



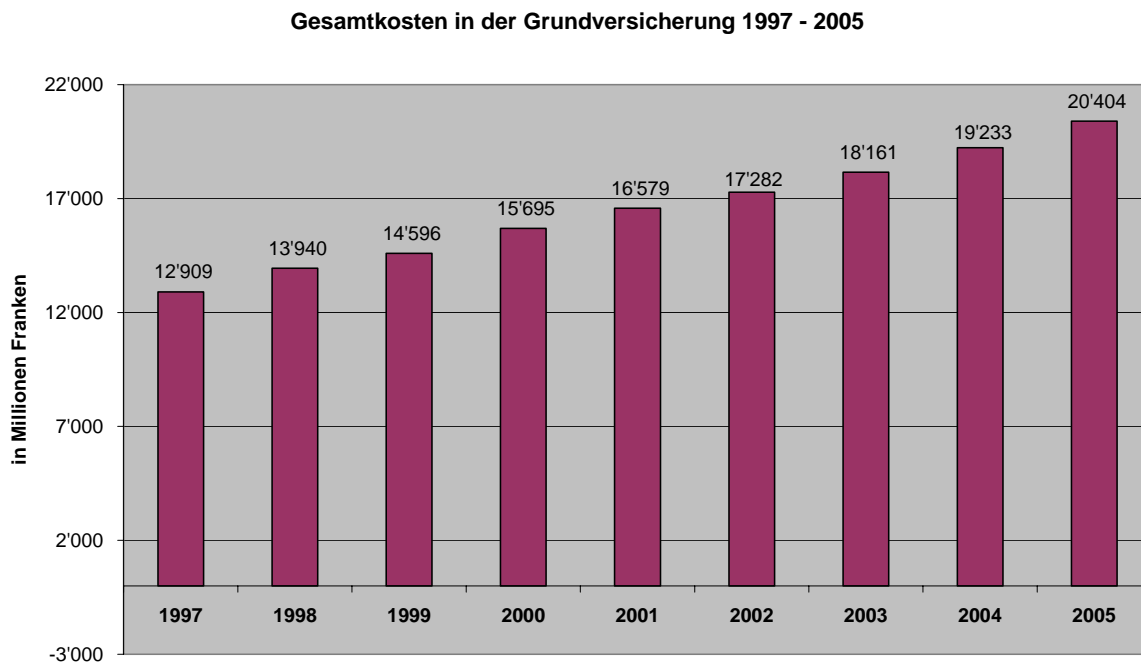
## Krankenversicherungen in der Schweiz

### (Entwicklung, Organisation, Kosten, Finanzierung, Ausblick)

Krankenversicherung und Krankenversicherer sind seit Jahren in einem ständigen Wandel begriffen. Dies manifestiert sich im rasanten Rückgang der Anzahl Versicherer von rund 1000 in den sechziger Jahren auf rund 250 bis anfangs der neunziger Jahre und 85 im Jahre 2006. Davon zeugen auch die vor 10 Jahren in Kraft getretene KVG-Revision mit ihren zahlreichen neuen Verordnungen, die inzwischen erfolgten kleinen Gesetzesrevisionen, die seither revidierten Verordnungen, die seit Jahren laufenden Revisionsbemühungen von Bundesrat und Parlament, die Abstimmungen über zahlreiche Volksinitiativen zur Krankenversicherung, die Einführung des neuen Arzttarifs Tarmed auf anfangs 2004, der laufende Übergang von Tagespauschalen auf Fallpauschalen bei der Spitalfinanzierung und nicht zuletzt die ungebrochene Leistungs- und Mengenausweitung und damit auch Kostensteigerung im Gesundheitswesen.

Seit 1997- ein Jahr nach der Einführung des KVG - bis 2005 sind die Bruttoleistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) um fast 60 Prozent von 12,9 auf 20,4 Mrd. Franken gestiegen. (1)

### Grafik 1: Entwicklung der Kosten in der Grundversicherung



Quelle: santésuisse

Die gesamten Kosten des Gesundheitswesens haben in der gleichen Zeitspanne von 38,7 auf rund 53,8 Mrd. Franken oder um 42 Prozent zugenommen. (2)  
Sie werden (gemäss Zahlen für 2004) wie folgt finanziert:

Krankenversicherung KVG (ohne Kostenbeteiligung)	17,4 Mrd. Fr. (33,6%)
Zusatzversicherungen	4,5 Mrd. Fr. (8,7%)
Haushalte (direkt und via Kostenbeteiligung)	16,5 Mrd. Fr. (32,0%)
Öffentliche Hand (Bund, Kantone Gemeinden)	8,8 Mrd. Fr. (17,0%)
Andere Sozialversicherungen (Unfall, AHV,IV,MV)	4,0 Mrd. Fr. (7,8 %)
Andere	0,5 Mrd. Fr. (0,9%)

## 1. Die Krankenversicherer

### a) Von den Hilfskassen zum KVG

Die ersten Krankenkassen, gegründet als Hilfskassen von Gewerkschaften und Handwerksverbänden, sind bereits im frühen 19. Jahrhundert entstanden. In der zweiten Jahrhunderthälfte setzte dann unter dem Einfluss der industriellen und sozialen Entwicklung eine wahre Flut von Gründungen ein. Sowohl der Bundesverfassungs-Artikel von 1890 als auch das erste Krankenversicherungsgesetz aus dem Jahre 1911 sahen denn auch die zahlreichen bestehenden Krankenversicherer als Durchführungsorgane der Versicherung vor.

Das hat sich mit dem geltenden Krankenversicherungsgesetz (KVG) aus dem Jahre 1994 nur insofern geändert, als neben den Krankenkassen auch private Versicherungsgesellschaften die inzwischen obligatorische Versicherung betreiben können. Sie haben aber bisher darauf verzichtet. Einige Krankenkassen sind jedoch mit privaten Versicherungsgesellschaften verbunden.

Die Krankenversicherer können in der Form von Vereinen, Stiftungen, Genossenschaften oder neu auch als Aktiengesellschaften organisiert sein. Das KVG gewährt den Versicherern im Prinzip finanzielle Autonomie. Es schreibt ihnen aber für die obligatorische Grundversicherung das Ausgabenumlageverfahren mit der Bildung von Reserven und Rückstellungen vor. Zudem dürfen die Einnahmen nicht für andere Zwecke verwendet und damit auch keine Gewinne ausgeschüttet werden.

### b) Von der Krankenkasse zu modernen Versicherung

Der Konzentrationsprozess in der Krankenversicherungs-Branche zeigt sich auch darin, dass heute die grössten acht Krankenversicherer bzw. Krankenversicherungsgruppen fast vier Fünftel der Bevölkerung versichert haben. (3)

**Tabelle 1: Die grössten Versicherer bzw. Versicherungsgruppen in der OKP 2005**

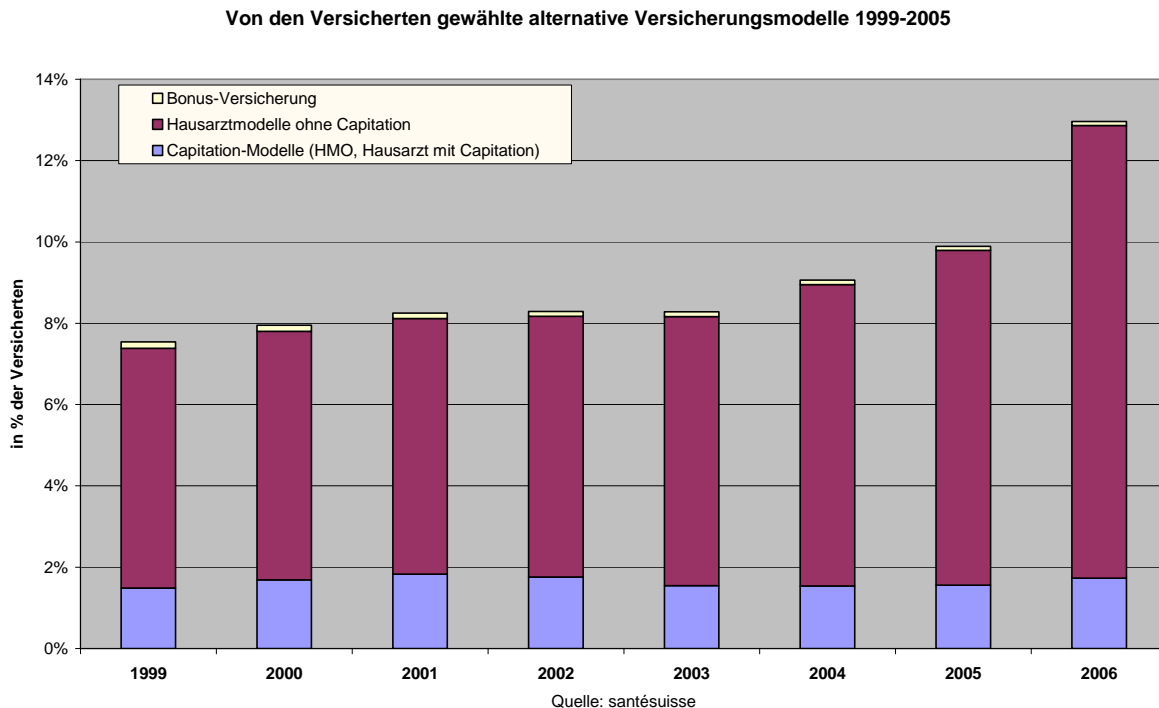
<b>Versicherer</b>	<b>Mitglieder</b>
Helsana Gruppe	1'262'466
CSS Gruppe	980'921
Groupe Mutuel	724'845
Sanitas (mit Wincare)	643'152
Swica	567'168
Concordia	532'791
Visana Gruppe	428'111
Assura	375'603

Der rasche Konzentrationsprozess ist vor allem die Folge der zunehmenden Dichte an gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften und Auflagen, aber noch mehr der wachsenden Anforderungen in den Bereichen Informatik, Statistik und den steigenden Ansprüchen bei Beratung und Dienstleistungen. Hinzu kommt der Wettbewerb unter den Versicherern, der mit der Einführung der vollen Freizügigkeit durch das KVG verschärft worden ist.

Zudem hat sich im Verlauf der letzten Jahre, insbesondere seit der Einführung des KVG, der Schwerpunkt der Aufgaben der Krankenversicherer verlagert. Die Zeiten sind längst vorbei, in denen sich die Krankenversicherer vor allem als Finanzmittelverwalter verstanden und Leistungen beglichen, ohne sie zu hinterfragen. Es geht heute primär darum, die rasch wachsenden Kosten in den Griff zu bekommen. Mehr Gewicht erhalten deshalb Aufgaben, die eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der bezahlten Leistungen zum Ziel haben, nämlich Tarifpolitik, Kostenkontrollen und Förderung des Managed-Care- Instrumentariums.

Noch weisen aber die **Managed-Care-Modelle** einen eher bescheidenen Marktanteil auf (10 Prozent), sie verzeichnen in jüngster Zeit aber eine starke Zunahme. Ein Optimierungspotenzial besteht vor allem bei den Hausarztmodellen, wo es gelingen muss, die Ärzte in die Kostenverantwortung einzubinden. Die Weiterentwicklung, die von den Krankenversicherern unterstützt wird, läuft in Richtung integrierte Netzwerke. Es liegt nun an der Politik, mit entsprechenden gesetzlichen Grundlagen diese Entwicklung zu fördern.

## Grafik 2: Wahl von Versicherungsmodellen 1999-2005



Voraussetzung für eine effizientere Kostenkontrolle ist die Verbesserung der administrativen Abläufe durch den Auf- und Ausbau der elektronischen Leistungsabwicklung. Bei rund 70 Millionen Abrechnungen (4), die pro Jahr zwischen Leistungserbringern und Versicherern und zwischen Versicherern und Kunden zirkulieren, liegt in der Automatisierung der Leistungsabwicklung ein gewaltiges Einsparpotential.

Immer neue Kategorien von Leistungserbringern, zunehmend komplexere Behandlungsabläufe, der Übergang zu leistungsbezogenen Pauschalen im stationären Bereich, und die kostenneutrale Festlegung der Taxpunktwerte bei Tarmed konfrontieren die Krankenversicherer auch im Bereich der Tarifpolitik mit grossen Herausforderungen.

### c) Der Branchenverband santésuisse

Praktisch sämtliche Krankenversicherer sind dem Branchenverband santésuisse angeschlossen, der die Interessen der Branche gegenüber der Politik und Verwaltung wahrnimmt, gegenüber Leistungserbringern als Tarif- und Verhandlungspartnerpartner auftritt, einen wichtigen Beitrag bei der Erhebung und Auswertung von Daten und Zahlen sowie der statistischen Analyse leistet und diverse Dienstleistungen für seine Mitglieder erbringt. (5)

Unter der Leitung des Branchenverbandes santésuisse treten die Krankenversicherer heute vermehrt als gestaltende Kraft im Gesundheitswesen in Erscheinung. Das zeigt sich auch in der Forderung nach Aufhebung des Zwangs, mit allen zugelassenen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen (Kontrahierungszwang). Allerdings besteht ein Widerspruch zwischen der notwendigen Autonomie, um gestaltend in Gesundheitswesen und Krankenversicherung eingreifen zu können, und dem zunehmend enger werdenden Korsett von Verordnungen und Vorschriften, in dem die Krankenversicherer als Ausführungsorgane des Bundes in der obligatorischen Krankenversicherung stecken.

## 2. Grund- und Zusatzversicherung

Das KVG gestattet den Krankenversicherern, neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und der freiwilligen Taggeldversicherung auch Zusatzversicherungen anzubieten. Diese werden allerdings nach den Regeln des Privatrechts (des Versicherungsvertragsgesetzes VVG) durchgeführt. Während das KVG und die dazugehörige Leistungsverordnung KLV die Leistungen abschliessend umschreiben, können die Krankenversicherer die Leistungen in den Zusatzversicherungen individuell zusammenstellen und die Prämien nach Risikogruppen festsetzen. Im Weiteren sind die Versicherer hier frei, Vorbehalte anzubringen oder die Aufnahme ganz zu verweigern.

Bei den Zusatzversicherungen gilt es zu unterscheiden zwischen den zahlreichen „kleineren“ ambulanten Zusatzversicherungen für Komplementärmedizin, Zahnbehandlungen, Psychotherapie, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen, Auslandsreisen usw. mit einem relativ geringen Prämienvolumen und den Spitalzusatzversicherungen.

Die Krankenkassenstatistik des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zeigt, dass der gesamte Zusatzversicherungsbereich in den letzten 10 Jahren an Bedeutung verloren hat. (6) Dazu beigetragen hat zweifellos der Ausbau der obligatorischen Grundversicherung. Was die Spitalzusatzversicherungen betrifft, waren 2001 noch 30,9 Prozent der Versicherten im Spital halbpriyat oder privat versichert, 2004 nur noch 27,7 Prozent. Ein Grossteil der nur allgemein Versicherten hat allerdings die Zusatzversicherung allgemein ganze Schweiz abgeschlossen.

Die folgende Tabelle zeigt die wichtigsten Unterschiede zwischen der Grundversicherung und den Zusatzversicherungen.

**Tabelle 2: Unterschiede zwischen Grund- und Zusatzversicherung**

Grundversicherung nach KVG	Zusatzversicherung nach VVG
<ul style="list-style-type: none"><li>• Grundlage sind Gesetz und Verordnung.</li><li>• Obligatorium und Aufnahmepflicht durch die Versicherer.</li><li>• Es besteht ein fest definierter gesetzlicher Leistungskatalog mit Einschluss der Mutterschaft.</li><li>• Finanzierung nach Umlageverfahren (die Ausgaben werden laufend durch Einnahmen - Prämien und Kostenbeteiligung – gedeckt).</li><li>• Einheitsprämie pro Versicherer und Region. Prämienreduktion für Kinder und Jugendliche in Ausbildung, Prämienverbilligung. (Prämienreduktion durch höhere Wahlfranchise, Einschränkung bei der Wahl der Leistungserbringer oder Bonusversicherung)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grundlage ist der Vertrag mit den allgemeinen Versicherungsbedingungen.</li><li>• Keine Aufnahmepflicht.</li><li>• Der Versicherer bestimmt, welche ergänzenden Leistungen zur Grundversicherung er anbieten will. Mutterschaft auf Antrag.</li><li>• Keine Finanzierungsvorschrift. In der Praxis: Bedarfsdeckungs- oder Kapitaldeckungsverfahren oder eine Mischform der beiden (Rückstellungen für spätere Verpflichtungen oder Ansparen von Kapital für Risiken im Alter.)</li><li>• Keine Vorschrift für Prämiengestaltung, In der Praxis fördert der Wettbewerb aber risikogerechte Prämien. (Oft Prämienreduktion durch Wahl einer höheren Kostenbeteiligung und Leistungsfreiheitsrabatt)</li></ul>

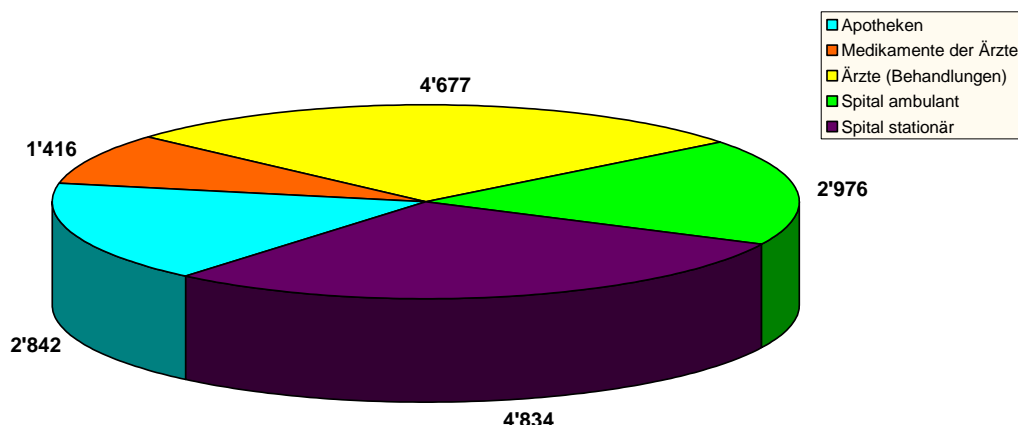
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Versicherten können den Versicherer mit einer Kündigungsfrist von einem Monat auf Semesterende ohne Nachteile wechseln. Der Versicherer kann dem Versicherten nicht kündigen. Ein Ausschluss ist kaum möglich. Verbot des Kassenwechsels und Leistungsstrierung bei ausstehenden Prämien, bis die Schulden bezahlt sind.</li> <li>• Keine Vorbehalte bei Versicherungsverwechsel.</li> <li>• Unbeschränkte Versicherungsdauer.</li> <li>• Prinzip der Gegenseitigkeit und Gleichbehandlung.</li> <li>• Verjährung von Leistungsansprüchen nach fünf Jahren.</li> <li>• Kollektivversicherungen nicht zugelassen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beide Parteien können in einem Versicherungsfall sofort (bis 14 Tage nach Zahlung) oder auf Vertragsende mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist kündigen (ohne Kündigung stillschweigende Vertragsverlängerung um 1 Jahr). Die meisten Versicherer verzichten einseitig auf ihr Recht, im Versicherungsfall zu kündigen.</li> <li>• Unbeschränkte Vorbehalte oder Leistungsausschlüsse möglich.</li> <li>• Die Dauer der Verträge kann limitiert werden.</li> <li>• Prinzip von Treu und Glauben.</li> <li>• Verjährung von Leistungsansprüchen nach zwei Jahren.</li> <li>• Kollektivversicherungen sind möglich.</li> </ul>
--	---

### 3. Leistungen in der OKP

20,4 Mrd. Franken haben die Krankenversicherer 2005 brutto für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezahlt. Den grössten Kostenblock bildeten dabei die Spitalleistungen 7,8 Mrd. Franken oder 38 Prozent, gefolgt von den ambulanten ärztlichen Behandlungen 4,7 Mrd. Franken oder 23 Prozent und von den Medikamenten 4,3 Mrd. Franken oder gut 21 Prozent.

#### Grafik 3: Die grössten Leistungsbereiche in der Grundversicherung

Die fünf grossen Kostenblöcke in der Grundversicherung 2005 in Millionen Franken



Quelle: santésuisse

Die Verwaltungskosten fallen weniger ins Gewicht als allgemein angenommen. Sie betragen 2004 gemäss den Aufsichtsdaten des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) in der Grundversicherung (OKP) rund 980 Millionen Franken oder 5,6 Prozent der Ausgaben. (7)

#### 4. Finanzierung der OKP

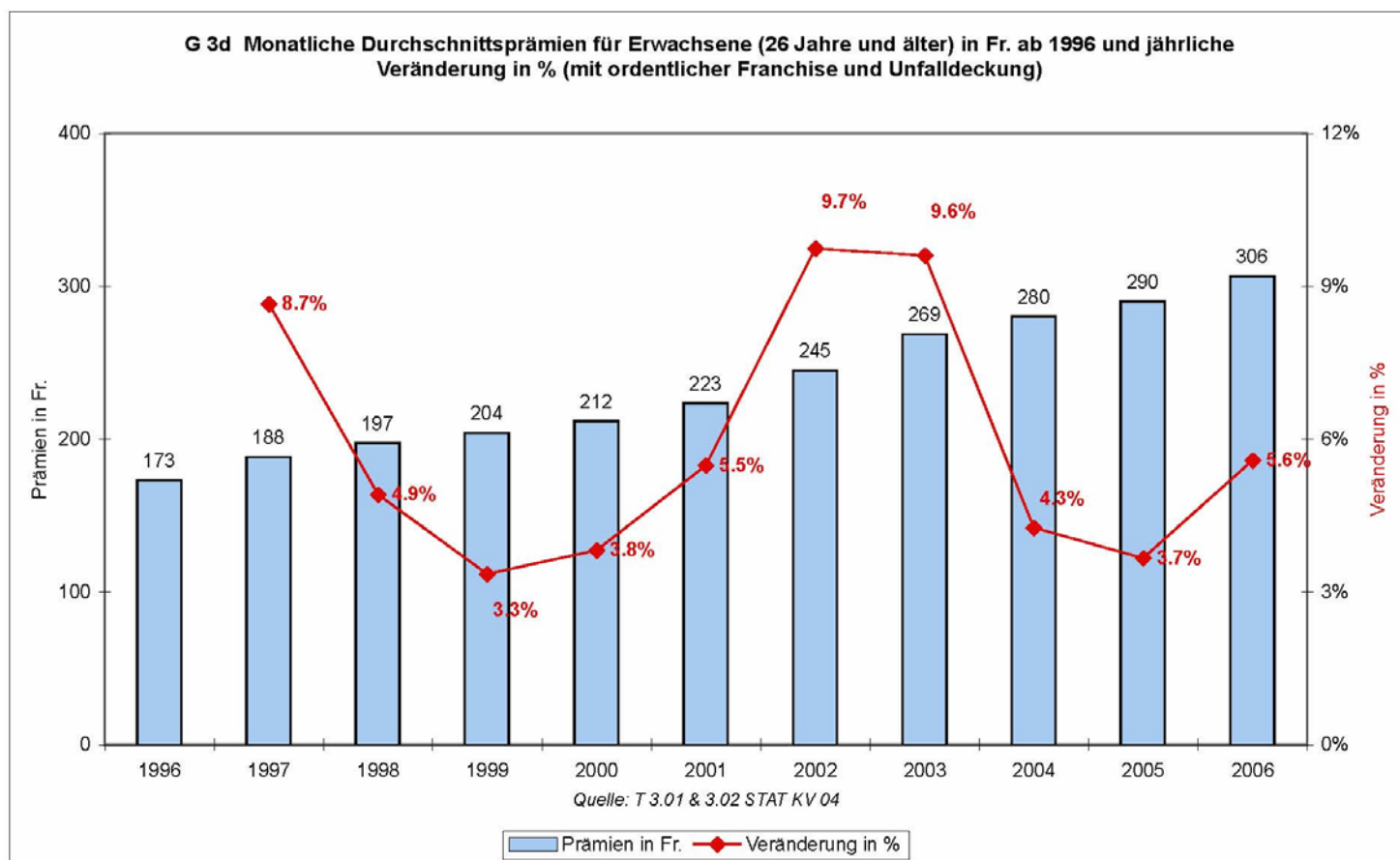
Mit dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 haben Bund und Kantone die direkte Subventionierung der Krankenversicherer eingestellt und dafür das System der Prämienverbilligung auf- und ausgebaut. Deshalb wird heute der Versicherungs- und Betriebsaufwand der Versicherer fast vollständig durch die Prämien der Versicherten finanziert.

##### a) Prämien

In der OKP entrichten bei einem Versicherer alle erwachsenen Personen innerhalb einer Region und bei gleicher Kostenbeteiligung die gleichen Prämien. Kinder bezahlen aber nur knapp 30 Prozent der Erwachsenenprämien und für Jugendliche unter 25 Jahren können die Prämien ermässigt werden. (Die Prämien für Kinder und für Jugendliche in Ausbildung werden durch Beiträge von Bund und Kantonen zusätzlich reduziert.)

Bei der Berechnung der Prämien, die vom Bundesamt für Gesundheit jeweils überprüft werden, berücksichtigen die Versicherer insbesondere folgende Grundlagen: Die Kosten des laufenden und des vergangenen Jahres, die Reserven und Rückstellungen (8), die Zahlungen für den Risikoausgleich, die Verwaltungsauslagen, die Versichertenfluktuation und das Betriebsergebnis. Hinzu kommen die Schätzung der Kostenentwicklung für das folgende Jahr und der Vergleich mit den Prämien der Konkurrenz.

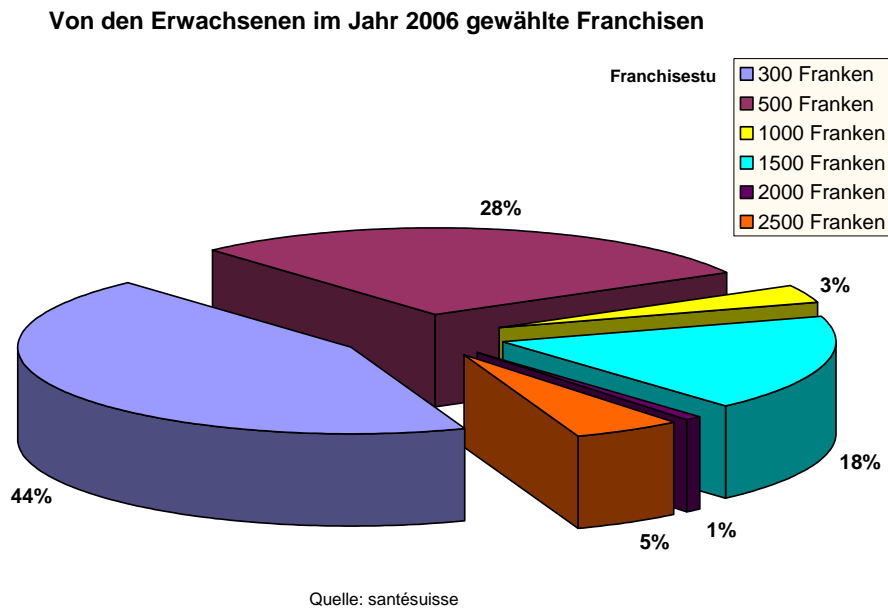
**Grafik 4: Prämienentwicklung in der Grundversicherung (Quelle: BAG)**



## b) Kostenbeteiligung

Rund 15 Prozent aller Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernehmen die Versicherten in der Form von Selbstbehalten und Franchisen selber. (9) 55 Prozent der erwachsenen Versicherten machen vom System der Wahlfranchisen Gebrauch. Sie beteiligen sich stärker an den Kosten und erhalten dafür eine entsprechende Prämienreduktion. 10 Prozent wählen eine andere spezielle Versicherungsform wie eine Health Maintenance Organization oder ein Hausarztmodell.

### Grafik 5: Marktanteil der Wahlfranchisen



## c) Prämienverbilligung

Das Kopfprämiensystem nimmt an und für sich keine Rücksicht auf die Einkommensunterschiede in der Bevölkerung. Deshalb hat der Gesetzgeber Solidaritätselemente eingebaut. Heute sind fast 40 % der Kosten der OKP steuerfinanziert, einerseits durch die kantonale Spitalfinanzierung (kantonale Deckung der Investitionskosten und von minimal 50 % der Betriebskosten der öffentlichen Spitäler) andererseits durch die Prämienverbilligungen.

Die Prämienverbilligungen werden von Bund und Kantonen gemeinsam finanziert. Die Beiträge des Bundes gehen zunächst an die Kantone, und zwar gemäss Wohnbevölkerung und Finanzkraft. Die Kantone stocken den auf sie entfallenden Beitrag des Bundes um mindestens die Hälfte auf. (Ein Kanton muss nur maximal 50 Prozent des Bundesbeitrages beziehen. Insgesamt beziehen die Kantone heute rund 90 Prozent des Bundesbeitrages). Es ist dann Sache der Kantone, die Verbilligungen den Versicherten zuzuleiten. Grundlage für die Verteilung bildet überall das Steuersystem. Bei der konkreten Bemessung gibt es aber grosse Unterschiede. Ebenso erfolgt die Auszahlung über unterschiedliche Kanäle. In einigen Kantonen werden die Verbilligungen den berechtigten Personen aufgrund der Steuererklärung automatisch zugestellt. In anderen müssen die Versicherten ein Gesuch stellen. In rund der Hälfte der Kantone erfolgt die Ausschüttung via Versicherer als Prämienabzug, in der anderen Hälfte erhalten die Versicherten die Beiträge direkt.

Insgesamt haben 2004 Bund und Kantone 3,17 Mrd. Franken (rund ein Sechstel des gesamten Prämienvolumens) Prämienverbilligungen ausgerichtet. Rund ein Drittel aller Versicherten (2,4 Mio.) oder 40 % der Haushalte (1,25 Mio.) haben davon profitiert. Pro Einzelperson wurden durchschnittlich 1342 Franken und pro Haushalt 2544 Franken ausgerichtet. Über 70 Prozent der Bezüger/innen waren jünger als 45 Jahre und nur gut 13 Prozent älter als 65 Jahre. (10)

Wie die folgende Tabelle zeigt, variiert die Bezügerquote kantonal stark.

**Tabelle 3: Quote der Prämienverbilligungsbezüger nach Kantonen**

	<b>Einzelpersonen:</b>	<b>Haushalte:</b>
CH	31,7 %	40 %
<b><u>Höchste Quoten:</u></b>		
OW	55,6 %	67 %
AI	46 %	
TG	44 %	63 %
GE		58 %
<b><u>Tiefste Quoten</u></b>		
SO	23,4 %	24 %
VD	23,7 %	29 %
AR	24 %	21 %

Im März 2005 haben die eidgenössischen Räte eine familienfreundliche Anpassung der Prämienverbilligung beschlossen. Sie bestimmt, dass die Kantone bei Familien mit tiefen und mittleren Einkommen die Prämien von Kindern bis 18 Jahre und von Jugendlichen in Ausbildung bis 25 Jahre um mindestens 50 Prozent verbilligen. Die Kantone müssen die Neuerung spätestens am 1. Januar 2007 einführen. Gleichzeitig sind die Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung angehoben worden.

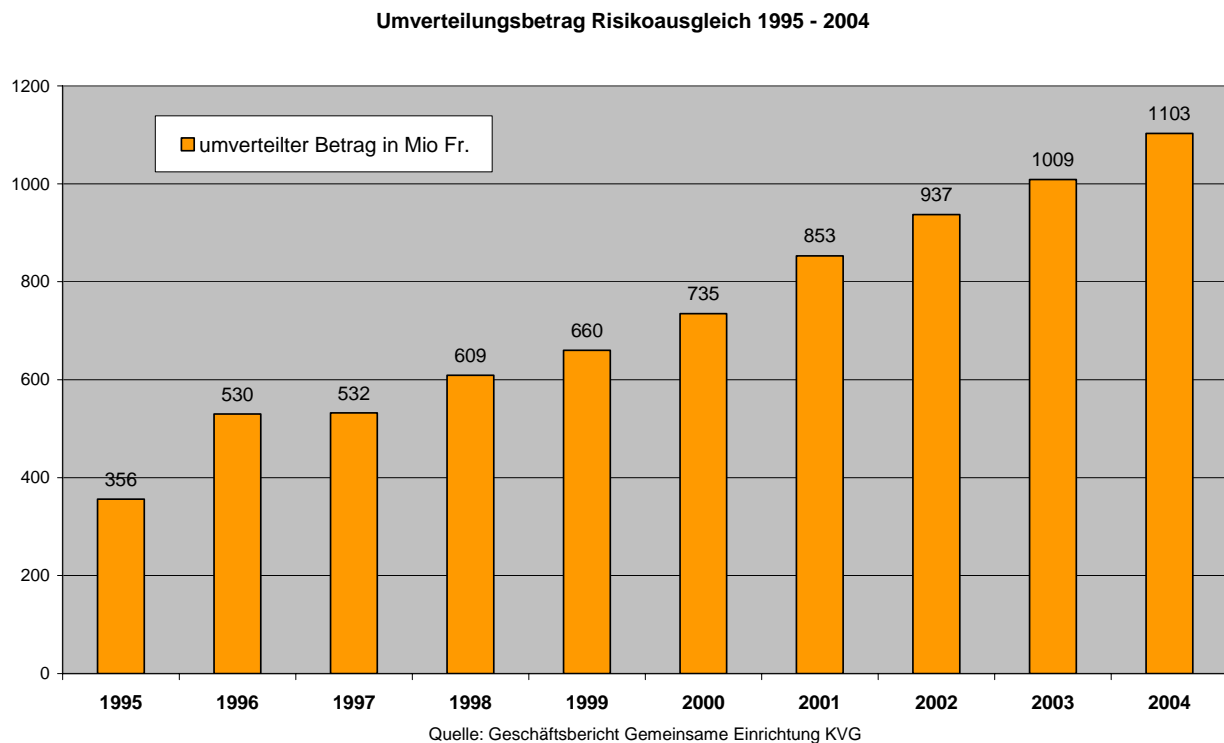
## **5. Kostenunterschiede und Risikoausgleich**

Zwischen den Krankenversicherern bestehen erhebliche Kosten- und Prämienunterschiede. Sie sind vor allem auf die ungleiche Verteilung der Menschen mit hohen Krankheitsrisiken zurückzuführen. Vor Risikoausgleich weisen denn auch die zehn grössten Versicherer bei den Nettoleistungen pro Person Schwankungen im Verhältnis von bis zu mehr als 3 zu 1 auf (2004 zwischen 1'050 und 3'550 Franken). (11)

Um die Belastung zumindest teilweise anzugleichen, wurde der Risikoausgleich geschaffen und ins Gesetz aufgenommen (Art. 105 KVG). Danach haben Versicherer mit überdurchschnittlich viel jungen und/oder männlichen Versicherten Ausgleichsbeträge an Versicherer mit einem unterdurchschnittlichen Bestand an solchen Versicherten zu bezahlen. Damit werden die Unterschiede in der Risikostruktur jedoch nicht vollständig ausgeglichen. In den eidgenössischen Räten wird deshalb eine morbiditätsorientierte Revision des Risikoausgleichs (Aufenthalt im Spital bzw. im Pflegeheim und Verschreibung von Arzneimitteln als weitere Kriterien) diskutiert.

Durchgeführt wird der Risikoausgleich seit Inkrafttreten des KVG von der „Gemeinsamen Einrichtung KVG“ gemäss Art.18 KVG. Das jährliche Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern hat seit Inkrafttreten des KVG (1996) bis 2004 von 530 Mio. auf rund 1100 Mio. Franken zugenommen. (12)

### Grafik 6: Umverteilungsvolumen des Risikoausgleichs



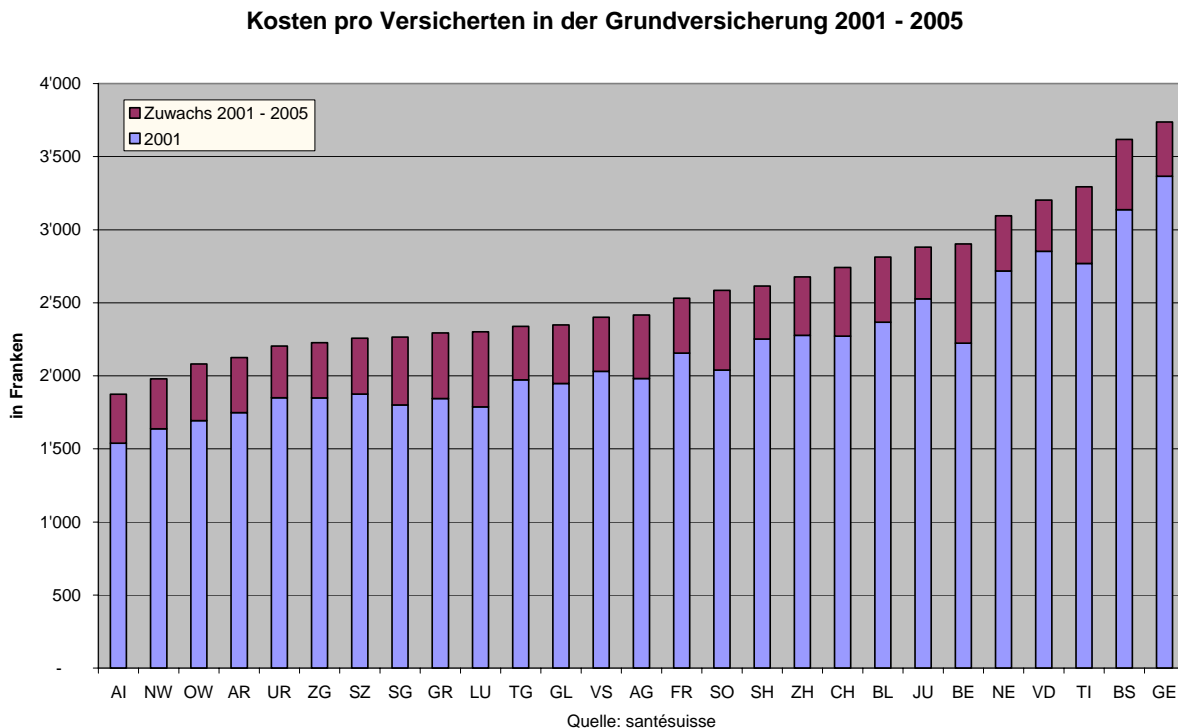
## 6. Kostengefälle zwischen den Kantonen

Nicht nur zwischen den Krankenversicherern, auch zwischen den Kantonen bestehen grosse Unterschiede im Prämienniveau. Sie sind eine Folge der starken Kostenunterschiede. Die Stadtkantone und die lateinische Schweiz lassen sich ihre Gesundheit nämlich bis zu doppelt so viel kosten wie die ländliche Deutschschweiz, obwohl sich die Bewohner in der letzteren (gemäss einer Studie der Tessiner Gesundheitsökonominnen G. Domenighetti und L. Crivelli) ebenso gut versorgt fühlen wie jene in anderen Regionen und keinerlei Anzeichen einer medizinischen Rationierung verspüren. (13)

Die beiden Politikwissenschaftler Adrian Vatter und Christian Rüefli (14) führen den unterschiedlichen Bezug von medizinischen Leistungen in den Kantonen und damit auch die Kostenunterschiede vor allem auf folgende Faktoren zurück:

- Dichte der Leistungserbringer (insbesondere der Spezialärzte, nicht aber der Grundversorger)
- Grad der Urbanisierung
- Soziale Netze (Familie, Vereine, Freunde)
- Altersstruktur
- Kulturelle Unterschiede (Anspruchsmentalität).

## Grafik 7: Kosten pro versicherte Person nach Kantonen



## 7. Ausblick

Unser Krankenversicherungssystem hat neben Stärken auch verschiedene Schwächen. Es garantiert eine gute Qualität und die Sicherheit der Versorgung für die ganze Bevölkerung. Es lässt den Versicherten Wahlfreiheiten (freie Wahl des Arztes und der Krankenkasse, freie Wahl der Kostenbeteiligung oder eines besonderen Versicherungsmodells, Abschluss von Zusatzversicherungen)

Auf der anderen Seite sind wir in der Schweiz in vielen Bereichen überversorgt (zu hohe Spitaldichte, zu lange Spitalaufenthalte, zu viele Ärzte in Agglomerationen), und Studien stellen immer wieder überflüssigen Leistungen fest. Das System kennt zudem eine Reihe falscher wirtschaftlicher Anreize. Das alles führt zu stark steigenden Kosten und Prämien. Über kurz oder lang stellt sich deshalb die Frage der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens.

Nötig sind deshalb Massnahmen auf der Finanzierungsseite, um die Belastungen für alle Bevölkerungskreise im Rahmen zu halten und Massnahmen, um die Kosten in Grenzen zu halten. Es gilt vor allem, vermehrt wirtschaftliche Anreize zu schaffen, damit die Leistungen möglichst effizient erbracht werden. Das Parlament befasst sich zurzeit mit einer KVG-Revision, die zum Teil in diese Richtung geht. In die gleiche Richtung zielt auch die geplante schweizweite Einführung der leistungsbezogenen Spitalfinanzierung mittels DRG. Das gemeinsame Projekt von Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern sollte, wenn die Vorarbeiten zielgerichtet vorangehen, bis 2009 realisiert werden können.

In mehr Staat sehen die Befürworter einer Einheitskrankenkasse die Lösung. 2007 werden sich Stimmbürgerinnen und Stimmbürger einmal zu einem solchen Volksbegehren äussern müssen. Der Bundesrat und die Mehrheit des Parlaments sind jedoch der Überzeugung, dass die Vielfalt der Akteure und der Wettbewerb unter ihnen, auch wenn er eingeschränkt ist, einen positiven Einfluss auf Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens haben. Sie setzen daher auf die KVG-Revision, um die anstehenden Probleme zu lösen und empfehlen das Volksbegehren zur Ablehnung. (15)

Walter Frei, Ressort Politik, santésuisse, Bern

## Anmerkungen:

- (1) Rechnungssteller-Statistik, santésuisse-Datenpool 2005
- (2) Quelle: Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2004 (Angaben für 2005 hochgerechnet.)
- (3) Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung 2006 (Hrsg. santésuisse)
- (4) Hochrechnung aufgrund von Angaben der grossen Krankenversicherer
- (5) Weitere Informationen im Geschäftsbericht von santésuisse oder auf der Homepage [www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch)
- (6) Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004, Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen, S. 178 und S. 184
- (7) Aufsichtsdaten OKP – Betriebsjahr 2004 (Bundesamt für Gesundheit)
- (8) Die Reserven der Krankenversicherer können unterschiedlich hoch sein. Der Bundesrat legt aber in der Verordnung die Mindestsätze fest. Im Mai 2006 hat er folgenden Beschluss gefasst: Grosse Versicherer (ab 250 000 Versicherten) können ihre Reserven von 15 Prozent auf 10 Prozent der jährlichen Prämieinnahmen reduzieren. Dies schrittweise über drei Jahre ab 2007. Die mittleren und kleineren Versicherer können ihre Polster von 20 auf 15 Prozent verringern. Versicherer bis 50 000 Mitglieder benötigen zusätzlich noch eine Rückversicherung. Die versicherungstechnischen Rückstellungen der Versicherer betragen durchschnittlich 27 Prozent.
- (9) Gemeinsame Einrichtung KVG, Geschäftsbericht 2004, S. 35
- (10) Quelle der Angaben zur Prämienverbilligung: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004 (BAG)
- (11) „Prämien und Reserven: Klarstellungen des Bundesrates“ in: Brennpunkt Gesundheitspolitik 1-06, Hrg. Santésuisse
- (12) Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004, S. 188
- (13) Gianfranco Domenighetti, Luca Crivelli, Sécurité de l’approvisionnement en médecine de ville, dans le cadre de la suppression d’obligation de contracter, Lausanne 2001
- (14) C. Rüefli, A. Vatter: Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen, Bern 2001
- (15) Mehr zur Diskussion über die Einheitskrankenkasse in: Willy Oggier, Scheinlösung Einheitskasse, Verlag Neue Zürcher Zeitung, 2006.