CSS-Institut für empirische Gesundheitsökonomie

# Beschreibung der Berechnung einer Einheitsprämie gemäss der Initiative für eine öffentliche Krankenkasse

**Konstantin Beck, FF**

**Lukas Kauer, FFA**

**23. Mai 2014**

# 1. Ziel

Das CSS-Institut für empirische Gesundheitsökonomie versucht in dieser Studie einerseits möglichst realitätsnahe zu berechnen, wie hoch die 26 kantonalen Einheitsprämien zu liegen kämen, wenn die Initiative für eine öffentliche Krankenkasse umgesetzt würde. Andererseits sollte abgeschätzt werden, wie viele Einwohner von einer höheren Prämie betroffen wären, und wie stark das Ausmass der Prämienänderung wäre. Das vorliegende Papier soll die Kalkulation im Detail und nachvollziehbar dokumentieren.

# 2. Rechtliche Grundlagen:

Die rechtlichen Grundlagen bildet der Initiativtext des Initiativ-Komitees zur Einführung einer öffentlichen Krankenkasse. Dieser Text ist jedoch teilweise unpräzis und in den verschiedenen Landessprachen unterschiedlich detailliert. Als Beispiel für letzteres gilt insbesondere Art 117, Ziffer 4:

(…) „Für jeden Kanton wird *eine einheitliche* Prämie festgelegt; (I premi sono fissati *per* Cantone; Les primes sont *fixées par* canton) diese wird aufgrund der Kosten der sozialen Krankenversicherung berechnet."

Bei der juristischen Auslegung des Initiativtexts stützen sich die Autoren dieses Papiers auf das Gutachten des Sozialversicherungsexperten Prof. Dr. Ueli Kieser (Kieser, 2014).

Kieser äussert sich zur Frage, wie weitgehend die Einheitlichkeit der Prämien verstanden werden soll, relativ deutlich: Weder sind unterschiedliche Prämienregionen innerhalb der Kantone noch unterschiedliche Prämientarife für Kinder, Jugendliche und Erwachsene möglich. Ebenso wenig werden Rabatte für höhere Franchisen oder für die Einschränkung der Arztwahl (Managed Care) gewährt werden können. Der einzige Rabatt, der weiterhin möglich sein wird, ist der Unfallausschluss bei unselbständiger Arbeit von mindestens acht Wochenstunden.

Der zweite kritische Punkt betrifft den zweiten Teil von Art 117, Ziffer 4, der besagt, welche Kosten die Prämie abdecken soll. Gemäss Kiesers Interpretation könnte dies durchaus bedeuten, dass Kosten, welche im heutigen System von den Kantonen finanziert werden, neu auf die Prämien überwälzt werden.

# 3. Berechnung der Einheitsprämie – zwei unterschiedliche Lösungswege

## 3.1 Einheitsprämie als gewichteter Durchschnitt heutiger Prämien

Heute liegen zahlreiche Prämien zahlreicher Kassen mit zahlreichen Abstufungen vor. Eine naheliegende Lösung besteht darin, den gewichteten Durchschnitt der vorliegenden Prämien zu berechnen. Ohne Beweis sei postuliert, dass das Ergebnis der so berechneten Einheitsprämie zum identischen Prämienvolumen im Markt führt, wie die heute vorliegenden, unterschiedlichen Prämien. Wenn *P* die Prämie und *n* die Anzahl Versicherten (und damit die Gewichte) bezeichnet, so sind gemäss Tabelle 1 heute folgende Prämienabstufungen zulässig (vgl. auch Beck, 2013a, Anhang zu Kapitel 7):

**Tabelle 1: Heutige Prämienabstufungen und deren (Nicht-)Berücksichtigung in der Einheitsprämienkalkulation**

| Abstufung | Formal | Anpassung |
|---|---|---|
| Altersgruppenrabatt (Kinder, junge Erwachsene) | a = 1,2,3 | entfallen |
| Franchisenstufen | w = 1,2,3,4,5,6 | entfallen |
| Maximal drei geographische Zonen pro Kanton | z = 1,2,3 | entfallen |
| Ausschluss der freien Arztwahl | m = 1,2,3,…M | entfällt |
| Unterschiedliche Krankenversicherer | v = 1,2, … 61 | entfallen |
| Unfallausschluss | u = 1,2 | wird beibehalten |
| Kanton | k = 1,2,…26 | wird beibehalten |

*Bemerkungen*: Die zweite Kolonne weist jeder Rabattform eine Variable zu und zeigt die Anzahl Prämienstufen. Die freie Arztwahl umfasst M unterschiedliche Modelle.

Die Einheitsprämie pro Kanton *k* und Unfallkategorie *u*, berechnet als gewichteter Durchschnitt der heute vorliegenden Prämiengruppen, lautet demnach:

$$(1) \qquad P_{k,u} = \frac{\left\{\sum_{a=1}^{3}\sum_{w=1}^{6}\sum_{z=1}^{3}\sum_{m=1}^{M}\sum_{v=1}^{61} P_{u,w,z,m,v,k,a} n_{u,w,z,m,v,k,a}\right\}}{\left\{\sum_{a=1}^{3}\sum_{w=1}^{6}\sum_{z=1}^{3}\sum_{m=1}^{M}\sum_{v=1}^{61} n_{u,w,z,m,v,k,a}\right\}}$$

Ausdruck (1) ist zwar mathematisch elegant, weist aber schwerwiegende Mängel auf. Während die Prämie *P* für das Jahr 2014 bekannt ist, sind die Gewichte *n* nur für 2012 bekannt. Ignoriert man diese zeitliche Diskrepanz, so überschätzt man die Durchschnittsprämie systematisch, denn auf Grund der Substitutionseffekte im Markt nehmen die Gewichte der hohen Prämien ab und die der geringeren Prämien zu. Bei Versicherern die zwischenzeitlich fusioniert haben, fehlen zudem die korrekten Gewichte. Überhaupt liegen die Gewichte nicht in der gewünschten Granularität vor.

Dazu kommt, dass die Prämien der einzelnen Anbieter zahlreiche Management-Entscheide enthalten, z.B. die Wiederaufstockung oder die Auflösung von Rückstellungen, die Positionierung im Markt etc., die für die Monopolversicherer keine Relevanz haben.

Aus all diesen Gründen ist es zielführender, die Prämie der Einheitskasse bottom up aus den Prämienbestandteilen (Leistungen, Kostenbeteiligung, Administrationskosten etc.) zu berechnen.

## 3.2 Generische Berechnung der Einheitsprämien

Die Prämie der Einheitskasse muss die Leistungen nach Abzug der Kostenbeteiligung - die so genannten Nettoleistungen - zuzüglich der Administrationskosten und der Aufstockung der Reserven finanzieren. Diese Summe pro Kanton wird dann gleichmässig auf die Anzahl Köpfe pro Kanton verteilt. Da die für ein Jahr angefallenen Leistungen nur ex-post verfügbar sind, ist eine Prämienberechnung für vergangene Jahre grundsätzlich zuverlässiger. Es wird somit die Einheitsprämie für das letztmögliche Jahr, für welches bereits die nötigen Daten öffentlich zugänglich sind, berechnet. Im Frühling 2014 handelt es sich hierbei um das Jahr 2012. Nettoleistungen pro Kanton sind sowohl vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) als auch vom SASIS Datenpool publiziert. Der Vorteil bei den BAG-Daten liegt darin, dass eine Vollerhebung aller Krankenkassen vorliegt, während die Datenpooldaten 99% der Versicherten abdeckt. Der Vorteil der Datenpooldaten ist die tiefere Granularität, so dass die Leistungen nach Kanton, Altersgruppe, Franchisenstufe und Versicherungsmodell ausgewiesen sind, wohingegen die BAG-Daten nur eine Kombination aus drei dieser vier Abstufungen erlauben. Da diese Granularität äusserst wichtig ist um den Wegfall der einzelnen Abstufungen zu simulieren (siehe unten), wird die gesamte Berechnung auf die Datenpooldaten abgestützt. Eine vorgängige Analyse hat zudem gezeigt, dass der kumulierte Unterschied zwischen den beiden Datensätzen bezüglich der Leistungen deutlich unterhalb der Promillegrenze liegt.

Es folgt eine stichwortartige Aufzählung der bei der Berechnung zu beachtenden Punkte mit einer Beschreibung, wie damit bei der Berechnung der Einheitsprämie verfahren wird.

**Wahlfranchisen:** Der Wegfall der Wahlfranchisen hat einige Effekte, die nur unvollständig abgeschätzt werden können. Zwar sind die Nettoleistungen und Kostenbeteiligung pro Wahlfranchisen-Stufe und Kanton sowohl in den BAG- wie auch den Datenpooldaten verfügbar. Jedoch ist es nur mit Individualdaten möglich, die neue Kostenbeteiligung bzw. neuen Nettoleistungen bei Wegfall der Wahlfranchisen zu berechnen. Der Grund liegt darin, dass aus den aggregierten Leistungen deren Verteilung nicht ersichtlich ist. Die Notwendigkeit dieser Verteilung sei anhand eines einfachen Beispiels

erklärt: Angenommen in den Daten sind in einem Kanton und einer Alterskategorie für die Wahlfranchise 500 Franken folgende Werte ausgewiesen: Bruttoleistungen 700 Fr.; Kostenbeteiligung 700 Fr.; Nettoleistungen 0 Fr.; Versicherte Monate: 24, was vereinfacht 2 Personen entspricht. Diese Werte lassen sich nun auf verschiedene Weise auf die zwei Personen aufteilen. In Tabelle 2 sind zwei mögliche Szenarien dargestellt. Während sich die Bruttoleistungen bzw. die Kostenbeteiligung in Szenario 1 auf 500:200 zwischen den beiden Personen verteilen, liegt das Verhältnis in Szenario 2 bei 400:300.

**Tabelle 2: Beispiel Leistungen und Kostenbeteiligung bei Wahlfranchise 500 Franken**

| | | Brutto-leistungen | Franchise | Selbst-behalt | Kosten-beteiligung | Netto-leistungen |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Szenario 1 | Person 1 | 500 | 500 | 0 | 500 | 0 |
| | Person 2 | 200 | 200 | 0 | 200 | 0 |
| | Total | **700** | 700 | 0 | **700** | **0** |
| Szenario 2 | Person 1 | 300 | 300 | 0 | 300 | 0 |
| | Person 2 | 400 | 400 | 0 | 400 | 0 |
| | Total | **700** | 700 | 0 | **700** | **0** |

Falls nun Wahlfranchisen nicht mehr möglich sind und somit alle Versicherten eine Franchise von 300 Franken aufweisen, wird aus Tabelle 3 ersichtlich, dass sich die korrigierten Nettoleistungen je nach Szenario erheblich unterscheiden können. In Szenario 1 liegen diese bei 180 Franken, was im Vergleich zu Szenario 2 ein um 100% höherer Betrag ist.

**Tabelle 3: Beispiel Leistungen und Kostenbeteiligung ohne Wahlfranchise**

| | | Brutto-leistungen | Franchise | Selbst-behalt | Kosten-beteiligung | Netto-leistungen |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Szenario 1 | Person 1 | 500 | 300 | 20 | 320 | 180 |
| | Person 2 | 200 | 200 | 0 | 200 | 0 |
| | Total | **700** | 500 | 20 | **520** | **180** |
| Szenario 2 | Person 1 | 300 | 300 | 0 | 300 | 0 |
| | Person 2 | 400 | 300 | 10 | 310 | 90 |
| | Total | **700** | 600 | 10 | **610** | **90** |

Um diese starken Verzerrungen zu vermeiden, wird für die Korrektur der Nettoleistungen aufgrund des Wegfalls der Wahlfranchisen auf die Individualdaten der CSS-Gruppe zugegriffen. Damit können die einzelnen, neuen Kostenbeteiligungen der Versicherten mit einer Wahlfranchise berechnet werden. Folglich werden pro Kanton, Altersgruppe und Franchisenwahl die neuen Nettoleistungen berechnet

und diese pro Kategorie mit den tatsächlichen Nettoleistungen verglichen. Teilt man die neuen durch die alten Nettoleistungen pro Kategorie, erhält man den Faktor (pro versicherte Person), um welchen die Nettoleistungen aller Krankenversicherungen in allen Kategorien erhöht werden müssen.[1] Die CSS-Gruppe kann Schweiz weit die grösste Versichertenzahl aller Krankenversicherer ausweisen. Eine Extrapolation der Faktoren, welche sich auf die Versichertenstruktur der CSS-Gruppe beziehen, auf die gesamtschweizerische Population der Versicherten scheint deshalb zulässig. Jedoch liegt selbst für die grösste Versicherungsgesellschaft die Versichertenzahl pro Kanton, Altersgruppe und Franchisenwahl teilweise unter einer vernünftigen Zahl, welche gegen einzelne Ausreisser resistent ist. Die Kategorie Kanton wird deshalb aufgehoben und die Kosten auf zwei Sprachregionen (Deutsch- und romanische Schweiz[2]) aggregiert, bevor der Faktor berechnet wird.[3]

Formal lässt sich die Korrektur wie folgt darstellen: Die Nettoleistung $L_w$ (einer Franchisenstufe $w$) entspricht der Differenz aus Bruttoleistungen und Kostenbeteiligung:

(2) $$L_w = L_w^{brut} - K_w$$

Aus den CSS Individualdaten lassen sich Kostenbeteiligungen abschätzen, die anfallen würden, wenn für alle Wahlfranchisenstufen $w$ die Franchise bei 300 Fr. zu liegen käme: $\widetilde{K}_{w,300}$. Der Anstieg der Nettoleistungen auf Grund der reduzierten Franchisen führt zu neuen Nettoleistungen von:

(3) $$\tilde{L}_{w,300} = L_w + (K_w - \widetilde{K}_{w,300}) = L_w^{brut} - \widetilde{K}_{w,300}\ .$$

Die Schätzung unterschätzt die effektiven Leistungen $(\tilde{L}_{w,300} < L_{w,300})$ aus zwei Gründen: Der moral hazard (der Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen als Folge der gesunkenen Kostenbeteiligung) wird auf Null gesetzt. Zweitens gibt es zahlreiche Rechnungen, deren Beträge heute unterhalb der höheren Franchisenstufen, neu aber über 300 Franken liegen. Diese würden dann zur Abrechnung eingereicht, was zu einem zusätzlichen Anstieg der Nettoleistungen führt. Da die Beträge dieser Leistungen jedoch äusserst schwierig zu schätzen sind, werden sie in der Berechnung nicht berücksichtigt. Die Einheitsprämie wird demnach eher unter- und nicht überschätzt.

[1] Eine Liste mit den Faktoren ist bei den Autoren auf Anfrage erhältlich.

[2] Kantone, welche beide Sprachregionen abdecken, werden vereinfacht der Region zuerkannt, zu welcher die Mehrheit der Bevölkerung innerhalb des Kantons zugeteilt werden kann; also BE und GR zur Deutschschweiz, FR und VS zur romanischen Schweiz.

[3] Für die Franchisenstufen 100, 200, 300 und 500 bei den Kindern wird sogar ganz auf eine Einteilung nach Sprachregion verzichtet.

**Managed Care:** Der Wegfall von Rabatten für die Einschränkung der freien Arztwahl (Wahl von Managed Care-Modellen) sorgt für einen weiteren Anstieg der Nettoleistungen. Werden diese Rabatte nicht mehr gewährt, sind die Versicherten nicht mehr bereit, ihre Arztwahl einschränken zu lassen, so dass die Nachfrage nach Managed Care-Modellen zum Erliegen kommen wird. Dies ist einerseits durch Zweifel et al. (2006) wissenschaftlich belegbar. Die Autoren zeigen, dass Versicherte eine Prämienreduktion erwarten, um ihre Wahlfreiheit einschränken zu lassen. Andererseits hat auch die klare Ablehnung der Managed-Care-Vorlage durch das Schweizer Volk im Sommer 2012 gezeigt, dass die Versicherten nicht bereit sind, ihre Wahlfreiheit ohne finanzielle Kompensation aufzugeben.

Wenn die Nachfrage nach diesen Modellen wegfällt, würden auch das Angebot dieser Modelle und damit deren Einsparungseffekte ausbleiben. Die Nettoleistungen müssen folglich um diese Einsparungseffekte korrigiert werden. In der Wissenschaft existieren dazu bereits mehrere Schätzungen, wobei der Selektionseffekt (Managed Care-Modelle werden eher von gesünderen Versicherten nachgefragt) jeweils berücksichtigt bzw. abgezogen wurde. Angesichts der Unterschiede in den Spareffekten der einzelnen Modelle ist eine Unterteilung sinnvoll. Tabelle 4 ist aus Beck (2013b) entnommen und weist ungewichtete Durchschnitte von publizierten Studien aus.

**Tabelle 4: Einsparungseffekte für verschiedene Managed Care-Modelle**

| Hausarzt-/HMO-Modell mit Budgetverantwortung (MCB) $r_{MCB}$ | Hausarztmodell ohne Budgetverantwortung (MC) $r_{MC}$ | Telemedizin (T) $r_T$ |
|---|---|---|
| 18.9% | 18.4% | 4.5% |

*Quelle*: Beck (2013b), S. 257

Formal lassen sich mit diesen Einsparungen ($r_T$, $r_{MC}$ und $r_{MCB}$) die Leistungen bei Wegfall einer Managed Care Variante ($j$) berechnen,

(4) $$\frac{L_j}{(1-r_j)} = \tilde{L}_j.$$

Der Kostenanstieg bei Wegfall einer Variante $j$ beträgt demnach:

(5) $$\frac{L_j}{(1-r_j)} - L_j = L_j\left[\left(1-r_j\right)^{-1} - 1\right] = L_j\left[\frac{r_j}{(1-r_j)}\right]$$

**Verwaltungskosten:** Die Verwaltungskosten können der BAG Statistik entnommen werden (BAG, 2013, Tabelle 1.02). Die Einsparung in den Verwaltungskosten durch die Zentralisierung des Geschäfts wird von Sax (2013) auf 330 Mio. Fr. bzw. 41 Fr. pro Kopf und Jahr geschätzt, wobei nicht ganz klar

wird, wie die Autorin auf diesen Betrag kommt. Dabei wird auch nicht berücksichtigt, dass in den kantonalen Kassen weiterhin Mutationen verarbeitet werden müssen (Kantonswechsel, Ein- und Auswanderung, Geburt, Tod). Zudem werden keinerlei Kostenzuschläge für die Trennung des Versicherungsgeschäfts (KVG und VVG) berücksichtigt. Dittli rechnet hier mit zusätzlichen Transaktionen (7 Mio. zusätzliche Policen, 40 Mio. zusätzliche Leistungsabrechnungen, 90 Mio. zusätzliche Prämienrechnungen) und der Tatsache, dass 91% der Mutationen erhalten bleiben, weil sie keine Versicherer-Wechsel sondern Adress-, Kantons- oder Produktwechsel betreffen (Dittli, 2014). Alle diese Faktoren erhöhen die Verwaltungskosten der Einheitskasse gegenüber der Wettbewerbslösung wieder. Eine Studie der Fachhochschule Zürich weist auf Kosten von 294 Millionen hin, welche in der Wettbewerbssituation durch Wechsel der Versicherer entstehen (Wieser et al. 2011). Gemäss den Autoren dürften diese jedoch seit der Verfeinerung des Risikoausgleichs anfangs 2012 tiefer sein. Die Autoren rechnen deshalb bei Einführung von kantonalen Kassen im besten Fall mit einer Prämienreduktion von 1%. Geht man andererseits davon aus, dass durch eine Einheitskasse einzig die Werbekosten und Provisionen eingespart würden, betragen die Einsparungen gemäss BAG (2013, Tabelle 1.02) im Jahr 2012 lediglich noch rund 80 Mio. Fr.

Welcher dieser Werte nun der Realität am nächsten kommt, bleibt offen. Da jedoch die maximale Differenz zwischen den genannten Beträgen bei weniger als drei Franken pro Kopf und Monat liegt, verliert die Entscheidung für einen bestimmten Betrag merklich an Bedeutung. Verwenden wir beispielsweise die von den Wissenschaftlern postulierten 294 Millionen Franken, sinkt der Anteil der Verwaltungskosten 2012 von 1.24 Mia. Fr. oder 5.16% auf 3.94%. Wir erhöhen daher die Nettoleistungen um 3.94%.

**Rückstellungen:** In Bezug auf die Rückstellungen treffen wir ein paar vereinfachende Annahmen. Grob gesprochen finanzieren die Prämien des Zeitraums 1. Januar bis 31. Dezember die in der Regel verspätet im Zeitraum 1. April desselben Jahres bis 31. März des Folgejahres eintreffenden Leistungen. Darum werden die im ersten Quartal eintreffenden Leistungen aus den Rückstellungen finanziert und für die am Jahresende fehlenden Leistungen des 4. Quartals erneut Rückstellungen gebildet. Für unsere Berechnung verzichten wir auf die exakte zeitliche Abgrenzung und unterstellen vereinfachend, die Prämien des Zeitraums 1. Januar bis 31. Dezember decken die im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember abgerechneten Leistungen.

Der Effekt ist der, dass die Teuerung in den Leistungen um etwa ¼ unterschätzt wird, weil wir das teuerste vierte Quartal durch das günstigere vierte Quartal des Vorjahres ersetzen. Wie bei den Wahlfranchisen führt das zu eher geringeren als zu hohen Leistungen bzw. Prämien.

**Reserven:** Zur Aufstockung der Reserven ist Folgendes festzuhalten: Ein ausreichend reserviertes Unternehmen muss jedes Jahr mit den erhobenen Prämien die Reserven auf der angefallenen Kostensteigerung finanzieren. D.h., steigen die Kosten um 5% und beträgt die notwendige Reserve 20% der Kosten, so muss die Prämie 1% (bezogen auf die Kosten) zur Finanzierung der neu notwendigen Reserven beitragen.[4]

Von den Befürwortern (Sax, in der Sendung Arena (SRF) vom 13.12.2013) wird ins Feld geführt, die Reserven seien aktuell zu hoch und könnten für die Finanzierung der Übergangskosten verwendet werden. Für unsere Berechnung ist der aktuelle, temporäre Reserveüberschuss (BAG, 2013, Tabelle 1.12) nicht weiter von Bedeutung. Denn einerseits könnte er tatsächlich für die anfallenden Übergangskosten verwendet werden, andererseits ist es offen, wie die Reservesituation im Jahr 2017, dem frühestmöglichen Zeitpunkt der Einführung einer Einheitskasse, sein wird. Bei unserer Kalkulation gehen wir von der langfristig stabilen Prämie aus. Das bedeutet, dass wir exakt ausreichend angesparte Reserven voraussetzen.

Für die zusätzlich zu bildenden Reserven stellen wir auf den durchschnittlichen Kostenanstieg pro Kanton der vergangenen fünf Jahre ($d_k$) ab und verwenden für die erwartete Jahresteuerung $\sqrt[5]{d_k}$ (siehe Tabelle 5, 1. Spalte).

Da die kantonalen Agenturen unterschiedlich grosse Versichertenbestände haben, muss auch die Reservequote für die einzelnen Agenturen unterschiedlich sein. Wir verweisen dabei auf die Regelung, welche bis 2011 für die Krankenkassen gültig war (siehe Tabelle 6).[5]

Daraus resultieren für die einzelnen Kantone folgende benötigten Reservequoten, wobei die Rückversicherung für Kantone mit weniger als 50‘000 Versicherten ignoriert wird (siehe Tabelle 5, 3. Spalte).

Die einzelnen für die Kantone gültigen Quoten müssen dann mit der jeweiligen Teuerungsrate multipliziert werden um den Prämienaufschlag zu erhalten. Für Versicherte im Kanton Zürich muss die Prämie beispielsweise um 0.379% (3.79% x 10%) erhöht werden (siehe Tabelle 5, letzte Spalte). Die Zahlen liegen für alle Kantone (teilweise deutlich) im Promillebereich, womit die Relevanz dieser Anpassung relativiert wird. So liegt der maximale absolute Aufschlag bei zwei Franken pro Kopf und Monat.

[4] Dass sich die Reservesätze im KVV auf die Prämien und nicht auf die Kosten beziehen, verkompliziert die Berechnung weiter. Eine Diskussion dieser Problematik findet sich in Beck (2013a, Kap. 8). Da in Kürze die Solvenzberechnung die Grundlage der Soll-Reserve bildet, entschärft sich dieses Problem jedoch wieder und soll hier nicht weiter erörtert werden.

[5] Es kann davon ausgegangen werden, dass die folgende Berechnung zu nur unwesentlich anderen Resultaten führen wird, wenn der neu ab 2012 gültige KVG-Solvenztest angewandt wird.

**Tabelle 5: Prämienaufschlag pro Kanton zur Anpassung der Reserven**

| | Durchschnittliche jährliche Teuerung (2007-2012) | Anzahl Versicherte 2012 | Erforderliche Reservequote | Prämienaufschlag |
|---|---|---|---|---|
| ZH | 3.79% | 1'389'442 | 10% | 0.379% |
| BE | 1.49% | 982'364 | 10% | 0.149% |
| LU | 4.02% | 383'443 | 10% | 0.402% |
| UR | 2.23% | 35'575 | 20% | 0.446% |
| SZ | 4.36% | 148'361 | 15% | 0.653% |
| OW | 4.08% | 36'362 | 20% | 0.817% |
| NW | 4.52% | 40'952 | 20% | 0.904% |
| GL | 4.19% | 39'338 | 20% | 0.838% |
| ZG | 3.73% | 115'005 | 15% | 0.559% |
| FR | 3.40% | 286'796 | 10% | 0.340% |
| SO | 2.79% | 258'332 | 10% | 0.279% |
| BS | 1.63% | 187'301 | 10% | 0.163% |
| BL | 3.37% | 275'588 | 10% | 0.337% |
| SH | 3.06% | 78'855 | 15% | 0.459% |
| AR | 4.78% | 53'948 | 15% | 0.718% |
| AI | 4.77% | 15'790 | 20% | 0.954% |
| SG | 4.64% | 483'750 | 10% | 0.464% |
| GR | 2.55% | 196'942 | 10% | 0.255% |
| AG | 4.57% | 626'608 | 10% | 0.457% |
| TG | 3.70% | 255'684 | 10% | 0.370% |
| TI | 1.21% | 336'399 | 10% | 0.121% |
| VD | 2.21% | 710'937 | 10% | 0.221% |
| VS | 3.53% | 321'331 | 10% | 0.353% |
| NE | 0.80% | 173'338 | 10% | 0.080% |
| GE | 2.34% | 428'644 | 10% | 0.234% |
| JU | 1.58% | 70'661 | 15% | 0.236% |
| **CH** | 2.96% | 7'931'746 | 10% | 0.296% |

*Quelle*: Eigene Berechnung, Statistik definitiver Risikoausgleich 2007 & 2012, Gemeinsame Einrichtung KVG

**Tabelle 6: Vorgeschriebene Reservequoten**

| Versicherte | ≤ 50'000 | ≤ 150'000 | ≤ 250'000 | > 250'000 |
|---|---|---|---|---|
| Reservequote | 20% + Rückversicherung | 15% | 10% | 10% |

*Quelle*: BAG (2013), Tabelle 5.02.

Die beiden Aufschläge (Verwaltungskosten & Reserven) werden unabhängig voneinander zu den Nettoleistungen dazu gerechnet, so dass die Verwaltungskosten nicht auf die Reservenkosten erhoben werden.

**Spitalbeitrag der Kantone:** Sollten die Beiträge an die stationären Spitalleistungen, welche bisher von den Kantonen übernommen werden, neu auf die Prämien überwälzt werden, gilt es geeignete Zahlen dieser Finanzflüsse zu finden. Einerseits bietet sich dafür die Finanzierungsstatistik des Statistischen Lexikons der Schweiz des Bundesamts für Statistik an (Tabelle 14.5.3.4), andererseits wiederum der Datenpool, welcher die stationären Spitalkosten pro Kanton und Altersgruppe ausweist. Gemäss Gesetz (KVG Art 49a Abs 2) müssen die Kantone bis spätestens 2017 mindestens 55% der stationären Spitalkosten übernehmen. Bei den Daten aus dem Datenpool handelt es sich also um maximal 45% der tatsächlich angefallenen Kosten. Zur Vereinfachung und da etliche Kantone weniger als die vorgeschriebenen 55% übernehmen (GDK 2014), wird von einem 50-50-Verhältnis ausgegangen. Folglich wird dieser Betrag pro Kanton und Altersgruppe zu den Nettoleistungen addiert. **In den Resultaten, welche in Kapitel 6 ausgewiesen sind, ist dieser Betrag jedoch nicht enthalten.**

**Risikoausgleich:** Der Risikoausgleich fehlt in dieser Aufzählung, weil es einen Risikoausgleich für den Monopolanbieter nicht mehr braucht. Ein Risikoausgleich über die Kantonsgrenzen hinweg wird ausgeschlossen.

# 4. Der Vergleich mit den Wettbewerbsprämien

Die berechneten Einheitsprämien sollen nun mit den Wettbewerbsprämien verglichen werden. Das BAG publiziert alle angebotenen Prämien der Krankenversicherer jeweils im *Gesamtverzeichnis aller Prämien der Schweiz*. Da die angebotenen Prämien jeweils für die Zukunft und damit mit Unsicherheit kalkuliert sind, können die tatsächlich angefallenen Kosten unter- oder überdeckt sein. Im Jahr 2012 gingen die Krankenversicherer anscheinend von einer höheren Teuerung aus im Vergleich zur tatsächlich eingetretenen, woraus im Durchschnitt eine Überdeckung von 115 Franken pro versicherte Person resultierte (BAG 2013, Tabelle 5.01). Vor dem Vergleich mit der Einheitsprämie werden die ausgewiesenen Wettbewerbsprämien folglich pro Kasse um den jeweiligen Betrag der Überdeckung korrigiert. Im Durchschnitt resultiert dadurch für den Vergleich eine um knapp zehn Franken tiefere Monatsprämie.

Da nicht bekannt ist, wie viele Personen eine gewisse Tarifposition gewählt haben, sind Aussagen zur Anzahl der durch die Einheitsprämie negativ oder positiv betroffenen Personen nicht möglich. Präzise Aussagen sind nur zu den Tarifpositionen möglich, im Sinne von: X% aller Tarifpositionen steigen/sinken um durchschnittlich (oder im Median um) Y%. Der Anteil X% wiederspiegelt quasi die Wahrscheinlichkeit eines Prämienanstiegs unter der Voraussetzung, dass in jeder Tarifposition gleich viele

Personen versichert sind. Da jedoch davon ausgegangen werden kann, dass in den günstigeren Tarifpositionen eher mehr Personen versichert sind als in den teureren, unterschätzt diese Wahrscheinlichkeit die tatsächliche Anzahl der betroffenen Versicherten.

# 5. Das zeitliche Problem der Berechnung

Für die Stimmberechtigten sind Vergleiche mit den Wettbewerbsprämien der Jahre 2014 und 2015 relevant. Die bisherige Berechnung der Einheitsprämie beruht jedoch auf tatsächlich angefallenen Leistungen (im Jahr 2012). Um die Einheitsprämie für die Jahre 2014 und 2015 zu berechnen, müsste die zukünftige Entwicklung sowohl der Nettoleistungen als auch des Versichertenbestands geschätzt werden. Die Entwicklung der Nettoleistungen hängt dabei nicht nur von der Teuerung ab, sondern auch davon, wie sich der Anteil der Versicherten mit einer Wahlfranchise oder in einem Managed Care-Modell ändern wird.[6] Da Prognosen zu der Entwicklung dieser Grössen äusserst schwierig sind und bereits kleine Abweichungen erhebliche Auswirkungen auf die Prämienhöhe haben können, verzichten wir auf eine Extrapolation der Einheitsprämie 2012 auf die Jahre 2014 und 2015.

# 6. Erste Resultate

In diesem Abschnitt werden die an der Pressekonferenz von alliance santé vom 23. Mai 2014 präsentierten Zahlen ausführlicher kommentiert.

## 6.1 Vom Wegfall der Prämienrabatte betroffene Personen

Tabelle 7 zeigt die Anteile der von den einzelnen Änderungen betroffenen Personen. So liegt gemäss Tabelle T11.08 der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012 (BAG 2013) der Anteil der Erwachsenen mit einer Wahlfranchise im Standardmodell bei 20.7% und in anderen Versicherungsformen (Managed Care) bei 35.7%, woraus ein Total von 56% resultiert. Der Anteil Erwachsener in einem Managed Care-Modell unabhängig von der Franchisewahl beträgt ebenfalls 56%. Die Übereinstimmung der beiden Werte ist rein zufällig. Die Vereinigungsmenge, also der Anteil mit einer Wahlfranchise oder in einem Managed Care-Modell, umfasst 77%. Diese Daten decken sich mit den für die Berechnung

[6] Zwar wurde die Teuerung für die Aufstockung der Reserven aus den vorherigen fünf Jahren geschätzt. Es muss jedoch festgehalten werden, dass eine Abweichung von der tatsächlichen Teuerung in diesem Fall wesentlich geringere Auswirkungen auf die Prämie hat als bei der Anpassungen der Gesamtleistungen.

verwendeten Datenpool-Daten. Elf der 26 Kantone der Schweiz kennen eine Differenzierung der Prämie innerhalb des Kantons. Da es sich vor allem um bevölkerungsreiche Kantone handelt, decken diese elf Kantone gemäss Datenpool 68% der erwachsenen Versicherten ab. Bei 40% davon ist die Differenz zwischen der Medianprämie aller angebotenen Tarifpositionen und der Einheitsprämie negativ, so dass diese bei einer Einheitsprämie im Durchschnitt mehr bezahlen müssten. Der Anteil Kinder und Jugendliche, welche ihren Prämienrabatt verlieren würde, liegt gemäss Tabelle T11.14 der BAG-Daten bei 27% der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 7: Wegfall der Rabatte**

| **Änderungen** | **Anteil davon betroffener Personen in % aller Erwachsenen** |
|---|---|
| Wahlfranchisen | |
| Wegfall der Rabatte | 56% |
| Managed Care | |
| Wegfall der Rabatte | 56% |
| Wahlfranchisen oder Managed Care | |
| Wegfall der Rabatte | 77% |
| | **Anteil davon betroffener Personen in % aller Erwachsenen in Kantonen mit Prämienregionen** |
| Regionale Differenzierung (Stadt/Land) | |
| Wegfall Prämienvorteil | 40% |
| | **Anteil davon betroffener Personen in % der Gesamtbevölkerung** |
| Jugendliche & Kinder | |
| Wegfall der Rabatte | 27% |

*Quelle*: siehe Text.

## 6.2 Wegfall der Einspareffekte

Tabelle 8 weist die Ergebnisse der in Abschnitt 3.2 erläuterten Berechnungen aus. Mittels Datenpool-Daten wird die Erhöhung des Versicherungsaufwands aufgrund des Wegfalls der Wahlfranchisen auf 866 Mio. Fr. im Jahr 2012 beziffert. Dabei gilt zu beachten, dass diese Erhöhung alle Versicherten betrifft und nicht nur die 56% der Erwachsenen, welche eine Wahlfranchise gewählt haben. Teilt man diesen Betrag durch die Anzahl Versicherten und durch zwölf Monate steigt die Monatsprämie pro Person um ca. neun Franken. Der Versicherungsaufwand, welcher ohne Anpassung bei knapp 23 Mia. Fr liegt,

erhöht sich somit um 3.8%. Der Wegfall von Managed Care-Modellen sorgt für einen weiteren Anstieg der Nettoleistungen um 8.5%. Beim Wegfall der regionalen Prämiendifferenzierung handelt es sich um einen reinen Umverteilungseffekt, so dass dieser nicht zu einer Änderung des Versicherungsaufwands führt.[7] Wie in Tabelle 7 ersichtlich betrifft die Erhöhung der Prämie 40% der Erwachsenen, welche in Kantonen mit Prämienregionen wohnen. Der Anstieg der Monatsprämie um ca. 18 Fr. berechnet sich aus der gewichteten Abweichung der Medianprämie von der kantonalen Einheitsprämie in den Kantonen mit Prämienzonen. Um all diese Kostensteigerungen ins Verhältnis zu den erhofften Einsparungen zu setzen, weist die letzte Zeile der Tabelle 8 die in Abschnitt 3.2 erwähnte Schätzung von Wieser et al. (2011) aus. Die Reduktion der Verwaltungskosten würde folglich den Versicherungsaufwand um ca. 1.3% senken.

**Tabelle 8: Wegfall der Einspareffekte**

| | Betrifft | Änderung | | |
|---|---|---|---|---|
| | | des Versicherungsaufwands pro Jahr | der Prämie pro Kopf & Monat | in % |
| Wegfall Wahlfranchisen | Alle | +866 Mio. Fr. | +9 Fr. | +3.8% |
| Wegfall Managed Care | Alle | +1'946 Mio. Fr. | +20 Fr. | +8.5% |
| Wegfall regionale Prämiendifferenzierung | 40% der Erwachsenen | - | +18 Fr* | +7%* |
| Maximale Reduktion Verwaltungskosten | Alle | -294 Mio. Fr.‡ | -3 Fr. | -1.3% |

*Bemerkungen*: * pro Betroffener, ‡ aus Wieser et al. (2011)
*Quelle*: siehe Text.

## 6.3 Wahrscheinlichkeit eines Prämienanstiegs in den verschiedenen Modellen

In Abschnitt 4 wurde beschrieben, dass Vergleiche zwischen den Wettbewerbs- und Einheitsprämien nur über die Tarifpositionen möglich sind. Tabelle 9 weist nun diesen Vergleich für ausgewählte Versicherungsmodelle aus. In der zweiten Spalte findet sich jeweils der Anteil der erwachsenen Versicherten in der Schweiz, welche das Modell gewählt haben. Beispielsweise haben 16% die Maximalfranchise von 2500 Franken gewählt. 93.2% der 7040 in 26 Kantonen angebotenen Tarifpositionen liegen unterhalb

[7] Da dieser Wegfall jedoch einen Einfluss auf die Prämienhöhe hat und somit auf den Preis für Gesundheitsleistungen, müsste sich die Nachfrage und somit der Versicherungsaufwand doch ändern, es sei denn, die Nachfrage wäre vollkommen preisunelastisch. Auf die Modellierung und Quantifizierung dieses komplexen Effekts wird jedoch verzichtet.

der jeweilig im Kanton von uns berechneten Einheitsprämie. Der Median der 7040 Differenzen zwischen Einheitsprämien und angebotener Tarifposition beträgt 68 Franken.

**Tabelle 9: Wirkung auf verschiedene Modelle bei Erwachsenen**

| Versicherungsmodell (jeweils mit Unfall)* | Anteil Versicherte in der Schweiz | Wahrscheinlichkeit eines Prämienanstiegs | Veränderung der Monatsprämie im Median in Fr. |
|---|---|---|---|
| Franchise: 2500 | 16.0% | 93.2% | +68 |
| Franchise: 2000 | 3.9% | 83.3% | +45 |
| Franchise: 1500 | 14.3% | 67.4% | +19 |
| HMO | 6.9% | 66.7% | +23 |
| Hausarzt | 33.8% | 57.9% | +11 |
| Diverses (Telemedizin) | 17.2% | 54.1% | +6 |
| Hausarzt & Franchise: 2500 | 7.3% | 97.0% | +74 |

*Bemerkungen*: * Der Vergleich mit Prämien *ohne* Unfall ist praktisch identisch, jedoch gibt es minime Abweichungen, da nicht alle Versicherungen dieselben Rabatte für einen Unfallauschluss gewähren.
*Quelle*: eigene Berechnung mittels Datenpool-Daten und BAG *Gesamtverzeichnis aller Prämien der Schweiz*.

## 6.4 Prämieneffekte für Familien und Alleinstehende

Für die beschriebene alleinstehende Person steigt die Prämie um 32%. Für eine vierköpfige Familie, bei welcher drei der vier Mitglieder den Unfall eingeschlossen haben, beträgt der Anstieg 81%. Pro Jahr bezahlt diese Familie also 5762.40 Fr. (12 x 480.20 Fr.) mehr. Der Prämienanstieg ist besonders hoch bei Familien mit mehr als zwei Kindern, da der zusätzliche Prämienrabatt ab dem dritten Kind wegfällt. Die Differenz wäre in den Familienbeispielen noch höher, wenn die beiden Elternteile nicht dieselbe Versicherung wählen würden, sondern immer jeweils die günstigste.

Tabelle 10 zeigt die Differenz zwischen der günstigsten Wettbewerbslösung und der Einheitsprämie für vier ausgewählte Haushaltsformen in einem Kanton mit für die Schweiz durchschnittlichen Gesundheitskosten. Dabei gilt es vier verschiedene Personentypen zu unterscheiden:

stellt eine versicherte Person dar, welche den Unfall ausgeschlossen, ein Hausarztmodell und eine Franchise von 1500 Franken gewählt hat.

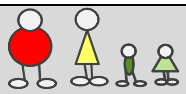
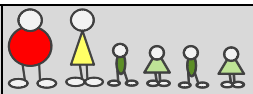
stellt eine versicherte Person dar, welche den Unfall eingeschlossen, ein Hausarztmodell und eine Franchise von 300 Franken gewählt hat.

stellen Kinder dar, welche den Unfall eingeschlossen, ein Hausarztmodell und keine Franchise haben.

stellt eine versicherte Person dar, welche den Unfall ausgeschlossen, ein Hausarztmodell und eine Franchise von 300 Franken gewählt hat.

Für die beschriebene alleinstehende Person steigt die Prämie um 32%. Für eine vierköpfige Familie, bei welcher drei der vier Mitglieder den Unfall eingeschlossen haben, beträgt der Anstieg 81%. Pro Jahr bezahlt diese Familie also 5762.40 Fr. (12 x 480.20 Fr.) mehr. Der Prämienanstieg ist besonders hoch bei Familien mit mehr als zwei Kindern, da der zusätzliche Prämienrabatt ab dem dritten Kind wegfällt. Die Differenz wäre in den Familienbeispielen noch höher, wenn die beiden Elternteile nicht dieselbe Versicherung wählen würden, sondern immer jeweils die günstigste.

**Tabelle 10: Prämieneffekte für ausgewählte Haushaltsformen in durchschnittlichem Kanton**

| | |  | |  |
|---|---|---|---|---|
| Günstigste Wettbewerbslösung (bei demselben Versicherer) | 192.70 | 192.70 + 277.20 + 2 x 61.00 = 591.90 | 215.60 + 2 x 64.10 + 29.20 = 373.00 | 215.60 + 291.30 + 2 x 64.10 + 2 x 29.20 = 693.50 |
| Einheitsprämie | 253.70 | 253.70 + 3 x 272.80 = 1072.10 | 253.70 + 3 x 272.80 = 1072.10 | 253.70 + 5 x 272.80 = 1617.70 |
| Differenz pro Monat | + 61.00 (+ 32%) | + 480.20 (+ 81%) | + 699.10 (+ 187%) | + 924.20 (+ 133%) |

*Bemerkungen*: Als Beispielkanton wurde Solothurn gewählt. Die günstigste Wettbewerbslösung für die ersten zwei Beispiele ist Sanagate Hausarzt. Für Familien mit mehr als zwei Kindern ist das Produkt von Agrisano AGRIeco günstiger, da diese Kasse ab dem zweiten Kind einen zusätzlichen Rabatt gewährt.
*Quelle*: eigene Berechnung mittels Datenpool-Daten und BAG Gesamtverzeichnis aller Prämien der Schweiz.

In Abschnitt 4 wiesen wir darauf hin, dass in den von den Versicherern angebotenen Monatsprämien 2012 ein Überschuss von knapp zehn Franken pro Kopf enthalten sei. Diese Differenz bezieht sich auf den Durchschnitt aller Versicherer und Kantone. In Tabelle 10 vergleichen wir die Einheitsprämie mit den Prämien von zwei spezifischen Versicherern. Die Abschlüsse dieser Versicherer enthalten jedoch noch kassenspezifische Zufälligkeiten (abhängig von der Grösse ihres Kollektivs und der (zufälligen)

Entwicklung von dessen Morbidität), so dass hier die Prämien dieser Versicherer nicht um weitere knapp zehn Franken korrigiert worden sind. Würde man den Unterschied zwischen effektiven Prämie und Einheitsprämie um 9.58 Franken anheben, dann resultierten Differenzen von + 70.60 Fr. (+ 39%), + 518.50 (+ 94%), + 737.40 (+ 220%), + 981.70 (+ 154%). Im Gegensatz zu Tabelle 10 bezieht sich Tabelle 9 nicht auf einzelne, sondern auf sämtliche Kassen und Tarifpositionen. Darum wurde dort der Überschuss in den einzelnen Kassen berücksichtigt.

## 6.5 Mehrbelastung der Kinder

Mittels der Risikoausgleichs-Daten wurde der Betrag berechnet, den die Kinder bei einer Einheitsprämie zusätzlich bezahlen müssten. Im Jahr 2012 lagen die durchschnittlichen Kosten pro Kind bei 886 Franken im Jahr, während eine erwachsene Person durchschnittlich 3108 Franken im Jahr generierte. Poolt man alle Kinder und Erwachsene zusammen, lag der Durchschnitt bei 2688 Franken. Ein Kind würde also neu 1802 Franken mehr bezahlen. Multipliziert man diese Differenz mit den Anzahl Kindern bezahlen alle Kinder 2.7 Mia. Franken mehr im Jahr. Addiert man dazu noch den Anteil der Kinder (19% der Gesamtbevölkerung) an den Kostensteigerungen, welche aufgrund des Wegfallens der in Tabelle 8 ausgewiesenen Einspareffekte resultieren, erhöht sich die zusätzliche Prämienbelastung gar auf 3.2 Mia. Franken.

# 7. Fazit

Es folgt eine Auflistung aller Effekte, welche in der Berechnung *nicht berücksichtigt* worden sind. Diese wurden im Abschnitt 3.2 teilweise bereits erwähnt. Würden diese zusätzlich berücksichtigt, wäre die Einheitsprämie noch höher, so dass die in Abschnitt 6 ausgewiesenen Werte als konservative Schätzung angesehen werden können.

**System-Umstellungskosten:** Maurer et al. (2013) schätzen die Kosten der System-Umstellung auf rund 1.75 Milliarden Franken. Geht man davon aus, dass dieser Betrag nicht aus den Reserven der bisherigen Versicherer finanziert wird, müsste dieser auf die Einheitsprämie aufgeschlagen werden.

**Wegfall Synergie-Effekte mit Zusatzversicherung:** Wenn die Zusatzversicherung von der Grundversicherung abgespalten wird, fallen gewisse Synergie-Effekte bei den Administrationskosten weg (Dittli, 2014). Dies würde die Verwaltungskosten erhöhen und somit auch die Einheitsprämie.

**Höhere Beanspruchung und mehr Abrechnungen von Leistungen aufgrund tieferer Franchise:** Bei tieferer Kostenbeteiligung steigt erstens die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (moral hazard) entweder weil die Prävention vernachlässigt wird oder weil im Krankheitsfall mehr Behandlungen als nötig durchgeführt werden. Zweitens schicken viele Versicherte mit Wahlfranchise ihre Rechnungen erst an ihre Versicherung, wenn diese im Betrag die Franchise überschreiten. Bei Wegfall der Wahlfranchise werden also mehr Rechnungen eingereicht. Das führt zu mehr administrativen Kosten und damit zu einer höheren Prämie.

**Tarifverhandlungen von Leistungserbringern mit Leistungserbringern:** Laut Initiativtext (Art 117, Ziffer 3) setzen sich die Organe der einheitlichen nationalen öffentlich-rechtlichen Einrichtung aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer zusammen. Es ist nicht davon auszugehen, dass letztere Gruppe bei Tarifverhandlungen einen Anreiz hat sich für tiefe Tarife einzusetzen. Folglich werden die Preise und somit auch die Nettoleistungen steigen, was sich wiederum auf die Prämienhöhe auswirkt.

**Rückstellungen:** Wie in Abschnitt 3.2 erläutert, decken die Prämien des Zeitraums 1. Januar bis 31. Dezember Leistungen ab, welche bis zu einem Quartal später tatsächlich abgerechnet werden. Die Berücksichtigung dieses Teuerungseffekts hätte eine weitere Erhöhung der Prämie zur Folge.

**Überwälzung des Kantonsbeitrags an stationäre Einrichtungen auf Einheitskasse:** Würde der in Abschnitt 3.2 unter **Spitalbeitrag der Kantone** beschriebene Kostenblock auf die Prämie aufgeschlagen, würde diese um durchschnittlich ein Viertel erhöht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Verschiebungen in den Prämien finanziell erheblich sind. Die Nettoleistungen steigen um rund 2.8 Mia. Franken, während gerade die kostenbewussten und eigenverantwortlichen Versicherten ihre Prämienrabatte verlieren. Zudem trifft die Einführung einer Einheitsprämie die verletzlichsten Gruppen (z.B. die Alleinerziehenden) am härtesten. Für Kinder fallen zusätzliche Prämienausgaben in der Höhe von 3.2 Mia. Franken an. Zum Vergleich lag die Prämienverbilligung im Jahr 2012 bei rund 4 Mia. Fr. (BAG 2013, Tabelle 4.01). Grundsätzlich liesse sich zwar jeder sozialpolitisch unerwünschte Effekt über die Prämienverbilligung ausgleichen, deren Volumen müsste aber zusätzlich um 80% erhöht werden, so dass pro Versicherter durchschnittlich beinahe 1000 Franken pro Jahr umverteilt werden müsste.

# Quellen

BAG, 2012. Gesamtverzeichnis aller Prämien der Schweiz 2012, Bundesamt für Gesundheit, Bern.

BAG, 2013. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Beck K, 2013a. Risiko Krankenversicherung. Haupt, Bern.

Beck K, 2013b, Wettbewerbserfahrungen aus der Schweiz, In: Jacobs, Klaus & Sabine Schulze [Hrsg.], Die Krankenversicherung der Zukunft - Anforderungen an ein leistungsfähiges System, WIdO Wissenschaftliches Institut der AOK, KomPart Verlag, Berlin.

Dittli N, 3.2.2014, Vortrag gehalten zur Folge einer Einheitskasse an der Schule für Soziale Arbeit, Luzern.

GDK, 2014. Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren, http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942, Zugriff am 20.05.2014

Kieser U, 2014. Gutachten zu Fragen der Auslegung der Eidgenössischen Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse".

Maurer M; Früh, M; Wieser, S; Brügger, U, 2013. Übergang zur Einheitskrankenkasse: Schätzung der Systemwechselkosten, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.

Sax A, 2013. Einheitskasse – warum nicht? Krankenversicherungsmarkt oder öffentliche Krankenkasse: Eine Wirkungsanalyse. In: SGGP Schriftenreihe, Bd. 122. Bern.

Wieser S; Schleiniger, R; Pletscher, M; Plessow, R; Brügger, U, 2011. Kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK): Ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.

Zweifel P; Telser, H; Vaterlaus, S, 2006. Consumer resistance against regulation: The case of health care, Journal of Regulatory Economics, 29 (3), 319-32.

# CSS INSTITUT FÜR EMPIRISCHE GESUNDHEITSÖKONOMIE

Das „CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie“ ist eine Einrichtung der CSS Versicherung AG, die der Forschung und Ausbildung dient.

Das Institut soll aufgrund von aktuellen und repräsentativen Datengrundlagen empirisch belegbare Antworten auf Fragen der effizienten Finanzierung und der gerechten Lastenverteilung von Gesundheitsleistungen liefern.

Die Forschungsergebnisse sind in geeigneter Art und Weise in die politische und wissenschaftliche Diskussion einzubringen.

Das Institut wurde Anfang 2007 von der Geschäftsleitung der CSS Versicherung AG ins Leben gerufen.

Die Finanzierung erfolgt einerseits durch Mittel der CSS Versicherung AG andererseits und je nach Art des Forschungsprojekts durch Dritte.

Die wissenschaftliche Objektivität und Unabhängigkeit der Forschungstätigkeit misst sich an der Qualität und der Art der Publikationen und Präsentationen der Institutsmitarbeitenden.

Das Institut hat seinen Sitz in Luzern.