

VTKV

Versicherungsmathematischer Thinktank zur Krankenversicherung

BETRACHTUNGEN ZUR OBLIGATORISCHEN KRANKENVERSICHERUNG

September 2009

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	5
1.1 Zielsetzungen	5
1.2 Zusammensetzung und Tätigkeit des VTKV	7
1.3 Statistische Übersicht	8
2. ABRISS ÜBER DIE ABSICHTEN DES SOUVERÄNS	11
3. FUNKTIONSTÖRUNGEN UND GEGENLÄUFIGE EFFEKTE	13
3.1 Zur Einleitung	13
3.2 Konkurrenz	13
3.3 Auswirkungen und Nutzen von Reserven	14
3.3.1 Notwendigkeit von Sicherheitsreserven	14
3.3.2 Optimierung der Reserven	17
3.3.3 Keine Regelungen zur Höhe der Reserven	17
3.3.4 Politische Aspekte	18
3.4 Risikoausgleich	18
3.5 Fehlende Transparenz	20
4. VERBESSERUNGSMÖGLICHKEITEN INNERHALB DES BESTEHENDEN SYSTEMS ..	23
4.1 Zur Einleitung	23
4.2 Vereinheitlichung der Prämien in den einzelnen Kantonen	23
4.3 Neudefinition der Rolle und des Umfangs von Reserven	23
4.4 Pool für Sonderrisiken	26
4.5 Verschärfte Kontrollen auf kantonaler Ebene	27
4.6 Verbesserungen des Finanz- und Buchhaltungsreportings	28
4.7 Franchisen	30
5. FUNDAMENTALE UMGESTALTUNG DES SYSTEMS	35
5.1 Kantonale Krankenkasse	35
5.1.1 Modell	35
5.1.2 Beschreibung	35
5.1.3 Rolle des Kantons	37
5.1.4 Bestehende KK	37
5.1.5 Vorzüge des Modells	38
5.1.6 Nachteile des Modells	39
5.1.7 Bilanz	39

Supprimé : 17

BETRACHTUNGEN ZUR OBLIGATORISCHEN KRANKENVERSICHERUNG

5.2	Andere, von des VTKV analysierte Systeme	40
5.2.1	Einheitskasse auf Bundesebene	40
5.2.2	Krankenversicherung nach dem Modell der Ausgleichskassen	40
6.	SCHLUSSFOLGERUNGEN	42

ANHANG

1. EINLEITUNG

1.1 Zielsetzungen

Der VTKV, bzw. Versicherungsmathematischer Thinktank zur Krankenversicherung, wurde Ende 2007 auf Initiative einiger unabhängiger Aktuarien aus der Romandie gegründet, die keine Verbindungen mit Lobbys aufweisen und insbesondere nicht mit der Krankenversicherungslobby verbunden sind. Die Gruppe versteht sich als apolitische Institution. Bei den Mitgliedern des VTKV handelt es sich um Professoren aus dem "Département des sciences actuarielles (Abteilung Versicherungsmathematik) der Faculté des HEC" der Universität Lausanne (DSA) sowie um Aktuarien¹ aus dem Bereich der beruflichen Vorsorge oder aus dem Versicherungswesen, die sich aus freiem Ermessen für ein staatsbürgerliches Engagement im Rahmen der Gruppe entschieden haben und dieses auch selbst finanzieren.

Wie alle Schweizer Bürger beteiligen sich die VTKV-Mitglieder an den Diskussionen, die seit mehreren Jahren in mehr oder weniger regelmässigen Abständen in den Medien zwischen den wichtigsten Akteuren im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung, d. h. dem zuständigen Bundesrat auf höchster politischer Ebene, dem National- und Ständerat, dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), den kantonalen Sozialdepartementen, dem Branchenverband santésuisse der Krankenversicherer (im folgenden: KK bzw. Kassen), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), den Konsumentenverbänden und den Anwälten oder Juristen mit Spezialgebiet Krankenversicherungsrecht geführt wird. Die Techniker bzw. Ingenieure des Versicherungswesens, d. h. die Aktuarien, sind in diesen Diskussionen allerdings nicht vertreten. Im Brennpunkt steht zumeist die Verteidigung von Partikulärinteressen bzw. der festgefahrenen politischen oder ideologischen Positionen.

Mit einer objektiven Reflexion zur Krankenversicherung auf Basis eines versicherungsmathematisch korrekten Ansatzes will der VTKV einen Beitrag zu einer technisch gut geführten, wenn auch nicht unbedingt billigen Krankenversicherung leisten.

¹ Der Petit Larousse definiert den Begriff Aktuar wie folgt: Experte für statistische Anwendungen, insbesondere in der Wahrscheinlichkeitsrechnung, sowie in finanziellen und versicherungstechnischen Bereichen.

In einer Zeit, in der die Hausärzte streiken, um deutlich zu machen, für wie verfehlt sie bestimmte politische Entscheidungen zu ihrem Berufsstand halten und in der auch eine "Table ronde" der Vertreter des Gesundheitswesens keine befriedigenden Ergebnisse erzielen konnte, ist es angebracht, die Diskussion auf eine sachliche Ebene zurückzubringen. Die im VTKV zusammengeschlossenen Aktuarien haben sich vorgenommen, ihre versicherungsmathematische Kompetenz einzusetzen, um die Analyse des schweizerischen Gesundheitswesens zu objektivieren. Es geht ihnen nicht darum, den Mahnfinger zu erheben. Im Gegenteil, ihre Analysen und Betrachtungen beschränken sich auf die versicherungstechnischen Aspekte. Die Mitglieder des VTKV werden keine magische Formel aus dem Zylinder zaubern, mit deren Hilfe sich die Lösung für die Progression der Gesundheitskosten finden lässt. Zu diesem Thema haben sich bereits bekannte Fachleute geäußert. So etwa der inzwischen verstorbene Professor Pierre Gilliard, einer der Vordenker der Sozialwissenschaft in der Schweiz: „Die Gesundheitskosten können nur steigen. Es ist gefährlich, die Illusion einer Reduktion dieser Kosten aufrecht zu erhalten. Es sei denn, man entscheide sich für willkürliche Kürzungen der Leistungen“. In seinen Augen ist es gefährlich, sich Illusionen zum Kostenabbau hinzugeben, solange man nicht bereit ist, die Leistungen entsprechend radikal zu kürzen². Wie auch Alberto Holly, Leiter des "l'Institut de management de la santé" (IMS) der Universität Lausanne, der in einem Radiointerview vom 24. März 2009 erklärte, das potenzielle Einsparungen von 20% der Gesundheitskosten möglich wären, wenn die Leistungsträger vernetzt würden. Eine Studie³ von Claude Jeanrenaud, Professor an der Faculté des sciences économiques der Universität Neuenburg kommt zu folgenden Schlüssen: Die steigenden Gesundheitskosten in der Schweiz sind nicht die Folge einer alternden Bevölkerung, sondern der Fortschritte der Medizintechnologie und der zunehmenden Ansprüche seitens der Patienten. Laut dieser Studie werden die Gesundheitskosten in den nächsten zwanzig Jahren weiter steigen.

Auch wenn Kürzungen oder Senkungen der Gesundheitskosten kein einfaches Unterfangen sind, ist doch jeder diesbezügliche Ansatz zu begrüssen und zu fördern. Der Beitrag der Versicherungsmathematik zu diesem Thema ist notgedrungen bescheiden. Bei der Identifikation, der Messung, der Planung und dem Risiko- und Kostenmanagement

² *Le Temps* vom 26. Januar 2009

³ Diese Studie wurde vor kurzem vom Bundesamt für Statistik veröffentlicht.

kann sie aber durchaus eine Rolle zu spielen. Der VTKV befasst sich insbesondere mit letzteren Aspekten.

In der Schweiz wird das Gesundheitswesen von der obligatorischen Krankenversicherung und den Zusatzversicherungen abgedeckt. Der VTKV setzt sich in erster Linie mit den Problemen in der obligatorischen Krankenversicherung auseinander. Der vorliegende Bericht behandelt die Zusatzversicherungen daher nur am Rande. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass die Zusatzversicherungen von privaten Anbietern stammen und der Aufsicht der FINMA⁴ unterstellt sind.

Mathematische Formeln sind das tägliche Brot der Aktuar. Mit Mathematik weniger vertraute Leser mögen sich bitte von den Formeln in Kapitel 3 und 4 nicht abschrecken lassen. Die Argumente lassen sich auch ohne eingehendes Formelverständnis nachvollziehen.

1.2 Zusammensetzung und Tätigkeit des VTKV

Mitglieder des VTKV in alphabetischer Reihenfolge:

- Olivier Baudet, Aktuar SAV⁵,
- André Dubey, Professor an der DSA⁶,
- François Dufresne, Professor und Leiter der DSA,
- Jean-Pierre Melchner, Aktuar SAV,
- Meinrad Pittet, Aktuar SAV,
- Stéphane Riesen, Aktuar SAV,
- Raymond Schmutz, Professor an der DSA.

Der VTKV hat zwischen Februar 2008 und September 2009 in Lausanne rund dreissig Arbeitssitzungen von jeweils zwei bis drei Stunden Dauer abgehalten. Diskussionen und Analysen der Gruppe, die Prüfung verschiedener Unterlagen zur Krankenversicherung, die Analyse der Kontenpläne der Krankenkassen, die Anhörung eines Ständerats sowie verschiedener Experten zur Kontrolle, der Verwaltung und des Managements der Krankenversicherung sowie die Supervision des

⁴ Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

⁵ von der Schweizerischen Aktuarvereinigung geschützter und international anerkannter Titel

⁶ Universität Lausanne

vorliegenden Berichts in seiner Entstehungsphase standen im Zentrum dieser Sitzungen. Folgende Personen wurden angehört:

- Pierre-Yves Maillard, Staatsrat und zuständig für das DSAS⁷,
- Fabrice Ghelfi, Leiter der Service des assurances sociales et de l'hébergement (Abteilung Sozialversicherungen und Beherbergung) des Kantons Waadt sowie sein Stellvertreter François Charbonnier,
- Claude Richard, Generaldirektor Retraites Populaires⁸,
- Daniel Wiedmer⁹, Direktor Assura,
- Jean-Paul Genoud, Generaldirektor und Jean-Baptiste Piemontesi, Direktor der Hotela.

Allen Beteiligten möchten wir an dieser Stelle für ihren Einsatz herzlich danken. Ihre profunden Kenntnisse der Krankenversicherung sorgten dafür, dass der VTKV präzise Antworten auf seine Fragen erhielt und die Funktionsweise der Krankenversicherung in ihrer heutigen Gestalt aus Expertensicht kennenlernte.

Es wurden auch weitere Kreise angefragt. Sie waren entweder verhindert oder nicht geneigt, sich an einer Anhörung des VTKV zu beteiligen. Gerne hätten wir zum Beispiel auch versicherte Personen einbezogen. Die Versichertenvertreter gingen aber auf wiederholte Einladungen unsererseits leider nicht ein.

1.3 Statistische Übersicht

Die *Tribune de Genève* veröffentlichte am 31. März 2009 einen Artikel¹⁰ unter dem Titel „Les coûts de la santé ont à nouveau explosé en 2007“. Er besagte, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz sich im Jahr 2007 auf 55,3 Milliarden Franken beliefen, was einem Anstieg um 4,9% gegenüber dem Vorjahr (2006) entspricht. Laut dem Bundesamt für Statistik (BfS) ist dies der grösste Anstieg in den letzten fünf Jahren. Die Kosten für Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen stabilisieren sich allerdings tendenziell im Vergleich zur Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft. Im Jahr 2007

⁷ Département de la santé et de l'action sociale (Gesundheits- und Sozialdepartement) des Kantons Waadt.

⁸ Frühere Verwaltungsgesellschaft der Caisse vaudoise, derzeit Teil der Groupe Mutuel.

⁹ Seither ist Daniel Wiedmer aus der Assura ausgetreten.

¹⁰ Quelle: ats/rh.

beliefen sich die Gesundheitskosten auf 10,8% der Wertschöpfung und befanden sich somit sozusagen auf demselben Niveau wie im Jahr 2002 (10,9% der Wertschöpfung). Im internationalen Vergleich rangiert die Schweiz somit hinter den Vereinigten Staaten (15,3%) und Frankreich (11,0%), aber vor Deutschland (10,6%).

Vor kurzem wurde eine im Auftrag der Sektion Gesundheit des Bundesamts für Statistik (BfS) durchgeführte Studie zu den Gründen für den Anstieg der Gesundheitskosten sowie ihre voraussichtliche Entwicklung bis im Jahr 2030 veröffentlicht. Sie trägt den Titel "Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse - Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030" (Determinanten und Entwicklung der Gesundheitskosten in der Schweiz - Analyse der Literatur und Prognosen bis ins Jahr 2030). Diese von Mathieu Vuilleumier, Sonia Pellegrini und Claude Jeanrenaud vom Institut "de recherches économiques" der Universität Neuenburg (irene) verfasste Studie kann beim BfS bezogen werden¹¹. Sämtliche in dieser Studie aufgelisteten Kosten beziehen sich auf das Jahr 2004.

Die Zusammenfassung der genannten Studie kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: „Bis 2030 wachsen die Gesundheitskosten um das 2,2-fache, wenn man von einer Verbesserung der Gesundheit der älteren Bevölkerung ausgeht, und um das 2,4-fache, wenn man von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgeht. Bei der optimistischen Variante erreichen die Gesundheitskosten 2030 111,3 Milliarden¹² Franken, mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%, dass sie effektiv zwischen 96,4 und 128,5 Milliarden Franken liegen werden. Wenn der medizinische Fortschritt und die Entwicklung der Lebensgewohnheiten weder zu einer Verbesserung der Gesundheit noch zu einer Reduktion der Beeinträchtigungen im Alter führt, steigen die Gesundheitskosten auf 122,8 Milliarden Franken an, mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%, dass sie sich effektiv im Bereich zwischen 106,4 und 141,8 Milliarden Franken befinden werden.“

¹¹ Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuenburg, Tel. 032 713 60 60, Fax 032 713 60 61, E-Mail : order@bfs.admin.ch, Bestellnr.: 916-0700.

¹² In konstanten Franken, d. h. ohne Berücksichtigung der zukünftigen Teuerungsentwicklung

2. ABRISS ÜBER DIE ABSICHTEN DES SOUVERÄNS

An dieser Stelle seien die grundsätzlichen Absichten des Souveräns im Vergleich zu aktuellen finanziellen und versicherungsmathematischen Funktionsweise der Krankenversicherung (Grundversicherung, KVG) dargestellt. Hierbei handelt es sich um folgende Punkte:

- Allgemeine obligatorische Versicherung der ärztlichen und pharmazeutische Betreuung als Ersatz bestimmter umfassender oder teilweiser kantonaler Verpflichtungen; ggf. keine Verpflichtung.
- Leistungskatalog analog dem UVG¹³. Früher bestand eine gesetzliche Grunddeckung gemäss dem KUVG¹⁴, die KK ergänzten ihr Grundangebot aber mit ambulatorischen Zusatzleistungen.
- Erweiterung der Franchise und Beteiligung an den Spitalkosten aufgrund der Zunahme der „ambulanten“ Konsultationen und Eintagesaufenthalte in den Spitälern.
- Einführung von freiwilligen höheren Franchisen. Allerdings liegen die effektiv gewährten Vergünstigungen unter den rein technisch möglichen Ansätzen.
- Einführung alternativer Modelle (HMO, Hausarztmodell etc.)
- Einheitstarif, keine Differenzierung der Prämien zwischen Frauen und Männern.
- Kopfprämien: da die Deckung für alle Versicherten identisch ist Die Kantone können aufgrund der Steuererklärung Subventionen zur Senkung der Prämien von in bescheidenen Verhältnissen lebenden Versicherten gewähren (Individuelle Prämienverbilligung/IPV).
- Finanzierung im Umlagesystem (analog der AHV).
- Individuelle Versicherung (anders als im UVG und BVG¹⁵, bei denen der Abschluss über die Arbeitgeber erfolgt) Weitere Kollektivversicherungen mit Ad-hoc-Tarifen.

¹³ Bundesgesetz über die obligatorische Unfallversicherung

¹⁴ Früheres Bundesgesetz über die Krankenversicherung

¹⁵ Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invaliden-vorsorge

- Drei Altersklassen:
 - Kinder bis 18 Jahre
 - Junge Erwachsene von 19-25 Jahren
 - Erwachsene ab 26 Jahren
- Prämienberechnung pro Kanton, je nach kantonalen Regelungen mit Abstufungsmöglichkeiten
- Einführung eines Risikoausgleichssystems zur Minderung der Auswirkungen von Einheitsprämien¹⁶ ab 26 Jahren, da einerseits das Risiko mit zunehmendem Alter wächst und andererseits Männer und Frauen unterschiedliche Risiken darstellen. Junge Menschen und Männer stellen Risiken mit geringer Eintrittswahrscheinlichkeit dar, Frauen und alte Menschen solche mit hoher Eintrittswahrscheinlichkeit. Das Ausgleichssystem (Einführung auf 10 Jahre, inzwischen verlängert) soll a posteriori die Konten derjenigen Versicherer ausgleichen, deren Bestand überdurchschnittlich viele bzw. unterdurchschnittlich wenige Frauen und alte Menschen umfasst.
- Gewollte Preiskonkurrenz unter den Versicherern.

¹⁶ Vorgabe des Gesetzgebers im Sinne der Solidarität unter den Generationen

3. FUNKTIONSTÖRUNGEN UND GEGENLÄUFIGE EFFEKTE

3.1 Zur Einleitung

Das aktuelle Krankenversicherungssystem gibt Anlass zu zahlreichen Diskussionen, nicht zuletzt wegen der jüngsten Erhöhung der Gesundheitskosten. Wie zu Beginn erwähnt, nehmen die Mitglieder des VTKV in Sachen Begrenzung der Gesundheitskosten keine eigene Kompetenz für sich in Anspruch. Das heutige System¹⁷ weist aber nach ihren Beobachtungen eine Reihe von Fehlfunktionen und gegenläufigen Effekten auf, die versicherungstechnischer Art sind. Dieses Kapitel befasst sich mit den versicherungstechnischen Fragen.

3.2 Konkurrenz

Der Gesetzgeber wollte mit der Einführung des KVG eine Konkurrenz unter den Krankenkassen schaffen. In diesem Zusammenhang ist zunächst anzumerken, dass eine Preiskonkurrenz im Rahmen einer Sozialversicherung mit identischen Leistungen für alle grundsätzlich stossend wirkt. Diese Preiskonkurrenz hat effektiv eine Reihe von Problemen zur Folge. In erster Linie sind folgende Probleme zu nennen:

- Die Konkurrenzsituation führt per definitionem zu Preisdifferenzen zwischen den Krankenkassen, obwohl die Versicherungsdeckungen (Kategorie, Franchise) identisch sind. Diese Tatsache ist weder in technischer noch in sozialer Hinsicht befriedigend für eine Sozialversicherung mit obligatorischer Solidarität unter den Versicherten (keine Differenzierung nach Altersgruppen oder Geschlecht).
- Die im KVG vorgegebenen Konkurrenz sollte die Gesundheitskosten dämpfen und die Prämien in einem tragbaren Rahmen halten. Im Rückblick steht fest, dass dieses Ziel nicht erreicht wurde. Tatsächlich versuchen die KK, ihre Kosten zu senken, indem sie die besten Risiken anziehen und hierbei eine Selektion betreiben, die nicht im Sinne des Gesetzes ist.

¹⁷ Der Begriff „heutiges System“ bezeichnet in diesem Zusammenhang die Krankenversicherung in ihrem aktuellen rechtlichen Rahmen und in ihrer allgemeinen Organisation.

- In bestimmten Kantonen werden Subventionsempfänger deutlich dazu aufgefordert, die Kasse mit den niedrigsten Prämien zu wählen. Zudem scheint es, dass junge Versicherte eher aus wirtschaftlichen Gründen die KK wechseln als ältere (höhere Risiken), die eher aus Gewohnheit oder Unkenntnis des KVG in ihrer angestammten Kasse verbleiben.
- Die Tatsache, dass die Sicherheitsreserven bei Kassenwechseln nicht übertragen werden, stellt ein grosses technisches und finanzielles Problem dar, sobald eine KK starke Fluktuationen des Versichertenbestands verzeichnet. Eine Kasse mit zahlreichen Neuaufnahmen verzeichnet effektiv einen Rückgang ihrer Reservequoten¹⁸. Wenn die bestehenden Reserven nicht ausreichen, um Neuaufnahmen zu kompensieren, ist im nachfolgenden Geschäftsjahr eine Prämienhöhung erforderlich. Diese Prämienanpassung sollte logischerweise massive Austritte der Versicherten zur Folge haben und somit die Reservequote ansteigen lassen, ohne dass zwingend eine Prämienenkung möglich wird.
- Die Wechsel der KK führen selbstverständlich zu zusätzlichen Verwaltungskosten und stellen Kassen mit starken Schwankungen des Versichertenbestandes vor Personalprobleme.

Die vier letztgenannten Punkte stellen zweifelsohne einen starken Anreiz für Kassen dar, nicht die billigsten Prämien anzubieten. Somit befinden wir uns in der paradoxen Situation, dass die optimale Strategie für eine KK darin besteht, in einem zwecks Kostensenkung konkurrenzgesteuerten System nicht die billigsten Prämien anzubieten.

3.3 Auswirkungen und Nutzen von Reserven

3.3.1 Notwendigkeit von Sicherheitsreserven¹⁹

Wie jeder Versicherer weiss, benötigt ein Risikotransfersystem neben den Prämien, die zur Deckung der Ereigniskosten dienen (Leistungen) eine bestimmte Menge Kapital (Reserven), um die mit den

¹⁸ Vgl. Erläuterungen zu den Reservequoten in Absatz 3.3.3

¹⁹ Im Folgenden bezieht sich der Begriff „Reserven“ grundsätzlich auf die Sicherheitsreserven im gesetzlichen Sinne, falls keine gegenteilige Auslegung gegeben wird.

versicherten Risiken verknüpften zufallsbedingten Fluktuationen abzufedern. Versicherungen umfassen ein derartiges Risikotransfersystem. Eine vorab festgelegte Prämie wird zur Deckung von Leistungen bezahlt, deren Betrag sich nicht zum Voraus festlegen lässt.

Unter Auslassung der potenziellen Renditen des zur Verfügung stehenden Kapital können wir das Nettovermögen eines Versicherers (seine Reserven) am Ende des Jahres t , als R_t , ausdrücken, mit $t = 1, 2, 3, \dots$ als Rang des betreffenden Jahres. Die Ausgangsreserve des betreffenden Versicherers beträgt R_0 . Die Reserven am Ende des Jahres t entsprechen in diesem vereinfachten Modell demnach den Reserven am Ende des Jahres $t-1$ bzw. am Anfang des Jahres t zuzüglich der im Lauf des Jahres t vereinnahmten Prämien und abzüglich der Gesamtkosten (Leistungen und weitere Aufwendungen), die dem Jahr t zuzuordnen sind. Somit ergibt sich

$$R_t = R_{t-1} + P_t - C_t$$

wobei P_t und C_t für die Prämien bzw. Kosten des Jahres t stehen.

Nehmen wir ferner an, dass der Versicherungsvertragsbestand im Lauf der Zeit keine Veränderungen erfährt, dass sich die Prämien nicht weiter entwickeln und dass der Versichertenbestand jedes Jahr „identisch“ ist. Bei Ausserachtlassung des Risikos, d. h. der Kostenschwankungen, stellen sich die Reserven im Zeitpunkt t also wie folgt dar :

$$R_t = R_0 + (P_1 - C_1) + (P_2 - C_2) + \dots + (P_t - C_t).$$

Bei einer konstanten Differenz zwischen den Prämien und den Kosten (hier E für Exzedent/Überschuss) stellen sich die Reserven wie folgt dar:

$$R_t = R_0 + E \times t.$$

Bei positiven Prämienmargen steigen die Reserven somit in jedem Jahr. Ist die Marge nicht vorhanden (gleich Null), bleiben die Reserven konstant und entsprechen somit $R_t = R_0$. Selbstverständlich tritt bei einer negativen Margenentwicklung und jährlichen Verlusten ein Margenschwund ein und wird selbst bei nicht vorhandener Variabilität negativ ausfallen.

Die realen Kosen sind allerdings variabel und nicht prognostizierbar. Die Anzahl der ausgerichteten Leistungen weicht von den Erwartungen ab, die Beträge der einzelnen Leistungen (sowie der hiermit verbundenen Kosten) können starke Schwankungen aufweisen. Daher weicht das tatsächliche Ergebnis laufend vom gewünschten Resultat

ab. In manchen Jahren fallen diese Abweichungen positiv aus, in anderen negativ.

Daher kommen wir intuitiv zu folgender Aussage: Wenn weder Reserven noch eine positive Prämienentwicklung vorliegen, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass das Vermögen des Versicherers sich in Zukunft mindestens einmal im negativen Bereich bewegt. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit von Reserven bzw. einer Prämienmarge. Selbstverständlich lässt sich diese Aussage auch mathematisch belegen. Dieser Beleg ist aber nicht Gegenstand der vorliegenden Betrachtungen.

Wie oben angemerkt, werden die Reserven aus den in den Prämien enthaltenen Margen gespeist. Die Margen dienen somit als Puffer. Mit Hilfe der Prämien deckt der Versicherer seine Kosten, eventuelle Überschüsse fließen in die Sicherheitsreserven ein. Aus Konkurrenz- und Effizienzgründen ist die in den Prämien enthaltene Marge so gering wie möglich zu halten. Die Reserven sind somit von zentraler Bedeutung für das Management variabler Risiken. Sie bieten Gewähr für die Solvenz des Versicherers und beugen finanziellen Engpässen oder allzu geringen Liquiditätsniveaus vor.

Bei Einbezug der zukünftigen Renditen als Reserven dienenden Mittel erhalten wir folgende Formel:

$$R_t = VC_t[R_0] + VC_t[\sum E_t]$$

wobei: $VC_t[R_0]$ = Aufgezinsten Wert von R_0 im Zeitpunkt t

$VC_t[\sum E_t]$ = Aufgezinsten Wert der Überschüsse E_t , wobei $t = 1, 2, \dots$

Bei konstanten Renditen und unter Vernachlässigung der Variabilität steigen die Reserven im Zeitverlauf exponentiell. Die finanziellen Renditen können somit einen Beitrag zur Prämienenkung leisten und die Reserven erhöhen. Dieses Argument sollte allerdings nicht beigezogen werden, um übermässig hohe Reserven zu rechtfertigen. Die über die notwendigen Reserven hinausgehenden Überschüsse sollten den Versicherten in Form von Prämienenkungen oder -erleichterungen zu Gute kommen. Hinweis: Die Mathematik bietet Theorien zur Optimierung solcher Reserven.

Bei den KK haben die Reserven somit eine regulatorische Funktion (im eigentlichen Sinne des Wortes) und wirken als Absicherung gegen finanzielle Engpässe bzw. Liquiditätsmangel. Die Verordnung über die Krankenversicherung schreibt die Bildung von Reserven sowie einen Mindestansatz für diese Beträge vor. Sie führt aber keinerlei Gründe

für diese Vorschrift an und zeigt auch nicht auf, wie der Mindestansatz zustande kommt.

3.3.2 Optimierung der Reserven

In der Schweiz zählt die Grundversicherung gegen Krankheitskosten zu den Sozialversicherungen. Daher sind die finanziellen Ressourcen im Interesse der Gesamtbevölkerung einzusetzen. Die Prämien sollten somit auf einem Mindestniveau liegen, bei dem ein Angebot von Leistungen und eine angemessene Absicherung der KK noch möglich ist. Die KK sind die wichtigsten Träger des Finanzierungsmechanismus.

Hieraus folgt, dass die Reserven auf einem gerade ausreichenden, d. h. optimalen Niveau liegen sollten. Es sollten keine unnötigen Reserven aufgebaut werden. Jeder deutlich über dem optimalen Niveau liegende Überschuss sollte zur Prämienenkung eingesetzt werden, d. h. letztendlich den Versicherten zurückgezahlt werden.

3.3.3 Keine Regelungen zur Höhe der Reserven

Wie bereits unter dem Stichwort Konkurrenz erwähnt, lohnt es sich für die Krankenversicherer in strategischer Hinsicht nicht allzu billige Angebote vorzunehmen. Eine deutlich weniger teure Krankenkasse wird einen Ansturm neuer Versicherter erleben, was zu einem Rückgang der Reservequoten führt.

Die Reglementierung der KK legt für die Reserven einen Mindestumfang fest, der sich einzig und allein nach der Anzahl Versicherter richtet. Er beträgt 20%, 15% bzw. 10% der im betreffenden Jahr vereinnahmten Prämien für >50'000 bzw. 50'000-150'000 oder mehr als 150'000 Versicherte. Dies bedeutet, dass eine übermässige Anhäufung von Reserven ohne die eigentlich erforderliche Ausschüttung der zur Sicherung einer angemessenen Solvenz nicht erforderlichen finanziellen Ressourcen an die Versicherten zulässig ist.

Der angemessene Umfang der Reserven eines Krankenversicherers entspricht mit Sicherheit nicht dem Mindestumfang gemäss Art. 78 der Verordnung über die Krankenversicherung. Tatsächlich sollte sich dieser Betrag nach den jeweiligen Versicherern sowie ihrem Versichertenbestand und der kurz- und mittelfristig vorherrschenden Wirtschaftslage richten. Der Mindest- bzw. Höchstumfang der Reserven sollte anhand von allgemein anerkannten versicherungsmathematischen Ansätzen auf Basis der Solvabilitätstheorie festgelegt werden.

3.3.4 Politische Aspekte

Die jüngsten Erfahrungen zeigen, dass Reserven sich auch zu politischen Zwecken einsetzen lassen. Durch Nutzung ihrer Reserven können die Krankenkassen anstehende Prämien erhöhungen teilweise, wenn nicht gar vollumfänglich, selber tragen. Vor allem in der Deutschschweiz nahmen einige KK diese Möglichkeit in Anspruch und zehrten ihre Reserven soweit auf, dass sie ins Minus gerieten.

Offensichtlich können die Krankenversicherer derzeit die Reserven zu anderen Zwecken als zur Aufrechterhaltung der Zahlungsfähigkeit nutzen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Reserven der Versicherer bei der Grundversicherung ausschliesslich zur Aufrechterhaltung der Zahlungsfähigkeit eingesetzt werden sollten. Man sollte nämlich nicht vergessen, dass es sich um eine Sozialversicherung handelt. Mit Hilfe bewährter versicherungsmathematischer Ansätze lässt sich das gesuchte Solvenzniveau festlegen. Diese Methoden werden derzeit in der Krankenversicherung nicht angewendet.

3.4 Risikoausgleich

Der systematische Risikoausgleich stammt aus der Zeit vor dem KVG; er wurde im Gesetz verankert, um die Risikoselektion seitens der Krankenversicherer zu vermeiden.

Der Risikoausgleich basiert auf folgenden beiden Prinzipien:

- Im Durchschnitt verursachen Frauen höhere Kosten als Männer
- Die Durchschnittskosten nehmen mit dem Alter zu.

Das System funktioniert wie folgt:

Die nach Geschlechtern getrennten Versicherten aus den einzelnen Kantonen im Alter von mindestens 19 Jahren (Kategorie Erwachsene) werden in Risiko- und Altersgruppen mit Fünf-Jahres-Abständen eingeteilt. Die erste (19-25 Jahre) und die letzte (≥ 91 Jahre) bilden eine Ausnahme, da hier die Intervalle grösser sind. Jede Krankenkasse, jeder Kanton und jedes Geschlecht weisen somit 15 altersabhängige Risikogruppen auf.

Zur Illustration betrachten wir eine weibliche Risikogruppe im Alter 81-85 in einem gegebenen Kanton. Die uns interessierenden Angaben finden sich in der ersten Tabelle auf der Folgeseite.

BETRACHTUNGEN ZUR OBLIGATORISCHEN KRANKENVERSICHERUNG

Rubriken	Daten
Anzahl in der Risikogruppe vertretener Frauen	8'247
Jährlich anfallende Kosten (in MCHF) ²⁰⁾	65
Kostenbeteiligung der Risikogruppe (in MCHF)	4,7
Monatliche Kosten für alle erwachsenen Versicherten in diesem Kanton (in CHF)	196

Der Ausgleich berechnet sich wie folgt:

Rubriken	Daten
Jährliche Kosten pro in der Risikogruppe vertretener versicherter Person (CHF) (1)	7'882
Kostenbeteiligung je versicherter Person (CHF) (2)	570
Monatliche Kosten pro in der Risikogruppe vertretener versicherter Person (CHF) (3)	609
Monatlicher Risikoausgleich für die betreffende Risikogruppe (CHF) (4)	413
(1) = 65 MCHF / 8'247 (2) = 4,7 MCHF / 8'247 (3) = (7'882 - 570) / 12 (4) = 609 - 196	

Eine Krankenkasse, die ausschliesslich Frauen im Alter von 81-85 Jahren versichert, erhielt im betreffenden Kanton demnach monatlich für jede versicherte Person CHF 413.– an Risikoausgleich.

Einer der Mängel des heutigen systematischen Risikoausgleichs besteht darin, dass er ex-post greift. Tatsächlich erfolgt die Feststellung und Bezahlung der Veränderungen im auf das zu kompensierende Jahr folgenden Jahr unter Berücksichtigung der Anpassungen im Vorjahr. Die KK bauen daher bei der Prämienberechnung Margen ein, um Bestandesfluktuationen Rechnung zu tragen. Diese Margen beruhen im allgemeinen auf dem Vorsichtsprinzip und wirken sich auf die Höhe der zukünftigen Prämien aus.

Der derzeit praktizierte Risikoausgleich weist zudem zwei paradoxe Aspekte auf. Zunächst begrenzt er die um jeden Preis gewollte Konkurrenz. Ausserdem kann eine subtilere Risikoselektion vorgenommen werden, indem man versucht, die guten Risiken innerhalb der einzelnen Risikokategorien anzuziehen. Gelingt dies,

²⁰ Im Folgenden bezeichnen wir Angaben in Schweizerfranken mit dem Kürzel CHF sowie Angaben in Millionen Schweizerfranken mit dem Kürzel MCHF. Diese Kürzel stehen jeweils vor der betreffenden Zahlenangabe.

erhält man durch den Risikoausgleich mehr als die realen, von der betreffenden Kategorie verursachten Kosten.

Fazit: Der heute praktizierte Risikoausgleich erzielt leider nicht die gewünschte Wirkung. Tatsächlich schwanken die Prämien der einzelnen Kassen innerhalb ein- und desselben Kantons beträchtlich obwohl die versicherten Leistungen zu hundert Prozent identisch sind.

3.5 Fehlende Transparenz

Innerhalb der Arbeitsgruppe kam die fehlende Transparenz des Buchhaltungssystems und der Prämienfestlegung des Öfteren zur Sprache.

Auf unsere Anfrage beim BAG bezüglich der Publikationen dieser Aufsichtsbehörde insbesondere zur Prämienberechnung steht die Antwort trotz zweimaliger Nachfrage noch immer aus.

Die intransparente Berechnung der Prämienbestandteile ist unseres Erachtens nicht in erster Linie auf die Ausgaben im Zusammenhang mit den Versicherungsleistungen zurückzuführen, sondern auf die allgemeinen Aufwendungen und die Kapitalrenditen. Kurz nach der Einführung des KVG mussten die Versicherer ihre Mittel zwischen der Grund- und den Zusatzversicherungen aufteilen. Es ist nicht auszuschliessen, dass die der Zusatzversicherung zugewiesenen Mittel (etwa bei der Auswahl) gegenüber der Grundversicherung bevorzugt wurden.

Zudem errichteten die Versicherer separate Gesellschaften zur ausschliesslichen Bearbeitung des Marktes für Zusatzversicherungen, um eine doppelte Aufsicht seitens des BAG und der FINMA (zuvor BSV und BPV) zu vermeiden - dies, obwohl die Träger Teile derselben wirtschaftlichen Einheit sind. Aufgrund der fehlenden Synthese und Vergleichbarkeit der Rechnungen beider Einheiten (Grund- und Zusatzversicherung) gestaltet sich die Kontrolle der allgemeinen Kosten und der Renditen ihrer jeweiligen Vermögen schwierig. Zudem gehen wir nicht davon aus, dass die beiden betroffenen Aufsichtsbehörden in diesem Bereich besonders gerne zusammenarbeiten. Dies dürfte der springende Punkt sein. Mit anderen Worten lässt sich aufgrund der Nachforschungen des VTKV nicht ausschliessen, dass unerlaubte Transfers zwischen der Grund- und den Zusatzversicherungen stattfinden.

Die Rechnungslegung gestaltet sich zusätzlich undurchsichtig, da zur Anziehung guter Risiken «(billige Kassen)» geschaffen wurden,

während die „ursprüngliche“ Kasse einen immer älteren Versichertenbestand verwaltet, der kaum durch Neueintritte ergänzt wird. Auch hier bestehen zwei oder gar mehr juristische Einheiten, die wirtschaftlich eine Einheit bilden.

Bei den Verwaltungskosten trägt auch ein anderes Phänomen zur Intransparenz bei: Die Schaffung von Dienstleistungsgesellschaften, die als Subunternehmer auf vertraglicher Basis Verwaltungshandlungen vor allem in der IT ausführen und für Versicherer innerhalb desselben Konzerns tätig sind. Die für diese Dienstleistungen in Rechnung gestellten (vielleicht auch übermässig veranschlagten) Kosten werden von den Aufsichtsbehörden nicht unter die Lupe genommen.

Zur Prämienberechnung ist schliesslich folgendes anzumerken: Ohne auf die Berechnung der einzelnen Tarifpositionen einzugehen, beruht die Prämienberechnung doch grundsätzlich auf einer Reihe von Annahmen zu den einzelnen Elementen wie etwa dem Versichertenbestand, den ausgerichteten Leistungen, den anstehenden Schadensrückstellungen um nur einige zu nennen. Im derzeit gültigen Verfahren zeigt sich aber an keinem Punkt, dass die Berechnung dieser einzelnen Elemente ex-post kontrolliert wird.

Daher zeigen wir unter Ziffer 4.6 Ansätze zur Verbesserung des Reportings auf diesem Gebiet auf.

4. VERBESSERUNGSMÖGLICHKEITEN INNERHALB DES BESTEHENDEN SYSTEMS

4.1 Zur Einleitung

In Kapitel 3 haben wir das Fehlfunktionieren und die gegenläufigen Effekte des derzeit gültigen Systems in versicherungstechnischer Hinsicht dargestellt. In diesem Kapitel werden wir - weiterhin ausschliesslich unter versicherungstechnischen Erwägungen - mögliche Verbesserungen innerhalb des bestehenden Systems aufzeigen, ohne dieses System bzw. die Existenz der KK grundlegend in Frage zu stellen.

4.2 Vereinheitlichung der Prämien in den einzelnen Kantonen

In Kapitel 2 wurden die Absichten des Gesetzgebers beim KVG dargestellt. Eine dieser Absichten besteht darin, dass die KK ihre Prämiensätze nach Kantonen sowie innerhalb der Kantone nach Regionen differenzieren können. Zur Festlegung von Einheitsprämien im Bereich der Sozialversicherung bietet sich der Kanton als Basis durchaus an. Die Aufteilung nach Regionen innerhalb der einzelnen Kantone erhöht allerdings die Intransparenz des Systems. Zweifelsohne können sich Individuen an verschiedenen Orten unterschiedlich verhalten. Stadtbewohner pflegen womöglich einen ganz anderen Lebensstil als Landbewohner. In der Schweiz sind die Eigenheiten der Kantone allerdings so weit ausgeprägt, dass die Kantonsbewohner ein relativ einheitliches Verhalten an den Tag legen. In unserem Land identifizieren sich die Einwohner sehr stark mit ihrem Wohnkanton. Dies kann als Grund für die Tarifgestaltung nach Kantonen durchaus genügen; man sollte allerdings nicht vergessen, dass die Risiken sich mit steigenden Versichertenzahlen immer besser ausgleichen.

4.3 Neudefinition der Rolle und des Umfangs von Reserven

Gemäss Art. 78 Abs. 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung müssen die Versicherer „ständig über eine Sicherheitsreserve verfügen“. Die Mindesthöhe dieser

Sicherheitsreserve hängt vom Versichertenbestand ab und wird in Absatz 4 des oben genannten Artikels präzisiert.

Zunächst sei darauf hingewiesen, dass der Text dieses Artikels zumindest widersprüchlich abgefasst ist: Wenn der Versicherer „ständig“ über diese Reserve verfügen muss, kann er sie keinesfalls - für welchen Zweck auch immer - beiziehen. Nach dem Wortlaut des Artikels sind die Versicherer somit aufgefordert, eine deutlich über dem vorgegebenen Mindestbetrag liegende Reserve zu halten, so dass sie gegen alle Eventualfälle gewappnet sind.

Es liegt auf der Hand, dass ein eigenfinanziertes Versicherungssystem neben den Prämien über eine Reserve verfügen muss, um die zufallsbedingten Schwankungen im Zusammenhang mit dem versicherten Risiko aufzufangen. Der Umfang dieser Schwankungen hängt von der Art des versicherten Risikos ab. In erster Näherung lassen sich zwei technische Faktoren identifizieren, die für jede Art von Risiko charakteristisch sind und sehr grosse Ergebnisfluktuationen zur Folge haben können:

- Die vertragliche Durchschnittslaufzeit der Verpflichtungen des Versicherers: In der Lebens- oder Rentenversicherung gestaltet sich die Prognose der zukünftigen Kosten aufgrund der Dauer der Verpflichtungen durchaus zufällig.
- Die jährliche Volatilität des jeweiligen Risikos: In der Elementarschadenversicherung kann etwa ein Hagelsturm in wenigen Minuten Kosten verursachen, die den Prämieinnahmen mehrerer Jahre entsprechen.

Zu diesen beiden technischen Faktoren kommt natürlich noch das finanzielle Risiko in denjenigen Versicherungssystemen hinzu, die hohe Rückstellungen benötigen.

Wir stellen fest, dass die obligatorische Krankenversicherung in Bezug auf diese technischen Faktoren einen relativ wenig „gefährlichen“ Geschäftszweig darstellt, wenn man das - im folgenden behandelte - Pandemierisiko ausser Acht lässt. Zudem setzt die Finanzierung mittels eines Umlagesystems im Vergleich zu anderen Versicherungszweigen keine sehr konsequente Rückstellungspolitik voraus, so dass das finanzielle Risiko sich grundsätzlich ebenfalls in Grenzen hält. Die „üblichen“ Fluktuationen sollten über Rückversicherungen gedeckt sein. Dies gilt insbesondere für kleine Krankenkassen. Die Fluktuationen würden mit Sicherheit gemindert, wenn sich ein Pool für Sonderrisiken (vgl. nächster Absatz) einrichten liesse. Bei den potenziellen Schwankungen mit grosser Bandbreite sehen wir nur drei Szenarien, die einen Versicherer dazu verpflichten

könnten, zumindest einen Teil seiner Reserven zum Ergebnisausgleich heranzuziehen:

- Ein aussergewöhnlicher und unerwarteter Anstieg der Gesundheitskosten in den beiden Jahren zwischen der Prämienberechnung und der Endabrechnung;
- Eine Pandemie;
- Ein systembedingtes Ungleichgewicht der Ergebnisse eines Versicherers, z. B. infolge übermässiger Ein- oder Austritte von Versicherten.

Nach unserer Meinung sollte die Reserve jedes einzelnen Versicherers nur aufgrund des ersten der genannten drei Szenarien berechnet werden. Die Verordnung sollte eine prozentuale Unter- und Obergrenze für diese Reserve vorgeben. Angemerkt sei, dass dieser Prozentsatz aufgrund der Art des Risikos nicht vom Versichertenbestand abhängen sollte.

Hinsichtlich des Pandemierisikos, etwa eines erwarteten schweren Verlaufs der Vogelgrippe, ist zu sagen, dass eine Pool-Lösung keine Minderung des Gesamtbetrags zur Deckung der betreffenden Schäden ermöglicht. Dieses Risiko ist so geartet, dass alle Kassen zweifelsohne im selben Zeitpunkt betroffen wären. Ein schwerer Pandemieverlauf könnte äusserst hohe Kosten nach sich ziehen, die wahrscheinlich bei weitem über den derzeit gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserven liegen. Daher ist es nicht sinnvoll, bei einer Sozialversicherung umfangreiche Reserven vorzuschreiben und somit nicht gewinnorientierte Institutionen in „Vermögensverwalter“ zu verwandeln, um Ereignissen mit ausgesprochenem Ausnahmecharakter vorzubeugen, die aller Wahrscheinlichkeit nach bedeutende Folgen für die gesamte Schweizer Gesellschaft und vor allem für alle Sozialversicherungen hätten. Wir sind der Ansicht, dass in solchen Ausnahmefällen nur der Staat nach Ausrufung des Notstandes ausreichende finanzielle Sicherheiten bieten kann (analog dem Kriegsrisiko).

Falls das dritte der genannten Szenarien spezifische finanzielle Kapazität beansprucht, würde dies die Fehlfunktion des heutigen Systems eindeutig belegen.

Wir gehen zudem davon aus, dass der Gesetzgeber die Bildung von Prämienausgleichsreserven vorsehen sollte, die von der Sicherheitsreserve gänzlich getrennt sind und nach Tarifzonen gegliedert werden. Die Nutzung dieser Ausgleichsreserven sollte ein grundlegender Bestandteil der Prämienberechnung sein und einer Genehmigungspflicht seitens der Aufsichtsbehörden unterliegen. Die

Tatsache, dass die «Sicherheitsreserven» derzeit diese Ausgleichsfunktion erfüllen, ist weder logisch noch akzeptabel.

Unsere Vorschläge lassen sich demnach wie folgt zusammenfassen:

- Verstärkung der Rückversicherungspflicht und Schaffung eines Pools für Sonderrisiken zwecks Minderung der Ergebnisschwankungen;
- Festlegung einer prozentualen Unter- und Obergrenze für die Sicherheitsreserve, deren Funktion sich zudem auf die Deckung unerwarteter Anstiege der Gesundheitskosten beschränkt;
- Staatliche Garantie für den Fall aussergewöhnlich heftiger Pandemien;
- Schaffung von Ausgleichsreserven nach Tarifzonen, die explizit in die Prämienberechnung eingehen.

4.4 Pool für Sonderrisiken

Es ist statistisch erwiesen, dass die Gesundheitskosten bei den einzelnen Personen grösstenteils im letzten Lebensabschnitt anfallen. In den zwei bis drei letzten Lebensjahren fallen im Schnitt rund 80% der Gesundheitskosten jeder einzelnen Person an. Zudem bestehen im Gesundheitsbereich schlechte Risiken, d. h. Personen, die im Schnitt deutlich öfter krank werden als andere oder unter chronischen bzw. schweren Beschwerden leiden, die jährlich hohe Kosten verursachen. Diese Fälle sind als schwer zu bezeichnen, sobald die jährlichen Krankenpflegekosten einen bestimmten Betrag überschreiten (z. B. CHF 50'000.--). Zudem befinden sich manche Angehörige einer Krankenversicherung in einer aussergewöhnlichen Situation. Diesen Fällen ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da sie sich nicht verallgemeinern lassen und finanzielle Probleme darstellen. Wir denken hier insbesondere an Asylbewerber und andere Personenkreise, welche die staatliche Sozialhilfe heftig belasten.

Die durch das heutige System geförderte Konkurrenz zwischen den KK sollte dafür sorgen, dass sich schlechte Risiken nicht in bestimmten Kassen konzentrieren, während der systematische Risikoausgleich seinerseits eine gewisse Kostengleichheit zwischen den KK bewirken sollte. In den Absätzen 3.2. und 3.4 haben wir gezeigt, dass dies nicht der Fall ist.

Der VTKV ist der Ansicht, dass die heutige Lage der Krankenversicherung sich durch die Einrichtung eines landesweiten Pools für Sonderrisiken verbessern liesse, falls letzterer die oben

genannten Personengruppen abdeckt. Dieser Pool würde um ein Jahr verschoben seine Betriebskosten ermitteln (Aufwendungen zuzüglich ausgerichteter Leistungen). Diese Gesamtkosten würden dann mittels Dividierung durch die Anzahl krankenversicherter Personen in Pro-Kopf-Kosten des Pools umgewandelt, wobei die im Pool selbst versicherten Personen nicht zu berücksichtigen sind. Danach würden diese Kosten auf die einzelnen KK je nach individuellem Versichertenbestand umgelegt.

Bei älteren Menschen könnte zur Vereinfachung der Administration eine gesundheitsunabhängige Versicherung über den Pool etwa ab dem 80. Altersjahr erfolgen.

Der Pool für Sonderrisiken würde die Vorwürfe gegenüber dem heutigen System grösstenteils entkräften, da sich die guten Risiken nicht mehr in bestimmten Krankenkassen konzentrieren und der systematische Risikoausgleich effizienter gestaltet würden.

4.5 Verschärfte Kontrollen auf kantonaler Ebene

Die Umfrage des VTKV belegt, dass die Kantone derzeit nicht über die buchhalterischen und statistischen Daten verfügen, welche für eine effiziente Kontrolle der Entwicklung der Gesundheitskosten erforderlich sind. In diesem Bereich ist die Transparenz unbedingt zu erhöhen, indem zunächst die Quellen und Inhalte der Daten standardisiert werden. Danach ist ein Betriebskonto gemäss Absatz 4.6 zu definieren und schliesslich auch ein eingehender und umfassender Kontenplan mit präzisen, standardisierten Inhalten für die einzelnen Rubriken. Ein Anhang zur Rechnungslegung analog dem Grundsatz FER 26 in der zweiten Säule könnte zudem nützliche ergänzende Aufschlüsse oder Erläuterungen liefern. Zudem ist eine eingehende analytische Rechnungslegung nach Leistungsarten zu implementieren. Anforderungen zur Trennung der Aktivitäten nach Grund- und Zusatzversicherungen sowie präzise Anlagevorschriften für KK könnten dieses Regelwerk ergänzen.

Ein Ansatz, der vom BAG, den KK und den Kantonen gleichermaßen getragen wird, lässt sich nur über eine Arbeitsgruppe von Experten realisieren, die keiner Lobby angehören, aber über ausgewiesene Kompetenzen verfügen. Das von dieser Arbeitsgruppe entworfene Projekt ist anschliessend den Betroffenen, und insbesondere den Kantonen, zur Genehmigung zu unterbreiten.

Oberstes Ziel dieses neuen Ansatzes ist die Standardisierung der für die Analysen des BAG und der Kantone massgebliche Ergebnisse.

Selbst wenn diese Aufsicht nicht umfangreicher ausfallen sollten als heute, gestaltet sie sich für die Kantone mit Hilfe des neuen Ansatzes doch weniger frustrierend sowie nützlicher, da die veröffentlichten Ergebnisse einerseits standardisiert und andererseits allgemein anerkannt wären. Die anhand der Ergebnisse des jeweiligen Geschäftsjahrs durchgeführten Analysen der Kantone sollten dazu führen, dass die richtigen Fragen gestellt und die effektiven Probleme ans Tageslicht gebracht werden. Da für jedes Problem auch eine Lösung existiert, liessen sich die heutigen, auf inhaltlich und charakterlich unterschiedlichen Ergebnissen basierenden Diskussionen vermeiden.

4.6 Verbesserungen des Finanz- und Buchhaltungsreportings

Wie in Absatz 3.5 dargestellt, ist der VTKV der Ansicht, dass eine Nachkontrolle der Prämien unumgänglich ist. Dieses als „geschlossenes Tarifsystem“ bezeichnete System wird im Allgemeinen in den Sozialversicherungen angewendet.

Derzeit berechnen die Versicherer die technischen Rückstellungen für hängige Schadenfälle und berücksichtigen diese Schätzungen zunächst bei der Berechnung der Prämien, um sie dann in die Bilanz aufzunehmen. Sie sind somit ein Bestandteil der Prämien. Da die Finanzierung im Kostenumlageverfahren erfolgt, beschränken sich diese technischen Rückstellungen in der Praxis auf Rückstellungen für erfolgte, aber noch nicht in Rechnung gestellte Leistungen.

Durch eine Trennung der Ergebnisse des Berichtsjahres von der Entwicklung der Rückstellungen im/in den Vorjahr/en lässt sich in der Rechnungslegung feststellen, ob die technischen Rückstellungen ausreichen oder nicht.

Nach unserer Meinung sind die Ergebnisse dieses Verfahrens bei der Prämienberechnung einzubeziehen. Wenn die Prämien bzw. die Schadenrückstellungen zu pessimistisch angesetzt wurden, ergibt sich ein Liquidationsgewinn aus den Schadensfällen. Da die Prämien von den Versicherten bezahlt werden, müssen die Überschüsse in einem Sozialversicherungssystem in Form von Prämienenkungen an diese Personen zurückfliessen statt in die (Schwankungs-)Reserven der Versicherer, wie dies anscheinend derzeit der Fall ist. Dies zeigt sich in der Entwicklung der Reserven in den Kantonen Genf und Waadt in den letzten Jahren.

BETRACHTUNGEN ZUR OBLIGATORISCHEN KRANKENVERSICHERUNG

In der Tabelle auf der nächsten Seite stellen wir eine schematische Darstellung in Form eines fiktiven Betriebskontos für das Jahr 2008 vor. Dieses Schema lässt sich mit den Vorgaben für die Unfallversicherer (UVG) vergleichen. Die Zahlenangaben sind fiktiv. Dennoch illustrieren sie unseren Vorschlag konkret.

Die Zeilen A bis E enthalten die entsprechenden Angaben zum vorangehenden Geschäftsjahr.

Die Zeilen F bis K spiegeln die Entwicklung der Schadenrückstellungen (hängige Schäden am Ende des vorangehenden Geschäftsjahrs) wider.

Die Zeilen L bis M sind eine Zusammenfassung der beiden vorangehenden Elemente.

Derzeit umfassen die effektiven Zahlenangaben der Versicherer die Daten aus dem betreffenden Geschäftsjahr sowie diejenigen der vorangehenden Geschäftsjahre. Dasselbe gilt für die Schadenrückstellungen, sodass sich nicht feststellen lässt, ob die vorgenommenen Rückstellungen sich mit den effektiven Kosten decken.

In unserem Beispiel sollte der in Zeile I aufgeführte Betrag von CHF 61'565.– in die Prämienberechnung für das Jahr 2010 eingehen. Da die Prämien für das Jahr 2009 bei der Erstellung des Abschlusses für das Geschäftsjahr 2008 bereits feststanden, kann der ausgewiesene Überschuss hier nicht mehr eingebracht werden.

	Rubriken	Beträge
A	Vereinnahmte Prämien 2008	2'334'825
B	Leistungen für im Jahr 2008 eingetretene Schäden	1'234'875
C	Rückstellungen für hängige Schadenfälle aus dem Jahr 2008	876'000
D	Schadenkosten für Fälle aus dem Jahr 2008 (B+C)	2'110'875
E	Schadenkosten 2008 in % der Prämien (D/A)	90,41%
F	Rückstellungen für hängige Schadenfälle per 1.01.2008	850'000
G	Zahlungen für Schadenfälle aus Vorjahren im Jahr 2008	735'435
H	Rückstellungen für am 31.12.2008 hängige Schadenfälle aus den Vorjahren	53'000
I	Liquidationsgewinn (+) bzw. -verlust (-)[F - (G + H)]	61'565
J	Liquidationsergebnis in % / Rückstellungen zu Jahresbeginn (I/F)	7,24%
K	Liquidationsergebnis in % der Prämien (I/A)	2,64%
L	Schadenkosten für das Geschäftsjahr (D-I)	2'049'310
M	Schadenkosten in % der Prämien (L/A)	87,77%

4.7 Franchisen

In jedem Versicherungssystem übernehmen die Versicherten Franchisen, um die Kosten kleinerer Schadenfälle mit z. T. im Vergleich zum Leistungsbetrag hohem Verwaltungsaufwand zu senken und die Prävention zu fördern. In der Krankenversicherung bildet die Franchise auch einen Anreiz, ärztliche Dienstleistungen nicht über Gebühr zu beanspruchen.

Derzeit wird ein Teil der Arztkosten der Schweizer Bevölkerung buchhalterisch nicht erfasst. Im Rahmen des «Tiers garant» senden manche Personen zwar systematisch alle Rechnungen für ärztliche Pflege an ihre Krankenkasse. Andere aber gehen nicht davon aus, dass sie im Lauf des Jahres den Franchisebetrag erreichen, und reichen diese Rechnungen daher nicht ein. Die betreffenden Kosten werden somit nicht erfasst.

Bekanntlich besteht in den Ländern des Westens eine «medizinische Inflation». Im Allgemeinen liegt diese Inflation über der Teuerung gemäss Konsumentenpreisindex. Ein Vergleich der allgemeinen Inflation mit der medizinischen Inflation ist jedoch nicht Gegenstand dieser Betrachtungen. Hier wollen wir ein im Versicherungswesen wohl bekanntes Phänomen beleuchten: Den Hebeleffekt der Teuerung. Dieses Phänomen tritt auf, wenn man über eine Franchise mit festem Betrag verfügt, die Schadenfälle aber einer Inflation unterliegen, und besteht darin, dass die vergüteten Schäden höher ausfallen als die Inflation selbst.

Hierbei spielt folgender Mechanismus: Bei einer Inflation steigen die Schäden, welche zu Jahresbeginn bereits über der Franchise lagen, im selben Mass wie die Inflation. Wenn also der Gesamtumfang der Schadenfälle ein Jahr später M , beträgt, kosten diese Schadenfälle $M \times (1 + f)$, wobei f der Teuerungsrate entspricht. Da aber eine Inflation vorliegt, übersteigt ein Teil der Schadenfälle, die zuvor unter der Franchise lagen, ein Jahr später diesen Betrag. Dieser neu die Franchise übersteigende Betrag kommt zu denjenigen Schadenfällen hinzu, deren Höhe bereits über der Franchise lag. Somit lässt sich eine höhere Teuerungsrate beobachten als die „reale“ Teuerung der Schadenfälle. Diese beobachtete Teuerungsrate berechnet sich wie folgt:

$$f^* = (X + M \times f) / M$$

wobei X dem Gesamtbetrag der aufgrund der Inflation f über die Franchise hinausgehenden Schadenfälle entspricht (was ohne Inflation nicht der Fall gewesen wäre) und f^* der Inflation des gesamten, durch

den Versicherer bezahlten Betrags. Offensichtlich gilt : Wenn $X =$ positiv, $f^* > f$.

Dieses Phänomen trägt den Namen „Hebeleffekt der Inflation“, da sich eine Erhöhung der Teuerung bei den vom Versicherer getragenen Schäden beobachten lässt. Dieses Phänomen lässt sich vermeiden, indem man systematisch das Niveau der Franchisen an das Niveau der entsprechenden medizinischen Inflation koppelt.

In der Praxis wurden die Franchisen aber während mehrerer Jahre aus Gründen der Einfachheit (Bevorzugung runder Zahlen) nicht angepasst. Anpassungen finden letztendlich nur dann statt, wenn die Franchisebeträge offensichtlich deutlich zu tief angesetzt sind, um wirkungsvoll zu sein, oder aber aus Gründen, die mit der Inflation nichts zu tun haben.

In der Schweiz trägt dieses Phänomen mit Sicherheit zu dem beobachteten Kostenanstieg in der Krankenversicherung bei. Sein Umfang lässt sich kaum mit Leichtigkeit feststellen, auch wenn dies wohl möglich wäre, da mehrere so genannt Wahlfranchisen zur Auswahl stehen und zudem die Verteilung der nicht bei den KK geltend gemachten Kosten nicht bekannt ist.

Wie dem auch sei, die Analyse einiger Beispielfälle zeigt, dass der Hebeleffekt der Inflation wahrscheinlich ein nicht zu vernachlässigendes Ausmass erreicht. Dies erklärt den häufig höher als erwartet ausfallenden Anstieg der Arztkosten in den Schweiz.

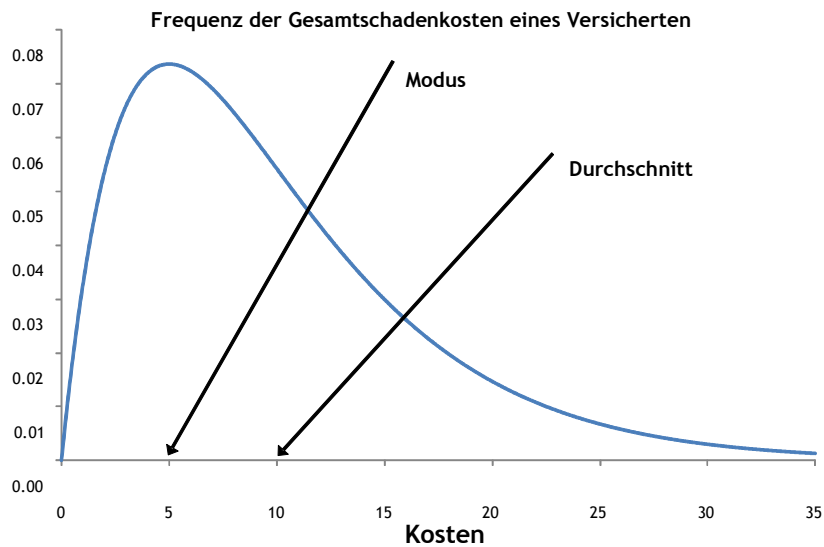
Die beiden nachstehenden Beispiele beruhen jeweils auf einer Verteilung der von einem einzigen Versicherten eingegangenen Kosten pro Jahr. Die Durchschnittskosten belaufen sich in beiden Fällen auf zehn (10) Einheiten²¹, die Verteilung²² beläuft sich im ersten Fall aber auf fünf (5) Einheiten (somit $\neq 0$), während sie im zweiten Fall Null (0) beträgt.

Beispiel 1 :

Hier die grafische Darstellung der Kostenverteilung und die Tabelle der Ergebnisse der prozentualen Erhöhung der Kosten aufgrund der medizinischen Inflation und der Franchise in Beispiel 1.

²¹ Beliebige Geldeinheiten

²² Wert mit quantitativem Charakter und der höchsten Frequenz



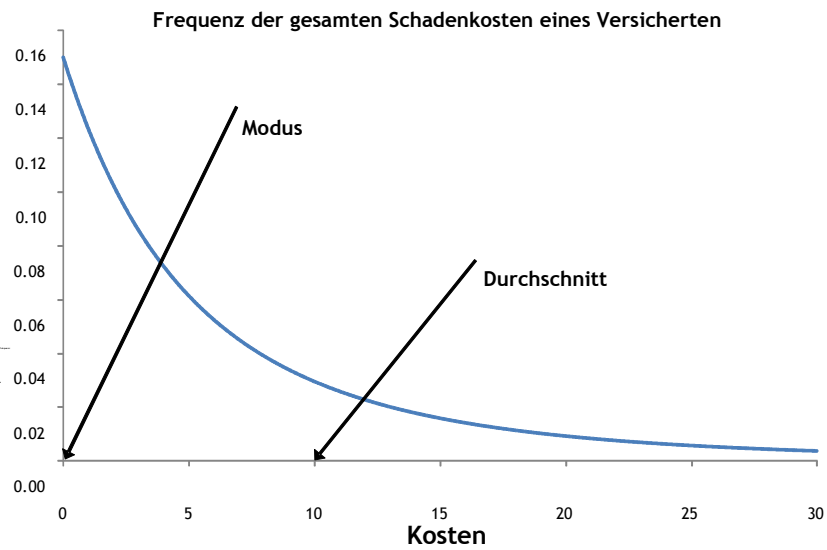
Mis en forme : Allemand (Suisse), Ne pas vérifier l'orthographe ou la grammaire

	Erhöhung in % der Kosten gemäss Franchise					
Inflation	0	2	4	6	8	10
1,0%	1,00	1,02	1,12	1,29	1,53	1,80
2,0%	2,00	2,04	2,24	2,59	3,05	3,60
3,0%	3,00	3,06	3,36	3,88	4,57	5,40
4,0%	4,00	4,08	4,47	5,16	6,09	7,20
5,0%	5,00	5,10	5,59	6,45	7,61	9,00

Die Zeilen in der obigen Tabelle entsprechen einer medizinischen Inflation von 1% bzw. 2%, 3%, 4% und 5%. Die Spalten geben die Höhe der jeweiligen Franchise an. Bei einem Wert von Null liegt keine Franchise vor. In diesem Beispiel betragen die Durchschnittskosten vor der Franchise und der Inflation zehn (10) Einheiten. Es zeigt sich zum Beispiel, dass die bei den ausgerichteten Beträgen zu beobachtende Inflation 1,53% beträgt, wenn die Teuerung bei 1% liegt und die Franchise bei 8 Einheiten. Bei einer Franchise von zehn (10) Einheiten, die somit den Durchschnittskosten entspricht) und einer Teuerung von 4% beobachtet man bei den ausgerichteten Beträgen eine Inflation von 7,20%. Sie liegt damit um über 80% höher als die Inflation der gesamten Schadenfälle.

Bei einer abweichenden Kostenverteilung können die Ergebnisse deutlich anders ausfallen. Der Hebeleffekt der Inflation ist grundsätzlich präsent.

Beispiel 2 :



Mis en forme : Allemand (Suisse), Ne pas vérifier l'orthographe ou la grammaire

	Erhöhung in % der Kosten gemäss Franchise					
Inflation	0	2	4	6	8	10
1,0%	1,00	1,04	1,12	1,22	1,31	1,40
2,0%	2,00	2,08	2,25	2,44	2,62	2,80
3,0%	3,00	3,12	3,37	3,66	3,94	4,21
4,0%	4,00	4,17	4,50	4,87	5,25	5,61
5,0%	5,00	5,21	5,62	6,09	6,56	7,02

Die Durchschnittskosten liegen in Beispiel 2 bei zehn (10) Einheiten. Der Hebeleffekt der Inflation ist aber weniger ausgeprägt als in Beispiel 1. Bei hohen Franchisen fällt er allerdings bedeutend aus.

Daher ist es wichtig, dass sich die Krankenversicherer und die Bevölkerung dieses Phänomens bewusst sind. Es erklärt zum Teil, weshalb die von den KK zu tragenden Kosten immer über der medizinischen Inflation liegen.

Zur Messung des effektiven Hebeleffekts der medizinischen Inflation in einem gegebenen Jahr in der Schweiz müsste die Verteilung der Versicherten auf die einzelnen Franchisen bekannt sein. Zudem müsste man über Schätzungen zur Verteilung der jährlichen Kosten (insbesondere unter dem Niveau der Franchise) verfügen.

Die einzige Lösung, um das von uns in diesem Kapitel beschriebene Phänomen zu vermeiden, besteht darin, die Franchisen an die Entwicklung der medizinischen Inflation anzupassen.

5. FUNDAMENTALE UMGESTALTUNG DES SYSTEMS

5.1 Kantonale Krankenkasse

5.1.1 Modell

Das Krankenversicherungssystem hat in dreifacher Hinsicht versagt: Bei der gesetzlich vorgesehenen Konkurrenz unter den KK als Regulierungsinstrument, bei der Zufriedenstellung der Bevölkerung mit den im heutigen System unaufhaltsam ansteigenden Preisen und bei der Befriedigung der Bedürfnisse der kantonalen Behörden. Die VTKV hat angesichts dieser Tatsache Modelle analysiert, die eine Korrektur der grossen Probleme des heutigen Systems bedeuten könnten. Eines dieser Modelle, die kantonale Krankenkasse (KKK), wird eingehend vorgestellt, da es vom VTKV bevorzugt wird und die in Kapitel 3 beschriebenen Fehlfunktionen grösstenteils beheben kann. Es gilt allerdings zu berücksichtigen, dass der Vorschlag des VTKV sich wesentlich von den bis anhin von verschiedenen Seiten vorgeschlagenen KKK-Modellen unterscheidet.

5.1.2 Beschreibung

Die vom VTKV entworfene kantonale oder interkantonale ²³ Krankenkasse ist eine unabhängige Institution des öffentlichen Rechts, die als Ausführungsorgan des KVG auftritt. Ihre Rechtsform erlaubt die Ausübung ihrer öffentlich-rechtlichen Funktion bei gleichzeitiger Unabhängigkeit gegenüber der Politik. Sie wird von einem Verwaltungsrat geführt, in dem die verschiedenen Anspruchsgruppen vertreten sind.

Die KKK arbeitet mit dem Kanton in der Führung einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKV) zusammen. Diese Versicherung ist sozialer Art und transparent. Die KKK umfasst sämtliche Versicherten des Kantons und führt Statistiken über diese versicherten Personen in ihrer Gesamtheit. Sie berechnet die für ein ausgewogenes System erforderlichen Prämien. Sie stellt die Solidarität der einzelnen Bevölkerungsklassen untereinander sicher.

²³ Das neue System könnte (vor allem) den (kleinen) Kantonen es durchaus freistellen, im Rahmen eines Konkordats eine Kasse für mehrere Kantone zu gründen.

Die Prämien werden wie bisher als Kopfprämien gestaltet, Sonderkonditionen gelten für Kinder und Jugendliche in der Ausbildung. Die Subventionen für Personen mit geringem Einkommen werden beibehalten.

Die KKK vereinnahmt die Prämien und richtet die Leistungen aus. Hierin unterscheidet sie sich nicht von den heutigen KK. Da die gesamte Bevölkerung gedeckt ist (d.h. auch die schweren Fälle von über CHF 50'000.– pro Jahr als auch die Sonderfälle wie Asylanten, chronisch Kranke etc.)²⁴ ist keine Ergänzungskasse vorzusehen. Die gesetzlich verbotene, aber im bestehenden System wuchernde Risikoselektion verschwindet von selber.

Die KKK führt einen kantonalen Reservefonds, der einzig für den Kostenausgleich von einem Jahr zum anderen, die Vermeidung von finanziellen Notlagen der Kasse und die Vorsorge gegen Liquiditätsengpässe vorgesehen ist. Es sei daran erinnert, dass bei Kassenwechseln im heutigen System keine Freizügigkeit herrscht, obwohl die betreffende versicherte Person zu ihrem Aufbau beigetragen hat. Zudem stellen diese Reserven für Kassen mit grossem Andrang von Neueintreten ein enormes Problem dar. Dieser grosse Mangel des bestehenden Systems wird mit der Einführung der KKK behoben. Die Freizügigkeit für einen Teil der Reserve bei Wechseln in eine andere KKK erübrigt sich, da die Ein- und Austritte sich mittelfristig tendenziell die Waage halten.

Die verschiedenen Franchisemöglichkeiten werden beibehalten, im Vergleich zur heutigen Praxis aber verbessert. Insbesondere werden sie jährlich an die Entwicklung der medizinischen Inflation angeglichen.

Das heutige «Tiers garant»-System, bei dem der Patient die medizinischen Kosten zunächst vorschiesst, sorgt für Probleme beim Zugang zu medizinischer Betreuung. Ein allgemeines «Tiers payant»-System ist an seiner Stelle einzuführen. Das Argument einer Bevormundung der Versicherten erscheint innerhalb eines KKK-Modells unter kantonaler Aufsicht effektiv weniger stichhaltig.

Die Einführung einer Gesundheitskarte ist ernsthaft zu erwägen. Hiermit liesse sich der Leistungsbezug besser kontrollieren und Verschwendungen durch redundante Diagnosen und Behandlungen vermeiden.

²⁴ Man könnte innerhalb dieses Systems auch einen nationalen Risiko-Pool für schwere Fälle vorsehen (vgl. Ziffer 4.3).

5.1.3 Rolle des Kantons

Der Kanton führt die Aufsicht über das kantonale Gesundheitssystem. Er stellt die Planung des Spitalsektors sicher und arbeitet eng mit den KKK zusammen, was die Erhebung und Bearbeitung von statistischen Daten, die Ausarbeitung der Tarife, die Tarifverhandlungen usw. betrifft.

Der Kanton überwacht die korrekte Umsetzung des Gesetzes seitens der KKK.

Er untersteht seinerseits der Oberaufsicht des Bundes, welcher für die Koordination der Gesundheitspolitik auf Landesebene zuständig ist und als Rekursinstanz in administrativen Fragen fungiert.

5.1.4 Bestehende KK

Die bestehenden KK dürfen die Grundversicherungen im Auftrag der KKK weiterführen.

Selbstverständlich tragen sie überhaupt kein Risiko, haben aber die Prämien einzuziehen und nach entsprechenden Überprüfungen die Leistungen auf Rechnung der KKK auszurichten. Ihre Arbeit für die KKK wird entschädigt, massgeblich ist ein präzises Pflichtenheft.

Die KKK überprüft die Einhaltung des Pflichtenhefts mittels periodischer Audits bei den von ihr beauftragten Kassen. KK, welche das Pflichtenheft nicht einhalten, entzieht die KKK das Mandat.

Die Grundlagen für die Entschädigung der KK lassen sich in Franken pro versicherter Person oder nach Anzahl der beglichenen Rechnungen oder nach einem andren System darstellen. In diesem Zusammenhang lässt sich eine Ausschreibung der Verwaltungsmandate denken, die sich an die KK richtet, welche sich für die Betreuung der Grundversicherung interessieren. Jede Kasse, die das interessanteste Angebot übernehmen will, könnte ein Verwaltungsmandat erhalten.

Die KK vermarkten und führen weiterhin Zusatzversicherungen auf eigene Rechnung und sind hierbei in der Gestaltung ihrer Geschäftspolitik frei. Allerdings ist eine Aufgabentrennung analog der heutigen vorzusehen, damit die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes eingehalten werden.

Die Vorzüge von KKK-Grundversicherungsmandaten für die KK liegen auf der Hand: Sie können ihren Kunden ein vollständiges Dienstleistungspaket bieten und verfügen gleichzeitig über die Möglichkeit, dem Publikum ihre Effizienz, ihre Kompetenz und die Qualität ihres Managements vor Augen zu führen.

5.1.5 Vorzüge des Modells

Die im Rahmen einer Sozialversicherung unsinnige Konkurrenz unter den Krankenkassen wird beseitigt. Besser gesagt, sie konzentriert sich neu auf die Qualität der angebotenen Dienstleistungen, deren Preis auf kantonaler Ebene festgelegt wird. Mit anderen Worten kann der Kunde nun tatsächlich die leistungsstärkste Krankenkasse wählen und sich dabei auf die Qualität der angebotenen Leistungen abstützen.

Für jede Kasse bestehen Leistungsanreize, da die Dienstleistungsqualität in der Grundversicherung (etwa die Wartezeit bis zur Rückvergütung) ein Verkaufsargument für die kasseneigenen Zusatzversicherungen darstellt.

Die gesetzlich verbotene, aber derzeit in verschiedenen indirekten Formen praktizierte Risikoselektion verschwindet von selbst.

In der Grundversicherung fallen keine Kommissionen sowie keine direkten oder indirekten Werbungskosten mehr an. Jeder Franken wird nach besten Kräften für das vorgegebene Ziel eingesetzt.

Die Prämienunterschiede, Zeugen des Versagens der heutigen Marktregulierung über die Konkurrenz, verschwinden. Wir weisen erneut darauf hin, dass diese Unterschiede innerhalb desselben Tarifgebiets in keiner Weise zu rechtfertigen sind und das Unvermögen des heutigen Risikoausgleichssystems verdeutlichen.

Das heutige ungeeignete Risikoausgleichssystem verschwindet aus Berechtigungsgründen, da und sobald die Solidarität und der Risikoausgleich über eine KKK erfolgen (der Bestand einer KKK für den Kanton Waadt würde rund 700'000 Versicherte umfassen).

Die KKK und die für sie auf Mandatsbasis tätigen bestehenden KK setzen den zahlreichen und teuren Kassenwechseln, wie sie derzeit jedes Jahr stattfinden, ein Ende. Besser noch, die Delegation von Verwaltungsaufgaben seitens der KKK vereinfacht den Kassenwechsel auf Wunsch, da es sich letztendlich nur um einen Wechsel des Verwalters handelt, während der Risikoträger KKK bestehen bleibt.

Der Wechsel von einer KK zu einer anderen sollte keine Probleme aufwerfen; die Übertragung von Reserven zwischen den einzelnen Kassen entfällt, da die Reserven in den KKK nur noch zur Standardisierung der Prämien dienen.

Die Auslagerung von Mandaten an die bestehenden KK ermöglicht es, auf die Schaffung eines komplizierten staatlichen Apparats zu verzichten und zudem die Arbeitsplätze der derzeit in diesen Kassen tätigen qualifizierten Mitarbeitenden zu sichern.

Die Tarifverhandlungen zwischen den Versicherern und den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen gestalten sich auf kantonaler Ebene zweifelsohne wesentlich effizienter. Sie kommen rascher und besser zum Abschluss, vor allem wenn sie etwa ein Managed-Care-System ermöglichen. Im heutigen System ist dies anscheinend ein Ding der Unmöglichkeit.

In den vorangehenden Kapiteln zeigte sich der Mangel an Transparenz in der Verwaltung der Krankenversicherung, dies vor allem im Bezug auf die Festlegung der Prämien. Da die KKK Zugang zu allen Statistiken auf kantonaler Ebene hat, kann sie mit Sicherheit einen transparenten Tarif gestalten und ggf. die spezifischen Gründe für einen Anstieg der Gesundheitskosten darstellen und angemessene Korrekturmassnahmen (z. B. Prophylaxe) ergreifen.

Der grösste Vorzug einer KKK besteht schliesslich darin, dass sie den Geist des KVG als Sozialversicherung mit Zugang zur grundlegenden Gesundheitsversorgung für alle und Solidarität zwischen Jung und Alt sowie Kranken und Gesunden sicherstellt.

5.1.6 Nachteile des Modells

Mit der Schaffung von kantonalen Krankenkassen erhalten die kantonalen Behörden eine enorme Machtfülle und Verantwortung. Eine allzu rigide Planung kann zu einer Unterversorgung im Gesundheitswesen führen. Dies ist bereits in einigen Ländern der Fall (so etwa in Frankreich), wo nicht einmal mehr die Notfallstationen der Nachfrage gerecht werden.

Eine langfristige Vision mit Sinn für das Gemeinwohl und Verzicht auf dogmatische Positionen ist für den Erfolg des empfohlenen Gesundheitswesenmodells unabdingbar.

Besondere Beachtung ist der Tatsache zu schenken, dass der Kanton zugleich „Richter und Partei“ in der Planung und Verwaltung des Spitalsystems ist. Auch hier ist eine Lösung zu finden, etwa in Form eines multilateralen Kontrollausschusses.

5.1.7 Bilanz

Obwohl einige Vorbehalte wie oben erwähnt noch nicht ausgeräumt sind - wobei sie allerdings nicht grundsätzlich gegen das Modell sprechen, sondern eher Anlass zu Vorsichtsmassnahmen und verschiedenen aufsichtsrechtlichen Ansätzen sind - kann das vorgestellte Modell den grössten Teil der Mängel und Schwachstellen der heutigen Krankenversicherung korrigieren.

Der Übergang gestaltet sich gewiss nicht einfach. Man sollte sich der technischen und juristischen Schwierigkeiten bei der Umsetzung eines solchen Modells durchaus bewusst sein. Mit Sicherheit sind noch Fragen zu beantworten und Entscheidungen zu fällen. Grundsätzlich aber ist der VTKV von dem KKK-Modell überzeugt.

5.2 Andere analysierte Systeme

5.2.1 Einheitskasse auf Bundesebene

Die unter Ziffer 5.1 vorgestellte Lösung folgt dem Modell der kantonalen Einheitskasse mit einigen Anpassungen zur Berücksichtigung der heutigen Marktlage in der Krankenversicherung und Vermeidung des Abbaus der heutigen Verteilung der Krankenversicherung.

Die Ausweitung eines solchen Modells auf die gesamte Schweiz ist verlockend. In diesem Fall würden die Gesundheitskosten landesweit solidarisch getragen. In unserem föderalistischen System, bei dem vor allem die Spitalplanung in die Kompetenzen der Kantone fällt, sind wir uns aber nicht sicher, ob die Bevölkerung ein landesweit einheitliches System mittragen würde. Es sei darauf hingewiesen, dass die Kosten für die Spitalinfrastruktur, d. h. ein Teil der nicht von den Versicherten getragenen Gesundheitskosten, von den Kantonen finanziert werden. Vor allem die Spitzenmedizin in Kliniken mit zusätzlichem universitärem Auftrag weist Ausbildungskosten auf, die nicht den Gesundheitskosten zuzuschlagen sind.

Der VTKV ist allerdings der Ansicht, dass die Konkurrenz zwischen den Kantonen fortbestehen könnte und dass eine bundesweite Einheitskasse mit Möglichkeit zur Prämiendifferenzierung nach Kantonen keine gute Lösung wäre.

5.2.2 Krankenversicherung nach dem Modell der Ausgleichskassen

Eine weitere Möglichkeit besteht im Einschluss der Grundversicherung in einem an die Unternehmen gebundenen Sozialversicherungssystem. Somit kämen Ausgleichskassen oder mit ihnen verbundene Unternehmen bei der Organisation der Krankenversicherung zum Zuge. Diese Idee ist vor allem für Berufstätige in ein- und derselben Berufsgattung interessant, da sie die erste Säule, die berufliche Vorsorge und die Krankenversicherung aus einer Hand erhielten. Eine derartige Lösung erfordert aller Wahrscheinlichkeit nach einen

grundlegenden Umbau des Systems, zum Beispiel im Bereich der Vereinnahmung von einkommensabhängigen Prämien und Sondertarife für erwerbslose Personen. Wir sind der Ansicht, dass derartige Optionen eher in das Gebiet der Politik als in das der Versicherungsmathematik fallen und haben daher auf eine eingehende Analyse dieses Modells verzichtet.

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der VTKV ist zwar der Ansicht, dass das heutige Krankenversicherungssystem in der Schweiz in aktuarieller und technischer Hinsicht deutlich verbesserungsfähig ist, ohne jedoch das gesamte Konzept in Frage zu stellen. In diesem Zusammenhang sind vor allem der Zweck und die Höhe der Reserven zu überdenken und das finanzielle und buchhalterische Reporting zu verbessern. Langfristig spricht sich der VTKV aber für eine grundlegendere Umgestaltung des Systems aus. So schlägt der VTKV vor, kantonale bzw. interkantonale Krankenkassen zu schaffen, welche ihre Verwaltung an die bestehenden Kassen delegieren. Letztere können nach wie vor im Geschäft mit Zusatzversicherungen tätig sein. Dieses neue System wäre effektiv die beste Garantie für mehr Transparenz, einen besseren Risikoausgleich und eine bessere Risikovergütung, mehr Effizienz bei der Festlegung der Prämien insbesondere bei den Verhandlungen mit den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen und eine effizientere Überwachung, die grundsätzlich auf kantonaler Ebene angesiedelt ist.

Selbstverständlich steht der VTKV der Politik zwecks Ausarbeitung einer zufriedenstellenden Lösung der versicherungsmathematischen Verwaltung der Krankenversicherung zur Verfügung.

Mis en forme : Gauche : 5 cm,
Droite : 2,5 cm, Haut : 3 cm, Bas
: 2 cm, Début de section : Page
impaire, Distance de l'en-tête par
rapport au bord : 1.5 cm, Distance
du bas de page par rapport au
bord : 1 cm, Première page
différente

Dank:

Die Mitglieder des VTKV danken der l'Association romande et tessinoise des institutions d'action sociale (ARTIAS) für ihre Unterstützung bei der Veröffentlichung und Verbreitung der vorliegenden Betrachtungen.

Wiedergabe:

Die gänzliche oder teilweise Wiedergabe dieser Unterlagen mit Quellenangabe ist gestattet. Sie lassen sich auf der Website von ARTIAS herunterladen: www.artias.ch, Rubrik « dossier du mois ».