

Position der Groupe Mutuel

Festlegung der Krankenversicherungsprämien



Swiss Power Group.

September 2015

Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, Postfach CH-1919 Martigny

Ausgangslage

Die Krankenversicherer definieren ihre Prämien jährlich per Ende Juli für das folgende Kalenderjahr. Dies geschieht aufgrund der zu erwartenden Kosten. Dabei sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, so zum Beispiel die Bruttoleistungen nach Kostengruppe, die Kostenbeteiligung der Versicherten, der Risikoausgleich, die Verwaltungskosten, aber auch regionale Besonderheiten, die Bevölkerungsstruktur an sich etcetera.

Wichtig: Zum Zeitpunkt der Eingabe der Prämienhöhe beim Bundesamt für Gesundheit kennen die Krankenversicherer für das laufende Jahr erst die Kosten der Monate Januar bis April. Aus diesem Grund erfolgt die Prämienberechnung grundsätzlich auf Grund von Hochrechnungen, welche die oben erwähnten Faktoren berücksichtigen.

Prämienberechnung

Der Prämienberechnungsprozess ist entsprechend komplex. Die Versicherer müssen das gesamte Prämienvolumen für das darauf folgende Jahr vorsehen, ohne die Kosten des laufenden Jahres zu kennen. Die Prämien werden pro Kanton und pro Versicherungsmodell und Franchise im Detail berechnet. Massgebend sind folgende Faktoren:

Die finanziellen Eckwerte des Vorjahres

Die Krankenversicherer berücksichtigen die Rechnung und die Bilanz, welche die wesentlichen Angaben über die Einnahmen und die Ausgaben, sowie über die Reserven enthalten.

Hochrechnungen über das laufende Jahr

Für das laufende Jahr verfügen die Krankenversicherer lediglich über die Angaben zu den bezahlten Rechnungen der erbrachten medizinischen Leistungen vom 1. Januar bis zum 30. Juni. Ein Teil dieser Rechnungen widerspiegelt zudem noch Leistungen des Vorjahres. Diese Daten zeigen lediglich eine Tendenz auf. Um die Datenbasis zu verbessern, erstellen die Krankenversicherer deshalb auch Hochrechnungen für die Einnahmen und die Gesamtkosten – basierend u. a. auf Erfahrungswerten der Vorjahre.

Prognosen für das darauf folgende Jahr

Als dritten Faktor müssen die Krankenversicherer die Gesamtausgaben des nächsten Jahres vorsehen und mit einbeziehen. Dabei werden verschiedene Kriterien und Daten einbezogen, die je nach Krankenversicherer auch individuell sein können: etwa die geographische Verteilung, die Altersstruktur des Versichertenbestandes, Beträge offener Rechnungen etcetera.

Genehmigung der Prämien durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Die auf dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) beruhende Prämien genehmigung durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verfolgt u. a. folgende Ziele:

- ▶ Ausschliesslich kostendeckende Prämien sollen bewilligt werden
- ▶ Die finanzielle Sicherheit der Versicherer (u. a. dank gesetzlicher Pflicht zur Reservenbildung) muss gewährleistet sein.
- ▶ Sicherstellen der Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen (Prämienreduktion bei alternativen Versicherungsmodellen, Prämienregionsregeln etc.)

Die Versicherer reichen die von ihnen vorausgerechneten Prämien, zusammen mit den Angaben zu den Versichertenbeständen, den Hochrechnungen des laufenden Jahres und dem Budget des folgenden Jahres per Ende Juli dem BAG zur Genehmigung ein.

Prüfung der eingegeben Prämien

Die eingegebenen Prämien werden in Bezug auf die finanzielle Sicherheit der Versicherer durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geprüft. Gibt das BAG diesen statt, kontrolliert es auf kantonaler Ebene die Kostendeckung der Prämien und überprüft, ob die Prämien nach den vorhandenen regionalen und kantonalen Kostenunterschieden abgestuft sind. Zusätzlich prüft das BAG die Einhaltung der gesetzlichen Grundlagen betreffend Rabatte, insbesondere für folgende Versicherungsmodelle:

- ▶ Unfallausschluss
- ▶ Wahlfranchisen
- ▶ Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

Prämienkommunikation

Der Zeitpunkt der jährlichen Prämienkommunikation ist für Versicherer wie deren Versicherte bedeutsam: Das BAG teilt den Genehmigungsentscheid für die Prämien allen Versicherern gleichzeitig mit. So wird sichergestellt, dass sich kein Versicherer durch eine vorzeitige Kommunikation der Prämien einen Marktvorteil verschaffen kann.

Offizieller Prämienvergleich

Damit Versicherte die Prämien aller Versicherer in einer offiziellen Übersicht vergleichen können, stellt das BAG einen Prämienvergleich, einen Prämienrechner und ergänzende Informationen zur Verfügung. (www.priminfo.ch)

Wechsel des Versicherers bis Ende November

Nachdem die Versicherer Ende September den Genehmigungsentscheid vom BAG erhalten haben, müssen sie ihre Versicherten bis spätestens Ende Oktober über die ab 1. Januar des nächsten Jahres geltenden Prämien informieren. Alle Versicherten haben anschliessend bis Ende November Zeit, den Versicherer zu wechseln und/oder ihr Versicherungsmodell anzupassen.

Verwendung der Prämien

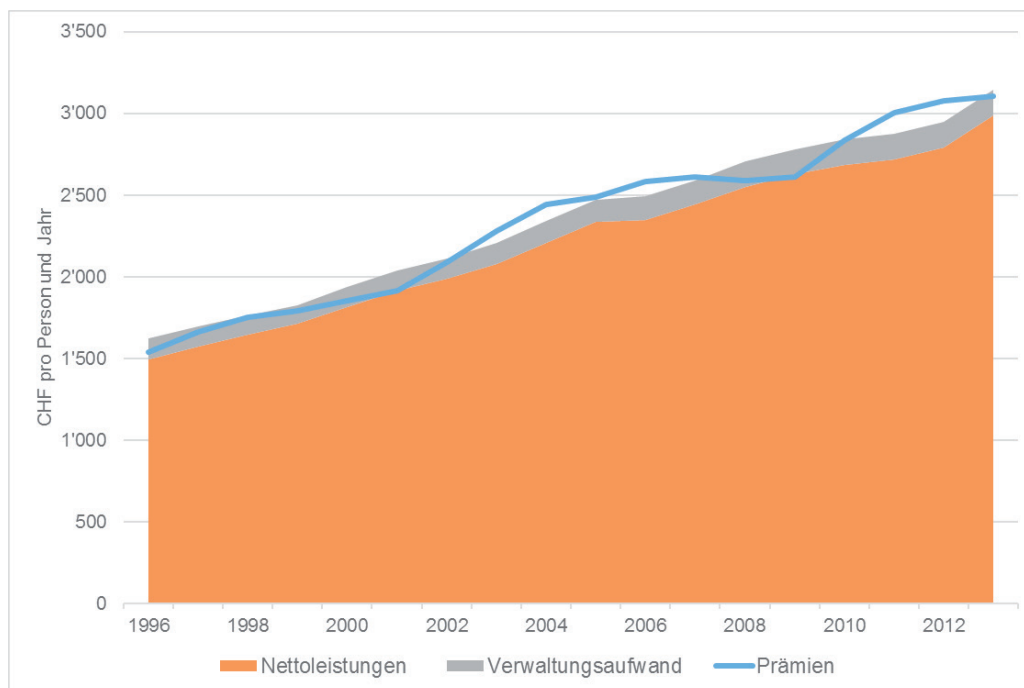
Das Krankenversicherungsgesetz schreibt den Krankenversicherern in Art. 13 Abs. Bst. a vor, dass die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zweckgebunden verwendet werden müssen. Die Mittel dürfen nur zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung verwendet werden. Das heisst konkret, dass die Krankenversicherer keine Gewinne aus den Prämieeinnahmen der OKP erzielen können. Allfällige Prämienüberschüsse eines bestimmten Jahres werden folglich zweckgebunden zur Deckung zukünftiger Behandlungskosten verwendet.

Kosten sind ein Abbild der Prämien

Die Krankenkassenprämien sind ein Abbild der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Je mehr medizinische Leistungen die Bevölkerung in Anspruch nimmt, umso mehr steigen die Kosten, umso mehr steigen die Prämien.

Betrachtet man die Periode von 1996 bis 2013 erhält man ein durchschnittliches Wachstum von +4,2% pro versicherte Person sowohl für die Leistungen wie für die Prämien. Auf der folgenden Graphik ist ersichtlich, dass sich die Leistungen von 1491 auf 2987 Franken und die Prämien zwischen 1998 und 2013 von 1539 auf 3105 Franken ziemlich genau verdoppelt haben.

Aus der Graphik ist auch der kleine Anteil der Verwaltungskosten zu sehen. Der Anteil der Verwaltungskosten an den Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hat sich seit dem Jahr 1996 von 8,2% auf 5% im Jahr 2013 reduziert.



Ihr Kontakt der Groupe Mutuel

Alexandra Perina-Werz

Tel. 058 758 81 58

aperinawerz@groupemutuel.ch

<http://www.groupemutuel.ch/positionen>
