

Statistik über die Krankenversicherung: Rechnungsjahr 2000

In der Ausgabe 4/2001 der «Sozialen Sicherheit» publizierten wir provisorische Ergebnisse der Krankenversicherungsstatistik 2000. Nun liegt die Publikation mit den definitiven Resultaten zum Rechnungsjahr 2000 vor. Gegenüber den im Sommer 2001 publizierten, zum Teil hochgerechneten Zahlen sind keine nennenswerten Abweichungen festzustellen. Neben den Verwaltungsangaben der Krankenversicherer enthält die Publikation auch Informationen aus anderen Quellen zu den Bereichen Prämienverbilligung und Risikoausgleich sowie Kennzahlen, die im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen von Bedeutung sind. Neu wurden die jeweils Anfang Oktober publizierten «Aufsichtsdaten» in die Publikation integriert.



Herbert Käzig

Bereich Statistik 2, BSV
herbert.kaenzig@bsv.admin.ch



Paul Camenzind

Bereich Statistik 2, BSV
paul.camenzind@bsv.admin.ch

Ein grosser Teil der vom BSV jährlich herausgegebenen Statistik der Krankenversicherung basiert auf Angaben, welche die vom Bund anerkannten Krankenversicherer dem BSV in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde über die soziale Krankenversicherung in der Schweiz liefern. Erste provisorische Auswertungen dieser Angaben wurden im letzten Sommer an dieser Stelle publiziert (CHSS 4/2001 S.211). Die jetzt vorliegende Statistik enthält nun die definitiven Resultate. Neu wurde ein Kapitel in die Statistik in-

tegriert, das zu jedem Krankenversicherer individuell gewisse Eckwerte ausweist (Anzahl Versicherte, Aufwand, Ertrag, Reserven und andere). Weitere Abschnitte der Statistik beruhen auf anderen Datenquellen wie zum Beispiel den Prämientarifen und den Unterlagen, die die Versicherer dem BSV zur Prämien genehmigung einreichen, den Abrechnungen der Kantone zur Prämienverbilligung und der Berichterstattung der Gemeinsamen Einrichtung der Krankenversicherer zum Risikoausgleich.

Gegenüber den früheren Ausgaben kommt die Statistik über die Krankenversicherung 2000 mit einem grafisch leicht veränderten Erscheinungsbild sowie einem neuen Tabellenaufbau daher. Wir hoffen, mit diesen Massnahmen die Benutzerfreundlichkeit der Statistik zu erhöhen.

Geschäftstätigkeit der anerkannten Krankenversicherer in der OKP

Von den insgesamt 110 anerkannten Krankenversicherern im Jahr 2000 waren 101 im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tätig, dies sind 8 Institutionen weniger als im Vorjahr. Der Versichertenbestand lag Ende 2000 bei 7,268 Mio. Personen.

Davon hatten 5,947 Mio. Personen im Verlauf des Jahres 2000 mindestens einmal ambulante oder stationäre Leistungen von ihrem Versicherer beansprucht und wurden deshalb in der Statistik als «Erkrankte» registriert; auf 100 Versicherte entfielen somit rund 82 Erkrankte, etwas mehr als noch im Vorjahr mit gut 80 Erkrankten auf 100 Versicherte.

Bei der Betrachtung des Versichertenbestandes nach **Versicherungsformen** zeigt sich folgendes Bild: Ende 2000 hatten noch 54,0% aller Versicherten eine Versicherung mit ordentlicher Franchise, 38,0% eine Versicherung mit wählbarer Franchise und immerhin 8,0% eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers; die Bonus-Versicherung fällt mit einem Anteil von 0,1% hingegen kaum ins Gewicht. Die **Tabelle 1** zeigt die Entwicklung der verschiedenen Versicherungsformen seit 1994.

Die **Prämieneinnahmen** beliefen sich für das Jahr 2000 auf 13,4 Mrd. Franken (+3,1% gegenüber 1999), die **Gesamtleistungen** auf 15,5 Mrd. Franken (+5,9%). Von letzteren wurden 2,3 Mrd. Franken (+4,5%) von den Versicherten direkt in Form von Kostenbeteiligungen getragen.

Für statistische Zwecke müssen die Versicherer die Gesamtleistungen des Berichtsjahres nach **Kostengruppen** aufteilen. Demnach entfielen im Jahr 2000 24,9% aller Leistungen oder 3,8 Mrd. Franken auf Ärzte (ambulant), 34,6% oder 5,4 Mrd. Franken auf Spitäler (ambulant und stationär), 20,9% oder 3,2 Mrd. Franken auf Medikamente (von Apotheken und Ärzten abgegeben), 9,5% oder 1,5 Mrd. Franken auf Pflegekosten (Pflegeheime und Spitex) sowie 10,1% oder 1,6 Mrd. Franken auf übrige Leistungen wie Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Labor, Mittel und Gegenstände usw. (vgl. **Abbildung 2**).

Bildet man aus diesen Kostengruppen die beiden Blöcke «ambulante Leistungen» und «stationäre Leistungen» zeigt sich, dass gut zwei Drittel (68,1% oder 10,5 Mrd. Fr.) aller Leistungen in der OKP für ambulante Behandlungen und knapp ein Drittel (31,9% oder 4,9 Mrd. Fr.) für stationäre Behandlungen erbracht wurden. In einer etwas längerfristigen Perspektive seit 1994

lässt sich eine gewisse Verschiebung von den stationären weg hin zu den ambulanten Kosten feststellen.

Gemäss der Betriebsrechnung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP stiegen die Gesamteinnahmen (Prämien und weitere Erträge) der Versicherer mit +3,7% (von 13,4 Mrd. auf 13,9 Mrd. Fr.) deutlich weniger stark an als die Gesamtausgaben (Leistungen und Betriebsaufwand) mit +5,6% (von 13,4 Mrd. auf 14,2 Mrd. Fr.). Die Folge war ein negatives **Betriebsergebnis** in der Höhe von 306 Mio. Franken.

Aufgrund des negativen Betriebsergebnisses resultierte ein Rückgang des **Reservenstandes** in der OKP per Ende 2000: dieser nahm um 0,245 Mrd. Franken oder 8,0% (von 3,077 Mrd. Fr. auf 2,832 Mrd. Fr.) ab. Betrachtet man zudem den Stand der Reserven Ende 2000 im Verhältnis zum Prämiensoll desselben Jahres, so resultiert ein Rückgang dieser «Reservequote» von 23,6% auf 21,1%. Jedoch stieg – im Gegensatz zu den Reserven – der Bestand an **Rückstellungen** für unerledigte Versicherungsfälle um 3,8% an und betrug Ende 2000 rund 4 Mrd. Franken; dies sind 30,0%, wenn man die Rückstellungen ins Verhältnis setzt mit den von den Versicherern bezahlten Leistungen im Jahr 2000.

Wo finde ich diese Statistik?

Die Papierversion der «Statistik über die Krankenversicherung» kann bezogen werden unter der Bestellnummer

318.916.00d (deutsche Ausgabe)
318.916.00f (französische Ausgabe)
bei
BBL, Vertrieb Publikationen
(vormals EDMZ), 3003 Bern
Fax 031 325 50 58
E-Mail verkauf.zivil@bbl.admin.ch

Die elektronische Version der Statistik findet sich im Internet unter www.bsv.admin.ch (Homepage BSV)

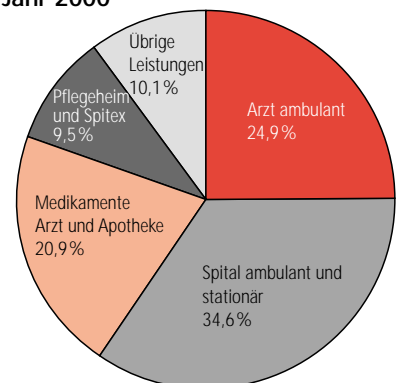
Risikoausgleich

Mit dem Risikoausgleich soll die Voraussetzung für einen Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG geschaffen werden. Zu diesem Zweck werden die unterschiedlichen Kostenrisiken nach Alter und Geschlecht innerhalb jeden Kantons durch Ausgleichszahlungen zwischen den Versicherern ausge-

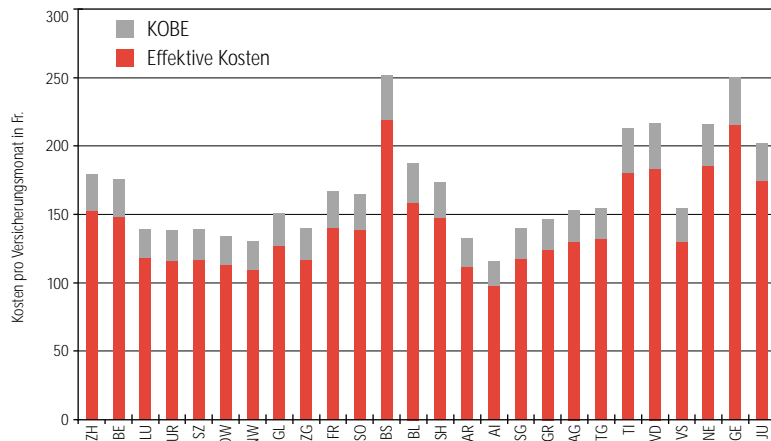
Versichertenbestand der Krankenpflege-Grundversicherung/OKP nach Versicherungsform 1994 – 2000

Jahr	Ordentl. Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. geg. Vorjahr in %
1994	6 447 562	643 991	15 298	24 802	7 131 653	1,1
1995	6 399 482	698 747	32 705	35 383	7 166 317	0,5
1996	4 739 640	2 305 688	27 828	121 598	7 194 754	0,4
1997	4 083 854	2 736 364	11 494	383 093	7 214 805	0,3
1998	4 016 267	2 726 468	11 828	494 040	7 248 603	0,5
1999	3 998 744	2 715 642	10 258	541 890	7 266 534	0,2
2000	3 921 920	2 758 539	9 811	577 841	7 268 111	0,0

Leistungen OKP nach Kostengruppen im Jahr 2000



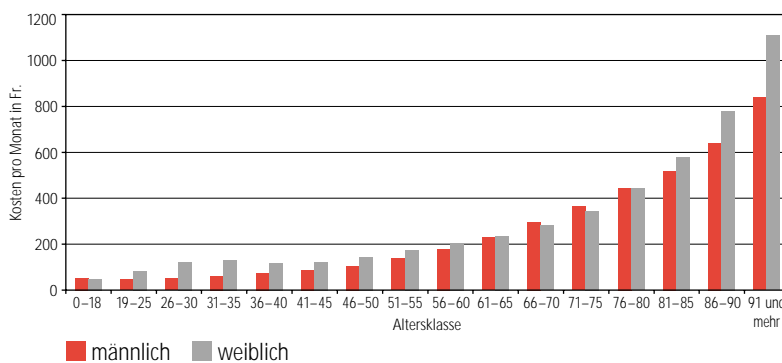
Effektive Kosten, Kostenbeteiligungen (KOBE) und Bruttokosten pro Versicherungsmonat und Kanton 3



sicherten betrachtet, oder 1,1 Mrd. Franken für die Umverteilung zwischen den Geschlechtern.

Da sich ein Grossteil dieser Umverteilungen zwischen Altersgruppen und Geschlecht *innerhalb* des einzelnen Versicherers abspielt, werden diese auch nicht über die Risikoausgleichsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG umverteilt. Über die Risikoausgleichsstelle fliesst nur jene Summe, welche nach Saldierung aller Ausgleichszahlungen nach Alter, Geschlecht und Kanton innerhalb jedes einzelnen Versicherers stehen bleibt. Gemäss dieser Vollzugsoptik zum Risikoausgleich zahlten die 59 Nettozahlernden 42 Nettoempfänger-Kassen für das Ausgleichsjahr 2000 einen Betrag von insgesamt 0,732 Mrd. Franken.

Gesamtleistungen pro Versicherten und Versicherungsmonat nach Altersgruppen 4



glichen. Die Berechnungen der Ausgleichszahlungen basieren auf den effektiven Kosten, welche sich aus den Gesamtleistungen der Versicherer abzüglich der Kostenbeteiligung KOBE der Versicherten ergeben.

Auf dieser Basis ist der Risikoausgleich auch eine zuverlässige Quelle für statistische Auswertungen zu den genannten Grössen. **Abbildung 3** zeigt die kantonalen Unterschiede bei den effektiven Kosten, den Kostenbeteiligungen und den Bruttokosten. Diese Durchschnittswerte lagen im Jahr 2000 für die Gesamtleistungen pro Versicherten pro Monat zwischen 116 Franken (Kan-

ton AI) und 252 Franken (Kanton BS).

Die im Rahmen des Risikoausgleichs erhobenen Daten erlauben auch die Darstellung der Leistungen in Abhängigkeit vom Alter der Versicherten, wie die **Abbildung 4** illustriert.

Die eigentliche Kernaufgabe des Risikoausgleichs – der Ausgleich von unterschiedlichen Kostenrisiken nach Alter und Geschlecht innerhalb jeden Kantons durch Ausgleichszahlungen zwischen den Versicherern – ergibt ein Umverteilungsvolumen von 3,6 Mrd. Franken, wenn man die Umverteilung zwischen jüngeren und älteren Ver-

Prämien

Basierend auf den Angaben, welche die Krankenversicherer im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens für das Folgejahr an das BSV liefern, wird eine Statistik zu den Durchschnittsprämien für Erwachsene (ab 26 Jahre), für junge Erwachsene (19–25 Jahre) und für Kinder (bis 18 Jahre) jeweils pro Kanton und für die Jahre 1997 bis 2002 erstellt.

Die Erwachsenenprämie weist eine Zuwachsrate von 9,7% für das Jahr 2001/02 auf. Der aktuellste Anstieg der Erwachsenenprämie lag damit recht deutlich über dem durchschnittlichen Anstieg dieser Prämie zwischen 1997 und 2002: diese längerfristige Zunahme liegt bei 5,4%.

Die gesamtschweizerische Durchschnittsprämie ist nur bedingt aussagekräftig, da sie stark **zwischen den Kantonen** differiert. Geografisch lässt sich wie in den Vorjahren ein klares Prämiengefälle «Latein-Deutsch» herauslesen, welches durch ein weiteres Gefälle «Stadt-Land» überlagert wird.

Prämienverbilligung

Unter dem KVG werden die Krankenversicherungssubventionen des Bundes und der Kantone zur individuellen Verbilligung der Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen eingesetzt. Das System ist so aufgebaut, dass die vom Bund für die Prämienverbilligung vorgesehenen Gelder nach der Bevölkerungszahl und nach der Finanzkraft – seit 1997 auch nach der Prämienhöhe – auf die Kantone verteilt werden. Die Kantone ihrerseits müssen einen Komplementärbeitrag im Umfang von insgesamt 50% des Bundesbeitrags leisten, um alle Bundesgelder auszulösen. Wäre dies der Fall gewesen, hätte im Jahr 2000 ein Subventionszielbetrag von 3,320 Mrd. Franken resultiert.

Die Kantone haben die Möglichkeit, ihren Komplementärbeitrag um maximal 50% zu kürzen; der

Beitrag des Bundes an diese Kantone wird dann allerdings im gleichen Verhältnis gekürzt. Im Jahr 2000 gelangten 2,545 Mrd. Franken zur Auszahlung.

Die Prämienverbilligungen des Jahres 2000 wurden an insgesamt 2,338 Mio. Bezüger/innen ausgerichtet; dies sind 0,1% mehr Personen als im Vorjahr (2,334 Mio. Personen). Relativ zur mittleren Wohnbevölkerung lässt sich hieraus für 2000 eine gesamtschweizerische Bezüger/innen-Quote von 32,4% berechnen.

Im Durchschnitt wurden pro Bezüger/in 1089 Franken ausbezahlt; pro Monat ergibt dies einen Betrag von 91 Franken.

Die 2,338 Mio. Bezüger/innen verteilten sich auf insgesamt 1,243 Mio. Haushalte; **Abbildung 5** zeigt, dass es sich bei mehr als der Hälfte aller subventionierten Haushalte (59% oder 729 000 Einheiten) um Einpersonenhaushalte handelt.

Subventionierte Haushalte nach Haushaltsgrosse 2000 5
(Total: 1,243 Mio. Haushalte)

