

Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Versicherungsaufsicht, 1. April 2014

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP): Prämien, Rückstellungen und Verwaltungskosten

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit zu Handen der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N)

Inhaltsverzeichnis

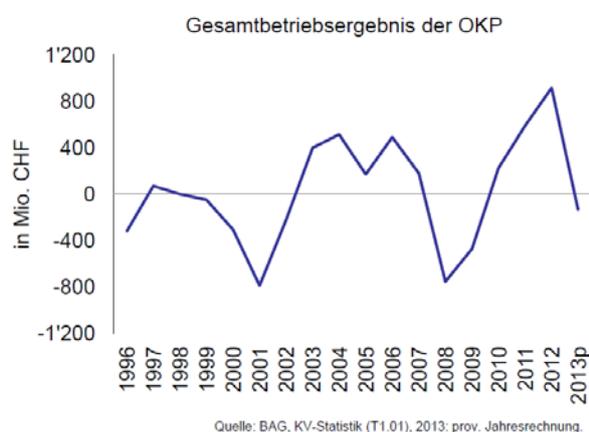
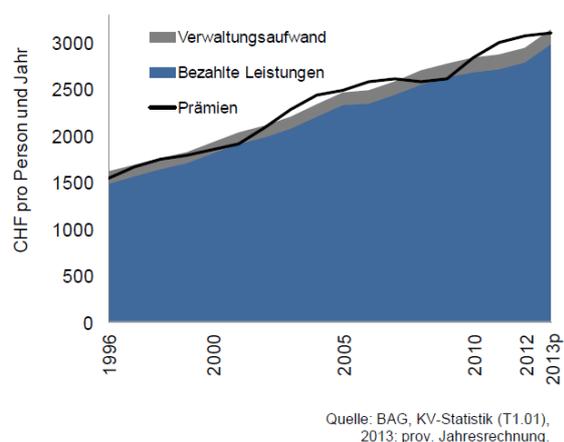
Einleitung	3
1 Entwicklung von Prämien und Leistungen	3
2 Rückstellungen	4
3 Verwaltungsaufwand	5

Einleitung

Die Ausführungen dieses Kurzberichts beantworten Fragen der SGK-N, die sich im Rahmen ihrer Beratungen zum Geschäft «13.079 – Für eine öffentliche Krankenkasse. Volksinitiativ» gestellt haben.

1 Entwicklung von Prämien und Leistungen

Die nachfolgende Graphik links zeigt die Entwicklung der Prämien, der bezahlten Leistungen sowie des Verwaltungsaufwands pro versicherte Person. Liegen die Prämien über der Summe aus Leistungen und Verwaltungskosten wie beispielsweise in den Jahren 2004 bis 2006 oder 2011/2012, resultiert ein Überschuss, im umgekehrten Fall wie beispielsweise 1996, 2000 bis 2002, 2008 sowie 2009 resultiert ein Defizit. Dies zeigt sich in der rechten Graphik zur Entwicklung des Gesamtbetriebsergebnisses in der OKP. Dessen Ergebnis führt zu einer entsprechenden Erhöhung oder Senkung der Reserven.¹

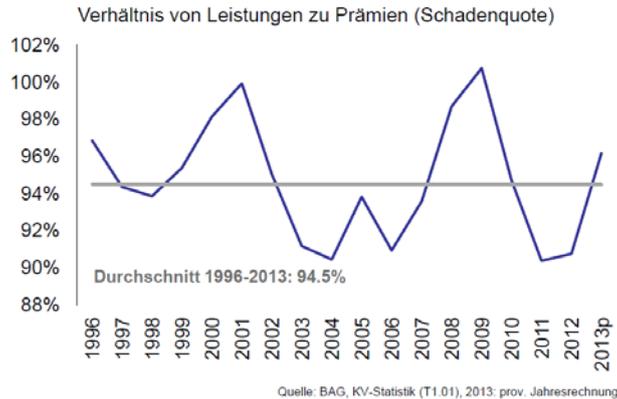


Das Gesamtbetriebsergebnis unterliegt im Zeitablauf naturgemäss starken Schwankungen. In den Jahren 1996 bis 2013 ist es neunmal positiv und neunmal negativ ausgefallen mit einem durchschnittlichen Wert von +28 Millionen Franken.

Beim Vergleich der Wachstumsraten von Prämien und Leistungen ergibt sich – je nachdem, welche Periode konkret angeschaut wird – einmal ein höheres Wachstum der Leistungen oder aber der Prämien. Betrachtet man die Periode 1996 bis 2013 erhält man gerade ein durchschnittliches jährliches Wachstum von +4,2 Prozent pro versicherte Person sowohl für die Leistungen wie für die Prämien (beide Grössen haben sich in der Zeitspanne ziemlich genau verdoppelt: die Leistungen sind von 1491 auf 2987 Franken angestiegen, die Prämien von 1539 auf 3105).

Da der Vergleich von Wachstumsraten – wie erwähnt – stark durch die konkret betrachtete Periode (Anfangs- und Endpunkt) beeinflusst ist, ist es oft zweckmässiger, das Verhältnis von vergüteten Leistungen und Prämien zu analysieren (sog. Schadenquote). Eine im Zeitverlauf steigende Schadenquote würde dabei darauf hindeuten, dass die Leistungen stärker angestiegen sind als die Prämien, und vice versa. Die Schadenquote für die Periode 1996 bis 2013 ist in folgender Graphik dargestellt. In der Graphik ist ebenfalls die mittlere Schadenquote angegeben: Sie errechnete sich als Summe aller bezahlten Leistungen in den Jahren 1996 bis 2013 (301,4 Mrd. Fr.) geteilt durch die Summe aller Prämien in derselben Zeitperiode (319,0 Mrd. Fr.). Damit erhält man eine mittlere Schadenquote von 94,5 Prozent.

¹ In Einzelfällen können die Reserven stärker steigen, namentlich wenn ein Einschuss in die OKP getätigt worden ist. Im Jahr 2012 sind die ausgewiesenen Reserven zudem aufgrund der Auflösung von stillen Reserven und Rückstellungen angestiegen, die nicht über die Erfolgsrechnung verbucht worden ist.



Die restlichen rund 5,5 Prämienprozent entfielen auf Verwaltungskosten, weitere Kosten (beispielsweise für vertrauensärztliche Leistungen) sowie den Aufbau von Rückstellungen und Reserven.² Wenn für die Leistungen durchschnittlich mehr als 94.5% der Prämien aufgewendet werden, fehlen die Mittel zur Finanzierung von Verwaltungskosten und Reserveaufbau. Deshalb sollte die Limite von 94.5% nicht überschritten werden, damit die Prämien kostendeckend sind.

2 Rückstellungen

Die OKP finanziert alle versicherten Leistungen, die eine Person im Kalenderjahr bezieht, in dem sie beim Versicherer versichert ist und Prämien zahlt (sog. Bedarfsdeckungsverfahren). Daher sind keine Rückstellungen für Langzeitfolgen von Schäden erforderlich, wie sie beispielsweise ein Unfallversicherer zu bilden hat. Im Unterschied zu anderen Sozial- oder Privatversicherungen umfasst die OKP auch keine Langfristleistungen (Renten).

Rückstellungen im Bereich der OKP dienen damit ausschliesslich der künftigen Bezahlung von Leistungen, die im Jahr der Versicherungsdeckung erbracht worden sind, die aber erst in einem Folgejahr abgerechnet werden. Theoretisch können solche Rechnungen mit einer Verzögerung von zehn Jahren eintreffen, da sowohl der Leistungserbringer wie der Versicherte je fünf Jahre Zeit haben, ihre Ansprüche geltend zu machen. Grossmehrheitlich werden die Rechnungen allerdings viel schneller abgewickelt: Rund 80 Prozent der Rechnungen werden im selben Jahr bezahlt, in dem die Leistung erbracht worden ist, weitere 19 Prozent im Folgejahr. Diese Werte können allerdings stark variieren. Beispielsweise ist die Abwicklung im System des Tiers payant, in dem die Rechnungen vom Leistungserbringer direkt an den Versicherer gelangen, wesentlich schneller als im System des Tiers garant, wo sie zuerst an den Versicherten gelangen. Verzögerungen in der Rechnungsstellung treten oft auch bei Änderungen von Tarifsystemen (z. B. Einführung Tarmed oder SwissDRG) oder bei fehlenden Verträgen zwischen den Tarifpartnern auf. Dies kann zwischenzeitlich zu einer Erhöhung des Rückstellungsbedarfs führen.

Ein wachsender Versichertenbestand erfordert dabei eine entsprechende Aufstockung der Rückstellungen, da die neuen Versicherten in den ersten Monaten noch kaum Rechnungen einschicken. Versicherer, die Abgänge zu verzeichnen haben, werden dagegen ihre Rückstellungen im Verlaufe des Folgejahres abbauen (das heisst: sie werden die Rückstellungen für Rechnungen verwenden, die von den Versicherten noch eintreffen, die zu einem anderen Versicherer gewechselt sind). Langfristig und über die gesamte Branche hinweg gleichen sich jedoch die Bildung und Auflösung von Rückstellungen weitgehend aus. Die langfristige Rückstellungsbildung erfolgt daher im Wesentlichen im Rahmen des Wachstums der Leistungen (aufgrund von Bevölkerungswachstum sowie der Teuerung).

² Die Summe aus Rückstellungen und Reserven ist in der Periode 1996-2012 weniger stark angestiegen als die Leistungen – obwohl 2012 die stillen Reserven aufgelöst worden sind.

Seit Einführung des neuen Rechnungslegungsstandards Swiss GAAP FER 41 im Jahr 2012 und der Umstellung auf eine risikobasierte Reserveberechnung achtet das BAG verstärkt darauf, dass die Rückstellungen «bestmöglich geschätzt» werden. Die Rückstellungen per Ende Jahr sollen demnach den effektiv erwarteten künftigen Zahlungen für bereits erbrachte Leistungen entsprechen. Deren Höhe lässt sich mit aktuariellen Methoden (z. B. dem Chain-Ladder-Verfahren) relativ genau ermitteln.

3 Verwaltungsaufwand

Der Verwaltungsaufwand der Krankenversicherer belief sich 2012 in der OKP auf 1 242 Millionen Franken oder 156 Franken pro versicherte Person bzw. 5,2 Prozent der Ausgaben. Der überwiegende Teil, 84 Prozent des Verwaltungsaufwandes, entfiel auf den Personalaufwand. Auf verschiedene Arten des Marketings (Provisionen, Werbung) entfielen insgesamt 87 Millionen Franken (7 Prozent des Verwaltungsaufwandes).

Im Zeitverlauf ist der Anteil des Verwaltungsaufwandes an den Ausgaben gesunken – besonders stark in den ersten Jahren nach Einführung des KVG. Gemessen in Franken pro versicherte Person war in den ersten Jahren ebenfalls eine Senkung zu verzeichnen – seit 1999 steigt dieser Wert jedoch an, allerdings in deutlich geringerem Umfang als die bezahlten Leistung (mittlerer Anstieg 1999-2012: +2,2 % pro versicherte Person und Jahr, während die Leistungen im selben Zeitraum jährlich um 3,8 % gestiegen sind).

