produits dans l'assurance complémentaire, afin de ne pas augmenté la part de leurs budgets consacrée à la prime globale de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire. Il s'agit en premier lieu de personnes appartenant à la "classe moyenne" que l'assureur a pu garder grâce à une politique différenciée en matière de produits. Concernant les nouvelles assurances conclues, deux groupes d'assurés revêtent une importance à peu près identique: le groupe 6, qui à conclu à la fois l'assurance de base et une assurance complémentaire. Il englobe avant tout des personnes plutôt jeunes appartenant à la classe moyenne, plutôt de personnes seules que de familles. Dans le groupe 7, qui n'a conclu qu'une nouvelle assurance de base, on trouve principalement les "nomades" qui recherchent toujours la prime la plus avantageuse pour l'assurance de base.

Le grand éventail de réactions des assurés s'est répercuté différemment sur la concurrence entre les divers assureurs. Pour trois assureurs plutôt petits (25 %), aucun des huit groupes mentionnés n'a revêtu une importance particulière. Pour cinq assureurs plutôt grands (plus de 40 %), deux éléments prédominent : la résiliation simultanée de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire ainsi que la diminution du nombre des contrats d'assurance complémentaire, sans que ces assureurs aient simultanément pu acquérir de nouveaux clients dans une mesure notable. Les quatre assureurs restants (30 %) ont enregistré dans une mesure importante la conclusion de nouvelles assurances dans les groupes 6 et/ou 7.

A l'heure actuelle des clients de tous les assureurs peuvent être répartis trois groupes ;

- les personnes ayant une assurance de base et une assurance complémentaire;
- les personnes n'ayant qu'une assurance de base;
- les personnes n'ayant qu'une assurance complémentaire d'hospitalisation.

L'importance de ces groupes varie cependant fortement d'un assureur à l'autre en raison de l'évolution historique et de la position de l'assureur sur le marché. Mais presque tous les assureurs ont vu diminuer, depuis 1996, le nombre de leurs assurés ayant à la fois une assurance de base et une assurance complémentaire d'hospitalisation. En revanche, le nombre d'assurés n'ayant qu'une assurance de base a augmenté pour presque tous les assureurs. L'importance de la variation dépend toutefois très largement de la position de l'assureur sur le marché, notamment du montant de la prime. Par ailleurs, la part de clients n'ayant qu'une assurance complémentaire est généralement petite. L'évolution n'est pas uniforme pour tous les assureurs.

La diminution du nombre de personnes ayant une assurance complémentaire et l'augmentation de celui des personnes n'ayant qu'une assurance de base ont eu des répercussions directes sur les hôpitaux interrogés. Dans presque tous les hôpitaux, le nombre de patients et de journées d'hospitalisation en division privée et demi-privée a reculé dans plus ou moins fortement, tandis que le nombre de patients n'ayant qu'une assurance de base a augmenté. Par conséquent, la contribution étatique au financement des hôpitaux s'est accrue dans la plupart des cantons, car les mesures de maîtrise des coûts prises jusqu'à présent n'ont pas permis de compenser les pertes de recettes provenant de l'assurance complémentaire.

3. Primes adaptées aux risques dans l'assurance complémentaire d'hospitalisation

Tous les assureurs n'ont pas passé de la même manière à des primes fixées selon le risque dans l'assurance complémentaire d'hospitalisation:

Ainsi, 25 % des assureurs interrogés ne tiennent plus compte depuis 1997, pour aucune personne assurée, des périodes d'assurance accomplies sous l'ancien droit. Il s'agit là d'assureurs de Suisse romande dont l'effectif d'assurés est plutôt jeune. En revanche, plus de 40 % des assureurs interrogés ont tenu compte depuis 1997, pour tous les assurés, sous une forme ou une autre, des périodes d'assurance accomplies. La plupart d'entre eux se réfèrent, lors de la conclusion d'un nouveau contrat, également à l'âge d'entrée. Enfin, 33 % des assureurs interrogés n'ont tenu compte des périodes d'assurance accomplies que pour un certain pourcentage (8 à 20 %) des assurés, sous forme d'un rabais de fidélité.

Le mode de calcul des primes varie également. La majorité des assureurs interrogés constituent les groupes de risques pour le calcul des primes en fonction de l'âge des assurés. En général, ils répartissent les assurés dans 5 classes d'âge, en traitant les classes d'âge des assurés jusqu'à 18 ans comme un ou deux groupes. De même, les classes d'âge élevées sont souvent réunies dans un seul grand groupe, p. ex. les assurés de 51 ou 66 à 71 ans. Un certain nombre d'assureurs interrogés (33 %) forment les groupes de risques selon l'âge d'entrée dans la caisse car ils considèrent la fidélité des clients également comme un risque. Là aussi, les groupes de 5 classes d'âge constituent la règle, parfois les groupes sont plus grands : de 26 à 40 ans, de 41 à 55 ans. Le remplacement du système de la répartition par celui de la capitalisation conduit à ce que chaque personne assure par sa prime la couverture des prestations. La plupart des assureurs interrogés font une distinction entre hommes et femmes dans les groupes de risques. Seul un petit nombre d'entre eux ne font pas du tout cette distinction ou l'abandonnent pour les classes d'âge élevées (17 % dans les deux cas).

Résumé

Presque tous les assureurs pratiquent une solidarité limitée entre jeunes et vieux au moyen de suppléments ou de réductions sur la prime fixée selon le risque. Ils formulent souvent un objectif, comme celui-ci: "la prime des assurés de 60 à 70 ans ne dépassera pas le triple de la prime des assurés de 30 ans, celle des assurés de plus de 70 ans ne sera pas supérieure au quadruple de ladite prime".

Les écarts plus ou moins importants par rapport à ce qu'on appelle la prime de risque que l'on voit dans des cas concrets ne sont pas uniquement dus à la solidarité, déjà mentionnée, entre jeunes et vieux ou à la prise en compte de l'âge d'entrée comme indicateur de la fidélité des clients. Le fait que la "prime du marché" soit inférieure à la "prime de risque" tient également et à plus forte raison à la diversité des produits d'assurance ou à certaines parties de ces produits. La quote-part et la franchise, le deuxième avis avant une opération, le fait d'inclure ou d'exclure le risque d'accident ou la maternité, les restrictions de la liberté de choix du médecin ou de l'hôpital, les montants restitués lorsque des prestations non pas été fournies pendant trois ans ou plus, etc. ont pour effet que la plupart des assurés ne paient pas la "prime de risque" proprement dite.

L'étude ne permet pas de donner une réponse claire et uniforme pour tous les assureurs à la question de savoir pour quels **groupes d'assurés** la charge a été plutôt alourdie ou plutôt allégée par le passage au nouveau droit. L'aperçu 2 présente l'éventail des réponses:

Aperçu 2: Réponses des assureurs concernant les groupes d'assurés qui subissent une plus grande ou une moindre charge

Groupes mentionnés	Nombre d'assureurs (plusieurs réponses possibles)
1. Groupes avec une plus grande charge	
- aucun, la structure des tarifs a été maintenue	4
- personnes de plus de 50 ans	6
- femmes en âge de maternité	3
- femmes en général	1
2. Groupes avec une charge moindre	
- aucun, la structure des tarifs a été maintenue	4
- jeunes	5
- hommes jeunes	2
- hommes en général	1

4. Evolution des coûts et des primes dans l'assurance complémentaire d'hospitalisation

Le niveau des coûts dans l'assurance complémentaire varie fortement selon les assureurs. Pour ceux qui ont fourni des chiffres, les coûts par personne assurée se situaient entre 520 et 1390 francs en 1997, entre 508 et 1380 francs en 1999. La tendance de l'évolution des coûts par personne assurée n'est pas la même non plus. Depuis 1996, ces coûts ont légèrement diminué pour 6 assureurs, ils sont restés inchangés pour un assureur et ont légèrement augmenté pour 5 autres assureurs. Cette évolution est le résultat de l'influence d'un grand nombre de facteurs. Voici ceux qui ont contribué à la baisse des coûts: la gestion par cas, l'augmentation du nombre de modèles "économiques" dans l'offre des produits d'assurance, le recul du nombre d'assurés en demi-privé ou privé, le changement d'attitude d'une partie des assurés qui demandent maintenant moins de prestations, la structure des risques plus favorable pour certains assureurs, la réduction des taxes hospitalières en demi-privé. Les facteurs qui ont contribué à la hausse des coûts sont les suivants: l'augmentation des tarifs dans les hôpitaux, le transfert de coûts des cantons vers les assureurs, les progrès de la médecine, le changement d'attitude des assurés qui demandent davantage de prestations parce que les primes ont augmenté, l'accroissement du volume des prestations dans les hôpitaux, le vieillissement de la population, le renchérissement dû au transfert des cas moins graves dans le domaine ambulatoire ou semi-hospitalier.

La tendance observée pour les recettes de primes par personne assurée correspond dans l'ensemble à celle des coûts par personne assurée. L'évolution d'une année à l'autre est cependant plus marquée pour les primes. De 1997 à 1999, 4 assureurs ont enregistré une diminution des recettes de primes par personne assurée, 2 assureurs ont constaté qu'elles restaient inchangées, et 6 assureurs ont noté une légère augmentation.

L'évolution mise en évidence est étroitement liée à celle des coûts et des recettes des **hôpitaux**. Là aussi, les situations sont très diverses en ce qui concerne la concurrence. S'agissant des coûts, on ne fait cependant pas de distinction selon les divisions dans lesquelles sont prodigués les soins.

Depuis 1996, les coûts par patient ont légèrement diminué dans trois hôpitaux (dont deux hôpitaux publics) et sont restés constants dans deux autres (hôpital publics). Quatre hôpitaux (deux publics, deux privés) connaissent une augmentation plus ou moins importante des coûts par patient. Les hôpitaux qui ont pu réduire les coûts par patient expliquent cette réduction presque exclusivement par une "extension de leur marché" et non par leurs mesures de maîtrise des coûts qui, jusqu'à présent, freinent apparemment l'évolution sans pour autant l'arrêter.

Résumé

L'évolution des recettes par patient (assurances et frais payés par les patients eux-mêmes), qui sont déterminantes pour établir le taux de couverture des coûts de chaque hôpital, est moins favorable que celle des coûts par patient. Concernant les assurances complémentaires, cinq hôpitaux ont enregistré un recul, trois autres une constance des recettes dans la deuxième classe de soins.(demi-privé) Un seul hôpital a constaté un accroissement dans cette classe. Dans la première classe de soins (privé), une diminution, une constance ou une augmentation ont été annoncées par trois hôpitaux à chaque fois. L'évolution des coûts et des produits varie également selon les cantons. Les coûts par patient ont augmenté dans 2 cantons, sont restés constants dans 4 cantons et ont diminué dans 2 cantons. Les recettes par patient ont augmenté dans 1 canton, sont restés constantes dans 4 cantons et ont diminué dans 3 cantons. L'évolution dans le domaine de l'assurance complémentaire n'est que très exceptionnellement plus favorable, du point de vue des cantons, que la tendance générale.

L'exclusion, voulue par la loi, du **subventionnement croisé** entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire, qui a été pleinement réalisée par les assureurs jusqu'au 31 décembre 1996, au terme d'une période de transition, n'a été mise en oeuvre dans les hôpitaux que progressivement, indépendamment de leur volonté et de celle des cantons, en raison des mutations profondes du secteur des assurances complémentaires. Parmi les 10 hôpitaux interrogés, un hôpital régional public ne réalise déjà plus d'excédent dans sa division privée. Quant aux autres hôpitaux, il est frappant de constater que seulement deux d'entre eux atteignent encore un taux de couverture des coûts supérieur à 100 % dans la catégorie de soins en demi-privé. Le subventionnement croisé est donc surtout alimenté par les excédents de la division privée qui est en forte régression. Ces excédents sont de moins en moins dus aux taxes de soins, mais aux prestations qui peuvent être facturées séparément (augmentation du volume des prestations).

L'importance des **nouveaux produits d'assurance** comme "l'assurance chambre d'hôpital (hôtel)" et les "modules à option: libre choix du médecin ou confort chambre à un ou deux lits" a été minimisée jusqu'à présent par la plupart des hôpitaux et des cantons parcequ'ils ne concernaient qu'un très petit nombre d'assurés. Rares sont, pour l'instant, ceux qui admettent de nouvelles pertes de recettes provenant de l'assurance pour la division privée ou demi-privée et qui considèrent les nouveaux produits d'assurance comme une possibilité supplémentaire de contribuer à une couverture des coûts qui dépasse les produits réalisés dans l'assurance de base.

Etant donné leurs structures actuelles de décision et de financement, la plupart des hôpitaux chercheront à compenser le défaut de couverture des coûts par une augmentation de la couverture des coûts dans la classe de soins générale et/ou par un accroissement des contributions de l'Etat. Mais ni l'augmentation disproportionnée des primes dans l'assurance de base, ni l'accroissement notable de la couverture des déficits par les cantons ne semblent être une solution durable. Afin d'éviter ces effets négatifs à long terme, la plupart des assureurs sont donc favorables à une révision

fondamentale du financement des hôpitaux. Cette révision doit permettre de passer du financement par établissement au financement par sujet et de faire jouer la libre concurrence, au plan des patients et des assureurs, entre tous les hôpitaux qui ne participent pas à des contrats de prestations cantonaux bien définis et financés par des ressources fiscales. Les assureurs espèrent que cette manière de procéder aboutira aussi à la restructuration tant attendue de l'offre, que le système de financement actuel et la planification hospitalière des cantons ne permettent pas d'atteindre.

5. Etat des données

Les données recueillies sont, pour chaque groupe d'acteurs considéré, trop lacunaires et par trop insuffisantes pour permettre une description **quantitative** complète et actuelle, par groupe d'agents, des changements apportés par la LAMal. De plus, les assureurs et les hôpitaux en situation de concurrence ne sont que partiellement disposés à livrer les données qui seraient disponibles aux fins de la recherche sur les effets de la loi. La plupart des **assureurs** interrogés ne sont en principe pas prêts à fournir plus que les données habituelles nécessaires à la surveillance. Ils attendent des autorités de surveillance, l'OFAS et de l'OFAP, qu'elles mettent ces données sous forme de fichiers et de séries temporelles également utilisables dans des projets de recherche.

La plupart des **hôpitaux** ne disposent toujours pas d'une comptabilité commerciale comportant des centres de charges et des unités finales d'imputation. Or celle-ci est requise pour avoir des données valides qui distinguent les assurés en fonction des couvertures de base et complémentaire, et, à l'intérieur de l'assurance complémentaire, qui différencient les produits d'assurance tant du point de vue des coûts que des recettes.

Sur le plan des **cantons**, qui sont compétents pour la planification et la gestion de l'offre hospitalière sur leur territoire, les données sont encore plus maigres que celles fournies par les hôpitaux. Les statistiques annuelles disponibles n'englobent que rarement les établissements privés et ne comprennent la plupart du temps pas de chiffres sur les coûts et les recettes, ou du moins pas séparément pour les assurés du régime de base et ceux des assurances complémentaires.

6. Conclusions

Sous l'angle de l'assurance complémentaire d'hospitalisation qui est au centre de la présente analyse des effets, la LAMal a jusqu'ici opéré plus de changements du côté des assureurs et des assurés que de celui des hôpitaux et des cantons. Après quatre ans, le processus, voulu par la loi, de passage à une gestion plus proche de l'économie de marché est mal engagé, à divers titres:

- Jusqu'à présent, le financement hospitalier figure de façon trop unilatérale au premier plan dans le système en vigueur. Le report des coûts sur les divers agents participant au financement – assurés/assureurs, patients/payeurs (participant aux frais), cantons/communes – prime toujours nettement l'objectif de maîtrise des facteurs de coûts et de leur évolution.
- Les différences cantonales de frais hospitaliers journaliers, aujourd'hui considérables, sont considérées comme «naturelles» et reportées sur les assurés/assureurs, ou sur les patients/payeurs (participant aux frais), sans qu'on s'attaque à ces différences de coûts avec les instruments de la planification et/ou de l'économie de marché. Ici aussi, le transfert des coûts est l'instrument privilégié, au lieu de l'exclusion des prestataires trop chers ou des prestations inutiles. Dans le domaine de l'assurance complémentaire, il n'est même pas exigé des hôpitaux qu'ils présentent une justification transparente des coûts à l'autorité de surveillance et aux agents qui supportent le financement (comptabilité analytique qui comporte des centres de charges et des unités finales d'imputation, statistique des prestations).
- Parmi les groupes d'acteurs de l'offre et du financement hospitaliers, seuls les assureurs se trouvent dans une situation de totale concurrence, et ce aussi bien pour les assurés de l'assurance de base que pour ceux des assurances complémentaires. Comme ces derniers sortent de ce «marché» en raison du mécanisme de transfert de coûts mentionné plus haut, ou optent pour des produits plus économiques, la concurrence entre assureurs domine jusqu'ici de façon trop unilatérale; elle engendre aussi parfois des comportements déloyaux. La compétitivité et le pouvoir de négociation face aux hôpitaux, également souhaitables, font par conséquent largement défaut, et avec eux la pression sur l'évolution des coûts hospitaliers.

Le danger existe que ces accrocs ne se fassent encore sentir ces prochaines années; le nombre des assurés dans l'assurance complémentaire risque de continuer à diminuer dans l'ensemble et ce petit segment de marché risque de n'être plus constitué que de produits «économiques» de l'assurance complémentaire d'hospitalisation, en lieu et place de l'assurance de patient privé et semi-privé. Le défaut de couverture qui en résulte pour les hôpitaux devrait, dans le système actuel de financement et de report des coûts, être repris par l'assurance de base et/ou les

cantons/communes. Il pourrait s'ensuivre que la progression des coûts dans l'assurance de base soit laissée dans une large mesure à son libre cours; les grandes différences cantonales de coûts pourraient aussi porter une atteinte perceptible à «l'uniformité des conditions de vie» en Suisse.

Ce scénario de statu quo pourrait encore être contré au moyen d'une réforme du financement hospitalier qui se démarque de la mentalité actuelle de transfert des coûts et fasse le pas du financement par établissement à un financement par sujet, une réforme qui expose tous les hôpitaux (hormis quelques domaines particuliers qui resteraient gérés par mandat de prestations) à la concurrence pour les patients et les assureurs. On renverra ici aux propositions qui vont déjà dans le sens d'une telle révision de la LAMal.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Untersuchungsziele

Das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, bringt eine Reihe von Veränderungen sowohl für die öffentliche Hand als auch für Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte. Als neuer Ordnungsrahmen, der plan- und marktwirtschaftliche Elemente verbindet, will das Gesetz vor allem folgende Ziele besser als bisher erreichen:

- Stärkung der **Solidarität** durch Freizügigkeit im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung, Risikoausgleich, Altersunabhängigkeit der Prämien und Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen
- **Versorgungssicherheit für alle** durch Erweiterung des Leistungskatalogs in der obligatorischen Versicherung
- **Eindämmung des allgemeinen Kostenanstiegs** durch planwirtschaftliche (Prämiengenehmigung, Spitalliste) und marktwirtschaftliche (mehr Wettbewerb) Massnahmen
- Gewährleistung von **Wirtschaftlichkeit** und **Qualität** der erbrachten Leistungen.

Ein wesentlicher Schritt zur Erreichung von mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ist die rechtliche Trennung zwischen der obligatorischen Krankenpflegegrundversicherung und der Zusatzversicherung, die dem Privatversicherungsrecht unterstellt wurde.

Mit der vorliegenden Untersuchung sollen die Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherungen aufgrund des KVG untersucht werden. Dabei sollen nur diejenigen Zusatzversicherungen untersucht werden, welche bei einer stationären Behandlung die Kosten in der halbprivaten oder privaten Abteilung decken. Es sollen drei Hauptfragen beantwortet werden:

- Wieweit hat sich die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung tatsächlich durchgesetzt?
- In welchem Ausmass und nach welchen Kriterien werden heute im Zusatzversicherungsbereich risikogerechte Prämien erhoben?
- Wie haben sich Kosten und Prämien in der Zusatzversicherung entwickelt?

1. Einleitung

Mit dem vorliegenden Projekt sollen die **Einschätzungen der relevanten Akteure** – Versicherer, Kantone, Spitäler – erfasst werden.

Die Versicherten selbst werden nicht direkt einbezogen; ihre Verhaltensweisen und (vermuteten) Motive werden bei den Versicherern abgefragt. Insgesamt geht es nicht um eine quantitativ-statistische Analyse, sondern um eine qualitative Einschätzung der wichtigsten Tendenzen.

Es sollen aber, soweit möglich, relevante statistische Grundlagen der befragten Akteure gesammelt werden und die Verfügbarkeit weiterer Statistiken für detailliertere quantitative Auswertungen abgeklärt werden.

Die vorliegende Untersuchung ist eine unter einer ganzen Reihe von Wirkungsstudien. Um die vielseitigen und komplexen Wirkungen, welche durch das neue Gesetz hervorgerufen werden, fundiert beurteilen zu können, wurde in der Verordnung zur Krankenversicherung die Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirkungen eingeführt. Nach Artikel 32 KVV „führt das BSV in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und Wirkungen des Gesetzes durch. Diese Untersuchungen haben den Einfluss des Gesetzes auf die Situation und das Verhalten der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zum Gegenstand. Insbesondere ist zu untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet ist und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden.“

Im vorliegenden Fall erfolgte die Auftragserteilung des BSV an Prognos in Abstimmung mit dem BPV, das darüber hinaus auch als direkter Ansprechpartner für Prognos zur Verfügung stand.

1.2 Hauptfragestellungen

Zu den erwähnten drei Hauptfragen wurden vom Auftraggeber jeweils folgende Einzelfragen formuliert:

Die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung

Wie haben Versicherer, Versicherte und Leistungserbringer auf die rechtliche Trennung von Grund- und Zusatzversicherung reagiert? Wieweit und aus welchen Gründen wurden die beiden Bereiche Grund- und Zusatzversicherung in zwei wirtschaftlich und/oder organisatorisch unabhängige Geschäftsbereiche aufgeteilt? In

1. Einleitung

welchem Ausmass haben Versicherte ihre (Spital-) Zusatzversicherung aufgrund des umfassenderen Leistungsangebotes durch die Grundversicherung gekündigt oder ihre Zusatzversicherung angepasst? Welche finanziellen Folgen haben bzw. hatten diese Anpassungen für die Versicherer, die Spitäler und die Kantone? In welchem Ausmass und aus welchen Gründen haben Versicherte ihre Grund- und ihre Zusatzversicherung bei verschiedenen Versicherern abgeschlossen? Haben Versicherer diese Entwicklung gefördert oder gehemmt und aus welchen Gründen?

Risikogerechte Prämien in der Zusatzversicherung

In welchem Ausmass gestalten die Versicherer die Prämien in der (Spital-) Zusatzversicherung heute noch nach Art. 102 Abs. 2 KVG („Die unter dem früheren Recht zurückgelegten Versicherungszeiten sind bei der Festsetzung der Prämien anzurechnen“)? Wie schnell nach dem Inkrafttreten und in welchem Ausmass haben die Versicherer risikogerechte Prämien zur Anwendung gebracht? Nach welchen Kriterien wird die Prämienhöhe unterschieden? Wieviele Versicherte verfügen heute über Zusatzversicherungen, bei welchen die Prämien unter Berücksichtigung früherer Versicherungszeiten festgesetzt werden, wieviele über Zusatzversicherungen mit risikogerechten Prämien? Welche Versichertengruppen wurden dadurch in welchem Ausmass belastet, welche entlastet?

Kosten- und Prämienentwicklung in der Zusatzversicherung

Wie haben sich die Kosten und Prämien in der (Spital-) Zusatzversicherung entwickelt? Wie werden bei den Leistungserbringern und bei den Versicherern die Kosten der Grund- und Zusatzversicherung ausgedeutet? Bestehen – und wenn ja in welchem Ausmass – Quersubventionierungen zwischen Grund- und Zusatzversicherung? Welche Interessen verfolgen die Leistungserbringer (bei den Spitälern auch die Kantone als Finanzierungsträger), welche die Versicherer bei einer allfälligen Quersubventionierung? Welche Folgen sind mit einer solchen allfälligen Quersubventionierung bzw. den entsprechenden Interessen verbunden? In Bezug auf

- die Be- oder Entlastung von Versichertengruppen, Leistungserbringer und Finanzierungsträger (Versicherer, Versicherte, Leistungserbringer, öffentliche Hand)?
- den Wettbewerb unter Versicherern und unter Leistungserbringern?
- das Angebot neuer Versicherungsprodukte, beispielsweise Zusatzversicherungen, welche lediglich die zusätzlichen „Hotelkosten“ eines Spitalaufenthaltes in einem Zweier- oder Einbettzimmer decken? Welche finanziellen Konsequenzen haben bzw. hätten solche neuen Versicherungsprodukte für die Spitäler und die Kantone?

1.3 Untersuchungsanlage und methodisches Vorgehen

1.3.1 Untersuchungsanlage

Die vom Auftraggeber vorgegebenen Fragen wurden in strukturierte Leitfäden für Fachgespräche auf Direktionsebene umgesetzt. Die jeweils bei Versicherern, Spitälern und Kantonen verwendeten Gesprächsleitfäden sind im einzelnen dem Anhang zu entnehmen. Jedem Gesprächsleitfaden wurde ein Anhang mit der „Bitte um verfügbare Statistiken“ beigegeben. Auftragsgemäss wurde damit die Datenlage bzw. die Bereitschaft, Daten zur Verfügung zu stellen, bei allen Gesprächspartnern abgeklärt.

Gesprächsleitfäden und Datenanhang wurden allen vorgesehenen Interviewpartnern zusammen mit einem Anschreiben, das über die Ziele der Untersuchung informiert, mehrere Wochen vor dem Gesprächstermin zugestellt, um genügend Zeit für die Aufbereitung von Informationen zu geben. Darüber hinaus halfen das BSV und das BPV mit je einem Schreiben, dass sich eine ausreichende Zahl von Versicherern für ein Fachgespräch bereiterklärte (vgl. Anhang).

Im Zeitraum April bis Oktober 1999 wurden von den Autorinnen insgesamt 30 Fachgespräche von 2 – 3 Stunden Dauer auf Direktionsebene mit 12 Versicherern, 10 Spitälern und 8 Kantonen geführt. Während die qualitativen Fragen des Gesprächsleitfadens jeweils vollständig beantwortet wurden, blieben in fast allen Gesprächen die statistischen Auskünfte sehr lückenhaft (hierzu siehe Kapitel 5).

Im einzelnen wurden in Absprache mit dem BSV und BPV folgende Akteure in die Fachgespräche einbezogen.

Übersicht 1.1 benennt die befragten Versicherer. Die Auswahl enthält 4 Unternehmen mit Hauptsitz in der französischen und 8 Unternehmen mit Hauptsitz in der deutschen Schweiz. Darüber hinaus wurde darauf geachtet, dass einerseits die grössten Versicherer und andererseits auch kleinere oder mittlere Versicherer befragt wurden. Auch die unterschiedliche Mitgliederentwicklung seit 1996 sowie das verschiedene Gewicht der Spital-Zusatzversicherten sowie deren unterschiedliche quantitative Entwicklung sollte in der Auswahl zum Tragen kommen.

1. Einleitung

Übersicht 1.1 Befragte Versicherer

Krankenversicherer (Reihenfolge nach der Zahl der Versicherten)	Hauptsitz	Gesprächspartner auf Direktionsebene Herren
Helsana	Zürich	Manser, Beusch
Visana	Bern	Roth
CSS	Luzern	Schuppisser, Aeschlimann
Swica	Winterthur	Regius
Wincare	Winterthur	Bitterli, Zürcher
Groupe Mutuel	Martigny	Overney, Mariéthoz
KPT	Bern	Amrein, Bickel
Intras	Carouge	Rapin
Sanitas	Zürich	Fluhr, Kammerling, Wechsler
Supra	Lausanne	Rueff
Oekk	Basel	Ochsner, Schütz
La Caisse Vaudoise	Lausanne	Muller

Übersicht 1.2 benennt die befragten Kantone. Die Auswahl wurde nach folgenden Kriterien getroffen:

- Grossagglomeration (4) / ausserhalb der Grossagglomeration (4)
- Deutschsprachig (6) / französisch (2)
- Verteilung über die gesamte Schweiz von West bis Ost und Nord bis Süd
- Kantone mit überdurchschnittlicher (Basel, Graubünden), durchschnittlicher (Bern, Zürich, Neuchâtel), unterdurchschnittlicher (Genf, Luzern, Solothurn) Bettendichte (Betten auf 100.000 Einwohner)

1. Einleitung

- Kantone mit überdurchschnittlichen (Basel, Genf, Neuchâtel), durchschnittlichen (Bern, Zürich, Solothurn) und unterdurchschnittlichen (Luzern, Graubünden) Ausgaben pro Versicherten in 33 Monaten
- Kantone mit überdurchschnittlichen (Basel, Genf, Neuchâtel), durchschnittlichen (Bern, Zürich, Solothurn) und unterdurchschnittlichen (Luzern, Graubünden) Ausgaben in der Grundversicherung für Spital pro Versicherten in 33 Monaten
- Kantone mit überdurchschnittlicher (Basel, Genf, Neuchâtel), durchschnittlicher (Bern, Zürich, Solothurn) und unterdurchschnittlicher (Luzern, Graubünden) Prämie 1998 in der Grundversicherung.

Übersicht 1.2 Befragte Kantone

Kanton	Amt/Stelle	Gesprächspartner Herren
Basel-Stadt	Sanitätsdepartement Planung/Rechnungswesen	Dr. Meister, Roth
Bern	Gesundheits- und Fürsorge- direktion	Dr. Schätti
Genf	Kantonsspital	Vieli
Graubünden	Justiz-, Polizei- und Sanitätsdep.	Camenisch
Luzern	Gesundheits- und Sozialdep.	Willi
Neuchâtel	Economiste au Service de la santé publique	Linder
Solothurn	Spitalamt	Winistöfer
Zürich	Direktion des Gesundheitswesens	Frau Vautravers, Herr Bürgin

Übersicht 1.3 enthält die befragten Spitäler. Für die Auswahl waren folgende Kriterien ausschlaggebend:

- Standort innerhalb der ausgewählten Kantone

1. Einleitung

- 6 in öffentlicher, 4 in privater Trägerschaft; bei privater Trägerschaft 2 Chef-
arztspitäler und 2 Belegarztspitäler (St. Anna, Luzern sowie Merian Iselin,
Basel)
- Unterschiedliche Spitaltypen und Grössen:
 - 1 Universitätsspital (Genf)
 - 1 Kantonales Zentrumsspital (Solothurn)
 - 2 Regionalspitäler (Stadtspital Triemli in Zürich,
Spital La Chaux de Fonds)
 - 2 Bezirksspitäler (Grosshöchstetten, Samedan)

Die 4 Privatspitäler sind hier nicht zuordnenbar; sie sind unterschiedlich gross.

Übersicht 1.3 Befragte Spitäler

Spital	Standort	Gesprächspartner auf Direktionsebene Herren
St. Claraspital AG	Basel	Brennwald
Merian-Iselin-Spital	Basel	Fricker
Salem-Spital	Bern	Haeni
Bezirksspital	Grosshöchstetten	Baumann
Hopitaux universitaires	Genf	Vieli
Spital Oberengadin	Samedan	Morell
Klinik St. Anna	Luzern	Mätzener
Hopital de la Chaux-de-Fonds	Chaux de Fonds	Vergrise
Bürgerspital	Solothurn	nur Statistik schriftlich; Gespräch siehe Kanton
Triemli Spital	Zürich	Dr. Müller Dr. Rüegg

1. Einleitung

1.3.2 Methodisches Vorgehen

Aus Datenschutzgründen und wegen der allen Gesprächspartnern gegenüber zugesicherten Vertraulichkeit erfolgt die Auswertung der Fachgespräche in anonymisierter und generalisierender Form. Es werden also Tendenzen aufgezeigt und, wo dies nötig ist, auch die Bandbreiten, in denen sich die jeweiligen Antworten auf die gestellten Fragen bewegt haben.

Die nachfolgenden Aussagen zu den gestellten Fragen stützen sich fast ausschliesslich auf die geführten Interviews. Dies ist die einzige Quelle, die den Zeitraum seit Inkrafttreten des KVG (1.1.96) bzw. seit der Umstellung der Zusatzversicherung (1.1.97) bis 1999 abdeckt. Der Beobachtungszeitraum von rd. 3 Jahren ist ohnehin sehr kurz.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse können deshalb nicht mehr als eine „Momentaufnahme“ in einem noch laufenden Veränderungsprozess“ sein, der einer weiteren Beobachtung bedarf.

Ergänzende Quellen zu bestimmten Strukturen oder zu inhaltlichen Sachverhalten oder Zusammenhängen sind darüber hinaus die Fachliteratur (vgl. Literaturverzeichnis) sowie wenige Daten für die Jahre 1997 bzw. 1998, die vom Bundesamt für Privatversicherung aus dessen Prüfungsdatei zur Verfügung gestellt werden konnten.

Der Aufbau des Berichts folgt in den Hauptkapiteln 2-4 den drei Hauptfragestellungen. Kapitel 5 gibt Auskunft zur Datenlage und Bereitschaft der Akteure, quantitative Informationen zur Verfügung zu stellen.

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

2.1 Ausgangslage

Mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist die Soziale Krankenversicherung als obligatorische Versicherung sowohl bezüglich der Leistungen wie auch ihrer Finanzierung konsequent von den nicht obligatorischen Zusatzversicherungen getrennt worden.

Das neue KVG stellt es in Artikel 12 aber den Krankenkassen frei, neben der Sozialen Krankenversicherung freiwillige Zusatzversicherungen anzubieten. Diese unterliegen nicht mehr dem KVG, sondern dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Entsprechend sind die Zusatzversicherungen nicht mehr dem Bundesamt für Sozialversicherung, sondern gemäss Art. 21 Abs. 3 dem Bundesamt für Privatversicherungswesen (BPV) als Aufsichtsbehörde unterstellt.

Die Kassen haben getrennte Rechnungen für die obligatorische Grundversicherung und die Zusatzversicherung zu führen. Den Krankenversicherern wurde nach Art. 102 Abs. 2 KVG eine Frist vom 1. Januar bis 31. Dezember 1996 eingeräumt, um bereits bestehende fakultative Zusatzversicherungen dem neuen Recht anzupassen.

Letztlich ist eine Steuerung des Angebots an Krankenzusatzversicherungen über den freien Wettbewerb der Versicherer intendiert. Hierzu lassen die private Versicherungsaufsichtsgesetzgebung und das Versicherungsvertragsgesetz den Versicherern relativ viele Freiheiten der risikogerechten Tarifgestaltung einerseits und der innerbetrieblichen Organisation des Zusatzversicherungsbereichs andererseits.

Nachfolgend geht es in diesem Kapitel nur um die betriebswirtschaftlichen Aspekte einer Trennung von Grund- und Zusatzversicherung. Die Fragen der risikogerechten Tarifgestaltung sind Inhalt von Kapitel 3.

2.2 Trennung von Grund- und Zusatzversicherung bei den Versicherern

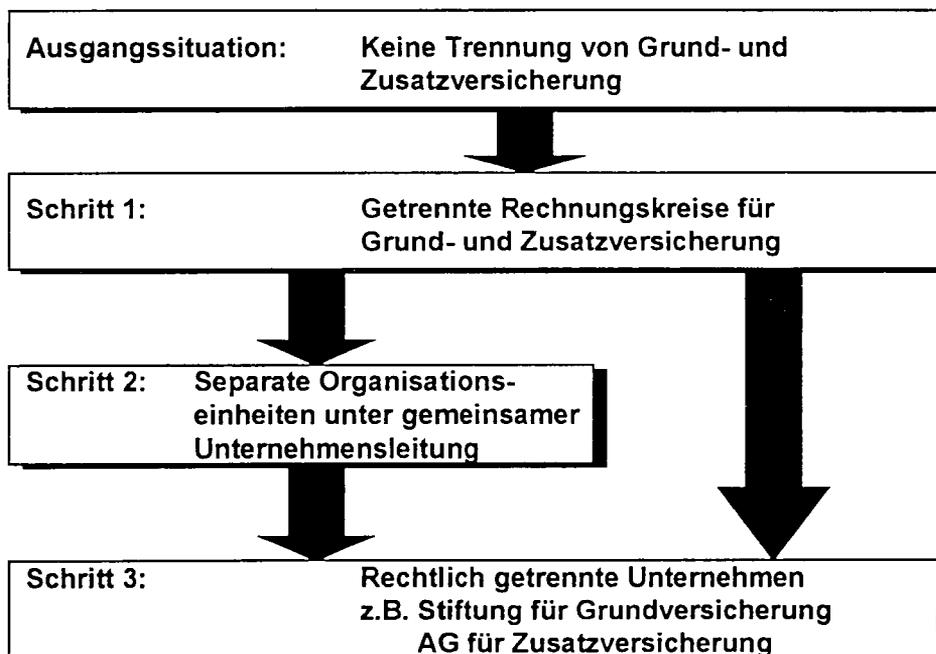
2.2.1 Formen und Schritte der organisatorischen Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung

Übersicht 2.1 verdeutlicht die seit 1.1.1996 von den befragten 12 Versicherern eingeschlagenen Schritte, um die Trennung beider Versicherungsbereiche zu vollziehen. Danach lässt sich mit Stand Oktober 1999 festhalten:

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

- Wie das Gesetz es vorschreibt, haben alle Versicherer ihr Rechnungswesen so umgestellt, dass getrennte Rechnungskreise auf der Einnahmen- und Ausgabenseite für Grund- und Zusatzversicherte geführt werden. Direkt zuordenbare Einnahmen- und Ausgabenpositionen werden direkt den getrennten Bereichen zugerechnet. Unternehmensgemeinkosten werden nach Schlüsseln (z.B. Anteil am Prämienvolumen) verteilt.
- Die meisten Versicherer streben darüber hinaus für die Kranken-Zusatzversicherung ein rechtlich selbständiges Unternehmen an, um auch in bezug auf die Gesamtsolvvenz des Unternehmens nicht mehr der Gesamtaufsicht des BSV zu unterstehen. Erreicht haben dieses Ziel bisher 2 Versicherer (17 %); 4 (30 %) weitere planen diesen Schritt bis 2000/2001 oder halten ihn in den nächsten Jahren für wahrscheinlich.
- Die Einrichtung getrennter Sparten oder Abteilungen innerhalb eines Gesamtunternehmens erfolgte bisher in 3 Versicherungen (25 %). In einem Fall war es ein Zwischenschritt vor der Bildung eines rechtlich selbständigen Unternehmens für die Zusatzversicherung.

Übersicht 2.1: Schritte zur Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung



Stand: Oktober 1999

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

2.2.2 Kundenbeziehung der Versicherer aus einer Hand

Alle Versicherer betonen, dass die rechnungstechnische und/oder organisatorische Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung im direkten Verhältnis zu ihren Kunden so kundenfreundlich wie nur möglich umgesetzt wurden:

- Der Kunde mit Grund- und Zusatzversicherung hat es nur mit einer Adresse bei seinem Versicherer zu tun; alles weitere wird intern im Unternehmen oder –bei getrennten Unternehmen – zwischen den beiden Unternehmen geregelt.
- In der Regel werden für den Kunden zwei Policen ausgefertigt, eine für die Grund- und eine für die Zusatzversicherung; falls nur eine Police ausgestellt wird, ist für den Kunden aber immer transparent, welche Prämie er für die Grund- bzw. die Zusatzversicherung zahlt und welche Leistungen jeweils damit verbunden sind.
- Die Leistungsabrechnung des Versicherers mit seinen Kunden trennt demgegenüber nicht, welche Leistungen zu Lasten der Grund- bzw. Zusatzversicherung verrechnet wurden. Dies vereinfacht zwar in der Mehrzahl der Kundenfälle die Abrechnung, ermöglicht für die Versicherten, die zusatzversichert sind, aber nicht die nötige Transparenz. Diese wäre aber gerade im Falle einer Spitalbehandlung, bei der ein – an den Zusatzleistungen gemessen – zu grosser Teil zu Lasten der Zusatzversicherung von den Spitalern dem Versicherer in Rechnung gestellt wird, notwendig.

Beim Verkauf neuer Krankenversicherungen steht nach Auskunft der Befragten grundsätzlich das Kundeninteresse im Vordergrund, inwieweit es zum Abschluss von Grund- und Zusatzversicherung oder nur der Grundversicherung bzw. nur der Zusatzversicherung kommt.

- Die Kunden wollen in der Mehrzahl eine Gesamtdeckung ihrer Risiken und ein günstiges Preis-Leistungs-Verhältnis bezogen auf die gesamte Versicherung, bei zugleich einfacher und unbürokratischer Leistungsabrechnung.
- Die Versicherer entsprechen diesem Kundenwunsch, indem sie „aus einer Hand“ im transparenten Modul-System ein Gesamtpaket aus Bausteinen der Grund- und Zusatzversicherung schnüren.

Allerdings beschränkt sich dieses Eingehen auf den Kundenwunsch nur auf die Altersgruppen unter 50 – 60 Jahren, die gesund sind. Je nach Versicherer, ist die Altersgrenze für den Beitritt auf 50 (1), 55 (4) oder 60 (5) Jahre festgelegt. Wenige setzen die Altersgrenze nicht starr fest, sondern entscheiden innerhalb einer Bandbreite nach internen Kriterien. Dabei wird von allen betont, dass die Prüfung des Gesundheitszustandes in jedem Fall (auch unabhängig vom Alter) ausschlaggebend sei

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

und daneben weitere Kriterien wie schon bestehende Grundversicherung bei demselben Versicherer oder die Bereitschaft zum gleichzeitigen Abschluss einer Grundversicherung für die Aufnahme in die Zusatzversicherung keine Rolle spielen.

Mit Ausnahme von 2, dem privaten Assekuranzbereich nahestehenden Krankenversicherungen, spielt das relativ kleine aber zahlkräftige Kundensegment, das bei einer Versicherung nur die Kranken-Zusatzversicherung abschließen möchte, bei den meisten Versicherern kaum eine Rolle in der Geschäftspolitik. Basis der Verkaufspolitik ist in der Regel die obligatorische Grundversicherung, die –je nach Kundenwunsch mit den zuvor genannten Gesundheits- und Alterseinschränkungen –mit verschiedenen Produkten der Zusatzversicherung dann im Baukastensystem ergänzt wird.

Im stärker werdenden Wettbewerb der Versicherer um die bestehenden und neuen Kunden hat sich seit 1996 das Produktespektrum im Bereich der Spitalzusatzversicherung erheblich ausgeweitet. Auf Basis der befragten 12 Versicherer stellt sich derzeit das Produktespektrum wie folgt dar:

Übersicht 2.2 Produktespektrum in der Spitalzusatzversicherung

Produkt	angeboten von	geplant von	Tendenzeinschätzung ¹⁾		
			+	0	-
1. Spitalzusatzversicher. ohne Spitalwahl einschränkung					
privat	12	0	4	4	4
halbprivat	12	0	4	4	4
2. Spitalzusatzversicher. mit Spitalwahl einschränkung					
privat	7	2	3	4	1
halbprivat	8	2	3	4	2
3. Stand-by-Tarif (Entscheid kurz vor Spitaleintritt)	3	0	3	0	0
4. Spitalzimmerversicher. (Hotel)					
Einbett-Zimmer	6	3	9	0	0
Zweibett-Zimmer	6	3	8	1	0
5. Modul Freie Arztwahl	1	1	2	0	0
6. Modul Komfort					
Einbett-Zimmer	1	0	1	0	0
Zweibett-Zimmer	2	0	2	0	0
7. Modul „Ohne Mutterschaft“	2	0	2	0	0
8. Modul „Mutterschaft“	2	0	2	0	0
9. Joker-Versicherung	1	0	1	0	0

1) Die Zahlen geben die Zahl der antwortenden Versicherer an; Einschätzung der Versichertenzahlen durch die Versicherer

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

Der Stand-by-Tarif ermöglicht es einem Grundversicherten, ein Spitalbett in der ersten oder zweiten Pflegeklasse bei Bedarf gegen relativ geringen Aufpreis in Anspruch zu nehmen.

Die Spitalzimmerversicherung (Hotel) deckt in Ergänzung zur Grundversicherung nur die zusätzlichen Unterbringungskosten in einem Ein- oder Zweibett-Zimmer ab.

Die Produkte 5 und 6 ermöglichen es einem Zusatzversicherten, anstelle einer vollen Spitalzusatzversicherung Privat/Halbprivat zwischen den Modulen „Freie Arztwahl“ und „Komfort“ im Ein- oder Zweibett-Zimmer zu wählen. Die Produkte 5 und 6 zusammen sind teurer als Produkt 1. Produkt 6 „Komfort“ umfasst mehr Zusatzleistungen als die reine Hotelversicherung (Produkt 4).

Die Joker-Versicherung (Produkt 9) bezieht sich nicht auf eine bestimmte Zusatzleistung, sondern auf einen bestimmten Geldbetrag, der vom Versicherten wahlweise für verschiedene Zusatzleistungen eingesetzt werden kann.

2.2.3 Generelle Entwicklungslinien bei den Versicherern seit 1996

Im Rahmen der Gespräche wurde den Versicherern die Frage gestellt: „Welche Tendenzen lassen sich seit 1996 hinsichtlich der Zahl der Versicherten je Versicherten-gruppe beobachten?“

- Versicherte mit Grund und Spital-Zusatzversicherung;
- Versicherte nur mit Grundversicherung;
- Versicherte nur mit Spital-Zusatzversicherung.

Nur 3 der 12 Befragten haben die Frage mit konkreten Zahlenangaben beantwortet, alle übrigen haben nur grobe, qualitative Tendenzaussagen gemacht.

Übersicht 2.3 stellt auf dieser Grundlage den Versuch dar, ein generelles Bild der Hauptentwicklungslinien zu zeichnen. Danach lässt sich festhalten:

- Der Anteil der **Versicherten mit Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung** bei einem Versicherer ist bei etwa der Hälfte der Befragten nach wie vor hoch und liegt bei ca. 90 %. Es handelt sich hier sowohl um grössere als auch um kleinere Versicherungen/Kassen. Die meisten haben eine quantitative Abnahme der Versichertenzahl mit Grund- und Zusatzversicherung zu verzeichnen. Bei der anderen Hälfte der Befragten macht der Anteil der Versicherten mit Grund- und Zusatzversicherung zwischen 16 % und 30 % aus. Hierunter sind sowohl grosse als auch mittlere und kleine Versicherer. Die Entwicklung der Mitglieder-

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

zahlen mit Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung ist zwischen den Versicherten uneinheitlich und bewegt sich von sinkend über konstant bis steigend.

- Der Anteil der Versicherten, der bei den Befragten **nur eine Grundversicherung** hat, ist – spiegelbildlich zur ersten Gruppe – bei der einen Hälfte der Befragten mit ca. 50 bis 80 % relativ hoch und bei der anderen Hälfte der Befragten mit 0 bis 10 % niedrig. Die Versicherer, die seit 1996 ihre Gesamt-Mitgliederzahl sehr stark erhöhen konnten, gewannen auch bei den nur Grundversicherten hinzu. Versicherer mit generellem Mitgliederverlust oder gewissem Mitgliederzuwachs meldeten eine uneinheitliche Entwicklung bei den Nur-Grundversicherten.
- Mit Ausnahme der schon erwähnten wenigen Versicherer, die das **Kundensegment mit nur einer (Spital-) Zusatzversicherung** bewusst anstreben, macht diese Teilgruppe bei den einzelnen Befragten nur wenige Prozentpunkte aus. Die bisherige Entwicklung ist uneinheitlich und reicht von rückläufig bis steigend.

Übersicht 2.3 Hauptentwicklungslinien in drei Versichertengruppen seit 1996

Versicherer mit	Anzahl Versicherer	1. Versicherte mit Grund- und Zusatz-Versicherung		2. Versicherte mit nur Grund-Versicherung		3. Versicherte mit nur Zusatzversicherung	
		Anteil 1999	Tendenz seit 1996	Anteil 1999	Tendenz seit 1996	Anteil 1999	Tendenz seit 1996
Mitgliederwachstum 1996-99 über 30 %	4	16 – 87 %	teils steigend, teils konst., teils sinkend	10 – 80 %	steigend	1 – 3 %	teils steigend, teils sinkend
Mitgliederwachstum 1996-99 unter 30 %	5	20 – 30 %	teils konstant, teils sinkend	0 – 50 %	rückläufig, teils steigend	0 – 30 %	teils steigend, teils
Mitglieder-rückgang 1996-99	3	rd. 90 %	rückläufig	ca. 5 %	rückläufig	relativ gering, nimmt aber zu	teils steigend, teils sinkend

Der Anteil der genannten drei Teilgruppen an der Gesamtzahl der Versicherten je Versicherer ist überwiegend historisch bedingt und stammt aus der Zeit vor Inkrafttreten des neuen KVG. Die aufgezeigten Entwicklungen seit 1996 sind das Resultat von zwei Haupteinflussfaktoren:

- dem generellen Trend bei einer wachsenden Zahl von Versicherten aus Kostengründen auf eine (Spital-) Zusatzversicherung zu verzichten, auf kostengünstigere Produkte in der Zusatzversicherung umzusteigen sowie in der Grundversicherung ein günstigeres Preis-Leistungs-Verhältnis zu suchen;
- der individuellen Prämien- und Produktpolitik der Versicherer (hierzu s. Kap. 3.)

2.3 Reaktionen auf Seiten der Versicherten

2.3.1 Rahmenbedingungen

Das KVG weist den Akteuren im Gesundheitswesen – und dazu gehören auch die Versicherten – mehr Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit zu. Hierzu ist es aber nötig, dass die Versicherten gut informiert sind und den Wechsel zum neuen System in seiner individuellen Bedeutung bereits verinnerlicht haben. Dies braucht Zeit.

Hinzu kommt, dass auch die uneinheitliche Prämienpolitik mit grossen Kostensprüngen in einzelnen Jahren bei einigen Versicherern, während andere Versicherer eher eine kontinuierliche Anpassung der Prämien in der Grund- und Zusatzversicherung verfolgt haben, bei vielen Versicherten zu einer abwartenden Haltung geführt haben, was den evtl. Wechsel des Versicherers betrifft. Die nachfolgenden Antworten der Versicherer zu den seit 1997 zu beobachtenden Reaktionsmustern ihrer Versicherten können deshalb bestenfalls einen ersten Eindruck zum Wettbewerbsverhalten der Versicherten vermitteln.

Im einzelnen wurden den Versicherern folgende Fragen gestellt:

- Mit welchen Schritten und in welchem Masse haben Ihre Versicherten seit 1997 auf die Änderungen im KVG reagiert? Acht definierte Versichertengruppen sollten hierzu nach ihrer quantitativen Bedeutung eingeschätzt und in eine Rangreihe gebracht werden.
- Sodann sollten die Versichertengruppen von grösserer Bedeutung kurz charakterisiert werden und – nach Möglichkeit – die Gründe für die Reaktionen der Versicherten angegeben werden.
- Abschliessend sollte durch den Versicherer eine Einschätzung der bisher eingetretenen Entwicklung vorgenommen werden.

2.3.2 Reaktionsmuster der Versicherten

Übersicht 2.4 fasst die Reaktionen der Versicherten nach ihrer quantitativen Bedeutung zusammen. Die ersten fünf Versichertengruppen beschreiben die Hauptveränderungen im Bestand, die Versichertengruppen 6-8 beschreiben die Hauptakzente bei Neuabschlüssen.

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

Übersicht 2.4 Reaktionsmuster der Versicherten auf die Änderung des KVG

Versichertengruppe	Quantitative Bedeutung bei Versicherten		
	hohe Bedeutung	gewisse Bedeutung	keine Bedeutung
1. Versicherte, die die Grund- und Spital-Zusatzversicherung gekündigt haben	6	1	5
2. Versicherte, die die Spital-Zusatzversicherung unter Beibehalt der Grundversicherung gekündigt haben	–	5	7
3. Versicherte, die unter Beibehalt der Spital-Zusatzversicherung nur ihre Grundversicherung gekündigt haben	–	3	9
4. Versicherte, die die Spital-Zusatzversicherung reduziert haben	6	2	4
5. Versicherte, die bei bestehender Spital-Zusatzversicherung ihre Franchise erhöht haben	4	2	6
6. Versicherte, die eine Grund- und Spital-Zusatzversicherung neu abgeschlossen haben	3	7	2
7. Versicherte, die nur eine Grundversicherung neu abgeschlossen haben	3	6	3
8. Versicherte, die nur eine Spital-Zusatzversicherung neu abgeschlossen haben	–	3	9

Quer über alle befragten Versicherer betrachtet, zeichnen sich seit 1997 im Versicherungsbestand folgende Hauptlinien ab:

- Die getrennte Kündigung entweder nur der (Spital-)Zusatzversicherung unter Beibehalt der Grundversicherung (Gruppe 2) oder nur der Grundversicherung unter Beibehalt der Zusatzversicherung (Gruppe 3) hat bisher bei allen befragten Versicherern keine quantitativ nennenswerte Bedeutung. Es handelt sich in der Gruppe 3 allenfalls um kleine Zahlen von Versicherten, die sich einen günstigeren Anbieter in der Grundversicherung suchen. Hierunter sind vor allem Ältere, die aufgrund der Altersgrenzen bei einem anderen Versicherer in der Zusatzversicherung nicht mehr aufgenommen werden. Die vereinzelt Kündigungen ausschliesslich der Zusatzversicherung betreffen demgegenüber eher eine mittlere Altersgruppe, die noch wechseln kann.
- Die Hauptoptionen der Zusatz-Versicherten sind bisher: Entweder gleichzeitige Kündigung von Grund- und (Spital-)Zusatzversicherung (Gruppe 1) oder die Beibehaltung beider Versicherungsteile unter gleichzeitiger Reduktion der Leistungen/Kosten in der Zusatzversicherung (Gruppe 4) bzw. Erhöhung der Franchise in der Zusatzversicherung (Gruppe 5).

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

- Gruppe 1 umfasst vor allem preis-/leistungsbewusste, gut informierte und gesunde junge Leute sowie junge Familien.

Gruppe 4, die die Spitalzusatzversicherung reduziert hat, ist vor allem auf neue Produkte umgestiegen wie z.B. Hotel, Stand by oder Halbprivat mit Spitalwahlbeschränkung, um auf diese Weise die Gesamtprämie für Grund- und Zusatzversicherung im eigenen Haushaltsbudget im gewohnten Rahmen zu halten. Es sind vor allem Angehörige des „Mittelstandes“. Zumeist wurde diese Gruppe durch eine entsprechende Produktpolitik und das Marketing der Versicherer aktiv zu halten versucht, was in der Regel offenbar bisher auch gelungen ist.

Gruppe 5, die in der (Spital-)Zusatzversicherung die Franchise erhöht hat, umfasst vor allem Risikofreudige aller Altersgruppen, die zudem über ein angemessenes Sparguthaben verfügen.

Bei den seit 1997 erfolgten neuen Versicherungsabschlüssen lassen sich quer über alle Versicherer vor allem folgende Hauptlinien erkennen:

- Neuabschlüsse, ob nun Grund- und Zusatzversicherung oder nur eines von beidem – haben nur bei der Hälfte der befragten Versicherer eine quantitativ hohe Bedeutung.
- Versicherte, die neu eine Grund- und (Spital-)Zusatzversicherung abgeschlossen haben (Gruppe 6), haben quantitativ ein ähnliches Gewicht wie Versicherte der Gruppe 7, die nur eine Grundversicherung neu abgeschlossen haben. Beide Gruppen bestimmen bisher das Geschehen bei den Neuabschlüssen.

Gruppe 6 umfasst, ähnlich wie die Gruppen 4 und 5 im Bestand, vor allem jüngere mittelständische Personen und eher Einzelpersonen als Familien.

Zur Gruppe 7 zählen primär die sog. „Springer“, welche die jeweils günstigste Prämie in der Grundversicherung suchen.

- Gemessen an den vorgenannten beiden, etwa gleich starken Gruppen sind Versicherte, die nur eine (Spital-)Zusatzversicherung neu abgeschlossen haben (Gruppe 8), eher von quantitativ geringer Bedeutung.

Die geschilderten Reaktionsmuster der Versicherten verteilen sich nicht gleichmässig auf alle Versicherer. Aus dem Blickwinkel der Versicherer lassen sich vielmehr drei völlig unterschiedliche Muster der Kundenreaktionen erkennen:

- Bei drei Versicherern (25 %) fällt keine der genannten 8 Versichertengruppen besonders ins Gewicht. Die Strukturen blieben weitgehend stabil bei insgesamt

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

- leicht zunehmenden Gesamtzahlen der Versicherten. Dies sind eher kleinere Versicherer mit bisher massvollen Prämien erhöhungen.
- Fünf Versicherer (gut 40 %) hatten grössere quantitative Veränderungen nur im Bestand und nicht bei Neuzugängen zu verzeichnen. Von grossem Gewicht waren hier die Bestandsgruppen 1 und 4, bei einigen auch 5. Dies sind eher die grösseren Versicherer.
 - Vier Versicherer (30 %) verzeichneten die grössten quantitativen Veränderungen bei Neuabschlüssen in ein bis zwei der oben genannten Gruppen (6 und/oder 7). In 3 Fällen traten ausserdem in einer Bestandsgruppe (1 oder 4) quantitativ bedeutende Veränderungen auf.

Entsprechend fällt die Beurteilung der bisherigen Entwicklung durch die Versicherer in der Reihenfolge der obigen drei Gruppen auch unterschiedlich aus:

- Die stabile Gruppe sieht bisher keine besonderen Probleme und erwartet diese auch kurzfristig nicht. Da die Versicherer dieser Gruppe in der Zusatzversicherung im Rahmen einer begrenzten Solidarität zwischen jung und alt die Jüngeren im Vergleich zu anderen Wettbewerbern in der Prämienhöhe zusätzlich belasten, könnte aber längerfristig die Wettbewerbsfähigkeit bei den jüngeren Versicherten leiden.
- Die relativ grosse Gruppe der von Kündigungen und Zusatzversicherungsreduktionen quantitativ stark Betroffenen glaubt, dass das Schlimmste nun überstanden sei und sie jeweils ihre Position im Wettbewerb unter den Versicherern behaupten können.
- Die Gruppe, die bisher im Bestand nur auf einem Teilgebiet betroffen ist und darüber hinaus bei den Neuzugängen stark gewinnen konnte, betrachtet die eigene Wettbewerbsposition als positiv und sieht der weiteren Zukunft gelassen entgegen.

Vertreter aller drei Gruppen, insbesondere der zweiten, argumentieren aber nicht nur einzelwirtschaftlich, sondern auch volkswirtschaftlich/politisch. Sie sehen vor allem, wenn die Spitalfinanzierung nicht geändert wird, folgende Gefahren:

- Dass die Spitalzusatzversicherung weiter an Gewicht verliert und die Prämien in der Grundversicherung zwangsläufig stark ansteigen müssen (wegfallende Quersubventionierung im Spital).
- Dass es zu Rationierungsdiskussionen im Spital kommen muss, ehe alle Rationalisierungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

2.4 Reaktionen auf Seiten der Spitäler und Kantone

2.4.1 Spitalfinanzierung und Formen der Trennung von Grund- und Spital-Zusatzversicherten im Spital

Die Spitalfinanzierung ist gesetzlich für Grundversicherte anders geregelt als für Zusatzversicherte. Übersicht 2.5 zeigt die Unterschiede im Grundsatz auf. Danach übernimmt der Kanton/die Gemeinde bei Grundversicherten mindestens 50 % der anrechenbaren Kosten, während Zusatzversicherte diesen Anteil aus ihrer Zusatzversicherung decken müssen. Dieser Unterschied zwischen Grund- und Zusatzversicherten kommt nur dann nicht zum Tragen, wenn aus medizinischen Gründen die Unterbringung in einem ausserkantonalen Spital erfolgte.

Übersicht 2.5: Grundsätze der Spitalfinanzierung

Kostenträger	Grundversicherte (Mehrbettzimmer)	Zusatzversicherte (halbprivat/privat)
A: In einem Spital innerhalb des Wohn-Kantons, das auf der Spitalliste steht		
Kanton/Gemeinde	mindestens 50 % der anrechenbaren Kosten	
Grundversicherung	maximal 50 % der anrechenbaren Kosten	maximal 50 % der anrechenbaren Kosten
Zusatzversicherung		<ul style="list-style-type: none"> • mindestens 50 % der anrechenbaren Kosten (entsprechend Kantonsanteil der Grundversicherung) • sämtliche Zusatzkosten für Hotellerie (Ein-/Zweibettzimmer), Chefarztbetreuung, Belegarzt, etc.
B: In einem ausserkantonalen Spital, das auf der Spitalliste steht, neu nach KVG-Urteil vom Dezember 1997		
Kanton/Gemeinde	Kosten: ausserkantonaler Tarif des behandelnden Spitals abzüglich Anteil Grundversicherung	Kosten: ausserkantonaler Tarif des behandelnden Spitals abzüglich Anteil Grundversicherung
Grundversicherung	Kosten: innerkantonaler Tarif des behandelnden Spitals	Kosten: innerkantonaler Tarif des behandelnden Spitals (Anteil Grundversicherung)
Zusatzversicherung		Zusatzkosten für Hotellerie, Chefarztbetreuung, Belegarzt, etc.

Aufgrund dieser gesetzlichen Ausgangslage wäre zu erwarten, dass in den Spitälern im Rechnungswesen und bei den Leistungsdaten ebenfalls nach Grund- und Zusatzversicherten unterschieden würde. Allerdings gibt es keine gesetzliche Vorschrift, die

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

den Spitälern eine solche Trennung – wie bei den Versicherern – vorschreibt. Es bleibt bisher in das Belieben oder das betriebswirtschaftliche Interesse der einzelnen Spitäler und ihrer Träger gestellt, inwieweit Grund- und Zusatzversicherte getrennt werden. Der jeweilige Stand der Informatik, der zumeist auch Indikator für die Führungsqualität eines Spitals ist, entscheidet faktisch darüber, in Bezug auf welche Indikatoren des Spitalgeschehens Grund- und Zusatzversicherte getrennt ausgewiesen werden.

Für die Jahre ab 1996 verfügen alle befragten Spitäler in Bezug auf folgende Merkmale über eine Trennung zwischen Grund- und Spitalzusatzversicherten und darüber hinaus bei den Zusatzversicherten über eine Aufgliederung in erste und zweite Pflegeklasse (bzw. Privat- und Halbprivatversicherte):

- Zahl der stationären Patienten (Austritte)
- Zahl der Pflgetage
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen
- Spitaltaxen pro Tag.

Der **Aufwand bzw. die Kosten** werden hingegen in keinem der befragten **öffentlichen** Spitäler nach Grund- und Zusatzversicherten getrennt erfasst. Die meisten operieren allenfalls mit Schätzwerten auf der Basis mehr oder weniger genauer „Kosten je Patient“.

Im Gegensatz zu den öffentlichen Spitälern nehmen 2 der 4 befragten **Privatspitäler** eine saubere Kostentrennung vor und ein weiteres plant dies ab 2000. In zwei Privatspitälern, in denen früher Drittklass-Patienten nur einen geringen Anteil hatten, seit Einführung des KVG infolge des zahlenmässigen Rückgangs von Zusatzversicherten aber von wachsender Bedeutung sind, wurde bzw. wird eine spezielle 3. Klasse-Abteilung eingerichtet, die auch gesondert im Rechnungswesen geführt wird.

Der **Ertrag** wird zwar heute nicht in allen, aber doch in den meisten Spitälern nach den drei Pflegeklassen getrennt; einige unterscheiden nur zwischen erster und zweiter Pflegeklasse einerseits und dritter Pflegeklasse andererseits, so dass auf dieser Grundlage der Deckungsgrad durch Krankenversicherungen – bei gleichen Durchschnittskosten oder geschätzten Kosten je Pflegeklasse – berechnet werden kann (hierzu siehe Kap. 4).

Die befragten 8 **Kantone**, die einerseits Spitalträger sind und andererseits gemäss KVG für eine bedarfsgerechte Spitalplanung verantwortlich sind, verfügen heute über höchst dürftige Planungsgrundlagen.

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

Die meisten – jedoch nicht alle – verfügen für alle **öffentlichen Spitäler** getrennt nach Pflegeklassen über folgende Informationen je Spital und in der Summe:

- Zahl der Patienten/Austritte (5 von 8)
- Zahl der Pflgetage (6 von 8)
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (4 von 8)
- Spitaltaxen (3 von 8)
- Ertrag (5 von 8).

Einen Gesamtüberblick über alle Spitäler (öffentliche und private) hat keiner der befragten Kantone. Über Kosten und Kostenunterschiede zwischen den Spitälern fehlen die Informationen ebenso wie über die Kosten nach Pflegeklassen.

2.4.2 Generelle quantitative Entwicklungslinien im Spitalbereich

2.4.2.1 Blickwinkel einzelner Spitäler

Die Ausgangssituation der befragten 10 Spitäler war bei Inkrafttreten des KVG höchst unterschiedlich, was die Spitalgrösse und die Anteile der Pflegeklassen anbelangt. Übersicht 2.6 kennzeichnet grob die Ausgangssituation.

Übersicht 2.6: Ausgangssituation der Spitäler 1996

Zahl der Betten	Anzahl Spitäler	darunter Patienten in 1. und 2. Pflegeklasse		
		unter 20 % ¹⁾	20 – 40 %	über 40 % ²⁾
unter 100	2		2	
100 – 200	3			3
200 – 300	3	1	1	1
über 500	2	2		
insgesamt	10	3	3	4

1) Nur öffentliche Spitäler

2) Nur Privatspitäler

Wie daraus hervorgeht, haben grosse Spitäler eher einen geringen Anteil Privat- und Halbprivat-Patienten. Im Rahmen dieser Untersuchung sind dies nur öffentliche Spitäler. Durch einen hohen Anteil von Patienten der ersten und zweiten Pflege-Klasse zeichnen sich hingegen nur Privatspitäler aus, die zumeist zwischen 100 und 200 Betten haben, teilweise auch darüber.

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

In nahezu allen hier betrachteten Spitälern ging zwischen 1996 und 1998 die Zahl der Patienten in der ersten und zweiten Pflegeklasse zurück. Nur zwei Privatspitäler konnten ihre Patientenzahlen in der ersten Pflegeklasse konstant halten. In der ersten und zweiten Pflegeklasse gelang das nur einem subventionierten Privatspital.

Die Zahl der Allgemeinpatienten nahm im selben Zeitraum hingegen nur in einem kleinen öffentlichen Spital ab und in einem Privatspital blieb die Zahl konstant. Alle anderen Spitäler melden eine grosse oder sogar sehr grosse Zunahme bei den Patienten der allgemeinen Pflegeklasse.

Die bei den Versicherern schon aufgezeigten Tendenzen führen also zu ähnlichen Entwicklungen bei den Spitälern, wenn auch im Wettbewerb der Spitäler untereinander oder infolge einer Ungleichbehandlung auf der Spitalliste bei einzelnen Spitälern in unterschiedlicher Ausprägung.

Für die absehbare Zukunft erwartet keines der befragten Spitäler in der ersten oder zweiten Pflegeklasse eine Zunahme der Patientenzahlen, während immerhin 7 Spitäler dies für die Allgemeine Pflegeklasse als sicher annehmen. Mit Ausnahme von zwei Privatspitälern, die mit konstanten Patientenzahlen in der ersten Pflegeklasse rechnen, gehen alle Spitäler von leicht oder stark sinkenden Zahlen im Zusatzversichertenbereich aus.

Die Zahl der **Pflegetage** ging zwischen 1996 und 1998 in fast allen Spitälern zurück, nur in einem öffentlichen Spital blieb die Zahl in den drei Jahren konstant. Von dem Rückgang waren in allen Spitälern – infolge der ungünstigeren Entwicklung der Patientenzahlen – die erste und zweite Pflegeklasse stärker betroffen als die dritte Pflegeklasse. Für die absehbare Zukunft rechnen alle befragten Spitäler mit einer weiteren Verkürzung der Aufenthaltsdauer in allen Pflegeklassen und deshalb mit der Fortsetzung der bisherigen Entwicklung bei den Pfelegetagen.

2.4.2.2 Blickwinkel der Kantone

Die Aussagen der 8 befragten Kantone zur bisherigen und erwarteten Entwicklung von Patientenzahlen und Pfelegetagen in den drei Pflegeklassen aller öffentlichen Spitäler decken sich mit den zuvor aus Spitalsicht beschriebenen Tendenzen.

Diese Entwicklung, d.h. insbesondere der allgemeine Rückgang der Privat- und Halbprivat-Versicherten in den Spitälern, hatte zwischen 1996 und 1998 Auswirkungen auf den Beitrag der Kantone (und Gemeinden) an die öffentlichen und subventionierten Privatspitäler. In den meisten Kantonen hat sich der Staatsbeitrag erhöht und auch für die nächste Zukunft wird mit steigenden Beträgen gerechnet.

2. Trennung von Grund- und (Spital-) Zusatzversicherung

Nur in einigen Kantonen, deren Spital-Finanzierungsstruktur einen Kantons-/Gemeindeanteil von rd. 60 % auswies, wurde der öffentliche Defizitbeitrag auch absolut gesenkt oder zumindest konstant gehalten. Subventionierte Privatspitäler waren von diesen Kürzungen zumeist stärker betroffen als öffentliche Spitäler.

Die Finanzierungsstruktur in der Summe aller öffentlichen und subventionierten Privatspitäler je Kanton, ist trotz der genannten differenzierten Entwicklung seit 1996 immer noch höchst unterschiedlich.

Der Anteil der Versicherungen/Selbstzahler an der Spitalfinanzierung je Kanton liegt zwischen 40 % und 74 %, der Anteil der Kantone und Gemeinden zwischen 26 % und 60 %. Die Agglomerationskantone erzielen bisher, obwohl tendenziell in allen Kantonen Spitalkosten von den Kantonen/Gemeinden auf die Versicherer bzw. die Versicherten/Selbstzahler verlagert wurden, unterdurchschnittliche Versicherungsanteile. In den kleineren und grösseren Landkantonen war die öffentliche Hand schon immer zurückhaltender in der Übernahme von Defiziten, so dass auch 3 Jahre nach Inkrafttreten des KVG die Finanzierungsanteile durch Versicherer/Selbstzahler deutlich über 50 % liegen.

Um die Kostenentwicklung zu dämpfen, wurde seit 1996 (meistens auch schon früher) die Zahl der Akutbetten reduziert, z.T. sogar erheblich. Dies betrifft sowohl öffentliche als auch subventionierte Privatspitäler. Reine Privatspitäler haben eher ihre Bettenzahl konstant gehalten oder leicht erhöht. Für die Zukunft gehen alle Kantone davon aus, dass es zu einem weiteren Betten-Abbau kommt bzw. kommen muss. Dabei ist die weitere Existenz aller Spitäler auch nicht mehr unantastbar. Drei der acht befragten Kantone geben zumindest an, dass es zu Spitalschliessungen kommen wird, in zwei Kantonen (Zürich, Bern) liegen hierzu auch schon entsprechende politische Beschlüsse vor. Die Mehrheit der Kantone hält es aber nach wie vor nicht für politisch durchsetzbar, bestimmte – oft in der Betriebsgrösse ungünstige Spitalstandorte – aufzugeben. Hieran wird sich wahrscheinlich so lange nichts ändern, wie die Versicherer in der obligatorischen Grundversicherung per Gesetz in allen Spitälern, die auf der Spitalliste eines Kantons stehen, ihren Finanzierungsanteil übernehmen müssen.

2. Trennung von Grund- und (Splital-) Zusatzversicherung

3. Risikogerechte Prämien in der Spital-Zusatzversicherung

3.1 Ausgangssituation und Rahmenbedingungen

Ein Wesensmerkmal der Zusatzversicherung liegt darin, dass sie selbsttragend sein muss. Eine Quersubventionierung aus der Grundversicherung ist gesetzlich nicht erlaubt. Die Versicherer sind gehalten, risikogerechte Prämien zu berechnen.

Im einzelnen gibt es keine Vorschriften, wie risikogerechte Prämien zu berechnen sind. Artikel 20 des Versicherungsaufsichtsgesetzes legt nur einen Rahmen fest für die Prüfung der Krankenzusatzversicherung. Danach ist zu prüfen, ob die vorgesehenen Prämien sich in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungseinrichtungen und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet. Hierzu müssen die Versicherer jährlich einen Bericht abgeben, der u.a. eine versicherungstechnische Deckungsbeitragsrechnung und eine Aufstellung der Prämien, Versicherungsleistungen, technischen Rückstellungen, aufgeschlüsselt nach Art der Versicherungsdeckung, umfasst. Objektive Prüfkriterien für „Solvenz“ und „Versichertenschutz“, die sowohl aus Sicht des BPV als auch aus Sicht der Versicherer als gemeinsame Richtlinie gelten könnten, gibt es bisher (noch) nicht. Von beiden Seiten wurde jedoch das Bedürfnis insbesondere nach Kriterien für die langfristige Solvenz im Zusatzversicherungsbereich artikuliert. Desgleichen sollte es aus Sicht der Versicherer aber auch vereinbarte Prüfkriterien zur langfristigen Solvenz der Grundversicherung geben, die für alle gelten.

Im KVG verpflichtet Artikel 102 Abs. 2 die Versicherer, beim Übergang vom alten KUVG zum neuen KVG ihren bisherigen Zusatzversicherten Versicherungsverträge anzubieten, die mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes gewähren und welche die unter dem früheren Recht zurückgelegten Versicherungszeiten bei der Festsetzung der Prämien anrechnen. Artikel 102 Absatz 2 KVG verlangt nicht, dass die bisherigen Prämien auch in Zukunft gelten sollen.

Während der letzte Punkt in der Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung ausdrücklich festgehalten wurde, ist die Bestimmung, wie die bisher zurückgelegten Versicherungszeiten angerechnet werden sollen, unbestimmt geblieben. Spätestens nach Inkrafttreten des KVG wurde allen schnell klar, dass die Zusatzversicherungen nach dem alten KUVG ausschliesslich nach dem Umlageverfahren finanziert worden sind, d.h. die Prämieinnahmen eines bestimmten Jahres vollständig für die Finanzierung der Krankheitskosten des gleichen Jahres verwendet wurden. Die Bildung von Alterungsrückstellungen ist beim Umlageverfahren also gar nicht möglich gewesen, so dass bei allen Versicherern für eine Finanzierung einer Anrechnung bisheriger Versicherungszeiten die finanzielle Basis fehlte.

3. Risikogerechte Prämien

Die Anrechnung vergangener Jahre konnte also nicht darin bestehen, früher angesammelte individuelle Alterungsrückstellungen zu benutzen, um die Prämie für ältere, langjährige Versicherte zu verbilligen. Die von vielen Versicherten erwartete „Treueprämie“ konnte allenfalls in begrenztem Umfang durch eine „gewisse Solidarität zwischen Alt und Jung“ als „Korrekturfaktor“ alters- und kostengerechter Risikoprämien zum Tragen kommen (vgl. Kap. 3.2).

Da die Morbidität und die Krankheitskosten je Fall im Durchschnitt mit dem Lebensalter zunehmen – zunächst linear und jenseits der 65 exponentiell –, beträgt die Risikoprämie einer 80-jährigen Person das 5- bis 6-fache der Risikoprämie einer 30-jährigen Person. Im Alterssegment bis ca. 40 – 45 Jahre liegen zudem die Kosten für Frauen über denen der Männer, später ab ca. 55 Jahren geht die Kostenschere in umgekehrtem Verhältnis zugunsten der Frauen leicht auseinander. Diese generelle Tendenz unterscheidet sich von Versicherer zu Versicherer, je nach Versichertenkollektiv.

Bei dieser, durch altersabhängige Morbidität und Fallkosten gegebenen Ausgangslage für die Prämienkalkulation waren also bei der Umstellung von KUVG auf KVG bei sachlicher Betrachtung in den mittleren und höheren Altersgruppen grosse bzw. sehr grosse Kostensprünge in den Prämien der Spital-Zusatzversicherung zu erwarten (vgl. Kap. 3.3).

3.2 Berücksichtigung zurückgelegter Versicherungszeiten bei der risikogerechten Gestaltung von Prämien

Den Versicherern wurden auf dem in Kapitel 3.1 skizzierten Hintergrund zur Umstellung von KUVG auf KVG folgende Fragen gestellt:

- Bei wieviel Prozent der Versicherten wurden für 1999 bei der Festsetzung der Prämien in der Spital-Zusatzversicherung die unter dem früheren Recht zurückgelegten Versicherungszeiten noch in irgendeiner Form berücksichtigt?
- Um welche Versichertengruppen handelt es sich, was sind die Gründe?
- Wann wurde mit der Umstellung auf risikogerechte Prämien begonnen und ab wann wird voraussichtlich die Berücksichtigung zurückgelegter Versicherungszeiten bei niemandem mehr eine Rolle spielen?

3. Risikogerechte Prämien

Die Antworten der befragten Versicherer lassen im Grundsatz die folgenden Gruppen erkennen:

- Die **erste Gruppe** (25 % der befragten Versicherer) hat 1997 die Umstellung auf risikogerechte Prämien in einem Schritt vollzogen und **bei niemandem** zurückgelegte Versicherungszeiten berücksichtigt. Die neuen Prämien wurden ausschliesslich nach Lebensaltersgruppen berechnet. Es handelt sich hier um Versicherer aus der französischen Schweiz mit einem eher jüngeren Versichertenbestand.
- Die **zweite Gruppe** (gut 40 % der befragten Versicherer) hat **bei allen** Versicherten die bisher zurückgelegten Versicherungszeiten in irgendeiner Form ab 1997 berücksichtigt. 4 der 5 Versicherer dieser Gruppe nehmen auch bei Neuabschlüssen bei der Prämienberechnung Bezug auf das Eintrittsalter (Solidarität zwischen Alt und Jung); 2 Versicherer bilden in gewissem Umfang Altersrückstellungen.
- Die **dritte Gruppe** (33 % der befragten Versicherer) hat nur **bei einem gewissen Prozentsatz** (8-20 %) der Versicherten die zurückgelegten Versicherungszeiten in Form eines Treuerabatts berücksichtigt. Diese Versicherer wenden auch bei Neuabschlüssen eine „begrenzte Solidarität zwischen Alt und Jung“ in der Prämienberechnung an.

Die Antworten der drei Gruppen zeigen, dass bei der Umstellung von altem auf neues Recht Form und Mass der Berücksichtigung von nach altem Recht zurückgelegten Versicherungszeiten stark von dem jeweiligen Konzept der Versicherer geprägt sind, nach dem ab 1997 generell die Risikoprämien berechnet werden.

- Versicherer der Gruppe 1 schätzen offenbar ihre Wettbewerbsposition als gut bis sehr gut ein aufgrund ihres relativ jungen Versichertenbestandes und ihrer relativ günstigen Prämien. Deshalb haben sie – unter Beibehaltung des bisherigen Umlageverfahrens – 1997 voll umgestellt auf kostengerechte Prämien nach Lebensaltersgruppen. Zum Teil hatten sie auch schon vor 1996 ihre Prämien so berechnet. Sie rechnen offenbar auch langfristig mit einer deutlich unterdurchschnittlichen Alterung ihres Versichertenbestandes.
- Die zweite und die dritte Gruppe, also die **grosse Mehrheit der Versicherer**, betrachtet die Berücksichtigung des Eintrittsalters und der Dauer des Vertragsverhältnisses bei der Festlegung der Risikoprämie nicht nur als ein Übergangsproblem bei der Umstellung von altem auf neues Recht, sondern als ein auch für die Zukunft zu lösendes zentrales Thema. Sie halten ein Berechnungssystem nur nach dem Lebensalter, das langjährigen Kunden später das 5- bis 6-fache eines 30-Jährigen berechnen muss, am Markt für nicht durchsetzbar. Mit dieser Langfristspektive wäre dann auch für Junge der Abschluss einer Spital-Zusatzversicherung nicht mehr sinnvoll. Alle Versicherer der Gruppen 2

3. Risikogerechte Prämien

und 3 praktizieren deshalb eine begrenzte Solidarität zwischen Alt und Jung bei der Festsetzung der Prämien je Altersgruppe: Die Jungen zahlen mehr als ihrem Risiko entspricht, die Alten etwas weniger (näheres siehe folgendes Kapitel 3.3).

Einige Vertreter der Gruppe 2 haben darüber hinaus starke Zweifel, ob bei einer alternden Bevölkerung ein reines Umlageverfahren in der Spital-Zusatzversicherung, wie noch von den meisten Versicherern praktiziert, auf Dauer die Solvenz der Versicherer garantieren kann. Ein Versicherer hat deshalb von Anfang an das Kapitaldeckungsverfahren, bei dem jeder Versicherte für seinen Alterungsprozess eine bestimmte Summe durch höhere Prämien anspart, eingeführt. Andere überlegen z.Zt., ob sie das Kapitaldeckungsverfahren vorziehen sollen. Ein weiterer Versicherer praktiziert seit 1996 eine Mischung aus Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren.

Nach Einschätzung der befragten Versicherer könnte das Problem durch eine Änderung der Spitalfinanzierung erheblich entschärft werden, weil dann die Prämien in der Zusatzversicherung generell niedriger wären.

3.3 Risikogruppen und Kriterien der Prämienbemessung

Die Mehrheit der befragten Versicherer bildet die Risikogruppen für die Prämienbemessung nach dem Lebensalter der Versicherten.

Üblich sind 5-Jahresklassen, wobei die Altersjahrgänge bis 18 als eine oder zwei Gruppen behandelt werden. Auch die höheren Altersklassen werden häufig zu einer grossen Gruppe zusammengefasst: z.B. ab 51 bzw. 66 bis 71 nur eine Gruppe.

Einige der befragten Versicherer (33 %) bilden die Risikogruppen nach dem **Eintrittsalter**, weil sie Kundentreue auch als Risiko betrachten. Auch hier sind 5-Jahresgruppen die Regel, manchmal gibt es auch grössere Gruppen: 26-40, 41-55. Bei Kapitaldeckungs- statt Umlageverfahren erfolgt eine gruppenspezifische Berechnung der Alterungsvorsorge.

Die meisten der befragten Versicherer unterscheiden bei den **Risikogruppen zwischen Männern und Frauen**, nur wenige machen diese Differenzierung gar nicht oder lassen sie bei den höheren Altersgruppen fallen (jeweils 17 %).

Eine **begrenzte Solidarität zwischen Jungen und Alten** kommt bei fast allen Versicherern zur Anwendung durch Zu- oder Abschläge von der Risikoprämie. Häufig wird ein Ziel formuliert, jeweils in Abhängigkeit von der Marktlage und der Wettbe-

3. Risikogerechte Prämien

werbsposition, wie z.B.: „die Prämie der 60- bis 70-Jährigen soll die Prämie der 30-Jährigen um nicht mehr als das 3-fache, die Prämie der über 70-Jährigen um nicht mehr als das 4-fache übersteigen“.

Andere Versicherer bilden zwei Hauptgruppen: die unter 50-Jährigen finanzieren durch einen Zuschlag einen Altersabschlag für die über 50-Jährigen.

Jede Risikogruppe bildet eine Solidargemeinschaft zwischen gesund und krank und muss als Gruppe rentabel sein. Für die Bemessung der **Risikoprämie** sind massgebend:

- **Lebensalter**, zur Bestimmung der Risikogruppe und der gruppenspezifischen Fallkosten
- **Wohnort**, zur Bestimmung des relativen Kostenniveaus.

Nicht nur die schon erwähnten Solidargemeinschaften zwischen Jung und Alt oder die Berücksichtigung des Eintrittsalters als Indikator für Kundentreue führen im konkreten Einzelfall zu mehr oder weniger grossen Abweichungen von der „Standardprämie“ im Privat- oder Halbprivatbereich. Auch und erst recht die vielfältigen Versicherungsprodukte bzw. bestimmte Bestandteile dieser Produkte führen dazu, dass die „Marktprämie“ unter der „Standardprämie“ liegt. Selbstbehalt/Franchise, Second Opinion vor Operationen, Ein- oder Ausschluss von Unfall oder Mutterschaft, Einschränkungen der Wahlfreiheit bei Ärzten und Spitälern, Rückerstattungen bei drei oder mehr leistungsfreien Jahren etc. führen dazu, dass von der Mehrzahl der Versicherten nicht die reine „Standardprämie“ eines Privat- oder Halbprivat-Versicherten gezahlt wird.

3.4 Belastete und entlastete Gruppen in der Spital-Zusatzversicherung nach neuem Recht

Die Frage, welche Versichertengruppen bei der Umstellung auf Risikoprämien 1997 gegenüber 1996 relativ belastet und welche relativ entlastet wurden, lässt sich nicht eindeutig und auch nicht einheitlich für alle Versicherer beantworten. Hier kommt offenbar der Wettbewerb zwischen den Versicherern voll zum Tragen. Letztlich haben alle Versicherer versucht, die kostengerechten Risikoprämien innerhalb einer gewinnerwirtschaftenden Deckungsbeitragsrechnung nach Altersgruppen so zu korrigieren, dass der bisherige Marktanteil nach Möglichkeit gehalten wurde.

3. Risikogerechte Prämien

Übersicht 3.1 fasst die Antworten der Versicherer zu den belasteten/entlasteten Gruppen zusammen.

Übersicht 3.1: Antworten der Versicherer zu belasteten/entlasteten Gruppen

Genannte Gruppen	Zahl der Versicherer (Mehrfachnennungen)
1. Belastete Gruppen	
- Keine, die Struktur der Tarife wurde beibehalten	4
- Ältere, über 50 J.	6
- Frauen im gebärfähigen Alter	3
- Frauen generell	1
2. Entlastete Gruppen	
- Keine, die Struktur der Tarife wurde beibehalten	4
- Jüngere	5
- Junge Männer	2
- Männer generell	1

Nur vier der befragten Versicherer waren bereit, konkrete Zahlen zur Prämienentwicklung 1996/97 zur Verfügung zu stellen. Diese sind Übersicht 3.2 im einzelnen zu entnehmen. Auf Basis der Zahlen aus Übersicht 3.2 lassen sich wegen der geringen Zahl von antwortenden Versicherern keine generellen Aussagen treffen. Sie können nur als „Fallbeispiele“ für das jeweilige Verhalten im Wettbewerb stehen:

- **Fallbeispiel A** hat die jungen Männer und Frauen relativ entlastet durch Festhalten an der bisherigen Prämie. Wie 1996 liegt auch 1997 die Prämie der jungen Frauen 50 % über der der jungen Männer.

Stark überproportional belastet wurden mit Prämien erhöhungen von rd. 30 % die 60-Jährigen Männer mit 40-jähriger Versicherungszeit. Vermutlich gilt dies tendenziell für alle älteren Männer mit langer Versicherungszeit. Der Abstand der Prämien zwischen Frauen und Männern wurde zugleich von 50 % auf 30 % reduziert.

In gewissem Umfang belastet wurden ferner die älteren Frauen und Männer mit kurzer Versicherungsdauer, die bei gleicher Prämienhöhe eine Erhöhung von 12 % zu tragen hatten.

Vor der Umstellung auf das neue Recht lag der Treuefaktor für eine 60-jährige Frau mit 40-jähriger statt 5-jähriger Versicherungsdauer bei 1,6 und nach der Umstellung ebenfalls bei 1,6. Bei den 60-jährigen Männern wurde der Treuefaktor von 2,4 auf 2,1 reduziert.

3. Risikogerechte Prämien

- **Fallbeispiel B** hat jüngere Männer und ältere Männer mit langer Versicherungsdauer überproportional entlastet durch Senkung der bisherigen Prämien.

Jüngere Frauen und ältere Frauen mit langer Versicherungsdauer wurden demgegenüber stärker belastet. In der Altersgruppe der 30-Jährigen liegen dadurch die Prämien für Frauen 50 % über denen der Männer, nachdem sie zuvor gleich waren. Dasselbe Verhältnis betrifft die Prämien für Ältere mit langer Versicherungsdauer, während bei kurzer Versicherungsdauer die Prämien für ältere Frauen nur um 20 % über denen der älteren Männer liegen.

Der Treuefaktor wurde infolgedessen bei den 60-jährigen Frauen von 1,7 auf 1,6 gesenkt, während er bei den Männern von 1,7 auf 2,0 erhöht wurde.

- **Fallbeispiel C** hat junge Männer stark überproportional entlastet durch Senkung der Prämien. Die vorher zwischen Männern und Frauen gleichen Prämien liegen 1997 bei jungen Frauen um 70 % über denen der jungen Männer.

Nur leicht belastet wurden die älteren Männer und Frauen mit kurzer Versicherungsdauer, während die älteren Männer und Frauen mit langer Versicherungsdauer sehr stark belastet wurden. Die Prämien wurden mehr als verdoppelt. Die Prämien für Männer und Frauen waren vor der Umstellung gleich und blieben dies auch 1997. Der Treuefaktor für 40-jährige Versicherungsdauer gegenüber 5 Jahren wurde bei Männern und Frauen von 2,6 auf 1,3 halbiert.

Fallbeispiel D hat ältere Männer und Frauen mit kurzer Versicherungszeit (60-Jährige mit 5-jähriger Versicherungsdauer) besonders stark entlastet. Diese Gruppe zahlte vor der Umstellung für „Privat“ oder „Halbprivat“ das 2,5-fache eines schon seit 40 Jahren Versicherten. Nach der Umstellung reduzierte sich der Treuefaktor auf 1,2 in der Kategorie „Privat“ und 1,13 in der Kategorie „Halbprivat“. In diesem Fallbeispiel wurden die treuen, älteren Kundinnen und Kunden sogar besonders stark belastet mit +34 % in der Kategorie „Privat“ und +59% in der Kategorie „Halbprivat“. Diese Erhöhungen erfolgten offenbar im Zuge der allgemeinen Markttendenz und der Einpassung der eigenen Prämien in das Wettbewerbsumfeld und im Vertrauen auf die bisherige Kundentreue. 30-Jährige mit 5-jähriger Versicherungsdauer, die vor der Umstellung im Vergleich zu anderen Versicherern relativ hohe Prämien zu zahlen hatten, wurden in diesem Fallbeispiel vor allem in der Kategorie „Privat“ stark entlastet, um im Wettbewerb gerade für Jüngere attraktiv zu sein. Die Prämien für Männer und Frauen blieben nach der Umstellung gleich, wie dies auch schon vorher der Fall war.

Selbstverständlich sind die an den Fallbeispielen beschriebenen Veränderungen im Jahre 1997 im Vergleich zu 1996 nicht unabhängig von der jeweiligen Ausgangssituation. Auch ist davon auszugehen, dass die Zahlen für 1997 nur eine „Momentaufnahme“ im Prozess der marktwirtschaftlichen Anpassung an neue gesetzliche

3. Risikogerechte Prämien

Rahmenbedingungen darstellt und bei den verschiedenen Versicherern auch in den Jahren 1998 und 1999 weitere Schritte der Anpassung an den Markt vollzogen worden sind.

Übersicht 3.2 Fallbeispiele zur Prämienhöhe vor und nach der Umstellung auf Risikoprämien

Fallgruppe	Ver- sicherer	Monatsprämie in CHF		Verände- rung in %	
		1996	1997		
1. 60-jährige Frau mit 40-jähriger Versicherungsdauer	Privat	A	125,40	140,40	+ 12,0
		B	94,70	128,10	+ 35,3
		C	100,10	217,60	+ 117,4
		D	122,00	163,50	+ 34,0
	Halbprivat	A	102,30	114,60	+ 12,0
		B	88,90	106,90	+ 20,2
		C	62,00	140,80	+ 127,1
		D	86,00	136,70	+ 59,0
2. 60-jähriger Mann mit 40-jähriger Versicherungsdauer	Privat	A	83,60	107,80	+ 28,9
		B	94,70	85,40	- 9,8
		C	100,10	217,60	+ 117,4
		D	122,00	163,50	+ 34,0
	Halbprivat	A	68,20	88,70	+ 30,0
		B	88,90	71,20	- 19,9
		C	62,00	140,80	+ 127,1
		D	86,00	136,70	+ 59,0
Relation Frau : Mann	Privat	A	1,5	1,3	
		B	1,0	1,5	
		C	1,0	1,0	
		D	1,0	1,0	
	Halbprivat	A	1,5	1,3	
		B	1,0	1,5	
		C	1,0	1,0	
		D	1,0	1,0	

3. Risikogerechte Prämien

Fortsetzung

Übersicht 3.2 Fallbeispiele zur Prämienhöhe vor und nach der Umstellung auf Risikoprämien

Fallgruppe	Ver-sicherer	Monatsprämie in CHF		Verände-rung in %	
		1996	1997		
3. 60-jährige Frau mit 5-jähriger Versicherungsdauer	Privat	A	198,00	222,00	+ 12,0
		B	162,90	205,90	+ 26,4
		C	261,10	272,00	+ 4,2
		D	305,00	198,00	- 35,1
	Halbprivat	A	154,00	166,00	+ 7,8
		B	162,90	171,60	+ 5,3
		C	160,10	176,00	+ 9,9
		D	215,00	154,00	- 28,4
4. 60-jähriger Mann mit 5-jähriger Versicherungsdauer	Privat	A	198,00	222,00	+ 12,1
		B	162,90	171,60	+ 5,3
		C	261,10	272,00	+ 4,2
		D	305,00	198,00	- 35,1
	Halbprivat	A	154,00	166,090	+ 7,8
		B	153,60	143,00	- 6,9
		C	160,10	176,00	+ 9,9
		D	215,00	154,00	- 28,4
Relation Frau : Mann	Privat	A	1,0	1,0	
		B	1,0	1,2	
		C	1,0	1,0	
		D	1,0	1,0	
	Halbprivat	A	1,0	1,0	
		B	1,1	1,2	
		C	1,0	1,0	
		D	1,0	1,0	

3. Risikogerechte Prämien

Fortsetzung

Übersicht 3.2 Fallbeispiele zur Prämienhöhe vor und nach der Umstellung auf Risikoprämien

Fallgruppe	Ver-sicherer	Monatsprämie in CHF		Verände-rung in %	
		1996	1997		
5. 30-jährige Frau mit 5-jähriger Versicherungsdauer	Privat	A	125,40	125,40	0,0
		B	94,70	128,10	+ 35,3
		C	100,10	144,50	+ 44,4
		D	122,00	92,00	- 24,6
	Halbprivat	A	102,30	102,30	0,0
		B	88,90	106,90	+ 20,2
		C	62,00	93,50	+ 50,8
		D	86,00	77,00	- 10,5
6. 30-jähriger Mann mit 5-jähriger Versicherungsdauer	Privat	A	83,60	83,60	0,0
		B	94,70	85,40	- 9,8
		C	100,10	85,00	- 15,1
		D	122,00	92,00	- 24,6
	Halbprivat	A	68,20	68,20	0,0
		B	88,90	71,20	- 19,9
		C	62,00	55,00	- 11,3
		D	86,00	77,00	- 10,5
Relation Frau : Mann	Privat	A	1,5	1,5	
		B	1,0	1,5	
		C	1,0	1,7	
		D	1,0	1,0	
	Halbprivat	A	1,5	1,5	
		B	1,0	1,5	
		C	1,0	1,7	
		D	1,0	1,0	

4. Kosten- und Prämienentwicklung in der Spital-Zusatzversicherung

4.1 Kostentrends und kostendämpfende Elemente des KVG im Spitalbereich

Der Anteil der Gesundheitskosten am BIP hat sich seit Beginn der 90er Jahre, als die Volkswirtschaft der Schweiz stagnierte oder nur noch geringe Wachstumsraten aufzuweisen hatte, von 7-8 % in den 80er Jahren auf inzwischen rd. 11 % erhöht. Damit liegt die Schweiz jetzt auf Platz 2 nach den USA und nicht mehr nur im Mittelfeld der westlichen Industriestaaten.

Der stationäre Spitalbereich verursacht mit rd. 55 % den grössten Teil der Gesundheitskosten. Während im langfristigen Durchschnitt die Krankenpflegekosten pro Jahr um 10 % anstiegen, war der Kostenanstieg in den 10 Jahren vor Inkrafttreten des KVG bei den Spitalzusatzversicherungen für den Halbprivat- und Privatbereich mit rd. 14 % noch ausgeprägter. Mit der Verschlechterung der gesamtwirtschaftlichen Situation in den 90er Jahren beschleunigte sich deshalb der schon seit langem zu beobachtende Trend des Rückgangs bei der Zahl der Spital-Zusatzversicherten. Die damit verbundenen nachteiligen finanziellen Folgen für Spitäler und Kantone – der Anteil der kostendeckenden zusatzversicherten Patienten nahm stark ab – rückte die Notwendigkeit der Kostendämpfung im Gesundheitswesen generell und im Spitalbereich speziell zwangsläufig in die gesellschaftspolitische Diskussion.

Das KVG enthält deshalb eine Reihe von Bestimmungen, die den Leistungsauftrag und die Kosten der Spitäler betreffen. Hiervon sind im Hinblick auf die im Rahmen dieser Studie interessierenden Fragen vor allem zu nennen [vgl. SEILER 1995]:

- Das Gesetz führt mit Art. 49 den Deckungsgrad von 50 % der anrechenbaren Kosten in der allgemeinen Abteilung ein (zugleich Sockelbetrag aus der Grundversicherung bei Zusatzversicherten) und legt fest, dass **Betriebskostenanteile aus Überkapazitäten, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung** bei der Preisfestsetzung nicht angerechnet werden dürfen.
- Nach Art. 30 der Verordnung über die Krankenversicherung haben die Spitäler ab 1996 dem BSV **Aufsichtsdaten** abzuliefern, die zur **Überprüfung des Kostendeckungsgrades, der Kostenentwicklung sowie der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen** dienen.
- Die **Spitalplanung** ist – wie bisher – Sache der Kantone. Laut Artikel 39 KVG muss sie folgenden Anforderungen genügen, damit ein Spital als Leistungsanbieter nach KVG gelten kann und eine entsprechende Leistungspflicht der Krankenversicherer besteht:

4. Kosten- und Prämienentwicklung

Die Planung muss von einer **bedarfsgerechten Spitalversorgung des Kantons** ausgehen. Sie muss in eine **Spitalliste** münden, in der die zugelassenen Spitäler nach **Leistungsaufträgen** gegliedert aufgeführt sind. Die Spitalliste muss **von einem Kanton oder von mehreren Kantonen** gemeinsam aufgestellt werden und **private Trägerschaften** von Spitälern sind angemessen zu berücksichtigen.

Die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sowie die Spitalliste sollte von den Kantonen bis Ende 1997 erstellt werden. Erwartet wurde der Abbau von Überkapazitäten. Bei der geltenden Spitalfinanzierung sind allerdings die Kantone nur zu einem gewissen Anteil (unter 50 % der Gesamtkosten) die möglichen Nutzniesser solcher unpopulären Massnahmen.

- Das KVG sieht in Artikel 51 vor, dass die Kantone **als finanzielles Steuerungsinstrument** ein **Globalbudget** für Spitäler einführen können. Der Anstoss für solche Globalbudgets liegt bei den Kantonen. Die Spitalliste ist integrierter Bestandteil, da das Gesamtbudget vor Beginn der Rechnungsperiode auf die in der Spitalliste enthaltenen Spitäler aufgeteilt wird. Überschüsse oder Unterdeckungen gehen zugunsten oder zulasten der einzelnen Spitäler und nicht – wie bisher bei subventionierten Spitälern – zulasten des Kantons.
- Artikel 49 verpflichtet die Spitäler zu **Kostenstellenrechnungen und Leistungsstatistiken** als Voraussetzung für sachgerechte Tarifverträge mit den Versicherern. Sie sollen Betriebsvergleiche zwischen den Spitälern ermöglichen. Ergeben diese Betriebsvergleiche, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen oder die Unterlagen eines Spitals ungenügend sind, so können die Versicherer den Tarifvertrag kündigen und dem Kanton beantragen, die Tarife dieses Spitals auf das richtige Mass zurückzuführen. Es liegt auf der Hand, dass eine transparente Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung sowie Leistungsstatistiken und Betriebsvergleiche wichtige Grundlagen für eine wirksame Kostendämpfung sowie die Preisgestaltung im stationären Bereich (Grund- und Zusatzversicherte) sind. Diese Grundlagen fehlen aber immer noch.
- Das KVG will generell den **Wettbewerb fördern**, sowohl unter den Versicherern als auch unter den Leistungsanbietern. Instrumente des Gesetzes hierzu sind vor allem: Die **Versicherten** (Grund- und Zusatzversicherte) haben die **freie Wahl unter den zugelassenen Leistungsanbietern und unter den Versicherern**. Sie können in Selbstverantwortung die ihren Bedürfnissen entsprechende kostensparende Versicherungsform wählen.
Die **Versicherer** können Einzelverträge mit Spitälern abschliessen und sind nicht mehr an kartellistische Absprachen mit Verbänden gebunden.
Das neue Gesetz ermöglicht eine weite Tarifvielfalt und erlaubt eine grosse Palette von Versicherungsprodukten. Gestützt darauf können die Versicherer auch mit einzelnen Spitälern kostengünstige Vereinbarungen treffen.

4.2 Massnahmen der Akteure zur Kostendämpfung im Spitalbereich

Im Rahmen der Interviews wurde den **Spitälern** die Frage gestellt: „Welche Massnahmen zur Kostendämpfung im Spital haben Sie in den letzten Jahren ergriffen und/oder für die nächste Zeit geplant?“ Hierzu wurde den Befragten eine Liste denkbarer Massnahmen vorgegeben (in Übersicht 4.1 die Massnahmen 1-11), die im Gespräch individuell erweitert werden konnte.

Übersicht 4.1 fasst die Antworten der befragten Spitäler zusammen. Hervorzuheben sind daraus insbesondere folgende Befunde:

- **In der vollen Breite** aller Spitäler ist **noch keine Welle der Kostendämpfung** erkennbar. Hierzu wäre in allen Spitälern eine Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung sowie eine Leistungsstatistik erforderlich, die über das bisherige System von H+ hinausgeht. Von einzelnen Spitälern abgesehen, halten sich die meisten Spitäler in Wartestellung und warten auf entsprechende Vorgaben des Bundes.
- Das KVG und die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung haben offenbar in den letzten 3 Jahren bei der Hälfte der befragten Spitäler zu einer **Verbreiterung des Spektrums von Kostendämpfungsmassnahmen** geführt, die auch auf Basis von unzulänglichen Entscheidungshilfen des Rechnungswesens möglich sind. Die „Reduktion der Bettenzahl“ und „Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich“, die auch schon vor 1996 zum Tragen kamen, wurden ergänzt um folgende Massnahmenbereiche: „Leistungsverlagerung in den teilstationären Bereich“, „Kooperation mit anderen Spitälern“, die „Einführung von Fallkosten“ und auch „Marketinganstrengungen“, um eine kostengünstige Betriebsgrösse zu halten oder neu zu erreichen. Das genannte Massnahmenspektrum ist für die andere Hälfte der befragten Spitäler noch „Zukunftsmusik“, wird aber von den meisten Spitälern in den nächsten Jahren konkret geplant. Vorreiter in diesem Prozess der Verbreiterung des Massnahmenspektrums sind zumeist die Privatspitäler und wenige öffentliche Spitäler, die bereits nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführt werden.
- Auffallend ist, dass **einzelne – zumeist private – Spitäler in Agglomerationen**, die also im regionalen Wettbewerb mit anderen Spitälern stehen, in die Informatik und das Rechnungswesen investiert haben, die Kooperation mit anderen Spitälern im Verwaltungs- und medizinischen Bereich weiter ausgebaut bzw. bestimmte Bereiche (z.B. Labor, EDV) ausgegliedert und auch die medizinisch Verantwortlichen stärker mit Wirtschaftlichkeitsfragen befasst haben bis hin zur einvernehmlichen Festlegung von Behandlungsmustern und Fallkosten, die bei Überschreitung finanziell sanktioniert werden. Es dürfte allerdings noch ein weiter Weg zurückzulegen sein, ehe alle Spitäler willens und in der Lage

4. Kosten- und Prämienentwicklung

Übersicht 4.1 Kostendämpfungsmassnahmen der Spitäler

	seit vor 1996	seit 1996 bis 1999	geplant bzw. evtl. in Zukunft
1. Investitionskürzungen	○	○	○
2. Reduktion der Bettenzahl	●	●	■
3. Leistungsverlagerung in den teilstationären Bereich	○	■	●
4. Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich	■	●	●
5. Reduktion des Personals	○	○	○
6. Kooperation mit anderen Spitälern	○	■	■
7. Einführung einer Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik nach einheitlicher Methode, über H+ hinaus	○	○	●
8. Spitalführung innerhalb eines kantonalen Globalbudgets		○	○
9. Einführung von Fallkosten	○	■	■
10. Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen		○	○
11. Erhöhung des unternehmerischen Spielraums für das Spital durch den Träger		○	○
12. Grössere Flexibilisierung der Arbeitszeiten und Betten übers Jahr			○
13. Einführung Ergebnisrechnung / Deckungsbeitragsrechnung		○	
14. Festlegung von Behandlungsmustern		○	
15. Marketing, um in einer kostengünstigen Grösse zu bleiben; Erschliessung neuer Märkte		■	■
16. Lean Management		○	
17. Modernisierung und Verbreiterung des Informatikeinsatzes		○	○
18. Outsourcing (Labor, EDV etc.)		○	○
19. Verzicht auf zu kostenträchtige Belegarztstätigkeiten			○
20. Mehr Selbstverantwortung einzelner Abteilungen			○
21. Medikamenten-, Implantatekontrolle	○	○	○
22. Besprechung der Kostenstellenrechnung Verwaltung/Abteilungen	○	○	○

● fast alle Spitäler

■ ein Teil der Spitäler

○ einzelne Spitäler

4. Kosten- und Prämieneentwicklung

sind, ein wirkliches Leistungs- und Kostenmanagement inkl. Controlling – getrennt nach Allgemein- und Zusatzversicherten – zu betreiben.

- **Investitionskürzungen** als Kostendämpfungsmassnahme sind bei den befragten Spitälern sehr umstritten. Nur etwa ein Drittel der Befragten hat auch zu diesem Mittel in einzelnen Jahren greifen müssen. Die Mehrzahl hält solche Kürzungen gerade in Zeiten, in denen es auf Umstrukturierungen und die Schaffung eines effizienten Betriebs ankommt, für unverantwortbar. Ganz im Gegenteil werden Investitionen zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit für unverzichtbar gehalten. Öffentliche Spitälern ohne genügenden eigenen Entscheidungs- und Finanzierungsspielraum haben heute oft die Möglichkeit zum Investieren ebenso wenig wie kleinere Privatspitälern, die auch bei Neuinvestitionen (z.B. Informatik) zunehmend auf engere Kooperationen mit anderen Spitälern angewiesen sind.

Übersicht 4.2 fasst die Antworten der befragten Kantone zusammen. Auch ihnen wurde die Frage gestellt: „Welche Massnahmen zur Kostendämpfung im Spital haben Sie in den letzten Jahren ergriffen und/oder für die nächste Zeit geplant?“ Zur Beantwortung wurden die Massnahmenbereiche 1-13 vorgegeben, die in den Gesprächen dann um weitere Kategorien ergänzt werden konnten.

Zu den Antworten in Übersicht 4.2 ist vor allem hervorzuheben:

- Ebenso wenig wie bei den Spitälern ist auch **auf Kantonsebene noch keine durchgreifende Politik der Kostendämpfung** erkennbar. Für eine bedarfsgerechte Spitalplanung, die Spitalliste und die damit zusammenhängenden Massnahmen wie Ausschluss von Spitälern/Subventionsentzug, Reduktion der Bettenzahl, Schliessung von Abteilungen oder ganzer Spitälern, Betriebsvergleiche, die Einführung von Globalbudgets und Fallkosten fehlen den Kantonen – wie den meisten Spitälern – die notwendigen Leistungs- und betriebswirtschaftlichen Daten. Alle in Übersicht 4.2 von den Kantonen angegebenen Massnahmen sind also unter diesem Daten-Vorbehalt zu sehen. Spitalplanung und Spitallisten schreiben, von wenigen Ausnahmen wie Zürich und Bern abgesehen, nur den Status quo fort. Sie bieten nur selten eine ausreichende Grundlage, um Schliessungen von Spitälern genügend zu begründen und durchzusetzen oder den Versicherern eine Auswahl der kostengünstigen Spitälern zu ermöglichen.
- Trotz der genannten Einschränkungen ist seit Inkrafttreten des KVG auch bei den Kantonen **ein breiteres Kostendämpfungsspektrum** in Anwendung als vorher. Der gesetzliche Zwang zur Erstellung der Spitalliste hat zumindest alle Kantone zu gewissen Planungsüberlegungen für ihr Gebiet, häufig in Kooperation und Abstimmung mit Nachbarkantonen, gebracht. Zur Reduktion der Bettenzahl, die mehr oder weniger gleichmässig alle Spitälern betrifft, trat bisher nur in einigen Kantonen auch die Schliessung von Spitalabteilungen oder ganzer

4. Kosten- und Prämienerwicklung

Übersicht 4.2 Kostendämpfungsmassnahmen der Kantone

	selt vor 1996	seit 1996 bis 1999	geplant bzw. evtl. in Zukunft
1. Spitalplanung	■	■	○
2. Verabschiedung der Spitalliste		●	
3. Ausschluss von Spitälern von der Spitalliste		■	■
4. Reduktion der Bettenzahl	●	●	■
5. Schliessung von Spitalabteilungen, Subventionsentzug	○	■	○
6. Schliessung ganzer Spitäler / Subventionsentzug		○	○
7. Einführung einer Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik nach einheitlicher Methode, über H+ hinaus	○	○	●
8. Durchführung von Betriebsvergleichen	■	■	●
9. Einführung eines Globalbudgets	○	■	■
10. Einführung von Fallkosten	○	○	●
11. Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen		■	○
12. Erhöhung des unternehmerischen Spielraums für die Spitäler in öffentl. Trägerschaft		○	■
13. Kooperation mit anderen Kantonen im Spitalbereich (Einkauf/Verkauf von Leistungen)	●	■	
14. Verlagerung Akut in Rehab		○	○
15. Verlagerung Geriatrie in Pflegeheime	○	○	○
16. Tarif-/Finanzierungssystem für Spitäler mit mehr Anreizen		○	○
17. Individuelle Leistungsaufträge an Spitäler		■	
18. Controlling der Leistungsaufträge		■	
19. Schliessung/Zusammenlegung von Schulen im Gesundheitswesen	○		
20. Kooperation zwischen öff. Spitälern	○	■	■

● fast alle Kantone

■ ein Teil der Kantone

○ einzelne Kantone

4. Kosten- und Prämienentwicklung

Spitäler hinzu. Den meisten Kantonen steht dieser Schritt noch bevor. Auch mit der Einführung von Globalbudgets auf der Ebene einzelner Spitäler – zumindest für subventionierte Teilbereiche – versuchen viele Kantone die weitere Kostenentwicklung im vorhinein zu limitieren.

Die Versicherer üben seit Inkrafttreten des KVG vor allem auf **indirekte Weise** über ihre Versicherten kostendämpfenden Einfluss auf den Spitalbereich aus. Durch Produkte mit Spitalwahlbeschränkung werden kostengünstigere Spitäler bevorzugt. Weniger Spital-Zusatzversicherte und Rückstufungen von Privat/Halbprivat auf neue Produkte senken den Kostendeckungsgrad der Spitäler und zwingen auf diesem Wege zu Kostendämpfungsmassnahmen der Spitäler bzw. zu Schliessungen.

Im **direkten Verhältnis** Versicherer/Spital bzw. Versicherer/mehrere Spitäler sind bisher nur einige Versicherer – und dies nicht flächendeckend – aktiv. Abzüge für Überkapazitäten wurden bisher nur in wenigen Spitälern durchgesetzt. Auch das Fallmanagement, bei dem Versicherer, Versicherte und Spital gemeinsam den kostengünstigsten Weg suchen, befindet sich in systematischer Form erst bei einem grossen Versicherer in der Erprobungsphase mit wenigen, ausgewählten Spitälern.

Die nachfolgend in Kapitel 4.3 aufgezeigte Kosten- und Prämienentwicklung ist also Resultat vielfältiger Kostendämpfungsbemühungen der Akteure, die als Ganzes aber noch nicht zufriedenstellen können, sondern als erste Schritte in einem noch länger dauernden Prozess zu werten sind.

4.3 Einschätzung der Kosten- und Prämienentwicklung durch die Akteure

4.3.1 Blickwinkel der Versicherer

Den Versicherern wurde die Frage gestellt: „Wie haben sich die Kosten und Prämieinnahmen je Versicherten in der Spitalzusatzversicherung seit 1997 entwickelt und auf welche Einflussfaktoren sind die beobachteten Entwicklungstendenzen zurückzuführen?“

6 der 12 Befragten haben konkrete Zahlen zur Verfügung gestellt, die übrigen haben nur eine globale Tendenzeinschätzung vorgenommen.

Auf dieser Grundlage lässt sich zur Entwicklung der **Kosten je Versicherten** in der Spitalzusatzversicherung festhalten:

4. Kosten- und Prämienentwicklung

Das **Kostenniveau** weist eine grosse Streubreite zwischen den Versicherern auf. Bei denen, die Zahlenangaben gemacht haben, lagen die Kosten je Versicherten 1997 zwischen 520 und 1390 CHF, 1999 zwischen 508 und 1380 CHF.

Auch der **Trend der Kostenentwicklung** je Versicherten unterscheidet sich nach Versicherern deutlich: in 5 Fällen stiegen die Kosten leicht an, in 1 Fall konnten sie konstant gehalten werden und in 6 Fällen sind die Kosten je Versicherten in den drei Jahren leicht gesunken.

Der festgestellte summarische Kostentrend ist das Resultat von sowohl erhöhenden als auch senkenden Einflussfaktoren. Als **kostensenkende Faktoren** wurden von den Versicherern genannt:

- Fallmanagement
- Mehr Sparmodelle als Versicherungsprodukt
- Rückgang des Anteils Versicherter Halbprivat und Privat
- Reduzierte Anspruchshaltung eines Teils der Versicherten
- Günstigere Risikostruktur einzelner Versicherer
- Tarifsenkung bei Spitaltaxen Halbprivat

Als **kostensteigernde Faktoren** wurden hervorgehoben:

- Höhere Tarife in den Spitälern
- Kostenverlagerungen von den Kantonen auf die Versicherer
- Medizinischer Fortschritt
- Grössere Anspruchshaltung eines Teils der Versicherten infolge von Prämien erhöhungen
- Mengenausweitung in den Spitälern
- Alterung der Gesamtbevölkerung
- Verteuerung der Krankenhausfälle nach Verlagerung der leichteren Fälle in den ambulanten/teilstationären Bereich

Die **Prämieneinnahmen je Versicherten** liegen – von einzelnen Ausreissern abgesehen – pro Jahr über den Kosten je Versicherten (zwischen 10 und 25 %). Sie unterscheiden sich in der Höhe ähnlich stark zwischen den Versicherern wie die Kosten.

Der **Trend der Prämieeinnahmen** je Versicherten entspricht im grossen und ganzen je Versicherung dem Trend der Kosten je Versicherten. Die Schritte von Jahr zu Jahr sind auf der Prämieenseite jedoch sprunghafter als auf der Kostenseite. In der Summe der letzten drei Jahre 1997-1999 namen bei 6 Versicherern die Prämieeinnahmen je Versicherten leicht zu, bei 2 Versicherern blieben sie konstant und bei 4 Versicherern sanken sie leicht.

4. Kosten- und Prämienentwicklung

Die Prämienentwicklung folgt im Prinzip der Kostenentwicklung. Die auf der Kosten-
seite bereits genannten Einflussfaktoren gelten deshalb auch hier.

Als modifizierend kommen darüber hinaus Markteinflüsse und die Reservepolitik je-
des Versicherers zum Tragen.

4.3.2 Blickwinkel der Spitäler

Den zehn Spitätern wurde die Frage gestellt: „Wie haben sich nach Pflegeklassen
Aufwand/Kosten und Ertrag je Patient und je Pflage-tag seit 1997 entwickelt? Und wie
lassen sich die Veränderungen und ihre Haupteinflussfaktoren erklären?

Nur von einem Spital wurden hierzu konkrete Zahlen zur Verfügung gestellt. Die übrige
haben Tendenzeinschätzungen auf der Basis vorhandener, interner Unterlagen
vorgenommen (vgl. Übersicht 4.3). Auf der Aufwandseite konnten zwei Spitäler keine
Differenzierung nach Pflegeklassen vornehmen, ein Privatspital hat diese Frage gar
nicht beantwortet.

Übersicht 4.3 Anzahl Spitäler mit Nennung der Aufwands-, Ertragsentwicklung

	Aufwand			Ertrag		
	steigend	konstant	sinkend	steigend	konstant	sinkend
1. Je Patient N = 9	4	2	3	2	3	4
darunter 1. Klasse } 2. Klasse }	1	4	1	1	3	5
N = 6						
2. Je Pflage-tag N = 9	9	0	0	0	7	2
darunter 1. Klasse	7	0	0	2	5	1
2. Klasse	7	0	0	2	2	4
Aufwand: N = 7						
Ertrag: N = 8						

Insgesamt ergibt sich folgendes Bild:

Der Aufwand je Patient ist seit 1997 in drei Spitätern (zwei öffentlichen und einem
privaten) leicht gesunken und in zwei weiteren (öffentlichen) Spitätern konstant ge-

4. Kosten- und Prämienentwicklung

blieben. Vier Spitäler (zwei öffentliche, zwei private) weisen mehr oder weniger grosse Aufwandserhöhungen je Patient auf.

Nur sechs Spitäler konnten nach Pflegeklassen differenzieren. Der Aufwand je Patient in der ersten und zweiten Pflegeklasse blieb danach in vier Spitälern konstant, in einem Spital stieg er und in einem anderen sank er. Die Aufwandsentwicklung bei Zusatzversicherten weicht in zwei der sechs Spitäler von der Aufwandsentwicklung bei Grundversicherten ab. Während bei letzteren der Pro-Kopf-Aufwand gesenkt wurde, blieb er bei den Zusatzversicherten konstant.

Spitäler, die den Aufwand je Patient senken konnten, begründen dies fast ausschliesslich mit ihrer „Marktausweitung“. Sie konnten im Wettbewerb mit anderen Spitälern, aber auch infolge kantonaler Begünstigungen (Übernahme von Patienten eines anderen Spitals, relativ grosszügige Subventionierung von Drittklass-Patienten), ihre Patientenzahl vergrössern und damit ihre Fixkostenbelastung je Patient senken.

Spitäler, in denen der Aufwand je Patient gestiegen ist, führen hierfür eine Reihe von unterschiedlichen Gründen an: Einige hatten im Wettbewerb mit anderen Spitälern und/oder aufgrund stärkerer kantonaler Eingriffe (Subventionskürzungen) einen Rückgang der Patienten bei tendenziell gleichbleibendem Gesamtaufwand hinzunehmen.

Drei grössere Spitäler weisen auf die anteilige Zunahme komplizierter und teurer Krankheitsfälle hin infolge der Verlagerungen leichterer Fälle in den ambulanten/ teilstationären Bereich.

Ein Privatspital führt ausserdem im Zusatz-Versichertenbereich höhere Ansprüche der Versicherten infolge der starken Prämien erhöhungen an.

Der Ertrag aus Versicherungen/Selbstzahlern je Patient, der für den Kostendeckungsgrad jedes Spitals massgeblich ist, entwickelte sich nach Auskunft der meisten Spitäler ungünstiger als der Aufwand je Patient.

Zwei der drei Spitäler, die den Pro-Kopf-Aufwand senken konnten, hatten auch sinkende Pro-Kopf-Erträge zu verkräften; im dritten Spital stiegen die Erträge je Patient infolge eines günstigen Vertrages mit den Versicherern leicht an.

Im Zusatz-Versichertenbereich hatten in der zweiten Pflegeklasse fünf Spitäler Ertragsrückgänge und drei Spitäler konstante Erträge pro Patient zu verzeichnen. Nur ein Spital konnte hier Zuwächse verbuchen. Als Gründe für Ertragsrückgänge werden zumeist ungünstigere Tarife angeführt.

In der ersten Pflegeklasse meldeten je drei Spitäler sinkende, konstante bzw. steigende Erträge aus Versicherungen je Patient seit Inkrafttreten des KVG. Die

4. Kosten- und Prämienentwicklung

Gründe für diese unterschiedliche Entwicklung wurden in den Gesprächen nicht genannt. Zu vermuten ist - dies ist auch die Annahme einiger Versicherer - dass steigende Pro-Kopf-Erträge durch sog. „Mengenausweitung von Leistungen“ erzielt wurden. Ob diese im Einzelfall medizinisch notwendig waren bzw. auf einer gewachsenen Anspruchshaltung der Patienten beruhen, lässt sich hier nicht beurteilen.

Der **Aufwand je Pfl egetag** hat in allen Spitälern seit 1997 zugenommen, insbesondere infolge der weiteren Verkürzung der Aufenthaltsdauern. Die Verkürzung der Aufenthaltsdauern wirkte sich auf den **Ertrag je Pfl egetag** tendenziell nicht so negativ aus. Immerhin konnten sieben von neun Spitälern den Ertrag pro Pfl egetag konstant halten und nur zwei Spitäler mussten mit sinkenden Erträgen pro Pfl egetag auskommen. Die ausgehandelten Spitaltaxen in den verschiedenen Pflegeklassen und die einzeln verrechenbaren medizinischen Leistungen bei Zusatzversicherten ermöglichen es offenbar den meisten Spitalern noch, Ertragsausfälle pro Pfl egetag zu vermeiden.

Im Bereich der **Zusatzversicherung** ist die Entwicklung in der ersten und zweiten Pflegeklasse verschieden. In der ersten Pflegeklasse war nur ein Privatspital von sinkenden Erträgen je Pfl egetag betroffen, in der zweiten Pflegeklasse waren es vier Spitäler.

4.3.3 Blickwinkel der Kantone

Den acht Kantonen wurde dieselbe Frage wie den Spitälern gestellt, hier jedoch in bezug auf alle Spitäler im Kanton.

Von keinem Kanton wurden hierzu konkrete Zahlen zur Verfügung gestellt. Die Antworten beruhen auf Tendenzeinschätzungen. Übersicht 4.4 fasst diese zusammen:

4. Kosten- und Prämienentwicklung

Übersicht 4.4 Tendenzeinschätzungen der Kantone, Anzahl der Kantone

	Aufwand			Ertrag		
	steigend	konstant	sinkend	steigend	konstant	sinkend
1. Je Patient N = 8	2	4	2	1	4	3
darunter 1. Klasse	1	3	0	2	3	2
2. Klasse	1	2	1	2	2	3
Aufwand: N = 4 Ertrag: N = 7						
2. Je Pflage-tag	7	0	1	3	3	2
darunter 1. Klasse	4	0	0	4	2	0
2. Klasse	4	0	0	4	1	1
Aufwand: N = 4 Ertrag: N = 6						

Wie aus Übersicht 4.4 hervorgeht, ist die Kosten- und Ertragsentwicklung in den Spitälern auch unter den Kantonen bisher nicht einheitlich. Insbesondere **Kosten und Erträge je Patient** entwickeln sich in den Kantonen in unterschiedlicher Richtung, desgleichen die **Erträge je Pflage-tag**, während der Aufwand je Pflage-tag in nahezu allen Kantonen steigt.

Nur in wenigen Ausnahmen weisen die Entwicklungen im Bereich der Zusatzversicherung in eine – aus Kantonssicht – günstigere Richtung als die allgemeine Tendenz. Entsprechend gab auch nur ein Kanton an, dass der Staatsbeitrag in den letzten drei Jahren zu Lasten der Versicherer leicht reduziert wurde. Von den fünf Kantonen, die sich zur Entwicklung des Staatsbeitrags überhaupt geäußert haben, gaben drei eine Erhöhung und einer Konstanz an.

Die beobachtete Gesamtentwicklung je Kanton ist jeweils auf eine Vielzahl von Einflüssen zurückzuführen. Unterschiede in der Kostendämpfungspolitik mischen sich mit Faktoren auf der Ebene einzelner Spitäler. Auch die Ausgangssituation war 1996 in den Kantonen sehr verschieden, was Kapazitäten und Finanzstruktur angeht. Eine differenziertere Analyse ist allerdings erst möglich, wenn je Spital und Kanton vollständige und vergleichbare Daten zur Verfügung stehen.

4.4 Quersubventionierungen zwischen Grund- und Spitalzusatzversicherung

4.4.1 Situation und Ziele der Akteure

Wie schon in Kapitel 2.2 ausgeführt, haben alle **Versicherer**, die in dieser Untersuchung befragt wurden, den gesetzlichen Vorschriften entsprechend in ihrem Rechnungswesen die Grundversicherung von der Zusatzversicherung klar getrennt. Folglich haben alle die Frage verneint: „Bestehen direkte oder indirekte Begünstigungen/Quersubventionierungen (z.B. im Rahmen von Verteilerschlüsseln) zwischen Grund- und Spitalzusatzversicherung?“

Dieses Nein wurde zumeist folgendermassen begründet:

- Quersubventionierungen sind gesetzeswidrig;
- selbst wenn sich jemand an die gesetzlichen Vorschriften nicht halten würde, würde dies sofort von den Aufsichtsbehörden bemerkt. Ein gesetzeswidriges Verhalten kann also dem Ruf der Branche nur schaden;
- die Versicherer haben auch kein geschäftspolitisches Interesse an einer Quersubventionierung zwischen Grund- und Zusatzversicherung bzw. umgekehrt.

Gleichzeitig monieren aber alle Versicherer, dass die Quersubventionierung im Spital nicht verboten sei, sondern sogar zum festen Bestandteil der geltenden Spitalfinanzierung gehöre. Dies zwingt heute die Versicherer, aus der Spitalzusatzversicherung Spitalkosten zu decken, die häufig weder dem zusätzlichen Nutzen des Patienten entsprechen noch von den Spitälern den Aufsichtsbehörden und den Versicherern gegenüber in transparenter Form begründet werden können. Die Prämien in der Spitalzusatzversicherung „Privat“ und „Halbprivat“ spiegeln diesen Sachverhalt und sind deshalb – ohne dass dies genau beziffert werden kann – in dem Masse überhöht, in dem in den Spitälern aus der Zusatzversicherung Allgemein-Patienten subventioniert bzw. das Defizit des Kantons/der Gemeinde in diesem Bereich reduziert wird.

Nach Auskunft der befragten **Spitäler** hat sich seit Inkrafttreten des KVG das Volumen für Quersubventionierungen deutlich verringert. Genaue Zahlen wurden zwar nur selten genannt, es dürfte sich aber pro Spital jährlich immer noch um 4-5 Mio. Franken – mit sinkender Tendenz – handeln. Gründe für die sukzessive Abnahme des Spielraums für Quersubventionierungen der Allgemeinen Pflegeklasse aus der Zusatzversicherung sind vor allem:

4. Kosten- und Prämienentwicklung

- die generelle Abnahme der Zahl der „Privat“ oder „Halbprivat“ Versicherten;
- die generelle Verkürzung der Aufenthaltsdauer;
- konstante Tarife bzw. Tarifierpassungen nach unten zwischen Versichererem und Spitälern, insbesondere bei „Halbprivat“;
- neue Produkte in der Spitalzusatzversicherung, die nur die tatsächlichen Zusatzleistungen finanzieren.

Von den 10 befragten Spitälern erwirtschaftet nur ein öffentliches Regionalspital mit seiner Privat-Abteilung keinen Überschuss mehr. Hier findet allenfalls eine gewisse Quersubventionierung zwischen erster und zweiter Pflegeklasse statt, nicht aber zwischen Privat- und Allgemeinpatienten.

Bei den anderen Spitälern fällt auf, dass nur noch wenige (2 von 9 Spitälern, ein privates, ein öffentliches) in der zweiten Pflegeklasse einen Kostendeckungsgrad über 100 % erreichen. Die Quersubventionierung erfolgt also vor allem aus Überschüssen in der ersten Pflegeklasse. Erläuternd wurde von einigen Befragten angemerkt, dass der Deckungsbeitrag immer weniger aus den Pflorgetaxen erwirtschaftet werden könne. Das schwindende Potential für Quersubventionierungen stamme heute vor allem aus einzeln verrechenbaren Leistungen.

Nur wenige Spitäler konnten über die formalen Finanzströme zwischen erster (teilweise auch zweiter) und dritter Pflegeklasse hinaus benennen, welche Patientengruppen eher die Gebenden und welche die Nehmenden sind. Eine generelle Aussage lässt sich hieraus nicht ableiten, da die Kostenstruktur und Wettbewerbsposition jedes einzelnen Spitals zu unterschiedlich sind. Übersicht 4.5 fasst das Spektrum zusammen, das von fünf der zehn Spitäler genannt wurde:

Übersicht 4.5: Gebende und Nehmende im Rahmen der Quersubventionierung

Spital	Träger	Gebende	Nehmende
A	privat	Medizin	Chirurgie
B	privat	Mittleres und höheres Alter, Frauen, Orthopädie	unter 30-Jährige, Männer, ORL
C	öffentlich	Jüngere, Medizin	Ältere, Chirurgie/Orthopädie
D	öffentlich	reiche ausländische Touristen	Einheimische
E	öffentlich	Radioonkologie	Medizin, Chirurgie

Mit der praktizierten Quersubventionierung verbinden die befragten Spitäler hauptsächlich finanzielle Ziele wie:

- ein Privat-Spital muss schwarze Zahlen schreiben;
- Minimierung des kantonalen Defizits.

4. Kosten- und Prämlenentwicklung

Häufig werden von den Spitälern (oder ihren öffentlichen) Trägern pro Pflegeklasse auch die zu erreichenden Kostendeckungsgrade als Ziel formuliert, die aber in den Interviews nur selten konkret genannt wurden, sondern nur der Tendenz nach: erste Pflegeklasse über 100 %, zweite Pflegeklasse mindestens 100 % oder als Bandbreite um 100 %, dritte Pflegeklasse 40 – 50 %.

Einige Spitäler verbinden mit der Quersubventionierung darüber hinaus auch sozialpolitische Ziele wie:

- ein subventioniertes Privatspital will „Spital für Alle sein“;
- ein öffentliches Spital in einer Touristikregion will für die Einheimischen eine hochstehende Spitalversorgung zu günstigen Preisen sichern;
- ein kleineres öffentliches Spital will die „Zweiklassen-Medizin“ in Grenzen halten.

Die Bedeutung der Quersubventionierung im Wettbewerb der Spitäler wird von privaten und öffentlichen Spitälern unterschiedlich beurteilt. Private Spitäler – vor allem öffentlich subventionierte in der Allgemeinen Pflegeklasse – sehen durch die Möglichkeit der Quersubventionierung ihre eigene Wettbewerbsposition gestärkt und den Wettbewerb unter den Spitälern generell belebt. Auch für den subventionierenden Kanton sind sie pro Pflergetag infolge der Quersubventionierung günstiger als öffentliche Spitäler, allerdings zu Lasten der Versicherer und Zusatz-Versicherten.

Öffentliche Spitäler, die zumeist über einen deutlich geringeren Anteil Zusatz-Versicherter als Privatspitäler verfügen, urteilen ambivalent. Einerseits betonen sie die Wettbewerbsverzerrungen zwischen Privat- und öffentlichen Spitälern, andererseits sehen sie für sich selbst die Vorteile der finanziellen Entlastung des Kantons durch die Quersubventionierung in allen Spitälern, was den finanziellen Spielraum auch in ihrem eigenen, öffentlichen Spital günstig beeinflusst.

Die befragten 8 Kantone bestätigen und unterstreichen das bei den einzelnen Spitälern erhobene Ergebnis:

- In allen Kantonen findet in öffentlichen und in subventionierten Privat-Spitälern eine Quersubventionierung zugunsten der Allgemein-Versicherten statt, immer aus Überschüssen der Privaten Pflegeklasse, nur noch selten auch aus Überschüssen der Halbprivaten Pflegeklasse.
- Auch gesamthaft aus Kantonssicht ist das Volumen der Quersubventionierung seit Inkrafttreten des KVG deutlich rückläufig. Zwei Kantone beziffern das heutige Gesamtvolumen auf 10 Mio. bzw. 16 Mio. CHF.

4. Kosten- und Prämienentwicklung

Kantonale Ziele der Quersubventionierung wurden nur von 6 der 8 Kantone benannt. Die Entlastung des Staatshaushalts steht dabei eindeutig im Vordergrund. Auch sozialpolitische Ziele werden deutlich:

- Solidarität unter Kranken: leichte – schwere Fälle,
- Ausgleich der Infrastrukturkosten (bei Grundversicherten trägt sie der Staat).

Daneben werden auch ordnungspolitische Vorstellungen artikuliert:

- Volle Kostendeckung inkl. Investitionen bei ausserkantonalen Patienten sowie Privat- und Halbprivat-Versicherten im Kanton.

Zur Bedeutung der Quersubventionierung für die Spitäler und die Finanzierungsträger haben sich nur wenige Kantone geäussert.

- Niemand nennt den wachsenden Kostendruck der Spitäler aufgrund schwindender Erträge. Echte Kostensenkungen aufgrund fehlender Quersubventionierungen werden nicht als mögliche Entwicklung genannt.
- Das Denken bewegt sich ausschliesslich auf der Finanzierungsseite, gleichsam wie „kommunizierende“ Röhren: Der Kantonsanteil und/oder die Einnahmen aus der Grundversicherung müssen steigen, wenn die Quersubventionierung weiter zurückgeht.
- Ein Kanton betont die heutigen Wettbewerbsverzerrungen durch das bestehende Spitalfinanzierungs-System generell und hofft auf eine entsprechende KVG-Revision.

4.4.2 Folgen für das Angebot neuer Versicherungsprodukte und deren finanzielle Auswirkungen

Die beschriebene Quersubventionierung im Spital trägt mit dazu bei, dass die Prämien in der Spitalzusatzversicherung „Privat“ und „Halbprivat“ eine Höhe erreicht haben, die in den letzten Jahren viele Versicherte zur Kündigung oder Herabstufung ihrer Spitalzusatzversicherung veranlasst haben. Quersubventionierung als verteuender Faktor der Spitalzusatzversicherung steht jedoch neben anderen Kostenfaktoren wie risikogerechte Prämien oder fehlender Kantonsbeitrag in der Zusatzversicherung, so dass sich ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Quersubventionierung im Spital einerseits und dem Angebot neuer, kostengünstigerer Versicherungsprodukte andererseits nicht herstellen lässt. Neue Versicherungsprodukte sind Folge der gesamten Kosten- und Prämienentwicklung bei den alten Produkten und Ausdruck eines verstärkten Wettbewerbs der Versicherer um eine tendenziell rückläufige Zahl Zusatzversicherter.

4. Kosten- und Prämienentwicklung

Von den weiter vorn (Kapitel 2, Übersicht 2.2) genannten neuen Versicherungsprodukten sind aber negative Auswirkungen auf die Quersubventionierung im Spital zu erwarten. In diesem Zusammenhang sind vor allem zwei Produkte zu erwähnen:

- Die Spitalzimmer-Versicherung (Hotel) im Ein- und Zweibett-Zimmer,
- anstelle der Zusatz-Versicherung „Privat“, „Halbprivat“ zwei alternativ wählbare Module „Freie Arztwahl“ bzw. „Komfort Einbett-Zimmer oder Zweibett-Zimmer“.

Das neue Produkt „Hotel“ wird heute von 6 der 12 befragten Versicherer angeboten und weitere 3 Versicherer planen seine Einführung. Die beiden Module bietet ein Versicherer an und ein weiterer plant sie als Angebot, wobei das Modul „Komfort Zweibett-Zimmer“ schon als Angebot besteht.

Rein quantitativ betrachtet, wurden diese neuen Versicherungsformen erst von wenigen Versicherten abgeschlossen und auch im Portefeuille der Versicherer und der Spitäler sind die neuen Produkte noch von untergeordneter Bedeutung. Die Akteure rechnen aber mit einer rasch wachsenden Bedeutung dieser neuen Produkte, vor allem dann, wenn es zu einer Revision der Spitalfinanzierung kommt.

Die noch geringe Verbreitung der neuen Produkte wird von den Akteuren unterschiedlich begründet. Die **Versicherer** führen an:

- „Hotel“ ist heute eine relativ teure Versicherung, gemessen an den Mehrleistungen;
- das Angebot der Spitäler ist quantitativ und preislich ungenügend;
- die Versicherten sind eher konservativ.

Die **Spitäler** und einige **Kantone** nennen als Gründe:

- Viele Spitäler haben ohnehin nur 1- und 2-Bett-Zimmer und keine Säle mehr; das Produkt ist allenfalls für Spitäler mit Sälen relevant.
- Belegärzte haben kein Interesse an Patienten, von denen sie nicht höhere Honorare aus der Zusatzversicherung verlangen können.
- Ein Patient kann in vielen Spitälern ohne diese Versicherung durch privates Zuzahlen ein 1- oder 2-Bett-Zimmer bekommen, wenn diese nicht ausgelastet sind.

Die finanziellen Auswirkungen der neuen Versicherungsprodukte werden von den Akteuren unterschiedlich eingeschätzt.

Die **Versicherer** sehen für ihren Teil mit den neuen Produkten kein Finanzierungsproblem, da sie mit risikogerechten Prämien die Kosten an die Versicherten weiter-

4. Kosten- und Prämienentwicklung

geben. Sie versprechen sich – nach Revision der Spitalfinanzierung – sauber zugewiesene, leistungsabhängige Kosten und damit auch für den Versicherten attraktive Prämien. Die neuen Produkte „Hotel“ und „Module“ stellen für die Versicherer zwei Produkte in einer breiten Produktpalette dar, aus der die Versicherten in Ergänzung zur Grundversicherung nach ihren eigenen Bedürfnissen auswählen können. Die Versicherer fürchten dabei weniger die Substitution teurer durch preiswerte Produkte bei ihren Zusatz-Versicherten. Die neuen Versicherungsprodukte sind für sie vielmehr ein geeigneter Weg, Zusatzversicherte überhaupt als Kunden zu halten und – auf niedrigerem Prämienniveau – auch neue Zusatzversicherte zu gewinnen sowie generell die Zahl der Zusatzversicherten wieder zu erhöhen.

Die finanziellen Auswirkungen der neuen Versicherungsprodukte auf die **Spitäler** werden hingegen von allen Akteursgruppen als gravierendes und wachsendes Problem gesehen. Nach Ansicht der Versicherer haben die Spitäler weitere Einnahmefälle aus der Privat- und Halbprivat-Versicherung zu erwarten, die nur marginal durch die neuen Produkte ersetzt werden. Bei den heutigen Entscheidungs- und Finanzierungsstrukturen im Spital werden die Spitäler die fehlenden Deckungsbeiträge durch höhere Deckungsbeiträge in der Allgemeinen Pflegeklasse und/oder höhere Staatsbeiträge zu kompensieren versuchen. Überproportionale Prämien erhöhungen in der Grundversicherung erscheinen aber ebenso wenig als Dauerlösung wie nennenswerte Vergrößerungen der Defizitdeckung durch die Kantone. Um diese negativen Langfristwirkungen zu vermeiden, plädieren deshalb die meisten Versicherer für eine gründliche Revision der Spitalfinanzierung, die von der Objekt- zur Subjektfinanzierung übergeht und alle Spitäler ausserhalb wohl definierter kantonaler und mit Steuermitteln finanzierter Leistungsaufträge dem vollen Wettbewerb um Patienten und Versicherer aussetzt. Die Versicherer erhoffen sich auf diesem Wege auch die überfällige Strukturbereinigung auf der Angebotsseite, die beim bestehenden Finanzierungssystem und durch die Spitalplanung der Kantone nicht zu erreichen sind.

Die befragten Spitäler versuchen das drohende Problem, das ihnen die neuen Produkte bereiten könnten, herunterzuspielen unter Hinweis auf die bisher sehr kleine Zahl Versicherter. Erst wenige Spitäler sehen dem weiteren Ertragsausfall aus der Privat- und Halbprivat-Versicherung ins Auge und betrachten die neuen Versicherungsprodukte als zusätzliche Möglichkeit, Deckungsbeiträge zu erwirtschaften, die über die Grundversicherung hinausgehen. Sie sehen auch noch gewisse Gestaltungsspielräume bei der Definition von Leistung und Preis. Insgesamt sehen die Spitäler einen langfristigen Verzehr von Überschüssen vor sich, den sie aber nicht quantifizieren können oder wollen.

4. Kosten- und Prämienentwicklung

Die befragten Kantone schätzen die Auswirkungen der neuen Produkte auf die Finanzierung ihrer Spitäler unterschiedlich ein. Als Gründe nennen sie:

- fast nur noch Zweibett-Zimmer im Kanton,
- geringe Bedeutung des Hotelbereichs (10 – 15 %) für die Patientenzufriedenheit in einem Spital. Dieser Kanton wertet das Modul „freie Arztwahl“ deshalb höher.

Die anderen Kantone rechnen mit einer Reduktion des Potentials für die Quersubventionierung. Die meisten lassen aber die Lösung des entstehenden Finanzierungsproblems offen. Nur zwei Kantone suchen aktiv eine Kompensationsmöglichkeit für ihre Spitäler:

- Der Kanton Zürich begann im Herbst 1999 mit der Wincare einen Modellversuch zum Produkt „Module getrennt für freie Arztwahl und Hotelkosten“. Kantonsziel ist, bei jedem Modul 50 % Kostendeckung zu erreichen im Vergleich Privat/Halbprivat.
- Der Kanton Solothurn hat einen Spitalclub (des Bürgerspitals) gegründet, der auf weitere Spitäler erweitert werden soll. Durch Clubbeiträge sollen die Leistungen von Zusatzversicherungen (freie Arztwahl, Ein- oder Zweibett-Zimmer) auch für Patienten möglich sein, die sich keine volle Zusatzversicherung leisten können. Bei neuen Produkten strebt der Kanton einen Kostendeckungsgrad von 70 % an.

4.5 Weitere Perspektiven für die Spitalzusatzversicherung

Abschliessend wurde den Akteuren – Versicherern, Spitalern, Kantonen – die Frage gestellt:

„Welche Auswirkungen hat – gesamthaft betrachtet – aus Ihrer Sicht der Rückgang der Spitalzusatz-Versicherten und wie könnte diesem begegnet werden?“

Alle Befragten gehen von einem weiteren Rückgang der Spital-Zusatzversicherten aus, wenn es bei den heutigen Rahmenbedingungen der Spitalfinanzierung bleibt.

Einige der Befragten erwarten einen schleichenden Rückgang der Spital-Zusatzversicherten bis zur Stabilisierung auf niedrigerem Niveau, andere sind noch pessimistischer und sehen ein Zusammenschrumpfen der Zusatzversicherten auf „wenige Rei-

4. Kosten- und Prämienentwicklung

che“, die dann nur „Exklusivspitäler“, d.h. keine Spitäler der Spital-Listen aufsuchen, voraus.

Bei dieser zu erwartenden Negativ-Entwicklung fürchten ein Grossteil der befragten Versicherer, die meisten Spitäler und einige Kantone folgende Auswirkungen:

Die Spitalkosten müssen mehr und mehr durch die Grundversicherung allein und durch Staatsbeiträge der Kantone und Gemeinden finanziert werden. Strukturbereinigungen auf der Angebotsseite der Spitäler schreiten kaum fort und auch das Management und Rechnungswesen der meisten Spitäler verharrt auf einem nicht-wettbewerbsorientierten Niveau. Es entsteht ein Druck von zwei Seiten auf die Prämien der Grundversicherung:

- Die Spitäler geben die Kostensteigerungen vor allem an die Grundversicherung weiter, was weitere Prämienerhöhungen seitens der Versicherer auslöst;
- die Aufsichtsbehore BSV versucht, die Prämienerhöhungen zu minimieren zu Lasten der Reserven der Versicherer und zwingt nach und nach viele Versicherer zur Geschäftsaufgabe in der Grundversicherung.

Da die Eingriffe des Bundes aufgrund der Verfassung und Gesetzeslage leichter bei den Versicherern als bei den Anbietern (Spitäler, Ärzte, etc.) möglich ist, werden die im KVG angelegten Markt- und Wettbewerbselemente sukzessive zurückgenommen, bei einer wachsenden Tendenz zur Staatsmedizin inklusive Einheitsversicherung. Da auf der Angebotsseite die Kosten hoch bleiben und weiter steigen, auf der Ertragsseite aber Begrenzungen erfolgen werden, kommt es zu Beeinträchtigungen der Versorgungsqualität und –sicherheit bis hin zur Rationierung von Leistungen. Die „Zwei-Klassen-Medizin“, die man vermeiden wollte, ist „perfekt“, da sich wirklich Reiche auch ohne Zusatzversicherung alle gewünschten Leistungen kaufen können – im Inland und im Ausland.

Diese szenariohaft skizzierten Auswirkungen wünscht niemand der Befragten. Es erhoffen sich deshalb alle eine baldige Revision des KVG, insbesondere der Spitalfinanzierung.

Es versteht sich von selbst, dass im Rahmen dieser auf 2- bis 3-stündigen Fachgesprächen beruhenden Untersuchung kein vollständiges und in sich schlüssiges Revisionskonzept erarbeitet werden konnte. Von wenigen Ausnahmen bei den befragten Kantonen abgesehen, möchte aber niemand die mit dem KVG begonnene marktwirtschaftliche und wettbewerbsorientierte Steuerung des schweizerischen Gesundheitswesens in Richtung stärkerer planwirtschaftlicher Steuerung zurückdrehen. Ganz im Gegenteil: Die in der Zusatzversicherung entstandenen Probleme sind nicht zuletzt eine Folge fehlender marktwirtschaftlicher Steuerungselemente in der Spitalfinanzierung und der Anpassung der Angebotsstrukturen an den Bedarf. Die befrag-

4. Kosten- und Prämienentwicklung

ten Akteure erwarten deshalb von der Politik eine baldige Revision des KVG in diesen Punkten.

Erst auf dieser revidierten Gesetzesgrundlage halten es die Versicherer, Kantone und Spitäler für möglich und wahrscheinlich, dass die Zahl der Zusatzversicherten wieder steigt und das frühere Volumen wieder erreicht wird. Die Zusatzversicherung wird dann ein breites Produktspektrum umfassen, das individuell nach Bedarf im Modulsystem die Leistungen der Grundversicherung ergänzt. Die Versicherer verhandeln dann über Preise für Leistungen mit den Spitälern, so dass die jeweils kostengünstigeren Spitäler in der Grund- und Zusatzversicherung als Leistungserbringer zum Zuge kommen. Für politisch gewollte Leistungsbereiche, die im Wettbewerb der Spitäler nicht funktionieren würden (Notfallstation, Forschung, teure Geräte) erteilt der Kanton an wenige, geeignete Spitäler Leistungsaufträge.

4. Kosten- und Prämienentwicklung

5. Datenlage und Bereitschaft der Akteure, Statistiken zur Verfügung zu stellen

Gemäss Auftrag sollten die relevanten statistischen Grundlagen der befragten Akteure gesammelt werden. Zudem sollte geklärt werden, ob und wieweit die Akteure weitere Statistiken für detailliertere quantitative Auswertungen (z.B. Hochrechnungen, Be- und Entlastung von Versicherungsgruppen, Ausmass von Quersubventionierungen) zur Verfügung stellen würden.

5.1 Datenbereitstellung durch die Versicherer

Ein Grossteil der befragten Versicherer ist im Grundsatz nicht bereit, dem BSV mehr als die üblichen Aufsichtsdaten zur Verfügung zu stellen. Diese Versicherer sind der Ansicht, dass sich die meisten Fragen auf der vorhandenen Datenbasis von BSV und BPV beantworten liessen, sofern die Aufsichtsdaten entsprechend in Zeitreihen aufbereitet würden.

Übersicht 5.1 fasst die Daten zusammen, die ergänzend zum Fragebogen von den Versicherern erbeten wurden. Wie daraus hervorgeht, wurden Versichertenzahlen je Produkt in der Spital-Zusatzversicherung nur von der Hälfte der Befragten zur Verfügung gestellt.

Die Betrachtung nach Zielgruppen wie

- Versicherte mit Grund- und Spitalzusatzversicherung
- Versicherte nur mit Grundversicherung
- Versicherte nur mit Spitalzusatzversicherung

ist bisher nicht die übliche Denkweise bzw. der Stand der Informatik lässt solche Auswertungen nicht ohne weiteres zu. Entsprechend wurden Statistiken hierzu nur von 4 Versicherern bereitgestellt.

Weitere Unterteilungen, wie sie in Übersicht 5.1 zu Frage 4 des Gesprächsleitfadens aufgeführt sind, wurden sogar nur von 2 Versicherern mit Daten belegt.

Zu finanziellen Kenngrössen haben immerhin 4 Versicherer Daten zur Verfügung gestellt.

5. Datenlage

Übersicht 5.1: Datenbereitstellung durch Versicherer

zu Frage 1: Wie gross ist die Zahl der Versicherten je Produkt?

beantwortet von: Groupe Mutuel, Sanitas, Supra, KPT, Caisse Vaudoise, ÖKK

Versichertengruppe	Zahl der Versicherten		
	1997	1998	1999
➔ Spital-Zusatzversicherung privat ohne Spitalwahleinschränkung			
➔ Spital-Zusatzversicherung halbprivat ohne Spitalwahleinschränkung			
➔ Spital-Zusatzversicherung privat mit Spitalwahleinschränkung			
➔ Spital-Zusatzversicherung halbprivat mit Spitalwahleinschränkung			
➔ Spital-Zusatzversicherung „ Stand-by-Tarif “ (Entscheidung kurz vor Spitaleintritt, ob privat, halbprivat, allgemein)			
➔ Spitalzimmerversicherung (Hotel) Einbettzimmer			
➔ Spitalzimmerversicherung (Hotel) Zweibettzimmer			

zu Frage 3: Wie hat sich bei Ihnen die Zahl der Versicherten in den letzten Jahren entwickelt?

beantwortet von: Groupe Mutuel, Supra, KPT, ÖKK

Versichertengruppe	Zahl der Versicherten			
	1996	1997	1998	1999
➔ Versicherte mit Grund- und Spital-Zusatzversicherung				
➔ Versicherte nur mit Grundversicherung				
➔ Versicherte nur mit Spital-Zusatzversicherung				
Versicherte insgesamt				

5. Datenlage

Fortsetzung Übersicht 5.1: Datenbereitstellung durch Versicherer

zu Frage 4: In welchem Masse haben die Versicherten seit 1997 auf die Änderungen im KVG reagiert?

beantwortet von: Groupe Mutuel, Supra

Versichertengruppe	Zahl der Versicherten		
	1997	1998	1999
➔ Versicherte, die die Grund- und Spital-Zusatzversicherung gekündigt haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			
➔ Versicherte, die die Spital-Zusatzversicherung unter Beibehalt der Grundversicherung gekündigt haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			
➔ Versicherte, die unter Beibehalt der Spital-Zusatzversicherung nur ihre Grundversicherung gekündigt haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			
➔ Versicherte, die die Spital-Zusatzversicherung reduziert haben			
• darunter von Privat auf Halbprivat			
• darunter Umstieg auf neue Produkte (Stand-by, Hotel etc.)			
➔ Versicherte, die bei bestehender Spital-Zusatzversicherung ihre Franchise erhöht haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			
➔ Versicherte, die eine Grund- und Zusatzversicherung neu abgeschlossen haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			
➔ Versicherte, die nur eine Grundversicherung neu abgeschlossen haben			
➔ Versicherte, die nur eine Spital-Zusatzversicherung neu abgeschlossen haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			

5. Datenlage

Fortsetzung Übersicht 5.1: Datenbereitstellung durch Versicherer

zu Frage 10: Wie haben sich die Kosten und Prämieinnahmen in der Spital-Zusatzversicherung entwickelt?

beantwortet von: Groupe Mutuel, Sanitas, Supra, KPT

Versichertengruppe	Angaben in CHF		
	1997	1998	1999
➔ Kosten in der Spital-Zusatzversicherung Insgesamt			
➔ Kosten je Versicherten			
➔ Prämieinnahmen aus der Spital-Zusatzversicherung Insgesamt			
➔ Prämieinnahmen je Versicherten			

5.2 Datenbereitstellung durch die Spitäler

Die Ausgangslage bei den Spitalern ist nur teilweise vergleichbar mit der Datenlage der Versicherer. Während die Versicherer über die meisten Daten zwar verfügen, diese aber aus Wettbewerbs- oder Gründen des Arbeitsaufwandes in vielen Fällen nicht herausgeben wollen, ist es bei den meisten Spitalern nicht primär eine Frage des Wollens sondern des Könnens. Viele der in Übersicht 5.2 aufgeführten Daten sind bei einzelnen Spitalern gar nicht vorhanden, andere Daten sind nur mit erheblichem Zeitaufwand aus internen Unterlagen herauszuziehen. Bei den Privatspitalern, punktuell auch bei öffentlichen Spitalern, kommt jedoch auch die Überlegung hinzu, bestimmte Daten aus Wettbewerbsgründen nicht zu veröffentlichen oder an Dritte weiterzugeben.

Übersicht 5.2 benennt im einzelnen, von welchen Spitalern welche Daten gesammelt werden konnten. Wie daraus hervorgeht und auch schon weiter vorne betont wurde, wurden nur wenige Leistungsdaten von allen befragten Spitalern zur Verfügung gestellt. Die in dieser Untersuchung unverzichtbare Unterteilung nach Pflegeklassen konnten nur wenige Spitäler vornehmen.

5. Datenlage

Übersicht 5.2: Datenbereitstellung durch die Spitäler

zu Fragen 1 bis 7

Merkmale	Bezogen auf Ihr Spital, nach Möglichkeit nur für den Akutbereich				
	1990	1995	1996	1997	1998
1. Bettenbestand am 31.12.					
➔ darunter Akutbetten	alle Spitäler				
2. Akutbereich					
2.1 Stationär					
➔ Patientenzahl (Austritte)	alle Spitäler				
➔ Pflage tage	alle Spitäler				
➔ Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage)	6 Spitäler: Merian-Iselin, Salem, Zürich, Samedan, Luzern, Solothurn				
➔ Durchschnittliche Bettenbelegung (in %)	6 Spitäler: Merian-Iselin, Salem, Genf, Zürich, Samedan, Solothurn				
➔ Prozentuale Verteilung nach Klassen					
• Patienten					
1. Klasse	5 Spitäler: Salem, Zürich, Merian-Iselin, Luzern, Solothurn				
2. Klasse	"				
3. Klasse	"				
• Pflage tage					
1. Klasse	"				
2. Klasse	"				
3. Klasse	"				
➔ Spitaltaxen pro Pflage tag					
1. Klasse	4 Spitäler: Merian-Iselin, Zürich, Samedan, Solothurn				
2. Klasse	"				
3. Klasse	"				
➔ Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen, alle Klassen					
1. Klasse	2 Spitäler: Zürich, Solothurn				
2. Klasse	"				
3. Klasse	"				
2.2 Ambulant und teilstationär					
➔ Zahl der Patienten	3 Spitäler: Zürich, Salem, Grosshöchstetten				
➔ Zahl der Konsultationen					
3. Personalbestand					
➔ Durchschnittlich besetzte Stellen	6 Spitäler: Merian-Iselin, Salem, Zürich, Samedan, Luzern, Solothurn				
➔ Anzahl Beschäftigte am 31.12.	4 Spitäler: Samedan, Solothurn, Clara, Grosshöchstetten				

5. Datenlage

Fortsetzung Übersicht 5.2: Datenbereitstellung durch die Spitäler

zu Fragen 7 bis 9

	Bezogen auf Ihr Spital, nach Möglichkeit nur für den Akutbereich				
	1990	1995	1996	1997	1998
➔ Je Patient (in CHF)					
➔ Aufwand/ Kosten					
1. Klasse	Solothurn				
2. Klasse	"				
3. Klasse	"				
total	Merian-Iselin, Zürich, Solothurn, Genf				
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlungen					
1. Klasse	Solothurn				} Genf
2. Klasse	"				
3. Klasse	"				Genf
total	Merian-Iselin, Solothurn				
➔ Staatsbeitrag	Merian-Iselin				
➔ Je Pfl egetag (in CHF)					
➔ Aufwand/ Kosten					
1. Klasse	Solothurn				} Genf
2. Klasse	"				
3. Klasse	"				Genf
total	Merian-Iselin, Solothurn, Grosshöchstetten, Genf				
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlungen					
1. Klasse	Solothurn				
2. Klasse	"				
3. Klasse	"				
total	Merian-Iselin, Solothurn				
➔ Staatsbeitrag	Merian-Iselin, Grosshöchstetten				

5.3 Datenbereitstellung durch die Kantone

Wie schon weiter vorne erwähnt, verfügt heute kein Kanton über einen jährlichen Gesamtüberblick zu allen Spitälern im eigenen Zuständigkeitsgebiet. Einige Kantone geben zwar Jahresstatistiken heraus, allerdings meistens ohne die Privatspitäler. Auch zu den öffentlichen Spitälern fehlt in den meisten Fällen eine Reihe wichtiger Indikatoren.

Übersicht 5.3 fasst zusammen, welche Kantone welche Daten für die Summe der öffentlichen Spitäler zur Verfügung gestellt haben. Der Kanton Basel-Stadt wollte sich ausdrücklich auf die qualitative Einschätzung von Tendenzen beschränken. Die anderen befragten Kantone waren hinsichtlich der erbetenen Zahlen mehr oder weniger ergiebig, wie im einzelnen Übersicht 5.3 zu entnehmen ist.

Es erscheint dringend notwendig, im Rahmen der Aufsicht über die Spitäler einheitliche Vorgaben für das Rechnungswesen und die Statistik zu machen, die auch eine Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung auf der Aufwand- und Ertragsseite sowie bei den Leistungsstatistiken vorsehen.

5. Datenlage

Übersicht 5.3: Datenbereitstellung durch die Kantone

zu Fragen 1 und 4

Merkmale	Bezogen auf die Summe ihrer Spitäler, nach Möglichkeit nur für den Akutbereich				
	1990	1995	1996	1997	1998
1. Bettenbestand am 31.12.					
➔ darunter Akutbetten	6 Kantone: Bern, Graubünden, Luzern, Neuchâtel, Solothurn, Zürich				
2. Akutbereich					
2.1 Stationär					
➔ Patientenzahl (Austritte)	6 Kantone: Bern, Graubünden, Luzern, Neuchâtel, Solothurn, Zürich				
➔ Pflégetage			"		
➔ Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage)			"		
➔ Durchschnittliche Bettenbelegung (in %)			"		
➔ Prozentuale Verteilung nach Klassen					
• Patienten					
1. Klasse	} 3 Kantone: Graubünden, Neuchâtel, Solothurn				
2. Klasse					
3. Klasse					
• Pflégetage					
1. Klasse	} 5 Kantone: Bern, Graubünden, Neuchâtel, Solothurn, Zürich				
2. Klasse					
3. Klasse					
➔ Spitaltaxen pro Pflégetag					
1. Klasse	} 2 Kantone: Neuchâtel, Solothurn				
2. Klasse					
3. Klasse					
➔ Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen, alle Klassen					
1. Klasse	} 1 Kanton: Solothurn				
2. Klasse					
3. Klasse					
2.2 Ambulant und teilstationär					
➔ Zahl der Patienten	2 Kantone: Bern, Luzern				
➔ Zahl der Konsultationen					
3. Personalbestand					
➔ Durchschnittlich besetzte Stellen	5 Kantone: Graubünden, Luzern, Neuchâtel, Solothurn, Zürich				
➔ Anzahl Beschäftigte am 31.12.	2 Kantone: Bern, Solothurn				

5. Datenlage

Fortsetzung Übersicht 5.3: Datenbereitstellung durch die Kantone

zu Frage 6

	Bezogen auf die Summe Ihrer Spitäler, nach Möglichkeit nur für den Akutbereich				
	1990	1995	1996	1997	1998
➔ Je Patient (in CHF)					
➔ Aufwand/ Kosten					
1. Klasse	} 2 Kantone: Genf, Solothurn				
2. Klasse					
3. Klasse					
total	5 Kantone: Bern, Graubünden, Luzern, Neuchâtel, Solothurn				
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlern					
1. Klasse	} 2 Kantone: Bern, Solothurn				
2. Klasse					
3. Klasse					
total	3 Kantone: Bern, Graubünden, Solothurn				
➔ Staatsbeitrag					
➔ Je Pflage tag (in CHF)					
➔ Aufwand/ Kosten					
1. Klasse	} 2 Kantone: Genf, Solothurn				
2. Klasse					
3. Klasse					
total	5 Kantone: Bern, Graubünden, Luzern, Neuchâtel, Solothurn				
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlern					
1. Klasse	} 2 Kantone: Bern, Solothurn				
2. Klasse					
3. Klasse					
total	3 Kantone: Bern, Graubünden, Solothurn				
➔ Staatsbeitrag	3 Kantone: Bern, Graubünden, Solothurn				

6. Ausgewertete Literatur

Biedermann, Daniel u.a., 1999, Krankenversicherung und Gesundheitswesen – wie weiter? Bern

Brechbühler, Peter, 1999, Fachbereichsspezifische Fallpauschalen im Insele Spital Bern, in: Schweizer Spital 4/99, Seite 17 ff.

Britt, Fritz, 1998, Wo stehen wir nach zwei Jahren KVG? in: Soziale Sicherheit 1/98, Seite 4 ff.

Bundesamt für Statistik, 1998, Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, Bern 1998.

Eyer, Urban, 1999, Abteilungsbezogene Fallpauschalen in den Walliser Akutspitalern, in: Schweizer Spital 4/99, Seite 21 ff.

Flessenkämper, Alfred, 1995, KVG und Kostendämpfung im Spital, in: Soziale Sicherheit 4/1995, Seite 212 ff.

FMH, 1999, FMH-Ärzttestatistik 1958, in: Schweizerische Ärztezeitung 1999; 80: Nr. 15, Seite 896 ff.

Geser, Guido, 1998, Tarifpolitik zwischen Krankenversicherern und Spitalern, in: Schweizer Spital 6/98, Seite 27 ff.

Kalberer, Daniel, 1999, Eintrittspauschalen im Aargau, in: Schweizer Spital 4/99, Seite 14 ff.

KSK Aktuell, 1996, Ist das nötig? Mehr Ärzte – mehr Kosten, in KSK Aktuell Nr. 10 1996, Seite 162 ff.

KSK Aktuell, 1997, Grosses Sparpotential im Gesundheitswesen, in KSK Aktuell Nr. 1/2 1997, Seite 12 ff.

KSK Aktuell, 1998, Wer bezahlt was im Spital? in: KSK Aktuell Nr. 1/2 1998, Seite 5.

KSK Aktuell, 1998, Der Prämienanstieg flacht ab, in: KSK Aktuell 10/98, Seite 156 ff.

KSK Aktuell, 1999, Positive Erfahrungen mit Fallmanagement, Kostensparende Kooperation zwischen Spitalern und Helsana, in: KSK Aktuell Nr. 3/99, Seite 35.

KSK Aktuell, 1999, Die kantonalen Kostenunterschiede, Seite 11 ff.

6. Ausgewertete Literatur

Manser, Manfred 1997, Die Chance liegt im Wahrnehmen des Wandels, in: Schweizer Spital 1/97, Seite 12 ff.

Mathys, Dieter, 1998, Rechnungslegung Schweizerischer Krankenversicherer, in: SK Aktuell 1/2 1998, Seite 8 ff und 3/98, Seite 33 ff.

Seiler, Walter, 1995, Kurz- und längerfristige Konsequenzen des KVG für die Spitäler, in: Soziale Sicherheit 5/1995, Seite 247 ff.

Streit, Peter, 1997, Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG): Erfahrungen und Entwicklungen, in: Soziale Sicherheit 4/1997, Seite 222 ff.

Universität Zürich, 1995/96, Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate, Teil I und II, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Bern 1996

7. Anhang

Übersicht A. 1: Gesprächsleitfaden zur Befragung von Versicherern + Anhang zum Gesprächsleitfaden Versicherer

Übersicht A .2: Gesprächsleitfaden zur Befragung von Spitälern + Anhang zum Gesprächsleitfaden Spitäler

Übersicht A. 3: Gesprächsleitfaden zur Befragung von Kantonen + Anhang zum Gesprächsleitfaden Kantone

Übersicht A. 4: Anschreiben der Prognos

Übersicht A. 5: Anschreiben des BSV

Übersicht A. 6: Anschreiben des BPV

Übersicht A. 1

**VERÄNDERUNGEN IM BEREICH DER SPITAL-
ZUSATZVERSICHERUNG AUFGRUND DES KVG**

Gesprächsleitfaden zur Befragung von Versicherern

Adresse/ Gesprächspartner:

Datum:

Interviewer:

A. Fragen zum Angebot von Produkten im Bereich der Spital-Zusatzversicherungen

1. Welche Produkte bieten Sie seit wann im Bereich der Spital-Zusatzversicherungen an oder planen Sie? Mit welchen Tendenzen rechnen Sie in der Zukunft bei der Anzahl der Versicherten je Produktgruppe?

Produkt	angeboten seit	als Angebot geplant	Tendenz in der Zukunft		
			+	0	-
➔ Spital-Zusatzversicherung privat ohne Spitalwahl-einschränkung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Spital-Zusatzversicherung halbprivat ohne Spital-wahleinschränkung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Spital-Zusatzversicherung privat mit Spitalwahl-einschränkung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Spital-Zusatzversicherung halbprivat mit Spital-wahleinschränkung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Spital-Zusatzversicherung „ Stand-by-Tarif “ (Ent-scheid kurz vor Spitaleintritt, ob privat, halbprivat, all-gemein)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Spitalzimmerversicherung (Hotel) Einbettzimmer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Spitalzimmerversicherung (Hotel) Zweibettzimmer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Sonstige:					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Fragen zur Trennung von Grund- und Zusatzversicherung

2. Wieweit und aus welchen Gründen wurden die beiden Bereiche Grund- und Zusatzversicherung in zwei wirtschaftliche und/ oder organisatorisch unabhängige Geschäftsbereiche aufgeteilt?

3. Welche Tendenzen lassen sich in den letzten Jahren (seit etwa 1996) hinsichtlich der Zahl der Versicherten je Versichertengruppe beobachten (*Grobeinschätzung, sofern die erbetene Statistik zu dieser Frage nicht zur Verfügung gestellt werden kann*)?

➔ Versicherte mit Grund- und Spital-Zusatzversicherung:

➔ Versicherte **nur** mit Grundversicherung:

➔ Versicherte **nur** mit Spital-Zusatzversicherung:

➔ Versicherte **Insgesamt**:

4. a) Mit welchen Schritten und in welchem Masse haben Ihre Versicherten seit 1997 auf die Änderungen im KVG reagiert? (Grobeinschätzung für nachfolgende Versichertengruppen, sofern die erbetene Statistik zu dieser Frage nicht zur Verfügung gestellt werden kann)?

Versichertengruppe	Die Versicherten- gruppe ist für uns von quantitativer Bedeu- tung		Zeitraum 1997-1999	
	nein	ja	Falls ja, verge- ben Sie bitte ge- mäss der quanti- tativen Bedeu- tung eine Rangreihenfolge	Falls möglich, prozentualer An- teil an Gesamt- versicherten
➔ Versicherte, die die Grund- und Spital-Zusatzversicherung gekündigt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Privatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Halbprivatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
➔ Versicherte, die die Spital-Zusatzversicherung unter Beibehalt der Grundversicherung gekündigt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Privatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Halbprivatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
➔ Versicherte, die unter Beibehalt der Spital-Zusatzversicherung nur ihre Grundversicherung gekündigt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Privatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Halbprivatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
➔ Versicherte, die die Spital-Zusatzversicherung reduziert haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• darunter von Privat auf Halbprivat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• darunter Umstieg auf neue Produkte (Stand-by, Hotel etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
➔ Versicherte, die bei bestehender Spital-Zusatzversicherung ihren Selbstbehalt erhöht haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Privatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Halbprivatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Fortsetzung nächste Seite

Versichertengruppe	Die Versicherten- gruppe ist für uns von quantitativer Bedeu- tung		Zeitraum 1997-1999	
	nein	ja	Falls ja, verge- ben Sie bitte ge- mäss der quanti- tativen Bedeu- tung eine Rangreihenfolge	Falls möglich, prozentualer An- teil an Gesamt- versicherten
➔ Versicherte, die eine Grund- und Zusatzversicherung neu abgeschlossen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Privatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Halbprivatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
➔ Versicherte, die nur eine Grundversicherung neu abge- schlossen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
➔ Versicherte, die nur eine Spital- Zusatzversicherung neu abge- schlossen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Privatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• davon Halbprivatversicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

5. Welche grundsätzliche Geschäftspolitik verfolgt Ihre Versicherung hinsichtlich der Koppelung/ Trennung von Grund- und Spital-Zusatzversicherung? Für welche Versicherungengruppen und mit welchen Gründen?

Und in welchem Masse lassen sich diese Ziele am Markt durchsetzen?

Was sind dabei fördernde/ behindernde Faktoren?

7. Anhang

6. Gibt es definierte Ausschlusskriterien für die Aufnahme in die Spital-Zusatzversicherung?

➔ Alter des Versicherten:	
➔ Gesundheitszustand:	
➔ Geschlecht:	
➔ Schon bestehende Grundversicherung:	
➔ Gleichzeitiger Abschluss der Grundversicherung:	
➔ weitere Kriterien:	

C. Fragen zur risikogerechten Gestaltung der Prämien in der Spital-Zusatzversicherung

7. a) Bei wieviel Prozent der Versicherten werden für 1999 bei der Festsetzung der Prämien in der Spital-Zusatzversicherung die unter dem früheren Recht zurückgelegten Versicherungszeiten noch in irgendeiner Form (Art. 102 Abs.2 KVG) berücksichtigt?

_____ %

- b) Um welche Versichertengruppe handelt es sich? Was sind die Gründe, dass hier keine risikogerechte Prämie verlangt wird?

- c) Wann haben Sie mit der Umstellung auf das neue Recht begonnen und ab wann wird voraussichtlich die Berücksichtigung zurückgelegter Versicherungszeiten bei niemandem mehr eine Rolle spielen?

Beginn:

voraussichtlicher Abschluss:

7. Anhang

8. Welche Risikogruppen bilden Sie und wie wird die Prämienhöhe ermittelt?

a) Risikogruppen

b) Die Prämienhöhe wird folgendermassen berechnet:

9. Welche Versichertengruppen wurden durch die Umstellung auf risikogerechte Prämien in der Spital-Zusatzversicherung belastet, welche entlastet?

a) Belastete Gruppen:

b) Entlastete Gruppen:

c) Könnten Sie bitte die Prämienentwicklung der Spital-Zusatzversicherung an folgenden Fallbeispielen verdeutlichen? Wie hoch war die Prämie jeweils vor (z.B. 1996) und nach (z.B. 1997) der Umstellung auf das neue KVG? Bitte legen Sie je Fallbeispiel 3 Wohnorte zugrunde:

- Wohnort mit den *niedrigsten* Kosten (Region 1),
- Wohnort mit *durchschnittlichen* Kosten (Region 2),
- Wohnort mit den *höchsten* Kosten (Region 3).

Fallbeispiele	Höhe der Monats-Prämie in CHF vor/ nach der Umstellung					
	Region 1		Region 2		Region 3	
	vor	nach	vor	nach	vor	nach
➡ Gruppe 1: 60-jährige Frau mit 40-jähriger Versicherungsdauer						
• privat						
• halbprivat						
➡ Gruppe 2: 60-jährige Frau mit 5-jähriger Versicherungsdauer						
• privat						
• halbprivat						
➡ Gruppe 3: 30-jährige Frau mit 5-jähriger Versicherungsdauer						
• privat						
• halbprivat						
➡ Gruppe 4: 60-jähriger Mann mit 40-jähriger Versicherungsdauer						
• privat						
• halbprivat						
➡ Gruppe 5: 60-jähriger Mann mit 5-jähriger Versicherungsdauer						
• privat						
• halbprivat						
➡ Gruppe 6: 30-jähriger Mann mit 5-jähriger Versicherungsdauer						
• privat						
• halbprivat						

D. Fragen zur Kosten- und Prämienentwicklung in der Spital-Zusatzversicherung

10. a) Wie haben sich die Kosten und Prämieinnahmen in der Spital-Zusatzversicherung seit 1997 entwickelt? (Grobeinschätzung der quantitativen Tendenzen seit 1997, sofern die erbetene Statistik zu dieser Frage nicht zur Verfügung gestellt werden kann)?

➔ Kosten in der Spital-Zusatzversicherung je Versicherten:

➔ Prämieinnahmen aus der Spital-Zusatzversicherung je Versicherten:

b) Auf welche Einflussfaktoren sind die genannten Entwicklungstendenzen hauptsächlich zurückzuführen?

➔ Haupteinflussfaktoren der Kostenentwicklung je Versicherten:

➔ Haupteinflussfaktoren der Prämienentwicklung je Versicherten:

11. Wie werden die Kosten in der Grund- und Spital-Zusatzversicherung ausgedient? Welche direkten und indirekten Kostenarten werden jeweils in der Grund- und Spital-Zusatzversicherung erfasst?

12. Bestehen direkte oder indirekte Begünstigungen/ Quersubventionierungen (z.B. im Rahmen von Verteilerschlüsseln) zwischen Grund- und Spital-Zusatzversicherung?

Art der Begünstigung	ja	nein
➔ Begünstigung der Spital-Zusatzversicherung zu Lasten der Grundversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Begünstigung der Grundversicherung zu Lasten der Spital-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Können Sie das Ausmass der relativen Begünstigung für 1998 einschätzen, z.B. in Prozent der Gesamtprämieinnahmen der Spital-Zusatzversicherung? War das schon immer so oder hat sich wesentliches mit dem KVG verändert?

13. Sofern es bei Ihnen in irgendeiner Form eine Begünstigung zwischen beiden Versicherungsbereichen gibt: Welche geschäftspolitischen Ziele werden mit der Begünstigung verfolgt?

14. Sofern es bei Ihnen in irgendeiner Form eine Begünstigung zwischen beiden Versicherungsbereichen gibt, welche Bedeutung hat sie aus Ihrer Sicht in Bezug auf

a) die Be- oder Entlastung von

➔ Spitalern:

➔ Finanzierungsträgern (Versicherer, Versicherte, öffentliche Hand):

b) den Wettbewerb unter

➔ den Versicherern:

➔ den Spitalern:

15. Welche Bedeutung kommt dem Angebot neuer Versicherungsprodukte, beispielsweise Zusatzversicherungen, welche lediglich die zusätzlichen "Hotelkosten" eines Spitalaufenthaltes in einem Zweier- oder Einbettzimmer decken, für die Finanzierung zu?

a) für die Finanzierung durch den Versicherer:

b) für das Management/ die Finanzierung eines Spitals:

c) für die Spitalfinanzierung durch die Kantone:

16. Welche Auswirkungen hat –gesamthaft betrachtet- aus Ihrer Sicht der Rückgang der Spital-Zusatzversicherten und wie könnte diesem begegnet werden?

**VERÄNDERUNGEN IM BEREICH DER SPITAL-
ZUSATZVERSICHERUNG AUFGRUND DES KVG**

Anhang zum Gesprächsleitfaden

Versicherer

Bitte um verfügbare Statistiken

Nachfolgend werden die im Rahmen dieser Studie wichtigsten Informationen benannt.

Die Tabellen dienen nur der Kommunikation, die erbetenen Daten können auch in anderer Form zur Verfügung gestellt werden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

zu Frage 1: Wie gross ist die Zahl der Versicherten je Produkt?

Versichertengruppe	Zahl der Versicherten		
	1997	1998	1999
➔ Spital-Zusatzversicherung privat ohne Spitalwahleinschränkung			
➔ Spital-Zusatzversicherung halb-privat ohne Spitalwahleinschränkung			
➔ Spital-Zusatzversicherung privat mit Spitalwahleinschränkung			
➔ Spital-Zusatzversicherung halb-privat mit Spitalwahleinschränkung			
➔ Spital-Zusatzversicherung „ Stand-by-Tarif “ (Entscheid kurz vor Spitaleintritt, ob privat, halb-privat, allgemein)			
➔ Spitalzimmerversicherung (Hotel) Einbettzimmer			
➔ Spitalzimmerversicherung (Hotel) Zweibettzimmer			
➔ Sonstige:			

zu Frage 3: Wie hat sich bei Ihnen die Zahl der Versicherten in den letzten Jahren entwickelt?

Versichertengruppe	Zahl der Versicherten			
	1996	1997	1998	1999
➔ Versicherte mit Grund- und Spital-Zusatzversicherung				
➔ Versicherte nur mit Grundversicherung				
➔ Versicherte nur mit Spital-Zusatzversicherung				
Versicherte insgesamt				

zu Frage 4: In welchem Masse haben die Versicherten seit 1997 auf die Änderungen im KVG reagiert?

Versichertengruppe	Zahl der Versicherten		
	1997	1998	1999
➔ Versicherte, die die Grund- und Spital-Zusatzversicherung gekündigt haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			
➔ Versicherte, die die Spital-Zusatzversicherung unter Beibehalt der Grundversicherung gekündigt haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			
➔ Versicherte, die unter Beibehalt der Spital-Zusatzversicherung nur ihre Grundversicherung gekündigt haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			
➔ Versicherte, die die Spital-Zusatzversicherung reduziert haben			
• darunter von Privat auf Halbprivat			
• darunter Umstieg auf neue Produkte (Stand-by, Hotel etc.)			
➔ Versicherte, die bei bestehender Spital-Zusatzversicherung ihren Selbstbehalt erhöht haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			
➔ Versicherte, die eine Grund- und Zusatzversicherung neu abgeschlossen haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			
➔ Versicherte, die nur eine Grundversicherung neu abgeschlossen haben			
➔ Versicherte, die nur eine Spital-Zusatzversicherung neu abgeschlossen haben			
• davon Privatversicherte			
• davon Halbprivatversicherte			

zu Frage 10: **Wie haben sich die Kosten und Prämieinnahmen in der Spital-Zusatzversicherung entwickelt?**

Versichertengruppe	Angaben in CHF		
	1997	1998	1999
➔ Kosten in der Spital-Zusatzversicherung insgesamt			
➔ Kosten je Versicherten			
➔ Prämieinnahmen aus der Spital-Zusatzversicherung insgesamt			
➔ Prämieinnahmen je Versicherten			

Übersicht A. 2

**VERÄNDERUNGEN IM BEREICH DER SPITAL-
ZUSATZVERSICHERUNG AUFGRUND DES KVG**

Gesprächsleitfaden zur Befragung von Spitälern

Adresse/ Gesprächspartner:

Datum:

Interviewer:

A. Fragen zum Spital und seiner Entwicklung seit 1990, insbesondere seit Inkrafttreten des KVG

1. Wieviele Akutbetten hat Ihr Spital (1.1.1999) und welcher Kategorie ist Ihr Spital zuzuordnen?

Zahl der Akutbetten:

Kategorie	öffentlich	privat/ gemeinnützig	sonst. privat
➔ Zentrums-/ Universitätsspital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Regionalspital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Bezirksspital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie gross war die Zahl der Patienten und Pflegetage nach Pflegeklassen im Akutbereich 1998, und wie haben sich die Patientenzahlen und Pflegetage je Pflegeklasse seit 1996 entwickelt und welche Weiterentwicklung erwarten Sie für die nächste Zukunft?

Akutbereich stationär	Anzahl 1998	Tendenz 1996-1998					Erwartung für die Zukunft				
		++	+	0	-	--	++	+	0	-	--
➔ Zahl der Patienten (Austritte)											
davon 1. Klasse											
davon 2. Klasse											
davon 3. Klasse											
➔ Zahl der Pflegetage											
davon 1. Klasse											
davon 2. Klasse											
davon 3. Klasse											

7. Anhang

3. Aus welchem Einzugsbereich kommen Ihre stationären Patienten (wenn möglich für 1998)? Können Sie die Verteilung nach Kantonen auch für die einzelnen Pflegeklassen angeben?

Kanton	Anteil der Patienten in %	Anteil je Klasse in %		
		1. Klasse	2. Klasse	3. Klasse
➔				
➔				
➔				
➔				
➔				

4. Bei welchen Kantonen und mit welcher Bettenzahl steht Ihr Spital im Akutbereich auf der Spitalliste?

Kanton	Anzahl Betten	
	1998	1999
➔		
➔		
➔		
➔		
insgesamt		

5. Hat Ihr Spital mit bestimmten Versicherern im Bereich der Grund- und/ oder Spital-Zusatzversicherung Sonderverträge geschlossen? Wenn ja, mit welchen Versicherungen und in welcher Hinsicht?

7. Anhang

6. Welche Massnahmen zur Kostendämpfung im Spital haben Sie in den letzten Jahren ergriffen und/ oder für die nächste Zeit geplant?

Massnahmenbereich	vor 1996	seit 1996	geplant
➔ Investitionskürzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Reduktion der Bettenzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Leistungsverlagerung in den teilstationären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Reduktion des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Kooperation mit anderen Spitälern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Einführung einer Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik nach einheitlicher Methode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Spitalführung innerhalb eines kantonalen Globalbudgets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Einführung von Fallkosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Erhöhung des unternehmerischen Spielraums für das Spital durch den Träger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Fragen zur Trennung von Grund- und Zusatzversicherten (Privat- und Halbprivaten) im Spital

7. In Bezug auf welche Merkmale weisen Sie in Ihrer Statistik/ Ihrem Rechnungswesen Grund- und Spital-Zusatzversicherte getrennt aus?

Merkmale	Es liegen getrennt vor nach 1., 2., 3. Klasse				geplant ab
	1990	1996	1997	1998	
➔ Austritte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Pflegetage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Spitaltaxen pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Aufwand in Mio CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Ertrag in Mio CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Staatsbeitrag in Mio CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

8. Wie wird der Aufwand/ werden die Kosten in der Allgemeinen Pflegeklasse und in der Privaten/ Halbprivaten Pflegeklasse ausgeschieden? Welche direkten und indirekten Kostenarten werden jeweils erfasst?

**C. Fragen zur Aufwands- und Ertragsentwicklung
bei Spital-Zusatzversicherten**

9. Wie haben sich nach Pflegeklassen Aufwand/ Kosten und Ertrag je Patient und je Pfl egetag seit 1997 entwickelt?

a) Quantitative Tendenzen

		Tendenz der quantitativen Entwicklung seit 1997				
		++	+	0	-	--
➔ Je Patient						
➔ Aufwand/ Kosten						
	1. Klasse					
	2. Klasse					
	3. Klasse					
	total					
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlern						
	1. Klasse					
	2. Klasse					
	3. Klasse					
	total					
➔ Staatsbeitrag						
➔ Je Pfl egetag						
➔ Aufwand/ Kosten						
	1. Klasse					
	2. Klasse					
	3. Klasse					
	total					
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlern						
	1. Klasse					
	2. Klasse					
	3. Klasse					
	total					
➔ Staatsbeitrag						

b) Erklärung der Veränderungen und ihrer Haupteinflussfaktoren:

10. a) Bestehen Quersubventionierungen zwischen der Allgemeinen Pflegeklasse und den Pflegeklassen Privat und Halbprivat?

Art der Quersubventionierung	ja	nein
➔ Zuschuss der Privaten Pflegeklasse an die Allgemeine Pflegeklasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Zuschuss der Halbprivaten Pflegeklasse an die Allgemeine Pflegeklasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Zuschuss der Allgemeinen Pflegeklasse an die Private u. Halbprivate Pflegeklasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Können Sie das Ausmass der Quersubventionierung für 1998 abschätzen (z.B. in % des Ertrags gesamt)? War das schon immer so oder hat sich wesentliches mit dem KVG verändert?

b) Welche Patientengruppen sind eher die *Gebenden* bzw. die *Nehmenden* im Rahmen der Quersubventionierung?

- Gebende:

- Nehmende:

11. Sofern es in Ihrem Spital Quersubventionierungen gibt: Welche Ziele werden mit der Quersubventionierung verfolgt?

b) Welchen Einfluss haben solche neuen Versicherungsprodukte auf die Quersubventionierung im Spital?

14. Welche finanziellen Konsequenzen haben bzw. hätten solche neuen Versicherungsprodukte für Ihr Spital (Schätzung z.B. als Ertragsausfall pro Jahr in % des Ertrags insgesamt)?

15. Welche Auswirkungen hat –gesamthaft betrachtet- aus Ihrer Sicht der Rückgang der Spital-Zusatzversicherten und wie könnte diesem begegnet werden?

**VERÄNDERUNGEN IM BEREICH DER SPITAL-
ZUSATZVERSICHERUNG AUFGRUND DES KVG**

Anhang zum Gesprächsleitfaden

Spitäler

Bitte um verfügbare Statistiken

Nachfolgend werden die im Rahmen dieser Studie wichtigsten Informationen benannt.

Die Tabellen dienen nur der Kommunikation, die erbetenen Daten können auch in anderer Form zur Verfügung gestellt werden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Daten zu Fragen 1 bis 7

	Bezogen auf Ihr Spital, nach Möglichkeit nur für den Akutbereich				
Merkmale	1990	1995	1996	1997	1998
1. Bettenbestand am 31.12.					
➔ darunter Akutbetten					
2. Akutbereich					
2.1 Stationär					
➔ Patientenzahl (Austritte)					
➔ Pfl egetage					
➔ Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage)					
➔ Durchschnittliche Bettenbelegung (in %)					
➔ Prozentuale Verteilung nach Klassen					
• Patienten					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
• Pfl egetage					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
➔ Spitaltaxen pro Pfl egetag					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
➔ Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen, alle Klassen					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
2.2 Ambulant und teilstationär					
➔ Zahl der Patienten					
➔ Zahl der Konsultationen					
3. Personalbestand					
➔ Durchschnittlich besetzte Stellen					
➔ Anzahl Beschäftigte am 31.12.					

2. Daten zu Fragen 7 bis 9

Bezogen auf Ihr Spital, nach Möglichkeit nur für den Akutbereich					
	1990	1995	1996	1997	1998
➔ Je Patient (in CHF)					
➔ Aufwand/ Kosten					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
total					
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlungen					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
total					
➔ Staatsbeitrag					
➔ Je Pflage tag (in CHF)					
➔ Aufwand/ Kosten					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
total					
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlungen					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
total					
➔ Staatsbeitrag					

Übersicht A. 3

**VERÄNDERUNGEN IM BEREICH DER SPITAL-
ZUSATZVERSICHERUNG AUFGRUND DES KVG**

Gesprächsleitfaden zur Befragung von Kantonen

Adresse/ Gesprächspartner:

Datum:

Interviewer:

A. Fragen zur gesundheitspolitischen Situation in Ihrem Kanton

1. Wie ist heute die Spitalsituation im Akutbereich in Ihrem Kanton, welche Entwicklung ist seit 1996 zu beobachten und welche weitere Entwicklung erwarten Sie bzw. streben Sie an?

Merkmale	Heute	Entwicklung					Entwicklung in				
	1998	++	+	0	-	--	++	+	0	-	--
➔ Zahl der Akutspitäler											
davon öffentlich											
davon privat											
➔ Zahl der Akutbetten											
davon öffentlich											
davon privat											
➔ Zahl der Austritte											
davon öffentlich											
davon privat											
➔ Zahl der Pflage tage											
davon öffentlich											
davon privat											
➔ Austritte											
1. Klasse											
2. Klasse											
3. Klasse											

Fortsetzung nächste Seite

Merkmale	Heute	Entwicklung					Entwicklung in				
	1998	++	+	0	-	--	++	+	0	-	--
➔ Pflegetage											
1. Klasse											
2. Klasse											
3. Klasse											
➔ Finanzierungsstruktur in %											
Öffentliche Spitäler											
• Anteil Versicherungen/ Selbstzahler											
• Anteil Kantone											
Privatspitäler											
• Anteil Versicherungen/ Selbstzahler											
• Anteil Kantone											
➔ Staatsbeitrag Ihres Kantons (in CHF)											
• an die Spitäler im Kanton											
• an die Spitäler in anderen Kantonen											
➔ Durchschnittlicher Aufwand/ Kosten je Pflegetag											

2. Welche Massnahmen zur Kostendämpfung im Spitalbereich haben Sie in Ihrem Kanton in den letzten Jahren ergriffen und/ oder für die nächste Zeit geplant?

Massnahmenbereich	vor 1996	seit 1996	geplant
➔ Bedarfsgerechte Spitalplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Verabschiedung der Spitalliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Ausschluss von Spitälern von der Spitalliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Reduktion der Bettenzahl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Schliessung von Spitalabteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Schliessung ganzer Spitäler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Einführung einer Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik nach einheitlicher Methode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Durchführung von Betriebsvergleichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Einführung eines Globalbudgets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Einführung von Fallkosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Erhöhung des unternehmerischen Spielraums für die Spitäler in kantonaler Trägerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Kooperation mit anderen Kantonen im Spitalbereich (Einkauf/ Verkauf von Leistungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie lässt sich heute die Situation im Versicherungsbereich in Ihrem Kanton beschreiben, welche Entwicklung ist seit 1996 zu beobachten und welche weitere Entwicklung erwarten Sie?

Merkmale	Heute	Entwicklung					Entwicklung in				
	1998	++	+	0	-	--	++	+	0	-	--
➔ Zahl der im Kanton anbietenden Versicherer											
➔ Zahl der Versicherten insgesamt											
• davon nur grundversichert											
• davon mit Spital-Zusatzversicherung privat											
• davon mit Spital-Zusatzversicherung halbprivat											
• davon mit Spital-Zusatzversicherung "Hotel"											

B. Fragen zur Trennung von Grund- und Zusatzversicherten (Privat- und Halbprivaten) im Spital

4. Für welche Merkmale und welche Spitäler können Sie getrennte Angaben zu Grund- und Spital-Zusatzversicherten machen?

4.1 Folgende Merkmale können (wenigstens für einen Teil der Spitäler) getrennt nach 1., 2., 3. Klasse angegeben werden:

Merkmale	Es liegen getrennt vor nach 1., 2., 3. Klasse				
	1990	1996	1997	1998	geplant ab
➔ Austritte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Pflegetage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Spitaltaxen pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Aufwand in Mio CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Ertrag in Mio CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Staatsbeitrag in Mio CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➔ Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4.2 Angaben sind möglich für die Spitäler:

**C. Fragen zur Aufwands- und Ertragsentwicklung
bei Spital-Zusatzversicherten**

6. Wie haben sich seit 1996 in den Spitälern des Kantons nach Pflegeklassen Aufwand/ Kosten und Ertrag je Patient und je Pfl egetag seit 1996 entwickelt?
a) Quantitative Tendenzen

		Tendenz der quantitativen Entwicklung seit 1996				
		++	+	0	-	--
➔ Je Patient						
➔ Aufwand/ Kosten						
1. Klasse						
2. Klasse						
3. Klasse						
total						
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlungen						
1. Klasse						
2. Klasse						
3. Klasse						
total						
➔ Staatsbeitrag						
➔ Je Pfl egetag						
➔ Aufwand/ Kosten						
1. Klasse						
2. Klasse						
3. Klasse						
total						
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlungen						
1. Klasse						
2. Klasse						
3. Klasse						
total						
➔ Staatsbeitrag						

b) Erklärung der Veränderungen und ihrer Haupteinflussfaktoren:

7. a) Bestehen in den Spitälern mit kantonaler Trägerschaft Quersubventionierungen zwischen der Allgemeinen Pflegeklasse und den Pflegeklassen Privat und Halbpri-
vat?

Art der Quersubventionierung	ja	nein
➔ Zuschuss der Privaten Pflegeklasse an die Allgemeine Pflegeklasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Zuschuss der Halbprivaten Pflegeklasse an die Allgemeine Pflege- klasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Zuschuss der Allgemeinen Pflegeklasse an die Private u. Halbprivate Pflegeklasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Können Sie das Ausmass der Quersubventionierung für 1998 abschätzen (z.B. in %
des Ertrags gesamt)? War das schon immer so oder hat sich wesentliches mit dem
KVG verändert?

b) Welche Patientengruppen sind eher die *Gebenden* bzw. die *Nehmenden* im Rahmen der Quersubventionierung?

- Gebende:

- Nehmende:

8. Sofern es in Ihren Spitälern Quersubventionierungen gibt: Welche Ziele werden mit der Quersubventionierung verfolgt?

9. Welche Bedeutung hat die Quersubventionierung in den Spitälern in Bezug auf die Be- oder Entlastung sowie den Wettbewerb

➔ von Spitälern:

➔ von Finanzierungsträgern (Versicherer, Versicherte, öffentliche Hand):

10. a) Welche Bedeutung kommt Ihrer Einschätzung nach in den Spitälern dem Angebot neuer Versicherungsprodukte, beispielsweise Zusatzversicherungen, welche lediglich die zusätzlichen "Hotelkosten" eines Spitalaufenthaltes in einem Zweier- oder Einbettzimmer decken, zu?

b) Welchen Einfluss haben solche neuen Versicherungsprodukte auf die Quersubventionierung in den Spitälern?

11. Welche finanziellen Konsequenzen haben bzw. hätten solche neuen Versicherungsprodukte

a) für Ihre Spitäler (Ertragsausfall pro Jahr in % des Ertrags insgesamt)

b) für den Kanton (Zunahme des Staatsbeitrags in %)?

12. Welche Auswirkungen hat –gesamthaft betrachtet- aus Ihrer Sicht der Rückgang der Spital-Zusatzversicherten und wie könnte diesem begegnet werden?

**VERÄNDERUNGEN IM BEREICH DER SPITAL-
ZUSATZVERSICHERUNG AUFGRUND DES KVG**

Anhang zum Gesprächsleitfaden

Kantone

Bitte um verfügbare Statistiken

Nachfolgend werden die im Rahmen dieser Studie wichtigsten Informationen benannt.

Die Tabellen dienen nur der Kommunikation, die erbetenen Daten können auch in anderer Form zur Verfügung gestellt werden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Daten zu Fragen 1 und 4

Merkmale	Bezogen auf die Summe ihrer Spitäler, nach Möglichkeit nur für den Akutbereich				
	1990	1995	1996	1997	1998
1. Bettenbestand am 31.12.					
➔ darunter Akutbetten					
2. Akutbereich					
2.1 Stationär					
➔ Patientenzahl (Austritte)					
➔ Pfliegetage					
➔ Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage)					
➔ Durchschnittliche Bettenbelegung (in %)					
➔ Prozentuale Verteilung nach Klassen					
• Patienten					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
• Pfliegetage					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
➔ Spitaltaxen pro Pfliegetag					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
➔ Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen, alle Klassen					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
2.2 Ambulant und teilstationär					
➔ Zahl der Patienten					
➔ Zahl der Konsultationen					
3. Personalbestand					
➔ Durchschnittlich besetzte Stellen					
➔ Anzahl Beschäftigte am 31.12.					

2. Daten zu Frage 6

	Bezogen auf die Summe Ihrer Spitäler, nach Möglichkeit nur für den Akutbereich				
	1990	1995	1996	1997	1998
➔ Je Patient (In CHF)					
➔ Aufwand/ Kosten					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
total					
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlern					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
total					
➔ Staatsbeitrag					
➔ Je Pflergetag (In CHF)					
➔ Aufwand/ Kosten					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
total					
➔ Ertrag aus Versicherungen/ Selbstzahlern					
1. Klasse					
2. Klasse					
3. Klasse					
total					
➔ Staatsbeitrag					

Übersicht A. 4

«Institution»
«Abteilung»
«Name»
«Strasse»

«Ort»

Ref.: Sù/ke

Basel, 29. April 1999

Untersuchung im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Bern

Sehr geehrte «Anrede»,

Die Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes verursacht einschneidende Veränderungen sowohl für die öffentliche Hand als auch für Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte. Um die vielseitigen Wirkungen des neuen Gesetzes fundiert beurteilen zu können, wurde in der Verordnung zur Krankenversicherung (Art. 32 KVV) die Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirkungen eingeführt. Zu diesem Zweck werden vom Bundesamt für Sozialversicherung verschiedene Einzelprojekte in Auftrag gegeben.

Die Prognos AG wurde nun beauftragt, die **Veränderungen im Bereich der (Spital-)Zusatzversicherung aufgrund des KVG** zu untersuchen.

Mit der Einführung des KVG wurde die Zusatzversicherung rechtlich vollständig von der obligatorischen Krankenpflegegrundversicherung abgetrennt und dem Privatversicherungsrecht unterstellt. Im Rahmen des Forschungsprojekts sollen nun die Auswirkungen dieser Trennung auf die Versicherer, die Versicherten, die Spitäler und die Kantone untersucht werden. Dabei sollen nur diejenigen Zusatzversicherungen berücksichtigt werden, welche bei einer stationären Behandlung die Kosten in der halbprivaten oder privaten Abteilung decken. Die diesbezüglichen Fragen finden Sie in dem beigefügten Gesprächsleitfaden.

In diesem Projekt geht es in erster Linie darum, **die qualitative Einschätzung der Fragen durch die wichtigsten Akteure** zu erheben. Gleichzeitig soll ermittelt werden, welche statistischen Grundlagen zur Verfügung stehen, um allfällige Effekte auch quantitativ zu erfassen.

Wir wenden uns deshalb mit folgender Bitte an Sie: Würden Sie uns wohl eine **Person der Direktion** benennen, mit der wir die beigefügten Fragen im Rahmen eines ca. 2-stündigen Gesprächs erörtern können?

Wir werden dann mit dieser Person telefonisch Kontakt aufnehmen, um neben einer Terminvereinbarung zu klären, ob evtl. weitere Personen zum Gespräch hinzugezogen werden sollten, ob vorab Materialien zugänglich sind oder welche statistischen Unterlagen für das Gespräch vorbereitet werden können.

Für Ihre Mitwirkung an dem Forschungsvorhaben wären wir Ihnen sehr dankbar. Eine vertrauliche Behandlung aller Angaben ist für uns selbstverständlich. Die Untersuchungsergebnisse werden nur in zusammengefaßter Form dargestellt und vom Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht.

Mit bestem Dank im voraus verbleiben wir mit freundlichen Grüßen.

Prognos AG

Dr. Wilhelmine Stürmer

Daniela Wendland, M.A.

Anlage: Gesprächsleitfaden

Übersicht A. 5

Wirkungsanalyse KVG: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherungen

Die Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes bringt einschneidende Veränderungen sowohl für die öffentliche Hand, als auch für Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte. Um die vielseitigen und komplexen Wirkungen, welche durch das neue Gesetz hervorgerufen werden, fundiert beurteilen zu können, wurde in der Verordnung zur Krankenversicherung die Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirkungen eingeführt. Nach Art. 32 KVV "führt das BSV in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und Wirkungen des Gesetzes durch. Diese Untersuchungen haben den Einfluss des Gesetzes auf die Situation und das Verhalten der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zum Gegenstand. Insbesondere ist zu untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet ist und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden." Die vielfältigen Aspekte der Gesetzesrevision werden in mehreren Einzelprojekten untersucht.

In diesem Zusammenhang hat das Bundesamt für Sozialversicherung die Prognos AG am 8. März 1999 beauftragt, die Veränderungen im Bereich der (Spital-) Zusatzversicherung aufgrund des KVG zu untersuchen und zu diesem Zweck Leitfadeninterviews mit Versicherern, Kantonen und Spitälern zu führen.

Die in den Gesprächen gemachten Angaben sowie die zur Verfügung gestellten Statistiken werden von der Prognos vertraulich behandelt und nicht als Einzelinformation an den Auftraggeber weitergegeben. Der Auftraggeber erhält einen synthetischen Bericht, in dem die Untersuchungsergebnisse in verallgemeinerter Form dargestellt sind.

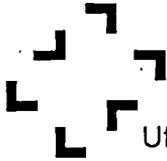
Ausserdem bekommt der Auftraggeber eine generalisierte Aufstellung zu den Merkmalen, die aufgrund von verfügbaren Statistiken auch quantitativ belegt werden können. In dieser Dokumentation sind also keine konkreten Daten enthalten, sondern nur die Angabe, dass es die entsprechenden Daten gibt.

Bern, 27. Mai 1999



L. Gärtner, Leiter
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung

Übersicht A. 6



Bundesamt für Privatversicherungswesen
Office fédéral des assurances privées
Ufficio federale delle assicurazioni private
Federal Office of Private Insurance

3003 Bern, 7. Juli 1999

☎ ++41 31 322 79 11
FAX ++41 31 323 71 56

Direktwahl 031 322 79 23

E-Mail peter.streit@bpv.admin.ch

In der Antwort anzugeben 212.8-14 / Sp

Visana Versicherung
Direktion
Herrn Johannes Hopf
Weltpoststr. 19/21
3000 Bern 15

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Untersuchungen der Firma Prognos AG, Basel, über die Krankenzusatzversicherungen

Sehr geehrter Herr Hopf

Anfangs Mai 1999 informierte Sie die Firma Prognos AG über ihren Forschungsauftrag, der die Auswirkungen der Trennung zwischen obligatorischer Krankenpflegegrundversicherung und Zusatzversicherungen nach Privatversicherungsrecht untersuchen will. Gleichzeitig bat Sie die Firma Prognos AG um die Nennung eines Ansprechpartners aus der Direktion, um anlässlich eines Gesprächs diesbezügliche Fragen zu erörtern.

Den Anlass zu dieser Untersuchung gibt Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung, der das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) zur Durchführung einer Wirkungsanalyse des neuen KVG verpflichtet. Dies ist der Grund, warum das BSV als Auftraggeber der Firma Prognos AG auftritt, auch wenn der Bereich Zusatzversicherungen betroffen ist.

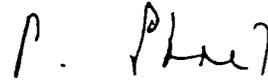
Unser Amt ist vom BSV vor Beginn des Forschungsprojektes orientiert worden. Wir haben unsere aktive Mithilfe zugesichert, da wir die Resultate der Studie für die weitere Ausgestaltung der Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz als wichtig erachten, nicht zuletzt im Hinblick auf die Beurteilung von parlamentarischen Vorstössen zum Thema Zusatzversicherungen.

Wir bitten Sie daher, auch in Ihrem eigenen Interesse der Prognos AG einen Gesprächspartner Ihrer Geschäftsleitung zu nennen und mit dieser Firma einen Besprechungstermin zu vereinbaren (Prognos AG, Missionsstr. 62, 4012 Basel, Tel. 061/32 73 200, FAX 061/32 73 300).

Für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe bei der Wirkungsanalyse danken wir.

Mit freundlichen Grüßen

BUNDESAMT FÜR
PRIVATVERSICHERUNGSWESEN



Peter Streit, Mitglied der Amtsleitung

Kopie z.K. an

- Prognos AG Basel
- Herrn L. Gärtner, BSV

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. N° 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. N° 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

- | |
|---|
| <p>* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
 * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
 * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
 ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
 ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Bern
 ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna</p> |
|---|

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. N° 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. N° 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. N° 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	EDMZ* 318.010.6/99 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	EDMZ * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandsaufnahme. Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan, 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA, 2/00	EDMZ * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Nr. 3/00	EDMZ * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG. Nr. 4/00	EDMZ * 318.010.4/00 d

- | |
|--|
| <p>* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
 * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
 * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
 ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
 ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
 ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna</p> |
|--|