

Statistik der Krankenversicherung 2003 (Teil 3/3)

Die ersten Ergebnisse der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003 sind in der «Sozialen Sicherheit» CHSS 5/2004 sowie CHSS 1/2005 veröffentlicht worden. Nun liegt die Publikation mit den definitiven Ergebnissen 2003 vor. Der vorliegende Artikel enthält weitere Informationen über das Gesundheitswesen und dessen Kosten sowie über die Zusatzversicherungen.



Nicolas Siffert
Sektion Statistik und Mathematik, BAG

In einem ersten Artikel in «Soziale Sicherheit» 5/2004 sind die provisorischen Ergebnisse aus der inzwischen vorliegenden Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003 vorgestellt worden. Im Zentrum standen die wichtigsten Aspekte der Betriebsrechnung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Im zweiten Artikel (CHSS 1/2005) ging es um Prämien und Leistungen, Kostenbeteiligungen der Versicherten und Prämienverbilligungen. Der dritte und letzte Teil dieser Serie gibt weitere Informationen zum Gesundheitswesen und dessen Kosten sowie zu den Zusatzversicherungen.

Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

Das Thema **Gesundheitskosten** wird von den Medien häufig aufgegriffen. Doch was ist genau darunter zu verstehen? Die «**Kosten des Ge-**

sundheitswesens» umfassen alle Ausgaben der Institutionen und Personen, die medizinische oder paramedizinische Tätigkeiten ausüben, den Verkauf von Medikamenten und medizinischen Apparaten und die Kosten für den Betrieb des Gesundheitswesens sowie die Prävention. Nicht eingeschlossen sind hingegen die Ausbildungskosten der Gesundheitsberufe, die medizinischen Forschungsarbeiten und die Barleistungen der Versicherer, die nicht direkt der Heilung oder der Gesundheitserhaltung dienen, zum Beispiel die Taggelder für Verdienstausfall. Die Diskussionen zu den Gesundheitskosten konzentrieren sich allerdings auf die von den Haushalten direkt bezahlten Krankenversicherungsprämien. Eine auf die Ausgaben der Haushalte ausgerichtete Übersicht über die Finanzströme zwischen den verschiedenen Beteiligten scheint deshalb für ein besseres Verständnis dieses Bereichs sinnvoll. Diese Analyse ist ur-

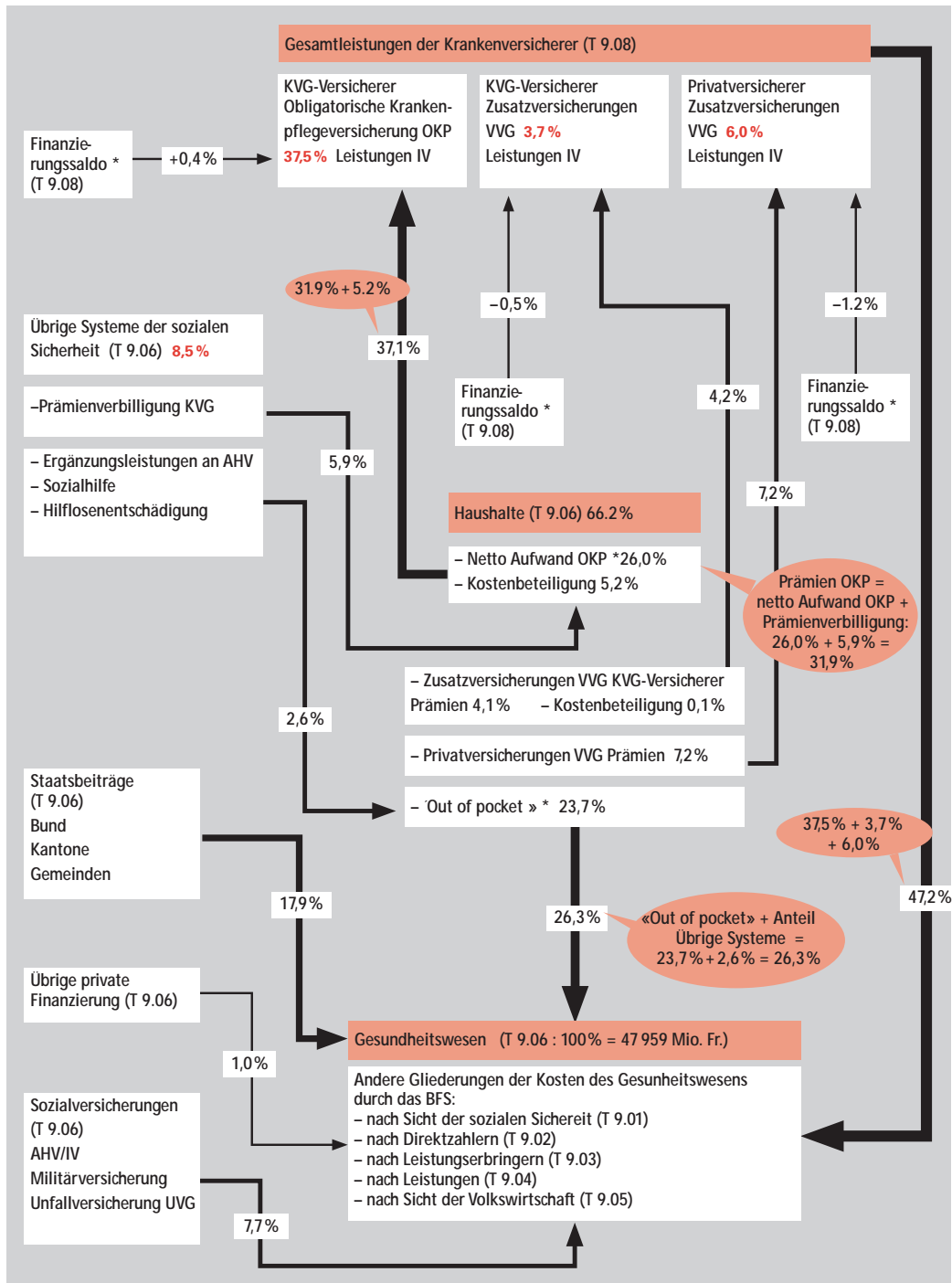
sprünglich von der Sektion Gesundheit im Bundesamt für Statistik (BFS) entwickelt und unter dem Titel «Finanzströme im Gesundheitswesen» in der Reihe StatSanté Nr. 2/2002 veröffentlicht worden. Eine aktualisierte Übersicht ist neu allerdings nur noch in der vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) herausgegebenen Publikation «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung» enthalten.

Darin wird der Zusammenhang zwischen den **von den Haushalten einbezahlten Prämien** gemäss den Publikationen des BAG und des Bundesamtes für Privatversicherungen (BPV) sowie den Leistungen der Versicherer im Gesundheitswesen aufgezeigt. Auch die anderen Systeme der sozialen Sicherheit werden mit einbezogen: Prämienverbilligung der Krankenversicherung, Ergänzungsleistungen zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AVH), Sozialhilfe und AHV/IV-Hilflosenentschädigungen.

Die Modellberechnung beginnt 1996 mit Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Das neue Gesetz brachte das Versicherungsobligatorium, einen Leistungsausbau sowie ein neues Subventionssystem. Da die Bundesbeiträge den Versicherern nicht mehr als allgemeine Prämienverbilligung ausgerichtet werden, sondern individuell den Versicherten aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation zukommen, lässt sich das Modell nicht auf frühere Jahre übertragen.

Die Struktur der Modellberechnung ermöglicht es aber, die **Geld- oder Finanzströme** zwischen der **Produktionsseite** (Spitäler, Ärzte, Apotheker usw.), den **Finanzierungsträgern** (Direktzahler wie die Sozialversicherungen, der Staat, die Haushalte usw.) und den **Gesund-**

Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen – 2002 (in % des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens») 1



* Bemerkungen

- **«Out of pocket»:** Direktzahlung der Haushalte an das Gesundheitswesen. (siehe T 9.01). Zahnpflege, Pensionskosten in Pflegeheimen, Spitexdienste und rezeptfreie Medikamente («over the counter») bilden die Hauptkosten zur vollen oder teilweisen Last der Haushalte.
- **Netto-Aufwand OKP der Haushalte** = Bruttoprämien obligatorische Krankenpflegeversicherung (T 9.08 h) – Prämienverbilligung KVG an Versicherte (T 9.06 13).

– **Finanzierungssaldo:** Differenz zwischen den Leistungen III der Versicherer an das Gesundheitswesen und den Prämieinzahlungen der Haushalte (siehe G 9c).

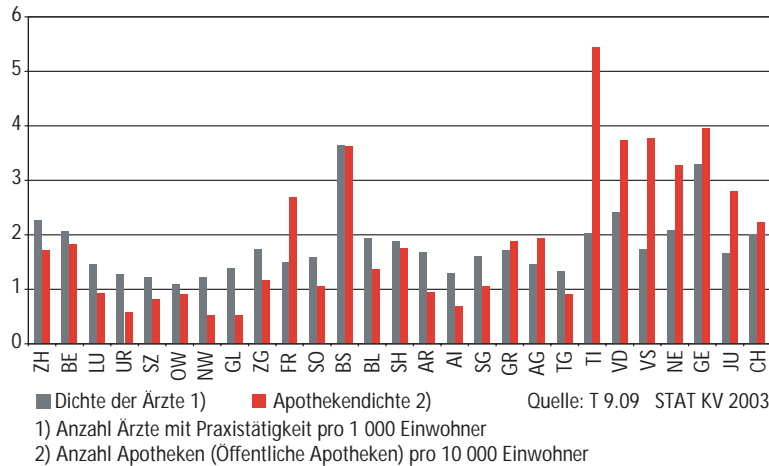
– **Taggeldversicherungen:** Prämien und Leistungen weder im Modell «Kosten des Gesundheitswesens» des BFS noch in den Finanzströmen der Haushalte in diesem Schema erfasst, weil sie einen Erwerbsausfall decken und keine Behandlung bezahlen.

Quelle: Tabellen 9.01–9.08 STAT KV 2003

Ärztedichte mit Praxistätigkeit und Apothekendichte nach Kantonen 2003

2

Wo kann man die Statistik beziehen?



Das Gesamtergebnis 2003 wird in der vom BAG herausgegebenen «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003» publiziert.

Die vollständige elektronische Fassung im PDF-Format kann seit Januar 2005 gratis von der BAG-Homepage heruntergeladen werden: www.bag.admin.ch/kv/statistik/d/index.htm

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003

Die elektronische Fassung der Exceltabellen steht gratis zur Verfügung.

Die seit Juli 2004 laufend gemäss neuestem Datenstand aktualisierten Dateien sind zu finden unter:

www.sozialversicherungen.admin.ch
Rubrik KV/Statistiken und Zahlen STAT KVG/LAMal 2003

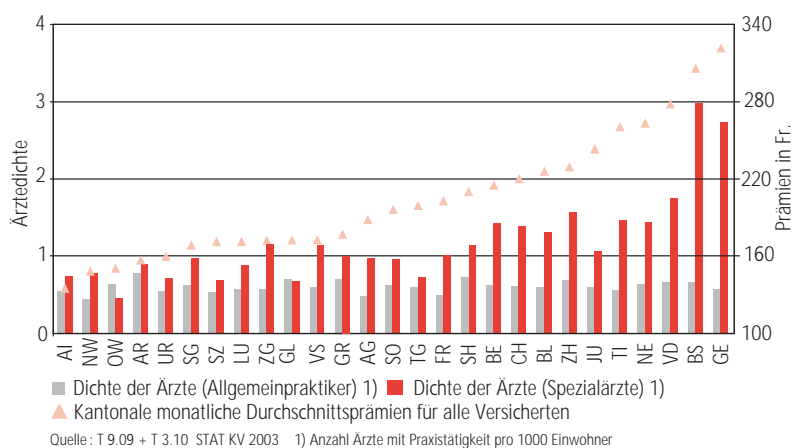
Die kostenpflichtige Papierversion kann seit Februar 2005 beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Bundespublikationen, CH-3003 Bern, bestellt werden.

www.bbl.admin.ch/de/
Rubrik Produkte und Dienstleistungen/Online-Shop

Bestellnummer 316.916.03 d (deutsch)

Dichte der Ärzte mit Praxistätigkeit und Prämien nach Kantonen im Jahr 2003

3



Die kostenpflichtige Papierversion kann seit Februar 2005 beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Bundespublikationen, CH-3003 Bern, bestellt werden. www.bbl.admin.ch/de/
Rubrik Produkte und Dienstleistungen/Online-Shop
Bestellnummer 316.916.03 d (deutsch)

heitsausgaben (Beiträge, welche die Endverbraucher für den Erwerb von Gesundheitsgütern und -diensten ausgeben) aufzuzeigen. Die Darstellung soll verdeutlichen, welche Rolle die verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen spielen.

Grafik 1 zeigt alle Finanzströme, die zwischen den verschiedenen Beteiligten in der Modellberechnung der ausgewerteten Daten zirkulieren, in % des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens». 2002 waren es 48,0 Mrd. Franken (+4,0% gegenüber dem Vorjahr). Die Schätzungen des BAG vom November 2004 liegen

für die Jahre 2003 und 2004 bei 49,9 Mrd. bzw. 51,9 Mrd. Franken. Für das Jahr 2005 werden 53,9 Mrd. Franken veranschlagt. Das BAG veröffentlicht demnächst die auf der Grundlage der letzten verfügbaren Daten bereinigten Schätzungen.

Grafik 2 verdeutlicht, wie ungleich die Ärzte und Apotheken auf die verschiedenen Kantone verteilt sind (2003).

Die Ärztedichte liegt in 7 Kantonen (ZH, BE, BS, TI, VD, NE und GE) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,01 Ärzten pro 1000 Einwohner.

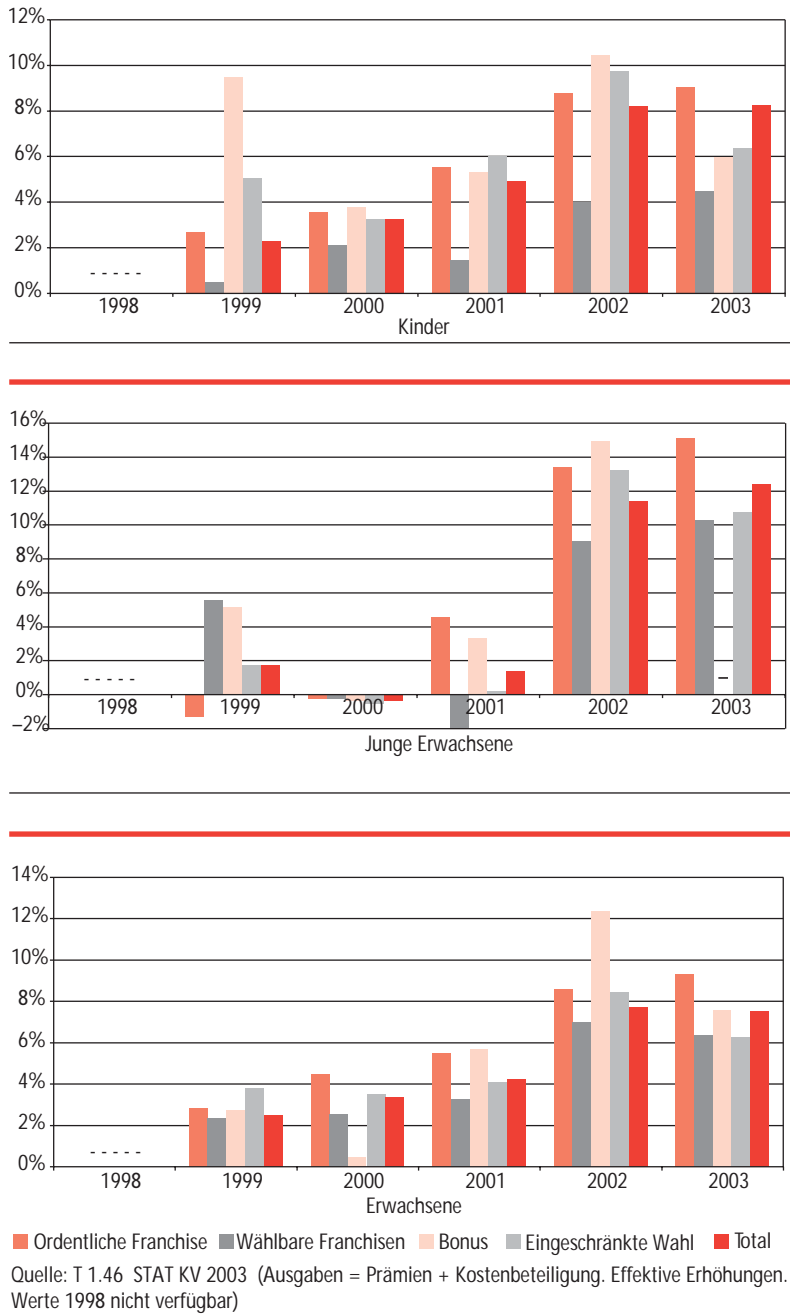
Die Apothekendichte liegt in 8 Kantonen (FR, BS, TI, VD, VS, NE, GE und JU) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,23 Apotheken pro 10000 Einwohner.

Solche Vergleiche werden der tatsächlichen Situation indes nicht immer ganz gerecht, denn die einzelnen betrachteten Kantone bilden in Wirklichkeit keine in sich abgeschlossenen Systeme.

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Prämien in den Kantonen und der Ärztedichte? **Grafik 3** zeigt, dass die Dichte der Allgemeinpraktiker keinen Einfluss

Veränderung gegenüber dem Vorjahr für die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung je versicherte Person pro Altersgruppe nach Versicherungsform

4



Franchise und Unfalldeckung wieder. Der nachträglich festgestellte **tatsächliche Prämienanstieg** nach Altersgruppe für die Modelle mit ordentlicher bzw. wählbarer Franchise, eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers und BONUS-Versicherung geht aus der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003 hervor. Auch hier handelt es sich um **Richtwerte**, die Änderungen bei der Kostenbeteiligung der Versicherten infolge anderer Franchisen und damit verknüpften Prämienermässigungen oder Änderungen bei den Selbstbehalten nicht Rechnung tragen. Die gesamten Gesundheitskosten (Prämien und Kostenbeteiligungen) sind deshalb für jeden Versicherten je nach Leistungsbezug individuell verschieden.

Die **tatsächliche Entwicklung** kann indes nur ermittelt werden, wenn die **gesamten Kosten zu Lasten der Versicherten** berücksichtigt werden (Prämien und Kostenbeteiligungen). Da aber die Kostenbeteiligung der Versicherten von der Franchise und dem Selbstbehalt abhängt, die wiederum von den bezogenen Leistungen bestimmt werden, ist dieser individuelle, für jeden Versicherten andere Wert dazu nicht geeignet. Der tatsächliche Kostenanstieg der Versicherten ab 1996 nach Altersgruppen und für die verschiedenen Franchisen und Leistungen ist aus der Beilage der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003 ersichtlich. **Grafik 4** zeigt die Entwicklung der tatsächlichen Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) pro Altersgruppe und nach Versicherungsform auf. Die Gesamtausgaben der Versicherten werden in der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung erstmals auch in dieser Form dargestellt. Dabei können bei der Kostenbeteiligung nur diejenigen **Rechnungen für medizinische Leistungen und Medikamente** berücksichtigt werden, die an die Versicherer weitergeleitet wurden.

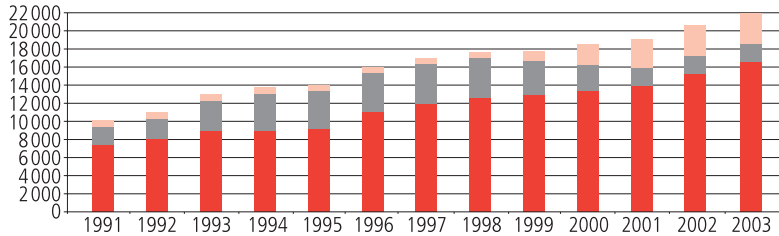
hat auf die kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien der Versicherten. Hingegen steigt die Prämienhöhe in den meisten Kantonen parallel zur Facharztichte. So weisen beispielsweise die Kantone mit der höchsten Ärztedichte bei den Spezialärzten, wie die Kantone VD,

BS und GE, auch die höchsten Prämien auf.

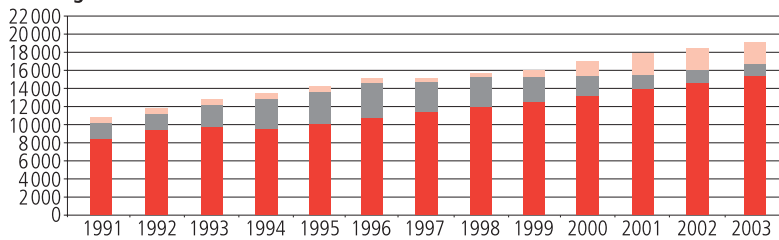
Der Vorjahresvergleich der Grundversicherungsprämien gemäss den im August im BAG-Prämienwegweiser veröffentlichten Werten gibt lediglich die **vermutliche Entwicklung** der Prämien mit ordentlicher

Krankenversicherung (KVG-Versicherer und Privatversicherer) in Mio. Fr.: 5

Prämien



Leistungen



■ KVG-Versicherer: Krankenpflegeversicherung obligatorisch ab 1996
 ■ Private Versicherer: Zusatzversicherungen gemäss VVG
 ■ KVG-Versicherer: Zusatzversicherungen (ab 1996 gemäss VVG)
 Quelle: T9.18 STAT KV 2003 (ohne Taggeldversicherung)

Weitere Informationen für Presse und Medien:

BAG, Info- und Pres-
 sedienst für die Krankenversiche-
 rung, 3003 Bern
 Daniel Dauwalder
 Tel. +41(0)31 322 11 30 & 324 73 40
 daniel.dauwalder@bag.admin.ch
 (französisch und deutsch)

Der Krankenversicherungsmarkt

setzt sich zusammen aus der seit 1996 obligatorischen Krankenpfle-
 geversicherung, den BAG-aner-
 kannten Versicherern und den von
 ihnen angebotenen Zusatzversiche-
 rungen (seit 1996 gemäss Versiche-
 rungsvertragsgesetz VVG) und den
 Privatversicherern gemäss VVG,
 ohne Taggeldversicherung. Die Prä-
 mien- und Leistungsentwicklung
 geht aus **Grafik 5** hervor.

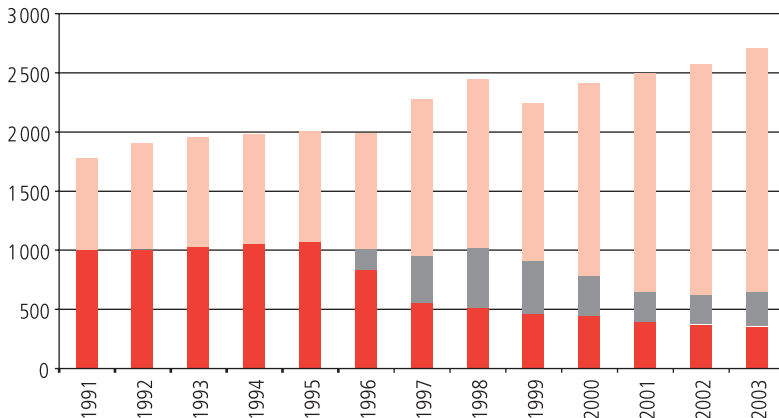
Grafik 6 stellt die Entwicklung des

gesamten Taggeldversicherungssektors
 dar, der sich zusammensetzt
 aus den KVG-Versicherern, welche
 die freiwillige Versicherung nach
 KUVG/KVG und seit 1996 nach
 VVG anbieten, und den VVG-Pri-
 vatversicherern. Seit 1996 ist ein
 deutlicher Rückgang der freiwilligen
 Versicherung nach KVG zu ver-
 zeichnen, während die Versiche-
 rungsdeckung nach VVG zugenom-
 men hat.

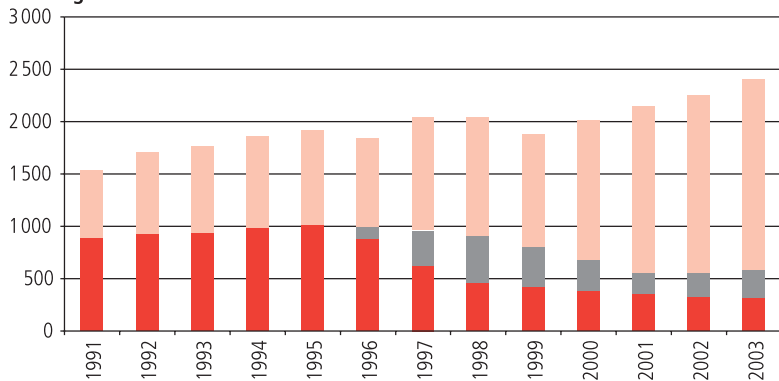
Taggeldversicherung in Mio. Fr.:

6

Prämien



Leistungen



■ KVG-Versicherer: freiwillige Versicherung
 ■ KVG-Versicherer: Versicherung VVG
 ■ Private Versicherer: Versicherung VVG
 Quelle: T9.17 STAT KV 2003

Nicolas Siffert, lic. sc. oec.,
 Sektion Statistik und Mathematik, BAG
 E-Mail: Nicolas.Siffert@bag.admin.ch