

Medienmitteilung

Datum: 7. November 2013
Sperrfrist: ---

Neue Spitalfinanzierung führt zu Prämiensenkungen in der Spitalzusatzversicherung

Nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung und der daraus folgenden Kostenentlastungen führte die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA eine flächendeckende Tarifprüfung durch. Dies führt im 2014 in der Krankenzusatzversicherung zu Prämienreduktionen im Umfang von 240 Millionen Franken. Am deutlichsten fallen die Prämienenkungen bei den Produkten „Allgemeine Abteilung ganze Schweiz“ aus: Sie können 2014 um durchschnittlich 40 Prozent gesenkt werden.

Per 1. Januar 2012 trat das revidierte Krankenversicherungsgesetz KVG in Kraft. Dies bewirkte zahlreiche Änderungen in der Finanzierung von Spitalleistungen, die wesentliche Auswirkungen auch auf die Spitalzusatzversicherung haben. Die FINMA ist für die Beaufsichtigung des Zusatzversicherungsbereichs zuständig. Sie sah aufgrund dieser Veränderung der Rahmenbedingungen Handlungsbedarf. Sie forderte die Versicherer im Rahmen einer ausserordentlichen Massnahme auf, 2013 sämtliche Tarife in der Spitalzusatzversicherung zur Neuüberprüfung vorzulegen.

Deutliche Kostensenkung...

Im ersten Quartal 2013 lagen der FINMA erstmals verlässliche Zahlen für eine Analyse der Auswirkungen der geänderten Spitalfinanzierung vor. Die Kosten bei Produkten der Spitalzusatzversicherung nahmen auf Basis der Jahresrechnungen 2012 deutlich ab, insgesamt um 582 Millionen Franken. Für das Spitalversicherungsmodell „Allgemeine Abteilung“ betrug die 2012 angefallene Kostensenkung deutliche 73 Prozent. Die Produkte „Halbprivate Abteilung“ wiesen 16 Prozent tiefere Kosten auf. Beim Spitalversicherungsmodell „Private Abteilung“ resultierte dagegen ein Minus von 18 Prozent.

...führt zu einer Prämientlastung

Die von der FINMA im zweiten Quartal angekündigte ausserordentliche Tarifprüfung und der anschliessende Dialog mit den Versicherern führte schliesslich zu Prämienenkungen in der Gesamthöhe von 240 Millionen Franken. Mit der Tarifprüfung stellte die FINMA sicher, dass die Prämien im Bereich der Zusatzversicherungen im Einklang mit dem gesetzlichen Auftrag der FINMA weder missbräuchlich hoch noch solvenzgefährdend tief sind (Vgl. [FINMA-Faktenblatt](#)).

Bei den Produkten „Allgemeine Abteilung“ fiel die Kostentlastung deutlich aus. Hier wurden die Tarife flächendeckend gesenkt, im Durchschnitt um 40 Prozent. Bei Produkten, die neben dieser Deckung viele ambulante Zusatzleistungen einschliessen, waren die Senkungen weniger markant. Insgesamt profitieren 3,7 Millionen Versicherte von einer Prämienreduktion in der Höhe von insgesamt 172 Millionen Franken pro Jahr.

Ein anderes Bild zeigte sich bei den Produkten „Halbprivate Abteilung“ und „Private Abteilung“: Achtzig Prozent dieser Produkte erfahren für 2014 keine Tarifänderung, was auf die teilweise ungenügende Ertragslage in den Vorjahren zurückzuführen ist. Dies betrifft etwa eine Million Versicherte. Bei elf Prozent der Produkte, in denen rund eine halbe Million Menschen versichert sind, sinken die Prämien um durchschnittlich sieben Prozent. Das entspricht rund 68 Millionen Franken. Bei neun Prozent der Produkte erfolgen Prämien erhöhungen im Durchschnitt von unter sechs Prozent (CHF 27 Mio., 485'000 Versicherte). Diese Tarifierhöhungen sind notwendig, um die künftige Alterung der Versicherten zu decken.

Verluste abbauen und Rückstellungen erhöhen

Die nun von der FINMA genehmigten Tarife für 2014 entsprechen den gesetzlichen Vorgaben, auch wenn nur ein Teil der gesamten Kostentlastung in Form von Tarifsenkungen an die Versicherten weitergegeben wird. Dies liegt daran, dass es in der Spitalzusatzversicherung auch defizitäre Produkte gibt. Diese können sich nun erholen. 2011 lag der versicherungstechnische Ertrag der Branche nach Abzug von Verwaltungskosten und nach der Bildung von Rückstellungen bei Produkten mit stationärer Behandlung bei -7 Prozent, 2012, nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung, bei +2 Prozent (in Bezug auf die Prämien).

Ein Teil der Kosteneinsparungen wird auch in die Gewinne der Unternehmen fliessen, was im Bereich der Privatversicherung erlaubt ist. Die FINMA stellte bei ihrer Tarifprüfung fest, dass die von den Versicherern errechneten Gewinnmargen nicht missbräuchlich hoch ausfallen und auch die Verwaltungskostenanteile nicht unangemessen erhöht wurden. Die FINMA fand damit keine Anzeichen, die auf eine missbräuchliche oder verdeckte Gewinnabschöpfung hinweisen würden.

Kostensituation bleibt unter Beobachtung

Die Prämienberechnungen stützen sich jeweils auch auf Zukunftsprognosen ab. Was die Entwicklung der Leistungskosten angeht, so bleibt die Situation in der Krankenversicherung weiterhin mit Unsicherheiten behaftet. Dies bestätigten diverse Erhebungen der FINMA bei Versicherungen, Spitälern und Verbänden. Dabei wurde insbesondere auf die stetige Erhöhung der

Gesundheitskosten, die stockenden Verhandlungen zur Festsetzung der Spitaltarife, die nur befristet gültigen kantonalen Spitallisten oder Spitalkontingentierungen und die noch nicht absehbaren Auswirkungen der Fallpauschalen (SwissDRG) hingewiesen. Unter diesen Voraussetzungen befürchtet die Branche, dass die festgestellte Kostenentlastung durch einen Anstieg der Kosten in anderen Bereichen teilweise kompensiert werden könnte. Die FINMA wird hier die weitere Entwicklung im Rahmen ihrer Aufsicht intensiv beobachten.

Tarifprüfung in einer Branche mit 56 Anbietern

Im Rahmen ihrer ausserordentlichen Tarifprüfung analysierte die FINMA sämtliche Produkte der Spitalzusatzversicherung. Rund die Hälfte aller betroffenen Krankenversicherer reichte Tarife ein, welche die FINMA direkt guthiess. In 22 Fällen verlangte die FINMA nach einer ersten Prüfung der Tarifgesuche teilweise massive Korrekturen. Nach einem intensiven Dialog befolgten schliesslich sämtliche Versicherer die Vorgaben der FINMA. Damit wurde kein Verfahren zur Tarifsenkung notwendig.

Am 1. Januar 2013 waren 21 Versicherer hauptsächlich im Krankenzusatzgeschäft aktiv. Zusätzliche 16 Krankenkassen waren gleichzeitig im Bereich der Grundversicherungen wie auch Zusatzversicherungen tätig. Weitere 19 Lebens- oder Schadenversicherer boten private Krankenversicherungen als Nebengeschäft an. 2012 betrug das totale Prämienvolumen der von der FINMA beaufsichtigten Krankenversicherer 9,6 Milliarden Franken. Die Produkte der Spitalzusatzversicherung weisen ein Prämienvolumen von 3,5 Milliarden Franken auf.

Aufsicht Krankenzusatzversicherung: Schutz vor Insolvenz und Missbräuchen

Zum gesetzlichen Auftrag der FINMA im Bereich der Krankenzusatzversicherungen gehört der Schutz der Versicherten vor Insolvenzrisiken der Versicherungsunternehmen und vor missbräuchlichen Tarifen. Überprüft wird dies mit verschiedenen Aufsichtsinstrumenten und Berichten im Bereich der finanziellen Stabilität, der Corporate Governance und der Produktkontrolle. Die Produkteprüfung richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben. Diese besagen, dass diese Tarife weder missbräuchlich hoch noch solvenzgefährdend tief sein dürfen. Ausserdem müssen die Krankenzusatzversicherer Rückstellungen zur finanziellen Stabilisierung der Produkte bilden. Diese können ausschliesslich zu diesem Zweck und nicht beispielsweise für Dividendenauszahlungen oder Quersubventionierungen verwendet werden.

Kontakt

Tobias Lux, Mediensprecher, Tel. +41 (0)31 327 91 71, tobias.lux@finma.ch

Vinzenz Mathys, Mediensprecher, Tel. +41 (0)31 327 19 77, vinzenz.mathys@finma.ch