

Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Kostenprognosemodell

für die obligatorische Krankenversicherung
Begleitstudie zur Einführung



BAG OFSP UFSP SFOPH



Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Kostenprognosemodell

für die obligatorische Krankenversicherung
Begleitstudie zur Einführung

Zürcher Hochschule Winterthur
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
Dr. Urs Brügger, Institutsleiter WIG
Helen de David-Achermann, lic.oec.,
wissenschaftliche Mitarbeiterin WIG

Winterthur, Februar 2005

Das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht in seiner Reihe «Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung» konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Gesundheit wieder.

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit

Publikationszeitpunkt: April 2006

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Gesundheit.

Weitere Informationen: BAG, Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung, Till Bandi, Telefon +41 (0)31 322 91 31
till.bandi@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Bezugsquelle: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

BBL-Artikelnummer: Form. Nr. 316.713

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 4.06 300 kombi 60EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	1
	Avant-propos	2
	Premessa	3
	Foreword	4
	Zusammenfassung	5
	Résumé	6
	Riassunto	7
	Summary	8
1	Ausgangslage	17
2	Ziele der OKP-Evaluationsstudie	18
2.1	Die Grundzüge des OKP Kostenprognosemodells	18
2.2	Zielsetzung des Projektes	19
3	Vorgehen und Methode der vorliegenden Begleitstudie	20
3.1	Quantitative Befragung	20
3.2	Qualitative Befragung	20
4	Auswertung der quantitativen Befragung	21
4.1	Die Antworten der Krankenversicherer	21
4.2	Fazit aus der schriftlichen Befragung	43
5	Auswertung und Analyse der Interviews	44
5.1	Die Perspektive der Krankenversicherer	44
5.1.1	Zum OKP-Kostenprognosemodell	44
5.1.2	Zu den eigenen Kostenprognosen der Krankenversicherer	47
5.1.3	Zum Prozess der Prämienfindung der Krankenversicherer	48
5.2	Die Perspektive der kantonalen Gesundheitsdirektionen	50
5.3	Die Perspektive des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)	52
6	Fazit und Empfehlungen	54
A	Angang	55
Anhang 1	Begleitbrief	56
Anhang 2	Fragebogen	57
Anhang 3	Leitfaden für die Interviews	60
Anhang 4	Dokument «Kostenprognosemodell für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)»	61

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1	Schematische Übersicht über das Modell und den Inhalt des Projektes	18
Abbildung 2	Verteilung der Antworten zu Frage 1, alle Krankenversicherer	22
Abbildung 3	Verteilung der Antworten zu Frage 1, grosse Krankenversicherer	22
Abbildung 4	Verteilung der Antworten zu Frage 1, kleine Krankenversicherer	22
Abbildung 5	Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 1, grosse und kleine Krankenversicherer	23
Abbildung 6	Verteilung der Antworten zu Frage 2, alle Krankenversicherer	24
Abbildung 7	Verteilung der Antworten zu Frage 2, grosse Krankenversicherer	24
Abbildung 8	Verteilung der Antworten zu Frage 2, kleine Krankenversicherer	24
Abbildung 9	Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 2, grosse und kleine Krankenversicherer	25
Abbildung 10	Verteilung der Antworten zu Frage 3, alle Krankenversicherer	26
Abbildung 11	Verteilung der Antworten zu Frage 3, grosse Krankenversicherer	26
Abbildung 12	Verteilung der Antworten zu Frage 3, kleine Krankenversicherer	26
Abbildung 13	Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 3, grosse und kleine Krankenversicherer	27
Abbildung 14	Verteilung der Antworten zu Frage 4, alle Krankenversicherer	28
Abbildung 15	Verteilung der Antworten zu Frage 4, grosse Krankenversicherer	28
Abbildung 16	Verteilung der Antworten zu Frage 4, kleine Krankenversicherer	28
Abbildung 17	Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 4, grosse und kleine Krankenversicherer	29
Abbildung 18	Verteilung der Antworten zu Frage 7, alle Krankenversicherer	33
Abbildung 19	Verteilung der Antworten zu Frage 7, grosse Krankenversicherer	33
Abbildung 20	Verteilung der Antworten zu Frage 7, kleine Krankenversicherer	33
Abbildung 21	Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 7, grosse und kleine Krankenversicherer	34
Abbildung 22	Verteilung der Antworten zu Frage 8, alle Krankenversicherer	35
Abbildung 23	Verteilung der Antworten zu Frage 8, grosse Krankenversicherer	35
Abbildung 24	Verteilung der Antworten zu Frage 8, kleine Krankenversicherer	35
Abbildung 25	Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 8, grosse und kleine Krankenversicherer	36
Abbildung 26	Verteilung der Antworten zu Frage 10, alle Krankenversicherer	38
Abbildung 27	Verteilung der Antworten zu Frage 10, grosse Krankenversicherer	38
Abbildung 28	Verteilung der Antworten zu Frage 10, kleine Krankenversicherer	38
Abbildung 29	Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 10, grosse und kleine Krankenversicherer	39
Abbildung 30	Verteilung der Antworten zu Frage 11, alle Krankenversicherer	40
Abbildung 31	Verteilung der Antworten zu Frage 11, grosse Krankenversicherer	40
Abbildung 32	Verteilung der Antworten zu Frage 11, kleine Krankenversicherer	40
Abbildung 33	Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 11, grosse und kleine Krankenversicherer	41
Tabelle 1	Daten für eigene Kostenprognose	37
Tabelle 2	Faktoren, die im Modell nicht berücksichtigt sind	46
Tabelle 3	Idealtypischer Verlauf des Prämienfindungsprozesses	48

Vorwort

Wer versucht in die Zukunft zu schauen setzt sich dem Risiko aus, Fehlprognosen zu machen. Da menschliches Handeln aber im Allgemeinen auf die Beeinflussung zukünftiger Zustände ausgerichtet ist, machen wir alle laufend Annahmen über die Zukunft. Ein grosser Teil der zukünftigen Entwicklungen ergibt sich denn auch aus den in der Vergangenheit und der Gegenwart getroffenen Entscheiden und dem darauf aufbauenden Verhalten der verschiedenen Akteure.

Am einfachsten ist die Koordination dezentral getroffener Entscheide – sofern dies möglich ist – über den Markt. Bei der Budgetierung zukünftiger Krankenversicherungsausgaben zur Festlegung der Prämien, haben sowohl die einzelnen Kassen wie auch der Bund als Aufsichtsbehörde alles Interesse daran, dass die Fehler bei der Prognose der Kostenentwicklung so gering wie möglich ausfallen: Fehlen den Versicherern die Mittel zur Finanzierung der anfallenden Kosten, so droht die Gefahr eines Kassenkonkurses, womit die Gewährleistung der sozialen Sicherheit der Betroffenen in Frage gestellt ist.

Gemeinsam mit santésuisse und der GDK hat daher das BAG die Zürcher Hochschule Winterthur beauftragt, ein Kostenprognosemodell bereitzustellen, mit dem die Entwicklung der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bis auf Kantonsebene extrapoliert werden kann. Dies war möglich, weil die Datenlage mit dem Aufbau des KV-Datenpools wesentlich verbessert wurde.

Im Frühjahr 2004 wurden den Versicherern die mit dem Modell berechneten Werte verteilt. Parallel dazu wurde das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie beauftragt, eine Befragung bei den Anwendern der Prognosen durchzuführen.

Ziel der vorliegenden Begleitstudie war es, die ersten Erfahrungen der Kassen, der Kantone und der BAG-Aufsicht zu erfassen, um die Tauglichkeit des Modells sowie die Verwendung der damit produzierten Ergebnisse bei der konkreten Anwendung zu erfassen und als Grundlage für allfällige Verbesserungen zu nutzen.

Wir möchten allen Befragten für das Mitmachen bestens danken.

Till Bandi (Bundesamt für Gesundheit)

Avant-propos

A trop vouloir jouer les devins, on risque de faire des prévisions erronées. Mais comme nos actions sont généralement influencées par les situations qui nous attendent, nous «tirons constamment des plans sur la comète». Or, bon nombre des évolutions futures sont liées au passé ou au présent puisqu'elles dépendent des décisions prises et du comportement adopté par les différents protagonistes en présence.

Le plus simple consiste à coordonner les décisions décentralisées – lorsque cela est possible – par le biais d'une étude de marché. En établissant le budget relatif aux dépenses de l'assurance-maladie en vue de fixer les primes, tant les caisses que la Confédération, en sa qualité d'autorité de surveillance, ont tout intérêt à ce que les prévisions concernant l'évolution des coûts comportent le moins possible d'erreurs. En effet, si les moyens de financer les coûts générés manquent aux assureurs, ces derniers sont menacés de faillite, ce qui remet en question la sécurité sociale des personnes concernées.

L'OFSP a donc, de concert avec santésuisse et la CDS, mandaté la Haute école zuricoise de Winterthour pour qu'elle prépare un modèle de projections des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins jusqu'au niveau cantonal. Cette tâche a été rendue possible du fait que les données ont été nettement améliorées depuis la création du pool de l'assurance-maladie.

Au printemps 2004, les valeurs calculées à l'aide du modèle ont été communiquées aux assureurs. Parallèlement, l'Institut d'économie de la santé (Institut für Gesundheitsoekonomie ; WIG) de Winterthour a été chargé de mener une enquête auprès des utilisateurs des prévisions.

La présente étude, qui l'accompagnait, visait à réunir les premières expériences des caisses, des cantons et de la surveillance OFSP pour connaître la fiabilité du modèle et juger des possibilités de concrétisation des résultats ainsi obtenus. On voulait, par ailleurs, se fonder sur ces résultats pour opérer d'éventuelles améliorations.

Nous exprimons ici nos plus vifs remerciements à toutes les personnes interrogées dans le cadre de ce sondage.

Till Bandi (Office fédéral de la santé publique)

Premessa

A furia di voler giocare agli indovini si rischia di fare previsioni errate. Ma dato che le nostre azioni sono generalmente influenzate dalle situazioni che si presentano, facciamo spesso «castelli in aria». Un buon numero di evoluzioni future sono legate al passato e al presente, visto che dipendono dalle decisioni prese e dal comportamento adottato dai diversi protagonisti in gioco.

La cosa più semplice consiste nel coordinare le decisioni decentralizzate – quando ciò è possibile – mediante uno studio di mercato. Allestendo il preventivo delle spese dell'assicurazione malattia al fine di fissare i premi, sia le casse che la Confederazione, in qualità di autorità di sorveglianza, sono particolarmente interessate al fatto che le previsioni concernenti l'evoluzione dei costi siano il meno possibile errate. Infatti, se agli assicuratori mancano le risorse per finanziare i costi generati, su di essi grava la minaccia del fallimento, ciò che rimette in questione la sicurezza sociale delle persone toccate.

L'UFSP, in collaborazione con santésuisse e la CDS, ha quindi incaricato l'istituto universitario «Zürcher Hochschule Winterthur» di elaborare un modello di proiezioni dei costi lordi dell'assicurazione obbligatoria delle cure fino al livello cantonale. Questo compito è stato reso possibile dal fatto che i dati sono stati nettamente migliorati grazie all'istituzione di un pool dell'assicurazione malattia.

Nella primavera 2004, i valori calcolati con l'aiuto del modello sono stati comunicati agli assicuratori.

Parallelamente, l'Institut für Gesundheitsökonomie di Winterthur (WIG) è stato incaricato di condurre un'inchiesta presso gli utilizzatori delle previsioni.

Il presente studio, che l'accompagnava l'inchiesta, mirava a raccogliere le prime esperienze delle casse, dei Cantoni e dell'UFSP, nella sua funzione di sorveglianza, per accertare l'affidabilità del modello e valutare alcune possibilità di concretizzazione dei risultati così ottenuti. Si voleva, d'altro canto, fondarsi su questi risultati per procedere ad eventuali miglioramenti.

Intendiamo in questa sede ringraziare tutte le persone interrogate nell'ambito del sondaggio.

Till Bandi (Ufficio federale della sanità pubblica)

Foreword

Anyone who attempts to look into the future runs the risk of making erroneous predictions. However, as human action generally seeks to influence future states of affairs, we are all continuously making assumptions about the future. To a great extent, future developments are shaped by decisions taken in the past and the present, and by the behaviour of the various actors based on these decisions.

Decisions taken on a decentralized basis can most easily be coordinated – if this is possible – through the operation of the market. When future health insurance expenditures are budgeted as part of the premium-setting process, both individual insurers and the federal government, as the supervisory authority, have every interest in ensuring that errors in the prediction of cost trends are as small as possible: if insurers lack the resources to cover the costs incurred, there is a risk of companies becoming insolvent, thereby calling into question the guarantee of social security for the parties concerned.

Together with the health insurers' federation (santésuisse) and the Swiss Conference of Cantonal Directors of Public Health (GDK), the Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH) therefore commissioned Zurich University of Applied Sciences to produce a cost-forecasting model that would enable the development of the gross costs arising from the mandatory basic health insurance (OKP) scheme to be extrapolated down to the cantonal level. This was possible because the availability of data has been substantially improved by the development of the health insurers' »data pool«.

In the spring of 2004, the figures calculated using this model were distributed to the insurers. At the same time, the Winterthur Institute of Health Management (WIG) was commissioned to conduct a survey among users of the forecasts.

The aim of the present supporting study was to document the initial experiences of the insurers, the cantonal authorities and the SFOPH supervisory body, so as to determine how suitable the model is and how the results generated are used in actual practice; this was to provide a basis for possible improvements.

We wish to thank all the respondents sincerely for their participation.

Till Bandi (Swiss Federal Office of Public Health)

Zusammenfassung

Ausgangslage

Das Kostenprognosemodell wurde durch das Institut für Datenanalyse und Prozessdesign (IDP) im Frühjahr 2004 in einer ersten Version fertig gestellt. Die mit dem Modell berechneten Prognosewerte für die Jahre 2004 und 2005 wurden im Juli 2004 während des laufenden Prämienfindungsprozesses sämtlichen Krankenversicherern zur Verfügung gestellt.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) erhielt vom BAG den Auftrag, im Rahmen einer Begleitforschung eine Befragung bei den potentiellen Anwendern der Prognosewerte durchzuführen, um Stärken und Schwächen des Modells sowie dessen Praxistauglichkeit zu evaluieren.

Methode

Von den 97 verschickten Fragebogen kamen 46 ausgefüllt zurück, was einem Rücklauf von 47% entspricht. Allerdings haben von den 10 grössten Versicherungen 9 geantwortet, was bedeutet, dass mit der Umfrage über 80% aller Versicherten abgedeckt sind. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass sich insgesamt ein aussagekräftiges Bild ergibt und sich aus den Resultaten berechtigterweise verlässliche Schlüsse ziehen lassen.

Zusätzlich wurden 10 ausführliche Interviews vor Ort geführt, davon 7 mit Krankenversicherern, zwei mit kantonalen Gesundheitsdirektionen und eines mit der für die Prämiengenehmigung zuständigen Stelle des BAG. Die Interviews dauerten jeweils zwischen einer und zwei Stunden.⁵

Resultate

1. Die Perspektive der Krankenversicherer

Wie beurteilen die Befragten das Modell?

- Grundsätzlich werden die Daten als plausibel beurteilt
- Das Modell selber wurde kaum beurteilt. Als Gründe wurden fehlende zeitliche oder fachliche Ressourcen angegeben
- Die breiten Konfidenzintervalle werden häufig als Problem genannt, das die Nützlichkeit des Modells einschränkt
- Den Daten des santésuisse Datenpools wird mit einer gewissen Skepsis begegnet. Dies hängt einerseits mit Unregelmässigkeiten beim Abrechnungszeitpunkt in den Daten des Datenpools zusammen und andererseits damit, dass die Daten gegenwärtige und zukünftige Einflussfaktoren nicht enthalten
- Den Krankenversicherern fehlt im Modell ein Einbezug der versicherungsspezifischen Situation (z.B. Risikostruktur der Versicherten) und von externen Sonderfaktoren (z.B. Gerichtsfälle, Einführung neuer Tarif (Tarmed), neue Franchisen-Kategorien etc.)

Wie werden die Prognosedaten von den Krankenversicherern genutzt?

- Die Prognosedaten werden von der Mehrheit der Krankenversicherer für die Prämienfindung als Ergänzung zu den eigenen Prognosen gesehen und genutzt. Einige Versicherer beurteilen die Prognosedaten als für sie selber nicht nützlich

⁵ An dieser Stelle möchten wir den Personen, die für die Interviews bereit waren und sich Zeit genommen haben, herzlich danken.

- Sie dienen den Krankenversicherern als eine Art Richtgrösse, um die Gesamtteuerung und die Erwartung des BAGs einzuschätzen
- Sie dienen als Hilfsmittel bei der Prämienfindung und nicht als Entscheidungsgrundlage

Wie führen die Krankenversicherer Kostenprognosen durch?

- Kostenprognosen werden von einer Mehrheit der befragten Krankenversicherer erstellt, aber nicht von allen
- Wenn Kostenprognosen durchgeführt werden, dann geschieht das auf eine der drei folgenden Arten:
 - Vergangene Teuerung wird errechnet und in die Zukunft extrapoliert
 - Man rechnet generell mit einer Teuerung von 5%
 - Mathematisches Modell (Regression)

Wie läuft der Entscheidungsprozess für die Festsetzung der Krankenversicherungsprämien in der Praxis tatsächlich?

- Ein idealtypischer Verlauf des Prämienfindungsprozesses bei einem Krankenversicherer verläuft in den folgenden Schritten, die je nach Versicherer mehr oder weniger ausdifferenziert stattfinden.
 1. Vergangene Kosten der eigenen Versichertenpopulation
 2. Berechnung der zukünftigen Kosten basierend auf den bisherigen eigenen Kosten (z.T. mit Hilfe eines Modells)
 3. Interne Expertenbefragung
 4. Mitberücksichtigung von einmaligen externen Faktoren
 5. Provisorische Berechnung der Prämie
 6. Intuition, Marktkennntnisse strategische Überlegungen, eventuell Simulationen
 7. Definitive Festlegung der Prämie durch oberste Führung

2. Die Perspektive der Kantone

Die Kostenprognosen und das Modell sind für die Kantone von geringem Interesse. Sie interessieren sich vor allem für die Grössen, welche ihre Budgets direkt beeinflussen:

- Die Angebotsmenge an Leistungserbringern im eigenen Kanton (Anzahl Spitalbetten, Ärzte, Physiotherapeuten etc.)
- Die mit den Krankenversicherern ausgehandelten Tarife für die kantonalen Spitäler
- Die Höhe der Krankenversicherungsprämien ist primär für die Berechnung der Summe der kantonalen Prämienverbilligungen relevant

3. Die Perspektive des BAG

- Das BAG hat als Aufsichtsorgan der Krankenversicherer im Rahmen der Prämien genehmigung primär deren Solvenz im Auge und überprüft diese
- Tendenziell rechnet es mit regelmässigen generellen Kostensteigerungen (5%)
- Anstelle dieser Werte beabsichtigt das BAG die Werte des Kostenprognosemodells zukünftig im Sinne von Vergleichswerten zu benutzen

Diskussion und Empfehlungen

Grundsätzlich besteht bei den Krankenversicherern ein Interesse an solchen Daten verbunden mit einer gewissen Portion Skepsis. Die Skepsis bezieht sich teilweise aufs Modell (vor allem die Inputdaten) und zum Teil auch auf die Tatsache, dass die Daten durch ein vom BAG unterstütztes Projekt zustande gekommen sind. Bis zum Schluss blieb bei einigen Krankenkassen die Befürchtung, dass das Prognosemodell vom BAG als Benchmarking- oder Controllinginstrument eingesetzt werden könnte.

Wenn Krankenversicherer ein neues Tool einführen, dann brauchen sie eine gewisse Zeit, um dessen Zuverlässigkeit beurteilen zu können und Vertrauen zu gewinnen. Das gilt auch für das OKP-Prognosetool. Eine hohe Prognosegenauigkeit wird mit Sicherheit die Akzeptanz und die Einschätzung des Nutzens für die Krankenversicherer in der Zukunft noch erhöhen.

Folgende Empfehlungen können aufgrund der Umfrage für die weitere Verwendung des Modells und Steigerung seines Nutzens für Krankenversicherer abgegeben werden.

- Verbesserung der Qualität der Inputdaten (vor allem bezüglich zeitlicher Abrechnung)
- Verkleinerung der Konfidenzintervalle
- Möglichkeit, eigene Inputwerte ins Modell zu geben
- Benutzerfreundliches Softwaretool
- Erneute Information und Schulung der Nutzer
- Evaluation der Prognosegenauigkeit
- Einsatzbereich von Seiten des BAG klären

Synthèse

Contexte

L'IDP (Institut für Datenanalyse und Prozessdesign) a réalisé la première version du modèle de projections de coûts au printemps 2004. Les valeurs pronostiquées à l'aide du modèle pour 2004 et 2005 ont été communiquées aux assureurs en juillet 2004 pendant la procédure de fixation des primes.

L'Institut WIG (Winterthurer Institut für Gesundheitsoekonomie) a été chargé par l'OFSP de mener, dans le cadre d'une recherche parallèle, un sondage parmi les utilisateurs potentiels de ces valeurs afin d'évaluer les forces et les faiblesses du modèle ainsi que son application dans la pratique.

Méthode

Sur les 97 questionnaires envoyés, 46 ont été remplis, ce qui représente un taux de réponse de 47 %. Relevons à ce propos que sur les dix plus grandes caisses, neuf ont répondu, ce qui couvre 80 % des assurés. L'image qui se dégage de cette enquête est donc très représentative et les conclusions peuvent être considérées comme fiables.

En outre, dix entretiens détaillés ont eu lieu sur place : sept avec les caisses-maladie, deux avec des directions cantonales de la santé et une avec le service de l'OFSP chargé de l'approbation des primes. Ces entretiens ont duré de une à deux heures.²

Résultats

1. Le point de vue de l'assureur

Comment les personnes interrogées jugent-elles le modèle?

- Sur le fond, les données sont jugées plausibles
- Le modèle lui-même n'a guère été jugé. Les arguments invoqués étaient le manque de temps ou de spécialistes capables de se prononcer à ce sujet
- Les grands intervalles de confiance ont été souvent évoqués comme un problème, car ils limitent l'utilité du modèle
- La majorité des assureurs ont accueilli les données du pool santésuisse avec un certain scepticisme. Cela provient, d'une part, des irrégularités au moment de leur enregistrement et, d'autre part, du fait que ces données ne contiennent pas de facteurs d'influence actuels et futurs
- Dans le modèle, il manquait aux assureurs un critère reflétant leur situation spécifique (p. ex. structure de risques des assurés) et les facteurs externes particuliers (p. ex. cas devant les tribunaux, introduction du nouveau tarif Tarmed, nouvelles catégories de franchise)

Comment les données pronostiquées sont-elles utilisées par les caisses ?

- La majorité des caisses les utilisent en complément de leurs propres prévisions pour calculer leurs primes. Quelques assureurs considèrent qu'elles ne leur sont pas utiles
- Elles servent aux assureurs de valeur indicative pour évaluer le renchérissement global et connaître les attentes de l'OFSP
- Elles aident à calculer les primes, mais ne constituent pas une base de décision.

² Nous saisissons l'occasion pour exprimer ici nos plus vifs remerciements aux personnes qui nous ont accordé ces entretiens et ont pris le temps de nous répondre.

Comment les caisses-maladie effectuent-elles leurs prévisions de coûts ?

- La majorité des assureurs interrogés établissent de telles prévisions, mais ce n'est pas le cas de tous
- Les prévisions sont établies sur la base de trois critères :
 - Calcul du renchérissement des années passées et extrapolations
 - Base générale : 5 % de renchérissement
 - Utilisation d'un modèle mathématique (régression)

Comment se déroule la procédure de fixation des primes d'assurance-maladie dans la pratique ?

- Dans l'idéal, la procédure suit les étapes suivantes qui sont plus ou moins nuancées selon l'assureur :
 1. Coûts des années passées engendrés par sa cohorte d'assurés
 2. Calcul des futurs coûts sur la base des propres coûts de l'année en cours (en partie à l'aide d'un modèle)
 3. Questionnement des experts internes
 4. Prise en considération de facteurs externes uniques
 5. Calcul provisoire de la prime
 6. Intuition, connaissances du marché, considérations stratégiques, simulations éventuelles
 7. Fixation définitive des primes par la direction générale.

2. Le point de vue des cantons

Les prévisions de coûts et le modèle présentent peu d'intérêt pour les cantons. Ceux-ci s'intéressent en premier lieu aux valeurs qui influencent directement leur budget, soit :

- l'offre quantitative des fournisseurs de prestations dans le canton (nombre de lits d'hôpitaux, médecins, physiothérapeutes, etc.)
- les tarifs convenus avec les caisses-maladie pour les hôpitaux cantonaux
- le montant des primes d'assurance-maladie qui est surtout important pour le calcul de la somme des subsides cantonaux au titre de la réduction de primes.

3. Le point de vue de l'OFSP

- En sa qualité d'organe de surveillance, l'OFSP doit, lors de l'approbation des primes, veiller à la solvabilité des caisses-maladie et la contrôler
- L'office a tendance à tabler sur des augmentations de coûts régulières et générales (5 %)
- En lieu et place de celles-ci, l'OFSP envisage à l'avenir de recourir aux valeurs du modèle de projections de coûts à titre de comparaison.

Discussion et recommandations

Les assureurs trouvent un certain intérêt à ces données, mais nuancé de scepticisme. Ce scepticisme provient en partie du modèle (surtout les intrants) et aussi du fait que les données sont issues d'un projet soutenu par l'OFSP. Jusqu'à la fin, certains assureurs craignaient que l'OFSP utilise le modèle de projections de coûts comme un instrument d'évaluation et de contrôle.

Lorsque les assureurs-maladie introduisent un nouvel instrument, il leur faut un certain temps pour évaluer sa fiabilité et lui faire confiance. Ce principe s'applique aussi aux projections des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Si celles-ci ont un taux de fiabilité élevé, leur acceptation et l'évaluation de leur utilité par les assureurs s'en trouveront certainement augmentées.

Les recommandations suivantes, fondées sur l'enquête, peuvent être émises pour optimiser le fonctionnement du modèle et accroître son utilité pour les caisses-maladie :

- Améliorer la qualité des intrants (surtout ceux concernant les décomptes de temps)
- Diminuer l'intervalle de confiance
- Permettre d'introduire ses propres intrants dans le modèle
- Rendre le logiciel convivial
- Assurer l'information et la formation des utilisateurs
- Evaluer l'exactitude des projections
- Expliquer le champ d'intervention de l'OFSP.

Sintesi

Contesto

L'Institut für Datenanalyse und Prozessdesign (IDP) ha realizzato la prima versione del modello di proiezioni dei costi nella primavera del 2004. I valori pronosticati sulla base del modello per il 2004 e il 2005 sono stati comunicati agli assicuratori nel mese di luglio 2004, nel corso della procedura di fissazione dei premi.

Il Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) è stato incaricato dall'UFSP di condurre, nell'ambito di una ricerca parallela, un sondaggio tra i potenziali utilizzatori dei questi valori, al fine di valutare i punti forti e quelli deboli del modello e la sua applicazione nella pratica.

Metodo

Dei 97 questionari inviati, 46 sono stati compilati, ciò che rappresenta un tasso di risposta del 47%. Occorre rilevare a questo proposito che sulle dieci più importanti casse, nove hanno risposto, ossia l'80% degli assicurati. Il quadro che si delinea da questa inchiesta è di conseguenza molto rappresentativo e le conclusioni possono essere considerate affidabili.

Inoltre sul posto hanno avuto luogo dieci colloqui particolareggiati: sette con le casse malati, due con alcune direzioni cantonali della sanità e uno con il servizio dell'UFSP incaricato dell'approvazione dei premi. I colloqui sono durati da una a due ore.³

Risultati

1. Il punto di vista dell'assicuratore

Come è giudicato questo modello dalle persone interrogate?

- In linea di massima i dati sono ritenuti plausibili
- Sul modello vero e proprio non sono stati espressi giudizi. Gli argomenti invocati erano: mancanza di tempo o di specialisti capaci di pronunciarsi su questo tema
- I grandi intervalli di confidenza sono stati spesso considerati come un problema, poiché limitano l'utilità del modello
- La maggioranza degli assicuratori ha accolto i dati del pool santésuisse con un certo scetticismo. Questo atteggiamento proviene, da una parte, dalle irregolarità avvenute al momento della loro registrazione e, dall'altra, dal fatto che i dati non contengono fattori d'influenza attuali e futuri
- Nel modello mancava agli assicuratori un criterio che riflettesse la loro situazione specifica (p. es. la struttura dei rischi degli assicurati) e i fattori esterni particolari (p.es. i casi sui quali i tribunali hanno dovuto pronunciarsi, l'introduzione della nuova tariffa Tarmed, le nuove categorie della franchigia)

In che modo le casse utilizzano i dati pronosticati?

- La maggioranza delle casse li utilizzano come complemento delle proprie previsioni per il calcolo dei premi. Alcuni assicurati ritengono che i dati non siano utili
- Servono agli assicuratori da valore indicativo per valutare il rincaro globale e conoscere le attese dell'UFSP
- Servono a calcolare i premi, ma non costituiscono una base di decisione.

³ Approfittiamo dell'occasione per esprimere in questa sede i più vivi ringraziamenti alle persone che hanno permesso lo svolgimento di questi incontri e che si sono date la pena di risponderci.

In che modo le casse malati effettuano le previsioni dei costi?

- La maggioranza degli assicuratori interrogati, ma non tutti, eseguono tali previsioni
- Le previsioni sono effettuate sulla base di tre criteri:
 - calcolo del rincaro degli anni precedenti ed estrapolazioni
 - base generale: 5 % del rincaro
 - utilizzazione di un modello matematico (regressione)

In che modo si svolge nella pratica la procedura per la fissazione dei premi di assicurazione malattia?

- Nel caso ideale, la procedura segue le tappe seguenti che possono variare leggermente a seconda dell'assicuratore:
 1. Costi degli anni precedenti causati dalla coorte degli assicurati
 2. Calcolo dei costi futuri sulla base dei costi dell'anno in corso (in parte con l'ausilio di un modello)
 3. Consultazione di esperti interni
 4. Presa in considerazione di fattori esterni unici
 5. Calcolo provvisorio del premio
 6. Intuizione, conoscenza del mercato, considerazioni strategiche, eventuali simulazioni
 7. Fissazione definitiva dei premi da parte della direzione generale.

2. Il punto di vista dei Cantoni

I Cantoni non sono particolarmente interessati alle previsioni dei costi e al modello. Ciò che interessa loro sono soprattutto i valori che influiscono direttamente sul budget, ossia:

- l'offerta quantitativa dei fornitori di prestazioni nel Cantone (numero di letti negli ospedali, medici, fisioterapeuti ecc.)
- le tariffe convenute con le casse malati per gli ospedali cantonali
- l'ammontare dei premi dell'assicurazione malattia, importante soprattutto per il calcolo del totale dei sussidi cantonali concessi per la riduzione dei premi.

3. Il punto di vista dell'UFSP

- Nella sua qualità di organo di sorveglianza, l'UFSP deve, nell'ambito dell'approvazione dei premi, vigilare sulla solvibilità delle casse malati e controllarla
- L'Ufficio ha la tendenza a basarsi sugli aumenti dei costi regolari e generali (5 %)
- Invece di questi, l'UFSP prevede in futuro di ricorrere ai valori del modello di proiezioni dei costi a titolo di confronto.

Discussione e raccomandazioni

Gli assicuratori provano un certo interesse per questi dati, ma non manca lo scetticismo. Un sentimento che in parte deriva dal modello (soprattutto dagli input) e in parte dal fatto che i dati sono estratti da un progetto sostenuto dall'UFSP. Fino alla fine, gli assicuratori temevano che l'UFSP utilizzasse questo modello di proiezioni dei costi come uno strumento di valutazione e di controllo.

Quando gli assicuratori malattia introducono un nuovo strumento, necessitano di un certo tempo per valutarne l'affidabilità e per riporvi la loro fiducia. Questo principio si applica anche alle proiezioni dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure (AOC). Se le proiezioni hanno un elevato tasso di affidabilità, l'accettazione e la valutazione della loro utilità da parte degli assicuratori saranno certamente migliori.

Le raccomandazioni seguenti, che trovano il loro fondamento nell'inchiesta, possono essere emesse per ottimizzare il funzionamento del modello e accrescerne l'utilità per le casse malati:

- migliorare la qualità degli input (soprattutto quelli che concernono i conteggi di tempo)
- diminuire l'intervallo di confidenza
- permettere di introdurre i propri input nel modello
- rendere conviviale il programma
- assicurare l'informazione e la formazione degli utilizzatori
- valutare l'esattezza delle proiezioni
- spiegare il campo d'intervento dell'UFSP.

Summary

Background

An initial version of the cost-forecasting model was completed by the Institute of Data Analysis and Process Design (IDP) in the spring of 2004. In July 2004 – while the premium-setting process was ongoing – the projections generated by the model for 2004 and 2005 were made available to all the health insurers.

The Winterthur Institute of Health Management (WIG) was commissioned by the Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH), as part of a supporting research programme, to conduct a survey among the potential users of the projections in order to determine the strengths and weaknesses of the model and to evaluate its suitability for use in practice.

Methods

Of the 97 questionnaires sent out 46 were completed, representing a return rate of 47%. However, as responses were received from 9 of the 10 largest insurance companies, more than 80% of all policyholders were covered by the survey. For this reason, it may be assumed that the overall picture emerging is representative, and that reliable conclusions can legitimately be drawn from the results obtained.

In addition, 10 detailed interviews (each lasting 1–2 hours) were conducted on site – 7 with health insurers, 2 with cantonal public health directors, and 1 with the SFOPH official responsible for the approval of premium levels.⁴

Results

1. The health insurers' perspective

How is the model rated by the respondents?

- Essentially, the data was considered to be plausible.
- There were virtually no assessments of the model itself. The reasons cited were a lack of time or technical resources.
- The broad confidence intervals were frequently mentioned as a problem, limiting the utility of the model.
- The data from the santésuisse data pool is regarded with a degree of scepticism. This is attributable firstly to the fact that the data in the pool shows irregularities in the time of settlement and secondly to the fact that the data does not include current and future factors influencing costs.
- For the health insurers, the model fails to take account of the company-specific situation (e.g. policyholder risk structure) and special external factors (e.g. lawsuits, introduction of new fee system [Tarmed], new categories of deductible, etc.).

How are the projections used by the health insurers?

- In setting premiums, the majority of health insurers regard and use the projections as a supplement to their own predictions. A number of insurers consider the projections to be of no use for their particular purposes.
- For health insurers, they serve as a kind of guide value for estimating overall cost increases and the expectations of the SFOPH.

⁴ We would like here to express our sincere thanks to the people who took the time to participate in these interviews.

- They serve as an aid to setting premium levels rather than as a basis for decision-making.

How do the health insurers forecast costs?

- Forecasts are produced by a majority but not by all of the health insurers surveyed.
- If forecasting is carried out, it is done in one of the following three ways:
 - Past increases in costs are calculated and extrapolated into the future
 - Costs are generally expected to increase by 5%
 - A mathematical model (regression) is used.

How does decision-making proceed in actual practice when health insurance premiums are set?

- An idealized premium-setting process involves the following series of steps, which will be more or less elaborate depending on the individual insurer.
 1. Historical costs incurred by the company's own insured population
 2. Calculation of future costs on the basis of past costs (in some cases with the aid of a model)
 3. Interviewing of internal experts
 4. Consideration of one-off external factors
 5. Provisional calculation of premium
 6. Intuition, market knowledge, strategic considerations, possibly simulations
 7. Definitive setting of premium by senior management

2. The cantons' perspective

For the cantonal authorities, the projected costs and the model are of little interest. They are primarily interested in the parameters that have a direct influence on their budgets:

- The number of providers offering services in their own canton (numbers of hospital beds, physicians, physiotherapists, etc.)
- The rates negotiated with insurers for the cantonal hospitals
- The level of health insurance premiums is mainly relevant for calculating the total amount of cantonal premium reductions.

3. The perspective of the SFOPH

- When premiums are to be approved, the SFOPH – as the body responsible for overseeing health insurers – is mainly concerned with their solvency, and this aspect is reviewed
- The SFOPH tends to expect regular general increases in costs (5%)
- Instead of these values, the SFOPH intends in future to use the projections generated by the model for purposes of comparison.

Discussion and recommendations

While health insurers are essentially interested in data of this kind, they view it with a degree of scepticism. This is related partly to the model itself (in particular the input data) and partly to the fact that the data was produced by a project supported by the SFOPH. Right up to the end, a number of health insurers remained concerned that the forecasting model could be used by the SFOPH as a benchmarking or controlling instrument.

When health insurers introduce a new tool, it takes a certain time for them to be able to assess its reliability and gain confidence. This also applies to the mandatory basic health insurance (OKP) cost-forecasting tool. A high level of predictive accuracy will certainly further increase health insurers' acceptance and their estimation of the benefits.

On the basis of the survey, the following recommendations can be offered as to how the model should be used in future and how it can be made more useful for health insurers:

- Improvement of the quality of input data (particularly in relation to time of settlement)
- Narrowing of confidence intervals
- Option of integrating one's own input values into the model
- User-friendly software tool
- Further information and instruction for users
- Evaluation of predictive accuracy
- Clarification of intended uses within the SFOPH.

1 Ausgangslage

Bisher wurden jeweils vorgängig zum jährlichen Prämiengenehmigungsverfahren die erwarteten Kostensteigerungen aus Sicht der Krankenversicherer und der Kantone erhoben. Diese als Übergangsmassnahme gedachten Zusatzerhebungen waren wenig systematisch und brachten nicht den gewünschten Erfolg. Dies änderte sich mit der Einführung des «santésuisse-Datenpool», der eine im Vergleich zu früher stark erweiterte Datengrundlage darstellte. Damit waren verbesserte Voraussetzungen für die datengestützte Prognose der Kostenentwicklung gegeben.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), santésuisse und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) haben der Zürcher Hochschule Winterthur (ZHW) im Jahr 2002 den Auftrag erteilt, ein statistisches Prognosemodell für die Schätzung der Kostenentwicklung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu entwickeln.

Das Prognosemodell wurde durch das Institut für Datenanalyse und Prozessdesign (IDP) im Frühjahr 2004 in einer ersten Version fertig gestellt. Die mit dem Modell berechneten Prognosewerte für die Jahre 2004 und 2005 wurden im Juli 2004 – also während der «heissen Phase» des Prämienfindungsprozesses – sämtlichen Krankenversicherern zur Verfügung gestellt.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) erhielt vom BAG den Auftrag, im Rahmen einer Begleitforschung eine Befragung bei den potentiellen Anwendern der Prognosewerte durchzuführen, um Stärken und Schwächen des Modells sowie dessen Praxistauglichkeit zu evaluieren.

2 Ziele der OKP-Evaluationsstudie

2.1 Die Grundzüge des OKP Kostenprognosemodells

Die untenstehende Abbildung 1 zeigt schematisch auf, wie das OKP-Prognosemodell in den Grundzügen aufgebaut ist. Vereinfacht besteht das Modell aus den drei Elementen «Inputdaten», «Berechnung» und «Outputdaten». Dabei ist zu bemerken, dass es sich bei den Daten um die *Bruttokosten* handelt. Diese unterscheiden sich von den Nettokosten durch den von den Versicherten selber zu entrichtenden Franchisen und den Selbstbehalten.

Abbildung 1 Schematische Übersicht über das Modell und den Inhalt des Projektes



Die **Inputdaten** bestehen in erster Linie aus den Jahresdaten des *santésuisse Datenpools*. Zusätzlich werden im Modell weitere Datenreihen berücksichtigt, die sich in der Testphase als relevant erwiesen haben, namentlich die folgenden:

- der Anteil der über 65-jährigen
- Arztdichten (Allgemeinpraktiker und Spezialisten)
- Anteil an Versicherten mit maximaler Franchise
- Volkseinkommen

Den Kern des Modells bildet eine Serie von **statistischen Berechnungsverfahren**. Aufgrund der speziellen Datenlage (kurze Zeitreihe, verrauschte Daten, Ausreisser) eignen sich traditionelle Verfahren wie Regressionsrechnungen nicht sehr gut. Der verwendete Ansatz basiert auf einer innovativen Kombination neuerer Verfahren, die auf diese Problemlage zugeschnitten sind.

Wer sich für die genaue Methodik des Modells interessiert sei an dieser Stelle verwiesen auf den ausführlichen technischen Bericht, der im Internet veröffentlicht wurde. Der Bericht unter dem Titel «Erklärungs- und Prognosemodell für die obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung (OKP)» ist zu finden auf der Web-Site des BAG.

(<http://www.bag.admin.ch/kv/statistik/d/index.htm>).

Als **Output** liefert das OKP-Kostenprognosemodell Schätzwerte für die zwei auf den letzten Datensatz folgenden Jahre. Als die Schätzung im Frühjahr 2004 durchgeführt wurde, lagen die Datenpool-Daten bis zum Jahr 2003 vor. Die Schätzung bezieht sich folglich auf die beiden Jahre 2004 und 2005.

Der Inhalt des vorliegenden Berichts bezieht sich auf die Evaluation dieses Modells, wobei die Outputwerte und die Praxistauglichkeit des Modells im Vordergrund stehen.

2.2 Zielsetzung des Projektes

Die konkreten Ziele dieser OKP-Evaluationsstudie sind die folgenden:

- Im Sinne einer Begleitforschung in der Testphase soll die Praxistauglichkeit des entwickelten Prognosemodells evaluiert werden
- Ein Lernprozess für die Weiterentwicklung des Modells soll in Gang gebracht werden («Feedback-loop»)

Dabei sollen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Wie werden die Daten des Prognosemodells genutzt?
2. Wie läuft der Entscheidungsprozess für die Festsetzung der Krankenversicherungsprämien in der Praxis tatsächlich?
3. Welche Entscheidungsgrundlagen werden für die Festsetzung der Prämien herangezogen?
4. Wie könnte der Nutzen des Modells für Anwender noch gesteigert werden?

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass das vorliegende und evaluierte Kostenprognosemodell ausschliesslich auf vergangenen Daten basiert und keinen Simulationsteil enthält.

3 Vorgehen und Methode der vorliegenden Begleitstudie

Für diese Studie wurde ein Vorgehen gewählt, das sowohl eine quantitative als auch eine qualitative Befragung vorsieht. Die Kombination der beiden Methoden erlaubt gleichzeitig eine Analyse in die Breite (quantitativ) und in die Tiefe (qualitativ). Während die quantitative Befragung die Auszählung von Häufigkeiten zulässt und somit etwas über die Verteilung von gegebenen Antworten aussagt, erlaubt die qualitative Befragung das Entdecken von bisher unbekannten Aspekten und typischen Denk- und Handlungsmustern.

3.1 Quantitative Befragung

Für die quantitative Befragung wurde ein Fragebogen entwickelt, der aus 11 Fragen und einem Bemerkungsfeld besteht (Anhang 2)⁵. Von den 11 Fragen sind 7 Fragen als geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien und 4 Fragen als offene Fragen mit Textfeld formuliert. Der Fragebogen wurde einem Pretest mit zwei Krankenversicherern in Form eines gründlichen Interviews unterzogen und für die Endversion verbessert.

Zusammen mit einem Begleitbrief (Anhang 1) und dem Dokument mit Prognosewerten und Erklärungstext (Anhang 4) wurde ein Versand an sämtliche schweizerische Krankenversicherer durchgeführt. Alle drei Dokumente wurden für die französischsprachigen Krankenversicherer auf Französisch übersetzt. Mit einem Erinnerungsschreiben wurde noch einmal zum Ausfüllen des Fragebogens aufgefordert.

3.2 Qualitative Befragung

In den Interviews wurde zum Einstieg Bezug auf die gegebenen Antworten im bereits ausgefüllten Fragebogen genommen und darüber diskutiert. Das weitere Gespräch wurde anhand eines Interview-Leitfadens (Anhang 3) geführt. Dieser besteht aus drei Themenblöcken:

1. zum Kostenprognosemodell
2. zu den eigenen Kostenprognosen
3. zum eigenen Prämienfindungsprozess

Die drei Themenblöcke wurden in den Interviews stets systematisch abgefragt. Zudem wurde vor allem darauf geachtet, dass das Interview in Form eines Gesprächs stattfinden konnte und den Gesprächspartnern genügend Raum für ihnen relevant erscheinende Themen gegeben wurde.

Für die Befragung ausgewählt wurden

- 8 Krankenversicherer (6 deutschsprachige/2 französischsprachige; 3 kleine/5 grosse⁶)
- 2 kantonale Gesundheitsdirektionen (ein grosser und ein mittelgrosser Kanton)
- 1 Vertreter des BAG

Mit Ausnahme eines Krankenversicherers waren alle angefragten Organisationen für ein Gespräch über das OKP-Modell bereit. Mit den kantonalen Gesundheitsdirektionen und dem BAG-Vertreter wurden ebenfalls die 3 Themenblöcke, aber adaptiert auf die eigene Situation, diskutiert.

In den folgenden Kapiteln werden sowohl die Resultate der quantitativen (Kapitel 4) als auch der qualitativen Befragung (Kapitel 5) präsentiert und kommentiert.

⁵ Genau genommen handelt es sich bei den «geschlossenen Fragen» um Aussagen (und nicht um Fragen), für welche vorgegebene Antwortkategorien auszuwählen waren. Die so genannten «offenen Fragen» waren ebenfalls als Aussagen formuliert und forderten zu einer Aufzählung von Stichworten auf. Im vorliegenden Text sprechen wir aber immer von Fragen und nicht von Aussagen, da wir auch die gängigen Begriffe «Befragung» und «Fragebogen» verwenden.

⁶ Als Kriterium, ob ein Krankenversicherer als gross oder klein gilt, wurde die Anzahl Mitglieder gewählt. Die Grenze wurde bei 200'000 Mitgliedern gesetzt. Damit sind die 11 grössten Krankenversicherer als «grosse Versicherer» eingeteilt, die übrigen als kleine.

4 Auswertung der quantitativen Befragung

Von den 97 verschickten Fragebogen erhielten wir 46 ausgefüllt zurück, was einem Rücklauf von 47% entspricht. Allerdings haben von den 10 grössten Krankenversicherern 9 geantwortet, was bedeutet, dass mit der Umfrage über 80% aller Versicherten abgedeckt sind. Wir sind daher der Meinung, dass sich insgesamt ein aussagekräftiges Bild ergibt und sich aus den Resultaten berechtigterweise verlässliche Schlüsse ziehen lassen.

4.1 Die Antworten der Krankenversicherer

Im Folgenden sind die Antworten der ausgewerteten Fragebogen dargestellt und mit Kommentaren und Interpretationen ergänzt. Dabei sind wir folgendermassen vorgegangen:

Jede der 12 Fragen wird im Folgenden der Reihe nach einzeln auf einer Seite (offene Fragen) oder zwei Seiten (geschlossene Fragen) behandelt. Im Anschluss daran erfolgen einige zusammenfassende Bemerkungen und Kommentare.

Der Fragebogen war nach Themen gegliedert. Das heisst, die einzelnen Fragen beziehen sich auf die folgenden drei Themenbereiche:

- | | |
|--|-----------------|
| – Kostenprognosemodell OKP | Fragen 1 bis 7 |
| – Eigene Kostenprognose der Krankenversicherer | Fragen 8 bis 11 |
| – Bemerkungen | Frage 12 |

Auswertung der geschlossenen Fragen:

Die Antworten auf die geschlossenen Fragen wurden nach Häufigkeiten der Antwortkategorien gezählt und graphisch dargestellt. Zudem wurden Auswertungen nach grossen und kleinen Versicherern getrennt vorgenommen.

Pro geschlossene Frage wurden 4 Graphiken erstellt. Diese sind für jede Frage folgendermassen aufgebaut: Die Säulen der jeweils ersten drei Graphiken zeigen die absolute Anzahl Krankenversicherer, welche eine entsprechende Antwort gegeben hat, aufgeteilt nach den Kategorien «alle Krankenversicherer» (1. Graphik), «grosse Krankenversicherer» (2. Graphik) und «kleine Krankenversicherer» (3. Graphik).

In der Auswertung nicht unterschieden, obwohl zuerst geplant, haben wir nach Sprachregion (deutsch und französisch). Der Grund dafür ist, dass zu wenige französischsprachige Krankenversicherer auf den Fragebogen geantwortet haben, um eine derartige Auswertung sinnvollerweise vorzunehmen.

Um einen besseren Vergleich zu erlauben (es hat viel mehr kleine als grosse Krankenversicherer), wurde noch eine vierte Graphik mit den prozentualen Werten erstellt. Die Dreiecke in diesen Graphiken zeigen, welcher prozentuale Anteil an grossen Krankenversicherern (bezogen auf alle grossen Krankenversicherer) die jeweilige Antwort gegeben hat. Entsprechend zeigen die Quadrate, welcher prozentuale Anteil an kleinen Krankenversicherern (bezogen auf alle kleinen Krankenversicherer) eine entsprechende Antwort gegeben hat.

Die Grafiken werden jeweils am Ende kommentiert und mit einer Interpretation versehen. Bei der Interpretation wurde das zusätzlich erhaltene Wissen aus den Interviews mit berücksichtigt.

Auswertung der offenen Fragen:

Bei den offenen Fragen wurden ohne Wertung und Gewichtung die jeweiligen Antworten aufgeführt. Diese wurden zusätzlich kommentiert und mit einer Interpretation versehen.

Frage 1: Einheitliche Prognosedaten für alle Krankenversicherer (wie jene vom Kostenprognosemodell OKP) als zusätzliches Hilfsmittel bei der Prämienfindung halte ich für sinnvoll

Abbildung 2 Verteilung der Antworten zu Frage 1, alle Krankenversicherer

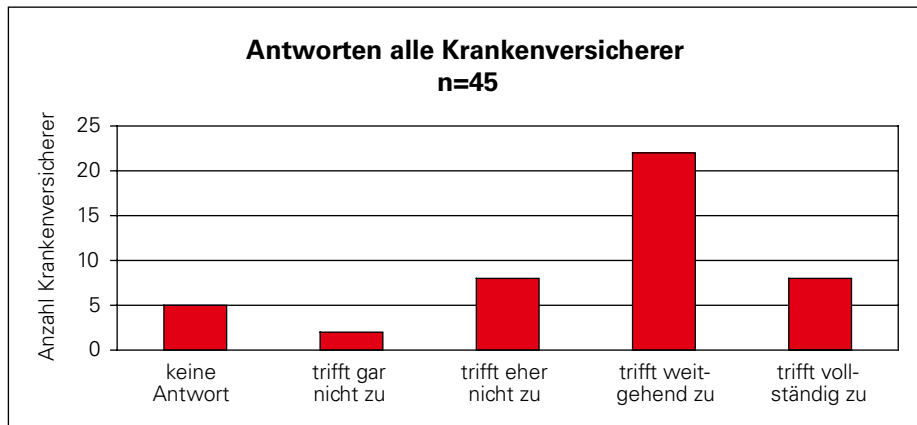


Abbildung 3 Verteilung der Antworten zu Frage 1, grosse Krankenversicherer

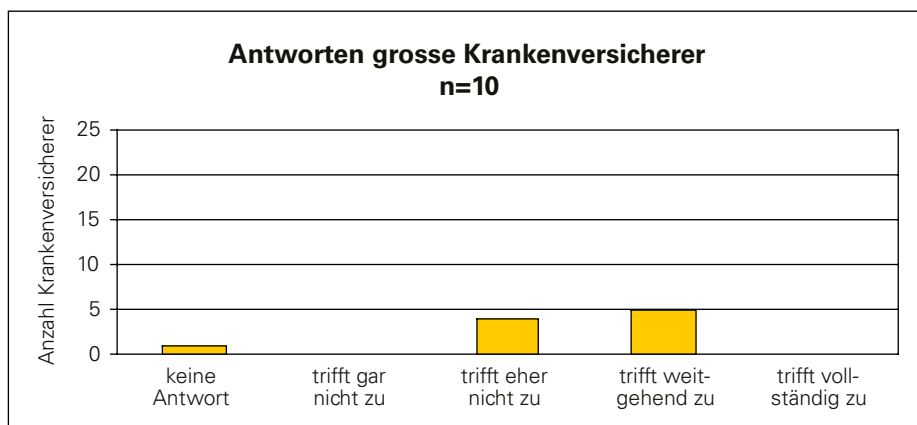
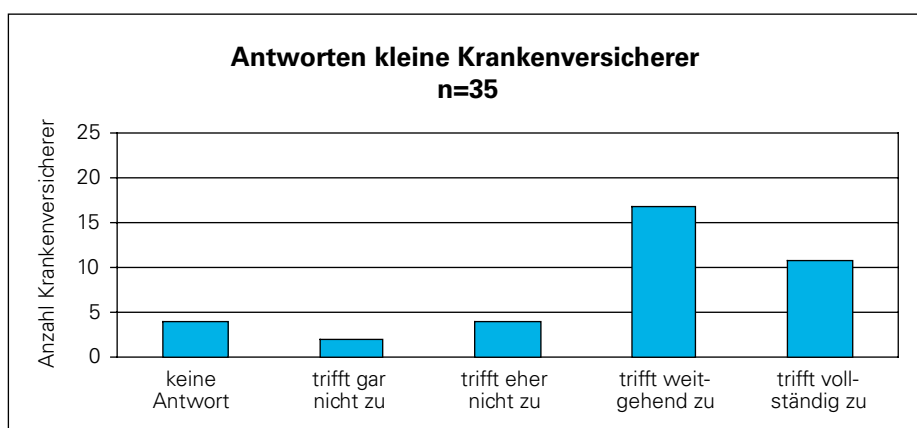
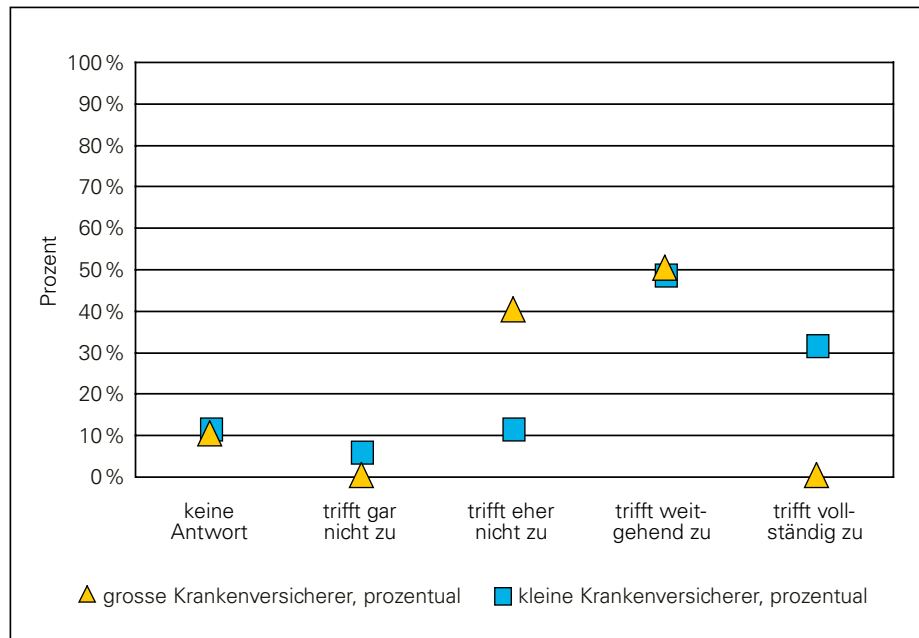


Abbildung 4 Verteilung der Antworten zu Frage 1, kleine Krankenversicherer



Frage 1: Einheitliche Prognosedaten für alle Krankenversicherer (wie jene vom Kostenprognosemodell OKP) als zusätzliches Hilfsmittel bei der Prämienfindung halte ich für sinnvoll

Abbildung 5 Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 1, grosse und kleine Krankenversicherer



Aus den Graphiken wird deutlich, dass solche einheitlichen Prognosedaten insgesamt als zusätzliches Hilfsmittel von einer deutlichen Mehrheit begrüsst werden (33 zustimmend vs. 11 ablehnend bei 5 ohne Antwort). Auffällig ist, dass kleinere Krankenversicherer tendenziell mehr Interesse an solchen einheitlichen Prognosedaten bekunden als grössere Krankenversicherer. Gut 80% aller kleinen Krankenversicherer gaben an, dass die Frage 1 «vollständig» oder «weitgehend» zutrifft. Bei den grossen waren es nur 50%.

Interpretation WIG

Insgesamt werden einheitliche Prognosedaten tendenziell positiv beurteilt. Dieser Befund wurde auch in den Interviews bestätigt (vgl. Kapitel 5). Der Unterschied zwischen grossen und kleinen Krankenversicherern könnte darauf zurückzuführen sein, dass die grossen Krankenversicherer über mehr Ressourcen verfügen, um eigene und genaue Kostenprognosen zu erstellen als kleinere. Diese eigenen Kostenprognosen sind dann konkret auf ihre Situation ausgerichtet, was die hier gelieferten allgemeinen Prognosen nicht sind. Eine andere Interpretation ist, dass grosse Krankenversicherer auch eher in der Lage sind, aufgrund des eigenen umfangreichen Zahlenmaterials zuverlässige Kostenprognosen durchzuführen. Die kleineren Krankenversicherer hingegen sind aufgrund der geringeren Ressourcen und der beschränkten eigenen Datenmenge vermutlich insgesamt dazu weniger in der Lage. Das BAG hat inzwischen Untersuchungen durchgeführt und dabei festgestellt, dass die Prognosegenauigkeit auch von grossen Krankenversicherern nicht immer gegeben ist. Das Kostenprognosemodell selber lag bei dieser Untersuchung immer an vorderster Front.⁷

⁷ Details zu dieser Untersuchung finden sich im ausführlichen technischen Bericht zum Kostenprognosemodell (<http://www.bag.admin.ch/kv/d/index.htm>)

Frage 2: Die Darstellung der Prognosedaten sind für mich gut verständlich

Abbildung 6 Verteilung der Antworten zu Frage 2, alle Krankenversicherer

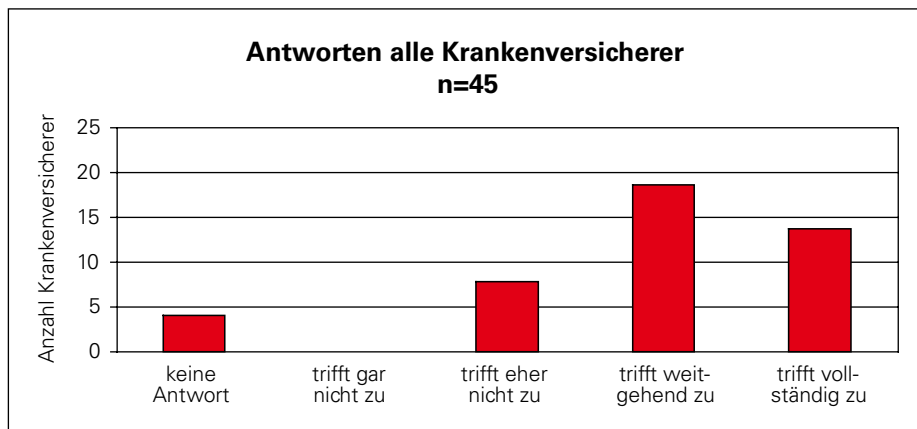


Abbildung 7 Verteilung der Antworten zu Frage 2, grosse Krankenversicherer

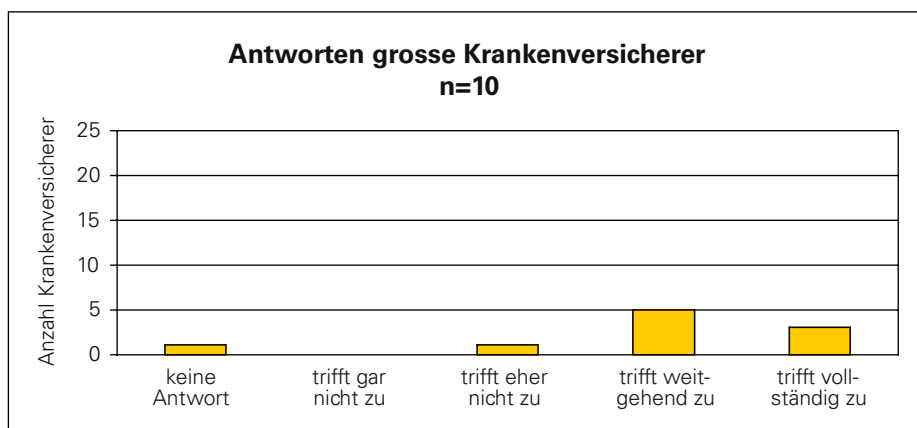
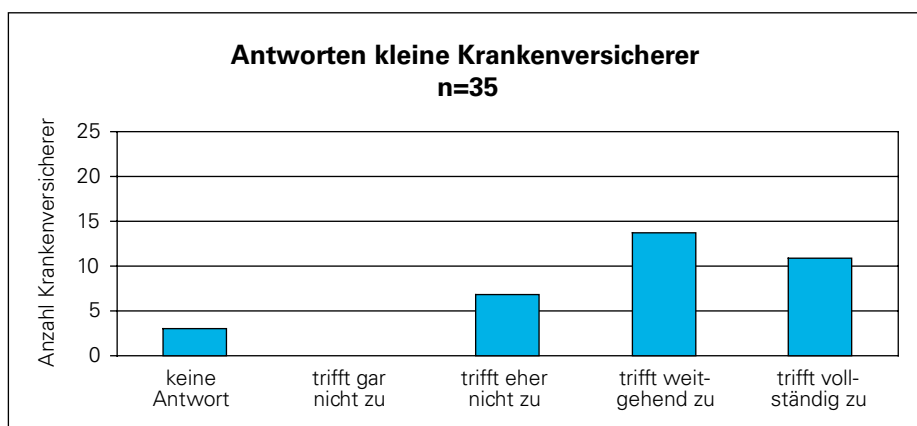
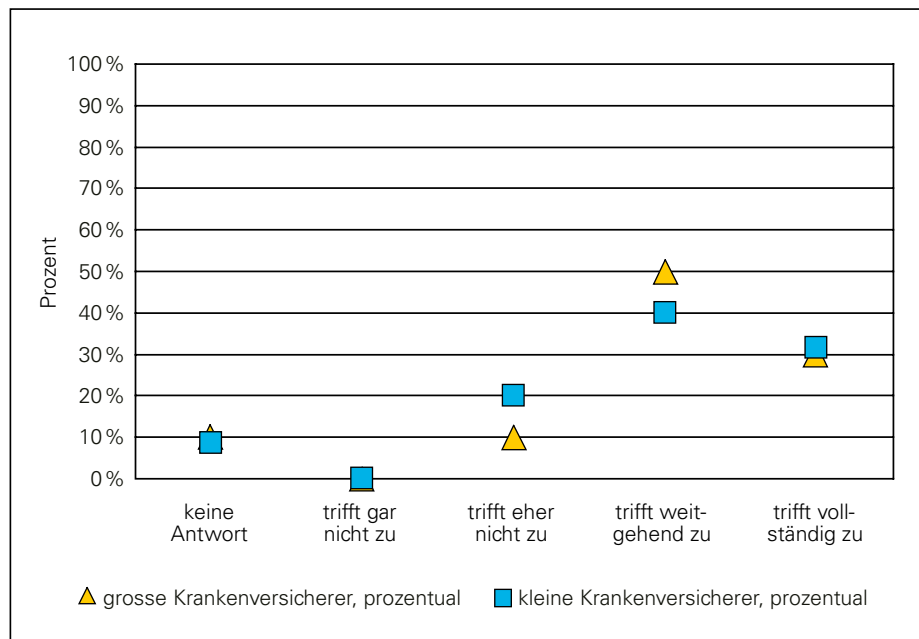


Abbildung 8 Verteilung der Antworten zu Frage 2, kleine Krankenversicherer



Frage 2: Die Darstellung der Prognosedaten sind für mich gut verständlich

Abbildung 9 Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 2, grosse und kleine Krankenversicherer



Grundsätzlich zeigt sich bei den Antworten zu dieser Frage, dass die Daten mehrheitlich als «gut verständlich aufbereitet» beurteilt wurden. So sind die Daten für 70% der kleinen und für rund 80% der grossen Krankenversicherer gut verständlich (Aussage trifft «vollständig» oder «weitgehend» zu). Nur eine Minderheit der Krankenversicherer war der Ansicht, dass die Daten eher nicht gut verständlich sind (10% grosse resp. 20% kleine Versicherungen). Als gar nicht verständlich wurden die Daten von niemandem beurteilt.

Interpretation WIG

Die Verständlichkeit der Daten, wie sie im Rahmen des zur Verfügung gestellten Dokumentes aufbereitet wurden, war insgesamt durchaus gegeben. Der Verzicht auf eine komplizierte Darstellung des statistischen Modells, das Weglassen der Formeln in diesem Dokument sowie eine nicht technische Sprache scheinen für diesen Zweck der richtige Ansatz gewesen zu sein.

Frage 3: Der Detaillierungsgrad der Daten (nach Kantonen und 9 Kostenkategorien) ist für uns geeignet

Abbildung 10 Verteilung der Antworten zu Frage 3, alle Krankenversicherer

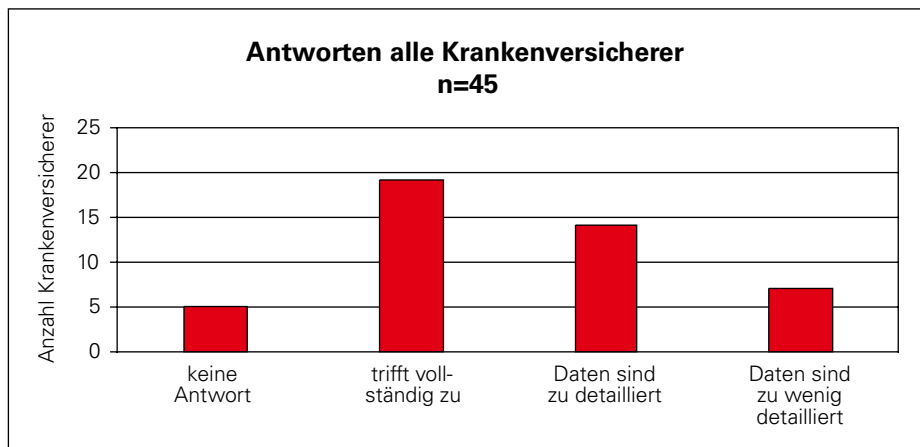


Abbildung 11 Verteilung der Antworten zu Frage 3, grosse Krankenversicherer

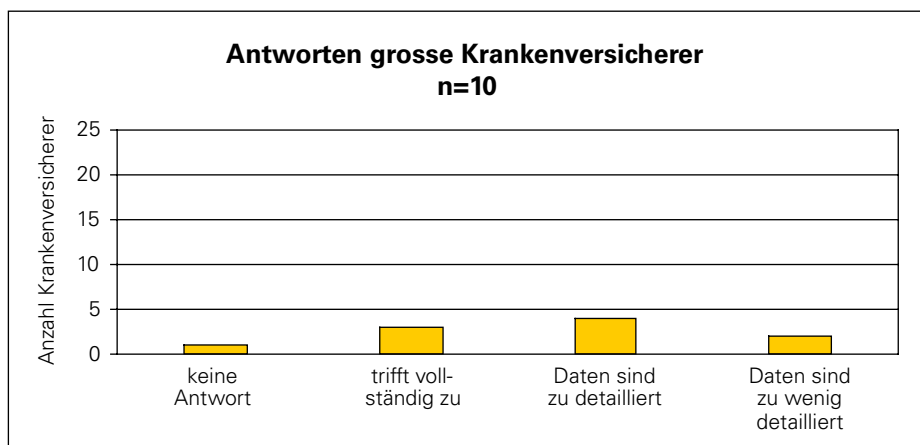
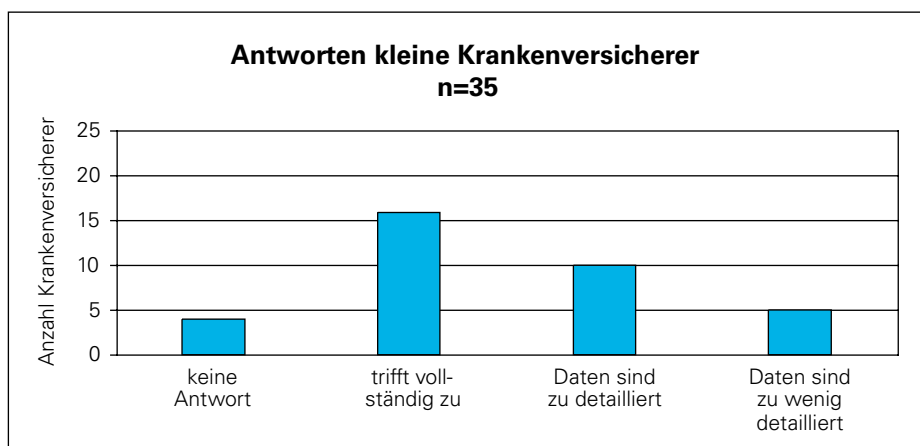
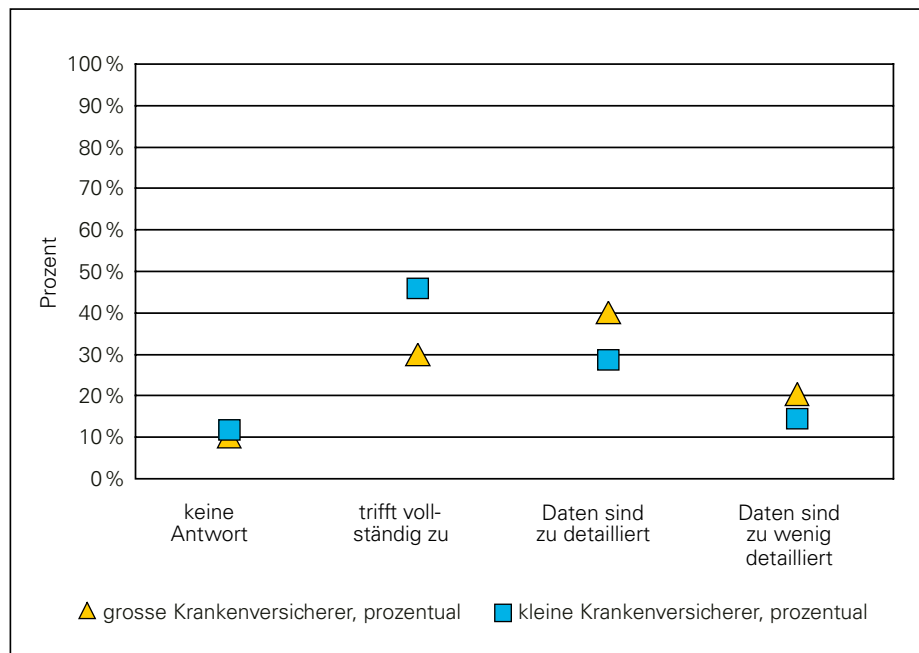


Abbildung 12 Verteilung der Antworten zu Frage 3, kleine Krankenversicherer



Frage 3: Der Detaillierungsgrad der Daten (nach Kantonen und 9 Kostenkategorien) ist für uns geeignet

Abbildung 13 Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 3, grosse und kleine Krankenversicherer



Etwa 30% der grossen und 45% der kleinen Krankenversicherer beurteilen den Detaillierungsgrad der Daten als gut. Für 40% der grossen und knapp 30% der kleinen Krankenversicherer sind die Daten zu detailliert. Nur eine kleine Minderheit beurteilt die Daten als zu wenig detailliert.

Interpretation WIG

Die Aufteilung nach 10 Kostenkategorien und 26 Kantonen entspricht dem Raster, das die Krankenversicherer vielfach selber auch verwenden. Die relativ grosse Anzahl Krankenversicherer, die die Daten für zu detailliert halten, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass einige Krankenversicherer für ihre eigenen Prognosen nur die Gesamtkosten pro Kanton betrachten, eventuell zusätzlich einige ausgewählte und für sie besonders wichtige Kostenkategorien. Zudem werden im Modell bei den kleinen Kategorien und den kleinen Kantonen die Konfidenzintervalle sehr breit und die Prognosen damit sehr unzuverlässig. Verschiedene Krankenversicherer haben ausgesagt, dass für sie eine Prognose, die weniger detailliert wäre und dafür ein kleineres Konfidenzintervall aufweisen würde, mehr Nutzen bringen würde.

Primär von Interesse sind neben der Gesamtwachstumsrate für die Schweiz die «Randverteilungen», das heisst einerseits die Gesamtwachstumsraten pro Kanton und andererseits die Wachstumsraten pro Kostenkategorie für die gesamte Schweiz. Einzelne Kostenkategorien pro Kanton interessieren die Krankenversicherer offenbar weniger. Hier sind sie auch von der Genauigkeit der Prognosen besonders wenig überzeugt. Der in den Interviews mehrfach gemachte Verweis auf die Breite der Konfidenzintervalle speziell bei diesen Daten hat dies ebenfalls angezeigt.

Frage 4: Die Prognosewerte halte ich insgesamt für plausibel

Abbildung 14 Verteilung der Antworten zu Frage 4, alle Krankenversicherer

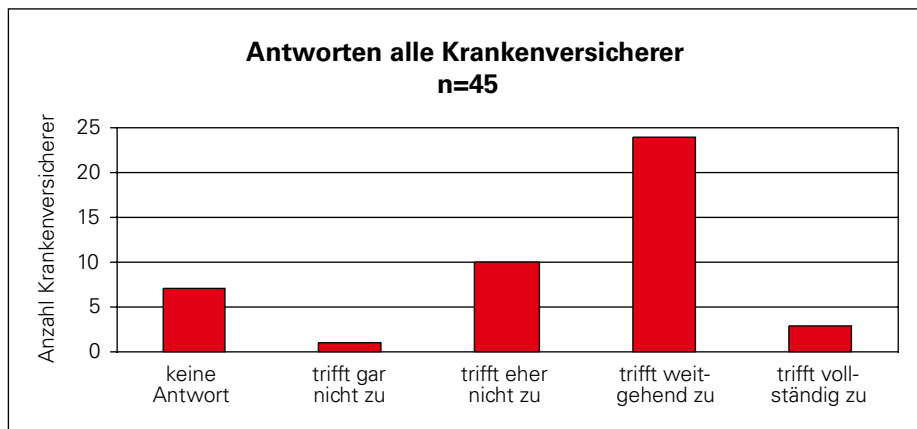


Abbildung 15 Verteilung der Antworten zu Frage 4, grosse Krankenversicherer

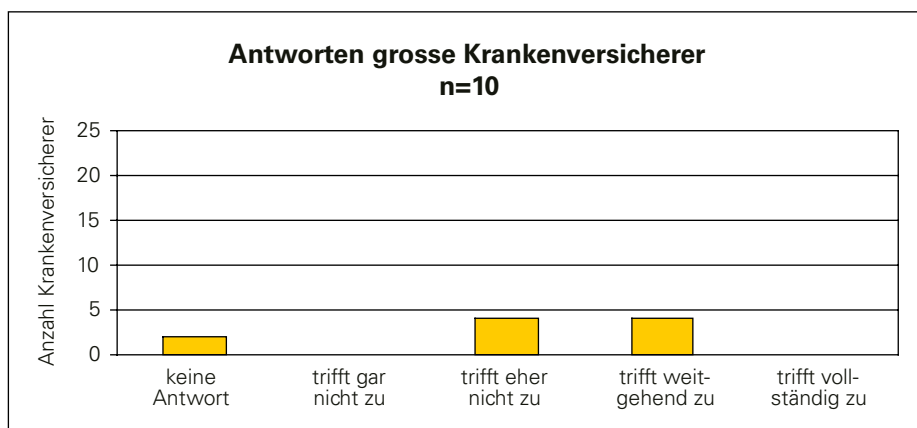
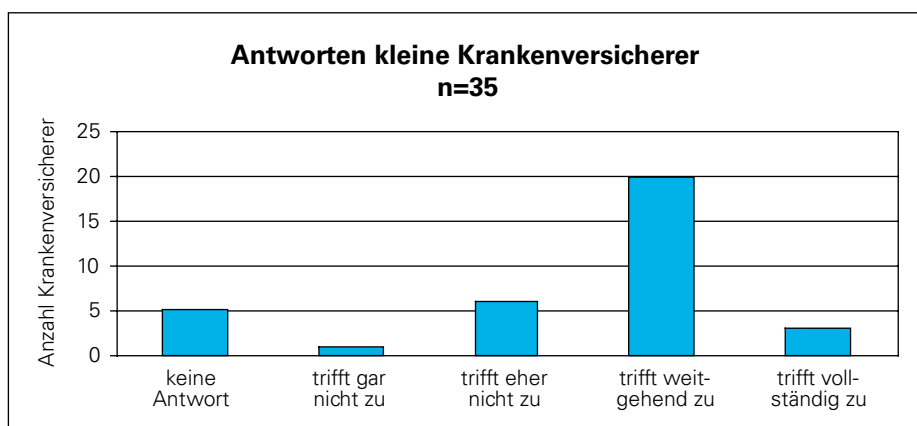
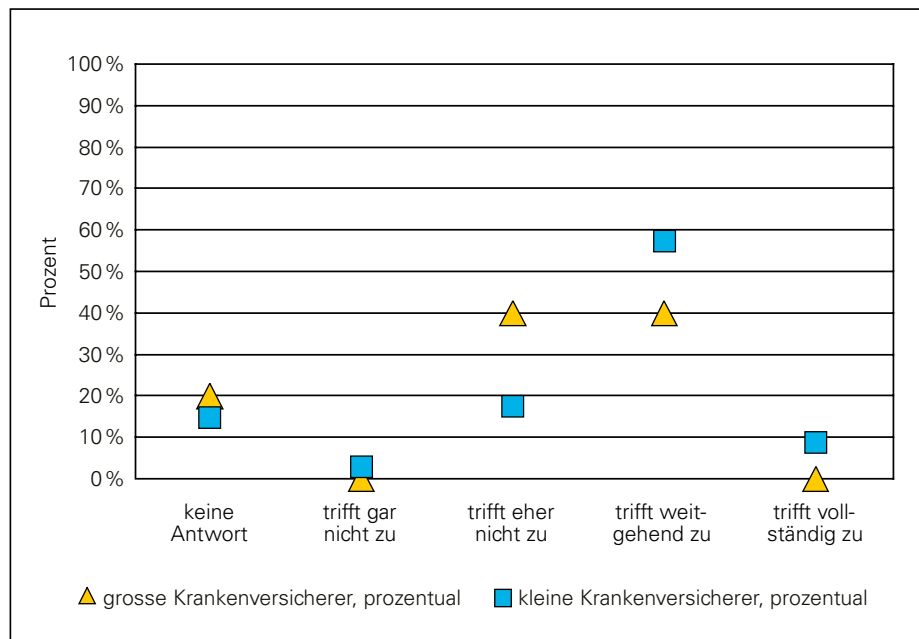


Abbildung 16 Verteilung der Antworten zu Frage 4, kleine Krankenversicherer



Frage 4: Die Prognosewerte halte ich insgesamt für plausibel

Abbildung 17 Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 4, grosse und kleine Krankenversicherer



Die Daten werden von einer Mehrheit der Versicherer als weitgehend oder völlig plausibel beurteilt. Wiederum ist ein Unterschied zwischen den grossen und den kleinen Krankenversicherern zu erkennen. Während die kleinen Krankenversicherer die Daten mehrheitlich für plausibel halten (68% , halten von den grossen Krankenversicherern 40% die Prognosewerte eher für plausibel und 40% eher für unplausibel. Die übrigen haben zu dieser Frage nicht geantwortet.

Interpretation WIG

Das Kostenprognosemodell gibt eine Grössenordnung für die zukünftigen Kosten an. Diese liegt aus Sicht der Krankenversicherer durchaus im plausiblen Bereich. Der Unterschied bezüglich Plausibilität zwischen den kleinen und den grossen Krankenversicherern liegt vermutlich darin, dass die kleinen Krankenversicherer weniger Ressourcen haben, um eine konkrete, umfassende Kostenprognose zu erstellen. Daher liegen die allgemeinen, versicherungsunabhängigen Werte des Kostenprognosemodells wohl in der Grössenordnung derjenigen von kleinen Krankenversicherern. Die grösseren Krankenversicherer hingegen machen meist eine sehr aufwendige, eigene Kostenprognose, die von ihnen dann auch als genauer eingeschätzt wird. Das Kostenprognosemodell berechnet allgemeine Durchschnittskosten. In einer Untersuchung des BAG wurde festgestellt, dass in den letzten zwei Jahren die Prognosen des Kostenprognosemodells im Vergleich zu den Prognosen der Krankenversicherer immer an vorderster Front lagen (vgl. auch Frage 1).

Frage 4a: Folgende Daten aus dem OKP-Prognosemodell werden für besonders plausibel gehalten

Bei dieser Frage wurde insgesamt relativ wenig Feedback gegeben.⁸ Klar hervorgekommen ist jedoch die Tatsache, dass die Steigerung der Gesamtkosten der gesamten Schweiz häufig als plausibel bezeichnet wird. Zudem werden einzelne Kantone oder Kostenkategorien als besonders plausibel erwähnt, wobei kein eindeutiges Muster zu erkennen ist.

Frage 4b: Folgende Daten aus dem OKP-Prognosemodell werden für wenig plausibel gehalten

Einzelne Kantone und einzelne Kostenkategorien werden erwähnt, es ist jedoch auch hier kein systematisches Muster zu erkennen. Tendenziell sind es eher die kleineren Kantone und die kleineren Kostenkategorien oder Kostenkategorien einzelner Kantone. Allerdings sind von dieser Regel in Einzelfällen auch Ausnahmen zu verzeichnen (z. B. Kantone Bern, Genf und Basel wurden je einmal als unplausibel erwähnt).

Dann wurden die «Minusbeträge» (negatives Wachstum in einzelnen Kantonen) als unplausibel bezeichnet.

Unter dieser Frage wurde auch auf die «grossen Bandbreiten» und die nicht berücksichtigten «Strukturbrüche» (z.B. durch Tarmed, Tarifanpassungen) hingewiesen, die ebenfalls dazu führten, dass das Modell in den Augen der Befragten unplausibel wird.

Interpretation WIG

In den Fragebögen kam zum Ausdruck, was sich später in den Interviews bestätigte. Eine jährliche Teuerung der OKP-Kosten in der Grössenordnung von ca. 5% wird als «normal» betrachtet. Die durch das Modell geschätzte Teuerung von 4,2% für das Jahr 2005 liegt nicht weit von diesem Wert entfernt und wird deshalb als plausibel beurteilt.

Es konnten wenige Hinweise auf systematische Unplausibilitäten gefunden werden. Diese bezogen sich auf einzelne Werte, die von einzelnen Versicherungen als besonders unplausibel bezeichnet wurden. Wir vermuten, dass tendenziell vor allem sehr grosse oder sehr kleine (oder negative) Teuerungswerte oft als eher als unplausibel bewertet wurden. Zudem kam auch an dieser Stelle wiederum die Kritik an den «zu breiten» Konfidenzintervallen zum Vorschein, welche die Krankenversicherungsvertreter doch ziemlich irritiert zu haben scheinen und einen Hauptgrund für die Kritik am Modell insgesamt darstellen.

⁸ Offene Fragen auf Fragebögen werden häufig nicht sehr ausführlich beantwortet. Für offene Fragen eignet sich methodisch das Interview besser.

Frage 5: Folgende Prognosewerte aus dem OKP-Prognosemodell sind für die Zwecke der Krankenversicherer besonders brauchbar

Folgende Daten wurden unter dieser Frage als besonders brauchbar erwähnt:

- Unteres und Oberes Prognoseintervall und Punktprognose (UPI/PP/OPI) nach Kantonen
- Prozentuale Veränderung pro Jahr und Kanton
- Durchschnittskosten pro Kanton
- Kosten pro Versicherten und Jahr
- Kosten pro Kostenart
- Alle, unter dem Gesichtspunkt, dass die Daten lediglich als Hilfestellung und Plausibilisierung der eigenen Werte dienen

Aufgrund der Häufigkeit der genannten Antworten geht hervor, dass vor allem die totalen kantonalen Werte für die Krankenversicherer interessant sind. Allerdings wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Daten nicht als Entscheidungsgrundlage benützt werden können, sondern lediglich als Hilfestellung oder als Plausibilisierung der eigenen Daten. Häufig wird das Fehlen von versichererspezifischen Eigenheiten bemerkt, die mit dem Modell nicht abgedeckt werden können, für die Krankenversicherer für die Kostenprognose und den Prämienfindungsprozess aber sehr relevant sind. Wir werden auf diesen Punkt detailliert zu einem späteren Zeitpunkt eingehen.

Interpretation WIG

Aufgrund der in Punkt 4.1, Frage 1 erwähnten Relevanz von konkret auf die einzelne Krankenversicherer zugeschnittenen Kostenprognosen, werden die Daten aus dem Kostenprognosemodell nicht als primäre Entscheidungsgrundlage bei der Prämienfindung beurteilt. Allerdings werden einige kantonale Werte doch als Vergleichsbasis für die eigenen Prognosen herangezogen.

Frage 6: Folgende Punkte müssten am Modell verändert werden, damit der Nutzen gesteigert werden kann

Es werden viele Punkte erwähnt, die mit dem Kostenprognosemodell nicht abgedeckt werden (können). Diese sind:

- Daten zu Tarifverhandlungen / Tarmed
- Bestandes- / und Risikostruktur der einzelnen Versicherer
- Grösse der Krankenversicherer
- Anzahl Versicherte mit wählbarer Franchise
- Aktuelle Daten (aus dem laufenden Jahr)
- Nachträgliche Berechnung für vergangene Jahre mit gleicher Methode und Überprüfung
- Entwicklung der Ärztedichte pro Region
- Berücksichtigung der Regionen zusätzlich zu den Kantonen
- Modellierung möglicher Auswirkungen von Gesetzesänderungen
- Veränderungen in der Abrechnungspraxis

Auch von sämtlichen Interviewpartnern wurden jeweils immer wieder die oben aufgeführten Punkte erwähnt. Als ein wichtiger Punkt wurde häufig das Marktverhalten der einzelnen Krankenversicherer erwähnt. Gemeint damit ist die relative Prämienhöhe eines Versicherers, also die Höhe der Prämie im Verhältnis zu den Konkurrenten. Damit kann ein Krankenversicherer in einem Jahr eine kundengewinnende Strategie verfolgen und beispielsweise eine Nullrunde bei der Prämienhöhung durchführen und damit versuchen, neue Kunden zu gewinnen. Oder sie kann mit einem kräftigen Prämienwachstum eine Strategie festlegen, wenige oder keine neuen Kunden anzulocken. Die resultierenden Zu- oder Abgänge an Versicherten haben dann einen Einfluss auf die in Zukunft anfallenden Kosten. Obwohl Prämie und Kosten zwei verschiedene Dinge sind, hängen diese für die Krankenversicherer doch in beide Richtungen zusammen. Also nicht nur die Kosten sind ein wesentlicher Einflussfaktor für die Prämien, sondern auch die Prämien beeinflussen als eine Rückkopplung über Zu- und Abgänge wiederum die Kosten.

Die oben aufgeführte Liste an Aussagen wurde in den Interviews einerseits bestätigt und andererseits noch deutlich erweitert (vgl. 5.1.1).

Interpretation WIG

Diese Auflistung bestätigt die Aussagen aus den Fragen 1 bis 5. Für die Krankenversicherer sind versicherungsspezifische, das heisst konkret auf die eigenen Bedürfnisse und Verhältnisse abgestimmte Kostenprognosen relevant. Eigene Prognosen berücksichtigen einige oder alle der oben genannten Punkte. Diese Punkte werden jedoch im Kostenprognosemodell nicht erfasst, da sie entweder versicherungsspezifische Daten beinhalten, prospektive Daten erfordern oder einmalige Ereignisse betreffen. Das Kostenprognosemodell in der jetzigen Form ist jedoch a priori nicht dafür ausgelegt.

Falls das Modell mit eigenen Kostendaten «gefüttert» würde, könnte voraussichtlich der Nutzen für die Krankenversicherer deutlich erweitert werden. Damit wäre ein grosser Teil der Kritikpunkte bereits abgedeckt.

Frage 7: Wir sind interessiert, solche Prognosedaten auch in Zukunft zu erhalten

Abbildung 18 Verteilung der Antworten zu Frage 7, alle Krankenversicherer

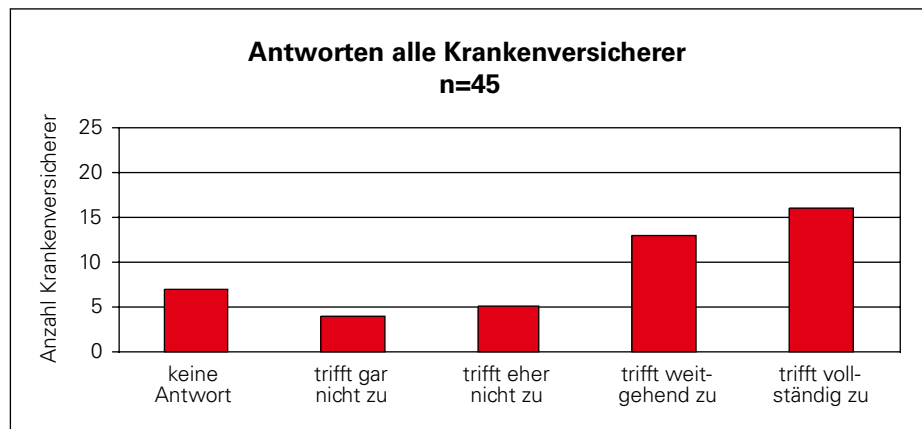


Abbildung 19 Verteilung der Antworten zu Frage 7, grosse Krankenversicherer

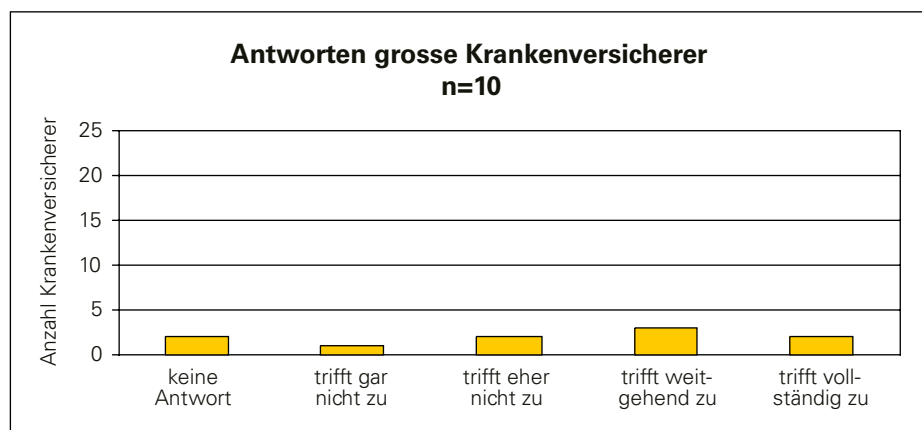
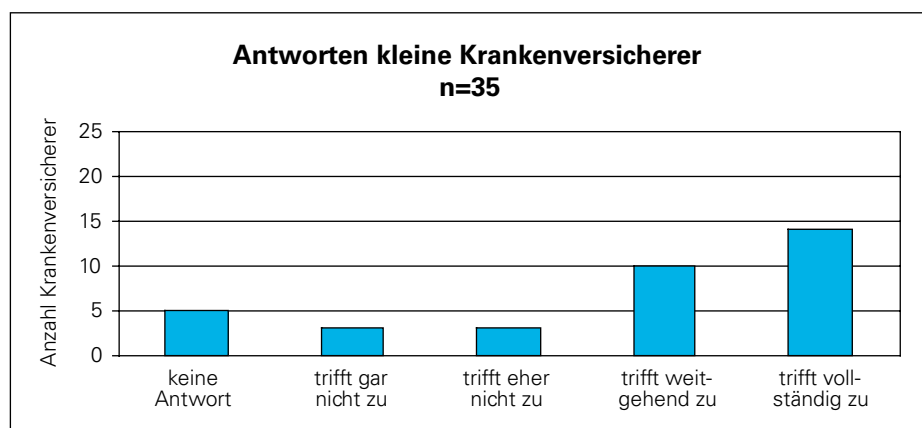
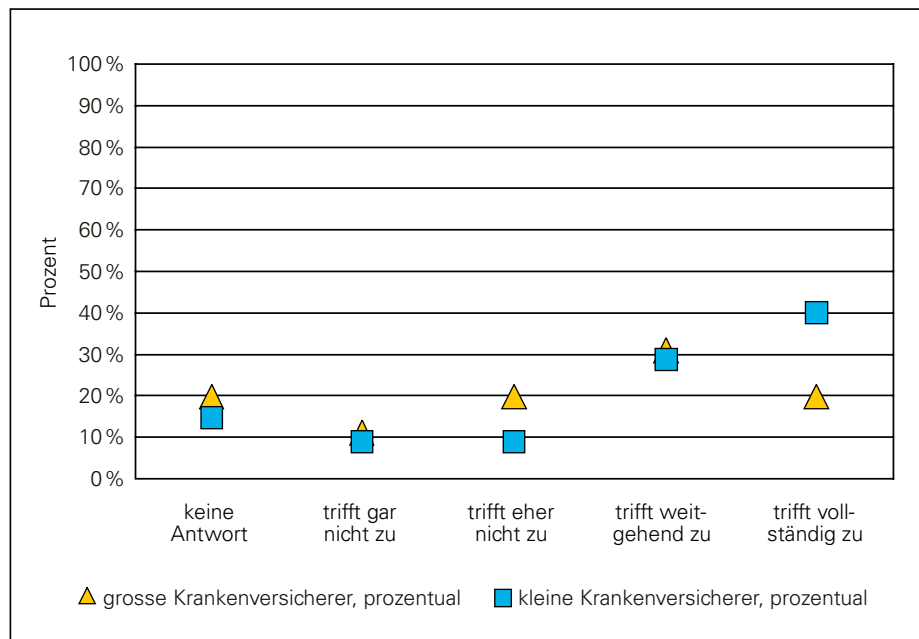


Abbildung 20 Verteilung der Antworten zu Frage 7, kleine Krankenversicherer



Frage 7: Wir sind interessiert, solche Prognosedaten auch in Zukunft zu erhalten

Abbildung 21 Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 7, grosse und kleine Krankenversicherer



Eine Mehrheit der befragten Krankenversicherer wünscht auch in Zukunft solche Prognosen. Aufgeteilt nach Grösse ergibt sich das Bild, dass ca. 70% der kleinen Versicherer angeben, in Zukunft solche Prognosen zu wünschen, während von den grossen Versicherern 50% ein Interesse daran bekunden.

Interpretation WIG

Insgesamt ist ein Interesse an solchen Daten vorhanden und wir schliessen daraus, dass auch in Zukunft den Krankenversicherern diese Daten zur Verfügung gestellt werden sollten. Falls es gelingt, gewisse Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge aufzunehmen, könnte vermutlich das Interesse in der Zukunft eher noch zunehmen. Ebenfalls zur weiteren Akzeptanz des Modells beitragen würden gute Prognosen über mehrer Jahre hinweg, also ein guter «Track record».

Frage 8: Wir erstellen jährlich eine eigene Kostenprognose als Unterstützung für die Prämienfindung

Abbildung 22 Verteilung der Antworten zu Frage 8, alle Krankenversicherer

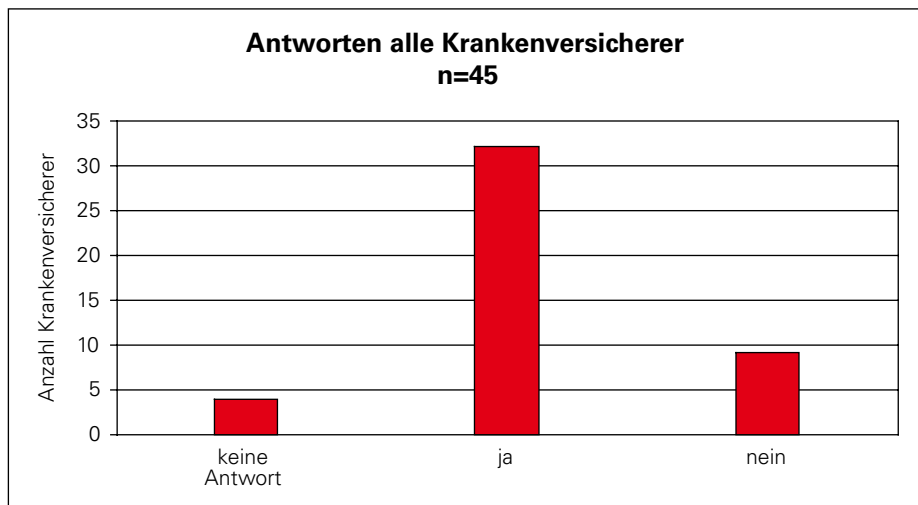


Abbildung 23 Verteilung der Antworten zu Frage 8, grosse Krankenversicherer

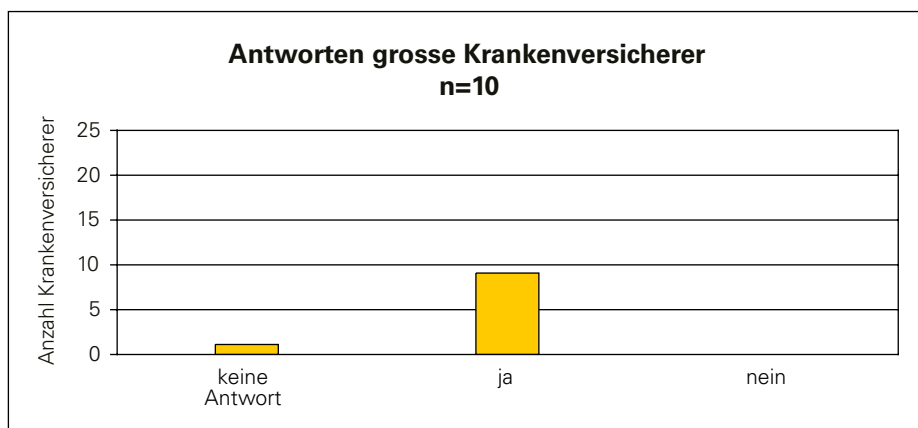
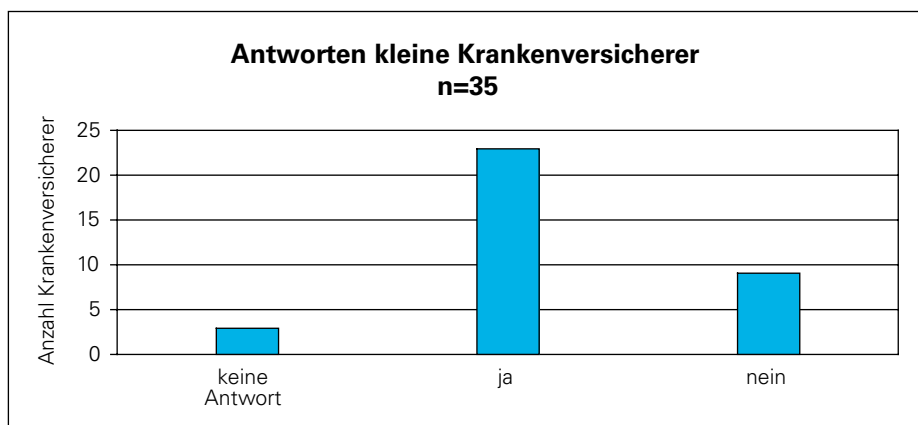
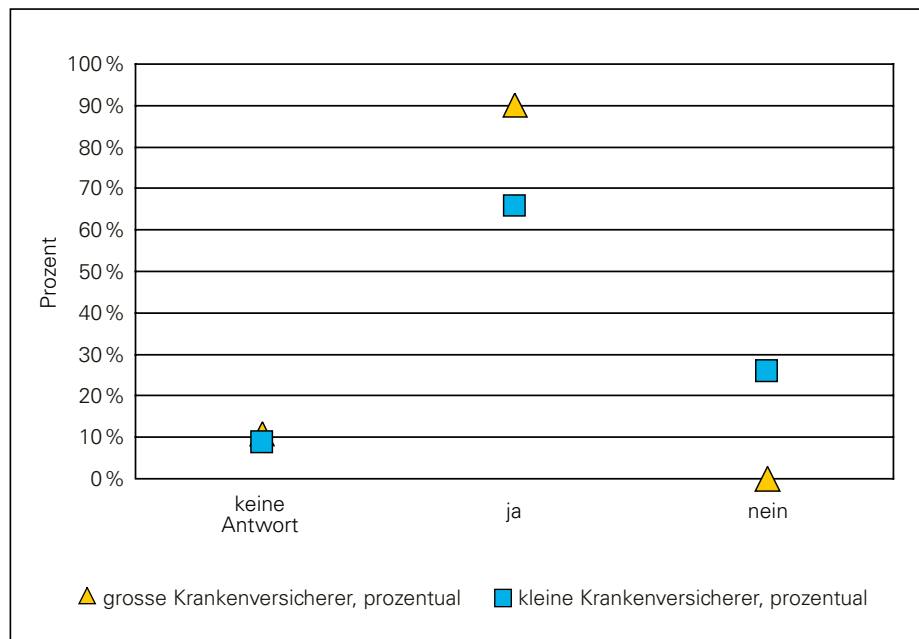


Abbildung 24 Verteilung der Antworten zu Frage 8, kleine Krankenversicherer



Frage 8: Wir erstellen jährlich eine eigene Kostenprognose als Unterstützung für die Prämienfindung

Abbildung 25 Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 8, grosse und kleine Krankenversicherer



Der grösste Teil der Krankenversicherer erstellt jährlich eine eigene Kostenprognose. Mehr als zwei Drittel aller antwortenden Krankenversicherer hat diese Frage mit «ja» beantwortet. Die wenigen, die keine eigene Kostenprognose machen sind ausnahmslos kleine Krankenversicherer.

Interpretation WIG

Es war doch recht erstaunlich festzustellen, dass fast 30 Prozent der kleinen Krankenversicherer angeben, keine eigenen Prognosen zu erstellen. Eine Annahme über die für das nächste Jahr zu erwartende Teuerung muss nämlich jeder Krankenversicherer für die Prämienfestlegung treffen. Krankenversicherer, welche keine Prognosen erstellen, verwenden vermutlich Prognosen, welche von externen Stellen (z.B. santésuisse) zur Verfügung gestellt werden. Das Resultat dieser Frage verstärkt wiederum die Vermutung, dass die kleinen Krankenversicherer eher auf eine eigene Kostenprognose verzichten, während die grossen eine eigene Kostenprognose erstellen, da diese eher die entsprechenden Ressourcen dafür zur Verfügung haben.

Frage 9: Wir verwenden die folgenden Daten, um unsere eigene Kostenprognose zu erstellen.

Diese Frage wurde häufig und auch ziemlich ausführlich beantwortet. Meistens wurden mehrere Punkte genannt. Wir haben versucht, in der folgenden Zusammenstellung diese Antworten zusammenzufassen und zu ordnen. Die sich ergebende Liste ist eine Auswahl der insgesamt verwendeten Datentypen und sagt folglich nichts darüber aus, auf welche Auswahl an Daten ein einzelner Krankenversicherer zurückgreift.

Tabelle 1 Daten für eigene Kostenprognose

Interne Daten

- (Netto-)Leistungen Vorjahr pro Kopf (häufig genannt)
- vergangene Entwicklung pro Kanton und Kostenart
- Leistungen im aktuellen Jahr (häufig genannt)
- Verwaltungskostenanteil
- Mengenausweitung / Leistungsausweitung
- Risikoausgleichsdaten (häufig genannt)
- Mitgliederzahlen nach Alter/Geschlecht und nach Produkten (HMO, Hausarzt, etc.) und Entwicklung
- Anteil wählbare Franchisenehmer in Relation zu ordentlicher Franchise
- Verträge mit Leistungserbringern
- Erfahrung

Externe Daten

- Datenpool santésuisse (häufig genannt)
 - Demographische Entwicklung (häufig genannt)
 - Konsumentenpreise
 - Ärztedichte pro Kanton
 - Taxpunktwerte
 - Änderungen und zu erwartende Änderungen BAG
 - politische Entscheide Bund/Kanton
 - Tarifierhöhungen aufgrund von Verträgen und laufenden Verhandlungen (durch santésuisse)
 - Gesetzliche Änderungen
 - Gerichtsentscheide
 - Einbezug zeitlicher Verzögerungen (z.B. bei Tarmed-Einführung) oder von Gesetzesänderungen (z.B. Erhöhung der Grundfranchisen von CHF 230.– auf 300.–)
 - Marktbeobachtungen
 - «weiche» Umfeldinfo's
-

Interpretation WIG

Die Zusammenstellung zeigt sehr schön die unterschiedlichen Daten, welche letztlich für die Krankenversicherer relevant sein können. Auffällig ist die Tatsache, dass bei den Aussagen nicht immer eindeutig zwischen den eigentlichen OKP-Kosten und anderen für die Krankenversicherer relevanten Faktoren unterschieden wird. Wir erklären diese Tatsache damit, dass die Kostenprognose letztlich für die Krankenversicherer nur eine Bedeutung im Rahmen des Prämienfindungsprozesses hat und nicht isoliert betrachtet wird.

Bei dieser Frage wird auch deutlich, dass nicht nur vergangene Daten und Datenreihen verwendet werden, sondern auch zukünftige Daten und einmalige Ereignisse berücksichtigt werden. Dafür ist das statistische Modell nicht ausgelegt, und genau das wird daran auch häufig kritisiert. Die Datenqualität in dieser Liste ist dabei sehr unterschiedlich und «harte» quantitative Datenreihen (z.B. Konsumentenpreise oder eigene Kostenentwicklung) werden mit «weichen» qualitativen Daten (z.B. Erfahrung, Marktbeobachtungen) in einem Zug genannt. Verständlich und logisch wird diese Liste erst vor dem Hintergrund des Prämienfindungsprozesses, der in Abschnitt 5.1.3 dargestellt ist, wo sichtbar wird, wie die Daten in einen strukturierten sozialen Prozess in die Organisation eingebettet sind.

Frage 10: In der Vergangenheit waren unsere eigenen Prognosen zuverlässig

Abbildung 26 Verteilung der Antworten zu Frage 10, alle Krankenversicherer

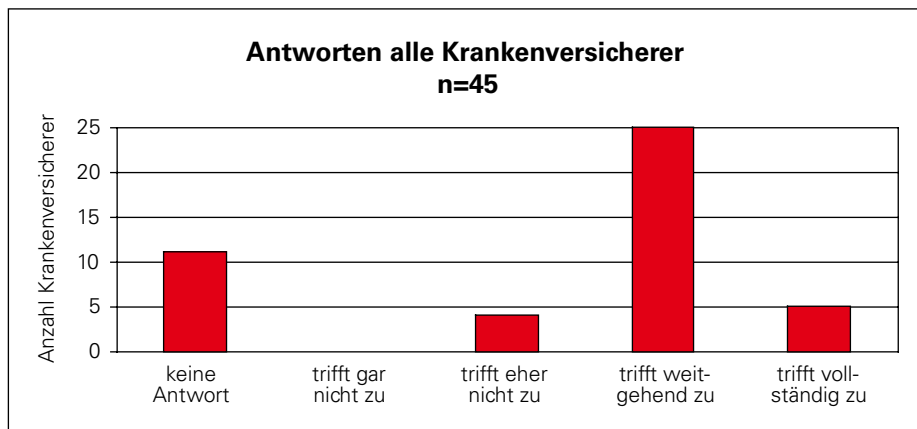


Abbildung 27 Verteilung der Antworten zu Frage 10, grosse Krankenversicherer

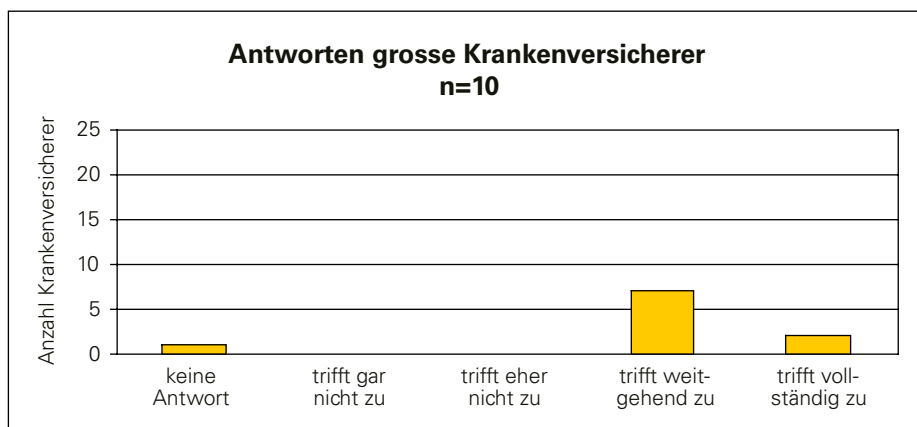
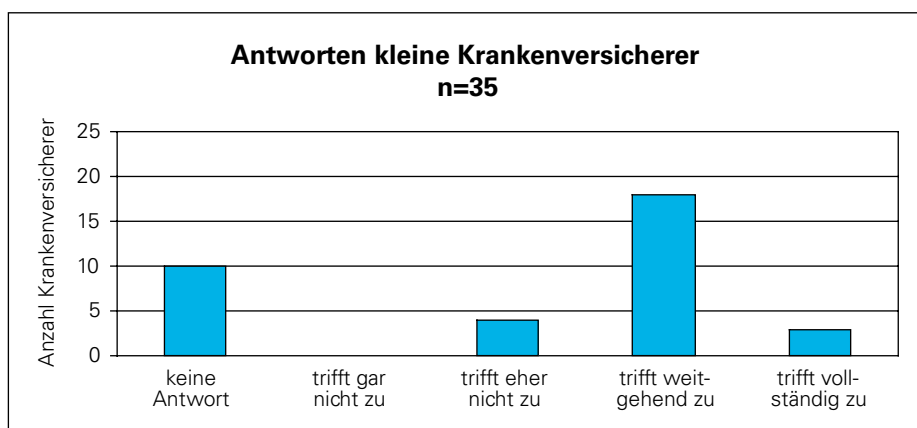
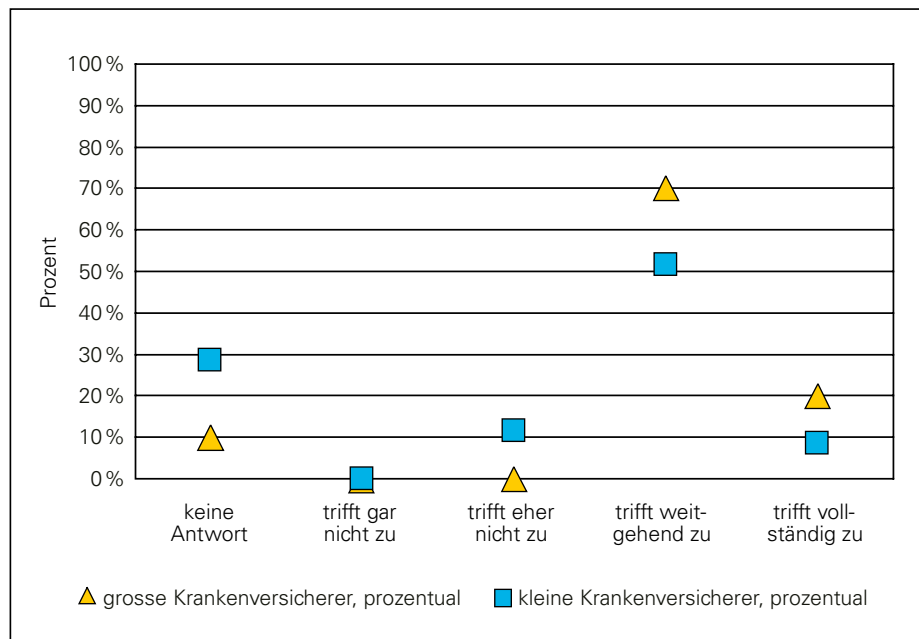


Abbildung 28 Verteilung der Antworten zu Frage 10, kleine Krankenversicherer



Frage 10: In der Vergangenheit waren unsere eigenen Prognosen zuverlässig

Abbildung 29 Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 10, grosse und kleine Krankenversicherer



Wenn eine eigene Kostenprognose von einem Krankenversicherer erstellt wird, wird diese sowohl bei den kleinen als auch bei den grossen Krankenversicherern meist als zuverlässig eingeschätzt. Bei den grossen Krankenversicherern wird die Zuverlässigkeit der eigenen Prognosen als noch etwas besser eingeschätzt als bei den kleinen.

Interpretation WIG

Die Vermutung, dass die grossen Krankenversicherer genauere und damit im Endergebnis verlässlichere Kostenprognosen (aufgrund grösserer Ressourcen) erstellen können als kleine Krankenversicherer, wird in Frage 10 bestätigt. Zudem verfügen grössere Krankenversicherer mit grosser Wahrscheinlichkeit über besseres Datenmaterial als kleinere. Primär hängt dies schlicht und einfach mit der grösseren Datenmenge zusammen. Ob auch die Datenqualität der eigenen Daten bei grösseren Versicherungen besser ist als bei kleineren, können wir aufgrund dieser Studie nicht beurteilen.

Inzwischen hat das BAG die Prognosen der grossen Krankenversicherer der letzten Jahre mit den Prognosen des Kostenprognosemodells verglichen. Dabei hat sich gezeigt, dass die Prognosen der grossen Versicherer sich in ihrer Genauigkeit sehr stark unterscheiden. Die Auswertung ergab zudem, dass die Prognosegenauigkeit des Kostenprognosemodells im Vergleich zu den Prognosen der Krankenversicherer immer in den Spitzenrängen lag (vgl. Frage 1).

Frage 11: Die hier zur Verfügung gestellten Prognosedaten des OKP-Kostenprognosemodells sind / waren für unseren Prämienfindungsprozess nützlich

Abbildung 30 Verteilung der Antworten zu Frage 11, alle Krankenversicherer

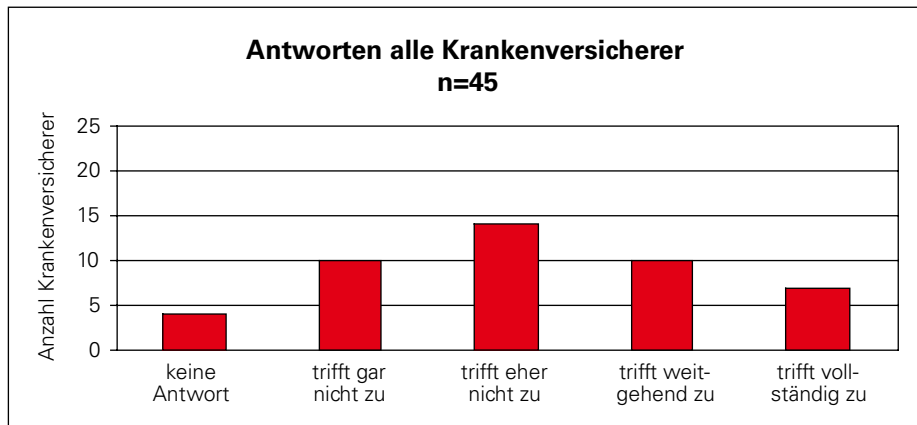


Abbildung 31 Verteilung der Antworten zu Frage 11, grosse Krankenversicherer

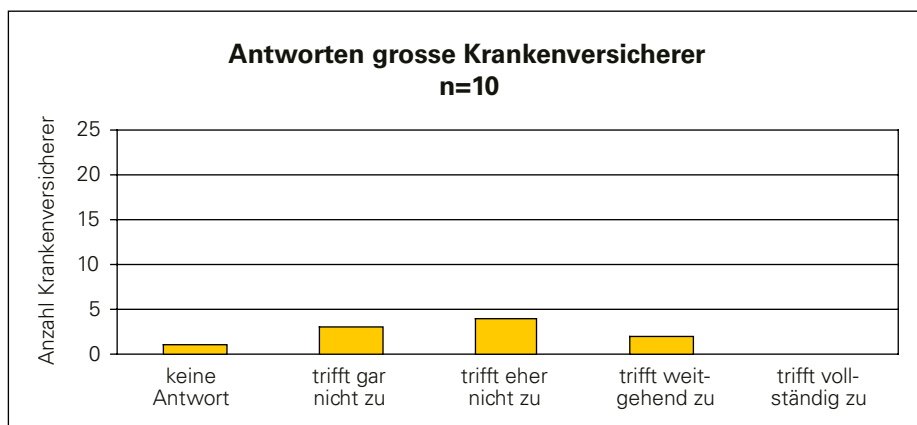
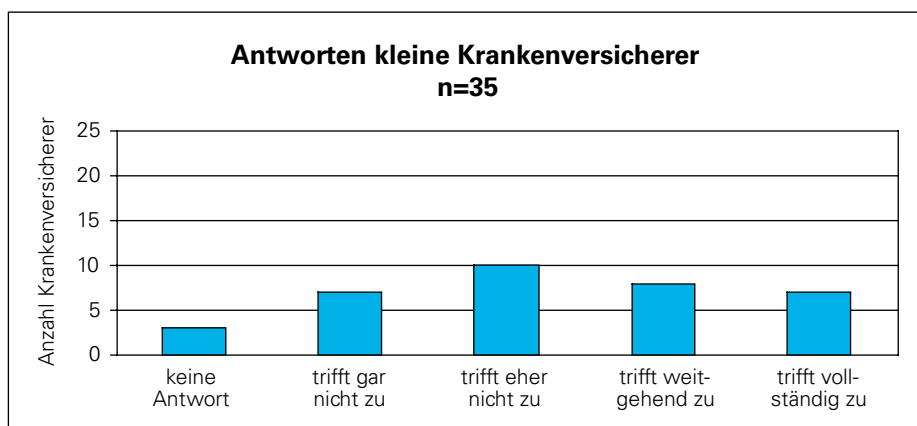
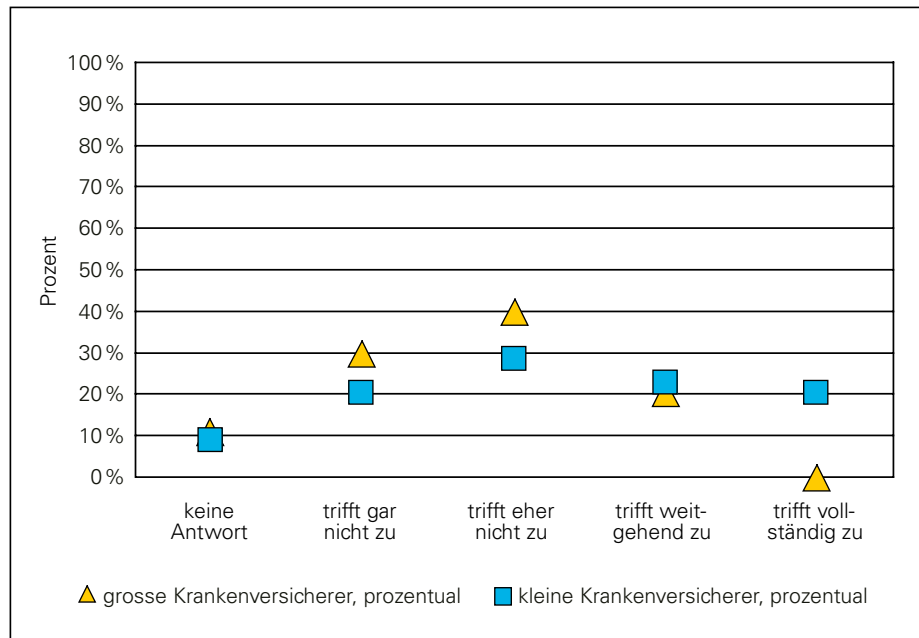


Abbildung 32 Verteilung der Antworten zu Frage 11, kleine Krankenversicherer



Frage 11: Die hier zur Verfügung gestellten Prognosedaten des OKP-Kostenprognosemodells sind / waren für unseren Prämienfindungsprozess nützlich

Abbildung 33 Prozentuale Verteilung der Antworten zu Frage 11, grosse und kleine Krankenversicherer



In der Beurteilung der Krankenversicherer wird das OKP Prognosemodell als eher nicht nützlich beurteilt. Einen kleinen Unterschied lässt sich wiederum zwischen grossen und kleinen Krankenversicherern feststellen.

Die Tendenz, die sich schon durch alle Aussagen zieht, wird hier nochmals bestätigt. Die grossen Krankenversicherer gaben an, dass ihnen die Prognosedaten tendenziell wenig genützt haben. Nur gerade 20% der grossen Krankenversicherer gaben an, dass für sie diese Prognosedaten nützlich waren. Bei den kleinen liegt dieser Wert bei gut 40%.

Interpretation WIG

Diese Aussage lässt mehrere Interpretationen und Schlussfolgerungen zu.

- Der Grund, warum die Krankenversicherer das Prognosemodell sehr zurückhaltend verwenden (können) ist das Problem der Faktoren, die nicht in das Modell miteinbezogen werden können (siehe Frage 6).
- Ein möglicher weiterer Grund, warum eventuell nicht mehr Krankenversicherer die Daten als für den diesjährigen Prämienfindungsprozess nützlich beurteilte, könnte darin liegen, dass die Daten relativ spät bei ihnen eingetroffen sind. So war der Prämienfindungsprozess zum Teil schon abgeschlossen, als die Daten bei den einzelnen Krankenversicherern eintrafen.
- Möglicherweise könnten auch eine ausgewiesene gute Performance und die erwiesene gute Qualität des Modells zu seiner Akzeptanz und Nützlichkeit in der Zukunft beitragen.
- Schliesslich könnte auch ein Grund sein, dass das Modell und die Studie vom BAG unterstützt wurden und bei den Krankenversicherern eine recht grosse Skepsis gegenüber den Daten besteht. Man befürchtet, dass der Bund den Krankenversicherern bei der Prämiengestaltung zukünftig mehr Vorgaben machen und die Autonomie der Krankenversicherer beschneiden könnte. Dies ist nicht im Interesse der Krankenversicherer respektive santésuisse. Aus der Befragung des BAG ergab sich, dass dies auch keineswegs in der Absicht des BAGs liegt.

Frage 12: Bemerkungen

Im Folgenden sind die zusätzlichen Bemerkungen, die im Fragebogen abschliessend angefügt werden konnten, ungekürzt aufgelistet:

- Daten sollten früher zugestellt werden, damit sie für die Prämienfindung beigezogen werden können (Mai/Juni).
- Daten sind übersichtlich und gut dargestellt, auf Graphiken kann verzichtet werden.
- Prognosen im Krankenversicherungsbereich sind sehr schwierig zu machen, zumal es sehr viele Faktoren gibt, die nicht berücksichtigt werden können (Wetter wie der heisse Sommer 2003, politische Lage).
- Damit sich kein Krankenversicherer zu fest auf dieses Modell verlässt, muss unbedingt erwähnt werden:
 - ob das Modell primär ein Hochrechnungsmodell auf der Basis von Vergangenheitswerten ist oder
 - ob es sich um ein komplexeres Gesamtmodell handelt, welches auch zukünftige Entwicklungen auf der politischen Ebene, sei es im gesundheitlichen Umfeld, durch Simulation berücksichtigt
- Das Modell sollte die gleichen Gruppierungsebenen verwenden, welche auch in der Kommunikation mit anderen Stellen schon heute von den Versicherern verwendet wird (generell Altersgruppen im Intervall von 5 Jahren, alle Kostenkategorien, generelle Einteilung in Versichertenmodell/Schweiz/Kanton/Region, Erkrankte, Spitaltage).
- Das Volkseinkommen ist aus dem Modell zu entfernen und stattdessen die «Zahlungsmoral» einzusetzen.
- Die Konfidenzintervalle sind zu gross, so dass man sich nicht darauf abstützen kann.
- Der Aufwand und der Ertrag stehen in einem schlechten Verhältnis, es bringt eigentlich fast nichts mehr.
- Datenbasis auf Behandlungsbeginndaten umstellen, so werden Verzerrungen reduziert durch stabilere Datengrundlagen.
- Wichtig wären Aussagen über Mengenänderungen, die Kosten sind nur das eine.

Eine Hauptaussage, die aus den diversen Bemerkungen hervorgeht ist, dass eine krankenversicherungseigene Kostenprognose unerlässlich ist. Es ist nicht möglich, mit dem Kostenprognosemodell krankenversicherungsspezifische Eigenheiten, die sehr entscheidend sein können, abzudecken. Das Modell wird als Unterstützung oder Vergleichsbasis geschätzt.

Interpretation WIG

In diesen Bemerkungen kommt einmal mehr zum Ausdruck, dass in einem allgemeinen Prognosemodell viele zentrale und für Krankenversicherer wichtige Faktoren nicht miteinbezogen werden können.

4.2 Fazit aus der schriftlichen Befragung

- Insgesamt ergibt sich zum Modell eine zurückhaltende Zustimmung durch die Krankenversicherer.
- Die Mehrheit der Krankenversicherer ist der Meinung, dass die Prognosedaten grundsätzlich plausibel sind.
- Kleine Krankenversicherer beurteilen das Modell und einzelne Punkte tendenziell positiver als grosse Krankenversicherer.
- Eine Mehrheit der grossen Krankenversicherer gibt an, jeweils eine detaillierte eigene und in der Regel zu verlässige Kostenprognose zu erstellen. Rund 30% der kleinen Krankenversicherer geben an, keine eigene Kostenprognose zu erstellen.
- Das Kostenprognosemodell wird nicht als Entscheidungsgrundlage im Prämienfindungsprozess herbeigezogen, sondern als Vergleichshilfsmittel oder als Unterstützung bei der eigenen Kostenprognose bewertet.
- Um die Prognose als Entscheidungsgrundlage verwenden zu können, müssten aus Sicht der Befragten viele Faktoren miteinbezogen werden, die für jeden Versicherer unterschiedlich sein können.
- Der Detaillierungsgrad der Prognosedaten ist für die Krankenversicherer mehrheitlich zu gross, da Werte ausgewiesen werden (insbesondere für kleine Kostenkategorien und kleine Kantone werden), die für einzelne Krankenversicherer oft nicht relevant sind.
- Trotz der zurückhaltenden Zustimmung zu den Daten sind diese für die folgenden Jahre mehrheitlich wieder gewünscht. Die Präsentation der Daten soll so beibehalten werden. Die Daten sollten in Zukunft früher bei den Krankenversicherern eintreffen.

Die mündliche Befragung, welche im folgenden Kapitel dargestellt ist, soll dazu dienen, diese Ergebnisse noch zu verfeinern und zu konkretisieren.

5 Auswertung und Analyse der Interviews

Insgesamt wurden zehn ausführliche Interviews vor Ort geführt, davon sieben mit Krankenversicherern, zwei mit kantonalen Gesundheitsdirektionen und eines mit der für die Prämiengenehmigung zuständigen Stelle des BAG. Die Interviews dauerten jeweils zwischen einer und zwei Stunden.

In den Interviews mit den Vertretern der Krankenversicherer wurden zuerst Fragen zum Modell und seiner Praxistauglichkeit für die eigene Organisation gestellt. Zweitens wurde nach den eigenen Prognosen gefragt. Schliesslich wurde in einem dritten Teil über den Prämienfindungsprozess gesprochen. Mit den kantonalen Gesundheitsdirektionen und dem BAG-Vertreter wurden ebenfalls die 3 Themenblöcke, aber adaptiert auf die eigene Situation, thematisiert.

Im Folgenden werden die drei Perspektiven – Krankenversicherer, kantonale Gesundheitsdirektionen, BAG – aufgrund der geführten Interviews dargestellt, kommentiert und interpretiert.

5.1 Die Perspektive der Krankenversicherer

Bei den Interviewpartnern⁹ aus den Krankenversicherern handelte es sich in jedem Fall um Personen, die in den Prämienfindungsprozess der eigenen Organisation involviert sind. Ihre Funktionen waren Geschäftsführer, Finanzchef oder Expertenstab der Geschäftsleitung (Mathematiker/Statistiker/Ökonomen).

Innerhalb des groben Rasters der drei Themen (Kostenprognosemodell, eigene Kostenprognosen, Prämienfindungsprozess) haben wir jeweils versucht, den Befragten auch genügend Raum zu geben, um Themen anzuschneiden und auszuführen, die ihnen aus ihrer Perspektive als besonders wichtig erschienen. Wir haben stets versucht, nachzufragen, in die Tiefe zu gehen, konkrete Beispiele zu erhalten und neben Meinungen auch das tatsächliche Verhalten abzufragen.

5.1.1 Zum OKP-Kostenprognosemodell¹⁰

Der erste Teil der Interviews mit den Krankenversicherern bezog sich auf das Kostenprognosemodell und dessen Nützlichkeit und Brauchbarkeit für den jährlichen Prämienfindungsprozess.

Allgemeines zum Modell

Grundsätzlich sprechen sich die befragten Vertreter der Krankenversicherer dafür aus, diese Prognose-daten auch in Zukunft zu erhalten. Sie bemerkten, dass ihnen die Daten einen zusätzlichen Hinweis und eine gewisse Sicherheit geben, da sie sehen, «wie sich der Gesamtmarkt entwickelt» und «was der Bund in etwa fürs nächste Jahr erwartet».

Allerdings hat keiner der Befragten die Bedeutung und die Wichtigkeit dieser Daten als besonders hoch eingestuft. Den eigenen Berechnungen und Prognosen wird mehr Bedeutung und Glaubwürdigkeit zugemessen. Dies ist auch nachvollziehbar, da das Prognosemodell die spezifische Risikostruktur der einzelnen Krankenversicherer nicht abbilden kann und die Krankenversicherer über langfristige und präzise eigene Kostendaten verfügen. Folgende Aussage drückt die allgemeine Haltung gegenüber dem Modell recht gut aus: «Das Modell kann man nicht alleine brauchen, aber es kann als zusätzliches Hilfsmittel dienen.»

Zu den Inputdaten (santésuisse Datenpool)

Den Inputdaten des Modells, das heisst den Daten aus dem santésuisse Datenpool, wird im Allgemeinen mit einer gewissen Skepsis begegnet. Sie seien zu ungenau, war der Grundtenor in den Interviews.

⁹ Wir verwenden in diesem Bericht für die Interviewpartner ausschliesslich die männliche Form, da dies auch der realen Situation sehr nahe kommt. Von den insgesamt 18 an den Interviews beteiligten Personen waren 2 Frauen.

¹⁰ Eine Zusammenfassung der Prognosedaten für die Jahre 2004 und 2005 findet sich im Anhang IV.

Diese Kritik bedeutet nicht per se, dass die Qualität der Datenpool-Daten ungenügend ist. Sie hängt vor allem auch mit der Tatsache zusammen, dass die Krankenversicherer ihren eigenen Daten mehr Vertrauen schenken als den Daten aus dem Datenpool. Erstens beziehen sich die eigenen Kostendaten auf die eigene für den jeweiligen Krankenversicherer relevante Versichertenstruktur und zweitens sind diese immer aktueller als die Daten des Datenpools.

Teilweise kam sehr detaillierte Kritik und auch Verbesserungsvorschläge bezüglich der Inputdaten. Ein Vorschlag war, dass man mit Behandlungsbeginndaten statt mit Abrechnungsdaten arbeiten sollte und sich damit die Qualität der Resultate verbessern würde. Diese Aussage wird jedoch nicht von allen Befragten geteilt.

In den Interviews wurde mehr als einmal der Wunsch geäußert, dass es interessant sein könnte, wenn der Krankenversicherer das Modell mit den eigenen Daten füttern könnte.

Weiter wurde vorgeschlagen, dass man die Prognosewerte der vergangenen Jahre mit dem OKP-Prognosemodell rückwirkend berechnet und dann mit den tatsächlichen Kostenentwicklungen vergleicht. Damit könnte die Verlässlichkeit des Prognosemodells besser eingeschätzt werden.

Zum Modell im Speziellen

Keiner der befragten Vertreter der Krankenversicherer hat angegeben, den statistisch-mathematischen Kern des Modells im Detail überprüft zu haben. Entweder habe das Know-how oder die Zeit gefehlt. Fast alle haben gemeint, dass der technische Bericht für sie nicht zu verstehen sei. Aufgrund der vielen für mathematische Laien kompliziert aussehenden Formeln wurde jedoch mehrheitlich geschlossen, dass bei der Konstruktion des Modells Fachleute am Werk waren und das Modell schon in Ordnung sein würde.

In der Regel wurde das mangelnde Verständnis für die Formeln den eigenen fehlenden Kenntnissen in diesem Bereich zugeschrieben. Die Vertreter eines Krankenversicherers vermuteten jedoch explizit, dass die Autoren bewusst versucht hätten, den Bericht intransparent zu halten. Es wurde angenommen, dass die Autoren damit ihr Modell vor dem Kopieren schützen wollten.

Das Interesse am Modell selber und den Formeln ist unterschiedlich. Bei einigen Befragten hält es sich in Grenzen. Ein Mathematiker hat dazu folgendes geäußert: «Die Geschäftsleitung interessiert sich nicht für das Modell, sondern nur für die Resultate.» Andere Befragte würden das Modell gerne verstehen. Es war für sie aber zu kompliziert und/oder der Aufwand zu gross. Ein genaueres Verständnis des Modells wäre aber gemäss ihren Aussagen die Voraussetzung für eine bessere Beurteilung der Resultate.

Ein Hauptkritikpunkt war, dass das Modell die so genannten «Sonderfaktoren» nicht berücksichtigt. Dieser Punkt kam fast bei jedem Gespräch (auch Kantone und Bund) relativ rasch zur Sprache. Zum Teil handelt es sich bei diesen Punkten auch einfach um versicherungsspezifische Ausprägungen einzelner Werte.

Wir haben bei diesem Punkt stets nachgefragt, was für Faktoren denn konkret gemeint sind. Wir erhielten folgende Antworten, die wir nach internen und externen Faktoren sortiert haben:

Tabelle 2 Faktoren, die im Modell nicht berücksichtigt sind

Faktoren, die im Modell nicht berücksichtigt sind, für eine genaue Kostenprognose aber sehr wichtig sind

Interne Faktoren

- Eigene vergangene Kostendaten
- Risikoprofil des Versichertenkollektivs
- Risikoausgleichszahlungen
- Versicherten Zu- und Abgänge
- Franchisenwechsel
- Rückstellungs- und Reservebedarf
- Verwaltungskosten und Abschreibungen
- gewählte Strategie der eigenen Krankenversicherer in den verschiedenen Kantonen für das entsprechende Jahr

Externe Faktoren

- Tarifverhandlungen (in der Regel per Juni abgeschlossen)
 - Nachforderungen (z.B. wegen EVG-Entscheiden oder anderen Gerichtsentscheiden)
 - Verhalten der kantonalen Behörden (z.B. ob gewisse Versicherte in einem Kanton angehalten werden in den billigsten Krankenversicherer zu wechseln)
 - Einführung neuer Tarif (Tarmed)
 - verspätete Rechnungsstellung der Leistungserbringer (z.B. wegen Tarmed)
 - Gesetzes- und Verordnungsänderungen
 - Neues Abrechnungsmodell (z.B. DRGs)
 - Neue Franchisen-Kategorien
 - Marktverhalten der anderen Krankenversicherer
-

Bei den Antworten in Tabelle 2 fällt auf, dass diese sich nicht ausschliesslich auf die OKP-Kosten beziehen, sondern auch andere für den Prämienfindungsprozess relevante Einflussgrössen beinhalten. Das gleiche Bild zeigte sich schon unter Frage 9 im Fragebogen (vgl. Seite 21). Für die Krankenversicherer sind die OKP-Kosten und ihre Entwicklung Teil eines grösseren Zusammenhangs, wie er im Prämienfindungsprozess beschrieben wurde.

Es sind vor allem die externen Faktoren, die für die Krankenversicherer sehr schwierig zu prognostizieren sind. Viele dieser Faktoren sind auch wiederum von politischen Entscheiden abhängig. Darüber hinaus beeinflussen die erwarteten Zu- und Abgänge an Versicherten das ganze Ergebnis sehr stark. Zudem sind sie von den Krankenversicherern selber meistens nur in der Tendenz vorherzusagen. Dies trifft vor allem auf relativ kleine Versicherer zu, da dort der prozentuale Zu- oder Abgang sehr schnell sehr gross sein kann.

Zu den Prognosedaten

Der Umfang und der Detaillierungsgrad der Prognosedaten (nach Kantonen und 10 Kostenkategorien) wurden allgemein als gut beurteilt. «Mehr würden wir auch nicht anschauen, weil das zu aufwendig wäre.» Die Versicherer interessieren sich vor allem für die Daten der grossen Kostenkategorien (Spital stationär, Spital ambulant, Arzt und Medikamentenkosten) und die Kantone, in denen sie auch viele eigene Versicherte haben.

Die Plausibilität der Prognosedaten wurde insgesamt als gut beurteilt. Die Befragten verwiesen dabei vor allem auf die prognostizierte Gesamtkostensteigerung von 4.2% für das Jahr 2005, die ihnen plausibel erschien und nahe an einer Art historischem Erfahrungswert von plus 5% pro Jahr liegt. Ein Finanzchef einer grossen Versicherung hat gemeint: «Wir gehen einfach von einer Teuerung von 5% aus, jedes Jahr. ... Also das Grundszenario ist eine Jahresteuern von 5%.»

Häufig wurde bemängelt, dass die Konfidenzintervalle viel zu gross seien. Die Spanne zwischen unterem und oberem Prognoseintervallpunkt beträgt nicht selten bis zu 10% und manchmal noch mehr. Die Versicherer verwiesen darauf, dass sie selber auf maximal 1 bis 2% genau oder noch genauer budgetieren müssen. «Bei Intervallen dieser Grösse sind die Daten eigentlich nicht brauchbar», war eine Aussage. «Es wäre sehr gut, wenn im Modell *ein* Wert festgelegt wird, das würde den Wert des Modells sofort steigern.»

Schliesslich wurde noch darauf hingewiesen, dass die Datenpool-Daten zu wenig aktuell seien. Für die Prämienfindung werden die aktuellsten Daten benötigt, d.h. die vom Monat Mai oder sogar Juni des laufenden Jahres. Die aktuellsten Datenpool-Daten hingegen sind immer für das letzte Jahr.

5.1.2 Zu den eigenen Kostenprognosen der Krankenversicherer

Die meisten Krankenversicherer erstellen eigene Kostenprognosen (vgl. Frage 8, S. 19). Diese eignen Prognosen werden jeweils in den Interviews als verlässlich bezeichnet. Die Aussagen in den Fragebogen wurden damit bestätigt.

Die befragten Krankenversicherer gaben mehrheitlich an, dafür Vergangenheitsdaten, und zwar bis zu den aktuellsten verfügbaren Daten (Mai- oder gar Junidaten des laufenden Jahres) zu verwenden. Zusätzlich würden Schätzungen für die im kommenden Jahr anfallenden Kosten gemacht. Das ist sehr schwierig für die einzelnen Krankenversicherer. Oftmals fallen für die Krankenversicherer wichtige Entscheide erst gegen Ende des laufenden Jahres. Diese können nicht vorausgesehen und somit in der Kostenprognose, welche bereits im Juli erstellt werden muss, nicht berücksichtigt werden.

Im Folgenden wird in einem ersten Schritt aufgezeigt, welche Daten für die Kostenprognose zugezogen werden und in einem zweiten Schritt, wie diese ausgewertet werden.

Verwendete Daten für die eigene Kostenprognose

Kostenprognosen werden nicht von allen Krankenversicherern selbst erstellt, aber doch von einer Mehrheit. Im Folgenden wird aufgezeigt, welche Daten für eigene Kostenprognosen benutzt werden. Es lassen sich somit zwei Varianten unterscheiden:

1. Statt eine eigene Kostenprognose zu erstellen wird eine externe Prognose verwendet (z.B. von *santésuisse*).
2. Es wird eine versichererspezifische Kostenprognose erstellt. Dabei werden die folgenden Daten verwendet.
 - Aktuellste Daten (immer bis Ende des vergangenen Jahres, meistens bis zum Mai/Juni des laufenden Jahres)
 - Risikoprofil des Versichertenprofils wird berücksichtigt
 - Abrechnungslage (dabei wird von einzelnen Krankenversicherern abgeklärt wie der Abrechnungsstand im Mai/Juni ist, um allfällige starke Schwankungen im laufenden Jahr festzustellen und in der Kostenprognose zu berücksichtigen)
 - Risikoausgleichszahlungen werden berücksichtigt
 - Mengenausweitung bei den Leistungserbringern (in Regionen mit vielen Leistungserbringern ist das nicht sehr entscheidend. Aber in ländlichen Gegenden, wo die Leistungserbringer weniger stark vertreten sind, kann das auf die entstehenden Kosten starke Auswirkungen haben (Angebotsmarkt))
 - Ausgehandelte Tarife (Diese sind meistens zum Zeitpunkt, wenn die Kostenprognose erstellt wird, noch nicht verfügbar. Gewisse Krankenversicherer haben externe Personen angestellt, um Informationen zu künftigen Entwicklungen bei den Tarifen festzustellen und zu sammeln. Diese Informationen sind für die Kostenprognose sehr wichtig)

Der Prognoseprozess ist eingebettet in den Prämienfindungsprozess, welcher detailliert im Abschnitt 5.1.3 dargestellt ist.

Tool

Die zusammengestellten Daten werden dann von den Krankenversicherern in unterschiedlicher Weise zusammengestellt. Folgende Vorgehensweisen werden angewendet:

- Eingabe in eine Tabelle, Teuerungswerte in Prozent können direkt eingegeben werden.
- Mit einem Excel-Tool werden vergangene Wachstumsraten berechnet und auf die Zukunft übertragen.
- Mathematisches Modell → in der Regel Extrapolation mit zusätzlichen Datenreihen.

Über den genauen Inhalt solcher mathematischen Modelle gaben sich die Krankenversicherer eher bedeckt. Ein Vertreter eines Krankenversicherers hat beispielsweise geäußert, dass sie nicht bekannt geben wollen, welche demographischen oder volkswirtschaftlichen Datenreihen in ihrem Modell als Inputdaten zusätzlich verwendet, da dies ein Teil ihres strategischen Knowhows sei.

Bei Krankenversicherern mit Excel-Tool erhielten wir in einigen Fällen bereitwillig Auskunft, bis hin zu Einsichtnahme auf echte Ausdrucke oder gar einen Blick in den Computer auf die Life-Daten.

Die Krankenversicherer führen diese Berechnungen in der Regel bis hinunter auf Kantonsebene (ausser in denjenigen Kantonen, in denen die entsprechenden Krankenversicherer sehr wenige Versicherte hat, d.h. < 300).

5.1.3 Zum Prozess der Prämienfindung der Krankenversicherer

In den Grundzügen läuft die Prämienfindung bei den Krankenversicherern immer ähnlich ab. Die Gewichtung und Ausdifferenzierung der einzelnen Punkte ist dann jeweils unterschiedlich.

In Tabelle 2 ist ein idealtypischer Verlauf dieses Prozesses dargestellt:

Tabelle 3 Idealtypischer Verlauf des Prämienfindungsprozesses

Idealtypischer Verlauf des Prämienfindungsprozesses eines Krankenversicherers

1. Vergangene Kosten der eigenen Versichertenpopulation nach Kantonen und Kostenkategorien berechnen (so aktuell wie möglich)
 2. Berechnung der zukünftigen Kosten basierend auf den bisherigen eigenen Kosten (Extrapolation von eigenen Trends oder mit einfacher Regel wie der 5% Regel oder ev. mit math.-stat. Modell) plus ev. Einbezug externer Kostenprognosen (z.B. von santésuisse) (siehe 5.2.1)
 3. Interne Expertenbefragung (Verkauf, Finanzabteilung, Case Manager, Leistungseinkäufer etc.) für die Berücksichtigung von neuen Tarifen, Änderung von Taxpunktwerten, Mengenausweitungen, Ein-/Austritten von Versicherten, Wechsel des Versicherungsmodells, Risikoausgleich und Reserve, Kapitalertrag
 4. Mitberücksichtigung von einmaligen externen Faktoren (z.B. neue Franchisenkategorien, hängige Verfahren, Abrechnungsrückstände bei Leistungserbringern, Einführung Tarmed)
 5. Provisorische Berechnung der Prämie (Ausgehend von Gesamtkosten der Unternehmung inkl. Veränderung des Reservesatzes und Division durch Anzahl Versicherte)
 6. Intuition («Bauchgefühl», «gute Nase»), Marktkennntnisse (Medien, persönliche Gespräche auch mit Konkurrenten), strategische Überlegungen, häufig Simulationen
 7. Definitive Festlegung der Prämie durch oberste Führung
-

Je nach Krankenversicherer dauert der gesamte Prozess zwischen 2 und 4 Monaten. Je grösser der Krankenversicherer desto länger dauert der Prozess tendenziell und desto systematischer wird er durchgeführt. Dies hängt im Wesentlichen damit zusammen, dass der Prozess bei grossen Versicherungen auf mehr Personen verteilt ist und für diese Arbeit somit auch mehr Kapazität und in der Regel differenziertes Know-how zur Verfügung steht.

Schritt 1 ist in jedem Fall die Ausgangsbasis für die Prämienkalkulation. Die Schritte 2 bis 5 werden unterschiedlich detailliert und intensiv durchgeführt. Wenigstens in Ansätzen sind sie typischerweise meistens vorhanden.

Anschliessend werden in der Regel die geschätzten Gesamtkosten durch die Anzahl Versicherte geteilt, und so wird eine erste Prämie kalkuliert. In einem letzten Schritt kommen die strategischen und intuitiven Elemente zum Tragen, bevor die Prämien dann definitiv ans BAG weitergeleitet werden.

Interpretation WIG zu 5.1.1 bis 5.1.3

Grundsätzlich wird das Kostenprognosemodell als recht gut und plausibel beurteilt vermischt mit einer relativ grossen Portion zurückhaltender Skepsis. Als Hilfsmittel für die Prämienfindung kann es aus Sicht der befragten Vertreter der Krankenversicherer als Unterstützung dienen, wird aber von den Befragten nicht als *die* Entscheidungsgrundlage für den Prämienentscheid gesehen.

Folgende Hauptkritikpunkte am Modell haben sich herauskristallisiert:

- Die Qualität der Datenbasis wird mehrheitlich angezweifelt. Die Kritik bezieht sich eher auf den Abrechnungszeitpunkt und die Tatsache, dass die Daten nicht versichererspezifisch sind als auf die Daten an und für sich.
- Die Konfidenzintervalle sind zu gross, um sich auf die Daten abzustützen.
- Die Datenreihe ist zu kurz.
- Viele für die Krankenversicherer relevante Faktoren werden im Modell nicht berücksichtigt.

Vor allem der letzte Punkt zeigt, dass Krankenversicherer im Rahmen des Prämienfindungsprozesses neben einem allgemein Trend, wie ihn das Kostenprognosemodell liefert, vor allem auch spezifische auf die eigene Situation abgestimmte Faktoren berücksichtigen. Das Kostenprognosemodell wird in diesem Fall höchstens als Hilfsmittel oder als Plausibilisierung der eigenen Daten, bzw. für eine Information zum Gesamtmarkt zugezogen. Wird von einem Krankenversicherer keine eigene Kostenprognose erstellt, gewinnt ein Prognosemodell wie das hier vorliegende an Bedeutung.

Ein Teil der Skepsis hängt unserer Meinung nach auch damit zusammen, dass das Modell vom BAG unterstützt wurde und man bei den Krankenversicherern nicht ganz sicher ist, ob neben den deklarierten nicht auch noch versteckte Absichten hinter der Entwicklung dieses Modells und der Verbreitung der Prognosedaten steckt. Teilweise explizit und manchmal eher implizit kann man aus den Antworten heraushören, dass die Krankenversicherer befürchten, dass das Modell vom BAG als eine Art Controlling- oder Benchmarking-Instrument eingesetzt werden könnte. Eine Bestätigung für diese Befürchtungen konnten wir bei der Befragung des BAG hingegen nicht gewinnen.

Der gesamte Prämienfindungsprozess kann aus unserer Sicht zwar als rationaler Entscheidungsprozess verstanden werden, der jedoch stark in soziale Prozesse und organisatorische Strukturen eingebettet und davon beeinflusst ist. Es ist auf jeden Fall kein rein mathematischer Vorgang, sondern ein betriebswirtschaftlicher Entscheidungsprozess, der neben rationalen auch intuitive Elemente enthält.¹¹

11 Dass derartige Entscheidungsprozesse meistens eine Vermischung aus rationalen und intuitiven Elementen darstellen ist nichts Aussergewöhnliches. Beispielsweise auch bei Börsenhändlern und Finanzinvestoren, wo man eine sehr rationale Vorgehensweise unterstellt, verlaufen Entscheidungsprozesse auf diese Art und Weise ab.

5.2 Die Perspektive der kantonalen Gesundheitsdirektionen

Mit den zwei ausgewählten kantonalen Gesundheitsdirektionen haben wir ebenfalls vor Ort ausführliche Interviews geführt.

Zum Modell

Wie auch die Vertreter der Krankenversicherer halten die kantonalen Gesundheitsdirektionen die Daten insgesamt für plausibel. Sie bemängeln ebenfalls die recht grossen Konfidenzintervalle. Skeptisch sind die Interviewten bezüglich der zu Grunde liegenden Daten (Datenpool santésuisse). Die Kritik bezieht sich wieder weniger auf Datenqualität per se sondern auf die Tatsache, dass damit das Modell auf der Vergangenheit beruht und viele relevante Faktoren für die Schätzung der Entwicklung der zukünftigen Kosten in der Gegenwart oder Zukunft liegen.

Grundsätzlich scheint das Modell für kantonale Gesundheitsdirektionen von nicht allzu grossem Nutzen und folglich auch nicht von allzu grossem Interesse zu sein.

Nichtsdestotrotz wurden einige Faktoren genannt, die aus der Sicht der Gesundheitsdirektionen im Kostenprognosemodell fehlen. Genannt wurden die untenstehenden Punkte:

- Politisches Umfeld fehlt
- Externe Faktoren fehlen, dazu gehören
 - Gesetzesänderungen
 - EVG¹² Urteile
 - Tarifabschlüsse
 - Änderung der Kapazitäten (Eröffnung neue Betten, neue Aerzte, neue Chiropraktoren, neue Physiotherapeuten etc.)
 - Neue Medikamente, Anstieg der BESA-Stufen¹³
 - Tarmed (Änderung der Tarifstruktur führt zu Änderungen im Verhalten, z.B. ambulant-stationär)
- Das Verhältnis von OKP zu Zusatzversicherung hat sich verändert.

Teilweise haben die kantonalen Gesundheitsdirektionen ähnliche Faktoren genannt wie die Krankenversicherungsvertreter.

Eigene Prognosen

Die Gesundheitsdirektionen machen zurzeit selber keine eigenen Kostenprognosen. Das wird von Ihnen angeblich nicht benötigt.

Einer der befragten Kantone hat früher Prognosen erstellt, heute allerdings nicht mehr, da es ihnen nichts bringen und zudem das Know-how dazu fehlen würde. Die früheren Prognosen hat man nie auf ihre Genauigkeit evaluiert.

¹² EVG: Eidgenössisches Versicherungsgericht

¹³ BESA steht für «BewohnerInnen- Einstufungs- und Abrechnungssystem» und ist ein Patientenklassifikations- und Abrechnungssystem für Alters- und Pflegeheime.

Die Kantone beobachten die Entwicklung der Angebotsmengen bezüglich Spitalbetten, Anzahl Ärzten oder Physiotherapeuten, Spitexpersonen usw. Ein Exponent einer der befragten Gesundheitsdirektionen hat gemeint, dass man die Kostenentwicklung aufgrund der Kapazität recht gut vorhersagen könne.

Zusammenarbeit mit Bund

Die Kantone können zu den Prämien im Verlaufe des Prämiengenehmigungsverfahrens zu Handen des Bundes Stellung nehmen. Etwa die Hälfte der Kantone macht davon Gebrauch, die andere Hälfte nicht (gemäss Aussagen BAG). Einer der von uns befragten Kantone tut dies regelmässig, der andere Kanton macht von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch. Die zwei befragten Kantonsvertreter konnten über den Nutzen der kantonalen Stellungnahmen keine Angaben machen. Ihnen war nicht klar, was es dem BAG bringt und wofür diese Stellungnahmen genau verwendet werden. Der Kanton, der keine Stellungnahme abliefern, vertrat zudem die Meinung, dass die dafür zur Verfügung stehende Zeit viel zu kurz sei. Auch der Vertreter des anderen Kantons war der Meinung, dass eine vertiefte Prüfung nicht möglich sei, dies sei schliesslich auch Aufgabe des Bundes.

Für einen der beiden befragten Kantone ist dieser Prozess nicht befriedigend: «Der Bund liefert uns die Daten und wir sollten dann innerhalb von wenigen Tagen sagen, ob diese in Ordnung sind. Das können wir nicht.» Der andere Kanton war gegenüber diesem Prozess ebenfalls etwas kritisch eingestellt, liefert trotzdem eine durch die kantonale Gesundheitsdirektion verfasste Stellungnahme zuhanden des BAG.

Zusammenarbeit mit Krankenversicherer

Die Vertreter eines Kantons haben geäussert, dass mit den für den Kanton wichtigsten Krankenversicherern Gespräche geführt werden. Allerdings haben sie betont, dass die Kantone keinen Einfluss auf die die Krankenversicherer nehmen. «Die haben ihre eigenen Strategien. Das ist nicht unsere Sache.»

Interpretation WIG

Reine Kostenprognosen der OKP-Kosten sind für die Kantone nicht von allzu grossem Nutzen. Im Zusammenhang mit den OKP Kosten und den Krankenversicherungsprämien sind für die Kantone primär die folgenden Grössen relevant:

- Die *Angebotsmenge an Leistungserbringern* (Anzahl Spitalbetten, Ärzte, Physiotherapeuten etc.)
- Die mit den Krankenversicherern ausgehandelten *Tarife für die kantonalen Spitäler*
- Die Höhe der Krankenversicherungsprämien ist primär für die *Berechnung der Summe der kantonalen Prämienverbilligungen* relevant.

Etwas vereinfacht gesagt interessieren sich die Gesundheitsdirektionen für die Fragen, die ihre Budgets direkt betreffen. Das sind im Wesentlichen die Spitalrechnungen und die Gesamtbeträge der kantonalen Prämienverbilligungen.

5.3 Die Perspektive des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Das BAG ist gemäss Art. 61 Abs 5 KVG in Verbindung mit Art. 92 KVV für die Prämiengenehmigung zuständig. Die Kantone haben ein Einsichtsrecht und ein Anhörungsrecht aber kein Entscheidungsrecht. Das Interview haben wir mit dem Leiter der für die Prämiengenehmigung zuständigen Stelle des BAG geführt.

Zum Modell

Die Prognosedaten des OKP-Modells wurden vom Befragten im Allgemeinen als plausibel beurteilt, im Detail hat er sie jedoch nicht sehr genau geprüft. Bei der für die Prämiengenehmigung zuständigen Stelle des BAG überlegt man sich, ob die Daten als Grundlage für eine generelle Kostenprognose für das nächste Jahr verwendet werden sollen.

Einen Nutzen des Modells für die Krankenversicherer sieht er darin, dass die Daten des OKP Prognosemodells für die Plausibilisierung der versicherungseigenen Prognosen dienen könnten. Für die einzelnen Versicherer könne eine solche Prognose natürlich nie genau zutreffen, da die jeweilige Risikostruktur noch zu berücksichtigen sei.

Der Befragte hat auch bemerkt (wie die Krankenversicherungs- und Kantonsvertreter), dass die so genannten «Sonderfaktoren» im Modell nicht berücksichtigt sind, wie beispielsweise

- Tarmed, Kostenneutralität
- Tarifierungsfragen, Rekurse
- Verspätete Rechnungsstellung der Leistungserbringer

Die Aufteilung nach Kantonen und Kostengruppen im Modell ist aus Sicht des BAG richtig und genügend genau. Das BAG hat bei wenigen Kostenkategorien (z.B. Medikamente Spital) eine feinere Aufteilung, die aber nicht entscheidend ist.

Dem BAG reicht es, wenn bei ihnen die Prognosedaten im Juni oder sogar erst im Juli eintreffen.

Eigene Prognosen

Das BAG hat eigene gute Tools, die sich bewährt haben, insbesondere eine Datenbank, welche aus einer Filemakererhebung der Prämieneingaben der Krankenversicherer gespeist wird. Darin werden die effektiven Kosten des vergangenen Jahres, die Kostenprognosen der Krankenversicherer für das laufende Jahr und das Budget für das Folgejahr erfasst. Das Tool erlaubt pro Kanton und Versicherung verschiedene Auswertungen zu erstellen. Die Daten der einzelnen Krankenversicherer werden dabei mit Durchschnittswerten verglichen. Es wird geprüft, ob die einzelnen Krankenversicherer davon nicht unbegründet zu stark abweichen oder eben aufgrund ihrer spezifischen Situation abweichen sollten. Die Risikostruktur des einzelnen Versicherers sei hier ausschlaggebend.

Der Befragte ist sich bewusst, dass eine genaue Prognose für den Versicherer recht schwierig ist. Aus seiner Sicht hängt dies auch stark mit abrechnungstechnischen Faktoren zusammen. «Die Krankenversicherer haben immer ein Abgrenzungsproblem über das Jahresende, das die Prognose schwierig macht.»

Die für die Prämiengenehmigung zuständige Stelle des BAG rechnet mit jährlichen durchschnittlichen Kostensteigerungen von global rund 5%. Dies deckt sich mit den von einzelnen Krankenversicherern geschilderten einfachen Regel einer Teuerung von 5%.

Zu den Prognosen der Krankenversicherer

Für das BAG sind auch nicht die eigenen Prognosen von primärer Bedeutung, sondern die Prognosen der Krankenversicherer. Das BAG kann denn auch die Zuverlässigkeit der eingereichten Prognosen evaluieren. Dabei hat man festgestellt, dass es Versicherungen gibt, deren Prognosen systematisch zuverlässiger sind als die Prognosen anderer Krankenversicherer. Der Befragte hat gemeint: «Wir wissen schon, welche Versicherer zuverlässige Prognosen generieren und welche nicht.»

Zum Teil hängt die Zuverlässigkeit der Prognosen gemäss dem Befragten aber auch mit der Stabilität des Versichertenbestandes der Versicherer zusammen. Wenn Krankenversicherer grosse Schwankungen im Versichertenbestand haben, dann wird die Prognose sehr schwierig.

Für das BAG ist die Durchschnittsprognose der Krankenversicherer eine Art Benchmark, mit dem dann die individuellen Prognosen wieder verglichen werden.

Zu den Prämien

Die Prämienhöhe interessiert das BAG weniger, sondern hauptsächlich die prognostizierte Höhe der Reserven. Prämien sollen kostendeckend sein, und das Prinzip des Umlageverfahrens muss eingehalten werden. Die Prämien genehmigungsstelle des BAG versteht sich denn auch explizit als Aufsichtsstelle der Krankenversicherer, die in erster Linie die Solvenz der Krankenversicherer im Auge hat und weniger die Prämienhöhe. «Zu hohe Prämien sollten vom Markt abgestraft werden», so die Meinung des Interviewten. Das BAG interveniert allerdings, falls von den Versicherern gesetzeswidrige oder missbräuchliche Prämienfestlegungen getätigt werden.

Zusammenarbeit mit Kantonen

Die Kantone haben das Recht, die gleichen Informationen einzuholen wie auch das BAG. Allerdings haben sie selber kein Entscheidungsrecht, sondern nur ein Informationsrecht. Viele machen aber von diesem Recht gar keinen Gebrauch.

Früher hat man die Kantone nach Bern eingeladen, und sie konnten die Daten der Krankenversicherer einsehen. Heut macht man das nicht mehr. Die Kantone erhalten die ausgewerteten Daten der grössten Versicherer in elektronischer Form und haben dann 10 Tage Zeit, Stellung zu nehmen. Die Kantone haben sich teilweise wegen der knappen Zeit beschwert. Gemäss dem Befragten hätte das BAG aber auch nicht mehr Zeit für die Prüfung zur Verfügung und liefere zudem die Daten in bereits ausgewerteter Form. Zudem könnten die Kantone die Daten bei den Krankenversicherern auch selber einfordern und hätten sie damit früher zur Verfügung. Das zur Verfügung stellen der Daten sei eine reine Dienstleistung des BAG.

Als eine weitere Aufgabe neben der Prüfung der Solvenz überwacht das BAG, dass keine Quersubventionierung zwischen Kantonen entstehen könne.

Interpretation WIG

Das BAG hat als Aufsichtsorgan der Krankenversicherer im Rahmen der Prämien genehmigung primär deren Solvenz im Auge und überprüft diese. Tendenziell rechnet es mit regelmässigen generellen Kostensteigerungen. Zusätzlich zu den bestehenden Benchmarks prüft das BAG, zukünftig die Werte des Prämienprognosemodells zu benutzen. Dies hätte keine Änderung des Prozesses zur Folge, sondern nur eine etwas sophistiziertere Vorgabe im System für die eigene Prognose als dies heute mit der 5% Regel und dem Prognosedurchschnitt der Fall ist. Grössere Risiken für die Solvenz eines Versicherers bergen gemäss BAG die Prognosen der Veränderung im Versichertenbestand und damit des Risikoausgleichs..

6 Fazit und Empfehlungen

Fazit

Grundsätzlich besteht bei den Krankenversicherern ein Interesse an derartigen OKP-Kostenprognosen verbunden mit einer gewissen Portion Skepsis. Die Skepsis bezieht sich teilweise aufs Modell (vor allem die Inputdaten) und zum Teil auch auf die Tatsache, dass die Daten durch ein vom BAG unterstütztes Projekt zustande gekommen sind.

Wenn Krankenversicherer ein neues Tool einführen, dann brauchen sie eine gewisse Zeit, um dessen Zuverlässigkeit beurteilen zu können und Vertrauen zu gewinnen. Das gilt auch für das OKP-Prognosetool. Eine hohe Prognosegenauigkeit wird mit Sicherheit die Akzeptanz und die Einschätzung des Nutzens für die Krankenversicherer in der Zukunft noch erhöhen.

- Grundsätzlich besteht ein Interesse, solche Daten in Zukunft auch wieder zu erhalten, evt. etwas früher als dieses Jahr
- Die Interviewten der Krankenversicherer, aber auch bei den Kantonen und beim Bund gehen mehrheitlich davon aus, dass eine Kostensteigerung von jährlich 5% «normal» ist.
- Wir konnten einen idealtypischen Prämienfindungsprozess eruieren, von dem die effektiven Prozesse der einzelnen Krankenversicherer mehr oder weniger davon abweichen.
- Für die Kantone sind Kostenprognosen an und für sich und somit das Modell nicht von sehr grossem Interesse. Sie interessieren sich vor allem für die für sie budgetrelevanten Grössen (Kosten der Spitäler und Prämienverbilligungen).
- Das BAG versteht sich als Behörde, die primär die Liquiditätssicherung der Krankenversicherer zu überwachen hat. Kostenprognosen sind für das BAG deshalb nicht von überragender Bedeutung.

Empfehlungen, um den Nutzen des Modells (für die Krankenversicherer) zu steigern

- Eine Verbesserung der Qualität der Datengrundlage (santésuisse Datenpool) wird in den Augen der Anwender automatisch die Glaubwürdigkeit des Modells steigern.
- Ein bedienerfreundliches Softwaretool könnte die Akzeptanz des Modells und den Nutzen für die Krankenversicherer noch verbessern.
- Falls für die Prognose für versicherungseigene Kostendaten verwendet werden können, würde der Nutzen für Krankenversicherer gesteigert.
- Die Daten sollten früher bei den Krankenversicherern eintreffen (spätestens Ende Mai)
- Konfidenzintervalle sollten möglichst noch verengt werden.
- Mit einer gezielten Schulung zum richtigen Zeit kann die Akzeptanz noch gesteigert und die Anwendung noch verbessert werden.
- Um die Zuverlässigkeit des Modells zu evaluieren, sollten die Prognosewerte mit den effektiven Werten verglichen und die Abweichungen analysiert werden.

A Anhang

Anhang 1: Begleitbrief

Anhang 2: Fragebogen

Anhang 3: Leitfaden für die Interviews

Anhang 4: Dokument «Kostenprognosemodell für die
obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)»



**Zürcher
Hochschule
Winterthur**

Mitglied
der Zürcher
Fachhochschule

An die Geschäftsleitung

Winterthur, Juli 2004

OKP Kostenprognosemodell: Begleitstudie

Sehr geehrte Damen und Herren

Aufgrund eines Fehlers unsererseits haben Sie die beiliegenden Dokumente vor vier Wochen in deutscher Fassung erhalten. Inzwischen können wir Ihnen die französische Version schicken.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) führt im Auftrag des BAG eine Begleitstudie zu einem neu entwickelten statistischen OKP Kostenprognosemodell durch. Die Entwicklung des Kostenprognosemodells wurde gemeinsam vom BAG, der GDK und santésuisse in Auftrag gegeben. Mit der Begleitstudie wollen wir folgende Ziele erreichen:

- Im Sinne einer Begleitforschung in der Testphase soll die Praxistauglichkeit des entwickelten Kostenprognosemodells evaluiert werden.
- Mit Hilfe des Feedbacks aus der Praxis soll das Modell weiterentwickelt werden können.

Um diese Ziele erreichen zu können, haben wir einen Fragebogen erarbeitet, welchen wir an sämtliche Krankenkassen versenden. Der Fragebogen wird anschliessend vom WIG ausgewertet, die Resultate werden in einem Bericht zusammengefasst und allen Teilnehmenden zugestellt. Wir werden Ihre **Antworten vertraulich** behandeln und keine Resultate einzelner Versicherer weiterleiten. In einem zweiten Schritt werden noch einige ausgewählte Personen mit qualitativen Interviews ausführlich befragt werden.

In der Beilage finden Sie eine kurze Übersicht über das erwähnte Modell sowie die damit errechneten OKP-Kostenprognosen für die Jahre 2004 und 2005. Die Resultate basieren auf der Datengrundlage vom Datenpool von santésuisse.

Wir bitten Sie, den Fragebogen bis zum auszufüllen und an uns zu retournieren. Wichtig für die Relevanz der Ergebnisse ist es, dass der Fragebogen **von einem Entscheidungsträger im Prämienfestsetzungsprozess ausgefüllt** wird.

Wir sind gespannt auf Ihr Feedback. Bei allfälligen Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Dr. Urs Brügger
Institutsleiter WIG

Helen Achermann, lic. oec.
wissenschaftliche Mitarbeiterin WIG

Beilage erwähnt

**Departement
Wirtschaft und
Management**

Winterthurer Institut für
Gesundheitsökonomie

Dr. Urs Brügger
Institutsleiter WIG

Im Park
St. Georgenstrasse 70
Postfach 958
CH-8401 Winterthur

Tel. direkt: 052 267 77 39
Fax direkt: 052 268 77 39
E-mail:
urs.bruegger@zhwin.ch

Telefonzentrale
Schulsekretariat
Tel: 052 267 71 71
Fax: 052 268 71 71

Fragebogen OKP-Begleitstudie

WIG

Krankenkasse:

ausfüllende Person:

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Kostenprognosemodell OKP**1.**

Einheitliche Prognosedaten für alle Krankenkassen (wie jene vom Kostenprognosemodell OKP) als zusätzliches Hilfsmittel bei der Prämienfindung halte ich für sinnvoll.

☐ trifft vollständig zu ☐ trifft weitgehend zu ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft gar nicht zu

2.

Die Darstellung der Prognosedaten sind für mich gut verständlich.

☐ trifft vollständig zu ☐ trifft weitgehend zu ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft gar nicht zu

3.

Der Detaillierungsgrad der Daten (nach Kantonen und 9 Kostenkategorien) ist für uns geeignet.

☐ trifft vollständig zu ☐ Daten sind zu detailliert ☐ Daten sind zu wenig detailliert

4.

Die Prognosewerte halte ich insgesamt für plausibel.

☐ trifft vollständig zu ☐ trifft weitgehend zu ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft gar nicht zu

Folgende Daten halte ich für

• besonders plausibel;

• wenig plausibel;

+

-

+

-

+

-

+

-

+

-

Fragebogen OKP-Begleitstudie

WIG

5.

Die folgenden Prognosewerte aus diesem Modell halte ich für unsere Zwecke für besonders brauchbar:

.....

.....

.....

.....

6.

Folgende Punkte müssten meiner Meinung nach am Modell verändert werden, damit für uns der Nutzen gesteigert werden kann:

.....

.....

.....

.....

.....

7.

Wir sind interessiert, solche Prognosedaten auch in Zukunft zu erhalten.

☐ trifft vollständig zu ☐ trifft weitgehend zu ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft gar nicht zu

Eigene Kostenprognose

8.

Wir erstellen jährlich eine eigene Kostenprognose als Unterstützung für die Prämiendifindung.

☐ ja (weiter zu Frage 9) ☐ nein (weiter zu Frage 11)

9.

Wir verwenden die folgenden Daten, um unsere eigene Kostenprognose zu erstellen:

•	•
•	•
•	•
•	•

10. In der Vergangenheit waren unsere eigenen Prognosen zuverlässig.

☐ trifft vollst. zu ☐ trifft weitgehend zu ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft gar nicht zu ☐ keine Evaluation

11. Die hier zur Verfügung gestellten Prognosedaten des OKP-Kostenprognosemodells sind / waren für unseren Prämienfindungsprozess nützlich.

☐ trifft vollständig zu ☐ trifft weitgehend zu ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft gar nicht zu

Bemerkungen

12. Ich habe noch die folgenden zusätzlichen Bemerkungen zu diesem Modell:

[illegible]

Besten Dank für Ihr Feedback.

Interview Leitfaden

Kostenprognosemodell

- Werden Sie eine Kostenprognose von einer unabhängigen Stelle grundsätzlich für Ihre Prämienfestsetzung herbeiziehen?
- In welcher Form haben Sie die Daten des Kostenprognosemodells als Unterstützung beim Prämienfindungsprozess benutzt?
- Welche Daten waren besonders nützlich?
- Welche Daten waren überflüssig?
- Schenken Sie dem Kostenprognosemodell vertrauen?
- Was sollte am Modell anders sein, damit der Nutzen für die Krankenkassen noch gesteigert werden kann?
- Welches sind Faktoren, die auf die regionalen Kostenveränderungen einen Einfluss haben, mit dem OKP-Prognosemodell aber nicht abgedeckt werden?
- Können Sie anhand von Beispielen wichtige externe Faktoren und deren (regionale/gesamtschweizerische) Bedeutung aufzeigen und erläutern wie sie deren Kostenfolgen für Ihre Tätigkeit abschätzen. (Gemeint sind z.B. Tarifentscheide, Entscheide der kantonalen Gesundheitsdirektionen, aber auch die Entwicklung der Versichertenbestände etc.).

Eigene Kostenprognosen

- Erstellen Sie für die jährliche Prämienfestsetzung jeweils eine krankenkasseneigene Kostenprognose?
- Welche Daten ziehen Sie für diese Kostenprognose herbei?
- Welches Tool nehmen Sie für diese Prognose als Unterstützung?
- Wie schätzen die Kostensituation ihrer eigenen Verhältnisse (z.B. eigene Politik, Versichertenportfolio, regionale Besonderheiten) in Abweichung vom allgemeinen Kostentrend ab.

Prämienfestsetzung

- Welche Datengrundlagen ziehen Sie für den Prämienfestsetzungsprozess heran?
- Wie läuft der Prämienfestsetzungsprozess grundsätzlich ab in Ihrer Krankenkasse?

Zusatzfragen / Vertiefungsfragen

- ...noch etwas präzisieren?
- ...was heisst das genau?
- Was verstehen Sie unter.....?
- WIE machen Sie das? Wie haben Sie das das letzte Mal gemacht (Verhaltensfragen....!)
- Haben Sie ein Beispiel?

Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Kostenprognosemodell für die Jahre 2004 und 2005

für die obligatorische Krankenversicherung (OKP)

Urs Brügger, Helen Achermann (Text und Grafiken)
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG)
Marc Wildi (Daten)
Institut für Datenanalyse und Prozessdesign (IDP)

Juli 2004

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	63
2	Das Prognosemodell	64
2.1	Input	64
2.1.1	Der santésuisse Datenpool	64
2.1.2	Weitere Inputgrössen	65
2.2	Berechnung	65
3	Output: Wichtigste Ergebnisse	66
3.1	Die OKP-Kosten	66
3.2	OKP Kostenwachstum pro Kanton	67
3.3	OKP Kostenwachstum pro Kostengruppe	68
3.4	Tabellarische Zusammenfassung	69
4	Wichtige Hinweise für die Krankenkassen	70
5	Schlussbemerkungen	71
A	ANHANG I: Die Schätzwerte für die Jahre 2004 und 2005	72

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1	Das Prognosemodell	64
Abbildung 2	OKP-Kostengruppen	64
Abbildung 3	OKP-Kosten pro Versicherten und Jahr	66
Abbildung 4	Prozentuale Veränderung der OKP-Gesamtkosten nach Kantonen, 2004	67
Abbildung 5	Prozentuale Veränderung der OKP-Gesamtkosten nach Kantonen, 2005	67
Abbildung 6	Prozentuale Veränderung der OKP-Kosten nach Kostenart, 2004	68
Abbildung 7	Prozentuale Veränderung der OKP-Kosten nach Kostenart, 2005	68
Tabelle 1	Prozentuale Veränderungen pro Kanton für die Jahre 2004 und 2005	69
Tabelle 2	Prozentuale Veränderung pro Kostenart für die Jahre 2004 und 2005	69

1 Einleitung

Jedes Jahr müssen die Krankenkassenprämien für das Folgejahr neu festgelegt werden. Ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Prämien sind die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Bisher wurden vorgängig zum jährlichen Prämiengenehmigungsverfahren die erwarteten Kostensteigerungen aus Sicht der Krankenversicherer und der Kantone erhoben. Diese als Übergangsmassnahme gedachten Zusatzerhebungen waren wenig systematisch und brachten nicht den gewünschten Erfolg.

In den vergangenen Jahren wurden nun die statistischen Erhebungen und Datenquellen erweitert und ausgebaut, und zwar vor allem durch den «*santésuisse-Datenpool*». Damit sind verbesserte Voraussetzungen gegeben, um die datengestützte Prognose der Kostenentwicklung zu verbessern.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), santésuisse und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) haben der Zürcher Hochschule Winterthur (ZHW) den Auftrag erteilt, ein statistisches Prognosemodell für die Schätzung der Kostenentwicklung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu erstellen.

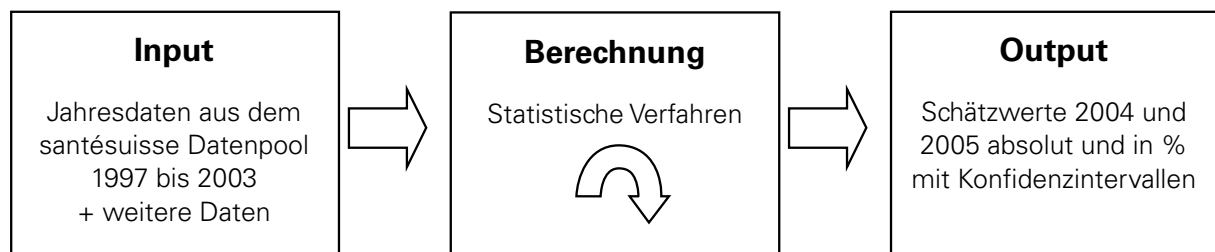
Das Prognosemodell ist nun als «Prototyp» entwickelt und steht somit für einen Testlauf in der Praxis bereit. Mit diesem Text werden Prognosewerte, welche mit dem Modell berechnet wurden, erstmals den Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

Dieser Text richtet sich an interessierte Personen im Gesundheitswesen. Er ist so verfasst, dass keine detaillierten Kenntnisse in Statistik und Mathematik notwendig sind. Wer sich für die genaue Methodik des Modells interessiert sei verwiesen auf den ausführlichen technischen Bericht, der im Internet veröffentlicht wurde. Gegenwärtig (Stand 07.04) liegt er in einer provisorischen Version vor, baldmöglichst soll die definitive Version veröffentlicht werden. Sie finden den Bericht unter dem Titel «Erklärungs- und Prognosemodell für die obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung (OKP) auf der Web-Site des BAG. (<http://www.bag.admin.ch/kv/statistik/d/index.htm>)

2 Das Prognosemodell

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Elemente des Prognosemodells kurz dargestellt. Grafisch vereinfacht lässt sich das Modell wie in Abbildung 1 darstellen:

Abbildung 1 Das Prognosemodell



2.1 Input

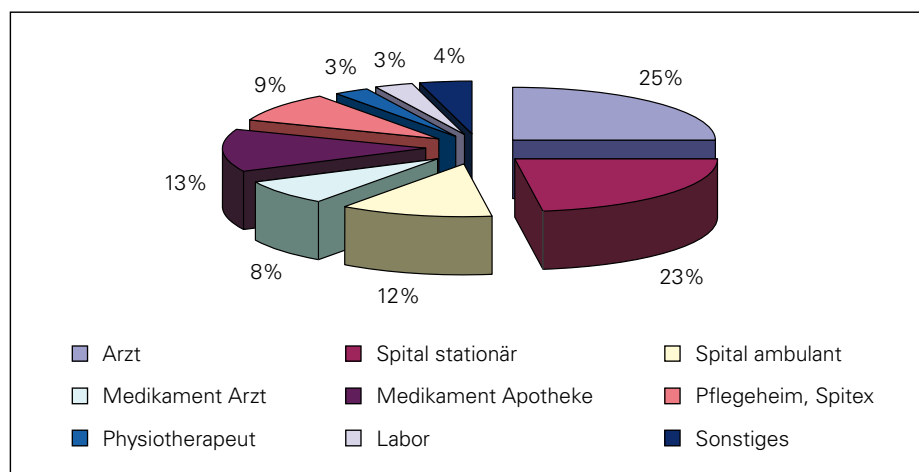
2.1.1 Der santésuisse Datenpool

Voraussetzung für ein Prognosemodell ist eine einheitliche Datenbasis. Mit der Einführung des santésuisse-Datenpools im Jahr 2001 haben die Krankenversicherer eine solche geschaffen. In der Krankenversicherungsbranche besteht somit erstmals eine umfassende Übersicht zur Kostenentwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen, die bis ins Jahr 1997 zurückreicht.

Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen zusammengeführt. Es sind allerdings nur diejenigen Leistungen enthalten, welche die Versicherten an die Krankenversicherer einsenden oder durch die Leistungserbringer direkt beim Versicherer in Rechnung gestellt werden.

Der santésuisse Datenpool unterteilt für die OKP Kosten die folgenden Kostengruppen:

Abbildung 2 OKP-Kostengruppen



Die Daten der Versicherer werden monatlich aufbereitet. Damit stehen periodisch aktuelle Zahlen zum Trend der Kostenentwicklung zur Verfügung. Zusätzlich zu den Monatsdaten werden einmal pro Jahr die definitiven Jahresdaten aufbereitet.

Die in diesem Text veröffentlichten Prognosedaten basieren auf den Jahresdaten aufgeteilt nach Kostengruppen für die Jahre 1997 bis 2003.

2.1.2 Weitere Inputgrössen

Weitere Grössen wurden zusätzlich zu den im santésuisse Datenpool abrufbaren Informationen für die Untersuchung als relevant erachtet. Durch statistische Tests hat sich herausgestellt, dass folgende Daten von Bedeutung sind.

- der Anteil der über 65-jährigen
- Beide Arztdichten
- Anteil an Versicherten mit maximaler Franchise
- Volkseinkommen

2.2 Berechnung

Den Kern des Modells bilden eine Serie von statistischen Verfahren, mit Hilfe derer die Prognosewerte für die beiden auf den letzten Datensatz folgenden Jahre – hier 2004 und 2005 – geschätzt werden können.

Ein statistisches Modell für die Schätzung der OKP-Kosten zu bauen ist aus mehreren Gründen keine triviale Angelegenheit. Die aufgrund der speziellen Datensituation zu bewältigenden Probleme sind vielfältig:

- Die Zeitreihen sind sehr kurz. Zum heutigen Zeitpunkt liegen in jeder Kostengruppe sieben Beobachtungen pro Kanton vor (von 1997 bis 2003).
- Der Datensatz ist «verrauscht» durch zufällige Schwankungen der Abrechnungsdaten und «Datenfehlern» die nicht zu erklären sind, weil sie auf äussere Einflüsse zurückzuführen sind.¹⁴
- «Ausreisser¹⁵» verzerren das Zusammenhangsgefüge.
- Die OKP-Kosten unterliegen gesetzlichen Regulierungen, die zu mehr oder weniger ausgeprägten «Strukturbrüchen» in den Daten führen bzw. führen werden (KVG, Tarmed, Ausweitung der SL, Preisanpassungen, usw.).
- Revisionen des Datenmaterials können den nachträglichen Verlauf und die damit verbundene Dynamik der Zeitreihen stören.
- Wichtige Kostentreiber sind nicht direkt messbar (z.B. der technologische Fortschritt).

Diese Probleme können zu erheblichen Schwierigkeiten führen bei Verwendung «traditioneller» Prognoseverfahren. Der methodische Ansatz ist deshalb von grosser Bedeutung. Der statistische Ansatz für dieses Modell wurde so gewählt, dass die erwähnten Probleme methodisch in den Griff zu bekommen sind. Auf die im Einzelnen verwendeten Verfahren wollen wir allerdings hier nicht näher eingehen, da wir diesen Text «verständlich» halten wollen. Wir behandeln die Rechenoperationen hier als «Black box».

Wer jedoch einen Einblick in die Mechanik dieser «Black box» erhalten möchte, dem sei noch einmal der technische Bericht zum OKP-Prognosemodell empfohlen. Dort sind die Verfahren im Detail beschrieben und erläutert.

(<http://www.bag.admin.ch/kv/statistik/d/index.htm>)

¹⁴ z.B. Verzögerungen bei der Rechnungsstellung

¹⁵ Nicht erklärbare grössere Abweichungen vom erwarteten Grundpfad

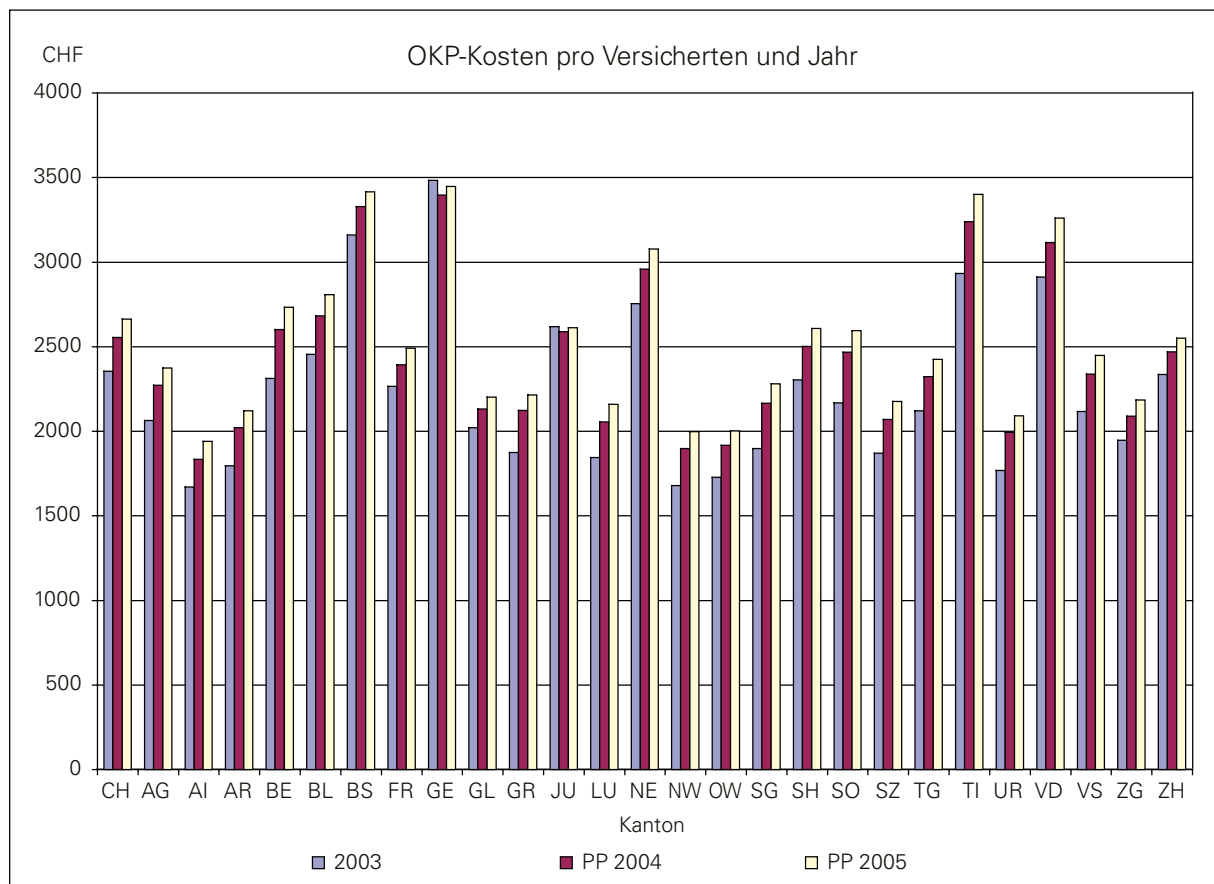
3 Output: Wichtigste Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden zunächst die absoluten Werte der OKP-Kosten dargestellt (3.1). Dann folgen die Prozentwerte des prognostizierten Kostenwachstums pro Kanton für die Jahre 2004 und 2005 (3.2). Schliesslich werden die Werte aufgeteilt nach Kostengruppen ebenfalls für die beiden Jahre 2004 und 2005 aufgezeigt (3.3). Anschliessend an die Grafiken sind die Prognosedaten noch in Tabellenform zusammengestellt.

3.1 Die OKP-Kosten

Abbildung 3 zeigt die durchschnittlichen OKP Kosten pro Versicherten und Jahr aufgeteilt nach Kanton. Zum Vergleich sind auch die Durchschnittswerte für die ganze Schweiz ganz links eingetragen. Die Kosten stellen die so genannten Bruttokosten dar. Das heisst, Selbstbehalte von Versicherten aufgrund ihrer Franchisen sind in den Werten ebenfalls enthalten.

Abbildung 3 OKP-Kosten pro Versicherten und Jahr



In Abbildung 3 sind die Werte für die Jahre 2003, 2004 und 2005 ausgegeben. Die Werte für das Jahr 2003 entsprechen den effektiven Werten aus dem santésuisse Datenpool. Die Daten für die Jahre 2004 und 2005 stellen die vom Prognosemodell berechneten Werte dar.

3.2 OKP Kostenwachstum pro Kanton

In den Abbildungen 4 und 5 ist das prozentuale OKP-Kostenwachstum pro Kanton grafisch dargestellt.

Abbildung 4 Prozentuale Veränderung der OKP-Gesamtkosten nach Kantonen, 2004

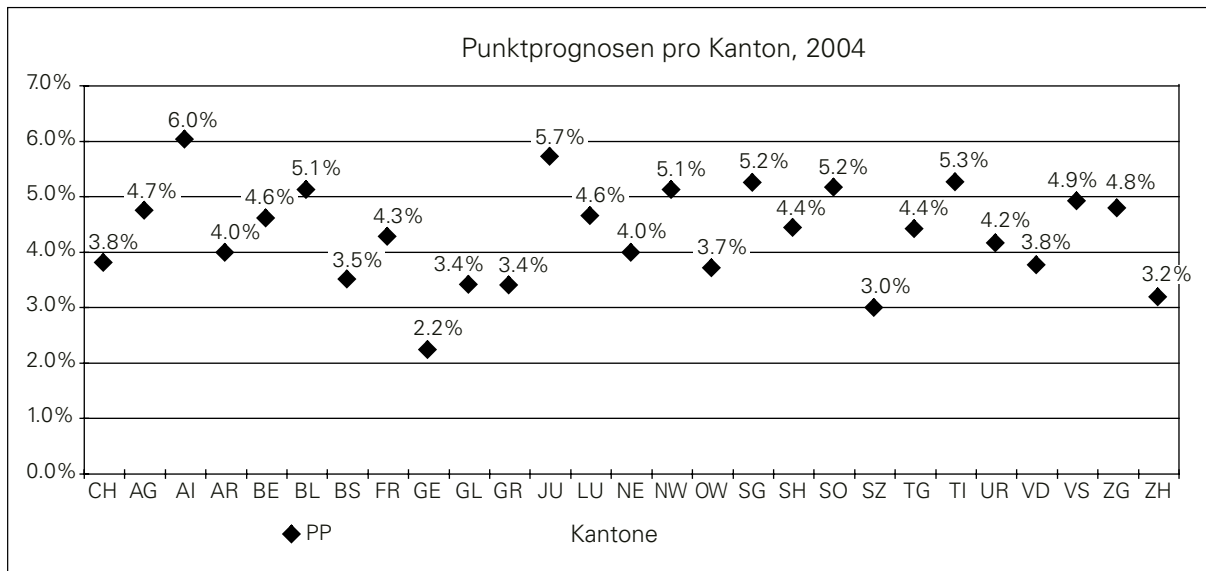
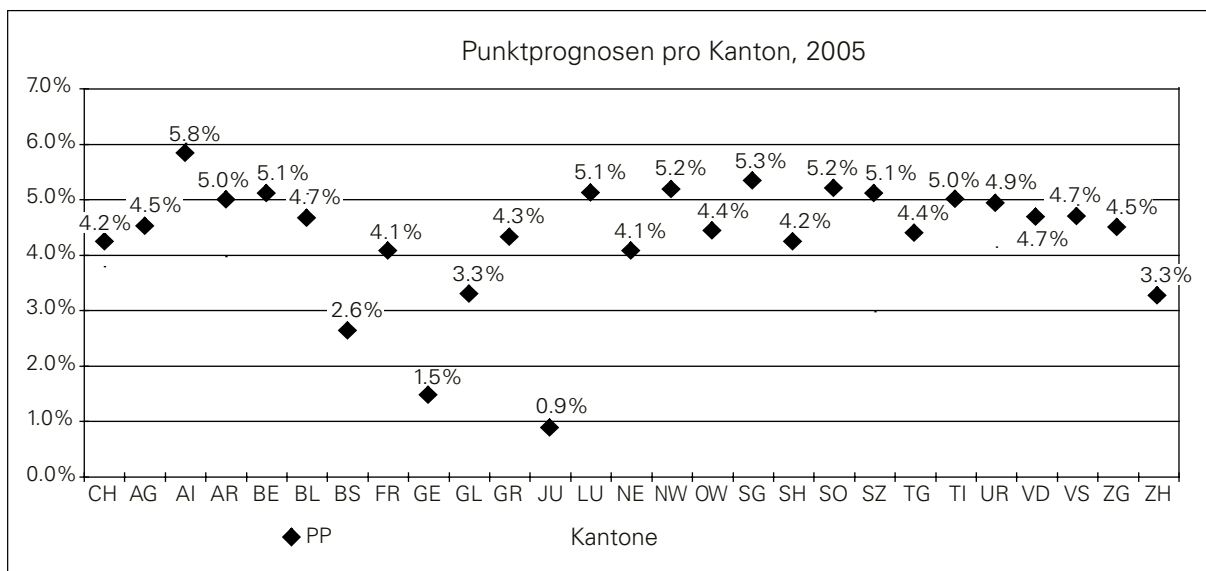


Abbildung 5 Prozentuale Veränderung der OKP-Gesamtkosten nach Kantonen, 2005



3.3 OKP Kostenwachstum pro Kostengruppe

In den Abbildungen 6 und 7 ist das prozentuale OKP-Kostenwachstum pro Kostenart grafisch dargestellt.

Abbildung 6 Prozentuale Veränderung der OKP-Kosten nach Kostenart, 2004

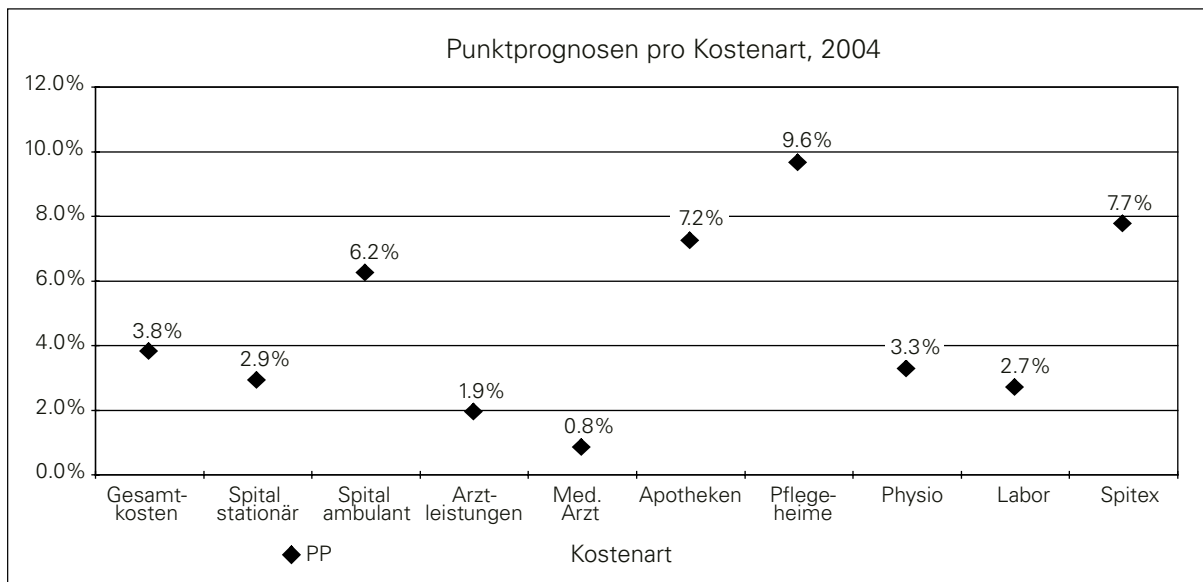
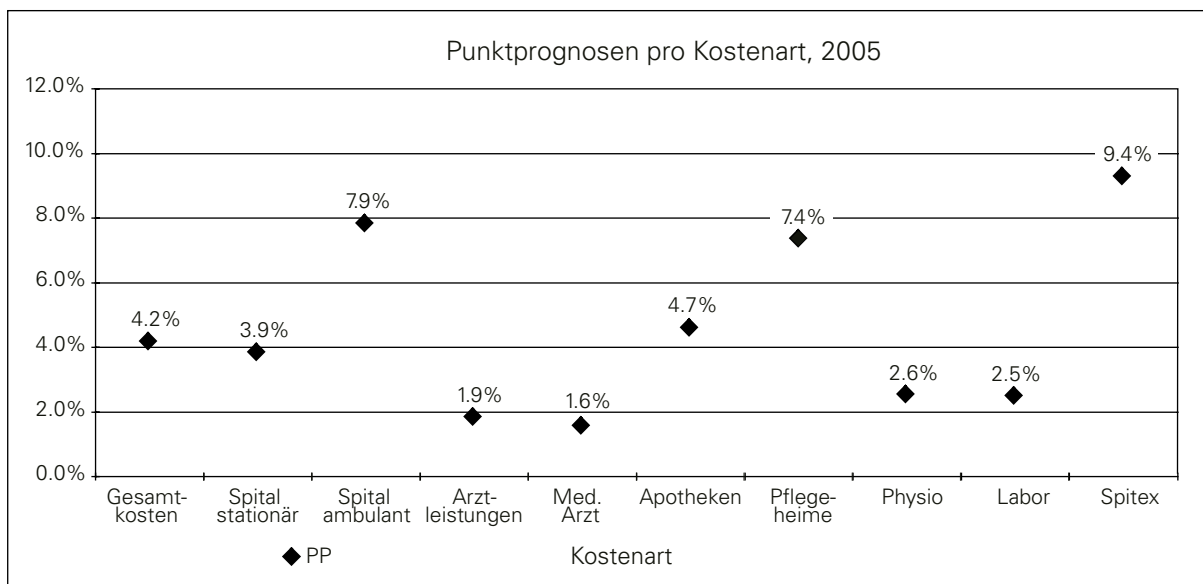


Abbildung 7 Prozentuale Veränderung der OKP-Kosten nach Kostenart, 2005



3.4 Tabellarische Zusammenfassung

In den Tabellen 1 und 2 sind die Prozentualen Veränderungen pro Kanton (Tabelle 1) und pro Kostenart (Tabelle 2) dargestellt.

Tabelle 1 Prozentuale Veränderungen pro Kanton für die Jahre 2004 und 2005

	2004	2005		2004	2005
	PP	PP		PP	PP
CH	3.8%	4.2%	NW	5.1%	5.2%
AG	4.7%	4.5%	OW	3.7%	4.4%
AI	6.0%	5.8%	SG	5.2%	5.3%
AR	4.0%	5.0%	SH	4.4%	4.2%
BE	4.6%	5.1%	SO	5.2%	5.2%
BL	5.1%	4.7%	SZ	3.0%	5.1%
BS	3.5%	2.6%	TG	4.4%	4.4%
FR	4.3%	4.1%	TI	5.3%	5.0%
GE	2.2%	1.5%	UR	4.2%	4.9%
GL	3.4%	3.3%	VD	3.8%	4.7%
GR	3.4%	4.3%	VS	4.9%	4.7%
JU	5.7%	0.9%	ZG	4.8%	4.5%
LU	4.6%	5.1%	ZH	3.2%	3.3%
NE	4.0%	4.1%			

Tabelle 2 Prozentuale Veränderung pro Kostenart für die Jahre 2004 und 2005

	2004	2005
	PP	PP
Gesamtkosten	3.8%	4.2%
Spital stationär	2.9%	3.9%
Spital ambulant	6.2%	7.9%
Arztleistungen	1.9%	1.9%
Medikamente Arzt	0.8%	1.6%
Apotheken	7.2%	4.7%
Pflegeheime	9.6%	7.4%
Physiotherapie	3.3%	2.6%
Labor	2.7%	2.5%
Spitex	7.7%	9.4%

4 Wichtige Hinweise für die Krankenkassen

An dieser Stelle möchten wir noch auf einige wichtige Punkte zu sprechen kommen, welche die Relevanz des Modells für die Krankenkassen aus unserer Sicht betreffen. Damit wollen wir auch möglichen Missverständnissen vorbeugen.

- Eine Abweichung der Prämieingabe und der Kostenprognosen der Krankenversicherer von den Prognosedaten des Prognosemodells muss von den Krankenversicherern nicht gerechtfertigt werden. Die Prognosen des Modells sind als Hilfsmittel und Diskussionsgrundlage für die Krankenversicherer bei der Prämienberechnung gedacht.
- Das Modell berechnet die Kostenentwicklung, welche nicht mit der Prämienentwicklung gleichzusetzen ist.
- Es handelt sich bei den Prognosen um kantonale Durchschnittswerte; v. a. für kleinere Krankenversicherer mit regionalem Tätigkeitsgebiet können die eigenen Werte stark von der Prognose (oder von anderen Durchschnittswerten) abweichen.
- Im Modell nicht berücksichtigt sind «Sonderfaktoren», wie beispielsweise die Einführung von Tarmed, verschiedene Abrechnungsprobleme oder sonstige externe, d.h. nicht aus der bisherigen Entwicklung ableitbaren Einflussfaktoren auf die Daten.

5 Schlussbemerkungen

Das Prämienprognosemodell ist als ein wissenschaftlicher Beitrag zu verstehen, der unabhängig von politischen Einflüssen die statistisch zu erwartenden Kosten berechnen soll.

Falls die Prognosewerte als Diskussionsgrundlage dienen können und zur Versachlichung der manchmal sehr emotional geführten Diskussion beitragen, wäre aus unserer Sicht ein Hauptzweck des Modells schon erfüllt.

Das Modell soll dank den Erfahrungen der Praxis und entsprechender Rückmeldungen weiterentwickelt und wenn nötig verbessert werden.

Dr. oec. Urs Brügger

Helen Achermann, lic. oec.

(Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie)

Anhang I: Die Schätzwerte für die Jahre 2004 und 2005

Ausgehend vom Kostenniveau des Jahres 2003 prognostiziert das Modell für die beiden folgenden Jahre einen prozentualen Zuwachs der Kosten für die gesamte Schweiz gemäss untenstehendem Tabellenausschnitt (Ausschnitt aus der Tabelle auf der folgenden Seite):

OKP Kostenwachstumsprognose für die Jahre 2004 und 2005

Gesamtkosten	2004			2005		
	UPI	PP	OPI	UPI	PP	OPI
CH	3.03%	3.79%	6.99%	3.39%	4.23%	7.47%

Die Abkürzungen in der Tabelle bedeuten folgendes:

UPI: Unteres Prognoseintervall

PP: Punktprognose

OPI: Oberes Prognoseintervall

Die Tabelle kann folgendermassen gelesen werden: das Modell schätzt für das Jahr 2004 als Punktprognose (PP) einen Zuwachs von 3.79% der OKP Kosten gegenüber dem Jahr 2003 für die gesamte Schweiz. Entsprechend rechnet das Modell mit einem Zuwachs von 4.23% vom Jahr 2004 zum Jahr 2005.

Diese Werte sind jedoch mit einer statistischen Unsicherheit behaftet. Mit einer 80 bis 90% Wahrscheinlichkeit liegt der Wert für das Jahr 2004 zwischen 3.03% (UPI) und 6.99% (OPI) und für das Jahr 2005 zwischen 3.39% und 7.47%.

Die auf den ersten Blick recht breiten Konfidenzintervalle können zum voreiligen Schluss verleiten, dass das Modell viel zu ungenau sei. Eine Evaluation des Modells durch das BAG hat ergeben, dass die Prognosen des Modells im Vergleich mit den Prognosen der Versicherungen durchwegs sehr gut abgeschnitten haben (siehe Punkt 9.6.3 im Bericht im Internet; <http://www.bag.admin.ch/kv/statistik/d/index.htm>).

Prozentuale Veränderungen der OKP-Gesamtkosten für die Jahre 2004/2005

Gesamt- kosten	2004			2005		
	UPI	PP	OPI	UPI	PP	OPI
CH	3.03 %	3.79 %	6.99 %	3.39 %	4.23 %	7.47 %
AG	3.78 %	4.73 %	7.91 %	3.61 %	4.51 %	8.39 %
AI	2.20 %	6.02 %	10.25 %	2.20 %	5.82 %	10.88 %
AR	2.73 %	3.98 %	8.87 %	2.73 %	4.98 %	8.87 %
BE	2.93 %	4.60 %	8.89 %	2.93 %	5.10 %	9.54 %
BL	3.71 %	5.11 %	7.10 %	3.71 %	4.65 %	7.10 %
BS	0.76 %	3.49 %	6.80 %	0.76 %	2.63 %	6.80 %
FR	0.80 %	4.26 %	6.65 %	0.29 %	4.06 %	6.65 %
GE	0.00 %	2.22 %	8.73 %	-0.33 %	1.47 %	9.50 %
GL	2.00 %	3.40 %	7.05 %	2.00 %	3.29 %	7.60 %
GR	0.31 %	3.39 %	8.94 %	0.31 %	4.31 %	9.77 %
JU	0.00 %	5.71 %	9.47 %	-0.86 %	0.88 %	9.47 %
LU	3.18 %	4.64 %	7.80 %	3.18 %	5.11 %	7.80 %
NE	0.00 %	3.98 %	8.19 %	-0.60 %	4.06 %	8.83 %
NW	2.26 %	5.11 %	9.82 %	2.26 %	5.17 %	10.52 %
OW	1.99 %	3.70 %	7.66 %	1.99 %	4.43 %	8.25 %
SG	4.19 %	5.24 %	8.47 %	4.26 %	5.32 %	8.47 %
SH	2.31 %	4.42 %	8.28 %	2.31 %	4.23 %	8.86 %
SO	4.12 %	5.15 %	9.96 %	4.15 %	5.19 %	10.69 %
SZ	0.00 %	2.98 %	7.46 %	-0.33 %	5.10 %	8.13 %
TG	3.52 %	4.40 %	7.50 %	3.50 %	4.38 %	7.50 %
TI	3.52 %	5.25 %	8.90 %	3.52 %	4.99 %	8.90 %
UR	0.00 %	4.15 %	10.01 %	-0.62 %	4.92 %	10.01 %
VD	2.05 %	3.75 %	7.86 %	2.05 %	4.67 %	7.86 %
VS	1.70 %	4.91 %	8.21 %	1.22 %	4.68 %	8.71 %
ZG	2.51 %	4.78 %	10.26 %	2.51 %	4.49 %	11.04 %
ZH	2.43 %	3.17 %	6.77 %	2.43 %	3.26 %	7.31 %

Spital stationär: prozentuale Veränderungen

Spital stationär	2004			2005		
	UPI	PP	OPI	UPI	PP	OPI
CH	-0.12 %	2.91 %	8.90 %	-0.12 %	3.89 %	9.33 %
AG	0.22 %	5.39 %	12.24 %	0.22 %	5.37 %	12.24 %
AI	-2.70 %	4.52 %	12.28 %	-3.79 %	4.91 %	13.24 %
AR	-2.07 %	1.86 %	10.32 %	-2.07 %	2.77 %	10.90 %
BE	-2.54 %	3.20 %	11.38 %	-2.54 %	3.56 %	12.60 %
BL	-1.29 %	4.89 %	9.13 %	-1.29 %	5.12 %	9.13 %
BS	-10.90 %	2.65 %	17.42 %	-11.73 %	3.98 %	17.42 %
FR	-1.99 %	3.20 %	5.43 %	-2.77 %	3.13 %	5.43 %
GE	-4.51 %	3.32 %	11.78 %	-5.68 %	2.73 %	13.05 %
GL	-4.66 %	3.25 %	8.68 %	-5.85 %	2.83 %	8.68 %
GR	-8.89 %	1.86 %	13.88 %	-9.32 %	4.53 %	15.69 %
JU	-18.81 %	-2.71 %	8.54 %	-21.23 %	-3.51 %	8.54 %
LU	-4.88 %	3.82 %	13.32 %	-6.10 %	5.40 %	14.74 %
NE	-6.01 %	3.21 %	13.33 %	-7.39 %	4.20 %	14.85 %
NW	-3.85 %	4.15 %	11.70 %	-3.92 %	4.46 %	11.70 %
OW	-4.56 %	2.62 %	10.34 %	-5.64 %	3.49 %	11.50 %
SG	-1.36 %	2.85 %	11.54 %	-1.36 %	3.38 %	12.84 %
SH	-2.86 %	4.89 %	13.26 %	-4.02 %	4.05 %	14.52 %
SO	-4.62 %	3.83 %	14.26 %	-4.62 %	4.59 %	15.82 %
SZ	-3.29 %	4.02 %	10.06 %	-4.39 %	4.41 %	10.06 %
TG	1.56 %	3.97 %	13.81 %	1.56 %	4.06 %	15.19 %
TI	-0.01 %	5.95 %	14.87 %	-0.01 %	6.25 %	15.16 %
UR	-5.45 %	4.37 %	14.88 %	-6.93 %	4.63 %	14.88 %
VD	-9.03 %	-0.74 %	8.62 %	-9.03 %	4.92 %	10.02 %
VS	-9.74 %	3.14 %	17.86 %	-11.68 %	3.61 %	18.50 %
ZG	-3.58 %	4.06 %	13.32 %	-3.58 %	3.32 %	14.70 %
ZH	-2.92 %	2.02 %	3.52 %	-2.92 %	1.90 %	3.52 %

Spital ambulant: prozentuale Veränderungen

Spital ambulant	2004			2005		
	UPI	PP	OPI	UPI	PP	OPI
CH	1.56 %	6.23 %	12.93 %	1.56 %	7.90 %	12.93 %
AG	2.30 %	7.92 %	13.64 %	2.30 %	6.96 %	13.64 %
AI	-1.64 %	6.99 %	17.26 %	-1.64 %	7.25 %	18.81 %
AR	-5.10 %	4.93 %	19.36 %	-5.10 %	7.80 %	20.15 %
BE	-1.08 %	8.60 %	19.08 %	-1.08 %	8.48 %	19.08 %
BL	-1.49 %	10.14 %	23.15 %	-1.96 %	9.46 %	25.10 %
BS	-8.42 %	6.73 %	24.38 %	-10.70 %	7.77 %	27.03 %
FR	-1.73 %	6.91 %	11.78 %	-3.03 %	7.54 %	11.78 %
GE	-6.59 %	2.18 %	8.59 %	-6.59 %	2.11 %	8.59 %
GL	2.86 %	6.24 %	14.67 %	2.86 %	6.70 %	15.93 %
GR	2.75 %	7.78 %	24.15 %	2.75 %	10.00 %	26.60 %
JU	-2.06 %	1.45 %	9.32 %	-2.06 %	5.89 %	10.50 %
LU	3.78 %	8.91 %	16.81 %	3.78 %	8.97 %	18.00 %
NE	-10.45 %	0.79 %	13.44 %	-12.14 %	0.78 %	15.33 %
NW	2.01 %	5.90 %	13.03 %	2.01 %	5.57 %	14.10 %
OW	-0.18 %	5.04 %	12.53 %	-0.18 %	5.85 %	13.65 %
SG	-1.13 %	1.30 %	14.61 %	-1.13 %	15.20 %	18.23 %
SH	-1.04 %	9.32 %	20.77 %	-2.60 %	8.37 %	22.49 %
SO	7.45 %	9.31 %	17.47 %	7.41 %	9.27 %	17.47 %
SZ	-1.41 %	8.65 %	19.73 %	-2.92 %	9.94 %	20.20 %
TG	-2.49 %	7.48 %	15.58 %	-2.49 %	8.01 %	15.58 %
TI	1.73 %	8.95 %	13.10 %	1.73 %	8.14 %	13.10 %
UR	-5.53 %	8.19 %	22.43 %	-7.59 %	7.05 %	22.43 %
VD	1.17 %	2.97 %	10.59 %	1.17 %	9.49 %	11.73 %
VS	-1.37 %	7.10 %	18.95 %	-1.37 %	6.02 %	20.73 %
ZG	1.91 %	7.07 %	15.85 %	1.91 %	6.03 %	17.17 %
ZH	3.04 %	7.27 %	14.42 %	3.04 %	7.32 %	14.42 %

Arztleistungen: prozentuale Veränderungen

Arzt- leistungen	2004			2005		
	UPI	PP	OPI	UPI	PP	OPI
CH	1.39%	1.93%	5.49%	1.39%	1.89%	5.49%
AG	-0.15%	2.02%	5.83%	-0.15%	1.93%	6.38%
AI	-0.76%	4.45%	12.38%	-0.76%	3.50%	13.19%
AR	-0.76%	2.63%	8.34%	-0.76%	2.89%	8.34%
BE	0.67%	2.92%	7.66%	0.67%	2.51%	8.36%
BL	1.85%	2.32%	3.62%	1.81%	2.26%	3.62%
BS	-2.12%	-1.60%	3.76%	-2.12%	-1.63%	4.57%
FR	-3.62%	2.47%	8.95%	-4.53%	1.76%	9.92%
GE	-3.95%	0.26%	6.84%	-3.95%	-0.27%	6.84%
GL	0.34%	1.59%	5.91%	0.34%	1.77%	6.55%
GR	0.47%	2.00%	8.27%	0.47%	1.46%	9.21%
JU	-5.46%	-1.89%	6.52%	-5.46%	3.20%	7.78%
LU	1.68%	2.79%	5.80%	1.68%	2.97%	5.80%
NE	-4.00%	1.57%	9.85%	-4.00%	0.56%	11.09%
NW	1.60%	2.35%	8.17%	1.60%	2.29%	9.04%
OW	-1.49%	1.90%	7.67%	-1.49%	1.82%	8.53%
SG	1.75%	3.65%	5.86%	1.75%	3.52%	5.86%
SH	-0.35%	2.10%	6.44%	-0.35%	1.52%	6.44%
SO	2.07%	2.99%	7.39%	2.07%	2.86%	8.05%
SZ	1.24%	2.07%	8.00%	1.24%	2.80%	8.89%
TG	1.26%	2.43%	5.45%	1.26%	2.38%	5.45%
TI	-2.33%	1.61%	6.27%	-2.33%	0.99%	6.27%
UR	-1.14%	1.60%	6.33%	-1.14%	1.68%	6.33%
VD	-3.57%	3.44%	10.12%	-3.84%	3.66%	10.12%
VS	-1.67%	4.60%	7.65%	-2.60%	2.98%	7.65%
ZG	2.17%	3.33%	7.42%	1.97%	2.46%	7.42%
ZH	-0.72%	1.50%	6.39%	-0.72%	1.53%	6.75%

Medikamente Arzt: prozentuale Veränderungen

Med. Arzt	2004			2005		
	UPI	PP	OPI	UPI	PP	OPI
CH	-0.43%	0.82%	7.25%	-0.43%	1.61%	8.21%
AG	-3.27%	0.61%	8.46%	-3.27%	0.65%	9.64%
AI	2.47%	8.58%	14.77%	2.47%	8.19%	14.77%
AR	-1.81%	2.21%	11.64%	-1.81%	3.12%	11.64%
BE	-6.54%	-1.56%	7.71%	-6.54%	-1.39%	9.10%
BL	2.00%	2.50%	9.10%	2.25%	2.81%	10.09%
BS	-7.54%	-2.89%	4.64%	-7.54%	-2.98%	5.77%
FR	-9.78%	1.51%	11.80%	-11.47%	2.17%	11.80%
GE	1.28%	2.50%	20.43%	1.28%	8.13%	23.12%
GL	-0.60%	0.86%	8.85%	-0.60%	2.69%	10.05%
GR	-2.14%	2.53%	11.79%	-2.14%	1.74%	11.79%
JU	-7.13%	2.67%	11.92%	-7.13%	2.98%	11.92%
LU	0.92%	3.47%	9.96%	0.92%	4.22%	10.94%
NE	-15.61%	5.57%	38.33%	-15.61%	5.28%	43.25%
NW	1.86%	4.29%	11.95%	1.86%	4.58%	13.10%
OW	3.82%	4.78%	9.59%	3.79%	4.73%	9.59%
SG	1.15%	3.08%	9.97%	1.15%	3.07%	11.00%
SH	-3.94%	2.32%	10.88%	-3.94%	4.28%	12.17%
SO	1.89%	3.53%	13.54%	1.89%	3.49%	15.04%
SZ	-1.14%	1.38%	9.63%	-1.14%	2.47%	10.87%
TG	-2.13%	-1.01%	6.22%	-2.13%	2.02%	7.30%
TI	-28.36%	-5.01%	25.95%	-29.43%	2.25%	30.60%
UR	-1.00%	1.76%	8.91%	-1.00%	2.30%	9.99%
VD	-25.22%	-2.48%	27.18%	-27.73%	5.36%	31.63%
VS	3.54%	5.20%	12.51%	3.54%	5.33%	13.61%
ZG	1.02%	2.28%	10.52%	1.02%	1.57%	11.45%
ZH	-2.97%	-0.08%	9.51%	-2.97%	0.23%	10.94%

Apotheken: prozentuale Veränderungen

Apo- theken	2004			2005		
	UPI	PP	OPI	UPI	PP	OPI
CH	4.30 %	7.23 %	13.46 %	3.73 %	4.66 %	13.46 %
AG	4.27 %	8.38 %	14.53 %	4.27 %	5.82 %	14.53 %
AI	-8.61 %	8.52 %	28.85 %	-11.18 %	7.85 %	31.90 %
AR	-1.47 %	8.33 %	24.96 %	-1.47 %	5.80 %	27.45 %
BE	7.21 %	9.82 %	16.59 %	6.82 %	8.53 %	17.61 %
BL	5.31 %	10.75 %	15.01 %	4.49 %	6.56 %	15.01 %
BS	0.22 %	8.54 %	19.70 %	0.22 %	5.25 %	20.78 %
FR	0.08 %	5.84 %	11.94 %	-0.79 %	4.43 %	12.71 %
GE	-2.89 %	2.18 %	13.28 %	-2.89 %	1.81 %	13.28 %
GL	-3.02 %	5.12 %	16.42 %	-3.02 %	4.54 %	16.42 %
GR	4.34 %	6.82 %	12.66 %	3.89 %	4.87 %	12.66 %
JU	-1.23 %	9.12 %	19.82 %	-1.23 %	2.52 %	19.82 %
LU	5.30 %	7.66 %	12.59 %	5.30 %	7.52 %	12.59 %
NE	-2.68 %	6.32 %	17.54 %	-2.68 %	3.36 %	19.22 %
NW	7.68 %	9.60 %	17.86 %	7.21 %	9.01 %	17.86 %
OW	-0.29 %	10.81 %	18.92 %	-1.96 %	5.16 %	18.92 %
SG	5.16 %	7.18 %	16.61 %	5.16 %	8.04 %	18.03 %
SH	5.12 %	6.78 %	16.03 %	5.12 %	7.55 %	17.19 %
SO	6.16 %	7.70 %	17.81 %	6.13 %	7.66 %	18.92 %
SZ	3.83 %	6.55 %	15.50 %	3.83 %	7.90 %	16.84 %
TG	5.48 %	8.68 %	15.22 %	5.29 %	6.61 %	16.20 %
TI	3.21 %	7.07 %	11.97 %	3.21 %	6.15 %	11.97 %
UR	3.79 %	5.95 %	14.07 %	3.79 %	6.04 %	15.29 %
VD	-0.07 %	8.65 %	12.73 %	-1.37 %	0.31 %	12.73 %
VS	2.20 %	7.53 %	15.14 %	2.20 %	5.18 %	15.14 %
ZG	4.57 %	9.63 %	16.97 %	4.57 %	7.09 %	16.97 %
ZH	0.42 %	5.81 %	13.09 %	0.42 %	5.49 %	13.09 %

Pflegeheime: prozentuale Veränderungen

Pflege- heime	2004			2005		
	UPI	PP	OPI	UPI	PP	OPI
CH	2.20 %	9.64 %	21.85 %	2.20 %	7.44 %	23.69 %
AG	-0.27 %	9.83 %	22.00 %	-0.27 %	7.81 %	23.82 %
AI	-1.21 %	12.32 %	20.56 %	-3.24 %	8.38 %	20.56 %
AR	4.95 %	14.81 %	33.19 %	4.95 %	13.56 %	35.94 %
BE	5.15 %	11.35 %	17.10 %	5.15 %	9.76 %	17.10 %
BL	6.88 %	21.28 %	30.76 %	1.22 %	1.52 %	30.76 %
BS	-11.34 %	17.23 %	29.60 %	-15.63 %	-4.65 %	29.60 %
FR	-2.03 %	7.42 %	17.79 %	-3.45 %	6.31 %	19.34 %
GE	-9.04 %	8.22 %	17.06 %	-10.88 %	3.32 %	17.06 %
GL	0.67 %	9.30 %	19.44 %	0.67 %	7.67 %	20.96 %
GR	-0.65 %	21.07 %	47.55 %	-3.91 %	5.48 %	51.53 %
JU	1.48 %	9.07 %	23.84 %	1.48 %	9.44 %	26.05 %
LU	2.11 %	9.49 %	20.35 %	2.11 %	11.17 %	21.98 %
NE	0.53 %	15.00 %	23.33 %	0.53 %	9.89 %	23.33 %
NW	3.91 %	9.43 %	23.59 %	3.91 %	15.45 %	25.71 %
OW	6.75 %	11.25 %	22.11 %	6.75 %	10.30 %	23.73 %
SG	3.94 %	10.01 %	23.58 %	3.94 %	12.27 %	25.62 %
SH	-1.17 %	7.37 %	15.52 %	-1.17 %	4.58 %	15.52 %
SO	-0.31 %	9.31 %	21.32 %	-0.31 %	7.29 %	23.12 %
SZ	-1.96 %	7.66 %	20.02 %	-1.96 %	10.08 %	21.88 %
TG	-9.57 %	4.27 %	15.00 %	-11.65 %	0.76 %	15.00 %
TI	3.72 %	7.05 %	16.53 %	3.72 %	6.88 %	16.53 %
UR	6.69 %	9.95 %	28.20 %	6.69 %	15.82 %	30.93 %
VD	-1.60 %	6.31 %	18.87 %	-1.60 %	6.70 %	20.76 %
VS	0.87 %	11.07 %	25.23 %	0.87 %	15.30 %	27.36 %
ZG	6.82 %	15.03 %	35.66 %	6.82 %	13.43 %	36.06 %
ZH	-3.71 %	6.98 %	18.86 %	-3.97 %	5.62 %	20.64 %

PhysiotherapeutInnen: prozentuale Veränderungen

Physio.	2004			2005		
	UPI	PP	OPI	UPI	PP	OPI
CH	-0.33 %	3.26 %	10.21 %	-0.33 %	2.59 %	10.75 %
AG	-1.57 %	5.39 %	15.42 %	-1.57 %	5.02 %	16.92 %
AI	-3.71 %	6.44 %	17.66 %	-5.23 %	4.39 %	19.34 %
AR	-3.53 %	6.91 %	21.84 %	-3.53 %	4.86 %	21.84 %
BE	1.22 %	3.33 %	10.28 %	1.22 %	2.92 %	11.32 %
BL	1.89 %	2.51 %	8.12 %	1.89 %	2.97 %	8.96 %
BS	1.76 %	2.20 %	9.56 %	1.72 %	2.15 %	10.66 %
FR	-4.09 %	3.14 %	10.91 %	-5.17 %	3.05 %	12.08 %
GE	-14.83 %	-5.66 %	14.22 %	-14.83 %	-7.17 %	17.20 %
GL	0.62 %	4.42 %	11.31 %	0.62 %	4.23 %	12.35 %
GR	-5.77 %	4.74 %	11.99 %	-6.01 %	3.70 %	11.99 %
JU	-3.12 %	7.42 %	17.65 %	-4.70 %	6.95 %	17.65 %
LU	-4.37 %	5.80 %	17.06 %	-5.90 %	4.05 %	18.75 %
NE	-3.76 %	6.45 %	17.75 %	-5.06 %	3.41 %	19.44 %
NW	2.62 %	3.45 %	10.36 %	2.62 %	3.34 %	11.39 %
OW	0.14 %	4.43 %	11.29 %	0.14 %	4.45 %	12.32 %
SG	-1.94 %	5.88 %	14.32 %	-3.11 %	4.09 %	15.59 %
SH	-8.33 %	4.67 %	19.51 %	-9.24 %	3.38 %	21.74 %
SO	3.93 %	6.21 %	10.82 %	3.93 %	5.11 %	10.82 %
SZ	-6.09 %	1.82 %	10.39 %	-6.23 %	2.30 %	10.96 %
TG	-4.04 %	2.57 %	9.63 %	-5.03 %	3.88 %	10.69 %
TI	-3.91 %	3.38 %	13.44 %	-3.91 %	3.61 %	14.94 %
UR	-2.12 %	2.02 %	7.27 %	-2.12 %	1.80 %	7.27 %
VD	-5.90 %	3.52 %	9.80 %	-7.32 %	1.39 %	9.80 %
VS	-4.68 %	5.16 %	8.94 %	-6.16 %	3.74 %	8.94 %
ZG	-5.56 %	10.39 %	26.54 %	-6.20 %	4.99 %	26.54 %
ZH	0.15 %	3.69 %	11.43 %	0.15 %	3.05 %	11.43 %

Labor: prozentuale Veränderungen

Labor	2004			2005		
	UPI	PP	OPI	UPI	PP	OPI
CH	1.26 %	2.68 %	7.27 %	1.26 %	2.54 %	7.61 %
AG	2.77 %	3.47 %	7.39 %	2.74 %	3.43 %	7.45 %
AI	-1.57 %	4.25 %	15.07 %	-1.57 %	3.72 %	15.07 %
AR	-2.56 %	1.30 %	11.12 %	-2.56 %	3.10 %	12.59 %
BE	0.42 %	2.53 %	6.53 %	0.42 %	2.28 %	7.13 %
BL	1.76 %	2.22 %	3.79 %	1.76 %	2.34 %	3.79 %
BS	-0.72 %	1.49 %	3.52 %	-0.72 %	1.46 %	3.52 %
FR	-1.33 %	5.18 %	9.23 %	-2.31 %	3.25 %	9.23 %
GE	-4.76 %	1.48 %	11.05 %	-4.76 %	0.44 %	11.08 %
GL	-2.29 %	3.19 %	8.98 %	-3.12 %	3.02 %	9.84 %
GR	-1.49 %	1.90 %	8.96 %	-1.49 %	2.28 %	10.01 %
JU	-2.61 %	1.38 %	8.49 %	-2.61 %	1.04 %	8.49 %
LU	1.99 %	4.11 %	8.27 %	1.99 %	3.65 %	8.27 %
NE	-5.51 %	3.75 %	13.62 %	-6.90 %	1.67 %	13.62 %
NW	-1.53 %	3.98 %	11.32 %	-1.53 %	3.93 %	11.32 %
OW	-2.83 %	3.16 %	9.53 %	-3.73 %	2.85 %	10.48 %
SG	-0.29 %	3.31 %	8.67 %	-0.29 %	3.68 %	8.67 %
SH	-0.68 %	4.06 %	9.52 %	-0.68 %	3.36 %	9.52 %
SO	1.31 %	2.91 %	7.22 %	1.31 %	2.87 %	7.22 %
SZ	0.99 %	3.20 %	10.18 %	0.99 %	4.16 %	11.23 %
TG	-1.31 %	2.19 %	7.22 %	-1.31 %	2.74 %	7.98 %
TI	-0.84 %	2.20 %	9.02 %	-0.84 %	2.98 %	9.88 %
UR	-1.64 %	2.80 %	12.22 %	-1.64 %	2.59 %	13.63 %
VD	-5.39 %	3.30 %	11.85 %	-6.70 %	3.02 %	11.85 %
VS	-2.82 %	4.84 %	11.99 %	-3.97 %	3.36 %	11.99 %
ZG	-0.78 %	3.87 %	6.85 %	-0.78 %	2.38 %	6.85 %
ZH	2.02 %	3.20 %	8.37 %	2.02 %	3.10 %	9.14 %

Spitex: prozentuale Veränderungen

Spitex	2004			2005		
	UPI	PP	OPI	UPI	PP	OPI
CH	6.19 %	7.74 %	19.73 %	6.98 %	9.36 %	19.73 %
AG	-1.00 %	8.51 %	14.72 %	-2.43 %	8.21 %	14.72 %
AI	11.13 %	15.09 %	34.67 %	10.81 %	13.51 %	37.61 %
AR	5.57 %	12.99 %	24.59 %	5.57 %	10.54 %	24.59 %
BE	2.98 %	7.56 %	16.75 %	2.98 %	8.69 %	18.13 %
BL	4.58 %	6.97 %	16.14 %	4.58 %	9.02 %	17.51 %
BS	-3.17 %	10.45 %	20.38 %	-5.22 %	9.84 %	20.38 %
FR	4.85 %	10.99 %	23.62 %	4.85 %	9.57 %	23.62 %
GE	2.68 %	10.22 %	45.18 %	2.68 %	10.30 %	50.43 %
GL	-1.66 %	14.66 %	23.70 %	-4.11 %	9.41 %	23.70 %
GR	-0.34 %	11.60 %	33.28 %	-0.34 %	11.32 %	36.53 %
JU	-4.48 %	7.21 %	26.62 %	-4.48 %	6.39 %	26.62 %
LU	-3.71 %	7.41 %	19.82 %	-5.38 %	7.21 %	21.68 %
NE	–	–	–	–	–	–
NW	4.61 %	10.61 %	37.07 %	4.61 %	9.32 %	41.04 %
OW	-3.34 %	8.24 %	25.22 %	-3.34 %	10.15 %	25.22 %
SG	0.59 %	6.49 %	9.97 %	0.59 %	6.09 %	9.97 %
SH	-1.04 %	8.00 %	9.71 %	-1.04 %	6.95 %	9.71 %
SO	3.00 %	7.41 %	19.01 %	3.00 %	8.45 %	19.01 %
SZ	-4.21 %	9.19 %	18.79 %	-4.21 %	9.98 %	18.79 %
TG	-0.32 %	9.13 %	14.62 %	-0.32 %	7.52 %	14.62 %
TI	12.97 %	16.21 %	38.40 %	12.19 %	15.24 %	38.40 %
UR	-1.46 %	9.91 %	15.35 %	-1.46 %	8.35 %	15.35 %
VD	6.56 %	8.52 %	21.34 %	6.56 %	9.09 %	23.26 %
VS	11.06 %	13.82 %	33.23 %	10.61 %	13.26 %	33.23 %
ZG	0.62 %	6.92 %	14.24 %	0.62 %	8.39 %	14.24 %
ZH	1.41 %	4.09 %	12.93 %	1.41 %	3.83 %	12.93 %