

**Prämienfestsetzung und –genehmigung in der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung**

Bericht in Erfüllung des Postulats Robbiani (05.3625)

September 2006

<u>ZUSAMMENFASSUNG</u>	4
<u>1 EINLEITUNG</u>	7
<u>2 AUFSICHT UND PRÄMIENGENEHMIGUNG IN DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG</u>	7
2.1 ABGRENZUNG DER AUFSICHTSTÄTIGKEIT IM BEREICH DER KRANKENVERSICHERUNG	7
2.2 ORGANISATION UND ZIELE DER AUFSICHT ÜBER DIE SOZIALE KRANKENVERSICHERUNG	8
2.3 ZIEL UND ZWECK DER PRÄMIENGENEHMIGUNG	9
<u>3 ABLAUF DER PRÄMIENGENEHMIGUNG</u>	9
3.1 KONTINUIERLICHE PRÜFUNG SÄMTLICHER EINGABEN DER VERSICHERER	9
3.2 RECHNUNGSLEGUNG DER VERSICHERER	10
3.3 PRÄMIEN- UND BUDGETEINREICHUNG DURCH DIE VERSICHERER	11
3.4 STELLUNGNAHME DER KANTONE	11
3.5 PRÄMIENGENEHMIGUNG DURCH DAS BAG	12
3.6 UNTERJÄHRIGE PRÄMIENGENEHMIGUNG	15
3.7 ÜBERPRÜFUNG UND DURCHSETZUNG DER ANWENDUNG DER GENEHMIGTEN PRÄMIE VOR ORT	15
3.8 UMFANG UND QUALITÄT DES ZUR VERFÜGUNG STEHENDEN DATENMATERIALS	15
3.9 EVALUATION UND WEITERENTWICKLUNG DER PRÄMIENGENEHMIGUNG	16
<u>4 METHODE UND BEURTEILUNGSKRITERIEN BEI DER PRÄMIENGENEHMIGUNG</u>	17
4.1 PRIORISIERUNG DER PRÜFTÄTIGKEITEN UND ENTSCHEIDKRITERIEN FÜR DIE GENEHMIGUNG	17
4.2 PRÜFUNG DER EINHALTUNG DER GESETZLICHEN FINANZIERUNGSBESTIMMUNGEN	18
4.2.1 PRÜFUNG DER RECHNUNGSLEGUNG DURCH DIE UNABHÄNGIGEN REVISIONSSTELLEN UND DIE AUFSICHTSBEHÖRDE	18
4.2.2 ÜBERPRÜFUNG DER VERWALTUNGSKOSTEN	19
4.3 ÜBERPRÜFUNG DER FINANZIELLEN SICHERHEIT DES VERSICHERERS	21
4.3.1 PRÜFUNG UND PLAUSIBILISIERUNG DER BUDGETS	21
4.3.2 PRÜFUNG DER RESERVEN UND RÜCKSTELLUNGEN	24
4.3.3 KANTONALE UND REGIONALE PRÄMIENFESTSETZUNG	27
4.4 ÜBERPRÜFUNG DER PRÄMIENERMÄSSIGUNGEN AUF IHRE GESETZMÄSSIGKEIT	30
4.4.1 PRÄMIENERMÄSSIGUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT DEN PRÄMIENREGIONEN	30
4.4.2 ALTERSABHÄNGIGE PRÄMIENERMÄSSIGUNGEN	30
4.4.3 PRÄMIENERMÄSSIGUNGEN BEI WAHLFRANCHISEN	31
4.4.4 PRÄMIENERMÄSSIGUNGEN BEI EINGESCHRÄNKTER WAHL DER LEISTUNGSERBRINGER	31
4.4.5 PRÄMIENERMÄSSIGUNGEN BEI RUHEN DER UNFALLDECKUNG	32
4.4.6 MINIMALE PRÄMIE	33
4.4.7 BERECHNUNGSREIHENFOLGE DER PRÄMIENERMÄSSIGUNGEN	33
4.5 EINBEZUG DER STELLUNGNAHMEN DER KANTONE	33
4.6 TRANSPARENZ DER ENTSCHEIDFINDUNG DER AUFSICHTSBEHÖRDE	34
<u>5 TRANSPARENZ DER FINANZIERUNG UND DER PRÄMIENFESTSETZUNG GEGENÜBER DEN VERSICHERTEN</u>	35
5.1 PUBLIKATIONEN UND MITTEILUNGEN ZUR FINANZIERUNG UND DEN PRÄMIEN DER OKP	35

5.1.1	INFORMATIONSPFLICHT UND PUBLIKATIONEN DER VERSICHERER	35
5.1.2	PUBLIKATIONEN DES BAG	36
5.1.3	PRIVATE PRÄMIENVERGLEICHSDIENSTE	38
5.1.4	UMFANG UND QUALITÄT DER ZUR VERFÜGUNG STEHENDEN DATEN	38
5.2	TRANSPARENZ UND NACHVOLLZIEHBARKEIT DURCH DIE VERSICHERTEN	39
5.2.1	FINANZIERUNG DER OKP	39
5.2.2	FINANZDATEN DER KRANKENVERSICHERER	39
5.2.3	PRÄMIE UND PRÄMIENERHÖHUNGEN	40
6	<u>HANDLUNGSBEDARF BEZÜGLICH DER PRÄMIENGENEHMIGUNG UND DER INFORMATION DER VERSICHERTEN</u>	44
6.1	PRÄMIENGENEHMIGUNG DURCH DIE AUFSICHTSBEHÖRDE	44
6.2	INFORMATION DER VERSICHERTEN – TRANSPARENZ DER PRÄMIENENTWICKLUNG	44

Zusammenfassung

Prämiengenehmigung durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Ziel der Prämienkontrolle und – genehmigung durch die Aufsichtsbehörde ist es zu überprüfen, ob die eingereichten Prämien im Verhältnis zu den Kosten, welche die Versicherer im entsprechenden Kanton zu tragen haben, angemessen sind. Die Prämien müssen der jeweiligen kantonalen Kostensituation angepasst sein. Zudem dient die Prämiengenehmigung der Überprüfung und Gewährleistung der Einhaltung der Finanzierungsgrundsätze des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und der Solvenz der Krankenkassen. Die Kassen müssen nach Gesetz jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen. Schliesslich dient die Kontrolle und Genehmigung der Prämientarife auch dazu, die Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienfestsetzung und zu den Prämienermässigungen durchzusetzen, und damit die Gleichbehandlung aller Versicherten sicherzustellen.

Dem BAG stehen zu diesem Zweck sämtliche Daten, welche für die Finanzaufsicht und die Prämiengenehmigung notwendig sind, in qualitativ einwandfreier Form zur Verfügung. Die Aufsichtsbehörde muss im Rahmen der Prämiengenehmigung die gesteckten Ziele erreichen und eine einheitliche Anwendung des Bundesrechts durch die Versicherer durchsetzen. Dies erfordert, aufgrund der engen zeitlichen Vorgaben für die Prämiengenehmigung, ein pragmatisches Vorgehen. Die Entscheidungskriterien zur Prämiengenehmigung sind dazu einheitlich und klar festgehalten und die Gewichtung und Priorisierung der Prüftätigkeiten erfolgt aufgrund nachvollziehbarer Kriterien. Die Prämienhoheit liegt beim Versicherer und die ihm, aufgrund der sehr detaillierten Regulierung der Prämienfestsetzung durch Gesetz und Verordnung, beschränkt verbleibenden Freiräume und Ermessensspielräume sollen zu Gunsten des Wettbewerbs unter den Versicherern durch die Aufsichtsbehörde nicht weiter eingeschränkt werden. Die Prämienfestsetzung, und damit die zukünftigen finanziellen Ergebnisse, müssen in der Verantwortung des Versicherers liegen.

Die Versicherer reichen per 31. Juli sämtliche für das Folgejahr vorgesehenen Prämientarife, die geprüften Abschlusszahlen des Vorjahres, die Hochrechnungen des laufenden Jahres und die Budgets für das Folgejahr zur Prüfung und Genehmigung ein. Aufgrund der Prüftätigkeiten der gesetzlichen Revisionsstellen kann sich die Aufsichtsbehörde bei der Prüfung der Abschlusszahlen des Vorjahres darauf konzentrieren und beschränken, die Rechnungslegungsdaten, den Geschäftsbericht und den Revisionsbericht mit den Bestätigungen der Revisionsstelle zu analysieren und zu vergleichen. Das BAG interveniert bei den Versicherern konsequent, falls aus dieser Prüfung hervorgeht, dass gesetzliche Bestimmungen zur Finanzierung nicht eingehalten wurden.

Die Budgets und Hochrechnungen beinhalten Annahmen und Prognosen, die von der Aufsichtsbehörde plausibilisiert werden müssen. Die Prüfung der Hochrechnungen und Budgets der Krankenkassen erfolgt gemäss dem durch die Budgetierungsqualität der einzelnen Kassen bekannten Risikopotential individuell pro Versicherer. Für die Plausibilisierung der Kostenentwicklung sind für das BAG die kumulierten Prognosen der Versicherer, die Quervergleiche unter den Versicherern unter Berücksichtigung ihrer Risikostruktur und deren Entwicklung, die kantonalen Stellungnahmen, das Kostenprognosemodell des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG), bekannte kostenwirksame Massnahmen und mögliche weitere spezifische Informationen zur Kostenentwicklung in den Kantonen massgebend. Die prognostizierten Betriebsergebnisse der Versicherer müssen bei einer plausiblen Budgetierung einen mittelfristigen Ausgleich zwischen den Prämien und den Kosten in den einzelnen Kantonen ermöglichen.

Gemäss der Genehmigungspraxis des BAG müssen die im Gesetz vorgeschriebenen Mindestreserven eingehalten werden. Die Äufnung von fehlenden Reserven ist zwingend vorzusehen. Sowohl für die gesamte Schweiz als auch für jeden Kanton müssen für

unerledigte Versicherungsfälle Rückstellungen vorhanden sein oder gebildet werden, welche die aus den Vorjahren ausstehenden Rechnungen zu decken vermögen. Die Aufsichtsbehörde setzt gegenüber den Versicherern die Prämienfestsetzung gemäss den anfallenden Kosten auf kantonaler Ebene mittelfristig durch. Sie lässt den Versicherern dabei einen gewissen Handlungsspielraum, um notwendige Anpassungen in den einzelnen Kantonen an den schweizerischen Durchschnitt unter Berücksichtigung ihrer gesamten finanziellen Situation und einer unternehmerisch sinnvollen Prämienentwicklung in den einzelnen Kantonen zu ermöglichen. Die Aufsichtsbehörde prüft bei sämtlichen Krankenversicherern die Höhe der Verwaltungskosten sowie die Verteilschlüssel, und schreitet bei erkennbaren Fehlentwicklungen ein.

Das BAG setzt die Berechnungsgrundsätze für die Prämien und die maximalen Prämienermässigungen durch und gewährleistet damit die durch das KVG und die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.101) gewollte Solidarität unter den Versicherten. Bei der Festsetzung der Prämienermässigungen bis zu den gesetzlichen Maxima verfügen die Versicherer über einen grossen Ermessensspielraum. Grundsätzlich liegen der Höhe der Prämienermässigungen Kostenunterschiede zu Grunde, wobei zu Gunsten des Wettbewerbs der Ermessensspielraum der Versicherer durch die Aufsichtsbehörde im Rahmen der Prämien genehmigung nicht unnötig eingeschränkt wird.

Die Kantone haben bezüglich der Prämien genehmigung ein umfassendes Einsichtsrecht und ein Vernehmlassungsrecht, aber keine Genehmigungskompetenz. Sie können vor der Genehmigung der Prämien zu den für ihre Bevölkerung vorgesehenen Prämientarifen Stellung nehmen. Die Aufsichtsbehörde bezieht die Stellungnahmen der Kantone bezüglich der gesamthaften Betrachtung der kantonalen Situation und Kostenentwicklung konsequent in ihre Beurteilung mit ein. Die Zusammenarbeit der Kantone und der Aufsichtsbehörde sollte sich nicht auf die jährliche Stellungnahme im engen Zeitrahmen der Prämien genehmigung beschränken, sondern idealerweise einen kontinuierlichen Dialog zur Prämienentwicklung und die zu Grunde liegende Kostenentwicklung in den Kantonen darstellen.

Der Bundesrat erachtet die Prämien genehmigung durch die Aufsichtsbehörde in Bezug auf die zu Grunde liegenden Daten und deren Prüfung als transparent und zweckmässig. Die Ziele der Prämien genehmigung - eine Prämienfestsetzung entsprechend den anfallenden Kosten, die Solvenz der Krankenversicherer und die einheitliche Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienfestsetzung und der Prämienermässigungen - werden mit dem aktuellen Verfahren und den beschriebenen Prüfungen und Entscheidungskriterien der Aufsichtsbehörde grundsätzlich erreicht, ohne den für den Wettbewerb notwendigen Freiraum der Versicherer bei der Prämienfestsetzung unnötig einzuschränken. Die Prämienkontroll- und -genehmigungspraxis der Aufsichtsbehörde wurde seit Einführung des KVG im Jahr 1996 im Auftrag der Aufsichtsbehörde von externen Experten mehrfach überprüft. Empfehlungen aus den betreffenden Studien wurden im Rahmen der stetigen Weiterentwicklung des Prüfverfahrens umgesetzt, sodass heute ein wirksames und pragmatisches Verfahren zur Prämien genehmigung besteht. Der Bundesrat sieht aus diesen Gründen keinen Handlungsbedarf bezüglich der zu Grunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen.

Information der Versicherten bezüglich Finanzierung und Prämienfestsetzung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Die Finanzierung der OKP ist in den jährlichen Publikationen des BAG transparent dargestellt und für die interessierten Personen nachvollziehbar. Insbesondere kann die Kostenentwicklung in der OKP über die Vorjahre, auch getrennt nach Kostengruppen, verfolgt werden. Neben Ihrer allgemeinen Informationspflicht veröffentlichen die Versicherer jährlich einen Geschäftsbericht mit den Eckdaten und Kennzahlen zum Versicherungsgeschäft. Interessierte Personen haben mit den publizierten Eckwerten in den Geschäftsberichten der Versicherer und in den durch das BAG publizierten individuellen Aufsichtsdaten der OKP einfach vergleichbare Finanzdaten zur Verfügung, welche die Transparenz der finanziellen Situation

der einzelnen Versicherer sicherstellen. Die grosse Mehrheit der Versicherer verfügt zudem über Versichertenzeitschriften und Internetauftritte, durch welche sie die Versicherten zusätzlich informieren.

Die Prämien der OKP dienen der Deckung der Kosten in der OKP. Die Prämien erhöhten sich zwischen 1996 und 2004 gemäss der Kostenentwicklung und es wurden rund 95% der Prämieinnahmen für die Bezahlung von Leistungen verwendet. Die Kostenentwicklung ist nicht aus der jährlichen Prämienentwicklung ersichtlich, sondern muss auf mittlere Frist betrachtet und in Relation zu den Prämien gestellt werden, da die Prämien für das Folgejahr nicht auf den erhärteten Kostendaten der Vorjahre, sondern aufgrund von Prognosen festgesetzt werden müssen. Mittel- bis langfristig ist das Verhältnis zwischen Kosten und Prämien ausgeglichen und die Prämien und Leistungen entwickeln sich parallel.

Die Prämienunterschiede und die unterschiedliche Prämienentwicklung resultieren aus den unterschiedlichen Kosten der einzelnen Versicherer. Auch die unterschiedliche Prämiendifferenzierung durch Prämienermässigungen und die Budgetierungsgenauigkeit der Versicherer schaffen Unterschiede zwischen und innerhalb der einzelnen Versicherer. Die Gründe für die über- oder unterdurchschnittliche Entwicklung einer individuellen Prämie sind dabei vielfältig und beruhen hauptsächlich auf den Kostenunterschieden zwischen den einzelnen Versicherern, Budgetabweichungen und den unternehmerischen Entscheiden zum Angebot von besonderen Versicherungsformen und der Ausgestaltung der Prämienermässigungen. Die individuelle Prämienfestsetzung der Versicherer erfolgt nach objektiven und gesetzlichen Kriterien, welche dem Versicherer einen gewissen Handlungsspielraum zur Prämiendifferenzierung lassen. Aufgrund der systematischen Aufsichtstätigkeit können sich die Versicherten darauf verlassen, dass die vom BAG genehmigte Prämie vom Versicherer gemäss objektiven und gesetzlichen Kriterien festgesetzt wurde und zur Deckung der Leistungen verwendet wird. Damit erfolgt eine technisch einheitliche und vergleichbare Prämienfestsetzung durch alle Versicherer.

Mit der vollen Freizügigkeit wird der Bevölkerung der Schweiz eine uneingeschränkte Freiheit bei der Wahl des Versicherers eingeräumt. Die Versicherten können entscheiden, ob sie die OKP bei ihrer bisherigen Krankenkasse fortführen oder zu einem anderen Versicherer wechseln wollen. Damit sind dem System wesentliche Wettbewerbselemente eigen, die auch die Anreize zu kosten dämpfenden Massnahmen fördern, und die nach Ansicht des Bundesrats klare Vorzüge gegenüber von alternativen Systemen aufweist. Die Versicherten können die von ihrem Versicherer mitgeteilte neue Prämie mit den durch das BAG publizierten Prämien und Versicherungsangebote aller Versicherer vergleichen und sich jährlich zum Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder einem anderen Versicherer entscheiden, und leisten damit einen wichtigen Beitrag zu einem funktionierenden Wettbewerb. Die Vergleichbarkeit aller angebotenen Prämien und die volle Freizügigkeit ermöglichen den Versicherten, einen Versicherer zu wählen, welcher ihren Ansprüchen bezüglich Prämienhöhe, angebotenen Versicherungsmodellen, Prämienermässigungen und Unternehmenspolitik entspricht.

Die Transparenz der Finanzierung, der Prämienfestsetzung und der Prämienentwicklungen durch die Publikationen des BAG und der Versicherer ist aus genereller Sicht und für die einzelnen Versicherer ausreichend. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern ist aufgrund der vollen Freizügigkeit für die Versicherten, der Mitteilung der neuen Prämie durch die Versicherer und der Vergleichbarkeit der Prämien gewährleistet. Die notwendige Transparenz ist für die Versicherten mit der Mitteilung der neuen Prämie durch die Versicherer und der Vergleichbarkeit der Prämie aller Versicherungsformen aller Versicherer vorhanden. Aus diesen Gründen sieht der Bundesrat keinen Handlungsbedarf bezüglich der Information der Versicherten und schlägt keine organisatorischen oder gesetzgeberischen Massnahmen vor.

1 Einleitung

Im Oktober 2005 wurde das Postulat Robbiani (05.3625), „Für eine bessere Information der Krankenversicherten“, eingereicht und am 16. Dezember 2005 vom Nationalrat angenommen. Der vorliegende Bericht soll im Sinne der zum Postulat Robbiani erfolgten Stellungnahme des Bundesrats, unabhängig von den aktuell laufenden Revisionen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), einen Überblick über das Verfahren und die Beurteilungskriterien der Prämien genehmigung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) geben, und prüfen, ob die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde durchgeführte Prämien genehmigung transparent und zweckmässig ist. Zudem sollen die Transparenz der Finanzierung und der Prämienfestsetzung gegenüber den Versicherten analysiert und entsprechender Handlungsbedarf abgeklärt werden. Im Frühjahr 2006 hat ausserdem die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK-S) verschiedene Fragestellungen zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung und zur Prämien genehmigung vorgebracht und beschlossen, vorläufig selber keine Abklärungen dazu zu tätigen und aufgrund dieses Berichts über ihr weiteres Vorgehen zu entscheiden. Daher werden verschiedene Punkte zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung und die Prämien genehmigung aufgrund von Fragen der GPK-S im Rahmen dieses Berichts zusätzlich erläutert.

Der Bundesrat, der die Aufsicht über die Krankenversicherung wahrnimmt, und das BAG, welches der Bundesrat mit der Aufsicht und der Prämien genehmigung beauftragt hat, unterstützen nicht nur den Wunsch nach mehr Einblick in das Prämien genehmigungsverfahren seitens der Bevölkerung, sondern erachten die Beantwortung des Postulates auch als Chance, um wiederkehrende Fragestellungen beantworten zu können, und mit dem Aufzeigen der Abläufe und Handlungsspielräume die Diskussion um die Rolle der Prämien genehmigung in der Prämienanstiegsdiskussion zu versachlichen.

Der Bereich der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG wurde im vorliegenden Bericht ausgeblendet, um sich auf die aus dem Postulat hervorgehenden Fragestellungen zu den Prämien der OKP zu konzentrieren. Die entsprechenden Aussagen zum Finanzierungsverfahren, zu den finanziellen Abgrenzungen zwischen den Versicherungsbranchen und die Grundsätze der Prämienfestsetzung und –genehmigung finden aber grundsätzlich, unter Berücksichtigung der entsprechenden Besonderheiten, auch für die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG Anwendung.

2 Aufsicht und Prämien genehmigung in der sozialen Krankenversicherung

2.1 Abgrenzung der Aufsichtstätigkeit im Bereich der Krankenversicherung

Die soziale Krankenversicherung kann gemäss Art. 11 KVG durch Krankenkassen oder durch private Versicherungseinrichtungen durchgeführt werden. Bis anhin erfolgt die Durchführung ausschliesslich durch Krankenkassen und es hat noch keine private Versicherungseinrichtung die entsprechende Durchführungsbewilligung beantragt. Das Gesetz sieht aufsichtsrechtlich eine klare Abgrenzung zwischen der OKP und der Zusatzversicherung vor. Die Versicherten der sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 21 Abs. 1 KVG der Aufsicht des Bundesrats. Die Zusatzversicherungen unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 3 KVG grundsätzlich dem Privatversicherungsrecht, können aber gemäss Art. 12 Abs. 2 KVG von anerkannten Krankenkassen durchgeführt werden. Die Aufsicht über die Versicherungstätigkeit wird gemäss Art. 21 Abs. 2 KVG und Art. 24 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.101) für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung vom BAG und für die Durchführung der Zusatzversicherungen vom Bundesamt für Privatversicherungen (BPV) wahrgenommen.

Gemäss Privatversicherungsrecht sind Versicherungsunternehmen von der Aufsicht nach dem Bundesgesetz vom 17. Dezember 2004 über die Aufsicht über Versicherungsunternehmen

(Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG; SR 961.01) ausgenommen, soweit sie von Bundesrechts wegen einer besonderen Aufsicht unterstellt sind, im Ausmass dieser Aufsicht (Art. 2 Abs. 2 lit. b VAG). Unter diese Formulierung fallen auch die Krankenkassen. Das Privatversicherungsrecht enthält keine Bezeichnung der für Krankenkassen geltenden Artikel; für die Zusatzversicherungen sind insbesondere die Bestimmungen über den Versichertenschutz und die Solvenz relevant.

Über die durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) anerkannten Krankenkassen hält das BAG die institutionelle Aufsicht über das gesamte Unternehmen. Dabei sind für die Krankenkasse und die Aufsicht grundsätzlich die gesetzlichen Bestimmungen des KVG anwendbar

Das BAG hat gegenüber dem BPV eine Informationspflicht bezüglich von Änderungen von erheblichem Ausmass im Leistungskatalog des KVG. Am Beispiel des Ausschlusses der komplementärmedizinischen Leistungen per 1. Juli 2005 aus dem Leistungskatalog des KVG und deren Abdeckung durch Krankenkassen oder private Versicherer über entsprechende Zusatzversicherungsprodukte hat sich gezeigt, dass die Information durch das BAG so zu regeln ist, dass das BPV aufgrund einer Mitteilung innert angemessener Frist über entsprechende Entscheide eine reguläre Tarifgenehmigung in den vorgesehenen Fristen vornehmen kann.

Die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung wird durch das BAG und die Aufsicht über die private Krankenversicherung durch das BPV wahrgenommen. Das BAG muss bei der Vorbereitung von Entscheidungen, welche neben dem Leistungskatalog des KVG auch existierende oder mögliche Zusatzversicherungsprodukte nach dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) massgeblich betreffen können, das BPV als prioritären Partner vorinformieren, um damit die frühe Beurteilung von möglichen Einflüssen auf die Krankenzusatzversicherungen und eine reguläre Tarifgenehmigung zu ermöglichen. Die amtsinternen Verfahren des BAG wurden nach dem 1. Juli 2005 in diesem Sinne angepasst und eine rechtzeitige Information des BPV ist heute gewährleistet.

2.2 Organisation und Ziele der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung

Die Aufsicht über die Durchführung der sozialen Krankenversicherung und die Krankenkassen basiert auf drei Säulen. Dieser Aufbau ergibt sich aus dem Gesetz und eignet sich am besten, um gegebenenfalls rechtzeitig, aufgrund aller erforderlichen Angaben und Informationen, auf Mängel in der Durchführung der sozialen Krankenversicherung zu reagieren. Bei den drei Säulen der Aufsicht handelt es sich um:

- die *retrospektive* Aufsicht anhand der einzureichenden Betriebsrechnungen, Bilanzen und Geschäftsberichte der Versicherer für das Vorjahr;
- die *unmittelbare oder aktuelle* Aufsicht mittels Audits und Expertisen am Sitz der Krankenversicherer sowie die Überwachung der einheitlichen Anwendung des Bundesrechts;
- die *prospektive* Aufsicht durch die Prüfung und Genehmigung der Prämientarife gemäss Art. 61 Abs. 5 KVG und Art. 92 KVV und die Überprüfung der Versicherungsangebote auf ihre Gesetzmässigkeit.

Die wesentlichen Ziele der Aufsicht über die Versicherer sind dabei die Gewährleistung einer einheitlichen Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen und die raschestmögliche Intervention, sobald ein Versicherer den bundesrechtlichen Verpflichtungen nicht oder nicht mehr nachkommt. Der Aufsichtsbehörde steht dazu insbesondere das Recht zu, gemäss Art. 21 Abs. 3 KVG den Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts zu erteilen. Je nach Schwere der Mängel ergreift die Aufsichtsbehörde geeignete Massnahmen gemäss Art. 21 Abs. 5 KVG oder leitet Strafverfahren ein. Die Sanktionsmöglichkeiten der

Aufsichtsbehörde sind allerdings vom Gesetzgeber im KVG, mit Ausnahme des Entzugs der Durchführungsbewilligung durch das EDI als ultima ratio, eng beschränkt worden. Die Aufsichtsbehörde führt dabei weder die Krankenversicherung selbst durch, noch kann sie ausserhalb ihrer gesetzlichen Kompetenzen in die Unternehmensentscheide der privatrechtlich organisierten Krankenversicherer eingreifen. Die Aufsicht schreitet dabei in Einzelfällen von Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherern, in denen ordentliche Rechtsmittel zur Verfügung stehen, grundsätzlich nicht ein, sondern nur bei systematischer und wiederholter falscher Anwendung von Bundesrecht.

Im Gegensatz zum früheren KUVG (Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 zur Krankenversicherung) beschneidet das KVG mit der direkten Aufsicht und durch die umfassenden Regelungen in den Bereichen Versicherungspflicht, Leistungen und Prämien die Autonomie der Krankenversicherer erheblich. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung gilt der Grundsatz, dass die Krankenversicherer nur insofern über eigene Befugnisse verfügen, als das Gesetz dies ausdrücklich vorsieht. Überdies besitzen die Versicherer bei der Auswahl ihrer Organisation, der Personalverwaltung und der Organisation der administrativen Abläufe eine gewisse Autonomie. Als Vollzugsorgane für öffentlich-rechtliche Aufgaben befinden sich die Krankenversicherer allerdings, obschon dem Privatrecht unterstellt, in der gleichen aufsichtsrechtsrechtlichen Situation wie andere dezentral durchgeführte Sozialversicherungen.¹

2.3 Ziel und Zweck der Prämien genehmigung

Mit dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996, und damit der Einführung des Versicherungsobligatoriums, der Einheitsprämie, eines einheitlichen Leistungskatalogs und der vollen Freizügigkeit aller Versicherten in einem Markt mit einer beträchtlichen Anzahl an Krankenversicherern, wurde der politische Wunsch nach einem marktwirtschaftlichen Wettbewerb umgesetzt. In einem solchen Versicherungssystem bestehen natürlich Anreize für die Krankenversicherer, z.B. durch Risikoselektion die gewünschte Solidarität teilweise zu untergraben. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber im KVG und der Bundesrat in der KVV klare Regeln zur Finanzierung und speziell zur Prämienfestsetzung und zur in beschränktem Mass möglichen Prämien differenzierung durch Prämien ermässigungen erlassen. Art. 61 Abs. 5 KVG legt fest, dass die Prämientarife der OKP der Genehmigung durch den Bundesrat bedürfen und Art. 92 KVV bestimmt das BAG als für die Prämien genehmigung zuständiges Amt. Gemäss Art. 92 Abs. 1 Satz 2 KVV hat die Prämien genehmigung konstitutive Wirkung.

Ziel der Prämienkontrolle und – genehmigung ist es zu überprüfen, ob die eingereichten Prämien im Verhältnis zu den Kosten, welche die Versicherer im entsprechenden Kanton zu tragen haben, angemessen sind. Die Prämien müssen der jeweiligen kantonalen Kostensituation angepasst sein. Zudem dient die Prämien genehmigung der Überprüfung und Gewährleistung der Einhaltung der Finanzierungsgrundsätze des KVG und der Solvenz der Krankenkassen. Die Kassen müssen nach Gesetz jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen. Schliesslich dient die Kontrolle und Genehmigung der Prämientarife auch dazu, die Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienfestsetzung und zu den Prämien ermässigungen durchzusetzen, und damit die Gleichbehandlung aller Versicherten sicherzustellen.

3 Ablauf der Prämien genehmigung

3.1 Kontinuierliche Prüfung sämtlicher Eingaben der Versicherer

Das eigentliche Prämien genehmigungsverfahren beginnt jeweils mit der Eingabe der neuen Prämien durch die Versicherer per Ende Juli und dauert bis zur formellen Genehmigung aller Prämien Anfang Oktober. Die Prämien genehmigung beansprucht die Aufsichtsbehörde aber

¹ So bestätigt durch das Eidg. Versicherungsgericht in RKUV 1997, KV 7, S. 218.

grundsätzlich das ganze Jahr, wenn auch im Spätsommer besonders intensiv. Entscheidend sind aber auch die Prüftätigkeiten im Vorfeld der eigentlichen Prämien genehmigung, welche die Prüfung der Rechnungslegung der Versicherer, spezielle Überprüfungen finanzieller Fragestellungen und die Abklärung von Abweichungen zu den im Vorjahr eingereichten Budgets beinhaltet. Der zeitliche Rahmen während der eigentlichen Prämien genehmigung ist derart eng gefasst, dass nur mit einer auf das ganze Kalenderjahr verteilten Überprüfung der finanziellen Situation der Versicherer, die Beurteilung der eingereichten Budgets und Prämien im Rahmen der eigentlichen Prämien genehmigung erfolgen kann.

Im Folgenden soll der ordentliche Ablauf der Prämien genehmigung chronologisch aufgezeigt werden. Bei Versicherern mit besonderen finanziellen Situationen wird dieser Ablauf durch zusätzliche Erhebungen und Prüfungen der Aufsichtsbehörde gemäss Art. 21 KVG ergänzt. Dies z.B. durch ein regelmässiges unterjähriges Finanzreporting gegenüber der Aufsichtsbehörde im Rahmen einer Sanierung oder bei einem ausserordentlichen Zuwachs an Versicherten.

3.2 Rechnungslegung der Versicherer

Gemäss Art. 85 Abs. 1 KVV müssen die Versicherer bis zum 30. April der Aufsichtsbehörde die Bilanz, die Betriebsrechnung und einen Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr einreichen. Die Berichte gemäss Art. 88 KVV der unabhängigen externen Revisionsstellen der Krankenversicherer, zusammen mit dem ausgefüllten KVG-spezifischen Fragenkatalog an die Revisionsstelle (Erhebungsformular 4; EF4 der Aufsichtsbehörde), und die Geschäftsberichte gemäss Art. 60 Abs. 5 KVG sind dem BAG bis spätestens zum 30. Juni einzureichen. Der Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr muss dabei nur in besonderer Form eingereicht werden, falls wichtige finanzielle Ereignisse nicht aus den standardisierten Erhebungsdaten hervorgehen. Eine grosse Zahl der Versicherer reicht bereits zu diesem Zeitpunkt den eigentlichen Geschäftsbericht gemäss Art. 60 Abs. 4 KVG ein.

Die Erhebung der Rechnungslegungsdaten erfolgt mittels standardisierten Erhebungsformularen (EF) des BAG, bestehend aus drei Formularen für die Erhebung der Bilanz, der detaillierten Erfolgs- und Betriebsrechnung und der statistischen Daten (EF123), einem Erhebungsformular mit Fragen an die Revisionsstelle (EF4) sowie einem Formular mit weiteren statistischen Angaben des Krankenversicherers (EFS). Damit werden die Daten gemäss Art. 85a Abs. 3 KVV auf vom BAG erstellten Formularen unter Anwendung des zur gesetzlichen Rechnungslegung vorgesehenen einheitlichen Kontenplans gemäss Art. 82 KVV erhoben.

Diese elektronisch übermittelten Daten werden in eine Datenbank eingelesen (Krankenkassendatenbank, KKDB), und ermöglichen ab diesem Zeitpunkt die Analyse und Prüfung der Betriebsrechnungen und Bilanzen. Nach Abschluss der Prüfarbeiten und notwendiger Korrekturen werden aus der entsprechenden Datenbank die Aufsichtsdaten der OKP und die statistischen Publikationen zur Finanzierung der Krankenversicherung (KV-Statistik) erstellt und publiziert.

Das Erhebungsformular mit den statistischen Angaben (EFS), welches neben den Bestandeszahlen per 1. Januar des laufenden Jahres insbesondere Informationen zum Versichertenportefeuille (Altersstruktur, Wahlfranchiserverteilung, etc.) enthält, muss bis zum 20. März beim BAG eingetroffen sein. Anhand dieser Angaben können bereits wichtige Rückschlüsse in Bezug auf die Entwicklung der Versichertenbestände jedes Versicherers gezogen werden und damit die Annahmen des Versicherers im Rahmen der letztjährigen Budgetierung überprüft und eine Risikoabschätzung bezüglich der finanziellen Sicherheit getätigt werden. Daraus erfolgt, bei klaren Budgetabweichungen, die Aufforderung an die Versicherer zur Einreichung eines aktualisierten Budgets für das laufende Jahr, wobei die laufende Aktualisierung der im Rahmen der Prämienrunde eingereichten Budgets bei klaren Abweichungen grundsätzlich eine Bringschuld des Versicherers darstellt.

Sämtliche Unterlagen werden nach Eintreffen für jeden Versicherer auf Einhaltung der gesetzlichen Finanzierungsbestimmungen geprüft, wobei die zeitliche Kumulation von Datenlieferungen durch die grosse Anzahl von Versicherern eine Priorisierung nach finanziellen Risiken (z.B. ungenügende Reserven, Sanierung, etc.) erforderlich machen.

Die auf einheitlichen Formularen erfolgten Erhebungen zum abgeschlossenen Geschäftsjahr, insbesondere die von der gesetzlichen Revisionsstelle geprüften Rechnungslegungsdaten, werden von der Aufsichtsbehörde vor der eigentlichen Prämiengenehmigung geprüft und ermöglichen eine Kontrolle der Budgetierungen des Vorjahres und eine Beurteilung und Risikoeinschätzung bezüglich der finanziellen Sicherheit der einzelnen Versicherer.

3.3 Prämien- und Budgeteinreichung durch die Versicherer

Vom Mai bis Juli finden Rückmeldungen der Aufsichtsbehörde an die Versicherer bezüglich notwendiger Korrekturen bei der Rechnungslegung statt. Die Aufsichtsbehörde lässt durch die Revisionsstellen beanstandete Punkte und nicht den Finanzierungsgrundsätzen des KVG entsprechende Verbuchungen durch den Versicherer für das abgeschlossene Geschäftsjahr korrigieren, wobei für statistisch unbedeutsame Fälle eine Umbuchung im folgenden Geschäftsjahr akzeptiert wird. Gleichzeitig führt das BAG in diesem Zeitraum, aufgrund der nun bekannten Resultate des Vorjahres und der ersten Erkenntnisse der Versicherer bezüglich der Entwicklungen im laufenden Jahr, bereits Vorgespräche zur Prämienfestsetzung und – genehmigung durch.

Die Versicherer reichen ihre neuen, ab 1. Januar des Folgejahres anzuwendenden Prämien, spätestens per 31. Juli mittels einheitlicher Formulare elektronisch und in Papierform ein. Die entsprechende Frist ergibt sich aus der Verpflichtung der Versicherer, gemäss Art. 85 Abs. 2 KVV dem BAG bis zum 31. Juli ein Budget für das folgende Geschäftsjahr einzureichen, der Verpflichtung gemäss Art. 92 Abs. 1 KVV, Änderungen an den Prämientarifen spätestens fünf Monate vor deren Anwendung zur Genehmigung einzureichen und der Tatsache, dass das BAG die eingereichten Prämientarife jeweils für ein Kalenderjahr genehmigt.

Die Versicherer reichen per 31. Juli sämtliche für das Folgejahr vorgesehenen Prämientarife, die geprüften Abschlusszahlen des Vorjahres, die Hochrechnungen des laufenden Jahres und die Budgets für das Folgejahr zur Prüfung und Genehmigung ein.

3.4 Stellungnahme der Kantone

Wie schon im bisherigen Recht obliegt auch im System nach KVG die Kompetenz zur Genehmigung der Prämien dem Bund. Art. 21 KVG unterstellt die Versicherer der Aufsicht des Bundesrates, und Art. 61 Abs. 5 KVG legt fest, dass die Prämientarife der OKP der Genehmigung durch den Bundesrat bedürfen. Vor der Genehmigung der Prämien können die Kantone gemäss Art. 61 Abs. 5 KVG zu den für ihre Bevölkerung vorgesehenen Prämientarifen Stellung nehmen.

Zur Festlegung und zur Überprüfung der Wirkung ihrer Gesundheitspolitik ist es für die Kantone von Interesse zu wissen, wie die Versicherer die zu erwartende Kostensteigerung, Mengenausweitung, etc. in ihrem Gebiet einschätzen und welche Prämien erhöhungen dies zur Folge hat. Diesem Bedürfnis nach Information und Informationsaustausch über die Prognosen der Kostenentwicklung und den damit verbundenen Prämien erhöhungen in den Kantonen im Vorfeld der eigentlichen Genehmigung wurde mit Art. 21a Abs. 1 KVG Rechnung getragen, der es den Kantonen ermöglicht, bei den Versicherern die selben amtlichen Dokumente einzuholen, die von der Aufsichtsbehörde für die Genehmigung der Prämientarife benötigt werden. Es handelt sich dabei um die offiziellen Prämie eingaben der Versicherer für das entsprechende Kantonsgebiet (Erfolgsrechnung, Budgets, Prämientarife, usw.). Von diesem Einsichtsrecht ausgeschlossen sind allfällige Dokumente und Schriftenwechsel, die der Amtsverschwiegenheit der Bundesverwaltung unterstellt bleiben. Den Kantonen wird also ein

umfassendes Einsichtsrecht und ein Vernehmlassungsrecht, aber keine Genehmigungskompetenz gewährt.

Die Mitwirkung der Kantone wurde in den letzten Jahren durch die Aufsichtsbehörde vereinfacht und ausgebaut. Die anfänglich nur vor Ort zur Einsichtnahme durch die Kantone bereitgestellten Dokumente werden seit 2004 den Kantonen zur Ausarbeitung ihrer Stellungnahmen zugestellt. Der Vorgabe von Art. 61 Abs. 5 KVG, wonach das Genehmigungsverfahren durch die Mitwirkung der Kantone nicht verzögert werden darf, kommt angesichts dessen, dass dem BAG für dieses Verfahren nur gerade 2 Monate (August, September) zur Verfügung stehen, grosse Bedeutung zu. Es liegt also an den Kantonen, umgehend Stellung zu nehmen. Zusätzlich zur gesetzlichen Möglichkeit, per 31. Juli dieselben amtlichen Dokumente bei den Versicherern einverlangen, welche dem BAG zur Verfügung stehen, stellt die Aufsichtsbehörde den Kantonen seine aus diesen Dokumenten erstellten Auswertungen nach Kantonen zur Verfügung. Anfang Juli werden die Kantone darüber informiert, zu welchem genauen Zeitpunkt sie die vom BAG erstellten Auswertungen der Prämieeingaben der Versicherer erhalten werden, und in welcher Frist die kantonalen Stellungnahmen zur Prämien genehmigung eingereicht werden müssen, um berücksichtigt werden zu können. Dies ermöglicht den Kantonen eine Planung der Prüfung der vom BAG gelieferten Auswertungen, zusätzlich zu den von Ihnen selbst vorgenommenen Erhebungen und Auswertungen. Die Datenlieferung des BAG erfolgt in der Regel gegen Mitte August, direkt nach der Erstellung und Plausibilisierung der Auswertungen durch das BAG, und ermöglicht den Kantonen eine Prüfung über rund 5 Arbeitstage.

Die Zusammenarbeit der Kantone und der Aufsichtsbehörde sollte sich nicht auf die jährliche Stellungnahme beschränken, sondern idealerweise einen kontinuierlichen Dialog zur Prämienentwicklung und die zu Grunde liegende Kostenentwicklung in den Kantonen darstellen, da die auf ein einziges Prämienfestsetzungsjahr beschränkte Stellungnahme einerseits dem Finanzierungssystem und der damit verbundenen zwingenden Betrachtung der Entwicklungen auf mittlere oder lange Frist, und andererseits dem oft verzögerten Eintreten der finanziellen Effekte von kostensparenden oder kostentreibenden Ereignissen nicht Rechnung tragen kann.

Die Kantone haben bezüglich der Prämien genehmigung ein umfassendes Einsichtsrecht und ein Vernehmlassungsrecht, aber keine Genehmigungskompetenz. Sie können vor der Genehmigung der Prämien zu den für ihre Bevölkerung vorgesehenen Prämientarifen Stellung nehmen. Das BAG stellt ihnen zu diesem Zweck seine Auswertungen der eingereichten kantonalen Budgets und Prämientarife in aufgearbeiteter Form zur Verfügung. Dies erfolgt zusätzlich zur gesetzlichen Möglichkeit der Kantone, dieselben amtlichen Dokumente bei den Versicherern einzuholen, die von der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung benötigt werden. Die Zusammenarbeit der Kantone und der Aufsichtsbehörde sollte sich nicht auf die jährliche Stellungnahme im engen Zeitrahmen der Prämien genehmigung beschränken, sondern idealerweise einen kontinuierlichen Dialog zur Prämienentwicklung und die zu Grunde liegende Kostenentwicklung in den Kantonen darstellen.

3.5 Prämien genehmigung durch das BAG

Ab Anfang August beginnt die eigentliche Prüfung der eingereichten Budgets und Prämientarife. Die Prüfarbeiten sind in eine technische und eine materielle Prüfphase unterteilt.

Im Rahmen der technischen Prüfung werden innert Wochenfrist die Eingaben von aktuell 87 Krankenversicherern und 5 Taggeldversicherern mit insgesamt rund 200'000 einzelnen Prämientarifen auf Vollständigkeit, Plausibilität, Einhaltung der formellen Eingaberegeln, Einhaltung der wichtigsten Regeln zur Prämienfestsetzung und den Prämien ermässigungen gemäss KVG und KVV und Übereinstimmung mit den Eingaben der Versicherer aus der Rechnungslegung geprüft. Der grosse Teil dieser Prüfungen erfolgt automatisiert. Fehlerhafte Eingaben sind für die Versicherer bereits bei der Eingabe ins Erhebungsprogramm durch entsprechende Fehlermeldungen erkennbar. Bereits jetzt werden erste Rückschlüsse für die

weitergehende Analyse der materiellen Prüfungsphase getätigt, welche das BAG bei der Priorisierung der materiellen Prüfarbeiten berücksichtigt. Werden fehlerhafte Eingaben entdeckt oder besteht schon zu diesem Zeitpunkt Klärungsbedarf aufgrund unplausibler Eingaben, wird mit dem entsprechenden Versicherer Rücksprache genommen und gegebenenfalls eine neue, korrigierte Eingabe innert kürzester Frist verlangt.

Nach Abschluss der technischen Prüfung der Eingaben werden die nun qualitativ einwandfreien Daten in eine Datenbank eingelesen, um die für die materielle Prüfung notwendigen Auswertungen erstellen zu können. Unter Zuzug der bereits erhobenen Daten aus der Rechnungslegung der Versicherer, ausgewählter Daten aus dem Risikoausgleich, der Prognosedaten und sämtlicher Daten der Prämien genehmigungen der Vorjahre werden umfangreiche Auswertungen erstellt, welche die materielle Prüfung der Prämientarife und der Budgets ermöglichen. Sämtliche Auswertungen stehen den zuständigen Mitarbeitern der Aufsichtsbehörde gegen Mitte August zur Verfügung und werden gleichzeitig, auf die jeweilige kantonale Sicht beschränkt, den Kantonen zur Ausarbeitung ihrer Stellungnahme zugestellt.

Die materielle Prüfung ist der aufwändigste Teil der Prämien genehmigung und dauert je nach Aufwand von etwa Mitte August bis Mitte September. Ab der letzten Augustwoche kann das BAG, unter Berücksichtigung der kantonalen Stellungnahmen, die Resultate der materiellen Prüfung mit den Krankenversicherern besprechen. Die notwendigen Gespräche in Form von Sitzungen und Telefongesprächen mit den zuständigen Organen der Versicherer erfolgen, je nach Bedarf und Aufwand, bis rund Mitte September. Falls diese Gespräche und Interventionen des BAG Neueingaben der Prämientarife und der Budgets mit sich ziehen, muss danach sowohl die technische als auch die materielle Prüfung erneut, aber innert kürzester Zeit erfolgen. Es kann vorkommen, dass auch nach dieser zweiten Eingabe und Prüfung noch Beanstandungen des BAG hängig sind und ein weiteres Gespräch und eine nochmalige Eingabe einzelner Versicherer notwendig sind.

Nachdem die Prüfung der Prämien, in der Regel in der letzten Septemberwoche, beendet ist, werden die Genehmigungsschreiben versandt, gegebenenfalls Weisungen zur Festsetzung der Prämien der folgenden Geschäftsjahre im Sinne von Art. 92 Abs. 2 KVV verfasst und bei strittigen Tariffestsetzung entsprechende Verfügungen erlassen. In der Regel einigen sich BAG und Versicherer auf die anzuwendenden Prämientarife. Das BAG geht davon aus, dass die genehmigten Prämien rechtskräftig werden, wenn der Versicherer diese nicht innert einer angemessenen Frist nach Erhalt des Genehmigungsbriefes beanstandet. Können sich BAG und Versicherer nicht einigen, begründet das BAG den Genehmigungsbrief und versieht ihn mit einer Rechtsmittelbelehrung. Der Bundesrat hat in seiner Entscheid vom 22. Oktober 1997² festgehalten, dass die Anordnungen des BSV (heute BAG) zur Genehmigung der Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Verfügung im Sinne von Art. 5 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) zu betrachten sind. Die Behörde kann gemäss Art. 35 Abs. 3 VwVG bei einer Verfügung auf Begründung und Rechtsmittelbelehrung verzichten, wenn sie den Begehren der Parteien voll entspricht und keine Partei eine Begründung verlangt.

Parallel zur formellen Genehmigung erfolgt die Erstellung der Prämientariflisten und sämtlicher damit verbundener Publikationen in Papierform und auf Internet zum Zweck der Information der Versicherten über die genehmigten Prämien. Dabei werden die berechneten kantonalen Durchschnittsprämien den Kantonen vorgängig zugestellt, damit sie vor dem Eintreffen der Genehmigungsschreiben bei den Versicherern über die Prämienentwicklung informiert sind, und über genügend Zeit verfügen, um diese Daten zu sichten und eine Information ihrer Bevölkerung vorzubereiten. Mit der Bekanntgabe und Veröffentlichung sämtlicher Prämientarife ist die eigentliche Prämien genehmigung beendet, wobei die Aufsichtsbehörde gemäss Art. 92 Abs. 5 KVV dem Versicherer auch noch im Anschluss an die Prämien genehmigung Weisungen für die Prämienfestsetzung der Folgejahre erteilen kann.

² RKUV 1997, KV 18, S. 399 ff.

Tabelle 1: Chronologische Übersicht über das Prämiengenehmigungsverfahren in der OKP

JANUAR	FEBRUAR	MÄRZ	APRIL	MAI	JUNI	JULI
GANZJÄHRIGE BEARBEITUNG AUFSICHTSRELEVANTER FRAGESTELLUNGEN UND ENGERE FINANZAUF SICHT IN SPEZIELLEN FÄLLEN						
BUDGETKONTROLLEN AUFGRUND DER BESTANDESENTWICKLUNGEN						
PRÜFUNG DER RECHNUNGSLEGUNG (BILANZ UND ERFOLGSRECHNUNGEN), DER REVISIONSBERICHTE UND DER GESCHÄFTSBERICHTE						
				VORGESPRÄCHE ZUR PRÄMIENFESTSETZUNG UND –GENEHMIGUNG MIT DEN VERSICHERERN		
DATENLIEFERUNGEN DER VERSICHERER AN DIE AUFSICHTSBEHÖRDE:						
BESTANDESENTWICKLUNG RISIKOSTRUKTUR PRÄMIENSTRUKTUR		RECHNUNGSLEGUNG BILANZ ERFOLGSRECHNUNGEN STATISTISCHE DATEN		REVISIONSBERICHT GESCHÄFTSBERICHT		PRÄMIENEINGABE PRÄMIENTARIFE HOCHRECHNUNG BUDGET
FORMULAR EFS		FORMULARE EF 1 2 3				ERHEBUNGS SOFTWARE
EINGABETERMIN 20.3.		EINGABETERMIN 30.4.		EINGABETERMIN 30.6.		EINGABETERMIN 31.7.
AUGUST	SEPTEMBER		OKTOBER		NOVEMBER	DEZEMBER
GANZJÄHRIGE BEARBEITUNG AUFSICHTSRELEVANTER FRAGESTELLUNGEN UND ENGERE FINANZAUF SICHT IN SPEZIELLEN FÄLLEN						
STELLUNGNAHMEN KANTONE						
ERSTELLEN DER AUSWERTUNGEN	GESPRÄCHE MIT DEN VERSICHERERN		FORMELLE GENEHMIGUNG			
TECHNISCHE PRÜFUNGEN	MATERIELLE PRÜFUNGEN					
PRÄMIENGENEHMIGUNG				MITTEILUNG DER PRÄMIE, PRÄMIENPUBLIKATIONEN, VERSICHERERWECHSEL		
DATENAUSTAUSCH UND GESPRÄCHE MIT VERSICHERERN UND KANTONEN				INDIVIDUELLE PRÄMIENMITTEILUNG		WECHSEL DES VERSICHERERS
INTERVENTIONEN DES BAG UND KORRIGIERTE PRÄMIENEINGABEN DER VERSICHERER				BIS SPÄTESTENS 31.10.		KÜNDIGUNGSFRIST 30.11.
PRÄMIENVERGLEICHE ÜBER PUBLIKATIONEN DER VERSICHERER, DES BAG UND VON PRIVATEN						

3.6 Unterjährige Prämien genehmigung

Neben der ordentlichen Prämienfestsetzung per 1. Januar des folgenden Jahres haben die Versicherer grundsätzlich auch die Möglichkeit, eine ausserordentliche, unterjährige Prämienfestsetzung dem BAG 5 Monate vor deren Anwendung zur Genehmigung einzureichen. Die Praxis des BAG sieht solche ausserordentliche Prämien genehmigungen nur vor, falls die finanzielle Situation des Versicherers dies nicht anders zulässt und nicht im Rahmen der ordentlichen Prämienfestsetzung saniert werden kann. Es handelt sich also um Grenzfälle, in denen ein Entzug der Durchführungsbewilligung aufgrund der finanziellen Situation noch nicht angebracht wäre, bei Abwarten bis zur ordentlichen Prämienfestsetzung aber voraussichtlich zwingend sein würde. Eine Prämienanpassung kann in diesen Fällen nicht nur punktuell geschehen, sondern muss das ganze Versichertenportefeuille im Sinne einer Sanierungsmassnahme betreffen.

Die Praxis der Aufsichtsbehörde sieht die Genehmigung unterjähriger Prämienanpassungen nur vor, falls die finanzielle Situation des Versicherers dies nicht anders zulässt.

3.7 Überprüfung und Durchsetzung der Anwendung der genehmigten Prämie vor Ort

Im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit führt das BAG gezielte Kontrollen und Prüfungen am Standort der Krankenversicherer durch. Dabei geht es um die Prüfung der gesetzeskonformen Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Diese Auditierung der Krankenversicherer erfolgt durch prozess- und ergebnisorientierte Kontrollen und zielt darauf ab, die Krankenversicherer bei der Umsetzung der Sozialversicherung effektiver und effizienter überwachen zu können, und die Transparenz über die betrieblichen Aktivitäten der Versicherer zu erhöhen. Relevant für die Bestimmung der zu auditierenden Krankenversicherer sind, neben Struktur und Grösse des einzelnen Krankenversicherers, dessen Geschäftsentwicklung und allfällige festgestellte Risiken, wie sie sich zum Beispiel aus der Prämienanwendung und –kommunikation, der Rechnungslegung und der zugehörigen Revisionsberichte, aus Anfragen und Aufsichtsbeschwerden der Versicherten und parlamentarischen Vorstössen abzeichnen können. Das Prüfprogramm beinhaltet je nach den beurteilten Risiken die Bereiche Organisation, Geschäftsführung, Versicherungsleistungen, Prämienanwendung und Finanzen.

Im Bereich der Prämien werden Kontrollarbeiten durchgeführt, um festzustellen, ob diese mit den genehmigten Prämien des BAG übereinstimmen, ob die Daten sicher und verlässlich sind und ob die Prämientarife konsequent angewendet werden. Weitere Elemente sind die korrekte Anwendung der Prämienregionen, sowie die Überprüfung der Einhaltung des durch den Krankenversicherer gewählten Tätigkeitsgebietes. Werden im Rahmen der Überprüfung der Prämien Unregelmässigkeiten oder falsche Anwendungen festgestellt, fordert das BAG die Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustands, ergreift geeignete Massnahmen gemäss Art. 21 Abs. 5 KVG und/oder eröffnet für die in Art. 93a KVG vorgesehenen Tatbestände ein Verwaltungsstrafverfahren.

Das BAG prüft mittels Auditierungen bei den Krankenversicherern stichprobenmässig und risikoorientiert die Anwendung der genehmigten Prämien und interveniert bei Unregelmässigkeiten und falschen Prämienanwendungen.

3.8 Umfang und Qualität des zur Verfügung stehenden Datenmaterials

Der Ablauf der Erhebung, der Plausibilisierungen und der Prüfungen der Daten soll gewährleisten, dass sämtlichen Ansprüchen an die Datenqualität entsprochen werden kann. Um jederzeit einen fehlerlosen und transparenten Überblick über seine aktuelle Geschäftslage garantieren zu können, verfügen die Versicherer über entsprechende interne Kontrollenmechanismen. Die unabhängigen Revisionsstellen der Krankenversicherer sind gesetzlich dazu verpflichtet, neben den anerkannten Prüfstandards, den Regeln des Obligationenrechts und des KVG, weitere spezifische, vom BAG aufgrund der

entsprechenden Finanzierungsgrundsätze von Gesetz und Verordnung vorgesehene Prüfungen bei den Krankenversicherer durchzuführen. Sobald die Rechnungslegungsdaten vom Krankenversicherer nach internen Prüfungen bereitgestellt und von den Revisionsstellen geprüft worden sind, werden sie der Aufsichtsbehörde eingereicht. Durch die Aufsichtsbehörde erfolgt eine zusätzliche Überprüfung und Plausibilisierung der Daten unter Berücksichtigung der Revisionsberichte und der Geschäftsberichte bezüglich der Kontinuität, Vollständigkeit und Richtigkeit. Die durch die Versicherer für die Prämien genehmigung erstellen Budgets werden ausschliesslich durch die Aufsichtsbehörde geprüft. Dabei stützt sich das BAG bei der Prüfung der Kontinuität und Vollständigkeit der entsprechenden Daten auf die durch die Revisionsstellen geprüften effektiven Daten der Vorjahre ab.

Dem BAG stehen sämtliche Daten, welche für die Finanzaufsicht und die Prämien genehmigung notwendig sind, in qualitativ einwandfreier Form zur Verfügung. Zusätzliche Daten und Informationen könnten durch das BAG jederzeit gemäss Art. 21 Abs. 3 KVG bei den Versicherern eingefordert werden.

3.9 Evaluation und Weiterentwicklung der Prämien genehmigung

Nach der ersten Prämien genehmigung unter dem KVG wurde Prof. Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker und ausgewiesener Experte der Krankenversicherung, im Jahr 1997 mit der Anfertigung einer Expertise³ zum vom BSV (heute BAG) geführten Prämien genehmigungsverfahren beauftragt. Gegenstand der Studie waren die Festsetzung der Prämien für die OKP und deren Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Diese Expertise empfahl verschiedene Verbesserungen technischer und organisatorischer Art und hielt fest, dass die vom BSV bis dahin angewandte Prüfmethode den Anforderungen nicht mehr genüge. Die von den Krankenversicherern gelieferten Daten seien neu in elektronischer Form abzuliefern und unter Einbezug der Daten von der Risikoausgleichsstelle detaillierter zu analysieren, indem für die übermittelten absoluten Werte und für die Werte pro versicherte Person verschiedene Verhältniszahlen zu bestimmen, sowie logische Kontrollen und Quervergleiche zwischen den Kassen pro Kanton und pro Kasse zwischen den Kantonen durchzuführen seien. Ausserdem sei den Kantonen keine Kompetenz zur Prämien genehmigung einzuräumen, bei der Beurteilung der Aufsichtsbehörde der zu erwartenden Veränderung der Behandlungskosten seien diese jedoch beratend beizuziehen.

Im Jahr 2003 wurde das BSS Basel (BSS Economics Consultants Basel/Universität Basel) von der Aufsichtsbehörde damit beauftragt, unter anderem zu untersuchen, ob die Verbesserungsvorschläge von Professor Schmid umgesetzt wurden und ob das von der Aufsichtsbehörde erarbeitete Genehmigungsverfahren hinsichtlich der angewandten Methode richtig war.⁴ Die Expertise zeigte, dass die von Professor Schmid erarbeiteten Vorschläge umgesetzt wurden, die angewendeten Verfahren dem entsprachen, was man erwarten konnte, und die eingesetzten Verfahren sich seit 1997 dank einer konsequenten Informatisierung weiterentwickelt hatten. Die Studie formulierte zudem die Empfehlungen, dass sich die Aufsichtsbehörde weiterhin auf die Solvabilitätsprüfung der Versicherer zu konzentrieren hätte, eine verbesserte schriftliche Dokumentation der Prämien genehmigungsprozesse und -entscheide innerhalb der Aufsichtsbehörde anzustreben sei, dass die Kantone zwecks Anfertigung einer kantonalen Stellungnahme besser dokumentiert werden und regelmässige Gespräche zwischen den Versicherern und der Aufsichtsbehörde für die Verbesserung der Zusammenarbeit dienlich sein könnten. Zusammenfassend hielt besagte Studie fest, dass die Aufsichtsbehörde bereits damals,

³ Schmid, Heinz; Prämien genehmigung in der Krankenversicherung (Expertenbericht), BSV Forschungsbericht 03/97.

⁴ Kägi, Wolfram; Koller, Bruno; Staehelin, Elke; Schäfli, Martin; Veränderungen im Bereich der Prämien genehmigung aufgrund des KVG, BSV Forschungsbericht 23/03.

unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen, ein wirksames und pragmatisches Verfahren zur Prämien genehmigung eingerichtet hatte.

Bereits für das zum Zeitpunkt des Abschlusses der Studie laufende Prämien genehmigungsverfahren konnten relevante Verbesserungen bei der Information der Kantone und der Dokumentation des Prämien genehmigungsprozesses bezüglich Entscheidungskriterien und Entscheidungsfindung umgesetzt werden. Den Kantonen wurden neu die für sie relevanten Unterlagen zur Ausarbeitung ihrer Stellungnahme zu den Prämientarifen in schriftlicher und elektronischer Form zur einfacheren Bearbeitung zugestellt und es wurden mittels Tagebüchern sämtliche Überlegungen und Entscheide der Aufsichtsbehörde bei der Prämien genehmigung schriftlich und in nachvollziehbarer Form festgehalten. Die restlichen Punkte fanden in die seit 2003 erfolgten Neuerungen im Verfahren Eingang. Seither wurden insbesondere der ganzjährige und regelmässige Kontakt mit den Versicherern auch ausserhalb der Prämien genehmigung und der Übergang von der stichprobenmässigen Kontrolle der Einhaltung der Regeln zur Prämien berechnung und den Prämien ermässigungen zu einer kompletten Datenerhebung und –prüfung realisiert. Damit einher ging aufgrund des Ausbaus der automatisierten Prüfungen eine Verlagerung der Prüfarbeiten weg von der zeitintensiven, manuellen Kontrolle von Berechnungs- und Rabattierungsregeln zu einer konsequenteren Überprüfung der Budgetierung der Versicherer.

Die Prämienkontroll- und –genehmigungspraxis der Aufsichtsbehörde wurde seit Einführung des KVG im Jahr 1996 im Auftrag der Aufsichtsbehörde von externen Experten mehrfach überprüft. Empfehlungen aus den betreffenden Studien wurden in Rahmen der stetigen Weiterentwicklung des Prüfverfahrens umgesetzt, sodass heute ein wirksames und pragmatisches Verfahren zur Prämien genehmigung besteht.

4 Methode und Beurteilungskriterien bei der Prämien genehmigung

4.1 Priorisierung der Prüftätigkeiten und Entscheidungskriterien für die Genehmigung

Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Prämien auf der Basis der folgenden Entscheidungskriterien:

- Einhaltung der gesetzlichen Finanzierungsbestimmungen, insbesondere Einhaltung der Mindestreserven;
- Plausible Budgetierung, insbesondere bezüglich der Kostenprognose und der Berücksichtigung von Sondereffekten;
- Mittelfristiges kantonales Gleichgewicht zwischen Kosten und Prämien;
- Einhaltung der Bestimmungen zur Prämien berechnung und den maximalen Prämien ermässigungen;
- Ausschluss von missbräuchlichen Prämien festsetzungen;
- Einhaltung der Praxis der Aufsichtsbehörde zur Prämien genehmigung im Sinne einer einheitlichen Anwendung des Bundesrechts.⁵

Aufgrund der Prämienhoheit des Versicherers und der Wichtigkeit der Prämien festsetzung für den Wettbewerb unter den Krankenkassen, darf die Aufsichtsbehörde nur sehr restriktiv in die Prämien festsetzung der Versicherer eingreifen, um die Solvenz sicherzustellen, die gesetzlichen Finanzierungsgrundsätze durchzusetzen und die Risikoselektion durch gesetzeswidrige oder missbräuchliche Prämien festsetzung zu verhindern. Der Entscheid über die Prämien festsetzung muss in der Verantwortung des einzelnen Versicherers sein. Würde sich die Aufsichtsbehörde in die Marktposition der Prämien der einzelnen Versicherer einmischen, würde ein Markteingriff vorliegen, welcher Auswirkungen zum Nutzen oder Schaden anderer Marktteilnehmer hätte, indem z.B. mehr oder weniger Zuwachs an neuen

⁵ BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, „Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“.

Versicherten generiert würde. Es ist daher nicht Sache der Aufsichtsbehörde, die Versicherer über Ihre Positionierung im Markt mit den vorgeschlagenen Prämien zu informieren. Sie weist generell auf die in der Prämienfestsetzung und Budgetierung erkennbaren Risiken hin, überlässt eine Entscheidung zur Änderung der Prämie aber immer dem Versicherer, sofern nicht gesetzliche Bestimmungen verletzt oder die Solvenz des gesamten Unternehmens gefährdet sind. Die Insolvenz eines Versicherers hätte zwar für den einzelnen Versicherten im Bereich der sozialen Krankenversicherung aufgrund der vollen Freizügigkeit und der Übernahme der ausstehenden Leistungen durch den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung gemäss Art. 18 Abs. 2 KVG keine direkten finanziellen Folgen. Es würde sich aber durch die Belastung dieses durch alle Versicherer geäußerten Fonds ein finanzieller Schaden zu Lasten der übrigen Versicherer ergeben.

Die Kontrolle und Genehmigung der Budgets und der Prämientarife von rund 90 Versicherern innerhalb der vorgegebenen Fristen erfordert ein pragmatisches Vorgehen. Der Prüfumfang muss, aufgrund der beschränkten zeitlichen Ressourcen, so festgesetzt werden, dass die Ziele der Aufsicht und der Prämien genehmigung erreicht werden können, ohne die Autonomie der Versicherer unnötig einzuschränken. Dabei muss sowohl bei der Kontrolle der finanziellen Sicherheit der Versicherer als auch bei der korrekten Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienberechnung und den Prämienermässigungen eine Gleichbehandlung aller Versicherer gewährleistet sein. Es erfolgt daher eine Gewichtung und Priorisierung der Prüfaufgaben durch die Aufsichtsbehörde.

Die Unterlagen zur Prämienberechnung und den Prämienermässigungen werden bei allen Versicherern vollumfänglich geprüft und die Vorgaben des BAG werden durchgesetzt. Die notwendige Tiefe der Prüfung der Budgets wird individuell pro Versicherer festgelegt. In einem ersten Schritt erfolgen eine standardisierte und systematische Überprüfung von Kennzahlen und Eckwerten und eine Plausibilisierung ausgewählter Budgetpositionen aus der Rechnungslegung des Vorjahres, den Hochrechnungen des laufenden Jahres und den Budgets für das Folgejahr. Ist die Solvenz des Versicherers durch genügende gesetzliche Reserven bei plausibler Budgetierung gesichert und werden die Finanzierungsregeln und die Bestimmungen über die Prämienfestsetzung und die Prämienermässigungen eingehalten, können die eingereichten Prämientarife genehmigt werden. Falls aus diesen Prüfungen aber Unregelmässigkeiten ersichtlich sind, wird das eingereichte Budget eingehender geprüft. Zusätzlich werden die Entscheidungen für die einzelnen Versicherer auch nach dem jeweiligen finanziellen Risiko und der Budgetqualität und Prognosegenauigkeit der Vorjahre gewichtet gefällt.

Die Aufsichtsbehörde muss im Rahmen der Prämien genehmigung die gesteckten Ziele⁶ erreichen und eine einheitliche Anwendung des Bundesrechts durch die Versicherer durchsetzen, ohne mit einer zu engen Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen den Wettbewerb zwischen den Versicherern einzuschränken. Der Entscheid über die Prämienfestsetzung und damit die zukünftigen finanziellen Ergebnisse muss in der Verantwortung des Versicherers liegen. Dies erfordert, aufgrund der engen zeitlichen Vorgaben, ein pragmatisches Vorgehen. Die Entscheidungskriterien dazu sind einheitlich und klar festgehalten und die Gewichtung und Priorisierung der Prüftätigkeiten erfolgt aufgrund nachvollziehbarer Kriterien.

4.2 Prüfung der Einhaltung der gesetzlichen Finanzierungsbestimmungen

4.2.1 Prüfung der Rechnungslegung durch die unabhängigen Revisionsstellen und die Aufsichtsbehörde

Das KVG sieht gemäss Art. 60 Abs. 1 KVG eine Finanzierung nach dem Umlageverfahren vor. Wichtige Grundsätze bei der Finanzierung sind das Gewinnverbot (Art. 12 Abs. 1 KVG) und die selbsttragende Finanzierung der OKP (Art. 60 Abs. 2 KVG). Die Prämien dürfen nur

⁶ Vgl. Abschnitt 2.3.

für die Bezahlung kassenpflichtiger Leistungen gemäss KVG (inklusive Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle und Beiträge an den Risikoausgleich als Bestandteil der Leistungskosten) und Verwaltungskosten verwendet werden, wobei Überschüsse oder negative Resultate den gesetzlichen Reserven zugeschrieben oder belastet werden. Dazu sind die Führung einer besonderen Betriebsrechnung für die OKP (Art. 60 Abs. 3 KVG) und die gesonderte Ausweisung der Reserven und Rückstellungen (Art. 60 Abs. 2 KVG) unausweichliche Voraussetzungen für eine korrekte Prämienfestsetzung. Diese Grundsätze stellen sicher, dass die Einnahmen aus der OKP (Prämien und Anlageerträge) einzig zur Kostendeckung in der OKP (Leistungen und Verwaltungsaufwand) verwendet werden. Zusätzlich muss in der OKP gemäss Art. 81 Abs. 1 KVV für die ordentliche Versicherung und für die besonderen Versicherungsformen gemäss Art. 62 KVG je eine gesonderte Betriebsrechnung geführt werden, um in diesen Bereichen eine Prämienfestsetzung und deren Überprüfung anhand der entsprechenden Kostendeckung und Ergebnisse zu ermöglichen.

Jeder Krankenversicherer verfügt über eine externe und unabhängige Revisionsstelle, deren Aufgaben und Pflichten in den Artikeln 86 bis 88 KVV ausdrücklich festgehalten sind. Diese führt im Rahmen einer Revision die jährliche Kontrolle der Jahresrechnung und der Geschäftstätigkeit vor Ort durch. Die gesetzliche Revisionsstelle prüft dabei gemäss Art. 87 KVV und den einschlägigen Bestimmungen des Obligationenrechts, ob Buchführung und Jahresrechnung formell und materiell den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen. Sie hält ihre Prüfungen in Revisionsberichten gemäss Art. 88 KVV fest. Die ordentlichen Berichte enthalten einen Revisionsbericht und einen durch das BAG vorgegebenen Fragekatalog EF4, welcher Bestätigungen zur Einhaltung der KVG-spezifischen Finanzierungsgrundsätze enthält. Insbesondere wenn Zweifel hinsichtlich der Rechnungs- und Geschäftsführung bestehen, kann die Revisionsstelle auch vor Ort und ohne Vorankündigung eine Zwischenrevision durchführen. Das BAG kann zudem gemäss Art. 88 KVV den Bericht der Revisionsstelle zurückweisen, falls er den verlangten Erfordernissen nicht entspricht und den Versicherern gemäss Art. 86 Abs. 7 KVV für den der Revisionsstelle zu erteilenden Revisionsauftrag Weisungen erteilen.

Aufgrund der Prüftätigkeiten der gesetzlichen Revisionsstellen kann sich die Aufsichtsbehörde darauf konzentrieren und beschränken, die Rechnungslegungsdaten, den Geschäftsbericht und den Revisionsbericht mit den Bestätigungen der Revisionsstelle zu analysieren und zu vergleichen. Das BAG interveniert bei den Versicherern konsequent, falls aus dieser Prüfung hervorgeht, dass gesetzliche Bestimmungen zur Finanzierung nicht eingehalten wurden.

4.2.2 Überprüfung der Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten der Krankenversicherer stellen die eigentlichen Betriebskosten dar, welche für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung aufgewendet werden. Die Aufsichtsbehörde schreitet bei erkennbaren Fehlentwicklungen im Rahmen des Gesamtbetrags der Verwaltungskosten ein, nicht aber in die einzelnen Kostenpositionen (wie z.B. Löhne, Informatik, Marketing). Bei den Krankenkassen handelt es sich um private Unternehmen, bei welchen die für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendigen Unternehmensentscheide in der Verantwortung der Unternehmensleitung sind. Es ist nicht die Aufgabe des Bundesrats oder der Aufsichtsbehörde, die Verantwortung für Unternehmensentscheide der Krankenkassen zu übernehmen und die Struktur der Verwaltungskosten zu bestimmen (z.B. ob das Geld in die Entlohnung der Mitarbeiter oder in eine teure Informatikinfrastruktur investiert wird). Schlussendlich belasten die Verwaltungskosten als Ganzes die Prämie und müssen auch in diesem Sinne von der Aufsichtsbehörde geprüft werden.

Der wirtschaftliche Umgang mit Prämiegeldern aus der sozialen Krankenversicherung ist essenziell. So haben die Versicherer die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung gemäss Art. 22 Abs. 1 KVG auf das für eine wirtschaftliche

Geschäftsführung erforderliche Mass zu beschränken. Die Beschränkung der Verwaltungskosten auf ein für die wirtschaftliche Durchführung der Krankenversicherung erforderliches Mass wird von den unabhängigen Revisionsstellen geprüft und dem BAG bestätigt. Die Aufsichtsbehörde kann das für eine wirtschaftliche Durchführung der Krankenversicherung erforderliche Mass an Verwaltungskosten nicht generell bestimmen, sondern muss bei ihren Kontrollen die unterschiedliche Grösse und die damit verbundenen strukturellen Unterschiede zwischen den Versicherern berücksichtigen. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass ein Versicherer mit dem Einsatz von zusätzlichen Verwaltungskosten z.B. seine Prüftätigkeiten bei der Rechnungskontrolle erhöhen und damit Einsparungen im Leistungsbereich erzielen kann, diese Einsparungen aber im Gegensatz zu den erhöhten Verwaltungskosten in den Betriebsrechnungen nicht sichtbar sind. Auch besteht grundsätzlich ein allgemeines Interesse an einer qualitativ hochwertigen und transparenten Durchführung der Krankenversicherung seitens der Versicherer, was mit entsprechenden Kosten verbunden ist.

Mit Artikel 22 Absatz 2 KVG verfügt der Bundesrat über die Kompetenz, Bestimmungen über die Begrenzung der Verwaltungskosten zu erlassen. Er hat diese Kompetenz bis jetzt nicht wahrgenommen, da er der Meinung ist, dass das im KVG vorgesehene System des Wettbewerbs unter den Krankenversicherern diese motiviert, ihre Verwaltungskosten nicht über das für die wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass steigen zu lassen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Versicherer kein grundsätzliches Interesse an hohen Verwaltungskosten und der damit verbundenen Belastung ihrer Prämien haben. Die Krankenversicherer hätten vielmehr ein Interesse, die Prämie einzelner Risikogruppen unterschiedlich mit Verwaltungskosten zu belasten, um somit den guten Risiken eine praktisch verwaltungskostenfreie und attraktivere Prämie offerieren zu können. Dies ist im Rahmen der Einheitsprämie aber nicht möglich und das BAG hat in seinem Kreisschreiben 5.1 vom 9. Juni 2006 zu den Prämien der OKP (BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1)⁷ festgehalten, dass Gesetz und Verordnung keinerlei Spielraum für administrative Prämienermässigungen für bestimmte Personengruppen oder ein bestimmtes administratives Verhalten gegenüber dem Versicherer gibt.

Die Aufteilung der Verwaltungskosten geschieht bei Versicherern, welche neben der sozialen Krankenversicherung auch die Zusatzversicherung selber anbieten, auch zwischen diesen beiden Versicherungssparten. Grundsätzlich müssen die zugewiesenen Verwaltungskosten gemäss Art. 84 KVV dem tatsächlichen Aufwand entsprechen. Gewisse Aufwendungen können aber nicht eindeutig zugewiesen werden. Typisches Beispiel ist dabei oft die Entlohnung des Geschäftsführers einer Krankenkasse, welche neben der sozialen Krankenversicherung auch die Zusatzversicherungen anbietet. Krankenversicherer mit Angeboten aus KVG und VVG sind also gezwungen, einen Verteilschlüssel der Verwaltungskosten zu bestimmen, der die einzelnen Aufwendungen den verschiedenen Branchen zuteilt. Die Art und Weise der Aufteilung ist für die Aufsichtsbehörde entscheidend. Im Sinne von Art. 22 Abs. 1 KVG achtet das BAG dabei darauf, dass die soziale Krankenversicherung nicht zu Gunsten der Zusatzversicherungen mit Verwaltungskosten belastet wird, und akzeptiert dabei auch für die Grundversicherung eher vorteilhafte Verteilschlüssel. Ausschlaggebend ist, dass alle Krankenversicherer über einen transparenten und nachvollziehbaren Verwaltungskostenverteilungsschlüssel verfügen müssen, um die Aufteilung der Verwaltungskosten zu rechtfertigen und die Gesetzmässigkeit durch die Aufsichtsbehörde überprüfbar zu machen.

Erfolgt die Durchführung der Zusatzversicherung durch eine andere juristische Person, sind die entsprechenden Dienstleistungsverträge massgeblich, welche durch die Aufsichtsbehörde nicht bewilligt werden müssen und auf unternehmerischen Entscheiden der Krankenkasse beruhen. Auch in diesem Fall überprüft die Aufsichtsbehörde die gesamte Belastung durch Verwaltungskosten der OKP und die Verwaltungskostenverteilungsschlüssel aus den entsprechenden Dienstleistungsverträgen unter denselben Kriterien wie bei

⁷ BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, Punkt 2.8.

Krankenkassen, welche die Zusatzversicherung selber anbieten. Auch hier wird keinerlei Quersubventionierung zu Lasten der OKP, eine für die Krankenkasse vorteilhafte Ausgestaltung der Dienstleistungsverträge mit dem privaten Zusatzversicherer aber grundsätzlich toleriert.

Die Möglichkeiten der Verteilung der Verwaltungskosten innerhalb der OKP beschränken sich auf die unterschiedliche Belastung zwischen den einzelnen Kantonen aufgrund verschiedener administrativer Kosten der verschiedenen kantonalen Kollektive und Infrastrukturen des einzelnen Versicherers und die Verteilung auf die verschiedenen Versicherungsmodelle. Die Verteilung der Verwaltungskosten auf die verschiedenen Kantone hat grundsätzlich nach den ausgewiesenen Aufwendungen, resp. auf einem vertretbaren Verteilschlüssel zu beruhen. Um die unterschiedlichen kantonalen Belastungen mit Verwaltungskosten auch für sehr kostenintensive Kollektive (z.B. mit sehr grosser Zahl an Leistungsabrechnungen im Vergleich zu anderen kantonalen Kollektiven) zu beschränken, hat das BAG die Versicherer dazu angewiesen, dass die kantonale Erfolgsrechnung des prämienmässig teuersten Kantons nicht mehr als doppelt so stark mit Verwaltungskosten belastet werden darf, wie diejenige des prämienmässig günstigsten Kantons⁸, und setzt dies im Rahmen der Prämien genehmigung durch. Die Versicherer führen gemäss Art. 81 Abs. 1 KVV eine gesonderte Rechnung für die ordentliche Versicherung und die einzelnen besonderen Versicherungsformen nach Art. 62 des Gesetzes, und teilen dementsprechend auch den Verwaltungsaufwand diesen verschiedenen Rechnungen zu. Die spezifischen Unterschiede bei der Durchführung der einzelnen Versicherungsmodelle muss bei den entsprechenden Verteilschlüsseln berücksichtigt werden.

Die Versicherer verfügen allerdings im Bereich der Verteilung der Verwaltungskosten auf die Kantone und die einzelnen Versicherungsformen innerhalb der OKP grundsätzlich über einen relativ grossen Ermessensspielraum, welcher durch die Aufsichtsbehörde in Berücksichtigung der Prämienhöhe der Versicherer und der Notwendigkeit dieses Ermessensspielraums zur Positionierung im Markt nicht unnötig eingeschränkt wird. Bei vermuteten Quersubventionierungen zu Lasten der OKP nimmt die Aufsichtsbehörde eine vertiefte Prüfung vor und schreitet konsequent ein.

Die Aufsichtsbehörde prüft bei sämtlichen Krankenversicherern die Höhe der Verwaltungskosten sowie die Verteilschlüssel, und schreitet bei erkennbaren Fehlentwicklungen ein. Das BAG untersucht dazu die Entwicklung der Verwaltungskosten aller Versicherer über mehrere Jahre und gruppiert in Grösse und Struktur vergleichbare Versicherer, um in diesen Gruppen überhöhte Verwaltungskosten erkennen zu können. Die Prüfungen im Rahmen der Prämien genehmigung beinhalten die Entwicklung der Verwaltungskosten in den vorgelegten Budgets, eine Hinterfragung der Gründe für starke Schwankungen bei den Verwaltungskosten und die Intervention bei überhöhten Verwaltungskosten aus den erfolgten Gruppenvergleichen. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die korrekte Zuteilung der Verwaltungskosten durch die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und die aktuellen Kontrollmechanismen grundsätzlich gesichert ist.

4.3 Überprüfung der finanziellen Sicherheit des Versicherers

4.3.1 Prüfung und Plausibilisierung der Budgets

Budgetierungsqualität

Gemäss den Finanzierungsgrundsätzen des Umlageverfahrens müssen im Idealfall die Prämien, welche im Vorjahr festgesetzt und genehmigt werden, genau den Kosten des Folgejahres entsprechen. Es muss immer berücksichtigt werden, dass punktgenaue Budgets aufgrund von nicht vermeidbaren Prognosefehlern zufällig sind, und dass das vorgegebene

⁸ 2:1-Regel; BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, Punkt 6.

Finanzierungssystem daher einen Ausgleich über die Reserven vorsieht, der den Schaden von Abweichungen der Budgets aufgrund von Prognosefehlern in Grenzen hält, sofern die allgemeinen Finanzierungsgrundsätze sonst respektiert werden. Die Prämien basieren also auf einer Hochrechnung der Kosten des laufenden und einer Schätzung der Kosten des folgenden Jahres. Die Hochrechnungen und die Budgets der Krankenversicherer basieren grundsätzlich auf dem Vorsichtsprinzip.

Der Aufsichtsbehörde stehen für die Prämien genehmigung Daten und Auswertungen zur Verfügung, welche auf Stufe Kanton die Hochrechnungen und die Budgets der Krankenversicherer den tatsächlich eingetroffenen Daten über die Jahre gegenüberstellen. Somit hinterlässt jeder Krankenversicherer bei der Aufsichtsbehörde über die Zeit einen Eindruck seiner Prognosegenauigkeit, welche einen Einfluss auf die Tiefe der Prüftätigkeiten haben kann. Neben den standardisierten Vergleichen von verschiedenen Kennzahlen und Angaben spielt das über die Jahre dokumentierte Wissen der Aufsichtsbehörde bezüglich jedes Versicherers, seiner individuellen Risikostruktur, seiner Marktsituation und seiner Budgetierungspraxis und –qualität eine entscheidende Rolle, um im Rahmen der Prämien genehmigung Individualprüfungen gemäss dem jeweiligen Risikopotential vornehmen zu können.

Die Budgets und Hochrechnungen beinhalten Annahmen und Prognosen, die von der Aufsichtsbehörde plausibilisiert werden müssen. Dabei stehen sich die budgetierten Einnahmen und Ausgaben gegenüber, wobei für die Beurteilung der Aufsichtsbehörde in erster Linie die mit Abstand grössten Positionen der Prämieeinnahmen und der gesetzlichen Leistungen (inkl. Risikoausgleich und Rückstellungen) massgeblich sind. Eine zusätzliche Prüfung der restlichen Positionen der Erfolgsrechnung erfolgt ausschliesslich bei offensichtlich unrealistischen Werten, falls z.B. mit einer stark unter- oder überdurchschnittlichen Rendite auf den Kapitalanlagen gerechnet würde.

Quervergleiche zwischen den Versicherern

Ein wichtiges Instrument zur Validierung, Plausibilisierung und eigentlichen Prüfung der Budgets durch die Aufsichtsbehörde bilden die kumulierten Prognosen sämtlicher Krankenversicherer. Damit werden durch die Aufsichtsbehörde die Annahmen und Angaben eines einzelnen Versicherers in einen Quervergleich mit den anderen Versicherern und gleichzeitig mit den Vorjahren gestellt. Dabei muss die heutige und die zu erwartende unterschiedliche Risiko- und Kostenstruktur des einzelnen Krankenversicherers berücksichtigt werden. Dies geschieht aufgrund von Vergleichen der Kosten der einzelnen Versicherer pro Altersgruppe des Risikoausgleichs mit den durchschnittlichen Kosten für eine versicherte Person der entsprechenden Altersgruppe. Die zukünftige Versicherten- und Kostenstruktur ist dabei ein tragendes Element. Bei der Prämienfestsetzung muss zwingend berücksichtigt werden, dass die Prämieeinnahmen und die Kosten nicht auf dem aktuellen, sondern auf dem für das Folgejahr prognostizierten Versichertenbestand generiert werden. Es wird daher von der Aufsichtsbehörde verlangt, dass mit der Prämie sämtliche finanziellen Verpflichtungen auch mit dem zukünftig zu erwartenden Versichertenbestand erfüllt werden können. Der Versicherer muss also die heikle Prognose stellen, wie viele Versicherte mit welcher Alters- und Kostenstruktur er zukünftig mit den verschiedenen angebotenen Prämien versichern wird und was dies für seine Betriebsrechnung bedeuten würde.

Kostenentwicklung

Bezüglich der Kostenentwicklung konzentriert sich die Aufsichtsbehörde bei der Prüfung der jeweils kantonalen Budgets auf die über alle Leistungserbringerkategorien summierten Werte. In den Prüfungsarbeiten ist die Einzelkontrolle der Prognosen für die einzelnen Leistungserbringergruppen nicht vorgesehen, da für die Prämienfestsetzung das gesamte erwartete Kostenvolumen entscheidend ist. Es existieren verschiedene, qualitativ hochwertige Methoden zur Kostenprognostizierung und zur Budgetierung und die Methoden der einzelnen Krankenversicherer bezüglich der Schätzung der zukünftigen Kosten

unterscheiden sich. Dies erklärt auch den Umstand, dass der Aufsichtsbehörde von den Krankenversicherern zum Teil Budgets eingereicht werden, die das gesamte Kostenvolumen linear über alle Leistungserbringergruppen verteilen. Die Rechtfertigung einer Budgetierungsmethode im Sinne der Aufsichtsbehörde seitens der Krankenversicherer zeigt sich schlussendlich im langfristigen Prognosefehler.

Im Auftrag des BAG, santésuisse und der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) wurde von der Zürcher Hochschule Winterthur am Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) ein Kostenprognosemodell entwickelt, welches mit Hilfe von verschiedenen Parametern die wahrscheinliche Kostenentwicklung in der OKP modellieren kann. Die Resultate des Kostenprognosemodells WIG sind fest in die Auswertungsinstrumente des BAG integriert und werden für die zusätzliche Plausibilisierung der Budgets der einzelnen Krankenversicherer verwendet. Zum Kostenprognosemodell existieren zwei detaillierte Studien als Forschungspublikationen des BAG.⁹ Das Kostenprognosemodell WIG hat z.B. einen durchschnittlichen Anstieg der Bruttoleistungen um 4,4 Prozent für das Jahr 2006 prognostiziert; die Krankenversicherer haben ihrerseits einen durchschnittlichen Anstieg von 4,5 Prozent vorhergesagt.

Für die Plausibilisierung der Kostenentwicklung sind für das BAG die kumulierten Prognosen der Versicherer, die Quervergleiche unter den Versicherern unter Berücksichtigung ihrer Risikostruktur, die kantonalen Stellungnahmen, das Kostenprognosemodell WIG, bekannte kostenwirksame Massnahmen und mögliche weitere spezifische Informationen zur Kostenentwicklung in den Kantonen massgebend.

Versichertenbestände, Risikostruktur und Marktposition der Prämien

Im Rahmen der Plausibilisierung der Budgets werden Veränderungen in Versichertenbeständen meistens in Verbindung mit weiteren Beurteilungskriterien, wie der jeweiligen Positionierung der Prämien innerhalb des kantonalen Marktes, der geschätzten Bestandesveränderung und zukünftigen Risikostruktur oder der Veränderung der Reserven, geprüft. Die aktuellen und zukünftigen Versichertenbestände sind also direkt oder indirekt ein zentrales Beurteilungskriterium für die Prämiengenehmigung. Sämtliche durch die Versicherer eingereichten Prämien werden miteinander verglichen, um beurteilen zu können, ob die vom einzelnen Versicherer erwarteten Bestandes- und Risikostrukturentwicklungen aufgrund der Marktposition der einzelnen Prämien plausibel sind. Die detaillierten Auswertungen der Aufsichtsbehörde zur Risikostruktur der einzelnen Versicherer fliessen in die Beurteilung der Prämienerrhöhung ein, insbesondere, um die Abweichungen zu den durchschnittlichen Prämienerrhöhungen aufgrund dieser strukturell begründeten finanziellen Mehr- oder Minderbelastung beurteilen zu können.

Ausgleich von finanziellen Ungleichgewichten durch die erwarteten Ergebnisse

Die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse plausibler Budgets ermöglichen es der Aufsichtsbehörde zu beurteilen, ob die Prämienfestsetzung in den einzelnen Kantonen und für das gesamte Unternehmen den richtigen Trend ausweist, um damit die kumulierten positiven oder negativen Ergebnisse auszugleichen. Auf Unternehmensebene müssen dadurch die gesetzlichen Mindestreserven und auf kantonaler Ebene ein mittelfristig ausgeglichenes Verhältnis zwischen Prämien und Kosten erreicht werden, wobei bei beiden Zielsetzungen dem Versicherer genügend Zeit zur Umsetzung gewährt werden muss, um Prämien sprünge und die daraus folgenden negativen Effekte zu vermeiden. Daher ist es für die Aufsichtsbehörde zwingend, dass die Versicherer bei unausgeglichenen finanziellen Situationen durch die Prämienfestsetzung betriebswirtschaftliche Ergebnisse anstreben und erreichen, welche einen Trend zu einer ausgeglichenen Situation begründen, sie überlässt aber dem Versicherer die mittelfristige Planung, um diese Ziele zu erreichen.

⁹ Kostenprognosemodell für die Krankenversicherung, BAG KUV 9.05; Kostenprognosemodell für die Krankenversicherung, Begleitstudie für die Einführung, BAG KUV 4.06.

Intervention der Aufsichtsbehörde

Die Aufsichtsbehörde interveniert im Rahmen der Budgetprüfung aufgrund der vielfältigen Budgetunsicherheiten nur bei offensichtlichen und grossen Abweichungen von plausiblen Prognosen und fordert eine Prämienanpassung zur Wahrung der finanziellen Sicherheit, bei einer Prämienfestsetzung über dem Kostenniveau ohne entsprechenden finanziellen Bedarf zur Äufnung der gesetzlichen Mindestreserven oder zum Ausgleich von Vorjahresverlusten. Sie erkennt Interventionsbedarf insbesondere auch aufgrund der exklusiven Gesamtsicht auf die Prämienfestsetzungen aller Versicherer und muss dabei zwingend vermeiden, dass sie nicht durch eine Intervention bei einem Versicherer, welcher z.B. in einem Kanton die günstigste Prämie festgesetzt hat, einen anderen Versicherer in dieselbe Lage bringt. Eine übermässige Intervention in die Prämienfestsetzung durch die Aufsichtsbehörde stellt grundsätzlich einen Eingriff in den Markt dar, welcher vermieden werden muss. Erfüllt also die Prämienfestsetzung eines Versicherers die gesetzlichen Bestimmungen und sind einzig mögliche Budgetabweichungen durch die Aufsichtsbehörde zu beanstanden, welche allerdings die finanzielle Sicherheit nicht in Frage stellen, werden diese gegenüber dem Versicherer nicht oder nur als unverbindliche Bemerkungen geltend gemacht. Es darf nicht vergessen werden, dass die jeweiligen Budgetierungen sich erst bewahrheiten müssen und dass entsprechende Ausgleichs in den Folgejahren durch die Aufsichtsbehörde durchgesetzt werden können.

Die Prüfung der Hochrechnungen und Budgets der Krankenkassen erfolgt gemäss dem durch die Budgetierungsqualität der einzelnen Kassen bekannten Risikopotential individuell pro Versicherer. Dazu zieht das BAG Quervergleiche mit den Eingaben sämtlicher Versicherer über mehrere Jahre bei und plausibilisiert Abweichungen in der Prämienfestsetzung zwischen den Versicherern aufgrund der unterschiedlichen Kostenstrukturen. Entscheidende Elemente sind dabei die generell erwartete Kostenentwicklung aufgrund der Prognosen aller Versicherer und von Prognosemodellen, die Stellungnahmen der Kantone, bekannte kostenwirksame Massnahmen und die zu erwartende Bestandes- und Kostenentwicklung bei den einzelnen Versicherern. Die prognostizierten Betriebsergebnisse der Versicherer müssen bei einer plausiblen Budgetierung einen mittelfristigen Ausgleich zwischen den Prämien und den Kosten in den einzelnen Kantonen ermöglichen.

4.3.2 Prüfung der Reserven und Rückstellungen

Gemäss Art. 60 Abs. 1 KVG haben die Versicherer ausreichende Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle und eine ausreichende Sicherheitsreserve zu bilden bzw. zu halten. Die Rückstellungen und Reserven der OKP sind in der Bilanz gemäss Art. 60 Abs. 2 KVG gesondert auszuweisen.

Rückstellungen

Die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden während eines Kalenderjahres erhoben und dienen dazu, die beanspruchten medizinischen Leistungen während des gleichen Jahres zu vergüten. Nicht alle in einem Kalenderjahr bezogenen medizinischen Leistungen werden aber auch im selben Jahr fakturiert (und folglich vergütet).

Richtwerte für die Höhe der Rückstellungen sind 25 bis 32 Prozent der Nettoleistungen, wobei der individuelle Bedarf pro Versicherer massgebend ist und in speziellen Situationen Abweichungen von diesen Richtwerten zwingend sind¹⁰.

¹⁰ BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, Punkt 6.

Die Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle (versicherungstechnische Rückstellungen) dienen zur Deckung der aufgrund der zeitlichen Verschiebung zwischen der Prämieinnahme und der Kostenübernahme durch den Versicherer später zu bezahlenden medizinischen Leistungen. Es handelt sich dabei um Fremdkapital, das für den Betrieb der Krankenversicherungen absolut notwendig ist.

Reserven

Die Reserven werden aus dem Ergebnis der Erfolgsrechnung gespiesen und reflektieren demzufolge den von den Krankenkassen in allen Geschäftsjahren erwirtschafteten Überschuss oder Verlust. Die Mindestreserven der Krankenversicherer sind gemäss Art. 78 KVV als ein nach Versichertenbestand abgestufter Prozentsatz festgesetzt. Diese Reservenquote berechnet sich aufgrund der vorhandenen Reserven im Verhältnis zum Prämien Soll. Die gesetzliche Mindestreservequote gilt für die gesamte OKP einer Krankenkasse und ist nicht teilbar. Fällt die Reservequote einer Krankenkasse unter das gesetzlich festgelegte Minimum, muss sie die fehlenden Reserven mittelfristig und nach einem mit der Aufsichtsbehörde vereinbarten Plan wieder aufbauen.

Die Reservesätze werden bis zum Jahr 2009 schrittweise gesenkt, um für Versicherer abhängig von der Anzahl versicherter Personen folgende minimale Sicherheitsreserve in Prozent des Prämien Soll zu erreichen:

- über 150'000 Versicherte 10%
- zwischen 50'000 und 150'000 Versicherte 15%
- und bis 50'000 Versicherte 20%

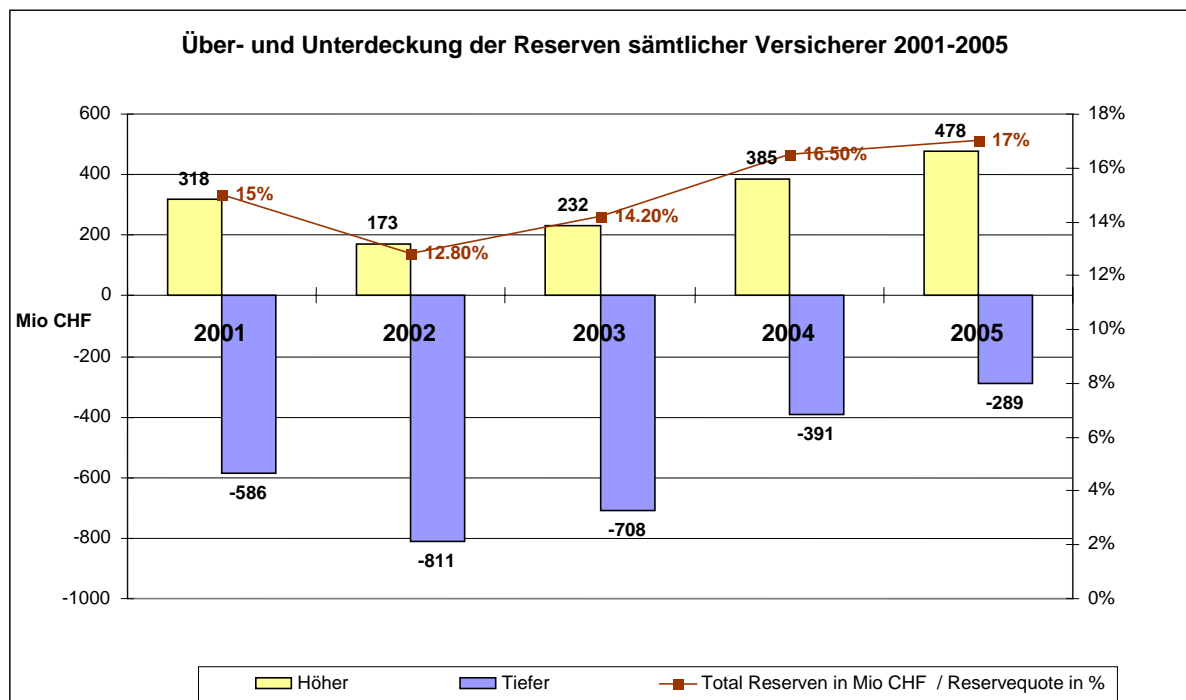
Die Reserven stellen bei den Krankenkassen als juristische und wirtschaftlich selbstständige Einheiten die Eigenmittel dar und erlauben ihre langfristige Solvenz zu sichern. Zweck der Reserven ist insbesondere, das Unternehmerrisiko (Bestandesänderungen, falsche Budgetbeurteilung, Einbruch der Börsenwerte, usw.) sowie die branchenspezifischen Risiken (Epidemie, Pandemie, aussergewöhnliche Anzahl schwerer Fälle, Verschlechterung der Qualität des Versichertenbestandes, usw.) zu decken.

Aufgrund der kantonalen Ergebnisrechnungen der Versicherer werden Überschüsse oder Verluste dem jeweiligen Kanton zugeschrieben, was sich in seiner kalkulatorischen kantonalen Reservequote ausdrückt. Diese Kennzahl dient dem BAG im Rahmen der Prüfung der kantonalen Prämienfestsetzung zur Beurteilung des Verhältnisses zwischen den kantonalen Prämien und den kantonalen Kosten¹¹.

Die untenstehende Grafik (Tabelle 2) zeigt, dass die finanzielle Sicherheit in der OKP im Jahr 2005 durch den Wiederaufbau der gesetzlichen Reserven in den Vorjahren grundsätzlich gewährleistet ist. 2005 weisen 61 Versicherer Reserven im Umfang von total 478 Mio. Franken über dem gesetzlichen Minimum auf, 24 Versicherern fehlen gesetzliche Reserven im Umfang von 289 Mio. Franken. Die für 2005 geltende kumulierte Mindestreservequote aller Versicherer von 16.5%, welche sich aus dem gewichteten Mittel der in der KVV festgehaltenen Mindestreservequoten von 15% und 20% nach Anzahl Versicherten ergibt, wird damit gesamthaft im Jahr 2005 leicht überschritten.

¹¹ Vgl. dazu 4.3.3, Kantonale und regionale Prämienfestsetzung.

Tabelle 2: Über- und Unterdeckung der Reserven sämtlicher Versicherer 2001 - 2005¹²



Das BAG prüft, ob die gesetzlichen Minimalreserven zurzeit vorhanden sind und mit der vorgesehenen Prämienfestsetzung auch zukünftig vorhanden sein werden, und damit die Solvenz der einzelnen Versicherer. Gleichzeitig müssen sowohl für die gesamte Schweiz als auch für jeden Kanton für unerledigte Versicherungsfälle Rückstellungen vorhanden sein oder gebildet werden, welche die aus den Vorjahren ausstehenden Rechnungen zu decken vermögen. Die Prüfung der gesetzlichen Reserven und der Rückstellungen des vergangenen Jahres erfolgt bereits mit der Rechnungsprüfung der Revisionsstelle. Im Rahmen der Prämien genehmigung verbleibt dem BAG die Prüfung, ob die Minimalreserven und Rückstellungen voraussichtlich auch im laufenden Jahr und mit den für das Folgejahr festgesetzten Prämien auf der Basis eines plausiblen Budgets ausreichend sein werden. Die möglichen zukünftigen Veränderungen der Reserven werden dabei insbesondere im Zusammenspiel mit der Entwicklung des Versichertenbestands, aber auch anhand von weiteren Indikatoren und Kennzahlen beurteilt.

Gemäss der Genehmigungspraxis des BAG müssen die im Gesetz vorgeschriebenen Mindestreserven eingehalten werden.¹³ Die Äufnung von fehlenden Reserven ist zwingend vorzusehen. Sowohl für die gesamte Schweiz als auch für jeden Kanton müssen für unerledigte Versicherungsfälle Rückstellungen vorhanden sein oder gebildet werden, welche die aus den Vorjahren ausstehenden Rechnungen zu decken vermögen.

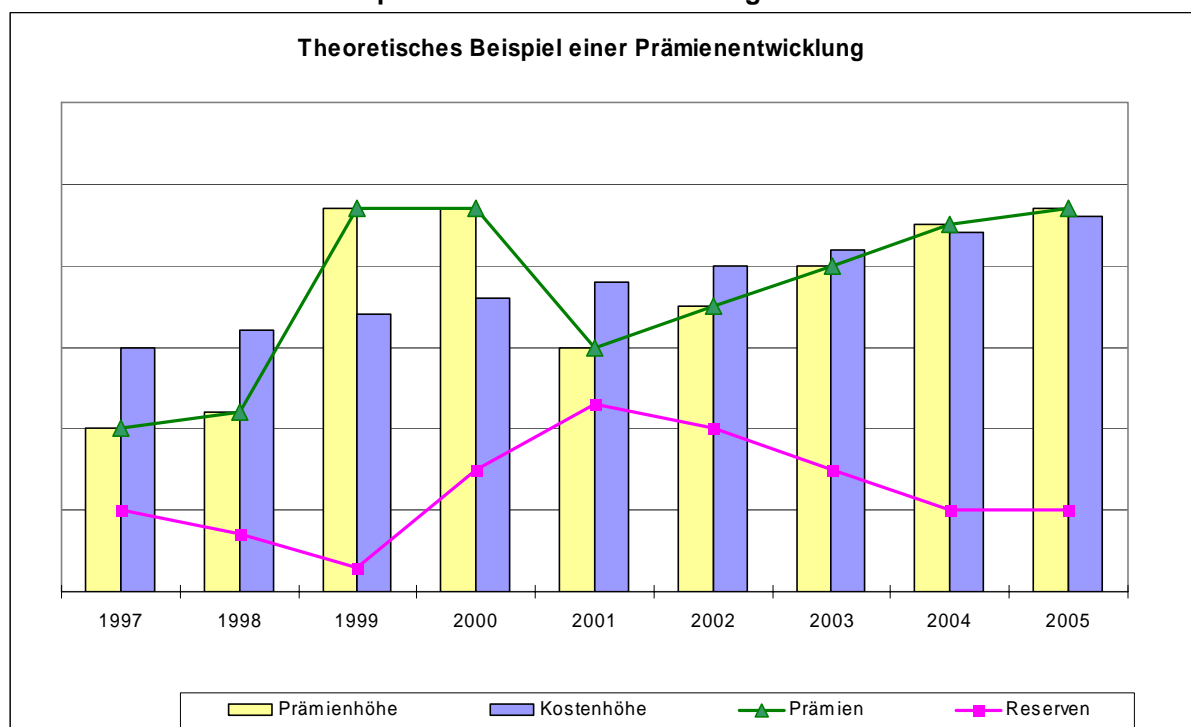
Es ist zwingend darauf zu achten, dass eine Veränderung der Reserven, z.B. aufgrund einer Senkung der gesetzlichen Mindestreserven, nicht zu rasch geschieht. Ein übermässiger Einsatz von Reservegeldern zu Gunsten der Prämienentwicklung würde zum Beispiel das Prämienniveau stark unter das Kostenniveau bewegen, was eine überproportionale Prämienenerhöhung im Folgejahr zur Folge hätte. Die untenstehende Grafik (Tabelle 3) verdeutlicht dies und zeigt zudem, dass eine allzu rasche Änderung der Reservesituation eines Versicherers zu einer sehr un stetigen Prämienentwicklung führen kann. Die Senkung oder Äufnung der Reserven eines Krankenversicherers wirkt sich immer auch auf weitere

¹² Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004; BAG KUV 02.06. Aufsichtsdaten der OKP 2005, BAG Publikation (September 2006).

¹³ BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, Punkt 6.

Strukturmerkmale aus. So kann eine tiefe oder hohe Prämie je nach Ausgangslage und gewünschtem Ziel bezüglich Reserven aufgrund der Marktposition der Prämie die Risikostruktur und/oder den Versichertenbestand eines Krankenversicherers massgeblich beeinflussen. Diese Veränderungen könnten die gewünschten Änderungen der Reservequote vollständig kompensieren eventuell sogar überkompensieren, indem zum Beispiel aufgrund des grösseren Prämienvolumens wieder mehr Reserven geäufnet werden müssten oder sich die Kosten des Krankenversicherers aufgrund der Veränderungen der Risikostruktur massgeblich verändern würde. Die Reservequote ist daher als Steuerungsgrösse ungeeignet. Sie dient lediglich als Kennzahl zur Beurteilung der finanziellen Situation eines Krankenversicherers. Wichtig ist dabei auch eine kritische Betrachtung des absoluten Bestandes an Reserven. Bei Krankenversicherern mit einem sehr kleinen Bestand an Versicherten, kann bereits ein geringer absoluter Bestand an Reserven eine Reservequote erzeugen, welche über den gesetzlichen Mindestanforderungen liegt. Aus diesem Grund sind die kleinen Versicherer mit weniger als 50'000 Versicherten gemäss Art. 78 Abs. 5 KVV verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen.

Tabelle 3: Theoretisches Beispiel einer Prämienentwicklung



4.3.3 Kantonale und regionale Prämienfestsetzung

Die Versicherer können Ihre Prämien gemäss Art. 61 Abs. 2 KVG nach ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonale und regional abstufen und damit von der Einheitsprämie abweichen. Auch der Risikoausgleich wird kantonale abgewickelt und unterstreicht die Abgeschlossenheit der kantonalen Systeme. Die kantonalen Prämien müssen also den kantonalen Kosten entsprechen. Die Differenzierung nach Regionen rechtfertigt sich, sofern generelle Kostenunterschiede eine Unterteilung eines Kantons in zwei oder drei Regionen zulassen. Die Prämienregionen werden gemäss Art. 61 Abs. 2 KVG vom BAG für sämtliche Versicherer einheitlich festgesetzt. Die Kontrolle der regionalen Prämienfestsetzung wird durch die Aufsichtsbehörde im Rahmen der Prüfungen der Prämienermässigungen getätigt.¹⁴

Sofern die Krankenversicherer kantonale Prämien erheben, müssen die Prämieinnahmen und sämtliche Kosten auf die Kantone aufgeteilt werden. Dementsprechend führen die

¹⁴ Vgl. unten; 4.4.1.

Krankenversicherer kantonale Erfolgsrechnungen, welche sämtliche Aufwendungen und Erträge pro Kanton darstellen. Die Versicherer reichen dem BAG sämtliche Budgets kantonal aufgeteilt ein, mit Ausnahme von Kleinstbeständen mit weniger als 300 Personen in einem Kanton. Bei solch kleinen Beständen ist die versicherungstechnisch korrekte Berechnung einer Prämie gar nicht möglich, da bereits ein einzelner Hochkostenfall die entsprechende kantonale Prämie derart erhöhen würde, dass die grundsätzliche Solidarität aller Versicherten nicht mehr gewährleistet wäre. Daher können diese Kleinstbestände von den Versicherern in einer Sammelrechnung geführt werden. Aus demselben Grund legt das BAG jährlich Mindest- und Höchstprämien für entsprechende kantonale Versichertenportefeuilles mit Beständen unter 300 fest, welche sich am kantonalen oder regionalen Durchschnitt des laufenden Jahres ausrichten.¹⁵

Überschüsse oder Defizite, welche aus dem Verhältnis von kantonalen Prämien zu kantonalen Kosten entstehen, müssen zukünftig im betreffenden Kanton auch wieder zur Kostendeckung eingesetzt werden. Die Genehmigungspraxis des BAG hält fest, dass die Prämien grundsätzlich so festgelegt sein müssen, dass jeder Kanton gleichmässig pro versicherte Person zu einem Gewinn bzw. Verlust beiträgt.¹⁶ Die kumulierten kantonalen Ergebnisse werden in den internen Auswertungen der Aufsichtsbehörde für jeden Versicherer ersichtlich gemacht. Dabei ist zu beachten, dass diese kalkulatorischen kantonalen Reserven absolut, und nicht in Prozenten verfolgt werden müssen. Das finanzielle Risiko des einzelnen Versicherers muss allerdings durch die gesamtschweizerischen Reserven des betreffenden Krankenversicherers gedeckt werden, sodass diese kumulierten Ergebnisrechnungen nach Kantonen nur der Überprüfung und langfristigen interkantonalen Vergleichbarkeit des Verhältnisses der Prämieinnahmen zu den Kosten dient.

Die Krankenversicherer müssen dafür sorgen, dass die Rechnung in den Kantonen mittel- bis langfristig ausgeglichen ist, d.h. dass die kantonalen Prämieinnahmen den kantonalen Ausgaben entsprechen. Dabei ist zu beachten, dass in den Jahren seit Inkrafttreten des KVG durch die Versicherer gesamthaft Reserven abgebaut wurden, diese aber in den verschiedenen Kantonen nicht gleichmässig eingesetzt wurden. Auch aus diesem Grund entstanden immer wieder Ungleichheiten zwischen den Kantonen, welche laufend ausgeglichen werden müssen. Entsprechende Angleichungen der kantonalen Situationen müssen sehr vorsichtig geschehen und grundsätzlich bezüglich Zeitdauer im Ermessen der Versicherer liegen. Die Aufsichtsbehörde hat im Rahmen der Prämien genehmigung dafür zu sorgen, dass die Prämienfestsetzung der Versicherer Resultate zeitigt, die mittelfristig zum erwünschten Ziel führen. Eine zu rasche Anpassung kumulierter kantonaler Überschüsse oder Defizite über eine grosse Abweichung der Prämie von den Kosten würde in der Folge zu markanten Prämien sprüngen führen, um die Prämien wieder auf das Kostenniveau zu bringen. Solche Prämien sprünge können aber nicht im Interesse der Versicherten sein, die sich im Rahmen der Finanzierung über das Umlageverfahren auf eine gewisse Kontinuität in der Prämienentwicklung als Qualitätsmerkmal der Prämienfestsetzung eines Versicherers verlassen können müssen.

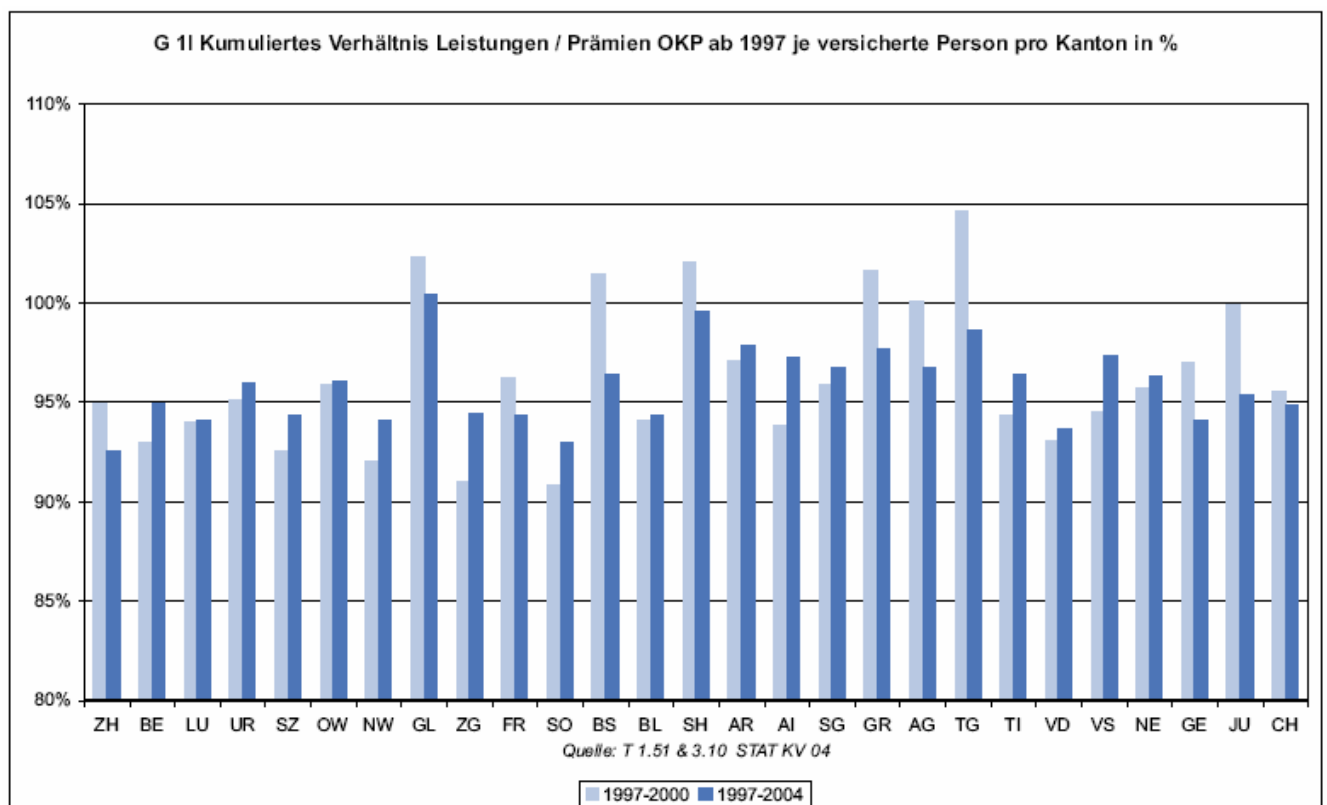
Die Aufsichtsbehörde setzt gegenüber den Versicherern die Prämienfestsetzung gemäss den anfallenden Kosten auf kantonaler Ebene mittelfristig durch. Sie lässt den Versicherern dabei einen gewissen Handlungsspielraum, um notwendige Anpassungen in den einzelnen Kantonen an den schweizerischen Durchschnitt unter Berücksichtigung ihrer gesamten finanziellen Situation und einer unternehmerisch sinnvollen Prämienentwicklung in den einzelnen Kantonen zu ermöglichen. Entscheidend zur Beurteilung des Verhältnisses zwischen Kosten und Prämien sind die kumulierten Ergebnisse aller Versicherer eines Kantons. Abweichungen einzelner Versicherer sind nicht massgeblich, da die Versicherten den Versicherer jederzeit wechseln können.

¹⁵ BAG-Kreisschreiben 5.1, Punkt 6. Mindest- und Höchstprämien und Erläuterungen zu deren Berechnung sind im Anhang 1 des Kreisschreibens ersichtlich.

¹⁶ BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, Punkt 6.

Betrachtet man das Verhältnis von kumulierten Leistungen zu kumulierten Prämien pro Versicherten auf kantonaler Ebene für die Zeitspanne von 1997 bis 2004 (Tabelle 4), erkennt man in der Periode von 1997 bis 2000 anhand der Ausreisser deutlich die zu hohen (Verhältnis < ~ 94 %) oder zu tiefen (Verhältnis > ~ 96 %) Prämienniveaus. Als Referenzwert gilt der schweizerische Durchschnitt von etwa 95 %. Weiter sind die Prämienniveaueinstellungen von 2000 bis 2004 im Vergleich zur Periode von 1997-2000 ersichtlich. In einigen Kantonen entspricht das Verhältnis zurzeit noch nicht dem angestrebten langfristigen Durchschnittswert. Unter der Berücksichtigung der jeweiligen Situation der im betreffenden Kanton tätigen Versicherer gilt es weiterhin, diese Verhältnisse durch eine konsequente Prämienfestsetzung und -genehmigung mittelfristig dem schweizerischen Durchschnitt anzugleichen.

Tabelle 4: Kumuliertes Verhältnis Leistungen / Prämien OKP¹⁷



¹⁷ BAG, KV-Statistik 2004, S. 15.

4.4 Überprüfung der Prämienermässigungen auf ihre Gesetzmässigkeit

Die Prämien der OKP werden ausgehend von einer kantonalen Grundprämie, die für alle Versicherten gleich ist, und unter Berücksichtigung verschiedener Prämienermässigungen festgesetzt. Die maximalen Prämienermässigungen und die Reihenfolge deren Berechnung sind in KVG und KVV geregelt und beinhalten mehr oder weniger Handlungsspielraum für die Versicherer. Das BAG hat zudem in seinem Kreisschreiben zu den Prämien die Versicherer zu einer einheitlichen Anwendung dieser Bestimmungen angewiesen.¹⁸

Die Aufsichtsbehörde setzt die maximalen Prämienermässigungen und die Berechnungsgrundsätze durch und gewährleistet damit die durch KVG und KVV gewollte Solidarität unter den Versicherten. Bei der Festsetzung der Prämienermässigungen unterhalb der gesetzlichen Maxima verfügen die Versicherer über einen grossen Ermessensspielraum. Grundsätzlich liegen der Höhe der Prämienermässigungen Kostenunterschiede zu Grunde, wobei zu Gunsten des Wettbewerbs der Ermessensspielraum der Versicherer durch die Aufsichtsbehörde im Rahmen der Prämien genehmigung nicht unnötig eingeschränkt werden soll.

4.4.1 Prämienermässigungen im Zusammenhang mit den Prämienregionen

Art. 61 Abs. 2 KVG gibt den Versicherern die Möglichkeit, die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden regional abzustufen. Gemäss Art. 91 KVV wird die maximale Differenz zwischen den Prämien der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung zwischen den einzelnen Regionen eines Kantons aus Solidaritätsgründen prozentual begrenzt. Die Versicherer müssen die durch den Bundesrat festgesetzten Maxima von 15% zwischen der Region 1 und der Region 2 und von 10% zwischen der Region 2 und der Region 3 eines Kantons zwingend einhalten und die Aufsichtsbehörde toleriert im Rahmen der Prämien genehmigung keine Überschreitungen. Bezüglich dem Umfang der Ermässigung innerhalb der festgesetzten Maxima verfügt der Versicherer über einen grossen Ermessensspielraum, da er grundsätzlich nicht verpflichtet ist, überhaupt eine Abstufung nach Regionen zu tätigen. Die Aufsichtsbehörde erhebt und kontrolliert in diesem Zusammenhang ausschliesslich die kantonalen Ergebnisrechnungen, und überlässt den Versicherern die Festsetzung der Prämienermässigungen zwischen den Regionen nach Kostenunterschieden unter der Voraussetzung, dass die kantonalen Ergebnisrechnungen ausgeglichen sind.

4.4.2 Altersabhängige Prämienermässigungen

Gemäss Art. 61 Abs. 3 KVG *müssen* die Versicherer für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) eine tiefere Prämie festsetzen als für ältere Versicherte (Erwachsene). Die Versicherer sind nicht berechtigt, Kinder von der Bezahlung der Prämien vollständig zu befreien¹⁹. Da jedoch die Kinderprämien nicht unbedingt kostendeckend sein müssen, steht es den Versicherern frei, die besondere Situation von kinderreichen Familien zu berücksichtigen und beispielsweise ab dem dritten Kind einen zusätzlichen Rabatt zu gewähren. Die Genehmigungspraxis des BAG lässt Prämienermässigungen für Kinder zwischen 65 % und 90 % der Grundprämie der Erwachsenen der gleichen Region zu²⁰.

Gemäss Art. 61 Abs. 3 zweiter Satz KVG *können* die Versicherer auch für junge Erwachsene im Alter von 19 bis 25 Jahren tiefere Prämien festsetzen. Junge Erwachsene im Alter von 19 bis 25 Jahren bilden keine spezifische Risikogruppe, sondern gehören zur Risikogruppe der Erwachsenen. Da es sich bei dieser Norm um eine Bestimmung mit familienpolitischem Charakter handelt, müssen die Versicherer für die Gewährung von Prämienermässigungen zu Gunsten von jungen Erwachsenen keine betriebswirtschaftlichen Begründungen liefern.

¹⁸ BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, Punkt 2.1 bis 2.7.

¹⁹ Bundesratsentscheid vom 22. Oktober 1997, Kap. 11, in RKUV 6/1997, S. 399 ff.

²⁰ BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, Punkt 2.2.

Die Solidarität muss innerhalb der gesamten Risikogruppe der Erwachsenen gewährleistet sein. Auch was die Deckung der Gesamtkosten, inkl. des Risikoausgleichs durch die Prämien anbelangt, ist die ganze Risikogruppe massgebend. Die Genehmigungspraxis des BAG lässt aufgrund der damit verbundenen finanziellen Risiken Prämienermässigungen für junge Erwachsene von bis zu 30 % der ordentlichen Prämie der Erwachsenen der gleichen Region zu.²¹

Die Aufsichtsbehörde überlässt die Prämienfestsetzung innerhalb der festgehaltenen Spannbreiten vollumfänglich den Versicherern und interveniert nur in Ausnahmefällen, falls mit zu hoch festgesetzten Prämienermässigungen die finanzielle Sicherheit des Versicherers kurz- oder mittelfristig gefährdet werden könnte.

4.4.3 Prämienermässigungen bei Wahlfranchisen

Die Wahlfranchisenversicherung und die entsprechenden maximalen Ermässigungen auf der Prämie der ordentlichen Versicherung sind in den Artikeln 62 Abs. 2 Bst. a KVG, 90c und 95 KVV geregelt. Art. 95 Abs. 2bis hält fest, dass die Prämienermässigung 80 Prozent des vom Versicherten zusätzlich übernommenen Risikos nicht überschreiten darf. Der Bundesrat hat zudem in Art. 90c Abs. 1 KVV eine Mindestprämie von 50% der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung festgelegt, welche nicht durch Prämienermässigungen unterschritten werden darf. Innerhalb dieser verordnungsmässig limitierten maximalen Prämienermässigungen für die verschiedenen Wahlfranchisenstufen gewährt die Aufsichtsbehörde den Krankenversicherern einen grossen Ermessensspielraum. Die durch die Aufsichtsbehörde getätigten finanziellen Prüfungen beziehen sich dabei auf die gesamte Wahlfranchisenversicherung und nicht die einzelnen Wahlfranchisenstufen. Das BAG setzt im Rahmen der Prämien genehmigung die entsprechenden maximalen Prämienermässigungen und den Grundsatz durch, dass die Prämie der Wahlfranchisenversicherung nach versicherungstechnischen Erfordernissen festgesetzt werden muss²².

4.4.4 Prämienermässigungen bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

Die besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer begründet sich in den Art. 41 Abs. 4 und 62 Abs. 1 und 3 KVG und werden in den Art. 90c und 99ff. KVV insbesondere bezüglich der Prämienermässigungen näher geregelt. Gemäss Art. 101 Abs. 3 KVV sind Prämienrabatte für Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer bis zu 20% möglich, bis Erfahrungszahlen aus mindestens fünf Rechnungsjahren vorliegen. Prämienermässigungen sind nur zulässig in der Höhe der Kostenunterschiede, die sich auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückführen lassen. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung. Diese Bestimmung wurde vom Bundesrat vorwiegend in Hinblick auf die HMO-Praxen und Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung erlassen und zielte darauf, keine übermässigen Prämienermässigungen zu ermöglichen, bis entsprechende Erfahrungswerte bezüglich der Kosteneinsparungen gefestigt sind. Die Aufsichtsbehörde sieht sich aber heute einer Vielzahl an Versicherungsmodellen gegenüber (HMO, Hausarztmodelle, Arzt- und Spitalisten, Telefonmodelle) und muss die Rabattierungen dementsprechend differenziert überprüfen. Sie muss dabei dem erhöhten finanziellen Risiko Rechnung tragen, welches entstehen kann, falls die Versicherer die verminderten Prämieinnahmen nicht ins richtige Verhältnis zu den verminderten Kosten setzen. Dies insbesondere, da diese Versicherungsmodelle durch die Versicherer auch in Kombination mit der Wahlfranchisenversicherung angeboten werden können.

²¹ BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, Punkt 2.2.

²² Vgl. dazu Art. 95 Abs. 1bis KVV.

Die Versicherer haben die den Prämienermässigungen zu Grunde liegenden Berechnungsmethoden zur Evaluation einer risikobereinigten Kosteneinsparung für alle angebotenen Versicherungsmodelle und die Erfahrungszahlen gemäss Art. 101 Abs. 3 KVV zur Begründung von Prämienermässigungen für Versicherungsmodelle, die bereits länger als 5 Jahre angeboten werden, dem BAG jedes Jahr spätestens bis zum 30. Juni einzureichen²³.

Um ein entsprechendes Versicherungsmodell auch für kranke Versicherte, welche aufgrund des fehlenden finanziellen Anreizes keine Wahlfranchise wählen, attraktiv zu gestalten, ist eine angemessene Prämienermässigung auf der Prämie der ordentlichen Versicherung notwendig. Im Bereich der Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer lässt die Aufsichtsbehörde daher den Versicherern innerhalb der gesetzlichen Bestimmungen einen sehr grossen Ermessensspielraum und toleriert in diesem Bereich bei nachweislich Kosten sparenden Versicherungsmodellen auch Prämienermässigungen, welche über der zu erwartenden Kosteneinsparung liegen, um die finanziellen Anreize zur Wahl eines solchen Modells zu erhöhen.

Die Aufsichtsbehörde gewährt den Versicherern im Rahmen einer differenzierten Betrachtung der verschiedenartigen Versicherungsmodelle einen grossen Ermessensspielraum bei der Festsetzung der Prämienermässigungen und verhindert nur eine offensichtlich missbräuchliche Prämienfestsetzung. In den ersten 5 Rechnungsjahren ist der Versicherer bei der Festsetzung der Prämienermässigung frei, sofern er die 20% gemäss Art. 101 Abs. 3 KVV nicht überschreitet, seine finanzielle Situation nicht durch übermässige Prämienermässigungen gefährdet wird und die Rabatte nach der zu erwartenden Kosteneinsparung differenziert werden. So werden heute durch die Versicherer für HMO bis rund 20%, für Hausarztmodelle bis rund 15% und für andere Modelle mit kleinerer erwarteter Kosteneinsparung bis rund 10% Prämienermässigung gewährt.

4.4.5 Prämienermässigungen bei Ruhen der Unfalldeckung

Gemäss Art. 8 Abs. 1 KVG kann die Deckung des Unfallrisikos sistiert werden, wenn der Versicherte nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) für dieses Risiko voll versichert ist. In solchen Fällen kommt der Versicherte in den Genuss einer Prämienermässigung gemäss Art. 91a Abs. 2 KVV. Nach Art. 91a Abs. 3 KVV können die Versicherer die Prämien der OKP derjenigen Personen, die eine Abredeversicherung oder eine freiwillige Versicherung nach dem UVG abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfalldeckung reduzieren.

In beiden Fällen soll bei einer Sistierung der Unfalldeckung die gewährte Ermässigung nicht höher ausfallen als der Prämienanteil für die Deckung dieses Risikos. Die durch Unfälle verursachten Kosten müssen dementsprechend durch jenen Teil der Prämie gedeckt werden, der dem «Unfallteil» der OKP entspricht.²⁴ Die Versicherer müssen somit die Rabatte entsprechend den «Unfallkosten» ihres Versichertenportefeuilles festlegen. Die maximale Rabattierung wird durch Art. 91a Abs. 4 KVV auf 7 % festgelegt.

Die Prämienermässigung bei Ruhen der Unfalldeckung muss für alle Prämien eines Kantons mittels eines einheitlichen Prozentsatzes erfolgen.²⁵ Die Aufsichtsbehörde erhebt die gesamtschweizerischen Ergebnisrechnungen der Versicherer getrennt nach den Risiken Krankheit und Unfall, und erstellt daraus mittel- und langfristige Auswertungen über den Anteil der Unfallkosten an den Gesamtkosten der einzelnen Versicherer. Diese Trennung nach Krankheit und Unfall erfolgt bei den Versicherern auch kantonal, wird aber von der Aufsichtsbehörde nicht in diesem Detaillierungsgrad erhoben. Unter Abwägung des Erhebungs- und Prüfaufwands dieser beträchtlichen Datenmenge und der daraus

²³ BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, Punkt 2.4.

²⁴ Vgl. RKUV 1998, K 23, S. 59, Erwäg. 2 a).

²⁵ BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, Punkt 2.7.

wahrscheinlich erfolgenden Einschränkungen des Marktes durch die Aufsichtsbehörde gewährt das BAG den Versicherern in diesem Bereich einen grossen Ermessensspielraum, sofern in allen Kantonen die maximale Prämienermässigung gemäss Art. 91a Abs. 4 KVV eingehalten wird und die Prämienermässigung mittel- und langfristig für die ganze Schweiz nicht markant über dem Anteil der Unfallkosten an den Gesamtkosten liegt. Aufgrund der unterschiedlichen Risikostrukturen und Prämienhöhe und dem erwähnten Ermessensspielraum der Versicherer können die entsprechenden Prämienermässigungen je nach Versicherer und Kanton sehr unterschiedlich sein.

4.4.6 Minimale Prämie

Gemäss Art. 90c Abs. 1 KVV muss die Prämie der besonderen Versicherungsformen (Art. 93 - 101 KVV) mindestens 50% der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung für die Altersgruppe und Prämienregion des Versicherten betragen. Diese Mindestprämie kann aber nur nach einer Prämienreduktion bei einer allfälligen Sistierung der Unfalldeckung erreicht werden. Die Versicherer müssen also die Prämienermässigungen im Zusammenhang mit wählbaren Franchisen und eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer so festsetzen, dass sie noch die für alle Prämien eines Kantons prozentual einheitliche Ermässigung für die Sistierung der Unfalldeckung gewähren können. Da nur mit der Gewährung einer Prämienermässigung im Rahmen der Wahlfranchisenversicherung überhaupt eine Rabattierung in dieser Grössenordnung möglich ist, wird durch diese Bestimmung eine Mindestprämie festgesetzt, welche durch den Versicherer bei der Gewährung von Prämienermässigungen nicht unterschritten werden kann. Die Aufsichtsbehörde setzt die Einhaltung dieser Mindestprämie unter Gewährung des Unfallrabatts im Rahmen der Prämien genehmigung konsequent durch.

4.4.7 Berechnungsreihenfolge der Prämienermässigungen

Die Prämienermässigungen müssen in einer durch Art. 90b KVV festgehaltenen Reihenfolge angewendet werden, da die Festsetzung von maximalen Prämienermässigungen im Sinne von Art. 62 Abs. 3 KVG nur dann Sinn macht, wenn auch die Reihenfolge dieser prozentualen Ermässigungen festgelegt wird.

Für die Prämienermässigungen gilt folgende Reihenfolge:

- a. Prämienermässigungen aufgrund der Prämienregionen (Art. 91 Abs. 1 und 2 KVV);
- b. altersabhängige Prämienermässigungen (Art. 91 Abs. 3 KVV);
- c. Prämienermässigungen für die wählbaren Franchisen (Art. 95 KVV);
- d. Prämienermässigungen bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 101 KVV);
- e. Prämienermässigungen bei Sistierung der Unfalldeckung (Art. 91a KVV).

Das BAG hat zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts zur Reihenfolge der Prämienermässigungen ausführliche technische Erläuterungen festgehalten.²⁶ Die Aufsichtsbehörde toleriert bei der Reihenfolge der Berechnung der Prämienermässigungen im Rahmen der Prämien genehmigung keinerlei Abweichungen von den gesetzlichen Bestimmungen und setzt diese durch.

4.5 Einbezug der Stellungnahmen der Kantone

Bei der Beurteilung der kantonalen Stellungnahmen unterscheidet das BAG zwischen Bemerkungen zur gesamthaften kantonalen Situation und Kostenentwicklung und Bemerkungen zu den individuellen Prämieangaben der Versicherer. Die kantonalen Stellungnahmen zur Beurteilung der gesamthaften kantonalen Situation und Budgetierung bieten, insbesondere im Bereich der kantonalen Kostenentwicklung und im Bereich von Budgetierungsfragen, wertvolle Zusatzinformationen, welche bei der Prämien genehmigung

²⁶ BAG-Kreisschreiben Nr. 5.1, Punkt 2.7.

konsequent berücksichtigt werden. Die Bemerkungen zu den Prämieeingaben der einzelnen Versicherer stehen den zuständigen Mitarbeitern der Aufsichtsbehörde zur Verfügung und können mit den erfolgten eigenen Beurteilungen verglichen werden. Die Beurteilung der individuellen Prämienfestsetzung der einzelnen Versicherer erfolgt allerdings unter einer gesamthaften Betrachtung ihrer finanziellen Situation und der betriebswirtschaftlich sinnvollen Möglichkeiten einer Umsetzung von Prämienanpassungen, wozu die durch die Kantone getätigte rein kantonale Betrachtung der einzelnen Versicherer keinen Mehrwert zu den Prüfarbeiten der Aufsichtsbehörde bieten. Eine konsequente Prämienkontrolle ist nur möglich, wenn ein Überblick über die gesamtschweizerische finanzielle Situation eines Krankenversicherers vorliegt. Es darf nicht vergessen werden, dass ein Krankenversicherer für seine Verbindlichkeiten in seinem Tätigkeitsgebiet mit seinem ganzen Vermögen haftet.

Die Kantone haben ein begründetes Interesse daran, dass nicht ein überhöhtes Prämienniveau im Verhältnis zu den kantonalen Kosten zu Gunsten eines niedrigeren Prämienniveaus anderer Kantone besteht, und machen dies auch regelmässig in ihren Stellungnahmen geltend. Die Aufsichtsbehörde verlangt deshalb konsequent den Abbau von kumulierten Überschüssen bzw. das Einnehmen von kumulierten Defiziten aus Kosten und Prämien in den einzelnen Kantonen.²⁷

Die Aufsichtsbehörde bezieht die Stellungnahmen der Kantone bezüglich der gesamthaften Betrachtung der kantonalen Situation und Kostenentwicklung konsequent in ihre Beurteilung mit ein. Da die Versicherten über die volle Freizügigkeit zum Wechsel des Versicherers verfügen, ist für den Kanton nicht die Prämienfestsetzung des einzelnen Versicherers massgeblich, sondern das kantonale Verhältnis von Kosten und Prämien über alle Versicherer. Die Beurteilung der individuellen Prämienfestsetzung der einzelnen Versicherer erfolgt unter einer umfassenden Betrachtung der finanziellen Situation und der betriebswirtschaftlich sinnvollen Möglichkeiten einer Umsetzung von Prämienanpassungen ausschliesslich durch die Aufsichtsbehörde.

4.6 Transparenz der Entscheidungsfindung der Aufsichtsbehörde

Sowohl Rechnungslegungsprüfung als auch insbesondere die Prämiengenehmigung und die entsprechenden Entscheidkriterien und die Entscheidungsfindung sind verwaltungsintern nachvollziehbar und ausführlich dokumentiert. Die Tagebücher der Ökonomen, welche die Prämiengenehmigung vornehmen, enthalten sämtliche Überlegungen, Daten und Informationen, welche zur Entscheidungsfindung bezüglich Genehmigung der Prämie beigetragen haben. Ausserdem sind dort weitere Notizen zur allgemeinen Geschäftslage der Krankenversicherer festgehalten. Die Tagebücher entstehen in erster Linie als Konsequenz aus der Prämiengenehmigung. Nach der Prämiengenehmigung dienen sie der Nachvollziehbarkeit, Dokumentation und Transparenz der getroffenen Entscheidungen. Die Tagebücher sorgen schlussendlich für eine Kontinuität der Prüfungsmethode, für einen von den jeweiligen Mitarbeitern unabhängigen Erhalt spezifischen Know-hows hoher Qualität der jeweiligen Krankenversicherer sowie für die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der bisherig seitens der Aufsichtsbehörde getroffenen Entscheide. Die Tagebücher, wie sämtliche anderen Dokumente aus der Prämiengenehmigung, enthalten vertrauliche Versichererdaten, wie zum Beispiel Unternehmensentscheide bezüglich Budgetierung und Prämienfestsetzung und marktrelevante Informationen aus den Gesprächen mit der Aufsichtsbehörde. Diese Geschäftsgeheimnisse können der Öffentlichkeit und damit der Konkurrenz nicht bekannt gegeben werden und stehen deshalb auch nach der Prämiengenehmigung nur der Aufsichtsbehörde zur Verfügung.

²⁷ Vgl. oben; 4.3.3.

5 Transparenz der Finanzierung und der Prämienfestsetzung gegenüber den Versicherten

5.1 Publikationen und Mitteilungen zur Finanzierung und den Prämien der OKP

5.1.1 Informationspflicht und Publikationen der Versicherer

Die Krankenversicherer sind gemäss Art. 27 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären. Mit dem Bezug auf die Rechte und Pflichten der Interessierten bringt der Gesetzgeber zum Ausdruck, dass der Umfang dieser Informationspflichten weit gefasst ist. Was die Tiefe der Aufklärung betrifft, muss sichergestellt werden, dass die Versicherer die interessierten Personen soweit aufklären, dass diese in die Lage versetzt werden, die für sie im konkreten Fall in Betracht fallenden Schritte einzuleiten.²⁸ Neben dieser grundsätzlichen Informationspflicht der Versicherer sehen Gesetz und Verordnung verschiedene spezifische Informations- oder Mitteilungspflichten des Versicherers vor, welche dem Versicherten ermöglichen sollen, die finanzielle Situation der einzelnen Unternehmen beurteilen zu können.

Art. 60 Abs. 4 KVG verpflichtet die Versicherer für jedes Geschäftsjahr einen Geschäftsbericht zu erstellen, welcher sich aus Jahresbericht und Jahresrechnung zusammensetzt. Der Geschäftsbericht ist grundsätzlich nach den Bestimmungen des Obligationenrechts (OR; SR 220) über die Aktiengesellschaften zu erstellen; zudem sind die Bestimmungen von KVG und KVV zusätzlich zu berücksichtigen (Art. 60 Abs. 5 KVG). Der Bundesrat hat zudem von seiner Kompetenz gemäss Art. 60 Abs. 6 KVG Gebrauch gemacht, die notwendigen Vorschriften zum Geschäftsbericht und dessen Veröffentlichung in der Verordnung näher zu regeln. Gemäss Art. 85a KVV haben die Versicherer den Geschäftsbericht bis zum 30. Juni des Folgejahres zu veröffentlichen und dem BAG einzureichen. Sie stellen ihn zudem allen interessierten Personen zur Verfügung. Der Geschäftsbericht muss grundsätzlich die Eckdaten nach Versicherungszweig und die Kennzahlen nach Art. 31 Abs. 2 KVV, die durch die Aufsichtsbehörde ebenfalls veröffentlichten Aufsichtsdaten, enthalten. Damit sind die Krankenversicherer verpflichtet, ihre Geschäftsberichte (Bilanz, Gesamtbetriebsrechnung, Betriebsrechnungen der einzelnen Versicherungsformen und verschiedene Kennzahlen) nach einheitlicher Methode zu veröffentlichen.

Im Bezug auf die Prämien steht dabei die Mitteilung der genehmigten Prämie im Vordergrund. Gemäss Art. 7 Abs. 2 KVG muss der Versicherer die neue, vom BAG genehmigte Prämie jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen. Die entsprechende Mitteilung erfolgt mit der Zustellung einer neuen Versicherungspolice, welche die neue Prämie ausweist. Gemäss Art. 89 KVV muss der Versicherer dabei klar zwischen den Prämien der OKP und der anderen Versicherungen unterscheiden und zudem den Prämienanteil für den Einschluss des Unfallrisikos separat ausweisen.

Die meisten Versicherer verfügen über eigene Versichertenzeitschriften oder Internetauftritte, über welche in unterschiedlicher Periodizität und Umfang generelle Informationen über die Krankenversicherung und das Gesundheitswesen und/oder kassenspezifische Informationen mitgeteilt werden. Es liegt im Ermessen jedes Versicherers, seine Versicherten in einer gewissen Art und Weise, Periodizität und inhaltlichen Fülle über kassenspezifische Sachverhalte oder bestimmte finanzielle oder versicherungstechnische Sachverhalte zu informieren. Dies bildet Bestandteil des Wettbewerbs und ermöglicht den einzelnen Versicherten die Wahl eines Versicherers mit einer seinen Bedürfnissen angemessenen zusätzlichen Informationspolitik. Insbesondere bezüglich der über Internet verfügbaren

²⁸ Kieser, Ueli, Kommentar zum ATSG, Zürich/Basel/Genf 2003, Art. 27 Rz. 3 ff.

Dienstleistungen und Informationen sind heute markante Unterschiede zwischen den Versicherern bemerkbar, welche sich als Wettbewerbselement hervorheben können.

Neben Ihrer allgemeinen Informationspflicht veröffentlichen die Versicherer jährlich einen Geschäftsbericht mit den Eckdaten und Kennzahlen zum Versicherungsgeschäft. Die Versicherer teilen zudem den Versicherten die neuen Prämien nach der Prämien genehmigung mindestens zwei Monate im Voraus mit. Dabei unterscheidet der Versicherer klar zwischen den Prämien der OKP und der anderen Versicherungen. Viele Versicherer verfügen zudem über Versichertenzeitschriften und Internetauftritte, durch welche sie die Versicherten zusätzlich informieren.

5.1.2 Publikationen des BAG²⁹

Die Versicherer liefern der Aufsichtsbehörde gemäss Art. 28 KVV jährlich gleichzeitig mit den Jahresberichten und Jahresrechnungen³⁰ umfangreiche Aufsichtsdaten zur sozialen Krankenversicherung, welche vom BAG ausgewertet und in eine zur Publikation geeignete Form gebracht werden. Folgende Daten zur Finanzierung der Krankenversicherung, zur finanziellen Situation der einzelnen Versicherer und zu den genehmigten Prämien werden jährlich veröffentlicht:

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (KV-Statistik)

Im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit publiziert das BAG jährlich die KV-Statistik, welche die bei den Versicherern erhobenen Daten, teilweise ergänzt durch zusätzliche Quellen³¹, mittels umfangreicher aufgearbeiteter Tabellen und Grafiken wiedergibt. Darin sind für die Bereiche Versicherte und Finanzen, Leistungen und Kostenbeteiligungen, Prämientarife, Prämienverbilligung, individuelle Daten pro Versicherer und weitere relevante Positionen die erhobenen Daten in kontinuierlich vergleichbarer Form wiedergegeben.

Aufsichtsdaten der OKP

Mit der Publikation der Aufsichtsdaten werden jährlich im Sommer, nach Abschluss der Prüfung und Auswertung der Datenlieferungen der Krankenversicherer, sämtliche in Art. 31 Abs. 2 KVV zur Veröffentlichung vorgesehene Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung dem Publikum zugänglich gemacht. Dabei sind die Kennzahlen zu den Einnahmen und Ausgaben, dem Ergebnis pro versicherte Person, den Reserven, den Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle, den Krankenpflegekosten, dem Risikoausgleich, den Verwaltungskosten, dem Versichertenbestand und den Prämien für alle Krankenversicherer in übersichtlicher Form dargestellt und ermöglichen einen guten Überblick über die Resultate, die finanzielle Situation und die Entwicklung der einzelnen Versicherer und der gesamten Krankenpflegeversicherung.

Publikation der Bilanz und Erfolgsrechnung der einzelnen Versicherer

Für ein noch detaillierteres Bild der finanziellen Situation der einzelnen Versicherer steht auf der Grundlage von Art. 31 Abs. 2 Bst. j KVV ab dem Geschäftsjahr 2005 dem Publikum im Rahmen der Publikation der Aufsichtsdaten eine separate Aufstellung der Bilanzen und Erfolgsrechnungen der einzelnen Versicherer zur Verfügung.

Kommentierte Grafiken zur OKP

Mittels einer Medieninformation wird jährlich nach Erstellen von Aufsichtsdaten und Statistikdaten der KV-Statistik eine für die Erklärung der Kostenentwicklung der Vorjahre

²⁹ Statistische Publikationen des BAG; Kranken- und Unfallversicherung; www.bag.admin.ch.

³⁰ Gemäss Art. 21 Abs. 3 KVG.

³¹ Angaben zur Prämienverbilligung, zum Risikoausgleich und zur Prämien genehmigung.

repräsentative Auswahl an statistischen Auswertungen mittels kommentierter Grafiken publiziert.

Monitoring der Kostenentwicklung in der OKP

Seit Januar 2006 weist das BAG die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung im Rahmen eines Monitoring im Internet aus. Ziel des Monitoring ist, vermehrt Transparenz über die Kostenentwicklung in den von der OKP abgegoltenen Leistungsgruppen zu schaffen und periodisch in graphischer und tabellarischer Form über die Entwicklung der Krankenpflegekosten zu informieren. Die Auswertungen erlauben eine detaillierte Sicht der Kostenentwicklung, indem die Ausgaben der Versicherer in den einzelnen Kantonen und Leistungsgruppen verglichen werden können. Die Absicht dieser Präsentation besteht nicht darin, Entscheidungsgrundlagen für eine kurzfristige Kostensteuerung zu liefern, sondern unter den Akteuren im Gesundheitswesen Transparenz zu schaffen und das Verständnis der Kostenstruktur und der Komponenten der Kostenentwicklung zu verstärken, um gemeinsam nach Erklärungen und möglichen kostendämpfenden Massnahmen zu suchen.

*Publikation sämtlicher genehmigter Prämien*³²

Das BAG publiziert im Anschluss an die Prämien genehmigung sämtliche genehmigten Prämien³³ auf Internet und in Papierform. Damit wird jeder versicherten Person ermöglicht, die vom Versicherer mitgeteilte neue Prämie zu überprüfen und mit sämtlichen anderen Angeboten für dasselbe Versicherungsangebot zu vergleichen.

Publikation der Durchschnittsprämie

Die Durchschnittsprämie hat im heutigen System der sozialen Krankenversicherung verschiedene Funktionen. Einerseits basiert die Mitteilung der Kantone der durchschnittlichen Prämienenerhöhung für das Folgejahr auf der durch das BAG berechneten Durchschnittsprämie, welche nach vorgängiger Mitteilung an die Kantone auch vom BAG im Anschluss an die Prämien genehmigung mitgeteilt wird, um eine Vergleichszahl zu den Vorjahren zur Verfügung zu stellen. Andererseits dient diese Durchschnittsprämie pro Kanton und Region als Grundlage für verschiedene weitere bundes- und kantonsrechtliche Erlasse. Es sind dies z.B. die Berechnungsgrundlagen im Rahmen der Ergänzungsleistungen³⁴, die kantonalen Erlasse bezüglich Anspruchsberechtigung und Umfang der Prämienverbilligung und voraussichtlich auch die zukünftige bundesrechtliche Bestimmung zur Berechnung der Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA)³⁵.

Die Berechnung der Durchschnittsprämie erfolgt prospektiv auf der Basis der für das Folgejahr genehmigten Prämien für die ordentliche Versicherung mit Unfalldeckung (Franchise von CHF 300) und der Vorjahresbestände der einzelnen Versicherer und kann somit von der Erhöhung der Prämien summe auf das Folgejahr abweichen. Die technischen Details zur Berechnungsmethode der Durchschnittsprämie werden in der KV-Statistik ausführlich beschrieben.³⁶

³² www.praemien.admin.ch; www.primes.admin.ch; www.premi.admin.ch.

³³ Mit Ausnahme der Prämien der Bonusversicherung gemäss Art. 96 KVV, welche sich aufgrund einer festgeschriebenen Formel aus der publizierten Prämie der ordentlichen Versicherung ableiten lassen.

³⁴ Vgl. dazu Art. 3b Abs. 3 lit. d zum Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) oder die zugehörigen Verordnungen (SR 831.301; SR 831.309.1).

³⁵ Parlamentsdossier 05.070, NFA-Ausführungsgesetzgebung.

³⁶ Die genaue Methode ist in den Anhängen zur KV-Statistik beschrieben. Z.B. KV-Statistik 2004, Anhang D.

Die publizierte Durchschnittsprämie wird prospektiv auf der Basis der genehmigten Prämie der ordentlichen Versicherung berechnet. Andere Berechnungsarten müssten sich auf zusätzliche Schätzungen und Annahmen stützen, welche die Sicherheit und Qualität negativ beeinflussen könnten, und leicht beeinflussbar wären. Die angewandte Methode zur Berechnung der Durchschnittsprämie rechtfertigt sich auch aus Gründen der Vergleichbarkeit, Kontinuität und Transparenz in Bezug auf deren Mitteilung und Verwendung.

5.1.3 Private Prämienvergleichsdienste

Verschiedene private Anbieter haben das Bedürfnis seitens der Versicherten nach Vergleichbarkeit der Prämien erkannt und haben mit entsprechenden Angeboten reagiert. Neben der Publikation sämtlicher genehmigter und angebotener Prämien durch das BAG haben sich deshalb auch einige private Anbieter etabliert, welche Prämienübersichten und -vergleiche anbieten. Im Gegensatz zur Publikation des BAG hat der Versicherte bei privaten Anbietern nicht die Garantie der Vollständigkeit der publizierten Prämien, kann aber in der Regel aufgrund von Ratings nach Prämienhöhe oder anderen Kriterien Vergleiche tätigen oder sich die Prämienersparnis beim Wechsel des Versicherers oder des Versicherungsmodells berechnen lassen. Verschiedene Vergleichsdienste bieten nur die Daten der grössten Versicherer oder eine anderen Selektion von Versicherern an. Neben der Tatsache, dass es privaten Anbietern offen steht, die Auswahl der publizierten Versicherer zu beschränken, sind die Versicherer nicht verpflichtet, dem privaten Anbieter die entsprechenden benötigten Angaben zu liefern. Als Ergänzung zu den Mitteilungen der Versicherer und den offiziell publizierten Prämienangaben sind die privaten Vergleichsplattformen zweckmässig. Die Benutzerfreundlichkeit und die Dienstleistungen werden dem privatwirtschaftlichen Wettbewerb unterstehend optimiert und laufend den Bedürfnissen der versicherten Bevölkerung angepasst. Dem Versicherten bietet sich so eine sinnvolle Vergleichsgrundlage, sofern er sich stets der möglichen Unvollständigkeit der Angaben der privaten Vergleichsanbieter bewusst ist. Das BAG ist sich bewusst, dass diese Vergleichsdienste von vielen Versicherten genutzt werden und daran interessiert, dass die entsprechenden Prämienvergleiche korrekte Zahlen wiedergeben. Aus diesem Grund stellt das BAG privaten Vergleichsdiensten auf Anfrage die Daten zu den genehmigten Prämien in Rohform zur Verfügung.

5.1.4 Umfang und Qualität der zur Verfügung stehenden Daten

Der Umfang der von Versicherern und Aufsichtsbehörde aufgrund der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen publizierten Daten ist sehr gross und entspricht in weiten Teilen der Datenmenge, welche dem BAG für seine Aufsichtstätigkeit zur Verfügung steht. Einzig im Bereich von betriebswirtschaftlichen Detailinformationen von Bilanz und Erfolgsrechnung wird durch die Aufsichtsbehörde auf eine Publikation verzichtet. Die Fülle von betriebswirtschaftlichen Informationen und Daten zur Finanzierung der Krankenversicherung, welche heute den interessierten Personen zur Verfügung steht, verlangt zur korrekten Interpretation bereits gewisse betriebswirtschaftliche und versicherungstechnische Kenntnisse. Ein zusätzlicher Detaillierungsgrad der durch die Versicherer und die Aufsichtsbehörde publizierten Daten würde offensichtlich nicht zu mehr Transparenz beitragen, sondern ausschliesslich die Komplexität erhöhen. Daher muss durch die Aufsichtsbehörde im Rahmen ihrer Publikationen eine Abwägung geschehen, ab welchem Detaillierungsgrad betriebswirtschaftliche Informationen zwischen den Krankenversicherern noch vergleichbar sind und insbesondere Aussagen zur gesetzmässigen Abwicklung der Finanzierung und insbesondere der Prämienfestsetzung noch möglich sind. Die Qualität der durch das BAG publizierten Daten ist, aufgrund der Überprüfung sowohl durch die unabhängigen gesetzlichen Revisionsstellen als auch durch die Aufsichtsbehörde, sehr hoch.

5.2 Transparenz und Nachvollziehbarkeit durch die Versicherten

5.2.1 Finanzierung der OKP

Die gesetzlichen Finanzierungsbestimmungen werden durch die unabhängigen externen Revisionsstellen und das BAG geprüft und durchgesetzt. Die bestehenden Publikationen des BAG, insbesondere die Statistik über die Krankenversicherung und die zusätzlichen themenspezifischen Publikationen³⁷, basieren auf den geprüften Rechnungslegungsdaten der Versicherer und bieten eine umfangreiche Übersicht über die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung und speziell der OKP. Es werden unter anderem die Themenbereiche Finanzierung, Leistungen und Kostenbeteiligungen, Prämien, Prämienverbilligung, Freiwillige Taggeldversicherung und Risikoausgleich tabellarisch und teilweise grafisch dargestellt und die wichtigen Punkte kommentiert. Es werden dabei grundsätzlich sämtliche bei den Krankenversicherern erhobenen Daten, in lesbarer und vergleichbarer Form, wiedergegeben. Mit dem Monitoring der Kostenentwicklung in der OKP steht den interessierten Personen eine periodische Information zur Verfügung, um in graphischer und tabellarischer Form die aktuelle und vergangene Entwicklung der Krankenpflegekosten mitzuverfolgen. Die Auswertungen erlauben eine detaillierte Sicht der Kostenentwicklung: In jedem Kanton kann die Entwicklung getrennt nach Kostengruppen verfolgt werden.

Die Finanzierung der OKP ist in den jährlichen Publikationen des BAG transparent dargestellt und für die interessierten Personen nachvollziehbar. Insbesondere kann die Kostenentwicklung in der OKP über die Vorjahre, auch getrennt nach Kostengruppen, verfolgt werden.

5.2.2 Finanzdaten der Krankenversicherer

Die Publikationen der Krankenkassen, insbesondere der Geschäftsbericht, und die Publikation der Aufsichtsdaten der OKP und der Bilanzen und Erfolgsrechnungen der Versicherer durch das BAG ermöglichen heute eine sehr detaillierte Betrachtung der finanziellen Situation der einzelnen Versicherer und der gesamten OKP. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Beurteilung dieser Fülle von betriebswirtschaftlichen Daten gewisser buchhalterischer und versicherungstechnischer Grundkenntnisse bedarf. Die interessierten Personen, welche nicht über diese Kenntnisse verfügen, können sich auf die publizierten Eckwerte in den individuellen Aufsichtsdaten des BAG konzentrieren. Sie verfügen damit über transparente und einfach vergleichbare Daten, z.B. bezüglich der gesetzlichen Reserven und damit der finanziellen Sicherheit, zu den einzelnen Versicherern. Die zusätzlich publizierten betriebswirtschaftlichen und statistischen Daten sollen denjenigen Personenkreisen dienen, welche auf diese Thematik spezialisiert sind und sich ein eigenes und möglicherweise differenzierteres Bild zu speziellen Finanzierungsfragen machen wollen. Festzuhalten ist dabei auch, dass die Transparenz der Betriebsrechnungen der Krankenversicherer diejenige der Leistungserbringer bei weitem übertrifft. Die interessierte Person kann die Finanzdaten eines Versicherers in dessen Geschäftsbericht oder in einer Publikation des BAG einsehen. Er kann sich dadurch bei Fragen zur finanziellen Situation grundsätzlich an die Versicherer als Durchführungsorgane der sozialen Krankenversicherung halten und deren Daten bei Bedarf mit den Publikationen des BAG vergleichen oder direkt in den Publikationen des BAG die Daten sämtlicher Versicherer detailliert sichten und vergleichen.

Interessierte Personen haben mit den publizierten Eckwerten in den Geschäftsberichten der Versicherer und in den individuellen Aufsichtsdaten der OKP einfach vergleichbare Finanzdaten zur Verfügung, welche die Transparenz der finanziellen Situation der einzelnen Versicherer sicherstellen.

³⁷ www.bag.admin.ch; Themen: Krankenversicherung, Statistiken.

5.2.3 Prämie und Prämienhöhungen

a. Vergleichbarkeit aller angebotenen Prämien

Die Versicherer müssen sich bei der Prämienfestsetzung an objektive und gesetzliche Kriterien halten. Dabei kann jede versicherte Person, aufgrund der konsequenten Prüfung der Aufsichtsbehörde im Rahmen der Prämiengenehmigung, davon ausgehen, dass Ihre Prämie gemäss den gesetzlichen Bestimmungen festgesetzt wurde und zur Deckung der Kosten der OKP verwendet wird. Die Prämienfestsetzung durch die Versicherer kann daher, obwohl sie betriebswirtschaftlich und versicherungstechnisch ein komplexes Unterfangen darstellt, als transparent bezeichnet werden.

In bestimmten Bereichen der Prämienfestsetzung sind auch unternehmerische Entscheide des Versicherers für die individuelle Prämienhöhe ausschlaggebend, wie es in einem Wettbewerbssystem zwingend der Fall sein muss. So kann z.B. ein Versicherer mit familienfreundlicherer Unternehmenspolitik eine hohe Rabattierung für Kinder und junge Erwachsene vorsehen, ein anderer Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anbieten und ein dritter für vorgängige Zahlung der Jahresprämie einen Skonto geben. Falls ein Versicherer dabei im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten z.B. Rabatte verändert oder bestimmte Versichertengruppen (z.B. Kinder oder junge Erwachsene) stärker oder schwächer belasten, ist es an den betroffenen Versicherten, die Vorteile des aktuellen Versicherungssystems, insbesondere die volle Freizügigkeit zu nutzen, und sich einen Versicherer zu wählen, der ihnen sowohl aufgrund der Prämienhöhe, als auch von seiner Dienstleistung und seiner Unternehmenspolitik her, eher zusagt.

Aufgrund des durch das KVG bestimmten übereinstimmenden Leistungskatalogs aller Versicherer steht einem Vergleich der Prämienhöhe, im Gegensatz zu den vielfältigen Leistungsangeboten im Zusatzversicherungsbereich, grundsätzlich nichts im Weg. Die heute praktizierte Mitteilung der neuen, durch das BAG genehmigten Prämie durch den Versicherer, stellt für die Versicherten sicherlich die transparenteste Lösung dar, um ihre aktuelle Prämie mit der zukünftigen vergleichen zu können. Dass sich die Prämie der einzelnen Versicherten dabei aus unterschiedlichen Gründen ungleich entwickeln kann, soll für sie nicht von erster Relevanz sein. Sie können die von ihrem Versicherer mitgeteilten Prämie mit allen anderen, grundsätzlich gleichwertigen Angeboten auf dem Markt vergleichen und einen anderen Versicherer oder ein anderes Versicherungsmodell wählen. Die Publikation aller genehmigten Prämien durch das BAG ermöglicht den Versicherten dabei einen unabhängigen und neutralen Vergleich sämtlicher angebotener Prämien an ihrem Wohnsitz.

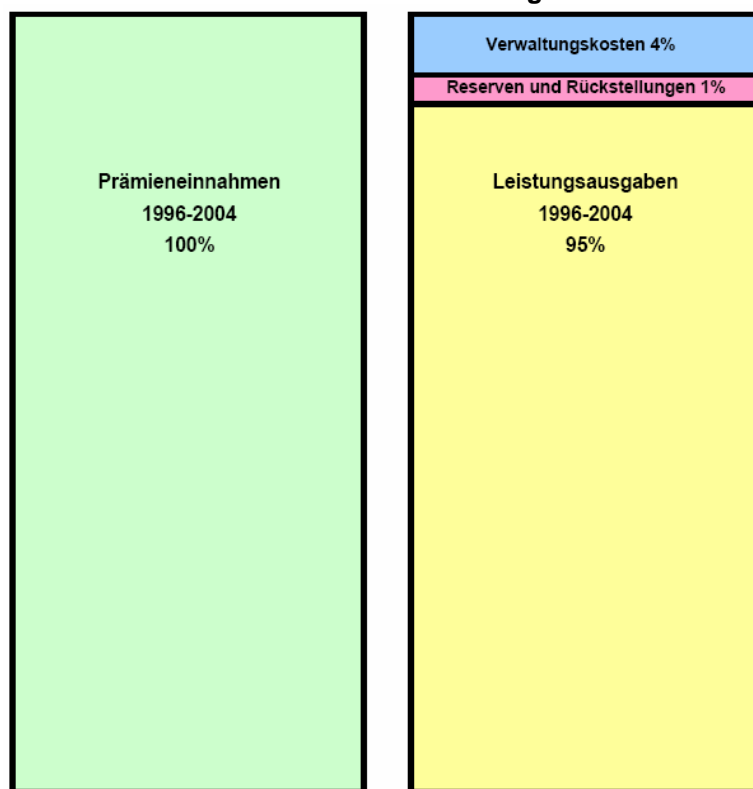
Die Festsetzung der Prämien erfolgt im Wesentlichen nach objektiven (Nettoleistungen und deren Entwicklung) und gesetzlich festgelegten Kriterien, welche durch die Aufsichtsbehörde im Rahmen der Prämiengenehmigung geprüft und durchgesetzt werden. Damit erfolgt eine technisch einheitliche und vergleichbare Prämienfestsetzung durch alle Versicherer. Die Vergleichbarkeit aller angebotenen Prämien und die volle Freizügigkeit ermöglichen den Versicherten, einen Versicherer zu wählen, welcher ihren Ansprüchen bezüglich Prämienhöhe, angebotenen Versicherungsmodellen, Prämienermässigungen und Unternehmenspolitik entspricht.

b. Vergleichbarkeit von Prämie und Prämienhöhung mit den Kosten und der Kostenentwicklung

Entwicklung von Kosten und Prämien in der OKP

Die Krankenversicherer haben zwischen 1996 und 2004 im Rahmen der OKP Prämien für insgesamt 126 557 Millionen Franken eingenommen und im gleichen Zeitraum total 119 911 Millionen Franken für Leistungen ausgegeben. Die Differenz von 6646 Millionen Franken ist den Reserven (112 Millionen) und Rückstellungen (1033 Millionen) zugeflossen. Die übrigen Mittel (Saldo von 5500 Millionen, d. h. 4,3 Prozent des Prämienvolumens) wurden hauptsächlich für die Verwaltungskosten der Versicherer verwendet. Diese Zahlen zeigen, dass die Entwicklung der Prämien und Leistungen der OKP in den Jahren 1996 bis 2004 ähnlich verlaufen ist und rund 95% der Prämien für die Bezahlung von Leistungen verwendet wurde. Die jährlichen Prämienentwicklungen können aber aus verschiedenen Gründen nicht der jährlichen Kostenentwicklung entsprechen. Es sind dies Budgetabweichungen, der Auf- oder Abbau von Reserven, temporäre Ungleichgewichte im Verhältnis zwischen den Kosten und den Prämien in den einzelnen Kantonen³⁸ und die zeitliche Verschiebung der Prämienfestsetzung und der ausgewiesenen Kostenentwicklung. Auch kann die prospektiv auf der Grundlage der genehmigten Prämien errechnete durchschnittliche Prämienhöhung³⁹ für das Folgejahr nicht mit den erst für die Vorjahre bekannten Kostenentwicklungen verglichen werden.

Tabelle 5: Kumuliertes Verhältnis Leistungen / Prämien OKP⁴⁰



Die Prämien erhöhten sich zwischen 1996 und 2004 gemäss der Kostenentwicklung und es wurden rund 95% der Prämieinnahmen für die Bezahlung von Leistungen verwendet. Die Kostenentwicklung ist nicht mit der jährlichen Prämienentwicklung vergleichbar, sondern muss auf mittlere Frist betrachtet und in Relation zu den Prämien gestellt werden. Mittelfristig entwickeln sich die Prämien und Leistungen parallel.

³⁸ Vgl. Tabelle 4 unter 4.3.3; Kantonales Verhältnis zwischen Kosten und Prämien.

³⁹ Vgl. 5.1.2; Publikation der Durchschnittsprämie.

⁴⁰ BAG, KV-Statistik.

Unterschiedliche Prämien und Prämienentwicklung für die Versicherten

Die individuelle Prämie der einzelnen versicherten Person und deren Erhöhung sind aus verschiedenen Gründen nicht mit der Kostenentwicklung in der OKP vergleichbar. Für die Prämienfestsetzung des einzelnen Krankenversicherers ist seine individuelle Situation massgeblich. Die Prämienentwicklung eines einzelnen Versicherers in einer bestimmten Region hängt nicht alleine von der durchschnittlichen Kostenentwicklung in dieser Region ab. Massgebliche Einflussfaktoren für die Prämienfestsetzung sind auch die Risikostruktur des Versicherers (die Qualität seines Portefeuilles) sowie dessen Reservequote. Bei den zehn grössten Krankenversicherern in der Schweiz zeigten sich 2004 bei den Nettoleistungen vor Risikoausgleich Schwankungen zwischen 1057 und 3553 Franken und bei den Reserven zwischen 245 (Reservequote von 9,1%) und 589 (Reservequote von 20,8%) Franken pro versicherte Person.⁴¹ Die durch Prämienermässigungen mögliche Prämiendifferenzierung begründet sich in den jeweiligen Kostenunterschieden innerhalb des Portefeuilles des einzelnen Versicherers und ist daher ebenfalls unterschiedlich ausgestaltet. Im durch das KVG vorgesehenen Wettbewerbssystem erfolgt zudem die Festsetzung bestimmter Prämien, z.B. für wählbare Franchisen oder für Kinder, teilweise unter unternehmenspolitischen Gesichtspunkten. Um die Solidarität zu gewährleisten, sind in diesem Bereich genaue Limiten festgelegt worden. Das Hauptkriterium für die Prämienfestsetzung bleiben indes die Kosten (Nettoleistungen, Risikoausgleich, Verwaltungskosten) und ihre prognostizierte Entwicklung. Auch hier bestehen aufgrund von unterschiedlicher Budgetgenauigkeit Unterschiede bei der Prämienentwicklung der einzelnen Versicherer.

Die Prämienunterschiede und die unterschiedliche Prämienentwicklung resultieren aus den unterschiedlichen Kosten der einzelnen Versicherer. Auch die unterschiedliche Prämiendifferenzierung durch Prämienermässigungen und die Budgetierungsgenauigkeit der Versicherer schaffen Unterschiede zwischen und innerhalb der einzelnen Versicherer.

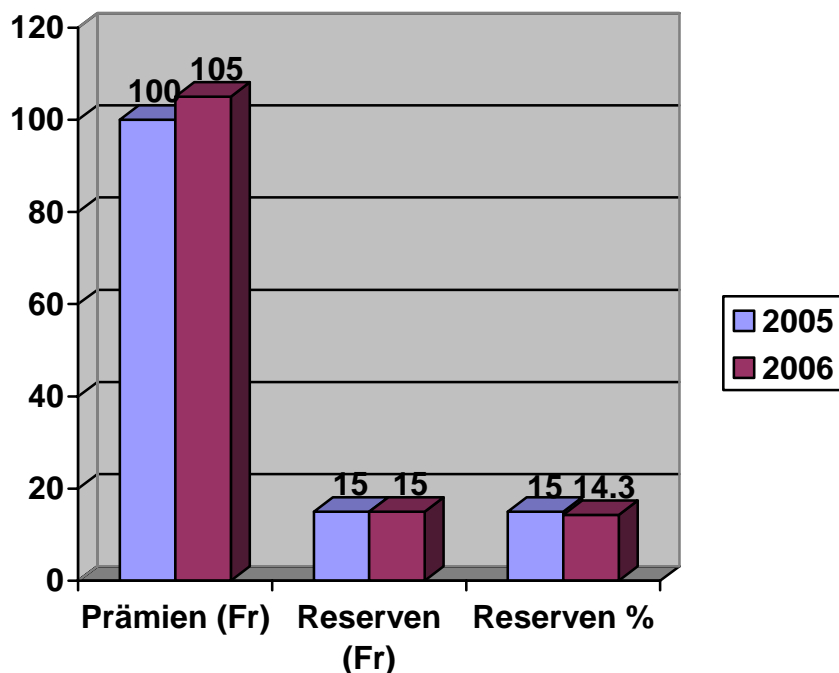
Reservebildung aufgrund von steigenden Prämien

Die Koppelung der Reserven an das Prämien Soll bedingt im Falle einer Kostensteigerung einen leicht überproportionalen Prämienanstieg: Steigen die Kosten um einen Franken und werden die Prämien deshalb ebenfalls um einen Franken erhöht, so sinkt bei gleichem Reservebestand die Reservequote aufgrund des höheren Prämienvolumens (vgl. dazu untenstehende Grafik, Tabelle 6). Aus diesem Grund muss der Versicherer bei jeder Prämienhöhung berücksichtigen, dass er einen leichten Gewinn erzielen muss, um die gesetzlichen Reserven in Franken aufbauen und prozentual halten zu können.

Für die Prämienberechnung ist der Anstieg des gesamten Leistungsvolumens massgebend. Die Bildung von Rückstellungen aufgrund der zeitlichen Verschiebung zwischen der Prämieinnahme und der Kostenübernahme durch den Versicherer wird bereits durch die prognostizierte Entwicklung des Leistungsvolumens berücksichtigt. Es ist also, im Gegensatz zur Reservebildung, nicht so, dass in der OKP ein Anteil des Prämienvolumens (oder der Prämien erhöhungen) spezifisch für den Aufbau von Rückstellungen verwendet würde.

⁴¹ Aufsichtsdaten der OKP 2004; BAG.

Tabelle 6: Theoretisches Beispiel: Steigen die Prämien und bleiben die Reserven in Franken konstant, sinkt der prozentuale Reservensatz.



c. Gerichtliche Überprüfung der genehmigten Prämie

Jede versicherte Person kann ihre genehmigte Prämie gerichtlich überprüfen lassen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat sich zum Umfang der richterlichen Prüfung einer im Einzelfall angewandten Prämie im Sinne einer Überprüfung der korrekten Anwendung der Prämie und der Einhaltung der Finanzierungsgrundsätze des KVG geäussert.⁴² Es präzisiert dabei, dass das Gericht die Autonomie bei der Prämienfestsetzung und das Ermessen der Aufsichtsbehörde bei der Prämien genehmigung nicht durch eine eigene Beurteilung ersetzen kann. Das Gericht muss allerdings prüfen, ob die genehmigte Prämie im Einzelfall richtig angewendet, und z.B. die richtige Prämienregion, Alterskategorie, Franchisenstufe und Rabattierung berücksichtigt wurde. Zudem muss es die Gesetzmässigkeit der Finanzierung bezüglich der Anwendung des Umlageverfahrens (Art. 60 Abs. 1 KVG), der selbsttragenden Finanzierung der OKP (Art. 60 Abs. 2 u. 3 KVG) und der getrennten Betriebsrechnungen der OKP und der einzelnen besonderen Versicherungsformen (Art. 81 Abs. 1 KVV), unter Berücksichtigung der korrekten Verteilung der Verwaltungskosten gemäss Art. 84 KVV, überprüfen. Der Inhalt dieser Überprüfung der Gesetzmässigkeit der Finanzierung entspricht den Prüfungen und Bestätigungen welche durch die gesetzliche Revisionsstelle erfolgen, und in ihren Revisionsberichten und dem zugehörigen KVG-spezifischen Fragekatalog wiedergegeben werden. Aus diesem Grund kann sich das Gericht bei seiner Überprüfung auf die Aussagen der unabhängigen Revisionsstelle gemäss Art. 86 KVV stützen.

Die genehmigten individuellen Prämien können gerichtlich überprüft werden. Die richterliche Prüfung einer im Einzelfall angewandten Prämie beschränkt sich dabei auf die Kontrolle der korrekten Anwendung der Prämie und die Überprüfung der Gesetzmässigkeit der zu Grunde liegenden Finanzierung.

⁴² BGE 131 V 66 Erw. 5.2 und 5.3.

6 Handlungsbedarf bezüglich der Prämien genehmigung und der Information der Versicherten

6.1 Prämien genehmigung durch die Aufsichtsbehörde

Die Entscheidungskriterien und der Prüfumfang der Prämien genehmigung durch die Aufsichtsbehörde wurden vorgängig ausführlich erläutert. Dabei wurde ersichtlich, dass die vom KVG vorgesehene Finanzierung mittels Umlageverfahren und die Bestimmungen zur Prämienfestsetzung und der Prämien ermässigungen zweckmässig sind, um mittelfristig ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Kosten und Prämien herzustellen und die Solidarität zwischen den Versicherten zu gewährleisten. Die Prämien genehmigung garantiert die Durchsetzung der gesetzlichen Bestimmungen und erreicht die gesteckten Ziele. Die Prämien entsprechen mittel- und langfristig den angefallenen Kosten, die gesetzlichen Reserven werden grundsätzlich eingehalten und die gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienfestsetzung und den Prämien ermässigungen einheitlich angewendet. Die bestehenden Finanzierungsgrundsätze und die konsequente Überprüfung deren Einhaltung durch die gesetzlichen Revisionsstellen und die Aufsichtsbehörde garantieren zudem, dass die Prämien zur Deckung der Kosten der OKP eingesetzt wird. Ein Über- oder Unterschätzen der zukünftigen Leistungen bewirkt lediglich einen zeitlich verschobenen Einsatz der eingenommenen Prämien. Die Aufsichtsbehörde setzt im Rahmen der Prämien genehmigung eine einheitliche Anwendung des Bundesrechts durch die Versicherer durch, ohne mit einer zu engen Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen den Wettbewerb zwischen den Versicherern einzuschränken. Sie lässt den Versicherern bei der Prämienfestsetzung insbesondere einen gewissen zeitlichen Handlungsspielraum, um notwendige Prämienanpassungen unter Berücksichtigung ihrer finanziellen Situation und einer unternehmerisch sinnvollen Prämienentwicklung in den einzelnen Kantonen zu ermöglichen. Die Prämienfestsetzung, und damit die zukünftigen finanziellen Ergebnisse, bleiben dabei immer, unter Vorbehalt der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen, in der Verantwortung des einzelnen Versicherers.

Der Bundesrat erachtet die Prämien genehmigung durch die Aufsichtsbehörde in Bezug auf die zu Grunde liegenden Daten und deren Prüfung als transparent und zweckmässig. Die Ziele der Prämien genehmigung - eine Prämienfestsetzung entsprechend den anfallenden Kosten, die Solvenz der Krankenversicherer und die einheitliche Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienfestsetzung und der Prämien ermässigungen - werden mit dem aktuellen Verfahren und den beschriebenen Prüfungen und Entscheidungskriterien der Aufsichtsbehörde grundsätzlich erreicht, ohne den für den Wettbewerb notwendigen Freiraum der Versicherer bei der Prämienfestsetzung unnötig einzuschränken. Der Bundesrat sieht aus diesen Gründen keinen Handlungsbedarf bezüglich der zu Grunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen.

6.2 Information der Versicherten – Transparenz der Prämienentwicklung

Sozialversicherungsrechtliche Fragestellungen im Allgemeinen und die Berechnung von Prämientarifen im Speziellen sind komplex und für den Bürger schwierig nachvollziehbar. Diese Komplexität besteht unabhängig vom gewählten Finanzierungs- oder Organisationsmodell aufgrund der unausweichlichen Tatsache, dass Prämien für zukünftige Leistungen erhoben werden müssen, die noch nicht sicher quantifizierbar sind und somit Abweichungen unterliegen können. Umso wichtiger ist das Vertrauen der Bevölkerung in die Prämien genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, damit sich die versicherte Person darauf verlassen kann, dass in jedem Fall eine gesetzeskonforme Prämienfestsetzung erfolgt.

Aus den jährlichen Publikationen der Versicherer und des BAG sind die Finanzierung der OKP und insbesondere die mittel- und langfristige Deckung der Leistungen durch die Prämien nachvollziehbar ersichtlich und bestätigen, dass die erhobenen Prämien zur Deckung der Leistungen nach KVG verwendet werden. Auch die finanzielle Situation der

einzelnen Versicherer ist mittels einfacher Kennzahlen in den Geschäftsberichten der Versicherer und gesamthaft in den publizierten Aufsichtsdaten der OKP ersichtlich.

Die Prämienfestsetzung durch die Versicherer beruht auf den Kosten und der Kostenentwicklung. Die unterschiedliche Entwicklung der individuellen Prämien der Versicherten begründet sich in erster Linie in Kostenunterschieden zwischen den Versicherern. Auch unterschiedliche Reserven, Fehleinschätzungen bei der Budgetierung und unternehmerische Entscheide der einzelnen Versicherer oder Änderungen in den gesetzlichen Bestimmungen können für die Entwicklung der einzelnen Prämien unterschiedliche Auswirkungen haben. Die individuelle Prämienentwicklung jedes Versicherten ist damit von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, welche nicht zwingend auf die einzelne Prämien heruntergebrochen, und damit dem Versicherten mitgeteilt werden können.

Für die einzelnen Versicherten ist aber die Entwicklung ihrer individuellen Prämie massgeblich. Sie müssen sich grundsätzlich an der ihnen durch ihren Versicherer mitgeteilten Prämie orientieren. Durch die Überprüfung und Genehmigung der Prämien durch das BAG ist gewährleistet, dass sie gemäss den Finanzierungsgrundsätzen des KVG und allen relevanten gesetzlichen Bestimmungen festgesetzt wurden. Die Versicherten müssen die Prämie als solche also nicht in Frage stellen, sondern sich entscheiden, ob ihre Prämie, das Versicherungsangebot bezüglich besonderer Versicherungsmodelle, die Dienstleistungen, die unternehmerischen Entscheide und weitere für sie subjektiv relevante Eigenschaften ihres Krankenversicherers ihren Ansprüchen genügen. Sie können sodann aufgrund der publizierten Prämien aller Versicherungsformen und aller Versicherer durch das BAG Vergleiche tätigen und entscheiden, ob sie mit einer anderen Versicherungsform sinnvoll Prämien sparen oder bei einem anderen Versicherer ein prämiemässig attraktiveres Angebot wählen wollen. Eine Verpflichtung der Versicherer, den Versicherten für jede einzelne Prämienkategorie die vielfältigen Gründe für eine vom Durchschnitt abweichende Prämienfestsetzung zu erklären, wäre nicht zweckmässig, nicht sinnvoll realisierbar und würde nicht zusätzliche Transparenz zum Nutzen der Versicherten oder des Wettbewerbs bringen. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern ist aufgrund der vollen Freizügigkeit für die Versicherten, der Mitteilung der neuen Prämie durch die Versicherer und die Vergleichbarkeit der Prämien gewährleistet.

Die Prämien der OKP dienen der Deckung der Kosten in der OKP. Die Vergleichbarkeit der Prämienentwicklung mit der Kostenentwicklung ist nur mittel- oder langfristig möglich, da die Prämien für das Folgejahr nicht auf den erhärteten Kostendaten der Vorjahre, sondern aufgrund von Prognosen festgesetzt werden müssen. Mittel- bis langfristig ist das Verhältnis zwischen Kosten und Prämien ausgeglichen.

Die Gründe für die über- oder unterdurchschnittliche Entwicklung einer individuellen Prämie sind vielfältig und beruhen hauptsächlich auf den Kostenunterschieden zwischen den einzelnen Versicherern, Budgetabweichungen und den unternehmerischen Entscheiden zum Angebot von besonderen Versicherungsformen und der Ausgestaltung der Prämienermässigungen. Aufgrund der systematischen Aufsichtstätigkeit können sich die Versicherten darauf verlassen, dass die vom BAG genehmigte Prämie vom Versicherer gemäss objektiven und gesetzlichen Kriterien festgesetzt wurde und zur Deckung der Leistungen verwendet wird. Sie können die von ihrem Versicherer mitgeteilte neue Prämie mit den durch das BAG publizierten Prämien und Versicherungsangebote aller Versicherer vergleichen und sich jährlich zum Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder einem anderen Versicherer entscheiden, und leisten damit einen wichtigen Beitrag zu einem funktionierenden Wettbewerb.

Die Transparenz der Finanzierung, der Prämienfestsetzung und der Prämienentwicklungen aus genereller Sicht und für die einzelnen Versicherer durch die Publikationen des BAG und der Versicherer ist ausreichend. Die individuelle Prämienfestsetzung der Versicherer erfolgt nach objektiven und gesetzlichen Kriterien, welche dem Versicherer einen gewissen

Handlungsspielraum zur Prämiendifferenzierung lassen. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern ist aufgrund der vollen Freizügigkeit für die Versicherten, der Mitteilung der neuen Prämie durch die Versicherer und der Vergleichbarkeit der Prämien gewährleistet. Die notwendige Transparenz ist für die Versicherten mit der Mitteilung der neuen Prämie durch die Versicherer und der Vergleichbarkeit der Prämien aller Versicherungsformen aller Versicherer vorhanden. Aus diesen Gründen sieht der Bundesrat keinen Handlungsbedarf bezüglich der Information der Versicherten und schlägt keinen organisatorischen oder gesetzgeberischen Massnahmen vor.