



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

Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung

Expertenbericht zur Prüfmethode des BSV

Forschungsbericht Nr. 3/97

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.

Autor: Prof. Dr. Heinz Schmid
Moosackerweg 21
4105 Biel-Benken

Koordination und Auskünfte: Stephan Bernhard
Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 43
3003 Bern
Telefon 031/322 91 82

Vertrieb: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale
(EDMZ), 3000 Bern

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.

Bestellnummer: 318.010.3/97 d 5.97 600

Expertise
Prämiengenehmigung
in der Krankenversicherung

PROF. DR. HEINZ SCHMID
Versicherungsmathematischer Experte

im Auftrag Bundesamt für Sozialversicherung
(BSV-Nr. E96/008)

15. April 1997

Vorwort des BSV

Nach der ersten Runde der Prämien genehmigungen unter dem neuen Krankenversicherungsgesetz haben verschiedene Kreise vermehrte Transparenz bezüglich der Berechnung der Prämien und insbesondere deren Genehmigung durch das BSV gefordert. Aus diesem Grunde haben wir Herrn Professor Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker und ausgewiesener Experte der Krankenversicherung, damit beauftragt, unsere Prüfungsmethode auf ihre Zweckmässigkeit hin zu untersuchen und Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten. Der Bericht des Gutachters, den wir nachstehend veröffentlichen, erfüllt unsere Erwartungen in jeder Hinsicht. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass eine erste Version dieses Gutachtens anlässlich des vom BSV organisierten "Seminars über Gestaltung und Kontrolle der Prämien nach KVG" vom 20. März 1997 den Vertretern der Versicherer, der Kantone sowie der Patienten- und Konsumenten-Organisationen durch den Experten präsentiert wurde. Sämtliche Teilnehmer betonten, dass die vorgelegte Expertise im wesentlichen entscheidende Lösungsvorschläge enthält (die nachfolgend publizierte definitive Fassung des Gutachtens trägt den Diskussionen anlässlich dieses Seminars Rechnung). In der Tat sind wir im heutigen Zeitpunkt daran, die Expertenvorschläge zum Ausbau der Prämienkontrolle umzusetzen und die Erstellung von Kostenprognosen durch die Kantone und die Krankenversicherer und deren Abstimmung voranzutreiben und zu koordinieren. Es handelt sich dabei um bedeutsame Vorhaben im Interesse der Glaubwürdigkeit unserer Krankenversicherung. Die Versicherten, welche teilweise hohe Prämien entrichten müssen, die öffentliche Hand, die das Gesundheitswesen in einem bedeutenden Ausmass mitfinanziert und die zudem Subventionen zur Prämienverbilligung an Minderbemittelte ausrichtet, haben ein Anrecht darauf zu erfahren, wie die Prämien berechnet werden und welche Kriterien für die Prüfung und Genehmigung der Prämientarife durch die Aufsichtsbehörde zu berücksichtigen sind. Das vorliegende Gutachten von Professor Schmid leistet einen wesentlichen Beitrag zur Schaffung der erforderlichen Transparenz auf diesem Sektor.

Markus Moser, Vizedirektor
Chef der Hauptabteilung
Kranken- und Unfallversicherung

Expertise Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung

Zusammenfassung

1. Als Basis für die Genehmigung der Prämien nach KVG für das Jahr (n+1) dienen dem Bundesamt für Sozialversicherung heute pro Kasse und pro Kanton die Ergebnisrechnungen für das Jahr (n-1), die Hochrechnung/Prognose für das laufende Jahr n sowie das Budget für das Jahr (n+1). Diese Daten und die neuen Prämien stehen dem BSV nicht auf einem elektronischen Datenträger zur Verfügung.
2. Gestützt auf diese Unterlagen bestimmt das BSV verschiedene Kennziffern und Verhältniszahlen pro Kanton. Insbesondere wird der durchschnittlich pro Kopf und Kanton errechnete Deckungsbeitrag 2 (Summe der Einnahmen aus Prämien, Koba, Rückvers., Subventionen etc. abzüglich die Bruttoleistungen, Prämien Rückvers., Verwaltungskosten, Abschreibungen etc., aber ohne die Zuweisungen an die Rückstellungen und Reserven) bezüglich absoluter und relativer Abweichung zum schweizerischen Mittel analysiert.
3. Die Prämien 1997 und die Gesamtbelastung aus Prämie und Kostenbeteiligung wird analysiert. Es wird festgestellt, dass die Maximalprämien pro erwachsene Person und pro Kanton bis zu 100 % und mehr über den entsprechenden Minimalprämien liegen.
4. Die vom BSV bis heute angewandte Prüfmethode genügt den heutigen Anforderungen nicht mehr. Die von den Krankenversicherern gelieferten Daten sind detailliert zu analysieren, indem für die absoluten Werte und für die Werte pro versicherte Person verschiedene Verhältniszahlen bestimmt, logische Kontrollen durchgeführt und Quervergleiche zwischen den Kassen pro Kanton und pro Kasse zwischen den Kantonen durchgeführt werden.
5. Eine wichtige Grundlage bei der Ueberprüfung der vorgelegten Prämien bilden die Ergebnisse der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Die Daten des Risikoausgleichs stehen pro Kasse und Kanton für alle Risikogruppen, getrennt nach Männern und Frauen auf einem elektronischen Datenträger zur Verfügung.
6. Die Kantone sollen keine Kompetenz zur Prämiengenehmigung erhalten. Sie sollen aber beigezogen werden bei der Beurteilung der im folgenden Jahr zu erwartenden Veränderung der Behandlungskosten, die gemäss KVG den Krankenversicherern in Rechnung gestellt werden.
7. Die meisten der vom Experten gestellten Anträge sind vom BSV, den Krankenversicherern und den Kantonen bereits für die Prämienrunde 1998, die Ende September 1997 abgeschlossen sein muss, realisierbar. Dabei wird eine deutliche Verfeinerung der Analyse der Daten der Versicherer unter Einbezug der Daten des Risikoausgleichs, eine verstärkte Kooperation zwischen den Versicherern und den Kantonen sowie ein verbessertes Kommunikationskonzept bezüglich Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen und der Prämien angestrebt.
8. Bei allen Diskussionen über die Prämien und deren Entwicklung darf nicht vergessen werden, dass die Prämien nach KVG stets nur die Folge der sich verändernden Gesundheitskosten sind. Prämiendämpfungsmassnahmen sind deshalb nur sinnvoll, wenn gleichzeitig die Leistungserbringer zu einer entsprechenden Reduktion der Behandlungskosten gezwungen werden können. Das neue KVG bietet hierzu verschiedene Möglichkeiten, um die Leistungserbringer mit vermehrten Marktmechanismen zu einer wirtschaftlich günstigeren Behandlung zu motivieren.

Expertise

Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung

1 Auftrag

1.1 Auftrag vom 4.12.96

Das BSV umschreibt den Auftrag an den Experten gemäss Vertrag BSV-Nr. E96/008 vom 4.12.96 wie folgt:

"Der Beauftragte wird beauftragt, zu Handen des BSV zu beurteilen:

1. ob die Prüfungsmethode des BSV sicherstellt, dass bei Anwendung des jeweiligen Prämientarifs die finanzielle Lage des Versicherers (Reserve- und Rückstellungsquote) gesichert bleibt, so dass er jederzeit seinen finanziellen Verpflichtungen nachkommen kann;
2. ob durch die Prüfungsmethode des BSV die Einhaltung des Grundsatzes der - i.d.R. kantonal und regional abgestuften - kostengerechten Prämien sichergestellt werden kann;
3. ob und in welcher Funktion die Kantone in das Prüfverfahren einbezogen werden können.

Die Beurteilung umfasst:

- die Darstellung der Elemente, welche die Krankenkassen bei der Festsetzung der Prämien zu berücksichtigen haben,
- die Prüfung der Zweckmässigkeit der eingeforderten Unterlagen,
- die Prüfung der Aussagekraft der bei der Prüfung durch das BSV verwendeten Kennzahlen/Indizes,
- die Prüfung des Vorgehens des BSV in jenen Fällen, in denen die Prämien eines Versicherers aufgrund einzelner Kennzahlen beanstandet werden müsste, in denen aber aufgrund weiterer Kriterien von einer Beanstandung abgesehen wird.

In der Expertise sind allfällige Verbesserungsmöglichkeiten in bezug auf die von den Krankenkassen verlangten oder auch anderweitig verfügbaren Unterlagen wie auch auf das Verfahren, nach welchem die Prüfung der von den Versicherern eingereichten Unterlagen erfolgt (Bildung von Kennzahlen/Indizes, Kriterien zu deren Wertung), aufzuzeigen. Dabei ist sowohl auf die Möglichkeit eines Bezugs der Kontrollstellen als auch einer Verwendung der im BSV erfassten Administrativdaten einzugehen. Die Vorschläge müssen dem zeitlichen Rahmen, welcher für die Prämiengenehmigung zur Verfügung steht, Rechnung tragen. Ein allfälliger zeitlicher, personeller oder finanzieller Mehraufwand ist grob zu schätzen und auszuweisen.

Von besonderem Interesse ist die Frage, ob und wieweit die Kantone in das Verfahren einbezogen werden können und sollen, sei dies in der Phase der Entscheidungsvorbereitung durch die Bereitstellung von Unterlagen bzw. Daten, sei es im Genehmigungsverfahren selbst.

Es ist zu unterscheiden nach kurzfristig, d.h. auf die 1997 durchzuführenden Prämien genehmigungen hin, und längerfristig realisierbaren Massnahmen."

1.2 Auftragsanalyse

Grundsätzlich besteht der Auftrag aus zwei Teilen, indem

- einerseits schwergewichtig die heute bestehende Methode des BSV einer kritischen Prüfung unterzogen werden soll und
- andererseits zu untersuchen ist, ob die Kantone neu in das Verfahren einbezogen werden sollen.

Der Auftrag enthält zudem konkrete Fragestellungen, Abgrenzungen, Erläuterungen, Anregungen und auch Wünsche des Auftraggebers, welche zeigen, dass im BSV selbst vermutet wird, das heute geltende Prüfverfahren könne verbessert werden.

Der Gutachter hat die Absicht,

- ⇒ in einer ersten Phase das heute geltende Prüfverfahren detailliert darzustellen, dessen Mängel aufzuzeigen und erste Verbesserungen vorzuschlagen,
- ⇒ In einer zweiten Phase die Frage zu beantworten, ob die heute beim BSV, den Versicherern oder den Leistungserbringern zur Verfügung stehenden statistischen Unterlagen über das Gesundheitswesen und speziell über die Krankenversicherung Elemente enthalten, welche bei der Prämien genehmigung nutzbringend verwendet werden können,
- ⇒ in einer dritten Phase Vorschläge für eine Optimierung des Genehmigungsverfahrens durch das BSV auszuarbeiten,
- ⇒ eine allfällige Kompetenzdelegation an die Kantone bezüglich Prämien genehmigung bzw. den Einbezug der Kantone im Vorfeld der Prämien genehmigung in einer vierten Phase zu untersuchen und
- ⇒ in einer letzten Phase die wichtigsten Ursachen für die Prämiensteigerungen darzustellen sowie Möglichkeiten und Massnahmen für Prämie einsparungen aufzuzeigen.

1.3 Zeitplan

Der im Vertrag vorgesehene Zeitplan kann wie folgt ergänzt und modifiziert werden:

- Auftragserteilung durch das BSV mit Vertrag vom 4.12.96
- 29.1.97 Vorbesprechung der Arbeitstagung vom 20.2.97 zur Umsetzung des KVG
- Besprechung eines Entwurfes des Gutachtens am 14.2.97 mit dem BSV und Erstellung einer bereinigten Fassung bis 28.2.97

- 20.2.97 Arbeitstagung zur Umsetzung des KVG, insbesondere Themenkreis 3: Prämien, zu welchem der Gutachter als Experte eingeladen ist
- Einbau der Ergebnisse zum Thema 3 Prämien der Arbeitstagung vom 20.2.97 in das Gutachten
- 24.2.97 Vorbesprechung der Arbeitstagung vom 20.3.97
- 20.3.97 Arbeitstagung mit Vertretern des BSV, KSK, SDK und Patientenorganisationen
- Redaktion des um die Ergebnisse der Tagungsdiskussion vom 20.3.97 ergänzten Schlussberichtes bis 15.4.97.

2 Grundlagen

2.1 BSV

Das BSV hat mir verschiedene Unterlagen zur Verfügung gestellt, welche das heute geltende Genehmigungsverfahren beschreiben und mit konkreten Beispielen erläutern. Dies sind als Hauptgrundlagen:

- das Kreisschreiben 96/7 des BSV an die KVG Versicherer und ihre Rückversicherer vom 3.6.96 inkl. Formulare
- Notiz der Abt. Krankenversicherung vom 24.10.96 an Herrn Direktor Walter Seiler inkl. konkrete Zahlenbeispiele einiger Krankenkassen zur Illustration der Methode
- Stellungnahmen seitens der Kantone NE und VD zur Frage der Prämien genehmigung
- Unterlagen der Sektion Statistik des BSV zu den Administrativdaten sowie der HMO/Bonus-Evaluation
- Prämien 1996 und 1997 (KVG-Wegweiser, Diskette)

2.2 Kassen

Anlässlich einer Besprechung vom 8.1.97 mit Vertretern des KSK, RESO und Gemeinsame Einrichtung KVG (Risikoausgleich) erhielt der Gutachter weitere wertvolle Unterlagen, wie

- Trendanalyse der Krankenpflegekosten und entsprechende, mit kantonalen Daten versehene Rundschreiben Nr. 56 und 60/1996 des KSK an die Kassen und die Kantone
- Plausibilitätsanalyse der Gesundheitsdirektion des Kantons Bern vom 6.12.96
- Weisungen vom 29.2.96 der Gemeinsamen Einrichtung KVG betr. Datenerhebung für den definitiven Risikoausgleich 1995 und den provisorischen Risikoausgleich 1997
- Daten provisorischer Risikoausgleich 1997 nach Kanton mit den Gruppenschnitten der einzelnen Risikogruppen

- Anonymisierte Daten von 15 Kassen (je 5 grosse, mittlere und kleine) für 7 Kantone

2.3 SDK

Von der SDK (Herr Wyss, Zentralsekretär) erhielt ich am 10.1.97

- Verschiedene Unterlagen zur Resolution der SDK zur Prämienentwicklung in der Krankenversicherung
- Kommentare einzelner Kantone sowie Zeitungsberichte zur Frage der Prämienfestsetzung durch die Kassen und die Prämien genehmigung durch das BSV

2.4 Gesetzliche Grundlagen

Die Grundsätze für die Prämienberechnung durch die Kassen sowie die Genehmigung durch das BSV finden sich im KVG (Art. 60-63) und in der KVV (Art. 89-103). Weitere prämiensrelevante Bestimmungen enthalten die Verordnungen über den Risikoausgleich und über die Prämienverbilligung.

3 Heutige Genehmigungsmethode; Ablauf 1996 für Prämien 1997

3.1 Basisunterlagen der Versicherer

Bis 31.7.96 haben die Kassen gemäss Kreisschreiben 96/7 vom 3.6.96 die folgenden Unterlagen dem BSV einzureichen:

- Prämientarif 1997
- Budget 1996 (Hochrechnung des Standes Juli 1996)
- Budget 1997
- Ergebnisrechnung für jeden Kanton und die ganze Schweiz (für 1995-1997) (Tabelle A 1/1, Formular 96.419)
- Kommentar der Kasse zum Budget, im Sinne einer kassenindividuellen Beschreibung der angewandten Annahmen (z.B. Teuerung) und weiteren Überlegungen, welche die Budgetierung massgeblich beeinflusst haben.

3.2 Beurteilungsmethode des BSV

Nachfolgend werden die bestehenden Analysen, gestützt auf diese Unterlagen der Kassen, bei der Prämien genehmigung durch das BSV erläutert und einer kritischen Beurteilung unterzogen:

Gestützt auf die Unterlagen gemäss Rundschreiben 96/7 bestimmt das BSV verschiedene Kennziffern und Verhältniszahlen pro Kanton. Insbesondere wird der durchschnittlich pro Kopf und Kanton errechnete Deckungsbeitrag 2 (Tabelle A 1/1), d.h. vor Zuweisung an die Rückstellungen und Reserven, bezüglich absoluter und relativer Abweichung zum schweizerischen Mittel analysiert. Präzisierend ist allerdings festzuhalten, dass bei der relativen Abweichung der Index, d.h. der kantonale absolute

Durchschnittswert pro versicherte Person in Prozent des schweizerischen Mittels (= Index 100) gemessen wird. Dabei werden Abweichungen von bis +/- 50 Indexpunkte und bis +/- Fr. 100.- als zulässig betrachtet und toleriert.

Die nachfolgende Texttafel soll dies gestützt auf das in den Tabellen B 1/7 - B 7/7 detailliert wiedergegebene konkrete Beispiel der Kasse XY (bzw. BEISPIEL) veranschaulichen.

Die Daten der Kasse XY (Formular 96.419, Ergebnisrechnung) stehen mir für sechs Kantone sowie die Jahre 1995 (IST), 1996 (Hochrechnung) und 1997 (Budget) zur Verfügung (Tabellen B 1/7 - B 7/7). Aus Gründen des Datenschutzes habe ich dabei die von der Kasse gemeldeten Daten mit einem konstanten Faktor verändert, damit Aussenstehende keine Rückschlüsse (z.B. anhand der Mitgliederzahlen pro Kanton) auf den Namen der Kasse ziehen können. Aus demselben Grunde habe ich auch die konkreten Namen der Kantone durch A bis F ersetzt. Die nachfolgend beschriebenen Verhältniszahlen werden durch den konstanten Faktor nicht beeinflusst.

Die von der Kasse XY für 1997 budgetierten Deckungsbeiträge 2 werden vom BSV wie folgt ausgewertet:

Kanton	Deckungsbeitrag 2 (Fr.) pro versicherte Person	Index (%)	Abweichung (Fr.) Kanton von CH
CH	51.23	100	0
A	190.61	372 *	139 *
B	-156.74	-306 *	-208 *
C	178.05	348 *	127 *
D	164.11	320 *	113 *
E	-35	-1	-52
F	100.64	196 *	49

* Limite von ± 50 Indexpunkte bzw. \pm Fr. 100.- überschritten

Die mit * versehenen Werte zeigen an, dass die vom BSV gesetzten Limiten für die Abweichungen (+/- 50 Indexpunkte und +/- Fr. 100.-) überschritten werden. Liegen sowohl die relative wie auch die absolute Abweichung ausserhalb dieser Grenzen, sieht sich das BSV zu einer Intervention veranlasst. Konkret bedeutet dies, dass im oben stehenden Beispiel die Kantone A - D weiter analysiert werden. Die Prämien für die Kantone E und F werden genehmigt, weil nur eine Komponente ausserhalb der gesetzten Limite liegt.

Prämien, für welche die Deckungsbeiträge 2 ausserhalb dieser Toleranzgrenze liegen, werden mit der kantonalen Durchschnittsprämie verglichen und nur dann als Spezialfall weiterbearbeitet, wenn zu hohe Prämien über diesem Durchschnitt bzw. zu tiefe Prämien unter diesem kantonalen Wert liegen. Bei der Beurteilung der Spezialfälle wird in der Regel die gesamte finanzielle Situation der Kasse berücksichtigt. Grössere Prämienanpassungen werden insbesondere dann genehmigt, wenn nur mit diesen Prämien die notwendigen Rückstellungen und die gesetzlich vorgeschriebenen minimalen Reserven sichergestellt werden können.

Für das oben stehende Beispiel bedeutet dies u.a.:

Kanton A: Prämienhöhung zu hoch. Weil die Prämie aber unter der kantonalen \emptyset Prämie liegt, erfolgte keine Beanstandung.

Kanton B: Prämienhöhung eigentlich zu tief. Weil die Prämie aber über der kantonalen \emptyset Prämie liegt, erfolgte keine Beanstandung.

Kanton C: Prämienhöhung zu hoch. Da aber die Deckungsbeiträge 1995 und 1996 negativ waren, wurde auch diese Prämie genehmigt.

Für Prämien, die auch nach dieser Beurteilung zu beanstanden waren, wurden in Verhandlungen mit den Versicherern Korrekturen angestrebt. Dabei mussten bei 9 Krankenkassen insgesamt 52 Prämien nach oben und 16 Prämien nach unten korrigiert werden.

3.3 Analyse der vom BSV genehmigten Prämien 1997

Die ab 1.1.97 genehmigten Prämien hat das BSV mit dem "KVG Wegweiser; Grundversicherungsprämien 1997" am 7.10.96 veröffentlicht. Damit lassen sich die Prämienstrukturen detailliert analysieren. Die tiefste Prämie für eine erwachsene Person beträgt für die Region 1 Fr. 60.- im Kanton VS. Als höchste Prämie für die Region 1 finden wir im Kanton GE eine Erwachsenenprämie von Fr. 382.-. Dazwischen liegen 1'074 verschiedene kantonale Prämien von 124 Kassen. Annähernd gleich viel Prämienpositionen weisen die Region 2 und 3 sowie die Kinder und die Jugendlichen in Ausbildung auf.

Mit einigen Tabellen und Grafiken werden nachfolgend die Prämienstrukturen 1997 analysiert:

Tabelle C 1/2 gibt ein Bild über die grosse Auswahl pro Kanton und Region 1 der Erwachsenenprämien. Die tiefste Prämie wird mit Fr. 60.- im Kanton VS, die höchste mit Fr. 382.- im Kanton GE angeboten. Die Maximalprämien liegen pro Kanton in der Regel um mindestens 50 % über den Minimalprämien. Die Minimalprämien liegen praktisch alle im Intervall Fr. 100.- bis Fr. 150.-. Die Versicherten können zudem pro Kanton unter mindestens 38 Kassen auswählen.

Tabelle C 2/2 zeigt pro Kanton und Region 1 die Minimal- und die Maximalprämien für Kinder. Daraus geht hervor, dass für 23 Kantone diese Kinderprämien zwischen Fr. 25.- und Fr. 35.- liegen. Die tiefste minimale Kinderprämie wird im Kanton GR mit Fr. 21.- und die höchste in den Kantonen GE und VD mit Fr. 53.20 angeboten.

Die meisten Maximalprämien für Kinder liegen zwischen Fr. 55.- und Fr. 70.-. Die grösste maximale Kinderprämie wird im Kanton GE mit Fr. 128.80 angeboten. Für die meisten Kantone liegen die Minimal- und die Maximalprämien für Kinder im Verhältnis 1:2, d. h. die Spannweite für das nach KVG einheitlich definierte "Produkt" Krankenpflegeversicherung ist erstaunlich gross.

Die Grafiken A 1/4 - A 4/4 zeigen die Minimal- und Maximalprämien für Kinder und für Erwachsene der Region 1 pro Kanton mit den absoluten und den relativen Werten.

Allein schon diese Analyse zeigt, dass die Prämienkalkulationen der Kassen für die einheitliche Versicherungsdeckung offenbar auf sehr unterschiedlichen Grundlagen basieren. Dieser Eindruck wird verstärkt durch die Tatsache, dass ja die unterschiedlichen Altersstrukturen mit den Beiträgen von und den Abgaben an die Gemeinsame Einrichtung KVG (Risikoausgleich) ausgeglichen werden sollen.

Die Tabellen D 2/2 - D 2/2 zeigen zudem die sehr einseitige Struktur der Krankenkassen in bezug auf die Zahl der versicherten Personen. Knapp 10 % der Kassen (11 von 124) mit je mehr als 100'000 Mitgliedern versichern 85 % der Gesamtzahl der Versicherten (7'027'135) bzw. 90 % der Kassen versichern 15 % der versicherten Personen.

3.4 Gesamtbelastung der Versicherten aus Prämie und Kostenbeteiligung

Die Kostenbeteiligung ist in den Art. 64 KVG und Art. 93 - 95 und 103 KVV geregelt. In den Tabellen E 1/2 - E 2/2, F 1/3 - F 3/3 und den Grafiken B 1/3 - B 3/3 sind die möglichen Belastungen aus der Kostenbeteiligung dargestellt. Die Kostenbeteiligungen mit höheren Franchisen sind zudem der gesetzlichen Basisfranchise von Fr. 150.- gegenübergestellt. Wird diese Differenz der Kostenbeteiligung unter Berücksichtigung der Reduktionsfaktoren für höhere Franchisen auf Monatsprämien umgerechnet, erhalten wir Grenzbeträge für Prämien, ab welchen in jedem Falle eine höhere Franchise zu einer tieferen Gesamtbelastung (Prämie und Kostenbeteiligung) des Versicherten führt, auch wenn der Versicherte alle Jahre hohe Behandlungskosten hat.

Aus Tabelle E 1/2 sehen wir beispielsweise, dass bei einer Monatsprämie von mehr als Fr. 112.50 die Reduktion von 10 % bei einer Franchise von Fr. 300.- bis zu Kosten von Fr. 6'000.- in jedem Fall mehr ausmacht als die mögliche Mehrbelastung durch die Kostenbeteiligung. Bei einer Monatsprämie von mehr als Fr. 187.50 lohnt sich gar eine Franchise von Fr. 600.-, auch wenn pro Jahr Behandlungskosten in unbegrenzter Höhe anfallen. Weitere Beispiele können der Tabelle entnommen werden. Für einige Monatsprämien sind die Belastungen pro Jahr aus Prämie und Kostenbeteiligung (in Abhängigkeit der möglichen Kosten) grafisch dargestellt (Grafiken B 1/3 - B 3/3).

Diese Analyse zeigt deutlich, dass die höheren Franchisen mit zunehmenden Prämien aus der Sicht des Versicherten eindeutig billiger werden als die gesetzliche Jahresfranchise von Fr. 150.-. Weiter kann und muss der Schluss gezogen werden, dass die heute in Art. 95 KVV festgelegten Reduktionsfaktoren zu hoch sind, weil sie sich mit der Kostenentwicklung im Laufe der letzten Jahre stark abgewertet haben. Die heute geltenden Ansätze gehen noch auf das vom Gutachter in den Jahren 1980 bis 1985 geleitete Forschungsprojekt "Datenanalyse in der Krankenversicherung" im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes Nr. 8 zurück. Eine Revision dieser Reduktionsfaktoren scheint mir dringend notwendig zu sein, weil sonst die reduzierten Prämien die Kosten nach Abzug der Kostenbeteiligung nicht mehr zu decken vermögen und Quersubventionierungen aus der gesetzlichen Grundversicherung notwendig werden.

3.5 Kritische Beurteilung der heutigen Methode

Die im Abschnitt 3.2 skizzierte Methode der Prämien genehmigung, das Studium der mir als Beispiele ausgehändigten Ergebnisrechnungen (Tabellen B 1/7 - B 7/7) mit Kommentar BSV und die in den Abschnitten 3. 3 und 3. 4 geschilderten Analysen führen zu folgender Beurteilung der heutigen Situation:

3.5.1 Grundsätzliches

- Eine effiziente Analyse und Kontrolle der von den Kassen gemäss Kreisschreiben 96/7 zu erstellenden Dokumente (Ergebnisrechnung, Budgets) ist in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit nur möglich, wenn die Kassen ihre Angaben auf einem vom BSV vorgegebenen Datenträger (Diskette) termingerecht einreichen.
- Die mir zur Verfügung gestellten Unterlagen zeigen zudem bezüglich Vollständigkeit Lücken, indem beispielsweise die für die Beurteilung wichtige Angabe der Durchschnittsalter fehlt. Zudem sind vermutlich einzelne Angaben zusammengefasst (Ziffern 40-49 + 69: Verwaltungsaufwand) oder fehlen ganz.

- Die Struktur der Kommentare zu den Budgets sind weitgehend verbal, nicht einheitlich und demzufolge kaum systematisch und vergleichend auswertbar.
- ➔ Das BSV hat von den Kassen die Informationen gemäss Kreisschreiben 96/7 auf einem im BSV lesbaren Datenträger (Diskette) in einheitlicher und vollständiger Form zu verlangen.
- ➔ Anstelle des Kommentars ist ebenfalls ein Raster zu definieren, welches die von den Kassen verwendeten Annahmen und Parameter (z.B. Veränderungsraten der Zahl der Versicherten und der Durchschnittsalter, Teuerungsraten, Annahmen betr. Mengenausweitungen, Schlüssel betr. Aufteilung der Verwaltungskosten etc.) enthält.

3.5.2 Materielle Beurteilung der Kennziffern/Indizes

- Die Beurteilung der Indizes der Deckungsbeiträge 2 pro versicherte Person und pro Kanton scheint mir nicht aussagekräftig zu sein, weil der Index kein geeignetes Mass für die Messung der Abweichung vom Mittelwert CH darstellt. Wie das BSV selbst schon festgestellt hat, wird die von ihm festgelegte Toleranzgrenze von +/- um so kleiner, je näher das Ergebnis CH bei 0 liegt.
- Die Toleranzgrenzen $\pm 50\%$ bzw. \pm Fr. 100.- sind zufällig und nicht in Relation zur effektiven Streuung der kantonalen Mittelwerte.
- Die nachfolgende Tabelle zeigt anstelle der Indizes die prozentualen Abweichungen der kantonalen Werte vom Durchschnittswert für die CH:

Kanton	Deckungsbeitrag 2 (Fr.) pro vers. Person	Abweichung (%) Kanton von CH	Abweichung (Fr.) Kanton von CH
CH	51.23	0	0
A	190.61	272	139
B	-156.74	-406	-208
C	178.05	248	127
D	164.11	220	113
E	-.35	-101	-52
F	100.64	96	49

- Bei dieser Betrachtung werden die Abweichungen vom Mittelwert deutlicher. Zudem spielt es keine Rolle, ob die Abweichung positiv oder negativ ist. Ein Problem bleibt allerdings auch mit dieser Kennziffer bestehen, nämlich die Problematik, wenn der Mittelwert nahe bei 0 liegt. Das Kriterium der absoluten Abweichung in Fr. ist deshalb sicher weiter zu berücksichtigen, sofern die Beurteilungsmethode nicht anderweitig (siehe Abschnitt 4) optimiert wird.
- Die weiteren Beurteilungskriterien muten etwas zufällig an. Wenn konkrete Kriterien allenfalls nicht erfüllt sind, können sich für die Sicherstellung des finanziellen Gleichgewichtes Massnahmen aufdrängen, die zu einer Prämienenerhöhung führen müssen, auch wenn die Prämie bereits über der Durchschnittsprämie der anderen Kassen liegt.
- Wenn das finanzielle Gleichgewicht pro Kasse auf kantonaler Ebene, gestützt auf Art. 61 KVG, angestrebt werden soll, sind die notwendigen Prämienanpassungen nicht zu stark zu limitieren. Dass dabei die grossen Schwankungen der kleinen Kas-

sen pro Kanton sich problematisch auswirken können, ist klar ersichtlich. Dazu werde ich in einem späteren Abschnitt Lösungsvorschläge skizzieren.

- Rückstellungen und Reserven müssen aus den Prämien ebenfalls geäuftnet werden, sind also schon bei der Beurteilung der kantonalen Werte zu berücksichtigen.
 - Gemäss Art. 61 KVG können die Prämien nach ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abgestuft werden. Zu den Kostenunterschieden ist ebenfalls die Aeuffnung der Rückstellungen und der Reserven zu zählen.
 - Bezüglich Formular für die Ergebnisrechnung ist das BSV nicht konsequent. Gestützt auf Art. 61 KVG hat das BSV bisher immer die Auffassung vertreten, dass kantonale Quersubventionierungen grundsätzlich nicht mehr möglich sein sollen. Deshalb sind die Angaben über die Rückstellungen und die Reserven ebenfalls kantonal für den finanziellen Ausgleich heranzuziehen.
- Es stellt sich die grundsätzliche Frage, ob es Aufgabe der Aufsichtsbehörde sein kann, Prämien als zu hoch zu bezeichnen und nach unten zu korrigieren, wenn nicht mehr Kriterien für eine umfassende Prüfung der beantragten Prämien herangezogen werden. Übernimmt das BSV damit nicht nur eine unnötige zusätzliche Verantwortung für die finanzielle Sicherheit dieser Kasse ?
- Durch die Forderung einer Prämienreduktion kann eine Kasse allenfalls gezwungen werden, das Prinzip des Verbotes der kantonalen Quersubventionierung zu verletzen, weil innerhalb des Kantons die ungenügenden Prämien für den Ausgleich nicht mehr ausreichen.
- Solange pro Kanton für dieselben Versicherungsleistungen mindestens 38 Kassen mit einem Prämienpektrum von in der Regel mehr als +/- 20 % ihre Leistungen anbieten, besteht aus der Sicht der Aufsichtsbehörde und auch der Versicherten selbst kein zwingendes Bedürfnis, die echte Marktsituation und den Wettbewerb einzuschränken. Das BSV hat sich primär darauf zu konzentrieren, dass die finanzielle Sicherheit der Kassen jederzeit gewährleistet ist.
- Die von den Kassen gemeldeten Daten gestatten eine sehr viel detailliertere Prüfung auf logische und materielle Unstimmigkeiten.
- Die Analyse der Kassendaten kann ohne grossen Mehraufwand optimiert werden, sofern alle Daten auch auf einer vom BSV definierten und formatierten Diskette zur Verfügung gestellt werden.

3.5.3 Transparenz

- Bezüglich Berechnung der neuen Prämien besteht kaum Transparenz. Die von den Kassen dem BSV zur Verfügung gestellten Unterlagen und Informationen, obschon auf einheitlichen Formularen, sind sehr uneinheitlich und nicht standardisiert, was Quervergleiche und Gesamtanalysen der von den Kassen verwendeten Parametern und Steigerungsraten sehr erschwert.
- Das BSV basiert weitgehend auf dem von der Kasse pro versicherte Person bezogenen Deckungsbeitrag 2 und versucht in der ihm z. Vf. stehenden Zeit von anfangs August bis Ende September durch die Analyse der Abweichungen der gemeldeten kantonalen Werte vom schweizerischen Mittelwert pro Kasse die Prämienveränderungen in gewissen Schranken zu halten.

- Das BSV berücksichtigt dabei gewisse "Leitplanken" und Vorgaben gemäss KVV, wie Mindestsätze für die Reserven, für die Prämienabstufungen innerhalb des Kantons und zwischen den einzelnen Altersgruppen der Versicherten (Kinder, Jugendliche in Ausbildung, Erwachsene).
 - Die vom BSV letztlich genehmigten Prämien werden ohne Begründung veröffentlicht. Im Kommentar zum "KVG-Wegweiser" wird das Vorgehen der Prämien genehmigung kurz geschildert sowie die gesamtschweizerisch und pro Kanton berechnete durchschnittliche Erhöhung der Prämien angegeben und allgemein begründet.
 - Der Öffentlichkeit, und damit insbesondere den direkt Beteiligten im Gesundheitswesen, stehen lediglich mit der Informationsschrift "KVG-Wegweiser; Grundversicherungsprämien 1997" die nach dem geschilderten Verfahren vom BSV schliesslich genehmigten Monatsprämien für die verschiedenen Versichertenkategorien und pro Kanton/Region zur Verfügung. Wie die Veränderungen gegenüber den Vorjahresprämien pro Kanton zu begründen sind, ist nicht bekannt. Es wird auf die Begründungen der einzelnen Kassen hingewiesen. Unsachliche Diskussionen und gegenseitige Schuldzuweisungen unter den Partnern im Gesundheitswesen sind die Folge.
 - Weiterer Mangel der Transparenz: Die Kassen bestimmen die Grenzen der maximal drei Regionen selbständig, was Vergleiche zwischen den Kassen innerhalb eines Kantons zusätzlich erschwert.
- Es ist ein kleines Gremium (BSV, Kassen, SDK, ev. Leistungserbringer etc.) zu schaffen, welches die pro Kanton wichtigsten Gründe für eine Prämienanpassung (z.B. Tarif- und Mengenänderungen) beurteilt, deren Grössenordnungen festlegt und gleichzeitig mit den genehmigten Prämien veröffentlicht. Die Kassen ihrerseits haben gegenüber ihren Versicherten die davon abweichenden kassenspezifischen Begründungen darzustellen.
- Dieses Gremium müsste sich vorgängig auf die wichtigsten Grundlagen wie Statistiken der Gemeinsamen Einrichtung KVG (Risikoausgleich), Trendanalysen bzw. Kosten- und Mengenentwicklungen sowie Auswirkungen von Tarifierungen pro Kanton usw. festlegen und daraus die pro Kanton wichtigsten Begründungen für die Prämienanpassungen gemeinsam erarbeiten und spätestens mit der Publikation der vom BSV genehmigten Prämien ebenfalls veröffentlichen (siehe auch Abschnitt 5.).

4 Ausbau der Prämienkontrolle und der Prämien genehmigung

4.1 Neue Analysen auf den bestehenden Daten der Versicherer

4.1.1 Grundsatz

Die von den Kassen gemeldeten Daten bieten eine Fülle von weiteren möglichen Auswertungen mit dem Ziel, die budgetierten Veränderungen formell, logisch und materiell zu prüfen.

Zudem ist es empfehlenswert, die einzelnen Daten der Kassen innerhalb eines Kantons miteinander zu vergleichen. Auch das Bilden von Gesamtsummen kann wesentliche Hinweise für die Qualität der Kassendaten liefern.

Eine wesentliche Voraussetzung ist natürlich die Verfügbarkeit der einheitlichen und vollständigen Angaben auf einem vom BSV definierten und formatierten Datenträger. Da wir uns in diesem Abschnitt auf die optimale Auswertung der gemäss Kreisschreiben 96/7 von den Kassen zu liefernden Daten konzentrieren, müssen vorerst von den Kassen keine neuen Daten verlangt werden.

Damit die Auswertungen aber innerhalb der dem BSV zur Verfügung stehenden Zeit (August - September) effizient durchgeführt werden können, müssen diese Informationen mittels einfacher PC - Programme (z.B. Excel) rasch analysierbar sein. Dies sollte aber für die Kassen kein Problem darstellen, haben sie doch ihre Angaben (Versichertenbestände, Kosten und Kostenbeteiligungen nach Kantonen, Risikogruppen, Geschlecht und Kalenderjahr) gestützt auf die Verordnung über den Risikoaussgleich in der Krankenversicherung bereits auf Disketten zur Verfügung zu stellen. Die Übernahme der mit Kreisschreiben 96/7 verlangten Daten auf Diskette dürfte kaum Probleme aufwerfen, stellt aber die einzige Möglichkeit dar, die Daten in der z. Vf. stehenden Zeit systematisch zu analysieren.

Dabei können grundsätzlich sechs Erweiterungen gegenüber den heute durchgeführten Auswertungen vorgenommen werden. Dazu verweise ich wieder auf die Tabellen B 1/7 - B 7/7 mit den konkreten Daten einer Kasse für sechs Kantone. Ich unterteile die Erweiterungen wie folgt:

- 1) Tabelle mit allen Veränderungen (in %) pro Kanton der von den Kassen mittels Ergebnisblatt gemeldeten Grunddaten für die Jahre 1995/96, 1995/97 und 1996/97.
- 2) Tabelle mit den auf eine versicherte Person bezogenen Daten pro Kanton und Jahr
- 3) Tabelle mit den Veränderungen (in %) pro Kanton der auf eine versicherte Person bezogenen Grunddaten für die Jahre 1995/96, 1995/97 und 1996/97.
- 4) Bildung einiger Verhältniszahlen innerhalb eines Jahres mit den von der Kasse gemeldeten Grunddaten.
- 5) Kritische Analyse der so erhaltenen Kennziffern innerhalb des Kantons, zwischen den Kantonen pro Kasse sowie auch zwischen den Kassen pro Kanton.
- 6) Bildung von Kontrollzahlen als Summe bestimmter Grunddaten (z.B. Summe aller Versicherten \leq Bevölkerung der Schweiz, Summe der Risikobeiträge und - Abgaben sollte theoretisch den Wert Null ergeben).

Die einzelnen Kennzahlen werde ich am Beispiel der mir zur Verfügung gestellten Daten einer Krankenkasse XY für die sechs Kantone A bis F veranschaulichen und kommentieren. Aus Gründen des Datenschutzes habe ich dabei die von der Kasse gemeldeten Daten mit einem konstanten Faktor verändert, damit Aussenstehende keine Rückschlüsse (z.B. anhand der Mitgliederzahlen pro Kanton) auf den Namen der Kasse ziehen können. Aus demselben Grunde habe ich auch die konkreten Namen der Kantone durch A bis F ersetzt. Die nachfolgend beschriebenen Verhältniszahlen werden durch den konstanten Faktor nicht beeinflusst. Es geht ja in erster Linie um die Beurteilung der Veränderungen von einem Jahr zum andern und um Relationen zwischen einzelnen Budgetposten.

Die Fülle der mit diesen ergänzenden Kennziffern gewonnenen Erkenntnisse ist recht gross. Ich werde mich auf die wichtigsten Aussagen beschränken, gebe aber in den Tabellen B 1/7 - B 7/7 alle Veränderungswerte an und überlasse es dem Leser, weitere Beurteilungen über die Angemessenheit der von der Kasse gemeldeten budgetierten Daten vorzunehmen.

4.1.2 Veränderungen (in %) pro Kanton der von den Kassen gemeldeten Grunddaten

Zuerst ist eine Tabelle mit allen Veränderungen (in %) pro Kanton der von den Kassen mittels Ergebnisblatt gemeldeten Grunddaten zu erstellen. Dabei sind die Änderungen von 1995 auf 1996 (Umstellung KUVG auf KVG), von 1995 auf 1997 (Umstellung KUVG auf KVG im 2. Jahr) und von 1996 auf 1997 (KVG) zu berechnen.

Die in den Tabellen B 1/7 - B 7/7 ausgewiesenen relativen Werte zeigen von Kanton zu Kanton recht grosse Schwankungen. Dies ist bereits ein erster Hinweis, dass die kantonale Abstufung gemäss Art. 61 KVG ihre Begründung hat. Offenbar bestehen bedeutende Struktur- und Kostenunterschiede:

- Tabelle B 1/7, Kanton A: Die Zahl der Versicherten soll pro Jahr um rund 20 % ansteigen, die Prämieinnahmen sich im ersten Jahr gar verdoppeln, im zweiten Jahr um weitere 30 % ansteigen. Die Bruttoleistungen werden demgegenüber mit eher bescheidenen 24 bis 30 % pro Jahr zunehmen. Es wird eine stärkere Zunahme der Zahl der jüngeren Versicherten erwartet, weil die Abgaben an den Risikoausgleich mit knapp 47,9 % bzw. 28,3 % budgetiert werden. Leider fehlt als Bestätigung hierzu die Angabe der Durchschnittsalter. Die Umstellung auf das KVG und die grosse Zunahme der Zahl der Versicherten verursacht offenbar im Kanton A grosse Verwaltungskosten, die im ersten Jahr um 67,2 % und im zweiten Jahr noch um 16,5 % ansteigen werden. Die Zuweisungen an die Rückstellungen und an die Reserven werden mit derselben Steigerung eingesetzt wie die Zunahme der Bruttoleistungen.
- Tabelle B 2/7, Kanton B: Die Zahl der Versicherten nimmt im ersten Jahr um 3,4 % ab und steigt im zweiten Jahr um 1,7 %. Das Prämienvolumen steigt um 18,4 % im ersten und um 27,7 % im zweiten Jahr. Die Zunahme der Kostenbeteiligung wird im ersten Jahr rund doppelt so hoch angenommen als vom 1996 auf 1997. Die Verdoppelung der Beiträge aus dem Risikoausgleich 1996 erstaunt, wenn die Abnahme der Zahl der Versicherten und die eher bescheidene Zunahme der Bruttoleistungen berücksichtigt wird. Der Verwaltungsaufwand nimmt im ersten Jahr um 4,1 % ab und steigt im zweiten Jahr um 13,8 %.
- Tabelle B 3/7, Kanton C: Der Rückgang der Zahl der Versicherten um 11,2 % bzw. 8,0 %, eine Zunahme der Prämieinnahmen von 25,4 % bzw. 3,4 % und eine bescheidene Abnahme der Bruttoleistungen von 3,7 % bzw. 0,6 % charakterisieren die Budgetzahlen dieses Kantons. Trotz starker Abnahme der Zahl der Versicherten und bescheidener Reduktion der Bruttoleistungen wird mit einer Verdoppelung bzw. einer Zunahme um einen Drittel der Beiträge vom Risikoausgleich gerechnet. Trotzdem bleibt der Deckungsbeitrag 2 auch 1996 noch negativ. Der Verwaltungsaufwand bleibt 1996 mit einer Zunahme von 1,5 % praktisch konstant und wird 1997 um 7,9 % sinken.
- Tabelle B 4/7, Kanton D: Die Abnahme der Zahl der Versicherten 1996 um 4,5 % soll 1997 mit einer Zunahme um 6,3 % wieder kompensiert werden. Den Prämieinnahmen von +36,1 % bzw. +15,7 % stehen Bruttoleistungen von -4,7 % bzw. +14,8 % gegenüber. Nach einer Verdoppelung der Abgaben an den Risikoausgleich 1996 steht für 1997 lediglich eine Zunahme von 8,9 % im Budget. Der Verwaltungsaufwand steigt um 10,2 % bzw. 3,0 %.
- Tabelle B 5/7, Kanton E: In diesem Kanton wird 1996 mit einem Rückgang der Zahl der Versicherten um rund 25 % (1997 noch 5,4 %) gerechnet, während die Prämieinnahmen 1996 mit einer Zunahme von 31,7 % budgetiert sind. Bei der massiven Abnahme der Zahl der Versicherten ist die Verdoppelung der Abgaben an den Risikoausgleich 1996 nur schwer verständlich. Trotz deutlichem Prämienan-

stieg und Rückgang der Bruttoleistungen bleibt der Deckungsbeitrag immer noch negativ.

- Tabelle B 6/7, Kanton F: Mit 29,6 % bzw. 14,4 % wird in diesem Kanton der grösste Rückgang der Zahl der Versicherten erwartet. Trotzdem sollen sich 1996 mit +104,5 % die Prämieinnahmen gut verdoppeln und erst 1997 um 17,1 % abnehmen. Die Bruttoleistungen sind mit -18,5 % bzw. -7,6 % budgetiert. Die Abgaben an den Risikoausgleich sollen 1996 um 52,8 % und 1997 um 5,4 % ansteigen. Obschon 1996 die Zahl der Versicherten stark zurückgeht, soll der Verwaltungsaufwand um 65,6 % steigen und erst 1997 um 26,1 % abnehmen.
- Tabelle B 7/7, "CH", d.h. alle Kantone A - F: Wenn ich lediglich diese Veränderungswerte der von den Kassen gelieferten Daten betrachte, so muss ich doch verschiedene Fragen aufwerfen:
 - ➔ Zuerst fällt auf, dass die Streuung der Veränderungswerte von Kanton zu Kanton recht hoch ist. So liegen die Werte für die Zahl der Versicherten zwischen -29,6 % und +19,1 % im Jahre 1996 und -14,4 % und +20,3 % im Jahre 1997. Beim Verwaltungsaufwand liegen die Werte 1996 zwischen -4,1 % und +67,2 % im Jahre 1996 und zwischen -26,1 % und +16,5 % im Jahre 1997.
 - ➔ Ich vermute, dass bei dieser Kasse im Verwaltungsaufwand auch Abschreibungen und sonstige Aufwendungen zusammengefasst sind. Andernfalls fehlt mir die Logik zu den grossen kantonalen Unterschieden.
 - ➔ Ob der Übergang bezüglich Risikoausgleich von 9 auf 15 Risikogruppen per 1996 derartige strukturelle Unterschiede zur Folge hat, kann ich gestützt auf die mir heute zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht beurteilen. Die von dieser Kasse angenommenen Veränderungen der Abgaben und Beiträge scheinen mir einer Überprüfung wert zu sein. Nach Art. 8 der Verordnung über den Risikoausgleich ist eine besondere Wirkungsanalyse vorgesehen.
 - ➔ Die Rückstellungen und Reserven verändern sich wie die Bruttoleistungen und nehmen offenbar nicht Rücksicht auf den Stand Ende des Vorjahres und auf die bestehenden Vorschriften wie Art. 78 und Art. 83 VVG.

4.1.3 Durchschnittlich auf eine versicherte Person bezogene Grunddaten

Nach der Beurteilung der Veränderung der absoluten Daten für die Jahre 1995 bis 1997 erstelle ich eine Tabelle mit den durchschnittlich auf eine versicherte Person fallenden Werte pro Kanton und Jahr. Diese Tabelle gibt uns weitere formelle, logische und materielle Beurteilungsmöglichkeiten. Nach der ausführlichen Beurteilung der Veränderungswerte im Abschnitt 4.2 werde ich gesamthaft für alle Kantone lediglich auf einige mir wichtig scheinende Punkte eingehen und die weitere Beurteilung dem Leser selbst überlassen.

- ➔ Die durchschnittlich auf eine versicherte Person entfallende Prämie hat 1995 in keinem der sechs Kantone ausgereicht, um auch nur die Nettokosten (Bruttoleistungen - Kobe) zu decken. Eine massive Prämienhöhung per 1.1.96 war sicher nicht nur wegen den Mehrleistungen aus dem KVG dringend notwendig. Im Kanton B ergibt sich für 1996 immer noch ein negativer Deckungsbeitrag 1 (Prämien minus Nettokosten plus/minus Risikoausgleich).
- ➔ Ich kann mir vorstellen, dass bezüglich Risikoausgleich die Budgetierung der Abgaben und der Beiträge schwierig ist. Trotzdem zeigen einige Durchschnittswerte, dass gewisse Angaben eine nähere Erläuterung erfordern. Ob sich der Übergang

von bisher 9 auf 15 Risikostufen so stark auswirkt, dass die Beiträge oder Abgaben sich mit Ausnahme des Kantons A in allen anderen Kantonen von 1995 auf 1996 mindestens verdoppeln, wage ich vorerst zu bezweifeln.

4.1.4 Veränderungen (in %) der auf eine versicherte Person bezogenen Grunddaten

Von den im Abschnitt 4.1.3 berechneten durchschnittlich auf eine versicherte Person entfallenden Werte werden wie im Abschnitt 4.1.2 ebenfalls die relativen Veränderungen für die Jahre 1995/96, 1995/97 und 1996/97 berechnet. Die wichtigsten Bemerkungen können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die durchschnittliche Jahresprämie pro versicherte Person stieg von 1995 auf 1996 zwischen 22 % (Kanton B) und 190,4 % (Kanton F). Von 1996 auf 1997 liegen die Prämienanpassungen zwischen -3,1 % (Kanton F) und +25,7 % (Kanton B).
- Tabelle G 1/1 zeigt eine Analyse der Bestände und der Prämien gemäss KVG Wegweiser und der Ergebnisrechnung. Obschon die absoluten Werte nicht unbedingt miteinander verglichen werden können, erstaunt es trotzdem, dass die im Wegweiser angegebenen Bestandeszahlen (Zahl der Versicherten) im Vorjahr je nach Kanton völlig andere Änderungswerte ergeben als die nach Ergebnisrechnung ermittelten relativen Zu- oder Abnahmen. Die analogen Berechnungen der durchschnittlich auf eine Person entfallenden Prämien nach Ergebnisblatt und den offiziellen Prämien für die erwachsenen Versicherten der Jahre 1996 und 1997 stimmen recht gut überein.
- Die durchschnittlich auf eine versicherte Person entfallenden Bruttoleistungen steigen von 1995 auf 1996 je nach Kanton von -0,2 % (Kanton D) und +24,3 % (Kanton E), während sich die zugehörigen durchschnittlichen Kostenbeteiligungen zwischen 8,3 % (Kanton A) und 37,8 % erhöhen. Woher diese grossen Unterschiede stammen, kann nicht nachvollzogen werden. Für 1997 wird sowohl für die Leistungen als auch für die Kostenbeteiligungen mit einer einheitlichen Erhöhung von 8 % gerechnet.
- Auf die grossen Unterschiede in den Beiträgen und Abgaben an den Risikoausgleich habe ich bereits hingewiesen. Bei den durchschnittlichen Erhöhungen der auf eine versicherte Person entfallenden Werte fallen die grossen Unterschiede für die Erhöhungen von 1996 auf 1997 auf. So verändert sich beispielsweise der durchschnittliche Beitrag vom Risikoausgleich im Kanton C um 47,6 % bei einer Abnahme der Zahl der Versicherten um 8,0 %. Im Kanton E, mit einer Abnahme der Zahl der Versicherten um 5,4 %, verändern sich die durchschnittlichen Abgaben an den Risikoausgleich nur um 2,3 %. Im Kanton B reduziert sich 1997 der durchschnittliche Beitrag aus dem Risikoausgleich um 19,1 %, während die Zahl der Versicherten lediglich um 1,7 % steigt.
- Sehr grosse Abweichungen von Kanton zu Kanton stellen wir bei dem durchschnittlich auf eine versicherte Person entfallenden Verwaltungsaufwand fest. 1997 liegen die durchschnittlichen Verwaltungskosten zwischen Fr. 97.- im Kanton A und Fr. 242.- im Kanton C. Eine logische Begründung für diese grossen Unterschiede fehlt, zumal im Kanton A 1997 eine Zunahme der Zahl der Versicherten von 20,3 % angenommen und im Kanton C ein Rückgang von 8,0 % erwartet wird.

4.1.5 Bildung einiger Verhältniszahlen

Mit den von der Kasse gemeldeten Grunddaten werden innerhalb desselben Jahres einige Verhältniszahlen gebildet. So wird beispielsweise die Kostenbeteiligung (Kobe)

in % der Bruttoleistungen näher untersucht. Ebenso werden die Zuweisungen an die Rückstellungen und die Reserven einer kritischen Würdigung unterzogen:

- Die Kobe liegt zwischen 9,5 % (Kanton C, 1995) und 15,2 % (Kanton A, 1996/97) der Bruttoleistungen. Dass mit höheren durchschnittlichen Leistungen die Wirkung der Kostenbeteiligung abnimmt ist logisch. Das Ausmass zwischen den Kantonen A (durchschnittliche Kosten 1997 Fr. 1'245.-) und C (durchschnittliche Kosten 1997 Fr. 3'094.-), nämlich 4,6 Prozentpunkte, ist ein weiterer Hinweis (siehe Abschnitt 3. 4) dafür, dass die Wirkung der Kobe, insbesondere der Franchise mit steigenden Kosten deutlich abnimmt. Eine Korrektur der Reduktionsfaktoren für höhere Franchisen sowie eine Ueberprüfung der gesetzlichen Mindestfranchise von Fr. 150.- drängt sich auf.
- Berechnen wir die Zahlungen des Risikoausgleichs in % der Bruttoleistungen, erhalten wir ebenfalls grosse Abweichungen. Eine Beurteilung ist aber schwierig, zumal die Durchschnittsalter nicht angegeben worden sind. Bei tiefem Durchschnittsalter müssten eher tiefere Bruttoleistungen und höhere Abgaben an den Risikoausgleich festgestellt werden.
- Den Verwaltungsaufwand habe ich sowohl in % der Bruttoleistungen als auch in % der Prämieinnahmen berechnet. Weil die Werte der Kantone pro Jahr praktisch gleich sind, nehme ich an, dass der kalkulatorische Verwaltungsaufwand einheitlich mit 10,9 % (1995), 8,8 % (1996) und 7,8 % (1997) der Prämieinnahmen eingesetzt worden ist. Dass dies je nach Kanton zu grossen Unterschieden pro versicherte Person führen kann, haben wir bereits festgestellt.

Recht grosse Fragezeichen setze ich bei der Zuweisung an die Rückstellungen:

- Die vier verschiedenen Verhältniszahlen (in % Bruttoleistungen, Nettoleistungen und deren Änderungen) zeigen, dass die Kasse die Rückstellungen (Art. 83, KVV) jährlich mit 2,0 % der Bruttoleistungen eingestellt hat. Dies ist eindeutig falsch !
- Die Rückstellungen haben die bei Jahresabschluss noch nicht erledigten Versicherungsfälle sicherzustellen. Nach allgemeinen Erfahrungszahlen liegen diese Vorjahreskosten in der Grössenordnung von ca. 30 % der Bruttokosten. Art. 83, Abs. 2 der KVV verlangt, dass die bilanzierten Rückstellungen in der laufenden Rechnung zu berichtigen sind, wenn diese nicht mit dem tatsächlichen, aufgrund der Vorjahreskosten berechneten Bedarf übereinstimmen. Die Berücksichtigung der Abwicklungsgewinne bzw. -verluste fehlt in der vorliegenden Ergebnisrechnung. Ebenso fehlt der pro Kanton entfallende Teil dieser Rückstellung. Als korrekte Zuweisung an diese Rückstellung wäre, in Ermangelung des tatsächlichen Bedarfs, eine Rückstellung im Ausmass der Zuwachses der Bruttokosten. Dies in der Annahme, dass sich auch bei starker Erhöhung der Kosten von einem Jahr zum andern, der Anteil der Vorjahreskosten, der im laufenden Jahr zu bezahlen ist, nicht krass ändert.
- Wenn wir unter diesem Aspekt die Verhältniszahlen betrachten und insbesondere die Zuweisung an die Rückstellungen in % der Erhöhung der Bruttoleistungen berechnen stellen wir fest, dass diese Werte sehr stark streuen und lediglich in den Kantonen C und F in beiden Jahren ausreichend war. Dies aber nur, weil keine neuen Rückstellungen hätten geäufnet werden müssen (sofern der Stand der Rückstellungen im Vorjahr genügend war), da die Bruttoleistungen in den Jahren 1996 und 1997 rückläufig waren. Völlig ungenügend waren aber diese Zuweisungen von 10,2 % bzw. 8,7 % beispielsweise im Kanton A, wo eine Zunahme der Bruttoleistungen von 24,4 % bzw. 30,0 % budgetiert wird.

Eine analoge Situation haben wir bezüglich Zuweisung an die Reserven, welche im Art. 78 KVV geregelt sind:

- Die sechs verschiedenen Verhältniszahlen (in % Bruttoprämien, Bruttoleistungen, Nettoleistungen und deren Änderungen) zeigen, dass die Kasse die Reserven (Art. 78, KVV) jährlich mit 2,0 % der Bruttoleistungen eingestellt hat. Dies ist eindeutig falsch !
- In Art. 78, Abs. 4 KVV ist eindeutig festgelegt, dass die Reserve (Sicherheits- und Schwankungsreserven) mindestens einem Prozentsatz der geschuldeten Prämien (Prämiensoll) zu entsprechen hat. Für Kassen mit mehr als 50'000 versicherten Personen beträgt dieser Prozentsatz mindestens 20 %. Dies bedeutet, dass für die Sicherstellung dieser Reserven, vorausgesetzt diese hätten im Vorjahr mindestens den 20 % entsprochen, eine jährliche Zuweisung von 20 % der Erhöhung des Prämiensolls notwendig ist.
- Für 1996 liegen die Werte zwischen 2,4 % (Kanton F) und 18,6 % (Kanton B) und sind damit durchwegs ungenügend.
- Im Budget 1997 betragen die Zuweisungen an die Reserven in % der Erhöhung des Prämiensolls 6,0 % (Kanton A) bis 62,6 % (Kanton C) bzw. 158,2 % (Kanton E). Im Kanton F mit 6,6 % wäre bei ausreichenden Stand im Vorjahr keine Zuweisung notwendig gewesen, weil sich das Prämiensoll von 1996 auf 1997 um 17,1 % reduziert. Eine ausreichende Zuweisung an die Reserven ist demnach, allerdings rein zufällig, lediglich in den Kantonen C, E und F erfolgt.

Wenn gemäss Art. 61 KVG die kantonalen Kostenunterschiede bei der nach Kanton abgestuften Prämien zu berücksichtigen sind, müssen auch die relevanten Komponenten für die Bestimmung ausreichender Prämien kantonal kalkuliert werden. Dies bedeutet:

- Die Prämien sind nicht unbedingt ein zuverlässiges Mass für die kantonalen Verwaltungskosten. Es ist nicht einzusehen, weshalb bei der heutigen Zentralisierung und Rationalisierung mittels Informatik der Verwaltungsaufwand im Kanton mit der höchsten Kassenprämie pro versicherte Person um 2 - 300 % höher sein soll als im Kanton mit der günstigsten Prämie. Dass kantonale Kostenunterschiede bestehen ist klar, ob sie aber so stark streuen wie dies die Prämien tun, ist fraglich.
- Die jährlichen kantonalen Zuweisungen an die Rückstellungen sind an die Veränderung der budgetierten Bruttoleistungen zu koppeln und sollten ca. 30 % betragen. Jährlich sind zudem die Abwicklungsgewinne bzw. -verluste klar auszuscheiden und in der Budgetierung zu berücksichtigen.
- Die jährlichen kantonalen Zuweisungen an die Reserven sind an die Veränderungen der budgetierten Prämien (Prämiensoll) zu binden und haben mindestens 20 % zu betragen.
- Daraus folgt, dass künftig die Reserven und die Rückstellungen ebenfalls kantonal auszuweisen sind. Für Kassen mit kleinem Versichertenbestand sind grosse Streuungen bezüglich Veränderung der Bruttoleistungen zu erwarten. Demzufolge sind die Zuweisungen an die Rückstellungen allenfalls gesamtschweizerisch zu berechnen, aber in kantonale Anteile aufzuteilen.
- Das Formular 96.419 (Ergebnisrechnung) ist durch Streichung der Fussnote bzw. den Hinweis *) *nur auszufüllen für "ganze Schweiz"* so abzuändern, dass der Stand der Reserven und Rückstellungen auch kantonal auszuweisen ist.

4.1.6 Kritische Analyse der Kennziffern

In den vorangehenden Abschnitten habe ich gezeigt, wie aus den heute durch die Kassen gemeldeten Ergebnis- und Budgetzahlen eine Reihe von wertvollen Verhältniszahlen gebildet werden kann, um die Daten pro Kasse und pro Kanton kritisch zu analysieren. Die so erhaltenen Kennziffern können nun innerhalb des Kantons mit den Kennziffern und Verhältniszahlen der anderen Kassen verglichen werden.

- Von besonderem Interesse werden dabei die durchschnittlichen Werte pro versicherte Person und deren Veränderung über die beiden Budgetjahre sein. Dabei wird es sehr aufschlussreich sein, wie die einzelnen Kassen die prozentualen Veränderungen der durchschnittlichen Bruttoleistungen pro versicherte Person beurteilen.
- Weitere Vergleiche zwischen den Kassen in einem Kanton liefern sicher auch die unterschiedlichen Belastungen der Versicherten durch die Verwaltungskosten.
- Die Anteile der Kasse an den Bruttoleistungen sowie die Be- bzw. Entlastungen durch den Risikoausgleich in Abhängigkeit des Durchschnittsalters können weitere aufschlussreiche Vergleiche zwischen den Budgets der einzelnen Kassen liefern.
- Auch Vergleiche zwischen den Entwicklungen von Kanton zu Kanton können für die Beurteilung der Angemessenheit von Prämienanpassungen wertvolle Informationen liefern.

4.1.7 Bildung von Kontrollzahlen als Summe bestimmter Grunddaten

Die Bildung von Kontrollzahlen als kantonale oder schweizerische Summen bestimmter Grunddaten geben zusätzliche Informationen über die mittleren Veränderungsdaten oder dienen als Kontrollgrößen für die Beurteilung der Qualität der Budgetierung allgemein.

Durch Zusammenfassung der Daten aller Kassen eines Kantons kann eine kantonale Übersicht mit den Verhältniszahlen als kantonale Mittelwerte berechnet werden. Diese Mittelwerte wiederum gestatten die Berechnung der Streuungen zwischen den Kassen pro Kanton.

- Die Summe aller Versicherten in einem Kanton sollte in der Grössenordnung der kantonalen Wohnbevölkerung liegen.
- Die Summe der Abgaben an und die Beiträge vom Risikoausgleich über alle Kassen sollten theoretisch pro Kanton den Wert Null ergeben.
- Die durchschnittliche Erhöhung der Bruttoprämien pro versicherte Person ergibt die mittlere Erhöhung der Prämien in diesem Kanton. Auf analoge Weise erhalten wir die von den Kassen durchschnittlich erwartete Veränderung der Bruttoleistungen in diesem Kanton.
- Werden diese kantonalen Ergebnisse gesamtschweizerisch zusammengefasst, können die kantonalen Abweichungen vom schweizerischen Mittel, z. B. die unterschiedlichen Kostensteigerungsraten, die durchschnittliche Belastung durch die Kostenbeteiligung usw., berechnet werden.
- Die kantonalen und schweizerischen Daten können bei der Publikation der genehmigten Prämien eine gute Grundlage für die Argumentation der Prämienanpassungen liefern.

4.2 Ergänzung der Ergebnisrechnungen und der Budgets nach Kanton

Wir haben im Abschnitt 4 festgestellt, dass die heute gemäss Kreisschreiben 96/7 dem BSV von den Kassen zur Verfügung gestellten Daten eine Fülle von wichtigen Auswertungen möglich sind. In einzelnen Punkten sind die Daten allerdings noch ausbaufähig, um die Aussagekraft der Kennzahlen weiter zu erhöhen. Dabei sehe ich die folgenden Ergänzungen:

- Durchschnittliche Zahl der versicherten Personen ist mindestens nach Kinder, Männer und Frauen aufzuteilen. Ev. könnte die Verteilung nach Altersgruppen gemäss Risikoausgleich geprüft werden, d.h. eine Gruppe Kinder sowie je 15 Risikoaltersgruppen für die erwachsenen Männer und Frauen. Da diese Daten gemäss Art. 7 der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung dem BSV zur Verfügung gestellt werden, könnten die Kassenangaben besser auf Plausibilität geprüft werden.
- Die Durchschnittsalter sind nicht nur insgesamt, sondern ebenfalls für diese Risikoaltersgruppen anzugeben. Auch hier könnten allenfalls mit den Daten der gemeinsamen Einrichtung (Risikoausgleich) gewisse Durchschnittsalter als Kontrolle berechnet werden.
- Reserven und Rückstellungen sind auf die Kantone aufzuteilen. Die Abwicklungsgewinne bzw. -verluste der Rückstellungen sind jährlich auszuweisen und bei der jährlichen kantonalen Zuweisung zu berücksichtigen.
- Kassen melden die Kommentare in Tabellenform und auf Diskette (gemäss Muster BSV) und geben die wichtigsten Parameter, Veränderungswerte und Trends an. Angaben also, mit denen sie die beiden Budgets erstellt haben.

4.3 Berücksichtigung weiterer Datenquellen und Statistiken

4.3.1 Ergänzung der von den Kassen gemeldeten Grunddaten

4.3.1.1 Allgemeine Verwendung der Daten "Risikoausgleich"

Die dem BSV nach Art. 7 der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung zur Verfügung stehenden detaillierten Daten der einzelnen Kassen werden heute bei der Überprüfung der Prämienkalkulationen der einzelnen Kassen nicht mitberücksichtigt.

Diese Daten über die Versicherungsmonate, die Versicherungsleistungen sowie die Kostenbeteiligungen pro Kanton und pro Geschlecht aufgeteilt nach je 16 Altersgruppen, wie sie der Gemeinsamen Einrichtung KVG (Risikoausgleich) von jeder Kasse auf Diskette zur Verfügung gestellt werden, stellen eine wichtige zusätzliche Informationsquelle über die Struktur der Kosten und der Versicherten dar. Auch wenn diese Daten heute nur für das Vorjahr zur Verfügung gestellt werden können, bieten sie doch die Möglichkeit, die Budgetierung der Kassen, gestützt auf die angenommenen Veränderungsparameter, effizient zu überprüfen, z.B.:

- Berechnung der Durchschnittsalter gemäss Altersgruppen nach Risikoausgleich, mit den Gruppenmitteln als Gruppenaltersdurchschnitt und Vergleich mit dem von den Kassen gemeldeten Durchschnittsalter (Relationen).
- Schätzung der Zahl der durchschnittlich versicherten Personen.

- Durchschnittliche Kosten pro versicherte Person mit dem Gesamtdurchschnitt pro Kanton vergleichen.
- Kontrolle der im Budget eingesetzten Abgaben an bzw. Beiträge vom Risikoausgleich.

Das BSV verzichtet heute auf eine wichtige Informationsquelle. Die Daten der Gemeinsamen Einrichtung KVG sind für die Überprüfung der von den Versicherern eingereichten Unterlagen unerlässlich, insbesondere weil diese Angaben auf einer detaillierten Struktur der Risikobestände der einzelnen Kassen basieren.

In einem weiteren Schritt müsste geprüft werden, ob es auch möglich ist, gestützt auf die Schätzung der kantonalen Behandlungskosten für die Budgetjahre eine Schätzung (Budgetierung) der Daten Risikoausgleich für diese Jahre vorzunehmen. Dies müsste mit der Gemeinsamen Einrichtung KVG detailliert abgeklärt werden. Damit wäre es möglich, dem BSV die Kontrolle der von den Kassen geschätzten Abgaben an bzw. Beiträge vom Risikoausgleich zu ermöglichen oder aber diese Werte den Kassen gestützt auf deren geschätzte Bestandesbewegungen allenfalls anzugeben. Diese Abklärungen konnten im Rahmen des vorliegenden Auftrages nicht vorgenommen werden. Im Interesse einer qualitativen Verbesserung der Budgetierung sollte diese Möglichkeit aber ernsthaft geprüft werden. Mit den Grafiken C 1/6 - C 6/6 habe ich die mittleren Kosten 1995, aufgeteilt nach Geschlecht und Risikogruppe und Kanton dargestellt. Damit die Grafiken vom Massstab her vergleichbar bleiben, habe ich auf jeder Grafik je die Kantone mit den tiefsten (AI) und den höchsten (GE) durchschnittlichen Kosten sowie den Gesamtdurchschnitt CH dargestellt. Daraus geht deutlich hervor, dass die durchschnittlichen Kosten bei allen Risikogruppen im Kanton GE signifikant die höchsten Werte erreichen.

Die vom Risikoausgleich pro Kanton ermittelten durchschnittlichen Kosten pro Risikogruppe können mit der gemäss nachfolgender Ziffer 5.3. geschätzten Kostenentwicklung hochgerechnet werden. Diese erwarteten Kosten pro Kanton oder auch pro Versicherer können mit den eingereichten Budgetzahlen verglichen werden. Damit lassen sich auch grössere Schwankungen in den Beständen der Versicherten pro Kasse beurteilen. Grössere Abweichungen der pro Kasse budgetierten Daten von den im Mittel pro Kanton erwarteten Versicherungsleistungen wären vertieft abzuklären.

4.3.1.2 Verwendung der Daten "Risikoausgleich" für mittlere und kleine Kassen

Ich habe bereits an anderer Stelle erwähnt, dass bei kleinen und mittleren Kassen das Problem der grossen Streuungen von Jahr zu Jahr bestehen kann. Kassen, die pro Kanton nur wenig Mitglieder aufweisen, können in einem "guten" Jahr die Ergebnisse für die Budgetierung hochrechnen und damit tiefe Prämien begründen. Dass dies konkret der Fall ist kann mit einem Beispiel aus dem Kanton VS belegt werden:

Für die Erwachsenen betragen im Kanton VS die Prämien 1997 der beiden billigsten Kassen Fr. 60.- bzw. 91.65 pro Monat. Gemäss provisorischem Risikoausgleich sind für die 5 untersten Risikogruppen der Männer die folgenden Abgaben pro Monat zu leisten:

Risiko- gruppe	Alter	Abgabe	Prämie Kasse 1	Differenz	Prämie Kasse 2	Differenz
M 1	19-25	-92.73	60.00	-32.73	91.65	-1.08
M 2	26-30	-94.22	60.00	-34.22	91.65	-2.57
M 3	31-35	-87.62	60.00	-27.62	91.65	4.03
M 4	36-40	-94.78	60.00	-34.78	91.65	-3.13
M 5	41-45	-60.57	60.00	-0.57	91.65	31.08

Aus dieser Tabelle wird ersichtlich, dass die Kasse 1 mit den Prämien 1997 pro versicherten Mann im Alter 19 bis 45 Jahre pro Monat mehr als die Monatsprämie an den Risikoausgleich abliefern muss. Für die Bezahlung der Behandlungskosten dieser Versicherten ist die Kasse auf die Prämien der übrigen Versicherten und die Beiträge des Risikoausgleichs für die alten Versicherten angewiesen. Dies kann wohl nicht die Meinung des Risikoausgleichs sein.

Ergänzende Angaben des BSV zeigen, dass die Kasse 1 trotz kleinen Prämien dank günstigem Risikoverlauf insgesamt gute Ergebnisse und weit über dem gesetzlichen Minimum liegende Reserven aufweist. Dies bestätigt aber auch die Problematik der kleinen Kassen mit den möglichen grossen Streuungen im Schadenverlauf.

Die Tabellen I 1/2 und I 2/2 zeigen am Beispiel Kanton Zürich, welche finanziellen Mittel den einzelnen Kassen pro Risikogruppe verbleiben, wenn von den Prämien die Abgaben an den Risikoausgleich abgezogen bzw. addiert werden. Für die Gruppe der 19 - 25 jährigen Männer verbleiben beispielsweise der billigsten Kasse (Landis & Gyr) noch Fr. 39.65 und der teuersten Kasse (SUPRA) Fr. 146.65 oder 270 % mehr. Die durchschnittlichen erwarteten effektiven Kosten (Bruttokosten - Kobe) aller Kassen für diese Risikogruppe betragen aber im Kanton Zürich gemäss Risikoausgleich Fr. 53.43. Analoge Feststellungen können selbstverständlich für alle Risikogruppen gemacht werden. Es ist aber kaum anzunehmen, dass bei gleicher Umschreibung der Versicherungsleistungen die heute billigen Kassen lange Zeit derart unter den durchschnittlichen Kosten liegen werden. Mit derartigen Analysen sind die Problemfälle von Morgen rechtzeitig ausfindig zu machen.

Eine weitere Untersuchung habe ich bezüglich Streuung der Kosten pro Risikogruppe für zwei Kantone (BE und ZH) und 15 Kassen durchgeführt. Die Gemeinsame Einrichtung KVG (Risikoausgleich) hat mir in anonymer Form die Daten von je 5 grossen, mittleren und kleinen Kassen zur Verfügung gestellt. Die Grafiken D 1/3 - D 3/3 (Kanton ZH) und E 1/3 - E 3/3 (Kanton BE) zeigen die sehr grossen Streuungen bei den mittleren und kleinen Kassen. Dabei habe ich neben den Durchschnittswerten pro Kanton auch die beiden Linien mit + 15 % bzw. - 15 % angegeben um zu zeigen, in welcher Bandbreite sich die durchschnittlichen Kosten innert zweier Jahre etwa bewegen können. Für den provisorischen Risikoausgleich 1997 sind ja die erwarteten Kosten aus den effektiven Kosten 1995 durch Erhöhung um 15 % ermittelt worden.

Daraus ist zu fordern, dass die kleinen Kassen ihre Prämien so festlegen müssen, damit nach Abzug der Abgaben an den Risikoausgleich die erwarteten Kosten beglichen werden können. Dies könnte beispielsweise so geschehen, dass diese Kassen als erwartete Kosten die nach provisorischem Risikoausgleich berechneten Kosten des Vorjahres als Minimalkosten für ihre Versicherten im Budget einsetzen müssen. Dazu sind die erwarteten Versichertenbestände des Prämienjahres (Folgejahr), aufgeteilt in die verschiedenen Risikogruppen gemäss Risikoausgleich mit den ausgewiesenen durchschnittlichen Kosten pro Risikogruppe zu multiplizieren. Dazu wären die gemäss provisorischem Risikoausgleich zu erwartenden Abgaben bzw. Beiträge zu rechnen.

Da die erwarteten Kosten für den provisorischen Risikoausgleich 1997 um 15 % über den ausgewiesenen Kosten 1995 liegen, würden die skizzierten Minimalkosten für kleine Kassen immer noch 15 % unter den für 1997 erwarteten Kosten liegen. Die grossen Streuungen und die unbegründeten "Dumpingprämien" könnten damit eingeschränkt werden.

Bei diesem Vorschlag bleibt noch offen, welche Mitgliederzahl für die Definition "kleine Kasse" festgesetzt werden sollte. Wenn wir die Erwachsenen pro Geschlecht in je 15 Risikogruppen aufteilen, können sich pro Altersgruppe bereits grosse Differenzen ergeben. Die Abgaben an und die Beiträge vom Risikoausgleich vermögen meiner Ansicht nach die Unterschiede bei den einzelnen Kassen nicht auszugleichen. Ich möchte als Definition "kleine Kasse" 1'000 versicherte Personen pro Kanton zur Diskussion stellen. Darunter können aber auch gesamtschweizerisch tätige grosse Kassen fallen, die in einem Kanton weniger als 1'000 versicherte Personen aufweisen. Diesbezüglich müssten im Rahmen eines besonderen Projektes bzw. der Wirkungsanalyse "Risikoausgleich" noch eingehendere Abklärungen und Berechnungen vorgenommen werden. Dazu wären die detaillierten Daten pro Kasse des Risikoausgleichs notwendig, über die ich z.Zt. aus Gründen des Datenschutzes nicht verfüge.

Diese wenigen Beispiele zeigen, dass die Daten des Risikoausgleichs viele interessante Analysen innerhalb und zwischen den Kantonen ermöglichen und geeignet sind, für mittlere und kleinere Kassen gewisse Bandbreiten bezüglich Schätzung der zu erwartenden Kosten im Folgejahr vorzunehmen. Die kasseneigenen Daten reichen bei diesen Versicherern der grossen Streuung wegen in der Regel nicht aus.

In Berücksichtigung der grossen Zahl von mittleren und kleinen Kassen gilt es meiner Ansicht nach, durch das BSV die Frage der strengen kantonalen Kalkulation nach Art. 61 KVG zu überprüfen. Nach Art. 61 KVG werden die Kassen nicht verpflichtet, in jedem Fall kantonale Prämien vorzusehen. Falls sie aber die Prämien kantonal abstufen, hat dies nach ausgewiesenen Kostenunterschieden zu geschehen. Einzelne Kassen sehen denn auch über Gruppen von Kantonen (z. B. Innerschweiz) einheitliche Prämien vor. Bei einer strikten kantonalen Prämienkalkulation mit dem Verbot von Quersubventionen könnten insbesondere kleine Kassen in Schwierigkeiten geraten, wenn in einem Kanton ein gravierender Krankheitsfall (Bluter, AIDS, Dialyse etc.) nur von den wenigen Versicherten in diesem Kanton finanziert werden müsste.

4.3.1.3 Berücksichtigung der besonderen Versicherungsformen

Die besonderen Versicherungsformen nach Art. 62 KVG führen zu unterschiedlichen Versicherungsleistungen und damit auch zu unterschiedlichen Prämien. Um die Angemessenheit der budgetierten Daten überprüfen zu können, sind auch Informationen über das Ausmass dieser Versicherungsprodukte erforderlich. Solange die Versicherten Bestände dieser besonderen Versicherungsformen klein sind, wäre mindestens die Aufteilung der Ergebnis- und Budgetzahlen "ganze Schweiz" auf die verschiedenen Versicherungsangebote notwendig. Die Analysen und Plausibilitätskontrollen würden an Qualität gewinnen.

4.3.2 Gesamtschweizerische Analysen

Einzelne grosse Kassen, aber auch das KSK besitzen weitergehendere Statistiken, welche eine Schätzung der Veränderungsparameter detailliert ermöglichen. So ist es beispielsweise möglich, die voraussichtlichen kantonalen Erhöhungen der Bruttoleistungen auf einzelne Komponenten wie ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Medikamente, Physiotherapie etc. aufzuteilen. Zudem ist es auch denkbar, dass gewisse Aussagen über die Mengenausweitungen gemacht werden können.

Eine erste Version einer Trendanalyse ist Ende 1996 vom KSK für alle Kantone erstellt und anschliessend den Kantonalverbänden und den Kantonsregierungen zur Verfügung gestellt worden. Dies kann meiner Ansicht als Beginn einer interdisziplinären Zusammenarbeit unter den Partnern im Gesundheitswesen angesehen werden, um das Verständnis der Versicherten für die Abhängigkeit der Prämien von den Kosten- und Mengenentwicklungen im Gesundheitswesen zu fördern.

Derart gemeinsam erarbeitete Trendanalysen wären ebenfalls geeignet, um die von den einzelnen Kassen gemeldeten Grund- und Verhältniszahlen durch das BSV mit den kantonalen Veränderungsparametern aus der Trendanalyse zu vergleichen und zu beurteilen.

Gesamtschweizerische Analysen der Daten des Risikoausgleichs können meiner Ansicht nach die zum Teil fast polemisch geführten Diskussionen über die Kostenunterschiede zwischen den Kantonen objektivieren und versachlichen. Allein schon die Grafiken C 1/6 - C 6/6 zeigen die deutlich höheren Kosten pro versicherte Person im Kanton GE, obschon dies von verschiedenen Kreisen immer wieder bestritten wird.

4.4 Modellrechnungen für die Prämien

4.4.1 Grundsatz

An einem vereinfachten Beispiel (Tabellen J 1/3 bis J 3/3) soll für sechs Varianten gezeigt werden, dass die notwendigen Prämienanpassungen der einzelnen Kassen auch bei gleichen Annahmen über die zu erwartende Kostenentwicklung stark abweichen können. Für gleichbleibende Leistungen und Kostenbeteiligungen (12 % der Bruttoleistungen) werden unterschiedliche Annahmen über die Abgaben an bzw. die Beiträge vom Risikoausgleich getroffen. Die Verwaltungskosten werden für die grundlegenden Varianten in gleichem Ausmass vorgesehen. Weiter wird angenommen, dass die Rückstellungen und Reserven im Jahre 1994 so dotiert sind, dass im Rahmen der Prämien 1995 keine Zuweisungen vorgenommen werden müssen. Die Rückstellungen sollen zudem mindestens 30 % der Nettoleistungen und die Reserven 20 % der Sollprämien betragen.

Es werden keine Annahmen über den Risikobestand getroffen. Wenn man als Vereinfachung annimmt, dass pro Variante in den Jahren 1994 bis 1998 die Zahl der Versicherten gleich bleibt, erhalten wir für den einzelnen Versicherten dieselbe Prämienanpassung in Prozent wie für die Steigerung der gesamten Sollprämien. Zudem wird bezüglich gesetzliche Reserve angenommen, dass diese Modellkassen über eine Reserve von mindestens 20 % des Prämiensolls verfügen müssen.

In der Modellrechnung nehmen die einzelnen Jahre (1994 bis 1998) nicht Bezug auf die Einführung des KVG per 1.1.96. Es geht vielmehr darum, eine dynamische Betrachtung über eine beliebige Zeitspanne von 5 Jahren vorzunehmen.

4.4.2 Modellrechnung Variante 1

Zuerst beschreibe ich ausführlich die Modellrechnung gemäss Tabelle J 1/3, Variante 1, damit der Aufbau und die Aussagekraft der Tabellen J 1/3 bis 3/3 verständlich werden. Im nachfolgenden Abschnitt werde ich nur noch die Besonderheiten der einzelnen Varianten erläutern.

Jahr 1994:

Damit die angenommenen Nettoleistungen von Fr. 704'000.-, die Verwaltungskosten von Fr. 40'000.- sowie die Zuweisung an die Rückstellungen von Fr. 10'000.- unter Berücksichtigung eines Beitrages vom Risikoausgleich von Fr. 80'000.- finanziert werden können, sind Sollprämien von Fr. 674'000.- notwendig. Die für Ende 1994 ausgewiesenen Rückstellungen von Fr. 237'600.- und Reserven von Fr. 145'120.- würden 1994 keine neuen Zuweisungen erfordern. Trotzdem habe ich als Zuweisung an die Rückstellungen Fr. 10'000.- angenommen.

Aus dieser Prämiensumme sind nach Erfahrungswerten ca. 70 % der Nettoleistungen des Jahres 1994 auch im Jahre 1994 zu bezahlen. Die restlichen 30 % oder

Fr. 211'200.- sind erst im Jahre 1995 (oder später) zu bezahlen. Die Kasse benötigt demzufolge mindestens eine Rückstellung von Fr. 211'200.- per Ende 1994, was kleiner ist als die ausgewiesenen Fr. 237'600.-. Das Prämien soll verlangt eine gesetzliche Reserve von 20 % oder Fr. 134'800.-.

Jahr 1995:

Für die Prämienkalkulation 1995 wird angenommen, dass die Bruttoleistungen um 12,5 % auf Fr. 900'000.- ansteigen werden. Von den erwarteten Nettoleistungen sind im Jahre 1995 wieder nur ca. 70 % oder Fr. 554'400.- zu bezahlen, die restlichen Fr. 237'600.- fallen erst 1996 an. Dagegen sind im Jahre 1995 noch die restlichen Fr. 211'200.- aus dem Jahre 1994 zu Lasten der Rückstellungen, die Ende 1994 Fr. 237'600.- betragen haben, zu bezahlen. Es verbleibt eine Differenz auf dem Rückstellungskonto von Fr. 26'400.-. Der Einfachheit halber bleiben bei den Varianten 1 und 2 die Annahmen über die Abgaben an bzw. die Beiträge vom Risikoausgleich sowie die Höhe der Verwaltungskosten unverändert.

Die Annahmen sind nun so getroffen worden, dass bei der Kalkulation der Sollprämien für 1995 keine Zuweisungen an die Rückstellungen und an die Reserven notwendig sind. Um die Sollprämien möglichst tief zu halten, wird die verbleibende Differenz aus der Rückstellung nicht als zusätzliche Rückstellung wie 1994 zurückbehalten, sondern abgebaut. Dies führt zu Sollprämien von insgesamt Fr. 725'600.- und bedeutet eine Erhöhung von nur 7,7 % gegenüber 1994, obschon die Versicherungsleistungen um 12,5 % steigen werden.

Ende Jahr beträgt die Rückstellung, finanziert aus den Prämien 1995 Fr. 237'600.- und die Reserve Fr. 145'120.-, was genau 20 % des Prämien solls entspricht. Die Kasse hat somit 1995 die Rückstellungen und die Reserven auf den Minimalstand abgebaut und muss nun in den folgenden Jahren die entsprechenden Zuweisungen voll vornehmen, um nicht unter die Minimalbeträge zu sinken.

Jahr 1996:

Die 11,1 % Leistungssteigerung bedeutet eine Zunahme der Nettoleistungen von Fr. 88'000.-, was eine Zuweisung an die Rückstellung von 30 % oder Fr. 26'400.- auf den Stand von Fr. 264'000.- bedeutet. Bei wieder gleich bleibenden Verwaltungskosten und Beiträgen vom Risikoausgleich ergibt sich eine Sollprämie von Fr. 901'600.-, die eine Zuweisung an die Reserven von Fr. 35'200.- bedeutet und um 24,3 % über der Prämie 1995 liegt.

An Versicherungsleistungen sind aus der Rückstellung 1995 die aus dem Vorjahr herrührenden Fr. 237'600.- sowie 70 % der 1996 neu anfallenden Nettoleistung oder Fr. 616'000.- en zu bezahlen.

Jahr 1997:

Für 1997 wird eine Kostensteigerung von 10 % angenommen. Die Zuweisungen an die Rückstellungen und an die Reserven sind voll zu berechnen, weil keine Überschüsse mehr vorhanden sind. Das Prämien soll steigt aber trotzdem nur um 7,3 %.

Jahr 1998:

Die Berechnung bleibt grundsätzlich gleich wie 1997. Die Kostensteigerung um 9,1 % führt bei vollen Zuweisungen an die Rückstellungen und an die Reserven zu einem Anstieg der Sollprämien um 9,7 %.

4.4.3 Modellrechnungen Varianten 2 bis 6

Bei allen Varianten gelten dieselben Nettoleistungen und dieselben jährlichen Steigerungswerte als Ausgangsbasis.

Variante 2:

In Variante 2 ändert gegenüber der Variante 1 lediglich das Vorzeichen des Bilanzpostens Risikoausgleich, d.h. in Variante 2 hat die Kasse in den Jahren 1994 bis 1998 pro Jahr Fr. 80'000.- an den Risikoausgleich abzuliefern. Alle anderen Annahmen sind gleich wie in Variante 1. Die Sollprämien 1994 weichen deshalb nur um den doppelten Betrag bezüglich Risikoausgleich (Fr. 160'000.-) ab.

Variante 3:

Im Unterschied zur Variante 1 wird eine eher bescheidene Zunahme der Beiträge vom Risikoausgleich und der Höhe der Verwaltungskosten angenommen. gegenüber der Variante 1 resultieren leicht tiefere Erhöhungssätze für die Sollprämien.

Variante 4:

Gegenüber der Variante 2 steigen die Abgaben an den Risikoausgleich und die Höhe der Verwaltungskosten ab 1996 leicht an. Die resultierenden Sollprämien steigen dadurch ebenfalls stärker an als nach Variante 2.

Variante 5:

Bei dieser Variante wird gegenüber den Varianten 1 und 3 ein deutlich höherer Beitrag vom Risikoausgleich angenommen, während die Verwaltungskosten gleich sind wie bei der Variante 3. Die Entlastung durch die steigenden Beiträge vom Risikoausgleich fällt stark ins Gewicht und führt zu eher bescheidenen Prämienanpassungen im Vergleich mit den Erhöhungen der Nettoleistungen.

Variante 6:

Die absoluten Beträge sind gleich wie in Variante 5, anstelle einer Entlastung durch den Risikoausgleich sind gewichtige Abgaben an den Risikoausgleich zu leisten, was sich auch entsprechend auf die Sollprämien auswirkt.

4.4.4 Beurteilung

Die sechs Beispiele zeigen, dass bei einheitlicher prozentualer Steigerungsrate für die Leistungen die Prämien erhöhungen immer noch grosse Unterschiede aufweisen können. Je nach Stand der Rückstellungen und der Reserven und je nach dem Ausmass der Be- oder Entlastung durch den Risikoausgleich fallen die Prämienanpassungen unterschiedlich aus. Können die Versicherer gar Rückstellungen oder Reserven abbauen bzw. müssen sie diese zusätzlich dotieren, können die kassenspezifischen Abweichungen bezüglich Prämien grosse Streuungen aufweisen. Auch wenn es gelingt, wenigstens bezüglich erwartete Erhöhung der Versicherungsleistungen pro Kanton die Abweichungen von Kasse zu Kasse minimal zu halten, sind grössere Schwankungen bei den Prämien möglich. Es wird in jedem Fall Sache der Versicherer sein, die unterschiedlichen Prämienanpassungen zu begründen.

Die aufgeführten Modellrechnungen könnten nun mit verschiedenen weiteren Annahmen ergänzt werden, um auch die Sensibilität unterschiedlicher Altersstrukturen und damit Be- und Entlastungen seitens Risikoausgleich zu untersuchen. Ich habe darauf

verzichtet, ging es mir doch lediglich darum aufzuzeigen, dass eine einheitliche Teuerungsrate kaum zu einheitlichen Prämien erhöhungen führen wird.

5 Einbezug der Kantone

5.1 Prämien genehmigung durch die Kantone

5.1.1 Ausgangslage

5.1.1.1 Vorstösse der Sanitätsdirektorenkonferenz

Die Plenarversammlung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) hat an ihrer Herbsttagung vom 21.11.96 die folgende Resolution verabschiedet:

1. *"Den Kantonsbehörden ist Einsicht in die Kalkulationsgrundlagen für die Prämienfestsetzung der in ihrem jeweiligen Kantonsgebiet tätigen Krankenversicherer zu verschaffen.*
2. *Den Kantonsbehörden ist im Rahmen des Genehmigungsverfahrens des Bundes für die Prämienfestsetzung in der Krankenversicherung ein Anhörungsrecht einzuräumen.*
3. *Zudem bezieht der Bund jene Kantone, welche dies wünschen, in das Genehmigungsverfahren der Prämienfestsetzung in der Krankenversicherung ein.*
4. *Der Bundesrat wird aufgefordert, die nötigen rechtlichen und administrativen Massnahmen zu treffen, damit die vorgenannten Forderungen möglichst rasch erfüllt werden können.*

Die Hauptgründe für diese Resolution lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Nach der Prämienhöhung um durchschnittlichen rund 25 % von 1995 auf 1996 haben die erneuten Erhöhungen per 1997 um durchschnittlich 12 % in weiten Kreisen der Bevölkerung eine grosse Beunruhigung ausgelöst.
- Von den vom BSV in seiner Medienverlautbarung vom 7.10.96 genannten möglichen acht Gründe für die Prämienhöhung lassen sich kaum allgemein gültige Beurteilungen ableiten; sie sind von Kanton zu Kanton zu verschieden.
- In manchen Fällen sind weder die Bevölkerung noch die Kantonsbehörden in der Lage, die Prämien erhöhungen plausibel zu erklären.
- Das Argument, mit dem neuen KVG werde ein Wettbewerb zwischen den Kassen geschaffen, der innert weniger Jahre die heute noch grossen Prämienunterschiede ausgleichen werde, wird abgelehnt, weil
 - die Empörung der Bevölkerung heute bestehe und heute nach einer politischen Antwort verlange
 - die Kantonsbehörden sich Attacken der Krankenkassen ausgesetzt sehen und der Bevölkerung die überraschende Prämienentwicklung erklären müssen
 - bei einigen Krankenkassen die Rechnungen nicht stimmen und einige nicht in der Lage sind, nach Kantonen differenzierte Kostenschätzungen für 1997 vorzunehmen
 - vermutet wird, dass zahlreiche Krankenkassen die Prämien 1997 aus Willkür oder aus unternehmenspolitischen Ueberlegungen über das Mass hinaus erhöht haben

- das EDI die politische Brisanz der Prämienentwicklung in der Krankenversicherung unterschätzt habe.
- Es bestehen Zweifel, dass die Prämienkontrollen des BSV der Problematik gerecht zu werden vermögen.
- Einzelne Kantone verfügen über das nötige Instrumentarium und auch über einschlägige Erfahrungen, um Prämienkontrollen für ihren Kanton sachgerecht vorzunehmen.
- Für die Kantonsbehörden wird es schlicht unzumutbar, über keinerlei Daten der Krankenkassen zu verfügen, anhand derer die Prämienkalkulation nachvollzogen werden könnte.

5.1.1.2 Standesinitiativen der Kantone GE und TI, Vorstoss Kanton NE

Die Kantone GE und TI haben Standesinitiativen ergriffen und verlangen eine Änderung des KVG, wonach der Bundesrat die Kompetenz erhält, die Kantone mit Aufgaben der Aufsicht auf dem Gebiet der Krankenversicherung zu betrauen.

Der Kanton NE hat eine Änderung der KVV vorgeschlagen, wonach die Kantone ein Einsichtsrecht in die Prämienkalkulation der Krankenversicherer und gegenüber der Aufsichtsbehörde ein Mitspracherecht erhalten sollen.

Gegen einen Einbezug der Kantone in die Kontrolle der Prämien erhöhungen sind bisher vor allem vier Gründe vorgebracht worden:

1. Gesetzliche Grundlage fehlt
2. Kalkulationsgrundlagen der Kassen sind wettbewerbsrelevant und unterstehen dem Betriebsgeheimnis (Datenschutz)
3. Der enge Zeitplan (zwei Monate) würde zu stark strapaziert
4. Für die Kassen ist eine Prüfung durch das BSV und die Kantone nicht zumutbar, insbesondere dann nicht, wenn die Kantone auch noch je unterschiedliche Anforderungen stellen.

5.1.2 Kompetenzdelegation an die Kantone

Die nachfolgende Beurteilung erfolgt primär aus der speziellen Sicht des versicherungsmathematischen Experten. Die juristischen und politischen Überlegungen bleiben dabei weitgehend unberücksichtigt.

Die vom BSV genehmigten und im "KVG-Wegweiser" veröffentlichten Prämien können in der Regel von Aussenstehenden nicht nachvollzogen werden. Unsachliche Diskussionen und gegenseitige Schuldzuweisungen sind die Folge. Aus dieser Erfahrung mit der Prämienrunde 1997 ist das Anliegen der SDK und besonders einzelner Kantone verständlich.

Aus den Begründungen für die Resolution der SDK und für die politischen Vorstösse geht aber doch ein generelles Unbehagen und Misstrauen hervor, das meiner Ansicht nach zu einem grossen Teil auf mangelnde Transparenz und ungenügende Kommunikation der Prämienstrukturen der einzelnen Kantone seitens BSV zurückzuführen ist. Zudem bestehen in breiten Kreisen falsche Vorstellungen über die Kostenentwicklungen und die Kostenstrukturen im Gesundheitswesen sowie deren Finanzierung. Die

grosse Zahl der Krankenversicherer sowie die sehr unterschiedlichen Prämienberechnungsmethoden der Kassen sind für die Transparenz nicht gerade förderlich.

Eine Kompetenzdelegation an die Kantone würde aber meiner Ansicht nach dieses Problem nicht lösen, sondern neue Probleme schaffen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Kantone in der Regel als Spitalträger und Leistungserbringer eine Partei im Gesundheitswesen vertreten und deshalb nicht unbedingt befugt sind, die Geschäftsbücher der Vertragspartner detailliert einzusehen.

Letztendlich entscheiden bei einer Krankenkasse doch die gesamtschweizerischen Zahlen bezüglich finanzieller Leistungsfähigkeit. Dies gilt ganz besonders für die mittleren und kleinen Kassen. Die Aufsichtsbehörde wird deshalb bei diesen Kassen nicht darum herumkommen, die kantonalen Zahlen zu Kantonsgruppen zusammenzufassen, um die starken kantonalen Streuungen zu dämpfen. Weiter muss vermieden werden, dass die Kassen von Kanton zu Kanton allenfalls unterschiedliche Methoden und Grundsätze bei der Prämienberechnung verwenden.

Ein wesentlicher Unterschied besteht meiner Ansicht nach auch bei den statistischen Unterlagen. Die Behandlungskostenstatistiken der Kassen und die Prämienberechnungen beziehen sich stets auf die Versicherten gemäss Wohnortsprinzip. Demgegenüber verfügen die Kantone allenfalls über die Statistiken nach Leistungserbringer im Kanton. Dass diese Resultate zum Teil stark voneinander abweichen können leuchtet ein. Die Einrichtungen der Spitzenmedizin (Universitätsspitäler, Grosstechnologie, Spezialbehandlungen allgemeiner Art etc.) werden um so häufiger in Anspruch genommen, je kürzer die Distanz vom Wohnort des Versicherten zum Leistungserbringer ist. Einem Patienten aus einem abgelegenen Bergtal wird sicher nur bei absoluter medizinischer Notwendigkeit eine Untersuchung durch den Computertomografen zugemutet, während ein Patient in der Stadt mit einem derartigen, oft nicht ausgelasteten Gerät mit einer bedeutend grösseren Wahrscheinlichkeit damit behandelt wird.

Die Kosten für die aufwendige Behandlung eines Versicherten aus dem Kanton AI in einem Nachbarkanton werden durch die Kasse sehr wohl den Behandlungskosten im Kanton AI zugerechnet. Weil dies aber durchschnittlich weniger häufig der Fall ist als im Nachbarkanton, bleiben die Gesamtkosten pro versicherte Person tiefer.

Wird die Kompetenz für die Prämien genehmigung an die Kantone delegiert, besteht die Gefahr, dass von Kanton zu Kanton unterschiedliche Unterlagen verlangt und damit nach unterschiedlichen Methoden die kantonalen Prämien der einzelnen Kassen geprüft werden. Aus der Sicht der Kassen wird die Prämien genehmigung zu einem komplizierten, aufwendigen Verfahren, das kaum in den Monaten August und September abgeschlossen werden kann.

Als Negativbeispiel bezüglich Wildwuchs der kantonalen Bestimmungen möchte ich die sehr unterschiedlichen Lösungen gestützt auf die Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung erwähnen. Mangels Koordination unter den Kantonen weisen die Beurteilungskriterien für die Berechtigten, aber auch die Beitragsansätze und die Auszahlungsmodalitäten von Kanton zu Kanton grosse Unterschiede auf.

→ Anstelle einer Kompetenzdelegation ist eher eine Mitarbeit der Kantone bei der zentralen Prämienbewilligung durch das BSV anzustreben.

5.2 Mitarbeit der Kantone

5.2.1 Eingabe des Staatsrates des Kantons NE

Mit Schreiben vom 16.10.96 an Frau Bundesrätin Dreifuss hat der Staatsrat von NE folgende Änderung der KVV vorgeschlagen (Übersetzung SDK):

Art. 92.3

Die Versicherer haben die Budgets nach Art.92.2 in der Weise zu erstellen, dass diese den durchschnittlichen Kosten je Kanton entsprechen oder, bei regionaler Abstufung innerhalb des Kantons, je Region.

Art. 92 bis (neu)

Die Versicherer haben jedem Kanton, soweit es diesen betrifft, die Prämientarife, die Bilanzen, die Betriebsrechnungen und die Budgets nach Art. 92.2 unter Beachtung der in Art. 92 vorgesehenen Fristen und Formen einzureichen.

Die Kantone können dem BSV ihre Bemerkungen zu den von den Versicherern vorgelegten kantonalen Rechnungen und Budgets übermitteln, damit diesen vor der Genehmigung der Prämien Rechnung getragen werden kann.

5.2.2 Beurteilung

Ich habe bereits erwähnt, dass bei mittleren und kleinen Kassen die kantonalen Daten von Jahr zu Jahr wesentliche Streuungen aufweisen können. Diese Problematik würde weiter verschärft, wenn innerhalb eines Kantons die Budgets nach bis zu drei Regionen aufgeteilt werden müssten. Dies würde sogar bei einzelnen grossen Kassen zu ungesicherten Aussagen führen. Dazu kommt, dass bis heute die Kassen die Einteilung der Regionen selbständig vornehmen können. Vergleiche zwischen den Kassen sind demnach nicht möglich.

Betreffend Forderung, in die Bücher der Kassen Einsicht nehmen zu können, verweise ich auf meine Ausführungen im Abschnitt 5.1.2. und den Hinweis auf die Konkurrenzsituation. Zur Frage der Auskunftsberechtigung des BSV gegenüber kantonalen Behörden haben sich sowohl der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte (Schreiben vom 27.1.97 an das Bundesamt für Justiz) und das Bundesamt für Justiz (Schreiben vom 30.1.97 an das BSV) geäußert.

Wenn das BSV ein zweistufiges Verfahren zu beachten hat, scheint die zur Verfügung stehende Zeit von zwei Monaten äusserst knapp zu werden, weil die Kantone kaum in den ersten Wochen August die Unterlagen der mindestens 38 Kassen (Kanton VS 75 Kassen, Kanton GR 74 Kassen) gründlich prüfen können, um dem BSV rechtzeitig ihre Bemerkungen zukommen zu lassen.

5.3 Beurteilung Kostenentwicklung pro Kanton

5.3.1 Grundsatz

Heute ist es den einzelnen Kassen überlassen, wie sie das Ausmass der erwarteten Kosten (Versicherungsleistungen) im Gesundheitswesen pro Kanton für das nächste Jahr schätzen. Die Versicherer sind dabei oft überfordert, weil insbesondere die mittleren und kleinen Kassen nicht über genügend aussagekräftige Statistiken verfügen.

In der Öffentlichkeit sind denn auch besonders die unterschiedlichen Annahmen der Kassen über das Ausmass der Veränderung der durchschnittlichen Behandlungskosten stark kritisiert worden. Diese Schätzung wird noch erschwert, weil sehr oft im Zeitpunkt der Prämienkalkulation noch nicht alle verbindlichen Tarife zwischen den Kassen und den Leistungserbringern definitiv vertraglich geregelt sind. Berechnen die Kassen ihre Prämien nach dem "worst case" Prinzip und berücksichtigen die geforderten Tarifaufschläge bereits vor definitivem Vertragsabschluss, so können sie sich in den Verhandlungen nur noch schwer gegen eine Anpassung im geforderten Ausmass zur Wehr setzen. Im umgekehrten Fall fehlen ihnen die Mittel, falls die Tarife doch angehoben werden, die Kassen dies aber bei den Prämien noch nicht berücksichtigt haben.

- Daraus müsste eigentlich die Forderung abgeleitet werden, dass alle das nächste Jahr betreffenden Tarifverhandlungen bis spätestens Ende Juni des laufenden Jahres abgeschlossen sein müssen. Dasselbe würde natürlich für Änderungen des Leistungskataloges gelten, da man den Kassen nicht neue Leistungen aufbürden kann, wenn sie keine Gelegenheit mehr haben, dies bei den Prämienkalkulationen für das erste Jahr des Inkrafttretens zu berücksichtigen.
- Weiter müsste sichergestellt sein, dass die unter den Partnern ausgehandelten oder durch die Behörden festgesetzten Tarife nicht nachträglich noch angefochten werden, sondern verbindlich in Kraft gesetzt werden können. Dies würde bedingen, dass auch allfällige Referendums - bzw. Einsprachefristen bereits unbenutzt abgelaufen wären. Bei hängigen Beschwerden müsste festgelegt werden, dass die Tarife nicht rückwirkend in Kraft treten und die Kassen die Möglichkeit haben, bei Inkrafttreten im Laufe des Jahres ihre Prämien ebenfalls im Laufe des Jahres anzupassen.

5.3.2 Leistungsparameter pro Kanton

Die Kantone besitzen als einzige den Überblick über die in ihrem Kanton bestehenden Strukturen der verschiedenen Leistungserbringer (Ärzte, Chiropraktoren, Therapeuten etc.), indem sie zuständig sind für deren Praxis- und Berufsausübungsbewilligungen. In analoger Weise kennen sie die Spitalstrukturen pro Kanton. Weiter haben sie als Genehmigungsinstanz den Überblick über die verschiedenen Tarifverträge, über die gestellten Tarifbegehren sowie den Stand der Verhandlungen.

Die Kantone sind demnach bestens geeignet, eine Beurteilung der zu erwartenden Kostenentwicklung abzugeben. Diese Parameter bzw. Leitplanken dienen den Kassen bei der Prämienberechnung und dem BSV bei der Kontrolle der von den Kassen eingereichten Unterlagen.

- Anstelle einer Mitsprache der Kantone zu den von den Kassen erstellten Unterlagen sehe ich eine Beurteilung pro Kanton über die im Kanton bestehenden Trends in bezug auf Tarifänderungen, Mengenausweitungen etc. und deren Auswirkungen auf die Behandlungskosten des Folgejahres. Dabei wären auch die noch pendenten Tarifverhandlungen (inkl. gestellte Forderungen seitens der Leistungserbringer) mit den Krankenkassen aufzuführen mit einer Beurteilung der Wahrscheinlichkeit betreffend Kostenwirksamkeit im Folgejahr und damit für die zur Genehmigung anstehenden Prämien.
- Eine weitere Aufgabe der Kantone besteht meiner Ansicht nach auch darin, die Kostenstellenrechnungen der Leistungserbringer zu koordinieren und für eine einheitliche Anwendung zu sorgen. Dazu gehört auch die Kostentransparenz, d.h. beispielsweise die korrekte Ausscheidung der Kosten für die Grundversicherung, für die Zusatzversicherung, für den Spitalträger sowie zu Lasten Lehre und Forschung.

5.4 Trendanalysen

5.4.1 Trendanalyse des Konkordates der Schweizerischen Krankenversicherer

Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer hat im November und Dezember 1996 an die Kantonalverbände und an die Kantone zusätzliche Daten zu den Kostensteigerungen pro Kanton versandt. Die Kostenentwicklungen sind dabei auf die wichtigsten Kategorien von Leistungserbringern sowie in Tarif- und Mengenentwicklung aufgeteilt. Die Zahlen gelten für alle Versicherer zusammen und widerspiegeln die der durchschnittlichen Erwartung der Versicherer entsprechenden Kostenentwicklung im entsprechenden Kanton.

Dieser Deckungsbedarf geht aus von den bezahlten Versicherungsleistungen 1995 für die Rechnungsteller:

- Arzt
- Spital (stationär, ambulant)
- Spitex
- Pflegeheim
- Medikamente (Arzt, Apotheke)
- Chiropraktor
- Physiotherapeut
- übrige

und berechnet daraus die Veränderungen 1995 - 1997 aus Tarif- und aus Mengenänderungen, was zu den erwarteten Zahlungen 1997 führt. Für die Prämienbestimmung sind neben den eigentlichen Versicherungsleistungen auch noch die Zuweisungen an die gesetzlichen Reserven (20 % der Zunahme des Prämienolls) und die Rückstellungen (30 % der Zunahme der Versicherungsleistungen) zu berücksichtigen, was zu Deckungsbedarf 1997 führt. Bezogen auf eine versicherte Person kann pro Kanton ein durchschnittlicher Deckungsbeitrag bestimmt werden, der als Richtgrösse dienen kann.

Aus verschiedenen Gründen werden die Prämien von diesem mittleren Deckungsbedarf abweichen, so z. B. wegen:

- unterschiedlicher Versichertenstruktur
- unterschiedlicher Mitgliederentwicklung
- unterschiedlicher Anpassungsbedarf der Reserven und Rückstellungen
- Abgaben an den und Zuschüsse vom Risikoausgleich
- Bildung von und Abstufung nach Regionen innerhalb des Kantons
- etc.

Diese Analysen sind von den einzelnen Kantonen unterschiedlich aufgenommen worden.

Erfreulich ist allerdings die Tatsache, dass eine unabhängige Studie im Rahmen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, die vor dem Versand der

Zahlen des KSK erstellt worden ist, die von den Kassen berechneten Erhöhungen bestätigt hat, indem als zusammenfassendes Fazit festgehalten wurde:

"Es gibt für den Kanton Bern derzeit keine stichhaltigen materiellen Gründe, die Prämienaufschläge 1997 für Berner Versicherte mittels eines Vorstosses beim Bund in Frage zu stellen. Soweit die verfügbaren Daten eine Überprüfung des durchschnittlichen Prämienaufschlags von 16 % überhaupt zulassen, entspricht dieser dem derzeitigen Kostenschub bei den von den Versicherern zu übernehmenden Leistungen und erscheint deshalb plausibel."

Ich bin der Ansicht, dass die vom KSK erstmals für alle Kantone erstellten detaillierten Veränderungswerte noch optimiert und in einem breiteren Gremium validiert werden können.

5.4.2 Zusammenarbeit Kanton - Versicherer

Eine wichtige Mitarbeit der Kantone sehe ich bei der Bereitstellung von gemeinsamen Statistiken, Kennziffern, Trends etc., um die Analysen der Versicherer zu verbessern und auf einen gemeinsamen Nenner zu stellen. Die Erfahrungswerte der Kantone gestützt auf die Tarifüberwachung und Tarifgenehmigung, die Veränderung der Zahl der Leistungserbringer, die Entwicklung der Spital- und Pflegebetten, den Ausbau der Spitexangebote etc. können die von den Kassen erarbeiteten mutmasslichen Veränderungen der Behandlungskosten entweder bestätigen oder wertvoll ergänzen.

Dies führt mich zum Vorschlag einer gesamtschweizerischen Kommission, in welcher Kantons- und Kassenvertreter, allenfalls unter neutralem Vorsitz, versuchen, auf den Daten der Kassen und denjenigen der Kantone aufzubauen um pro Kanton einheitliche durchschnittliche Veränderungssätze zu definieren und konkret zu erarbeiten. Darauf basieren für die notwendigen Prämienanpassungen pro Kanton die wichtigsten Argumente. Diese sind im Rahmen der Veröffentlichung der Prämien auch gemeinsam zu kommunizieren. Dies würde die Zahl der unsachlichen Diskussionen in der Öffentlichkeit zwischen den Partnern im Gesundheitswesen sicher reduzieren. Damit könnten die emotionalen, polemischen und oft auch allzu politischen Argumente durch objektive und sachliche Tatsachen abgelöst werden.

Falls es gelingt, die Veränderungswerte pro Kanton schon im Laufe des zweiten Quartals einvernehmlich zwischen den Kantonen und den Kassen zu bestimmen, könnten die Prämienberechnungen schon wesentlich vereinfacht und auch vereinheitlicht werden. Die bereits erwähnten Unterschiede zwischen den Prämien der einzelnen Kassen würden nach wie vor bestehen, wären aber kleiner, weil wenigstens die Annahmen über die Steigerung der Versicherungsleistungen pro versicherte Person nicht mehr derart stark von Kasse zu Kasse variieren. Im Abschnitt 4.4 habe ich dargelegt, weshalb auch bei einheitlichen Teuerungsraten die Prämienanpassungen immer noch unterschiedlich ausfallen können.

Wenn es gelingt, mit einer gemischten Kommission pro Kanton einheitliche Kostenparameter als Basis für die Prämienberechnungen des kommenden Jahres zu erarbeiten, kann auch geprüft werden, ob nicht im Rahmen des erweiterten Kommunikationskonzeptes diese Kommission weitere Aufgaben wahrnehmen könnte. Ich denke hier beispielsweise an eine quartalsweise Lagebeurteilung der Kostenentwicklung mit laufender Überprüfung der für die Prämienkalkulation geschätzten Kostenparameter. Wird festgestellt, dass die tatsächliche Entwicklung von den getroffenen Annahmen abzuweichen droht, sind durch die Versicherer, die Kantone und das BSV kurzfristig gemeinsame Kostendämpfungsmassnahmen einzuleiten. Dabei wäre auch die Öffentlichkeit periodisch zu informieren, damit der einzelne Versicherte bereits vor dem

nächsten Prämien schock mithelfen kann, die Entwicklung der Behandlungskosten zu beeinflussen.

Ich bin der Ansicht, dass eine kleine, kompetente Kommission genügt. Auf jeden Fall sollte nicht pro Kanton ein separates Gremium vorgesehen werden, weil damit die einheitliche Beurteilung und die Berücksichtigung gesamtschweizerischer Aspekte verloren ginge.

6 Konkrete Anträge

6.1 Rasch umsetzbare Massnahmen

6.1.1 Grundsatz

Die Abgrenzung der sofort, d.h. für die Genehmigung der Prämien 1998 wirksamen Massnahmen und der erst später realisierbaren Massnahmen ist für mich schwierig, da ich die Leistungsfähigkeit der einzelnen Organisationseinheiten des BSV und die notwendigen juristischen und formellen Rahmenbedingungen nicht kenne. Es ist deshalb möglich, dass die detaillierten Umsetzungsvorbereitungen zu einer Verschiebung von Massnahmen unter dem Abschnitt 6.1 in den Abschnitt 6.2 zur Folge haben.

6.1.2 Unterlagen der Kassen

- I. Daten der Kassen gemäss Kreisschreiben 96/7 sind dem BSV zusätzlich auf einer vom BSV definierten und formatierten Diskette abzuliefern.
- II. Die Angaben über die Zahl der versicherten Personen und deren Durchschnittsalter sind pro Kanton zu verfeinern
- III. Die Rückstellungen und die Reserven sind zusätzlich pro Kanton auszuweisen
- IV. Die für die Budgetierung verwendeten Parameter sind in Tabellenform (Definition BSV) und auf Diskette ebenfalls abzuliefern
- V. Vorbereitung und Optimierung der Trendanalysen pro Kanton
- VI. Mitarbeit im Beurteilungsgremium "Trendanalysen"
- VII. Abrechnung über die Abwicklungsgewinne bzw. -verluste betreffend Rückstellungen erstellen

6.1.3 Massnahmen des BSV

- I. Redaktion neues Kreisschreiben (analog 96/7) betreffend den unter 6.1.1 erwähnten ergänzten Unterlagen der Kassen
- II. Strenge Kontrolle der von den Kassen gelieferten Daten auf Vollständigkeit
- III. Vorbereitung der Programme für die detaillierte Auswertung der von den Kassen auf Disketten gelieferten Daten gemäss den im Abschnitt 4.1. und 4.2. beschriebenen möglichen Auswertungen
- IV. Detaillierte und systematische Analyse der von den Kassen auf Disketten gelieferten Daten (inkl. Qualitäts- und Plausibilitätskontrolle)

- V. Erstellung der kantonalen und schweizerischen Zusammenfassungen dieser Daten, um die kantonalen und schweizerischen Mittelwerte und die Streuwerte der einzelnen Kassen zu ermitteln
- VI. Besondere Vorschriften für kleine Kassen erlassen, um die budgetierten erwarteten Kosten in realistischen Grenzen zu halten
- VII. Ueberprüfung und allenfalls Neuberechnung der Reduktionsfaktoren für frei wählbare Franchisen (Art. 95 KVV)
- VIII. Prüfung neuer Kostenbeteiligungssysteme
- IX. Vorbereitung der Programme für die systematische Analyse der Daten der Gemeinsamen Einrichtung KVG (Risikoausgleich) pro Kasse und Kanton
- X. Analyse der Daten "Risikoausgleich" und Berechnung der erwarteten Kosten für die kleinen Kassen
- XI. Aufbau eines Beurteilungsgremiums aus Vertretern der Versicherer und der SDK (ev. auch der FMH) unter neutralem Vorsitz zur Erarbeitung der kantonalen Trendanalysen als Grundlage für die Bestimmung der kantonalen Veränderungsparameter und die gemeinsamen Begründungen der notwendigen mittleren Prämienanpassungen pro Kanton
- XII. Vorbereitung eines verbesserten Kommunikationskonzeptes bezüglich Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und daraus folgende Prämienanpassungen

6.1.4 Massnahmen der Kantone (SDK)

- I. Vorbereitung der kantonalen Trendanalysen bezüglich Einfluss der Tarifanpassungen und der Mengenausweitungen auf die Kosten des Gesundheitswesens.
- II. Mitarbeit im Beurteilungsgremium "Trendanalysen"
- III. Übersicht über die auf kantonaler Ebene pendenten Tarifverhandlungen mit Angabe der möglichen Auswirkungen auf die Gesundheitskosten des Kantons
- IV. Analyse der Strukturen der Leistungserbringer

6.2 Mittelfristig umsetzbare Massnahmen

6.2.1 Massnahmen des BSV

- I. Wirkungsanalyse "Risikoausgleich" gestützt auf Art. 8 Verordnung über den Risikoausgleich
- II. Analyse der Administrativdaten
- III. Optimierung der statistischen Auswertungen im Rahmen der Prämien genehmigung
- IV. Ueberprüfung der Interpretation von Art. 61 bezüglich Verbot von Quersubventionen innerhalb einer Kasse zwischen den Rechnungsergebnissen der einzelnen Kantone.

6.2.2 Massnahmen der Kassen

- I. Verfeinern und Vereinheitlichen der Statistiken mit dem Zweck, damit Unterlagen zu erhalten für die Berechnung von Trendanalysen, Auswirkungen von Tarifanpassungen der Leistungserbringer.
- II. Definition verfeinerter Verfahren für die verstärkte Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer

6.2.3 Massnahmen der Kantone (SDK)

- I. Definition verfeinerter Verfahren für die Optimierung der kantonalen Trendanalysen für die Schätzung der Kosten im Gesundheitswesen.

7 Prämienkalkulation in Abhängigkeit der Behandlungskosten

7.1 Grundsätzliches

Es würde den Rahmen dieses Gutachtens sprengen, wenn auf alle Komponenten eingetreten würde, welche bei einer seriösen Prämienkalkulation zu berücksichtigen sind. Ich möchte lediglich mit einigen grundsätzlichen Ueberlegungen mögliche Missverständnisse zu klären versuchen.

Die gestiegenen Prämien für die Krankenpflegeversicherung nach KVG sind die logische Folge der gestiegenen Behandlungskosten im Gesundheitswesen. Dabei handelt es sich nicht um eine Kostenexplosion, weil das Ueberraschungselement eindeutig fehlt. Die Behandlungskosten steigen nicht nur seit Jahren, sondern seit Jahrzehnten, kontinuierlich an. Die Steigerungssätze variieren von Jahr zu Jahr, liegen aber immer deutlich über dem Landesindex der Konsumentenpreise.

Wenn die Kassen über die Höhe der Behandlungskosten durch Zustellung der Rechnung durch die Versicherten bzw. die Leistungserbringer orientiert werden, ist die Behandlung vielfach abgeschlossen und die dafür notwendigen Kosten sind eine Tatsache.

Die Krankenpflegekosten ergeben sich als Produkt aus der Zahl der erbrachten Leistungen und dem dafür vorgesehenen Preis im Tarifvertrag zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern. Sollen die Kosten im Gesundheitswesen echt eingedämmt werden, sind primär die Leistungserbringer zu einer ökonomischen Behandlungsweise anzuhalten. Die Kassen haben lediglich die Möglichkeit, durch besondere Versicherungsformen und den Abschluss der Tarifverträge sowie durch effiziente Kostenkontrollen korrigierend auf die künftigen Behandlungskosten Einfluss zu nehmen.

Bei den Versicherten kann der oft durch subjektive Ueberlegungen geprägte Entscheid, medizinische Dienstleistungen zu Lasten der Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen, durch eine Erhöhung der Kostenbeteiligung beeinflusst werden.

Die privatwirtschaftlich organisierten Kassen dürfen keine finanziellen Defizite aufweisen. Sie haben die gestiegenen Behandlungskosten, die Aeuffnung der Rückstellungen und Reserven sowie die Verwaltungskosten mit den Prämieinnahmen und Kostenbeteiligungen der Versicherten zu decken. Die Umstellung auf die Bedingungen des neuen KVG befinden sich offenbar noch in einer gewissen Uebergangsphase. Die Ausscheidung aller für die Prämienbestimmung relevanter Kostenkomponenten pro

Kanton bereitet einigen Kassen Mühe; insbesondere den mittleren und kleinen Kassen mit relativ grossen Streuungen.

In Tabelle H 1/1 und der Grafik A 4/4 habe ich die für 1997 erwarteten Kosten gemäss Berechnungen der Gemeinsamen Einrichtung KVG (Risikoausgleich) den für 1997 genehmigten Prämien gegenübergestellt. Mit Ausnahme der Kantone ZH, BE und LU liegen die Prämien für die Region 1 in keinem Kanton um mehr als 20 % über den erwarteten Kosten. Weshalb die durchschnittlichen Kosten im Kanton LU gesamtschweizerisch gesehen am tiefsten sind, kann ich nicht begründen. Dass die grossen Kantone ZH und BE mit den Prämien in der Region 1 deutlich über den erwarteten Kosten liegen ist verständlich, weil relativ viele Versicherte die tieferen Prämien der Regionen 2 und 3 zu bezahlen haben. In den übrigen Kantonen liegen die Margen zwischen den Prämien und den Kosten in einer vertretbaren Grössenordnung. Von einer krassen Benachteiligung kann keine Rede sein. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich hier um die vom BSV berechneten Durchschnittsprämien handelt; die effektiven Prämien können davon stark nach unten und nach oben abweichen, wie dies aus der Grafik A 4/4 hervorgeht.

7.2 Gründe für die Kostenentwicklung

Die höheren Versicherungsprämien sind die Folge der gestiegenen Versicherungsleistungen. Es ist also müssig, nur über die höheren Prämien zu diskutieren und zu untersuchen, wer im Rahmen der KVG Abstimmung allenfalls falsche Prognosen über die finanziellen Auswirkungen des Gesetzes gemacht hat. Im Zentrum steht doch die Frage, weshalb die Zahl der Rechnungen pro versicherte Person und die Rechnungsbeträge der Leistungserbringer und damit die Behandlungskosten von Jahr zu Jahr deutlich stärker als die allgemeine Teuerung ansteigen.

So sind beispielsweise seit 1966 (dem Jahr der letzten und einzigen grossen KVG Revision) die pro versicherte Person und Jahr in Rechnung gestellten Behandlungskosten (Krankenpflege) auf den 13-fachen Wert angestiegen, während in derselben Zeit die Löhne um den 4,5-fachen und die Preise um den 3-fachen Wert gestiegen sind. Wenn wir die Krankenpflegekosten weiter aufteilen, erhalten wir in runden Zahlen für die stationären Behandlungskosten den Faktor 23 sowie für die ärztliche Behandlung und die Arzneimittel je den Faktor 9.

Als Hauptgründe für diesen Anstieg können genannt werden:

1. Gestiegene Preise, d.h. Tarifierpassungen bei den Leistungserbringern
2. Eine Mengenausweitung bei den Leistungserbringern, denn die Krankenpflegekosten entstehen aus dem Produkt Menge mal Preis
3. Die Übernahme bisher nicht unter die Deckung der sozialen Krankenversicherung fallender diagnostischer und therapeutischer Leistungen

ad 1: Die Tarife der Leistungserbringer sind in den letzten Jahren eher moderat angepasst worden. Dies ist insbesondere auch damit zu begründen, dass dank medizinischer und technischer Fortschritte die diagnostischen und therapeutischen Leistungen heute in vielen Fällen einfacher, wirksamer und damit auch kostengünstiger erbracht werden können.

ad 2: Die Mengenausweitung stellt nach meiner Erfahrung die wichtigste Steigerungskomponente dar. Obschon die medizinischen Fortschritte sowie die Wirksamkeit der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen zu kürzeren und

"präziseren" Behandlungen führen sollten, weisen die Morbiditätsstatistiken (Häufigkeiten und Behandlungskosten pro versicherte Person, aufgeteilt nach Alter, Geschlecht und Region) steigende Durchschnittswerte aus. Dies kann wiederum verschiedene Gründe haben. Sehr oft wird hierzu von den Ärzten die Begehrlichkeit der Patienten als Grund angegeben. Die Begehrlichkeit des Patienten (=Versicherten) wird für die Krankenversicherung aber nur kostenwirksam, wenn sie mit der Begehrlichkeit des Leistungserbringers kombiniert wird. Der Arzt bestätigt ja gegenüber der Krankenversicherung die medizinische Notwendigkeit.

ad 3: Nach dem neuen KVG sind die Leistungen, die aus der Grundversicherung zu erbringen sind, abschliessend und einheitlich für alle Versicherten geregelt. Mit einer eher grosszügigen Umschreibung wollte der Gesetzgeber vor allem eine Zweiklassenmedizin vermeiden. Die Kritik der Vertreter von alternativen Behandlungsformen und von Spitex - Organisationen zeigt, dass der Leistungskatalog offenbar für viele immer noch zu eng definiert ist.

Die Leistungsumschreibung im KVG legt grundsätzlich fest, welche Teile der Gesundheitskosten durch die Versicherungen, welche durch die Steuern und welche vom Patienten direkt zu bezahlen sind. Objektiv gesehen sollten durch diese "Teilungsregel" im Gesetz die gesamten Gesundheitskosten nicht beeinflusst werden. Effektiv ist es so, dass Leistungen, welche von der anonymen Gesamtheit der Versicherten mittels Prämien zu bezahlen sind, vom Patienten und von den Leistungserbringern deutlich stärker nachgefragt bzw. erbracht werden, als dies nach streng medizinischen Kriterien der Fall wäre wenn der Patient die finanziellen Folgen allein zu tragen hätte.

7.3 Die Verantwortung der Ärzte für die Kosten im Gesundheitswesen

In der Regel fallen unter die Leistungspflicht für die Krankenkassen nur diejenigen Leistungen, die von einer Medizinalperson (Ärzte / Chiropraktoren) als medizinisch notwendig angeordnet werden. Dies gilt sowohl für die ambulante wie auch für die stationäre Behandlung. Die Medizinalpersonen tragen deshalb, nach dem Entscheid der versicherten Person, sich in Behandlung zu begeben, die volle Verantwortung für die Zahl der erbrachten und in Rechnung gestellten medizinischen Dienstleistungen. Die überproportionale Zunahme der Zahl der Medizinalpersonen gegenüber der Bevölkerung führt zwangsläufig zu einer Zunahme der medizinischen Dienstleistungen und damit der Behandlungskosten zu Lasten der Krankenversicherung.

Nach diesen grundsätzlichen Überlegungen zu den finanziellen Zusammenhängen komme ich nun zur oft vertretenen Meinung der Ärzte, weitaus am stärksten seien die Behandlungskosten in den Spitälern gestiegen und deshalb müsse primär hier und nicht bei den Ärzten angesetzt werden.

Ich teile die Ansicht, dass die stationären Behandlungskosten seit 1966 mehr als doppelt so stark gestiegen sind als für den ambulanten Bereich. Dabei ist aber zu beachten, dass der sprunghafte Anstieg ab 1971 auf die KUVG - Revision 1964 (Inkrafttreten 1966) zurückzuführen ist. Mit dieser Revision wurden die Krankenkassen verpflichtet, alle Personen, ungeachtet ihres Gesundheitszustandes in die Krankenpflegeversicherung aufzunehmen. Für bestehende Krankheiten und Gebrechen durften lediglich Versicherungsvorbehalte angebracht werden, die aber spätestens nach 5 Jahren, d.h. ab 1971 weggefallen sind.

Nun aber zur vollen Verantwortung der Ärzte für die Kostenentwicklung auch im Spital:

Meines Wissens werden und dürfen im Spital nur medizinische Leistungen gegenüber dem Patienten erbracht werden, die ein Arzt angeordnet hat. Es ist nicht Sache des Pflegepersonals oder gar der Patienten selbst, Laboranalysen, Röntgen, Physiotherapie, Arzneimittel oder gar Operationen usw. anzuordnen oder zu verschreiben. Auslöser der diagnostischen und therapeutischen Leistungen ist immer eine Medizinalperson.

Nun wird oft seitens der Ärzte eingewendet, dass von den gesamten Betriebskosten eines Spitals nur ein kleiner Teil auf die medizinischen Leistungen, mindestens aber 3/4 auf die Personalkosten entfallen würden, auf welche die Ärzte ja keinen Einfluss hätten. Meiner Ansicht nach tragen die Ärzte auch bezüglich Personalkosten die Hauptverantwortung. Die Spitalinfrastruktur richtet sich nach der Zahl der von den Ärzten veranlassten diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Werden mehr Leistungen angeordnet muss das Spital den Personalbestand auch entsprechend aufstocken. Die Ärzte können somit die stationären Behandlungskosten entscheidend beeinflussen.

Wenn beispielsweise die Ärzte 10 % weniger Laboruntersuchungen, Röntgen, Physiotherapie verordnen würden, könnte die Spitalverwaltung auf 10 % des Personals im Labor, im Röntgen und in der Physiotherapie verzichten. Analog verhält es sich bezüglich Aufenthaltsdauer im Spital. Die Entscheidungsbefugnis bezüglich Spitaleintritt und Spitalaustritt liegt ebenfalls eindeutig beim Arzt. Werden die Wünsche des Patienten nach längerem Verbleib berücksichtigt, kommen meine Bemerkungen betreffend Begehrlichkeit zur Anwendung. Wenn im Akutspital die Patienten im Mittel 1 Tag früher nach Hause entlassen werden, können rund 10 % der Spitaltage, damit 10 % der Spitalbetten oder gar 10 % der Spitäler eingespart werden.

Fazit: Die Ärzte sind bezüglich Behandlungskosten im Spital ebenfalls voll verantwortlich. Nur sie haben die Kompetenz, mit ihren medizinischen Entscheiden die Kostenentwicklung nachhaltig zu beeinflussen. Oft wird bezüglich Spitalkosten der Ball den Politikern zugeworfen, um von der eigenen Verantwortung abzulenken. Dazu kann ich aus eigener Erfahrung feststellen, dass bei umstrittenen Spitalbauprojekten oder bei Diskussionen um die Schliessung von Akutspitälern die Ärzteschaft in der Regel eindeutig für den Ausbau bzw. gegen die Schliessung votiert und die Patienten auch in diesem Sinne vor der Abstimmung beeinflusst.

Wer bezüglich Krankheitsbehandlung die alleinige Kompetenz hat, muss sich auch der damit verbundenen Verantwortung bewusst sein und selbst aktiv mithelfen, die medizinisch notwendigen Behandlungskosten in einem finanzierbaren Rahmen zu halten. Wer nur die steigenden Krankenversicherungsprämien kritisiert hat das Problem "Gesundheitswesen" nicht erkannt.

7.4 Die Verantwortung der Versicherer

Die Krankenversicherer haben als Treuhänder der Versicherungsprämien die Verpflichtung, nur diejenigen Versicherungsleistungen zu erbringen, die begründet und notwendig sind. Dazu gehört neben der strengen Kontrolle der eingehenden Rechnungen zunehmend auch die eigene Aktivität dafür zu sorgen, dass die diagnostischen und therapeutischen Leistungen kostengünstig erbracht und die technischen und medizinischen Fortschritte wie in anderen Zweigen der Wirtschaft auch, an die Verbraucher bzw. Prämienzahler weitergegeben werden. Dazu bietet das neue KVG die notwendige gesetzliche Basis.

Eine korrekte und wirksame Kostenkontrolle durch die Versicherer setzt aber auch voraus, dass diese über entsprechend aussagekräftige und detaillierte Statistiken verfügen. Nur so wird es möglich sein, nach der Methode des statistischen Vergleichs die unwirtschaftlich praktizierenden Leistungserbringer festzustellen und mittels Rückerstattungsforderungen oder mittels Ausschluss aus dem Vertragsverhältnis zu einer wirtschaftlichen Behandlungsweise zu zwingen. Auf diesem Gebiet besteht meiner Ansicht nach immer noch ein respektablem Nachholbedarf.

8 Auftragserfüllung

Die vorstehenden Ausführungen werden an den einzelnen Punkten des Auftrages gemessen:

"Der Beauftragte wird beauftragt, zu Handen des BSV zu beurteilen:

- 1. ob die Prüfungsmethode des BSV sicherstellt, dass bei Anwendung des jeweiligen Prämientarifs die finanzielle Lage des Versicherers (Reserve- und Rückstellungsquote) gesichert bleibt, so dass er jederzeit seinen finanziellen Verpflichtungen nachkommen kann;*

Die im Abschnitt 3. dargelegte kritische Beurteilung zeigt deutlich, dass die heute vom BSV praktizierte Methode die finanzielle Sicherheit eines Versicherers nicht garantieren kann. Die an einem konkreten Beispiel nachgewiesenen fehlerhaften oder unlogischen Angaben der Kasse belegen, dass die Methode mit einfachen Massnahmen noch wesentlich wirksamer ausgestaltet werden kann.

- 2. ob durch die Prüfungsmethode des BSV die Einhaltung des Grundsatzes der - i.d.R. kantonal und regional abgestuften - kostengerechten Prämien sichergestellt werden kann;*

Der Grundsatz des kantonalen finanziellen Gleichgewichtes wird insofern nicht berücksichtigt, als die Rückstellungen und die Reserven nicht kantonal ausgewiesen und berücksichtigt werden, obschon aus den kantonalen Prämien ebenfalls die betreffenden Zuweisungen zu erfolgen haben.

- 3. ob und in welcher Funktion die Kantone in das Prüfverfahren einbezogen werden können.*

Den Kantonen ist keine Kompetenz zur Prämien genehmigung zu erteilen, ebenso wenig aus Konkurrenzgründen die konkrete Mitsprache auf Grund einer Einsicht in die Bücher der Versicherer. Die Kantone sind aber bezüglich Trendanalyse und Schätzung der Kosten im Gesundheitswesen sowie verbessertem Kommunikationskonzept vermehrt zu engagieren.

Die Beurteilung umfasst:

- die Darstellung der Elemente, welche die Krankenkassen bei der Festsetzung der Prämien zu berücksichtigen haben,*

Die wichtigsten Elemente für die Prämienkalkulation sind im heute verlangten Form. 96.419 (Ergebnisrechnung) enthalten. Es liegt am BSV die von den Kassen gelieferten Daten kritisch auf formelle, logische und materielle Fehler zu prüfen und notwendige Korrekturen durchzusetzen. Die zusätzlich geforderten Angaben beeinflussen die konkrete Prämienberechnung der Kassen nicht, erhöhen aber die Kontrollmöglichkei-

ten des BSV und werden damit indirekt die Kassen zu seriöseren Berechnungen veranlassen.

Grundsätzlich wäre allenfalls zu prüfen, ob die Kassen die im Zeitpunkt der Prämienberechnungen bereits bekannten Begehren der Leistungserbringer für Tarifanpassungen schon zu berücksichtigen haben, obschon die Verhandlungen erst später abgeschlossen werden und allenfalls zu Kostensteigerungen im Folgejahr führen können.

- **die Prüfung der Zweckmässigkeit der eingeforderten Unterlagen,**

Hier gilt praktisch dieselbe Aussage wie im vorangehenden Abschnitt. Die Unterlagen sind grundsätzlich zweckmässig, nicht aber die darauf basierenden Kontrollen durch das BSV.

- **die Prüfung der Aussagekraft der bei der Prüfung durch das BSV verwendeten Kennzahlen/Indizes,**

Die relativ wenigen heute vom BSV verwendeten Kennzahlen sind nicht sehr aussagekräftig. Mit einfachen Programmen auf einem PC können viel mehr Kennzahlen und Indizes berechnet und damit die Aussagekraft der Analysen deutlich erhöht werden.

- **die Prüfung des Vorgehens des BSV in jenen Fällen, in denen die Prämien eines Versicherers aufgrund einzelner Kennzahlen beanstandet werden müsste, in denen aber aufgrund weiterer Kriterien von einer Beanstandung abgesehen wird.**

Ich bin der Ansicht, dass die Kriterien ganz klar festgesetzt werden müssen. Wenn aus Gründen falscher Kalkulation in den Vorjahren bzw. unerwartet hohen Versicherungsleistungen in einem Kanton grössere Korrekturen für die Sicherstellung des finanziellen Gleichgewichtes notwendig sind, müssen auch grössere Prämienanpassungen in Kauf genommen werden. Es stellt sich allerdings die Frage, ob allenfalls die Bestimmungen über die Rückversicherungen für mittlere und kleine Kassen zu überprüfen sind, damit grössere Schwankungen im Risikoverlauf besser aufgefangen werden können.

In der Expertise sind allfällige Verbesserungsmöglichkeiten in bezug auf die von den Krankenkassen verlangten oder auch anderweitig verfügbaren Unterlagen wie auch auf das Verfahren, nach welchem die Prüfung der von den Versicherern eingereichten Unterlagen erfolgt (Bildung von Kennzahlen/Indizes, Kriterien zu deren Wertung), aufzuzeigen.

Die Verbesserungsmöglichkeiten sind in den vorangehenden Abschnitten dargestellt und erläutert.

Dabei ist sowohl auf die Möglichkeit eines Bezugs der Kontrollstellen als auch einer Verwendung der im BSV erfassten Administrativdaten einzugehen.

Meiner Ansicht nach ist die Richtigkeit der von den Kassen eingereichten Ergebnisrechnungen sowie der Budgets für die zwei Jahre von den Kontrollstellen der Versicherer zu bestätigen. Die Analyse und die Verwendung der Administrativdaten habe ich als eine der Massnahmen im Abschnitt 6.2 erwähnt.

Die Vorschläge müssen dem zeitlichen Rahmen, welcher für die Prämien genehmigung zur Verfügung steht, Rechnung tragen.

Die meisten von mir vorgeschlagenen Massnahmen, insbesondere die Bildung einer grossen Zahl von Kennzahlen und Indizes mittels elektronischer Auswertung werden den zeitlichen Rahmen (August/September) kaum sprengen. Die wesentlich verfeinerten Kontrollen können allerdings in der Anfangsphase zu vermehrten Diskussionen und Abklärungen mit den Kassen führen, was Zeit kosten dürfte. Um dies möglichst zu

vermeiden sind die vorgesehenen intensivierten Kontrollen der Daten im Vorfeld der Prämien genehmigung den Versicherten rechtzeitig mitzuteilen, damit sie der Qualität der Daten besondere Aufmerksamkeit schenken und keine Wunschbudgets aufstellen.

Ein allfälliger zeitlicher, personeller oder finanzieller Mehraufwand ist grob zu schätzen und auszuweisen.

Ich bin der Ansicht, dass die vorgeschlagenen Massnahmen nach einer Umstellungsphase (z.B. Programmierung, Instruktion der Kassen etc.) kaum als Mehraufwand ins Gewicht fallen.

Von besonderem Interesse ist die Frage, ob und wieweit die Kantone in das Verfahren einbezogen werden können und sollen, sei dies in der Phase der Entscheidungsvorbereitung durch die Bereitstellung von Unterlagen bzw. Daten, sei es im Genehmigungsverfahren selbst.

Im Abschnitt 5 habe ich meine ablehnende Haltung gegenüber einer Kompetenzdelegation an die Kantone kurz begründet. Diese Begründung wäre allenfalls mit juristischen und politischen Argumenten zu ergänzen.

Eine Mitarbeit der Kantone bzw. der SDK im Rahmen eines Beratungsgremiums für die Trendanalysen und die Schätzung der Kosten für das Gesundheitswesen sowie eines gemeinsamen Kommunikationskonzeptes betreffend Veröffentlichung der vom BSV genehmigten Prämien ist zu begrüessen.

Es ist zu unterscheiden nach kurzfristig, d.h. auf die 1997 durchzuführenden Prämien genehmigungen hin, und längerfristig realisierbaren Massnahmen."

Die wirksamsten Massnahmen sind meiner Ansicht nach bereits für die Genehmigung der Prämien 1998 im August/September 1997 realisier- und anwendbar.

9 Arbeitstagung vom 20. Februar 1997

Am 20. Februar 1997 hat unter Leitung von Frau Bundesrätin Dreifuss eine Arbeitstagung zur Umsetzung des KVG stattgefunden. Das EDI beabsichtigt, über diese Tagung besonders zu berichten. Ich war als Experte zum Themenblock 3 "Prämien" ein Diskussionspapier und anschliessend einen Bericht zu erstellen. Dieser Expertenbericht liegt als Anhang A der vorliegenden Expertise bei.

Das Diskussionsergebnis zur Festsetzung und Kontrolle der Prämien kann wie folgt zusammengefasst werden:

Einmal mehr hat sich die Hauptdiskussion mit den Folgen und nicht mit den Ursachen der Kostensteigerung im Gesundheitswesen befasst. Die stark steigenden Prämien sind das Spiegelbild einer entsprechenden Entwicklung der auf die Versicherten nach KVG entfallenden Behandlungskosten. Die Feststellung des Vertreters der FMH, weiter steigende Prämien könnten negative politische Folgen haben und es sei alles zu unternehmen, um dies zu verhindern ist an sich richtig. Dazu möchte ich aber bemerken, dass die Medizinalpersonen eine grosse Verantwortung für die Zahl der im Rahmen der stationären und ambulanten Behandlung erbrachten und in Rechnung gestellten medizinischen Leistungen tragen und deshalb selbst am meisten zu einer Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen beitragen können. Stagnierende oder gar tiefere Prämien für die Krankenversicherung sind erst bei stagnierenden oder tieferen Kosten im Gesundheitswesen möglich. Dies bedeutet aber eine echte Reduktion der Einnahmen der einzelnen Leistungserbringer, insbesondere der Medizinalpersonen,

weil deren Zahl, gemessen an der Bevölkerung, immer noch überproportional steigt. Ein diesbezügliches Engagement der Standesorganisation im Hinblick auf eine Beruhigung an der Prämienfront ist sehr zu begrüßen.

Die Krankenkassen, welche in der Regel keine grossen Gewinne ausweisen und oft Mühe haben, die gesetzlichen Reserven zu äufnen, müssen ihre Verantwortung als Treuhänder der Versichertenprämien in Zukunft wesentlich stärker wahrnehmen, indem sie die Wirtschaftlichkeit der in Rechnung gestellten Leistungen nach der auch vom Bundesgericht anerkannten Methode des statistischen Vergleichs systematisch überprüfen und die im KVG enthaltenen Möglichkeiten für die Schaffung von marktähnlichen Verhältnissen im Gesundheitswesen voll ausschöpfen. Dazu gehören das Angebot von besonderen Versicherungsformen sowie der Abschluss von Tarifverträgen mit einzelnen Gruppen von wirtschaftlich praktizierenden Leistungserbringern.

Praktisch alle Partner im Gesundheitswesen haben das berechtigte Bedürfnis nach repräsentativen und aussagekräftigen Statistiken, für:

- die Festsetzung der verschiedenen Tarife für die medizinischen Leistungen
- die zuverlässige Schätzung der erwarteten Behandlungskosten
- die Genehmigung der Krankenkassenprämien
- die Ueberprüfung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

zum Ausdruck gebracht. Dabei ist allerdings zu hoffen, dass seitens Datenschutz die notwendige Bereitschaft besteht, wesentlich detailliertere Statistiken auch über die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu genehmigen.

Nach wie vor unklar ist die Antwort auf die Frage, welche Gesundheitskosten dem einzelnen Bürger als Steuerzahler und welche ihm als Prämienzahler zugemutet werden können.

Die Mitarbeit der Kantone bei der Prämiengenehmigung hat sich schwergewichtig auf das Bereitstellen der Entscheidungsgrundlagen, insbesondere die detaillierte Schätzung der Entwicklung der Gesundheitskosten pro Kanton für das kommende Prämienjahr zu beschränken. Diese Parameter sind den Krankenkassen als verbindliche Planungsunterlagen rechtzeitig für die Prämienberechnung zur Verfügung zu stellen.

Bei der Prämiengenehmigung durch das BSV stellt sich die Grundsatzfrage, ob nur ungenügende Prämien nach oben, oder allenfalls auch zu hohe Prämien nach unten korrigiert werden sollen. Bei einer durch das BSV geforderten Prämienreduktion stellt sich die Frage der finanziellen Verantwortung, falls die Kasse damit für die Versicherten des betreffenden Kantons Ende des Prämienjahres nicht mehr über die notwendigen gesetzlichen Reserven verfügt.

10 Arbeitstagung vom 20. März 1997

Am 20. März 1997 hat unter Leitung BSV ein Seminar über Gestaltung und Kontrolle der Prämien nach KVG stattgefunden. Als Grundlage für dieses Seminar diente die provisorische Fassung vom 3. März 1997 der vorliegenden Expertise. Nach den einleitenden Referaten:

- Prämienkalkulation der Versicherer (Rudolf Brühlhart)
- Prämiengenehmigung durch das BSV (Markus Moser)

- Standpunkt der kantonalen Behörden (Michel Surbeck)
- Beurteilung des Genehmigungsverfahrens (Heinz Schmid)

sind besonders die Expertise, die Elemente für die Kostenschätzung und eine bessere Transparenz sowie das weitere Vorgehen diskutiert worden. Das Ergebnis kann wie folgt zusammengefasst werden:

Die Vertreter der Kantone, der Versicherer und der Patientenorganisationen äussern sich mehrheitlich positiv zu den Aussagen der Expertise. Die Forderung nach Genehmigung der Prämien durch die Kantone wird nicht mehr vertreten. Eine verstärkte Mitarbeit der Kantone bezüglich Schätzung der Gesundheitskosten, Erhöhung der Transparenz und Verbesserung der Information der Bevölkerung wird befürwortet. Die Krankenversicherer bestätigen die Problematik der Budgetzahlen pro Kanton der kleinen und mittleren Kassen und weisen darauf hin, dass die richtige Bemessung der Reserven, der Rückstellungen und des Risikoausgleichs schwierig ist. Die Krankenversicherer bestätigen die Notwendigkeit einer Überprüfung der Reduktionsfaktoren bei freiwählbaren Franchisen und erachten es als dringlich, die prozentualen Reduktionsansätze durch frankenmässige Höchstbeträge zu limitieren.

Das Konkordat der Krankenversicherer erklärt sich bereit, die kantonalen Trendanalysen weiterzuführen und diese noch zu verbessern. Die Stellungnahme der Kantone dazu ist unterschiedlich, mehrheitlich erklären sie sich aber bereit, daran mitzuwirken. Die vom Experten angeregte Form einer gemischten Kommission als ständige Einrichtung geht den Kantonen zu weit. Die Struktur der Trendanalyse kann ihrer Ansicht nach im Rahmen einer gemischten ad-hoc Arbeitsgruppe geprüft und besprochen werden; die Berechnungen für die einzelnen Kantone wären bilateral vorzunehmen. In einem ersten Schritt wird der Direktor des Konkordates und der Generalsekretär der SDK den Raster für die Trendanalyse ausarbeiten. Sie halten zudem fest, dass die kantonalen Kostenprognosen und die Prämien erhöhungen der einzelnen Versicherer dennoch auseinanderzuhalten sind.

Die Krankenversicherer erklären sich auch bereit, künftig die Daten der Ergebnisrechnung sowie die Budget für die folgenden zwei Jahre pro Kanton in Diskettenform zur Verfügung zustellen.

11 Zusammenfassung

1. Als Basis für die Genehmigung der Prämien nach KVG für das Jahr (n+1) dienen dem Bundesamt für Sozialversicherung heute pro Kasse und pro Kanton die Ergebnisrechnungen für das Jahr (n-1), die Hochrechnung/Prognose für das laufende Jahr n sowie das Budget für das Jahr (n+1). Diese Daten und die neuen Prämien stehen dem BSV nicht auf einem elektronischen Datenträger zur Verfügung.
2. Gestützt auf diese Unterlagen bestimmt das BSV verschiedene Kennziffern und Verhältniszahlen pro Kanton. Insbesondere wird der durchschnittlich pro Kopf und Kanton errechnete Deckungsbeitrag 2 (Summe der Einnahmen aus Prämien, Koba, Rückvers., Subventionen etc. abzüglich die Bruttoleistungen, Prämien Rückvers., Verwaltungskosten, Abschreibungen etc, aber ohne die Zuweisungen an die Rückstellungen und Reserven) bezüglich absoluter und relativer Abweichung zum schweizerischen Mittel analysiert.
3. Die Prämien 1997 und die Gesamtbelastung aus Prämie und Kostenbeteiligung wird analysiert. Es wird festgestellt, dass die Maximalprämien pro erwachsene Person und pro Kanton bis zu 100 % und mehr über den entsprechenden Minimalprämien liegen.
4. Die vom BSV bis heute angewandte Prüfmethode genügt den heutigen Anforderungen nicht mehr. Die von den Krankenversicherern gelieferten Daten sind detailliert zu analysieren, indem für die absoluten Werte und für die Werte pro versicherte Person verschiedene Verhältniszahlen bestimmt, logische Kontrollen durchgeführt und Quervergleiche zwischen den Kassen pro Kanton und pro Kasse zwischen den Kantonen durchgeführt werden.
5. Eine wichtige Grundlage bei der Überprüfung der vorgelegten Prämien bilden die Ergebnisse der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Die Daten des Risikoausgleichs stehen pro Kasse und Kanton für alle Risikogruppen, getrennt nach Männern und Frauen auf einem elektronischen Datenträger zur Verfügung.
6. Die Kantone sollen keine Kompetenz zur Prämien genehmigung erhalten. Sie sollen aber beigezogen werden bei der Beurteilung der im folgenden Jahr zu erwartenden Veränderung der Behandlungskosten, die gemäss KVG den Krankenversicherern in Rechnung gestellt werden.
7. Die meisten der vom Experten gestellten Anträge sind vom BSV, den Krankenversicherern und den Kantonen bereits für die Prämienrunde 1998, die Ende September 1997 abgeschlossen sein muss, realisierbar. Dabei wird eine deutliche Verfeinerung der Analyse der Daten der Versicherer unter Einbezug der Daten des Risikoausgleichs, eine verstärkte Kooperation zwischen den Versicherern und den Kantonen sowie ein verbessertes Kommunikationskonzept bezüglich Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen und der Prämien angestrebt.
8. Bei allen Diskussionen über die Prämien und deren Entwicklung darf nicht vergessen werden, dass die Prämien nach KVG stets nur die Folge der sich verändernden Gesundheitskosten sind. Prämien dämpfungs massnahmen sind deshalb nur sinnvoll, wenn gleichzeitig die Leistungserbringer zu einer entsprechenden Reduktion der Behandlungskosten gezwungen werden können. Das neue KVG bietet hierzu verschiedene Möglichkeiten, um die Leistungserbringer mit vermehrten Marktmechanismen zu einer wirtschaftlich günstigeren Behandlung zu motivieren.

12 Verzeichnis der Tabellen und der Grafiken

12.1 Verzeichnis der Tabellen

Tabelle	Bezeichnung
A 1/1	BSV - Formular 96.419 Ergebnisrechnung
B 1/7	Kanton A, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 2/7	Kanton B, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 3/7	Kanton C, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 4/7	Kanton D, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 5/7	Kanton E, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 6/7	Kanton F, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 7/7	Kantone A - F, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
C 1/2	Krankenpflegeversicherung, Prämien 1997, Min./Max. Prämien Erwachsene
C 2/2	Krankenpflegeversicherung, Prämien 1997, Min./Max. Prämien Kinder
D 1/2	Anzahl Kassen und Versicherte 1.1.96
D 2/2	Anzahl Kassen und Versicherte 1.1.96
E 1/2	Modellrechnungen Kostenbeteiligungen; Erwachsene
E 2/2	Modellrechnungen Kostenbeteiligungen; Kinder
F 1/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 150.-
F 2/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 201.82
F 3/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 300.-
G 1/1	Analyse der Bestände und der Prämien, Kasse XY, Kantone A - F
H 1/1	Analyse der Prämien 1997; Vergleich durchschnittliche Kosten und Prämien
I 1/2	Krankenpflegeversicherung; Prov. Risikoausgleich und Prämien 1997, Frauen
I 2/2	Krankenpflegeversicherung; Prov. Risikoausgleich und Prämien 1997, Männer
J 1/3	Modellrechnungen Prämien; Varianten 1 und 2
J 2/3	Modellrechnungen Prämien; Varianten 3 und 4
J 3/3	Modellrechnungen Prämien; Varianten 5 und 6

12.2 Verzeichnis der Grafiken

Grafik	Bezeichnung
A 1/4 - A 4/4	Minimale und maximale Monatsprämien 1997, nach Kanton, Region 1
B 1/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 150.-
B 2/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 201.82
B 3/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 300.-
C 1/6 - C 3/6	Risikoausgleich; Kosten pro versicherte Frau 1995, nach Kanton
C 4/6 - C 6/6	Risikoausgleich; Kosten pro versicherten Mann 1995, nach Kanton
D 1/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton ZH, grosse Kassen
D 2/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton ZH, mittlere Kassen
D 3/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton ZH, kleine Kassen
E 1/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton BE, grosse Kassen
E 2/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton BE, mittlere Kassen
E 3/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton BE, kleine Kassen

Beilagen: Tabellen und Grafiken gemäss Verzeichnis

Anhang A: Arbeitstagung vom 20. Februar 1997 zur Umsetzung des KVG,
Themenblock 3: Prämien; Bericht des Experten vom 17. März 1997

Inhaltsverzeichnis

1 Auftrag.....	1
1.1 Auftrag vom 4.12.96.....	1
1.2 Auftragsanalyse.....	2
1.3 Zeitplan.....	2
2 Grundlagen.....	3
2.1 BSV.....	3
2.2 Kassen.....	3
2.3 SDK.....	4
2.4 Gesetzliche Grundlagen.....	4
3 Heutige Genehmigungsmethode; Ablauf 1996 für Prämien 1997.....	4
3.1 Basisunterlagen der Versicherer.....	4
3.2 Beurteilungsmethode des BSV.....	4
3.3 Analyse der vom BSV genehmigten Prämien 1997.....	6
3.4 Gesamtbelastung der Versicherten aus Prämie und Kostenbeteiligung.....	7
3.5 Kritische Beurteilung der heutigen Methode.....	7
3.5.1 Grundsätzliches.....	7
3.5.2 Materielle Beurteilung der Kennziffern/Indizes.....	8
3.5.3 Transparenz.....	9
4 Ausbau der Prämienkontrolle und der Prämien genehmigung.....	10
4.1 Neue Analysen auf den bestehenden Daten der Versicherer.....	10
4.1.1 Grundsatz.....	10
4.1.2 Veränderungen (in %) pro Kanton der von den Kassen gemeldeten Grunddaten.....	12
4.1.3 Durchschnittlich auf eine versicherte Person bezogene Grunddaten.....	13
4.1.4 Veränderungen (in %) der auf eine versicherte Person bezogenen Grunddaten.....	14
4.1.5 Bildung einiger Verhältniszahlen.....	14
4.1.6 Kritische Analyse der Kennziffern.....	17
4.1.7 Bildung von Kontrollzahlen als Summe bestimmter Grunddaten.....	17
4.2 Ergänzung der Ergebnisrechnungen und der Budgets nach Kanton.....	18
4.3 Berücksichtigung weiterer Datenquellen und Statistiken.....	18
4.3.1 Ergänzung der von den Kassen gemeldeten Grunddaten.....	18
4.3.1.1 Allgemeine Verwendung der Daten "Risikoausgleich".....	18
4.3.1.2 Verwendung der Daten "Risikoausgleich" für mittlere und kleine Kassen.....	19
4.3.1.3 Berücksichtigung der besonderen Versicherungsformen.....	21
4.3.2 Gesamtschweizerische Analysen.....	21
4.4 Modellrechnungen für die Prämien.....	22
4.4.1 Grundsatz.....	22
4.4.2 Modellrechnung Variante 1.....	22
4.4.3 Modellrechnungen Varianten 2 bis 6.....	24
4.4.4 Beurteilung.....	24
5 Einbezug der Kantone.....	25
5.1 Prämien genehmigung durch die Kantone.....	25
5.1.1 Ausgangslage.....	25
5.1.1.1 Vorstösse der Sanitätsdirektorenkonferenz.....	25
5.1.1.2 Standesinitiativen der Kantone GE und TI, Vorstoss Kanton NE.....	26
5.1.2 Kompetenzdelegation an die Kantone.....	26
5.2 Mitarbeit der Kantone.....	28
5.2.1 Eingabe des Staatsrates des Kantons NE.....	28
5.2.2 Beurteilung.....	28
5.3 Beurteilung Kostenentwicklung pro Kanton.....	28
5.3.1 Grundsatz.....	28
5.3.2 Leistungsparameter pro Kanton.....	29
5.4 Trendanalysen.....	30

5.4.1 Trendanalyse des Konkordates der Schweizerischen Krankenversicherer	30
5.4.2 Zusammenarbeit Kanton - Versicherer	31
6 Konkrete Anträge	32
6.1 Rasch umsetzbare Massnahmen	32
6.1.1 Grundsatz	32
6.1.2 Unterlagen der Kassen	32
6.1.3 Massnahmen des BSV	32
6.1.4 Massnahmen der Kantone (SDK).....	33
6.2 Mittelfristig umsetzbare Massnahmen.....	33
6.2.1 Massnahmen des BSV	33
6.2.2 Massnahmen der Kassen	34
6.2.3 Massnahmen der Kantone (SDK).....	34
7 Prämienkalkulation in Abhängigkeit der Behandlungskosten	34
7.1 Grundsätzliches	34
7.2 Gründe für die Kostenentwicklung	35
7.3 Die Verantwortung der Ärzte für die Kosten im Gesundheitswesen	36
7.4 Die Verantwortung der Versicherer	37
8 Auftragserfüllung	38
9 Arbeitstagung vom 20. Februar 1997.....	40
10 Arbeitstagung vom 20. März 1997	41
11 Zusammenfassung	43
12 Verzeichnis der Tabellen und der Grafiken	44
12.1 Verzeichnis der Tabellen	44
12.2 Verzeichnis der Grafiken	44

Expertise

Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle	Bezeichnung
A 1/1	BSV - Formular 96.419 Ergebnisrechnung
B 1/7	Kanton A, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 2/7	Kanton B, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 3/7	Kanton C, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 4/7	Kanton D, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 5/7	Kanton E, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 6/7	Kanton F, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
B 7/7	Kantone A - F, Kasse BEISPIEL, Analyse der Ergebnisrechnung
C 1/2	Krankenpflegeversicherung, Prämien 1997, Min./Max. Prämien Erwachsene
C 2/2	Krankenpflegeversicherung, Prämien 1997, Min./Max. Prämien Kinder
D 1/2	Anzahl Kassen und Versicherte 1.1.96
D 2/2	Anzahl Kassen und Versicherte 1.1.96
E 1/2	Modellrechnungen Kostenbeteiligungen; Erwachsene
E 2/2	Modellrechnungen Kostenbeteiligungen; Kinder
F 1/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 150.-
F 2/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 201.82
F 3/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 300.-
G 1/1	Analyse der Bestände und der Prämien, Kasse XY, Kantone A - F
H 1/1	Analyse der Prämien 1997; Vergleich durchschnittliche Kosten und Prämien
I 1/2	Krankenpflegeversicherung; Prov. Risikoausgleich und Prämien 1997, Frauen
I 2/2	Krankenpflegeversicherung; Prov. Risikoausgleich und Prämien 1997, Männer
J 1/3	Modellrechnungen Prämien; Varianten 1 und 2
J 2/3	Modellrechnungen Prämien; Varianten 3 und 4
J 3/3	Modellrechnungen Prämien; Varianten 5 und 6

Ergebnisrechnung

Vers-Nr.
 Versicherungssparte
 Kanton:

Versicherer:
 Oblig. Krankenpflegeversicherung
 Ganze Schweiz

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

*) nur auszufüllen für "ganze Schweiz"

Ergebnisrechnung

 Vers-Nr.
 Versicherungssparte
 Kanton: A

 Versicherer: BEISPIEL
 Oblig. Krankenpflegeversicherung

Ziff.	Elemente	+	1995	1996	1997	Veränderung in % der abs. Werte			Werte pro vers. Person			Veränderung in % der relat. Werte		
			effektiv	rev. Schätzung	Schätzung	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997	1995	1996	1997	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997
	Versichertenbestand Durchschnitt		1'940	2'310	2'780	19.1%	43.3%	20.3%						
	Durchschnittsalter													
60-65	Bruttoprämien	+	1'281'420	2'647'250	3'461'765	106.6%	170.2%	30.8%	661	1'146	1'245	73.5%	88.5%	8.7%
66	Prämienanteile Rückversicherer	-	-	-	-									
67-68	Subventionen, Prämienermässigungen	+	260'080	-	-	-100.0%			134	-	-	-100.0%		
30-35	Brutto-Leistungen ohne Kobe (32)	-	-1'510'305	-1'878'730	-2'441'860	24.4%	61.7%	30.0%	-779	-813	-878	4.5%	12.8%	8.0%
32	Kostenbeteiligung	+	221'035	284'910	370'315	28.9%	67.5%	30.0%	114	123	133	8.3%	16.9%	8.0%
	(Kobe in % der Leistungen)		14.6%	15.2%	15.2%				14.6%	15.2%	15.2%			
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	+	-	-	-									
37	Risikoausgleich	+	-310'455	-459'260	-589'325	47.9%	89.8%	28.3%	-160	-199	-212	24.2%	32.5%	6.6%
	(Risikoausgleich in % der Leistungen)		-20.6%	-24.4%	-24.1%				-20.6%	-24.4%	-24.1%			
	Deckungsbeitrag 1		-58'225	594'170	800'895	-1120.5%	-1475.5%	34.8%	-30	257	288	-957.0%	-1059.9%	12.0%
40-47	Verwaltungsaufwand	-	-139'115	-232'665	-270'995	67.2%	94.8%	16.5%	-72	-101	-97	40.5%	35.9%	-3.2%
	(in % der Brutto-Leistungen)		9.2%	12.4%	11.1%									
	(in % der Prämien)		10.9%	8.8%	7.8%									
48	Abschreibungen	-	-	-	-									
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	-	-	-	-									
69	Sonstige Betriebserträge	+	-	-	-									
7	ausserord. Aufwand und Ertrag	+	-	-	-									
	Deckungsbeitrag 2		-197'340	361'505	529'900	-283.2%	-368.5%	46.6%	-102	156	191	-253.8%	-287.4%	21.8%
350	Zuweisung an Rückstellungen	-	-30'205	-37'575	-48'835	24.4%	61.7%	30.0%	-16	-16	-18	4.5%	12.8%	8.0%
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.3%	2.4%	2.4%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			10.2%	8.7%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			12.3%	10.2%									
	Ergebnis vor Reservebildung		-227'545	323'930	481'065	-242.4%	-311.4%	48.5%	-117	140	173	-219.6%	-247.5%	23.4%
351	Zuweisung an Reserven	-	-30'205	-37'575	-48'835	24.4%	61.7%	30.0%	-16	-16	-18	4.5%	12.8%	8.0%
	(in % Brutto-Prämien)		2.4%	1.4%	1.4%									
	(in % Änderung Brutto-Prämien)			2.8%	6.0%									
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.3%	2.4%	2.4%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			10.2%	8.7%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			12.3%	10.2%									
	Ausgewiesenes Ergebnis		-257'750	286'355	432'230	-211.1%	-267.7%	50.9%	-133	124	155	-193.3%	-217.0%	25.4%
27	Rückstellungen *)													
29	Reserven *)													

Ergebnisrechnung

Vers-Nr.
Versicherungssparte
Kanton: B

Versicherer: BEISPIEL
Oblig. Krankenpflegeversicherung

Ziff.	Elemente	+	1995	1996	1997	Veränderung in % der abs. Werte			Werte pro vers. Person			Veränderung in % der relat. Werte		
			effektiv	rev. Schätzung	Schätzung	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997	1995	1996	1997	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997
	Versichertenbestand Durchschnitt		45'380	43'850	44'575	-3.4%	-1.8%	1.7%						
	Durchschnittsalter													
60-65	Bruttoprämien	+	52'887'560	62'626'160	79'991'815	18.4%	51.2%	27.7%	1'165	1'428	1'795	22.5%	54.0%	25.7%
66	Prämienanteile Rückversicherer	-	-	-	-				-	-	-			
67-68	Subventionen, Prämienermässigungen	+	9'887'740	-	-	-100.0%			218	-	-	-100.0%		
			-	-	-				-	-	-			
30-35	Brutto-Leistungen ohne Kobe (32)	-	-79'871'065	-90'535'500	-99'394'975	13.4%	24.4%	9.8%	-1'760	-2'065	-2'230	17.3%	26.7%	8.0%
32	Kostenbeteiligung	+	8'276'305	10'581'350	11'616'800	27.9%	40.4%	9.8%	182	241	261	32.3%	42.9%	8.0%
	(Kobe in % der Leistungen)		10.4%	11.7%	11.7%				10.4%	11.7%	11.7%			
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	+							-	-	-			
37	Risikoausgleich	+	4'256'350	8'587'715	7'061'815	101.8%	65.9%	-17.8%	94	196	158	108.8%	68.9%	-19.1%
	(Risikoausgleich in % der Leistungen)		5.3%	9.5%	7.1%				-5.3%	-9.5%	-7.1%			
									-	-	-			
	Deckungsbeitrag 1		-4'563'110	-8'740'275	-724'545	91.5%	-84.1%	-91.7%	-101	-199	-16	98.2%	-83.8%	-91.8%
									-	-	-			
40-47	Verwaltungsaufwand	-	-5'741'565	-5'504'165	-6'262'000	-4.1%	9.1%	13.8%	-127	-126	-140	-0.8%	11.0%	11.9%
	(in % der Brutto-Leistungen)		7.2%	6.1%	6.3%									
	(in % der Prämien)		10.9%	8.8%	7.8%									
48	Abschreibungen	-	-	-	-				-	-	-			
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	-	-	-	-				-	-	-			
69	Sonstige Betriebserträge	+	-	-	-				-	-	-			
7	ausserord. Aufwand und Ertrag *)	+	-	-	-				-	-	-			
									-	-	-			
	Deckungsbeitrag 2		-10'304'675	-14'244'440	-6'986'545	38.2%	-32.2%	-51.0%	-227	-325	-157	43.1%	-31.0%	-51.8%
									-	-	-			
350	Zuweisung an Rückstellungen	-	-1'597'420	-1'810'710	-1'987'900	13.4%	24.4%	9.8%	-35	-41	-45	17.3%	26.7%	8.0%
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.2%	2.3%	2.3%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			17.0%	22.4%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			21.7%	25.4%									
									-	-	-			
	Ergebnis vor Reservebildung		-11'902'095	-16'055'150	-8'974'445	34.9%	-24.6%	-44.1%	-262	-366	-201	39.6%	-23.2%	-45.0%
									-	-	-			
351	Zuweisung an Reserven	-	-1'597'420	-1'810'710	-1'987'900	13.4%	24.4%	9.8%	-35	-41	-45	17.3%	26.7%	8.0%
	(in % Brutto-Prämien)		3.0%	2.9%	2.5%									
	(in % Änderung Brutto-Prämien)			18.6%	11.4%									
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.2%	2.3%	2.3%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			17.0%	22.4%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			21.7%	25.4%									
									-	-	-			
	Ausgewiesenes Ergebnis		-13'499'515	-17'865'860	-10'962'345	32.3%	-18.8%	-38.6%	-297	-407	-246	37.0%	-17.3%	-39.6%
27	Rückstellungen *)													
29	Reserven *)													

Ergebnisrechnung

 Vers-Nr.
 Versicherungssparte
 Kanton: C

 Versicherer: BEISPIEL
 Oblig. Krankenpflegeversicherung

Ziff.	Elemente	±	1995	1996	1997	Veränderung in % der abs. Werte			Werte pro vers. Person			Veränderung in % der relat. Werte		
			effektiv	rev. Schätzung	Schätzung	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997	1995	1996	1997	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997
	Versichertenbestand Durchschnitt		161'215	143'185	131'765	-11.2%	-18.3%	-8.0%						
	Durchschnittsalter													
60-65	Bruttoprämien	+	314'401'375	394'278'990	407'746'230	25.4%	29.7%	3.4%	1'950	2'754	3'094	41.2%	58.7%	12.4%
66	Prämienanteile Rückversicherer	-	-	-	-				-	-	-			
67-68	Subventionen, Prämienermässigungen	+	43'280'910	-	-	-100.0%			268	-	-	-100.0%		
30-35	Brutto-Leistungen ohne Kobe (32)	-	-440'743'110	-424'327'640	-421'723'320	-3.7%	-4.3%	-0.6%	-2'734	-2'963	-3'201	8.4%	17.1%	8.0%
32	Kostenbeteiligung	+	42'048'895	44'975'945	44'699'905	7.0%	6.3%	-0.6%	261	314	339	20.4%	30.1%	8.0%
	(Kobe in % der Leistungen)		9.5%	10.6%	10.6%				9.5%	10.6%	10.6%			
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	+							-	-	-			
37	Risikoausgleich	+	8'938'085	18'153'745	24'657'155	103.1%	175.9%	35.8%	55	127	187	128.7%	237.5%	47.6%
	(Risikoausgleich in % der Leistungen)		2.0%	4.3%	5.8%				-2.0%	-4.3%	-5.8%			
	Deckungsbeitrag 1		-32'073'845	33'081'040	55'379'970	-203.1%	-272.7%	67.4%	-199	231	420	-216.1%	-311.3%	81.9%
40-47	Verwaltungsaufwand	-	-34'131'970	-34'652'875	-31'919'600	1.5%	-6.5%	-7.9%	-212	-242	-242	14.3%	14.4%	0.1%
	(in % der Brutto-Leistungen)		7.7%	8.2%	7.6%									
	(in % der Prämien)		10.9%	8.8%	7.8%									
48	Abschreibungen	-	-	-	-				-	-	-			
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	-	-	-	-				-	-	-			
69	Sonstige Betriebserträge	+	-	-	-				-	-	-			
7	ausserord. Aufwand und Ertrag *)	+	-	-	-				-	-	-			
	Deckungsbeitrag 2		-66'205'815	-1'571'835	23'460'370	-97.6%	-135.4%	-1592.5%	-411	-11	178	-97.3%	-143.4%	-1721.9%
350	Zuweisung an Rückstellungen	-	-8'814'860	-8'486'555	-8'434'465	-3.7%	-4.3%	-0.6%	-55	-59	-64	8.4%	17.1%	8.0%
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.2%	2.2%	2.2%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			51.7%	323.9%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			43.9%	362.3%									
	Ergebnis vor Reservebildung		-75'020'675	-10'058'390	15'025'905	-86.6%	-120.0%	-249.4%	-465	-70	114	-84.9%	-124.5%	-262.3%
351	Zuweisung an Reserven	-	-8'814'860	-8'486'555	-8'434'465	-3.7%	-4.3%	-0.6%	-55	-59	-64	8.4%	17.1%	8.0%
	(in % Brutto-Prämien)		2.8%	2.2%	2.1%									
	(in % Änderung Brutto-Prämien)			10.6%	62.6%									
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.2%	2.2%	2.2%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			51.7%	323.9%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			43.9%	362.3%									
	Ausgewiesenes Ergebnis		-83'835'535	-18'544'945	6'591'440	-77.9%	-107.9%	-135.5%	-520	-130	50	-75.1%	-109.6%	-138.6%
27	Rückstellungen *)								-	-	-			
29	Reserven *)								-	-	-			

Ergebnisrechnung

Vers-Nr.
Versicherungssparte
Kanton: D

Versicherer: BEISPIEL
Oblig. Krankenpflegeversicherung

Ziff.	Elemente	+	1995	1996	1997	Veränderung in % der abs. Werte			Werte pro vers. Person			Veränderung in % der relat. Werte		
			effektiv	rev. Schätzung	Schätzung	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997	1995	1996	1997	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997
	Versichertenbestand Durchschnitt		15'415	14'715	15'645	-4.5%	1.5%	6.3%						
	Durchschnittsalter													
60-65	Bruttoprämien	+	17'412'880	23'706'240	27'420'400	36.1%	57.5%	15.7%	1'130	1'611	1'753	42.6%	55.2%	8.8%
66	Prämienanteile Rückversicherer	-	-	-	-				-	-	-			
67-68	Subventionen, Prämienermässigungen	+	2'152'570	-	-	-100.0%			140	-	-	-100.0%		
30-35	Brutto-Leistungen ohne Kobe (32)	-	-20'693'010	-19'714'625	-22'637'455	-4.7%	9.4%	14.8%	-1'342	-1'340	-1'447	-0.2%	7.8%	8.0%
32	Kostenbeteiligung	+	2'404'735	2'686'545	3'084'840	11.7%	28.3%	14.8%	156	183	197	17.0%	26.4%	8.0%
	(Kobe in % der Leistungen)		11.6%	13.6%	13.6%				11.6%	13.6%	13.6%			
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	+	-	-	-				-	-	-			
37	Risikoausgleich	+	-1'449'665	-2'895'275	-3'153'745	99.7%	117.5%	8.9%	-94	-197	-202	109.2%	114.4%	2.5%
	(Risikoausgleich in % der Leistungen)		-7.0%	-14.7%	-13.9%				7.0%	14.7%	13.9%			
	Deckungsbeitrag 1		-172'490	3'782'885	4'714'040	-2293.1%	-2832.9%	24.6%	-11	257	301	-2397.4%	-2792.8%	17.2%
40-47	Verwaltungsaufwand	-	-1'890'375	-2'083'525	-2'146'550	10.2%	13.6%	3.0%	-123	-142	-137	15.5%	11.9%	-3.1%
	(in % der Brutto-Leistungen)		9.1%	10.6%	9.5%									
	(in % der Prämien)		10.9%	8.8%	7.8%									
48	Abschreibungen	-	-	-	-				-	-	-			
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	-	-	-	-				-	-	-			
69	Sonstige Betriebserträge	+	-	-	-				-	-	-			
7	ausserord. Aufwand und Ertrag *)	+	-	-	-				-	-	-			
	Deckungsbeitrag 2		-2'062'865	1'699'360	2'567'490	-182.4%	-224.5%	51.1%	-134	115	164	-186.3%	-222.6%	42.1%
350	Zuweisung an Rückstellungen	-	-413'860	-394'295	-452'750	-4.7%	9.4%	14.8%	-27	-27	-29	-0.2%	7.8%	8.0%
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.3%	2.3%	2.3%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			40.3%	15.5%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			31.3%	17.9%									
	Ergebnis vor Reservebildung		-2'476'725	1'305'065	2'114'740	-152.7%	-185.4%	62.0%	-161	89	135	-155.2%	-184.1%	52.4%
351	Zuweisung an Reserven	-	-413'860	-394'295	-452'750	-4.7%	9.4%	14.8%	-27	-27	-29	-0.2%	7.8%	8.0%
	(in % Brutto-Prämien)		2.4%	1.7%	1.7%									
	(in % Änderung Brutto-Prämien)			6.3%	12.2%									
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.3%	2.3%	2.3%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			40.3%	15.5%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			31.3%	17.9%									
	Ausgewiesenes Ergebnis		-2'890'585	910'770	1'661'990	-131.5%	-157.5%	82.5%	-188	62	106	-133.0%	-156.7%	71.6%
27	Rückstellungen *)								-	-	-			
29	Reserven *)								-	-	-			

Ergebnisrechnung

 Vers.-Nr.
 Versicherungssparte
 Kanton: E

 Versicherer: **BEISPIEL**
 Oblig. Krankenpflegeversicherung

Ziff.	Elemente	±	1995	1996	1997	Veränderung in % der abs. Werte			Werte pro vers. Person			Veränderung in % der relat. Werte		
			effektiv	rev. Schätzung	Schätzung	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997	1995	1996	1997	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997
	Versichertenbestand Durchschnitt		120'600	90'530	85'670	-24.9%	-29.0%	-5.4%						
	Durchschnittsalter													
60-65	Bruttoprämien	+	184'683'835	243'143'670	246'050'915	31.7%	33.2%	1.2%	1'531	2'686	2'872	75.4%	87.5%	6.9%
66	Prämienanteile Rückversicherer	-	-	-	-				-	-	-			
67-68	Subventionen, Prämienermässigungen	+	19'281'200	-	-	-100.0%			160	-	-	-100.0%		
			-	-	-				-	-	-			
30-35	Brutto-Leistungen ohne Kobe (32)	-	-241'281'710	-225'059'280	-230'015'410	-6.7%	-4.7%	2.2%	-2'001	-2'486	-2'685	24.3%	34.2%	8.0%
32	Kostenbeteiligung	+	24'008'200	24'831'690	25'378'520	3.4%	5.7%	2.2%	199	274	296	37.8%	48.8%	8.0%
	(Kobe in % der Leistungen)		10.0%	11.0%	11.0%				10.0%	11.0%	11.0%			
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	+	-	-	-				-	-	-			
37	Risikoausgleich	+	-11'999'695	-22'907'690	-22'182'240	90.9%	84.9%	-3.2%	-99	-253	-259	154.3%	160.2%	2.3%
	(Risikoausgleich in % der Leistungen)		-5.0%	-10.2%	-9.6%				5.0%	10.2%	9.6%			
			-	-	-				-	-	-			
	Deckungsbeitrag 1		-25'308'170	20'008'390	19'231'785	-179.1%	-176.0%	-3.9%	-210	221	224	-205.3%	-207.0%	1.6%
			-	-	-				-	-	-			
40-47	Verwaltungsaufwand	-	-20'049'605	-21'369'710	-19'261'605	6.6%	-3.9%	-9.9%	-166	-236	-225	42.0%	35.2%	-4.8%
	(in % der Brutto-Leistungen)		8.3%	9.5%	8.4%									
	(in % der Prämien)		10.9%	8.8%	7.8%									
48	Abschreibungen	-	-	-	-				-	-	-			
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	-	-	-	-				-	-	-			
69	Sonstige Betriebserträge	+	-	-	-				-	-	-			
7	ausserord. Aufwand und Ertrag *)	+	-	-	-				-	-	-			
			-	-	-				-	-	-			
	Deckungsbeitrag 2		-45'357'775	-1'361'320	-29'820	-97.0%	-99.9%	-97.8%	-376	-15	-0	-96.0%	-99.9%	-97.7%
			-	-	-				-	-	-			
350	Zuweisung an Rückstellungen	-	-4'825'635	-4'501'185	-4'600'310	-6.7%	-4.7%	2.2%	-40	-50	-54	24.3%	34.2%	8.0%
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.2%	2.2%	2.2%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			27.7%	92.8%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			26.4%	104.3%									
			-	-	-				-	-	-			
	Ergebnis vor Reservebildung		-50'183'410	-5'862'505	-4'630'130	-88.3%	-90.8%	-21.0%	-416	-65	-54	-84.4%	-87.0%	-16.5%
			-	-	-				-	-	-			
351	Zuweisung an Reserven	-	-4'825'635	-4'501'185	-4'600'310	-6.7%	-4.7%	2.2%	-40	-50	-54	24.3%	34.2%	8.0%
	(in % Brutto-Prämien)		2.6%	1.9%	1.9%									
	(in % Änderung Brutto-Prämien)			7.7%	158.2%									
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.2%	2.2%	2.2%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			27.7%	92.8%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			26.4%	104.3%									
			-	-	-				-	-	-			
	Ausgewiesenes Ergebnis		-55'009'045	-10'363'690	-9'230'440	-81.2%	-83.2%	-10.9%	-456	-114	-108	-74.9%	-76.4%	-5.9%
27	Rückstellungen *)								-	-	-			
29	Reserven *)								-	-	-			

Ergebnisrechnung

Vers.-Nr.
Versicherungssparte
Kanton: F

Versicherer: BEISPIEL
Oblig. Krankenpflegeversicherung

Ziff.	Elemente	+	1995	1996	1997	Veränderung in % der abs. Werte			Werte pro vers. Person			Veränderung in % der relat. Werte		
			effektiv	rev. Schätzung	Schätzung	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997	1995	1996	1997	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997
	Versichertenbestand Durchschnitt		32'375	22'805	19'520	-29.6%	-39.7%	-14.4%						
	Durchschnittsalter													
60-65	Bruttoprämien	+	22'701'100	46'433'940	38'502'930	104.5%	69.6%	-17.1%	701	2'036	1'972	190.4%	181.3%	-3.1%
66	Prämienanteile Rückversicherer	-	-	-	-				-	-	-			
67-68	Subventionen, Prämienermässigungen	+	4'425'330	-	-	-100.0%			137	-	-	-100.0%		
			-	-	-				-	-	-			
30-35	Brutto-Leistungen ohne Kobe (32)	-	-34'563'450	-28'186'315	-26'056'245	-18.5%	-24.6%	-7.6%	-1'068	-1'236	-1'335	15.8%	25.0%	8.0%
32	Kostenbeteiligung	+	3'727'135	3'523'455	3'257'185	-5.5%	-12.6%	-7.6%	115	155	167	34.2%	44.9%	8.0%
	(Kobe in % der Leistungen)		10.8%	12.5%	12.5%				10.8%	12.5%	12.5%			
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	+	-	-	-				-	-	-			
37	Risikoausgleich	+	-6'656'875	-10'172'815	-10'725'320	52.8%	61.1%	5.4%	-206	-446	-549	116.9%	167.2%	23.2%
	(Risikoausgleich in % der Leistungen)		-19.3%	-36.1%	-41.2%				19.3%	36.1%	41.2%			
			-	-	-				-	-	-			
	Deckungsbeitrag 1		-10'366'760	11'598'265	4'978'550	-211.9%	-148.0%	-57.1%	-320	509	255	-258.8%	-179.7%	-49.9%
			-	-	-				-	-	-			
40-47	Verwaltungsaufwand	-	-2'464'450	-4'081'045	-3'014'125	65.6%	22.3%	-26.1%	-76	-179	-154	135.1%	102.8%	-13.7%
	(in % der Brutto-Leistungen)		7.1%	14.5%	11.6%									
	(in % der Prämien)		10.9%	8.8%	7.8%									
48	Abschreibungen	-	-	-	-				-	-	-			
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	-	-	-	-				-	-	-			
69	Sonstige Betriebserträge	+	-	-	-				-	-	-			
7	ausserord. Aufwand und Ertrag *)	+	-	-	-				-	-	-			
			-	-	-				-	-	-			
	Deckungsbeitrag 2		-12'831'210	7'517'220	1'964'425	-158.6%	-115.3%	-73.9%	-396	330	101	-183.2%	-125.4%	-69.5%
			-	-	-				-	-	-			
350	Zuweisung an Rückstellungen	-	-691'270	-563'725	-521'125	-18.5%	-24.6%	-7.6%	-21	-25	-27	15.8%	25.0%	8.0%
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.2%	2.3%	2.3%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			8.8%	24.5%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			9.1%	28.0%									
			-	-	-				-	-	-			
	Ergebnis vor Reservebildung		-13'522'480	6'953'495	1'443'300	-151.4%	-110.7%	-79.2%	-418	305	74	-173.0%	-117.7%	-75.8%
			-	-	-				-	-	-			
351	Zuweisung an Reserven	-	-691'270	-563'725	-521'125	-18.5%	-24.6%	-7.6%	-21	-25	-27	15.8%	25.0%	8.0%
	(in % Brutto-Prämien)		3.0%	1.2%	1.4%									
	(in % Änderung Brutto-Prämien)			2.4%	6.6%									
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.2%	2.3%	2.3%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			8.8%	24.5%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			9.1%	28.0%									
			-	-	-				-	-	-			
	Ausgewiesenes Ergebnis		-14'213'750	6'389'770	922'175	-145.0%	-106.5%	-85.6%	-439	280	47	-163.8%	-110.8%	-83.1%
27	Rückstellungen *)								-	-	-			
29	Reserven *)								-	-	-			

Ergebnisrechnung

Vers-Nr.
 Versicherungssparte
 Kanton: Alle 6 Kantone A - F

Versicherer: BEISPIEL
 Oblig. Krankenpflegeversicherung
 "Ganze Schweiz"

Ziff.	Elemente	±	1995	1996	1997	Veränderung in % der abs. Werte			Werte pro vers. Person			Veränderung in % der relat. Werte		
			effektiv	rev. Schätzung	Schätzung	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997	1995	1996	1997	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997
	Versichertenbestand Durchschnitt		376'925	317'395	299'955	-15.8%	-20.4%	-5.5%						
	Durchschnittsalter													
60-65	Bruttoprämien	+	593'368'170	772'836'250	803'174'055	30.2%	35.4%	3.9%	1'574	2'435	2'678	54.7%	70.1%	10.0%
66	Prämienanteile Rückversicherer	-	-	-	-				-	-	-			
67-68	Subventionen, Prämienermässigungen	+	79'287'830	-	-	-100.0%			210	-	-	-100.0%		
									-	-	-			
30-35	Brutto-Leistungen ohne Kobe (32)	-	-818'662'650	-789'702'090	-802'269'265	-3.5%	-2.0%	1.6%	-2'172	-2'488	-2'675	14.6%	23.1%	7.5%
32	Kostenbeteiligung	+	80'686'305	86'883'895	88'407'565	7.7%	9.6%	1.8%	214	274	295	27.9%	37.7%	7.7%
	(Kobe in % der Leistungen)		9.9%	11.0%	11.0%				9.9%	11.0%	11.0%			
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	+	-	-	-				-	-	-			
37	Risikoausgleich	+	-7'222'255	-9'693'580	-4'931'660	34.2%	-31.7%	-49.1%	-19	-31	-16	59.4%	-14.2%	-46.2%
	(Risikoausgleich in % der Leistungen)		-0.9%	-1.2%	-0.6%				0.9%	1.2%	0.6%			
	Deckungsbeitrag 1		-72'542'600	60'324'475	84'380'695	-183.2%	-216.3%	39.9%	-192	190	281	-198.8%	-246.2%	48.0%
									-	-	-			
40-47	Verwaltungsaufwand	-	-84'417'080	-67'923'985	-62'874'875	5.4%	-2.4%	-7.4%	-171	-214	-210	25.2%	22.7%	-2.1%
	(in % der Brutto-Leistungen)		7.9%	8.6%	7.8%									
	(in % der Prämien)		10.9%	8.8%	7.8%									
48	Abschreibungen	-	-	-	-				-	-	-			
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	-	-	-	-				-	-	-			
69	Sonstige Betriebserträge	+	-	-	-				-	-	-			
7	ausserord. Aufwand und Ertrag *)	+	-	-	-				-	-	-			
	Deckungsbeitrag 2		-136'959'680	-7'599'510	21'505'820	-94.5%	-115.7%	-383.0%	-363	-24	72	-93.4%	-119.7%	-399.4%
									-	-	-			
350	Zuweisung an Rückstellungen	-	-16'373'250	-15'794'045	-16'045'385	-3.5%	-2.0%	1.6%	-43	-50	-53	14.6%	23.1%	7.5%
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.2%	2.2%	2.2%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			54.5%	127.7%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			44.9%	145.3%									
	Ergebnis vor Reservebildung		-153'332'930	-23'393'555	5'460'435	-84.7%	-103.6%	-123.3%	-407	-74	18	-81.9%	-104.5%	-124.7%
									-	-	-			
351	Zuweisung an Reserven	-	-16'373'250	-15'794'045	-16'045'385	-3.5%	-2.0%	1.6%	-43	-50	-53	14.6%	23.1%	7.5%
	(in % Brutto-Prämien)		2.8%	2.0%	2.0%									
	(in % Änderung Brutto-Prämien)			8.8%	52.9%									
	(in % der Brutto-Leistungen)		2.0%	2.0%	2.0%									
	(in % Netto-Leistungen, Brutto-Kobe)		2.2%	2.2%	2.2%									
	(in % Änderung Brutto-Leistungen)			54.5%	127.7%									
	(in % Änderung Netto-Leistungen)			44.9%	145.3%									
	Ausgewiesenes Ergebnis		-169'706'180	-39'187'600	-10'584'950	-76.9%	-93.8%	-73.0%	-450	-123	-35	-72.6%	-92.2%	-71.4%
27	Rückstellungen *)								-	-	-			
29	Reserven *)								-	-	-			

ERWACHSENE

Kanton (Prämie)	Kanton (Sitz)	Kasse	Mitglieder Pflege-Vers 1.1.96	Region 1, Min. Prämie				Kanton (Prämie)	Kanton (Sitz)	Kasse	Mitglieder Pflege-Vers 1.1.96	Region 1, Max. Prämie				Max. in % Min.	Min. in % Max.
				Kinder 0-18	Rang	Erw. ab 19 resp. 26	Rang					Kinder 0-18	Rang	Erw. ab 19 resp. 26	Rang		
VS	VS	Gondo-Zwischbergen, Gondo	116	30.00	2	60.00	1	VS	AG	Krankenkasse Zurzach, Zurzach	29	64.00	70	291.00	75	485.0	20.6
GR	GR	OeKK Samnaun, Samnaun	750	21.00	1	85.00	1	GR	LU	CSS, Luzern	19'201	50.00	72	200.00	74	235.3	42.5
AG	AG	Birchmeier, Künten	298	38.00	12	109.00	1	AG	ZH	KBV, Winterthur	7'284	54.00	38	179.00	39	164.2	60.9
AI	ZH	PKK, Zürich	7	30.00	3	110.00	1	AI	AG	Krankenkasse Zurzach, Zurzach	2	37.00	21	170.00	38	154.5	64.7
AR	ZH	PKK, Zürich	11	30.00	3	110.00	1	AR	AG	Krankenkasse Zurzach, Zurzach	11	37.00	19	170.00	38	154.5	64.7
NW	VD	Cant. vaudoise, Lausanne	7	44.10	24	114.00	1	NW	AG	Krankenkasse Zurzach, Zurzach	13	41.00	18	185.00	38	162.3	61.6
GL	BE	SMUV, Bern	3	30.20	1	120.70	1	GL	AG	Krankenkasse Zurzach, Zurzach	11	41.00	24	185.00	39	153.3	65.2
TG	VS	Mutuelle valaisanne, Sion	8	44.50	29	123.10	1	TG	AG	Krankenkasse Zurzach, Zurzach	76	41.00	19	185.00	39	150.3	66.5
UR	AG	Agrisano, Brugg	63	42.00	24	123.20	1	UR	ZH	KFW (Wincare), Winterthur	456	39.00	15	200.00	39	162.3	61.6
LU	LU	Luzerner Hinterland, Zell	4'029	41.90	18	123.50	1	LU	BE	VISANA, Bern	18'968	49.80	33	178.30	38	144.4	69.3
OW	ZH	Kolping, Zürich	644	34.50	3	125.00	1	OW	ZH	KFW (Wincare), Winterthur	795	45.00	27	195.00	38	156.0	64.1
SG	GR	OeKK Surselva, Ilanz	45	33.00	2	125.00	1	SG	AG	Krankenkasse Zurzach, Zurzach	102	42.00	18	189.00	39	151.2	66.1
SZ	ZH	Kolping, Zürich	973	34.50	3	125.00	1	SZ	ZH	KFW (Wincare), Winterthur	3'964	50.00	37	219.00	39	175.2	57.1
ZG	VD	Cant. vaudoise, Lausanne	10	44.10	24	128.00	1	ZG	ZH	KFW (Wincare), Winterthur	3'414	47.00	32	190.00	38	148.4	67.4
SH	GE	INTRAS, Carouge	3'068	36.00	4	135.00	1	SH	AG	Krankenkasse Zurzach, Zurzach	40	42.00	17	189.00	39	140.0	71.4
SO	AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	28	25.00	1	135.00	1	SO	ZH	KBV, Winterthur	2'800	60.00	39	198.00	39	146.7	68.2
BL	AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	19	26.00	1	137.00	1	BL	BL	Eidgenössische, Laufen	14'145	47.00	11	233.00	38	170.1	58.8
BE	AG	ABB, Baden	338	35.00	1	138.00	1	BE	ZH	KFW (Wincare), Winterthur	45'290	58.00	27	265.00	38	192.0	52.1
BS	AG	ABB, Baden	90	35.00	2	138.00	1	BS	BL	Eidgenössische, Laufen	3'596	58.00	16	288.00	39	208.7	47.9
FR	AG	ABB, Baden	77	35.00	1	138.00	1	FR	AG	Krankenkasse Zurzach, Zurzach	28	64.00	36	291.00	39	210.9	47.4
JU	AG	ABB, Baden	11	35.00	1	138.00	1	JU	ZH	KFW (Wincare), Winterthur	2'190	63.00	30	247.00	38	179.0	55.9
NE	AG	ABB, Baden	27	35.00	1	138.00	1	NE	ZH	KFW (Wincare), Winterthur	10'494	64.00	31	309.00	39	223.9	44.7
ZH	ZG	Landis & Gyr, Zug	215	35.00	2	138.00	1	ZH	VD	SUPRA, Lausanne	41'089	84.00	39	245.00	39	177.5	56.3
TI	SZ	Ingenbohl, Brunnen	89	50.00	8	150.00	1	TI	VD	Hotela, Montreux	2'725	77.00	34	258.00	38	172.0	58.1
GE	ZH	GALENOS, Zürich	126	53.20	1	190.00	1	GE	ZH	KFW (Wincare), Winterthur	4'405	91.00	29	382.00	38	201.1	49.7
VD	ZH	GALENOS, Zürich	743	53.20	1	190.00	1	VD	ZH	KFW (Wincare), Winterthur	5'589	81.00	23	348.00	39	183.2	54.6

KINDER

Kanton (Prämie)	Kanton (Sitz)	Kasse	Mitglieder Pflege-Vers 1.1.96	Region 1, Min. Prämie				CH Kanton (Prämie)	Kanton (Sitz)	Kasse	Mitglieder Pflege-Vers 1.1.96	Region 1, Max. Prämie					Max. in % Min.	Min. in % Max.
				Kinder 0-18	Rang	Erw. ab 19 resp. 26	Rang					Kinder 0-18	Rang	Erw. ab 19 resp. 26	Rang			
GR	GR	OeKK Samnau, Samnau	750	21.00	1	85.00	1	GR	VD	SUPRA, Lausanne	709	56.00	74	145.00	51	266.7	37.5	
AG	AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	2'711	25.00	1	135.00	6	AG	VD	SUPRA, Lausanne	2'437	63.00	39	157.00	30	252.0	39.7	
LU	AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	24	25.00	1	135.00	4	LU	VD	SUPRA, Lausanne	489	57.00	38	150.00	19	228.0	43.9	
SO	AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	28	25.00	1	135.00	1	SO	ZH	KBV, Winterthur	2'800	60.00	39	198.00	39	240.0	41.7	
UR	AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	2	25.00	1	135.00	14	UR	VD	SUPRA, Lausanne	39	53.00	39	125.00	3	212.0	47.2	
BL	AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	19	26.00	1	137.00	1	BL	VD	SUPRA, Lausanne	1'204	69.00	38	187.50	20	265.4	37.7	
AR	BL	Eidgenössische, Laufen	1'624	27.00	1	137.00	28	AR	VD	SUPRA, Lausanne	169	60.00	38	140.00	33	222.2	45.0	
AI	BL	Eidgenössische, Laufen	155	29.00	1	144.00	33	AI	VD	SUPRA, Lausanne	3	60.00	38	140.00	32	206.9	48.3	
NW	BL	Eidgenössische, Laufen	664	29.00	1	144.00	22	NW	SZ	Ingenbohl, Brunnen	15	55.00	38	160.00	36	189.7	52.7	
BS	AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	14	30.00	1	155.00	3	BS	VD	Hotela, Montreux	366	78.00	39	267.00	38	260.0	38.5	
VS	AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	1	30.00	1	155.00	22	VS	SZ	Ingenbohl, Brunnen	65	70.00	75	175.00	48	233.3	42.9	
OW	BL	Eidgenössische, Laufen	557	30.00	1	152.00	30	OW	VD	SUPRA, Lausanne	49	60.00	38	150.00	28	200.0	50.0	
ZG	BL	Eidgenössische, Laufen	1'505	30.00	1	149.00	23	ZG	VD	SUPRA, Lausanne	299	53.00	38	140.00	11	176.7	56.6	
GL	BE	SMUV, Bern	3	30.20	1	120.70	1	GL	VD	SUPRA, Lausanne	84	60.00	39	147.00	31	198.7	50.3	
SG	BL	Eidgenössische, Laufen	10'634	31.00	1	155.00	29	SG	VD	SUPRA, Lausanne	1'450	51.00	39	136.00	8	164.5	60.8	
SZ	BL	Eidgenössische, Laufen	1'722	32.00	1	160.00	27	SZ	VD	SUPRA, Lausanne	373	67.00	39	170.00	35	209.4	47.8	
SH	BL	Eidgenössische, Laufen	3'525	34.00	1	170.00	32	SH	VD	SUPRA, Lausanne	268	65.00	39	173.00	34	191.2	52.3	
TG	BL	Eidgenössische, Laufen	4'624	34.00	1	170.00	36	TG	ZH	KBV, Winterthur	2'981	55.00	39	182.00	37	161.8	61.8	
ZH	ZH	Flaachtal, Flaach	461	34.00	1	163.00	7	ZH	VD	SUPRA, Lausanne	41'089	84.00	39	245.00	39	247.1	40.5	
BE	AG	ABB, Baden	338	35.00	1	138.00	1	BE	VD	SUPRA, Lausanne	6'730	69.00	38	180.00	17	197.1	50.7	
FR	AG	ABB, Baden	77	35.00	1	138.00	1	FR	VD	SUPRA, Lausanne	5'513	79.00	39	204.50	30	225.7	44.3	
JU	AG	ABB, Baden	11	35.00	1	138.00	1	JU	VD	SUPRA, Lausanne	3'523	77.00	38	199.00	24	220.0	45.5	
NE	AG	ABB, Baden	27	35.00	1	138.00	1	NE	AG	Agrisano, Brugg	95	77.00	39	226.00	34	220.0	45.5	
TI	AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	22	35.00	1	170.00	2	TI	VS	HERMES, Sion	7'335	83.20	38	206.40	17	237.7	42.1	
GE	ZH	GALENOS, Zürich	126	53.20	1	190.00	1	GE	AG	Agrisano, Brugg	453	128.80	38	322.00	33	242.1	41.3	
VD	ZH	GALENOS, Zürich	743	53.20	1	190.00	1	VD	VD	Cant. vaudoise, Lausanne	49'822	98.30	39	254.00	18	184.8	54.1	

Mitglieder		Mitglieder		Mitglieder		Mitglieder					
Kanton	Kasse	Pflege-Vers.	Kanton	Kasse	Pflege-Vers.	Kanton	Kasse				
(Sitz)		1.1.96	(Sitz)		1.1.96	(Sitz)					
ZH	Helsana, Zürich	1'416'078	ZH	PKK, Zürich	13'560	GR	Lumnezia I, Vella	2'382	GR	OeKK, Splügen	785
BE	VISANA, Bern	1'006'327	ZH	Kolping, Zürich	13'439	GR	Chascha d'amalats, Müstair	2'252	GR	OeKK Samnaun, Samnaun	750
LU	CSS, Luzern	956'566	GR	OeKK Graubünden, Landquart	12'067	GR	KK-Verein, St. Moritz	2'171	GL	Engi, Engi	734
ZH	SWICA, Winterthur	480'554	BE	SMUV, Bern	10'257	VS	Bagnes, Le Châble	2'170	ZH	Lindt & Sprüngli, Kilchberg	657
LU	KONKORDIA, Luzern	472'619	VD	Futura, Renens	9'085	GR	OeKK, Savognin	2'071	VS	Staldenried, Staldenried	624
ZH	KFW (Wincare), Winterthur	375'726	ZH	Lehrerkrankenkasse, Zürich	8'885	GR	Lugnez II, Vals	2'066	VS	Eürchen, Bürchen	614
BE	KPT, Bern	256'166	TG	Bodensee-Krankenkasse, Arbon	7'559	GR	Val Schons, Andeer	2'029	VS	Embd, Kalpetran	590
GE	INTRAS, Carouge	247'011	FR	OeKK Schweiz, Düdingen	7'432	GR	Bregaglia, Vicosoprano	2'008	VS	CM d'Ardon, Ardon	569
ZH	SANITAS, Zürich	238'190	VS	Visp und Umgebung, Visp	6'982	VS	Visperterminen, Visperterminen	1'757	VS	Eischoll, Eischoll	561
VD	SUPRA, Lausanne	168'110	VS	Goms, Lax	6'152	VS	Lötschental, Kippel	1'724	VD	Caisse-maladie EOS, Lausanne	499
BL	Eidgenössische, Laufen	141'658	ZH	GALENOS, Zürich	6'136	BE	Krankenkasse Steffisburg, Steffisburg	1'647	SH	Krankenkasse Schleithelm, Schleithelm	492
VD	Assura, Pully	115'001	AG	Agrisano, Brugg	5'406	SZ	Kranken- und Unfallkasse, Einsiedeln	1'615	VS	Simplon, Simplon-Dorf	487
BS	OeKK, Basel	104'209	GR	OeKK Hohenrhätien, Thusis	5'098	GR	OeKK, Seewis Dorf	1'536	GR	OeKK Ruschein, Ruschein	471
VD	FAMA, Lausanne	85'134	ZG	Landis & Gyr, Zug	5'040	GR	Küblis, Conters	1'528	ZH	Fiaachtal, Fiaach	461
BE	SBB, Bern	67'989	SG	Leica, Heerbrugg	4'931	VS	Isérables, Isérables	1'423	VS	Unterbäch, Unterbäch	375
ZH	KBV, Winterthur	64'040	ZH	KGW, Winterthur	4'925	SZ	Ingenbohl, Brunnen	1'391	SG	Stoffel, Mels	341
VD	PHILOS, Lausanne	62'530	BE	Kranken- und Unfallkasse, Sumiswald	4'809	VS	Stalden, Stalden	1'369	GR	OeKK, Ftan	314
FR	L'AVENIR, Villars-sur-Glâne	61'013	AG	Fricktalische, Frick	4'757	VS	Orsières, Orsières	1'288	AG	Birchmeier, Künten	298
VS	HERMES, Sion	58'835	TG	Krankenkasse Aadorf, Aadorf	4'211	GR	OeKK, Silvaplana	1'279	VS	Eisten, Eisten	290
VD	Cant. vaudoise, Lausanne	54'123	GR	OeKK Surselva, Ilanz	4'199	VS	Troistorrents, Troistorrents	1'277	GR	OeKK Celerina, St. Moritz	279
VS	Mutuelle valaisanne, Sion	46'106	LU	Luzerner Hinterland, Zell	4'029	ZH	Krankenkasse Wädenswil, Wädenswil	1'243	VS	Secours Mutuels, Sembrancher	258
BE	UNIVERSA, Bern	41'232	TG	Märstetten, Wiggoltingen, Märstetten	3'839	VS	Saastal, Saas-Grund	1'207	GR	OeKK Furna, Furna	235
SO	UNITAS, Schoenenwerd	34'430	GR	OeKK, Lenzerheide	3'815	GR	OeKK, Churwalden	1'190	BE	Chemins de fer du Jura, Tavannes	180
VD	Hotela, Montreux	32'613	VS	Zermatt, Zermatt	3'747	GR	Cassa malati, Brusio	1'138	VS	Zeneggen, Zeneggen	165
BE	KUKO, Worb	32'126	GR	Poschiavina, Poschiavo	3'667	GL	Dorfkrankenkasse, Elm	1'000	VS	Gondo-Zwischbergen, Gondo	116
AG	ABB, Baden	29'945	VS	Nendaz et Veysonnaz, Basse-Nendaz	3'436	VS	Mischabel, Täsch	955			
NE	Progrès, Le Locle	26'042	FR	Fonction publique, Bulle	3'229	LU	Krankenkasse Malters, Malters	939			
ZH	SKBH, Zürich	24'624	VS	Nikolaital, St. Niklaus	2'946	GR	OeKK Jenaz, Pragg-Jenaz	938			
LU	OeKK, Luzern	18'635	GR	OeKK Schanfigg, Arosa	2'945	GR	Bergün, Wiesen	924			
ZH	Sulzer, Winterthur	17'519	GR	Luzern, Putz	2'909	GR	Cassa publica Laax, Laax	916		Total Versicherte 1.1.96	7'027'135
ZH	OeKK Winterthur, Winterthur	16'237	AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	2'835	VS	AUXILIA, Vollèges	860		Anzahl Kassen	124
FR	Mutualité assurances, Villars-sur-Glâne	15'016	VS	Vallée d'Entremont, Orsières	2'606	GR	OeKK, Sent	856			
AG	Krankenkasse Zurzach, Zurzach	14'178	BE	BLS + BN, Bern	2'490	GR	Chascha d'amalats, Tschlin	836			

Struktur (absolut)	Versicherte	KK	Struktur (%-Anteile)	Versicherte	KK
über 1 Mio.	2'422'405	2	über 1 Mio.	34.5%	1.6%
100'001 - 1 Mio.	3'555'810	11	100'001 - 1 Mio.	50.6%	8.9%
50'001 - 100'000	453'664	7	50'001 - 100'000	6.5%	5.6%
10'001 - 50'000	398'026	17	10'001 - 50'000	5.7%	13.7%
5'001 - 10'000	67'775	10	5'001 - 10'000	1.0%	8.1%
2'501 - 5'000	67'835	18	2'501 - 5'000	1.0%	14.5%
1'001 - 2'500	42'251	25	1'001 - 2'500	0.6%	20.2%
501 - 1'000	14'108	18	501 - 1'000	0.2%	14.5%
101 - 500	5'261	16	101 - 500	0.1%	12.9%
Total	7'027'135	124	Total	100%	100%

Kanton (Sitz)	Kasse	Mitglieder Pflege-Vers. 1.1.96	Kanton (Sitz)	Kasse	Mitglieder Pflege-Vers. 1.1.96	Kanton (Sitz)	Kasse	Mitglieder Pflege-Vers. 1.1.96	Kanton (Sitz)	Kasse	Mitglieder Pflege-Vers. 1.1.96
AG	ABB, Baden	29'945	GR	Lugnez II, Vals	2'066	SZ	Kranken- und Unfallkasse, Einsiedeln	1'815	VS	Staldenried, Staldenried	624
AG	Agrisano, Brugg	5'406	GR	Lumnezia I, Vella	2'382	TG	Bodensee-Krankenkasse, Arbon	7'559	VS	Troistorrents, Troistorrents	1'277
AG	Allg. Krankenkasse, Brugg	2'835	GR	Luzein, Putz	2'909	TG	Krankenkasse Aadorf, Aadorf	4'211	VS	Unterbäch, Unterbäch	375
AG	Birchmeier, Künten	298	GR	OeKK Celerina, St. Moritz	279	TG	Märstetten, Wigoltingen, Märstetten	3'839	VS	Vallée d'Entremont, Orsières	2'606
AG	Fricktalsche, Frick	4'757	GR	OeKK Furna, Furna	235	VD	Assura, Pully	115'001	VS	Visp und Umgebung, Visp	6'982
AG	Krankenkasse Zurzach, Zurzach	14'178	GR	OeKK Graubünden, Landquart	12'067	VD	Caisse-maladie EOS, Lausanne	499	VS	Visperterminen, Visperterminen	1'757
BE	BLS + BN, Bern	2'490	GR	OeKK Hohenrhätien, Thusis	5'098	VD	Cant. vaudoise, Lausanne	54'123	VS	Zeneggen, Zeneggen	165
BE	Chemins de fer du Jura, Tavannes	180	GR	OeKK Jenaz, Pragg-Jenaz	938	VD	FAMA, Lausanne	85'134	VS	Zermatt, Zermatt	3'747
BE	KPT, Bern	256'166	GR	OeKK Ruschein, Ruschein	471	VD	Futura, Renens	9'085	ZG	Landis & Gyr, Zug	5'040
BE	Kranken- und Unfallkasse, Sumiswald	4'809	GR	OeKK Samnaun, Samnaun	750	VD	Hotela, Montreux	32'613	ZH	Flaachthal, Flaach	461
BE	Krankenkasse Steffisburg, Steffisburg	1'647	GR	OeKK Schanfigg, Arosa	2'945	VD	PHILOS, Lausanne	62'530	ZH	GALENOS, Zürich	6'136
BE	KUKO, Worb	32'126	GR	OeKK Surselva, Ilanz	4'199	VD	SUPRA, Lausanne	168'110	ZH	Helsana, Zürich	1'416'078
BE	SBB, Bern	67'989	GR	OeKK, Churwalden	1'190	VS	AUXILIA, Vollèges	860	ZH	KBV, Winterthur	64'040
BE	SMUV, Bern	10'257	GR	OeKK, Ftan	314	VS	Bagnes, Le Châble	2'170	ZH	KFW (Wincare), Winterthur	375'726
BE	UNIVERSA, Bern	41'232	GR	OeKK, Lenzerheide	3'815	VS	Bürchen, Bürchen	614	ZH	KGW, Winterthur	4'925
BE	VISANA, Bern	1'006'327	GR	OeKK, Savognin	2'071	VS	CM d'Ardon, Ardon	569	ZH	Kolping, Zürich	13'439
BL	Eidgenössische, Laufen	141'658	GR	OeKK, Seewis Dorf	1'536	VS	Eischoll, Eischoll	561	ZH	Krankenkasse Wädenswil, Wädenswil	1'243
BS	OeKK, Basel	104'209	GR	OeKK, Sent	856	VS	Eisten, Eisten	290	ZH	Lehrerkrankenkasse, Zürich	8'885
FR	Fonction publique, Bulle	3'229	GR	OeKK, Silvaplana	1'279	VS	Embd, Kalpetran	590	ZH	Lindt & Sprüngli, Kilchberg	657
FR	L'AVENIR, Villars-sur-Glâne	61'013	GR	OeKK, Splügen	785	VS	Goms, Lax	6'152	ZH	OeKK Winterthur, Winterthur	16'237
FR	Mutualité assurances, Villars-sur-Glâne	15'016	GR	Poschiavina, Poschiavo	3'667	VS	Gondo-Zwischbergen, Gondo	116	ZH	PKK, Zürich	13'560
FR	OeKK Schweiz, Düringen	7'432	GR	Val Schons, Andeer	2'029	VS	HERMES, Sion	58'835	ZH	SANITAS, Zürich	238'190
GE	INTRAS, Carouge	247'011	LU	CSS, Luzern	956'566	VS	Isérables, Isérables	1'423	ZH	SKBH, Zürich	24'624
GL	Dorfkrankenkasse, Elm	1'000	LU	KONKORDIA, Luzern	472'619	VS	Lötschental, Kippel	1'724	ZH	Sulzer, Winterthur	17'519
GL	Engi, Engi	734	LU	Krankenkasse Malters, Malters	939	VS	Mischabel, Täsch	955	ZH	SWICA, Winterthur	480'554
GR	Bergün, Wiesen	924	LU	Luzerner Hinterland, Zell	4'029	VS	Mutuelle valaisanne, Sion	46'106			
GR	Bregaglia, Vicosoprano	2'008	LU	OeKK, Luzern	18'635	VS	Nendaz et Veysonnaz, Basse-Nendaz	3'436			
GR	Cassa malati, Brusio	1'138	NE	Progrès, Le Locle	26'042	VS	Nikolaital, St. Niklaus	2'946			
GR	Cassa publica Laax, Laax	916	SG	Leica, Heerbrugg	4'931	VS	Orsières, Orsières	1'288			
GR	Chascha d'amalats, Müstair	2'252	SG	Stoffel, Mels	341	VS	Saastal, Saas-Grund	1'207		Total Versicherte 1.1.96	7'027'135
GR	Chascha d'amalats, Tschlin	836	SH	Krankenkasse Schleithem, Schleithem	492	VS	Secours Mutuels, Sembracher	258		Anzahl Kassen	124
GR	KK-Verein, St. Moritz	2'171	SO	UNITAS, Schoenenwerd	34'430	VS	Simplon, Simplon-Dorf	487			
GR	Küblis, Conters	1'528	SZ	Ingenbohl, Brunnen	1'391	VS	Stalden, Stalden	1'369			
Verteilung der KK nach Kanton (Sitz)		Anzahl KK	Kt.	Verteilung der KK nach Kanton (Sitz)		Anzahl KK	Kt.				
		6	AG			2	SG				
		10	BE			1	SH				
		1	BL			1	SO				
		1	BS			2	SZ				
		4	FR			3	TG				
		1	GE			8	VD				
		2	GL			29	VS				
		30	GR			1	ZG				
		5	LU			16	ZH				
		1	NE	Total		124					

Kasse XY Prämienentwicklung 1996 / 1997, Kantone A, B, C, D, E, F; Region 1

KVG-Wegweiser, Region 1, Erwachsene

Kanton	1996		1997		Veränderung in %	
	Mitglieder *)	J'Prämie	Mitglieder *)	J'Prämie	Mitglieder	J'Prämie
A	***	***	***	***	0.8%	9.1%
B	***	***	***	***	1.0%	25.2%
C	***	***	***	***	-10.6%	10.8%
D	***	***	***	***	5.9%	10.0%
E	***	***	***	***	0.2%	6.0%
F	***	***	***	***	-0.5%	-3.4%

Mitglieder gemäss Ergebnisblatt BSV

Kanton	Mitglieder			Veränderung in %		
	1995	1996	1997	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997
A	***	***	***	19.1%	43.3%	20.3%
B	***	***	***	-3.4%	-1.8%	1.7%
C	***	***	***	-11.2%	-18.3%	-8.0%
D	***	***	***	-4.5%	1.5%	6.3%
E	***	***	***	-24.9%	-29.0%	-5.4%
F	***	***	***	-29.6%	-39.7%	-14.4%

Durchschnittsprämien gemäss Ergebnisblatt

Kanton	Bruttoprämie pro Mitglied/Monat			Veränderung in %		
	1995	1996	1997	1995=>1996	1995=>1997	1996=>1997
A	***	***	***	73.5%	88.5%	8.7%
B	***	***	***	22.5%	54.0%	25.7%
C	***	***	***	41.2%	58.7%	12.4%
D	***	***	***	42.6%	55.2%	8.8%
E	***	***	***	75.4%	87.5%	6.9%
F	***	***	***	190.4%	181.3%	-3.1%

Abweichung Angaben gem. KVG Wegweiser zu Ergebnisblatt

Kanton	Wegweiser 1996		Ergebnisblatt 1996		Veränderung in %	
	Mitglieder *)	J'Prämie	Mitglieder *)	D'Prämie	Mitglieder	Prämie
A	***	***	***	***	-0.3%	-26.0%
B	***	***	***	***	-1.3%	-17.9%
C	***	***	***	***	-9.7%	-17.5%
D	***	***	***	***	1.6%	-21.0%
E	***	***	***	***	0.9%	-19.5%
F	***	***	***	***	-1.3%	-17.2%

Kanton	Wegweiser 1997		Ergebnisblatt 1997		Veränderung in %	
	Mitglieder *)	J'Prämie	Mitglieder *)	D'Prämie	Mitglieder	Prämie
A	***	***	***	***	17.9%	-26.3%
B	***	***	***	***	-5.6%	-17.6%
C	***	***	***	***	-10.3%	-16.3%
D	***	***	***	***	-8.3%	-21.9%
E	***	***	***	***	-24.4%	-18.8%
F	***	***	***	***	-30.1%	-17.0%

*) Vorjahr ***) aus Gründen des Datenschutzes absolute Werte gelöscht

Vergleich der durchschnittlichen Kosten und der Prämien pro Kanton													
Angaben pro versicherte erwachsene Person und Monat													
Kanton	Erwartete Kosten (Fr.)		Prämie Region 1 (teuerste)			Prämie Region 2 (mittlere)				Prämie Region 3 (günstigste)			
	Fr./Monat	Index	Fr./Monat	Index	In % der Kosten	Fr./Monat	in % Prämie Region 1	Index	In % der Kosten	Fr./Monat	in % Prämie Region 1	Index	In % der Kosten
ZH	172.32	99.2	214.68	106.4	124.6%	178.86	83.3%	95.5	103.8%	168.87	78.7%	92.2	98.0%
BE	162.91	93.8	206.85	102.5	127.0%	181.95	88.0%	97.1	111.7%	169.25	81.8%	92.4	103.9%
LU	122.96	70.8	159.76	79.2	129.9%	149.74	93.7%	79.9	121.8%	140.65	88.0%	76.8	114.4%
UR	140.69	81.0	151.62	75.1	107.8%	151.62	100.0%	80.9	107.8%	151.62	100.0%	82.8	107.8%
SZ	146.80	84.5	159.15	78.9	108.4%	153.55	96.5%	82.0	104.6%	153.55	96.5%	83.8	104.6%
OW	141.54	81.5	150.37	74.5	106.2%	150.37	100.0%	80.3	106.2%	150.37	100.0%	82.1	106.2%
NW	125.95	72.5	143.39	71.0	113.8%	143.39	100.0%	76.5	113.8%	143.39	100.0%	78.3	113.8%
GL	144.79	83.3	146.19	72.4	101.0%	146.19	100.0%	78.0	101.0%	146.19	100.0%	79.8	101.0%
ZG	134.83	77.6	157.43	78.0	116.8%	154.64	98.2%	82.5	114.7%	154.64	98.2%	84.4	114.7%
FR	175.65	101.1	200.40	99.3	114.1%	186.31	93.0%	99.5	106.1%	184.74	92.2%	100.8	105.2%
SO	158.97	91.5	183.96	91.2	115.7%	173.71	94.4%	92.7	109.3%	173.05	94.1%	94.5	108.9%
BS *)	245.99	141.6	233.56	115.7	94.9%	233.56	100.0%	124.7	94.9%	233.56	100.0%	127.5	94.9%
BL	185.56	106.8	205.90	102.0	111.0%	190.02	92.3%	101.4	102.4%	188.24	91.4%	102.8	101.4%
SH	156.36	90.0	171.85	85.1	109.9%	160.86	93.6%	85.9	102.9%	160.86	93.6%	87.8	102.9%
AR	131.47	75.7	139.62	69.2	106.2%	139.62	100.0%	74.5	106.2%	139.62	100.0%	76.2	106.2%
AI	123.16	70.9	127.11	63.0	103.2%	127.11	100.0%	67.8	103.2%	127.11	100.0%	69.4	103.2%
SG	134.07	77.2	156.17	77.4	116.5%	143.89	92.1%	76.8	107.3%	142.96	91.5%	78.0	106.6%
GR	130.81	75.3	155.30	76.9	118.7%	144.89	93.3%	77.3	110.8%	144.89	93.3%	79.1	110.8%
AG	140.47	80.9	151.83	75.2	108.1%	146.93	96.8%	78.4	104.6%	146.91	96.8%	80.2	104.6%
TG	149.78	86.2	153.51	76.1	102.5%	150.83	98.3%	80.5	100.7%	150.83	98.3%	82.3	100.7%
TI	214.23	123.3	229.88	113.9	107.3%	222.05	96.6%	118.5	103.7%	222.01	96.6%	121.2	103.6%
VD	221.56	127.5	263.95	130.8	119.1%	258.63	98.0%	138.1	116.7%	258.00	97.7%	140.8	116.4%
VS	159.31	91.7	182.71	90.5	114.7%	167.49	91.7%	89.4	105.1%	167.37	91.6%	91.4	105.1%
NE	207.57	119.5	219.19	108.6	105.6%	214.63	97.9%	114.6	103.4%	214.03	97.6%	116.8	103.1%
GE	263.49	151.7	297.83	147.6	113.0%	297.83	100.0%	159.0	113.0%	297.83	100.0%	162.6	113.0%
JU	188.28	108.4	206.02	102.1	109.4%	205.46	99.7%	109.7	109.1%	205.46	99.7%	112.2	109.1%
CH	173.72	100.0	201.82	100.0	116.2%	187.34	92.8%	100.0	107.8%	183.18	90.8%	100.0	105.4%
Quelle:	Kosten	Provisorischer Risikoausgleich 1997, Erwachsene (ab Alter 19)											
	Prämien	KVG-Wegweiser, Grundversicherungsprämien, vom 7.10.96 (BSV)											
*)	kantonale Subvention in BS												

Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

Variante 1

Komponente	1994	1995			1996			1997			1998		
	Total aus Prämie 94	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 95	aus Prämie 1995	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 96	aus Prämie 1996	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 97	aus Prämie 1997	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 98	aus Prämie 1998
Leistungen	800'000	240'000	900'000	630'000	270'000	1'000'000	700'000	300'000	1'100'000	770'000	330'000	1'200'000	840'000
Kobe	96'000	28'800	108'000	75'600	32'400	120'000	84'000	36'000	132'000	92'400	39'600	144'000	100'800
Netto-Leist.	704'000	211'200	792'000	554'400	237'600	880'000	616'000	264'000	968'000	677'600	290'400	1'056'000	739'200
(Zuwachs)			12.5%			11.1%			10.0%			9.1%	
Risikoausgl.	-80'000		-80'000			-80'000			-80'000			-80'000	
Verw.Kosten	40'000		40'000			40'000			40'000			40'000	
Zuweisung *)													
Rückst.	10'000		-26'400			26'400			26'400			26'400	
Zw'total	674'000		725'600			866'400			954'400			1'042'400	
Zuweisung **)													
Reserven	-		0			35'200			13'200			18'700	
Sollprämien	674'000		725'600			901'600			967'600			1'061'100	
(Erhöhung)			7.7%			24.3%			7.3%			9.7%	
Stand Ende	1994	Differenz	1995		Differenz	1996		Differenz	1997		Differenz	1997	
Rückst.***)	237'600	26'400	237'600		-	264'000		-	290'400		-	316'800	
Reserve ****)	145'120		145'120			180'320			193'520			212'220	

*) 30 % Differenz Netto-Leist.

**) 20 % Differenz Sollprämien

***) 30 % Netto-Leist.

****) 20 % Sollprämien

Variante 2

Komponente	1994	1995			1996			1997			1998		
	Total aus Prämie 94	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 95	aus Prämie 1995	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 96	aus Prämie 1996	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 97	aus Prämie 1997	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 98	aus Prämie 1998
Leistungen	800'000	240'000	900'000	630'000	270'000	1'000'000	700'000	300'000	1'100'000	770'000	330'000	1'200'000	840'000
Kobe	96'000	28'800	108'000	75'600	32'400	120'000	84'000	36'000	132'000	92'400	39'600	144'000	100'800
Netto-Leist.	704'000	211'200	792'000	554'400	237'600	880'000	616'000	264'000	968'000	677'600	290'400	1'056'000	739'200
(Zuwachs)			12.5%			11.1%			10.0%			9.1%	
Risikoausgl.	80'000		80'000			80'000			80'000			80'000	
Verw.Kosten	40'000		40'000			40'000			40'000			40'000	
Zuweisung *)													
Rückst.	10'000		-26'400			26'400			26'400			26'400	
Zw'total	834'000		885'600			1'026'400			1'114'400			1'202'400	
Zuweisung **)													
Reserven	0		-			35'200			13'200			18'700	
Sollprämien	834'000		885'600			1'061'600			1'127'600			1'221'100	
(Erhöhung)			6.2%			19.9%			6.2%			8.3%	
Stand Ende	1994	Differenz	1995		Differenz	1996		Differenz	1997		Differenz	1997	
Rückst.***)	237'600	26'400	237'600		-	264'000		-	290'400		-	316'800	
Reserve ****)	177'120		177'120			212'320			225'520			244'220	

*) 30 % Differenz Netto-Leist.

**) 20 % Differenz Sollprämien

***) 30 % Netto-Leist.

****) 20 % Sollprämien

Modellrechnungen Prämien

Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

Variante 3

Komponente	1994		1995		1996		1997		1998				
	Total aus Prämie 94	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 95	aus Prämie 1995	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 96	aus Prämie 1996	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 97	aus Prämie 1997	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 98	aus Prämie 1998
Leistungen	800'000	240'000	900'000	630'000	270'000	1'000'000	700'000	300'000	1'100'000	770'000	330'000	1'200'000	840'000
Kobe	96'000	28'800	108'000	75'600	32'400	120'000	84'000	36'000	132'000	92'400	39'600	144'000	100'800
Netto-Leist.	704'000	211'200	792'000	554'400	237'600	880'000	616'000	264'000	968'000	677'600	290'400	1'056'000	739'200
(Zuwachs)			12.5%			11.1%			10.0%			9.1%	
Risikoausgl.	-80'000		-80'000			-90'000			-100'000			-120'000	
Verw.Kosten	40'000		40'000			45'000			50'000			60'000	
Zuweisung *)													
Rückst.	10'000		-26'400			26'400			26'400			26'400	
Zw'total	674'000		725'600			861'400			944'400			1'022'400	
Zuweisung **)													
Reserven	-		0			33'950			12'263			16'434	
Sollprämien	674'000		725'600			895'350			956'663			1'038'834	
(Erhöhung)			7.7%			23.4%			6.8%			8.6%	
Stand Ende	1994	Differenz	1995		Differenz	1996		Differenz	1997		Differenz	1997	
Rückst.***)	237'600	26'400	237'600		-	264'000		-	290'400		-	316'800	
Reserve ****)	145'120		145'120			179'070			191'333			207'767	

*) 30 % Differenz Netto-Leist.

**) 20 % Differenz Sollprämien

***) 30 % Netto-Leist.

****) 20 % Sollprämien

Variante 4

Komponente	1994		1995		1996		1997		1998				
	Total aus Prämie 94	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 95	aus Prämie 1995	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 96	aus Prämie 1996	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 97	aus Prämie 1997	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 98	aus Prämie 1998
Leistungen	800'000	240'000	900'000	630'000	270'000	1'000'000	700'000	300'000	1'100'000	770'000	330'000	1'200'000	840'000
Kobe	96'000	28'800	108'000	75'600	32'400	120'000	84'000	36'000	132'000	92'400	39'600	144'000	100'800
Netto-Leist.	704'000	211'200	792'000	554'400	237'600	880'000	616'000	264'000	968'000	677'600	290'400	1'056'000	739'200
(Zuwachs)			12.5%			11.1%			10.0%			9.1%	
Risikoausgl.	80'000	-	80'000	-	-	90'000	-	-	100'000	-	-	120'000	-
Verw.Kosten	40'000	-	40'000	-	-	45'000	-	-	50'000	-	-	60'000	-
Zuweisung *)													
Rückst.	10'000		-26'400			26'400			26'400			26'400	
Zw'total	834'000		885'600			1'041'400			1'144'400			1'262'400	
Zuweisung **)													
Reserven	-		0			38'950			16'013			25'497	
Sollprämien	834'000		885'600			1'080'350			1'160'413			1'287'897	
(Erhöhung)			6.2%			22.0%			7.4%			11.0%	
Stand Ende	1994	Differenz	1995		Differenz	1996		Differenz	1997		Differenz	1997	
Rückst.***)	237'600	26'400	237'600		-	264'000		-	290'400		-	316'800	
Reserve ****)	177'120		177'120			216'070			232'083			257'579	

*) 30 % Differenz Netto-Leist.

**) 20 % Differenz Sollprämien

***) 30 % Netto-Leist.

****) 20 % Sollprämien

Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

Variante 5

Komponente	1994	1995			1996			1997			1998		
	Total aus Prämie 94	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 95	aus Prämie 1995	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 96	aus Prämie 1996	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 97	aus Prämie 1997	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 98	aus Prämie 1998
Leistungen	800'000	240'000	900'000	630'000	270'000	1'000'000	700'000	300'000	1'100'000	770'000	330'000	1'200'000	840'000
Kobe	96'000	28'800	108'000	75'600	32'400	120'000	84'000	36'000	132'000	92'400	39'600	144'000	100'800
Netto-Leist.	704'000	211'200	792'000	554'400	237'600	880'000	616'000	264'000	968'000	677'600	290'400	1'056'000	739'200
(Zuwachs)			12.5%			11.1%			10.0%			9.1%	
Risikoausgl.	-200'000		-200'000			-250'000			-300'000			-350'000	
Verw.Kosten	40'000		40'000			45'000			50'000			60'000	
Zuweisung *)													
Rückst.	10'000		-26'400			26'400			26'400			26'400	
Zw'total	554'000		605'600			701'400			744'400			792'400	
Zuweisung **)													
Reserven	-		0			23'950			4'763			10'809	
Sollprämien	554'000		605'600			725'350			749'163			803'209	
(Erhöhung)			9.3%			19.8%			3.3%			7.2%	
Stand Ende	1994	Differenz	1995		Differenz	1996		Differenz	1997		Differenz	1997	
Rückst.***)	237'600	26'400	237'600		-	264'000		-	290'400		-	316'800	
Reserve ****)	121'120		121'120			145'070			149'833			160'642	

*) 30 % Differenz Netto-Leist.

**) 20 % Differenz Sollprämien

***) 30 % Netto-Leist.

****) 20 % Sollprämien

Variante 6

Komponente	1994	1995			1996			1997			1998		
	Total aus Prämie 94	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 95	aus Prämie 1995	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 96	aus Prämie 1996	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 97	aus Prämie 1997	aus Rückst. Vorjahr	Total aus Prämie 98	aus Prämie 1998
Leistungen	800'000	240'000	900'000	630'000	270'000	1'000'000	700'000	300'000	1'100'000	770'000	330'000	1'200'000	840'000
Kobe	96'000	28'800	108'000	75'600	32'400	120'000	84'000	36'000	132'000	92'400	39'600	144'000	100'800
Netto-Leist.	704'000	211'200	792'000	554'400	237'600	880'000	616'000	264'000	968'000	677'600	290'400	1'056'000	739'200
(Zuwachs)			12.5%			11.1%			10.0%			9.1%	
Risikoausgl.	200'000	-	200'000	-	-	250'000	-	-	300'000	-	-	350'000	-
Verw.Kosten	40'000	-	40'000	-	-	45'000	-	-	50'000	-	-	60'000	-
Zuweisung *)													
Rückst.	10'000		-26'400			26'400			26'400			26'400	
Zw'total	954'000		1'005'600			1'201'400			1'344'400			1'492'400	
Zuweisung **)													
Reserven	-		0			48'950			23'513			31'122	
Sollprämien	954'000		1'005'600			1'250'350			1'367'913			1'523'522	
(Erhöhung)			5.4%			24.3%			9.4%			11.4%	
Stand Ende	1994	Differenz	1995		Differenz	1996		Differenz	1997		Differenz	1997	
Rückst.***)	237'600	26'400	237'600		-	264'000		-	290'400		-	316'800	
Reserve ****)	201'120		201'120			250'070			273'583			304'704	

*) 30 % Differenz Netto-Leist.

**) 20 % Differenz Sollprämien

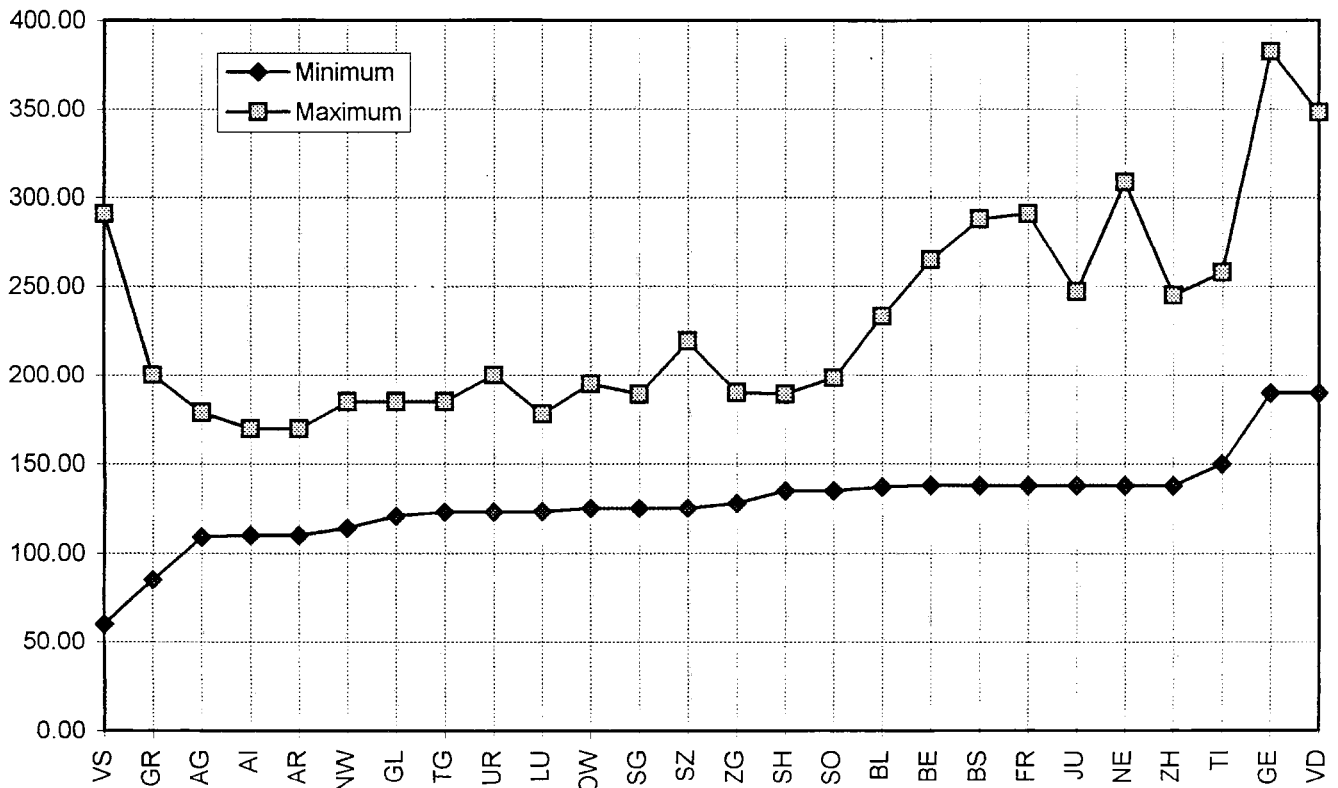
Expertise

Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung

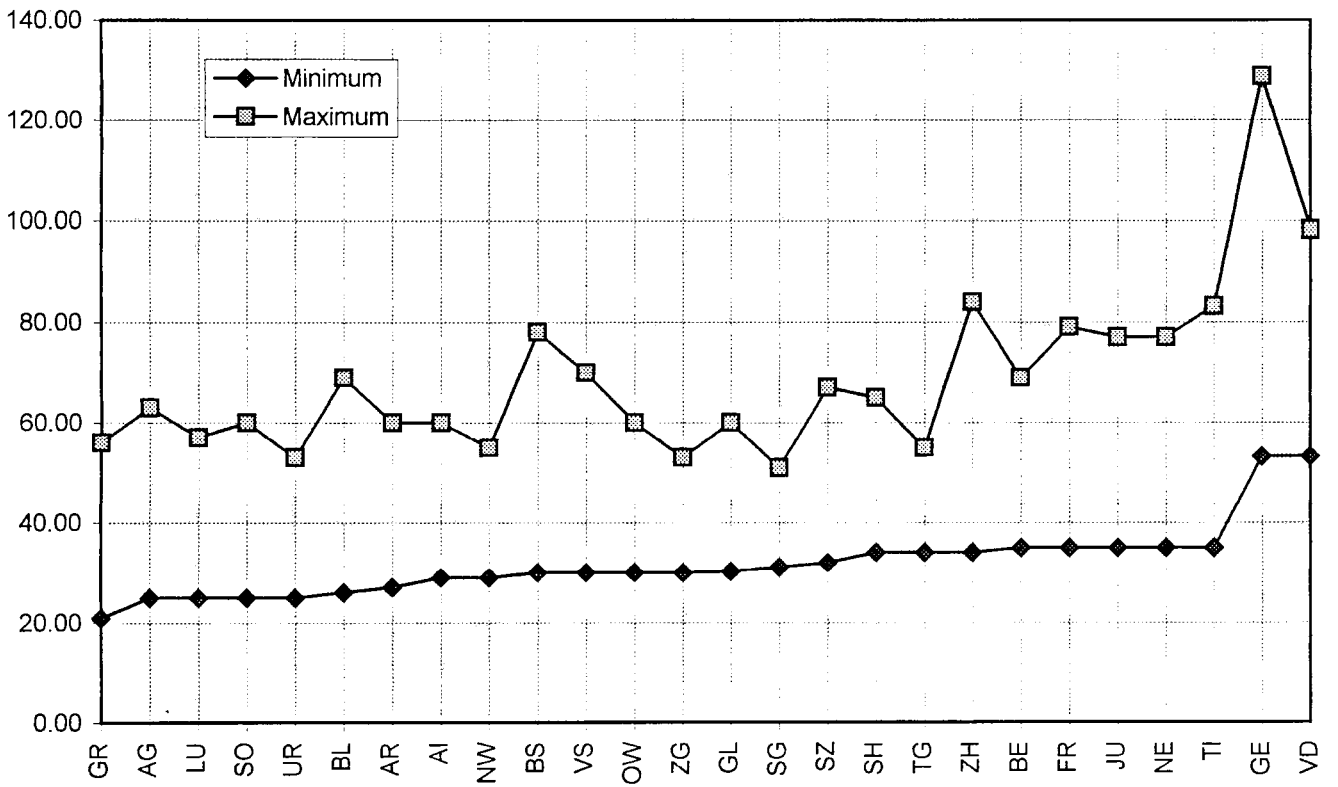
Verzeichnis der Grafiken

Grafik	Bezeichnung
A 1/4 - A 4/4	Minimale und maximale Monatsprämien 1997, nach Kanton, Region 1
B 1/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 150.-
B 2/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 201.82
B 3/3	Modellrechnungen Kostenbeteiligung; Monatsprämie Fr. 300.-
C 1/6 - C 3/6	Risikoausgleich; Kosten pro versicherte Frau 1995, nach Kanton
C 4/6 - C 6/6	Risikoausgleich; Kosten pro versicherten Mann 1995, nach Kanton
D 1/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton ZH, grosse Kassen
D 2/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton ZH, mittlere Kassen
D 3/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton ZH, kleine Kassen
E 1/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton BE, grosse Kassen
E 2/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton BE, mittlere Kassen
E 3/3	Risikoausgleich, Effektive Kosten 1995 Kanton BE, kleine Kassen

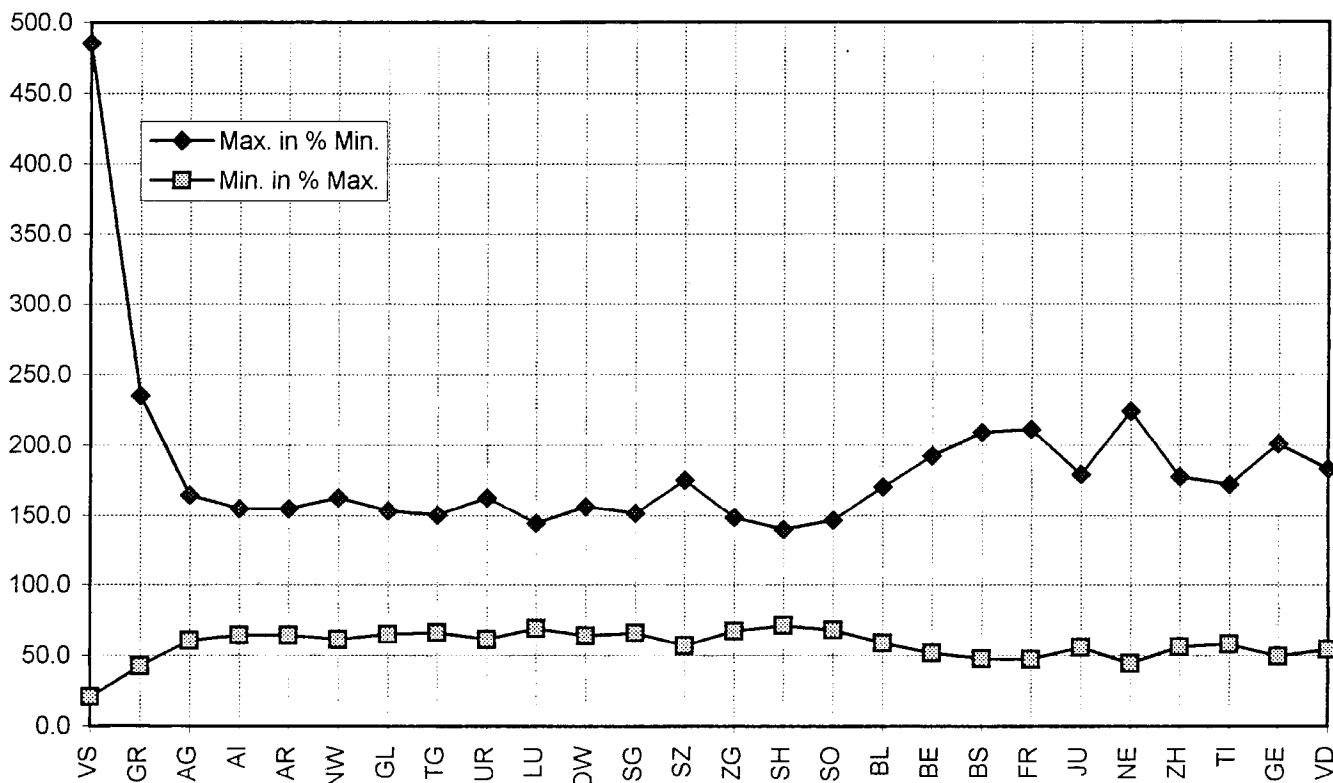
Minimale- und maximale Monatsprämien, Erwachsene



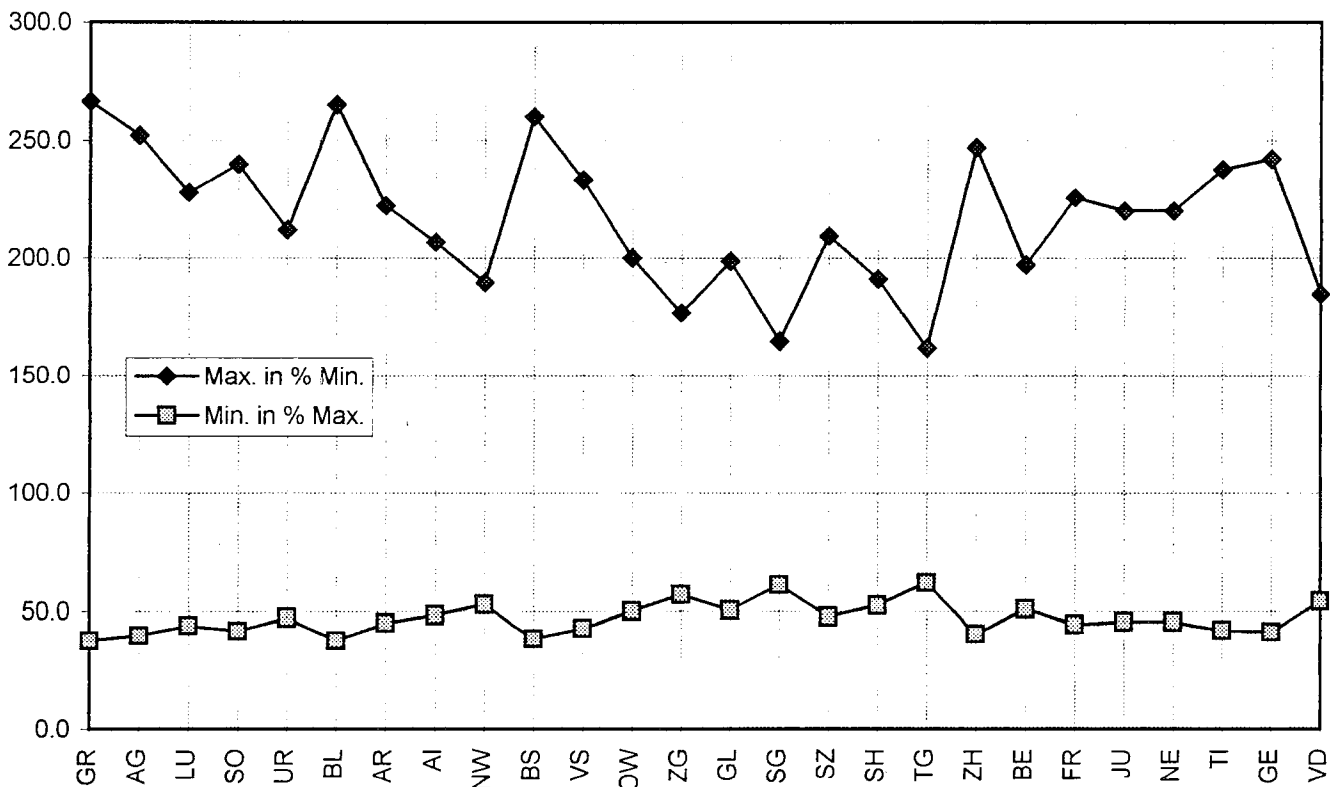
Minimale und Maximale Monatsprämien, Kinder



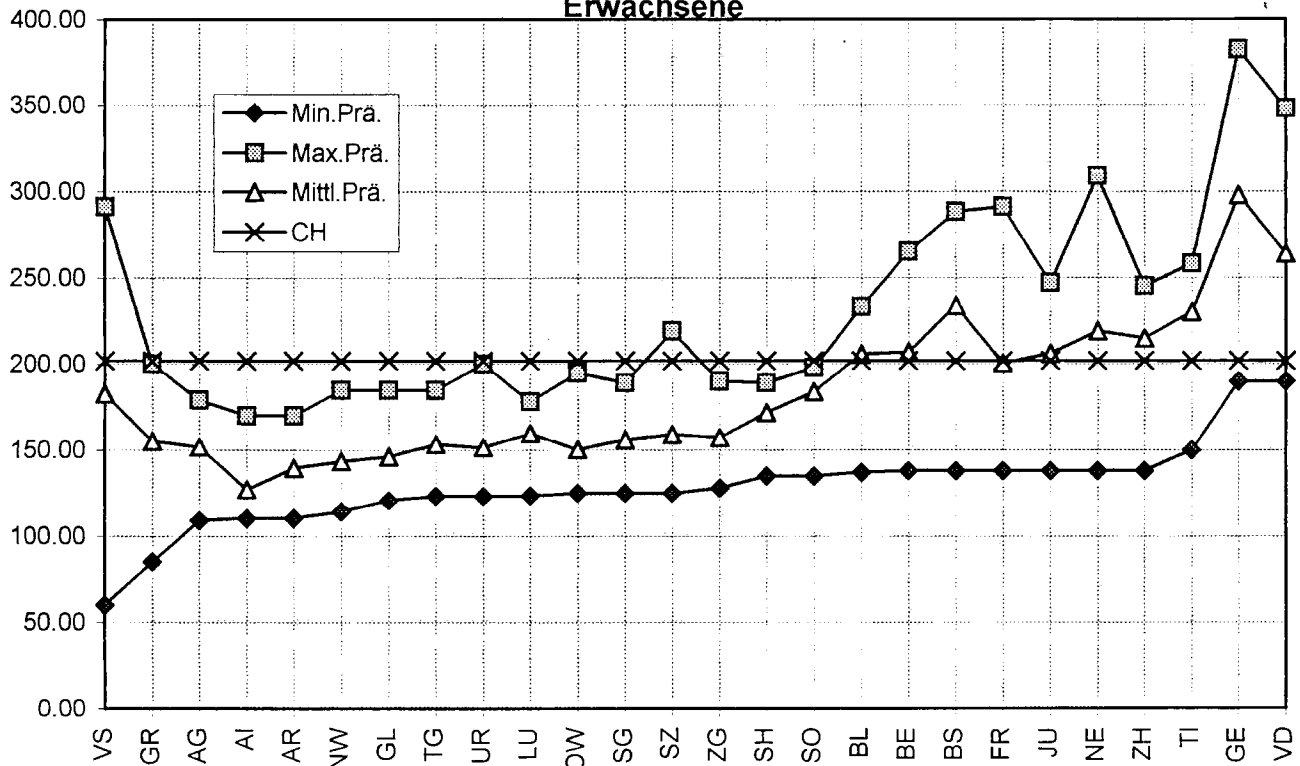
Minimale und maximale Monatsprämien, Erwachsene



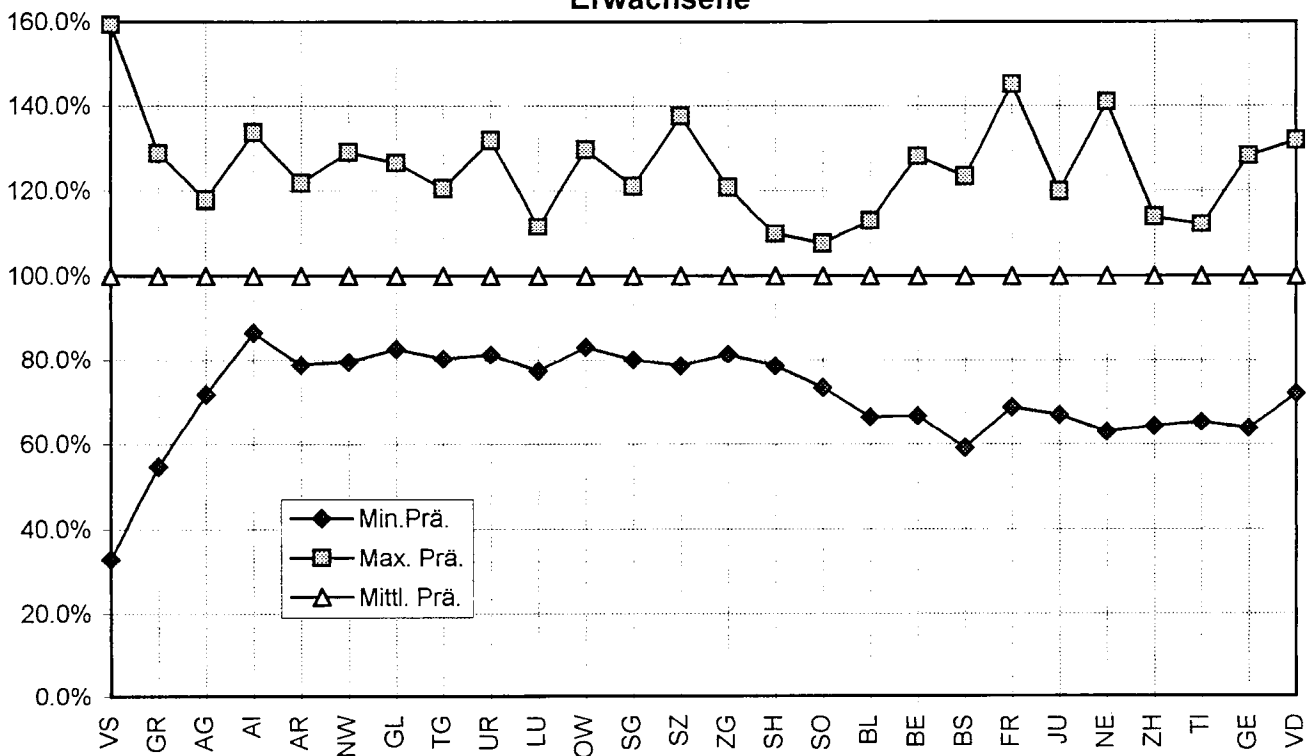
Minimale und maximale Monatsprämien, Kinder

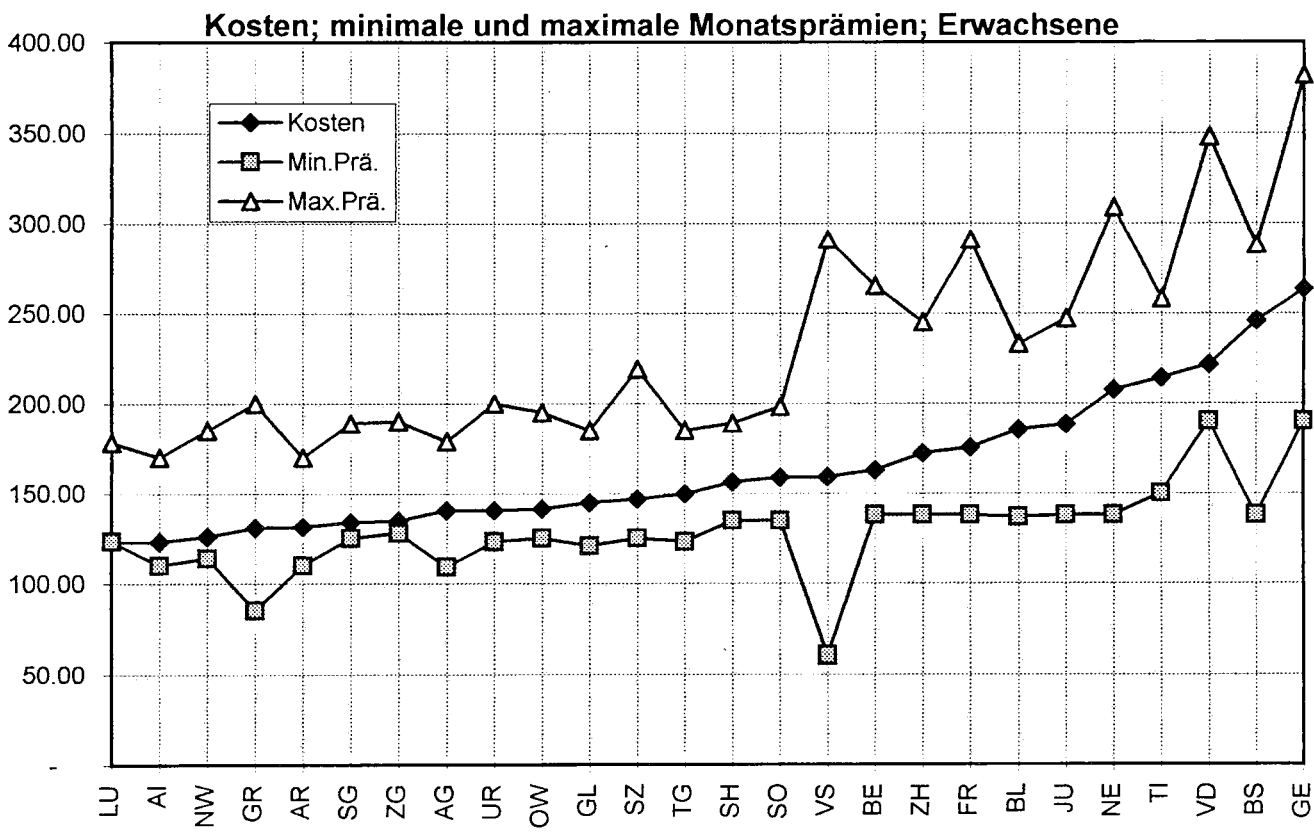
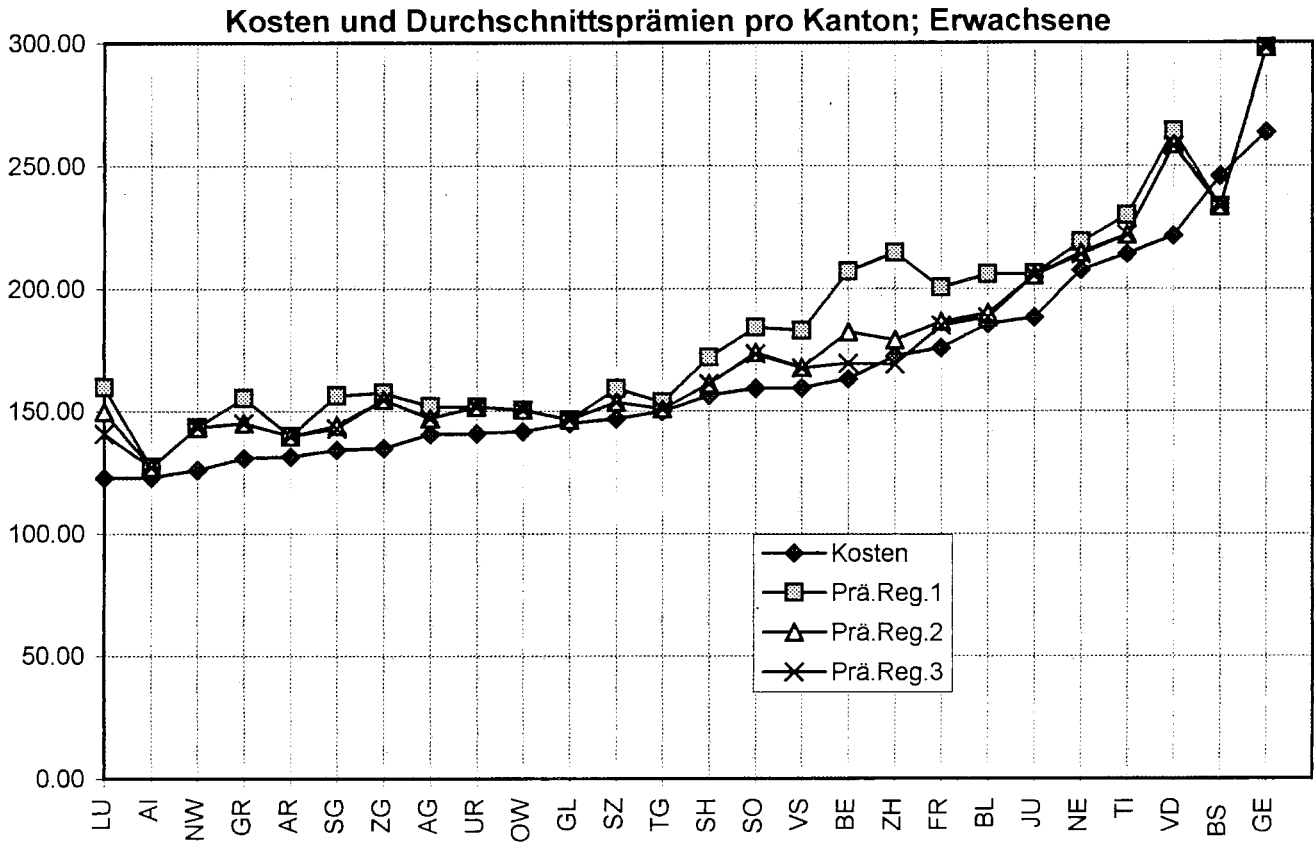


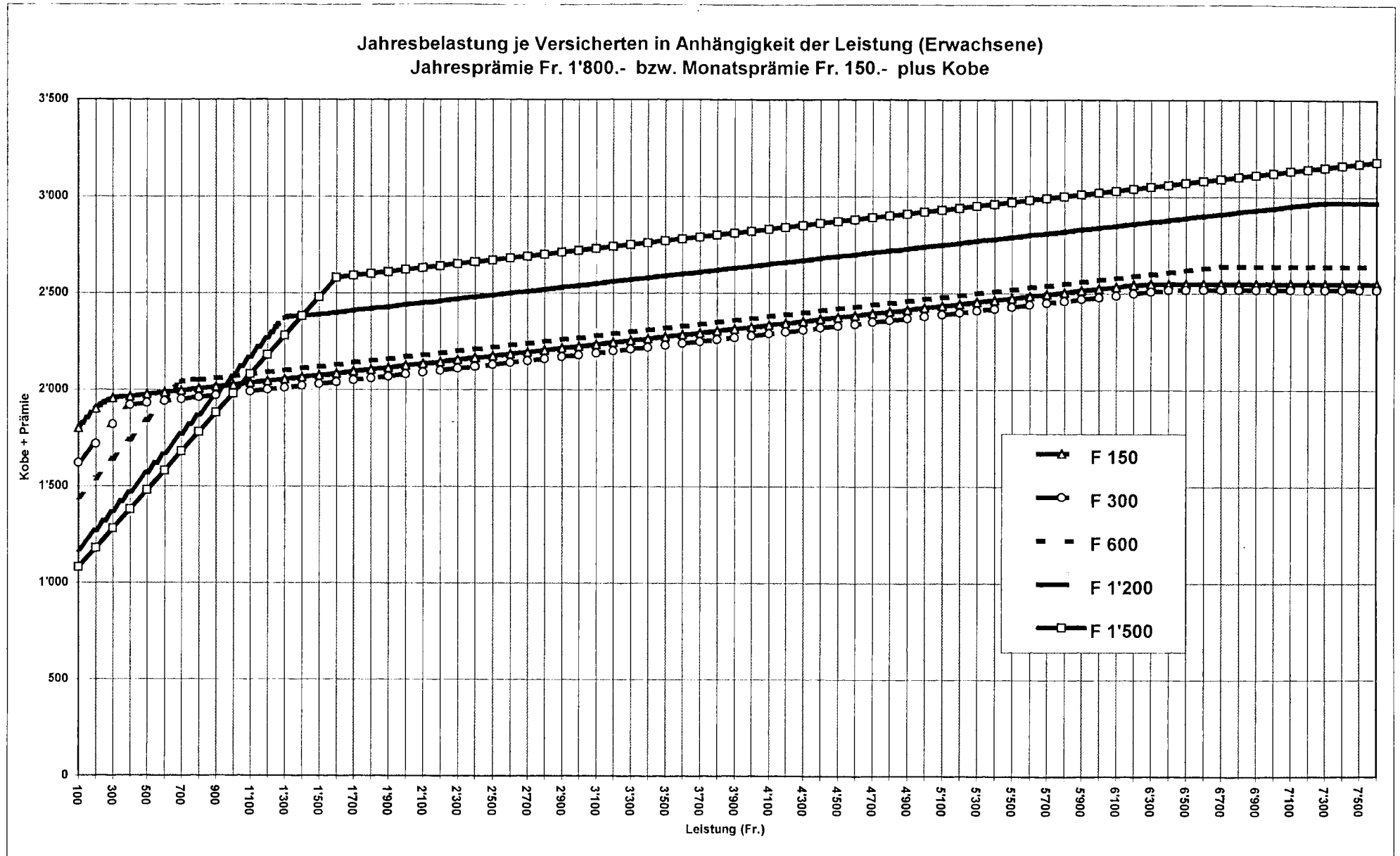
Minimale, maximale und durchschnittliche Monatsprämien,
Erwachsene



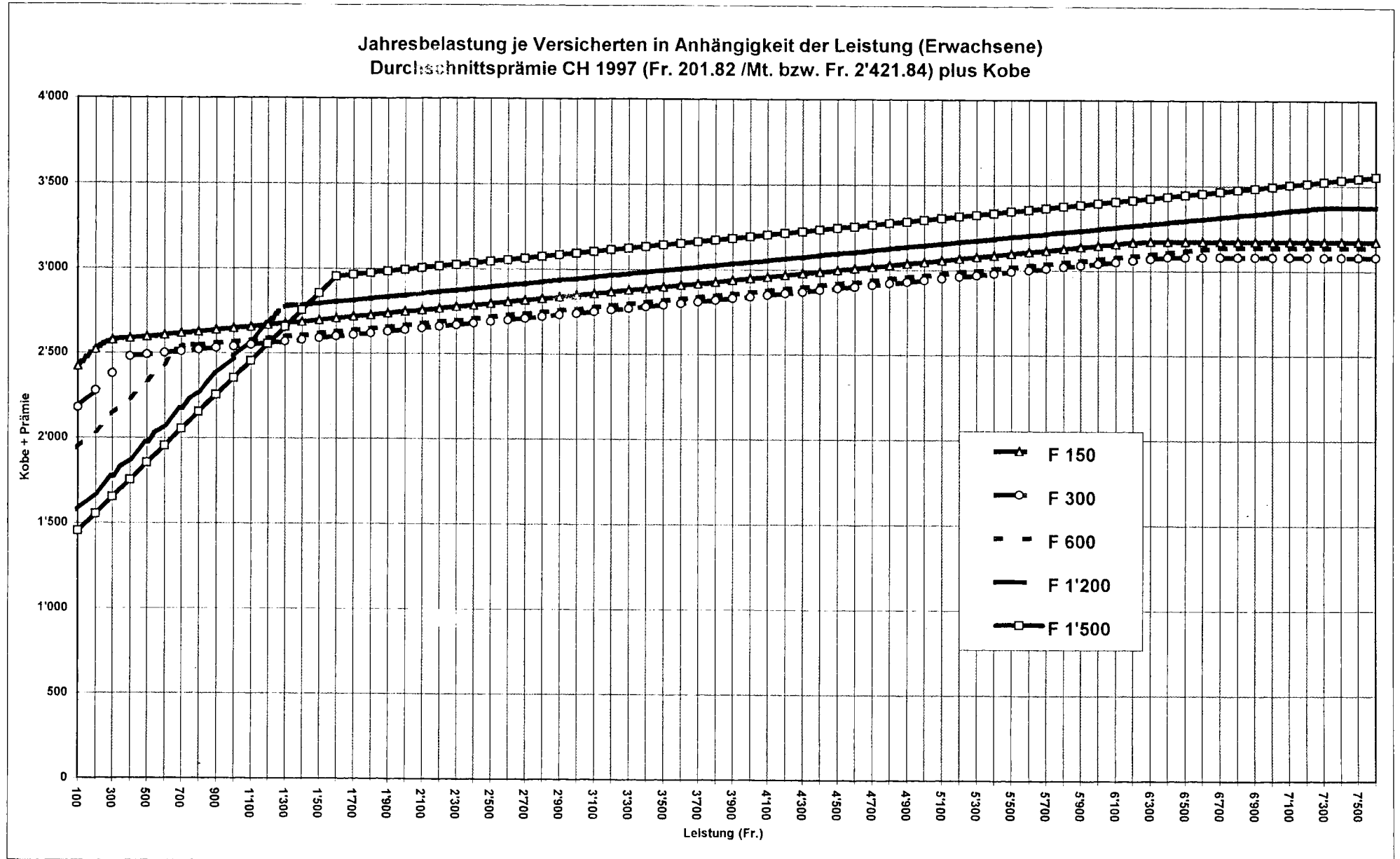
Minimale und maximale Monatsprämien in % Durchschnittsprämie;
Erwachsene



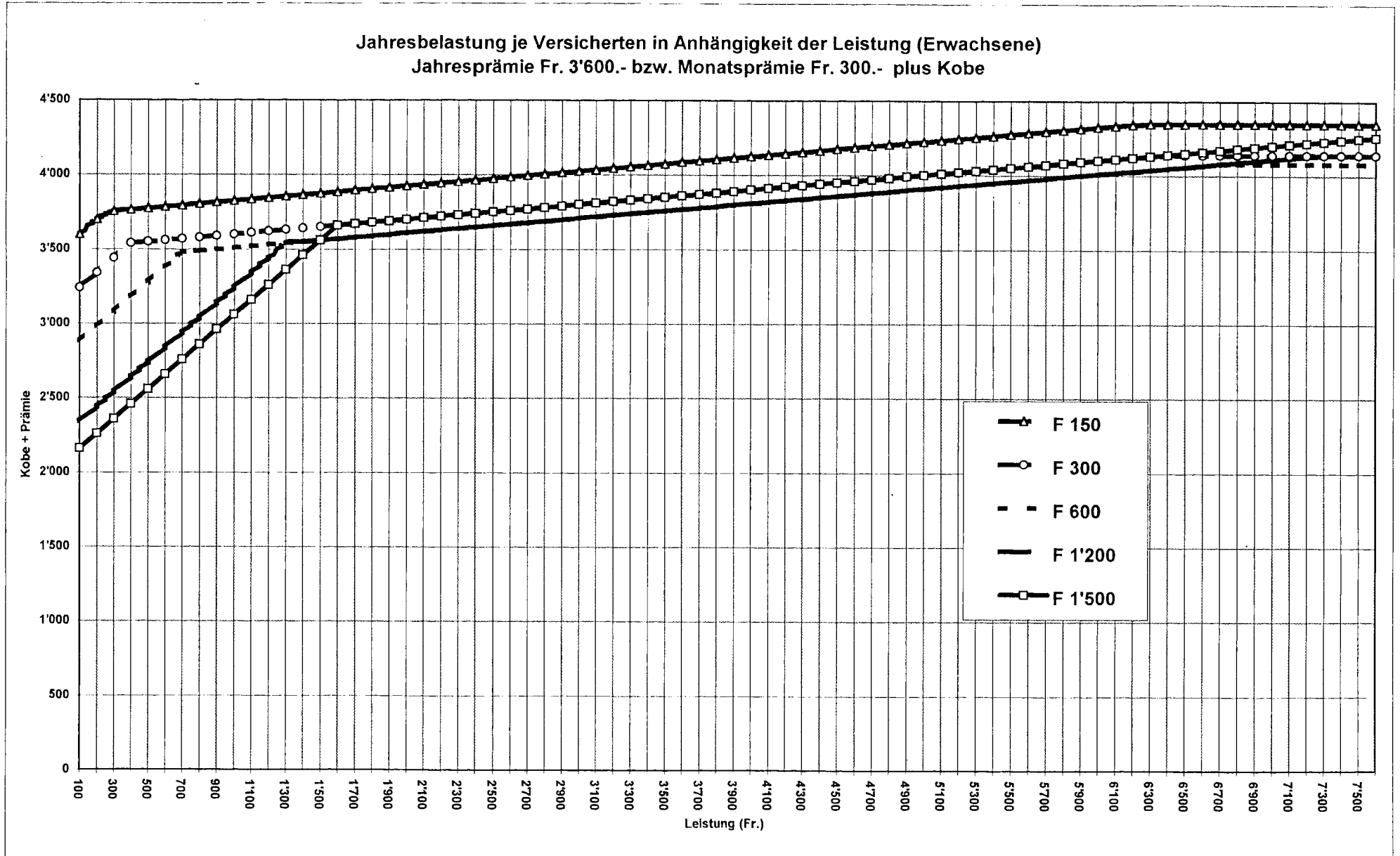


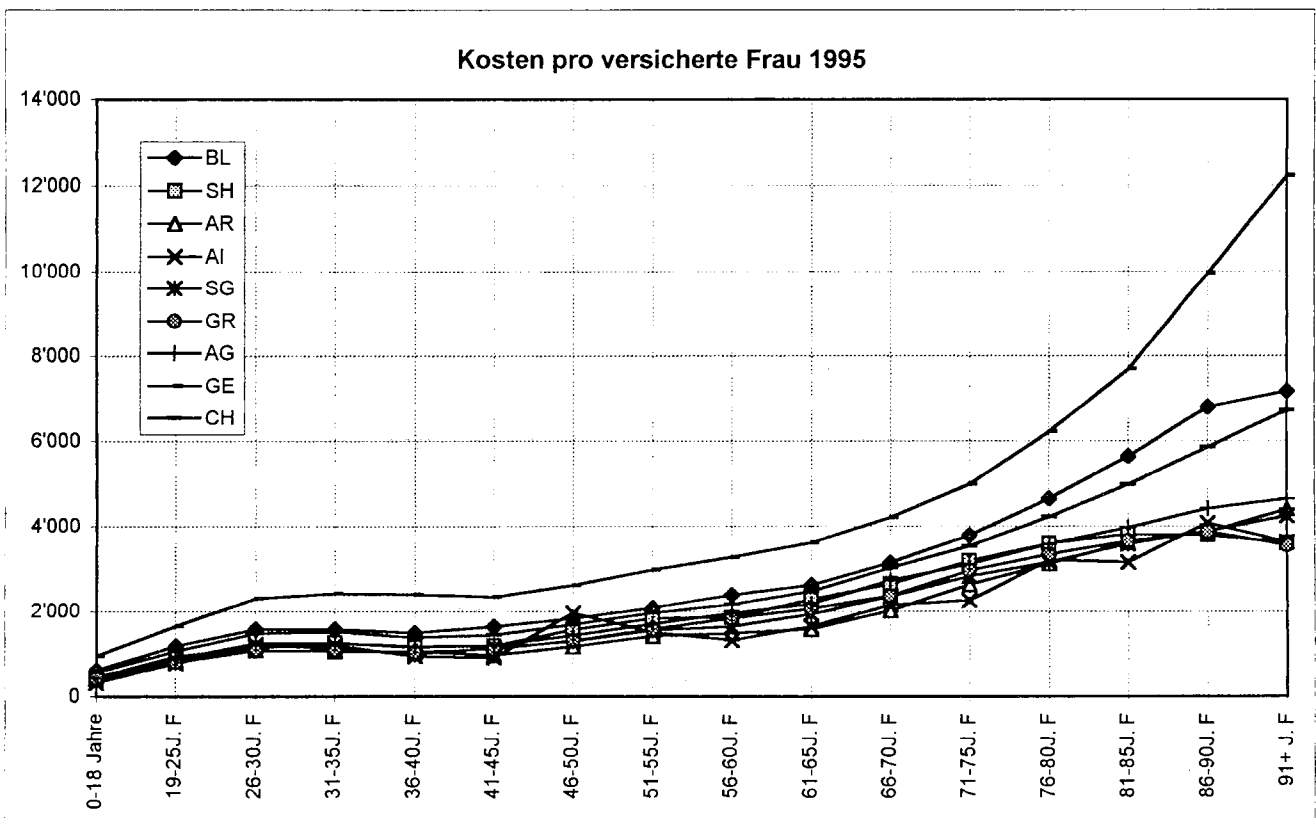
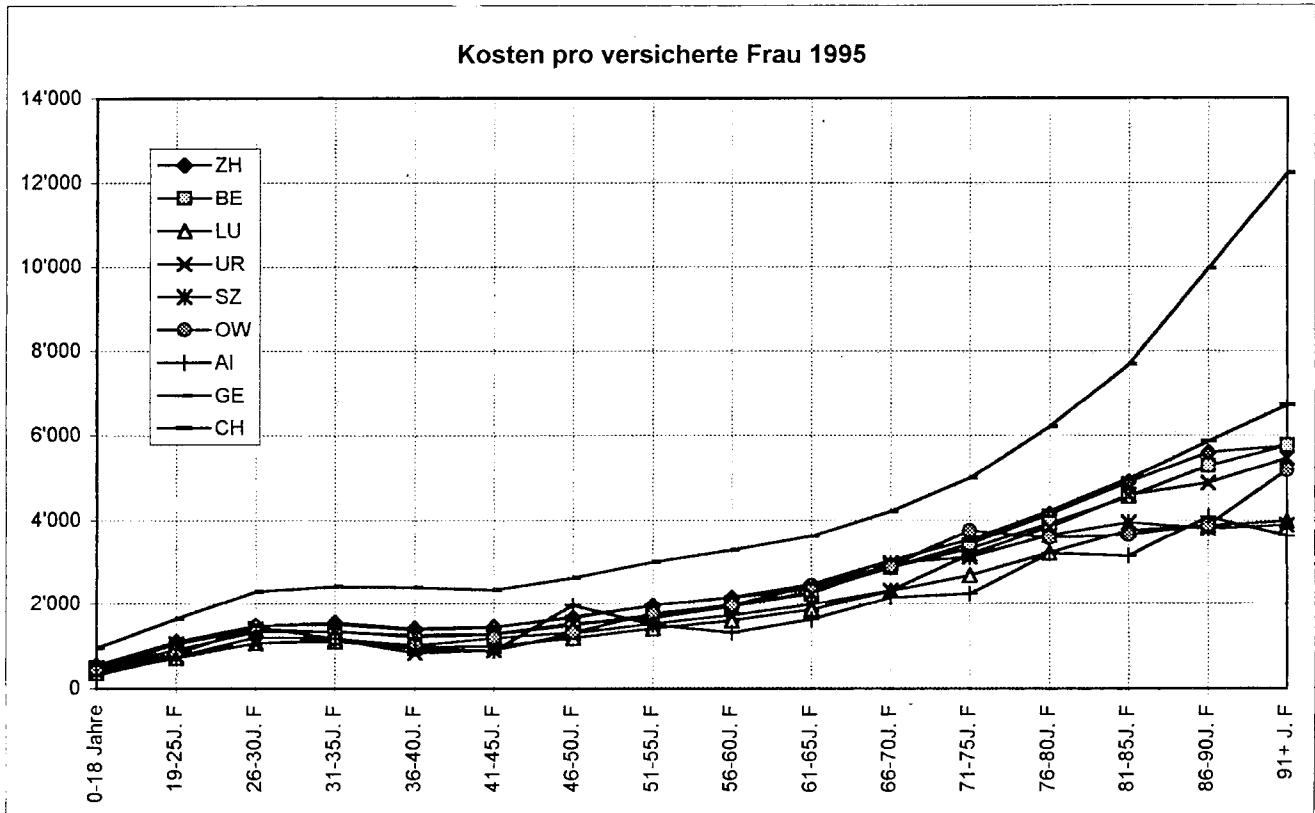


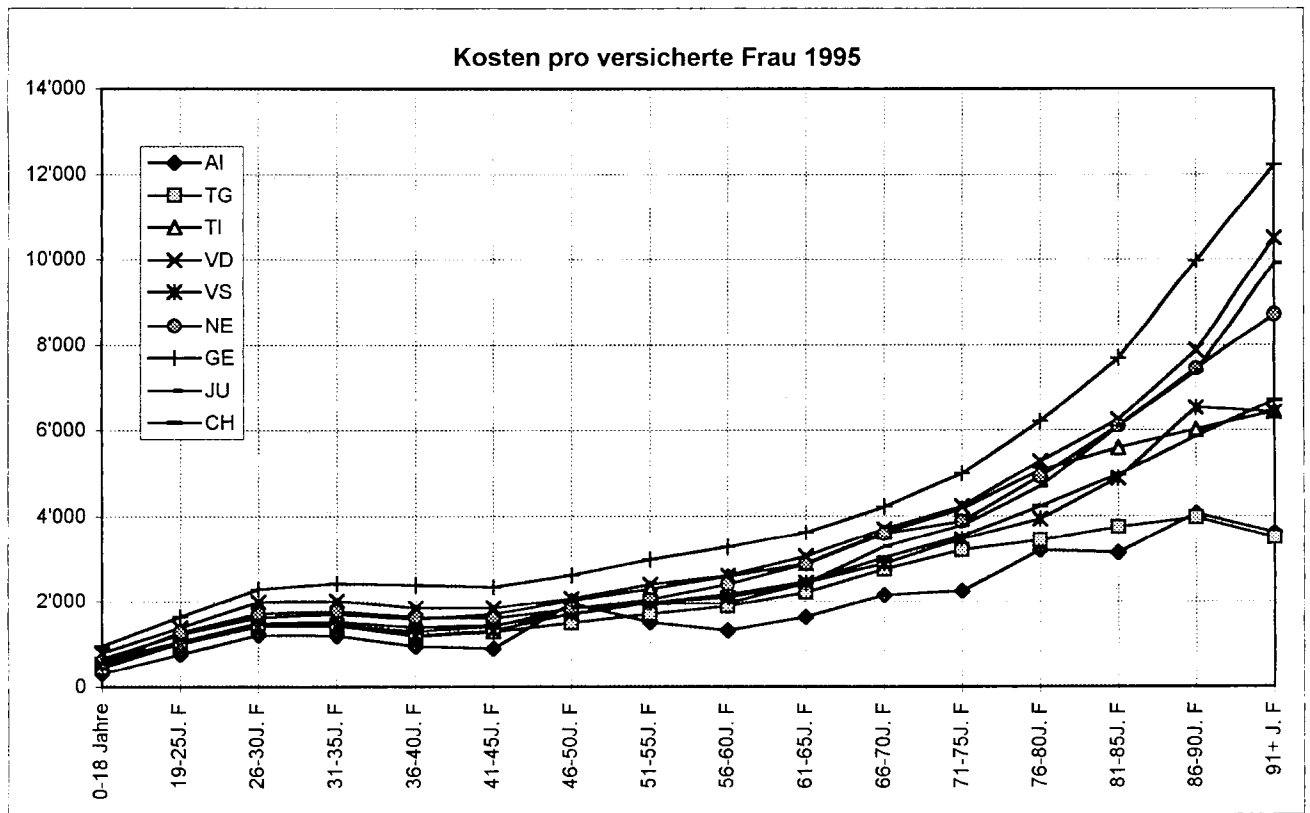
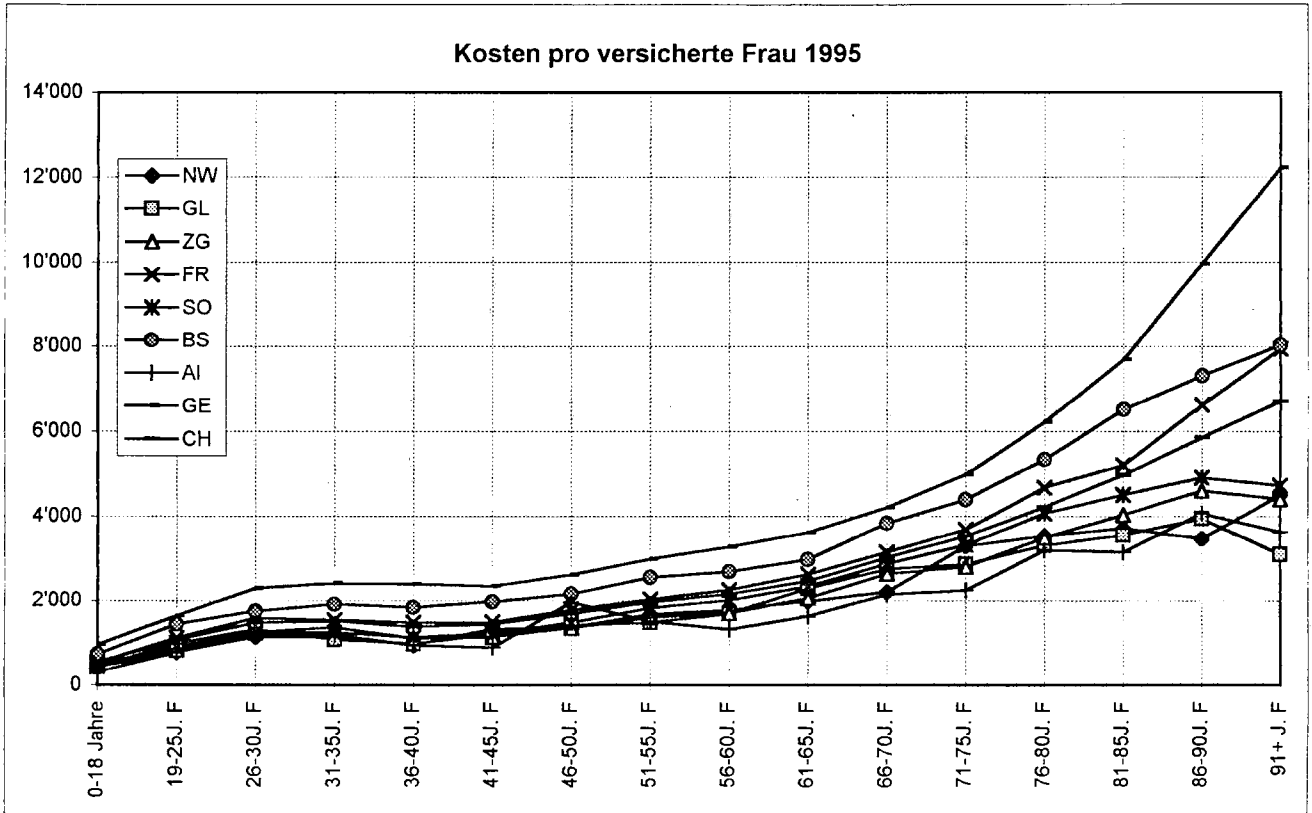
Modellrechnungen Kostenbeteiligung

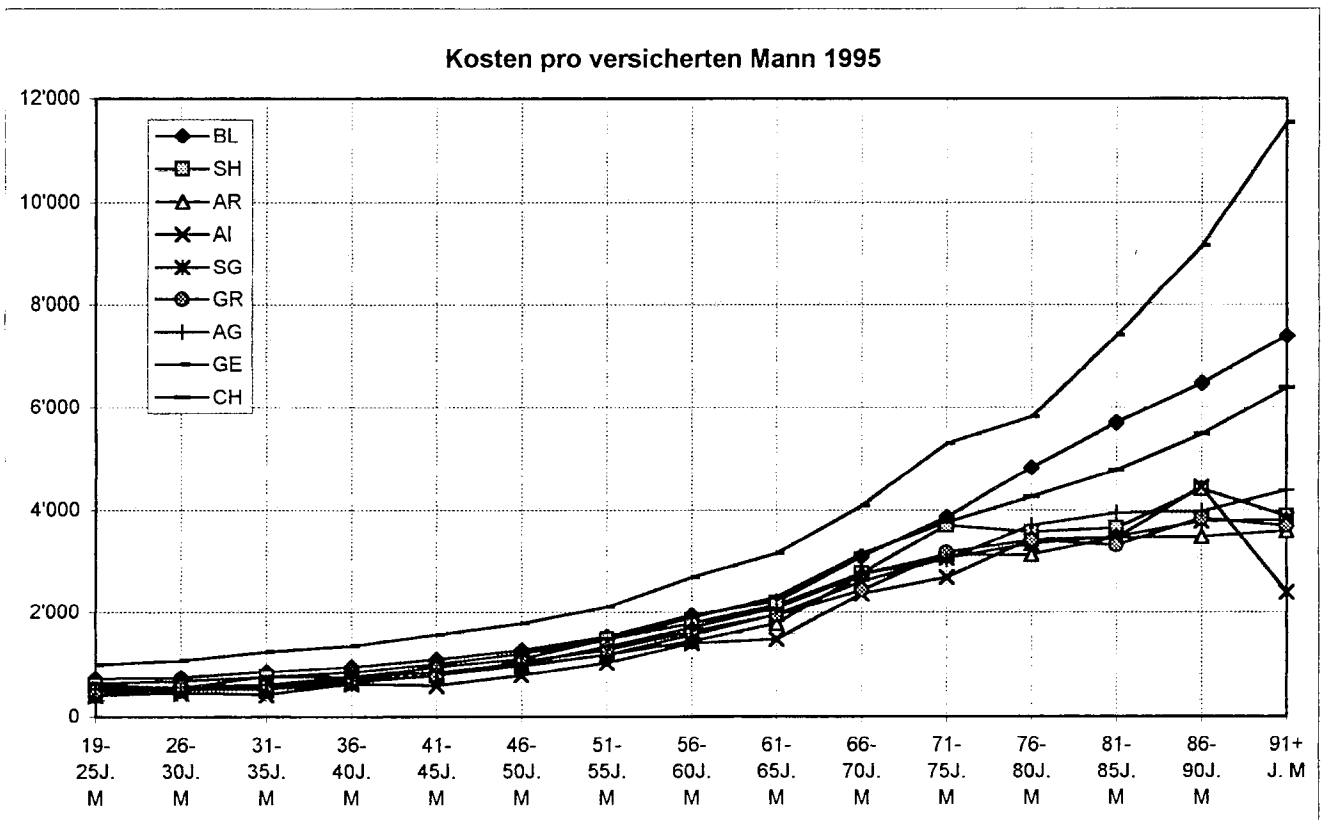
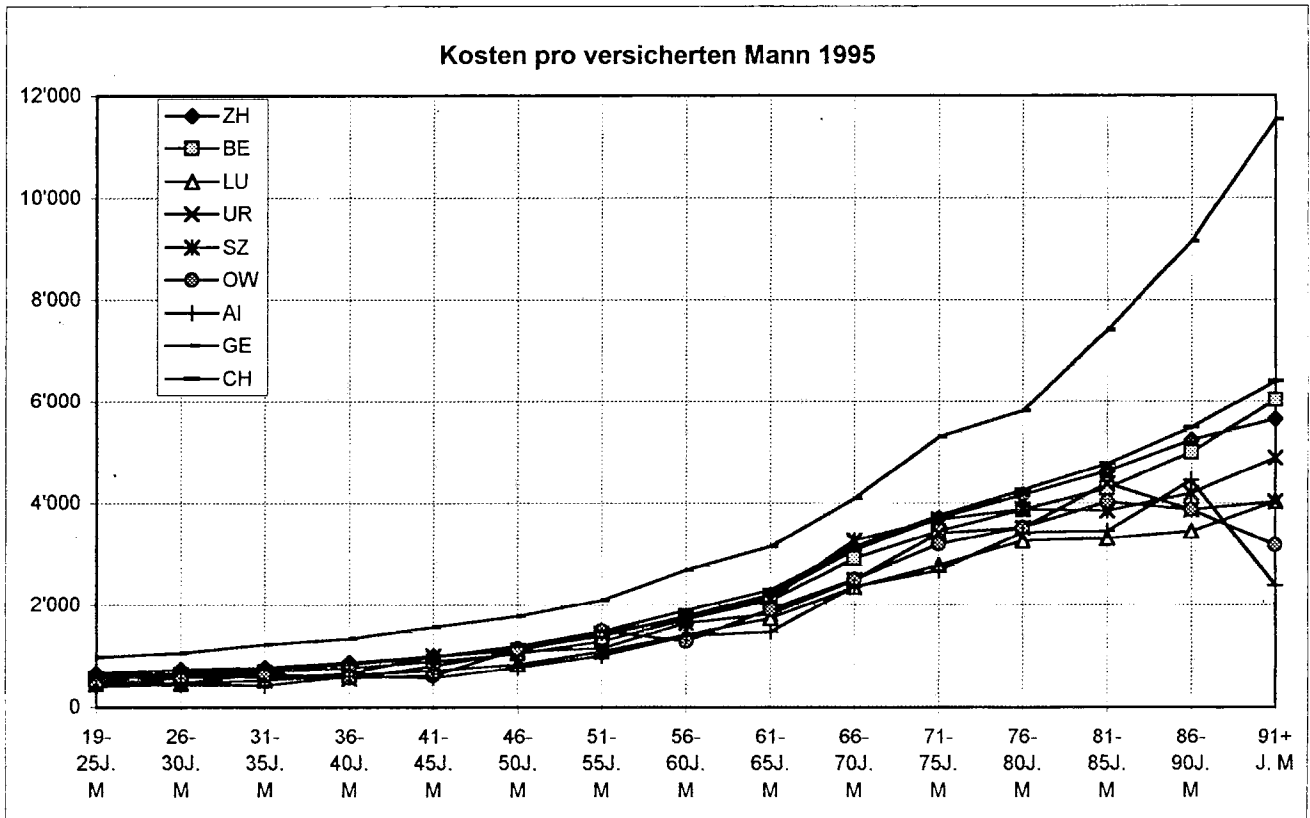


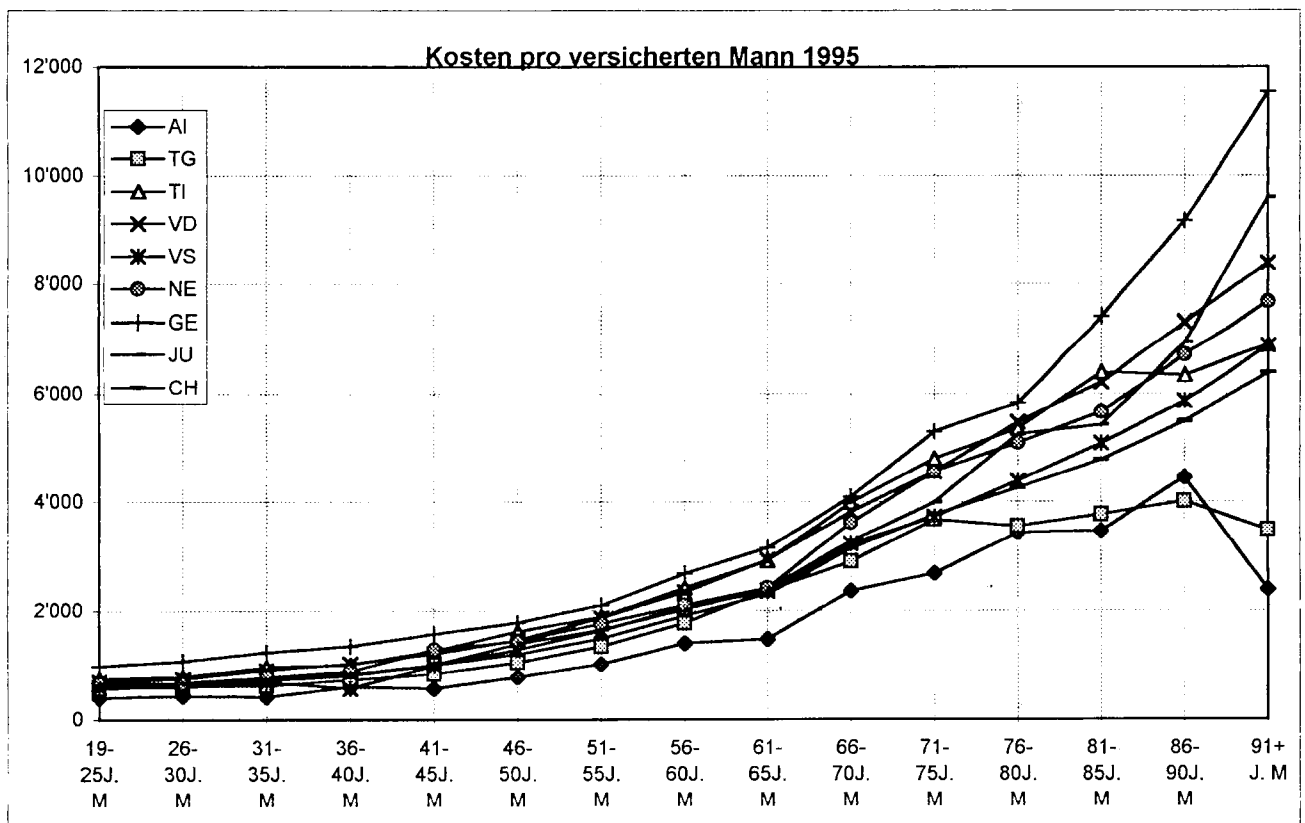
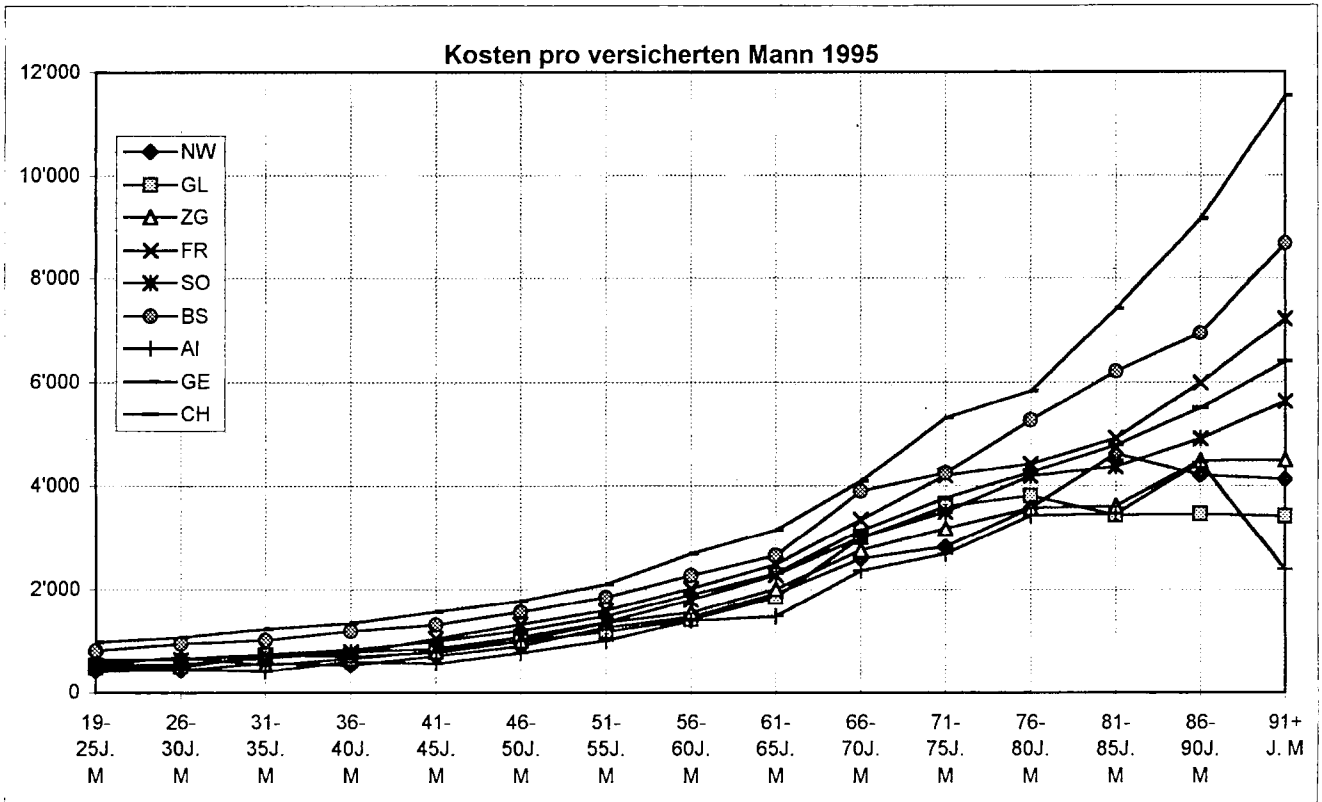
Modellrechnungen Kostenbeteiligung

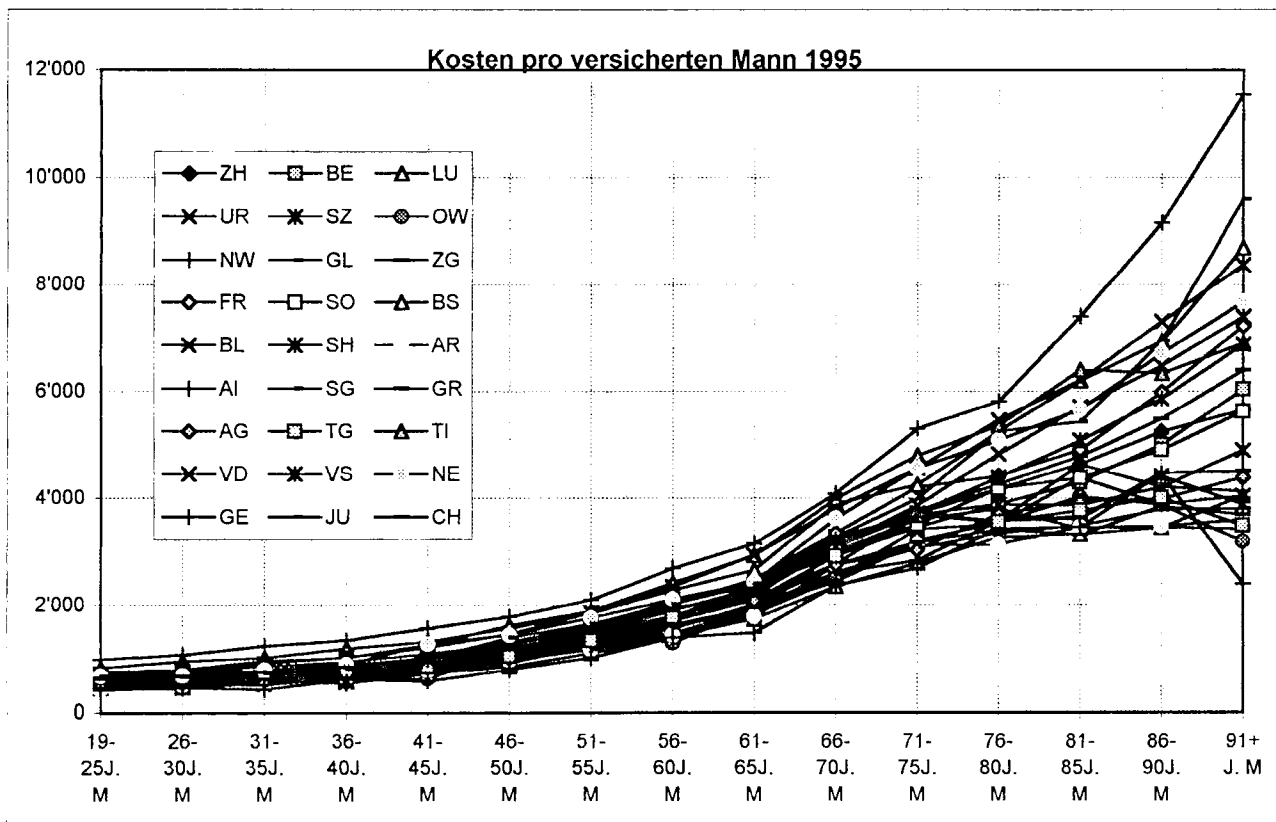
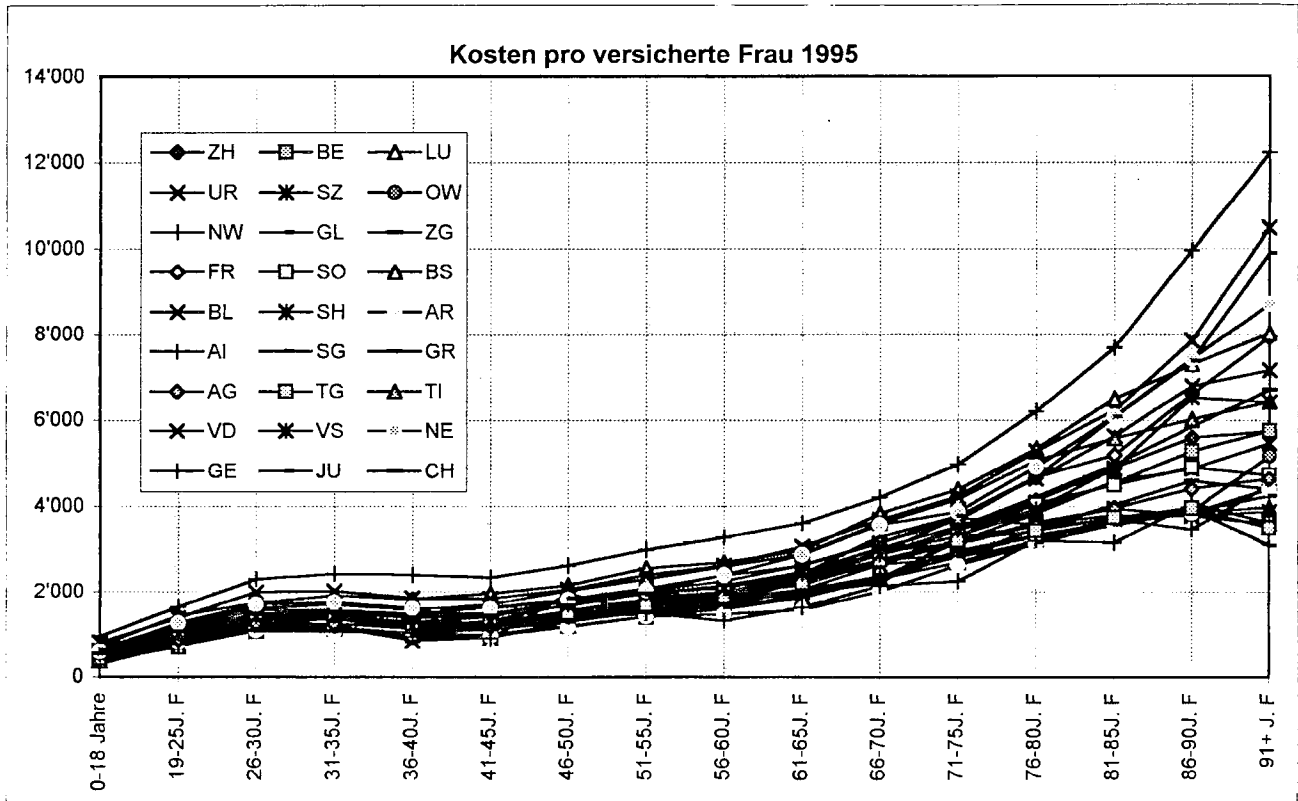


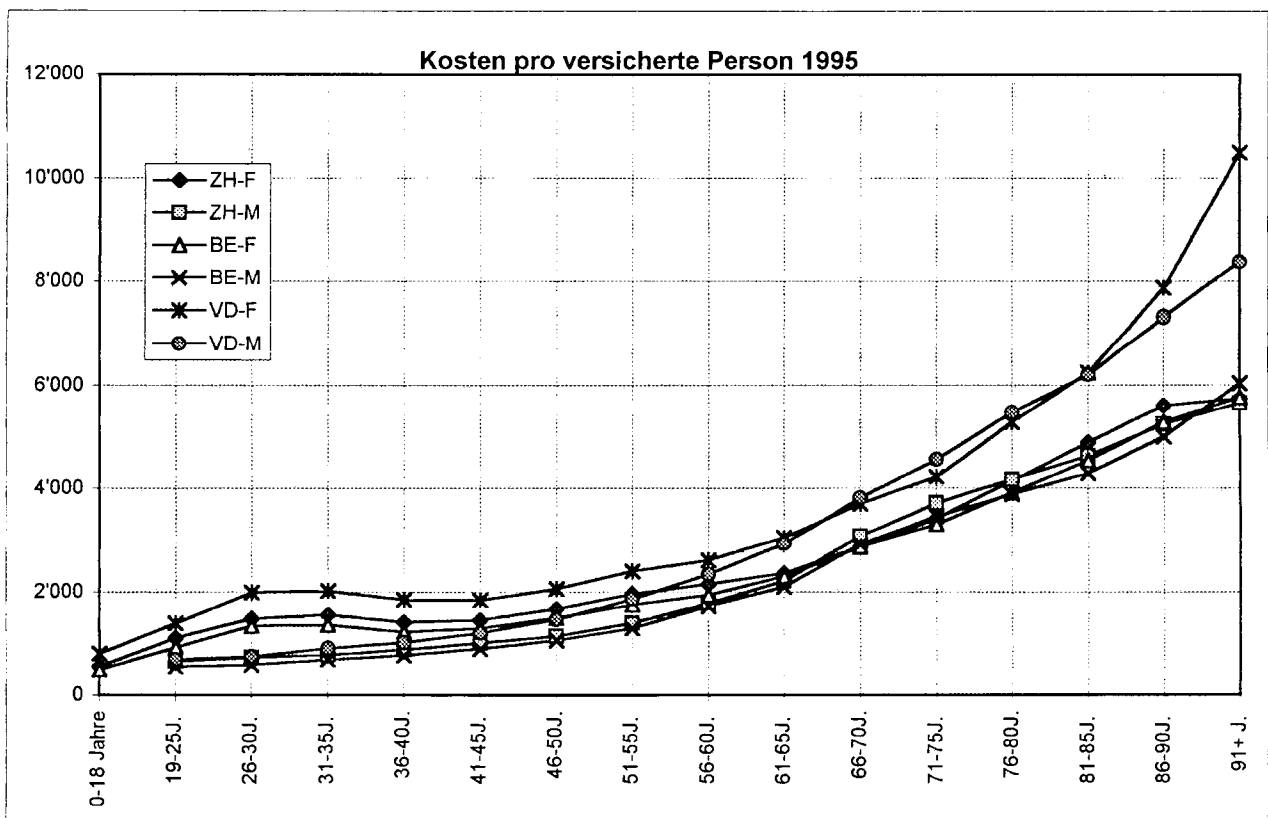
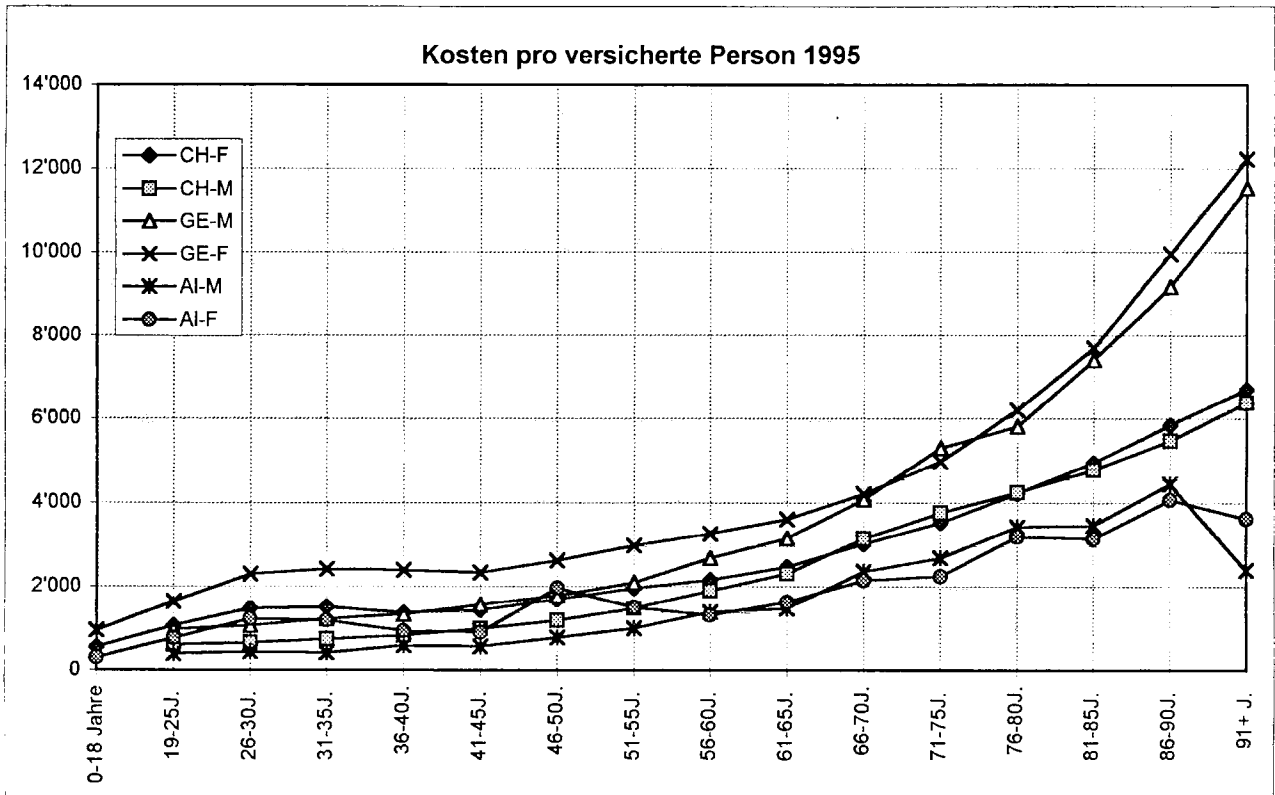




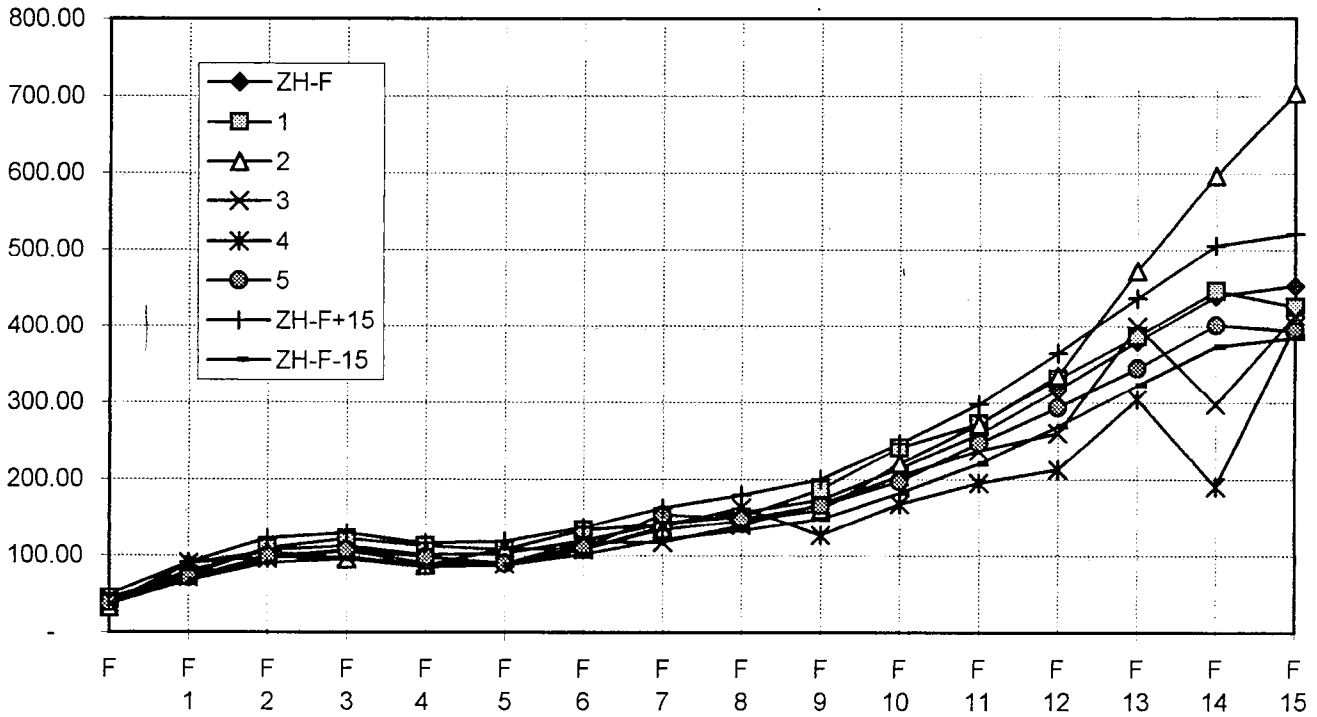




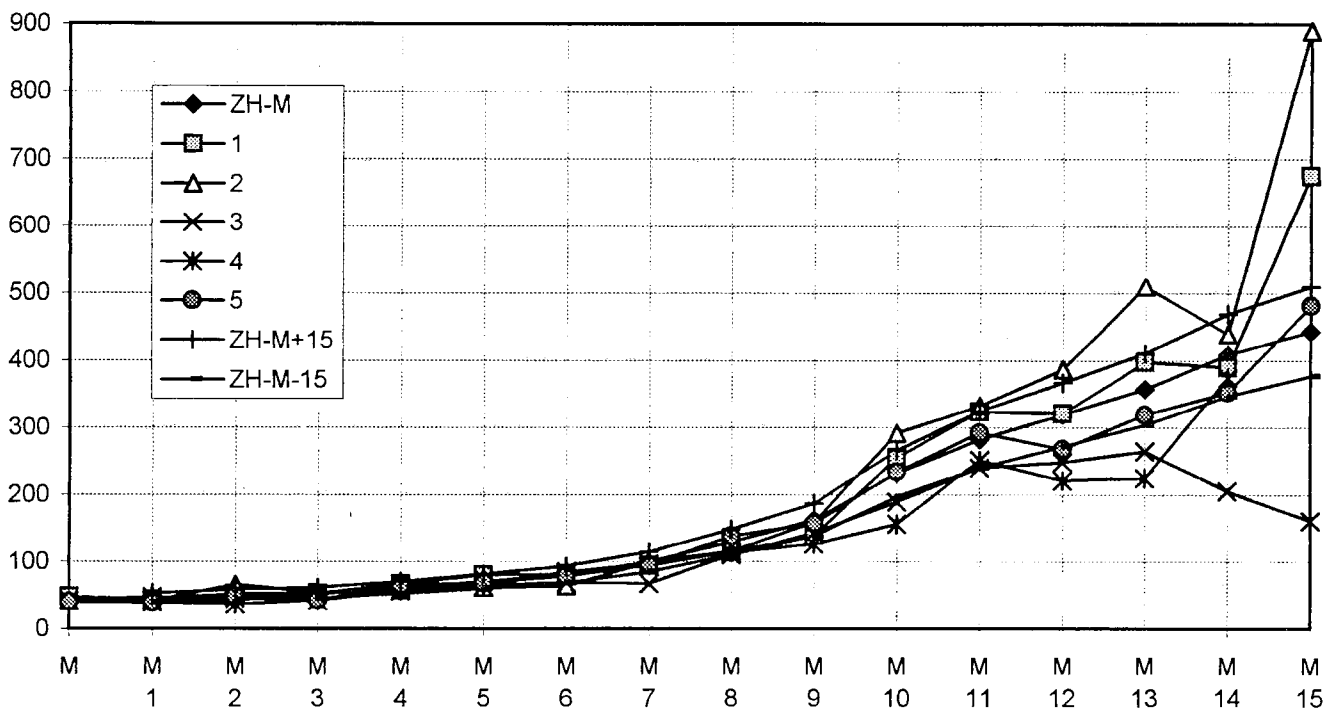




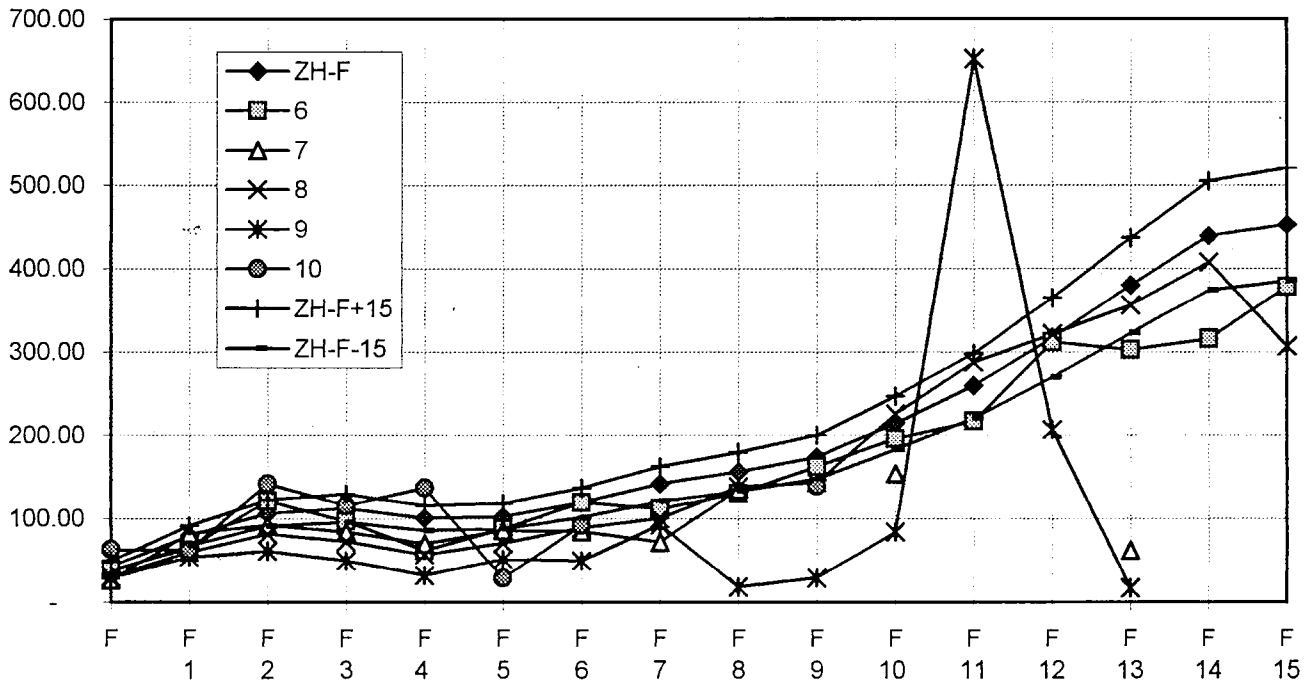
Grosse Kassen; FRAUEN



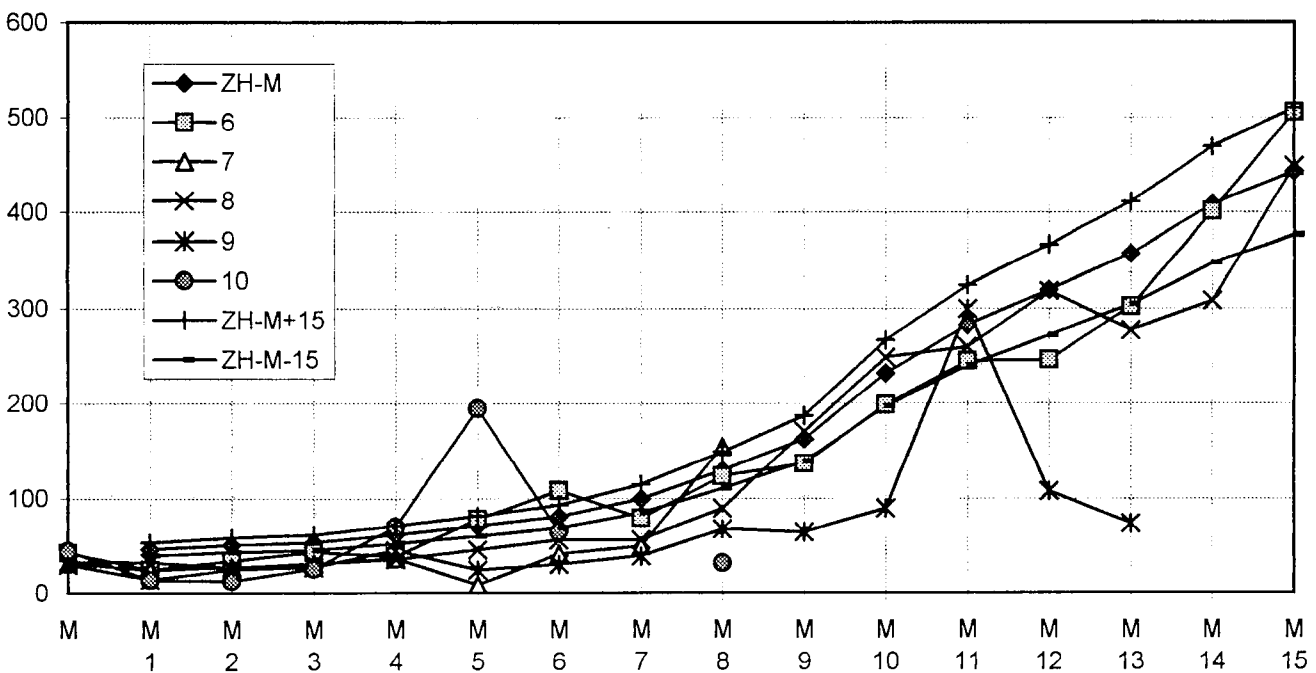
Grosse Kassen; MÄNNER



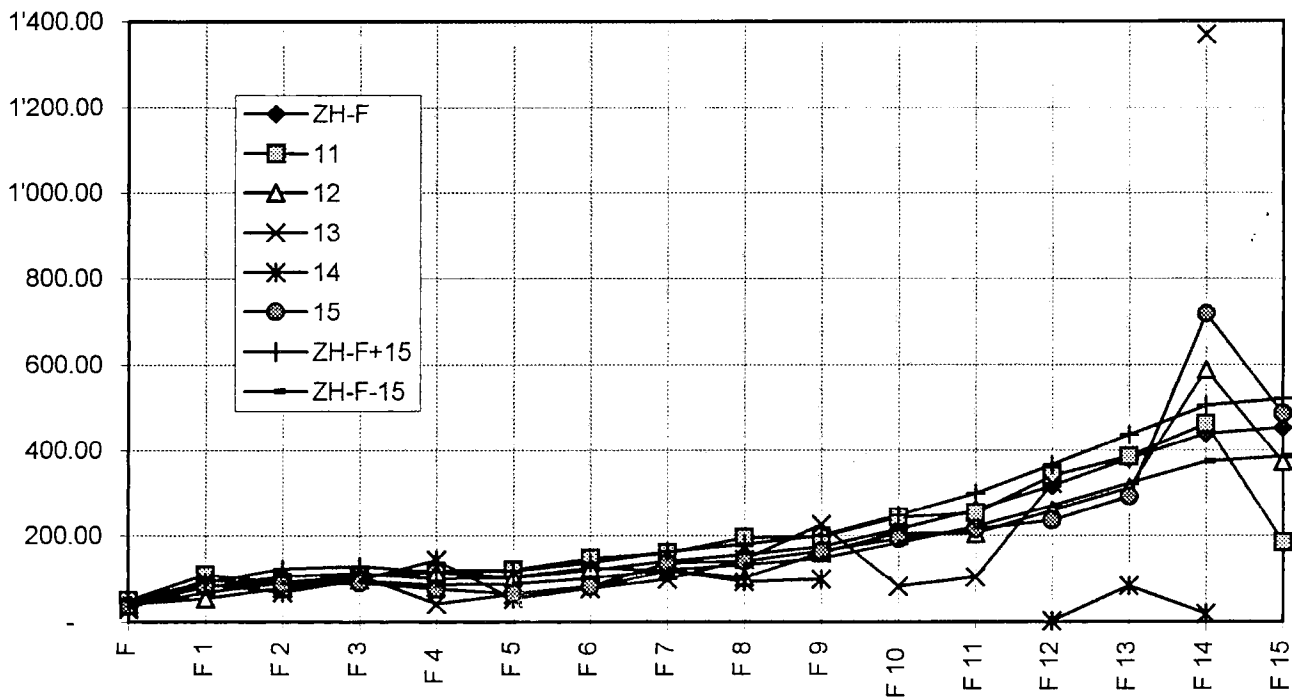
Mittlere Kassen; FRAUEN



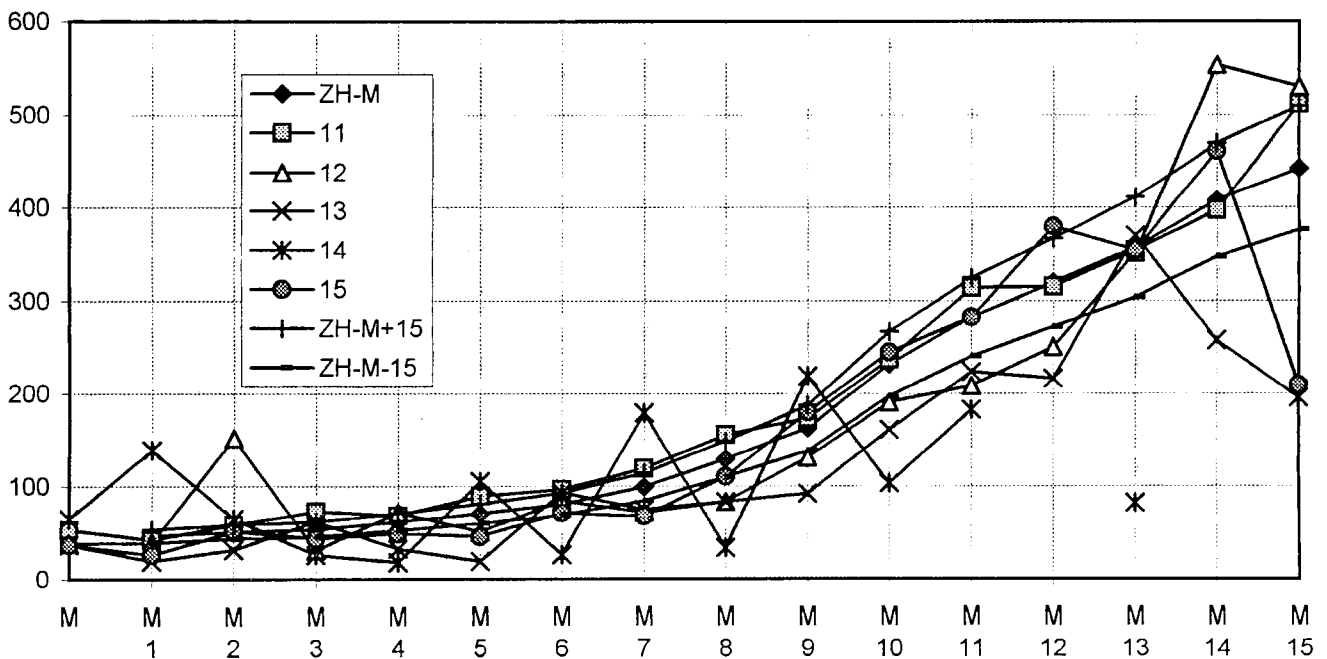
Mittlere Kassen; MÄNNER

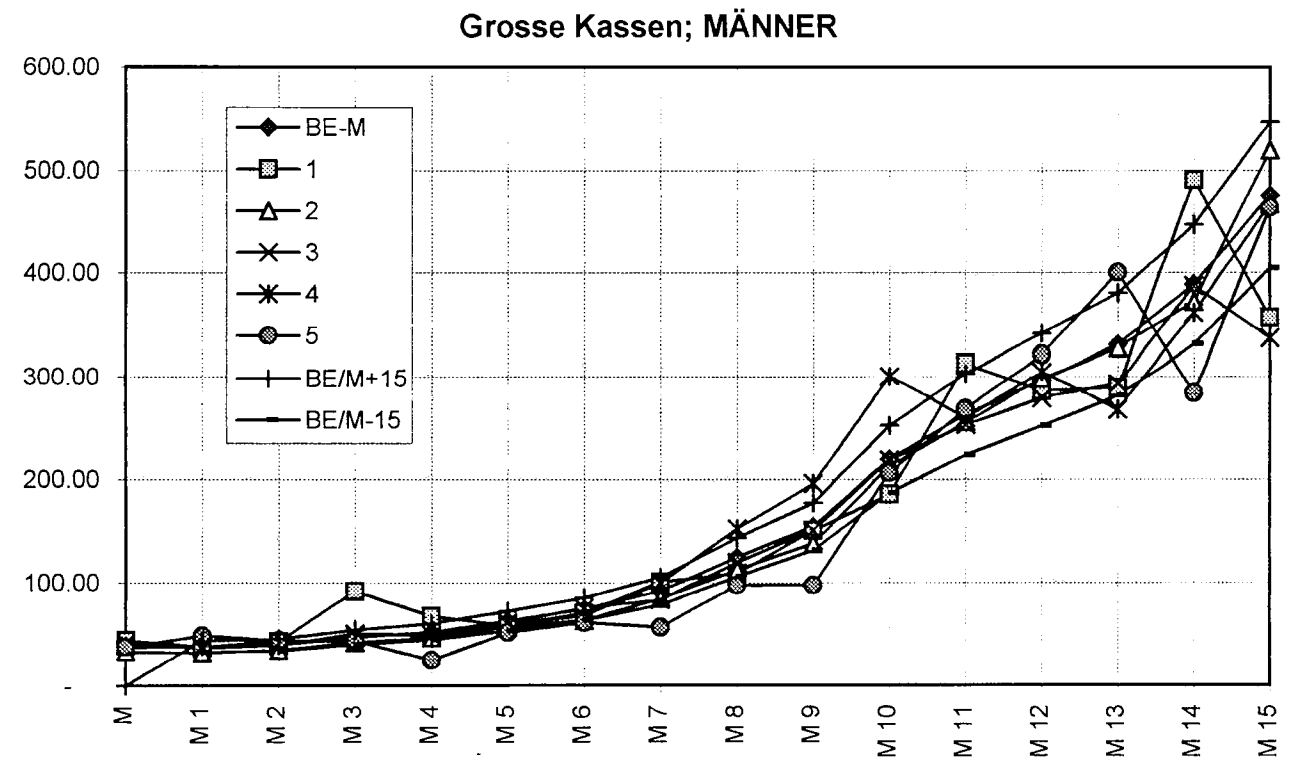
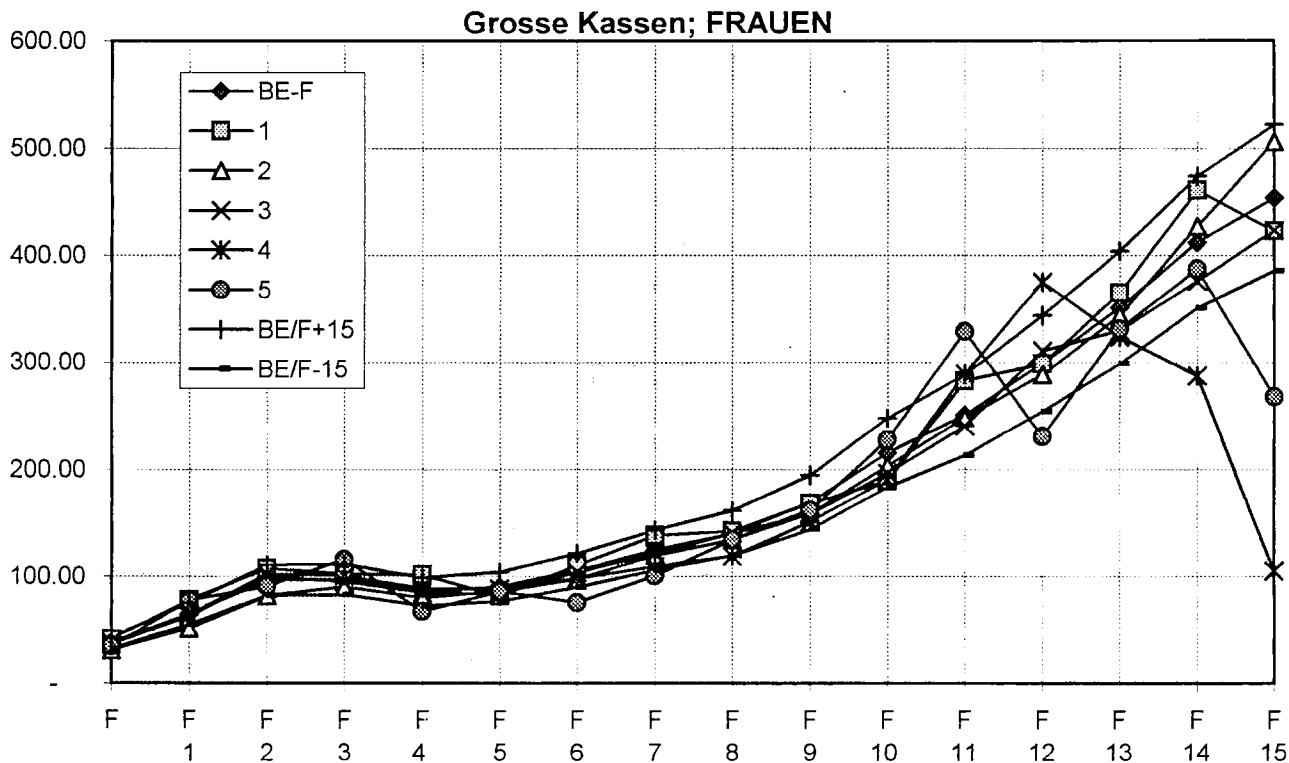


Kleine Kassen; FRAUEN

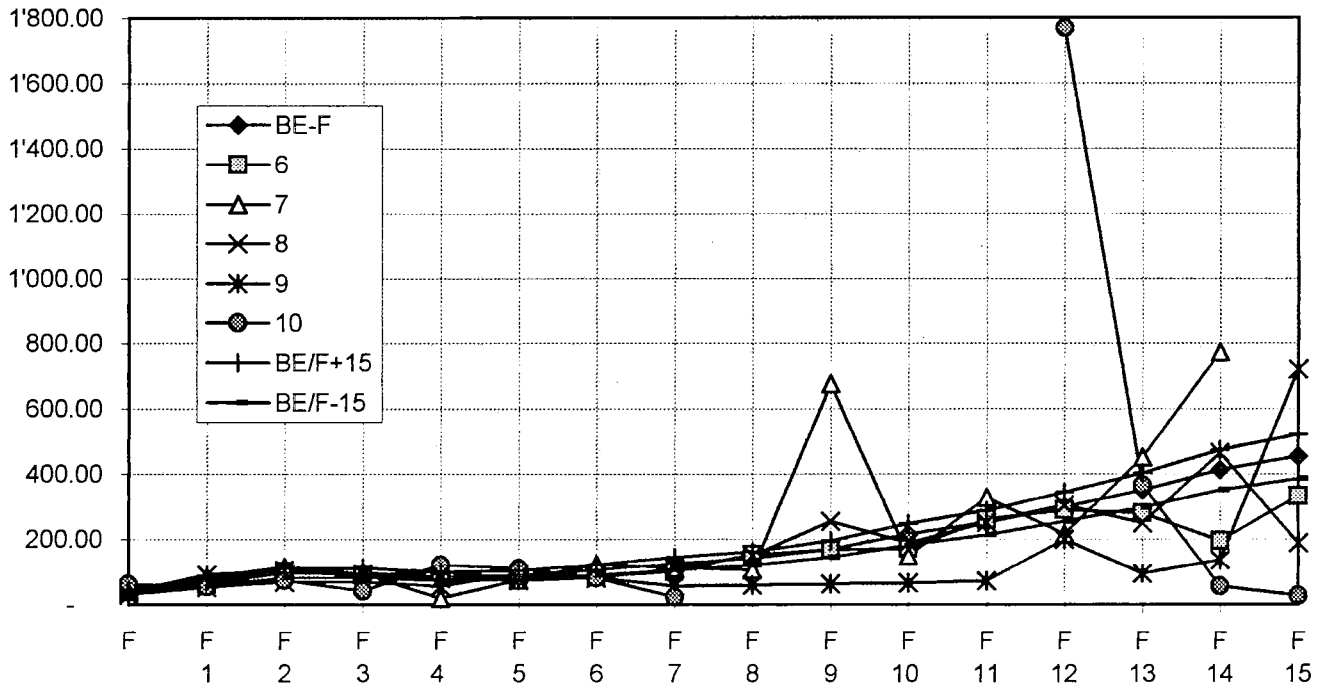


Kleine Kassen; MÄNNER

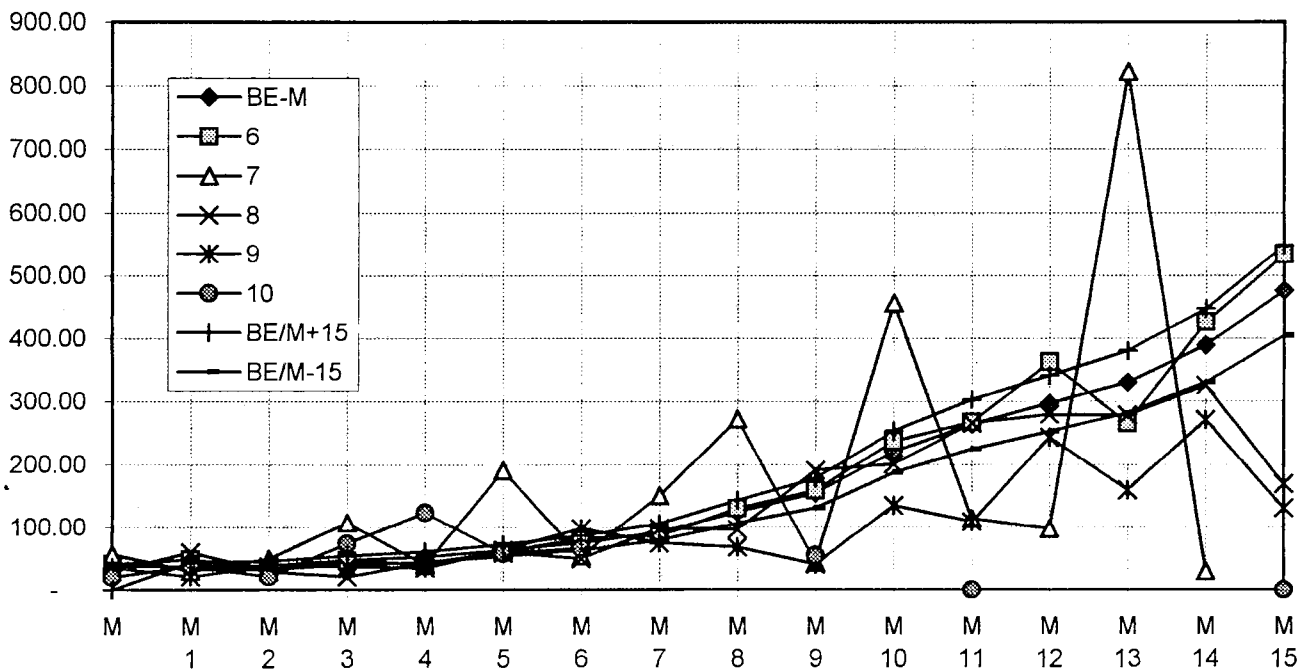




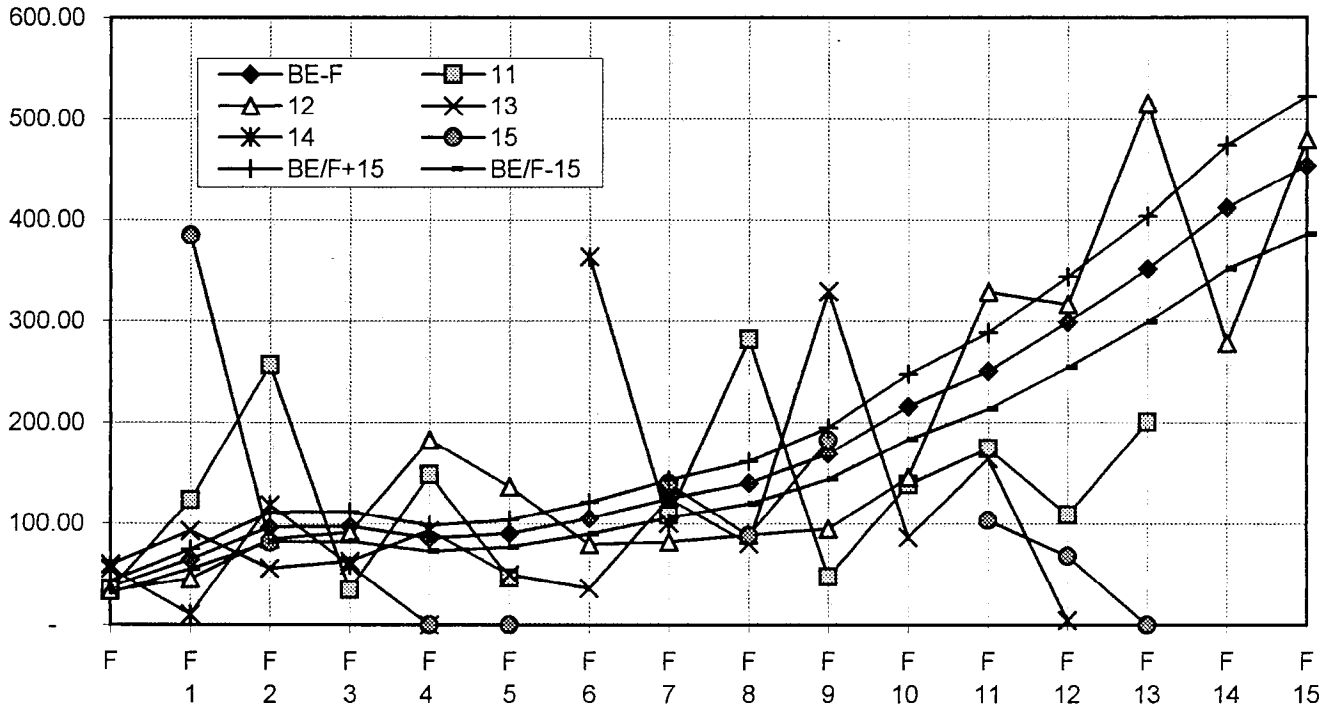
Mittlere Kassen; FRAUEN



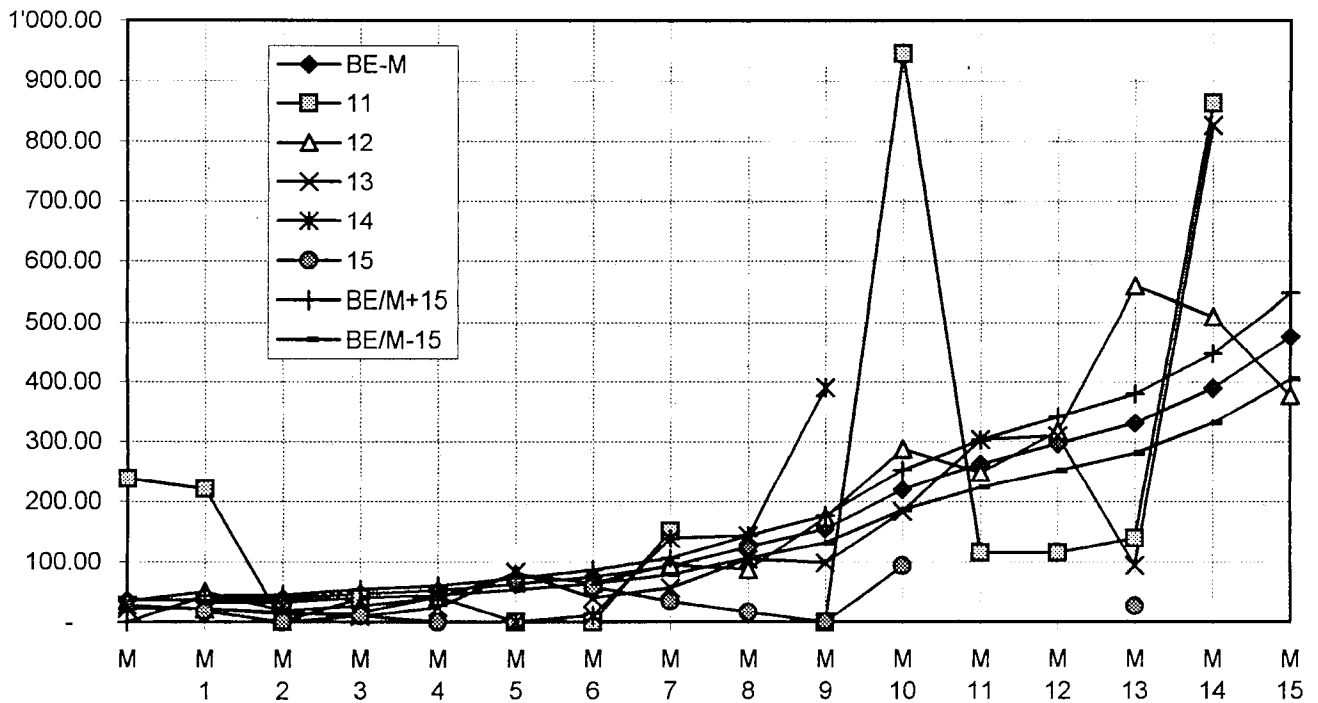
Mittlere Kassen; MÄNNER



Kleine Kassen; FRAUEN



Kleine Kassen; MÄNNER



Expertise

Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung

Anhang A

Arbeitstagung zur Umsetzung des KVG

Donnerstag, 20. Februar 1997

Themenblock 3: Prämien

Bericht des Experten:

Prof. Dr. Heinz Schmid, versicherungsmathematischer Experte, Biel-Benken

Arbeitstagung zur Umsetzung des KVG

Donnerstag, 20. Februar 1997

Themenblock 3: Prämien

Bericht des Experten:

Prof. Dr. Heinz Schmid, versicherungsmathematischer Experte, Biel-Benken

1 Diskussionspapier

1.1 Grundsätzliche Bemerkung

- Die gestiegenen Prämien für die Krankenpflegeversicherung nach KVG sind die logische Folge der gestiegenen Behandlungskosten im Gesundheitswesen.
- Wenn die Kassen über die Höhe der Behandlungskosten durch Zustellung der Rechnung durch die Versicherten bzw. die Leistungserbringer orientiert werden, ist die Behandlung vielfach abgeschlossen und die dafür notwendigen Kosten sind eine Tatsache.
- In der Regel fallen unter die Leistungspflicht für die Krankenkassen nur diejenigen Leistungen, die von einer Medizinalperson (Ärzte/Chiropraktoren) als medizinisch notwendig angeordnet werden. Dies gilt sowohl für die ambulante wie auch für die stationäre Behandlung. Die Medizinalpersonen tragen deshalb eine grosse Verantwortung für die Zahl der erbrachten und in Rechnung gestellten medizinischen Dienstleistungen.
- Die Krankenpflegekosten ergeben sich als Produkt aus der Zahl der erbrachten Leistungen und dem dafür vorgesehenen Preis im Tarifvertrag zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern.
- Sollen die Kosten im Gesundheitswesen echt eingedämmt werden, sind primär die Leistungserbringer zu einer ökonomischen Behandlungsweise anzuhalten. Die Kassen haben lediglich die Möglichkeit, durch besondere Versicherungsformen und den Abschluss der Tarifverträge sowie durch effiziente Kostenkontrollen korrigierend auf die künftigen Behandlungskosten Einfluss zu nehmen. Die privatwirtschaftlich organisierten Kassen dürfen keine finanziellen Defizite aufweisen. Sie haben die gestiegenen Behandlungskosten, die Aeuffnung der Rückstellungen und Reserven sowie die Verwaltungskosten mit den Prämieinnahmen und Kostenbeteiligungen der Versicherten zu decken.

1.2 Prämien genehmigung

1.2.1 Ablauf 1996 für Prämien 1997

- Bis 31.7.96 hatten die Kassen gemäss Kreisschreiben 96/7 vom 3.6.96 dem BSV den Prämientarif 1997, das revidierte Budget 1996 (Hochrechnung per Juli 1996), das Budget 1997, die Ergebnisrechnung für jeden Kanton und die ganze Schweiz (für 1995-1997) einzureichen. Zudem hatte die Kasse einen Kommentar zum Budget, im Sinne einer kassenindividuellen Beschreibung der angewandten

Annahmen (z.B. Teuerung) und weiteren Ueberlegungen, welche die Budgetierung massgeblich beeinflusst haben, beizulegen.

- Gestützt auf diese Unterlagen hat das BSV verschiedene Kennziffern und Verhältniszahlen pro Kanton bestimmt. Insbesondere wird der durchschnittlich pro Kopf und Kanton errechnete Deckungsbeitrag 2 (Summe der Einnahmen aus Prämien, Koba, Rückvers., Subventionen etc. abzüglich die Bruttoleistungen, Prämien Rückvers., Verwaltungskosten, Abschreibungen etc, aber ohne die Zuweisungen an die Rückstellungen und Reserven) bezüglich absoluter und relativer Abweichung zum schweizerischen Mittel analysiert. Dabei wurden Abweichungen vom schweizerischen Mittel von bis 50 % und bis Fr. 100.- als zulässig betrachtet und toleriert. Abweichungen, die ausserhalb dieser Toleranzgrenze lagen wurden als Spezialfall weiterbearbeitet. Die Beurteilung der Spezialfälle berücksichtigt in der Regel die gesamte finanzielle Situation der Kasse, insbesondere wenn an sich zu hohe Prämien für die Erreichung der gesetzlich vorgeschriebenen minimalen Reserven und Rückstellungen notwendig sind.
- Die ab 1.1.97 genehmigten Prämien hat das BSV mit dem "KVG Wegweiser; Grundversicherungsprämien 1997" am 7.10.96 veröffentlicht. Damit lassen sich die Prämienstrukturen detailliert analysieren. Die tiefste Prämie für eine erwachsene Person beträgt für die Region 1 Fr. 60.- im Kanton VS. Als höchste Prämie für die Region 1 finden wir im Kanton GE eine Erwachsenenprämie von Fr. 382.-. Dazwischen liegen 1'074 verschiedene kantonale Prämien von 124 Kassen. Annähernd gleich viel Prämienpositionen weisen die Region 2 und 3 sowie die Prämien für Kinder und Jugendliche in Ausbildung auf.

1.2.2 Kritik und Lösungsansätze

1.2.2.1 Optimale Nutzung der heute dem BSV z. Vf. stehenden statistischen Unterlagen

- Die Unterlagen gemäss Kreisschreiben 96/7 sind dem BSV auf einer Diskette (Excel) zur Verfügung zu stellen. Dies gilt ebenso für den Kommentar, der weitgehend durch eine vom BSV einheitlich vorgegebene Tabelle mit Angabe der von der Kasse pro Kanton verwendeten Parameter (Kosten-, Mengen- und Bestandesänderungen) dargestellt werden kann.
- ➔ Mit den in der Ergebnisrechnung pro Kasse und Kanton gelieferten Informationen kann das BSV in kurzer Zeit alle erforderlichen Plausibilitätskontrollen und Gesamtvergleiche durchführen sowie Abweichungen von kantonalen Mittelwerten pro Kasse bestimmen und beurteilen.
- Nach Art. 7 der Vo über den Risikoausgleich verfügt das BSV über alle Berechnungsunterlagen und die Saldoabrechnungen pro Versicherer, Kanton und für die ganze Schweiz und kann den Inhalt des Berichtes und der Statistik mit der Durchführungsstelle gemeinsamen festlegen.
- ➔ Diese Daten, insbesondere die kantonalen Durchschnittskosten pro versicherte Person der einzelnen Risikogruppen, getrennt nach Geschlecht sind für die Beurteilung der von den Kassen budgetierten Bestände, Durchschnittsalter, Prämien, Bruttoleistungen, Kostenbeteiligungen sowie die Beiträge und Abgaben an den Risikoausgleich von grosser Bedeutung.

1.2.2.2 Beurteilungskriterien für die Prämien genehmigung

- Die Beurteilung der finanziellen Situation und damit die Angemessenheit einer Prämienanpassung hat nicht nur auf dem unter Ziffer 1.2.1, Absatz 2 definierten Deckungsbeitrag 2 zu basieren.

- Die Zuweisungen an die Rückstellungen für Leistungen aus den Vorjahren (ca. 30 % einer Jahresausgabe) sowie an die Reserven (Art. 78 KVV) sind ebenfalls mit den Prämien zu finanzieren und müssen für die Beurteilung der Angemessenheit der Prämien berücksichtigt werden.
- Die budgetierten Versicherungsleistungen von Kassen mit kleinen Versichertenbeständen pro Kanton können von Jahr zu Jahr grosse Schwankungen aufweisen und stellen für die Prämienkalkulation eine unsichere Basis dar.
- Kassen mit weniger als 1'000 versicherten Personen in einem Kanton müssen bezüglich Budgetierung der erwarteten Kosten im Jahre n mindestens auf den Gruppenschnittskosten des Jahres n-2 (Daten des provisorischen Risikoausgleichs) dieses Kantons gemäss Art. 3 der Vo über den Risikoausgleich basieren.
- Die Kassen haben pro Kanton das finanzielle Gleichgewicht (Art. 61 KVG) pro Kanton durch kantonale Fonds (inkl. Rückstellungen und Reserven) die aus den Überschüssen der Versicherten dieses Kantons gebildet werden, sicherzustellen.
- Das BSV hat anlässlich der Prämiengenehmigung einige Prämien als zu hoch beurteilt und reduziert. Damit hat sich das BSV eine unnötige zusätzliche Verantwortung für die finanzielle Situation einer Kasse aufgeladen und hat dabei allenfalls den Grundsatz des kantonalen finanziellen Gleichgewichts verletzt.
- Eine Reduktion von aus der Sicht des BSV zu hohen Prämien sollte vermieden werden. Solange pro Kanton 38 oder mehr Kassen ihre Leistungen anbieten und pro Kanton die Minimalprämien mindestens einen Drittel unter den Maximalprämien liegen sind die Voraussetzungen für einen echten Markt unter den Kassen gegeben.

1.2.2.3 Kommunikation

- Die vom BSV genehmigten und im "KVG-Wegweiser" veröffentlichten Prämien können in der Regel von Aussenstehenden nicht nachvollzogen werden. Un sachliche Diskussionen und gegenseitige Schuldzuweisungen sind die Folge.
- Es ist ein kleines Gremium (BSV, Kassen, SDK etc.) zu schaffen, welches die pro Kanton wichtigsten Gründe für eine Prämienanpassung (z.B. Tarif- und Mengenänderungen) beurteilt, deren Grössenordnungen festlegt und gleichzeitig mit den genehmigten Prämien veröffentlicht. Die Kassen ihrerseits haben gegenüber ihren Versicherten die davon abweichenden kassenspezifischen Begründungen darzustellen.

1.2.2.4 Prämiengenehmigung durch die Kantone

- Die von einzelnen Kantonsregierungen geforderte Kompetenz für die Prämien genehmigung ist nicht zweckmässig und kaum effizienter als das oben skizzierte verbesserte Verfahren.
- Eine Prämien genehmigung durch die Kantone würde zu einem Wildwuchs von 26 verschiedenen kantonalen Bestimmungen führen, eine für die gesamtschweizerisch tätigen Kassen kaum zumutbare Lösung. Als Negativbeispiel können die 26 unterschiedlichen kantonalen Lösung bezüglich Prämienverbilligung gemäss Art. 66 KVG. erwähnt werden.

1.3 Prämienverbilligung

1.3.1 Grundsatz

- Die Prämienverbilligung basiert auf Art. 65, 66 KVG und der Vo über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung vom 12.4.95 (inkl. Änderungen vom 17.6.96). Der in Art 3 der Vo festgelegte Verteilungsschlüssel ist sehr komplex und kaum allgemein nachvollziehbar. Im Jahre 1996 sind rund 462 Mio. Fr. Bundesbeiträge nicht ausbezahlt worden, weil die Kantone insgesamt 190 Mio. Fr. unter dem max. Kantonsbeitrag lagen. Es sind 1996 effektiv ausgerichtet worden: Bundesbeiträge: 1'364,8 Mio., Kantonsbeiträge 450,8 Mio., Total 1'815,6 Mio. Für 1997 sind die folgenden Beträge vorgesehen: Bundesbeiträge 1'526,9 Mio., Kantonsbeiträge 528,8 Mio., Total 2'055,7 Mio.
- Weitere Prämienverbilligungen stehen den Versicherten gemäss Art. 62 KVG und Art. 93 - 101 KVV zur Verfügung

1.3.2 Kritik und Lösungsansätze

- Jeder Kanton hat die ihm mit der Vo über die Prämienverbilligung gegebene Kompetenz individuell genutzt mit dem Resultat, dass praktisch für jeden Kanton andere Rahmenbedingungen und andere Grenzwerte für die Beitragsberechtigung bestehen. Dies stellt die Gleichbehandlung der Versicherten in Frage und verursacht zudem pro Kanton hohe Informatik- und Verwaltungskosten.
- ➔ Es ist wünschenswert, die grossen Unterschiede zwischen den einzelnen kantonalen Lösungen bezüglich Ermittlung der Berechtigten, der Auszahlung sowie der Einkommens- und Vermögenskomponenten zu harmonisieren und die für die Prämienverbilligung reservierten Bundesbeträge voll einzusetzen.
- Eingehende Analysen der Kosten- und Prämienstrukturen zeigen, dass die in Art. 95 KVV festgelegten Reduktionsfaktoren für frei wählbare Franchisen zu hoch sind. Diese basieren weitgehend auf den im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 8 ausgewerteten Erfahrungszahlen des Jahres 1982 einer grossen Krankenkasse (KKB). Wer 1997 eine Prämie von mehr als Fr. 200.-/Monat bezahlen muss, fährt mit einer Franchise von Fr. 300.- oder gar Fr. 600.- in jedem Fall, d.h. auch bei extrem hohen Behandlungskosten pro Jahr, insgesamt billiger als mit der gesetzlichen Franchise von Fr. 150.-. Gemäss KVG-Wegweiser des BSV beträgt die gesamtschweizerische Durchschnittsprämie für eine erwachsene Person der Region 1 Fr. 201.82.
- ➔ Die Reduktionsfaktoren für frei wählbare Franchisen sind der Kostenentwicklung entsprechend neu zu berechnen.
- Dem einzelnen Versicherten sind die bestehenden Möglichkeiten, die Prämien zu reduzieren, zu wenig bekannt.
- ➔ Die Information der Versicherten ist seitens der Kassen, des BSV und der Patienten- bzw. Konsumentenorganisationen zu verbessern.

2 Zusammenfassung der Diskussion

2.1 Einleitende Referate

2.1.1 Herr Brühlhart

Herr Brühlhart fasst im einleitenden Referat die Grundlagen der Prämienberechnung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wie folgt zusammen:

- Kantonale Teuerungshochrechnungen getrennt nach Leistungserbringer: Berücksichtigt Tarifierpassungen, Mengenausweitungen, Ausbau von Pflichtleistungen
- Hochrechnung der Kostenbeteiligung mit Annahmen über die Versichertenverteilung auf die verschiedenen Franchisestufen
- Hochrechnung des Risikoausgleichs (Hochrechnung der Ansätze je Risikoausgleichsklasse)
- Hochrechnung der kantonalen Bestandesentwicklungen
- Hochrechnung der Verwaltungskosten und des übrigen Ertrags
- Berechnung der benötigten Rückstellungs- und Reserveäufnungen
- Berechnung des aus obigen Punkten benötigten Prämienvolumens und daraus der Prämie aufgrund der Verteilung der Versicherten auf die verschiedenen Franchisestufen

Mit einem detaillierten Zahlenbeispiel wird die Prämienberechnung veranschaulicht und gleichzeitig gezeigt, dass die Kasse je nach Stand der Reserven und der Rückstellungen frei ist, durch die Dosierung der Zuweisungen an die Reserven (20 % der Erhöhung des Prämienolls) und an die Rückstellungen (30 % der erwarteten Erhöhung der Versicherungsleistungen) allenfalls bestehende Reserven und Rückstellungen über dem gesetzlichen Minimum abzubauen.

2.1.2 Frau Tille

Frau Tille kritisiert die mangelnde Transparenz der Prämienberechnung für die Versicherten, welche den Eindruck erhalten, es würden zuviel Reserven eingebaut. Sie ist der Ansicht, dass das BSV ebenfalls zu hohe Prämien reduzieren muss, weil die Konkurrenz zwischen den Kassen zu wenig spielt. Die Versicherten können die Kasse oft nicht wechseln, weil sie die Zusatzversicherungen nicht getrennt von der Grundversicherung versichern wollen oder können. Die Versicherten erwarten eine detaillierte Begründung für die Prämienhöhung, sie wollen wissen, welche Leistungen preis- und mengenmässig erhöht worden sind. Vor allem der Mittelstand ohne Subventionen leidet stark unter den gestiegenen Prämien.

Damit die Alterung die Krankenversicherung nicht noch stärker belastet, sollen mittelfristig das Projekt AHV PLUS oder die Finanzierung über die MWSt. geprüft werden. Kurzfristig fordert ihre Organisation die Einführung eines "carnet de santé". Von den 1997 zur Verfügung stehenden Bundesbeiträgen von 1,94 Mrd. werden voraussichtlich 413 Mio. Fr. durch die Kantone nicht beansprucht. Diese sind an bedürftige Familien zu verteilen. Bezüglich Transparenz sind vom BSV die Zusammenhänge zwischen Kosten im Gesundheitswesen und den Prämien, aber auch den Reserven viel detaillierter darzustellen. Die Kantone haben die Spitalplanung

unter strenge wirtschaftliche Kriterien zu stellen. Die medizinische Behandlung muss vermehrt auch strengen qualitativen Kriterien entsprechen. Die Berechnungen der Krankenkassen müssen wesentlich detaillierter den Versicherten erläutert werden. Einer Franchise von Fr. 800.- steht Frau Tille eher skeptisch gegenüber. Sie befürwortet eher eine lohnproportionale Kostenbeteiligung.

2.2 Diskussion

2.2.1 Festsetzung und Kontrolle der Prämien

In der anschliessenden Diskussion begrüssen die Vertreterinnen der Patientenorganisationen die Bereitschaft der Krankenversicherer zu vermehrter Transparenz. Sie wünschen sich allerdings, dass die Versicherer ihre Versicherten vor allem besser informieren, als dies der Fall ist.

Die Kantonsvertreter verweisen auf die Schwierigkeit, an konkrete Daten der Krankenversicherer zu gelangen. Sie begrüssen die Bereitschaft der Versicherer, den Kantonen Einsicht in die Kalkulationsgrundlagen für die Prämienfestsetzung zu verschaffen und verzichten unter diesen Umständen darauf, in das Genehmigungsverfahren der Prämienfestsetzung einbezogen zu werden. Eine interne Studie der Gesundheitsdirektion des Kantons Bern hat die überdurchschnittliche Prämienerrhöhung im Kanton Bern bestätigt.

Die Vertreter der Spitäler haben Verständnis für den Ruf nach vermehrter Transparenz. Auch die Spitäler werden transparentere Kostenrechnungen vorlegen. Die in Art. 49.1 KVG verankerte 50 %-Limite wird heute noch nicht überall erreicht. Bei den Spitaltarifen handelt es sich vorab um politische Entscheide. Je nachdem findet eine Kostenverlagerung auf die Steuerzahler oder auf die Prämienzahler statt. Auch hier ist vermehrte Transparenz gefragt und es sind Anreize zum Kostenbewusstsein zu schaffen. Letztlich geht es um die Frage der wirtschaftlichen Tragbarkeit der vorgesehenen Massnahmen und Entscheide.

Die FMH setzt ein Fragezeichen hinsichtlich der Auswirkungen der Ärztedichte auf die Höhe der Kosten (Parallelität). Sie bemängelt gewisse Unklarheiten des heutigen Leistungskatalogs und vermisst klare Kriterien zur Ueberprüfung der Wirtschaftlichkeit im Sozialversicherungsbereich. Die finanziellen Auswirkungen der Verlagerung der Behandlungen vom stationären auf den ambulanten Bereich sind nicht zu unterschätzen. Die bestehenden Prämienunterschiede sowohl zwischen den Versicherern als auch zwischen den Kantonen lassen sich nicht begründen. Eine weitere Anhebung der Prämien 1998 könnte negative politische Konsequenzen zur Folge haben, die nicht zu unterschätzen sind. Es ist alles zu unternehmen, um dies zu verhindern.

Der Experte verweist auf die Notwendigkeit für das BSV, bei der Ueberprüfung der Prämien alle verfügbaren statistischen Unterlagen (Risikoausgleich, Trendanalyse KSK etc.) heranzuziehen und diese auf die Kantone abzustimmen. Er wendet sich aus den folgenden Gründen gegen einen Einbezug der Kantone in das Prämien-Genehmigungsverfahren:

- Den Versicherern ist nicht zuzumuten, den Kantonen als Vertragspartner (Spitalträger und Leistungserbringer) und als Schiedsrichter (Genehmigungsinstanz für die Tarifverträge) detailliert Einblick in ihre Bücher zu gewähren.
- Die für die Prüfung und Genehmigung der Prämientarife gesetzlich eingeräumte Frist von knapp zwei Monaten lässt keinen zusätzlichen Raum für den Einbezug der Kantone in dieses Verfahren.

- Es ist zudem zu befürchten, dass die Prüfmethode und -verfahren von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich ausfallen würden.
- Der Druck der Kantone auf die Prämien könnte einige Kassen in finanzielle Schwierigkeiten bringen. Die Kantone übernehmen aber keine finanzielle Verantwortung für die privatwirtschaftlich organisierten Versicherer, die keine Defizite aufweisen dürfen.
- Den einzelnen Kantonen fehlt der Überblick bezüglich der gesamtschweizerischen Leistungsfähigkeit der Versicherer. Die Kantone verfügen nicht über die erforderlichen statistischen Grundlagen.

Dagegen wäre eine Mitarbeit der Kantone bei der Bereitstellung von gemeinsamen Statistiken (mit den Versicherern und dem BSV, ev. auch einzelne Leistungserbringer) anzustreben, um die Trendanalysen (Tarifänderungen, Mengenausweitungen und deren Auswirkungen auf die Behandlungskosten des Folgejahres) zu verbessern und auf einen gemeinsamen Nenner zu stellen.

Dazu schlägt der Experte eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Kassen- und Kantonsvertretern sowie dem BSV vor, welche diese statistischen Unterlagen definiert, pro Kanton auswertet und daraus die voraussichtlichen Kostenentwicklungen für das kommende Jahr im Laufe des zweiten Quartals schätzt. Diese Parameter werden den Versicherern als Grundlage für die Schätzung der erwarteten Versicherungsleistungen und damit der Prämien rechtzeitig zur Verfügung gestellt. Zudem hätte sich diese Kommission auf eine einheitliche Argumentation pro Kanton für die jeweiligen Kosten- und Prämienanpassungen festzulegen und anlässlich der Veröffentlichung der neuen vom BSV genehmigten Prämien klar zu kommunizieren.

Dieser Fragenkomplex wird an der Arbeitstagung vom 20. März 1997 vertieft weiterbehandelt, um möglichst erste Resultate für die Prämienrunde 1998 zu erhalten.

2.2.2 Franchise

Herr Brühlhart verweist auf die den Teilnehmern am 11.2.1997 zugestellten Unterlagen der "Visana" (Berechnungen für eine Erhöhung der Franchise auf Fr. 800.- mit sozialer Abstützung).

Der Experte weist an einem konkreten Beispiel darauf hin, dass die geltenden Reduktionsfaktoren für frei wählbare Franchisen beim gegenwärtigen Prämienniveau eindeutig zu hoch sind und deshalb neu zu berechnen wären. Wer heute eine Monatsprämie von mehr als 200 Franken zu bezahlen hat, muss mit einer Franchise von Fr. 600.- in jedem Fall weniger bezahlen (Jahresprämie und gesamte Kostenbeteiligung) als ein Versicherter mit der gesetzlichen Franchise von Fr. 150.-.

Die Versicherten sollten über die verschiedenen Möglichkeiten, die Prämien zu reduzieren (frei wählbare Franchisen, Bonussysteme, Hausarztmodelle etc.) noch besser aufgeklärt werden. Er befürwortet den Vorschlag der "Visana" für eine Erhöhung der Franchise auf Fr. 800.- bei entsprechender Entlastung der wirtschaftlich Schwächeren.

Frau Tille befürchtet, dass bei höheren Franchisen viele Versicherte es versäumen, die Rechnungen aufzubewahren und dem Versicherer einzureichen oder gar zu spät einen Arzt aufsuchen.

2.3 Schlussbetrachtung von Frau Bundesrätin Dreifuss

Abschliessend stellt Frau Bundesrätin Dreifuss mit Befriedigung fest, dass Kantone und Krankenversicherer ihre Zusammenarbeit im Hinblick auf die kommende Prämienrunde verbessern wollen. An der Tagung vom 20. März 1997 werden die Einzelheiten und die Form der gegenseitigen Informationsbeschaffung zu klären sein. Das EDI ist bereit, die gesetzliche Basis für die erforderlichen Auskünfte der Krankenversicherer auf dem Verordnungsweg zu regeln. Das BSV nimmt bei diesen Aufgaben seine Kontrollfunktion wahr und sorgt allenfalls mit zusätzlichen Informationen für eine möglichst transparente Aufklärung der Versicherten.

Das EDI wird auch die Änderungsvorschläge bezüglich der Franchise eingehend prüfen. Dabei kann es sich allerdings nur um eine massvolle Erhöhung der Ansätze handeln, welche die Versicherten nicht davor abhalten soll, sich rechtzeitig in Pflege zu begeben. Die Franchisen sind nicht primär eine Finanzierungsquelle, sondern vielmehr ein Steuerungselement für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen.

Die Prämien 1998 können nicht gestoppt werden. Wichtig sind aber die Transparenz und die Beruhigung an der Kosten- und Prämienfront.

3 Diskussionsergebnis aus Sicht des Experten

3.1 Festsetzung und Kontrolle der Prämien

Einmal mehr hat sich die Hauptdiskussion mit den Folgen und nicht mit den Ursachen der Kostensteigerung im Gesundheitswesen befasst. Die stark steigenden Prämien sind das Spiegelbild einer entsprechenden Entwicklung der auf die Versicherer nach KVG entfallenden Behandlungskosten. Die Feststellung des Vertreters der FMH, weiter steigende Prämien könnten negative politische Folgen haben und es sei alles zu unternehmen, um dies zu verhindern ist an sich richtig. Dazu möchte ich aber bemerken, dass - wie unter Ziffer 1.1 bereits erwähnt - die Medizinalpersonen eine grosse Verantwortung für die Zahl der im Rahmen der stationären und ambulanten Behandlung erbrachten und in Rechnung gestellten medizinischen Leistungen tragen und deshalb selbst am meisten zu einer Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen beitragen können. Stagnierende oder gar tiefere Prämien für die Krankenversicherung sind erst bei stagnierenden oder tieferen Kosten im Gesundheitswesen möglich. Dies bedeutet aber eine echte Reduktion der Einnahmen der einzelnen Leistungserbringer, insbesondere der Medizinalpersonen, weil deren Zahl, gemessen an der Bevölkerung, immer noch überproportional steigt. Ein diesbezügliches Engagement der Standesorganisation im Hinblick auf eine Beruhigung an der Prämienfront ist sehr zu begrüssen.

Die Krankenkassen, welche in der Regel keine grossen Gewinne ausweisen und oft Mühe haben, die gesetzlichen Reserven zu äufnen, müssen ihre Verantwortung als Treuhänder der Versichertenprämien in Zukunft wesentlich stärker wahrnehmen, indem sie die Wirtschaftlichkeit der in Rechnung gestellten Leistungen nach der auch vom Bundesgericht anerkannten Methode des statistischen Vergleichs systematisch überprüfen und die im KVG enthaltenen Möglichkeiten für die Schaffung von marktähnlichen Verhältnissen im Gesundheitswesen voll ausschöpfen. Dazu gehören das Angebot von besonderen Versicherungsformen sowie der Abschluss von Tarifverträgen mit einzelnen Gruppen von wirtschaftlich praktizierenden Leistungserbringern.

Praktisch alle Partner im Gesundheitswesen haben das berechtigte Bedürfnis nach repräsentativen und aussagekräftigen Statistiken, für:

- die Festsetzung der verschiedenen Tarife für die medizinischen Leistungen
- die zuverlässige Schätzung der erwarteten Behandlungskosten
- die Genehmigung der Krankenkassenprämien
- die Ueberprüfung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

zum Ausdruck gebracht. Dabei ist allerdings zu hoffen, dass seitens Datenschutz die notwendige Bereitschaft besteht, wesentlich detailliertere Statistiken auch über die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu genehmigen.

Nach wie vor unklar ist die Antwort auf die Frage, welche Gesundheitskosten dem einzelnen Bürger als Steuerzahler und welche ihm als Prämienzahler zugemutet werden können.

Die Mitarbeit der Kantone bei der Prämien genehmigung hat sich schwergewichtig auf das Bereitstellen der Entscheidungsgrundlagen, insbesondere die detaillierte Schätzung der Entwicklung der Gesundheitskosten pro Kanton für das kommende Prämienjahr zu beschränken. Diese Parameter sind den Krankenkassen als verbindliche Planungsunterlagen rechtzeitig für die Prämienberechnung zur Verfügung zu stellen.

Bei der Prämien genehmigung durch das BSV stellt sich die Grundsatzfrage, ob nur ungenügende Prämien nach oben, oder allenfalls auch zu hohe Prämien nach unten korrigiert werden sollen. Bei einer durch das BSV geforderten Prämienreduktion stellt sich die Frage der finanziellen Verantwortung, falls die Kasse damit für die Versicherten des betreffenden Kantons Ende des Prämienjahres nicht mehr über die notwendigen gesetzlichen Reserven verfügt.

3.2 Franchise

Die Kostenbeteiligung beeinflusst den Versicherten bezüglich Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung. Meiner Ansicht nach wird dabei die Gefahr, der Versicherte melde sich bei einer ernsthaften Erkrankung nicht oder zu spät beim Arzt, überschätzt. Über die Möglichkeiten der frei wählbaren Franchisen mit entsprechenden Prämienreduktionen sind die Versicherten vermehrt zu orientieren. Die Übernahme einer höheren Franchise kann sehr wohl ein Mittel sein, die finanzielle Belastung durch die Prämien zu reduzieren.

Feste Beträge wie Franchisen, Minimal- und Maximalbeträge sind periodisch den gestiegenen Behandlungskosten anzupassen, soll die Wirkung auf das subjektive Risiko erhalten bleiben. Verschiedene Beispiele zeigen, dass die Reduktionsfaktoren für frei wählbare Franchisen den heutigen Kostenstrukturen der Krankenpflegeversicherung nicht mehr entsprechen und deshalb dringend eine Neuberechnung erfordern. Die von Herrn Brühlhart vorgeschlagene Variante einer Franchise vom Fr. 800.- mit sozialer Abstützung, bzw. Koordination mit der Prämienverbilligung verdient eine ernsthafte Prüfung.

3.3 Problematik der Zusatzversicherungen

Ob die Zerteilung der Krankenversicherung in eine Grundversicherung nach KVG und eine Zusatzversicherung nach VVG zweckmässig war, kann heute noch nicht abschliessend beurteilt werden. Ich bin aber der Ansicht, dass die interdepartementale Koordination und insbesondere diejenige zwischen dem BSV und dem BPV deutlich ausgebaut werden kann. Dies gilt nicht nur für den Bereich der Prämien genehmigung (BSV: kantonale Prämien; BPV: gesamtschweizerische Prämien),

sondern auch bezüglich Versicherungsbedingungen (AVB, Reglement) Reservestellung, Revision etc.

Bei Diskussionen über die Höhe der Prämien für die Grundversicherung wird dem Argument des freien Kassenwechsels oft die Bestimmung einzelner Kassen entgegengehalten, die Zusatzversicherungen müssten beim gleichen Krankenversicherer wie die Grundversicherung abgeschlossen werden, was den freien Markt stark relativiere. Wie weit derartige Bestimmungen juristisch, politisch und administrativ begründet sind, müsste näher abgeklärt werden.

3.4 Schlussbemerkungen des Experten

Am 20. März 1997 hat ein Seminar über Gestaltung und Kontrolle der Prämien nach KVG stattgefunden. Grundlage für dieses Seminar bildet eine vom Experten im Auftrag des BSV erstellte Expertise "Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung". Darin werden die unter dem Thema 3 "Prämien" der Arbeitsstagung vom 20. Februar 1997 angeschnittenen grundsätzlichen Fragen vertieft untersucht und im Rahmen des Seminars diskutiert. Der Einbezug dieser Ergebnisse würde den Rahmen der vorliegenden Berichterstattung sprengen. Ich verweise dazu auf die besonderen Unterlagen und Berichte über das Seminar vom 20. März 1997.

4 Inhaltsverzeichnis

1	Diskussionspapier	1
1.1	Grundsätzliche Bemerkung	1
1.2	Prämiengenehmigung	1
1.2.1	Ablauf 1996 für Prämien 1997	1
1.2.2	Kritik und Lösungsansätze	2
1.2.2.1	Optimale Nutzung der heute dem BSV z. Vf. stehenden statistischen Unterlagen	2
1.2.2.2	Beurteilungskriterien für die Prämiengenehmigung	2
1.2.2.3	Kommunikation	3
1.2.2.4	Prämiengenehmigung durch die Kantone	3
1.3	Prämienverbilligung	4
1.3.1	Grundsatz	4
1.3.2	Kritik und Lösungsansätze	4
2	Zusammenfassung der Diskussion	5
2.1	Einleitende Referate	5
2.1.1	Herr Brühlhart	5
2.1.2	Frau Tille	5
2.2	Diskussion	6
2.2.1	Festsetzung und Kontrolle der Prämien	6
2.2.2	Franchise	7
2.3	Schlussbetrachtung von Frau Bundesrätin Dreifuss	8
3	Diskussionsergebnis aus Sicht des Experten	8
3.1	Festsetzung und Kontrolle der Prämien	8
3.2	Franchise	9
3.3	Problematik der Zusatzversicherungen	9
3.4	Schlussbemerkungen des Experten	10
4	Inhaltsverzeichnis	10

Beiträge zur sozialen Sicherheit

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

	Bezugsquelle Bestellnummer
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: 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
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
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
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/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): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung).	EDMZ* 318.012.1/96 d
Forschungsbericht: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

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

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

Beiträge zur sozialen Sicherheit

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

	Bezugsquelle Bestellnummer
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savic: 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

+ EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne