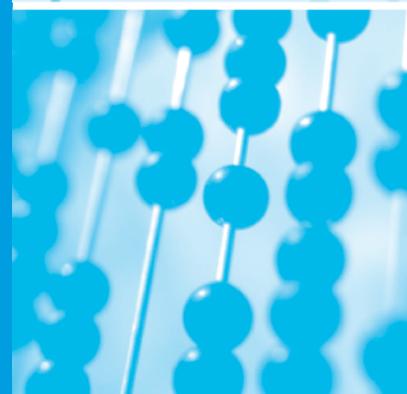
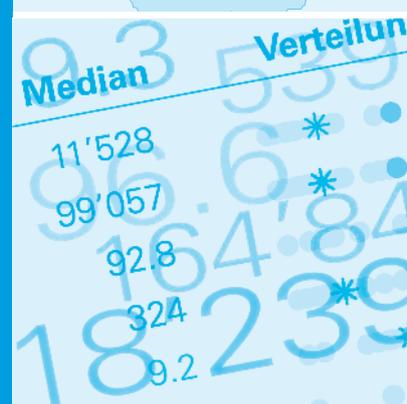
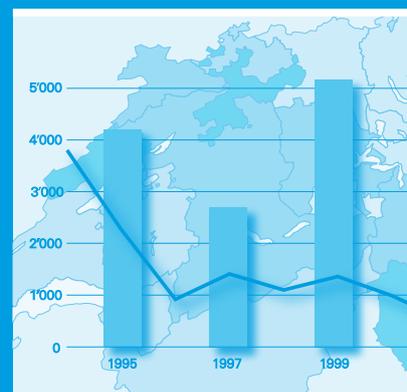


Statistiken zur Krankenversicherung

# Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2005



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

## **Impressum**

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter  
Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt  
für Gesundheit, Sektion Statistik und Mathematik gestattet.

Publikationszeitpunkt: Januar 2007

Redaktion: Nicolas Siffert, BAG, Bern

Übersetzung aus dem Französischen (F -> D : ohne Beilagen D, E1 et G):

BAG-Übersetzungsdienst

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer Sprache.

Cette publication paraît également en français.

Bezugsquelle (Bestellungen nur schriftlich oder per Internet):

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern

[www.bbl.admin.ch/bundespublikationen](http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen)

BBL-Artikelnummer: 316.916.05d (deutsch) 316.916.05f (französisch)

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 2.07 600 d 300 f 61EXT07001

ISBN 3-905235-61-7

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Statistiken zur Krankenversicherung

# **Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2005**

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Abteilung Krankenversicherung  
Sektion Statistik und Mathematik

## Übersicht

Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) herausgegebene Statistik über die Krankenversicherung gibt einen umfassenden, zahlenmässigen Überblick über die vom Bund anerkannten Krankenversicherer. Klar im Mittelpunkt der Publikation steht dabei die durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG geregelte obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP.

Die in der Publikation präsentierten Tabellen und Grafiken basieren zum grösseren Teil auf Angaben, welche die anerkannten Krankenversicherer dem BAG als Aufsichtsbehörde über die soziale Krankenversicherung in der Schweiz jährlich einzureichen haben.

Daneben werden in dieser Statistik weitere Datenquellen aufbereitet. Zu nennen sind dabei insbesondere die Angaben, die das BAG von den kantonalen Verwaltungsstellen zur Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einfordert. Präsentiert werden aber auch statistische Resultate aus dem Prämien genehmigungsverfahren durch das BAG und dem Risikoausgleich durch die Gemeinsame Einrichtung KVG.

### **Tabelle der Hauptindikatoren OKP:**

T 1.01 in den Anhängen, Teil A

### **Statistiken der obligatorischen Krankenversicherung 1996-2005 verfügbar im Internet:**

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/02446/index.html?lang=de>

- Vollständige PDF-Versionen (entsprechen den gedruckten Versionen) ab 1996.
- Tabellen aus den gedruckten Versionen (im Excel-Format, nur auf Deutsch) ab 1996: Korrekturen von Fehlern und Änderungen, die nach Drucklegung nötig waren, werden nur auf diesen Excel-Dateien nachgetragen (ab 2002).
- Grafiken aus den gedruckten Versionen: im PDF-Format A4 ab 2004, im Powerpoint-Format A4 ab 2005, farbig.

### **Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2006:**

Laufende Aktualisierung der nächsten Publikation (Tabellen aus den gedruckten Versionen, im Excel-Format, nur auf Deutsch) für das Geschäftsjahr 2006 ab Juli 2007 verfügbar im Internet:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/02446/index.html?lang=de>

### **Weitere Informationen:**

BAG, Sektion Statistik und Mathematik, 3003 Bern.

Nicolas Siffert, Tel. +41 (0)31 323 27 68, [nicolas.siffert@bag.admin.ch](mailto:nicolas.siffert@bag.admin.ch) (französisch)

Herbert Käzigi, Tel. +41 (0)31 322 91 48, [herbert.kaenzig@bag.admin.ch](mailto:herbert.kaenzig@bag.admin.ch) (deutsch)

### **Weitere Informationen für Presse und Medien:**

BAG, Informations- und Pressedienst für die Krankenversicherung, 3003 Bern.

Daniel Dauwalder, Tel. +41(0)31 322 11 30,

[daniel.dauwalder@bag.admin.ch](mailto:daniel.dauwalder@bag.admin.ch) (französisch und deutsch)

# Inhaltsübersicht

Zusammenfassung, Hauptindikatoren der OKP, Statistik der Krankenversicherung  
im Internet, Aktualisierung, Statistik 2006, weitere Informationen  
Abkürzungen, Tabellenhinweise, männliche Form

<b>1</b>	Einleitung	1
<b>2</b>	Aufbau der Statistik über die Krankenversicherung	2
	2.1 Neuerungen in der Ausgabe 2005	2
	2.2 Inhalt und Quellen	3
<b>3</b>	Wichtige Neuerungen in der Krankenversicherung ab 1996	5
<b>4</b>	Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2005	9
	4.1 – 4.11: siehe Themen unter Beilage A: Tabellen A1 – A11	9
<b>5</b>	Ergänzende Literatur	55
<b>6</b>	Beilagen	57
	<b>A</b> Tabellen	59
	A1 Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	59
	A2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP	71
	A3 Prämien in der OKP	95
	A4 Prämienverbilligung in der OKP	107
	A5 Individuelle Daten pro Versicherer	119
	A6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG	127
	A7 Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer	133
	A8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer	139
	A9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen	149
	A10 Risikoausgleich in der OKP	171
	A11 Versicherte in der OKP	175
	<b>B</b> Übergangsschlüssel Tabellen 2004 -> 2005 / 2005 -> 2004 (unter Einbezug der neu erstellten Tabellen und jenen mit kantonalen Angaben)	190
	<b>C</b> Übergangsschlüssel Grafiken 2004 -> 2005 / 2005 -> 2004 (unter Quellenangabe, Einbezug der neu erstellten Grafiken und jenen mit kantonalen Angaben)	191
	<b>D</b> Berechnung der Erhöhung der Durchschnittsprämien in der OKP (Wolfram Fischer)	192
	<b>E</b> Prämienregionen in der OKP	199
	E1 Prämienregionen in der OKP ab 2004: kurze Einführung	199
	E2 Schweizerkarte mit Einbezug der Gemeindeebene: Prämienregionen (R1, R2, R3, RU) ab 2007	200
	<b>F</b> Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte in der OKP	201
	F1 Entwicklung ab 1996: Erwachsene ab 19 Jahren	201
	F2 Entwicklung ab 1996: Kinder (0-18 Jahre)	202
	F3 Zunahme der Gesamtausgaben der Versicherten nach Franchise im 2007	203
	F4 Optimale Franchisen für die obligatorische Krankenversicherung im 2007	204
	<b>G</b> Risikoausgleich in der OKP (Stefan Spycher und Urs Wunderlin)	205
	<b>H</b> Betriebsrechnungen und Bilanzen der OKP Krankenversicherer - 2005	208
	<b>I</b> Genauigkeit der in der STAT KV in T 1.01 und T 2.16 publizierten Schätzungen	209

## Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit, Bern.
BFS	Bundesamt für Statistik, Neuenburg.
BPV	Bundesamt für Privatversicherungen, Bern.
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung, Bern.
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte.
HMO	Health Maintenance Organization; Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers; Gruppenpraxis mit angestellten Ärzten.
KKDB	Krankenkassen-Datenbank des BAG.
KOBE	Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag für den Spitalaufenthalt).
KUVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911.
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994.
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995.
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG.
SAV	Schweizerischer Apothekerverein.
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981.
VAG	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen vom 23. Juni 1978.
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908.

## Tabellenhinweise

- 0 Nichts oder Zahl ist kleiner als die Hälfte der verwendeten Zählheit.
- Zahl nicht erhältlich.

## Männliche Form

Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter. Aus Gründen der Lesbarkeit wird indessen nicht überall sowohl die männliche als auch die weibliche Form verwendet.

# 1 Einleitung

Die Krankenversicherung deckt ambulante und stationäre Heilbehandlungen im Krankheitsfall gemäss einem abschliessenden Katalog der «Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung». Die Krankenversicherung ist seit 1996 obligatorisch und wird über einheitliche Kopfprämien finanziert, die aber kantonal/regional sowie nach Altersgruppen abgestuft sind. Mit Prämienverbilligungen von Bund und Kantonen werden Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen teilweise entlastet.

Der Bereich der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz wird seit dem 1. Januar 1996 durch das **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994** geregelt. Mit dem KVG wurde insbesondere ein Versicherungsobligatorium mit einem umfassenden und klar definierten Leistungskatalog für die Krankenpflege-Grundversicherung eingeführt. Auch verlangt das KVG von den Versicherern, dass sie innerhalb eines Kantons eine von Eintrittsalter und Geschlecht der Versicherten unabhängige Einheitsprämie anbieten. Als wichtige Systemmerkmale sind auch die Garantie der freien Wahl des Versicherers und der Versicherungsform sowie ein Risikoausgleichssystem zwischen den Versicherern zu nennen. Zu erwähnen ist zudem das Subventionierungssystem der Krankenversicherung, bei dem gezielt die Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verbilligt werden. Die Versicherer bieten die Leistungen der Grundversicherung zu Einheitsprämien an. Jeder Versicherer kann aber innerhalb eines Kantons maximal drei Prämienregionen (städtisch, halbstädtisch, ländlich) unterscheiden. Innerhalb einer Prämienregion ist keine Differenzierung nach Geschlecht gestattet. Bezüglich Alter werden die drei folgenden Gruppen unterschieden: Kinder (0 - 18 Jahre); Junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) und Erwachsene (26 Jahre und älter).

## **Institutionelle Änderungen seit Einführung des KVG im Jahr 1996**

Die seit dem KVG-Einführungsjahr 1996 erfolgten institutionellen Änderungen waren – zumindest aus statistischer Sicht – vergleichsweise gering. Für 1997 erwähnt werden kann in diesem Zusammenhang der Bereich der Zusatzversicherungen, der ab dem 1. Januar 1997 vollständig gemäss den privatrechtlichen Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) durchgeführt wird. Für 1998 hingegen ist die Erhöhung der Franchisensätze (für die ordentliche Franchise z.B. von 150 Fr. auf 230 Fr.) und die Änderung der Prämienreduktionssätze bei wählbaren Franchisen als wichtige Veränderung anzuführen. Daneben sind für 1998 die erleichterten Reservebestimmungen für grosse Versicherer und der Erlass von Tarifbestimmungen für den Spitex- und den Pflegebereich zu erwähnen. Für 1999 ist – neben der allgemeinen, seit 1996 erfolgten Erweiterung und Anpassung der Pflichtleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – auf die Aufnahme gewisser anerkannter Gebiete der Komplementärmedizin in den Katalog hinzuweisen. Im Jahr 2000 schliesslich wurde die 1. Teilrevision des KVG und die Ausführungsbestimmungen in den Bundesratsverordnungen verabschiedet. Zu nennen sind für dieses Jahr auch das Inkrafttreten der geänderten Bestimmungen über den Kassenwechsel und die Erweiterung der Anlagemöglichkeiten der Versicherer (finanzielle Reserven).

## 2 Aufbau der Statistik über die Krankenversicherung

### 2.1 Neuerungen in der Ausgabe 2005

Die Krankenversicherungsstatistik 2005 enthält eine grundlegende Änderung: Bis anhin waren die verschiedenen Teile der Statistik hauptsächlich nach den verwendeten Datenquellen unterteilt. Praktisch die Hälfte der veröffentlichten Tabellen war nach dieser Darstellungsmethode im ersten Teil der Statistik zu finden. Inhaltlich bezogen sich die Tabellen zugleich auf Prämien, Leistungen, Kostenbeteiligung, Versichertenbestände, Franchisemodelle, Reserven, Rückstellungen und Betriebsergebnis. Diese Aufteilung machte es schwierig, gezielt Informationen herauszusuchen.

Ab der Statistikausgabe 2005 erfolgt die Unterteilung nun nach Themengebieten. Diese Darstellung ist leserfreundlicher. Anhand von Übergangstabellen (auf dem Internet abrufbar) lassen sich die Tabellen und Graphiken der früheren Ausgaben bis 1996 wiederfinden (siehe Beilagen B und C). Die neuen Nummern der Graphiken und Tabellen ausgehend von der Publikation 2004 sind in diesen Beilagen ersichtlich.

Zusätzlich zur Aktualisierung und Ergänzung der bereits in der Ausgabe 2004 vorhandenen Tabellen und Graphiken (s. Anhang B und C) enthält diese Ausgabe 2 neue Tabellen und 8 neue Graphiken.

- T 3.01 Monatliche Durchschnittsprämien OKP in Franken ab 1996: CH
- T 11.18 Zahlungsausstände für OKP-Prämien
- G 1e Prämien, Leistungen, Verwaltungsaufwand & Abschreibungen und Veränderung der Reserven in der OKP
- G 3b Durchschnittliche Veränderung der Prämien 2006-2007 in Prozent (Schätzungen mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung)
- G 5b OKP-Reserven: Stand in Mio. Fr. im Vergleich zur gesetzlichen Vorgabe
- G 8a Anzahl KVG Versicherer
- G 9b Finanzierungsströme im schweizerischen Gesundheitswesen in % des Totals der «Kosten der Gesundheitswesens» – 2005
- G 9f Dichte und Index der Bruttoleistungen für die Ärzte und die Apotheken
- G 9i Sozialschutzleistungen für die Gesundheitsversorgung: Internationaler Vergleich in % des BIP ab 1996
- G 11a Aufteilung der Versicherten nach Versicherungsform ab 1996

Der Beilagenteil enthält ebenfalls einige Neuerungen:

- Vervollständigte und aktualisierte Darstellung der Entwicklung auf dem Gebiet der Franchisen, Rabatte und OKP-Selbstbehalte ab 1996 für Kinder und Erwachsene (Beilagen F1 und F2).

- Gesamtanstieg der Ausgaben der Versicherten nach wählbarer Franchise 2007 für Erwachsene, junge Erwachsene und Kinder (Beilage F3).
- Eine auf dem Internet verfügbare Wegleitung für die optimale Franchise in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für 2007 (Beilage F4).
- Vervollständigte und aktualisierte Darstellung des Risikoausgleichs in der OKP von Urs Wunderlin von der Gemeinsamen Einrichtung KVG (Beilage G §3).
- Internetzugang zur Erfolgsrechnung und zur Bilanz der OKP-Krankenversicherer für das Jahr 2005 (Beilage H).
- Angaben zur Genauigkeit der in T 1.01 dargestellten Schätzungen (OKP-Hauptindikatoren) und in T 2.16 (Darstellung in Millionen Franken nach Kostengruppen) (Beilage I).

Die Statistik der Krankenversicherung ist als Druckfassung erhältlich und zusätzlich sind verschiedene Dokumente über das Internet auf der Seite des BAG abrufbar, unter: <http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=de> -> Rubrik Themen -> Krankenversicherung.

Rubrik Statistiken -> Statistikpublikationen:

- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 1996 -> 2005 (aufdatierte Excel-Datei)
- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004 -> 2005 (Graphiken – farbig – A4: PDF- und Excel-Dateien ab 2005)
- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 1996 -> 2005 (PDF-Dateien; entspricht der Druckfassung)
- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2006 (laufend aufdatierte Excel-Dateien ab Juli 2007)
- Grundversicherungsprämien 1996 -> 2007, je Versicherer, Monat, Kanton, Altersgruppe, CH (PDF- und Excel-Dateien ab 2004)
- Prämienregionen 2004 -> 2007: (Excel-Dateien: Suchmöglichkeit nach Suche nach Kanton, Postleitzahl, Ortsbezeichnung, Gemeinde, Bezirk und BFS-Nr.)
- Aufsichtsdaten OKP 1996 -> 2005 (PDF-Dateien)
- Statistik des Risikoausgleichs in der obligatorischen Krankenversicherung 1996 -> 2005 (Excel-Dateien)
- Wegleitung: Optimale Franchise für Ihren Krankenversicherer 2004 -> 2007 – Kinder und Erwachsene (Excel-Dateien mit Graphiken)

-> Rubrik Statistiken -> Graphische Darstellungen:

- Kartographische Darstellungen mit MAPresso: Prämien pro Gemeinde und Kanton, Prämienregionen 2004 -> 2007, interkantonale Patientenwanderungen 2002
- Zeitreihen nach Kanton oder Altersgruppe ab 1996
- dynamische Graphiken und Datentabellen 1997 -> 2005:

Versichertenbestand, Anteil der Versicherungsformen, Kantonale Durchschnittsprämien [Jahresprämien für alle Versicherungsformen, Monatsprämien für die ordentliche Franchise], Netto-Leistungen, Kostenbeteiligung, Bruttoleistungen nach Versicherungsform [ordentliche Franchise, Wahlfranchise], Bruttoleistungen nach Kostengruppe [Medikamente (Ärzte), Medikamente (Apotheken), SPITEX (Pflege zu Hause), Spitäler (stationär), Spitäler (ambulant), Ärzte (ohne Medikamente), Heime (Alters- und Pflegeheime), Physiotherapeuten, Total]

- zentralisierter Zugriff auf die Internet-Dokumente 1996 -> 2005: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (Excel-Tabellen), Prämien der obligatorischen Krankenversicherungen nach Kanton, nach Versicherer, nach Monat, CH (PDF-Dateien -> 2007), Aufsichtsdaten der obligatorischen Krankenversicherung (PDF-Datei), Statistik Risikoausgleich in der obligatorischen Krankenversicherung (Excel-Tabelle)

- Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung: die Graphiken und Tabellen werden alle drei Monate aufdatiert. Sie enthalten detaillierte Angaben zur neusten Entwicklung der Bruttokosten pro Versicherten, pro Kanton und Kostengruppe in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

-> Rubrik Statistiken -> Formulare

- Leere Formulare EF123S und PV12S ab 2000

-> Rubrik Aufsicht:

- Erfolgsrechnung und Bilanzen der Einzelnen Versicherer – 2005
- Kommentierte Grafiken zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

## 2.2 Inhalt und Quellen

Die Krankenversicherungsstatistik nützt verschiedene Informationsquellen.

Damit das BAG seine Aufsichtstätigkeit über die anerkannten Krankenversicherer wahrnehmen kann, sind die Versicherer verpflichtet, dem BAG im Sinne einer jährlichen Berichterstattung Informationen einzureichen (insbesondere Formulare EF123). Die Daten aus diesen Formularen werden nach erfolgter Prüfung in der Krankenkassen-Datenbank des BAG erfasst. Die Tabellen der Statistik beruhen auf dieser Quelle und sind so produziert, dass sie den Informations- bzw. Datenstand vom Juli 2006 wiedergeben.

Nachstehend folgt eine kurze Übersicht über die verschiedenen Statistikeile und die verwendeten Datenquellen.

### **Tabellenteil 1: Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)**

*Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG*

Gezeigt wird eine detaillierte Betriebsrechnung für die verschiedenen Versicherungsformen (ordentliche oder wählbare Franchise, Bonus-Versicherung oder Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer). Es finden sich ebenfalls Angaben zur Entwicklung der Reserven und Rückstellungen sowie eine Tabelle mit den wichtigsten OKP-Indikatoren ab 1996.

### **Tabellenteil 2: Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP**

*Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG, Angaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG (Risikoausgleich in der OKP) und Datenpool santésuisse*

Für die Erstellung des Risikoausgleichs stützt sich die Gemeinsame Einrichtung KVG auf die Versichertenbestände und die Kosten vor und nach Kostenbeteiligung nach Kanton und nach Altersgruppe.

### **Tabellenteil 3: Prämientarife in der OKP**

*Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG, Prämien genehmigungsverfahren des BAG und Datenpool santésuisse*

Die dem BAG von den Krankenversicherern zur Prämien genehmigung durch den Bundesrat gemäss Artikel 61 Absatz 4 KVG gelieferten Angaben werden auch für statistische Zwecke genutzt. Dieser Teil weist die geschätzten durchschnittlichen KVG-Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung) pro Kanton aus, aufgeteilt nach Erwachsenen, jungen Erwachsenen und Kindern ab 1996. Ausgehend Datenpool des Pools von santésuisse werden die von den Versicherten tatsächlich bezahlten Prämien für alle Versicherungsmodelle gemeinsam dargestellt.

#### **Tabellenteil 4: Prämienverbilligung in der OKP**

*Quelle: Zahlen aus den Kantonen und vom Bundesamt für Statistik (BFS)*

Die Daten stammen von den mit der Durchführung der Prämienverbilligung betrauten kantonalen Verwaltungsstellen (insb. Formulare PV12). Als Tabellen ausgewiesen werden die durch Prämienverbilligung subventionierten Personen und Haushalte, die Anspruchsgrenzen für die Subventionsberechtigung sowie die budgetierten und tatsächlich geflossenen Gelder in den einzelnen Kantonen.

#### **Tabellenteil 5: Individuelle Daten pro Versicherer**

*Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG*

Es handelt sich bei den «Aufsichtsdaten» um ausgewählte Indikatoren der OKP wie Prämien, Leistungen, Verwaltungsaufwand, Rückstellungen und Reserven: Sie können auf der Stufe des einzelnen Versicherers eingesehen werden..

Indikatoren zu den Versicherern, die die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG betreiben, sind ebenfalls enthalten.

#### **Tabellenteil 6: Freiwillige Taggeldversicherung KVG**

*Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG*

Es werden die von den Versicherern gelieferten Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung, wie sie durch das KVG in den Artikeln 67 bis 77 geregelt wird, dargestellt. Die Angaben zur freiwilligen Taggeldversicherung nach VVG sind in den Teilen 8 und 9 enthalten.

#### **Tabellenteil 7: Andere Versicherungen der anerkannten Krankenversicherer**

*Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG*

Die vom BAG anerkannten Krankenversicherer wickeln nur einen Teil des gesamten Zusatzversicherungsgeschäftes gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ab; der restliche Teil läuft über die Privatversicherer. In diesem Teil werden separate Betriebsrechnungen zu den Zusatzversicherungen VVG allgemein sowie den Krankenpflegeversicherungen «Liechtenstein» und «Versicherte wohnhaft im Ausland» sowie «Versicherte mit Wohnsitz in einem EU- bzw. EFTA-Staat» ausgewiesen. Dabei ist zu betonen, dass es sich bei diesen Angaben ausschliesslich um das VVG-Geschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer handelt; das Zusatzversicherungs-Geschäft der Privatversicherer, über die das BAG keine Aufsicht ausübt, ist somit in dieser Zusammenstellung nicht enthalten.

#### **Tabellenteil 8: Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer**

*Quelle: Krankenkassen-Datenbank BAG*

Der Tabellenteil 8 beschreibt die vom Bund anerkannten Krankenversicherer hinsichtlich deren gesamten Geschäftstätigkeit: Krankenpflege- und Krankentaggeldversicherung nach KVG und VVG. Es werden Angaben zu Versichertenbestand, Grösse, Personalbestand, Gesamtbetriebsrechnung und zur Bilanz der Versicherer ausgewiesen. Analog zu Teil 7 werden auch hier keine Angaben zu den Privatversicherern gemacht.

#### **Tabellenteil 9: Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen**

*Quelle: OECD, Eurostat, Bundesamt für Statistik (BFS), Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Schweizerischer Apothekerverein (SAV), Bundesamt für Privatversicherungen (BPV), Krankenkassen-Datenbank des BAG und Datenpool santésuisse*

Hier soll der Blickwinkel ausgeweitet und es sollen andere, für das Gesundheitswesen relevante Kennzahlen vorgestellt werden. Zu nennen sind ein internationaler Vergleich mittels OECD-Daten, Zahlenmaterial zu den Kosten des Schweizer Gesundheitswesens insgesamt, verschiedene Preisindizes, Angaben zur Anzahl der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken sowie zum Krankenzusatzversicherungsbereich.

#### **Tabellenteil 10: Risikoausgleich in der OKP**

*Quelle: Angaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG*

Die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn vollzieht den Risikoausgleich gemäss KVG Artikel 105, verwaltet die entsprechenden Information in einer eigenen Datenbank und erstellt einen ausführlichen statistischen Bericht. In diesem Teil werden die Anzahl der zahlungspflichtigen und begünstigten Versicherer, die Transferzahlungen zwischen Versicherern sowie die von den Versicherern ausbezahlten Beträge nach Alter und Geschlecht der Versicherten dargestellt.

#### **Tabellenteil 11: OKP-Versicherte**

*Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG und Datenpool santésuisse*

Die wichtigsten dargestellten Elemente sind die Anzahl Versicherte nach Kanton oder Altersgruppe sowie die Verteilung der Versicherten nach Wahlfranchisen. Enthalten ist auch die Anzahl der Versicherten, die den Versicherer wechseln. Mit dem Datenpool von santésuisse lassen sich die Angaben zur Krankenversicherung, die vom BAG nicht direkt bei den Versicherern erhoben werden, vervollständigen.

### 3 Wichtigste Neuerungen in der Krankenversicherung ab 1996

#### 2006

- 1.1.2006: Änderung des KVG: Änderung der Voraussetzungen, um die Kostenübernahme für Leistungen aufzuschieben, wenn die Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt werden (Art. 64a). Verbilligung der Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50% für untere und mittlere Einkommen (Art. 65).
- 1.1.2006: Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung für die Jahre 2006 bis 2009.
- 1.1.2006: Änderung der KVV: Der Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt kann während höchstens fünf Jahren erhoben werden. Wechselt die versicherte Person den Versicherer, hat der bisherige Versicherer den Zuschlag dem neuen Versicherer mitzuteilen (Art. 8). Prämienhebung und Folgen des Zahlungsverzugs (Art. 90). Das Departement bezeichnet die Arzneimittel, für die ein höherer Selbstbehalt zu entrichten ist (Art. 105 Abs. 1 bis).
- 1.1.2006: Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).
- 1.1.2006 (Übergangsfrist bis 1.4.2006): Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 % für Originalpräparate, von welchen ein mindestens 20 % billigeres Generikum in der Spezialitätenliste angeführt ist (Art. 38a KLV).
- 1.1.2006 und 10.5.2006: Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).
- 1.5.2006: Änderung der KVV: Änderung des Verfahrens für die Sistierung der Versicherungspflicht bei Militär- und Zivildienst (Art. 10a).
- 10.5.2006: Änderung der KVV: Transparenz der Angaben im Beitrittsformular (Art. 6a); Pilotprojekte zur Kostenübernahme für Leistungen im Ausland (Art. 36a); Überprüfung der Aufnahmebedingungen für Arzneimittel (Art. 65a, 65b und 65c); Senkung der Mindestreservesätze (Art. 78); Reihenfolge der Prämienermässigungen (Art. 90b); Mindestprämie (Art. 90c); Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung (Art. 91a).
- 10.5.2006: Änderung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

#### 2005

- 1.1.2005: Änderung des KVG:
- Der Bundesrat kann die Einführung einer Versichertenkarte beschliessen (Art. 42a).
- Verlängerung der Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung um drei Jahre (Art. 55a).
- Erweiterung der Sanktionen bei Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Art. 59).
- Änderung der Bestimmung bezüglich Rechnungslegung und Geschäftsbericht (Art. 60).
- Verlängerung des Risikoausgleiches um fünf Jahre (Art. 105).
- 1.1.2005: Weiterführen und Einfrieren der Pflgetarife (Übergangsbestimmung zum KVG, dringliches Bundesgesetz).
- 1.1.2005: Verlängerung der Geltung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen Behandlungen nach dem KVG (dringliches Bundesgesetz).
- 1.1.2005: Änderung der KVV: die Wahlfranchisen betragen neu Fr. 500, 1'000, 1'500, 2'000 und 2'500 Franken für Erwachsene und junge Erwachsene. Für Kinder betragen die Wahlfranchisen neu Fr. 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Die Prämie der Versicherung mit Wahlfranchise beträgt mindestens 50% der Prämie der Versicherung mit ordentlicher Franchise und Unfalleinschluss.

- 1.1.2005: Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).
- 1.1.2005 und 1.7.2005: Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

**2004**

- 1.1.2004: Änderung der KVV:
- Die ordentliche Franchise für Erwachsene beträgt neu Fr. 300.– pro Jahr.
- Der Maximalbetrag des Selbstbehalts erhöht sich auf Fr. 700.– für Erwachsene und Fr. 350.– für Kinder.
- Die maximale Prämienreduktion bei den wählbaren Franchisen wird angepasst.
- Die minimale Quote der Sicherheitsreserve liegt bei 20% für Versicherer mit bis zu 250'000 Versicherten und bei 15% bei Versicherern mit über 250'000 Versicherten. Versicherer mit weniger als 50'000 Versicherten müssen sich rückversichern.
- Die Zusammensetzung nationaler Kommissionen wird angepasst, um Vertreter des BSV aufzunehmen.
- 1.1.2004: Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).
- Die vom BAG (bis 2003 BSV) festgelegten Prämienregionen müssen von den Krankenversicherern obligatorisch angewandt werden.
- Die Krankenversicherer werden beauftragt, die Lenkungsabgabe auf Benzin und Dieselöl mit einem Schwefelgehalt von mehr als 0.001% an die Bevölkerung zu verteilen (Abgabe erhoben ab 2004, erste Verteilung im Jahr 2006).
- 1.4.2004, 1.5.2004, 1.7.2004 und 1.8.2004: Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

**2003**

- Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) tritt in Kraft. Anpassungen des KVG und der Verordnungen an das ATSG.
- Inkraftsetzung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).
- Änderung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Änderung der Anhänge 1 und 2).
- Änderung der Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (Art. 6, Auszahlung).
- Die vom BSV empfohlenen Prämienregionen sollen von den Krankenversicherern umgesetzt werden.
- Die Lenkungsabgaben auf Heizöl Extraleicht (HEL) und auf flüchtigen organischen Verbindungen (VOC), seit dem Jahr 1998 bzw. 2000 erhoben, werden erstmals über die Krankenkassen an die gesamte Wohnbevölkerung verteilt.

**2002**

- 1.1.2002: Aufhebung der Mitberücksichtigung des Prämienindex bei der Berechnung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung.
- 1.1.2002: Änderung des KVG infolge der neuen Fristenregelung (Art. 30).
- 1.1.2002: Dringliches Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die interkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Volksabstimmung vom 9. Februar 2003 infolge Referendum).

- Anpassungen des KVG und der Verordnungen an das Freizügigkeitsabkommen EU-CH, namentlich in den Bereichen Obligatorium, Prämien, Prämienverbilligung, Risikoausgleich, Leistungsaushilfe und Durchführung. Datum des Inkrafttretens: 1.6.2002 (für die meisten Anpassungen, zusammen mit dem Freizügigkeitsabkommen).
  - Anpassungen des KVG und der Verordnungen an das EFTA-Abkommen, namentlich in den Bereichen Obligatorium, Prämien, Prämienverbilligung, Risikoausgleich, Leistungsaushilfe und Durchführung. Datum des Inkrafttretens: 1.6.2002 (für die meisten Anpassungen zusammen mit dem EFTA-Abkommen).
  - 1.7.2002: Änderung der KVV im Arzneimittelbereich.
  - 1.7.2002: Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. Bezeichnung von Leistungen, welche nur auf vorgängige Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes übernommen werden).
  - 4.7.2002: Inkraftsetzung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
  - Verabschiedung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung.
- 2001**
- 1.1.2001: Inkrafttreten des überwiegenden Teils der 1. Teilrevision des KVG und der Verordnungsänderungen (z.B. Sistierung der Versicherungspflicht bei längerdauernder Unterstellung unter die Militärversicherung, neues Abgeltungsmodell im Bereiche der Arzneimittel - Beratungsleistungen von Apothekern und selbstdispensierenden Ärzten sollen getrennt von den Medikamentenkosten, nach Tarifen vergütet werden -, keine Franchiseerhebung bei Screening-Mammographie, Sanktionen bei Ordnungswidrigkeiten durch einen Krankenversicherer sowie Verbesserungen im System der Prämienverbilligung).
  - 1.1.2001: Inkrafttreten des Änderungspaketes im Zusammenhang mit dem Datenschutzrecht und der entsprechenden Anpassungen der KVV.
  - Anpassungen bei Wahlfranchisen (betragsmässige Begrenzung der höchstzulässigen Rabatte sowie Einführung regionaler Prozentsätze für Prämienreduktionen).
  - Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit: Heroinabgabe, Positron-Emissions-Tomographie PET).
- 2000**
- Verabschiedung der 1. Teilrevision des KVG und der Ausführungsbestimmungen in den Bundesratsverordnungen.
  - 1.10.2000: Inkrafttreten der geänderten Bestimmungen über den Kassenwechsel.
  - Anpassung des Leistungskatalogs in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. in-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie).
  - Erweiterung der Anlagemöglichkeiten der Krankenkassen (finanzielle Reserven).
- 1999**
- Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (gewisse Gebiete der Alternativmedizin).
  - Teilrevision der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung VORA (Aktuellere Datenbasis und Beschleunigung der Zahlungsflüsse).
- 1998**
- Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
  - Erhöhung der ordentlichen Franchise auf 230.– Fr., Änderung der Prämienreduktionssätze bei wählbaren Franchisen.
  - Erleichterte Reservebestimmungen für grosse Versicherer.

- Erlass von Tarifbestimmungen für den Spitex- und für den Pflegebereich.
- Der Bundesrat setzt die folgenden Eidgenössischen Kommissionen ein: Grundsatzkommission (Vorsitz), Leistungskommission, Arzneimittelkommission, Analysenkommission, Kommission für Mittel und Gegenstände.

**1997**

- Erweiterung der Pflichtleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- Zulassung der ärztlich verordneten Ernährungsberatung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

**1996**

Inkrafttreten des neuen KVG am 1.1.1996:

- Einführung des Versicherungsobligatoriums mit einem umfassenden Leistungskatalog in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- Einführung von Einheitsprämien für erwachsene Versicherte pro Versicherer und Region.
- Garantie der freien Wahl der Kasse für alle Versicherten, volle Freizügigkeit in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- Freie Wahl der Versicherungsform; die neuen Versicherungsformen (z.B. HMO, Bonusversicherung, wählbare Franchise) werden definitiv eingeführt.
- Individuelle Prämienverbilligung: Subventionierung der Versicherten in Abhängigkeit von deren wirtschaftlichen Verhältnissen.
- Weiterführung des Risikoausgleichs (Ausgleich der Risiken Alter und Geschlecht) bis 2005.
- Förderung des Wettbewerbs unter Leistungsanbietern und unter Krankenversicherern.

Datenstand: 1.7.2006

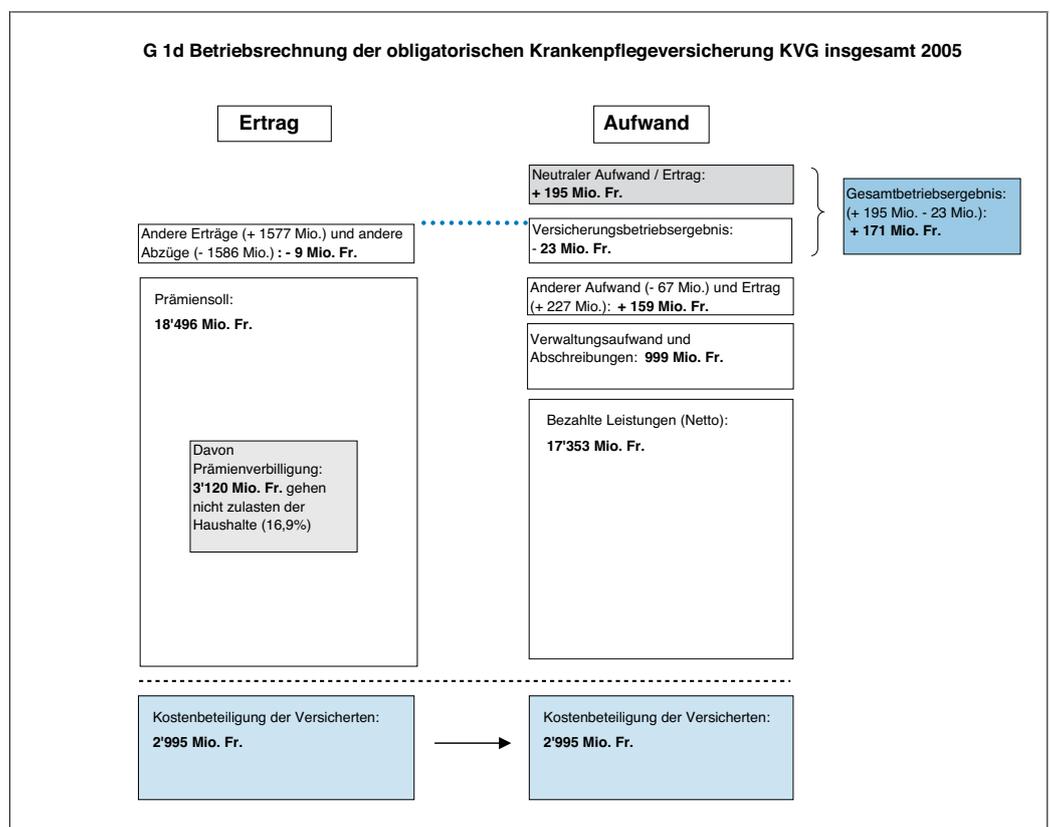
Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, BSV.

## 4 Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2005

### 4.1 Finanzen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

#### Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

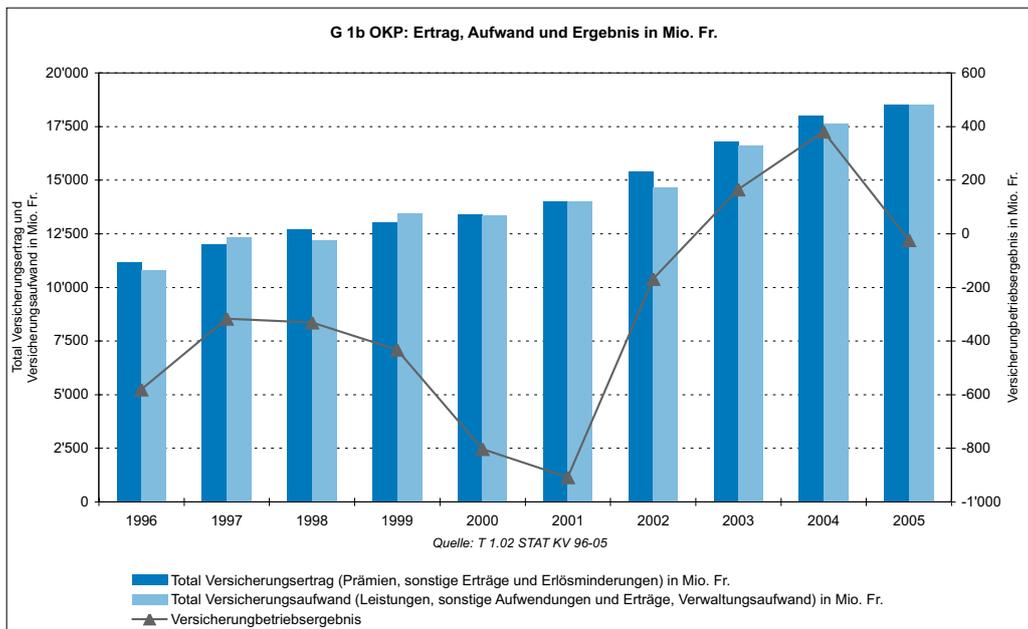
Die von den Versicherern **bezahlten Leistungen** in der Höhe von 17,4 Mrd. Franken im Jahr 2005, ergeben sich nach Abzug der **Kostenbeteiligung der Versicherten** von 3,0 Mrd. Franken. Zieht man vom **Prämiensoll** von 18,5 Mrd. Franken den übrigen Aufwand/Ertrag ab so verbleibt ein OKP-Betriebsergebnis von -23 Mio. Franken. Unter Berücksichtigung des neutralen Aufwandes und Ertrages resultiert somit ein positives **Gesamtbetriebsergebnis** von +171 Mio. Franken (G 1d, G 1b, G 1c).



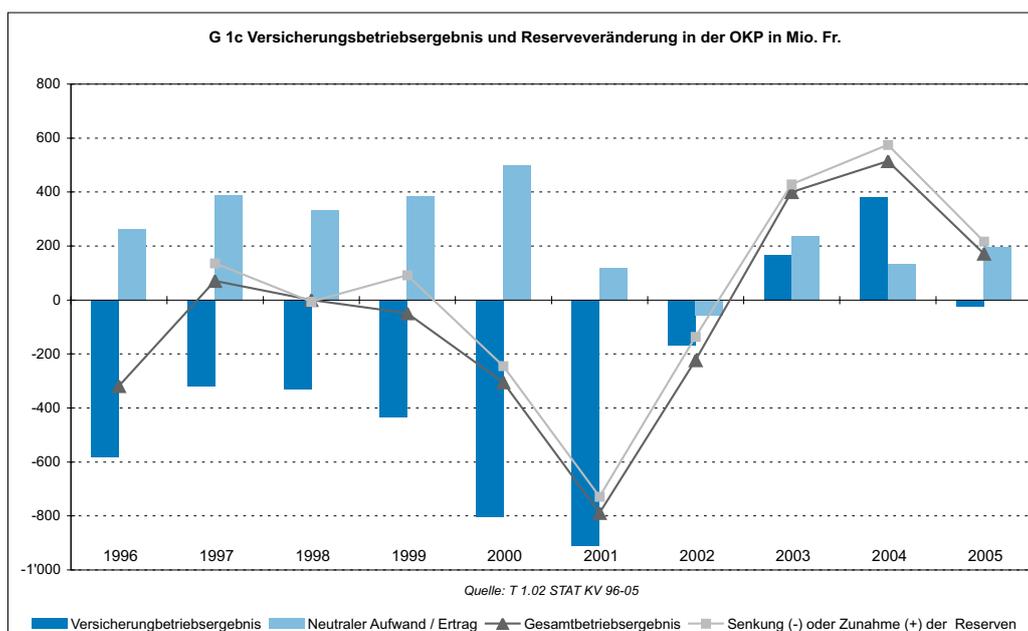
Quelle: T 1.02 + T 4.07 STAT KV 05

Dabei setzte sich dieses Gesamtbetriebsergebnis aus höchst divergierenden Ergebnissen nach den einzelnen Versicherungsformen zusammen. So wurde das stark negative Ergebnis bei den Versicherungen mit ordentlicher Franchise (-1,7 Mrd. Fr.) durch positive Ergebnisse für die Versicherungen mit wählbarer Franchise (+1,5 Mrd. Fr.), der BONUS-Versicherung und der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (+274 Mio. Fr.) wieder kompensiert (T 1.03 bis T 1.06). Allerdings handelt es sich hier nicht um eine Quersubventionierung der verschiedenen Versicherungsformen. Es sind eher die jungen und gesunden Versicherten, die eine Versicherung mit wählbarer Franchise, eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder die BONUS-Versicherung wählen und mit ihren Prämien nicht nur die Versicherungsleistungen decken, sondern auch den Risikoausgleichsfonds speisen. Die Versicherten mit ordentlicher Franchise sind hingegen in der Regel etwas älter und beziehen mehr Leistungen. Ihre Prämienzahlungen vermögen die bezogenen Leistungen nur dank dem Beitrag aus dem Risikoausgleichsfonds zu decken.

Interessant ist die Verfolgung der Entwicklung von **Aufwand, Ertrag** und **Betriebsergebnis** seit 1996. Nach einer Phase von 1996 bis 2002 mit negativem Betriebsergebnis (Aufwand - Versicherungsertrag gemäss G 1d) ergab sich für die Jahre 2003 und 2004 ein positives Ergebnis (G 1b).



Wird zum Jahresbetriebsergebnis der **neutrale Aufwand und Ertrag** dazu gerechnet (im Wesentlichen Einnahmen aus Kapitalanlagen) so erhält man das **Gesamtbetriebsergebnis**, das seit 1996 sehr grosse Schwankungen aufweist. Die jährliche Veränderung der **Reserven** verläuft sehr nahe am Gesamtbetriebsergebnis, da die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die Versicherer keinen Gewinn abwerfen darf (G 1c).



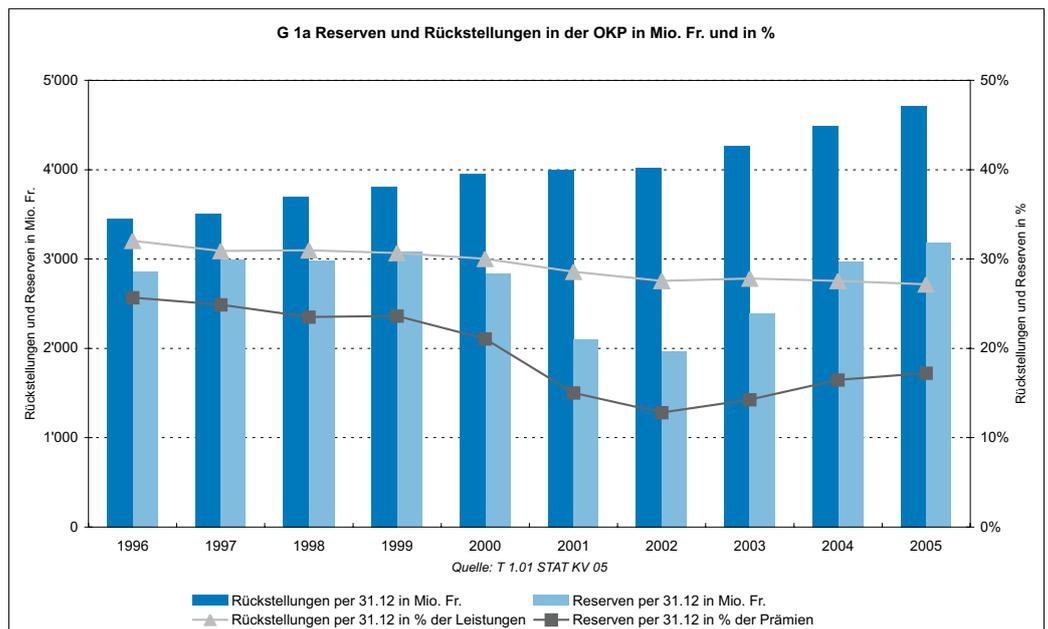
Die Versicherten, die in der Schweiz versicherungspflichtig sind und in einem EG-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen wohnen, sind in der Tabelle 1.07 erfasst. Ebenfalls in dieser Tabelle erfasst werden Versicherte, die früher dem Artikel 3 KVV unterstellt waren (Grenzgänger, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben, und ihre Familienangehörige).

### Reserven und Rückstellungen in der OKP

Wie oben dargelegt, wirkt sich das Gesamtbetriebsergebnis auf den **Reservenstand** in der OKP aus. So ist dieser bis Ende 2005 um über 200 Mio. Franken angestiegen (G 1c).

Betrachtet man zudem den Stand der Reserven im Verhältnis zum Prämien Soll desselben Jahres, so resultiert eine Zunahme dieser «Reservequote» von 25,7% im Jahr 1996 auf 17,2% im Jahr 2005 (G 1a). Die Reserven von 3,2 Mrd. Franken Ende 2005 entsprechen ungefähr den Leistungen von zwei Versicherungsmonaten.

Stabiler entwickelten sich die **Rückstellungen** für unerledigte Versicherungsfälle. Ins Verhältnis gesetzt mit den von den Versicherern bezahlten Leistungen sind sie von 32,0% im Jahr 1996 auf 27,1% im Jahr 2005 zurückgegangen (G 1a).



### Senkung der Mindestreservequoten der Krankenkassen ab 2007

Der Bundesrat hat beschlossen, ab 2007 die Mindestreservequoten der Versicherer zu senken. Die Reserven dienen den Versicherern zur Deckung unvorhergesehener Risiken. In den vergangenen Jahren haben die zunehmende Nutzung der elektronischer Datenverarbeitungsmöglichkeiten sowie die elektronische Fakturierung der Leistungen die Budgeterstellung der Versicherer erleichtert und somit das finanzielle Risiko verringert. Aus diesem Grund ermächtigt der Bundesrat die Versicherer mit über 150'000 Versicherten einen stufenweisen Abbau ihrer Reservequoten gemäss untenstehender Tabelle vorzunehmen. Die Senkung der Quoten beginnt ab 2007 und erfolgt schrittweise über drei Jahre. Kassen mit unter 50'000 Versicherten müssen weiterhin eine Mindestreserve von 20% aufweisen und sich rückversichern. Damit verfügen die Versicherer bei der Festsetzung der Prämien über einen grösseren Handlungsspielraum.

Minimale Sicherheitsreserve in % (Art. 78 KVV):

Versicherte	≤ 50'000	≤ 150'000	≤ 250'000	> 250'000
2006	20% *	20%	20%	15%
<b>2007</b>	20% *	18%	16%	13%
<b>2008</b>	20% *	16%	12%	11%
<b>2009</b>	20% *	15%	10%	10%

\*Versicherer mit weniger als 50'000 Versicherten sind verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen.

Es ist natürlich interessant, zu untersuchen wie sich die Senkung der Reservequoten auf die Versicherungsprämien auswirkt.

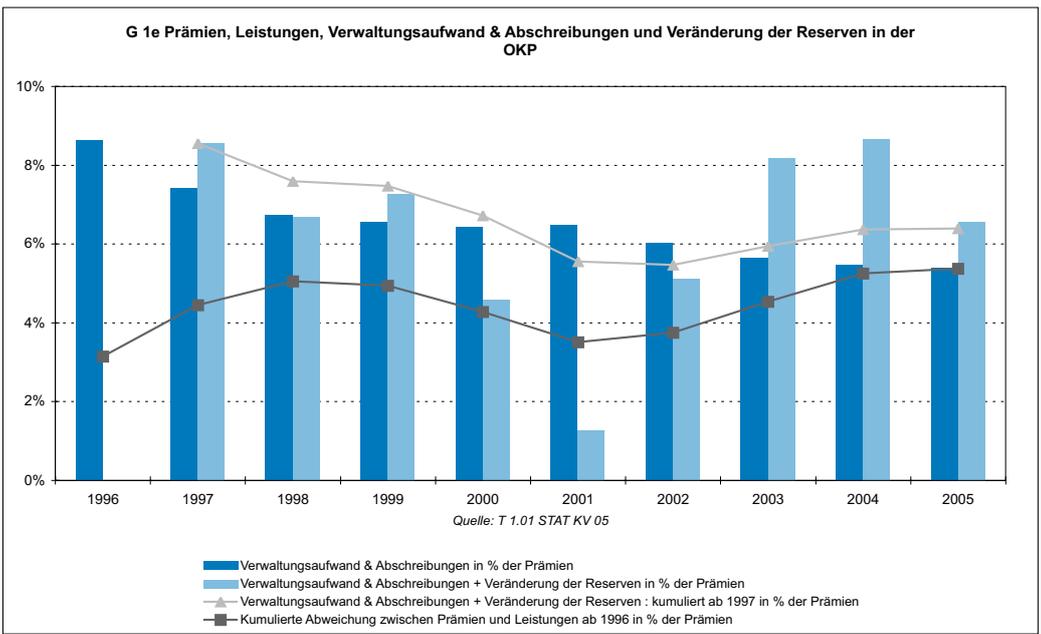
Da die Reservequote in Prozent des Prämienvolumens ausgedrückt wird, ermöglicht die Senkung dieses Satzes um 1 Prozentpunkt eine Senkung der Prämien um den gleichen Prozentsatz, und zwar **einmalig für das jeweilige Jahr** in dem die Senkung vorgenommen wird.

Aus der obigen Tabelle kann die Auswirkung auf die Prämien nach Grösse des Versicherers abgeschätzt werden. Allerdings handelt es sich dabei nicht um einen Automatismus, da die effektive Auswirkung der Reservequotensenkung auf die Prämien mit der jeweiligen Situation der einzelnen Versicherer abhängig. Ein Versicherer, der beispielsweise bereits heute die gesetzlichen Reserveanforderungen nicht erfüllt, kann seine Reserven natürlich nicht senken. Per Ende 2005 befand sich über ein Viertel der OKP-Versicherer unter der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreservegrenze (siehe Aufsichtsdaten OKP unter T 5.01). Zu erwähnen ist zudem, dass ein Teil der Reserven auf Finanzmärkten angelegt ist. Bei einer ungünstigen Entwicklung der Börsenkurse kann daher eine Verminderung der Reserven resultieren, die nicht für eine Senkung der Prämien genutzt werden kann.

**Prämien, Leistungen, Verwaltungskosten und Abschreibungen sowie Reserveschwankungen in der OKP**

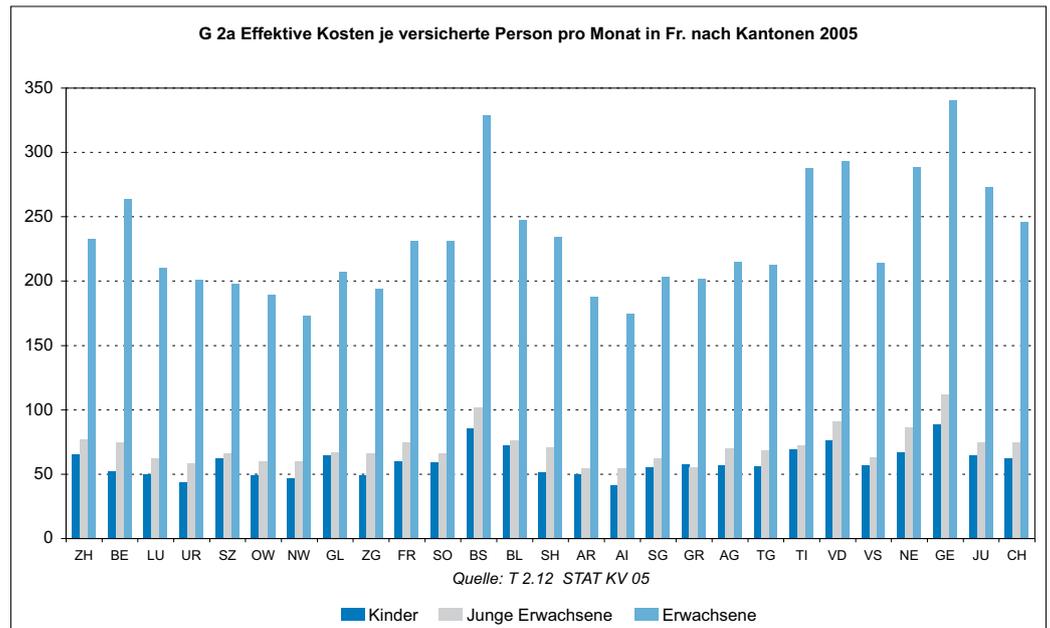
Interessante Hinweise liefert die grafische Darstellung des Unterschieds zwischen den Prämien und den bezahlten Leistungen anhand einer Kurve über die insgesamt bezahlten Leistungen und Prämien ab dem Jahr 1996 (G 1e, siehe auch G 2h in Punkt 4.2 zu diesem Thema). Das Verhältnis liegt bei 5,4% für die Zeitspanne von 1996-2005. Das bedeutet, dass ein **globales finanzielles Gleichgewicht** in der OKP seit 1996 möglich gewesen wäre, wenn diese Marge von 5,4% auf den Prämien, den Verwaltungskosten, den Abschreibungen, den Reserveveränderungen sowie den Gewinnen bzw. Verlusten der Kapitalanlagen gedeckt hätte.

Betrachtet man indessen die Entwicklung der kumulierten Verwaltungskosten, Abschreibungen und Reserveschwankungen in Prozent im Vergleich zu den Prämien seit 1997, ergibt sich eine Differenz von 6,4% für die Zeitspanne von 1997-2005, die etwa 1% über der vorhin erwähnten Marge zwischen Prämien und Leistungen liegt (G 1e). Dies zeigt, dass die **finanzielle Situation** in der OKP im Zeitraum von 1997-2005 insgesamt defizitär war, selbst wenn punktuell ein positives Ergebnis erzielt wurde (siehe G 1c).

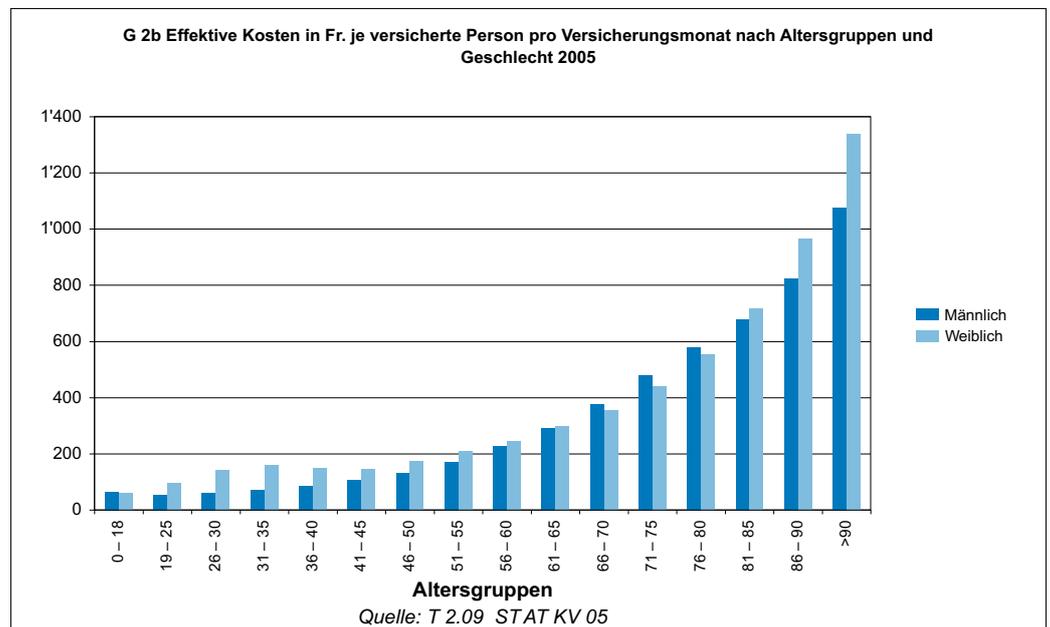


#### 4.2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

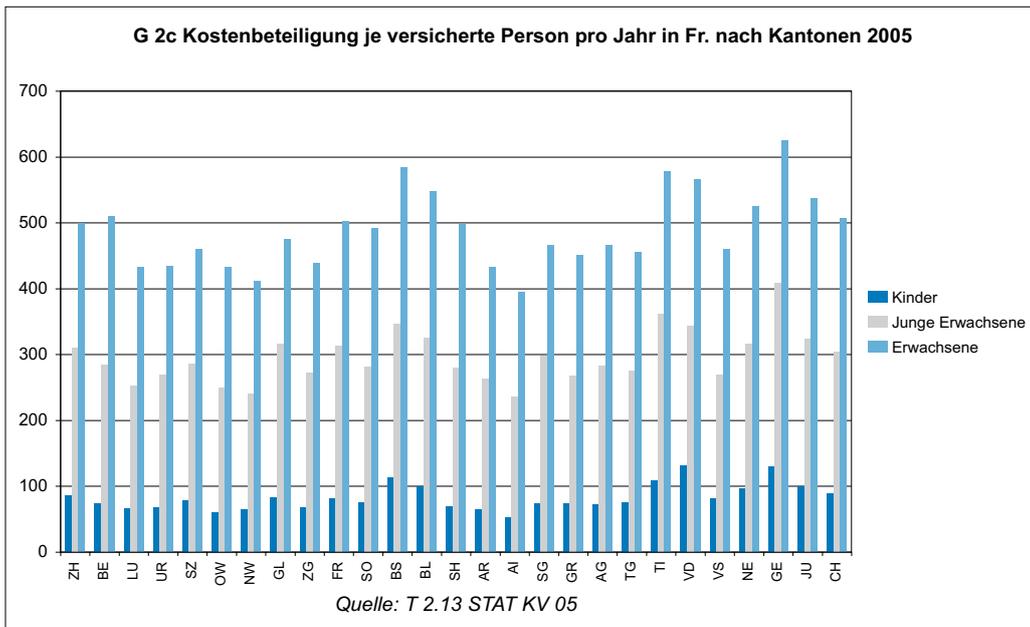
Grosse Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen bei den effektiven Kosten (Nettoleistungen zu Lasten der Versicherer), den Kostenbeteiligungen der Versicherten und den Bruttokosten (Summe der effektiven Kosten und der Kostenbeteiligungen). GE und BS verzeichnen die höchsten effektiven Durchschnittskosten für alle Alterskategorien. NW und AI hingegen weisen die tiefsten Kosten auf (G 2a).



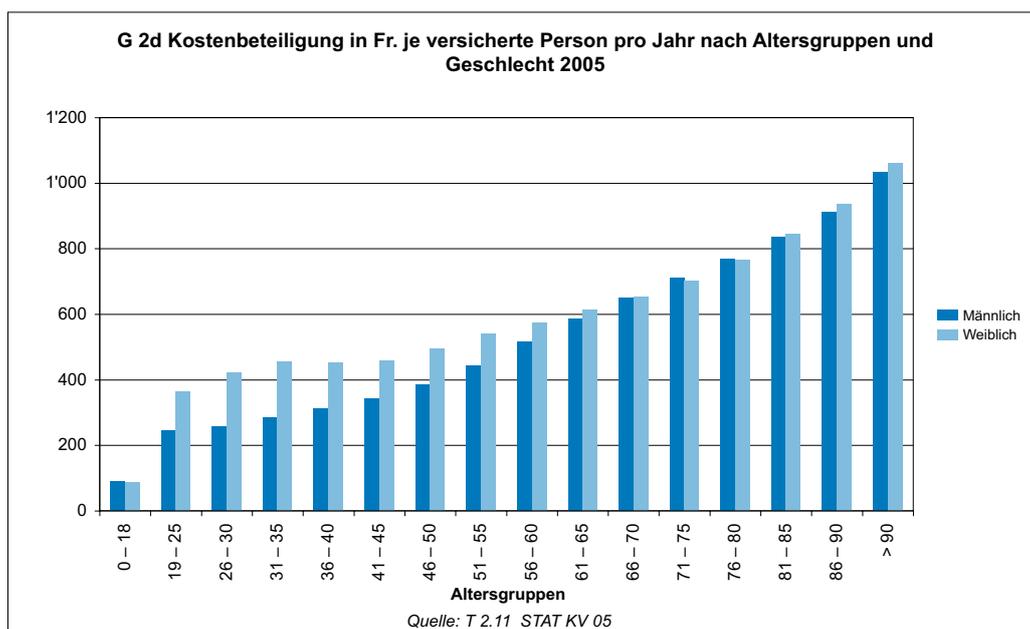
Eine Analyse der tatsächlichen monatlichen Versicherungskosten nach Alter und Geschlecht zeigt deutlich, dass zwischen Kosten und Alter einerseits und den höheren Kosten der Frauen und den tieferen Kosten der Männer andererseits (ausser im Alter zwischen 66 und 80 Jahren) eine Korrelation besteht. Die mehr als doppelt so hohen Kosten bei den Frauen der Altersgruppen 26-30 Jahre und 31-35 Jahre sind hauptsächlich auf die Mutterschaft zurückzuführen (G 2b).



Bei der jährlichen Kostenbeteiligung nach Kanton und Altersgruppe belegen bei den Erwachsenen erneut die Kantone GE, BS, NW und AI die Spitzen- und Schlusspositionen. Die tieferen Werte bei den Kindern (der schweizerische Durchschnitt liegt bei 88 Franken im Vergleich zu 304 Franken für junge Erwachsene und 507 Franken für Erwachsene) sind darauf zurückzuführen, dass bei Kindern keine ordentliche Franchise erhoben wird und der Selbstbehalt um die Hälfte kleiner ist (G 2c und T 2.13).



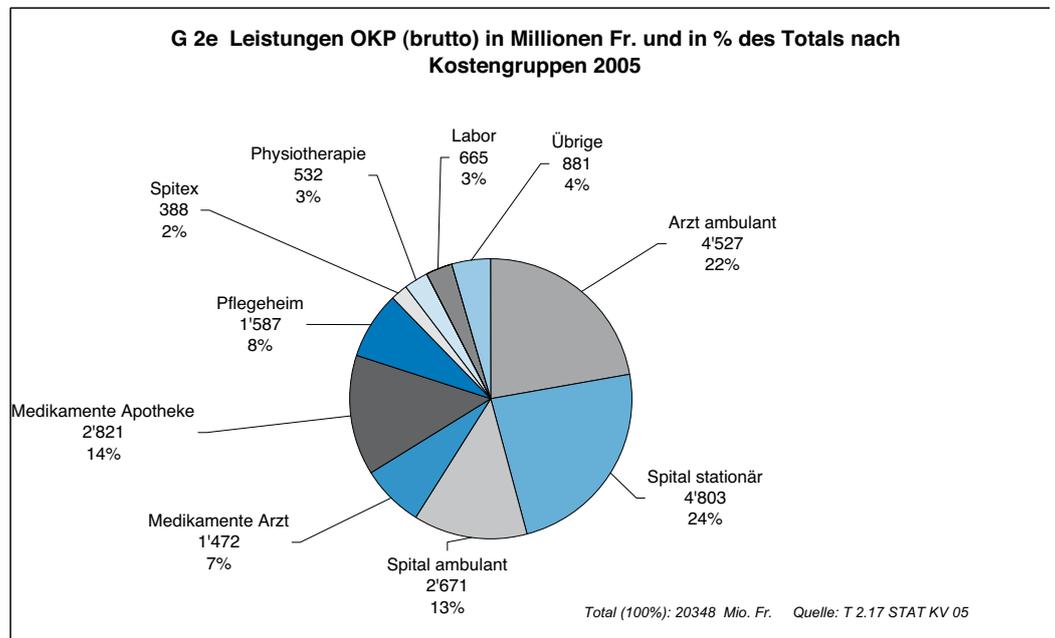
Bei der jährlichen Kostenbeteiligung sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den Altersgruppen 0-18 Jahre und ab 61 Jahren sehr gering. Bei den übrigen Altersklassen liegt die jährliche Kostenbeteiligung der Frauen höher (G 2d).



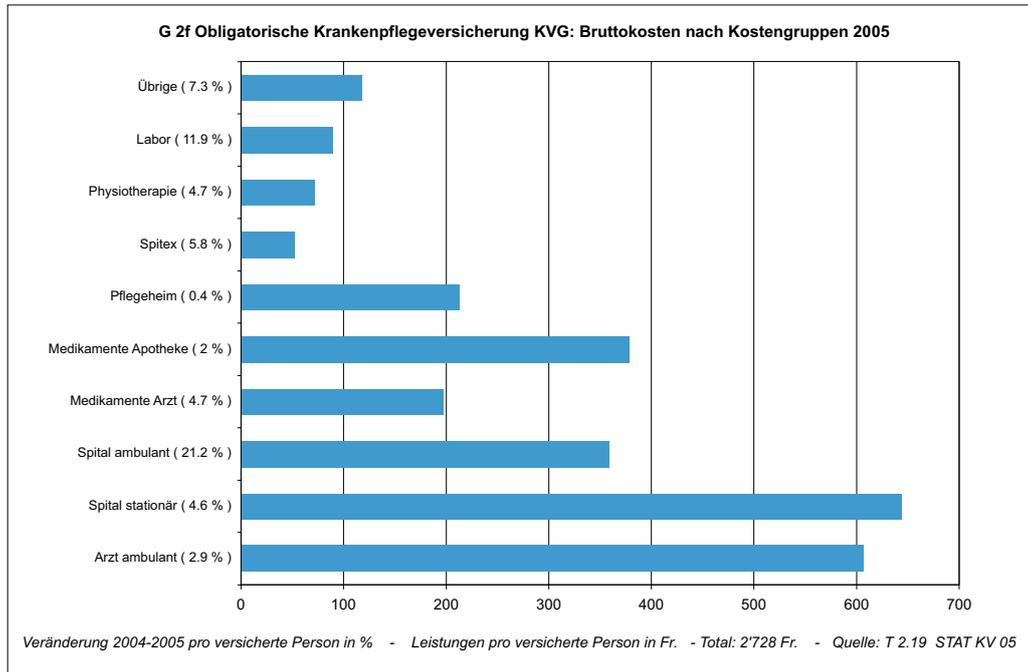
Im Krankenkassenwesen gibt es drei Beteiligte: Leistungserbringer, Patient (Versicherter) und Versicherer («Tiers»). Im System des «Tiers garant» vergütet der Patient die Leistung direkt an den Leistungserbringer und lässt sich die Kosten von seinem Versicherer («Tiers») rückerstatten. Im System des «Tiers payant» vergütet der Versicherer («Tiers») die Leistung direkt an den Leistungserbringer und fordert anschliessend beim Versicherten (Patient) die Kostenbeteiligung ein (Art. 42 KVG).

**Leistungen OKP nach Kostengruppen**

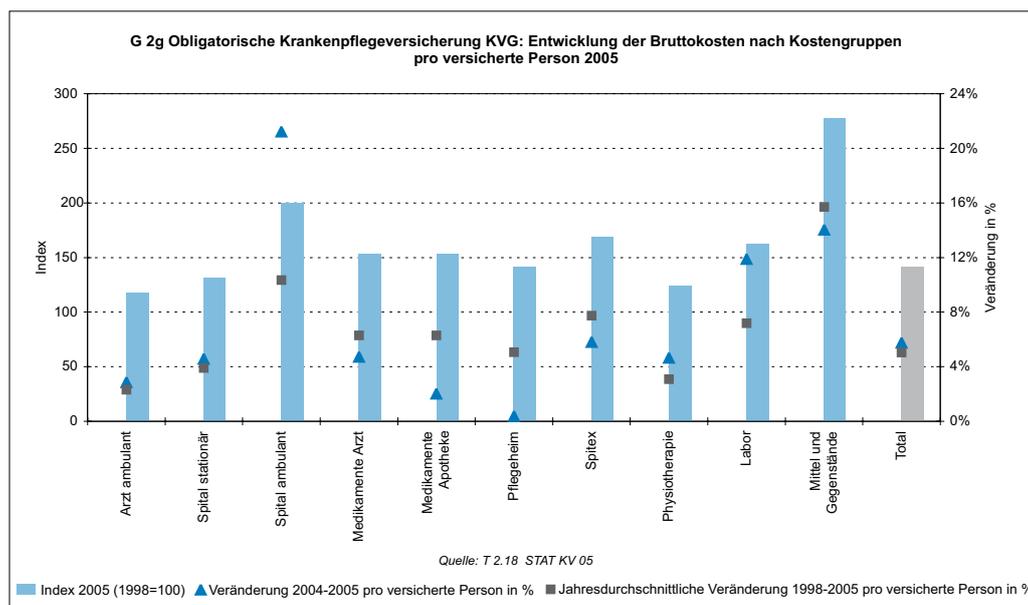
Die Bruttoleistungen (d.h. mit der Kostenbeteiligung der Versicherten) eines Betriebsjahrs werden ebenfalls nach **Kostengruppen** aufgeteilt. Demnach entfallen auf die Gesamtsumme von 20,3 Mrd. Franken (+ 6,3% gegenüber dem Vorjahr) 37% auf Spitäler (ambulant und stationär), 22% auf Leistungen der Ärzte (ambulant), 21 % auf Medikamente (von Apotheken und Ärzten abgegeben), 8% auf Pflegekosten in Pflegeheimen sowie 12% auf übrige Leistungen wie Spitex, Physiotherapie, Chiropraktik, Labor, Mittel und Gegenstände (G 2e und T 2.17).



Pro versicherte Person wurden somit 2728 Franken aufgewendet, 5,8% mehr als im Vorjahr. In folgenden Bereichen lag der Kostenanstieg gar deutlich über diesem Durchschnittswert: Spitäler (ambulant), Mittel und Gegenstände und Labor. Die 3 Kostengruppen mit den höchsten Kosten pro Versicherten sind stationäre Spitalaufenthalte (644.-), ambulante Behandlungen beim Arzt (607.-) und in Apotheken abgegebene Medikamente (378.-); die Alternativmedizin hat demgegenüber nur Leistungen von 3.- pro Jahr und versicherte Person verursacht (T 2.19 und G 2f).

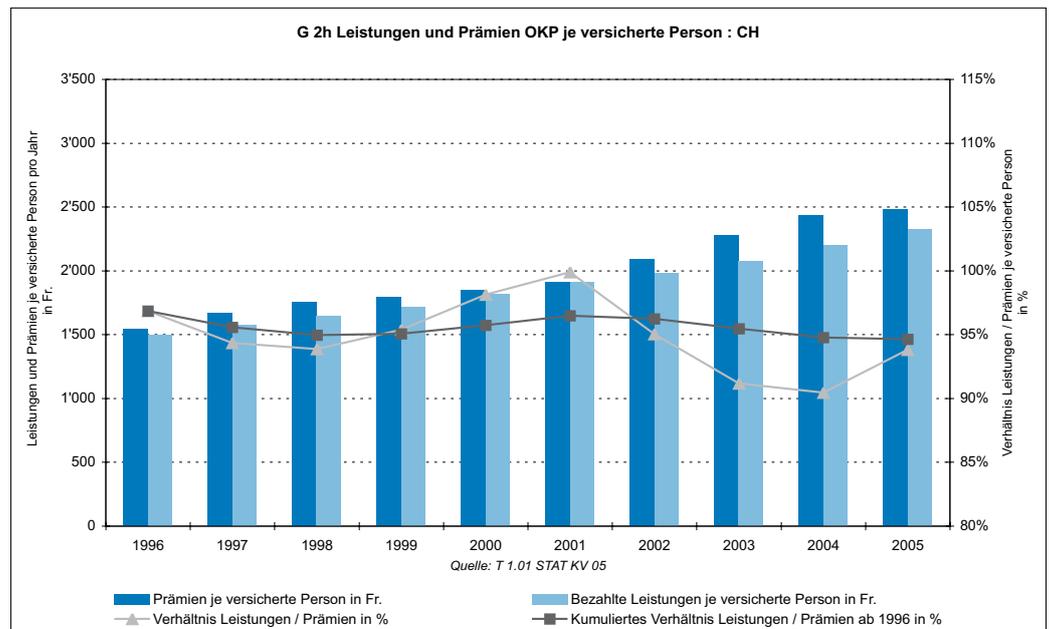


Diese Zunahmen im Vergleich zum Vorjahr sind jedoch von begrenzter Aussagekraft; es ist sinnvoller, die Entwicklung der Kostengruppen über mehrere Jahre zu betrachten. So beträgt die jährliche Zunahme der Leistungen pro Versicherten für den Zeitraum von 1998-2005 im Durchschnitt 5,0%. Überschritten haben diesen Durchschnittswert in diesem Zeitraum namentlich folgende Kostengruppen: Mittel und Gegenstände (15,7%), Spitex (7,7%), Labors (7,2%), Spitäler (ambulant: 10,4%) allerdings nicht pro Spitalaufenthalt (stationär: 3,9%), Physiotherapie (3,1%) und Chiropraktik (2,6%). Einen Teil des erheblichen Anstiegs bei der Kostengruppe Labor ab 2003 ist auf eine bessere Erfassung der Laborkosten durch die Versicherer zurückzuführen (Einfluss von TARMED) (G 2g).

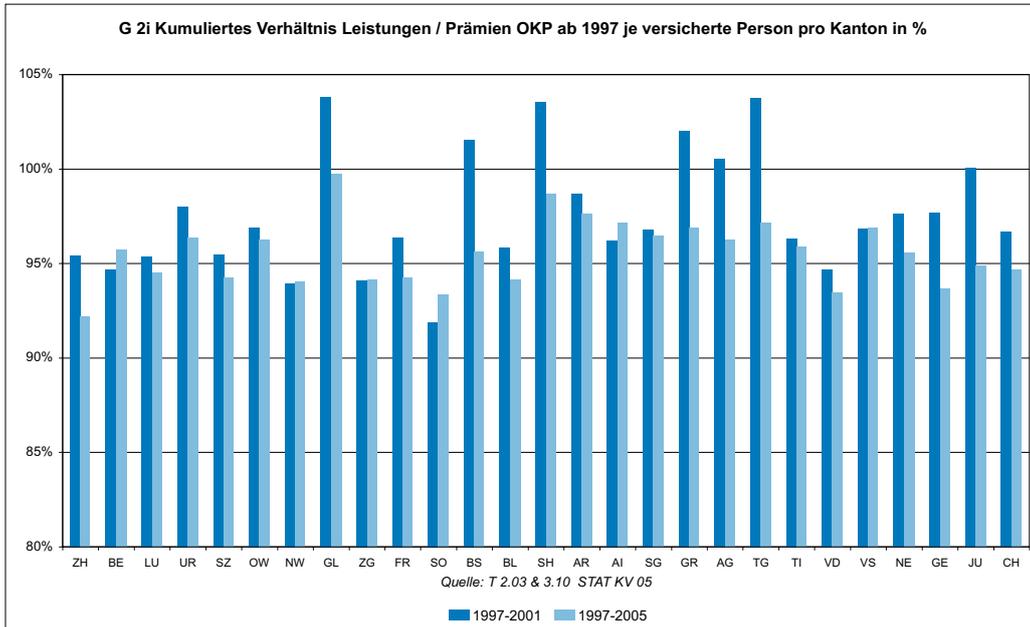


### Leistungen pro Versicherten in der OKP

Für einen Vergleich des Verhältnisses Leistungen / Prämien pro Versicherten in der OKP ist eine Betrachtung über mehrere Jahre erforderlich. Auf nationaler Ebene weist dieses Verhältnis von 1996 bis 2005 Schwankungen zwischen 90% und 100% auf. Besonders interessante Hinweise liefert die Kurve des Verhältnisses **Leistungen / kumulierte Prämien** ab 1996. Dabei wird das Verhältnis aller Leistungen und der Prämien pro versicherte Person ab 1996 bis zum fraglichen Jahr betrachtet. Das Verhältnis liegt sehr nahe bei 95%. Dies bedeutet, dass auf den Leistungen eine Marge von etwa 5% für Verwaltungskosten, Veränderungen bei Rückstellungen und Reserven sowie für Gewinne und Verluste auf Kapitalanlagen erhoben wird. Jährliche Schwankungen des Verhältnisses können bedingt durch die Vorausberechnungen des künftigen Leistungsvolumens auftreten (G 2h). So kennen die Krankenkassen beispielsweise im Jahr 2000 die Kosten für das Jahr 1999, und müssen ihre Prämien für 2001 ausgehend von einer Vorausberechnung der Kosten und der Versicherten, die 2001 Versicherer wechseln, festlegen. Erst im Jahr 2003, also zwei Jahre später, sind die tatsächlichen Kosten für 2001 bekannt und es kann ein Vergleich mit den vorausberechneten Kosten vorgenommen werden. Daher erfolgt die Korrektur aus dem Vergleich der geschätzten und der tatsächlichen Kosten mit zeitlicher Verzögerung.



Betrachtet man nun das Verhältnis Leistungen / kumulierte Prämien pro Versicherten in der OKP auf **kantonomer Ebene**, und zwar für die zwei Zeitspannen 1997-2001 und 1997-2005, so zeigt sich im Verhältnis zu den Leistungen für den Zeitraum 1997 bis 2001 und die von 2002 bis 2005 in Form einer Prämienanpassung vorgenommenen Korrekturen deutlich ein zu tiefes (Verhältnis > ~ 96%) oder zu hohes (Verhältnis < ~ 94%) Prämieniveau. Dabei handelt es sich um eine heikle Prämienanpassung, denn sie basiert auf einer *voraussichtlichen* Entwicklung der künftigen Leistungen. Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass bei der Korrektur des Verhältnisses Leistungen / Prämien der schweizerische Durchschnitt, der nahe bei 95% liegt, angestrebt wird. In gewissen Kantonen reichte die Korrektur noch nicht aus für eine Annäherung an das schweizerische Durchschnittsverhältnis von 1997-2005: GL, SH, AR, AI, SG, GR, TG und VS weisen im Verhältnis zur Bandbreite von 94-96% zu tiefe Prämien, ZH, SO, GE und VD zu hohe Prämien aus (G 2i und T 2.03). Die Korrekturen erfolgen in den kommenden Jahren.



### 4.3 Prämientarife in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP

Die Krankenversicherer liefern dem BAG im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens die OKP-Prämien für das Folgejahr. Die Versicherten können die vom BAG genehmigten Prämien über die Internetadresse [www.praemien.admin.ch](http://www.praemien.admin.ch) abrufen oder eine Druckfassung bestellen (Prämienführer KVG pro Versicherer).

#### Monatliche Durchschnittsprämien 1996-2007

Bei den in den folgenden Grafiken dargestellten Prämien handelt es sich um die **monatlichen OKP-Durchschnittsprämien**, und zwar geschätzt für die Kategorien Erwachsene (ab 26 Jahre), junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) und Kinder (bis 18 Jahre) seit 1996 bei ordentlicher Franchise und Unfalldeckung.

Dabei geben die berücksichtigten **monatlichen** Durchschnittsprämien lediglich die **wahrscheinliche Entwicklung** der Prämien mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung wieder (siehe Berechnungsmethode in Anhang D). Es handelt sich folglich um einen **teilweisen geschätzten Wert**. Die Tarife der anderen Versicherungsmodelle (Wahlfranchise, Bonusversicherung, beschränkte Wahl der Leistungserbringer) werden hier nicht mitberücksichtigt.

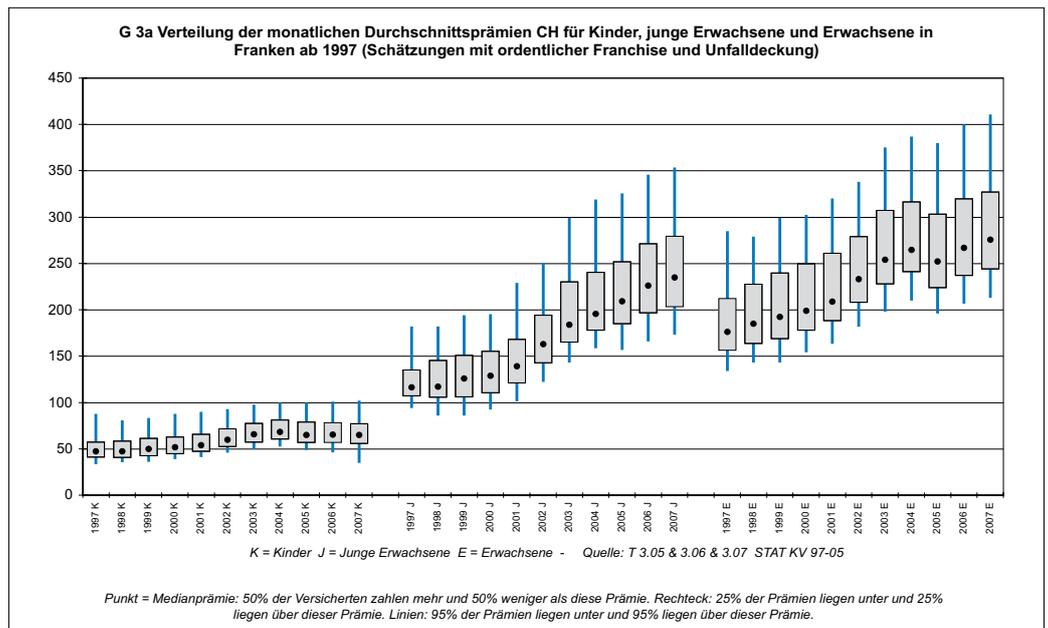
Der nachträglich für alle Versicherungsmodelle festgestellte tatsächliche Anstieg von Prämien und Ausgaben der Versicherten wird in Kapitel 9 illustriert und kommentiert.

**Gesamtschweizerisch**

Die errechneten gesamtschweizerischen Durchschnittsprämien (mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung) sind nur bedingt aussagekräftig, da die Prämien in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich ausfallen. Die Prämie für Erwachsene dürfte 2007 um durchschnittlich 2,2% ansteigen, für junge Erwachsene um 2,1% und für Kinder um nur 1,7% (Erwachsene G 3c – Junge Erwachsene G 3e – Kinder G 3g).

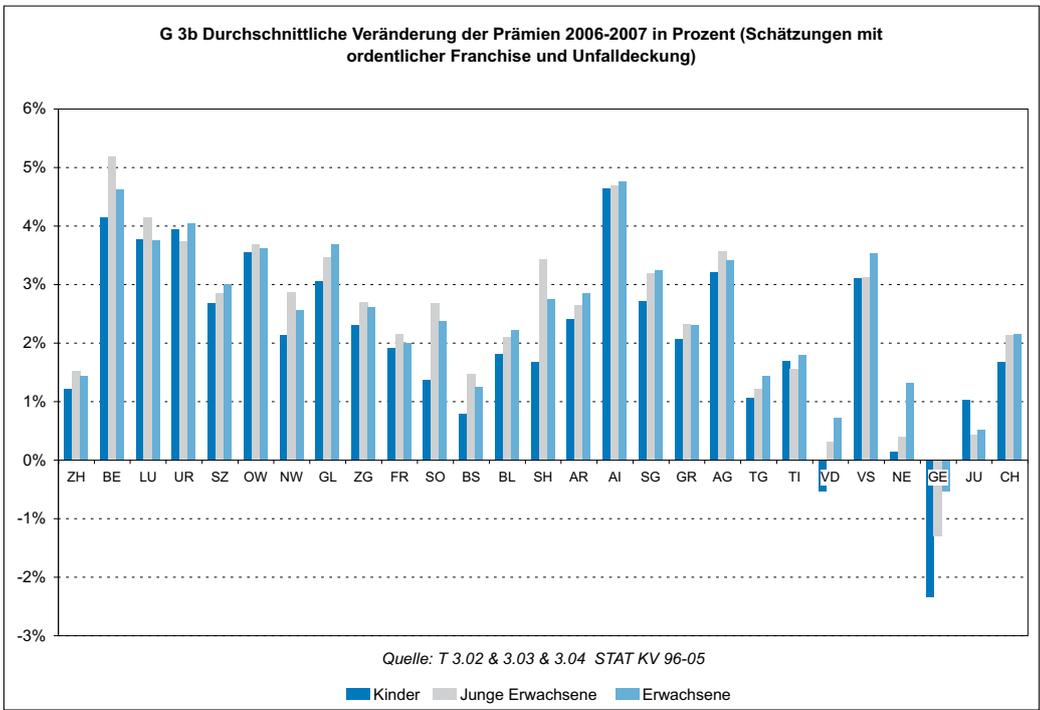
Die starken Schwankungen bei den jährlichen Prämiensteigerungen sind auf die Gesetzesänderungen im Zusammenhang mit Franchise und Selbstbehalt zurückzuführen (Anhang F). Deshalb lassen sich die Prämienanstiege der verschiedenen Jahre nicht direkt vergleichen. Ein Vergleich zwischen den einzelnen Jahren ist nur über die Entwicklung der Gesamtausgaben der Versicherten möglich, d.h. über die Prämie und die Kostenbeteiligung (siehe unten).

Anhand einer Boxplot-Darstellung lässt sich die schweizweite Entwicklung der geschätzten Durchschnittsprämien (ordentliche Franchise mit Unfalldeckung) für die drei Alterskategorien seit 1997 darstellen (G 3a). Man erkennt mit dieser Darstellung, ob die verschiedenen, von den Versicherten in einem Kanton bezahlten Prämien eines Jahres eher nahe beieinander oder weit auseinander liegen und ob es grosse Unterschiede zwischen den höchsten und tiefsten Prämientarifen gibt. Dabei gibt der Punkt innerhalb der Rechtecke die Höhe der Medianprämie wieder – d.h. 50% der Versicherten im Kanton zahlen mehr und 50% weniger als diese Prämie. Die Höhe des Rechteckes bezieht sich auf die Prämienverteilung zu dieser Medianprämie wieder (25% der Prämien liegen darunter und 25% liegen darüber). Die Linien ausserhalb des Rechtecks geben die Prämientarife der übrigen Versicherer an (um Verzerrungen aufgrund von Extremwerten zu vermeiden, beschränkt sich die Darstellung auf 90% der Versicherer; je 5% der Versicherer mit den höchsten und den tiefsten Prämientarifen werden ausgeklammert.) Je kleiner das Rechteck ist, umso weniger deutlich fällt der Unterschied zwischen den effektiven Prämien der Versicherten innerhalb eines Kantons aus. Und je kürzer die vertikale Linie ist, desto kleiner sind die Unterschiede zwischen den angebotenen Prämien.



**Auf die Kantone bezogen**

Der Vergleich der Prämienveränderung in % von 2006 bis 2007 in den verschiedenen Kantonen und gesamtschweizerisch liefert interessante Hinweise (G 3b).



Die **Verteilungen der Prämientarife innerhalb der Kantone** können mit Hilfe einer Boxplot-Darstellung aufgezeigt werden (Erwachsene G 3d – Junge Erwachsene G 3f – Kinder G 3h). Die Grafik illustriert die Bandbreite der jährlich von den Versicherten in einem Kanton bezahlten Prämien und gibt Hinweise darauf, ob es grosse Unterschiede zwischen den höchsten und tiefsten Prämien gibt. Dabei gibt der Punkt innerhalb der Rechtecke die Höhe der Medianprämie wieder – d.h. 50% der Versicherten im Kanton zahlen mehr und 50% weniger als diese Prämie. Die Höhe des Rechteckes bezieht sich auf die Prämienverteilung zu dieser Medianprämie wieder (25% der Prämien liegen darunter und 25% liegen darüber). Die Linien ausserhalb des Rechtecks geben die Prämientarife der übrigen Versicherer an (um Verzerrungen aufgrund von Extremwerten zu vermeiden, beschränkt sich die Darstellung auf 90% der Versicherer; je 5% der Versicherer mit den höchsten und den tiefsten Prämientarifen werden ausgeklammert.) Je kleiner das Rechteck ist, umso weniger deutlich fällt der Unterschied zwischen den effektiven Prämien der Versicherten innerhalb eines Kantons aus. Und je kürzer die vertikale Linie ist, desto kleiner sind die Unterschiede zwischen den angebotenen Prämien.

Es zeigt sich, dass viele Versicherte noch immer Krankenversicherer wählen, die ein relativ hohes Prämienniveau betreiben. Das Sparpotenzial bei der Wahl des Versicherers und des Versicherungsproduktes wird folglich nicht vollständig ausgeschöpft. Ein kritischer Vergleich ist vor allem in den Kantonen mit grossen Prämienunterschieden angezeigt.

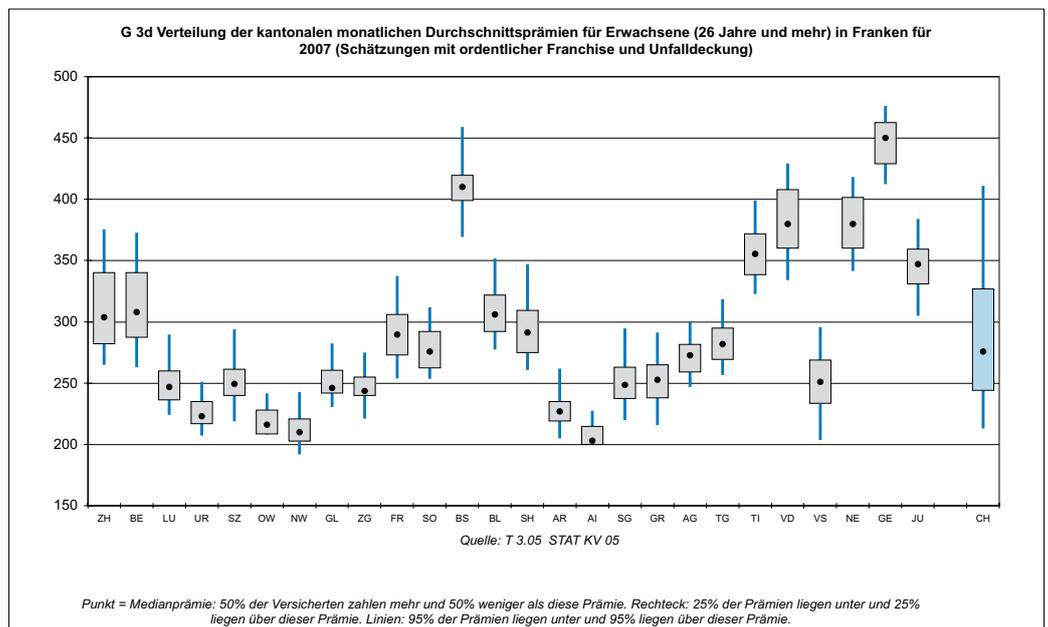
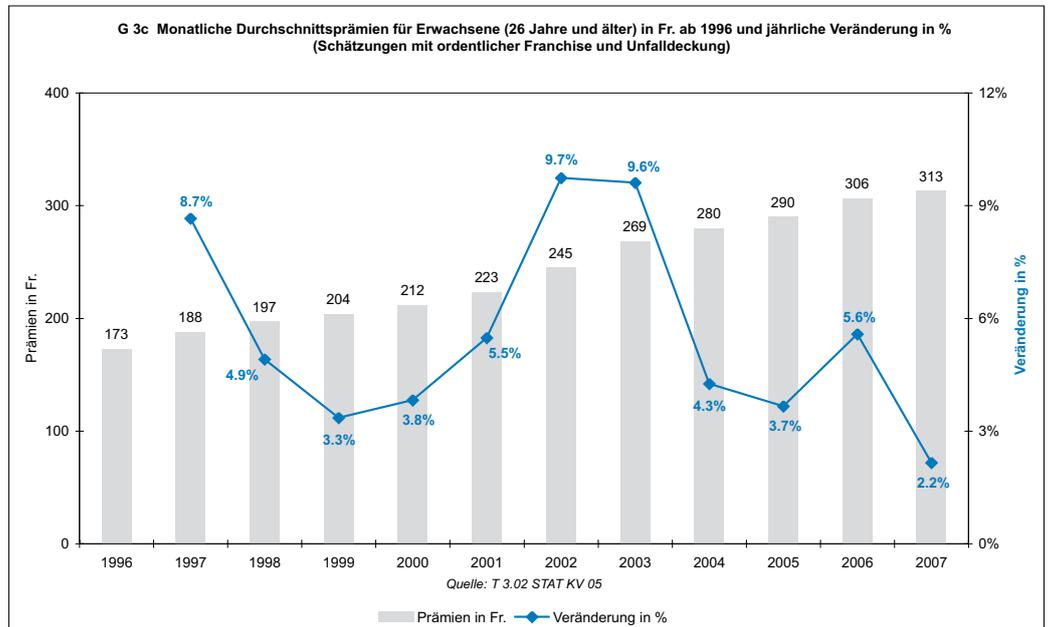
Zusammenfassend lässt sich aus den Grafiken auch ein klares Prämiengefälle zwischen der lateinischen und deutschen Schweiz herauslesen, welches durch ein weiteres Gefälle «Stadt - Land» überlagert wird.

Per 1.1.2004 wurden einheitliche **Prämienregionen** festgelegt. Bis dahin konnten die Versicherer ihre Prämienregionen selbst festlegen, weshalb auch keine Vergleichsmöglichkeiten gegeben waren. Jetzt sind die Prämienregionen nach Kanton oder gegebenenfalls nach Bezirk oder Gemeinde festgelegt. (Detailliste auf dem Internet verfügbar, siehe 2.1).

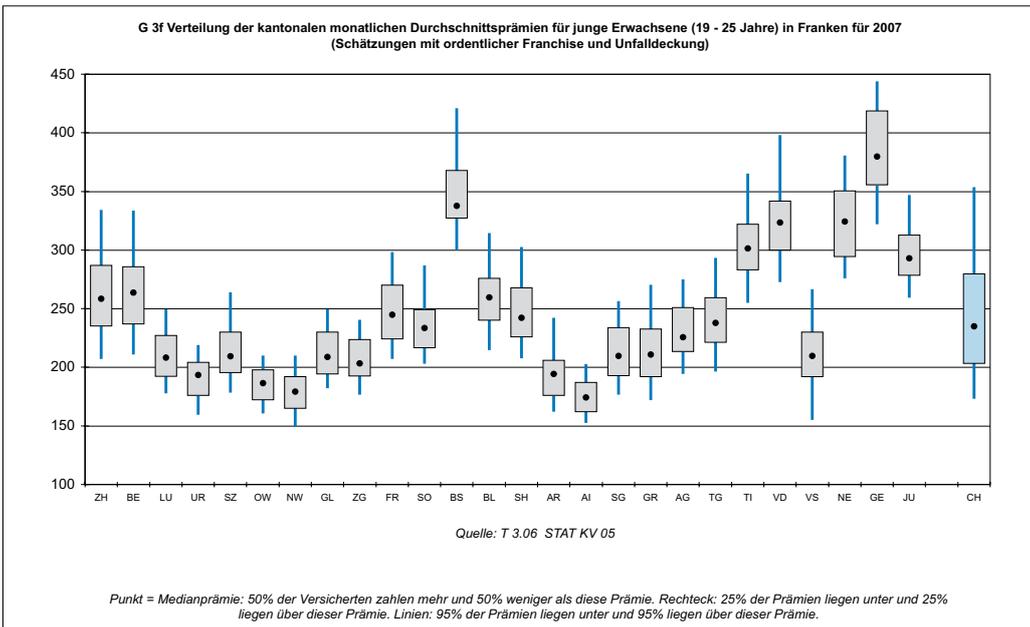
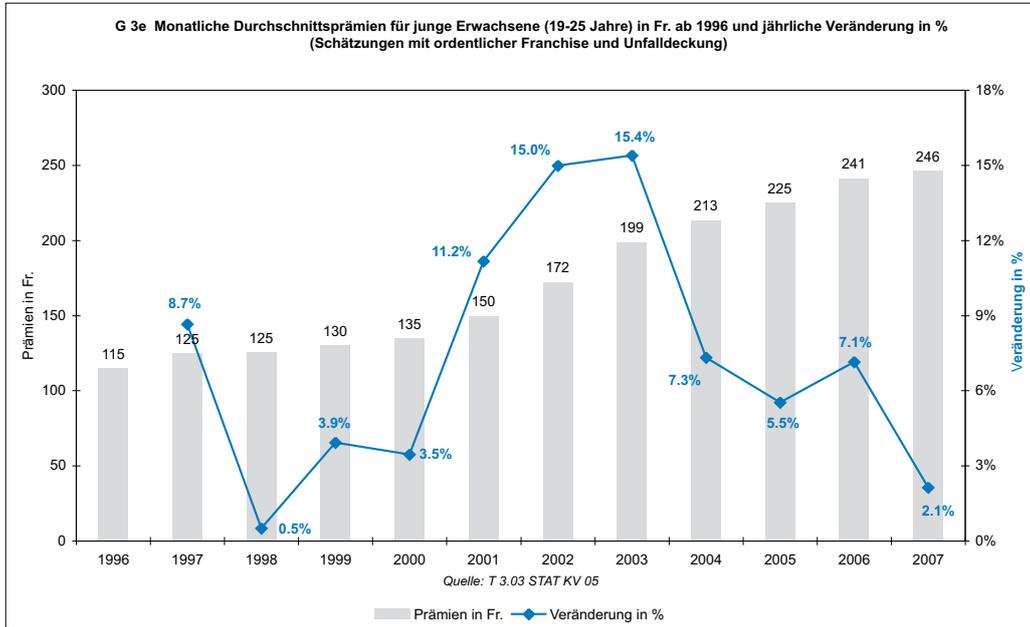
Die Krankenversicherer können bis zu 3 Tarifregionen festlegen (R1, R2, R3). In Kantonen mit nur einer Tarifregion wenden die Versicherer eine Einheitsprämie an (RU) (vgl. T 3.02, 3.03 und 3.04). Im Anhang findet sich eine ausführliche Liste mit Erklärungen zu den Kriterien für die einzelnen Prämienregionen. Eine Grafik verdeutlicht die geografische Verteilung der Prämienregionen auf Kantons- und Gemeindeebene.

Drei weitere Karten illustrieren die durchschnittliche **Prämienhöhe pro Gemeinde** für Erwachsene, junge Erwachsene und Kinder. Diese ermöglichen viel feiner gegliederte Vergleiche als die Karten, die sich lediglich auf die kantonalen Durchschnittswerte beziehen (Monatliche Durchschnittsprämien pro Gemeinde und Prämienregionen 2004-2007, unter [www.bag.admin.ch/kv/analysen/map-karten/d/index.htm](http://www.bag.admin.ch/kv/analysen/map-karten/d/index.htm), siehe 2.1).

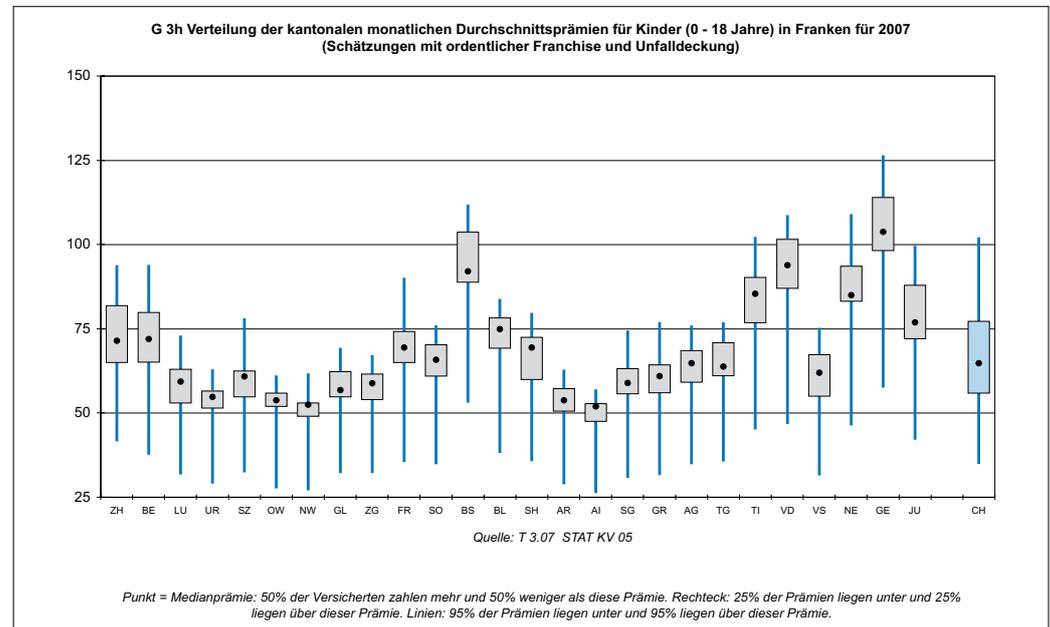
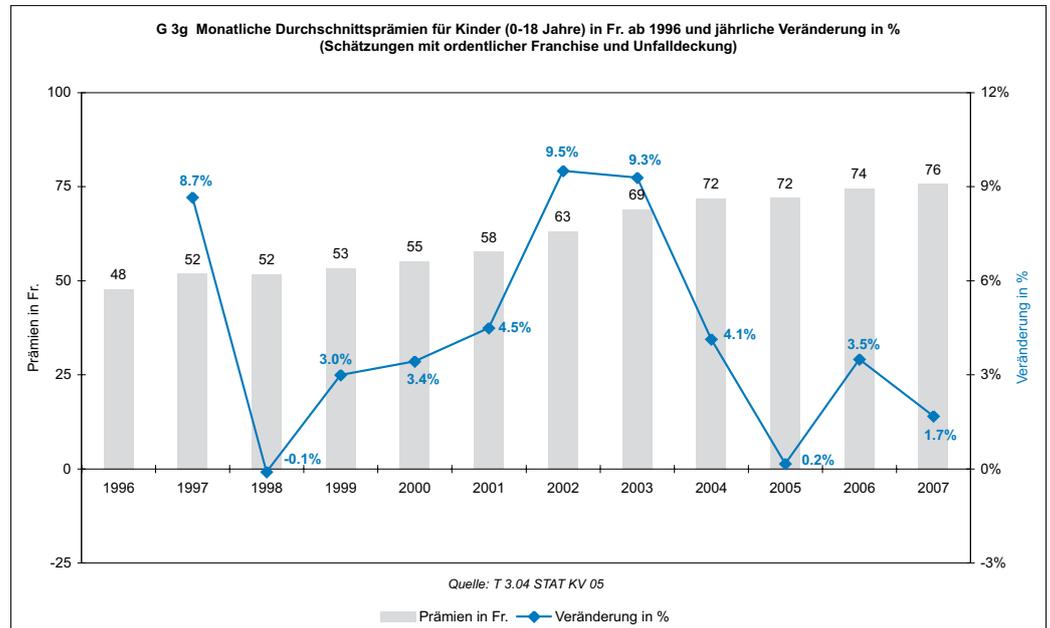
### Erwachsene



**Junge Erwachsene**



**Kinder**



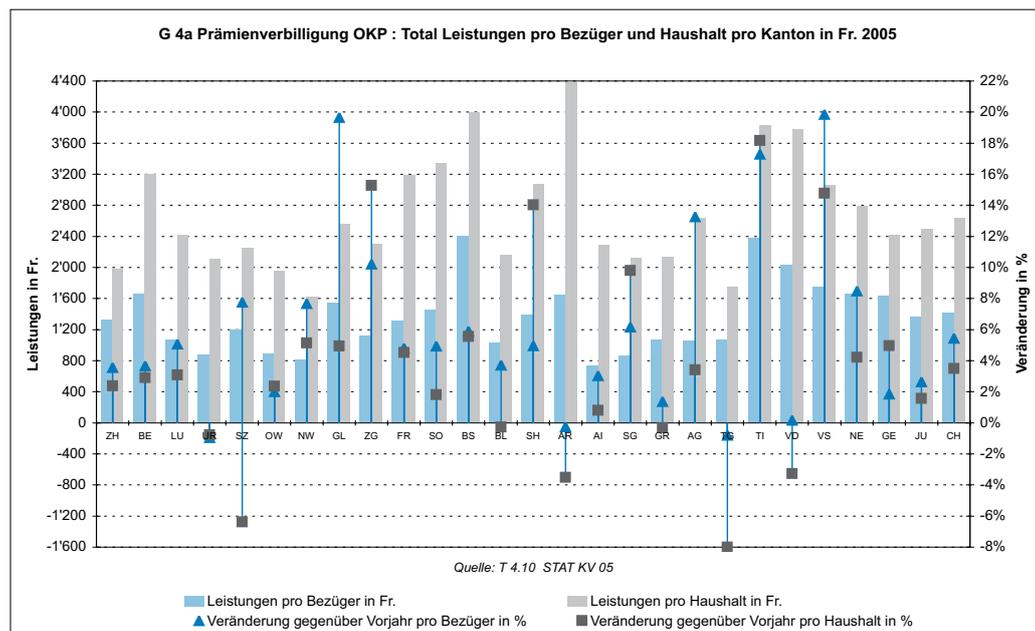
### Prämien pro Versicherten in der OKP im Jahr 2005

Das **Prämiensoll** pro versicherte Person und Jahr belief sich im Jahr 2005 auf **2480 Franken** (+2,1% im Vergleich zum Vorjahr). Für Versicherte mit ordentlicher Franchise betrug der Wert dabei 2463 Franken und für Versicherte mit wählbarer Franchise 2628 Franken (T 3.11). Dabei erscheint es auf den ersten Blick paradox, dass das Prämiensoll pro Person für alle Versicherten bei der wählbaren Franchise einen höheren Wert als bei der ordentlichen Franchise erreicht. Allerdings gibt es hierfür zwei einfache Erklärungen: Erstens drückt der deutlich höhere Kinderanteil bei den Versicherungen mit ordentlicher Franchise (rund 80% aller Kinder haben eine ordentliche Franchise [T 11.06]) die Durchschnittsprämie nach unten. Zweitens finden sich Versicherte mit wählbarer Franchise überdurchschnittlich häufig in Regionen mit hohem Prämienniveau (städtische Gebiete, Romandie etc.). Dies genügt, um den Durchschnitt der Prämien der Versicherungen mit wählbarer Franchise über jenen der Versicherungen mit ordentlicher Franchise zu heben.

### 4.4 Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP

Unter dem KVG werden die Krankenversicherungssubventionen des Bundes und der Kantone zur individuellen Verbilligung der Prämien der Versicherten eingesetzt. Das System ist so aufgebaut, dass die vom Bund für die Prämienverbilligung vorgesehenen Gelder nach der Bevölkerungszahl und nach der Finanzkraft (zwischen 1997 und 2001 auch nach der Prämienhöhe) auf die Kantone verteilt werden.

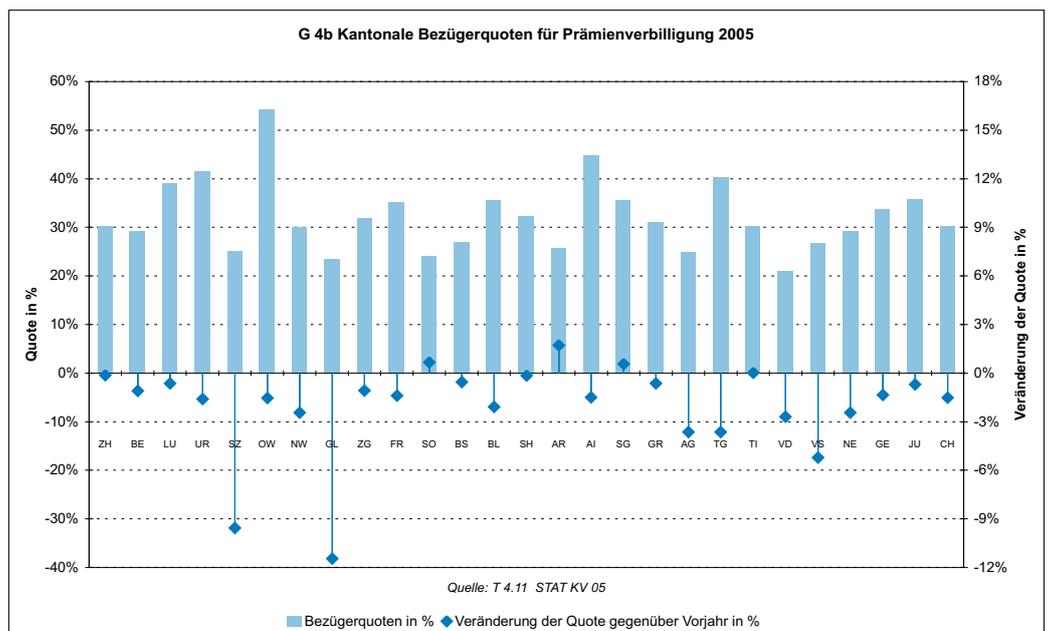
Im Jahr 2004 wurden im Durchschnitt **pro Bezügerin oder Bezüger** 1415 Franken an **Leistungen** nach KVG ausgerichtet; pro Monat ergibt dies einen Betrag von 118 Franken (T 4.01), wobei die Schwankungen nach Kanton auch bezüglich der erbrachten Leistungen im Vorjahresvergleich massiv ausfallen (G 4a). Diese Grössen können ins Verhältnis gesetzt werden mit dem – gemäss der Betriebsrechnung der OKP – ausgewiesenen Prämiensoll pro versicherte Person von 2480 Franken pro Jahr oder von 207 Franken pro Monat (T 3.12).



Die Kantone ihrerseits müssen einen Komplementärbeitrag bis zur Inkrafttretung des neuen Finanzausgleichs im Jahr 2008 im Umfang von insgesamt 50% des Bundesbeitrags leisten, wenn sie den Beitrag des Bundes ausschöpfen wollen (1996: 35% ; 1997 : 40% ; 1998 : 45%; ab 1999: 50%). Das KVG (Art. 66 Abs. 5) räumt den Kantonen das Recht ein, ihre Kostenbeteiligung auf höchstens 50% zu reduzieren, sofern die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewährleistet bleibt. Der Beitrag des Bundes an diese Kantone wird dann allerdings im gleichen Verhältnis gekürzt. Von dieser Möglichkeit machten 2005 (G 4c) insgesamt 15 Kantone Gebrauch (dieselben wie im Vorjahr), so dass das tatsächliche **Subventionsbudget** mit 3,120 Mrd. Franken um 12.8% niedriger ausfiel als das ursprüngliche Subventionsziel von 3,576 Mrd. Franken (T 4.07).

Das KVG (Art. 65 Abs. 2) verlangt von den mit dem Vollzug beauftragten Kantonen andererseits, dass diese Budgets grundsätzlich voll an die Versicherten ausbezahlt werden, wobei eine rückwirkende Anpassung der Budgets – im Bereich zwischen 50% und 100% des Subventionsziels des Kantons – zulässig ist. So betragen die im Jahr 2005 effektiv ausgerichteten Leistungen der Kantone rund 3,083 Mrd. Franken, womit das ursprüngliche Subventionsbudget um 37 Mio. Franken unterschritten wurde. Zusätzlich wurde im Jahr 2005 von den Kantonen 119 Mio. Franken an noch ausstehenden Prämiensubventionen für Ansprüche aus dem Jahr 2004 und früher «nachbezahlt». Es resultierte somit im Jahr 2005 ein Total von **3,202** Mrd. Franken an **ausbezahlten Prämienverbilligungen nach KVG** (T 4.09 und T 4.10).

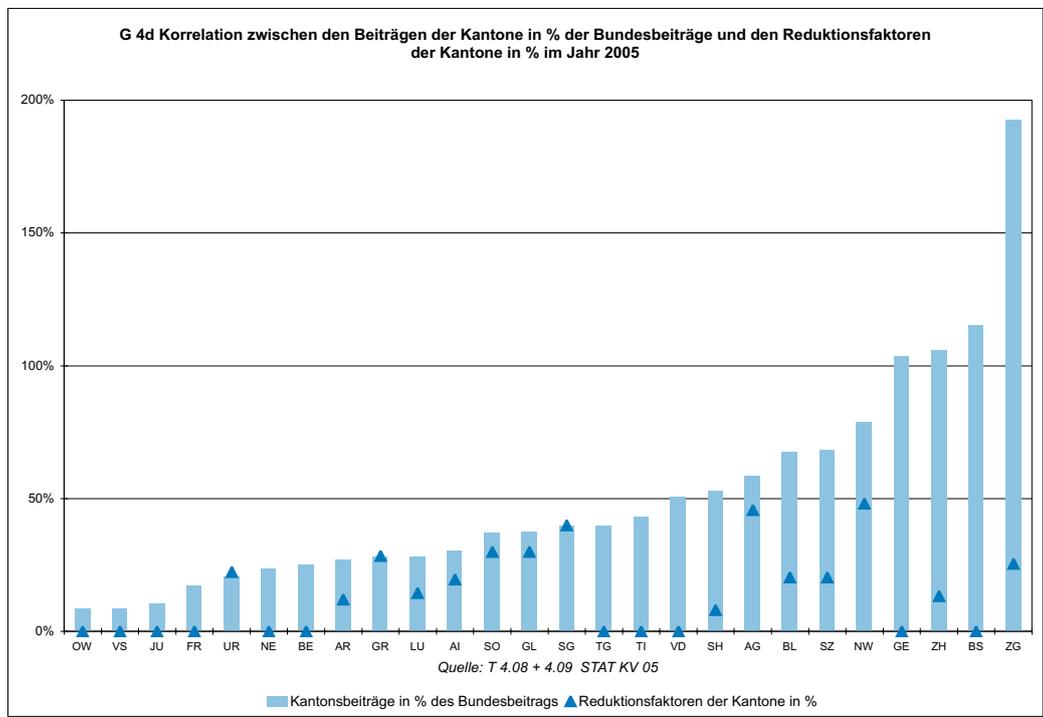
Diese 3,202 Mrd. Franken an Prämienverbilligungen nach KVG wurden an insgesamt 2,262 Mio. **Bezügerinnen und Bezüger** ausgerichtet; dies sind 4,2% weniger als im Vorjahr (T 4.01). Relativ zur mittleren Wohnbevölkerung lässt sich hieraus für 2005 eine gesamtschweizerische Bezügerquote von 30,2% berechnen, was auf kantonaler Ebene Anteilen von 21,0% [VD] bis 54,1% [OW] der Haushalte entspricht. Der Rückgang der Bezügerquote im Jahr 2005 betrifft bis auf drei Ausnahmen alle Kantone (G 4b).



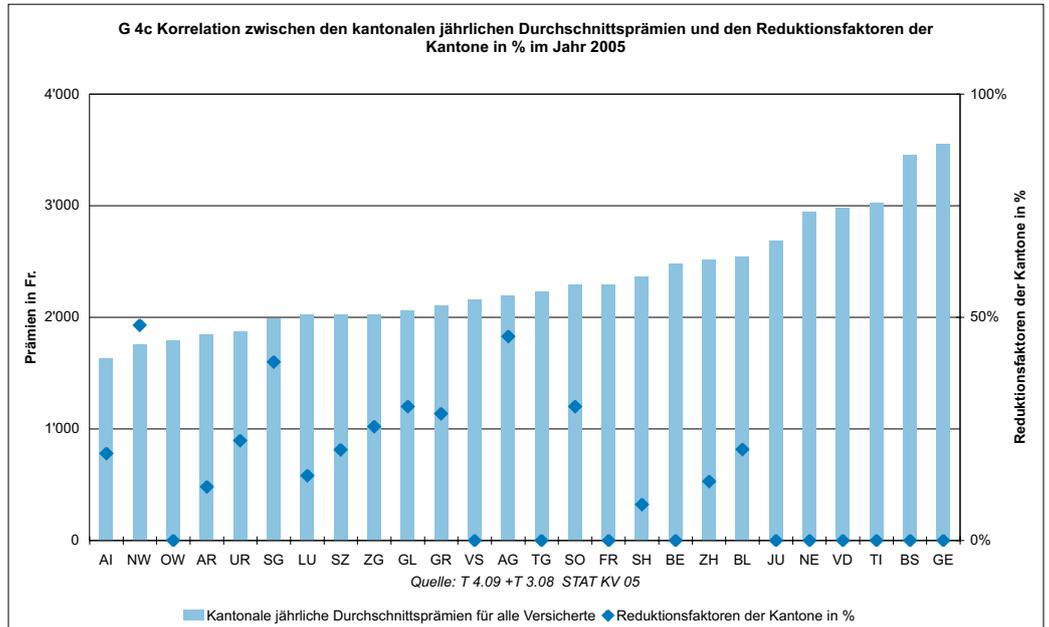
Diese Bezügerquote entspricht rund 39% der Haushalte. Die separate Betrachtung nach Geschlecht ergibt für den weiblichen Bevölkerungsteil eine etwas höhere Quote als für den männlichen (T 4.11). Im Jahr 2005 verteilten sich die genannten 2,262 Mio. **Bezügerinnen und Bezüger** auf insgesamt 1,21 Mio. **Haushalte**; dies ergibt eine durchschnittliche Haushaltsgrösse von etwas weniger als 2 Personen. Bei detaillierterer Betrachtung erkennt man, dass es sich bei mehr als der Hälfte aller subventionierten Haushalte um Einpersonenhaushalte handelt (T 4.04).

Da der **Anspruch eines Haushalts auf Prämienverbilligung** von dessen wirtschaftlicher Situation abhängt, muss letztere – ebenso wie die Höhe der dem Haushalt allfällig zustehende Subvention – ausgehend von kantonalen Steuergrössen bestimmt werden. In den Kantonen wird hierzu das massgebende Einkommen der Versicherten ermittelt. Dieses setzt sich aus einer kantonal definierten Einkommensgrösse (oft steuerbares Einkommen) zuzüglich einem Anteil an einer kantonal definierten Vermögensgrösse zusammen. Die Vielfalt der kantonalen Steuergesetzgebungen fliesst voll in diese Berechnungen ein und direkte Vergleiche zwischen den einzelnen Kantonen sind oft nur unter mehreren Vorbehalten möglich. Die Übersicht in Tabelle 4.06 über die gültigen, **kantonalen Obergrenzen** zum massgebenden Einkommen ist unter dieser Einschränkung zu betrachten.

Weshalb kürzen einige Kantone ihren Kantonsbeitrag und sind folglich bereit, auf einen Teil des ihnen zustehenden Bundesbeitrags an die Prämienverbilligung zu verzichten? Die Kantone leisten je nach Finanzkraft und Bevölkerungsdichte einen proportional zum Bundesbeitrag variierenden Finanzbeitrag. Dieser liegt zwischen 8,6% (Kanton Wallis) und 192,5% (Kanton Zug). Je höher also dieser Anteil liegt, desto grösser ist der Anreiz für den Kanton, seinen Komplementärbeitrag zu kürzen (G 4d).



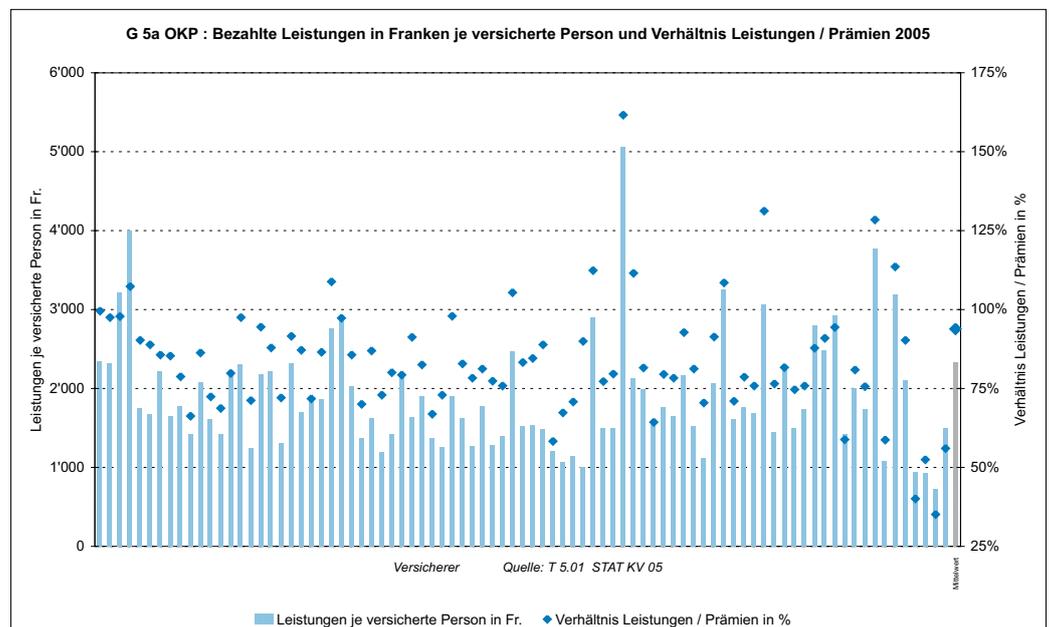
Ein weiterer interessanter Fakt in diesem Zusammenhang ist die Verbindung zwischen den kantonalen Reduktionsfaktoren und der durchschnittlichen kantonalen Prämienhöhe. So beanspruchen die Kantone mit den höchsten Prämien die gesamten ungekürzten Bundesbeiträge, während die Kantone mit tieferen Prämien sich in der Regel für einen Reduktionsfaktor von bis zu 50% entscheiden (vgl. G 4c).



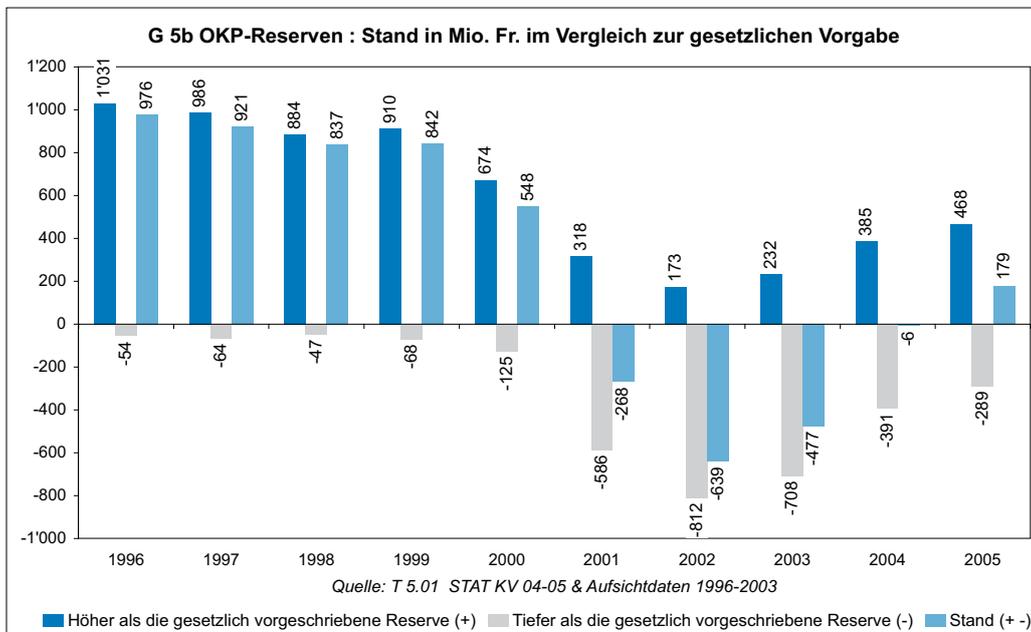
#### 4.5 Individuelle Daten pro Versicherer

Seit Einführung des KVG im Jahr 1996 publiziert das BSV die Aufsichtsdaten gemäss Art. 31 KVV. Es handelt sich dabei um ausgewählte Indikatoren der OKP wie Prämien, Leistungen, Verwaltungsaufwand, Rückstellungen und Reserven, welche auf der **Stufe des einzelnen Versicherers** eingesehen werden können.

Grafik 5a und Tabelle T 1.01 stellen den Leistungsumfang pro versicherte Person dar, wobei im Jahr 2005 der Durchschnitt aller Versicherer bei 2327 Franken lag, das heisst 5,9% über dem Vorjahr lag. Zwischen den einzelnen Versicherern lassen sich indes grosse Unterschiede ausmachen.



Markant sind die Unterschiede auch bei den Überschüssen und Fehlbeträgen im Zusammenhang mit den gesetzlichen Reserven. Nach einer vierjährigen Periode mit erheblichen Fehlbeträgen bei allen Versicherern, hat nun eine Trendwende eingesetzt. Dennoch lagen die Reserven bei 24 von 85 OKP-Versicherern im Jahr 2005 immer noch unter den gesetzlichen Anforderungen (G 5b).

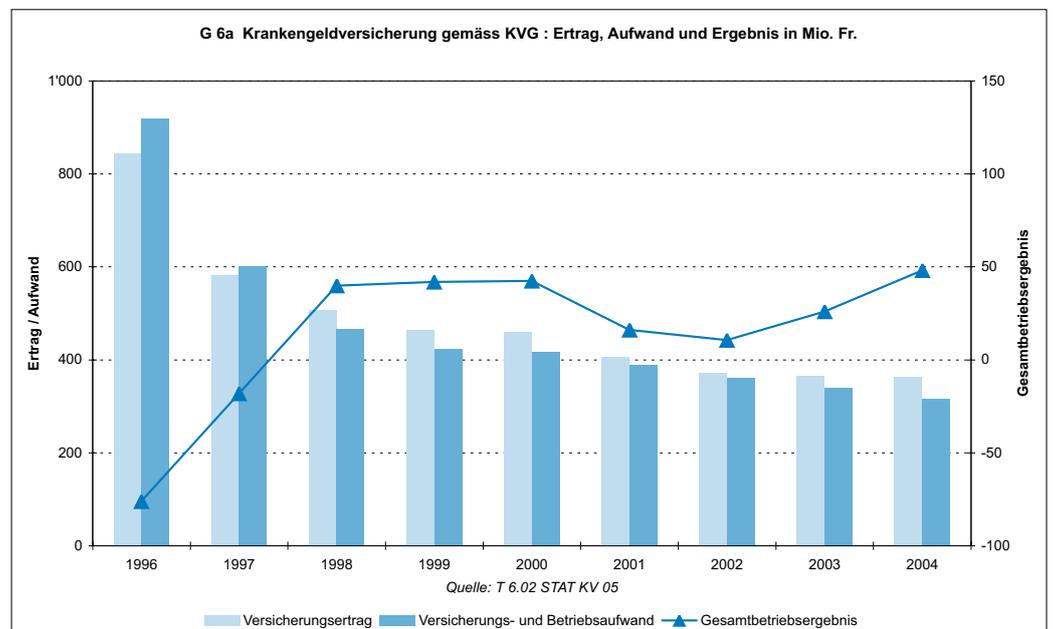


Ab 2005 sind auch die Betriebsrechnungen und die Bilanzen der OKP-Versicherer einzeln auf der Internetseite des BAG verfügbar (siehe Anhang H).

#### 4.6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG

In der **freiwilligen Taggeldversicherung KVG** setzte sich der starke Rücklauf des registrierten Versichertenbestandes, der mit der Einführung des KVG im Jahr 1996 eingesetzt hatte, weiter fort. So wurden seit der Einführung des KVG eine Vielzahl von Policen der Taggeldversicherung vom Bereich der freiwilligen Versicherung gemäss KVG in die Zusatzversicherung gemäss VVG umgelagert. Für eine bessere Übersicht im Bereich der Taggeldversicherung wird auf die zusammenfassende Tabelle T 9.17 verwiesen.

Von Ende 1996 bis Ende 2005 ist die Versichertenzahl in der freiwilligen Taggeldversicherung KVG um rund 1 Mio. Personen zurückgegangen (von 2,2 auf 0,7 Mio. Personen) (T 6.01). Auch in der **Betriebsrechnung** der freiwilligen Taggeldversicherung KVG lässt sich für das Berichtsjahr 2005 eine Abnahme des Ertrages (-4,2%) sowie der Leistungen und des Aufwands (-5,0%) feststellen. Das Gesamtbetriebsergebnis beläuft sich auf 48 Mio. Franken (G 6a).

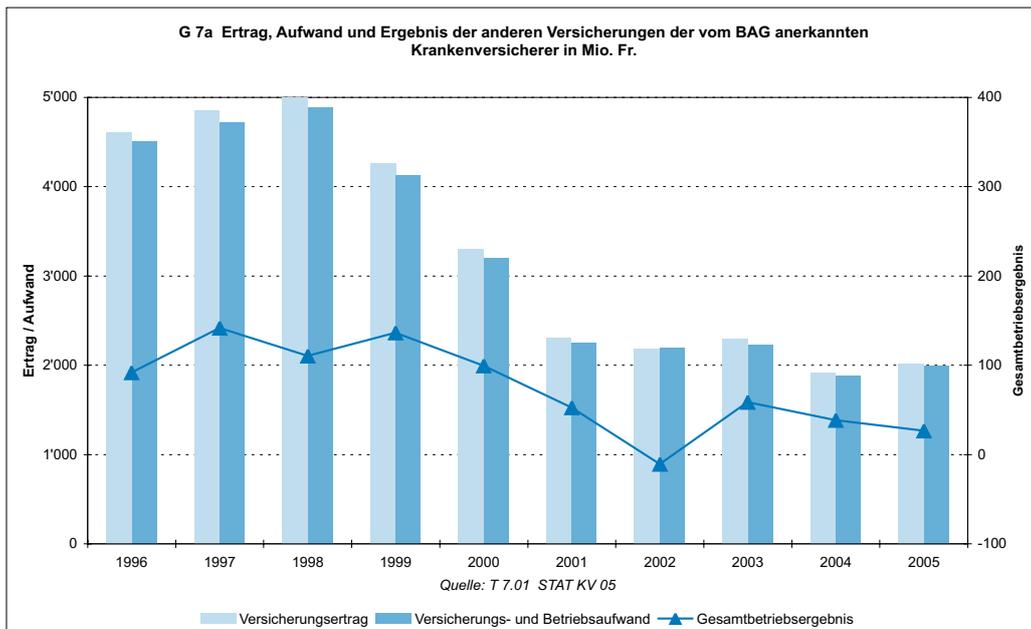


#### 4.7 Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

Die Unterstellung des Zusatzversicherungsbereichs unter privatrechtliche Regelungen hatte zur Folge, dass auch die vom **BAG anerkannten Krankenversicherer** seit 1997 einen Teil der Zusatzversicherungen gemäss dem VVG durchführen (T 7.03).

Im Zusatzversicherungsmarkt können auch andere als die vom Bund anerkannten Versicherer auftreten. Solche «private Versicherer» werden durch die vorliegende Statistik, die sich auf die KVG-Versicherer beschränkt, aber nicht erfasst. Für eine bessere Übersicht über den Zusatzversicherungsbereich VVG wird auf die zusammenfassende Tabelle T 9.16 verwiesen.

Mit der fortschreitenden «Abspaltung» des Zusatzversicherungsbereichs in rechtlich eigenständige und unabhängige Unternehmungen (BAG-anerkannte Versicherer) hat das hier erfasste **Geschäftsvolumen** der Zusatzversicherung seit 1999 laufend abgenommen, bis es sich im Jahr 2001 bei etwa 50% des Volumens von 1997-1998 stabilisierte. So belief sich das Total der Einnahmen im Jahr 2005 auf 2,014 Mrd. Franken und jenes der Betriebskosten auf 1,988 Mrd. Franken. Das Betriebsergebnis fiel mit 26 Mio. Franken positiv aus (G 7a).



#### 4.8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

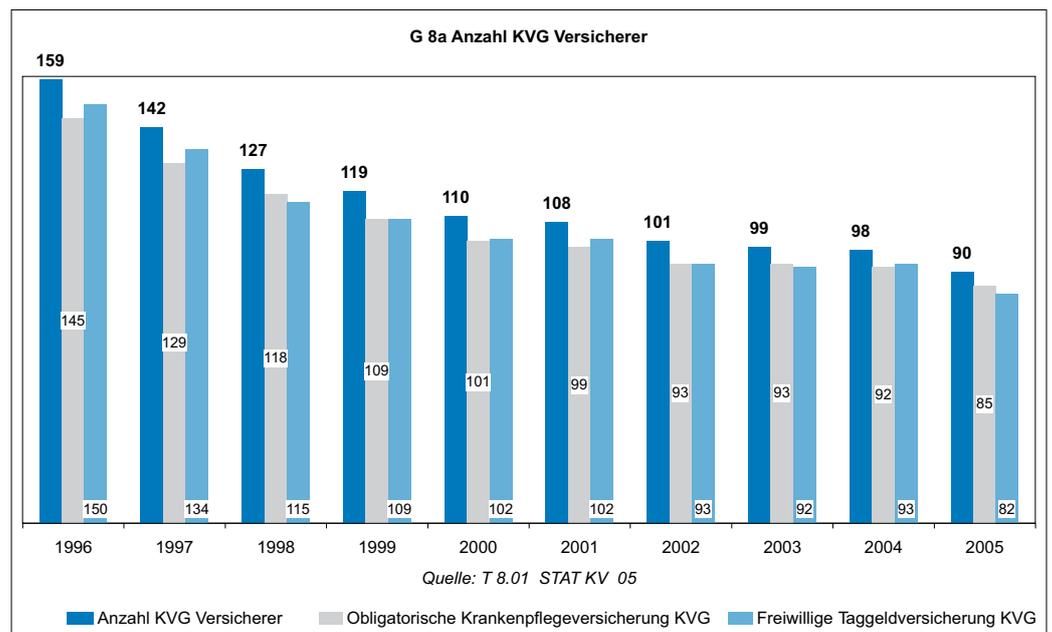
Nachfolgende drei Bereiche machen das Gesamtergebnis der vom BAG anerkannten Krankenversicherer aus:

- Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP),
- Freiwillige Taggeldversicherung KVG,
- andere Versicherungen.

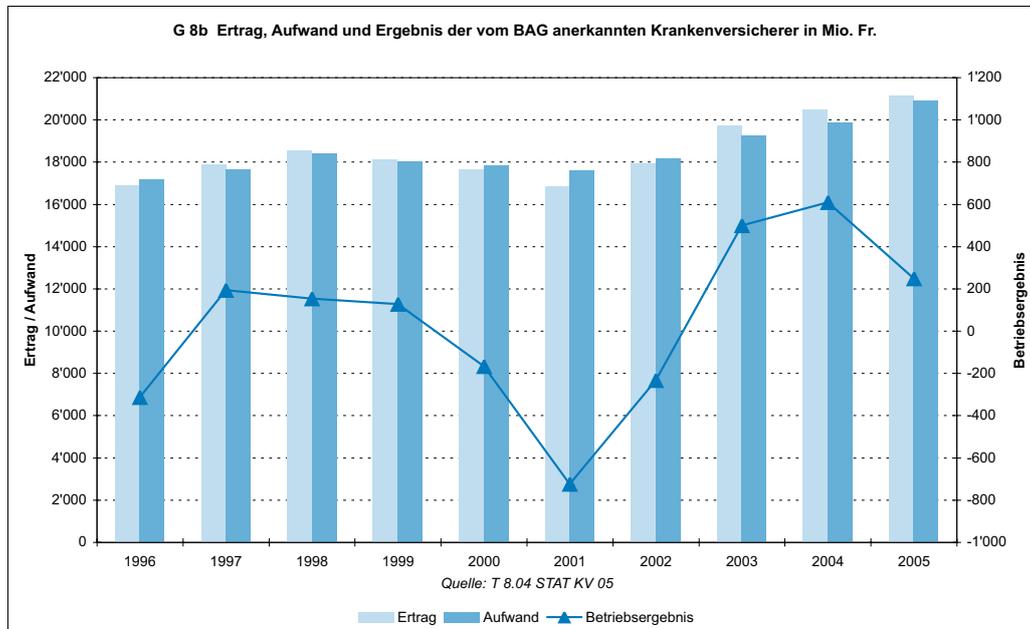
Für eine bessere Übersicht in den Bereichen

- Taggeldversicherung KVG/VVG und
  - Krankenpflegeversicherung (OKP / Zusatzversicherungen VVG)
- wird auf die zusammenfassenden Tabellen T 9.17 und 9.18 verwiesen.

Im Jahr 2005 waren in der Schweizer Krankenversicherung **90 vom BAG anerkannte Versicherer** tätig; dies sind 8 Versicherer weniger als im Vorjahr. Dabei führten 85 dieser Versicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG durch und 82 boten die freiwillige Taggeldversicherung gemäss KVG an (G 8a und T 8.01). Insgesamt waren für die Versicherer rund 10'000 Beschäftigte tätig (T 8.03).



Gemäss der **Gesamtbetriebsrechnung** nahmen die anerkannten Krankenversicherer im Jahr 2005 insgesamt 21,1 Mrd. Franken ein; dies sind 3,3% mehr als im Vorjahr. Auf der Ausgabenseite stieg der Versicherungs- und Betriebsaufwand auf 20,9 Mrd. Franken an (+5,2%). Das Betriebsergebnis fiel mit 249 Mio. Franken positiv aus (G 8b und T 8.04).



#### 4.9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

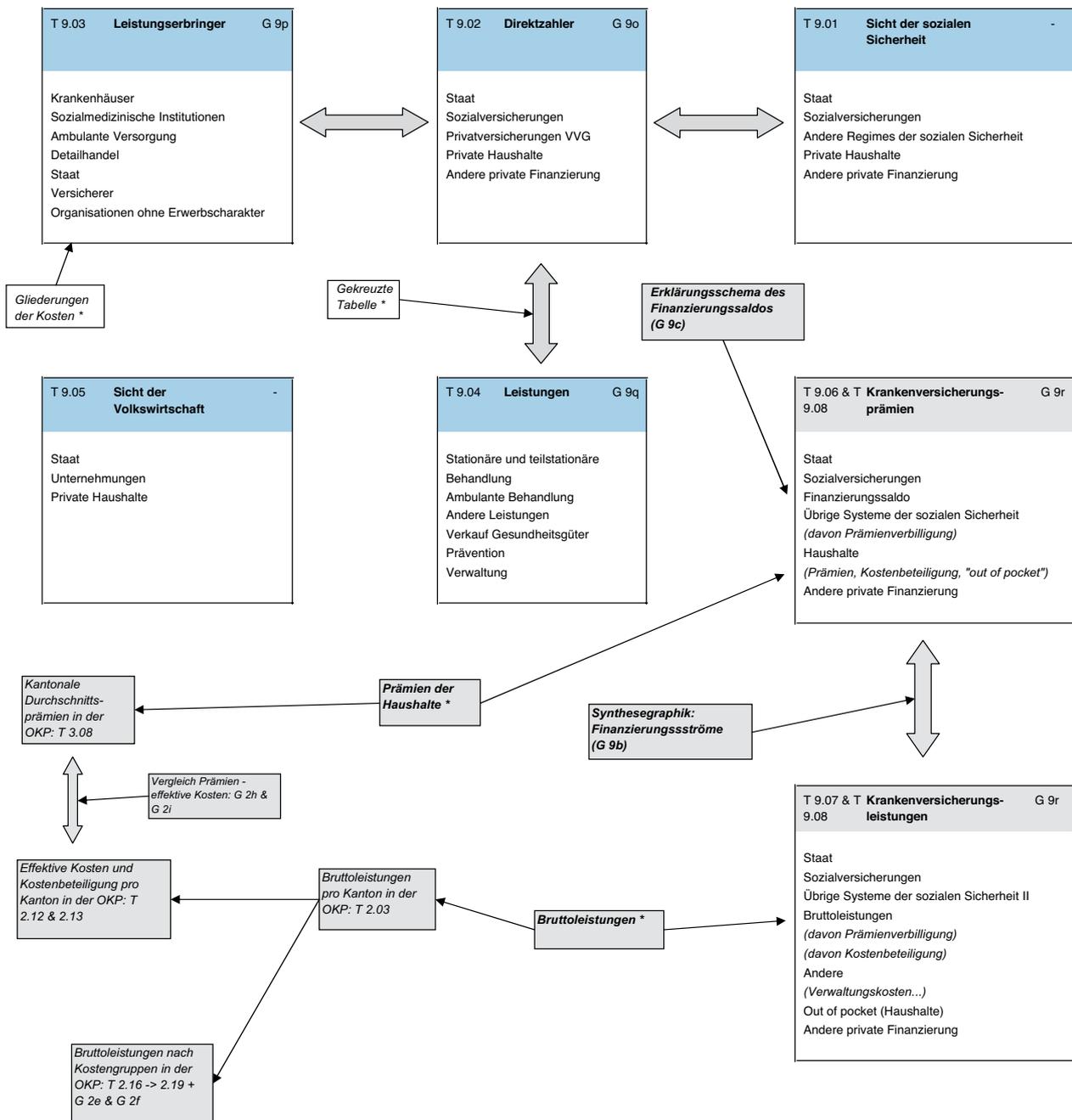
Das Thema der **Gesundheitskosten** wird von den Medien häufig aufgegriffen. Das erstaunt nicht, ist doch das Portemonnaie von uns allen davon betroffen. Doch was versteht man genau unter Gesundheitskosten? Um die Entwicklung chronologisch zu verfolgen und internationale Vergleiche zu ermöglichen, hat das BFS in der Publikation «Kosten des Gesundheitswesens» eine Modellberechnung erstellt.

Das **Gesundheitswesen** umfasst alle wirtschaftlichen Tätigkeiten, welche der Wiedererlangung, Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit dienen. Es geht also hauptsächlich um die Behandlung der Kranken oder um den Schutz der Personen vor einer Krankheit oder einem Unfall. Das Gesundheitswesen umfasst alle medizinischen und paramedizinischen Güter und Dienste, Behandlungen und Kostenübernahmen für Personen, die an einer Krankheit oder einer Behinderung leiden oder für Opfer von Unfällen, sowie alle Ausgaben für Prävention und Diagnosen durch zu diesem Zweck ausgebildetes Personal und/oder durch spezialisierte Institutionen.

Die «**Kosten des Gesundheitswesens**» umfassen alle Ausgaben von 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 Ausbildungskosten für Gesundheitsberufe, medizinische Forschungsarbeiten und Barleistungen der Versicherer, die nicht direkt der Heilung oder der Gesundheitserhaltung dienen, wie zum Beispiel die Taggelder für Verdienstaussfall.

In diesem Schema (G 9a) werden die Gesundheitsausgaben nach **Leistungen** (G 9q), **Leistungserbringern** (G 9p) und Direktzahlern (G 9o) aufgeschlüsselt, ohne dass auf die Finanzierung durch die Haushalte mittels der Krankenversicherungsprämien eingegangen wird. Die Diskussionen rund um die Gesundheitskosten konzentrieren sich aber auf die von den Haushalten direkt bezahlten Krankenversicherungsprämien und auf die Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. 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 ursprünglich von der Sektion Gesundheit im Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt und unter dem Titel «Finanzströme im Gesundheitswesen» in der Reihe StatSanté Nr. 2/2002 veröffentlicht worden. Eine aktualisierte Übersicht ist nur noch in der vom BAG herausgegebenen Publikation «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung» enthalten. Darin werden zwei weitere Verteilaspekte der «Kosten des Gesundheitswesens» illustriert, die in der BFS-Publikation nicht enthalten waren: Verteilung nach **Prämienzahlungen** an die Krankenversicherer (G 9r) und **Bruttoleistungen der OKP** (G 9s).

**G 9a Darstellungen der Kosten des Gesundheitswesens der Schweiz**



**\* Bemerkungen:**

Das BFS präsentiert verschiedene Gliederungen für die Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz (T 9.01 bis T 9.05).

Die Gliederungen nach den Prämien und den Leistungen der Krankenversicherung des BAG (T 9.06, 9.07 und 9.08) sind indessen die einzigen, bei welchen der Betrag der Krankenversicherungsprämien der Haushalte und der Bruttoleistungen (mit Kostenbeteiligung) sichtbar werden.

Gekreuzte Tabelle : vgl. Publikation "Kosten des Gesundheitswesens" des BFS.

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

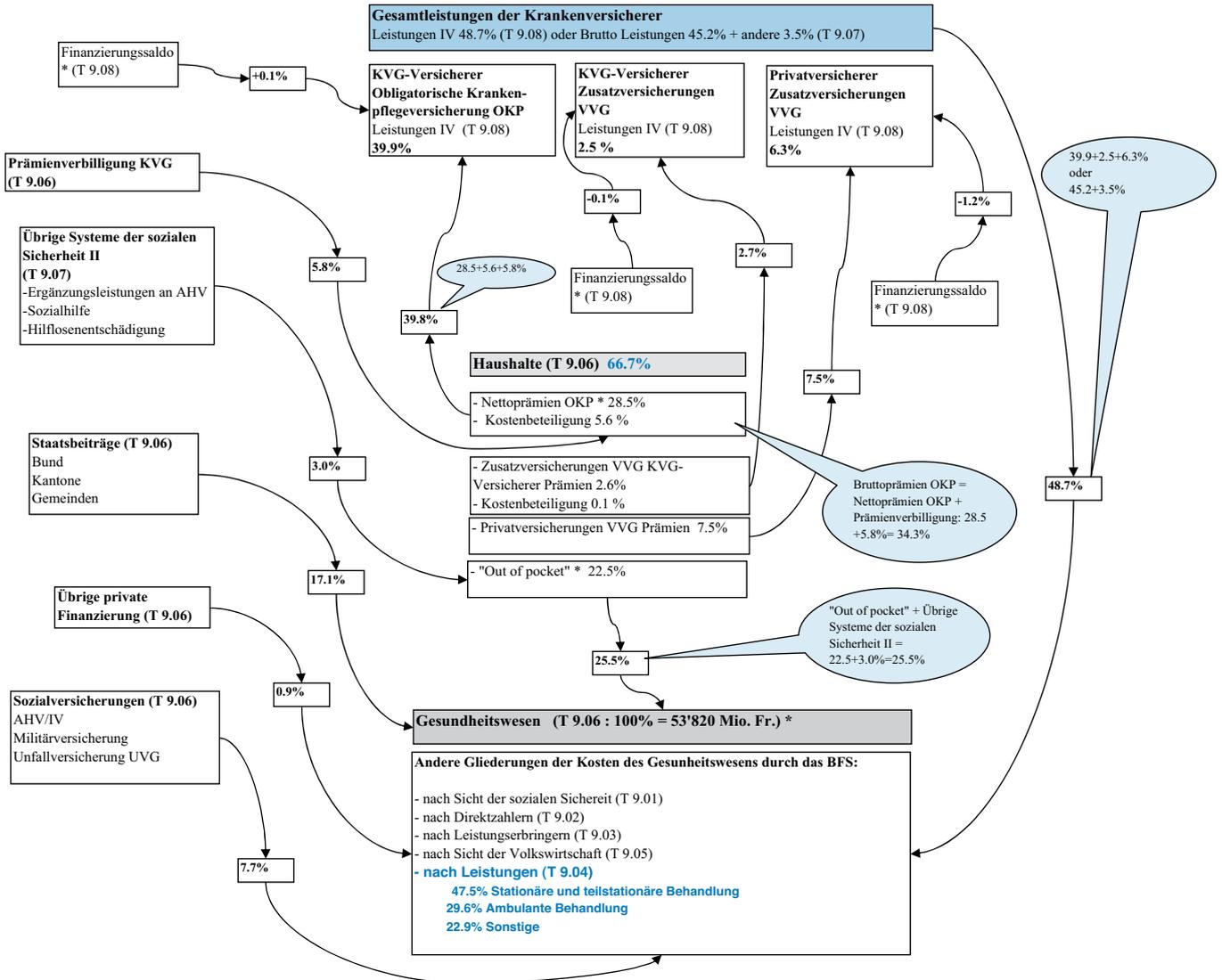
Die Modellberechnung beginnt 1996 mit In-Kraft-Treten des neuen Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG), welches das Versicherungsobligatorium, eine Leistungserweiterung und ein neues Subventionssystem mit sich brachte. Da die Bundesbeiträge neu nicht mehr den Versicherern für eine allgemeine Prämienverbilligung, sondern individuell den Versicherten aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation zukommen, funktioniert das Modell für die früheren Jahre nicht.

Dank dieser Struktur können **Geld- oder Finanzströme** zwischen der **Produktionsseite** (Spitäler, Ärzte, Apotheker, usw.), den **Finanzierungsträgern** (Direktzahler wie Sozialversicherungen, Staat, Haushalte, usw.) und den **Gesundheitsausgaben** (Beiträge, welche die Endkonsumierenden für den Erwerb von Gesundheitsgütern und -diensten ausgeben) aufgezeigt werden. Aufgrund der gewählten Darstellung soll klar werden, was für eine Rolle die verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen spielen. Die einzelnen Faktoren der Direktzahler, der Leistungserbringer und der Leistungen in den Ausgaben im Gesundheitswesen werden auf vereinfachte Art aufgeschlüsselt.

Die Grafik 9b zeigt **alle Finanzströme**, die zwischen den verschiedenen Beteiligten in der Modellberechnung der ausgewerteten Daten zirkulieren, **in % des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens»**. **2005** haben die Ströme **53,8 Mrd. Franken** erreicht (+4,2% gegenüber dem Vorjahr).

**Der Finanzierungssaldo** entspricht der Differenz zwischen den Leistungen der Versicherer und den von den Haushalten den Versicherern einbezahlten Prämien (vgl. G 9c).

**G 9b Finanzierungsströme im schweizerischen Gesundheitswesen in % des Totals der "Kosten der Gesundheitswesens" - 2005**

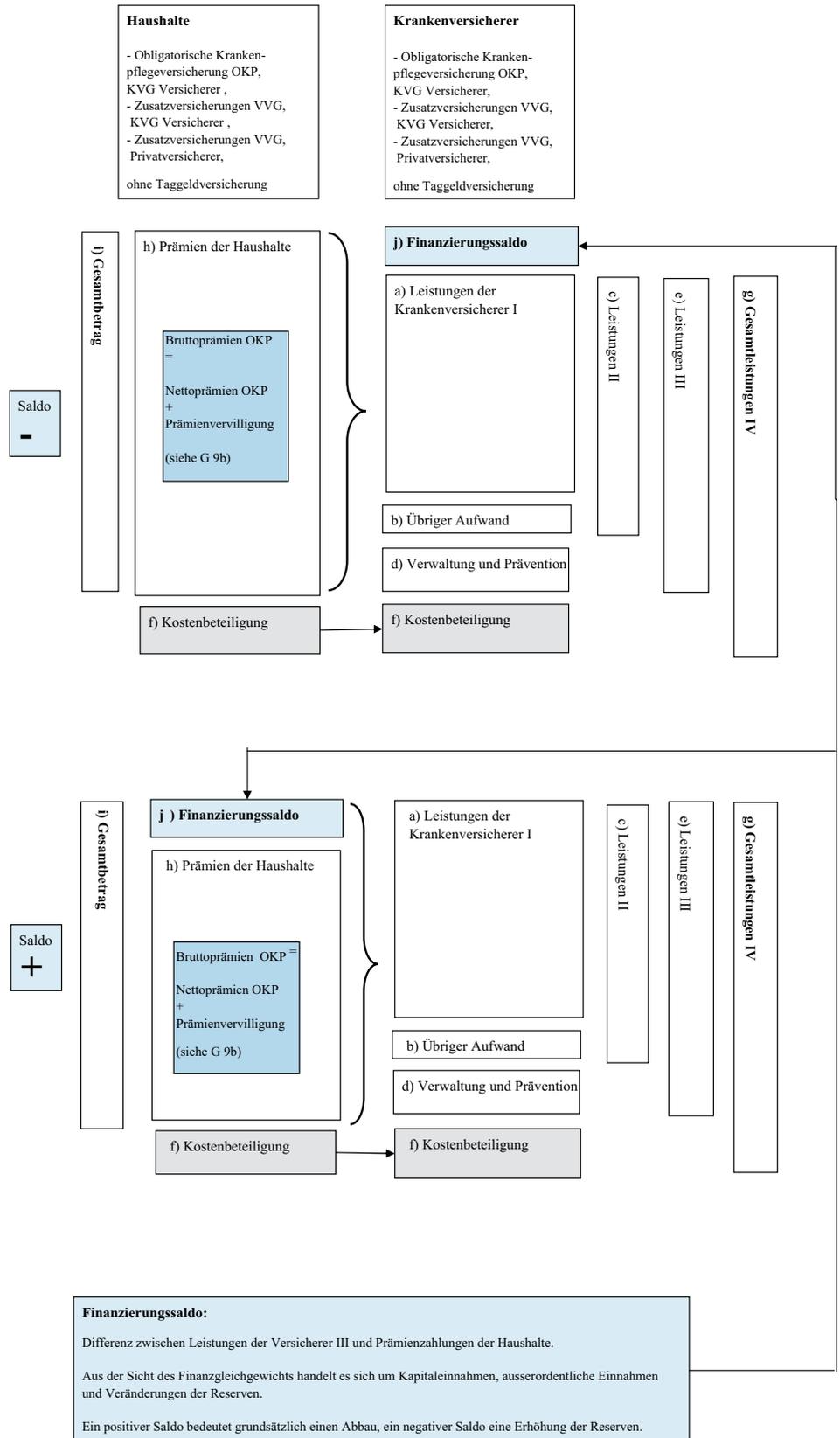


**\* Bemerkungen:**

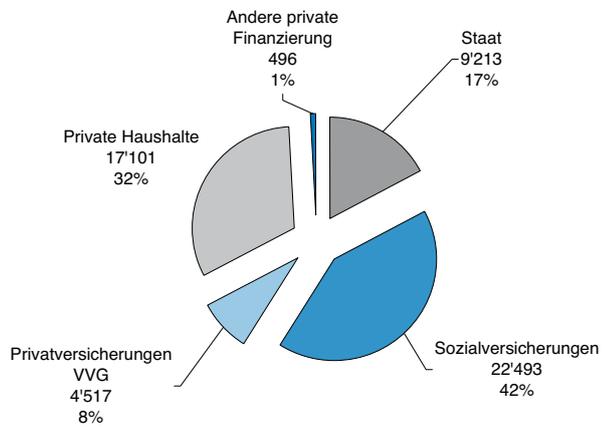
- "Out of pocket" : Direktzahlung der Haushalte an das Gesundheitswesen (siehe T 9.06). Zahnpflege, Pensionskosten in Pflegeheimen, Spitexdienste und rezeptfreie Medikamente ("over the counter") bilden die Hauptkosten zur vollen oder teilweisen Last der Haushalte.
- Nettoprämien OKP der Haushalte = Bruttoprämien obligatorische Krankenpflegeversicherung (T 9.08<sup>1</sup>) - Prämienverbilligung KVG an Versicherte (T 9.06<sup>13</sup>).
- 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: T 9.06, 9.07 & 9.08 STAT KV 05 (2005: Schätzungen BFS & BAG)

**G 9c Erklärungsschema des Finanzierungssaldos**

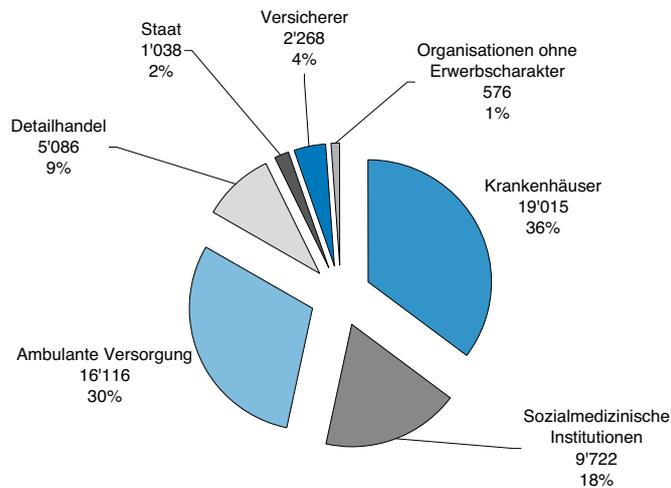


**G 9o Kosten des Gesundheitswesens 2005 in der Schweiz nach Direktzahler in Mio. Fr. und in % des Totals**

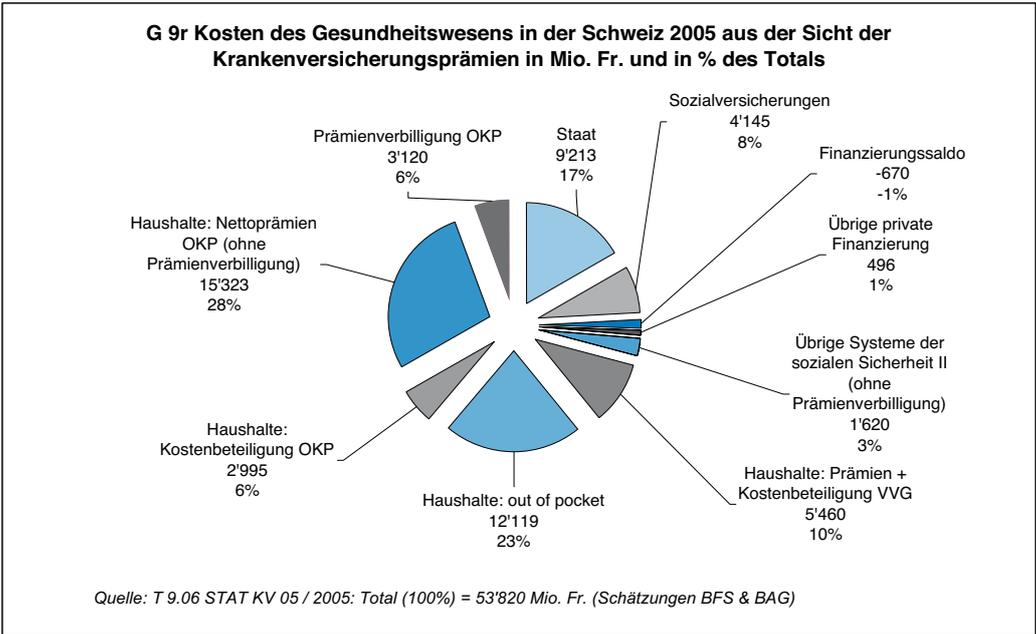
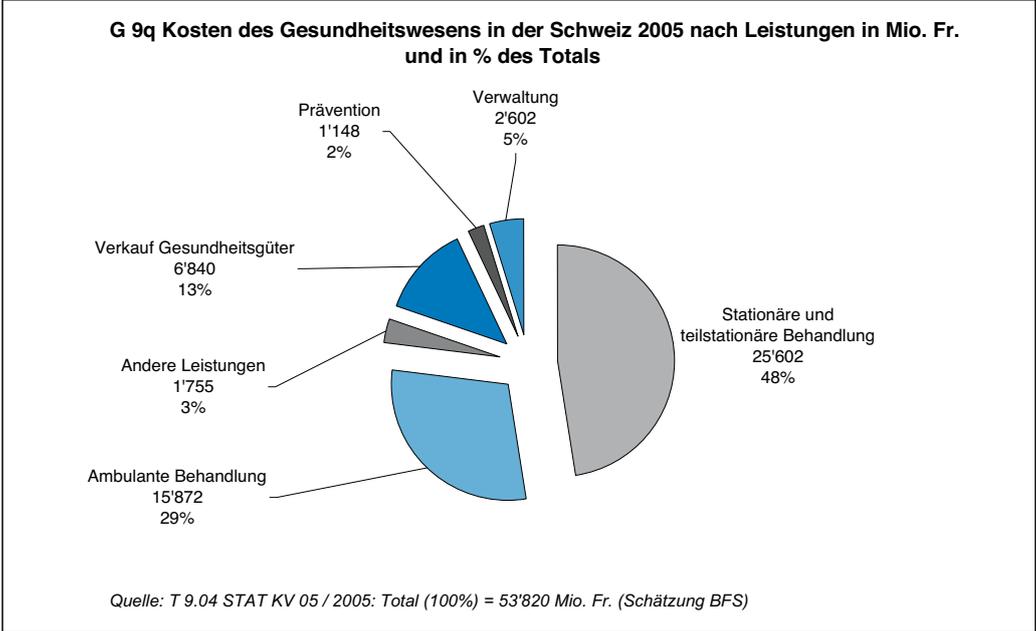


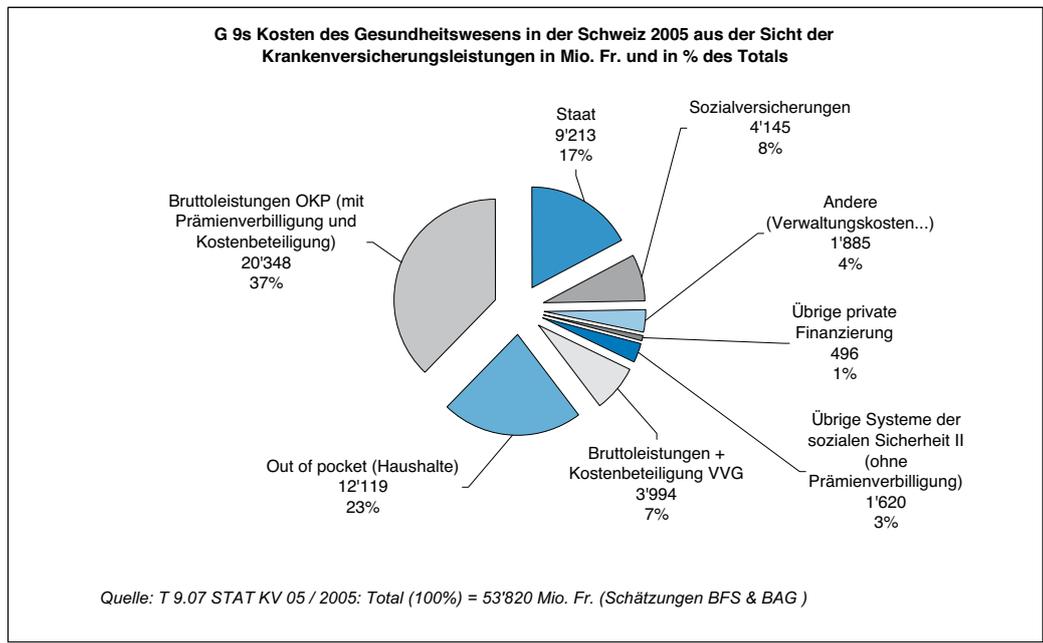
Quelle: T 9.02 STAT KV 05 / 2005: Total (100%) = 53'820 Mio. Fr. (Schätzung BFS)

**G 9p Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz 2005 nach Leistungserbringer in Mio. Fr. und in % des Totals**



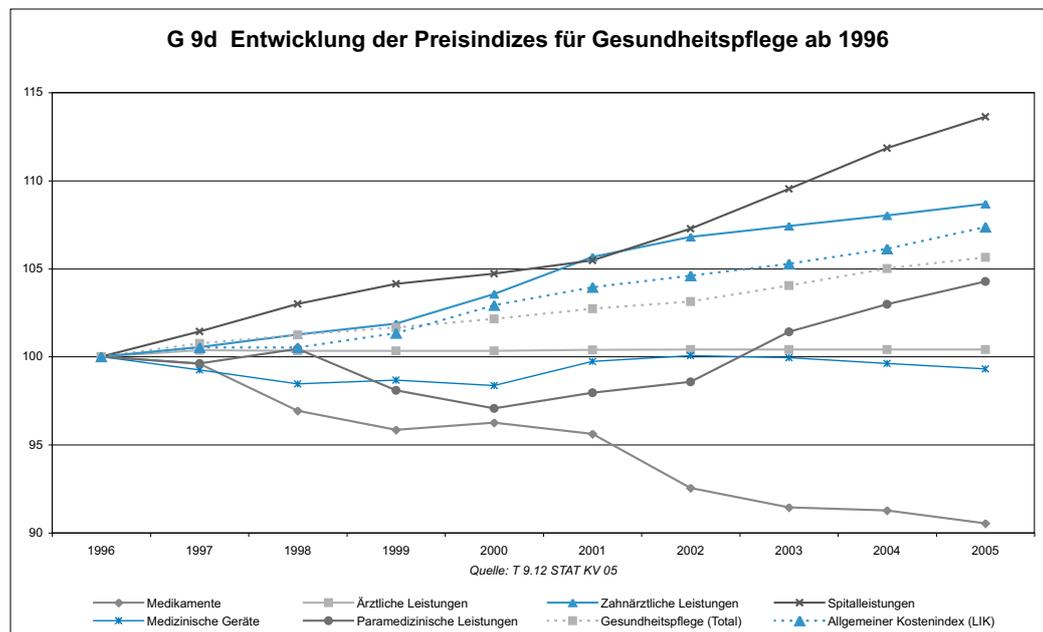
Quelle: T 9.03 STAT KV 05 / 2005: Total (100%) = 53'820 Mio. Fr. (Schätzung BFS)



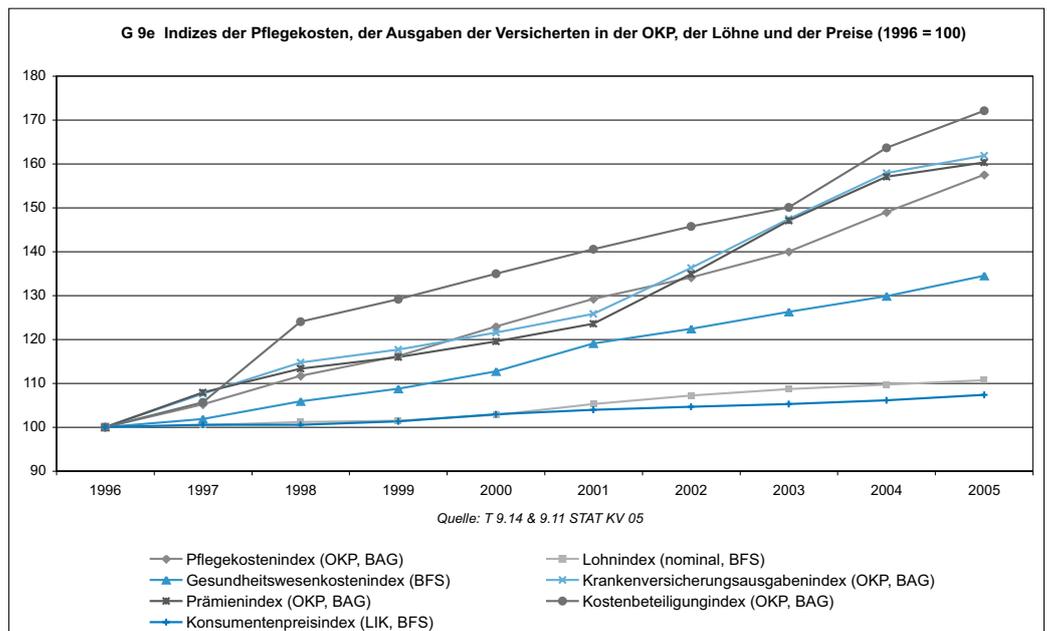


Die Entwicklung der **wichtigsten Preisindizes im Schweizer Gesundheitswesen** zeigt seit 1996 eine Trendwendung (G 9d). Insbesondere der Preisindex für Medikamente ist gegenüber 1996 massiv zurückgegangen, während die Indizes für Dental- und Spitalleistungen den Index der gesamten Gesundheitsleistungen, der immer noch in etwa dem allgemeinen Konsumentenpreisindex entspricht, übersteigen.

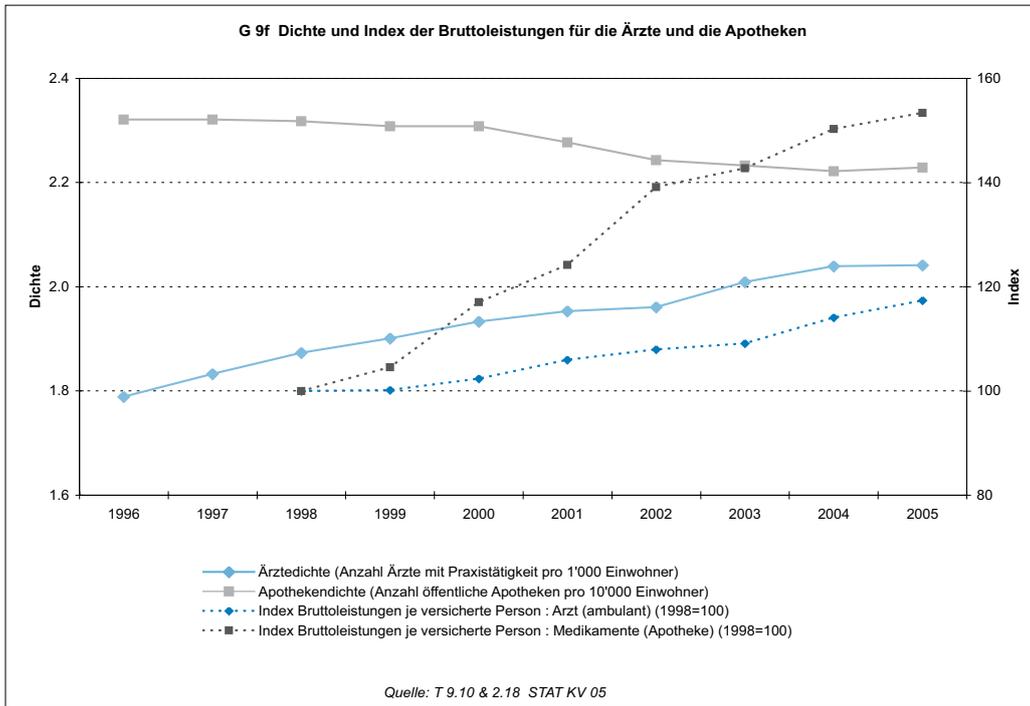
Der Preisindex kann allerdings nicht Aufschluss geben über die Entwicklung des tatsächlich bezogenen Leistungsvolumens. Dies ist auch zu beachten, wenn man den Rückgang des Medikamentenpreisindex (-0,8%) mit dem Zuwachs der Kosten pro versicherte Person für in Apotheken abgegebene Medikamente vergleicht. Diese haben zwischen 2004 und 2005 um +2,0% zugenommen (T 2.19).



Seit 1996 haben sich einige Indikatoren der OKP sehr unterschiedlich entwickelt. Während der Lohnindex mit dem Konsumentenpreisindex praktisch gleichauf ist (~ + 1% pro Jahr), haben die Gesundheitskosten pro versicherte Person im Jahresdurchschnitt um 3,4% zugenommen, die OKP-Kosten (Bruttoleistungen pro versicherte Person) um 5,2%, die Ausgaben der Versicherten in der OKP (Prämien + Kostenbeteiligung) um 5,5% und die Kostenbeteiligung der Versicherung um 6,2%! Erklärbar ist dieser Kostentransfer von den Prämien in Richtung Kostenbeteiligung durch franchise- bzw. rabattenspezifische Änderungen (siehe Anhänge F1, F2 und F3). Der damit einhergehende Kaufkraftverlust der Haushalte ist beträchtlich (G 9e).



Die **Ärztedichte in der Schweiz** hat zwischen 1996 und 2005 **laufend zugenommen** (+2600 Ärzte), während jene der Apotheken seit 1996 im Abnehmen begriffen ist, wobei die Zahl der öffentlichen Apotheken seit 1996 praktisch unverändert blieb. Interessanterweise lässt sich ein enger Zusammenhang zwischen den Bruttoleistungen pro Versicherten für die Kostengruppe Ärzte (ambulante Pflegeleistungen) und der Ärztedichte feststellen. Der Index für Bruttoleistungen pro Versicherten für die Kostengruppe Medikamente (von Apotheken abgegeben) ist seit 1998 massiv angestiegen, und zwar ohne Zusammenhang mit der Apothekendichte, was die dominierende Rolle der Mengenentwicklung zeigt, die die rückläufige Entwicklung des Medikamentenpreises überkompensiert (G 9f).

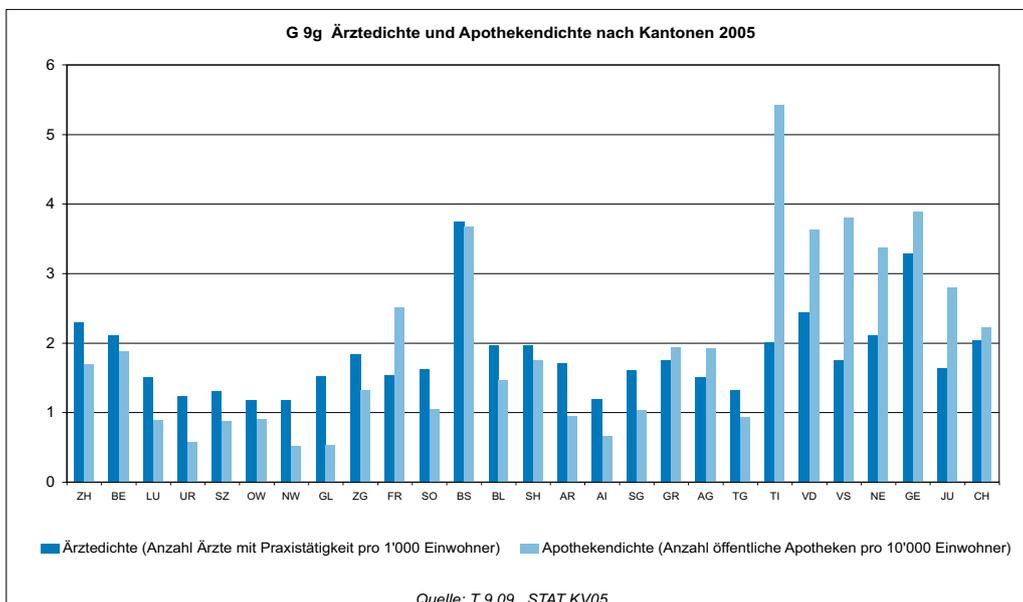


Eine kantonale Aufgliederung dieser Indikatoren für das Jahr 2005 macht zudem klar, **wie ungleich Ärzte und Apotheken auf die verschiedenen Kantone verteilt sind** (G 9g).

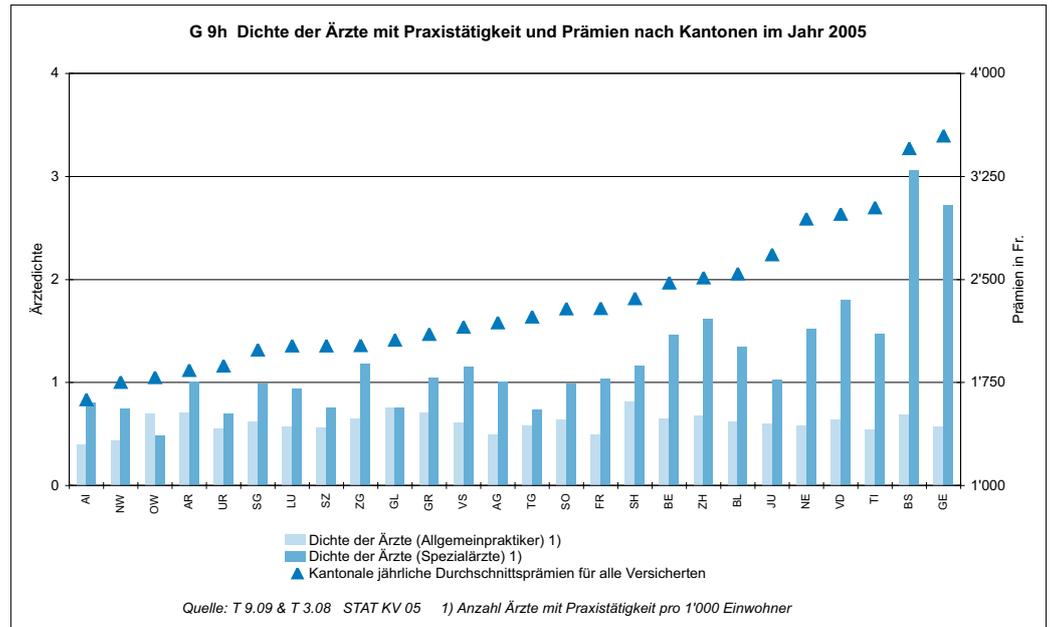
Die Ärztedichte liegt in 6 Kantonen (ZH, BE, BS, VD, NE und GE) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,04 Ärzten pro 1'000 Einwohner.

Die Apothekerdichte liegt in 8 Kantonen (FR, BS, TI, VD, VS, NE, GE und JU) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,23 öffentlichen Apotheken pro 10'000 Einwohner. Dieses Ergebnis muss indes relativiert werden, da die Selbstdispensation (Verkauf von Medikamenten durch den behandelnden Arzt) in diesen 8 Kantonen nicht zugelassen ist; in allen anderen Kantonen ist der Direktmedikamentenverkauf durch Ärzte erlaubt (T 9.09).

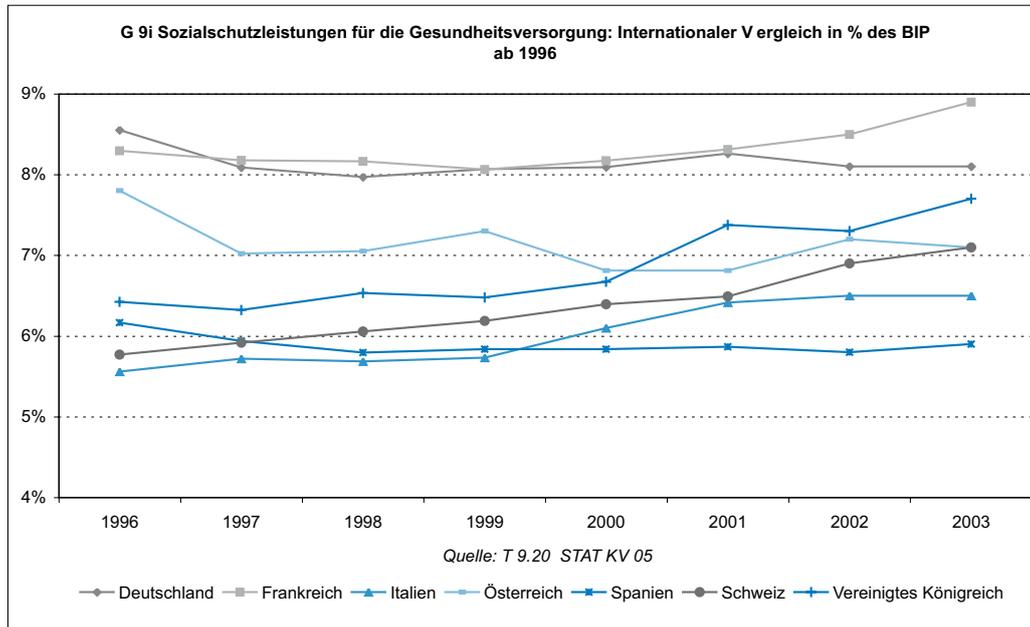
Bei solchen Vergleichen ist zu berücksichtigen, dass die tatsächliche Situation nicht immer getreu wiedergegeben werden kann, da die einzelnen Kantone keine geschlossenen Systeme bilden.



In diesem Zusammenhang ist die Frage interessant, ob die Höhe der Prämien in den verschiedenen Kantonen von der Ärztedichte beeinflusst wird. Es zeigt sich, dass die Dichte der Allgemeinpraktiker in keiner Korrelation steht mit den kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien aller Versicherten. Hingegen steigt die Prämienhöhe in den meisten Kantonen praktisch parallel zur Facharztdichte. So weisen beispielsweise die Kantone mit der höchsten Ärztedichte bei den Spezialärzten, wie die Kantone VD, BS und GE, mitunter auch die höchsten Prämien auf (G 9h).



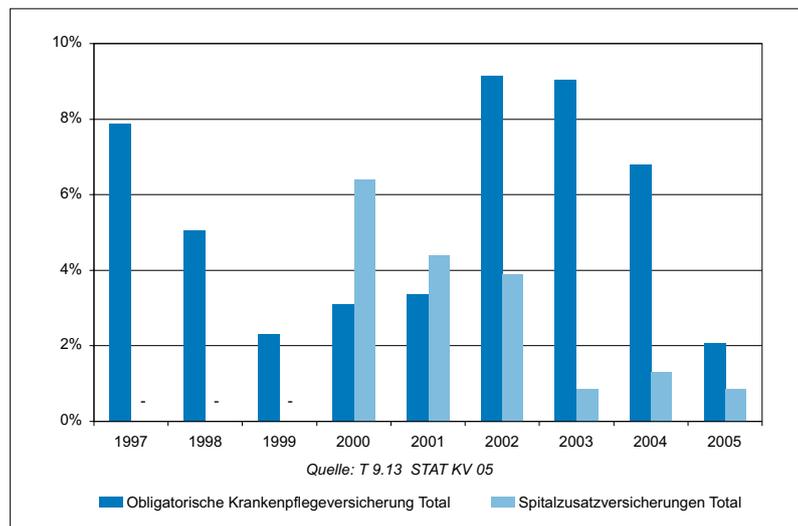
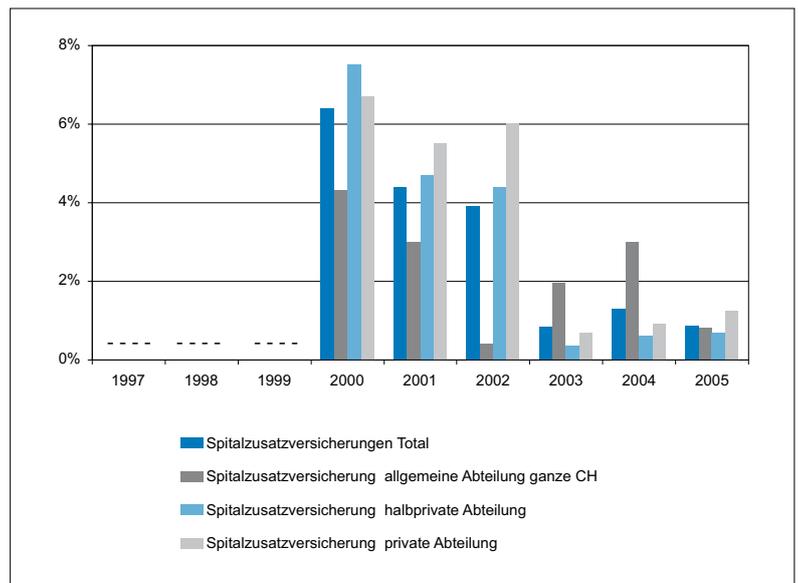
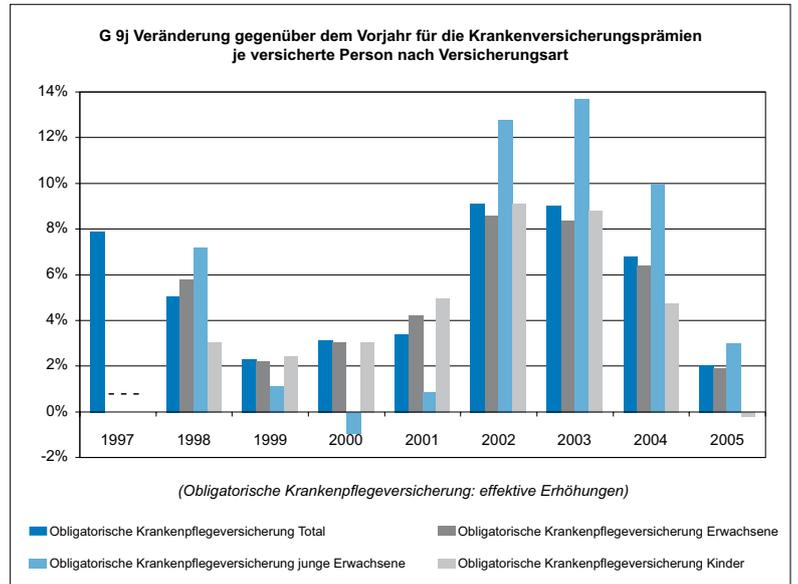
Der Sozialschutz umfasst alle Massnahmen öffentlicher und privater Stellen, die darauf abzielen, Haushalte oder Einzelne vor bestimmten festgelegten Risiken zu schützen. Bei dem durch Eurostat erstellten internationalen Vergleich der Leistungen im Gesundheitsbereich (in Prozent des Bruttoinlandprodukts) ist zu beachten, dass in den Zahlen für die Schweiz weder die Kostenbeteiligung der Versicherten (in der Schweiz im Rahmen des KVG obligatorisch) noch die Prämienverbilligung berücksichtigt sind. Seit 1996 verzeichnet die Schweiz einen kontinuierlich steigenden Prozentsatz (G 9i).

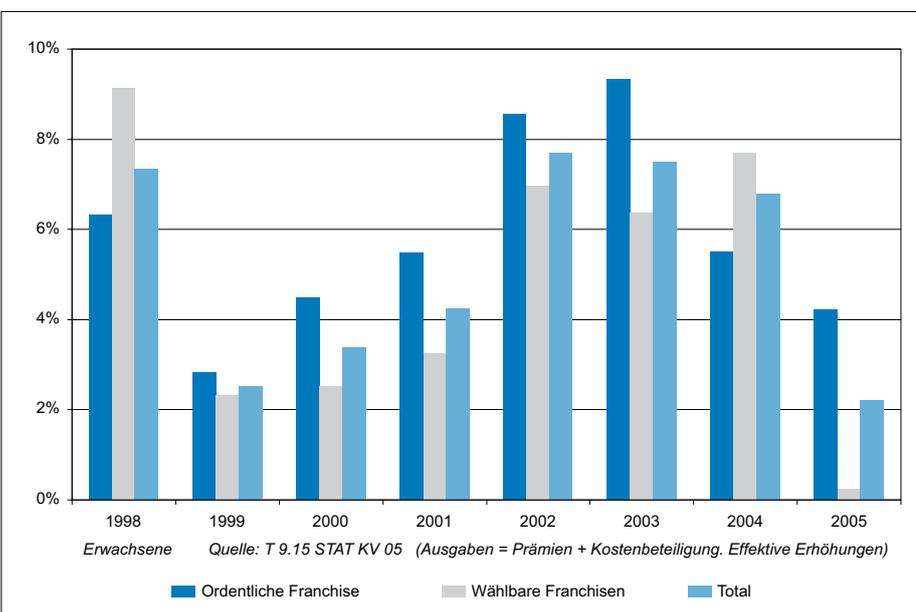
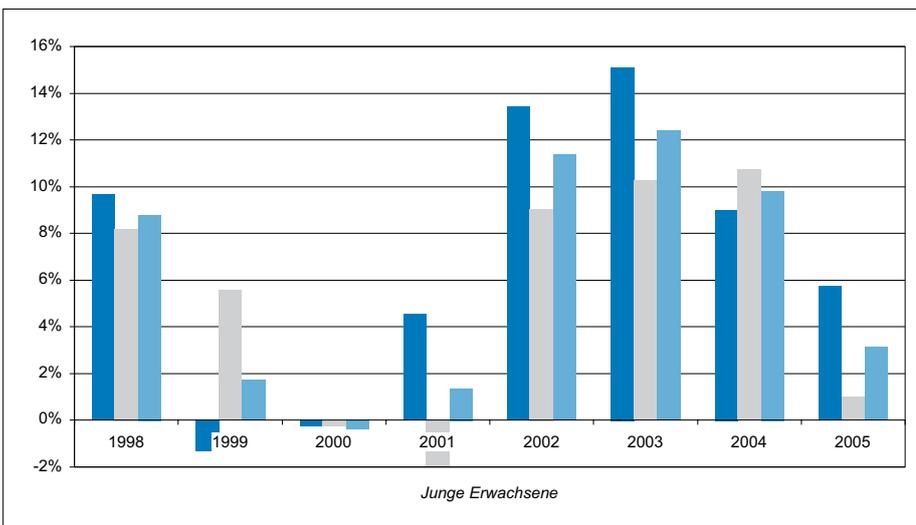
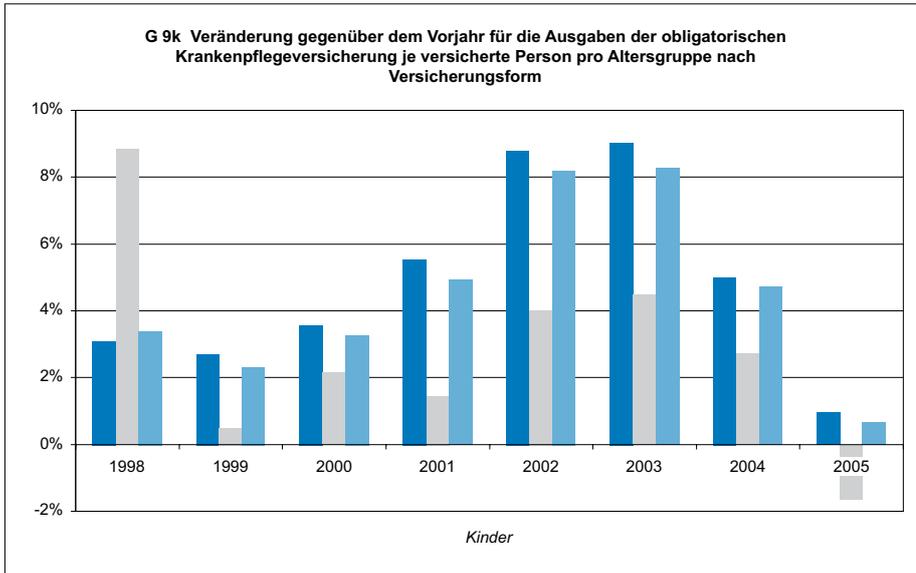


Der nachträglich **festgestellte tatsächliche Prämienanstieg** pro versicherte Person

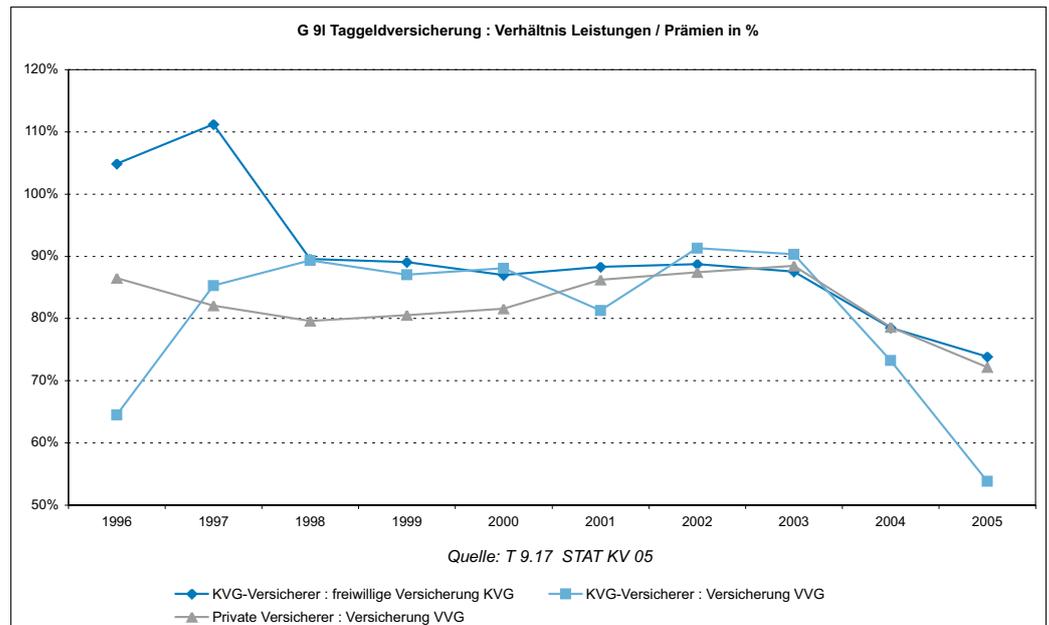
- für die Grundversicherung (OKP) – nicht nur für das Modell mit ordentlicher Franchise, sondern auch für die Modelle mit wählbarer Franchise, Bonus und eingeschränkter Wahl, nach Altersgruppen (Kinder, junge Erwachsene, Erwachsene und gesamter Versichertenbestand)
  - für die Spitalzusatzversicherungen allgemeine Abteilung in der ganzen Schweiz, halbprivate Abteilung, private Abteilung und Spitalzusatzversicherungen Total (Ausgaben = Prämien).
- zeigt die sehr unterschiedliche Entwicklung nach Altersgruppe in der OKP sowie nach Spitalabteilung für die Zusatzversicherungen (G 9j).

Auch bei diesen Prämienerrhöhungen handelt es sich um Richtwerte, die Änderungen bei der Kostenbeteiligung der Versicherten infolge anderer Franchisen und damit verknüpften Prämienerrmässigungen oder Änderungen bei den Selbstbehalten nicht Rechnung tragen (Selbstbehalt an Leistungsbezug gekoppelt, vgl. Anhang F) und die **allgemeine Gesundheitskosten** verursachen (**Prämien und Kostenbeteiligungen**), die für jeden Versicherten je nach Leistungsbezug individuell verschieden sind. Die tatsächliche Entwicklung der Krankenversicherungskosten zu Lasten der Versicherten lässt sich aber erst lückenhaft aufzeichnen, da nur die Kostenbeteiligungen erfasst werden, die über die Krankenversicherer laufen. Viele Versicherte mit höheren Franchisen bezahlen ihre Leistungen aber direkt an den Leistungserbringer, ohne die Rechnungen ihrem Versicherer zuzustellen. Diese Leistungen fehlen später in der OKP-Statistik. Grafik G 9k zeigt die Entwicklung der tatsächlichen Ausgaben der Krankenversicherung nach Altersgruppe und Versicherungsmodell für die OKP.





Der **gesamte Taggeldversicherungssektor** setzt sich aus den KVG-Versicherern, welche die freiwillige Versicherung seit 1996 nach KVG und nach VVG anbieten, und den VVG-Privatversicherern zusammen. Seit 1996 ist ein deutlicher Rückgang der freiwilligen Versicherung nach KVG zu verzeichnen (T 9.17), während die Versicherungsdeckung nach VVG zugenommen hat. Dabei ist zu vermerken, dass das Verhältnis Leistungen/Prämien der drei Versicherungskategorien seit 1998 praktisch gleich geblieben ist (G 9I).

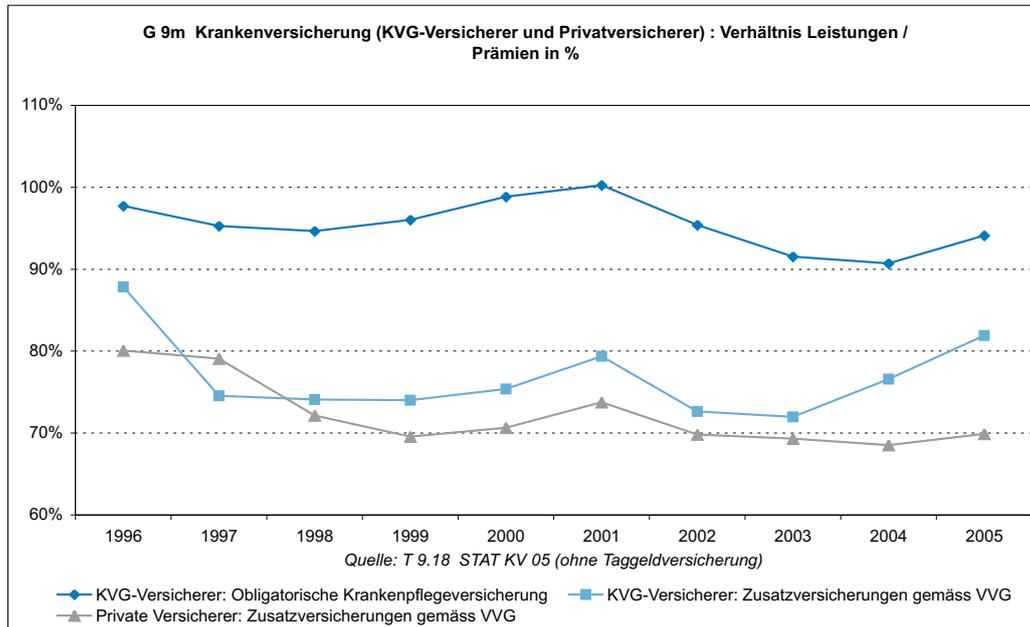


**Der Gesamtmarkt des Krankenversicherungsgeschäfts** setzt sich zusammen aus:

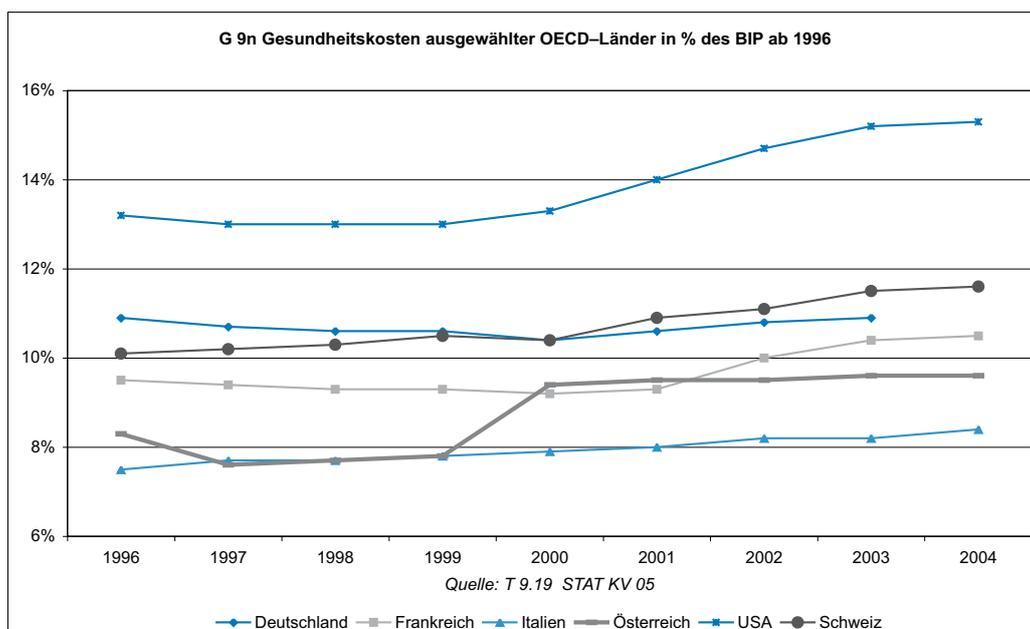
- der in der Schweiz seit 1996 obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die von den BAG-  
anerkannten Versicherern angeboten wird
- den von den BAG-anerkannten Versicherern angebotenen Zusatzversicherungen (seit 1996  
gemäss VVG)
- den von den Privatversicherern gemäss VVG angebotenen Zusatzversicherungen.

Nicht eingeschlossen sind die Taggeldversicherungen gemäss KVG oder VVG, da diese keine medi-  
zischen Leistungen abdecken, sondern Verdienstauffälle.

Dieser Prozentsatz liegt somit klar über der für die Versicherungen gemäss VVG festgestellten  
Bandbreite von 70% bis 80%. Daraus lässt sich ableiten, dass von Gesetzes wegen in der obliga-  
torischen Krankenversicherung keine Gewinnmarge erzielt werden kann (G 9m).



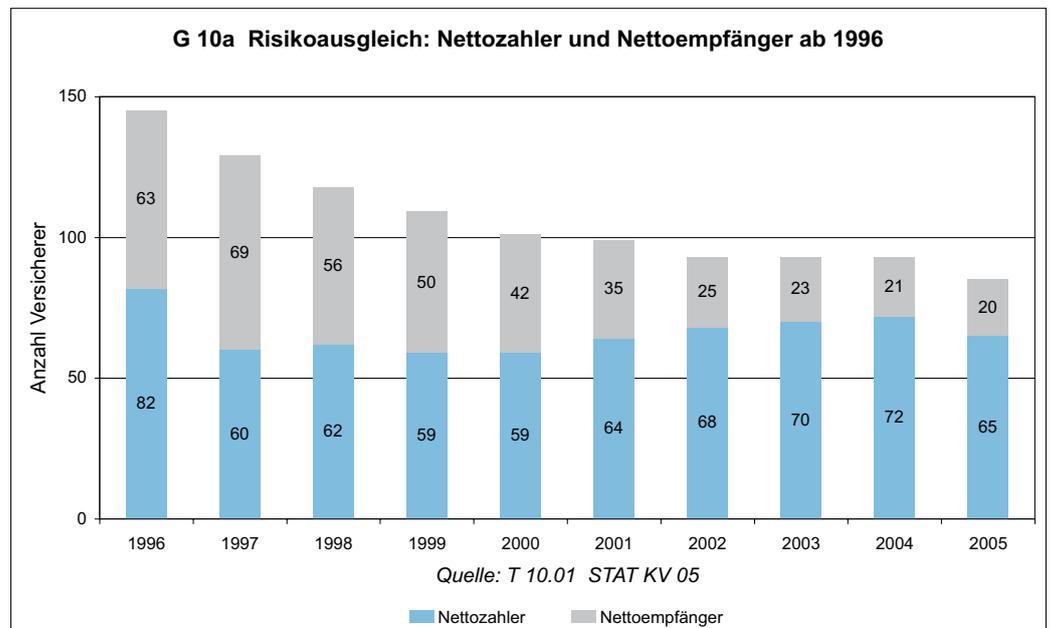
Schliesslich zeigt ein **internationaler Vergleich der Kosten des Schweizer Gesundheitswesens** mittels OECD-Daten, dass der Anteil der Gesundheitskosten gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP) in der Schweiz seit 1996 eher etwas über jenem der Nachbarländer liegt, aber noch deutlich unter der Niveau der USA, die den höchsten Anteil verzeichnen (G 9n). Es gilt allerdings zu beachten, dass die Definitionen der unter der Bezeichnung «Gesundheitskosten» zusammengefassten Elemente von Land zu Land und hinsichtlich zeitlicher Abdeckung variieren können.



#### 4.10 Risikoausgleich in der OKP

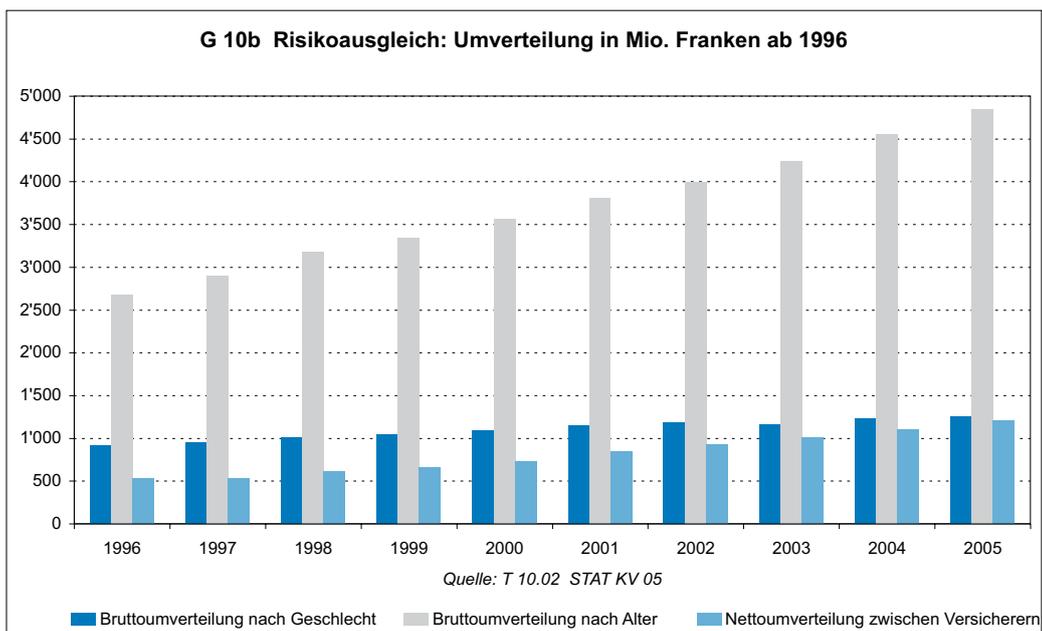
Mit dem **Risikoausgleich** soll die Voraussetzung für einen Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG geschaffen werden. Die je nach Alter und Geschlecht der Versicherten unterschiedlichen finanziellen Risiken sollen innerhalb eines jeden Kantons mit Ausgleichszahlungen zwischen den Versicherern ausgeglichen werden. Die hierzu notwendigen Berechnungen der Gemeinsamen Einrichtung KVG basieren auf den effektiven Kosten, die sich aus den Bruttoleistungen der Versicherer abzüglich der Kostenbeteiligung der Versicherten ergeben (siehe Anhang G zur Berechnungsmethode des Risikoausgleichs).

Die Anzahl der am Risikoausgleich beteiligten Krankenversicherer in der OKP ist im Jahr 2005 namentlich infolge von Fusionen von 145 auf 85 Versicherer zurückgegangen. Dadurch verschob sich das Verhältnis der Nettozahler zu den Nettoempfängern, was zur Folge hat, dass die Nettozahler seit 1996 klar zugenommen haben während die Empfänger von Risikoausgleichszahlungen zurückgegangen sind (G 10a).



Für den Risikoausgleich 2005 lässt sich eine Umverteilung von 4,8 Mrd. Franken von den 19- bis 55-jährigen Versicherten zu den über 56-jährigen Versicherten und von mehr als 1,2 Mrd. Franken von den Männern zu den Frauen ermitteln. Diese Daten werden wie folgt erhoben: Zur Berechnung dieser Zahlen wird die monatliche Differenz an effektiven Kosten der jeweiligen Gruppe (Versicherte zwischen 19 und 55 Jahren oder über 56-jährige Versicherte / Männer oder Frauen) zum Gesamtdurchschnitt der effektiven Kosten pro Monat innerhalb des Kantons mit der Anzahl Versicherungsmonate des Kantons multipliziert. Diese Volumina werden schliesslich über alle Kantone aufsummiert und ergeben so die gesamtschweizerische Bruttoumverteilung nach Alter oder nach Geschlecht. Die Umverteilung nimmt seit 1996 stetig zu. Diese Entwicklung ist hauptsächlich auf den allgemeinen Kostenanstieg in der OKP zurückzuführen (G 10b).

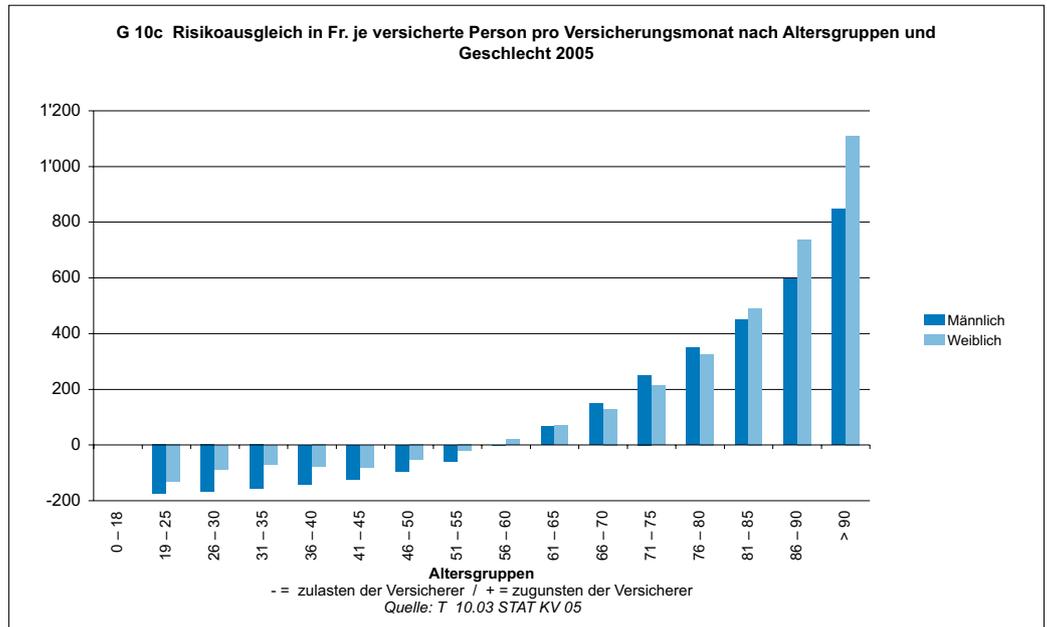
Da sich ein Grossteil dieser Umverteilungen zwischen Altersgruppen und Geschlecht innerhalb des einzelnen Versicherers abspielt, werden diese nicht über die Risikoausgleichsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG umverteilt. Über die Risikoausgleichsstelle fliessen nur diejenigen Beträge, die nach Saldierung aller Ausgleichszahlungen nach Alter, Geschlecht und Kanton bei jedem Versicherer **übrig** bleiben. Gemäss diesem Verfahren für den Vollzug des Risikoausgleichs zahlten die 65 Nettozahler den 20 Nettoempfängern für das Ausgleichsjahr 2005 einen **Umverteilungsbetrag** von insgesamt 1202 Mio. Franken **netto** (G 10a und G 10b, siehe auch Anhang G zu den Risikoausgleichszahlungen nach Kalenderjahr und nach Ausgleichsjahr).



Für die Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden die durchschnittlichen effektiven Kosten jeder Risikogruppe mit den durchschnittlichen effektiven Kosten aller erwachsenen Versicherer ab 19 Jahren (Referenzgruppe) verglichen und zwar für jeden Kanton. Die Kinder (0 – 18 Jahre) werden bei der Berechnung des Risikoausgleichs nicht berücksichtigt.

Wenn der Durchschnitt der effektiven Kosten der fraglichen Risikogruppe über dem Durchschnitt der Referenzgruppe liegt, erhält der Versicherer einen Beitrag (+) für jeden Versicherten dieser Risikogruppe. Im gegenteiligen Fall muss er eine Risikoabgabe bezahlen (-).

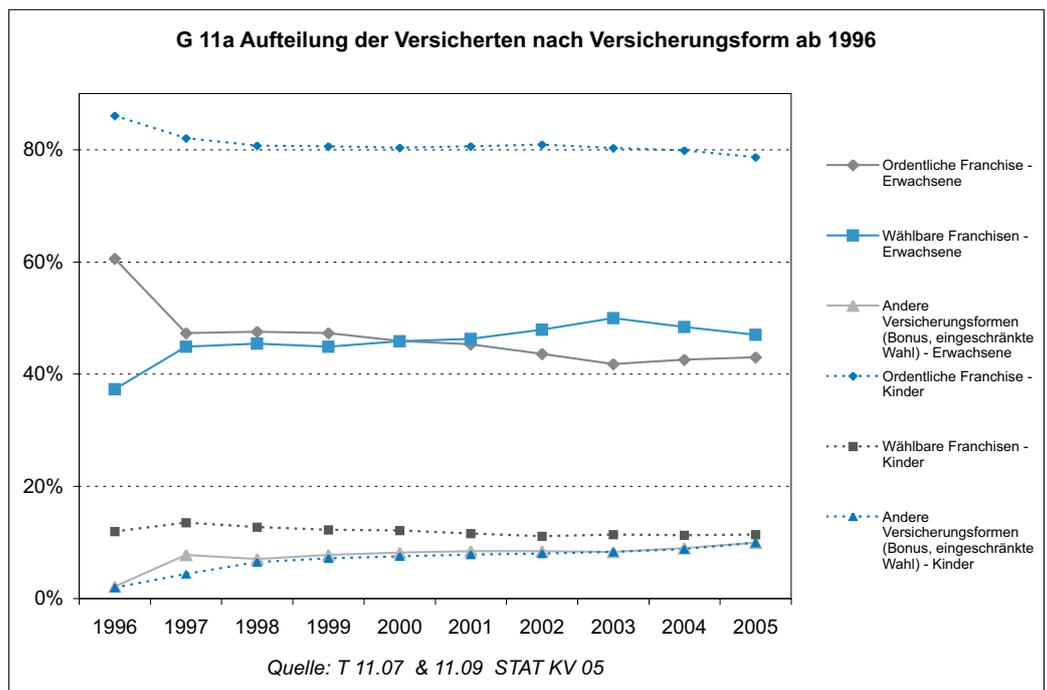
In Grafik G 10c ist der Risikoausgleich in Franken pro Versicherten und Versicherungsmonat nach Altersgruppe und Geschlecht dargestellt (gesamtschweizerischer Durchschnitt). Betrachtet man die Höhe der Beträge (bis zu 1000 Franken pro Versicherten und Monat), so wird klar, dass diese Zahlungen das Vorgehen der Versicherer beeinflussen können.



**4.11 OKP-Versicherte**

**Aufteilung der Versicherten nach Versicherungsformen seit 1996**

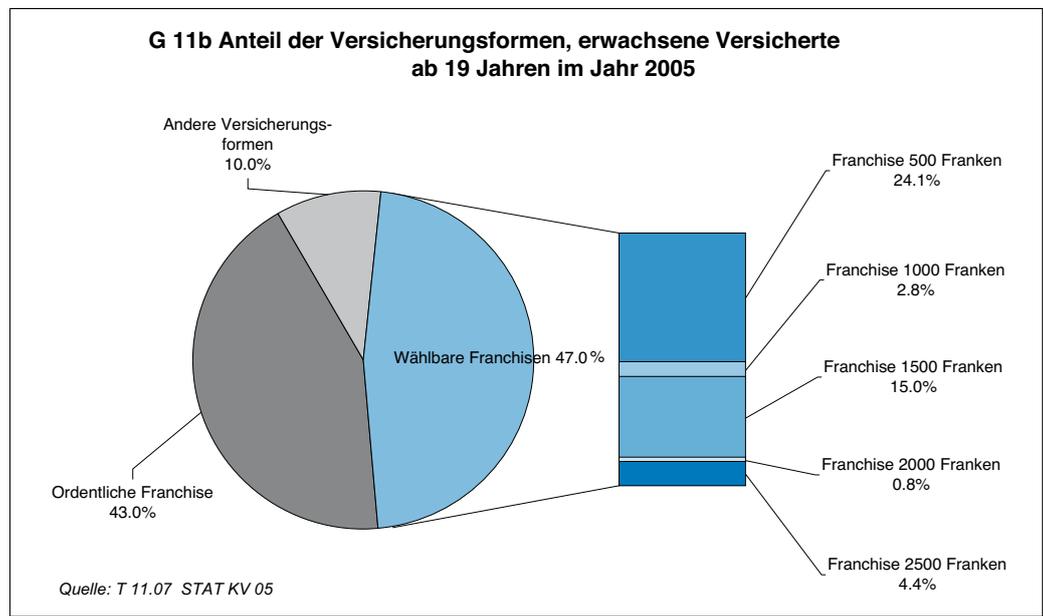
Seit 1997 ist der Bestand an Erwachsenen ab 19 Jahren mit ordentlicher Franchise sowie der Versicherten mit wählbarer Franchise relativ stabil geblieben. Der Anteil der anderen Versicherungsformen (vor allem HMO- oder Hausarztmodell) ist leicht angestiegen und hat 2005 10,0% erreicht. Der Anteil der BONUS-Versicherung bleibt mit 0,1% verschwindend klein (G11a). Bei den Kindern ist seit 1997 ein dominierender Teil mit ordentlicher Franchise (etwa 80%) zu verzeichnen. Die Anteile mit wählbarer Franchise und anderen Versicherungsformen sind in diesem Alterssegment finanziell deutlich weniger attraktiv und teilen sich den Rest zu etwa gleichen Teilen (G 11a).



**Anteil der Versicherungsformen und Wahl der Franchise, erwachsene Versicherte ab 19 Jahren**

Von den 47,0% der Versicherten mit wählbarer Franchise haben sich im Jahr 2005 am meisten für 500 Franken (24,1%) entschieden, was angesichts der geringen Sparmöglichkeit dieser Stufe erstaunlich mag. 15,0% wählten 1500 Franken. Die Franchise von 2000 Franken ist weiter abgeschlagen; nur gerade 0,8% der Versicherten haben sich dafür entschieden (G 11b).

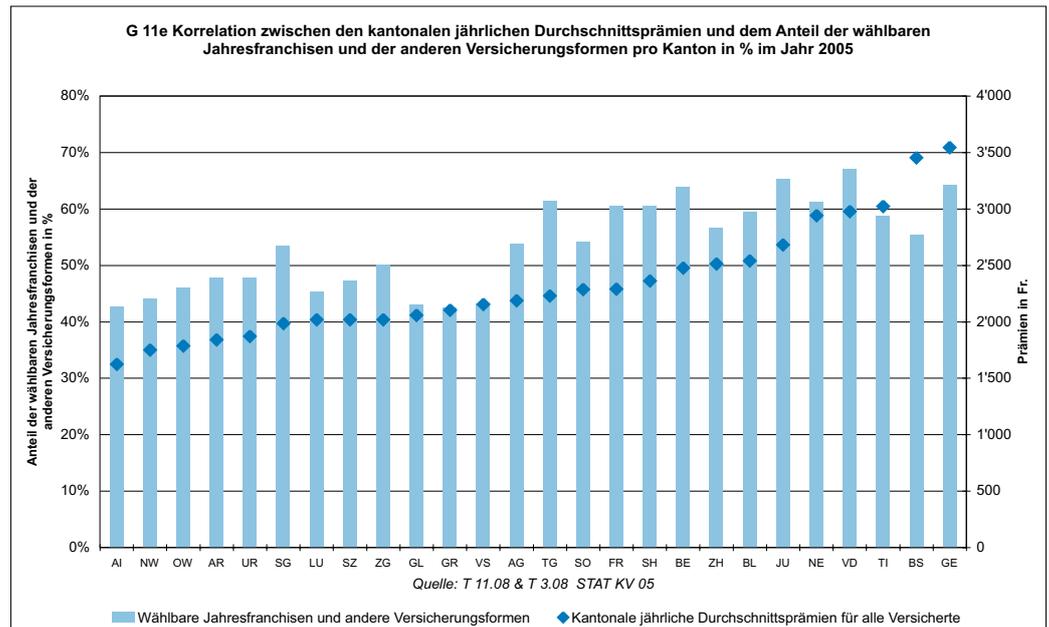
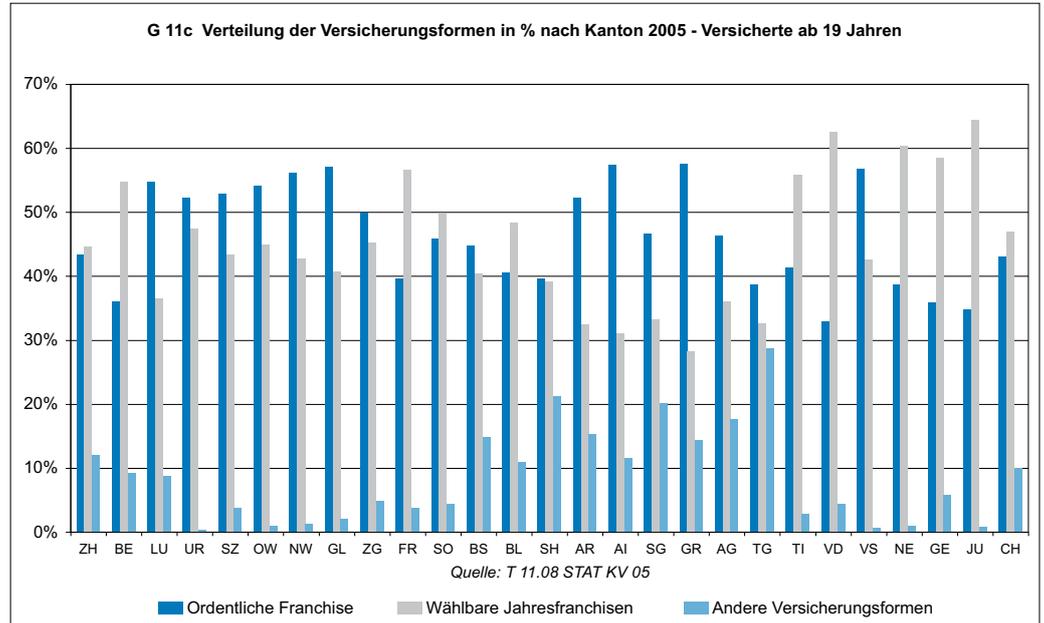
Die Wahl der Franchise ist nicht einfach. Sie ist abhängig von verschiedenen Parametern, wie Prämie, Höhe der Leistungen, Rabatt der Versicherer. Das BAG stellt den Versicherten eine Excelanwendung zur Bestimmung (grafisch) der wirtschaftlich gesehen optimalen Franchise nach Versicherer zur Verfügung (Anhang F4).



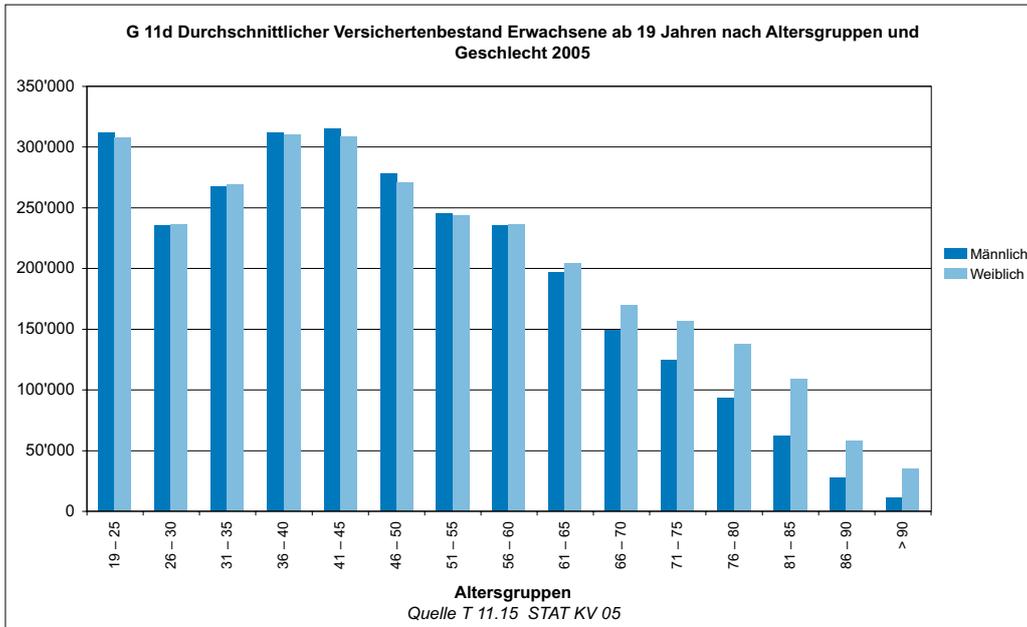
**Anteil der Versicherungsformen nach Kanton für erwachsene Versicherte ab 19 Jahren**

Zwischen den Kantonen lassen sich grosse Unterschiede festzustellen, so bewegen sich die Anteile bei den wählbaren Franchisen zwischen 28% und 64%, bei den anderen Versicherungsformen zwischen 1% und 29% und bei der ordentlichen Franchise zwischen 33% und 57% (G 11c).

Es besteht eine relativ gute Korrelation zwischen dem Niveau der kantonalen Durchschnittsprämien und dem Prozentanteil der wählbaren Franchisen und der anderen Versicherungsformen (G 11e).



Die Kosten der Versicherten sind allerdings ins Verhältnis mit dem jeweiligen Versichertenbestand zu setzen. So übersteigen beispielsweise die Kosten der Versicherten über 71 Jahre den Durchschnitt aller Versicherten um das Doppelte, diese Altersgruppe macht aber nur gerade rund 10% aller Versicherten aus (G 11d).



Aus Tabelle T 11.18 ist die Anzahl der Versicherten ersichtlich, deren OKP-Leistungen aufgrund ausstehender Prämienzahlungen und Betreuung eingestellt worden sind. Diese Daten sind im Augenblick noch unvollständig.

## 5 Ergänzende Literatur

### **BSV & BAG Publikationen:**

- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, erscheint seit 1996 jährlich, BSV & BAG.
- Statistik über die Krankenversicherung, erscheint seit 1936 jährlich, BSV.
- Statistik der wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung 1999, BSV.
- Die Franchisen 1997-, eine Längsschnittanalyse über die Entwicklung der wählbaren Jahresfranchisen, 2003 BSV & 2005 BAG.
- «Soziale Sicherheit CHSS», vom BSV seit 1993 im Zweimonatsrhythmus herausgegebene Zeitschrift.
- Prämienübersicht in der Krankenpflegeversicherung, BSV & BAG, erscheint seit 1996 jährlich. (Tipps für die Versicherten; Prämien nach Versicherer, nach Kanton und nach Altersgruppe; Sparmöglichkeiten; Durchschnittsprämien).
- Aufsichtsdaten OKP gemäss Art. 31 KVV, erscheint seit 1996 jährlich, BSV & BAG.
- Kommentierte Grafiken zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, jährlich, 1999-2002, 2004, BSV & BAG.
- Grafiken und Tabellen zur Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, jährlich ab 2001, BSV & BAG.

### **Forschungsberichte:**

- Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung, BSV Nr. 1/98.
- Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung, BSV Nr. 3/00.
- Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG, BSV Nr. 4/00.
- Der Einfluss des neuen KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, 1998, BFS-BSV Nr. 15/98.
- Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit, 2000 BFS-BSV Nr. 5/00.
- Auswirkungen des KVG im Tarifbereich, BSV Nr. 7/00.
- Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, BSV Nr. 11/00.
- Analyse des effets de la LAMal: le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité, BSV Nr. 12/00.
- Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, BSV Nr. 15/00.
- Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen, BSV, Nr. 21/98, 2/01, 5/01 und 20/03.
- Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten, BSV Nr. 3/01.
- Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten, BSV Nr. 4/01.
- Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung, BSV Nr. 5/01.
- Auswirkungen des KVG auf die Versicherer, BSV Nr. 6/01.
- Bestandesaufnahme zu den Managed-Care-Modellen 2004, BSB (R. Baur) & BAG.

### **Weitere Publikationen:**

- Rossel Raymond, Kosten des Gesundheitswesens, erscheint jährlich, BFS.
- Rossel Raymond und Siffert Nicolas, Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960 bis 2000, 2003, BFS.
- Siffert Nicolas, Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen, 2002, BFS.
- Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz, erscheint jährlich, BPV.



## 6 Beilagen



## A 1 Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

1.01	Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 1996 : wichtigste Indikatoren	60
1.02	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG insgesamt	61
1.03	Betriebsrechnung der Versicherung mit ordentlicher Franchise	62
1.04	Betriebsrechnung der Versicherungen mit wählbarer Franchise	63
1.05	Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung	64
1.06	Betriebsrechnung der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers	65
1.07	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Personen mit Wohnsitz in einem EG-Staat	66
1.08	Gesamtbetriebsergebnis nach Versicherungsform ab 1996	67
1.09	Gesamtbetriebsergebnis je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1996	67
1.10	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen nach Versicherungsform ab 1996	68
1.11	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1996	68
1.12	Stand der Reserven per 31.12. ab 1996	69
1.13	Stand der Rückstellungen per 31.12. für unerledigte Versicherungsfälle ab 1996	69

**T 1.01 Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 1996: wichtigste Indikatoren**

2005

Merkmale	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Veränderung 2004 - 2005 in %	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1996 - 2005 in %	Schät- zung 2006 Schätzung 2007 <sup>5</sup>	Schätzung Veränderung 2005 - 2006 in %	Schätzung Veränderung 2006 - 2007 in %
1 - Anzahl Versicherter OKP	145	129	118	109	101	99	93	93	92	85	-7,6%	-5,8%	-	-	-
2 - Versichertenbestand per 31.12. in 1'000	7'195	7'215	7'249	7'287	7'288	7'321	7'359	7'393	7'420	7'458	0,5%	0,4%	7'497	0,5%	0,5%
3A - Anzahl Erkrankte in 1'000	5'600	5'669	5'769	5'833	5'947	6'044	6'171	6'105	6'076	6'104	0,5%	1,0%	-	-	-
3B - Anzahl Erkrankte je 100 Versicherte	77,8	78,6	79,6	80,3	81,8	82,6	83,8	82,6	81,9	81,8	-0,1%	0,6%	-	-	-
4 - Anzahl Spitalerweisungen in 1'000	1'117	1'150	1'155	1'096	1'098	1'193	1'207	1'148	1'196	1'219	1,9%	1,0%	-	-	-
5 - Anzahl Spitaltage in 1'000	18'813	18'988	17'067	12'747	12'447	12'514	12'391	11'396	11'755	11'483	-2,2%	-5,3%	-	-	-
6A - Prämiensohl in Mio. Fr.	11'131	12'041	12'708	13'034	13'442	13'997	15'355	16'820	18'030	18'496	2,6%	5,8%	19'330	4,5%	4,1%
6B - Prämiensohl pro Versicherte(n) in Fr.	1'547	1'669	1'753	1'794	1'849	1'912	2'086	2'275	2'430	2'480	2,1%	5,4%	2'578	4,0%	3,5%
7A - Leistungen <sup>1</sup> in Mio. Fr.	12'459	13'138	14'024	14'621	15'478	16'386	17'096	17'924	19'140	20'348	6,3%	5,6%	21'069	3,5%	6,2%
7B - Leistungen <sup>1</sup> pro Versicherte(n) in Fr.	1'732	1'821	1'935	2'012	2'130	2'238	2'323	2'424	2'579	2'728	5,8%	5,2%	2'810	3,0%	5,6%
7C - davon ambulante Leistungen in Fr.	1'142	1'211	1'288	1'352	1'451	1'545	1'612	1'662	1'743	1'863	6,9%	5,6%	-	-	-
7D - davon stationäre Leistungen in Fr.	590	610	647	660	679	694	711	762	837	865	3,4%	4,3%	-	-	-
8A - Kostenbeteiligung in Mio. Fr.	1'679	1'778	2'097	2'190	2'288	2'400	2'503	2'588	2'832	2'995	5,7%	6,6%	3'117	4,1%	7,3%
8B - Kostenbeteiligung pro Versicherten in Fr.	233	246	289	301	315	328	340	350	382	402	5,2%	6,2%	416	3,5%	6,8%
9A - Bezahlte Leistungen <sup>2</sup> in Mio. Fr.	10'780	11'360	11'927	12'431	13'190	13'986	14'593	15'336	16'308	17'353	6,4%	5,4%	17'963	3,5%	6,0%
9B - Bezahlte Leistungen <sup>2</sup> pro Versicherten in Fr.	1'498	1'575	1'645	1'711	1'815	1'910	1'983	2'074	2'198	2'327	5,9%	5,0%	2'395	2,9%	5,4%
10A - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Mio. Fr.	960	893	855	854	863	909	924	949	987	999	1,2%	0,4%	1'011	1,2%	1,2%
10B - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen pro Versicherten in Fr.	133	124	118	118	119	124	125	128	133	134	0,7%	0,0%	135	0,7%	0,7%
11 - Gesamtbetriebsergebnis in Mio. Fr.	-320	70	0	-49	-306	-790	-224	400	514	171	-	-	-	-	-
12A - Rückstellungen: Stand per 31.12. in Mio. Fr.	3'455	3'508	3'694	3'810	3'956	3'996	4'018	4'264	4'488	4'710	5,0%	3,5%	4'866	3,3%	3,7%
12B - Rückstellungen per 31.12. pro Versicherten in Fr.	480	486	510	524	544	546	546	577	605	632	4,4%	3,1%	649	2,8%	3,1%
12C - Rückstellungsquote <sup>3</sup> per 31.12. in %	32,0%	30,9%	31,0%	30,7%	30,0%	28,6%	27,5%	27,8%	27,5%	27,1%	-1,4%	-1,8%	27,1%	-0,1%	-2,2%
13A - Reserven: Stand per 31.12. in Mio. Fr.	2'856	2'992	2'986	3'077	2'832	2'103	1'966	2'394	2'968	3'184	7,3%	1,2%	3'543	11,3%	-2,3%
13B - Reserven per 31.12. pro Versicherten in Fr.	397	415	412	424	390	287	267	324	400	427	6,7%	0,8%	473	10,7%	-2,8%
13C - Reservequote <sup>4</sup> per 31.12. in %	25,7%	24,8%	23,5%	23,6%	21,1%	15,0%	12,8%	14,2%	16,5%	17,2%	4,6%	-4,3%	18,3%	6,5%	-6,1%

Datenstand: 22.9.06

- 1) Leistungen brutto = Leistungen inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten.
- 2) Leistungen netto = Leistungen der Versicherer abzüglich Kostenbeteiligung der Versicherten.
- 3) Rückstellungen in Prozent der bezahlten Leistungen.
- 4) Reserven in Prozent des Prämiensohls.
- 5) Quelle (Schätzungen): Prämien genehmigungsverfahren BAG, ausser Versichertenbestand und Verwaltungsaufwand / Abschreibungen [2006(7) = 2005(6) + Veränderung 2004-05 in %].

Quelle: T 8.02, 11.02, 9.25, 3.14, 3.15, 2.16, 2.18, 2.01, 2.02, 2.20, 2.21, 1.10, 1.08, 1.12, 1.13 (ohne Schätzungen).

oder

Formulare EF123:

1 - Anzahl Versicherter mit EF 1.12 A Total > 0	8B = [8A] / [2]
2 - Bestand EF 3.3 Total	9A = [7A] - [8A]
3A EF3 T.3.7.1	9A = [7A] - [8A]
3B = [3A] / [2] * 100	9B = [7B] - [8B]
4 EF3 T.3.7.2	10A EF2 Konten 40-47 + 48 K+U Seiten 2.2 -> 2.7
5 EF3 T.3.7.2	10B = [10A] / [2]
6A EF3 T.3.4	11 EF2 Konto Gesamtbetriebsergebnis Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7
6B = [6A] / [2]	12A EF 1.4 Konto 270
7A EF3 T.3.6	12B = [12A] / [2]
7B = [7A] / [2]	12C = [12A] / [9A] * 100 in %
7C EF3 T.3.6 / [2]	13A EF 1.5 Konten 290 + 290.9
7D EF3 T.3.6 / [2]	13B = [13A] / [2]
8A EF2 Konto 32 K+U Seiten 2.2 -> 2.7	13C = [13A] / [6A] * 100 in %

T 1.02 Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG  
insgesamt <sup>1</sup>

2005

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	17'747'059'528	749'360'089	18'496'419'617
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-55'873'508	-3'226'731	-59'100'239
65 Andere Beitragsanteile	5'150'929	206'415	5'357'344
60-65 Brutto-Prämien	17'696'336'949	746'339'773	18'442'676'722
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-42'351'641	-1'926'373	-44'278'014
60-66 Eigene Versicherungsprämien	17'653'985'308	744'413'400	18'398'398'708
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	1'417'623'256	67'210'065	1'484'833'321
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-1'415'849'491	-66'700'927	-1'482'550'418
69 Sonstige Betriebserträge	83'481'432	3'223'717	86'705'149
6 Total Versicherungsertrag	17'739'240'505	748'146'255	18'487'386'760
31 Leistungen	19'668'925'707	678'780'940	20'347'706'647
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-2'909'509'344	-85'477'265	-2'994'986'610
30-33 Bezahlte Leistungen	16'759'416'363	593'303'674	17'352'720'037
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	-9'838'510	-57'066	-9'895'576
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	216'636'064	8'418'204	225'054'269
30-35 Brutto-Leistungen	16'966'213'917	601'664'813	17'567'878'730
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-46'234'947	-2'586'897	-48'821'844
37 Risikoausgleich	105'132'719	-113'597'844	-8'465'126
3 Total Versicherungsaufwand	17'025'111'689	485'480'071	17'510'591'760
40-47 Verwaltungsaufwand	871'534'050	38'786'117	910'320'167
48 Abschreibungen	84'275'448	4'541'837	88'817'285
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	1'457'161	62'991	1'520'153
4 Total Betriebsaufwand	957'266'660	43'390'946	1'000'657'606
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	17'982'378'349	528'871'016	18'511'249'366
Versicherungsbetriebsergebnis	-243'137'844	219'275'238	-23'862'606
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	185'010'659	10'276'620	195'287'280
Gesamtbetriebsergebnis	-58'127'185	229'551'858	171'424'674

Datenstand: 18.7.06

1) Vgl. Fussnote 3) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF2 [Summe 2.2 bis 2.7]

**T 1.03 Betriebsrechnung der Versicherung <sup>1</sup> mit ordentlicher Franchise****2005**

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61	Prämien	8'464'929'847	416'888'918	<b>8'881'818'765</b>
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-26'056'817	-1'722'251	<b>-27'779'068</b>
65	Andere Beitragsanteile	3'758'932	168'054	<b>3'926'986</b>
60-65	Brutto-Prämien	8'442'631'962	415'334'721	<b>8'857'966'684</b>
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-25'260'601	-1'363'795	<b>-26'624'396</b>
60-66	Eigene Versicherungsprämien	8'417'371'362	413'970'926	<b>8'831'342'288</b>
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	804'907'670	42'985'896	<b>847'893'566</b>
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-802'185'965	-42'517'575	<b>-844'703'541</b>
69	Sonstige Betriebserträge	31'758'513	1'511'842	<b>33'270'355</b>
6	Total Versicherungsertrag	8'451'851'579	415'951'088	<b>8'867'802'668</b>
31	Leistungen	11'845'608'403	430'795'107	<b>12'276'403'510</b>
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'288'248'800	-39'775'832	<b>-1'328'024'632</b>
30-33	Bezahlte Leistungen	10'557'359'603	391'019'275	<b>10'948'378'878</b>
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	-4'949'496	-48'487	<b>-4'997'984</b>
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	136'960'300	5'458'535	<b>142'418'835</b>
30-35	Brutto-Leistungen	10'689'370'407	396'429'323	<b>11'085'799'730</b>
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-29'984'780	-1'861'077	<b>-31'845'858</b>
37	Risikoausgleich	-819'217'763	-115'629'164	<b>-934'846'928</b>
3	Total Versicherungsaufwand	9'840'167'863	278'939'082	<b>10'119'106'944</b>
40-47	Verwaltungsaufwand	429'997'719	22'387'668	<b>452'385'387</b>
48	Abschreibungen	44'578'910	2'737'430	<b>47'316'340</b>
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	811'748	40'675	<b>852'423</b>
4	Total Betriebsaufwand	475'388'376	25'165'773	<b>500'554'149</b>
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	10'315'556'239	304'104'854	<b>10'619'661'094</b>
	Versicherungsbetriebsergebnis	-1'863'704'660	111'846'234	<b>-1'751'858'426</b>
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	96'042'805	6'399'483	<b>102'442'288</b>
	Gesamtbetriebsergebnis	-1'767'661'855	118'245'717	<b>-1'649'416'138</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [ 2.2 ]

**T 1.04 Betriebsrechnung der Versicherungen <sup>1</sup> mit wählbarer Franchise**
**2005**

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61	Prämien	7'455'179'879	267'675'273	<b>7'722'855'152</b>
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-24'201'678	-1'292'031	<b>-25'493'710</b>
65	Andere Beitragsanteile	1'233'127	29'787	<b>1'262'913</b>
60-65	Brutto-Prämien	7'432'211'328	266'413'028	<b>7'698'624'356</b>
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-15'988'260	-526'363	<b>-16'514'622</b>
60-66	Eigene Versicherungsprämien	7'416'223'068	265'886'665	<b>7'682'109'733</b>
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	487'821'626	19'643'264	<b>507'464'890</b>
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-490'515'107	-19'711'676	<b>-510'226'783</b>
69	Sonstige Betriebserträge	45'577'436	1'493'836	<b>47'071'273</b>
6	Total Versicherungsertrag	7'459'107'023	267'312'090	<b>7'726'419'113</b>
31	Leistungen	6'289'279'074	188'741'011	<b>6'478'020'084</b>
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'334'999'761	-36'823'198	<b>-1'371'822'959</b>
30-33	Bezahlte Leistungen	4'954'279'312	151'917'813	<b>5'106'197'125</b>
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	-8'132'547	-133'297	<b>-8'265'845</b>
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	51'073'706	1'832'951	<b>52'906'657</b>
30-35	Brutto-Leistungen	4'997'220'471	153'617'467	<b>5'150'837'938</b>
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-15'536'728	-699'667	<b>-16'236'395</b>
37	Risikoausgleich	732'193'231	-5'198'557	<b>726'994'673</b>
3	Total Versicherungsaufwand	5'713'876'974	147'719'242	<b>5'861'596'216</b>
40-47	Verwaltungsaufwand	352'821'484	13'248'056	<b>366'069'541</b>
48	Abschreibungen	31'408'268	1'460'432	<b>32'868'701</b>
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	404'539	14'042	<b>418'581</b>
4	Total Betriebsaufwand	384'634'291	14'722'531	<b>399'356'822</b>
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	6'098'511'265	162'441'773	<b>6'260'953'038</b>
	Versicherungsbetriebsergebnis	1'360'595'758	104'870'317	<b>1'465'466'075</b>
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	77'286'275	3'404'119	<b>80'690'394</b>
	Gesamtbetriebsergebnis	1'437'882'034	108'274'435	<b>1'546'156'469</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [ 2.3]

**T 1.05 Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung <sup>1</sup>****2005**

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	16'388'659	479'004	<b>16'867'663</b>
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-25'899	-785	<b>-26'684</b>
65 Andere Beitragsanteile	1'752	49	<b>1'801</b>
60-65 Brutto-Prämien	16'364'512	478'268	<b>16'842'780</b>
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	0	0	<b>0</b>
60-66 Eigene Versicherungsprämien	16'364'512	478'268	<b>16'842'780</b>
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	527'737	17'001	<b>544'738</b>
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-548'095	-17'616	<b>-565'711</b>
69 Sonstige Betriebserträge	162'322	4'227	<b>166'548</b>
6 Total Versicherungsertrag	16'506'475	481'880	<b>16'988'355</b>
31 Leistungen	8'594'166	513'071	<b>9'107'237</b>
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'330'238	-70'080	<b>-1'400'318</b>
30-33 Bezahlte Leistungen	7'263'928	442'991	<b>7'706'919</b>
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	3'850	117	<b>3'968</b>
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	22'534	1'982	<b>24'516</b>
30-35 Brutto-Leistungen	7'290'312	445'090	<b>7'735'402</b>
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	<b>0</b>
37 Risikoausgleich	3'382'256	164'561	<b>3'546'817</b>
3 Total Versicherungsaufwand	10'672'568	609'651	<b>11'282'219</b>
40-47 Verwaltungsaufwand	571'453	21'285	<b>592'738</b>
48 Abschreibungen	136'173	4'469	<b>140'642</b>
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	875	26	<b>901</b>
4 Total Betriebsaufwand	708'501	25'779	<b>734'280</b>
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	11'381'068	635'430	<b>12'016'499</b>
Versicherungsbetriebsergebnis	5'125'407	-153'550	<b>4'971'857</b>
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	108'864	4'541	<b>113'406</b>
Gesamtbetriebsergebnis	5'234'271	-149'009	<b>5'085'262</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [ 2.4]

**T 1.06 Betriebsrechnung der Versicherungen <sup>1</sup> mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers**

**2005**

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	1'810'561'142	64'316'894	<b>1'874'878'036</b>
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-5'589'114	-211'664	<b>-5'800'778</b>
65 Andere Beitragsanteile	157'118	8'525	<b>165'643</b>
60-65 Brutto-Prämien	1'805'129'147	64'113'755	<b>1'869'242'902</b>
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-1'102'780	-36'215	<b>-1'138'995</b>
60-66 Eigene Versicherungsprämien	1'804'026'366	64'077'541	<b>1'868'103'907</b>
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	124'366'223	4'563'904	<b>128'930'127</b>
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-122'600'324	-4'454'060	<b>-127'054'384</b>
69 Sonstige Betriebserträge	5'983'161	213'812	<b>6'196'973</b>
6 Total Versicherungsertrag	1'811'775'427	64'401'197	<b>1'876'176'624</b>
31 Leistungen	1'525'444'065	58'731'751	<b>1'584'175'816</b>
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-284'930'545	-8'808'155	<b>-293'738'700</b>
30-33 Bezahlte Leistungen	1'240'513'520	49'923'595	<b>1'290'437'116</b>
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	3'239'684	124'601	<b>3'364'285</b>
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	28'579'524	1'124'736	<b>29'704'260</b>
30-35 Brutto-Leistungen	1'272'332'728	51'172'933	<b>1'323'505'661</b>
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-713'438	-26'153	<b>-739'592</b>
37 Risikoausgleich	188'774'996	7'065'316	<b>195'840'312</b>
3 Total Versicherungsaufwand	1'460'394'285	58'212'096	<b>1'518'606'381</b>
40-47 Verwaltungsaufwand	88'143'394	3'129'108	<b>91'272'502</b>
48 Abschreibungen	8'152'097	339'506	<b>8'491'604</b>
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	240'000	8'249	<b>248'249</b>
4 Total Betriebsaufwand	96'535'491	3'476'863	<b>100'012'354</b>
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	1'556'929'777	61'688'959	<b>1'618'618'735</b>
Versicherungsbetriebsergebnis	254'845'651	2'712'238	<b>257'557'889</b>
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	11'572'715	468'478	<b>12'041'192</b>
Gesamtbetriebsergebnis	266'418'365	3'180'716	<b>269'599'081</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [Summe 2.5 bis 2.7]

**T 1.07 Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Personen mit Wohnsitz in einem EG-Staat, in Island oder in Norwegen, inklusive GrenzgängerInnen <sup>1</sup>**

2005

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61.1 Prämien für Effektivkosten	51'711'317	1'644'732	53'356'049
61.2 Prämien für Pauschalkosten	3'785'318	206'351	3'991'669
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-406'856	-15'897	-422'753
65 Andere Beitragsanteile	33'037	1'720	34'757
60-65 Brutto-Prämien	55'122'816	1'836'906	56'959'722
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-32'086	-610	-32'695
60-66 Eigene Versicherungsprämien	55'090'731	1'836'296	56'927'027
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	920'679	33'716	954'396
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-1'395'336	-42'531	-1'437'867
69 Sonstige Betriebserträge	34'999	1'312	36'311
6 Total Versicherungsertrag	54'651'073	1'828'794	56'479'867
31.1 Leistungen (Effektivkosten)	31'345'545	543'795	31'889'340
31.2 Leistungen (Pauschalkosten)	1'361'870	35'800	1'397'670
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-3'176'484	-53'325	-3'229'809
30-33 Bezahlte Leistungen	29'530'931	526'270	30'057'201
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	31'485	490	31'975
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	9'538'776	277'904	9'816'680
35.1 Rückstellungen für Pauschalkosten	462'597	45'137	507'734
30-35 Brutto-Leistungen	39'563'789	849'801	40'413'590
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-17'257	-161	-17'419
37 Risikoausgleich	7'042'544	118'049	7'160'593
3 Total Versicherungsaufwand	46'589'075	967'689	47'556'764
40-47 Verwaltungsaufwand	2'901'893	101'413	3'003'306
48 Abschreibungen	686'548	20'223	706'771
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	4'670	151	4'821
4 Total Betriebsaufwand	3'593'111	121'787	3'714'897
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	50'182'186	1'089'475	51'271'661
Versicherungsbetriebsergebnis	4'468'888	739'319	5'208'206
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	352'608	13'413	366'021
Gesamtbetriebsergebnis	4'821'495	752'732	5'574'227

**Nur GrenzgängerInnen <sup>2</sup>**

Leistungen (31.1 + 31.2)	-	-	18'491'887
Kostenbeteiligung der Versicherten (32) (-)	-	-	-2'030'581
Bezahlte Leistungen (30-33)	-	-	16'461'307

Datenstand: 18.7.06

1) Ohne Liechtenstein. Versichertenbestand : siehe T 11.13.

2) GrenzgängerInnen, sowie ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen (Versicherte gemäss Art. 3 KVV).

Quelle: Formular EF2 [T.E] &amp; EF1 [1.12]

**T 1.08 Gesamtbetriebsergebnis in Franken nach Versicherungsform ab 1996**

**2005**

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
1996	-991'775'322	663'779'882	3'167'199	4'895'896	-319'932'346
1997	-876'459'686	838'256'173	-2'030'295	110'405'696	70'171'888
1998	-430'866'451	357'976'738	4'544'767	68'311'649	-33'297
1999	-927'498'708	825'438'408	3'614'253	49'059'277	-49'386'770
2000	-1'105'229'685	733'255'418	3'877'651	62'142'503	-305'954'113
2001	-1'433'346'588	618'037'014	2'472'338	23'119'861	-789'717'375
2002	-1'276'900'302	976'642'735	4'263'893	72'321'312	-223'672'363
2003	-1'199'959'344	1'406'688'223	4'842'490	188'158'568	399'729'936
2004	-1'391'640'712	1'634'981'206	5'236'325	265'564'837	514'141'656
<b>2005</b>	<b>-1'649'416'138</b>	<b>1'546'156'469</b>	<b>5'085'262</b>	<b>269'599'081</b>	<b>171'424'674</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 1.03, 1.04, 1.05, 1.06

**T 1.09 Gesamtbetriebsergebnis in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1996**

**2005**

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
1996	-209	288	114	40	-44
1997	-215	306	-177	288	10
1998	-107	131	384	138	0
1999	-232	304	352	91	-7
2000	-282	266	395	108	-42
2001	-369	218	265	39	-108
2002	-335	328	483	130	-30
2003	-327	453	582	312	54
2004	-382	541	647	355	69
<b>2005</b>	<b>-457</b>	<b>526</b>	<b>659</b>	<b>298</b>	<b>23</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 1.08 / T 11.05

**T 1.10 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Franken nach Versicherungsform ab 1996****2005**

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	In % des Versicherungs- und Betriebsaufwands	Versicherungs- und Betriebsaufwand
1996	649'209'078	296'204'692	2'703'444	11'710'365	959'827'579	8.2%	11'761'162'275
1997	500'889'187	356'202'290	947'002	35'169'957	893'208'437	7.2%	12'344'736'444
1998	457'365'467	348'237'805	775'330	48'566'196	854'944'797	6.6%	13'044'627'279
1999	466'630'422	332'810'614	653'141	54'148'946	854'243'123	6.4%	13'448'357'261
2000	463'039'687	338'664'059	692'132	60'882'478	863'278'357	6.1%	14'203'722'035
2001	473'405'802	367'784'679	749'931	66'915'939	908'856'352	6.1%	14'927'903'776
2002	472'860'051	381'940'534	686'255	68'086'548	923'573'389	5.9%	15'573'087'950
2003	470'970'298	408'594'784	692'369	68'876'407	949'133'859	5.7%	16'621'620'848
2004	484'897'853	415'930'593	723'109	85'829'196	987'380'752	5.6%	17'610'315'937
<b>2005</b>	<b>499'701'727</b>	<b>398'938'241</b>	<b>733'379</b>	<b>99'764'106</b>	<b>999'137'453</b>	<b>5.4%</b>	<b>18'511'249'366</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 1.03, 1.04, 1.05, 1.06 [4] &amp; 1.02 [3/4]

**T 1.11 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1996****2005**

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1996	137	128	97	96	133	15.1%
1997	123	130	82	92	124	-7.2%
1998	114	128	66	98	118	-4.7%
1999	117	123	64	100	118	-0.3%
2000	118	123	71	105	119	1.0%
2001	122	130	80	112	124	4.5%
2002	124	128	78	122	125	1.1%
2003	128	132	83	114	128	2.3%
2004	133	138	89	115	133	3.7%
<b>2005</b>	<b>139</b>	<b>136</b>	<b>95</b>	<b>110</b>	<b>134</b>	<b>0.7%</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 1.10 / T 11.05

**T 1.12 Stand der Reserven per 31.12. in Franken ab 1996**
**2005**

Jahr	Stand Reserven in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	Reserven <sup>1</sup> pro versicherte Person in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	Reservequote <sup>2</sup>	Veränd. gegenüber Vorjahr
1996	2'856'077'150	–	397	–	25.7%	–
1997	2'991'879'965	4.8%	415	4.5%	24.8%	-3.2%
1998	2'985'530'959	-0.2%	412	-0.7%	23.5%	-5.5%
1999	3'077'412'147	3.1%	424	2.8%	23.6%	0.5%
2000	2'832'106'459	-8.0%	390	-8.0%	21.1%	-10.8%
2001	2'102'639'270	-25.8%	287	-26.3%	15.0%	-28.7%
2002	1'965'532'086	-6.5%	267	-7.0%	12.8%	-14.8%
2003	2'393'706'073	21.8%	324	21.2%	14.2%	11.2%
2004	2'968'481'015	24.0%	400	23.6%	16.5%	15.7%
<b>2005</b>	<b>3'184'488'330</b>	<b>7.3%</b>	<b>427</b>	<b>6.7%</b>	<b>17.2%</b>	<b>4.6%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Vgl. Tabelle 11.06.

2) Reserven in % des Prämienolls (vgl. Tabelle 3.14).

Quelle: T 8.10 [290 + 290.9]; T 11.06; T 3.14

**T 1.13 Stand der Rückstellungen per 31.12. für unerledigte Versicherungsfälle in Franken ab 1996**
**2005**

Jahr	Stand Rückstellungen in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	Stand Rückstellungen pro versicherte Person in Fr. <sup>1</sup>	Veränd. gegenüber Vorjahr	Rückstellungen in % der bezahlten Leistungen <sup>2</sup>	Veränd. gegenüber Vorjahr
1996	3'454'536'792	–	480	–	32.0%	–
1997	3'507'897'754	1.5%	486	1.3%	30.9%	-3.6%
1998	3'693'957'839	5.3%	510	4.8%	31.0%	0.3%
1999	3'810'018'377	3.1%	524	2.9%	30.7%	-1.0%
2000	3'956'218'486	3.8%	544	3.8%	30.0%	-2.1%
2001	3'996'358'840	1.0%	546	0.3%	28.6%	-4.7%
2002	4'018'023'804	0.5%	546	0.0%	27.5%	-3.6%
2003	4'264'253'541	6.1%	577	5.6%	27.8%	1.0%
2004	4'487'986'097	5.2%	605	4.9%	27.5%	-1.0%
<b>2005</b>	<b>4'710'406'319</b>	<b>5.0%</b>	<b>632</b>	<b>4.4%</b>	<b>27.1%</b>	<b>-1.4%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Vgl. Tabelle 11.06.

2) Vgl. Tabelle 2.20.

Quelle: T 8.10 [270]; T 11.06; T 2.20



## A 2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP

2.01	Kostenbeteiligung der Versicherten in Fr. nach Versicherungsform ab 1996	72
2.02	Kostenbeteiligung je versicherte Person in Fr. nach Versicherungsform ab 1996	73
2.03	Kantonale bezahlte Leistungen pro Versicherten pro Jahr in Franken ab 1996	74
2.04	Bruttokosten nach Kantonen	75
2.05	Bruttokosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen	76
2.06	Bruttokosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht	77
2.07	Effektive Kosten nach Kantonen	78
2.08	Effektive Kosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen	79
2.09	Effektive Kosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht	80
2.10	Kostenbeteiligung pro Versicherten pro Jahr nach Kantonen	81
2.11	Kostenbeteiligung pro Versicherten pro Jahr nach Altersgruppen und Geschlecht	82
2.12	Effektive Kosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen und Altersgruppen	83
2.13	Kostenbeteiligung pro Versicherten pro Jahr nach Kantonen und Altersgruppen	84
2.14	Leistungen (brutto) nach Versicherungsform ab 1996	85
2.15	Leistungen (brutto) je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1996	86
2.16	Leistungen (brutto) nach Kostengruppen ab 1996	87
2.17	Leistungen (brutto) nach Kostengruppen	88
2.18	Leistungen (brutto) je versicherte Person nach Kostengruppen ab 1996	89
2.19	Leistungen (brutto) je versicherte Person nach Kostengruppen	90
2.20	Bezahlte Leistungen nach Versicherungsform ab 1996	91
2.21	Bezahlte Leistungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1996	92
2.22	Leistungen (brutto) in Fr. nach Versicherungsform	93
2.23	Leistungen (brutto) in Fr. je versicherte Person nach Versicherungsform	93

**T 2.01 Kostenbeteiligung der Versicherten in Franken nach Versicherungsform ab 1996****2005**

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1996	1'089'264'801	580'101'662	4'375'346	4'789'929	1'678'531'738	30.1%
1997	879'950'459	850'703'379	1'704'020	45'624'484	1'777'982'343	5.9%
1998	1'013'899'968	981'741'080	1'294'283	100'297'469	2'097'232'800	18.0%
1999	1'011'361'150	1'055'568'640	792'455	122'178'940	2'189'901'184	4.4%
2000	1'054'450'601	1'090'720'983	1'251'221	141'594'740	2'288'017'545	4.5%
2001	1'083'514'122	1'158'413'361	1'268'101	156'993'945	2'400'189'529	4.9%
2002	1'089'828'946	1'244'155'033	1'260'301	167'586'087	2'502'830'366	4.3%
2003	1'079'925'866	1'341'491'360	1'220'652	165'861'773	2'588'499'652	3.4%
2004	1'255'470'263	1'341'301'393	1'377'607	234'163'133	2'832'312'396	9.4%
<b>2005</b>	<b>1'328'024'632</b>	<b>1'371'822'959</b>	<b>1'400'318</b>	<b>293'738'700</b>	<b>2'994'986'610</b>	<b>5.7%</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 1.03; 1.04; 1.05; 1.06 [32]

**T 2.02 Kostenbeteiligung<sup>1</sup> je versicherte Person in Franken nach Versicherungsform ab 1996**

2005

Alle Versicherte	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1996	230	252	157	39	233	-
1997	215	311	148	119	246	5.6%
1998	252	360	109	203	289	17.4%
1999	253	389	77	225	301	4.2%
2000	269	395	128	245	315	4.5%
2001	279	409	136	263	328	4.1%
2002	286	417	143	301	340	3.7%
2003	294	432	147	275	350	2.9%
2004	345	443	170	313	382	9.0%
<b>2005</b>	<b>368</b>	<b>467</b>	<b>182</b>	<b>324</b>	<b>402</b>	<b>5.2%</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 2.01 / T 11.05

**Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe ab 1996<sup>2</sup>**

Kinder (0-18 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	52	149	-	36	64	-
1998	55	163	32	44	68	6.3%
1999	56	166	38	47	69	1.1%
2000	58	178	33	50	72	5.0%
2001	62	182	41	52	75	4.4%
2002	62	182	41	56	75	0.0%
2003	65	182	41	58	77	3.0%
2004	68	184	41	64	81	4.4%
<b>2005</b>	<b>74</b>	<b>202</b>	<b>42</b>	<b>70</b>	<b>88</b>	<b>8.9%</b>

Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	169	205	140	124	181	-
1998	207	241	126	172	221	21.8%
1999	214	264	129	192	234	6.0%
2000	221	274	119	199	241	3.2%
2001	230	287	-	212	252	4.5%
2002	237	287	-	231	259	2.6%
2003	244	297	-	231	267	3.3%
2004	275	312	-	258	290	8.4%
<b>2005</b>	<b>299</b>	<b>320</b>	<b>185</b>	<b>255</b>	<b>303</b>	<b>4.4%</b>

Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	310	334	142	190	315	-
1998	355	400	115	275	370	17.2%
1999	372	413	128	302	385	4.2%
2000	393	434	105	322	406	5.4%
2001	410	452	134	334	423	4.2%
2002	421	460	149	358	435	2.8%
2003	438	468	148	343	445	2.5%
2004	503	487	188	395	486	9.1%
<b>2005</b>	<b>531</b>	<b>503</b>	<b>192</b>	<b>405</b>	<b>505</b>	<b>4.0%</b>

Datenstand: 1997 - 2000 : 16.4.02 ; 2001-2002 : 24.4.03 ; 2003 : 28.4.04 ; 2004 : 4.6.05 ; 2005 : 16.5.06

Quelle: DATENPOOL santésuisse / Auswertung BAG / Abdeckungsgrad der Erhebung CH:

2005: 97,8% / 2004: 97,8% / 2003: 94,8% / 2002: 94,7% / 2001: 92,9% / 2000: 92,2% / 1999: 92,8% / 1998: 93% / 1997: 91,2%

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

2) Diese Auswertung basiert auf der Gesamtheit der Versicherten, für die Alter, Geschlecht, Kanton, Versicherungsform und Franchisehöhe bekannt sind.

**T 2.03 Kantonale bezahlte Leistungen<sup>1</sup> pro Versicherten pro Jahr in Franken ab 1996****2005**

Kanton	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ZH	1'550	1'575	1'712	1'767	1'854	1'946	1'998	2'041	2'205	2'263
BE	1'408	1'405	1'556	1'638	1'832	1'887	1'966	2'126	2'366	2'495
LU	1'131	1'185	1'247	1'320	1'425	1'530	1'580	1'687	1'800	1'961
UR	1'142	1'223	1'226	1'305	1'419	1'570	1'489	1'622	1'668	1'855
SZ	1'184	1'225	1'220	1'329	1'434	1'591	1'579	1'700	1'791	1'891
OW	1'137	1'181	1'264	1'290	1'397	1'432	1'455	1'568	1'619	1'745
NW	1'093	1'091	1'129	1'208	1'351	1'381	1'410	1'527	1'556	1'650
GL	1'227	1'304	1'340	1'481	1'589	1'657	1'720	1'748	1'866	1'970
ZG	1'146	1'160	1'230	1'291	1'396	1'564	1'652	1'696	1'773	1'867
FR	1'415	1'676	1'575	1'642	1'704	1'823	1'920	1'947	2'009	2'140
SO	1'431	1'324	1'482	1'548	1'646	1'724	1'839	2'005	2'081	2'190
BS	2'130	2'231	2'343	2'423	2'586	2'736	2'756	2'805	2'883	3'142
BL	1'578	1'605	1'649	1'770	1'894	2'012	2'085	2'167	2'197	2'359
SH	1'356	1'458	1'534	1'736	1'831	1'926	1'971	2'049	2'120	2'205
AR	1'093	1'156	1'201	1'317	1'421	1'480	1'519	1'649	1'698	1'774
AI	937	978	980	1'111	1'222	1'304	1'422	1'474	1'465	1'572
SG	1'138	1'221	1'269	1'372	1'447	1'519	1'603	1'748	1'829	1'892
GR	1'090	1'242	1'274	1'397	1'554	1'573	1'597	1'799	1'866	1'943
AG	1'236	1'261	1'368	1'484	1'600	1'689	1'760	1'854	1'912	2'044
TG	1'183	1'447	1'490	1'563	1'631	1'694	1'827	1'915	1'907	1'972
TI	1'908	1'955	1'985	2'048	2'244	2'359	2'511	2'652	2'633	2'810
VD	1'893	2'045	2'059	2'097	2'269	2'423	2'480	2'576	2'616	2'740
VS	1'298	1'416	1'392	1'477	1'625	1'716	1'795	1'906	1'912	2'033
NE	1'800	1'793	2'003	1'860	2'231	2'346	2'371	2'464	2'659	2'679
GE	2'224	2'354	2'570	2'550	2'672	2'916	3'016	2'872	2'998	3'227
JU	1'667	1'744	1'826	2'011	2'030	2'178	2'254	2'092	2'254	2'462
<b>CH</b>	<b>1'499</b>	<b>1'557</b>	<b>1'648</b>	<b>1'717</b>	<b>1'847</b>	<b>1'947</b>	<b>2'014</b>	<b>2'109</b>	<b>2'212</b>	<b>2'330</b>

Datenstand : 16.05.06

Quelle: ab 1997: DATENPOOL santésuisse / Auswertung BAG / Abdeckungsgrad der Erhebung CH : siehe T 3.15 / 1996: T 2.08.

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen.

Bezahlte Leistungen der Versicherer = Leistungen der Versicherer **ohne** Kostenbeteiligungen der Versicherten.

T 2.04 Bruttokosten<sup>1</sup> in Fr. nach Kantonen

2005

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	Veränd. gegenüber Vorjahr
ZH	210'371'369	1'292'544'627	1'903'818'365	3'196'362'992	3'406'734'361	4.0%
BE	131'152'311	1'084'854'429	1'548'395'511	2'633'249'940	2'764'402'251	5.6%
LU	51'707'185	314'328'496	450'118'172	764'446'668	816'153'853	8.0%
UR	4'500'426	30'070'025	42'573'483	72'643'508	77'143'934	10.5%
SZ	24'774'898	120'850'775	161'732'147	282'582'922	307'357'820	6.7%
OW	4'988'116	26'914'892	38'406'201	65'321'093	70'309'209	7.9%
NW	5'085'072	30'804'735	41'592'733	72'397'468	77'482'540	7.3%
GL	7'018'332	35'030'405	48'043'721	83'074'126	90'092'458	5.5%
ZG	14'002'575	89'536'687	128'897'817	218'434'504	232'437'079	7.0%
FR	47'736'195	241'945'678	349'854'027	591'799'705	639'535'900	7.4%
SO	40'169'753	254'660'352	346'556'492	601'216'844	641'386'597	5.6%
BS	32'969'252	256'776'537	395'876'187	652'652'724	685'621'976	8.6%
BL	49'221'790	294'826'699	413'044'994	707'871'693	757'093'483	7.8%
SH	10'081'875	73'196'076	112'384'897	185'580'973	195'662'848	4.0%
AR	7'753'529	43'171'798	60'348'705	103'520'503	111'274'032	4.7%
AI	2'078'617	11'573'224	14'379'540	25'952'764	28'031'381	8.0%
SG	75'636'087	400'292'498	564'794'026	965'086'524	1'040'722'611	4.3%
GR	28'624'558	171'393'351	240'863'037	412'256'388	440'880'946	3.4%
AG	90'484'701	536'750'361	742'180'556	1'278'930'917	1'369'415'618	7.5%
TG	39'871'663	215'353'214	290'471'397	505'824'611	545'696'274	4.8%
TI	53'876'192	409'764'115	574'771'904	984'536'019	1'038'412'211	7.8%
VD	147'628'766	765'148'936	1'164'495'242	1'929'644'178	2'077'272'944	5.3%
VS	46'833'870	277'185'622	379'427'883	656'613'505	703'447'375	8.1%
NE	32'321'084	196'415'646	297'991'739	494'407'385	526'728'469	0.9%
GE	102'881'709	540'567'634	855'748'277	1'396'315'911	1'499'197'620	6.8%
JU	13'770'976	78'321'790	111'712'972	190'034'762	203'805'738	7.4%
<b>CH</b>	<b>1'275'540'901</b>	<b>7'792'278'602</b>	<b>11'278'480'025</b>	<b>19'070'758'627</b>	<b>20'346'299'528</b>	<b>5.9%</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Bruttokosten = Leistungen (brutto) der Versicherer in der OKP mit Kostenbeteiligung durch die Versicherten; (vgl. hierzu auch Tabellen 2.14, 2.16 et 2.17).

**T 2.05 Bruttokosten<sup>1</sup> in Fr. pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen****2005**

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	Veränd. gegenüber Vorjahr
ZH	72	215	298	258	223	3.3%
BE	58	245	321	285	240	5.6%
LU	55	192	261	227	189	7.6%
UR	49	182	255	219	182	10.9%
SZ	68	186	254	220	187	5.9%
OW	54	172	244	208	173	7.9%
NW	52	164	222	193	164	6.5%
GL	71	196	259	228	195	6.2%
ZG	55	177	255	216	184	5.4%
FR	67	211	295	254	210	5.9%
SO	66	219	283	252	214	5.5%
BS	95	297	406	355	313	9.3%
BL	80	236	310	274	237	7.7%
SH	57	209	300	256	217	4.4%
AR	55	177	236	207	174	5.0%
AI	46	166	215	190	154	6.9%
SG	61	190	255	223	187	4.0%
GR	63	186	255	221	190	3.8%
AG	62	200	269	235	199	6.7%
TG	62	200	262	232	193	4.2%
TI	78	278	349	315	272	7.3%
VD	87	264	367	318	267	4.5%
VS	63	202	264	234	198	7.0%
NE	75	259	357	310	260	0.9%
GE	100	303	428	369	311	6.3%
JU	73	250	335	294	244	7.6%
<b>CH</b>	<b>70</b>	<b>227</b>	<b>308</b>	<b>269</b>	<b>228</b>	<b>5.4%</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: T 2.04 / T 11.16

1) Bruttokosten = Leistungen (brutto) der Versicherer in der OKP **mit** Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

T 2.06 Bruttokosten <sup>1</sup> in Fr. pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht

2005

Altersgruppen	Männlich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Weiblich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
0 - 18	71	6.8%	68	6.1%	70	6.5%
19 - 25	74	1.2%	126	2.8%	100	2.3%
26 - 30	82	3.7%	176	4.3%	129	4.2%
31 - 35	96	3.8%	198	4.8%	147	4.5%
36 - 40	113	4.6%	188	5.7%	150	5.3%
41 - 45	135	4.3%	186	4.4%	160	4.3%
46 - 50	165	4.9%	216	4.8%	190	4.8%
51 - 55	209	4.1%	253	3.8%	231	3.9%
56 - 60	270	4.1%	295	3.2%	283	3.7%
61 - 65	342	6.2%	349	5.3%	346	5.7%
66 - 70	430	4.9%	411	4.4%	420	4.7%
71 - 75	538	6.6%	500	4.3%	517	5.4%
76 - 80	642	7.3%	617	4.3%	627	5.6%
81 - 85	747	5.9%	788	4.2%	773	4.8%
86 - 90	901	4.4%	1'043	2.7%	997	3.2%
> 90	1'162	5.2%	1'427	3.2%	1'362	3.6%
<b>Total</b>	<b>193</b>	<b>6.2%</b>	<b>261</b>	<b>4.8%</b>	<b>228</b>	<b>5.4%</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Bruttokosten = Leistungen (brutto) der Versicherer in der OKP mit Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

**T 2.07 Effektive Kosten<sup>1</sup> in Fr. nach Kantonen****2005**

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	Veränd. gegenüber Vorjahr
ZH	189'455'293	1'082'102'675	1'616'956'889	2'699'059'564	2'888'514'857	3.9%
BE	117'282'890	926'157'579	1'331'497'642	2'257'655'221	2'374'938'111	5.8%
LU	46'560'960	264'682'914	384'445'382	649'128'296	695'689'256	8.3%
UR	3'979'384	25'031'856	36'132'219	61'164'075	65'143'459	11.3%
SZ	22'398'543	99'437'729	135'917'120	235'354'849	257'753'392	6.5%
OW	4'518'531	22'164'691	32'396'830	54'561'521	59'080'052	8.1%
NW	4'557'583	25'413'490	34'718'896	60'132'386	64'689'969	7.5%
GL	6'339'273	28'954'891	40'261'359	69'216'250	75'555'523	5.5%
ZG	12'563'722	74'057'257	108'789'360	182'846'617	195'410'339	6.9%
FR	42'825'815	201'843'309	296'345'223	498'188'532	541'014'347	7.7%
SO	36'284'398	214'361'430	293'670'648	508'032'078	544'316'476	5.5%
BS	29'692'632	221'622'368	344'665'299	566'287'667	595'980'299	9.2%
BL	44'121'104	246'268'426	348'493'564	594'761'990	638'883'094	8.0%
SH	9'066'068	61'303'987	95'646'270	156'950'257	166'016'325	3.7%
AR	6'991'531	35'828'877	50'456'153	86'285'030	93'276'561	4.7%
AI	1'878'437	9'635'597	12'053'497	21'689'094	23'567'531	8.0%
SG	67'942'789	330'233'705	474'582'110	804'815'815	872'758'604	4.1%
GR	25'832'650	142'273'614	203'162'585	345'436'199	371'268'849	3.4%
AG	81'749'674	449'317'866	627'807'197	1'077'125'063	1'158'874'737	7.6%
TG	35'847'370	181'161'477	245'678'817	426'840'294	462'687'664	4.6%
TI	47'559'198	348'403'561	490'572'707	838'976'268	886'535'466	7.8%
VD	128'968'194	652'275'007	1'002'579'805	1'654'854'812	1'783'823'006	5.7%
VS	41'815'987	233'046'391	320'658'893	553'705'284	595'521'271	8.4%
NE	28'843'083	168'904'964	258'481'482	427'386'446	456'229'529	0.7%
GE	91'647'226	463'419'807	742'458'678	1'205'878'485	1'297'525'711	7.3%
JU	12'209'839	66'511'213	95'838'122	162'349'335	174'559'174	7.2%
<b>CH</b>	<b>1'140'932'174</b>	<b>6'574'414'681</b>	<b>9'624'266'747</b>	<b>16'198'681'428</b>	<b>17'339'613'602</b>	<b>6.0%</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Effektive Kosten = (bezahlte) Leistungen der Versicherer in der OKP **ohne** Kostenbeteiligung durch die Versicherten;  
(vgl. hierzu auch Tabelle 2.20).

T 2.08 Effektive Kosten <sup>1</sup> in Fr. pro Versicherten pro  
Versicherungsmonat nach Kantonen

2005

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene
ZH	65	180	253	218	189
BE	52	209	276	244	206
LU	49	161	223	193	161
UR	44	152	217	185	154
SZ	62	153	214	183	157
OW	49	141	206	174	145
NW	47	135	186	161	137
GL	65	162	217	190	163
ZG	49	147	216	181	154
FR	60	176	250	214	178
SO	59	185	240	213	182
BS	85	257	353	308	272
BL	72	197	262	230	200
SH	51	175	255	217	184
AR	49	147	198	173	146
AI	42	139	180	159	130
SG	55	157	215	186	157
GR	57	154	215	185	160
AG	56	168	228	198	168
TG	56	169	222	196	164
TI	69	236	298	269	233
VD	76	225	316	273	230
VS	56	170	223	197	168
NE	67	222	310	268	225
GE	89	259	371	319	269
JU	65	213	288	251	209
<b>CH</b>	<b>62</b>	<b>191</b>	<b>263</b>	<b>228</b>	<b>194</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: T 2.07 / T 11.16

1) Effektive Kosten = (bezahlte) Leistungen der Versicherer in der OKP **ohne** Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

**T 2.09 Effektive Kosten <sup>1</sup> in Fr. pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht****2005**

Altersgruppen	Männlich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Weiblich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
0 - 18	64	6.7%	61	5.9%	62	6.3%
19 - 25	53	0.3%	96	2.5%	75	1.8%
26 - 30	61	3.9%	141	4.6%	101	4.4%
31 - 35	72	3.6%	160	4.7%	116	4.3%
36 - 40	87	4.6%	150	5.8%	118	5.4%
41 - 45	106	4.2%	147	4.3%	126	4.3%
46 - 50	133	5.0%	174	4.8%	153	4.9%
51 - 55	172	4.1%	208	3.9%	190	4.0%
56 - 60	227	4.2%	247	3.3%	237	3.7%
61 - 65	293	6.5%	297	5.6%	295	6.0%
66 - 70	376	5.1%	357	4.6%	366	4.8%
71 - 75	479	7.0%	441	4.4%	458	5.6%
76 - 80	578	7.7%	553	4.4%	563	5.8%
81 - 85	677	6.1%	718	4.2%	703	4.8%
86 - 90	825	4.4%	965	2.6%	920	3.1%
> 90	1'076	5.2%	1'338	3.1%	1'274	3.5%
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>6.4%</b>	<b>223</b>	<b>4.9%</b>	<b>194</b>	<b>5.5%</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Effektive Kosten = (bezahlte) Leistungen der Versicherer in der OKP **ohne** Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

T 2.10 Kostenbeteiligung <sup>1</sup> pro Versicherten pro Jahr in Fr. nach Kantonen

2005

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene
ZH	86	421	539	482	407
BE	74	430	540	487	406
LU	66	363	456	411	335
UR	68	367	464	416	341
SZ	79	396	487	441	361
OW	61	364	457	411	331
NW	65	345	441	393	325
GL	83	408	503	457	377
ZG	68	368	478	423	351
FR	82	420	541	482	388
SO	76	417	519	469	389
BS	113	488	630	563	492
BL	100	466	582	526	444
SH	69	408	535	474	395
AR	65	361	465	414	337
AI	53	334	417	375	295
SG	75	399	489	445	363
GR	74	379	479	429	360
AG	72	392	498	446	367
TG	75	382	485	434	353
TI	110	499	614	560	478
VD	132	468	613	544	453
VS	81	386	491	439	364
NE	96	435	569	505	417
GE	131	518	680	604	502
JU	99	453	572	514	421
<b>CH</b>	<b>88</b>	<b>425</b>	<b>542</b>	<b>485</b>	<b>404</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: T 2.05 - T 2.08

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

**T 2.11 Kostenbeteiligung<sup>1</sup> in Fr. pro Versicherten pro Jahr nach Altersgruppen und Geschlecht****2005**

Altersgruppen	Männlich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Weiblich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
0 - 18	90	8.3%	86	8.3%	88	8.3%
19 - 25	244	3.9%	364	3.5%	304	3.7%
26 - 30	258	3.2%	423	3.3%	341	3.3%
31 - 35	287	4.4%	454	5.7%	371	5.1%
36 - 40	313	4.4%	453	5.2%	382	4.9%
41 - 45	342	4.6%	460	4.6%	400	4.6%
46 - 50	385	4.2%	496	4.6%	440	4.4%
51 - 55	445	4.3%	542	3.4%	493	3.8%
56 - 60	515	3.7%	576	2.7%	545	3.2%
61 - 65	586	4.3%	615	3.5%	601	3.9%
66 - 70	649	4.0%	653	3.4%	651	3.7%
71 - 75	711	3.7%	702	3.4%	706	3.5%
76 - 80	770	4.2%	765	3.6%	767	3.8%
81 - 85	836	4.6%	845	4.1%	842	4.3%
86 - 90	912	4.5%	937	3.6%	929	3.9%
> 90	1'034	5.0%	1'061	4.4%	1'055	4.6%
<b>Total</b>	<b>353</b>	<b>5.0%</b>	<b>453</b>	<b>4.5%</b>	<b>404</b>	<b>4.7%</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: T 2.06 - T 2.09

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen

**T 2.12 Effektive Kosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen und Altersgruppen** **2005**

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	65	77	233	189	3.3%
BE	52	74	263	206	5.8%
LU	49	62	210	161	8.0%
UR	44	58	201	154	11.7%
SZ	62	66	198	157	5.8%
OW	49	60	189	145	8.1%
NW	47	60	173	137	6.7%
GL	65	67	207	163	6.1%
ZG	49	66	194	154	5.3%
FR	60	74	231	178	6.2%
SO	59	66	231	182	5.4%
BS	85	101	328	272	9.8%
BL	72	76	247	200	7.9%
SH	51	71	234	184	4.1%
AR	49	54	187	146	5.0%
AI	42	55	174	130	7.0%
SG	55	62	203	157	3.8%
GR	57	56	202	160	3.7%
AG	56	70	214	168	6.9%
TG	56	68	212	164	4.1%
TI	69	72	288	233	7.3%
VD	76	90	293	230	4.8%
VS	56	63	214	168	7.3%
NE	67	86	289	225	0.7%
GE	89	112	341	269	6.7%
JU	65	75	273	209	7.4%
<b>CH</b>	<b>62</b>	<b>75</b>	<b>246</b>	<b>194</b>	<b>5.5%</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

**T 2.13 Kostenbeteiligung <sup>1</sup> pro Versicherten pro Jahr nach Kantonen und Altersgruppen** **2005**

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	86	309	500	407	3.8%
BE	74	285	510	406	4.5%
LU	66	252	432	335	5.5%
UR	68	269	435	341	6.6%
SZ	79	286	461	361	6.7%
OW	61	250	433	331	6.7%
NW	65	241	411	325	5.5%
GL	83	316	476	377	6.7%
ZG	68	272	440	351	5.8%
FR	82	313	503	388	4.4%
SO	76	281	491	389	6.1%
BS	113	346	585	492	5.5%
BL	100	326	548	444	6.4%
SH	69	280	497	395	5.9%
AR	65	263	433	337	5.2%
AI	53	237	396	295	6.9%
SG	75	298	465	363	5.2%
GR	74	267	451	360	4.2%
AG	72	283	466	367	6.1%
TG	75	275	455	353	4.9%
TI	110	362	578	478	7.3%
VD	132	344	566	453	2.5%
VS	81	269	461	364	5.0%
NE	96	316	526	417	2.1%
GE	131	409	624	502	3.6%
JU	99	323	538	421	8.8%
<b>CH</b>	<b>88</b>	<b>304</b>	<b>507</b>	<b>404</b>	<b>4.7%</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen

## T 2.14 Leistungen (brutto) in Franken nach Versicherungsform ab 1996

2005

Jahr <sup>1</sup>	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränk- te Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	9'158'012'633	3'158'899'161	29'792'276	112'313'177	12'459'017'247	10.2%
1997	8'010'294'124	4'715'093'593	15'300'134	397'789'684	13'138'477'535	5.5%
1998	8'034'922'538	5'294'474'912	7'713'370	686'981'832	14'024'092'652	6.7%
1999	8'789'075'476	4'984'750'851	7'272'495	839'411'696	14'620'510'518	4.3%
2000	9'137'162'156	5'390'943'298	7'536'068	942'685'920	15'478'327'442	5.9%
2001	9'659'774'603	5'684'101'991	8'361'556	1'034'222'666	16'386'460'817	5.9%
2002	9'980'493'100	6'029'919'077	7'960'241	1'077'214'987	17'095'587'410	4.3%
2003	10'400'406'953	6'474'095'076	8'289'006	1'041'328'328	17'924'119'349	4.8%
2004	11'244'136'158	6'631'135'695	8'672'065	1'255'877'035	19'139'820'943	6.8%
<b>2005</b>	<b>12'276'403'510</b>	<b>6'478'020'085</b>	<b>9'107'237</b>	<b>1'584'175'817</b>	<b>20'347'706'649</b>	<b>6.3%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Vgl. Fussnote 3) von Tabelle 11.02.

Quelle: T 2.22

**T 2.15 Leistungen (brutto) in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1996** 2005

Alle Versicherte	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1996	1'932	1'370	1'071	924	1'732	9.7%
1997	1'961	1'723	1'331	1'038	1'821	5.2%
1998	2'001	1'942	652	1'391	1'935	6.2%
1999	2'198	1'836	709	1'549	2'012	4.0%
2000	2'330	1'954	768	1'631	2'130	5.8%
2001	2'488	2'006	895	1'735	2'238	5.1%
2002	2'618	2'023	901	1'934	2'323	3.8%
2003	2'831	2'084	997	1'725	2'424	4.4%
2004	3'090	2'192	1'071	1'680	2'580	6.4%
<b>2005</b>	<b>3'405</b>	<b>2'204</b>	<b>1'181</b>	<b>1'748</b>	<b>2'728</b>	<b>5.8%</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 2.23

**Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe ab 1996**

Kinder (0-18 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	597	528	-	366	578	-
1998	638	590	395	454	620	7.2%
1999	652	605	400	489	635	2.5%
2000	688	651	361	506	670	5.5%
2001	723	675	494	533	702	4.8%
2002	736	675	456	569	716	1.9%
2003	769	671	485	575	742	3.7%
2004	816	675	457	616	782	5.5%
<b>2005</b>	<b>890</b>	<b>686</b>	<b>446</b>	<b>640</b>	<b>842</b>	<b>7.7%</b>

Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	998	765	-	527	892	-
1998	1'081	834	589	613	941	5.6%
1999	1'071	901	625	680	971	3.2%
2000	1'138	948	615	743	1'029	5.9%
2001	1'216	948	-	787	1'073	4.3%
2002	1'293	921	-	822	1'091	1.7%
2003	1'392	911	-	816	1'121	2.8%
2004	1'449	940	-	864	1'166	4.1%
<b>2005</b>	<b>1'562</b>	<b>904</b>	<b>900</b>	<b>835</b>	<b>1'193</b>	<b>2.3%</b>

Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	2'864	1'824	-	1'189	2'290	-
1998	2'957	2'083	697	1'575	2'462	7.5%
1999	3'163	2'090	756	1'768	2'570	4.4%
2000	3'445	2'223	681	1'913	2'754	7.2%
2001	3'703	2'297	876	1'997	2'898	5.2%
2002	3'932	2'323	908	2'059	2'995	3.3%
2003	4'285	2'358	998	1'932	3'118	4.1%
2004	4'497	2'485	1'161	2'082	3'296	5.7%
<b>2005</b>	<b>4'863</b>	<b>2'462</b>	<b>1'216</b>	<b>2'151</b>	<b>3'457</b>	<b>4.9%</b>

Datenstand: 1997 - 2000 : 16.4.02 ; 2001-2002 : 24.4.03 ; 2003 : 28.4.04 ; 2004 : 4.6.05 ; 2005 : 16.5.06

Quelle: DATENPOOL santésuisse / Auswertung BAG : T 2.02 &amp; T 2.21

T 2.16 Leistungen (brutto) in Mio. Franken nach Kostengruppen ab 1996 2005

Jahr <sup>2</sup>	Ambulante Behandlung <sup>1</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Arzt (ambulant)	davon Spital (ambulant)	davon Medikamente (Arzt)	davon Medikamente (Apotheke)	davon Spitex	davon Physiotherapie	davon Labor	davon Chiropraktik	davon Mittel und Gegenstände	davon Betriebsbeiträge an HMO's	davon Komplementär- medizin
1996	8215	11.1%	-	-	-	-	-	-	-	57	-	-	-
1997	8736	6.3%	-	-	-	-	-	-	-	56	-	-	-
1998	9333	6.8%	3748	1'303	934	1'788	224	418	398	56	104	87	-
1999	9827	5.3%	3765	1'485	1'032	1'873	235	437	414	61	125	88	-
2000	10543	7.3%	3846	1'666	1'143	2'098	253	447	443	62	180	115	-
2001	11'308	7.3%	4'012	1'926	1'271	2'242	270	480	463	65	173	106	20
2002	11'865	4.9%	4'109	1'972	1'261	2'525	290	506	486	65	203	113	22
2003	12'287	3.6%	4'172	2'141	1'348	2'602	320	491	480	65	215	113	30
2004	12'931	5.2%	4'378	2'192	1'399	2'750	365	505	591	68	260	79	26
<b>2005</b>	<b>13'897</b>	<b>7.5%</b>	<b>4'527</b>	<b>2'671</b>	<b>1'472</b>	<b>2'821</b>	<b>388</b>	<b>532</b>	<b>665</b>	<b>69</b>	<b>298</b>	<b>53</b>	<b>24</b>
Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1998-2005	5.9%	-	2.7%	10.8%	6.7%	6.7%	8.2%	3.5%	7.6%	3.0%	16.2%	-6.9%	-

Jahr <sup>2</sup>	«Intra-muros» Behandlung <sup>1</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Pflegerheim	Total Leistungen	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	4'244	8.4%	-	-	12'459	10.2%
1997	4'403	3.7%	-	-	13'138	5.5%
1998	4'691	6.6%	3'570	1'092	14'024	6.7%
1999	4'794	2.2%	3'611	1'170	14'621	4.3%
2000	4'936	3.0%	3'696	1'215	15'478	5.9%
2001	5'078	2.9%	3'798	1'258	16'386	5.9%
2002	5'231	3.0%	3'784	1'392	17'096	4.3%
2003	5'637	7.8%	4'112	1'478	17'924	4.8%
2004	6'209	10.1%	4'569	1'573	19'140	6.8%
<b>2005</b>	<b>6'451</b>	<b>3.9%</b>	<b>4'803</b>	<b>1'587</b>	<b>20'348</b>	<b>6.3%</b>
Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1998-2005	4.7%	-	4.3%	5.5%	5.5%	-

Datenstand: 18.7.06

1) Als «Intra-muros»-Behandlung gelten die Kategorien "Spital stationär", "Pflegerheim" und "übrige Leistungen stationär";  
als ambulante Kosten gelten alle übrigen Kategorien.  
2) Werte 1996 - 1997 teilweise geschätzt, Werte 1999 mit Datenstand Oktober 2001 revidiert.

Quelle : T 2.17

2005

**T 2.17 Leistungen (brutto) in Franken nach Kostengruppen**

Kostengruppen	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr in 1000 Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr in %
Arzt ambulant	1'539'929'048	2'490'627'785	495'955'559	4'526'512'392	22.2%	148'809	3.4%
Spital stationär <sup>2</sup>	2'052'854'126	2'542'282'680	208'030'716	4'803'167'520	23.6%	234'137	5.1%
Spital ambulant	1'123'682'721	1'315'399'299	232'069'496	2'671'151'518	13.1%	478'851	21.8%
Medikamente Arzt	620'789'528	784'084'290	67'597'456	1'472'471'274	7.2%	73'746	5.3%
Medikamente Apotheke	1'175'030'497	1'544'100'276	101'699'664	2'820'830'437	13.9%	70'633	2.6%
Pflegeheim <sup>2</sup>	406'405'303	1'180'106'100	638'746	1'587'150'150	7.8%	14'258	0.9%
Spitex	125'956'925	260'499'932	1'925'957	388'382'814	1.9%	23'229	6.4%
Physiotherapie	176'074'773	327'769'179	27'896'026	531'739'978	2.6%	26'336	5.2%
Labor	229'080'342	394'966'992	40'941'349	664'988'683	3.3%	73'718	12.5%
Chiropraktik	26'602'243	39'464'606	3'137'677	69'204'526	0.3%	960	1.4%
Mittel und Gegenstände	133'441'147	139'985'340	24'541'262	297'967'749	1.5%	38'015	14.6%
Betriebsbeiträge an HMO's <sup>1</sup>	19'496'422	29'871'451	3'320'371	52'688'244	0.3%	-26'808	-33.7%
Komplementärmedizin	6'246'909	14'605'865	3'302'482	24'155'256	0.1%	-1'521	-5.9%
Übrige Leistungen ambulant	126'366'128	188'389'723	61'666'553	376'422'403	1.8%	59'606	18.8%
Übrige Leistungen stationär <sup>2</sup>	27'211'070	28'749'962	4'912'670	60'873'701	0.3%	-6'082	-9.1%
Leistungen Total	7'789'167'181	11'280'903'482	1'277'635'982	20'347'706'645	100.0%	1'207'886	6.3%
<i>davon Leistungen Mutterschaft</i>	-	469'118'040	2'699'933	471'817'972	2.3%	28'335	6.4%
<i>davon Medikamente Spital ambulant</i> <sup>3</sup>	149'579'150	145'638'207	9'078'397	304'295'755	1.5%	44'882	17.3%

Datenstand: 18.7.06

1) Sofern keine Aufteilung nach den anderen aufgeführten Kostengruppen möglich ist.

2) Intra-muros Behandlung; andere Gruppen = ambulante Behandlung.

3) Kategorie "Medikamente Spital ambulant" : gehört zur Kategorie "Spital ambulant".

Quelle: Formular EF3 [T 3.6]

T 2.18 Leistungen (brutto) in Franken je versicherte Person nach Kostengruppen ab 1996 <sup>1</sup> 2005

Jahr	Ambulante Behandlung	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Arzt (ambulant)	davon Spital (ambulant)	davon Medikamente (Arzt)	davon Medikamente (Apotheke)	davon Spitex	davon Physiotherapie	davon Labor	davon Chiropraktik	davon Mittel und Gegenstände	davon Betriebsbeiträge an HMO's	davon Komplementär- medizin
1996	1'142	10.6%	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-
1997	1'211	6.0%	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-
1998	1'288	6.3%	517	180	129	247	31	58	55	8	14	12	-
1999	1'352	5.0%	518	204	142	258	32	60	57	8	17	12	-
2000	1'451	7.3%	529	229	157	289	35	61	61	9	25	16	-
2001	1'545	6.5%	548	263	174	306	37	66	63	9	24	15	3
2002	1'612	4.4%	558	268	171	343	39	69	66	9	28	15	3
2003	1'662	3.1%	564	290	182	352	43	66	65	9	29	15	4
2004	1'743	4.9%	590	295	189	371	49	68	80	9	35	11	3
<b>2005</b>	<b>1'863</b>	<b>6.9%</b>	<b>607</b>	<b>358</b>	<b>197</b>	<b>378</b>	<b>52</b>	<b>71</b>	<b>89</b>	<b>9</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1998-2005	5.4%	-	2.3%	10.4%	6.3%	6.3%	7.7%	3.1%	7.2%	2.6%	15.7%	-7.3%	-

Jahr	«Intra-muros» Behandlung	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Pflegeheim	Total Leistungen	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	590	7.9%	-	-	1'732	9.7%
1997	610	3.4%	-	-	1'821	5.2%
1998	647	6.1%	493	151	1'935	6.2%
1999	660	1.9%	497	161	2'012	4.0%
2000	679	2.9%	509	167	2'130	5.8%
2001	694	2.1%	519	172	2'238	5.1%
2002	711	2.5%	514	189	2'323	3.8%
2003	762	7.3%	556	200	2'424	4.4%
2004	837	9.7%	616	212	2'579	6.4%
<b>2005</b>	<b>865</b>	<b>3.4%</b>	<b>644</b>	<b>213</b>	<b>2'728</b>	<b>5.8%</b>
Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1998-2005	4.2%	-	3.9%	5.1%	5.0%	-

Datenstand: 18.7.06

1) Vgl. Fussnoten 1), 2) und 3) von Tabelle 2.16.  
2) Schätzungen: alle Kostengruppen sind nicht verfügbar.

Quelle: T. 2.16 / 11.06

2005

**T 2.19 Leistungen (brutto) in Franken je versicherte Person nach Kostengruppen**

Kostengruppen	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr in %
Arzt ambulant	539	819	319	607	22.2%	17	2.9%
Spital stationär <sup>2</sup>	718	836	134	644	23.6%	28	4.6%
Spital ambulant	393	432	149	358	13.1%	63	21.2%
Medikamente Arzt	217	258	43	197	7.2%	9	4.7%
Medikamente Apotheke	411	507	65	378	13.9%	8	2.0%
Pflegeheim <sup>2</sup>	142	388	0	213	7.8%	1	0.4%
Spitex	44	86	1	52	1.9%	3	5.8%
Physiotherapie	62	108	18	71	2.6%	3	4.7%
Labor	80	130	26	89	3.3%	9	11.9%
Chiropraktik	9	13	2	9	0.3%	0	0.9%
Mittel und Gegenstände	47	46	16	40	1.5%	5	14.0%
Betriebsbeiträge an HMO's <sup>1</sup>	7	10	2	7	0.3%	-4	-34.1%
Komplementärmedizin	2	5	2	3	0.1%	0	-6.4%
Übrige Leistungen ambulant	44	62	40	50	1.8%	8	18.2%
Übrige Leistungen stationär <sup>2</sup>	10	9	3	8	0.3%	-1	-9.5%
Leistungen Total	2'725	3'707	821	2'728	100.0%	149	5.8%
<i>davon Leistungen Mutterschaft</i>	-	154	2	-	-	-	-
<i>davon Medikamente Spital ambulant<sup>3</sup></i>	0	48	6	41	1.5%	6	16.7%

Datenstand: 18.7.06

1) Sofern keine Aufteilung nach den anderen aufgeführten Kostengruppen möglich ist.

2) Intra-muros Behandlung; andere Gruppen = ambulante Behandlung.

3) Kategorie "Medikamente Spital ambulant" : gehört zur Kategorie "Spital ambulant".

Quelle: T 2.17 / T 11.06

T 2.20 Bezahlte Leistungen <sup>1</sup> in Franken nach Versicherungsform ab 1996

2005

Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränk- te Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	8'068'747'832	2'578'797'499	25'416'930	107'523'248	10'780'485'509	7.6%
1997	7'130'343'665	3'864'390'214	13'596'114	352'165'200	11'360'495'192	5.4%
1998	7'021'022'570	4'312'733'832	6'419'087	586'684'363	11'926'859'852	5.0%
1999	7'777'714'326	3'929'182'211	6'480'040	717'232'756	12'430'609'334	4.2%
2000	8'082'711'555	4'300'222'315	6'284'847	801'091'180	13'190'309'897	6.1%
2001	8'576'260'476	4'525'688'630	7'093'456	877'228'721	13'986'271'283	6.0%
2002	8'890'664'235	4'785'763'972	6'699'941	909'628'896	14'592'757'044	4.3%
2003	9'320'481'084	5'132'603'712	7'068'355	875'466'553	15'335'619'704	5.1%
2004	9'988'665'892	5'289'834'295	7'294'458	1'021'713'901	16'307'508'545	6.3%
<b>2005</b>	<b>10'948'378'878</b>	<b>5'106'197'125</b>	<b>7'706'919</b>	<b>1'290'437'116</b>	<b>17'352'720'037</b>	<b>6.4%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Bezahlte Leistungen der Versicherer = Leistungen (brutto) der Versicherer minus Kostenbeteiligungen der Versicherten.

Quelle: T 1.03; 1.04; 1.05; 1.06 [30-33]

**T 2.21 Bezahlte Leistungen<sup>1</sup> in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1996** 2005

Alle Versicherte	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1996	1'702	1'118	913	884	1'498	7.1%
1997	1'746	1'412	1'183	919	1'575	5.1%
1998	1'748	1'582	543	1'188	1'645	4.5%
1999	1'945	1'447	632	1'324	1'711	4.0%
2000	2'061	1'559	641	1'386	1'815	6.1%
2001	2'209	1'597	759	1'472	1'910	5.3%
2002	2'332	1'606	758	1'633	1'983	3.8%
2003	2'537	1'652	850	1'451	2'074	4.6%
2004	2'745	1'749	901	1'366	2'198	6.0%
<b>2005</b>	<b>3'037</b>	<b>1'737</b>	<b>999</b>	<b>1'424</b>	<b>2'327</b>	<b>5.9%</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 2.20 / T 11.05

**Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe ab 1996<sup>2</sup>**

Kinder (0-18 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	545	379	-	330	514	-
1998	583	428	363	409	552	7.3%
1999	597	438	362	442	566	2.6%
2000	630	473	328	457	598	5.6%
2001	661	493	453	481	627	4.9%
2002	673	493	415	513	640	2.1%
2003	705	489	444	517	664	3.7%
2004	748	491	416	552	702	5.6%
<b>2005</b>	<b>817</b>	<b>483</b>	<b>404</b>	<b>571</b>	<b>754</b>	<b>7.5%</b>

Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	828	560	-	403	711	-
1998	874	594	463	440	721	1.4%
1999	857	637	496	489	738	2.3%
2000	917	674	496	544	787	6.7%
2001	986	661	-	576	821	4.3%
2002	1'056	634	-	591	832	1.4%
2003	1'148	614	-	585	854	2.6%
2004	1'174	628	-	606	877	2.7%
<b>2005</b>	<b>1'263</b>	<b>585</b>	<b>715</b>	<b>580</b>	<b>890</b>	<b>1.6%</b>

Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	2'554	1'491	-	999	1'974	-
1998	2'602	1'683	581	1'300	2'092	6.0%
1999	2'791	1'677	628	1'466	2'185	4.4%
2000	3'052	1'789	576	1'592	2'348	7.5%
2001	3'293	1'846	742	1'663	2'475	5.4%
2002	3'511	1'862	759	1'701	2'560	3.4%
2003	3'847	1'890	850	1'588	2'673	4.4%
2004	3'993	1'997	973	1'687	2'811	5.1%
<b>2005</b>	<b>4'332</b>	<b>1'959</b>	<b>1'024</b>	<b>1'746</b>	<b>2'952</b>	<b>5.0%</b>

Datenstand: 1997 - 2000 : 16.4.02 ; 2001-2002 : 24.4.03 ; 2003 : 28.4.04 ; 2004 : 4.6.05 ; 2005 : 16.5.06

Quelle: DATENPOOL santésuisse / Auswertung BAG / Abdeckungsgrad der Erhebung CH:

2005: 97.8% / 2004: 97.8% / 2003: 94.8% / 2002: 94.7% / 2001: 92.9% / 2000: 92.2% / 1999: 92.8% / 1998: 93% / 1997: 91.2%

1) Bezahlte Leistungen der Versicherer = Leistungen (brutto) der Versicherer minus Kostenbeteiligungen der Versicherten.

2) Diese Auswertung basiert auf der Gesamtheit der Versicherten, für die Alter, Geschlecht, Kanton, Versicherungsform und Franchisehöhe bekannt sind.

## T 2.22 Leistungen (brutto) in Franken nach Versicherungsform

2005

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	4'493'664'575	6'740'686'543	1'042'052'392	12'276'403'510	60.3%	9.2%
Wählbare Jahresfranchisen	2'676'690'714	3'684'454'892	116'874'479	6'478'020'085	31.8%	-2.3%
BONUS-Versicherung	4'970'846	4'049'970	86'421	9'107'237	0.0%	5.0%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	613'841'049	851'712'075	118'622'693	1'584'175'817	7.8%	26.1%
<b>Total</b>	<b>7'789'167'184</b>	<b>11'280'903'480</b>	<b>1'277'635'985</b>	<b>20'347'706'649</b>	<b>100.0%</b>	<b>6.3%</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: Formular EF3 [T 3.5]

## T 2.23 Leistungen (brutto) in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform

2005

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Abweichung vom Gesamtdurchschnitt	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	4'266	4'969	872	3'405	677	10.2%
Wählbare Jahresfranchisen	1'863	2'780	661	2'204	-524	0.5%
BONUS-Versicherung	1'017	1'546	428	1'181	-1'547	10.3%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	1'688	2'378	644	1'748	-980	4.1%
<b>Total</b>	<b>2'725</b>	<b>3'707</b>	<b>821</b>	<b>2'728</b>	<b>0</b>	<b>5.8%</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 2.22 / T 11.06



**A 3 Prämien in der OKP**

3.01	Monatliche Durchschnittsprämien ab 1996 : CH	96
3.02	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für Erwachsene pro Prämienregion	97
3.03	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für junge Erwachsene pro Prämienregion	98
3.04	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für Kinder pro Prämienregion	99
3.05	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für Erwachsene	100
3.06	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für junge Erwachsene	101
3.07	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für Kinder	102
3.08	Kantonale Durchschnittsprämien pro Versicherten pro Jahr ab 1996	103
3.09	Prämiensoll nach Versicherungsform ab 1996	104
3.10	Prämiensoll nach Versicherungsform	104
3.11	Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform	105
3.12	Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1996	106

**T 3.01 Monatliche Durchschnittsprämien <sup>1</sup> OKP in Franken ab 1996 : CH**

Jahr	Erwachsene (26 J. und älter) <sup>2</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre) <sup>3</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Kinder (0-18 Jahre) <sup>4</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	173.1	–	114.7	–	47.7	–
1997	188.1	8.7%	124.7	8.7%	51.9	8.7%
1998	197.3	4.9%	125.3	0.5%	51.8	-0.1%
1999	203.9	3.3%	130.2	3.9%	53.3	3.0%
2000	211.7	3.8%	134.7	3.5%	55.2	3.4%
2001	223.3	5.5%	149.8	11.2%	57.7	4.5%
2002	245.0	9.7%	172.2	15.0%	63.1	9.5%
2003	268.5	9.6%	198.7	15.4%	69.0	9.3%
2004	280.0	4.3%	213.3	7.3%	71.8	4.1%
2005	290.2	3.7%	225.1	5.5%	72.0	0.2%
2006	306.4	5.6%	241.2	7.1%	74.5	3.5%
<b>2007</b>	<b>313.0</b>	<b>2.2%</b>	<b>246.3</b>	<b>2.1%</b>	<b>75.7</b>	<b>1.7%</b>

Datenstand: 29.9.06

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Ausgewiesen wird die **geschätzte** monatliche Durchschnittsprämie **OKP** in Franken; die Berechnungen beruhen auf den Prämientarifen **inklusive Unfaldeckung der ordentlichen Franchise** und auf den Versichertenbeständen nach Kantonen, nach Versicherer und nach Prämienregionen. Die Tarife der Versicherungsmodelle mit wählbarer Franchise, Bonus oder eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers wurden hier nicht berücksichtigt.

2) Die Werte für 1996 wurden revidiert. Diese Werte beziehen sich auf das KVG-Einführungsjahr und sind infolge teilweise unvollständiger Daten mit Zurückhaltung zu interpretieren.

3) Die Werte für 1996 wurden revidiert. Sie wurden mittels der Veränderungen 1996/97 der Durchschnittsprämien der Erwachsenen geschätzt. Bis zum Jahr 2000 gab es nur reduzierte Prämien für junge Erwachsene, welche noch in Ausbildung waren. Mit dem Weglassen der Bedingung "in Ausbildung" in 2001 kamen deutlich mehr Personen, welche vorher eine Erwachsenenprämie bezahlen mussten, in den Genuss einer reduzierten Prämie. Als Folge hiervon musste die reduzierte Prämie relativ stark auf 2001 hin erhöht werden.

4) Die Werte für 1996 wurden revidiert. Sie wurden mittels der Veränderungen 1996/97 der Durchschnittsprämien der Erwachsenen geschätzt.

**T 3.02 Kantonale monatliche Durchschnittsprämien <sup>1</sup> pro Prämienregion <sup>2</sup>  
für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2007**

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total <sup>3</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1997 - 2007
ZH	349.0	304.6	282.0		<b>310.1</b>	1.4%	5.5%
BE	361.2	320.1	298.3		<b>328.0</b>	4.6%	6.2%
LU	276.2	253.9	243.8		<b>260.5</b>	3.7%	6.1%
UR				234.9	<b>234.9</b>	4.0%	4.9%
SZ				255.2	<b>255.2</b>	3.0%	5.1%
OW				226.1	<b>226.1</b>	3.6%	4.2%
NW				216.3	<b>216.3</b>	2.6%	4.3%
GL				258.0	<b>258.0</b>	3.7%	6.1%
ZG				253.1	<b>253.1</b>	2.6%	5.1%
FR	305.6	276.5			<b>286.5</b>	2.0%	4.2%
SO				278.4	<b>278.4</b>	2.4%	4.8%
BS				409.0	<b>409.0</b>	1.2%	6.0%
BL	322.5	296.8			<b>315.4</b>	2.2%	5.0%
SH	305.5	285.2			<b>297.4</b>	2.7%	5.9%
AR				233.3	<b>233.3</b>	2.9%	5.7%
AI				217.3	<b>217.3</b>	4.8%	5.7%
SG	280.4	256.9	247.5		<b>261.6</b>	3.2%	6.1%
GR	269.3	255.7	236.8		<b>254.9</b>	2.3%	5.9%
AG				277.7	<b>277.7</b>	3.4%	6.4%
TG				289.2	<b>289.2</b>	1.4%	6.6%
TI	371.9	348.7			<b>368.4</b>	1.8%	5.2%
VD	393.1	369.6	353.6		<b>372.9</b>	0.7%	3.5%
VS	269.2	234.7			<b>259.3</b>	3.5%	4.2%
NE				366.7	<b>366.7</b>	1.3%	5.8%
GE				423.3	<b>423.3</b>	-0.5%	4.2%
JU				335.3	<b>335.3</b>	0.5%	5.2%
<b>CH</b>	-	-	-	-	<b>313.0</b>	2.2%	5.2%

Datenstand: 29.9.06

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

2) Die Krankenkassen dürfen innerhalb eines Kantons bis zu drei unterschiedliche Regionaltarife anwenden (R1, R2, R3).

Einige Kantone haben nur eine Region: die Krankenkassen wenden eine Einheitsprämie an (RU).

3) Prämien publiziert im OKP Prämienwegweiser 2007 vom BAG.

**T 3.03 Kantonale monatliche Durchschnittsprämien <sup>1</sup> pro Prämienregion <sup>2</sup>  
für junge Erwachsene (19 -25 Jahre) in Franken für 2007**

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total <sup>3</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	278.7	238.0	218.5		<b>241.0</b>	1.4%
BE	286.5	249.7	229.6		<b>255.0</b>	4.6%
LU	218.2	200.9	193.1		<b>204.8</b>	3.7%
UR				186.7	<b>186.7</b>	4.0%
SZ				200.5	<b>200.5</b>	3.0%
OW				179.6	<b>179.6</b>	3.6%
NW				171.0	<b>171.0</b>	2.6%
GL				204.5	<b>204.5</b>	3.7%
ZG				201.2	<b>201.2</b>	2.6%
FR	253.7	226.2			<b>235.8</b>	2.0%
SO				218.4	<b>218.4</b>	2.4%
BS				326.2	<b>326.2</b>	1.2%
BL	250.9	230.8			<b>244.9</b>	2.2%
SH	236.3	218.5			<b>229.3</b>	2.7%
AR				180.7	<b>180.7</b>	2.9%
AI				168.1	<b>168.1</b>	4.8%
SG	216.5	199.8	190.9		<b>202.4</b>	3.2%
GR	213.6	204.0	187.8		<b>202.7</b>	2.3%
AG				219.1	<b>219.1</b>	3.4%
TG				227.7	<b>227.7</b>	1.4%
TI	296.7	278.4			<b>293.8</b>	1.8%
VD	327.0	311.9	300.5		<b>313.8</b>	0.7%
VS	222.6	184.0			<b>211.4</b>	3.5%
NE				305.1	<b>305.1</b>	1.3%
GE				351.3	<b>351.3</b>	-0.5%
JU				283.5	<b>283.5</b>	0.5%
<b>CH</b>	-	-	-	-	<b>246.3</b>	2.2%

Datenstand: 29.9.06

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

2) Die Krankenkassen dürfen innerhalb eines Kantons bis zu drei unterschiedliche Regionaltarife anwenden (R1, R2, R3). Einige Kantone haben nur eine Region: die Krankenkassen wenden eine Einheitsprämie an (RU).

3) Prämien publiziert im OKP Prämienwegweiser 2007 vom BAG.

**T 3.04 Kantonale monatliche Durchschnittsprämien<sup>1</sup> pro Prämienregion<sup>2</sup>  
für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken für 2007**

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total <sup>3</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1997 - 2007
ZH	84.2	74.0	68.5		<b>74.3</b>	1.4%	5.5%
BE	87.1	76.2	71.0		<b>77.8</b>	4.6%	6.2%
LU	67.8	62.6	60.0		<b>63.4</b>	3.7%	6.1%
UR				57.8	<b>57.8</b>	4.0%	4.9%
SZ				61.9	<b>61.9</b>	3.0%	5.1%
OW				55.5	<b>55.5</b>	3.6%	4.2%
NW				53.5	<b>53.5</b>	2.6%	4.3%
GL				62.4	<b>62.4</b>	3.7%	6.1%
ZG				62.1	<b>62.1</b>	2.6%	5.1%
FR	75.1	67.8			<b>70.3</b>	2.0%	4.2%
SO				68.0	<b>68.0</b>	2.4%	4.8%
BS				99.8	<b>99.8</b>	1.2%	6.0%
BL	79.2	73.0			<b>77.3</b>	2.2%	5.0%
SH	73.3	68.6			<b>71.1</b>	2.7%	5.9%
AR				56.7	<b>56.7</b>	2.9%	5.7%
AI				53.2	<b>53.2</b>	4.8%	5.7%
SG	68.2	62.1	59.9		<b>63.1</b>	3.2%	6.1%
GR	66.6	63.4	58.2		<b>62.9</b>	2.3%	5.9%
AG				67.3	<b>67.3</b>	3.4%	6.4%
TG				70.4	<b>70.4</b>	1.4%	6.6%
TI	89.0	83.3			<b>88.1</b>	1.8%	5.2%
VD	99.3	94.0	90.4		<b>94.5</b>	0.7%	3.5%
VS	67.8	57.8			<b>65.1</b>	3.5%	4.2%
NE				85.9	<b>85.9</b>	1.3%	5.8%
GE				104.5	<b>104.5</b>	-0.5%	4.2%
JU				82.7	<b>82.7</b>	0.5%	5.2%
<b>CH</b>	-	-	-	-	<b>75.7</b>	2.2%	5.2%

Datenstand: 29.9.06

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

2) Die Krankenkassen dürfen innerhalb eines Kantons bis zu drei unterschiedliche Regionaltarife anwenden (R1, R2, R3). Einige Kantone haben nur eine Region: die Krankenkassen wenden eine Einheitsprämie an (RU).

3) Prämien publiziert im OKP Prämienwegweiser 2007 vom BAG.

**T 3.05 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien <sup>1</sup> für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2007**

Kanton	5%	25%	50%	25%	5%
	der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	der Versicherten sind unterhalb und oberhalb dieser Prämie	der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie	der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie
ZH	265	282	304	340	375
BE	263	287	308	340	373
LU	224	236	247	260	290
UR	207	217	223	235	251
SZ	219	240	249	261	294
OW	208	209	216	228	242
NW	192	203	210	221	243
GL	230	242	246	261	282
ZG	221	240	243	255	275
FR	254	273	290	306	337
SO	254	263	276	292	312
BS	369	399	410	420	459
BL	278	292	306	322	352
SH	261	275	291	309	347
AR	205	219	227	235	262
AI	200	200	203	215	227
SG	220	238	249	263	295
GR	216	238	253	265	291
AG	247	259	273	282	300
TG	257	269	282	295	318
TI	323	338	355	372	399
VD	334	360	380	408	429
VS	204	234	251	269	296
NE	341	360	380	401	418
GE	412	429	450	463	476
JU	305	331	347	359	384
<b>CH</b>	<b>213</b>	<b>244</b>	<b>276</b>	<b>327</b>	<b>411</b>

Datenstand: 29.9.06

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

Schätzung basierend auf den Prämien 2007 und der Aufteilung der Versicherten 2005.

**T 3.06 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien <sup>1</sup>  
für junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken für 2007**

Kanton	5% der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	25% der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	50% der Versicherten sind unterhalb und oberhalb dieser Prämie	25% der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie	5% der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie
ZH	207	235	258	287	334
BE	211	237	264	286	334
LU	178	192	208	227	249
UR	160	176	194	204	219
SZ	178	196	209	230	264
OW	161	172	187	198	210
NW	149	165	179	192	210
GL	182	194	209	230	249
ZG	177	193	203	224	240
FR	207	224	245	270	298
SO	203	217	234	249	287
BS	300	327	338	368	421
BL	215	240	260	276	314
SH	208	226	242	268	303
AR	162	176	194	206	242
AI	153	162	174	187	203
SG	177	193	210	234	256
GR	172	192	211	233	270
AG	194	213	226	251	275
TG	196	221	238	259	293
TI	255	283	301	322	365
VD	273	300	323	342	398
VS	155	192	210	230	267
NE	276	294	324	350	381
GE	322	356	380	419	444
JU	259	278	293	313	347
<b>CH</b>	<b>173</b>	<b>203</b>	<b>235</b>	<b>280</b>	<b>354</b>

Datenstand: 29.9.06

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.  
Schätzung basierend auf den Prämien 2007 und der Aufteilung der Versicherten 2005.

**T 3.07 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien<sup>1</sup> für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken für 2007**

Kanton	5% der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	25% der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	50% der Versicherten sind unterhalb und oberhalb dieser Prämie	25% der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie	5% der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie
ZH	42	65	71	82	94
BE	38	65	72	80	94
LU	32	53	59	63	73
UR	29	51	55	57	63
SZ	32	55	61	62	78
OW	28	52	54	56	61
NW	27	49	53	53	62
GL	32	55	57	62	69
ZG	32	54	59	62	67
FR	35	65	69	74	90
SO	35	61	66	70	76
BS	53	89	92	104	112
BL	38	69	75	78	84
SH	36	60	69	73	80
AR	29	51	54	57	63
AI	26	48	52	53	57
SG	31	56	59	63	75
GR	32	56	61	64	77
AG	35	59	65	69	76
TG	36	61	64	71	77
TI	45	77	85	90	102
VD	47	87	94	102	109
VS	31	55	62	67	75
NE	46	83	85	94	109
GE	58	98	104	114	126
JU	42	72	77	88	100
<b>CH</b>	<b>35</b>	<b>56</b>	<b>65</b>	<b>77</b>	<b>102</b>

Datenstand: 29.9.06

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

Schätzung basierend auf den Prämien 2007 und der Aufteilung der Versicherten 2005.

T 3.08 Kantonale Durchschnittsprämien <sup>1</sup> pro Versicherten pro Jahr in Franken ab 1996

2005

Kanton	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ZH	-	1'688	1'800	1'859	1'932	2'001	2'176	2'367	2'495	2'512
BE	-	1'611	1'713	1'780	1'812	1'870	2'083	2'276	2'416	2'478
LU	-	1'311	1'377	1'373	1'446	1'525	1'681	1'833	1'965	2'019
UR	-	1'328	1'371	1'354	1'389	1'439	1'574	1'730	1'827	1'873
SZ	-	1'378	1'422	1'399	1'426	1'495	1'667	1'833	1'958	2'019
OW	-	1'312	1'338	1'335	1'367	1'424	1'534	1'625	1'734	1'788
NW	-	1'280	1'307	1'290	1'317	1'362	1'472	1'597	1'703	1'753
GL	-	1'315	1'402	1'416	1'453	1'515	1'686	1'874	1'994	2'060
ZG	-	1'391	1'396	1'376	1'417	1'477	1'629	1'805	1'966	2'020
FR	-	1'663	1'692	1'708	1'793	1'884	2'033	2'146	2'232	2'290
SO	-	1'529	1'672	1'675	1'733	1'799	1'933	2'102	2'242	2'287
BS	-	2'134	2'306	2'446	2'557	2'692	2'885	3'132	3'390	3'455
BL	-	1'756	1'850	1'846	1'899	1'967	2'140	2'335	2'504	2'542
SH	-	1'505	1'601	1'634	1'687	1'766	1'982	2'190	2'328	2'363
AR	-	1'258	1'329	1'316	1'346	1'415	1'544	1'704	1'786	1'841
AI	-	1'116	1'160	1'141	1'157	1'243	1'360	1'486	1'573	1'626
SG	-	1'298	1'384	1'410	1'446	1'515	1'649	1'790	1'926	1'988
GR	-	1'280	1'345	1'380	1'377	1'519	1'714	1'923	2'061	2'103
AG	-	1'298	1'393	1'472	1'544	1'657	1'838	2'014	2'146	2'188
TG	-	1'344	1'452	1'507	1'559	1'679	1'869	2'058	2'194	2'230
TI	-	2'095	2'212	2'198	2'220	2'272	2'467	2'677	2'936	3'024
VD	-	2'197	2'270	2'319	2'317	2'401	2'582	2'789	2'938	2'978
VS	-	1'575	1'545	1'554	1'580	1'622	1'747	1'912	2'070	2'155
NE	-	1'872	2'074	2'122	2'170	2'242	2'442	2'628	2'856	2'941
GE	-	2'491	2'601	2'619	2'755	2'907	3'137	3'318	3'499	3'546
JU	-	1'764	1'925	1'920	2'008	2'166	2'326	2'455	2'614	2'682
<b>CH</b>	<b>1'547</b>	<b>1'668</b>	<b>1'763</b>	<b>1'801</b>	<b>1'853</b>	<b>1'932</b>	<b>2'106</b>	<b>2'296</b>	<b>2'444</b>	<b>2'494</b>

Datenstand: 16.5.06

Quelle: ab 1997: DATENPOOL santésuisse / Auswertung BAG / Abdeckungsgrad der Erhebung CH : siehe T 3.12 / 1996: T 3.12.

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen.

**T 3.09 Prämien soll in Franken nach Versicherungsform ab 1996****2005**

Jahr <sup>1</sup>	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1996	7'263'879'194	3'689'716'943	38'020'066	139'019'618	11'130'635'820	21.5%
1997	6'540'588'878	4'995'296'573	16'474'356	488'324'321	12'040'684'128	8.2%
1998	6'687'491'385	5'281'034'163	17'124'804	722'619'796	12'708'270'148	5.5%
1999	6'794'064'715	5'396'193'285	15'330'070	828'254'703	13'033'842'773	2.6%
2000	6'892'066'397	5'620'040'093	15'057'027	914'491'167	13'441'654'684	3.1%
2001	7'135'000'924	5'862'096'902	14'859'371	985'355'210	13'997'312'407	4.1%
2002	7'607'493'462	6'653'772'458	15'940'357	1'077'838'954	15'355'045'231	9.7%
2003	8'119'693'916	7'519'644'296	16'399'234	1'164'373'707	16'820'111'153	9.5%
2004	8'488'170'971	7'961'860'656	16'728'842	1'562'944'367	18'029'704'836	7.2%
<b>2005</b>	<b>8'881'818'765</b>	<b>7'722'855'151</b>	<b>16'867'663</b>	<b>1'874'878'038</b>	<b>18'496'419'617</b>	<b>2.6%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Vgl. Fussnote 3) von Tabelle 11.02.

Quelle: T 3.10

**T 3.10 Prämien soll in Franken nach Versicherungsform****2005**

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	3'403'154'444	4'485'302'266	993'362'055	8'881'818'765	48.0%	4.6%
Wählbare Jahresfranchisen	3'817'788'975	3'788'951'441	116'114'735	7'722'855'151	41.8%	-3.0%
BONUS-Versicherung	10'672'770	6'059'125	135'768	16'867'663	0.1%	0.8%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	854'281'676	898'069'921	122'526'441	1'874'878'038	10.1%	20.0%
<b>Total</b>	<b>8'085'897'864</b>	<b>9'178'382'753</b>	<b>1'232'138'998</b>	<b>18'496'419'617</b>	<b>100.0%</b>	<b>2.6%</b>

Datenstand : 18.7.06

Quelle: Formular EF3 [T 3.4]

## T 3.11 Prämiensoll in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform

2005

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Abweichung vom Gesamtdurchschnitt	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	3'231	3'307	831	2'463	-17	5.6%
Wählbare Jahresfranchisen	2'657	2'858	657	2'628	148	-0.2%
BONUS-Versicherung	2'183	2'313	672	2'187	-292	5.9%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	2'349	2'508	665	2'069	-411	-1.0%
<b>Total</b>	<b>2'828</b>	<b>3'016</b>	<b>791</b>	<b>2'480</b>	<b>0</b>	<b>2.1%</b>

Datenstand : 18.7.06

Quelle: T 3.10 / T 11.06

**T 3.12 Prämiensoll in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1996**

2005

Alle Versicherte Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränk- te Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	1'533	1'600	1'366	1'143	1'547	-
1997	1'602	1'826	1'433	1'275	1'669	7.9%
1998	1'665	1'937	1'448	1'463	1'753	5.1%
1999	1'699	1'987	1'494	1'528	1'794	2.3%
2000	1'757	2'037	1'535	1'583	1'849	3.1%
2001	1'838	2'069	1'591	1'653	1'912	3.4%
2002	1'995	2'232	1'804	1'935	2'086	9.1%
2003	2'210	2'420	1'972	1'929	2'275	9.0%
2004	2'332	2'632	2'066	2'090	2'430	6.8%
<b>2005</b>	<b>2'463</b>	<b>2'628</b>	<b>2'187</b>	<b>2'069</b>	<b>2'480</b>	<b>2.1%</b>

Datenstand : 18.7.06

Quelle: T 3.11

**Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe ab 1996 <sup>1</sup>**

Kinder (0-18 Jahre) Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränk- te Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	-	-	-	-	-	-
1997	580	550	482	467	571	-
1998	596	598	487	475	589	3.1%
1999	613	598	530	499	603	2.4%
2000	635	603	557	514	622	3.1%
2001	669	611	580	545	653	5.0%
2002	733	642	644	600	712	9.1%
2003	803	679	685	639	775	8.8%
2004	843	700	714	676	812	4.7%
<b>2005</b>	<b>846</b>	<b>668</b>	<b>679</b>	<b>696</b>	<b>810</b>	<b>-0.2%</b>

Junge Erwachsene (19-25 Jahre) Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränk- te Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	-	-	-	-	-	-
1997	1'482	1'451	1'026	1'192	1'459	-
1998	1'604	1'551	1'128	1'347	1'564	7.2%
1999	1'574	1'627	1'190	1'354	1'581	1.1%
2000	1'563	1'613	1'196	1'338	1'567	-0.9%
2001	1'634	1'563	1'090	1'329	1'581	0.9%
2002	1'878	1'731	1'098	1'513	1'783	12.8%
2003	2'191	1'928	-	1'700	2'027	13.7%
2004	2'379	2'151	-	1'884	2'229	10.0%
<b>2005</b>	<b>2'507</b>	<b>2'169</b>	<b>1'852</b>	<b>1'945</b>	<b>2'296</b>	<b>3.0%</b>

Erwachsene (26 Jahre und mehr) Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränk- te Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	-	-	-	-	-	-
1997	2'127	1'958	1'505	1'683	2'025	-
1998	2'236	2'101	1'541	1'786	2'142	5.8%
1999	2'292	2'146	1'573	1'837	2'190	2.2%
2000	2'391	2'189	1'604	1'892	2'257	3.0%
2001	2'526	2'258	1'673	1'971	2'353	4.2%
2002	2'766	2'438	1'881	2'141	2'554	8.6%
2003	3'047	2'614	2'035	2'312	2'768	8.4%
2004	3'173	2'831	2'136	2'495	2'945	6.4%
<b>2005</b>	<b>3'301</b>	<b>2'823</b>	<b>2'250</b>	<b>2'556</b>	<b>3'001</b>	<b>1.9%</b>

Datenstand: 1997 - 2000 : 16.4.02 ; 2001-2002 : 24.4.03 ; 2003 : 28.4.04 ; 2004 : 4.6.05 ; 2005 : 16.5.06

Quelle: DATENPOOL santésuisse / Auswertung BAG / Abdeckungsgrad der Erhebung CH :

2005: 97,8% / 2004: 97,8% / 2003: 94,8% / 2002: 94,7% / 2001: 92,9% / 2000: 92,2% / 1999: 92,8% / 1998: 93% / 1997: 91,2%

1) Diese Auswertung basiert auf der Gesamtheit der Versicherten, für die Alter, Geschlecht, Kanton, Versicherungsform und Franchisehöhe bekannt sind.

## A 4 Prämienverbilligung in der OKP

4.01	Anzahl Bezüger, Bezügerquoten, subventionierte Haushalte sowie ausgerichtete Subventionen ab 1996	108
4.02	Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Kantonen	109
4.03	Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Altersgruppen	110
4.04	Anzahl subventionierte Haushalte nach Haushaltsgrösse und Kantonen	111
4.05	Anzahl subventionierte Haushalte nach ausbezahltem Jahresbetrag und Kantonen	112
4.06	Kantonale Grenzbeträge für die Berechtigung: Massgebende Einkommen	113
4.07	Maximale, budgetierte und ausbezahlte Subventionen ab 1996	114
4.08	KVG-Verteilmodell: Berechnungsbasis sowie Bundes- und Kantonsbeiträge	115
4.09	Reduktionsfaktor und Subventionen nach Reduktion nach Kantonen	116
4.10	Ausgerichtete Leistungen nach Kantonen	117
4.11	Bezügerquoten nach Geschlecht und Kantonen und begünstigte Haushalte in %	118

**T 4.01 Anzahl Bezüger, Bezügerquoten, subventionierte Haushalte sowie ausgerichtete Subventionen nach KVG ab 1996****2005**

Jahr <sup>1</sup>	Anzahl BezügerInnen	Veränd. gegenüber Vorjahr	BezügerInnenquote <sup>2</sup>	Anzahl subventionierte Haushalte	Veränd. gegenüber Vorjahr	Subvention pro Haushalt in Fr.	Subvention pro Bezüger in Fr.
1996	1'656'431	–	23.3%	821'972	–	1'509	902
1997	1'955'994	18.1%	27.5%	988'940	20.3%	2'017	1'020
1998	2'240'522	14.5%	31.4%	1'178'551	19.2%	2'076	1'092
1999	2'334'267	4.2%	32.6%	1'230'090	4.4%	2'187	1'152
2000	2'337'717	0.1%	32.4%	1'242'695	1.0%	2'048	1'089
2001	2'376'421	1.7%	32.7%	1'268'943	2.1%	2'094	1'118
2002	2'433'822	2.4%	33.1%	1'289'405	1.6%	2'243	1'188
2003	2'427'518	-0.3%	32.8%	1'287'365	-0.2%	2'381	1'263
2004	2'361'377	-2.7%	31.7%	1'245'875	-3.2%	2'544	1'342
<b>2005</b>	<b>2'262'160</b>	<b>-4.2%</b>	<b>30.2%</b>	<b>1'215'989</b>	<b>-2.4%</b>	<b>2'633</b>	<b>1'415</b>

Datenstand: 9.8.06

Quelle: T 4.02 &amp; 4.04 &amp; 4.10 &amp; 4.11

1) Angaben zu BezügerInnen und subventionierten Haushalten der Jahre 1996 und 1997 teilweise unvollständig.

2) Anzahl BezügerInnen in Prozent der mittleren Wohnbevölkerung des entsprechenden Berichtsjahres. Siehe T 4.11 Fussnote 2).

## T 4.02 Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Kantonen

2005

Kanton	Bezüger <sup>1</sup>		Total Personen	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Ergänzungs- Leistungs- Bezüger	davon Sozialhilfe- Bezüger	davon Bezüger, deren OKP Prämien vollumfänglich verbilligt werden
	Männliche Personen	Weibliche Personen					
ZH	177'751	211'892	389'643	0.5%	44'554	46'076	90'630
BE	130'445	149'896	280'341	-3.4%	32'867	28'017	28'017
LU	65'769	73'194	138'963	-1.1%	16'404	8'984	25'388
UR	7'076	7'306	14'382	-4.0%	1'022	299	-
SZ	16'551	17'607	34'158	-26.9%	3'430	1'752	-
OW	8'613	9'279	17'892	-2.7%	908	317	170
NW	5'756	5'939	11'695	-6.7%	741	-	-
GL	4'360	4'565	8'925	-33.2%	1'011	1'059	-
ZG	16'196	17'728	33'924	-1.7%	1'874	2'096	-
FR	42'759	46'924	89'683	-2.4%	10'163	6'630	16'793
SO	28'051	31'276	59'327	3.1%	-	6'326	-
BS	23'978	27'097	51'075	-2.2%	11'063	13'165	-
BL	46'342	47'901	94'243	-5.3%	-	1'169	-
SH	11'709	12'203	23'912	-0.5%	-	1'737	-
AR	6'548	6'932	13'480	6.9%	1'296	432	-
AI	3'440	3'268	6'708	-1.2%	274	205	1'041
SG	77'100	87'188	164'288	1.9%	16'840	19'211	-
GR	27'849	31'508	59'357	-2.2%	4'597	2'755	7'532
AG	71'589	69'302	140'891	-12.2%	15'537	-	-
TG	45'449	48'976	94'425	-7.8%	6'366	3'649	-
TI	42'145	55'260	97'405	0.9%	21'506	-	-
VD	62'082	77'028	139'110	-10.4%	29'341	19'343	48'684
VS	35'056	42'127	77'183	-15.5%	7'431	4'017	-
NE	22'233	27'159	49'392	-7.4%	9'294	7'649	16'943
GE	68'812	78'661	147'473	-2.8%	26'178	18'281	44'459
JU	10'607	13'678	24'285	-1.9%	4'164	1'146	-
<b>CH</b>	<b>1'058'266</b>	<b>1'203'894</b>	<b>2'262'160</b>	<b>-4.2%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Datenstand: 9.8.06

Quelle: Formular PV2 [2.1]

1) Anzahl Personen, an welche im Berichtsjahr Subventionen nach KVG ausgerichtet wurden.

**T 4.03 Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Altersgruppen****2005**

Altersgruppe	männlich	weiblich	Total	Anteil am Gesamttotal
0 – 5	88'543	84'371	172'914	7.6%
6 – 10	97'856	92'872	190'728	8.4%
11 – 15	96'189	91'277	187'466	8.3%
16 – 18	49'316	47'100	96'416	4.3%
19 – 20	41'812	41'049	82'861	3.7%
20 – 25	88'348	93'679	182'027	8.0%
26 – 30	68'354	81'388	149'742	6.6%
31 – 35	66'686	87'434	154'120	6.8%
36 – 40	84'717	104'362	189'079	8.4%
41 – 45	84'102	92'375	176'477	7.8%
46 – 50	62'969	61'425	124'394	5.5%
51 – 55	43'938	43'275	87'213	3.9%
56 – 60	34'553	37'146	71'699	3.2%
61 – 65	28'626	36'154	64'780	2.9%
66 – 70	27'494	37'082	64'576	2.9%
71 – 75	26'875	39'946	66'821	3.0%
76 – 80	21'697	39'112	60'809	2.7%
81 – 85	16'121	35'590	51'711	2.3%
86 – 90	8'211	22'519	30'730	1.4%
91 – 95	3'350	12'917	16'267	0.7%
96 und mehr	827	4'104	4'931	0.2%
Alter unbekannt	17'682	18'717	36'399	1.6%
<b>Total</b>	<b>1'058'266</b>	<b>1'203'894</b>	<b>2'262'160</b>	<b>100.0%</b>

Datenstand: 9.8.06

Quelle: Formular PV2 [2.1]

T 4.04 Anzahl subventionierte Haushalte <sup>1</sup> nach Haushaltgröße und Kantonen

2005

Kanton	Haushaltgröße gemäss Anzahl Haushaltsmitglieder					Haushalte Total	Veränd. gegenüber Vorjahr	davon alleiner- ziehende Haushalte <sup>2</sup>
	1 Person	2 Perso- nen	3 Perso- nen	4 Perso- nen	5 Perso- nen und mehr			
ZH	192'485	33'421	14'496	13'123	6'579	<b>260'104</b>	1.6%	17'666
BE	82'877	24'440	11'774	16'152	9'701	<b>144'944</b>	-2.7%	12'438
LU	30'052	10'789	5'770	9'149	6'142	<b>61'902</b>	0.8%	1'918
UR	2'370	1'337	547	1'047	653	<b>5'954</b>	-4.2%	252
SZ	12'129	1'349	1'450	1'931	1'262	<b>18'121</b>	-15.9%	1'194
OW	4'064	1'634	770	1'124	545	<b>8'137</b>	-3.0%	381
NW	3'626	883	402	594	369	<b>5'874</b>	-4.5%	274
GL	3'782	596	331	372	273	<b>5'354</b>	-23.8%	312
ZG	9'517	2'510	1'453	2'182	851	<b>16'513</b>	-6.0%	834
FR	18'252	6'460	3'910	5'074	3'093	<b>36'789</b>	-2.2%	4'303
SO	11'731	4'714	2'885	4'093	2'472	<b>25'895</b>	6.3%	3'272
BS	20'141	4'740	2'488	2'275	1'028	<b>30'672</b>	-1.9%	2'428
BL	21'641	9'095	4'948	6'825	2'673	<b>45'182</b>	-1.5%	3'518
SH	5'182	1'919	1'129	1'708	885	<b>10'823</b>	-8.4%	1'042
AR	1'993	685	572	1'001	807	<b>5'058</b>	10.5%	682
AI	635	379	231	444	468	<b>2'157</b>	1.0%	72
SG	28'181	14'124	6'108	10'709	7'843	<b>66'965</b>	-1.4%	7'426
GR	16'463	4'738	2'681	3'779	1'963	<b>29'624</b>	-0.5%	2'328
AG	22'160	10'306	6'983	10'843	6'255	<b>56'547</b>	-3.8%	4'981
TG	35'998	12'811	4'687	2'484	1'629	<b>57'609</b>	-0.6%	2'963
TI	37'540	12'158	3'896	4'625	2'151	<b>60'370</b>	0.2%	4'515
VD	44'078	13'075	6'962	6'939	3'798	<b>74'852</b>	-7.2%	8'335
VS	29'685	5'186	2'900	4'030	2'314	<b>44'115</b>	-11.8%	3'837
NE	19'225	4'697	2'208	2'197	1'013	<b>29'340</b>	-3.6%	2'485
GE	61'057	19'101	9'711	6'980	2'949	<b>99'798</b>	-5.7%	12'195
JU	8'734	1'956	807	929	864	<b>13'290</b>	-0.9%	1'292
<b>CH</b>	<b>723'598</b>	<b>203'103</b>	<b>100'099</b>	<b>120'609</b>	<b>68'580</b>	<b>1'215'989</b>	<b>-2.4%</b>	<b>100'943</b>

Datenstand: 9.8.06

Quelle: Formular PV2 [2.2]

1) Anzahl subventionierte Haushalte im Sinne der kantonalen Regelungen zur Prämienverbilligung.

2) Alleinerziehende Personen mit einem oder mehreren Kindern.

**T 4.05 Anzahl subventionierte Haushalte <sup>1</sup> nach ausbezahltem Jahresbetrag und Kantonen****2005**

Kanton	Ausbezahlter 1 - 600 Fr.	Jahresbetrag 601 - 1'200 Fr.	1'201 - 2'400 Fr.	2'401 - 3'600 Fr.	3'601 - 4'800 Fr.	mehr als 4'800 Fr.	Jahresbe- trag un- bekannt	Haushalte Total
ZH	31'423	104'482	58'502	35'922	20'700	8'500	575	260'104
BE	34'515	35'748	43'279	15'036	10'092	6'274		144'944
LU	7'421	8'538	18'204	18'522	4'149	5'068		61'902
UR	955	1'002	1'720	1'460	398	419		5'954
SZ	1'478	2'233	6'144	2'197	1'213	925	3'931	18'121
OW	1'402	1'757	3'121	1'244	437	176		8'137
NW	1'380	1'708	2'220	416	81	69		5'874
GL	774	1'250	2'348	616	162	204		5'354
ZG	2'388	2'570	6'922	2'962	874	797		16'513
FR	732	5'896	16'144	7'848	2'759	3'410		36'789
SO	2'144	4'952	8'987	5'770	2'320	1'722		25'895
BS	2'241	2'738	4'440	5'253	4'558	11'442		30'672
BL	8'550	9'904	19'956	4'584	1'575	613		45'182
SH	1'401	1'437	4'718	1'600	927	740		10'823
AR	305	354	677	1'882	570	1'270		5'058
AI	568	463	622	215	61	228		2'157
SG	12'164	10'138	32'533	6'628	2'852	2'650		66'965
GR	3'697	5'503	8'154	8'425	1'995	1'850		29'624
AG	6'366	7'715	16'256	16'283	4'548	5'379		56'547
TG	6'507	14'961	30'210	4'744	925	262		57'609
TI	3'281	5'094	14'292	24'235	4'200	9'268		60'370
VD	8'237	5'971	11'228	9'834	26'058	13'524		74'852
VS	46	4'277	16'534	15'317	2'998	4'943		44'115
NE	6'814	4'065	4'662	2'786	7'961	3'052		29'340
GE	21'560	26'195	13'011	7'797	14'854	15'650	731	99'798
JU	2'691	2'402	3'392	1'086	2'786	933		13'290
<b>CH</b>	<b>169'040</b>	<b>271'353</b>	<b>348'276</b>	<b>202'662</b>	<b>120'053</b>	<b>99'368</b>	<b>5'237</b>	<b>1'215'989</b>

Datenstand: 9.8.06

Quelle: Formular PV2 [2.2]

1) Anzahl subventionierte Haushalte im Sinne der kantonalen Regelungen zur Prämienverbilligung.

T 4.06 Kantonale Grenzbeträge für die Berechtigung: Massgebende Einkommen <sup>1</sup>

2005

Kanton	Hauhaltsvorstand alleinstehend/alleinerziehend				Hauhaltsvorstand verheiratet			
	Keine Kinder	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder	Keine Kinder	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder
ZH	36'000	47'500	47'500	47'500	47'500	47'500	47'500	47'500
BE	35'200	47'200	55'700	64'200	49'000	57'500	66'000	74'500
LU	29'400	36'960	44'520	52'080	59'400	66'960	74'520	82'080
UR	25'500	32'700	40'000	47'200	51'600	58'800	65'000	65'000
SZ	28'320	45'000	52'500	60'997	40'000	67'965	76'500	81'000
OW	34'000	43'100	52'200	61'300	69'500	78'600	87'700	96'800
NW	28'500	35'700	42'900	50'100	57'000	64'200	71'400	78'600
GL	31'600	44'500	52'600	64'700	51'800	63'200	70'000	80'100
ZG	35'800	45'000	54'200	63'400	72'200	81'400	90'600	99'800
FR	36'800	55'200	65'200	75'200	54'600	64'600	74'600	84'600
SO	30'900	41'100	49'300	57'500	49'900	57'100	64'300	71'500
BS	39'000	74'000	82'000	88'000	64'000	74'000	82'000	88'000
BL	31'000	44'000	56'000	68'000	63'000	77'000	88'000	101'000
SH	24'420	30'920	37'420	43'920	49'100	55'600	62'100	68'600
AR	27'920	35'964	44'008	52'052	47'060	55'104	63'148	71'192
AI	31'100	38'800	46'400	54'100	62'100	69'800	77'500	85'200
SG	24'750	37'444	52'888	68'333	49'500	59'444	74'888	90'333
GR	33'000	40'000	44'000	50'000	54'000	60'000	62'000	68'000
AG	24'400	31'700	39'000	46'200	49'900	57'100	64'400	71'700
TG	29'800	29'800	29'800	29'800	34'800	34'800	34'800	34'800
TI	22'000	34'000	39'000	65'000	34'000	34'000	39'000	65'000
VD	30'000	52'000	59'000	66'000	45'000	52'000	59'000	66'000
VS	29'500	50'825	61'825	72'825	44'250	55'250	66'250	77'250
NE	36'000	46'000	56'000	66'000	53'100	63'100	73'100	74'100
GE	30'000	52'000	59'000	66'000	45'000	52'000	59'000	66'000
JU	33'000	47'000	51'000	57'000	38'000	47'000	51'000	57'000

Datenstand: 9.8.06

Quelle: Formular PV2 [2.3]

1) Für massgebende Einkommen, die höher sind als die obenstehenden Beträge, werden keine Subventionen mehr ausbezahlt. Das massgebende Einkommen entspricht einem je nach Kanton definierten Einkommen, meist "steuerbares Einkommen" aber auch "Reineinkommen" oder "Effektives Einkommen", zuzüglich einem bestimmten Anteil des Vermögens (meist "steuerbares Vermögen" oder "Reinvermögen").

**T 4.07 Maximale, budgetierte und ausbezahlte Subventionen ab 1996****2005**

Jahr	Subventionsziel <sup>1</sup> in Mio. Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Reduktions- faktor <sup>2</sup> : Durchschnitt CH in %	Subventions- budget nach Kürzungen <sup>3</sup> in Mio. Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Ausbezahlte Subventionen nach KVG <sup>4</sup> in Mio. Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	2'470.5	-	26.5%	1'815.6	24.8%	1'467.2	19.6%
1997	2'716.0	9.9%	23.2%	2'087.2	26.9%	1'994.2	32.5%
1998	2'972.5	9.4%	23.9%	2'263.3	29.3%	2'446.5	31.8%
1999	3'270.0	10.0%	24.3%	2'476.6	31.4%	2'689.7	33.1%
2000	3'319.5	1.5%	23.7%	2'532.8	31.3%	2'545.3	32.5%
2001	3'369.0	1.5%	20.7%	2'671.6	31.9%	2'657.2	32.3%
2002	3'420.0	1.5%	16.7%	2'848.4	32.8%	2'892.0	33.5%
2003	3'471.0	1.5%	14.7%	2'961.1	32.7%	3'065.5	35.0%
2004	3'523.5	1.5%	14.1%	3'025.3	32.8%	3'169.8	35.2%
<b>2005</b>	<b>3'576.0</b>	<b>1.5%</b>	<b>12.8%</b>	<b>3'119.6</b>	<b>32.9%</b>	<b>3'201.8</b>	<b>35.6%</b>
2006	3'780.0	5.7%	14.5%	3'230.0	-	-	-
2007	3'987.0	5.5%	-	-	-	-	-
2008	4'045.5	1.5%	-	-	-	-	-
2009	4'107.0	1.5%	-	-	-	-	-

Datenstand: 9.8.06

Quelle: Fussnote 1) &amp; T 4.09 &amp; T 4.10

1) Maximaler Subventionsbetrag von Bund und Kantonen gemäss KVG-Verteilmodell:

Art. 106 KVG &amp; Bundesbeschlüsse über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung.

2) Vgl. Art. 66 Abs. 5 KVG: "Der Kanton darf den (...) von ihm zu übernehmenden Betrag um maximal 50 Prozent kürzen, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt".

3) Subventionsbudget = maximaler Subventionsbetrag abzüglich der Kürzungsbeträge von Kantonen und Bund (vgl. Fussnote 2).

4) Effektiv im Berichtsjahr an die Haushalte/BezügerInnen ausbezahlte Prämienverbilligungen nach KVG.

Die Werte für 1996 und 2004 wurden revidiert.

T 4.08 KVG-Verteilmodell <sup>1</sup> : Berechnungsbasis sowie Bundes- und Kantonsbeiträge

2005

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung <sup>2</sup> 2002	Index der Finanzkraft 2004/2005	Prämienindex KV <sup>3</sup>	KVG-Verteilmodell 2005			Total Beiträge in Fr. : Ziel <sup>5</sup>	Veränd. gegenüber Vorjahr
				Bundesbeiträge in Fr.	Kantonsbeiträge in Fr.	Kantonsbeiträge in % der Bundesbeiträge <sup>4</sup>		
ZH	1'260'027	157	-	296'502'820	313'342'470	105.7%	<b>609'845'290</b>	2.0%
BE	958'809	58	-	371'232'904	92'824'634	25.0%	<b>464'057'538</b>	0.8%
LU	351'458	63	-	132'698'258	37'405'179	28.2%	<b>170'103'438</b>	1.3%
UR	34'196	51	-	13'714'535	2'836'111	20.7%	<b>16'550'647</b>	0.4%
SZ	132'093	117	-	38'010'940	25'921'233	68.2%	<b>63'932'172</b>	1.7%
OW	32'848	30	-	14'641'623	1'256'600	8.6%	<b>15'898'223</b>	1.4%
NW	37'906	129	-	10'268'873	8'077'390	78.7%	<b>18'346'263</b>	1.7%
GL	38'096	77	-	13'405'659	5'032'563	37.5%	<b>18'438'222</b>	0.5%
ZG	102'091	227	-	16'893'564	32'517'831	192.5%	<b>49'411'395</b>	2.1%
FR	243'781	45	-	100'765'680	17'222'774	17.1%	<b>117'988'454</b>	1.9%
SO	244'861	76	-	86'598'979	31'912'150	36.9%	<b>118'511'129</b>	1.0%
BS	198'409	166	-	44'622'166	51'406'742	115.2%	<b>96'028'908</b>	0.7%
BL	264'827	116	-	76'590'558	51'583'929	67.4%	<b>128'174'488</b>	1.1%
SH	74'627	98	-	23'628'029	12'490'733	52.9%	<b>36'118'761</b>	1.4%
AR	52'886	61	-	20'169'781	5'426'687	26.9%	<b>25'596'468</b>	0.1%
AI	14'729	66	-	5'477'838	1'650'866	30.1%	<b>7'128'704</b>	0.3%
SG	457'065	80	-	158'428'371	62'788'029	39.6%	<b>221'216'399</b>	1.3%
GR	190'311	63	-	71'854'858	20'254'553	28.2%	<b>92'109'411</b>	0.9%
AG	556'037	105	-	169'959'860	99'158'435	58.3%	<b>269'118'296</b>	1.7%
TG	230'472	80	-	79'886'568	31'660'492	39.6%	<b>111'547'060</b>	1.2%
TI	320'653	85	-	108'384'866	46'809'341	43.2%	<b>155'194'207</b>	2.8%
VD	645'244	95	-	207'401'288	104'892'474	50.6%	<b>312'293'762</b>	1.6%
VS	278'850	30	-	124'294'095	10'667'397	8.6%	<b>134'961'492</b>	1.7%
NE	169'003	56	-	66'096'306	15'699'975	23.8%	<b>81'796'281</b>	1.0%
GE	430'701	155	-	102'374'871	106'081'520	103.6%	<b>208'456'391</b>	2.0%
JU	68'548	33	-	30'096'711	3'079'892	10.2%	<b>33'176'603</b>	0.7%
<b>CH</b>	<b>7'388'527</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>2'384'000'000</b>	<b>1'192'000'000</b>	<b>50.0%</b>	<b>3'576'000'000</b>	<b>1.5%</b>

Datenstand: 9.8.06

Quelle: EFV - Bundes- und Kantonsbeiträge : Verteilungsmodell für das Jahr 2005.

1) vgl. Art. 66 Abs. 3 KVG: "Der Bundesrat setzt die Anteile der einzelnen Kantone am Bundesbeitrag nach deren Wohnbevölkerung und deren Finanzkraft fest. Er kann die durchschnittlichen Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den einzelnen Kantonen berücksichtigen".

2) inklusive versicherte Grenzgänger und deren Familienangehörige.

3) Prämien-Index ist seit 2002 nicht mehr berücksichtigt.

4) Relativer Anteil des Kantonsbeitrages am Bundesbeitrag (vgl. Fussnote 1).

5) Maximaler Subventionsbetrag von Bund und Kantonen gemäss KVG-Verteilmodell (vgl. Art. 106 KVG).

**T 4.09 Reduktionsfaktor und Subventionen nach Reduktion nach Kantonen****2005**

Kanton	Reduktionsfaktor <sup>1</sup>	Bundesbeitrag nach Reduktion in Fr. <sup>2</sup>	Kantonsbeitrag nach Reduktion in Fr. <sup>2</sup>	Subventions-Budget nach Reduktion in Fr. <sup>2</sup>	In % Total Beitrag vor Reduktion <sup>3</sup>	Veränd. des Totals gegenüber Vorjahr
ZH	13.3%	257'097'595	271'699'256	<b>528'796'851</b>	86.7%	8.5%
BE	0.0%	371'232'904	92'824'634	<b>464'057'538</b>	100.0%	0.8%
LU	14.5%	113'417'201	31'970'206	<b>145'387'407</b>	85.5%	3.1%
UR	22.4%	10'642'479	2'200'822	<b>12'843'301</b>	77.6%	1.2%
SZ	20.4%	30'262'648	20'637'352	<b>50'900'000</b>	79.6%	-2.2%
OW	0.0%	14'641'623	1'256'600	<b>15'898'223</b>	100.0%	1.4%
NW	48.2%	5'317'222	4'182'473	<b>9'499'695</b>	51.8%	-2.5%
GL	30.0%	9'383'961	3'522'794	<b>12'906'755</b>	70.0%	0.5%
ZG	25.5%	12'585'705	24'225'784	<b>36'811'489</b>	74.5%	7.7%
FR	0.0%	100'765'680	17'222'774	<b>117'988'454</b>	100.0%	1.9%
SO	30.0%	60'619'285	22'338'505	<b>82'957'790</b>	70.0%	4.0%
BS	0.0%	44'622'166	51'406'742	<b>96'028'908</b>	100.0%	0.7%
BL	20.4%	60'950'015	41'049'985	<b>102'000'000</b>	79.6%	-3.8%
SH	8.1%	21'718'645	11'481'355	<b>33'200'000</b>	91.9%	3.8%
AR	12.0%	17'743'890	4'774'000	<b>22'517'890</b>	88.0%	0.2%
AI	19.6%	4'406'921	1'328'121	<b>5'735'042</b>	80.4%	0.9%
SG	40.0%	95'057'023	37'672'817	<b>132'729'840</b>	60.0%	11.7%
GR	28.4%	51'440'061	14'500'000	<b>65'940'061</b>	71.6%	11.7%
AG	45.7%	92'205'324	53'794'676	<b>146'000'000</b>	54.3%	0.7%
TG	0.0%	79'886'568	31'660'492	<b>111'547'060</b>	100.0%	1.2%
TI	0.0%	108'384'866	46'809'341	<b>155'194'207</b>	100.0%	2.8%
VD	0.0%	207'401'288	104'892'474	<b>312'293'762</b>	100.0%	1.6%
VS	0.0%	124'294'095	10'667'397	<b>134'961'492</b>	100.0%	1.7%
NE	0.0%	66'096'306	15'699'975	<b>81'796'281</b>	100.0%	1.0%
GE	0.0%	102'374'871	106'081'520	<b>208'456'391</b>	100.0%	2.0%
JU	0.0%	30'096'711	3'079'892	<b>33'176'603</b>	100.0%	0.7%
<b>CH <sup>4</sup></b>	<b>12.8%</b>	<b>2'092'645'052</b>	<b>1'026'979'988</b>	<b>3'119'625'040</b>	<b>87.2%</b>	<b>3.1%</b>

Datenstand: 9.8.06

Quelle : EFV - Bundes- und Kantonsbeiträge nach Reduktion durch die Kantone für das Jahr 2005.

1) Vgl. Art. 66 Abs. 5 KVG: "Der Kanton darf den (...) von ihm zu übernehmenden Betrag um maximal 50 Prozent kürzen die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist.

Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt". Wert gerundet.

2) Budget. Wert in einigen Kantonen gerundet.

3) Benutzter Kantonsbeitrag in Prozent des maximalen Gesamtbeitrages.

4) Der Reduktionsfaktor bezieht sich auf das Total der Prämienverbilligung.

## T 4.10 Ausgerichtete Leistungen nach Kantonen

2005

Kanton	Leistungen nach KVG für 2005 in Fr.	Leistungen nach KVG für 2004 und früher in Fr.	Total Leistungen * nach KVG <sup>1</sup> in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	* davon Teil der Kantone in %	Total Leistungen pro Haushalt in Fr.	Total Leistungen pro Bezüger in Fr.
ZH	512'713'601	2'855'552	<b>515'569'153</b>	4.1%	51.4%	1'982	1'323
BE	429'456'770	34'600'768	<b>464'057'538</b>	0.1%	20.0%	3'202	1'655
LU	149'203'073	0	<b>149'203'073</b>	3.9%	22.0%	2'410	1'074
UR	11'831'414	687'714	<b>12'519'128</b>	-4.9%	17.1%	2'103	870
SZ	40'456'096	319'290	<b>40'775'386</b>	-21.3%	40.5%	2'250	1'194
OW	15'926'675	0	<b>15'926'675</b>	-0.7%	7.9%	1'957	890
NW	9'218'469	275'540	<b>9'494'009</b>	0.4%	44.0%	1'616	812
GL	13'896'528	-196'276	<b>13'700'252</b>	-20.0%	27.3%	2'559	1'535
ZG	35'730'762	2'235'317	<b>37'966'079</b>	8.3%	65.8%	2'299	1'119
FR	117'301'662	0	<b>117'301'662</b>	2.2%	14.6%	3'188	1'308
SO	81'421'395	4'921'871	<b>86'343'266</b>	8.2%	26.9%	3'334	1'455
BS	122'357'777	84'756	<b>122'442'533</b>	3.6%	63.6%	3'992	2'397
BL	93'311'550	3'941'484	<b>97'253'034</b>	-1.8%	40.2%	2'152	1'032
SH	31'311'533	1'961'057	<b>33'272'590</b>	4.4%	34.6%	3'074	1'391
AR	21'164'553	958'371	<b>22'122'924</b>	6.6%	21.2%	4'374	1'641
AI	4'867'890	51'527	<b>4'919'417</b>	1.8%	23.2%	2'281	733
SG	141'992'127	0	<b>141'992'127</b>	8.2%	28.4%	2'120	864
GR	60'004'710	3'055'930	<b>63'060'640</b>	-0.8%	22.0%	2'129	1'062
AG	137'233'035	11'408'312	<b>148'641'347</b>	-0.6%	36.8%	2'629	1'055
TG	96'679'781	3'788'458	<b>100'468'239</b>	-8.6%	28.4%	1'744	1'064
TI	228'301'022	2'614'841	<b>230'915'863</b>	18.4%	53.1%	3'825	2'371
VD	281'589'801	1'184'297	<b>282'774'098</b>	-10.3%	33.6%	3'778	2'033
VS	121'245'919	13'724'419	<b>134'970'338</b>	1.3%	7.9%	3'060	1'749
NE	81'253'640	519'956	<b>81'773'596</b>	0.4%	19.2%	2'787	1'656
GE	211'986'811	29'135'708	<b>241'122'519</b>	-1.0%	57.5%	2'416	1'635
JU	32'149'108	1'027'495	<b>33'176'603</b>	0.7%	9.3%	2'496	1'366
<b>CH</b>	<b>3'082'605'702</b>	<b>119'156'387</b>	<b>3'201'762'089</b>	<b>1.0%</b>	<b>35.6%</b>	<b>2'633</b>	<b>1'415</b>

Datenstand: 9.8.06

Quelle: Formular PV1 &amp; T 4.02 &amp; T 4.04

1) Effektiv im Berichtsjahr an die Haushalte/BezügerInnen ausbezahlte Prämienverbilligungen nach KVG. Bund und Kantone.

**T 4.11 Bezügerquoten nach Geschlecht und Kantonen und begünstigte Haushalte in %****2005**

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung <sup>1</sup>			Bezügerquoten (approximativ) <sup>2</sup>			Privat- haushalte Total <sup>3</sup> 2000	Begünstigte Haushalte in % <sup>4</sup> (approximativ)
	Männliche Personen	Weibliche Personen	Total Personen	Männliche Personen	Weibliche Personen	Total Personen		
ZH	636'885	655'596	1'292'481	27.9%	32.3%	30.1%	567'573	46%
BE	469'229	494'428	963'657	27.8%	30.3%	29.1%	415'901	35%
LU	175'354	180'412	355'766	37.5%	40.6%	39.1%	140'594	44%
UR	17'548	17'104	34'652	40.3%	42.7%	41.5%	13'430	44%
SZ	69'164	67'345	136'509	23.9%	26.1%	25.0%	50'089	36%
OW	16'615	16'463	33'078	51.8%	56.4%	54.1%	12'445	65%
NW	19'907	19'187	39'094	28.9%	31.0%	29.9%	15'153	39%
GL	18'933	19'165	38'098	23.0%	23.8%	23.4%	15'382	35%
ZG	53'736	52'614	106'350	30.1%	33.7%	31.9%	40'819	40%
FR	126'703	128'759	255'462	33.7%	36.4%	35.1%	94'093	39%
SO	121'437	125'415	246'852	23.1%	24.9%	24.0%	102'584	25%
BS	90'556	99'980	190'536	26.5%	27.1%	26.8%	95'999	32%
BL	129'650	135'014	264'664	35.7%	35.5%	35.6%	111'675	40%
SH	36'267	37'849	74'116	32.3%	32.2%	32.3%	31'427	34%
AR	26'121	26'289	52'410	25.1%	26.4%	25.7%	21'572	23%
AI	7'697	7'290	14'987	44.7%	44.8%	44.8%	5'290	41%
SG	228'276	232'641	460'917	33.8%	37.5%	35.6%	183'750	36%
GR	94'950	96'347	191'297	29.3%	32.7%	31.0%	77'781	38%
AG	282'908	284'320	567'228	25.3%	24.4%	24.8%	224'128	25%
TG	116'518	117'503	234'021	39.0%	41.7%	40.3%	91'537	63%
TI	154'391	167'754	322'145	27.3%	32.9%	30.2%	134'916	45%
VD	322'415	341'115	663'530	19.3%	22.6%	21.0%	278'752	27%
VS	142'835	146'692	289'527	24.5%	28.7%	26.7%	107'378	41%
NE	81'954	87'305	169'259	27.1%	31.1%	29.2%	74'049	40%
GE	209'141	227'580	436'721	32.9%	34.6%	33.8%	181'611	55%
JU	33'330	34'568	67'898	31.8%	39.6%	35.8%	27'471	48%
<b>CH</b>	<b>3'682'520</b>	<b>3'818'735</b>	<b>7'501'255</b>	<b>28.7%</b>	<b>31.5%</b>	<b>30.2%</b>	<b>3'115'399</b>	<b>39%</b>

Datenstand: 25.8.06

Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung &amp; T 4.02 &amp; T 4.05

1) Durchschnittliche Wohnbevölkerung in einem bestimmten Gebiet nach wirtschaftlichem Wohnsitz (BFS).

2) Anzahl Personen in % der mittleren Wohnbevölkerung des Berichtsjahres.

Die Quote ist approximativ und mit Vorsicht zu behandeln, weil die Wohnbevölkerung (gemäss der Definition des BFS) von der Zahl der OKP-Versicherten abweichen kann, die theoretisch einen Anspruch auf Prämienverbilligung haben könnten.

3) Gemäss eidgenössischer Volkszählung 2000.

4) Die Zahlen sind nur begrenzt vergleichbar, da

- Vergleich der Zahlen dieses Jahres mit den Haushalten von 2000,
- unterschiedliche Definition des Begriffes Haushalt.

## A 5 Individuelle Daten pro Versicherer

5.01	Aufsichtsdaten der Krankenversicherer OKP	120
5.02	Erklärungen und Quellen für die Aufsichtsdaten	122
5.03	KVG-Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung	123
5.04	Mutationen bei den Krankenversicherern	125





**T 5.02 Erklärungen und Quellen für Aufsichtsdaten OKP (T 5.01)**

**2005**

**1) Versichertenbestand (nur OKP Versicherer)**

Versicherer: Durchschnittsbestand = Mittelwert aller Monate / Total: Bestand am 31.12.

**2) Einnahmen Total (in Mio. Fr.)**

Prämienolls, Subventionen und Prämienverbilligungen, Erlösminderungen (Rabatte und Skonti) sowie die übrigen Erträge (Kapital- und Liegenschaftserträge).

**3) Prämien (in Mio. Fr.)**

Prämienolls = Prämienumschlag gemäss den genehmigten Prämientarifen.

**4A + 4B + 4C) Risikoausgleich (in Mio. Fr., pro versicherte Person in Fr., und in % der Einnahmen)**

Über den Risikoausgleich erhalten Versicherer mit überdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Frauen, ältere Personen) Beiträge, welche von den Versicherern mit unterdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Männer, jüngere Personen) finanziert werden.

Eine positive Prozentzahl bedeutet, dass der Versicherer in den Risikoausgleich einzahlen muss, ein negativer Wert steht bei Versicherern, welche aus dem Risikoausgleich Mittel beziehen können.

**5A + 5B) Leistungen der Versicherer (in Mio. Fr. und pro versicherte Person in Fr.)**

Bezahlte Leistungen = Leistungen der Versicherer an die Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Apotheken, usw.) nach Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise / Selbstbehalt / Tagespauschale im Spital).

**6A + 6B) Verwaltungsaufwand/Abschreibungen (in % der Ausgaben und pro versicherte Person in Fr.)**

Personalaufwand inkl. Sozialleistungen, Verwaltungsräumlichkeiten und Betriebseinrichtungen, EDV-Kosten, Versicherungsprämien (Mobiliar, Haftpflicht usw.), Werbung sowie Abschreibungen. Ausgaben = Total des Versicherungs- und Betriebsaufwands.

**7) Gesamtergebnis (pro versicherte Person in Fr.)**

Das Gesamtbetriebsergebnis entspricht dem Saldo der Einnahmen (Total des Gesamtertrags) und der Ausgaben (Total des Versicherungs- und Betriebsaufwands).

**8A + 8B) Rückstellungen (in Mio. Fr. und pro versicherte Person in Fr.)**

Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle, welche am Ende des Jahres für diejenigen Leistungen gebildet werden müssen, welche von den Versicherten bereits in Anspruch genommen worden sind, für die sie aber noch keine Rechnungen erhalten haben.

Es handelt sich hierbei um geschuldete Leistungen, welche die Versicherer im folgenden Jahr noch zu erbringen haben; sie stellen somit keine Reserven dar.

**9A + 9B + 9C) Reserven (in Mio. Fr., pro versicherte Person in Fr., in % des Prämienolls)**

Sicherheits- und Schwankungsreserven = Mittel, die dem Versicherer zur Sicherstellung der langfristigen eigenen Zahlungsfähigkeit dienen.

Je nach Grösse des Versicherers müssen folgende Mindestsätze (Reserven in % des jährlichen Prämienolls) erreicht werden (Art. 78 KVV):

Versicherte	< 50'000	<= 250'000	> 250'000
Minimale Reserve in % *	**	20%	15%

\*) Gilt ab Jahr 2004.

\*\*) Versicherer mit weniger als 50 000 Versicherten sind verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen.

**10) VVG Zusatzversicherungen : Prämien (in Mio. Fr.)**

KVG-Versicherer, welche eigene VVG-Zusatzversicherungen anbieten.

**11A + 11B + 11C) Gesetzlich vorgeschriebene Reserve**

(in Millionen Franken, Höher als die gesetzliche vorgeschriebene Reserve, Tiefer als die gesetzliche vorgeschriebene Reserve)

Siehe auch 9A.

**Quelle: Formulare EF 1 2 3**

- 0** BAG-Nr. nur wenn EF1.12A Total > 0
- 1** Versicherer: EF1.12A Total wenn > 0 / Total: Bestand am 31.12.
- 2** EF2 Konten 6 + 7 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7
- 3** EF2 Konto 61 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7
- 4A** EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7
- 4B** (EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [ 1 ]
- 4C** (EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [ 2 ]
- 5A** EF2 Konto 30-33 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7
- 5B** = ([ 5A ] / [ 1 ]) in %
- 6A** (EF2 Konten 40-47 + 48 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / (EF2 Konto 3/4 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) in %
- 6B** (EF2 Konten 40-47 + 48 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [ 1 ] in %
- 7** EF2 Konten Gesamtbetriebsergebnis ohne Position Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7 / ([ 1 ]) in %
- 8A** EF1 Seite 4 Konto 270
- 8B** = ([ 8A ] / [ 1 ]) in %
- 9A** EF1 Seite 5 Konten 290 + 290.9
- 9B** = ([ 9A ] / [ 1 ]) in %
- 9C** = ([ 9A ] / [ 3 ]) in %
- 10** EF2 Seite 2.8 VVG Konto 63 Krankheit + Unfall
- 11A** wenn [1] >= 250'000 : 15% von [3] ; wenn [1] < 250'000 : 20% von [3]
- 11B** wenn [9A] >= [11A] : [9A] - [11A]
- 11C** wenn [9A] < [11A] : [9A] - [11A]

Datenstand: 18.7.06

T 5.03 KVG Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung

2005

BAG-Nr.	Name des KVG-Versicherers <sup>1</sup>	* : KVG-Versicherer nur mit freiwilliger Taggeldversicherung	Prämien in Tausend Fr.	Leistungen in Tausend Fr.	Verwaltungsaufwand + Abschreibungen in Tausend Fr.	Gesamtergebnis in Tausend Fr.	Stand der Rückstellungen in Tausend Fr.	Stand der Reserven in Tausend Fr.
0		1	2	3	4	5	6	7
8	CSS Kranken-Versicherung AG		1'796.9	1'095.5	96.1	634.3	2'000.0	8'412.4
32	Krankenkasse Aquilana		1'884.3	1'108.4	133.5	631.6	230.0	-41.7
57	Krankenkasse 57		33'338.2	27'985.0	3'432.0	2'775.2	3'480.0	24'721.3
62	SUPRA CAISSE-MALADIE		0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	60.5
97	Krankenkasse Luchsingen-Hätzingen		46.0	14.4	1.0	2.9	20.0	30.4
134	Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln		105.0	68.6	14.0	24.3	100.0	425.2
160	Caisse Maladie de la Fonction Publique		1'371.6	718.3	228.4	543.4	90.0	1'380.7
178	Kranken- & Unfallkasse Rothenburg		40.8	19.2	2.9	18.6	0.0	157.7
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG		4.9	0.4	6.0	8.3	0.0	359.6
194	Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse		1'124.8	897.3	148.3	30.8	550.0	1'207.0
216	Caisse-Maladie EOS		101.5	43.4	16.9	42.8	28.0	178.1
246	Krankenkasse Steffisburg		36.9	8.2	18.2	0.0	28.3	257.4
261	Carena Schweiz		626.3	619.6	69.9	-59.6	300.0	1'055.0
263	Krankenkasse für das Bau- und Holzgewerbe SKBH		10'914.9	6'944.8	1'951.5	3'147.4	1'750.0	12'080.4
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung		13'891.7	10'443.9	1'903.1	1'951.4	1'314.9	4'125.9
294	Krankenkasse Malters		78.3	30.5	16.3	7.8	51.0	128.4
312	Atupri Krankenkasse		759.7	511.0	29.9	292.6	169.0	2'578.1
343	Avenir Assurances, Assurances maladie et accidents		1'875.6	1'113.9	315.3	955.1	225.0	6'568.7
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland Zell		901.7	697.9	30.1	149.7	333.6	1'341.3
376	KPT CPT Krankenkasse		1'348.6	757.5	57.2	580.8	212.1	3'450.8
411	Xundheit, Öffentliche Gesundheitskasse Schweiz AG		5'873.5	4'119.5	3'521.0	-803.3	595.0	1'190.9
445	Caisse-maladie Hermes		2'493.4	1'692.8	515.9	509.7	200.0	210.6
455	ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG		4'817.5	3'706.7	401.5	1'670.3	1'130.8	9'330.0
484	PANORAMA Kranken- und Unfallversicherung		10.4	5.0	0.9	16.0	20.0	298.0
509	Öffentliche Krankenkasse Basel		9.9	83.1	200.1	0.0	1'745.9	3'204.5
556	Kranken- und Unfall-Versicherungsverein St. Moritz		393.1	259.3	70.8	90.6	62.0	991.3
558	Krankenkasse Flaachthal		13.1	10.3	1.0	7.7	24.6	113.8
591	Krankenkasse der Region Goms		1'295.4	1'268.1	38.2	218.4	90.0	688.3
623	Krankenkasse Embd		43.9	12.8	1.4	0.2	50.0	50.8
627	Krankenkasse Lötschental		85.6	98.3	4.0	4.5	10.0	-11.5
749	La Caisse Vaudoise - Fondation Vaudoise d'assurance		5'499.0	3'993.7	914.3	1'037.2	900.0	16.1
758	Krankenkasse Stalden		27.3	6.5	3.0	3.8	20.0	84.5
762	Kolping Krankenkasse AG		426.7	252.8	75.9	47.5	250.0	1'040.4
774	Krankenversicherung EASY SANA		639.7	479.7	126.1	69.9	105.0	602.0
780	Krankenkasse Elm		153.4	134.4	42.8	-19.2	18.0	180.8
790	Krankenkasse des Saastales		65.0	83.4	4.6	-6.4	19.9	42.2
820	Cassa da malsauns ed accidents Lumnezia I		329.4	160.8	17.0	44.9	120.0	35.3
829	KLuG Krankenversicherung		1'098.3	884.7	245.1	33.0	390.0	1'000.0
881	Die Eidgenössische Gesundheitskasse		1'038.2	369.1	162.9	618.0	161.7	3'525.7
895	Krankenkasse Staldenried		6.8	0.6	0.0	1.0	0.0	31.0
901	Öffentliche Kranken- und Unfallkasse Lugnez II		254.9	80.3	12.7	38.6	50.0	342.8
923	Krankenkasse SLKK		248.5	28.4	2.0	206.0	40.0	3'501.6
941	sodalis Krankenversicherer		899.1	845.2	198.2	-50.0	283.2	1'584.9
966	Öffentliche Krankenkasse Surselva (ÖKK Surselva)		870.7	809.5	69.4	12.8	320.0	790.7
979	Krankenkasse Schattenberge		11.5	0.8	1.1	0.0	8.0	43.8
994	Progrès Versicherungen AG		759.6	535.2	87.5	91.7	415.0	1'062.2
1003	Krankenkasse Zeneggen		0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	5.6
1040	Krankenkasse Visperterminen		148.6	142.2	13.3	40.2	0.0	548.7
1060	Wincare Versicherungen		8'194.0	6'330.2	2'031.8	1'322.3	1'000.0	7'878.1
1097	AVANTIS-Assureur maladie		78.3	35.7	10.8	45.4	15.0	222.1
1147	Krankenkasse Turbenthal		15.5	15.1	1.0	3.9	31.0	121.3
1179	Caisse-maladie du personnel de la Ville de Neuchâtel	*	1'152.4	1'328.0	68.1	108.3	90.0	1'715.7
1215	Caisse-maladie de Troistorrens		84.6	62.8	10.2	19.5	10.0	216.8
1318	Stiftung Krankenkasse Wädenswil		34.7	11.9	3.2	18.0	20.0	165.1
1322	Betriebskrankenkasse Birchmeier		131.0	84.7	14.0	18.2	34.6	157.3
1328	kmu-Krankenversicherung		151.1	116.2	10.1	23.1	571.8	238.1
1331	Krankenkasse Stoffel		2.6	0.4	11.9	3.0	134.4	556.1
1362	Krankenkasse Simplon		15.0	0.0	0.0	3.6	1.5	12.8
1384	SWICA Krankenversicherung		7'437.2	6'013.2	445.4	936.6	1'093.6	4'662.1
1386	Galenos Kranken- und Unfallversicherung		1'269.9	1'313.8	65.4	-67.6	100.0	173.8
1401	Betriebskrankenkasse Heerbrugg		59.3	30.1	24.9	4.5	110.0	239.8
1402	Taggeldkasse bildende KünstlerInnen	*	0.0	135.4	1.3	162.6	20.0	1'074.3
1423	Allgemeine Krankenkasse Brugg		99.7	111.5	4.6	-8.7	120.0	215.1
1442	Fondation Natura Assurances.ch		45.9	12.5	1.9	35.0	10.0	238.6
1454	Krankenkasse Cervino		2'044.0	1'639.6	151.0	9.9	2'750.0	1'667.8
1479	Mutuel Assurances		13'298.0	7'654.8	2'475.9	4'627.7	1'240.0	21'719.4
1491	Gewerbliche Krankenkasse Bern	*	1'768.4	1'621.3	206.9	146.0	0.0	2'299.2
1507	Fondation AMB		387.1	171.9	65.3	56.2	110.0	1'432.0
1509	Sanitas Grundversicherungen AG		8'351.3	6'256.4	600.0	1'470.0	4'175.0	10'229.2
1520	Caisse de maladie de la Société suisse des hôteliers		26'203.6	21'233.3	2'000.0	3'127.1	3'500.0	10'878.9
1522	Krankenkasse Schweizerischer Metallbaufirmen	*	2'811.2	2'835.3	332.4	0.7	150.0	4'856.9
1529	Intras - Caisse Maladie		1'017.0	853.8	32.8	420.0	196.4	6'663.8
1535	Caisse maladie-accident Philos		24'243.7	16'924.0	1'927.2	5'718.0	1'751.0	25'720.4







## A 6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG

6.01	Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 1996	128
6.02	Ertrag, Aufwand und Ergebnis ab 1996	128
6.03	Versicherer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel- u. Kollektivverträgen	129
6.04	Betriebsrechnung der Einzel- und Kollektivversicherung insgesamt	130
6.05	Betriebsrechnung der Einzelversicherung	131
6.06	Betriebsrechnung der Kollektivversicherung	132

**T 6.01 Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 1996****2005**

Jahr	Prämien-soll in Mio. Fr.	Prämien- soll pro Versicherte(n) in Fr.	Leistungen in Mio. Fr.	Leistun- gen pro Versicher- te(n) in Fr.	Versi- cherten- bestand <sup>1</sup>	Versi- cherer- bestand
1996	834.3	376	872.5	394	2'217'116	150
1997	560.6	393	621.5	435	1'427'603	134
1998	511.4	427	456.4	381	1'198'191	115
1999	464.5	435	412.1	386	1'067'344	109
2000	439.2	462	381.6	401	951'742	102
2001	400.7	461	352.0	405	868'760	102
2002	371.7	472	329.1	418	787'539	93
2003	357.1	512	309.9	445	697'140	92
2004	356.6	574	277.9	447	621'454	93
<b>2005</b>	<b>342.3</b>	<b>511</b>	<b>251.1</b>	<b>374</b>	<b>670'510</b>	<b>82</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 6.03

1) Versichertenbestand am 31.12. Die Werte 1997 bis 1999 des Versichertenbestands wurden revidiert.

**T 6.02 Ertrag, Aufwand und Ergebnis in Franken ab 1996****2005**

Jahr	Total des Gesamt- ertrags	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total Ver- sicherungs- und Betriebs- aufwand	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Gesamt- betriebs- ergebnis	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	842'626'042	-22.4%	918'792'074	-17.4%	-76'164'233	-185.4%
1997	582'586'264	-30.9%	600'844'655	-34.6%	-18'258'291	76.0%
1998	506'597'985	-13.0%	466'707'907	-22.3%	39'890'108	318.5%
1999	464'005'599	-8.4%	422'158'430	-9.5%	41'847'170	4.9%
2000	458'973'778	-1.1%	416'527'371	-1.3%	42'446'407	1.4%
2001	405'199'385	-11.7%	389'159'830	-6.6%	16'039'555	-62.2%
2002	372'184'863	-8.1%	361'726'442	-7.0%	10'458'421	-34.8%
2003	364'678'826	-2.0%	338'730'046	-6.4%	25'948'780	148.1%
2004	363'267'823	-0.4%	315'178'869	-7.0%	48'088'954	85.3%
<b>2005</b>	<b>347'836'053</b>	<b>-4.2%</b>	<b>299'546'559</b>	<b>-5.0%</b>	<b>48'289'494</b>	<b>0.4%</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 6.04

T 6.03 Versicherer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel- und Kollektivverträgen <sup>1</sup>

2005

Anzahl / Betrag	Einzel- versiche- rung	Kollektiv- versiche- rung	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
<b>Anzahl Versicherer</b>	80	47	<b>82</b>	-11.8%
<b>Versichertenbestand <sup>2</sup></b>				
Männlich	177'306	160'569	<b>337'874</b>	7.9%
Weiblich	232'682	99'951	<b>332'634</b>	7.9%
Total	409'989	260'520	<b>670'510</b>	7.9%
<b>Prämiensoll in Franken</b>				
Männlich	49'812'091	181'787'252	<b>231'599'342</b>	-5.0%
Weiblich	33'413'366	77'288'385	<b>110'701'751</b>	-1.8%
Total	83'225'456	259'075'637	<b>342'301'093</b>	-4.0%
<b>Prämiensoll in Franken pro Versicherte(n)</b>				
Männlich	281	1'132	<b>685</b>	-12.0%
Weiblich	144	773	<b>333</b>	-9.0%
Total	203	994	<b>511</b>	-11.0%
<b>Leistungen in Franken</b>				
Männlich	42'899'911	138'021'605	<b>180'921'516</b>	-9.0%
Weiblich	21'975'973	48'163'996	<b>70'139'968</b>	-11.5%
Total	64'875'883	186'185'601	<b>251'061'485</b>	-9.7%
davon Mutterschaft	1'111'746	8'235'450	<b>9'347'197</b>	-37.8%
<b>Leistungen in Franken pro Versicherte(n)</b>				
Männlich	242	860	<b>535</b>	-15.6%
Weiblich	94	482	<b>211</b>	-17.9%
Total	158	715	<b>374</b>	-16.3%

Datenstand: 18.7.06

Quelle: Formular EF3 [3.9]

1) Getrennte Rechnungsführung für die Einzel- und die Kollektivversicherung wird nur bei unterschiedlichen Prämientarifen verlangt (vgl. Art. 75 Abs. 2 KVG).

2) Versichertenbestand am 31.12.

**T 6.04 Betriebsrechnung der Einzel- und Kollektivversicherung insgesamt****2005**

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60	Prämien	315'188'410	27'112'684	<b>342'301'094</b>
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-2'197'471	-243'927	<b>-2'441'398</b>
65	Andere Beitragsanteile	195'383	3'069	<b>198'452</b>
60-65	Brutto-Prämien	313'186'323	26'871'826	<b>340'058'148</b>
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-1'897'320	-112'629	<b>-2'009'949</b>
60-66	Eigene Versicherungsprämien	311'289'003	26'759'196	<b>338'048'199</b>
67	Prämienerbilligung / sonstige Beiträge	19'502'418	57'331	<b>19'559'750</b>
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-19'245'451	-28'404	<b>-19'273'855</b>
69	Sonstige Betriebserträge	2'649'134	58'684	<b>2'707'818</b>
6	Total Versicherungsertrag	314'195'104	26'846'808	<b>341'041'912</b>
30	Leistungen	229'916'752	21'144'730	<b>251'061'482</b>
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33	Bezahlte Leistungen	229'916'752	21'144'730	<b>251'061'482</b>
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	945'565	33'778	<b>979'344</b>
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	4'377'157	791'337	<b>5'168'495</b>
30-35	Brutto-Leistungen	235'239'474	21'969'846	<b>257'209'321</b>
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-2'177'204	-56'145	<b>-2'233'349</b>
37	Risikoausgleich			
3	Total Versicherungsaufwand	233'062'270	21'913'701	<b>254'975'972</b>
40-47	Verwaltungsaufwand	35'176'220	2'797'428	<b>37'973'648</b>
48	Abschreibungen	5'558'757	896'154	<b>6'454'910</b>
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	121'536	20'493	<b>142'029</b>
4	Total Betriebsaufwand	40'856'513	3'714'074	<b>44'570'587</b>
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	273'918'783	25'627'775	<b>299'546'559</b>
	Versicherungsbetriebsergebnis	40'276'321	1'219'032	<b>41'495'353</b>
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	6'436'119	358'022	<b>6'794'141</b>
	Gesamtbetriebsergebnis	46'712'440	1'577'054	<b>48'289'494</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: Formular EF2 [2.0 &amp; 2.1]

T 6.05 Betriebsrechnung der Einzelversicherung <sup>1</sup>

2005

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60	Prämien	74'987'972	8'237'482	83'225'454
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-221'423	-23'830	-245'253
65	Andere Beitragsanteile	38'218	1'780	39'998
60-65	Brutto-Prämien	74'804'768	8'215'432	83'020'200
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-888'332	-98'519	-986'851
60-66	Eigene Versicherungsprämien	73'916'436	8'116'913	82'033'349
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	255'643	28'823	284'466
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	692'339	44'256	736'595
6	Total Versicherungsertrag	74'864'418	8'189'992	83'054'410
30	Leistungen	58'779'531	6'096'351	64'875'882
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33	Bezahlte Leistungen	58'779'531	6'096'351	64'875'882
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	182'024	23'057	205'080
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-2'179'966	-298'855	-2'478'820
30-35	Brutto-Leistungen	56'781'589	5'820'553	62'602'142
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-839'782	-51'305	-891'087
37	Risikoausgleich			
3	Total Versicherungsaufwand	55'941'807	5'769'247	61'711'055
40-47	Verwaltungsaufwand	8'812'837	882'813	9'695'650
48	Abschreibungen	946'414	155'561	1'101'975
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	40'152	6'805	46'957
4	Total Betriebsaufwand	9'799'403	1'045'179	10'844'582
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	65'741'211	6'814'426	72'555'637
	Versicherungsbetriebsergebnis	9'123'207	1'375'565	10'498'773
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	1'750'129	185'679	1'935'808
	Gesamtbetriebsergebnis	10'873'336	1'561'245	12'434'581

Datenstand: 18.7.06

Quelle: Formular EF2 [2.0]

1) Getrennte Rechnungsführung für die Einzel- und die Kollektivversicherung wird nur bei unterschiedlichen Prämientarifen verlangt (vgl. Art. 75 Abs. 2 KVG).

**T 6.06 Betriebsrechnung der Kollektivversicherung <sup>1</sup>****2005**

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60 Prämien	240'200'438	18'875'202	<b>259'075'640</b>
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-1'976'048	-220'097	<b>-2'196'145</b>
65 Andere Beitragsanteile	157'165	1'289	<b>158'453</b>
60-65 Brutto-Prämien	238'381'554	18'656'394	<b>257'037'948</b>
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-1'008'987	-14'111	<b>-1'023'098</b>
60-66 Eigene Versicherungsprämien	237'372'567	18'642'283	<b>256'014'850</b>
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	19'246'775	28'509	<b>19'275'284</b>
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-19'245'451	-28'404	<b>-19'273'855</b>
69 Sonstige Betriebserträge	1'956'795	14'428	<b>1'971'223</b>
6 Total Versicherungsertrag	239'330'686	18'656'816	<b>257'987'502</b>
30 Leistungen	171'137'221	15'048'380	<b>186'185'600</b>
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33 Bezahlte Leistungen	171'137'221	15'048'380	<b>186'185'600</b>
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	763'542	10'722	<b>774'263</b>
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	6'557'123	1'090'192	<b>7'647'315</b>
30-35 Brutto-Leistungen	178'457'885	16'149'293	<b>194'607'179</b>
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-1'337'423	-4'839	<b>-1'342'262</b>
37 Risikoausgleich			
3 Total Versicherungsaufwand	177'120'463	16'144'454	<b>193'264'917</b>
40-47 Verwaltungsaufwand	26'363'383	1'914'615	<b>28'277'998</b>
48 Abschreibungen	4'612'342	740'593	<b>5'352'935</b>
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	81'385	13'687	<b>95'072</b>
4 Total Betriebsaufwand	31'057'110	2'668'895	<b>33'726'005</b>
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	208'177'573	18'813'349	<b>226'990'922</b>
Versicherungsbetriebsergebnis	31'153'113	-156'533	<b>30'996'580</b>
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	4'685'990	172'343	<b>4'858'333</b>
Gesamtbetriebsergebnis	35'839'104	15'810	<b>35'854'913</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: Formular EF2 [2.1]

1) Getrennte Rechnungsführung für die Einzel- und die Kollektivversicherung wird nur bei unterschiedlichen Prämientarifen verlangt (vgl. Art. 75 Abs. 2 KVG).

**A 7    Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer**

7.01	Ertrag, Aufwand und Ergebnis der anderen Versicherungen insgesamt ab 1996	134
7.02	Indikatoren der Betriebsrechnung der anderen Versicherungen	134
7.03	Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG	135
7.04	Betriebsrechnung der Krankenpflegeversicherung Liechtenstein	136
7.05	Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland	137

**T 7.01 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der anderen Versicherungen insgesamt <sup>1</sup> in Franken ab 1996****2005**

Jahr <sup>2,3</sup>	Total des Gesamtertrags	Veränd. gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränd. gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis	Veränd. gegenüber Vorjahr
1996	4'599'022'226	4.7%	4'507'461'189	8.2%	91'699'445	-59.5%
1997	4'851'626'656	5.5%	4'710'142'666	4.5%	141'483'990	54.3%
1998	4'992'640'210	2.9%	4'882'154'898	3.7%	110'485'312	-21.9%
1999	4'257'016'348	-14.7%	4'120'691'132	-15.6%	136'325'216	23.4%
2000	3'297'340'719	-22.5%	3'197'872'772	-22.4%	99'467'946	-27.0%
2001	2'297'775'178	-30.3%	2'245'296'158	-29.8%	52'479'020	-47.2%
2002	2'179'075'331	-5.2%	2'190'020'061	-2.5%	-10'944'730	-120.9%
2003	2'288'718'484	5.0%	2'230'195'620	1.8%	58'522'865	634.7%
2004	1'913'538'531	-16.4%	1'875'065'073	-15.9%	38'473'457	-34.3%
<b>2005</b>	<b>2'014'328'063</b>	<b>5.3%</b>	<b>1'987'939'073</b>	<b>6.0%</b>	<b>26'388'990</b>	<b>-31.4%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Zusammenzug der «Zusatzversicherungen VVG»,

«Krankenpflegeversicherung Liechtenstein» und «Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland».

2) Vorjahresvergleiche sind nur mit Vorbehalt möglich, da jene Zusatzversicherungen VAG, welche auch unternehmensrechtlich vom KVG-Bereich eines Versicherers abgetrennt werden, sich der Sicht der BAG-Krankenversicherungsstatistik entziehen.

3) Revidierte Zahlen für 2002 und 2003 (ohne T 7.06).

Quelle: T 7.02

**T 7.02 Indikatoren der Betriebsrechnung der anderen Versicherungen in Franken****2005**

Kontengruppen	Zusatzversicherungen VVG	Krankenpflegeversicherung Liechtenstein	Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Versicherungsertrag	1'880'790'628	90'350'463	3'584'790	<b>1'974'725'881</b>	3.5%
davon Brutto-Prämien	1'895'503'129	53'029'036	3'596'831	<b>1'952'128'996</b>	3.8%
Neutraler Aufwand/Ertrag	39'687'932	-200'728	114'979	<b>39'602'183</b>	595.1%
Total des Gesamtertrags	1'920'478'560	90'149'735	3'699'768	<b>2'014'328'063</b>	5.3%
Versicherungsaufwand	1'637'191'162	79'898'969	8'049'087	<b>1'725'139'217</b>	6.0%
davon Brutto-Leistungen	1'644'599'921	79'898'969	8'049'087	<b>1'732'547'976</b>	6.0%
Betriebsaufwand	256'763'488	5'747'056	289'312	<b>262'799'856</b>	5.9%
Total Vers.- und Betriebsaufwand	1'893'954'650	85'646'024	8'338'399	<b>1'987'939'073</b>	6.0%
Gesamtbetriebsergebnis	26'523'910	4'503'710	-4'638'630	<b>26'388'990</b>	-31.4%

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 7.03, 7.04, 7.05

**T 7.03 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG <sup>1</sup>**

**2005**

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	1'855'420'447	77'061'369	<b>1'932'481'816</b>
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-34'274'746	-908'986	<b>-35'183'732</b>
65	Andere Beitragsanteile	-1'643'404	-151'552	<b>-1'794'955</b>
60-65	Brutto-Prämien	1'819'502'298	76'000'831	<b>1'895'503'129</b>
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-16'075'659	-1'127'640	<b>-17'203'300</b>
60-66	Eigene Versicherungsprämien	1'803'426'638	74'873'191	<b>1'878'299'829</b>
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	-1'196'463	-82'235	<b>-1'278'698</b>
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-5'760'469	-35'717	<b>-5'796'186</b>
69	Sonstige Betriebserträge	7'666'319	1'899'365	<b>9'565'684</b>
6	Total Versicherungsertrag	1'804'136'025	76'654'603	<b>1'880'790'628</b>
33	Leistungen	1'401'843'334	47'269'139	<b>1'449'112'473</b>
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-35'675'283	-1'016'022	<b>-36'691'306</b>
30-33	Bezahlte Leistungen	1'366'168'050	46'253'117	<b>1'412'421'167</b>
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	8'049'210	221'068	<b>8'270'278</b>
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	216'380'777	7'527'699	<b>223'908'477</b>
30-35	Brutto-Leistungen	1'590'598'037	54'001'884	<b>1'644'599'921</b>
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-7'114'669	-294'090	<b>-7'408'759</b>
37	Risikoausgleich	0	0	<b>0</b>
3	Total Versicherungsaufwand	1'583'483'368	53'707'794	<b>1'637'191'162</b>
40-47	Verwaltungsaufwand	235'536'870	12'925'987	<b>248'462'857</b>
48	Abschreibungen	6'536'167	1'143'163	<b>7'679'329</b>
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	582'337	38'965	<b>621'302</b>
4	Total Betriebsaufwand	242'655'374	14'108'114	<b>256'763'488</b>
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	1'826'138'742	67'815'908	<b>1'893'954'650</b>
	Versicherungsbetriebsergebnis	-22'002'717	8'838'695	<b>-13'164'022</b>
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	36'022'965	3'664'967	<b>39'687'932</b>
	Gesamtbetriebsergebnis	14'020'248	12'503'662	<b>26'523'910</b>

**davon Taggeldversicherung VVG**

Brutto-Prämien (60-65)	-	-	<b>497'833'774</b>
Bezahlte Leistungen (30-33)	-	-	<b>268'004'548</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Gemäss Art. 13 und 14 KVV, ohne T 7.04 und 7.05.

Quelle: Formular EF2 [2.8] & EF1 [1.12C]

**T 7.04 Betriebsrechnung der Krankenpflegeversicherung Liechtenstein****2005**

<b>Kontengruppen</b>		<b>Krankheit in Fr.</b>	<b>Unfall in Fr.</b>	<b>Total in Fr.</b>
63	Prämien	52'783'875	1'158'342	<b>53'942'218</b>
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-894'582	-18'600	<b>-913'181</b>
65	Andere Beitragsanteile	0	0	<b>0</b>
60-65	Brutto-Prämien	51'889'294	1'139'743	<b>53'029'036</b>
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	0	0	<b>0</b>
60-66	Eigene Versicherungsprämien	51'889'294	1'139'743	<b>53'029'036</b>
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	36'295'877	1'020'630	<b>37'316'507</b>
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	<b>0</b>
69	Sonstige Betriebserträge	4'817	102	<b>4'919</b>
6	Total Versicherungsertrag	88'189'987	2'160'475	<b>90'350'463</b>
33	Leistungen	81'887'679	2'235'992	<b>84'123'670</b>
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-6'291'247	-96'053	<b>-6'387'300</b>
30-33	Bezahlte Leistungen	75'596'432	2'139'939	<b>77'736'370</b>
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	275'416	11'051	<b>286'468</b>
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	1'825'607	50'524	<b>1'876'130</b>
30-35	Brutto-Leistungen	77'697'455	2'201'514	<b>79'898'969</b>
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	<b>0</b>
37	Risikoausgleich	0	0	<b>0</b>
3	Total Versicherungsaufwand	77'697'455	2'201'514	<b>79'898'969</b>
40-47	Verwaltungsaufwand	5'378'607	113'764	<b>5'492'371</b>
48	Abschreibungen	237'455	4'933	<b>242'388</b>
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	12'047	250	<b>12'297</b>
4	Total Betriebsaufwand	5'628'109	118'947	<b>5'747'056</b>
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	83'325'564	2'320'460	<b>85'646'024</b>
	Versicherungsbetriebsergebnis	4'864'424	-159'985	<b>4'704'438</b>
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	-197'353	-3'375	<b>-200'728</b>
	Gesamtbetriebsergebnis	4'667'070	-163'360	<b>4'503'710</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: Formular EF2 [2.9]

**T 7.05 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland <sup>1</sup>**

**2005**

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	3'516'019	179'027	<b>3'695'047</b>
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-93'349	-4'866	<b>-98'215</b>
65	Andere Beitragsanteile	0	0	<b>0</b>
60-65	Brutto-Prämien	3'422'670	174'161	<b>3'596'831</b>
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-12'505	-658	<b>-13'163</b>
60-66	Eigene Versicherungsprämien	3'410'165	173'503	<b>3'583'668</b>
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	0	0	<b>0</b>
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	<b>0</b>
69	Sonstige Betriebserträge	1'066	56	<b>1'121</b>
6	Total Versicherungsertrag	3'411'231	173'558	<b>3'584'790</b>
33	Leistungen	6'754'726	80'964	<b>6'835'689</b>
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-195'951	-3'616	<b>-199'567</b>
30-33	Bezahlte Leistungen	6'558'775	77'347	<b>6'636'122</b>
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	40'225	421	<b>40'646</b>
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	1'352'195	20'124	<b>1'372'319</b>
30-35	Brutto-Leistungen	7'951'195	97'892	<b>8'049'087</b>
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	<b>0</b>
37	Risikoausgleich	0	0	<b>0</b>
3	Total Versicherungsaufwand	7'951'195	97'892	<b>8'049'087</b>
40-47	Verwaltungsaufwand	270'393	13'841	<b>284'234</b>
48	Abschreibungen	4'736	247	<b>4'983</b>
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	90	5	<b>95</b>
4	Total Betriebsaufwand	275'219	14'093	<b>289'312</b>
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	8'226'414	111'985	<b>8'338'399</b>
	Versicherungsbetriebsergebnis	-4'815'183	61'574	<b>-4'753'609</b>
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	109'278	5'701	<b>114'979</b>
	Gesamtbetriebsergebnis	-4'705'905	67'275	<b>-4'638'630</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Ohne T 7.04

Quelle: Formular EF2 [2.10]



## **A 8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer**

8.01	AnzahlVersicherer ab 1996	140
8.02	AnzahlVersicherer OKP nach Grösse ab 1996	140
8.03	Stellen- und Personalbestand derVersicherer ab 1996	141
8.04	Ertrag, Aufwand und Ergebnis derVersicherer ab 1996	141
8.05	Gesamtbetriebsrechnung: Ertrag derVersicherer	142
8.06	Gesamtbetriebsrechnung: Aufwand derVersicherer	143
8.07	Aktiven und Passiven derVersicherer ab 1996	144
8.08	Eigenkapital und Eigenkapitalquote derVersicherer ab 1996	144
8.09	Bilanz: Aktiven derVersicherer per 31.12.	145
8.10	Bilanz: Passiven derVersicherer per 31.12.	146
8.11	Aufstellung über Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude per 31.12.	147
8.12	Ergebnisverteilung per 31.12.	148

**T 8.01 Anzahl KVG Versicherer ab 1996****2005**

Jahr	Anzahl Versicherer KVG	Zuwachs	Abgang	Anzahl Versicherer	
				Obligatorische Krankenpflegeversicherung	Freiwillige Taggeldversicherung
1996	159	0	25	145	150
1997	142	1	18	129	134
1998	127	0	15	118	115
1999	119	2	10	109	109
2000	110	0	9	101	102
2001	108	0	2	99	102
2002	101	1	8	93	93
2003	99	2	3	93	92
2004	98	0	2	92	93
<b>2005</b>	<b>90</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>85</b>	<b>82</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: T 5.01; T 5.03; T 5.04

**T 8.02 Anzahl Versicherer OKP nach Grösse <sup>1</sup> ab 1996****2005**

Jahr	1 – 5'000	5'001 – 10'000	10'001 – 50'000	50'001 – 100'000	100'001 – 500'000	mehr als 500'000	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1996	90	14	20	6	12	3	145	-12.7%
1997	76	14	20	4	11	4	129	-11.0%
1998	64	13	21	6	10	4	118	-8.5%
1999	56	12	19	8	10	4	109	-7.6%
2000	48	11	19	9	10	4	101	-7.3%
2001	43	9	23	9	11	4	99	-2.0%
2002	33	10	25	9	13	3	93	-6.1%
2003	32	10	26	9	12	4	93	0.0%
2004	32	11	24	9	12	4	92	-1.1%
<b>2005</b>	<b>27</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>85</b>	<b>-7.6%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Gemäss Versichertenbestand OKP am Jahresende.

Quelle: T 5.01

## T 8.03 Stellen- und Personalbestand der Versicherer ab 1996

2005

Jahr <sup>1</sup>	Verwaltung / Hauptsitz		Sektionen / Agenturen		Total		Veränd. gegenüb. Vorjahr <sup>2</sup>
	Stellen	Personen	Stellen	Personen	Stellen	Personen	
1996	5'252	5'728	5'623	7'761	10'875	13'489	6.9%
1997	5'702	6'184	4'631	6'865	10'333	13'049	-3.3%
1998	5'440	5'884	4'852	6'728	10'292	12'612	-3.3%
1999	5'286	5'825	4'444	6'096	9'729	11'920	-5.5%
2000	4'367	4'846	5'837	7'246	10'204	12'092	1.4%
2001	4'317	4'736	3'995	4'942	8'312	9'678	-20.0%
2002	4'346	4'839	3'951	4'838	8'297	9'677	0.0%
2003	5'023	5'690	2'968	3'779	7'991	9'469	-2.1%
2004	5'428	6'333	2'801	3'511	8'229	9'844	4.0%
<b>2005</b>	<b>5'554</b>	<b>6'193</b>	<b>3'178</b>	<b>3'889</b>	<b>8'732</b>	<b>10'082</b>	<b>2.4%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Ab 2001, nur obligatorische Grundversicherung OKP.

2) Total Personen.

Quelle: Formular EF3 [3.10.3]

## T 8.04 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der Versicherer in Franken ab 1996

2005

Jahr <sup>1</sup>	Total des Gesamt- ertrags	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total Ver- sicherungs- und Betriebs- aufwand	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Gesamt- betriebs- ergebnis <sup>2</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1997	17'865'032'288	5.8%	17'672'056'998	2.8%	192'975'290	161.6%
1998	18'556'339'848	3.9%	18'402'610'160	4.1%	153'728'761	-20.3%
1999	18'130'009'685	-2.3%	18'002'606'411	-2.2%	127'403'275	-17.1%
2000	17'664'531'029	-2.6%	17'831'851'512	-0.9%	-167'299'750	-231.3%
2001	16'854'501'683	-4.6%	17'581'378'780	-1.4%	-724'676'858	-333.2%
2002	17'923'033'692	6.3%	18'156'411'305	3.3%	-233'377'612	67.8%
2003	19'735'068'495	10.1%	19'234'994'873	5.9%	500'073'622	314.3%
2004	20'469'211'172	3.7%	19'860'790'330	3.3%	608'420'842	21.7%
<b>2005</b>	<b>21'134'645'652</b>	<b>3.3%</b>	<b>20'885'686'091</b>	<b>5.2%</b>	<b>248'959'561</b>	<b>-59.1%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Vorjahresvergleiche sind nur mit Vorbehalt möglich, da jene Zusatzversicherungen VAG, welche auch unternehmensrechtlich vom KVG-Bereich eines Versicherers abgetrennt werden, sich der Sicht der BAG-Krankenversicherungsstatistik entziehen.

2) Jahresergebnis (= Vorschlag Gesamtbetriebsrechnung minus Rückschlag Gesamtbetriebsrechnung) vor der Zuweisung an die resp. der Entnahme von den Fonds und Reserven.

Quelle: T 8.05 [6/7]; T 8.06 [3/4]; T 8.06 [800-801] - T 8.05 [800-801]

**T 8.05 Gesamtbetriebsrechnung: Ertrag der Versicherer****2005**

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
60 Freiwillige Taggeldversicherung KVG	342'301'095	1.6%
600 – Taggeld	353'324'620	1.7%
601 – Überschussbeteiligung auf Kollektivversicherung Taggeld	-11'023'525	-0.1%
61 Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG <sup>1</sup>	18'553'767'335	87.8%
63 Zusatzversicherungen VVG, inkl. Taggeld VVG <sup>2</sup>	1'990'119'081	9.4%
60 – 63 Prämiensoll	20'886'187'510	98.8%
64 Erlösminderungen auf Prämien	-98'159'518	-0.5%
65 Andere Prämienanteile	3'795'596	0.0%
60 – 65 Brutto-Prämien	20'791'823'588	98.4%
66 Prämienanteile der Rückversicherer	-30'925'272	-0.1%
60 – 66 Eigene Versicherungsprämien	20'760'898'316	98.2%
67 Prämienverbilligung und sonstige Beiträge / Subventionen	1'541'385'275	7.3%
670 – Beiträge zur Prämienverbilligung (Art. 65 KVG)	1'479'380'749	7.0%
672 – Beiträge anderer Institutionen z.G. der Versicherten	64'368'529	0.3%
673 – Beiträge z.G. des Versicherten	18'881'507	0.1%
675 – Beiträge an Insolvenzfonds	-21'245'509	-0.1%
68 Prämienermässigung an Versicherte	-1'509'058'326	-7.1%
67 – 68 Eigene Subventionen und Beiträge	32'326'949	0.2%
69 Sonstige Betriebserträge	99'126'823	0.5%
6 Total Versicherungsertrag	20'892'352'089	98.9%
70 Liegenschaftsrechnung	19'550'026	0.1%
701 – Liegenschaftsergebnis	19'550'026	0.1%
72 Neutraler Aufwand und Ertrag	227'306'313	1.1%
720 – Kapitalertrag	464'860'177	2.2%
721 – Kapitalaufwand	-99'677'293	-0.5%
722 – Wertberichtigung auf Wertschriften	-107'692'478	-0.5%
723 – Nicht rückzuerstattende Abgabeerträge VOC und HEL	845'769	0.0%
724 – Übriger neutraler Aufwand und Ertrag	-31'029'863	-0.1%
76 Einkommens-, Vermögens-, Ertrags- und Kapitalsteuer VVG	-4'562'776	0.0%
7 Total neutraler Aufwand/Ertrag	242'293'563	1.1%
<b>6 / 7 Total des Gesamtertrages</b>	<b>21'134'645'652</b>	<b>100.0%</b>
800 – 801 Rückschlag Gesamtbetriebsrechnung	26'629'887	–
Gesamt-Total	21'161'275'538	–

Datenstand: 18.7.06

1) Mit Versicherten, die dem Versicherungsobligatorium unterstehen und in einem EU- oder EFTA-Staat Wohnsitz haben (EWG); [T 1.02 + T 1.07].

2) Jene Zusatzversicherungen VVG, welche auch unternehmensrechtlich vom KVG-Bereich eines Versicherers abgetrennt werden, entziehen sich der Sicht der BSV-Krankenversicherungsstatistik.

Quelle: Formular EF1 [8,9]

## T 8.06 Gesamtbetriebsrechnung: Aufwand der Versicherer

2005

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %	
30	Freiwillige Taggeldversicherung KVG	251'061'482	1.2%
31	Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG <sup>1</sup>	20'380'993'656	97.6%
32	Kostenbeteiligung der Versicherten	-3'041'494'591	-14.6%
33	Zusatzversicherungen VVG, inkl. Taggeld VVG <sup>2</sup>	1'540'071'832	7.4%
30 – 33	Bezahlte Leistungen	19'130'632'379	91.6%
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	-286'866	0.0%
35	Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle / versicherungstechnische Rückstellungen	468'070'103	2.2%
30 – 35	Brutto-Leistungen	19'598'415'616	93.8%
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	-23'686'991	-0.1%
37	Risikoausgleich	-1'304'533	0.0%
3	Total Versicherungsaufwand	19'573'424'093	93.7%
400	– Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	1'085'526'016	5.2%
410	– Verwaltungsräumlichkeiten und Betriebseinrichtungen	106'992'353	0.5%
420	– EDV-Kosten	165'440'156	0.8%
430	– Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	62'070'029	0.3%
450	– Marketing und Werbung inkl. Provisionen KVG	96'980'122	0.5%
453	– Marketing und Werbung inkl. Provisionen VVG	25'143'478	0.1%
460	– Übriger Verwaltungsaufwand	269'428'562	1.3%
470	– Erhaltene Verwaltungsentschädigung	-605'571'181	-2.9%
40 – 47	Total Verwaltungsaufwand	1'206'009'535	5.8%
48	Abschreibungen	103'951'767	0.5%
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	2'300'696	0.0%
4	Total Betriebsaufwand	1'312'261'998	6.3%
<b>3 / 4</b>	<b>Total Versicherungs- und Betriebsaufwand</b>	<b>20'885'686'091</b>	<b>100.0%</b>
800 – 801	Vorschlag Gesamtbetriebsrechnung	275'589'448	–
	Gesamt-Total	21'161'275'538	–

Datenstand: 18.7.06

1) Mit Versicherten, die dem Versicherungsobligatorium unterstehen und in einem EU- oder EFTA-Staat Wohnsitz haben (EWG);  
[T 1.02 + T 1.07].

2) Jene Zusatzversicherungen VVG, welche auch unternehmensrechtlich vom KVG-Bereich eines Versicherers abgetrennt werden,  
entziehen sich der Sicht der BAG-Krankenversicherungsstatistik.

Quelle: Formular EF1 [6,7]

**T 8.07 Aktiven und Passiven der Versicherer in Franken ab 1996****2005**

Jahr <sup>1</sup>	Aktiven Umlauf- vermögen	Anlage- vermögen	Passiven Fremd- kapital	Fonds und Reserven	Bilanz- summe	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	4'170'906'498	8'662'528'519	8'044'141'952	4'789'293'065	12'833'435'017	-0.7%
1997	4'394'709'848	9'362'350'997	9'077'911'655	4'679'149'190	13'757'060'845	7.2%
1998	4'492'004'206	10'278'585'834	9'968'547'987	4'802'042'053	14'770'590'040	7.4%
1999	4'039'072'053	10'698'624'230	9'829'333'069	4'908'363'214	14'737'696'283	-0.2%
2000	4'332'012'501	10'499'430'512	10'459'056'309	4'372'386'704	14'831'443'013	0.6%
2001	4'480'221'296	9'101'419'286	10'583'525'388	2'998'115'194	13'581'640'582	-8.4%
2002	5'055'018'753	8'256'319'715	10'485'582'893	2'730'316'146	13'311'318'468	-2.0%
2003	6'067'195'996	8'398'494'202	11'252'005'747	3'213'684'451	14'465'690'198	8.7%
2004	6'542'917'291	8'401'476'717	11'192'037'166	3'752'356'842	14'944'394'008	3.3%
<b>2005</b>	<b>6'906'540'737</b>	<b>9'245'441'764</b>	<b>12'133'798'943</b>	<b>4'018'183'557</b>	<b>16'151'982'500</b>	<b>8.1%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Bestände per Jahresende; Vorjahresvergleiche sind nur mit Vorbehalt möglich, da jene Zusatzversicherungen VAG, welche auch unternehmensrechtlich vom KVG-Bereich eines Versicherers abgetrennt werden, sich der Sicht der BAG-Krankenversicherungstatistik entziehen.

Quelle: T 8.09; T 8.10

**T 8.08 Eigenkapital und Eigenkapitalquote der Versicherer in Franken ab 1996****2005**

Jahr	Eigenkapital in Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Eigenkapital- quote <sup>1</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	4'007'836'660	-1.8%	24.2%	-13.4%
1997	4'017'395'608	0.2%	22.4%	-7.4%
1998	4'117'666'795	2.5%	22.0%	-1.8%
1999	4'531'003'557	10.0%	24.8%	12.7%
2000	4'046'317'343	-10.7%	22.9%	-7.7%
2001	2'721'453'787	-32.7%	16.3%	-29.0%
2002	2'517'283'980	-7.5%	14.0%	-14.1%
2003	3'007'478'272	19.5%	15.4%	10.5%
2004	3'581'787'876	19.1%	17.6%	14.0%
<b>2005</b>	<b>3'869'547'076</b>	<b>8.0%</b>	<b>18.5%</b>	<b>5.2%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Eigenkapital in % des Prämiensolls.

Quelle: T 8.10 [29]; T 8.05 [60-63]

## T 8.09 Bilanz: Aktiven der Versicherer per 31.12.

2005

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
<b>Umlaufvermögen</b>	<b>6'906'540'737</b>	<b>42.8%</b>
10 Flüssige Mittel	2'344'415'010	14.5%
11 Forderungen bei Versicherten	3'240'235'354	20.1%
– Forderungen bei Versicherten brutto	3'473'478'206	21.5%
– Wertberichtigung / Delkredere	-233'242'852	-1.4%
12 Forderungen bei Partnern	724'147'845	4.5%
– Forderungen bei Partnern brutto	746'133'122	4.6%
– Wertberichtigung / Delkredere	-21'985'277	-0.1%
13 Forderungen bei Rückversicherern	11'855'311	0.1%
14 Forderungen von Subventionen, Prämienverbilligung, Risikoausgleich und anderen Beiträgen	382'048'944	2.4%
15 Vorausbezahlte Versicherungsleistungen, Regress und Rückerstattungsansprüche	22'225'835	0.1%
16 Übrige Forderungen und aktive Rechnungsabgrenzung	181'612'439	1.1%
<b>Anlagevermögen</b>	<b>9'245'441'764</b>	<b>57.2%</b>
17 Kapitalanlagen	8'227'321'920	50.9%
– Kapitalanlagen brutto	8'636'525'385	53.5%
– Wertberichtigung	-409'203'465	-2.5%
18 Grundstücke und Gebäude	864'969'455	5.4%
– Grundstücke und Gebäude brutto	1'268'135'304	7.9%
– Wertberichtigung	-403'165'850	-2.5%
19 Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge	153'150'389	0.9%
– Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge brutto	794'342'938	4.9%
– Wertberichtigung	-641'192'550	-4.0%
<b>1 Total Aktiven</b>	<b>16'151'982'500</b>	<b>100.0%</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: Formular EF1 [3]

**T 8.10 Bilanz: Passiven der Versicherer per 31.12.****2005**

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
<b>Fremdkapital</b>	<b>12'133'798'943</b>	<b>75.1%</b>
20 Verbindlichkeiten aus Versicherungsleistungen	412'089'116	2.6%
21 Verbindlichkeiten bei Versicherten (ohne Konto.215)	3'711'224'159	23.0%
215 Noch zur Verrechnung gelangende Abgabeerträge VOC und HEL	-1'868'423	0.0%
22 Verbindlichkeiten bei Partnern	575'945'423	3.6%
23 Verbindlichkeiten bei Rückversicherern	20'560'236	0.1%
24 Verbindlichkeiten bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG	23'848'371	0.1%
25 Verbindlichkeiten bei anderen Versicherern	56'797'613	0.4%
26 Übrige Verbindlichkeiten und passive Rechnungsabgrenzung	447'847'405	2.8%
27 Rückstellung für unerledigte Versicherungsfälle, Risikoausgleich, nicht versicherungstechn. Rückstellungen, Rücklagen aus Fusionen	6'887'355'042	42.6%
270 <i>Oblig. Krankenpflegevers. (ohne Kto. 270.2 und 270.3)</i>	4'710'406'319	29.2%
270.1 <i>Nicht versicherungstechnische Rückstellungen KVG</i>	301'033'115	1.9%
270.2 <i>Oblig. Krankenpflegevers. (effektive Kosten gemäss Verordnung (EWG) Nr. 574/72 Art. 93)</i>	20'251'041	0.1%
270.3 <i>Oblig. Krankenpflegevers. (Pauschalkosten gem. Verordnung (EWG) Nr. 574/72 Art. 94 und 95)</i>	2'002'691	0.0%
271 <i>– Freiwillige Taggeldversicherung nach KVG</i>	92'528'796	0.6%
272 <i>– Aktive Rückversicherung</i>	1'750'000	0.0%
273 <i>– Zusatzversicherungen inkl. Taggeld VVG</i>	1'274'774'038	7.9%
273.1 <i>– Nicht versicherungstechnische Rückstellungen VVG</i>	251'026'005	1.6%
274 <i>– Risikoausgleich</i>	223'841'090	1.4%
279 <i>– Zweckgebundene Rücklagen aus Fusionen</i>	9'741'948	0.1%
<i>Fonds und Eigenkapital</i>	4'018'183'557	24.9%
28 <b>Fonds</b>	148'636'481	0.9%
280 <i>– Reglementierte Fonds</i>	88'536'786	0.5%
281 <i>– Immobilien (Renovationen, Umbauten)</i>	35'239'681	0.2%
282 <i>– EDV-Projekte</i>	24'860'014	0.2%
29 <b>Eigenkapital</b>	3'869'547'076	24.0%
290 <i>Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung (ohne Konto 290.5)</i>	3'097'123'021	19.2%
290.5 <i>Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung EG und EFTA (ohne Liechtenstein)</i>	12'339'005	0.1%
290.9 <i>Aktienkapital</i>	87'365'309	0.5%
291 <i>– Reserven Taggeldversicherung nach KVG</i>	346'889'185	2.1%
292 <i>– Reserven Aktive Rückversicherung</i>	-3'917'063	0.0%
293 <i>– Zusatzversicherung VVG, inkl. Taggeld VVG</i>	329'747'619	2.0%
299 <i>– Einkaufssummen fusionierter Versicherer</i>	0	0.0%
<b>2 Total Passiven</b>	<b>16'151'982'500</b>	<b>100.0%</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: Formular EF1 [4,5]

## T 8.11 Aufstellung über Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude per 31.12.

2005

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
<b>17 Kapitalanlagen</b>		
170 Kapitalanlagen nach Art. 80 KVV		
Anlagen bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften und bei Banken und Sparkassen	2'282'370'895	25.1%
Wertpapiere und andere an der Börse kotierte Anlagen	5'923'450'565	65.1%
Anlagen in grundpfandgesicherten Darlehen	284'066'732	3.1%
Anlagen und Guthaben von Betriebskrankenkassen im eigenen Betrieb	0	0.0%
Anlagen bei Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen	61'709'283	0.7%
Sonstige Wertschriften	84'927'910	0.9%
170 Total	8'636'525'385	95.0%
179 Wertberichtigung Kapitalanlagen	-409'203'464	-4.5%
<b>17 Kapitalanlagen - Gesamttotal</b>	<b>8'227'321'920</b>	<b>90.5%</b>
<b>18 Grundstücke und Gebäude</b>		
180 Grundstücke	132'723'435	1.5%
Gebäude für Verwaltungszwecke	482'946'885	5.3%
Gebäude für Wohn- und Geschäftszwecke	652'464'984	7.2%
180 Total	1'268'135'304	13.9%
189 Wertberichtigung Grundstücke und Gebäude	-403'165'849	-4.4%
<b>18 Grundstücke / Gebäude - Gesamttotal</b>	<b>864'969'455</b>	<b>9.5%</b>
<b>17-18 Gesamttotal Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude</b>	<b>9'092'291'375</b>	<b>100.0%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Anschaffungswert = Buchwert

Quelle: Formular EF1 [11]

**T 8.12 Ergebnisverteilung per 31.12.**
**2005**

	Betrag in Fr.	Betrag in Fr.
<b>Gesamtbetriebsrechnung:</b>		
800 Vorschlag	-	275'589'448
800 Rückschlag	26'629'887	-
	<b><u>Zuweisungen</u></b>	<b><u>Entnahmen</u></b>
<b>Fonds:</b>		
280 Reglementierte Fonds	952'923	11'949'790
281 Immobilien	0	1'672'375
282 EDV-Projekte	0	1'710'023
<b>Eigenkapital:</b>		
290 Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung (ohne Kto. 290.5)	218'021'474	29'664'138
290.5 Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung EG und EFTA (ohne Liechtenstein)	3'978'577	962'722
291 Reserven Freiw. Taggeldversicherung KVG	47'981'869	-1'298'366
292 Reserven Aktive Rückversicherung nach KVG	-1'030'635	1'687'189
293 Zusatzversicherung VVG, inkl. Taggeld VVG	26'234'886	831'661
<b>Total</b>	<b>322'768'980</b>	<b>322'768'980</b>

Datenstand: 18.7.06

Quelle: Formular EF1 [10]

**A 9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen**

9.01	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der sozialen Sicherheit ab 1996	150
9.02	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Direktzahler ab 1996	151
9.03	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungserbringer ab 1996	152
9.04	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungen ab 1996	152
9.05	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Volkswirtschaft und pro Einwohner ab 1996	153
9.06	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsprämien ab 1996	154
9.07	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsleistungen ab 1996	155
9.08	Details des Finanzierungssaldos ab 1996	156
9.09	Wohnbevölkerung, Ärzte mit Praxistätigkeit und Apotheken nach Kantonen	158
9.10	Entwicklung der Wohnbevölkerung, der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken ab 1996	159
9.11	Aufteilung der Versicherten nach Art der Spitalzusatzversicherungen ab 1996	159
9.12	Entwicklung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 1996	160
9.13	Index der Krankenversicherungsprämien nach Versicherungsart ab 1996	161
9.14	Index der Krankenpflegekosten, der Löhne sowie der Preise ab 1996	162
9.15	Totaler Beitrag je versicherte Person nach Versicherungsform in der OKP ab 1996	163
9.16	Krankenversicherung bei den privaten Versicherungsunternehmen ab 1996	164
9.17	Taggeldversicherung KVG /VVG ab 1996	164
9.18	Krankenversicherung (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 1996	165
9.19	Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder in % des BIP ab 1996	166
9.20	Sozialleistungen für die Gesundheitsversorgung : Internationaler Vergleich in % des BIP ab 1996	167
9.21	Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage in der OKP	168
9.22	Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage in der OKP ab 1996	169

**T 9.01 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der sozialen Sicherheit  
in Mio. Fr. ab 1996****2005**

Jahr	Staat <sup>1</sup>	Sozial- versiche- rungen <sup>2</sup>	Andere Regimes der sozialen Sicherheit <sup>3</sup>	Private Haus- halte <sup>4</sup>	Andere private Finanzie- rung <sup>5</sup>	Total
1996	6'108.1	2'881.6	2'760.3	25'779.6	378.7	37'908.3
1997	6'058.0	3'011.4	3'024.9	26'188.7	386.6	38'669.6
1998	6'131.7	3'176.4	3'270.2	27'318.9	395.2	40'292.4
1999	6'416.7	3'314.5	3'620.5	27'825.1	408.8	41'585.6
2000	6'599.5	3'459.0	3'725.7	29'137.4	443.7	43'365.3
2001	7'802.5	3'661.4	3'837.6	30'364.5	463.5	46'129.5
2002	8'596.9	3'701.7	4'062.6	31'142.5	477.7	47'981.5
2003	8'949.1	3'921.5	4'268.5	32'256.7	484.8	49'880.6
<b>2004</b>	<b>8'811.1</b>	<b>4'031.7</b>	<b>4'550.2</b>	<b>33'772.9</b>	<b>481.4</b>	<b>51'647.3</b>
2005 <sup>6</sup>	9'213	-	-	-	496	53'820

Datenstand: 16.10.06

1) Subventionen an die Leistungserbringer (Krankenhäuser, usw.); Gesundheitswesen, Verwaltung und Prävention.

2) Unfallversicherung UVG, AHV-IV und Militärversicherung.

3) Verbilligung KVG-Prämien; Ergänzungsleistungen AHV und IV; Sozialhilfe; Hilflosenschädigung:

Regimes der Sozialen Sicherheit, die nicht als Direktzahler in dieser Statistik betrachtet sind.

4) Aufwand der Krankenversicherung (Betrag der Zahlungen der Krankenversicherung an das Gesundheitswesen, abzüglich Beiträge an die Versicherten für die Prämienverbilligung); Kostenbeteiligungen; "Out of pocket".

5) Spenden und Vermächtnisse an Institutionen ohne Erwerbscharakter (Pflegeheim, Institution für Behinderte, Spitexorganisation usw.)

6) Schätzung BFS [Medienmitteilung 3/06].

Quelle: Kosten des Gesundheitswesens 1995-2000 &amp; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2001/02/03/04, BFS

**T 9.02 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Direktzahler in Mio.  
Fr. ab 1996**
**2005**

Jahr	Staat <sup>1</sup>	Sozial- versiche- rungen <sup>2</sup>	Privat- versiche- rungen VVG <sup>3</sup>	Private Haus- halte <sup>4</sup>	Andere private Finanzie- rung <sup>5</sup>	Total
1996	6'108.1	14'621.3	4'896.5	11'903.7	378.7	37'908.3
1997	6'058.0	15'271.7	4'463.4	12'489.9	386.6	38'669.6
1998	6'131.7	15'975.1	4'590.2	13'200.2	395.2	40'292.4
1999	6'416.7	16'596.7	4'331.9	13'831.5	408.8	41'585.6
2000	6'599.5	17'518.1	4'546.7	14'257.3	443.7	43'365.3
2001	7'802.5	18'548.1	4'699.9	14'615.5	463.5	46'129.5
2002	8'596.9	19'185.0	4'615.5	15'106.3	477.7	47'981.5
2003	8'949.1	20'225.7	4'477.9	15'743.1	484.8	49'880.6
<b>2004</b>	<b>8'811.1</b>	<b>21'411.5</b>	<b>4'511.7</b>	<b>16'431.6</b>	<b>481.4</b>	<b>51'647.3</b>
2005 <sup>6</sup>	9'213	22'493	4'517	17'101	496	53'820

Datenstand: 16.10.06

1) Öffentliche Sicherheit, Rettungsdienste, Stationäre Betriebe, Ambulante Krankenpflege, Verwaltung, Prävention (usw.).

2) Krankenversicherung KVG (Grundversicherung); Unfallversicherung UVG; AHV-IV; Militärversicherung.

3) KVG-Versicherer &amp; private Versicherer.

4) Kostenbeteiligung &amp; "Out of pocket".

5) Spenden und Vermächtnisse an Institutionen ohne Erwerbscharakter (Pflegeheim, Institution für Behinderte, Spitexorganisation usw.)

6) Schätzung BFS [Medienmitteilung 3/06].

Quelle: Kosten des Gesundheitswesens 1995-2000 &amp; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2001/02/03/04, BFS

**T 9.03 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungserbringer in Mio. Fr. ab 1996****2005**

Jahr	Krankenhäuser <sup>1</sup>	Sozialmedizinische Institutionen <sup>2</sup>	Ambulante Versorgung <sup>3</sup>	Detailhandel <sup>4</sup>	Staat <sup>5</sup>	Versicherer <sup>6</sup>	Organisationen ohne Erwerbscharakter	Total
1996	13'184.0	6'423.1	11'678.6	3'544.7	869.1	1'796.9	412.0	37'908.4
1997	13'300.5	6'678.2	11'898.8	3'699.7	820.1	1'853.8	418.5	38'669.6
1998	13'726.9	6'995.0	12'534.7	3'814.8	825.8	1'952.6	442.5	40'292.3
1999	14'269.9	7'117.1	12'923.2	3'985.0	869.4	1'951.2	469.9	41'585.6
2000	14'895.5	7'563.9	13'440.7	4'130.5	886.6	1'968.0	480.1	43'365.3
2001	16'132.1	8'103.4	14'118.4	4'333.6	926.8	2'014.6	500.6	46'129.5
2002	16'982.8	8'660.5	14'430.5	4'415.9	981.4	2'000.8	509.5	47'981.5
2003	17'712.2	8'990.3	14'813.6	4'721.0	1'036.9	2'076.4	530.2	49'880.6
<b>2004</b>	<b>18'211.9</b>	<b>9'269.5</b>	<b>15'519.8</b>	<b>4'885.8</b>	<b>1'016.4</b>	<b>2'188.6</b>	<b>555.2</b>	<b>51'647.3</b>
2005 <sup>7</sup>	19'015	9'722	16'116	5'086	1'038	2'268	576	53'820

Datenstand: 16.10.06

- 1) Allgemeine Krankenhäuser; Psychiatrische Kliniken; Rehabilitationskliniken; andere Spezialkliniken.  
 2) Institutionen für Betagte und Chronischkranke; Institutionen für Behinderte und andere Institutionen.  
 3) Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Spitexdienste, medizinische Labors, (usw.).  
 4) Apotheken, Drogerien und therapeutische Apparate.  
 5) Bund, Kantone, Gemeinden.  
 6) Krankenversicherer (KVG); Unfallversicherer (UVG); AHV-IV; Private Krankenversicherer (VVG).  
 7) Schätzung BFS [Medienmitteilung 3/06].

Quelle: Kosten des Gesundheitswesens 1995-2000 &amp; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2001/02/03/04, BFS

**T 9.04 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungen in Mio. Fr. ab 1996****2005**

Jahr	Stationäre und teilstationäre Behandlung <sup>1</sup>	Ambulante Behandlung	Andere Leistungen <sup>2</sup>	Verkauf Gesundheitsgüter <sup>3</sup>	Prävention <sup>4</sup>	Verwaltung	Total
1996	18'184.0	10'932.7	1'269.0	4'540.3	966.9	2'015.3	37'908.3
1997	18'483.9	11'172.9	1'237.2	4'778.9	938.8	2'057.9	38'669.6
1998	19'029.3	11'874.4	1'356.6	4'913.4	983.2	2'135.6	40'292.4
1999	19'459.7	12'357.7	1'394.0	5'198.8	1'015.1	2'160.3	41'585.6
2000	20'309.1	12'926.3	1'430.2	5'475.4	1'014.1	2'210.2	43'365.3
2001	21'805.1	13'690.9	1'471.1	5'829.5	1'062.8	2'270.1	46'129.5
2002	23'011.7	14'164.3	1'526.2	5'899.2	1'052.6	2'327.5	47'981.5
2003	23'857.8	14'647.2	1'546.5	6'306.7	1'122.8	2'399.6	49'880.6
<b>2004</b>	<b>24'584.8</b>	<b>15'193.4</b>	<b>1'704.7</b>	<b>6'531.3</b>	<b>1'122.8</b>	<b>2'510.3</b>	<b>51'647.3</b>
2004 <sup>5</sup>	25'602	15'872	1'755	6'840	1'148	2'602	53'820

Datenstand: 16.10.06

- 1) Akutbehandlung Inkl. Psychiatrie; Rehabilitation; Lagzeit; Andere.  
 2) Medizinische Laboruntersuchungen (in medizinischen Labors); Radiologie; Transport und Rettung; Andere.  
 3) Arzneimittel durch Detailhandel; Arzneimittel durch Ärzte; Therapeutische Apparate.  
 4) Alkohol- und Drogenmissbrauch; Schulgesundheitswesen, usw.  
 5) Schätzung BFS [Medienmitteilung 3/06].

Quelle: Kosten des Gesundheitswesens 1995-2000 &amp; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2001/02/03/04, BFS

**T 9.05 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Volkswirtschaft in Mio. Fr. und pro Einwohner in Fr. ab 1996**
**2005**

Jahr	Staat <sup>1</sup>	Unternehmungen <sup>2</sup>	Private Haushalte <sup>3</sup>	Total	Veränd. gegenüber. Vorjahr	Total pro Einwohner	Veränd. gegenüber. Vorjahr
1996	9'402.7	2'347.3	26'158.3	37'908.3	4.8%	5'335.1	4.5%
1997	9'654.1	2'440.2	26'575.3	38'669.6	2.0%	5'436.0	1.9%
1998	9'984.7	2'593.6	27'714.1	40'292.4	4.2%	5'649.6	3.9%
1999	10'656.9	2'694.7	28'233.9	41'585.6	3.2%	5'802.6	2.7%
2000	10'991.9	2'792.3	29'581.1	43'365.3	4.3%	6'015.4	3.7%
2001	12'353.6	2'947.9	30'828.0	46'129.5	6.4%	6'353.6	5.6%
2002	13'414.0	2'947.2	31'620.2	47'981.5	4.0%	6'530.1	2.8%
2003	14'022.9	3'116.2	32'741.5	49'880.6	4.0%	6'736.0	3.2%
<b>2004</b>	<b>14'090.9</b>	<b>3'302.0</b>	<b>34'254.3</b>	<b>51'647.3</b>	<b>3.5%</b>	<b>6'928.7</b>	<b>2.9%</b>
2005 <sup>4</sup>	-	-	-	53'820.0	4.2%	7'174.8	3.6%
2006 <sup>4</sup>	-	-	-	56'005.2	4.1%	-	-
2007 <sup>4</sup>	-	-	-	58'279.2	4.1%	-	-

Datenstand: 16.10.06

1) Beiträge an Leistungserbringer; Gesundheitswesen, Verwaltung und Prävention; Verbilligung KVG-Prämien; Andere Soziale Sicherheit.

2) Unfallversicherung UVG &amp; AHV-IV: Beiträge und Prämien der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und der Selbständigerwerbenden.

3) Aufwand der Krankenversicherung (Betrag der Zahlungen der Krankenversicherung an das Gesundheitswesen, abzüglich Beiträge an die Versicherten für die Prämienverbilligung); Kostenbeteiligung; "Out of pocket"; Andere private Finanzierung.

4) Schätzung BFS [Medienmitteilung 3/06].

Quelle: Kosten des Gesundheitswesens 1995-2000 &amp; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2001/02/03/04, BFS &amp; T 9.10.

**T 9.06 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsprämien in Millionen Franken ab 1996**

Finanzierungsträger des Gesundheitswesens	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Veränd. 2003-2004	Durchschnittl. jährl. Veränderung 1996-2004	Schätzung 2005 <sup>14</sup>
<b>Staat<sup>1</sup></b>	<b>6'108.1</b>	<b>6'058.0</b>	<b>6'131.7</b>	<b>6'416.7</b>	<b>6'599.5</b>	<b>7'802.5</b>	<b>8'596.9</b>	<b>8'949.1</b>	<b>8'811.1</b>	<b>-1.5%</b>	<b>4.7%</b>	<b>9'213</b>
Bund	129.2	117.5	116.9	126.0	145.0	164.4	177.7	155.6	137.7	-11.5%	0.8%	-
Kantone	4'895.0	4'830.7	4'825.5	5'091.7	5'233.1	6'202.6	6'988.4	7'404.0	7'269.9	-1.8%	5.1%	-
Gemeinden	1'083.9	1'109.7	1'189.3	1'198.9	1'221.4	1'435.5	1'450.9	1'389.6	1'403.4	1.0%	3.3%	-
<b>Sozialversicherungen<sup>2</sup></b>	<b>2'881.6</b>	<b>3'011.4</b>	<b>3'176.4</b>	<b>3'314.5</b>	<b>3'459.0</b>	<b>3'661.4</b>	<b>3'701.7</b>	<b>3'921.5</b>	<b>4'031.7</b>	<b>2.8%</b>	<b>4.3%</b>	<b>4'145</b>
Unfallversicherung UVG	1'132.4	1'151.5	1'283.9	1'378.5	1'422.4	1'475.3	1'413.6	1'512.5	1'537.8	1.7%	3.9%	-
AHV / IV <sup>3</sup>	1'712.7	1'822.7	1'857.0	1'894.8	1'993.5	2'140.9	2'241.2	2'360.6	2'445.7	3.6%	4.6%	-
Militärversicherung	36.5	37.2	35.4	41.1	43.0	45.2	46.9	48.4	48.2	-0.5%	3.5%	-
<b>Finanzierungssaldo für die Krankenversicherung<sup>4</sup></b>	<b>623.1</b>	<b>-213.6</b>	<b>-306.4</b>	<b>-200.3</b>	<b>98.8</b>	<b>454.4</b>	<b>-588.2</b>	<b>-1'266.4</b>	<b>-1'468.8</b>	<b>-16.0%</b>	<b>-</b>	<b>-670</b>
<b>Übrige Systeme der sozialen Sicherheit</b>	<b>2'760.3</b>	<b>3'024.9</b>	<b>3'270.2</b>	<b>3'620.5</b>	<b>3'725.7</b>	<b>3'837.6</b>	<b>4'063</b>	<b>4'268.5</b>	<b>4'550</b>	<b>6.6%</b>	<b>6.4%</b>	<b>4'740</b>
Prämienvorbereitung KVG <sup>13</sup>	1'815.6	2'087.1	2'263.2	2'476.6	2'532.8	2'671.6	2'848.4	2'961.1	3'025.3	2.2%	6.6%	3'119.6
Ergänzungsleistungen <sup>1</sup>	293.0	237.5	264.4	277.1	317.0	315.0	343.8	375.1	421.4	12.3%	4.6%	441
Sozialhilfe <sup>1</sup>	203.5	228.6	266.2	375.1	378.5	314.9	319.7	367.7	381.7	3.8%	8.2%	413
Hilflosenentschädigungen <sup>7</sup>	448.2	471.7	476.4	491.7	497.4	536.1	550.7	564.6	721.8	27.8%	6.1%	766
<b>Haushalte</b>	<b>25'156.5</b>	<b>26'402.3</b>	<b>27'625.3</b>	<b>28'025.5</b>	<b>29'038.6</b>	<b>29'910.1</b>	<b>31'730.7</b>	<b>33'523.1</b>	<b>35'241.8</b>	<b>5.1%</b>	<b>4.3%</b>	<b>35'896</b>
Krankenversicherungsprämien	14'197.5	14'850.2	15'432.1	15'337.8	15'974.2	16'460.6	17'838.6	19'087.4	20'335.1	6.5%	4.6%	20'746.0
Netto Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG <sup>10</sup>	9'219.6	9'837.7	10'341.0	10'472.9	10'813.9	11'283.1	12'447.8	13'798.6	14'954.3	8.4%	6.2%	15'323.1
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer <sup>5</sup>	4'337.5	4'410.6	4'453.3	3'766.7	2'917.4	1'987.0	1'958.4	1'882.6	1'358.8	-27.8%	-13.5%	1'397.7
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer <sup>6</sup>	640.4	601.9	637.8	1'098.2	2'242.9	3'190.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	18.1%	25.8%	4'025.3
<b>Kostenbeteiligung<sup>11</sup></b>	<b>1'770.8</b>	<b>1'884.4</b>	<b>2'155.0</b>	<b>2'249.6</b>	<b>2'343.1</b>	<b>2'428.3</b>	<b>2'541.0</b>	<b>2'627.5</b>	<b>2'868.2</b>	<b>9.2%</b>	<b>6.2%</b>	<b>3'031.7</b>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	1'678.5	1'778.0	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'882.3	9.4%	6.8%	2'995.0
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	92.3	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	-7.9%	-11.1%	36.7
Out of pocket <sup>8</sup>	9'188.2	9'667.7	10'038.2	10'438.1	10'721.3	11'021.2	11'351.1	11'808.2	12'038.5	2.0%	3.4%	12'119
<b>Übrige private Finanzierung<sup>9</sup></b>	<b>378.7</b>	<b>386.6</b>	<b>395.2</b>	<b>408.8</b>	<b>443.7</b>	<b>463.5</b>	<b>477.7</b>	<b>484.8</b>	<b>481.4</b>	<b>-0.7%</b>	<b>3.0%</b>	<b>496</b>
<b>Total Kosten des Gesundheitswesens<sup>12</sup></b>	<b>37'908.3</b>	<b>38'669.6</b>	<b>40'292.4</b>	<b>41'585.6</b>	<b>43'365.3</b>	<b>46'129.5</b>	<b>47'981.5</b>	<b>49'880.6</b>	<b>51'647.3</b>	<b>3.5%</b>	<b>3.9%</b>	<b>53'820</b>

Datenstand: 16.10.06

1) - 14) und Quellen: siehe Fussnoten unter der Tabelle 9.08.

T 9.07 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsleistungen in Millionen Franken ab 1996

Finanzierungsträger des Gesundheitswesens	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Veränd. 2003-2004	Durchschnittl. jährl. Veränderung 1996-2004	Schätzung 2005 <sup>17</sup>
<b>Staat<sup>1</sup></b>	6'108.1	6'058.0	6'131.7	6'416.7	6'599.5	7'802.5	8'596.9	8'949.1	8'811.1	-1.5%	4.7%	9'213
<b>Sozialversicherungen<sup>2</sup></b>	2'881.6	3'011.4	3'176.4	3'314.5	3'459.0	3'661.4	3'701.7	3'921.5	4'031.7	2.8%	4.3%	4'145
<b>Übrige Systeme der sozialen Sicherheit</b>	944.7	937.8	1'007.0	1'143.9	1'192.9	1'166.0	1'214.2	1'307.4	1'524.9	16.6%	6.2%	1'620
Ergänzungsleistungen <sup>7</sup>	293.0	237.5	264.4	277.1	317.0	315.0	343.8	375.1	421.4	12.3%	4.6%	441
Sozialhilfe <sup>7</sup>	203.5	228.6	266.2	375.1	378.5	314.9	319.7	367.7	381.7	3.8%	8.2%	413
Hilflosenentschädigungen <sup>7</sup>	448.2	471.7	476.4	491.7	497.4	536.1	550.7	564.6	721.8	27.8%	6.1%	766
<b>Brutto Krankenversicherungsleistungen<sup>15</sup></b>	16'873.6	17'009.1	17'841.5	18'231.2	19'316.2	20'344.5	20'951.6	21'678.1	22'971.1	6.0%	3.9%	24'341.6
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	12'459.0	13'138.5	14'024.1	14'620.5	15'478.3	16'386.5	17'095.6	17'924.1	19'139.8	6.8%	5.5%	20'347.7
davon Kostenbeteiligung <sup>11</sup>	1678.5	1'778.0	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	9.4%	6.8%	2'995.0
davon Prämienverbilligung KVG <sup>13</sup>	1815.6	2'087.1	2'263.2	2'476.6	2'532.8	2'671.6	2'848.4	2'961.1	3'025.3	2.2%	6.6%	3'119.6
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer <sup>5</sup>	3'901.9	3'394.7	3'357.3	2'846.8	2'254.2	1'604.8	1'460.5	1'393.6	1'076.4	-22.8%	-14.9%	1'181.1
davon Kostenbeteiligung <sup>11</sup>	92.3	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	-7.9%	-11.1%	36.7
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer <sup>6</sup>	512.7	475.9	460.1	763.9	1'583.8	2'353.3	2'395.5	2'360.4	2'755.0	16.7%	23.4%	2'812.7
<b>Andere<sup>16</sup></b>	1'533.4	1'599.0	1'702.4	1'632.5	1'632.7	1'670.3	1'688.3	1'731.5	1'788.6	3.3%	1.9%	1'885
Übriger Aufwand	72.6	81.0	106.8	50.4	32.7	42.1	72.2	58.4	57.6	-1.4%	-2.9%	50
Verwaltungskosten (inkl. Prävention)	1'460.8	1'518.0	1'595.6	1'582.1	1'600.0	1'628.2	1'616.1	1'673.1	1'731.1	3.5%	2.1%	1'835
<b>Out of pocket (Haushalte)<sup>8</sup></b>	9'188.2	9'667.7	10'038.2	10'438.1	10'721.3	11'021.3	11'351.1	11'808.2	12'038.5	2.0%	3.4%	12'119
<b>Übrige private Finanzierung<sup>9</sup></b>	378.7	386.6	395.2	408.8	443.7	463.5	477.7	484.8	481.4	-0.7%	3.0%	496
<b>Total Kosten des Gesundheitswesens<sup>12</sup></b>	37'908.3	38'669.6	40'292.4	41'585.6	43'365.3	46'129.5	47'981.5	49'880.6	51'647.3	3.5%	3.9%	53'820

Datenstand: 16.10.06

1) - 17) und Quellen: siehe Fussnoten unter der Tabelle 9.08.

**T 9.08 Details des Finanzierungssaldos in Millionen Franken ab 1996**

Krankenversicherung <sup>1</sup>	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Veränd. 2003-2004	Durchschnittl. jährl. Veränderung 1996-2004	Schätzung 2005 <sup>12</sup>
<b>Krankenversicherer</b>												
<b>a) Leistungen der Krankenversicherer I<sup>2</sup></b>	15'102.8	15'124.7	15'686.5	15'981.6	16'973.1	17'916.3	18'410.6	19'050.6	20'102.9	5.5%	3.6%	21'309.9
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	10'780.5	11'360.5	11'926.9	12'430.6	13'190.3	13'986.3	14'592.8	15'335.6	16'307.5	6.3%	5.3%	17'352.7
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	3'809.6	3'288.3	3'299.5	2'787.1	2'199.1	1'576.7	1'422.3	1'354.6	1'040.5	-23.2%	-15.0%	1'144.4
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	512.7	475.9	460.1	763.9	1'583.8	2'353.3	2'395.5	2'360.4	2'755.0	16.7%	23.4%	2'812.7
<b>b) Übriger Aufwand<sup>3</sup></b>	72.6	81.0	106.8	50.4	32.7	42.1	72.2	58.4	57.6	-1.4%	-2.9%	50.4
<b>c) Leistungen II<sup>4</sup></b>	15'175.4	15'205.7	15'793.3	16'032.0	17'005.8	17'958.4	18'482.7	19'109.0	20'160.5	5.5%	3.6%	21'360.3
<b>d) Verwaltungskosten (inkl. Prävention)<sup>5</sup></b>	1'460.8	1'518.0	1'595.6	1'582.1	1'600.0	1'628.2	1'616.1	1'673.1	1'731.1	3.5%	2.1%	1'835.0
<b>e) Leistungen III<sup>6</sup></b>	16'636.2	16'723.7	17'388.9	17'614.1	18'605.8	19'586.6	20'098.8	20'782.1	21'891.6	5.3%	3.5%	23'195
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	11'739.7	12'280.3	12'796.7	13'282.2	14'059.1	14'886.7	15'483.3	16'304.2	17'379.8	6.6%	5.0%	18'494
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	4'375.2	3'892.3	4'098.2	3'415.2	2'646.1	1'875.9	1'740.9	1'645.4	1'205.7	-26.7%	-14.9%	1'326
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	521.3	571.1	552.0	916.7	1'900.6	2'824.0	2'874.6	2'832.5	3'306.0	16.7%	26.0%	3'375
<b>f) Kostenbeteiligung<sup>7</sup></b>	1'770.8	1'884.4	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.2	2'541.0	2'627.5	2'868.2	9.2%	6.2%	3'031.7
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	1'878.5	1'778.0	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	9.4%	6.8%	2'995.0
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	92.3	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	-7.9%	-11.1%	36.7
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	0.0
<b>g) Gesamtleistungen IV<sup>8</sup></b>	18'407.0	18'608.1	19'543.9	19'863.7	20'948.9	22'014.8	22'639.8	23'409.6	24'759.8	5.8%	3.8%	26'227
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	13'418.2	14'038.3	14'885.9	15'472.1	16'347.1	17'286.9	17'986.1	18'892.7	20'212.1	7.0%	5.3%	21'489
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	4'487.5	3'998.7	4'096.0	3'474.9	2'701.2	1'904.0	1'778.1	1'684.4	1'241.6	-26.3%	-14.8%	1'363
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	521.3	571.1	552.0	916.7	1'900.6	2'824.0	2'874.6	2'832.5	3'306.0	16.7%	26.0%	3'375
<b>h) Prämien der Haushalte<sup>9</sup></b>	16'013.1	16'937.3	17'695.3	17'814.4	18'507.0	19'132.2	20'687.0	22'048.5	23'360.4	5.9%	4.8%	23'865.6
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG <sup>3</sup>	11'035.2	11'924.8	12'604.2	12'949.5	13'946.7	13'954.7	15'296.2	16'759.7	17'979.6	7.3%	6.3%	18'442.7
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	4'337.5	4'410.6	4'453.3	3'766.7	2'917.4	1'987.0	1'958.4	1'882.6	1'358.8	-27.8%	-13.5%	1'387.7
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	640.4	601.9	637.8	1'098.2	2'242.9	3'190.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	18.1%	25.8%	4'025.3
<b>f) Kostenbeteiligung<sup>7</sup></b>	1'770.8	1'884.4	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.2	2'541.0	2'627.5	2'868.2	9.2%	6.2%	3'031.7
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	1'878.5	1'778.0	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	9.4%	6.8%	2'995.0
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	92.3	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	-7.9%	-11.1%	36.7
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	0.0
<b>j) Gesamtbeitrag<sup>10</sup></b>	17'783.9	18'821.7	19'850.3	20'064.0	20'850.1	21'560.5	23'228.0	24'676.0	26'228.6	6.3%	5.0%	26'897.3
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	12'713.7	13'702.8	14'701.4	15'139.4	15'634.7	16'354.9	17'799.0	19'348.2	20'811.9	7.6%	6.4%	21'437.7
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	4'429.8	4'517.0	4'511.1	3'826.4	2'972.5	2'015.1	1'996.6	1'921.6	1'394.7	-27.4%	-13.5%	1'434.4
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	640.4	601.9	637.8	1'098.2	2'242.9	3'190.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	18.1%	25.8%	4'025.3
<b>j) Finanzierungssaldo<sup>11</sup></b>	623.1	-213.6	-306.4	-200.3	98.8	454.4	-588.2	-1'266.4	-1'468.8	16.0%	-	-670
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	704.5	335.5	194.5	332.7	712.4	932.0	187.1	-455.5	-599.8	31.7%	-	51
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	37.7	-518.3	-415.1	-351.5	-271.3	-111.1	-217.5	-237.2	-153.0	-35.5%	-	-71
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	-119.1	-30.8	-85.8	-181.5	-342.3	-366.5	-557.8	-573.7	-716.0	24.8%	-	-650

Datenstand: 16.10.06

**Fussnoten T 9.06:**

- 1) Subventionen oder direkte Leistungen an das Gesundheitswesen (an die Leistungserbringer (Spietler), an die sozialmedizinischen Institutionen, an die Spitex- und Rettungsdienste) und die Öffentliche Gesundheit, Verwaltung und Prävention.  
Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Direktzahlern], BFS. Schätzungen: BFS [Medienmitteilung 3/06].
- 2) Leistungen/Zahlungen nur an das Gesundheitswesen.  
Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [aus der Sicht der sozialen Sicherheit], BFS. Schätzungen: BAG: Entwicklung gemäss jährl. Veränderung 2003-2004.
- 3) Individuelle Sachleistungen und Subventionen an die IV-Institutionen; von der AHV bezahlte Hilfsmittel.  
4) Quelle: T 9.08.
- 5) Ohne Prämien für Tagelder KVG oder VVG. Quelle: T 9.08.
- 6) Ohne Prämien für Tagelder für Verdienstaustfall nach VVG. Quelle: T 9.08.
- 7) Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [aus der Sicht der sozialen Sicherheit], BFS.  
Schätzungen: BAG: Entwicklung gemäss jährl. Veränderung 2003-2004.
- 8) Zahnpflege, Pensionskosten in Pflegeheimen, Spitexdienste und rezeptfreie Medikamente ("over the counter") bilden die Hauptkosten zur vollen oder teilweisen Last der Haushalte.  
Wert berechnet wie das Total der Kosten des Gesundheitswesens - Summe der anderen Positionen.  
9) Spenden und Legate an Organisationen ohne Erwerbszweck wie Pflegeheime für Betagte, Institutionen für Behinderte, Spitexorganisationen, Gesundheitsligen.  
Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Direktzahlern], BFS. Schätzungen: BFS [Medienmitteilung 3/06].
- 10) NettoPrämien der Haushalte = Bruttoprämien obligatorische Krankenpflegeversicherung (T 9.08<sup>h</sup>) - Prämienverbiligung KVG an Versicherte (T 9.06<sup>13</sup>).
- 11) Quelle: T 9.08.
- 12) Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Direktzahlern], BFS. Schätzungen: BFS [Medienmitteilung 3/06].
- 13) Quelle: T 4.07 (Subventionsbudget nach Kürzungen).
- 14) Schätzungen (kursiv) [BFS & BAG].

**Fussnoten T 9.07:**

- 1) - 13) Vgl. Fussnoten von Tabelle 9.06.
- 14) Ohne Prämienverbiligung KVG (in den Bruttoprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung enthalten).
- 15) Leistungen I der Krankenversicherer [T 9.08 a)] + Kostenbeteiligung [T 9.08 f)].
- 16) Siehe T 9.08 : b) Übriger Aufwand und d) Verwaltungskosten (inkl. Prävention).
- 17) Schätzungen (kursiv) [BFS & BAG].

**Fussnoten T 9.08:**

- 1) Ohne Tagelder (für Verdienstaustfall) KVG oder VVG.
- 2) Quelle: T 1.02 [30-33] & T 7.03 [30-33] ohne Taggeld VVG-Prämien oder T 9.18.
- 3) = d) - c). Übriger Versicherungsaufwand gemäss Kosten des Gesundheitswesens, BFS (Quelle: T 1.02 [34] und T 7.03 [34]) + Korrekturen [BFS].  
4) = e) - d)
- 5) Verwaltungskosten (inkl. Prävention). Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Leistungserbringern und Direktzahlern, interne detaillierte Version BFS]. Schätzungen [BAG]: basierend auf dem 2004 festgestellten Verhältnis [d] / a)].
- 6) Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Direktzahlern], BFS. Schätzungen: basierend auf dem 2004 festgestellten Verhältnis [e] / a)].
- 7) Quelle: T 1.02 [32]; T 7.03 [32]. keine Informationen für Privatversicherer [0].
- 8) = e) + f)
- 9) Quelle: T 1.02 [60-65] (Bruttoprämien inklusive Prämienverbiligung KVG) & T 7.03 [60-65] ohne Taggeld VVG-Prämien oder T 9.18.  
10) = h) + f)
- 11) Finanzierungssaldo: Differenz zwischen den Leistungen III der Versicherer an das Gesundheitswesen und den Prämienzahlungen der Haushalte.  
Aus der Sicht des Finanzgleichgewichts handelt es sich um die Kapitaleinkommen, die ausserordentlichen Einkommen, die Gewinne und die Veränderungen von Reserven.  
Ein positiver Saldo bedeutet grundsätzlich einen Abbau, ein negativer Saldo eine Erhöhung der Reserven. = e) - h) oder g) - i).
- 12) Schätzungen (kursiv) [BAG].

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2005, Bundesamt für Gesundheit

**T 9.09 Wohnbevölkerung, Ärzte mit Praxistätigkeit und Apotheken nach Kantonen****2005**

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung <sup>1</sup>	Ärzte: Allgemeinpraktiker <sup>2</sup>	Ärzte: Spezialärzte FMH <sup>3</sup>	Total Ärzte mit Praxistätigkeit <sup>4</sup>	Dichte der Ärzte <sup>5</sup>	Veränd. gegenüber Vorjahr <sup>6</sup>	Anzahl Apotheken <sup>7</sup>	Medikamentenverkauf <sup>9</sup>	Apothekendichte <sup>8</sup>	Veränd. gegenüber Vorjahr <sup>6</sup>
ZH	1'292'481	881	2'091	2'972	2.30	-0.9%	218	2	1.69	-0.4%
BE	963'657	627	1'412	2'039	2.12	0.4%	181	2	1.88	2.0%
LU	355'766	203	334	537	1.51	-0.5%	32	1	0.90	-0.5%
UR	34'652	19	24	43	1.24	-2.0%	2	1	0.58	0.3%
SZ	136'509	76	103	179	1.31	1.3%	12	1	0.88	-1.0%
OW	33'078	23	16	39	1.18	2.5%	3	1	0.91	-0.1%
NW	39'094	17	29	46	1.18	-3.0%	2	1	0.51	-0.9%
GL	38'098	29	29	58	1.52	5.9%	2	1	0.52	0.5%
ZG	106'350	69	126	195	1.83	2.6%	14	1	1.32	-1.6%
FR	255'462	127	265	392	1.53	-0.4%	64	2	2.51	0.2%
SO	246'852	158	244	402	1.63	1.7%	26	1	1.05	-4.0%
BS	190'536	131	583	714	3.75	-0.3%	70	3	3.67	0.2%
BL	264'664	165	356	521	1.97	0.7%	39	1	1.47	8.1%
SH	74'116	60	86	146	1.97	5.9%	13	2	1.75	0.1%
AR	52'410	37	53	90	1.72	-0.9%	5	1	0.95	0.2%
AI	14'987	6	12	18	1.20	-2.1%	1	1	0.67	-2.1%
SG	460'917	285	455	740	1.61	-0.6%	48	1	1.04	-0.3%
GR	191'297	135	201	336	1.76	0.5%	37	2	1.93	0.2%
AG	567'228	282	573	855	1.51	0.4%	109	2	1.92	-1.6%
TG	234'021	137	172	309	1.32	-0.5%	22	1	0.94	9.5%
TI	322'145	176	473	649	2.01	-0.4%	175	3	5.43	0.3%
VD	663'530	426	1'193	1'619	2.44	1.2%	241	3	3.63	-1.5%
VS	289'527	176	333	509	1.76	1.2%	110	2	3.80	0.8%
NE	169'259	99	258	357	2.11	0.5%	57	3	3.37	3.3%
GE	436'721	249	1'188	1'437	3.29	-0.5%	170	3	3.89	0.2%
JU	67'898	41	70	111	1.63	-1.8%	19	2	2.80	0.0%
<b>CH</b>	<b>7'501'255</b>	<b>4'634</b>	<b>10'679</b>	<b>15'313</b>	<b>2.04</b>	<b>0.1%</b>	<b>1'672</b>	<b>-</b>	<b>2.23</b>	<b>0.3%</b>

Datenstand: 25.8.06

1) Quelle: T 4.11.

2) Summe der Ärzte (mit Praxistätigkeit) mit Facharztstitel in Allgemeinmedizin und der Ärzte (mit Praxistätigkeit) ohne Facharztstitel.

3) Inklusiv Fachärzte für innere Medizin, die als Grundversorger tätig sind.

4) Quelle: FMH, Ärztestatistik;

5) Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit pro 1'000 Einwohner.

6) Veränderung der Dichte.

7) Quelle: Schweizerischer Apothekerverein SAV.

8) Anzahl Apotheken (Öffentliche Apotheken) pro 10'000 Einwohner.

9) Selbstdispensation (Medikamentenverkauf durch Ärzte) : 1 flächendeckend im Kanton / 2 Mischformen / 3 reines Rezeptursystem.

Quelle : Managed Care 6/04 S. 33-36.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2005, Bundesamt für Gesundheit

**T 9.10 Entwicklung der Wohnbevölkerung, der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken ab 1996 2005**

Jahr	Mittlere Wohnbevölkerung <sup>1</sup>	Veränd. gegenüber Vorjahr	Anzahl Ärzte <sup>1</sup>	Ärzte dichte <sup>2</sup>	Veränd. <sup>3</sup> gegenüber Vorjahr	Anzahl Apotheken <sup>1</sup>	Apotheken dichte <sup>4</sup>	Veränd. <sup>3</sup> gegenüber Vorjahr
1996	7'105'446	0.3%	12'711	1.79	2.8%	1'649	2.32	0.1%
1997	7'113'565	0.1%	13'038	1.83	2.5%	1'651	2.32	0.0%
1998	7'131'888	0.3%	13'357	1.87	2.2%	1'653	2.32	-0.1%
1999	7'166'738	0.5%	13'622	1.90	1.5%	1'654	2.31	-0.4%
2000	7'209'042	0.6%	13'935	1.93	1.7%	1'664	2.31	0.0%
2001	7'260'339	0.7%	14'178	1.95	1.0%	1'653	2.28	-1.4%
2002	7'347'770	1.2%	14'408	1.96	0.4%	1'648	2.24	-1.5%
2003	7'405'051	0.8%	14'879	2.01	2.5%	1'653	2.23	-0.5%
2004	7'454'112	0.7%	15'199	2.04	1.5%	1'656	2.22	-0.5%
<b>2005</b>	<b>7'501'255</b>	<b>0.6%</b>	<b>15'313</b>	<b>2.04</b>	<b>0.1%</b>	<b>1'672</b>	<b>2.23</b>	<b>0.3%</b>

Datenstand: 25.8.06

- 1) Quelle: T 9.09.
- 2) Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit pro 1'000 Einwohner.
- 3) Veränderung der Dichte.
- 4) Anzahl Apotheken (Öffentliche Apotheken) pro 10'000 Einwohner.

**T 9.11 Versicherte mit einer Spitalzusatzversicherung ab 1996 2005**

Jahr	Versichertenbestand OKP per 31.12 (A) <sup>3</sup>	KVG-Versicherer <sup>2,4</sup>			Versichertenbestand	Privatversicherer <sup>1</sup>			Total der Versicherer <sup>5</sup> (KVG + Privatversicherer)		
		Spital allgemein in % von A	Spital halbprivat in % von A	Spital privat in % von A		Spital halbprivat in % von A	Spital privat in % von A	Spital halbprivat in % von A	Spital privat in % von A	Versichertenbestand	
1996	7'194'754	-	18.8%	10.1%	2'075'238	-	-	-	-	-	-
1997	7'214'805	-	17.1%	8.7%	1'860'921	2.2%	0.7%	205'364	19.3%	9.3%	2'066'285
1998	7'248'603	-	16.9%	8.0%	1'807'274	2.1%	0.7%	204'263	19.0%	8.7%	2'011'537
1999	7'266'534	-	15.5%	7.4%	1'664'431	3.5%	0.6%	300'519	19.0%	8.0%	1'964'950
2000	7'268'111	-	12.3%	6.2%	1'347'359	6.7%	2.3%	653'641	19.0%	8.5%	2'001'000
2001	7'321'287	-	11.9%	6.2%	1'323'811	9.1%	3.6%	933'009	21.1%	9.8%	2'256'820
2002	7'359'365	41.6%	10.7%	5.1%	4'230'249	9.5%	4.3%	1'016'406	20.3%	9.4%	2'184'271
2003	7'393'188	40.1%	10.3%	4.6%	4'063'689	9.4%	4.1%	996'692	19.7%	8.7%	2'095'987
2004	7'419'974	41.5%	8.9%	3.9%	4'028'386	10.2%	4.7%	1'106'285	19.1%	8.6%	2'054'256
<b>2005</b>	<b>7'458'475</b>	<b>40.6%</b>	<b>8.8%</b>	<b>3.6%</b>	<b>3'949'388</b>	<b>10.0%</b>	<b>4.7%</b>	<b>1'094'372</b>	<b>18.7%</b>	<b>8.3%</b>	<b>2'018'628</b>

Datenstand: 17.10.06

- 1) Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), detaillierte Fassung der Tabelle AS03N. Es sind keine Informationen zu der Einteilung spezieller Versicherungsangebote vorhanden (vgl. Fussnote 2)
- 2) Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Formular EF3 [3.7.3].  
Versicherungsangebote wie:  
- Flex-Versicherung bei der Versicherte von Fall zu Fall die Abteilung in der sie behandelt werden wollen und die dazu gehörigen Franchise bzw. Kostenbeteiligung für Halb-privat oder Privat Abteilung wählen können.  
- Spitalzimmerversicherung für die freie Wahl von Ein- oder Zweibettzimmern in der allgemeinen Spitalabteilung  
- Taggeldversicherung im Zusammenhang mit Spitalaufenthalten bei denen der Versicherte einen fixen Betrag pro Spitaltag erhält.  
- Behandlungskostenversicherung bei Spitalaufenthalten mit einem definierten Maximalbetrag pro Jahr.  
vorläufig der Kategorie allgemeine Abteilung CH ab 2005 zuzuordnen.
- 3) Quelle: T 11.06.
- 4) Es können nur Versicherte berücksichtigt werden, welche die Zusatzversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen haben wie die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Falls die Zusatzversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen ist, fehlt die Information.
- 5) Mit Vorsicht zu interpretieren, Angaben unvollständig, vgl. Bemerkungen 1) & 4).

**T 9.12 Entwicklung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 1996 <sup>1</sup>****2005**

Jahr	Medikamente	Ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalleistungen	Medizinische Apparate	Andere Gesundheitsleistungen	Gesundheitspflege (Total)	Allgemeiner Kostenindex (LIK)
1996	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1997	99.6	100.4	100.5	101.4	99.3	99.6	100.8	100.5
1998	96.9	100.3	101.3	103.0	98.5	100.4	101.2	100.5
1999	95.8	100.3	101.9	104.1	98.7	98.1	101.7	101.3
2000	96.3	100.3	103.6	104.7	98.4	97.1	102.2	102.9
2001	95.6	100.4	105.7	105.5	99.7	98.0	102.7	103.9
2002	92.6	100.4	106.8	107.3	100.1	98.6	103.1	104.6
2003	91.5	100.4	107.4	109.5	99.9	101.4	104.0	105.3
2004	91.3	100.4	108.0	111.8	99.6	103.0	105.0	106.1
<b>2005</b>	<b>90.5</b>	<b>100.4</b>	<b>108.7</b>	<b>113.6</b>	<b>99.3</b>	<b>104.3</b>	<b>105.6</b>	<b>107.4</b>

**Vorjahresveränderung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 1996**

Jahr	Medikamente	Ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalleistungen	Medizinische Apparate	Andere Gesundheitsleistungen	Gesundheitspflege (Total)	Allgemeiner Kostenindex (LIK)
1996	0.3%	0.5%	0.6%	3.4%	0.2%	0.0%	1.9%	0.8%
1997	-0.4%	0.4%	0.5%	1.4%	-0.7%	-0.4%	0.8%	0.5%
1998	-2.7%	0.0%	0.7%	1.5%	-0.8%	0.8%	0.5%	0.0%
1999	-1.1%	0.0%	0.6%	1.1%	0.2%	-2.3%	0.4%	0.8%
2000	0.4%	0.0%	1.7%	0.6%	-0.3%	-1.0%	0.5%	1.6%
2001	-0.7%	0.1%	2.0%	0.7%	1.4%	0.9%	0.6%	1.0%
2002	-3.2%	0.0%	1.1%	1.7%	0.3%	0.6%	0.4%	0.6%
2003	-1.2%	0.0%	0.6%	2.1%	-0.1%	2.9%	0.9%	0.6%
2004	-0.2%	0.0%	0.6%	2.1%	-0.3%	1.5%	0.9%	0.8%
<b>2005</b>	<b>-0.8%</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.6%</b>	<b>1.6%</b>	<b>-0.3%</b>	<b>1.3%</b>	<b>0.6%</b>	<b>1.2%</b>

Datenstand: 21.6.06

1) Basis des Indexes der Konsumentenpreise: Mai 2000 = 100. Indizes neu berechnet auf der Basis Jahresdurchschnitt 1996 = 100.

*Methode zur Ermittlung des Index "Gesundheitspflege":*

- Gesundheitskosten: Gewichtung nach den 6 in der Folge aufgeführten Teilindizes:
- Medikamente: Kostenermittlung bei rund 200 Medikamenten in den 10 umsatzstärksten Behandlungskategorien
- Ärztliche Leistungen: Gewichtung nach 26 kantonalen Indizes;  
für jeden Kanton werden die 30 umsatzstärksten Tarifpositionen ermittelt
- Zahnärztliche Leistungen: Kostenermittlung von 11 typischen Leistungsarten in 16 Gemeinden, bei ca. 50 Zahnärzten
- Spitalleistungen: Gewichtung nach 26 kantonalen Indizes unter Berücksichtigung der Tarife für stationäre und ambulante Dienste.  
Betrachtet wurden öffentliche und private Akutspitäler und Psychiatrieeinrichtungen.
- Medizinische Geräte: Kostenermittlung nach den typischen Leistungen in den Bereichen Augenoptik (Brillen und Kontaktlinsen in 16 Gemeinden), Hörgeräte (Kostenfeststellung nach den 6 - nach BAG-Tarif - meistverkauften Geräten) und andere medizinische Geräte (z.B. Gehhilfen, Stützen usw.)
- Andere Gesundheitsleistungen: Kostenermittlung nach den typischen Leistungen in den Bereichen Physiotherapie, Labor und Spitex.

Quelle: BFS, Sektion Preise und Verbrauch.

T 9.13 Index der Krankenversicherungsprämien je versicherte Person nach Versicherungsart ab 1996 (Basis 1999 = 100)

2005

Jahr	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) <sup>2</sup>				Spitalzusatzversicherungen <sup>3</sup>				Einfluss auf das verfügbare Einkommen in % <sup>1</sup>
	Total	Erwachsene	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Kinder	Total	Spital allgemein (ganze CH)	Spital halbprivat	Spital privat	
1996	86.3	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	93.0	92.4	92.3	94.7	-	-	-	-	-
1998	97.7	97.8	98.9	97.6	-	-	-	-	-
1999	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-
2000	103.1	103.0	99.1	103.1	106.4	104.3	107.5	106.7	-0.3%
2001	106.6	107.4	100.0	108.2	111.1	107.5	112.5	112.5	-0.4%
2002	116.3	116.6	112.7	118.1	115.4	107.9	117.5	119.3	-0.5%
2003	126.8	126.4	128.2	128.5	116.4	110.0	117.9	120.1	-0.5%
2004	135.5	134.5	141.0	134.6	117.9	113.3	118.6	121.2	-0.4%
<b>2005</b>	<b>138.3</b>	<b>137.0</b>	<b>145.2</b>	<b>134.4</b>	<b>118.9</b>	<b>114.2</b>	<b>119.4</b>	<b>122.7</b>	<b>-0.2%</b>
2006	-	-	-	-	122.4	113.4	123.8	128.5	-0.3%

Veränderung gegenüber dem Vorjahr

Jahr	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) <sup>2</sup>				Spitalzusatzversicherungen <sup>3</sup>			
	Total	Erwachsene	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Kinder	Total	Spital allgemein (ganze CH)	Spital halbprivat	Spital privat
1997	7.9%	-	-	-	-	-	-	-
1998	5.1%	5.8%	7.2%	3.1%	-	-	-	-
1999	2.3%	2.2%	1.1%	2.4%	-	-	-	-
2000	3.1%	3.0%	-0.9%	3.1%	6.4%	4.3%	7.5%	6.7%
2001	3.4%	4.2%	0.9%	5.0%	4.4%	3.0%	4.7%	5.5%
2002	9.1%	8.6%	12.8%	9.1%	3.9%	0.4%	4.4%	6.0%
2003	9.0%	8.4%	13.7%	8.8%	0.8%	1.9%	0.3%	0.7%
2004	6.8%	6.4%	10.0%	4.7%	1.3%	3.0%	0.6%	0.9%
<b>2005</b>	<b>2.1%</b>	<b>1.9%</b>	<b>3.0%</b>	<b>-0.2%</b>	<b>0.9%</b>	<b>0.8%</b>	<b>0.7%</b>	<b>1.2%</b>
2006	-	-	-	-	2.9%	-0.7%	3.7%	4.7%

Datenstand: 20.11.06

1) Auswirkung der Prämienentwicklung auf das Wachstum des verfügbaren Einkommens der Haushalte in %. Quelle: Siehe 3).

2) Quelle: T 3.12. Effektive Erhöhungen für alle Versicherungsmodelle.

Werte der effektiven Erhöhung der Prämien nach Altersgruppen und Versicherungsform: vgl. T 3.12.

Werte der geschätzten Erhöhung der Prämien pro Kanton und Altersgruppen für die ordentliche Franchise: vgl. T 3.01.

3) Quelle: BFS, Sektion Preise und Verbrauch. Krankenversicherungsprämienindex (KVPI) [Medienmitteilung 11/06].

**T 9.14 Index der Krankenpflegekosten, der Krankenversicherungsausgaben der Versicherten sowie der Löhne ab 1996**
**2005**

Jahr	Pflegekostenindex OKP <sup>1</sup>	Veränderung gegenüber Vorjahr	Gesundheitswesen Kostenindex <sup>2</sup>	Veränderung gegenüber Vorjahr	Krankenversicherungsausgaben OKP Index <sup>3</sup>	Veränderung gegenüber Vorjahr	OKP-Prämien Index <sup>6</sup>	Veränderung gegenüber Vorjahr	Kostenbeteiligung OKP Index <sup>4</sup>	Veränderung gegenüber Vorjahr	BFS-Lohnindex <sup>5</sup> (nominal)	Veränderung gegenüber Vorjahr
1996	100.0	–	100.0	–	100.0	–	100.0	–	100.0	–	100.0	–
1997	105.2	5.2%	101.9	1.9%	107.6	7.6%	107.9	7.9%	105.6	5.6%	100.5	0.5%
1998	111.7	6.2%	105.9	3.9%	114.7	6.6%	113.3	5.1%	124.0	17.4%	101.2	0.7%
1999	116.2	4.0%	108.8	2.7%	117.7	2.6%	115.9	2.3%	129.2	4.2%	101.5	0.3%
2000	123.0	5.8%	112.8	3.7%	121.6	3.3%	119.5	3.1%	134.9	4.5%	102.8	1.3%
2001	129.2	5.1%	119.1	5.6%	125.8	3.5%	123.6	3.4%	140.5	4.1%	105.3	2.4%
2002	134.1	3.8%	122.4	2.8%	136.3	8.3%	134.9	9.1%	145.8	3.7%	107.2	1.8%
2003	140.0	4.4%	126.3	3.2%	147.5	8.2%	147.1	9.0%	150.1	2.9%	108.7	1.4%
2004	149.0	6.4%	129.9	2.9%	157.9	7.1%	157.1	6.8%	163.6	9.0%	109.7	0.9%
<b>2005</b>	<b>157.5</b>	<b>5.8%</b>	<b>134.5</b>	<b>3.6%</b>	<b>161.8</b>	<b>2.5%</b>	<b>160.3</b>	<b>2.1%</b>	<b>172.1</b>	<b>5.2%</b>	<b>110.7</b>	<b>1.0%</b>

Datenstand: 16.10.06

1) Quelle: T 2.15. Entwicklung der Leistungen pro Versicherte(n) (erfasst mit der Kostenbeteiligung der Versicherten).

2) Quelle: T 9.05. Entwicklung pro Einwohner. 2005: Schätzung [ BFS, Medienmitteilung 3/06].

3) Quelle: T 9.21. OKP Ausgaben = Prämien + Kostenbeteiligung.

4) Quelle: T 2.02.

5) Quelle: BFS, Sektion Löhne und Arbeitsbedingungen.

6) Quelle: T 3.12. Entwicklung pro versicherte Person für alle Versicherungsmodelle.

**T 9.15 Totaler Beitrag je versicherte Person (Prämie + Kostenbeteiligung) nach Versicherungsform ab 1996**

2005

Alle Versicherte	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1996	1'762	1'852	1'523	1'183	1'780	-
1997	1'817	2'136	1'582	1'394	1'915	7.6%
1998	1'918	2'297	1'557	1'666	2'043	6.6%
1999	1'952	2'376	1'572	1'754	2'095	2.6%
2000	2'026	2'433	1'662	1'828	2'164	3.3%
2001	2'117	2'477	1'727	1'917	2'240	3.5%
2002	2'281	2'650	1'947	2'236	2'427	8.3%
2003	2'504	2'852	2'119	2'204	2'625	8.2%
2004	2'677	3'076	2'236	2'403	2'812	7.1%
<b>2005</b>	<b>2'832</b>	<b>3'094</b>	<b>2'369</b>	<b>2'393</b>	<b>2'881</b>	<b>2.5%</b>

Datenstand: 13.6.06

Quelle: T 3.12 + 2.02

**Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe ab 1996<sup>3</sup>**

Kinder (0-18 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	632	699	-	503	635	-
1998	651	761	519	519	657	3.4%
1999	669	765	568	546	672	2.3%
2000	693	781	589	563	694	3.3%
2001	731	792	621	597	728	4.9%
2002	795	824	685	655	787	8.2%
2003	867	861	726	697	853	8.3%
2004	911	884	755	740	893	4.7%
<b>2005</b>	<b>919</b>	<b>870</b>	<b>721</b>	<b>766</b>	<b>898</b>	<b>0.6%</b>

Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	1'651	1'656	1'166	1'316	1'640	-
1998	1'811	1'792	1'254	1'519	1'784	8.8%
1999	1'788	1'891	1'319	1'545	1'815	1.7%
2000	1'783	1'887	1'315	1'537	1'808	-0.4%
2001	1'865	1'851	-	1'541	1'833	1.4%
2002	2'115	2'018	-	1'744	2'041	11.4%
2003	2'435	2'225	-	1'932	2'294	12.4%
2004	2'654	2'463	-	2'143	2'519	9.8%
<b>2005</b>	<b>2'806</b>	<b>2'488</b>	<b>2'037</b>	<b>2'199</b>	<b>2'599</b>	<b>3.2%</b>

Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	2'437	2'292	1'647	1'873	2'340	-
1998	2'591	2'501	1'656	2'061	2'512	7.3%
1999	2'664	2'559	1'701	2'139	2'575	2.5%
2000	2'784	2'624	1'709	2'214	2'662	3.4%
2001	2'936	2'709	1'807	2'305	2'775	4.2%
2002	3'188	2'898	2'030	2'499	2'989	7.7%
2003	3'485	3'082	2'183	2'655	3'213	7.5%
2004	3'677	3'319	2'324	2'890	3'431	6.8%
<b>2005</b>	<b>3'832</b>	<b>3'327</b>	<b>2'442</b>	<b>2'960</b>	<b>3'506</b>	<b>2.2%</b>

Datenstand: 1997 - 2000 : 16.4.02 ; 2001-2002 : 24.4.03 ; 2003 : 28.4.04 ; 2004 : 4.6.05 ; 2005 : 16.5.06

Quelle: T 3.12 + 2.02

**T 9.16 Krankenversicherung bei den privaten Versicherungsunternehmen ab 1996 in Mio. Fr.****2005**

Jahr	Prämien <sup>1</sup>			Total mit Taggeldversicherung	Leistungen <sup>1</sup>			Total mit Taggeldversicherung
	Krankenpflegeversicherung <sup>2</sup>				Krankenpflegeversicherung <sup>2</sup>			
	Einzelkrankenversicherung	Kollektivkrankenversicherung	Total		Einzelkrankenversicherung	Kollektivkrankenversicherung	Total	
1996	-	-	640.4	1'618.7	-	-	512.7	1'358.8
1997	513.5	88.3	601.8	1'921.8	395.3	80.6	475.9	1'558.7
1998	544.6	93.2	637.8	2'066.2	381.4	78.6	460.1	1'597.2
1999	841.1	257.1	1'098.2	2'436.0	558.6	205.3	763.9	1'841.4
2000	1'843.2	399.8	2'242.9	3'879.1	1'257.5	326.3	1'583.8	2'917.9
2001	2'676.6	513.8	3'190.5	5'041.2	1'941.5	411.8	2'353.3	3'948.5
2002	2'798.4	634.0	3'432.4	5'378.3	1'909.5	485.9	2'395.5	4'096.4
2003	2'790.9	615.3	3'406.2	5'466.0	1'892.2	468.3	2'360.4	4'182.2
2004	3'283.3	738.7	4'022.0	6'221.5	2'205.5	549.5	2'755.0	4'484.0
<b>2005</b>	<b>3'264.5</b>	<b>760.8</b>	<b>4'025.3</b>	<b>6'170.3</b>	<b>2'229.0</b>	<b>583.7</b>	<b>2'812.7</b>	<b>4'360.3</b>

Datenstand: 17.10.06

1) Prämien = verdiente Prämien brutto; Leistungen = Zahlungen für Versicherungsfälle brutto.

1996: *Schätzung BSV (kursiv).*

Die Zusatzversicherungen gemäss VVG der KVG-Versicherer (Krankenkassen) ab 1996 sind in diesen Zahlen nicht inbegriffen.

2) Prämien und Leistungen ohne Taggeldversicherung und ohne Unfallversicherung.

Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), detaillierte Fassung der Tabelle AS03N.

**T 9.17 Taggeldversicherung KVG / VVG ab 1996 in Mio. Fr.****2005**

Jahr	Prämien				Total <sup>3</sup>	Leistungen				Total <sup>3</sup>
	KVG-Versicherer		Total <sup>3</sup>	Privatversicherer		KVG-Versicherer		Total <sup>3</sup>	Privatversicherer	
	freiwillige Versicherung KVG <sup>1</sup>	Versicherung VVG <sup>2</sup>				freiwillige Versicherung KVG <sup>1</sup>	Versicherung VVG <sup>2</sup>			
1996	832.0	180.9	1'012.9	978.3	1'991.2	872.5	116.7	989.2	846.1	1'835.3
1997	558.9	393.8	952.7	1'319.9	2'272.6	621.5	335.7	957.2	1'082.8	2'040.0
1998	509.6	508.1	1'017.7	1'428.4	2'446.1	456.4	453.7	910.1	1'137.1	2'047.2
1999	462.9	442.7	905.6	1'337.8	2'243.4	412.1	385.2	797.3	1'077.5	1'874.8
2000	438.9	339.7	778.6	1'636.2	2'414.8	381.6	299.2	680.8	1'334.1	2'014.9
2001	398.7	248.4	647.0	1'850.8	2'497.8	352.0	201.9	553.8	1'595.2	2'149.0
2002	370.9	248.8	619.7	1'946.0	2'565.6	329.1	227.1	556.2	1'701.0	2'257.2
2003	354.1	295.5	649.6	2'059.8	2'709.4	309.9	266.9	576.8	1'821.8	2'398.6
2004	354.1	466.0	820.0	2'199.5	3'019.5	277.9	341.4	619.3	1'729.0	2'348.4
<b>2005</b>	<b>340.1</b>	<b>497.8</b>	<b>837.9</b>	<b>2'145.0</b>	<b>2'982.9</b>	<b>251.1</b>	<b>268.0</b>	<b>519.1</b>	<b>1'547.5</b>	<b>2'066.6</b>

Datenstand: 17.10.06

Prämien = verdiente Prämien brutto; Leistungen = Zahlungen für Versicherungsfälle.

1) Quelle: T 6.04 Brutto-Prämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33]. Mit Unfallversicherung.

2) Quelle: T 7.03 : Krankentaggeld VVG (BAG). Mit Unfallversicherung.

(> 2003: Bundesamt für Privatversicherungen [BPV]. Ohne Unfallversicherung.). 1996: *Schätzung BSV.*

3) Total: die kursiv gedruckten Zahlen wurden vom BSV geschätzt auf der Basis der vom BPV gelieferten Zahlen.

4) Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), detaillierte Fassung der Tabelle AS03N. Für 1996 sind keine Zahlen verfügbar.

Der Anteil der Kollektivversicherung (Prämien und Leistungen) umfasst mehr als 90 %. Ohne Unfallversicherung. 1996: *Schätzungen BSV.*

T 9.18 Krankenversicherung <sup>1</sup> (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 1996 in Mio. Fr.

2005

Jahr	Prämien		Privatversicherer <sup>2</sup> Versicherung VVG	Total	Leistungen		Privatversicherer <sup>2</sup> Versicherung VVG	Total
	KVG-Versicherer				KVG-Versicherer			
	Grundversicherung <sup>4</sup>	Zusatzversicherung <sup>3</sup>			Grundversicherung <sup>4</sup>	Zusatzversicherung <sup>3</sup>		
1996	11'035.2	4'337.5	640.4	16'013.1	10'780.5	3'809.6	512.7	15'102.8
1997	11'924.8	4'410.6	601.9	16'937.3	11'360.5	3'288.3	475.9	15'124.7
1998	12'604.2	4'453.3	637.8	17'695.3	11'926.9	3'299.5	460.1	15'686.5
1999	12'949.5	3'766.7	1'098.2	17'814.4	12'430.6	2'787.1	763.9	15'981.6
2000	13'346.7	2'917.4	2'242.9	18'507.0	13'190.3	2'199.1	1'583.8	16'973.2
2001	13'954.7	1'987.0	3'190.5	19'132.2	13'986.3	1'576.7	2'353.3	17'916.3
2002	15'296.2	1'958.4	3'432.4	20'687.0	14'592.8	1'422.3	2'395.5	18'410.6
2003	16'759.7	1'882.6	3'406.2	22'048.5	15'335.6	1'354.6	2'360.4	19'050.6
2004	17'979.6	1'358.8	4'022.0	23'360.4	16'307.5	1'040.5	2'755.0	20'102.9
<b>2004</b>	<b>18'442.7</b>	<b>1'397.7</b>	<b>4'025.3</b>	<b>23'865.6</b>	<b>17'352.7</b>	<b>1'144.4</b>	<b>2'812.7</b>	<b>21'309.9</b>

Datenstand: 17.10.06

1) Krankenpflegeversicherung: Prämien und Leistungen ohne Taggeldversicherung; 1996: *Schätzung BSV*.

2) Die Zusatzversicherungen gemäss VVG der KVG-Versicherer (Krankenkassen) ab 1996 sind nicht in diesen Zahlen inbegriffen.

Quelle: T 9.16. *Ohne* Unfallversicherung.

3) Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer (Krankenkassen) : ab 1996 gemäss VVG. Mit Unfallversicherung.

Quelle: T 7.03 Brutto-Prämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33] (BAG) - Krankentaggeld VVG (-> 2003: Bundesamt für Privatversicherungen [BPV]).

4) Quelle: T 1.02 Brutto-Prämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33]. Mit Unfallversicherung.

**T 9.19 Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder in % des BIP ab 1996****2005**

Land	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Australien	8.4%	8.5%	8.6%	8.8%	8.8%	8.9%	9.1%	9.2%	-
Belgien	8.9%	8.6%	8.6%	8.7%	8.6%	8.7%	8.9%	10.1%	-
Dänemark	8.3%	8.2%	8.4%	8.5%	8.3%	8.6%	8.8%	8.9%	8.9%
Deutschland	10.9%	10.7%	10.6%	10.6%	10.4%	10.6%	10.8%	10.9%	-
Finnland	7.6%	7.3%	6.9%	6.9%	6.7%	6.9%	7.2%	7.4%	7.5%
Frankreich	9.5%	9.4%	9.3%	9.3%	9.2%	9.3%	10.0%	10.4%	10.5%
Grossbritannien	7.0%	6.8%	6.9%	7.2%	7.3%	7.5%	7.7%	7.9%	8.3%
Italien	7.5%	7.7%	7.7%	7.8%	7.9%	8.0%	8.2%	8.2%	8.4%
Japan	7.0%	6.9%	7.2%	7.4%	7.6%	7.8%	7.9%	8.0%	-
Niederlande	8.3%	8.2%	8.1%	8.2%	7.9%	8.3%	8.9%	9.1%	9.2%
Norwegen	7.9%	7.8%	8.5%	8.5%	8.5%	8.9%	9.9%	10.1%	9.7%
Österreich	8.3%	7.6%	7.7%	7.8%	9.4%	9.5%	9.5%	9.6%	9.6%
Schweden	8.4%	8.2%	8.3%	8.4%	8.4%	8.7%	9.1%	9.3%	9.1%
Spanien	7.6%	7.5%	7.5%	7.5%	7.2%	7.2%	7.3%	7.9%	8.1%
USA	13.2%	13.0%	13.0%	13.0%	13.3%	14.0%	14.7%	15.2%	15.3%
<b>Schweiz</b>	<b>10.1%</b>	<b>10.2%</b>	<b>10.3%</b>	<b>10.5%</b>	<b>10.4%</b>	<b>10.9%</b>	<b>11.1%</b>	<b>11.5%</b>	<b>11.6%</b>

Datenstand: 21.6.06

Quelle: [www.oecd.org/home/](http://www.oecd.org/home/) Topics > Health > OECD Health Data 2006 -

Frequently Requested Data &gt; Table 6: Total expenditure on health, % gross domestic product

**T 9.20 Sozialschutzleistungen für die Gesundheitsversorgung<sup>2</sup> : Internationaler Vergleich in % des BIP ab 1996**

2005

Land	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE-15 <sup>1</sup>	7.3%	7.0%	7.0%	7.1%	7.2%	7.4%	7.5%	7.7%
EUR-12 <sup>1</sup>	7.5%	7.2%	7.1%	7.2%	7.3%	7.4%	7.5%	7.7%
Belgien	6.7%	6.2%	6.3%	6.3%	6.1%	6.5%	6.5%	7.6%
Dänemark	5.4%	5.4%	5.7%	5.7%	5.7%	5.8%	6.1%	6.1%
Deutschland	8.6%	8.1%	8.0%	8.1%	8.1%	8.3%	8.1%	8.1%
Griechenland	5.5%	5.7%	5.7%	6.0%	6.8%	6.8%	6.7%	6.7%
Spanien	6.2%	5.9%	5.8%	5.8%	5.8%	5.9%	5.8%	5.9%
Frankreich	8.3%	8.2%	8.2%	8.1%	8.2%	8.3%	8.5%	8.9%
Irland	6.0%	5.8%	5.6%	5.6%	5.6%	6.1%	6.3%	6.6%
Italien	5.6%	5.7%	5.7%	5.7%	6.1%	6.4%	6.5%	6.5%
Luxemburg	6.0%	5.6%	5.3%	5.4%	5.0%	5.2%	5.6%	5.8%
Niederlande	7.8%	7.6%	7.5%	7.7%	7.5%	7.8%	7.9%	8.2%
Österreich	7.8%	7.0%	7.1%	7.3%	6.8%	6.8%	7.2%	7.1%
Portugal	6.0%	6.0%	6.2%	6.4%	6.6%	6.6%	6.7%	6.5%
Finnland	6.6%	6.2%	6.0%	6.0%	5.9%	6.1%	6.3%	6.5%
Schweden	7.4%	7.5%	7.8%	8.1%	8.4%	8.9%	8.5%	8.5%
Vereinigtes Königreich	6.4%	6.3%	6.5%	6.5%	6.7%	7.4%	7.3%	7.7%
Island	6.9%	7.0%	7.1%	7.6%	7.6%	7.6%	8.1%	8.5%
Norwegen	7.6%	7.8%	8.6%	8.7%	8.2%	8.7%	8.8%	9.4%
<b>Schweiz<sup>3</sup></b>	<b>5.8%</b>	<b>5.9%</b>	<b>6.1%</b>	<b>6.2%</b>	<b>6.4%</b>	<b>6.5%</b>	<b>6.9%</b>	<b>7.1%</b>

Datenstand: 16.10.06

1) EUR-12: Die Euro-Zone umfasst Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal und Spanien.

EU-15: EUR-12 plus Dänemark, Schweden und das Vereinigte Königreich.

2) Der Sozialschutz umfasst alle Maßnahmen öffentlicher oder privater Stellen, die darauf abzielen, Haushalte oder Einzelne vor bestimmten festgelegten Risiken zu schützen.

3) Für die Definition der für die Schweiz ausgewiesenen Leistungen siehe Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit: Methoden und Konzepte, BFS, Neuenburg, 2002.

Hier ist zu beachten, dass die Kostenbeteiligung der Versicherten (in der Schweiz im Rahmen des KVG obligatorisch) und die Prämienverbilligung in den Zahlen nicht berücksichtigt sind.

Werte in der Schweiz in 2001 :

Kostenbeteiligung der Versicherten = 0,57% des BIP ; Prämienverbilligung = 0,63% des BIP.

Quelle: Eurostat, European social statistics – Social protection: Expenditure and receipts 1994–2003: C 1.3.1

**T 9.21 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spittage****2005**

Merkmal	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder <sup>5</sup>	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Versicherte <sup>1</sup>	2'858'735	3'042'765	5'901'500	1'556'975	<b>7'458'475</b>	0.5%
Erkrankte <sup>2</sup>	2'051'823	2'710'373	4'762'196	1'341'861	<b>6'104'057</b>	0.5%
Erkrankte je 100 Versicherte	71.8	89.1	80.7	86.2	<b>81.8</b>	-0.1%
Einweisungen <sup>3</sup>	487'596	654'547	1'142'143	77'312	<b>1'219'455</b>	1.9%
davon Mutterschaft	-	90'397	90'397	638	<b>91'035</b>	1.6%
Einweisungen je 100 Versicherte	17.1	21.7	19.4	5.1	<b>16.8</b>	4.3%
Spittage <sup>4</sup>	4'791'517	6'260'083	11'051'600	441'262	<b>11'492'862</b>	-2.2%
davon Mutterschaft	-	509'103	509'103	3'286	<b>512'389</b>	-2.2%
Spittage je 100 Versicherte	167.6	205.7	187.3	28.3	<b>154.1</b>	-2.7%
Spittage je Einweisung	9.8	9.6	9.7	5.7	<b>9.4</b>	-4.1%

Datenstand: 18.7.06

- 1) Versichertenbestand am Jahresende.
- 2) Anzahl versicherte Personen, welche im Berichtsjahr mindestens einmal ambulante oder stationäre Kosten verursacht haben (die Anzahl Erkrankte ist somit kleiner oder gleich wie die Anzahl Versicherte).
- 3) Anzahl Einweisungen ins Spital stationär; zu zählensind Einweisungen in Spitäler zur kurzfristigen und zur langfristigen Behandlung körperlich Kranker sowie Einweisungen in psychiatrische Kliniken; nicht zu zählensind hingegen Einweisungen in Pflegeheime. Sobald zwischen zwei Spitalaufenthalten eine Lücke besteht, zählen diese als zwei Einweisungen.
- 4) Anzahl Spittage im Spital stationär; zu zählen sind die Spittage in Spitälern zur kurzfristigen und zur langfristigen Behandlung körperlich Kranker sowie die Spittage in psychiatrischen Kliniken; nicht zu zählen sind hingegen die Tage in Pflegeheimen.
- 5) Personen, die das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben (vgl. Art. 61 Abs. 3 KVG); bei der "Mutterschaft" von "Kindern" ist die Mutterschaft von noch nicht 18-jährigen Frauen gemeint.

Quelle: Formular EF3 [T 3.2 &amp; 3.7.1 &amp; 3.7.2]

## T 9.22 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage ab 1996

2005

Jahr	Erkrankte <sup>1</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Einwei- sungen <sup>2</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Spitaltage <sup>2</sup>	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	5'599'991	-1.8%	1'117'084	-7.0%	18'812'841	-15.5%
1997	5'669'325	1.2%	1'150'122	3.0%	18'987'651	0.9%
1998	5'768'621	1.8%	1'154'759	0.4%	17'067'058	-10.1%
1999	5'833'167	1.1%	1'096'033	-5.1%	12'747'160	-25.3%
2000	5'947'035	2.0%	1'097'932	0.2%	12'447'351	-2.4%
2001	6'043'905	1.6%	1'193'315	8.7%	12'514'126	0.5%
2002	6'170'788	2.1%	1'207'239	1.2%	12'391'461	-1.0%
2003	6'105'077	-1.1%	1'148'028	-4.9%	11'395'671	-8.0%
2004	6'076'231	-0.5%	1'196'146	4.2%	11'754'955	3.2%
<b>2005</b>	<b>6'104'057</b>	<b>0.5%</b>	<b>1'219'455</b>	<b>1.9%</b>	<b>11'492'862</b>	<b>-2.2%</b>

Datenstand: 18.7.06

1) Anzahl versicherte Personen, welche im Berichtsjahr mindestens einmal ambulante oder stationäre Kosten verursacht haben.  
 2) Die Zeitreihen der Einweisungen und besonders der Spitaltage sind von beschränkter Aussagekraft; der Grund liegt darin, dass vor 1999 nicht von allen Versicherern die Einweisungen und Tage in Pflegeheime(n) vollständig ausgeschieden werden konnten. So ist insbesondere auch die starke Abnahme der Spitaltage zwischen 1998 und 1999 auf diese "Nicht-mehr-Berücksichtigung" von Pflegeheimtagen durch grosse Versicherer zurückzuführen und darf somit nicht als echte Abnahme der Spitaltage im Spital stationär fehlinterpretiert werden.

Quelle: T 9.21



## A 10 Risikoausgleich in der OKP

10.01	Risikoausgleich: Nettozahler und Nettoempfänger ab 1996	172
10.02	Risikoausgleich: Bruttoumverteilung und Nettoumverteilung ab 1996	172
10.03	Risikoausgleich pro Versicherten und Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht	173

**T 10.01 Risikoausgleich: Nettozahler und Nettoempfänger ab 1996****2005**

Ausgleichs-jahr	Nettozahler <sup>1</sup>	Anteil am Total	Nettoempfänger <sup>1</sup>	Anteil am Total	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1996	82	56.6%	63	43.4%	145	-12.7%
1997	60	46.5%	69	53.5%	129	-11.0%
1998	62	52.5%	56	47.5%	118	-8.5%
1999	59	54.1%	50	45.9%	109	-7.6%
2000	59	58.4%	42	41.6%	101	-7.3%
2001	64	64.6%	35	35.4%	99	-2.0%
2002	68	73.1%	25	26.9%	93	-6.1%
2003	70	75.3%	23	24.7%	93	0.0%
2004	72	77.4%	21	22.6%	93	0.0%
<b>2005</b>	<b>65</b>	<b>76.5%</b>	<b>20</b>	<b>23.5%</b>	<b>85</b>	<b>-8.6%</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Anzahl OKP Versicherer, die für das Ausgleichsjahr eine Abgabe an den Risikoausgleich leisten mussten (Nettozahler), resp. einen Beitrag aus dem Risikoausgleich erhielten (Nettoempfänger).

**T 10.02 Risikoausgleich: Bruttoumverteilung und Nettoumverteilung in Mio. Fr. ab 1996****2005**

Ausgleichs-jahr	Bruttoumverteilung <sup>1</sup>		nach Alter	Veränd. gegenüber Vorjahr	Nettoumverteilung <sup>2</sup>	
	nach Geschlecht	Veränd. gegenüber Vorjahr			zwischen Versicherern	Veränd. gegenüber Vorjahr
1996	913	93.1%	2'674	–	530	48.9%
1997	951	4.2%	2'895	8.3%	532	0.4%
1998	1'005	5.7%	3'173	9.6%	609	14.5%
1999	1'043	3.8%	3'340	5.3%	660	8.3%
2000	1'090	4.5%	3'554	6.4%	732	11.0%
2001	1'148	5.3%	3'804	7.0%	845	15.4%
2002	1'177	2.5%	3'992	4.9%	928	9.9%
2003	1'166	-1.0%	4'231	6.0%	1'009	8.7%
2004	1'233	5.8%	4'555	7.6%	1'103	9.3%
<b>2005</b>	<b>1'249</b>	<b>1.3%</b>	<b>4'845</b>	<b>6.4%</b>	<b>1'202</b>	<b>8.9%</b>

Datenstand: 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Theoretisch-statistische Grösse: Gesamtschweizerische Umverteilung von Männern zu Frauen resp. von jüngeren Versicherten (19 – 55-jährige Personen) zu älteren Versicherten (56-jährige und ältere Personen).

2) Effektiv erfolgte Umverteilung zwischen den Versicherern (von Nettozahlern zu Nettoempfängern; vgl. Tabelle 10.01).

**T 10.03 Risikoausgleich<sup>1</sup> in Fr. pro Versicherten und Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht**
**2005**

Altersgruppen	Männlich	Veränd. gegenüber Vorjahr	Weiblich	Veränd. gegenüber Vorjahr	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
0 - 18	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
19 - 25	-175	-6.9%	-132	-7.3%	-153	-7.0%
26 - 30	-167	-5.7%	-87	-6.3%	-127	-5.9%
31 - 35	-156	-6.0%	-68	-6.6%	-112	-6.2%
36 - 40	-141	-5.6%	-78	-4.2%	-110	-5.0%
41 - 45	-122	-6.2%	-81	-6.9%	-102	-6.5%
46 - 50	-95	-5.5%	-54	-6.6%	-75	-5.9%
51 - 55	-57	-8.9%	-20	-22.3%	-38	-12.1%
56 - 60	-1	-138.7%	19	-15.2%	9	-23.3%
61 - 65	65	11.2%	69	6.7%	67	8.7%
66 - 70	148	4.8%	128	3.5%	138	4.1%
71 - 75	251	8.6%	213	3.5%	230	6.0%
76 - 80	350	9.4%	325	3.9%	335	6.1%
81 - 85	449	6.5%	490	3.7%	475	4.6%
86 - 90	597	4.1%	737	1.9%	692	2.4%
> 90	848	5.2%	1'110	2.7%	1'046	3.1%

Datenstand: 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Bei der Berechnung der Abgaben und Beiträge werden die effektiven Durchschnittskosten jeder Risikogruppe mit den effektiven Durchschnittskosten aller erwachsenen Versicherten im Alter von 19 und mehr Jahren (Referenzgruppe) verglichen. Sind die effektiven Durchschnittskosten der jeweiligen Risikogruppe höher als die Durchschnittskosten der Referenzgruppe, so erhält der Versicherer für jeden Versicherten in dieser Risikogruppe einen Beitrag (+). Umgekehrt hat er eine Abgabe (-) zu leisten. Kinder (0-18 Jahre) werden für die Berechnung des Risikoausgleichs nicht miteinbezogen.



## A 11 Versicherte in der OKP

11.01	Durchschnittlicher Versichertenbestand ab 1996	176
11.02	Versichertenbestand ab 1996 per 31.12.	176
11.03	Versichertenbestand nach Wohnkanton per 31.12.	177
11.04	Versichertenbestand nach Alter und Geschlecht per 31.12.	178
11.05	Versichertenbestand per 31.12 nach Versicherungsform ab 1996	179
11.06	Versichertenbestand nach Versicherungsform per 31.12.	179
11.07	Verteilung der Versicherungsformen in % -Versicherte ab 19 Jahren seit 1996	180
11.08	Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton -Versicherte ab 19 Jahren	181
11.09	Verteilung der Versicherungsformen in % -Versicherte 0-18 Jahre seit 1996	182
11.10	Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton -Versicherte 0-18 Jahre	183
11.11	Aufteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ab 1996	184
11.12	Versichertenbestand nach Geschlecht am 1.1.	184
11.13	Durchschnittlicher Versichertenbestand KVG nach Geschlecht	185
11.14	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen und Altersgruppen	186
11.15	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersgruppen und Geschlecht	187
11.16	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen	188
11.17	Versicherteneintritte/Versicherungswechsler KVG nach Geschlecht	189
11.18	Zahlungsausstände für OKP-Prämien	189

**T 11.01 Durchschnittlicher Versichertenbestand <sup>1</sup> ab 1996****2005**

Jahr <sup>2</sup>	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	2'792'349	2'968'829	5'761'178	1'471'489	7'232'667	1.8%
1997	2'750'986	2'929'423	5'680'409	1'556'062	7'236'471	0.1%
1998	2'746'839	2'927'739	5'674'578	1'572'038	7'246'616	0.1%
1999	2'760'031	2'940'891	5'700'922	1'569'600	7'270'522	0.3%
2000	2'758'998	2'947'662	5'706'660	1'558'453	7'265'113	-0.1%
2001	2'778'660	2'968'477	5'747'137	1'553'913	7'301'050	0.5%
2002	2'803'463	2'992'002	5'795'465	1'549'167	7'344'632	0.6%
2003	2'880'411	2'950'352	5'830'763	1'541'742	7'372'505	0.4%
2004	2'832'331	3'021'580	5'853'911	1'529'663	7'383'574	0.2%
<b>2005</b>	<b>2'861'206</b>	<b>3'049'366</b>	<b>5'910'572</b>	<b>1'525'293</b>	<b>7'435'865</b>	<b>0.7%</b>

Datenstand : 18.7.06

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand : Stand aller Monate zusammengezählt und geteilt durch 12.

2) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF1 [1.12 A]

**T 11.02 Versichertenbestand per 31.12 ab 1996****2005**

Jahr <sup>2</sup>	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder <sup>1</sup>	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	2'760'146	2'938'608	5'698'754	1'496'000	7'194'754	0.4%
1997	2'725'064	2'902'973	5'628'037	1'586'768	7'214'805	0.3%
1998	2'736'949	2'915'969	5'652'918	1'595'685	7'248'603	0.5%
1999	2'741'177	2'926'032	5'667'209	1'599'325	7'266'534	0.2%
2000	2'746'615	2'936'748	5'683'363	1'584'748	7'268'111	0.0%
2001	2'775'829	2'962'533	5'738'362	1'582'925	7'321'287	0.7%
2002	2'798'041	2'982'916	5'780'957	1'578'408	7'359'365	0.5%
2003	2'818'135	3'002'978	5'821'113	1'572'075	7'393'188	0.5%
2004	2'834'642	3'021'025	5'855'667	1'564'307	7'419'974	0.4%
<b>2005</b>	<b>2'858'735</b>	<b>3'042'765</b>	<b>5'901'500</b>	<b>1'556'975</b>	<b>7'458'475</b>	<b>0.5%</b>

Datenstand : 18.7.06

1) Personen, die das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben.

2) Bis 2001: inbegriffen Versicherte mit Wohnsitz oder Aufenthalt im Ausland gemäss Art. 3, 4 und 5 KVV;  
ab 2002: mit Personen mit Wohnsitz oder Aufenthalt im Ausland gemäss Art. 4 und 5 KVV aber ohne Versicherte,  
die dem Versicherungsobligatorium unterstehen und in einem EU- oder EFTA-Staat Wohnsitz haben (EWG).

Quelle: T 11.03

**T 11.03 Versichertenbestand nach Wohnkanton per 31.12.**
**2005**

Kanton	Männer	Frauen	Kinder	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	499'744	531'676	247'375	1'278'795	0.8%
BE	368'609	400'282	190'836	959'727	0.1%
LU	136'228	143'320	79'827	359'375	0.3%
UR	13'715	13'779	7'766	35'260	-0.4%
SZ	53'972	52'914	30'852	137'738	0.8%
OW	13'057	13'076	7'866	33'999	0.1%
NW	15'678	15'537	8'300	39'515	1.0%
GL	14'860	15'368	8'325	38'553	-0.3%
ZG	42'264	42'098	21'828	106'190	1.4%
FR	95'583	98'822	61'020	255'425	1.5%
SO	96'651	101'560	51'943	250'154	0.2%
BS	68'888	79'522	29'045	177'455	-0.8%
BL	103'557	110'516	52'042	266'115	0.3%
SH	28'562	30'831	14'884	74'277	-0.3%
AR	20'342	21'115	11'939	53'396	-0.2%
AI	5'802	5'565	3'837	15'204	1.5%
SG	175'320	183'574	105'178	464'072	0.4%
GR	77'498	79'193	38'503	195'194	-0.4%
AG	222'332	228'892	123'609	574'833	0.7%
TG	89'116	91'805	54'414	235'335	0.6%
TI	122'527	136'668	58'920	318'115	0.5%
VD	240'776	263'620	144'656	649'052	0.9%
VS	114'134	119'564	63'257	296'955	1.0%
NE	63'109	69'209	36'745	169'063	0.1%
GE	148'238	165'534	87'522	401'294	0.4%
JU	25'946	27'602	15'977	69'525	-0.1%
Schweiz	2'856'508	3'041'642	1'556'466	7'454'616	0.5%
Ausland <sup>1)</sup>	2'227	1'123	509	3'859	15.4%
unbekannt	0	0	0	0	-100.0%
<b>Total</b>	<b>2'858'735</b>	<b>3'042'765</b>	<b>1'556'975</b>	<b>7'458'475</b>	<b>0.6%</b>

Datenstand : 18.7.06

1) Personen mit Wohnsitz/Aufenthalt im Ausland gemäss Art. 4 und 5 KVV.

Quelle: Formular EF3 [T 3.2]

**T 11.04 Versichertenbestand <sup>1</sup> nach Alter und Geschlecht per 31.12.****2005**

Altersklassen	männlich		weiblich		Total	
	Anzahl Versicherte	Anteil am Gesamttotal in %	Anzahl Versicherte	Anteil am Gesamttotal in %	Anzahl Versicherte	Anteil am Gesamttotal in %
0 - 5	227'704	3.1%	216'245	2.9%	443'949	6.0%
6 - 10	208'970	2.8%	198'498	2.7%	407'468	5.5%
11 - 15	226'136	3.0%	215'407	2.9%	441'543	5.9%
16 - 18	135'181	1.8%	128'834	1.7%	264'015	3.5%
Total 0 - 18	797'991	10.7%	758'984	10.2%	1'556'975	20.9%
19 - 20	88'722	1.2%	85'563	1.1%	174'285	2.3%
21 - 25	230'557	3.1%	224'957	3.0%	455'514	6.1%
26 - 30	237'266	3.2%	237'678	3.2%	474'944	6.4%
31 - 35	268'300	3.6%	269'539	3.6%	537'839	7.2%
36 - 40	311'186	4.2%	310'173	4.2%	621'359	8.3%
41 - 45	314'404	4.2%	308'497	4.1%	622'901	8.4%
46 - 50	277'200	3.7%	269'951	3.6%	547'151	7.3%
51 - 55	243'796	3.3%	242'860	3.3%	486'656	6.5%
56 - 60	234'255	3.1%	235'478	3.2%	469'733	6.3%
61 - 65	194'717	2.6%	203'842	2.7%	398'559	5.3%
Total 19 - 65	2'400'403	32.2%	2'388'538	32.0%	4'788'941	64.2%
66 - 70	147'822	2.0%	168'864	2.3%	316'686	4.2%
71 - 75	122'997	1.6%	155'524	2.1%	278'521	3.7%
76 - 80	91'669	1.2%	136'115	1.8%	227'784	3.1%
81 - 85	60'195	0.8%	106'770	1.4%	166'965	2.2%
86 - 90	25'537	0.3%	55'302	0.7%	80'839	1.1%
91 - 95	8'792	0.1%	25'915	0.3%	34'707	0.5%
96 - 100	1'235	0.0%	5'231	0.1%	6'466	0.1%
> 100	85	0.0%	506	0.0%	591	0.0%
Total 66 u. mehr	458'332	6.1%	654'227	8.8%	1'112'559	14.9%
unbekannt	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>3'656'726</b>	<b>49.0%</b>	<b>3'801'749</b>	<b>51.0%</b>	<b>7'458'475</b>	<b>100.0%</b>

Datenstand : 18.7.06

1) Vgl. Fussnote 3) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF3 [T 3.1]

**T 11.05 Versichertenbestand per 31.12. nach Versicherungsform ab 1996**

**2005**

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2001	3'882'191	2'833'816	9'341	595'939	7'321'287	0.7%
2002	3'812'675	2'980'820	8'835	557'035	7'359'365	0.5%
2003	3'674'270	3'107'097	8'317	603'504	7'393'188	0.5%
2004	3'639'287	3'024'823	8'098	747'766	7'419'974	0.4%
<b>2005</b>	<b>3'605'578</b>	<b>2'939'073</b>	<b>7'711</b>	<b>906'113</b>	<b>7'458'475</b>	<b>0.5%</b>

Datenstand : 18.7.06

Quelle: T 11.06

**T 11.06 Versichertenbestand nach Versicherungsform per 31.12.**

**2005**

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	1'053'442	1'356'443	1'195'693	3'605'578	48.3%	-0.9%
Wählbare Jahresfranchisen	1'436'716	1'325'563	176'794	2'939'073	39.4%	-2.8%
BONUS-Versicherung	4'889	2'620	202	7'711	0.1%	-4.8%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	363'688	358'139	184'286	906'113	12.1%	21.2%
<b>Total</b>	<b>2'858'735</b>	<b>3'042'765</b>	<b>1'556'975</b>	<b>7'458'475</b>	<b>100.0%</b>	<b>0.5%</b>

Datenstand : 18.7.06

Quelle: Formular EF3 [T3.3]

**T 11.07 Verteilung der Versicherungsformen in % - Versicherte ab 19 Jahren ab 1996****2005**

Jahr <sup>1</sup>	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen					Total	Andere Versicherungsformen	Total
		I	II	III	IV	V			
1996	60.6%	-	-	-	-	-	37.3%	2.1%	100.0%
1997	47.3%	29.2%	8.3%	2.1%	5.2%	-	44.9%	7.8%	100.0%
1998	47.6%	30.8%	7.6%	3.2%	3.9%	-	45.4%	7.0%	100.0%
1999	47.3%	29.2%	8.3%	2.1%	5.2%	-	44.9%	7.8%	100.0%
2000	45.9%	27.9%	8.9%	2.2%	6.8%	-	45.9%	8.2%	100.0%
2001	45.3%	26.1%	9.2%	2.3%	8.8%	-	46.3%	8.4%	100.0%
2002	43.6%	24.2%	9.9%	2.5%	11.4%	-	47.9%	8.4%	100.0%
2003	41.8%	22.1%	10.2%	2.6%	15.0%	-	50.0%	8.3%	100.0%
2004	42.6%	19.0%	9.9%	2.4%	17.0%	-	48.4%	9.0%	100.0%
<b>2005</b>	<b>43.0%</b>	<b>24.1%</b>	<b>2.8%</b>	<b>15.0%</b>	<b>0.8%</b>	<b>4.4%</b>	<b>47.0%</b>	<b>10.0%</b>	<b>100.0%</b>

Datenstand: 16.5.06

- 1) Im Jahr 1996-97: ordentliche Jahresfranchise: 150.- ; wählbare Jahresfranchisen: 300.- 600.- 1200.- 1500.-  
 Im Jahr 1998-2003: ordentliche Jahresfranchise: 230.- ; wählbare Jahresfranchisen: 400.- 600.- 1200.- 1500.-  
 Im Jahr 2004: ordentliche Jahresfranchise: 300.- ; wählbare Jahresfranchisen: 400.- 600.- 1200.- 1500.-  
 Im Jahr 2005: ordentliche Jahresfranchise: 300.- ; wählbare Jahresfranchisen: 500.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.-

Quelle: 1996 : T 11.06 ; 1997- : T 11.08

T 11.08 Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Versicherte ab 19 Jahren <sup>1</sup>

2005

Kanton	Ordentl. Jahresfranchise 300 Fr.	Wählbare Jahresfranchisen					Total	Andere Versicherungsformen	Total
		500 Fr.	1000 Fr.	1500 Fr.	2000 Fr.	2500 Fr.			
ZH	43.3%	21.1%	2.7%	14.5%	1.0%	5.4%	44.7%	12.0%	100.0%
BE	36.1%	31.9%	3.4%	14.9%	0.7%	3.8%	54.7%	9.2%	100.0%
LU	54.7%	15.8%	2.1%	14.4%	0.6%	3.6%	36.6%	8.8%	100.0%
UR	52.3%	25.9%	3.5%	13.8%	0.8%	3.5%	47.4%	0.3%	100.0%
SZ	52.9%	20.5%	2.5%	15.3%	0.8%	4.3%	43.4%	3.8%	100.0%
OW	54.1%	23.8%	3.1%	13.8%	0.6%	3.6%	45.0%	1.0%	100.0%
NW	56.1%	18.7%	3.0%	16.0%	0.6%	4.4%	42.7%	1.2%	100.0%
GL	57.1%	20.5%	3.4%	12.9%	1.1%	2.8%	40.8%	2.1%	100.0%
ZG	49.9%	21.0%	2.8%	15.9%	1.3%	4.3%	45.3%	4.8%	100.0%
FR	39.6%	34.6%	3.2%	15.8%	0.5%	2.5%	56.6%	3.8%	100.0%
SO	45.8%	28.3%	2.5%	14.7%	1.1%	3.2%	49.8%	4.4%	100.0%
BS	44.7%	16.6%	2.3%	16.6%	0.6%	4.3%	40.4%	14.9%	100.0%
BL	40.6%	23.2%	2.9%	16.4%	0.9%	5.0%	48.4%	11.0%	100.0%
SH	39.6%	20.0%	2.4%	12.0%	0.9%	3.9%	39.2%	21.2%	100.0%
AR	52.2%	16.0%	2.7%	10.2%	0.7%	2.8%	32.4%	15.3%	100.0%
AI	57.4%	14.8%	2.4%	10.2%	0.6%	3.0%	31.0%	11.6%	100.0%
SG	46.6%	15.9%	2.1%	11.1%	0.7%	3.5%	33.3%	20.1%	100.0%
GR	57.5%	11.2%	2.0%	11.2%	0.5%	3.2%	28.2%	14.3%	100.0%
AG	46.3%	17.1%	2.4%	12.4%	0.8%	3.4%	36.0%	17.7%	100.0%
TG	38.6%	13.1%	2.2%	12.7%	0.7%	3.9%	32.6%	28.7%	100.0%
TI	41.3%	28.0%	2.1%	17.9%	0.6%	7.3%	55.9%	2.8%	100.0%
VD	33.0%	31.2%	4.2%	20.6%	0.9%	5.7%	62.6%	4.4%	100.0%
VS	56.8%	29.1%	2.2%	8.5%	0.5%	2.1%	42.5%	0.7%	100.0%
NE	38.7%	31.3%	2.9%	19.1%	1.0%	5.9%	60.3%	0.9%	100.0%
GE	35.9%	32.5%	3.2%	17.6%	0.5%	4.6%	58.4%	5.7%	100.0%
JU	34.8%	32.1%	2.7%	25.6%	0.5%	3.5%	64.3%	0.8%	100.0%
CH	43.0%	24.1%	2.8%	15.0%	0.8%	4.4%	47.0%	10.0%	100.0%

Datenstand: 16.5.06

Quelle: DATENPOOL santésuisse / Auswertung BAG / Abdeckungsgrad der Erhebung 2005: CH 97,8% ; Kantone: 94,4% - 100,0%

1) Diese Auswertung basiert auf der Gesamtheit der Versicherten, für die Alter, Geschlecht, Kanton, Versicherungsform und Franchisehöhe bekannt sind. Es werden nur die im Berichtsjahr gültigen Höhen der Wahlfranchisen ausgewiesen.

**T 11.09 Verteilung der Versicherungsformen in % - Versicherte 0-18 Jahre ab 1996****2005**

Jahr <sup>1</sup>	Ordentl. Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen						Total	Andere Versicherungsformen	Total
		I	II	III	IV	V	VI			
1996	86.1%	-	-	-	-	-	-	12.0%	2.0%	100.0%
1997	82.1%	9.9%	2.5%	1.2%	-	-	-	13.6%	4.4%	100.0%
1998	80.8%	8.9%	2.1%	1.7%	-	-	-	12.8%	6.5%	100.0%
1999	80.6%	8.1%	2.0%	2.2%	-	-	-	12.3%	7.2%	100.0%
2000	80.3%	7.6%	1.9%	2.7%	-	-	-	12.1%	7.5%	100.0%
2001	80.6%	7.1%	1.6%	2.9%	-	-	-	11.6%	7.8%	100.0%
2002	80.9%	6.5%	1.5%	3.2%	-	-	-	11.1%	8.0%	100.0%
2003	80.3%	6.1%	1.4%	4.0%	-	-	-	11.4%	8.3%	100.0%
2004	79.9%	5.4%	1.3%	4.6%	-	-	-	11.3%	8.8%	100.0%
<b>2005</b>	<b>78.7%</b>	<b>1.1%</b>	<b>4.4%</b>	<b>1.3%</b>	<b>3.5%</b>	<b>0.2%</b>	<b>0.9%</b>	<b>11.4%</b>	<b>9.9%</b>	<b>100.0%</b>

Datenstand: 16.5.06

1) Im Jahr 1996-2004: ordentliche Jahresfranchise: 0.- ; wählbare Jahresfranchisen: 150.- 300.- 375.-  
 Im Jahr 2005: ordentliche Jahresfranchise: 0.- ; wählbare Jahresfranchisen: 100.- 200.- 300.- 400.- 500.- 600.-

Quelle: 1996 : T 11.06 ; 1997- : T 11.10

T 11.10 Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Versicherte 0-18 Jahre <sup>1</sup>

2005

Kanton	Ordentl. Jahresfranchise 0 Fr.	Wählbare Jahresfranchisen						Total	Andere Versicherungsformen	Total
		100 Fr.	200 Fr.	300 Fr.	400 Fr.	500 Fr.	600 Fr.			
ZH	78.2%	1.1%	3.3%	0.9%	2.2%	0.3%	0.8%	8.6%	13.1%	100.0%
BE	80.2%	0.9%	5.2%	1.1%	2.3%	0.3%	0.6%	10.3%	9.4%	100.0%
LU	82.8%	0.4%	1.1%	0.7%	4.6%	0.1%	0.4%	7.4%	9.9%	100.0%
UR	87.8%	0.2%	1.6%	2.5%	7.2%	0.1%	0.6%	12.2%	0.0%	100.0%
SZ	88.4%	0.3%	1.9%	0.7%	3.9%	0.2%	0.5%	7.5%	4.1%	100.0%
OW	92.6%	0.5%	1.8%	1.0%	2.8%	0.1%	0.4%	6.6%	0.8%	100.0%
NW	91.0%	0.6%	1.2%	0.5%	5.1%	0.0%	0.6%	8.1%	0.9%	100.0%
GL	90.4%	0.4%	2.0%	0.8%	1.8%	0.1%	2.2%	7.3%	2.3%	100.0%
ZG	86.3%	0.5%	2.4%	0.8%	3.5%	0.2%	0.6%	8.0%	5.7%	100.0%
FR	84.7%	0.6%	5.7%	1.5%	3.0%	0.2%	0.7%	11.6%	3.6%	100.0%
SO	85.0%	0.6%	2.9%	1.0%	2.9%	0.2%	0.6%	8.2%	6.8%	100.0%
BS	70.1%	1.6%	3.3%	0.8%	5.1%	0.1%	1.1%	12.0%	18.0%	100.0%
BL	78.3%	1.3%	2.9%	0.7%	4.3%	0.3%	1.2%	10.7%	11.0%	100.0%
SH	72.7%	1.9%	1.6%	0.5%	2.6%	0.3%	0.6%	7.5%	19.8%	100.0%
AR	76.8%	0.5%	1.4%	0.8%	1.5%	0.2%	0.5%	4.8%	18.4%	100.0%
AI	82.4%	0.2%	0.6%	0.7%	0.5%	0.0%	0.8%	2.9%	14.8%	100.0%
SG	74.4%	0.7%	1.4%	0.6%	3.6%	0.1%	0.7%	7.0%	18.6%	100.0%
GR	79.7%	0.6%	1.1%	0.4%	1.5%	0.1%	0.8%	4.4%	15.8%	100.0%
AG	80.2%	0.9%	2.1%	0.6%	1.8%	0.2%	0.4%	6.0%	13.8%	100.0%
TG	63.3%	1.4%	1.5%	0.8%	3.0%	0.3%	1.1%	8.0%	28.8%	100.0%
TI	81.1%	1.2%	6.2%	1.2%	4.0%	0.2%	1.8%	14.7%	4.2%	100.0%
VD	68.3%	2.6%	10.6%	4.1%	7.4%	0.2%	2.1%	27.1%	4.6%	100.0%
VS	88.3%	0.8%	7.3%	0.9%	1.7%	0.1%	0.5%	11.2%	0.5%	100.0%
NE	81.7%	1.1%	6.3%	1.7%	4.6%	0.2%	1.7%	15.8%	2.5%	100.0%
GE	78.7%	1.1%	9.1%	2.4%	4.9%	0.1%	1.1%	18.7%	2.6%	100.0%
JU	79.1%	0.5%	5.2%	2.3%	7.9%	0.3%	2.1%	18.2%	2.7%	100.0%
CH	78.7%	1.1%	4.4%	1.3%	3.5%	0.2%	0.9%	11.4%	9.9%	100.0%

Datenstand: 16.5.06

Quelle: DATENPOOL santésuisse / Auswertung BAG / Abdeckungsgrad der Erhebung 2005: CH 97,8% ; Kantone: 94,4% - 100,0%

1) Diese Auswertung basiert auf der Gesamtheit der Versicherten, für die Alter, Geschlecht, Kanton, Versicherungsform und Franchisehöhe bekannt sind. Es werden nur die im Berichtsjahr gültigen Höhen der Wahlfranchisen ausgewiesen.

**T 11.11 Verteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ab 1996****2005**

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
1996	65.9%	32.0%	0.4%	1.7%	100.0%
1997	56.6%	37.9%	0.2%	5.3%	100.0%
1998	55.4%	37.6%	0.2%	6.8%	100.0%
1999	55.0%	37.4%	0.1%	7.5%	100.0%
2000	54.0%	38.0%	0.1%	8.0%	100.0%
2001	53.0%	38.7%	0.1%	8.1%	100.0%
2002	51.8%	40.5%	0.1%	7.6%	100.0%
2003	49.7%	42.0%	0.1%	8.2%	100.0%
2004	49.0%	40.8%	0.1%	10.1%	100.0%
<b>2005</b>	<b>48.3%</b>	<b>39.4%</b>	<b>0.1%</b>	<b>12.1%</b>	<b>100.0%</b>

Datenstand : 18.7.06

Quelle: T 11.05

**T 11.12 Versichertenbestand KVG nach Geschlecht am 1.1.2006****Versichertenbestand KVG, Personen mit Wohnsitz in der Schweiz und schweizerischer Prämie (inkl. Versicherte gemäss Art. 4 und 5 KVV)**

Alter	männlich	weiblich	Total	Anteil in % am Total
Kinder	758'897	721'809	1'480'706	19.8%
Junge Erwachsene	317'234	307'273	624'507	8.4%
Erwachsene	2'586'207	2'778'736	5'364'943	71.8%
<b>Total</b>	<b>3'662'338</b>	<b>3'807'818</b>	<b>7'470'156</b>	<b>100.0%</b>

Datenstand : 18.7.06

Quelle: Formular EF3 [T 3.8.2]

**T 11.13 Durchschnittlicher Versichertenbestand, gemäss Art. 29 KVV, für die obligatorische Krankenpflegeversicherung**

**2005**

**A. KVG-Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz und schweizerischer Prämie (inkl. Versicherte gemäss Art. 4 und 5 KVV) <sup>1</sup>**

Alter	männlich	weiblich	Total	Anteil in % am Total
Kinder	781'784	743'512	1'525'296	20.5%
Junge Erwachsene	313'583	307'440	621'023	8.4%
Erwachsene	2'547'619	2'741'924	5'289'543	71.1%
<b>Total</b>	<b>3'642'986</b>	<b>3'792'876</b>	<b>7'435'863</b>	<b>100.0%</b>
<i>davon gestorben</i>	<i>30'232</i>	<i>32'209</i>	<i>62'441</i>	<i>0.8%</i>

**B. KVG-Versicherte mit Wohnsitz in einem EG-Staat, in Island oder in Norwegen, inklusive GrenzgängerInnen <sup>2</sup>**

	Männer	Frauen	Kinder	Total
<b>Total</b>	<b>7'884</b>	<b>5'583</b>	<b>1'998</b>	<b>15'466</b>

**C. KVG-Versicherte mit Wohnsitz in einem EG-Staat, in Island oder in Norwegen, nur GrenzgängerInnen <sup>3</sup>**

	Männer	Frauen	Kinder	Total
<b>Total</b>	<b>5'986</b>	<b>3'792</b>	<b>1'696</b>	<b>11'474</b>

Datenstand : 18.7.06

1) Versichertenbestand per 31.12: siehe T 11.02.

Durchschnittsbestand = Stand aller Monate zusammengezählt und geteilt durch 12.

2) Betriebsrechnung: siehe T 1.07.

3) GrenzgängerInnen, sowie ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen (Versicherte gemäss Art. 3 KVV).

Quelle: A: Formular EF3 [T 3.8.1 & 3.8.4] / B: Formular EF1 [1.12 D] / C: Formular EF1 [1.12 E]

**T 11.14 Durchschnittlicher Versichertenbestand<sup>1,2</sup> nach Kantonen und Altersgruppen****2005**

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	241'954	100'810	931'790	1'274'554	0.7%
BE	187'180	78'935	692'368	958'483	0.0%
LU	78'543	32'986	247'603	359'132	0.4%
UR	7'614	3'195	24'426	35'235	-0.4%
SZ	30'238	11'889	95'114	137'241	0.7%
OW	7'718	3'179	23'017	33'914	0.0%
NW	8'127	3'354	27'863	39'344	0.7%
GL	8'184	3'665	26'681	38'530	-0.6%
ZG	21'287	8'300	75'813	105'400	1.6%
FR	59'653	21'841	172'441	253'935	1.4%
SO	51'001	21'221	177'446	249'668	0.1%
BS	29'003	13'787	139'516	182'306	-0.6%
BL	51'025	21'039	194'044	266'108	0.1%
SH	14'700	6'450	53'931	75'081	-0.4%
AR	11'787	4'619	37'015	53'421	-0.3%
AI	3'770	1'481	9'893	15'144	1.0%
SG	103'179	43'595	316'389	463'163	0.3%
GR	37'775	18'068	137'593	193'436	-0.3%
AG	121'177	50'502	402'384	574'063	0.7%
TG	53'504	21'363	160'577	235'444	0.6%
TI	57'617	22'623	237'478	317'718	0.5%
VD	141'868	50'339	455'042	647'249	0.8%
VS	62'031	26'404	207'826	296'261	1.1%
NE	36'131	13'339	119'425	168'895	0.0%
GE	86'081	30'206	285'176	401'463	0.5%
JU	15'694	5'908	47'949	69'551	-0.2%
<b>CH</b>	<b>1'526'841</b>	<b>619'098</b>	<b>5'298'800</b>	<b>7'444'739</b>	<b>0.4%</b>

Datenstand : 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand = Anzahl Versicherungsmonate dividiert durch 12.

2) Mit dem In-Kraft-Treten des Personenfreizügigkeitsabkommens mit den EG-Staaten bzw. dem revidierten EFTA-Abkommen per 1. Juni 2002 wurde die Versicherungspflicht auf einzelne Personengruppen ausgedehnt, welche Wohnsitz in einem EG-Staat haben:

- Im Risikoausgleich zu berücksichtigen sind:

Versicherte mit Arbeitsort in der Schweiz (Grenzgänger) sowie ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.

- Im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen sind:

Empfänger einer schweizerischen Rente und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen;

Empfänger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.

Nicht erwerbstätige Familienangehörige von in der Schweiz erwerbstätigen und wohnenden Personen.

Aufgrund unterschiedlicher Definitionen kommt es zu Differenzen beim Versichertenbestand und bei den Kosten und denselben Angaben im Formular EF 123 der Versicherer (siehe Definition Versicherte in Tabelle 11.02, Fussnote 2).

**T 11.15 Durchschnittlicher Versichertenbestand<sup>1,2</sup> nach Altersgruppen und Geschlecht**

**2005**

Altersgruppen	Männlich	in % des Totals Männlich	Weiblich	in % des Totals Weiblich	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
0 - 18	782'572	21.5%	744'271	19.6%	1'526'843	-0.6%
19 - 25	311'546	8.5%	307'552	8.1%	619'098	0.1%
26 - 30	235'436	6.5%	236'023	6.2%	471'459	-0.3%
31 - 35	267'534	7.3%	268'852	7.1%	536'386	-2.6%
36 - 40	311'702	8.5%	310'306	8.2%	622'008	-1.8%
41 - 45	315'332	8.6%	308'829	8.1%	624'161	2.8%
46 - 50	278'249	7.6%	270'583	7.1%	548'832	2.5%
51 - 55	245'055	6.7%	243'661	6.4%	488'716	0.6%
56 - 60	235'781	6.5%	236'438	6.2%	472'219	0.6%
61 - 65	196'315	5.4%	204'643	5.4%	400'958	4.2%
66 - 70	149'050	4.1%	169'579	4.5%	318'629	0.9%
71 - 75	124'500	3.4%	156'493	4.1%	280'993	1.1%
76 - 80	93'546	2.6%	137'597	3.6%	231'143	1.2%
81 - 85	62'457	1.7%	109'277	2.9%	171'734	3.7%
86 - 90	27'216	0.7%	57'966	1.5%	85'182	0.1%
> 90	11'386	0.3%	34'986	0.9%	46'372	3.1%
<b>Total</b>	<b>3'647'677</b>	<b>100.0%</b>	<b>3'797'056</b>	<b>100.0%</b>	<b>7'444'733</b>	<b>0.4%</b>

Datenstand : 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand = Anzahl Versicherungsmonate dividiert durch 12.

2) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.14.

**T 11.16 Durchschnittlicher Versichertenbestand<sup>1,2</sup> nach Kantonen** **2005**

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene
ZH	241'954	500'153	532'447	1'032'600	1'274'554
BE	187'180	369'480	401'822	771'303	958'483
LU	78'543	136'645	143'943	280'589	359'132
UR	7'614	13'735	13'887	27'621	35'235
SZ	30'238	54'010	52'992	107'002	137'241
OW	7'718	13'060	13'136	26'196	33'914
NW	8'127	15'631	15'585	31'217	39'344
GL	8'184	14'885	15'460	30'346	38'530
ZG	21'287	42'064	42'048	84'113	105'400
FR	59'653	95'421	98'860	194'282	253'935
SO	51'001	96'725	101'944	198'666	249'668
BS	29'003	71'965	81'336	153'302	182'306
BL	51'025	104'199	110'882	215'083	266'108
SH	14'700	29'122	31'263	60'381	75'081
AR	11'787	20'365	21'269	41'634	53'421
AI	3'770	5'797	5'578	11'374	15'144
SG	103'179	175'638	184'344	359'983	463'163
GR	37'775	76'899	78'761	155'661	193'436
AG	121'177	223'126	229'762	452'886	574'063
TG	53'504	89'589	92'350	181'941	235'444
TI	57'617	122'876	137'228	260'101	317'718
VD	141'868	241'125	264'256	505'381	647'249
VS	62'031	114'424	119'804	234'229	296'261
NE	36'131	63'268	69'496	132'764	168'895
GE	86'081	148'822	166'560	315'382	401'463
JU	15'694	26'081	27'772	53'857	69'551
<b>CH</b>	<b>1'526'841</b>	<b>2'865'105</b>	<b>3'052'785</b>	<b>5'917'894</b>	<b>7'444'739</b>

Datenstand : 3.7.06

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand = Anzahl Versicherungsmonate dividiert durch 12.

2) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.14.

T 11.17 Versicherteneintritte / Versicherungswechsler KVG nach Geschlecht

2005

Alter	männlich	weiblich	Total	Anteil in % am Total	In % am durchschnittlichen Versichertenbestand
Kinder	92'776	86'095	178'870	25.4%	11.7%
Junge Erwachsene	47'497	45'035	92'532	13.2%	14.9%
Erwachsene	224'581	206'957	431'539	61.4%	8.2%
<b>Total</b>	<b>364'854</b>	<b>338'087</b>	<b>702'941</b>	<b>100.0%</b>	<b>9.5%</b>
<i>davon Neugeborene</i>	<i>35'826</i>	<i>33'903</i>	<i>69'729</i>	<i>9.9%</i>	<i>0.9%</i>

Datenstand : 18.7.06

Quelle: Formular EF3 [3.8.3] + T 11.13

T 11.18 Zahlungsausstände für OKP-Prämien <sup>1</sup>

2005

	Anzahl Versicherte	Prämienvolumen in Franken
Versicherte mit Betreuung	333'989	472'766'471
Versicherte mit sistierten Leistungen	22'830	38'958'338

Datenstand : 18.7.06

Quelle: Formular EF3 [3.10.4]

1) Anzahl Versicherte, die im betrachteten Jahr betrieben wurden sowie das den Betreibungen unterliegende Prämienvolumen, unabhängig davon, ob die Prämien schlussendlich durch das Betreibungsverfahren eingebracht werden konnten. **Unvollständige Daten.**

**Beilage B: Übergangsschlüssel Tabellen T 2004 -> 2005 / 2005 -> 2004**

Publikation 2004	Publikation 2005	Publikation 2004	Publikation 2005	Publikation 2005	Publikation 2004	Publikation 2005	Publikation 2004		
1.01	<b>8.02</b>	3.07	3.05	<b>1.01</b>	1.43	7.01	7.01		
1.02	<b>11.02</b>	3.08	3.06	<b>1.02</b>	1.27	7.02	7.02		
1.03	<b>11.03</b>	3.09	3.07	<b>1.03</b>	1.28	7.03	7.03		
1.04	<b>11.04</b>	3.10	3.08	<b>1.04</b>	1.29	7.04	7.04		
1.05	<b>11.05</b>	3.11	3.02	<b>1.05</b>	1.30	7.05	7.05		
1.06	<b>11.06</b>	3.12	3.03	<b>1.06</b>	1.31	8.01	8.01		
1.07	<b>9.22</b>	3.13	3.04	<b>1.07</b>	1.50	<b>8.02</b>	1.01		
1.08	<b>9.21</b>	4.01	4.01	<b>1.08</b>	1.25	8.03	8.03		
1.09	<b>3.09</b>	4.02	4.02	<b>1.09</b>	1.26	8.04	8.04		
1.10	<b>3.12</b>	4.03	4.03	<b>1.10</b>	1.23	8.05	8.05		
1.11	<b>3.10</b>	4.04	4.04	<b>1.11</b>	1.24	8.06	8.06		
1.12	<b>3.11</b>	4.05	4.05	<b>1.12</b>	1.32	8.07	8.07		
1.13	<b>2.14</b>	4.06	4.06	<b>1.13</b>	1.33	8.08	8.08		
1.14	<b>2.15</b>	4.07	4.07	<b>2.01</b>	1.19	8.09	8.09		
1.15	<b>2.16</b>	4.08	4.08	<b>2.02</b>	1.20	8.10	8.10		
1.16	<b>2.17</b>	4.09	4.09	<b>2.03</b>	1.51	8.11	8.11		
1.17	<b>2.18</b>	4.10	4.10	2.04	*	2.04	<b>8.12</b>	8.02	
1.18	<b>2.19</b>	4.11	-	2.05	*	2.05	9.01	9.01	
1.19	<b>2.01</b>	4.12	-	2.06		2.06	9.02	9.02	
1.20	<b>2.02</b>	4.13	4.11	2.07	*	2.07	9.03	9.03	
1.21	<b>2.20</b>	5.01	5.01	2.08	*	2.08	9.04	9.04	
1.22	<b>2.21</b>	5.02	5.02	2.09		2.09	9.05	9.05	
1.23	<b>1.10</b>	5.03	5.03	2.10	*	2.10	9.06	9.06	
1.24	<b>1.11</b>	5.04	5.04	2.11		2.11	<b>9.07</b>	9.21	
1.25	<b>1.08</b>	6.01	6.01	2.12	*	2.12	9.08	9.08	
1.26	<b>1.09</b>	6.02	6.02	2.13	*	2.13	9.09	*	9.09
1.27	<b>1.02</b>	6.03	6.03	<b>2.14</b>		1.13	9.10	9.10	
1.28	<b>1.03</b>	6.04	6.04	<b>2.15</b>		1.14	9.11	9.11	
1.29	<b>1.04</b>	6.05	6.05	<b>2.16</b>		1.15	9.12	9.12	
1.30	<b>1.05</b>	6.06	6.06	<b>2.17</b>		1.16	9.13	9.13	
1.31	<b>1.06</b>	7.01	7.01	<b>2.18</b>		1.17	9.14	9.14	
1.32	<b>1.12</b>	7.02	7.02	<b>2.19</b>		1.18	<b>9.15</b>	1.41	
1.33	<b>1.13</b>	7.03	7.03	<b>2.20</b>		1.21	9.16	9.16	
1.34	<b>11.11</b>	7.04	7.04	<b>2.21</b>		1.22	9.17	9.17	
1.35	<b>11.07</b>	7.05	7.05	<b>2.22</b>		1.39	9.18	9.18	
1.36	<b>11.08</b>	8.01	8.01	<b>2.23</b>		1.40	9.19	9.19	
1.37	<b>11.09</b>	8.02	<b>8.12</b>	<b>3.01</b>		-	9.20	9.20	
1.38	<b>11.10</b>	8.03	8.03	<b>3.02</b>	*	3.11	<b>9.21</b>	1.08	
1.39	<b>2.22</b>	8.04	8.04	<b>3.03</b>	*	3.12	<b>9.22</b>	1.07	
1.40	<b>2.23</b>	8.05	8.05	<b>3.04</b>	*	3.13	10.01	10.01	
1.41	<b>9.15</b>	8.06	8.06	<b>3.05</b>	*	3.07	10.02	10.02	
1.42	<b>11.01</b>	8.07	8.07	<b>3.06</b>	*	3.08	10.03	10.03	
1.43	<b>1.01</b>	8.08	8.08	<b>3.07</b>	*	3.09	<b>11.01</b>	1.42	
1.44	-	8.09	8.09	<b>3.08</b>	*	3.10	<b>11.02</b>	1.02	
1.45	-	8.10	8.10	<b>3.09</b>		1.09	<b>11.03</b>	1.03	
1.46	-	8.11	8.11	<b>3.10</b>		1.11	<b>11.04</b>	1.04	
1.47	<b>11.13</b>	9.01	9.01	<b>3.11</b>		1.12	<b>11.05</b>	1.05	
1.48	<b>11.12</b>	9.02	9.02	<b>3.12</b>		1.10	<b>11.06</b>	1.06	
1.49	<b>11.17</b>	9.03	9.03	4.01		4.01	<b>11.07</b>	1.35	
1.50	<b>1.07</b>	9.04	9.04	4.02	*	4.02	<b>11.08</b>	*	1.36
1.51	<b>2.03</b>	9.05	9.05	4.03		4.03	<b>11.09</b>		1.37
2.01	<b>11.14</b>	9.06	9.06	4.04	*	4.04	<b>11.10</b>	*	1.38
2.02	<b>11.15</b>	9.07	-	4.05	*	4.05	<b>11.11</b>		1.34
2.03	<b>11.16</b>	9.08	9.08	4.06	*	4.06	<b>11.12</b>		1.48
2.04	2.04	9.09	9.09	4.07		4.07	<b>11.13</b>		1.47
2.05	2.05	9.10	9.10	4.08	*	4.08	<b>11.14</b>	*	2.01
2.06	2.06	9.11	9.11	4.09	*	4.09	<b>11.15</b>		2.02
2.07	2.07	9.12	9.12	4.10	*	4.10	<b>11.16</b>	*	2.03
2.08	2.08	9.13	9.13	4.11	*	4.13	<b>11.17</b>		1.49
2.09	2.09	9.14	9.14	5.01		5.01	<b>11.18</b>		-
2.10	2.10	9.15	-	5.02		5.02			
2.11	2.11	9.16	9.16	5.03		5.03			
2.12	2.12	9.17	9.17	5.04		5.04			
2.13	2.13	9.18	9.18	6.01		6.01			
3.01	3.02	9.19	9.19	6.02		6.02			
3.02	3.03	9.20	9.20	6.03		6.03			
3.03	3.03	9.21	9.07	6.04		6.04			
3.04	3.03	10.01	10.01	6.05		6.05			
3.05	3.04	10.02	10.02	6.06		6.06			
3.06	3.04	10.03	10.03						

(129 Tabellen)

Neue Nummer im Jahr 2005 (62)  
neu / Neuheit im Jahr 2005 (2)

- nicht vorhanden

\* Daten pro Kanton (27)

Übergangsschlüssel Tabellen 2005 -> 1996 : siehe Version STAT KV 2005 Tabellen XLS auf dem www.

**Beilage C: Übergangsschlüssel für die Grafiken G 2004 -> 2005 / 2005 -> 2004**

Publikation 2004	Publikation 2005
G 1a	G 11a
G 1b	G 11b
G 1c	G 11c
G 1d	G 1d
G 1e	G 2e
G 1f	G 2f
G 1g	G 1b
G 1h	G 1c
G 1i	G 1a
G 1j	G 11e
G 1k	G 2h
G 1l	G 2i
G 1m	G 2g
G 2a	-
G 2b	G 2b
G 2c	G 2c
G 2d	G 2d
G 2e	G 11d
G 2f	G 2a
G 3a	G 3a
G 3b	-
G 3c	-
G 3d	G 3c
G 3e	G 3d
G 3f	-
G 3g	-
G 3h	G 3e
G 3i	G 3f
G 3j	-
G 3k	-
G 3l	G 3g
G 3m	G 3h
G 4a	G 4a
G 4b	G 4b
G 4c	G 4c
G 4d	G 4d
G 5a	G 5a
G 5b	G 5b
G 6a	G 6a
G 7a	G 7a
G 8a	G 8a
G 8b	G 8b
G 9a	G 9a
G 9b	G 9b
G 9c	G 9c
G 9d	G 9d
G 9e	G 9e
G 9f	G 9f
G 9g	G 9g
G 9h	G 9h
G 9i	-
G 9j	G 9j
G 9k	G 9k
G 9l	G 9l
G 9m	G 9m
G 9n	G 9n
G 9o	G 9o
G 9p	G 9p
G 9q	G 9q
G 9r	G 9r
G 9s	G 9s
G 10a	G 10a
G 10b	G 10b
G 10c	G 10c

Publikation 2005	Quelle 2005	Publikation 2004
<b>G 1a</b>	T 1.01	G 1i
<b>G 1b</b>	T 1.02	G 1g
<b>G 1c</b>	T 1.02	G 1h
G 1d	T 1.02	G 1d
<b>G 1e</b>	T 1.01	-
<b>G 2a</b>	* T 2.12	G 2f
G 2b	T 2.09	G 2b
G 2c	* T 2.13	G 2c
G 2d	T 2.11	G 2d
<b>G 2e</b>	T 2.17	G 1e
<b>G 2f</b>	T 2.19	G 1f
<b>G 2g</b>	T 2.18	G 1m
<b>G 2h</b>	T 1.01	G 1k
<b>G 2i</b>	* T 2.03 & 3.10	G 1l
G 3a	T 3.05&3.06&3.07	G 3a
<b>G 3b</b>	* T 3.02&3.03&3.04	-
<b>G 3c</b>	T 3.02	G 3d
<b>G 3d</b>	* T 3.05	G 3e
<b>G 3e</b>	T 3.03	G 3h
<b>G 3f</b>	* T 3.06	G 3i
<b>G 3g</b>	T 3.04	G 3l
<b>G 3h</b>	* T 3.07	G 3m
G 4a	* T 4.10	G 4a
<b>G 4b</b>	* T 4.11	G 4b
G 4c	* T 4.09 & 3.08	G 4c
G 4d	* T 4.08 & 4.09	G 4d
G 5a	T 5.01	G 5a
<b>G 5b</b>	T 5.01	G 5b
G 6a	T 6.02	G 6a
G 7a	T 7.01	G 7a
<b>G 8a</b>	T 8.01	G 8a
G 8b	T 8.04	G 8b
G 9a	T 9.01 -> 9.08	G 9a
<b>G 9b</b>	T 9.06 -> 9.08	G 9b
G 9c	T 9.08	G 9c
G 9d	T 9.12	G 9d
G 9e	T 9.14 & 9.12	G 9e
<b>G 9f</b>	T 9.10	G 9f
G 9g	* T 9.09	G 9g
G 9h	* T 9.09 & 3.10	G 9h
<b>G 9i</b>	T 9.20	-
G 9j	T 9.13	G 9j
G 9k	T 9.15	G 9k
G 9l	T 9.17	G 9l
G 9m	T 9.18	G 9m
G 9n	T 9.19	G 9n
G 9o	T 9.02	G 9o
G 9p	T 9.03	G 9p
G 9q	T 9.04	G 9q
G 9r	T 9.06	G 9r
G 9s	T 9.07	G 9s
G 10a	T 10.01	G 10a
G 10b	T 10.02	G 10b
G 10c	T 10.03	G 10c
<b>G 11a</b>	T 11.07	G 1a
<b>G 11b</b>	T 11.07	G 1b
<b>G 11c</b>	* T 11.08	G 1c
<b>G 11d</b>	T 11.15	G 2e
<b>G 11e</b>	* T 11.08 & 3.08	G 1j

(59 Grafiken)

Quelle 2005	Publikation 2005
T 1.01	G 1a
T 1.01	G 1e
T 1.01	G 2h
T 1.02	G 1b
T 1.02	G 1c
T 1.02	G 1d
T 2.03 & 3.10	G 2i
T 2.09	G 2b
T 2.11	G 2d
T 2.12	G 2a
T 2.13	G 2c
T 2.17	G 2e
T 2.18	G 2g
T 2.19	G 2f
T 3.02	G 3c
T 3.02&3.03&3.04	G 3b
T 3.03	G 3e
T 3.04	G 3g
T 3.05	G 3d
T 3.05&3.06&3.07	G 3a
T 3.06	G 3f
T 3.07	G 3h
T 4.08 & 4.09	G 4d
T 4.09 & 3.08	G 4c
T 4.10	G 4a
T 4.11	G 4b
T 5.01	G 5a
T 5.01	G 5b
T 6.02	G 6a
T 7.01	G 7a
T 8.01	G 8a
T 8.04	G 8b
T 9.01 -> 9.08	G 9a
T 9.02	G 9o
T 9.03	G 9p
T 9.04	G 9q
T 9.06	G 9r
T 9.06 -> 9.08	G 9b
T 9.07	G 9s
T 9.08	G 9c
T 9.09	G 9g
T 9.09+3.10	G 9h
T 9.10	G 9f
T 9.12	G 9d
T 9.13	G 9j
T 9.14+9.12	G 9e
T 9.15	G 9k
T 9.17	G 9l
T 9.18	G 9m
T 9.19	G 9n
T 9.20	G 9i
T 10.01	G 10a
T 10.02	G 10b
T 10.03	G 10c
T 11.07	G 11a
T 11.07	G 11b
T 11.08	G 11c
T 11.08 & 3.08	G 11e
T 11.15	G 11d

Neue Nummer im Jahr 2005 (23)  
neu / Neuheit im Jahr 2005 (10)

\* Daten pro Kanton (15)

- nicht vorhanden

Übergangsschlüssel für die Grafiken 2005 -> 1996 : siehe Version STAT KV 2005 Grafiken PDF auf dem www.

Wolfram Fischer

### Berechnung der Erhöhung der Durchschnittsprämien

Oktober 2004

#### 1 Zusammenfassung

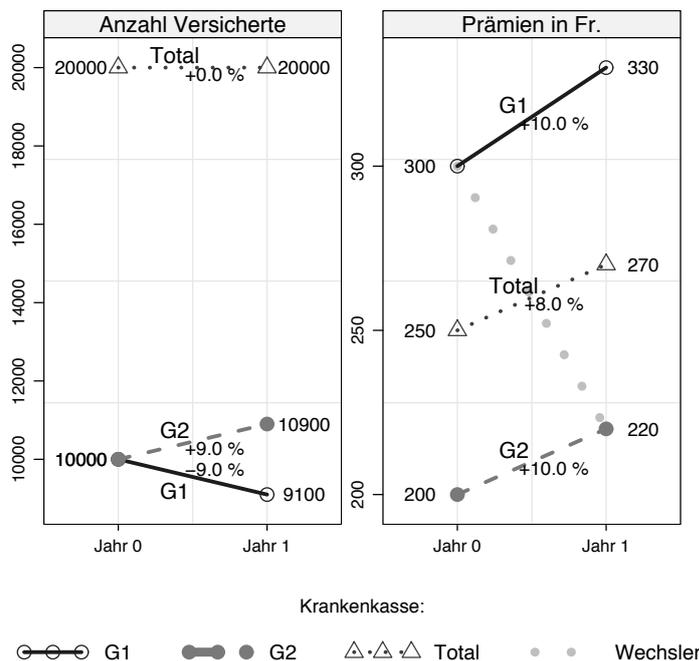
Zur Berechnung der Durchschnittsprämien wird das gesamte gemeldete *Prämienvolumen* durch die Gesamtanzahl der Versicherten dividiert. Zur Berechnung des Prämienvolumens werden die pro Kasse und Region gemeldeten Prämien mit den zugehörigen Versichertenbeständen multipliziert und aufsummiert. (Vgl. Beispiel 1.)

Zusammenfassung

► Tafeln 1 und 2

Garant	Prämie Jahr 0	Prämie Jahr 1	ΔPr.	Versicherte Jahr 0	Versicherte Jahr 1	ΔVers.
G1	300.00	330.00	10.0 %	10 000	9 100	-9.0 %
G2	200.00	220.00	10.0 %	10 000	10 900	9.0 %
Total	250.00	270.05	8.0 %	20 000	20 000	0.0 %

**Tafel 1:**  
Beispiel 1



**Tafel 2:**  
Grafische Darstellung von Beispiel 1

Aus diesem Beispiel ist ersichtlich, dass beide Krankenkassen ihre Prämien um je 10.0 % erhöht haben. Der Anstieg der Durchschnittsprämie beträgt jedoch nur 8.0 %.

Die Differenz entsteht deshalb, weil ein Teil der Versicherten trotz identischer prozentualer Prämien erhöhungen im Jahr 1 eine günstigere Prämie haben. Es handelt sich um jene Versicherten, welche die Kasse gewechselt haben. Für diese Versicherten reduziert sich die Prämie um -26.7 % (von CHF 300.00 im Jahr 0 auf CHF 220.00 im Jahr 1).

Ausgehend von diesen Beispieldaten wird im Folgenden gezeigt, wie die Berechnung der Erhöhung der Durchschnittsprämien im Einzelnen vorgenommen wird.

## 2 Grundlegende Berechnungen

Berechnung der  
Durchschnittsprämien  
(Beispiel 1)

In Beispiel 1 beträgt die Durchschnittsprämie im Jahr 0 CHF 250.00. Sie kann mit Hilfe des Prämienvolumens wie folgt berechnet werden:

- Das Prämienvolumen von «G1» beträgt: 10 000 Versicherte  $\times$  Prämie von CHF 300.00 = CHF 3 000 000.
- Das Prämienvolumen von «G2» beträgt: 10 000 Versicherte  $\times$  Prämie von CHF 200.00 = CHF 2 000 000.
- Das gesamte Prämienvolumen berechnet sich als: Prämienvolumen von «G1» + Prämienvolumen von «G2» = CHF 3 000 000 + CHF 2 000 000 = CHF 5 000 000. Diesen Betrag entrichten insgesamt 20 000 Versicherte. Somit ergibt sich als durchschnittliche Prämie für das Jahr 0: CHF 5 000 000  $\div$  20 000 = CHF 250.00.

Auf das Folgejahr sind beide Prämien um 10.0 % erhöht worden.

- Das Prämienvolumen von «G1» beträgt nun: 9 100 Versicherte  $\times$  Prämie von CHF 330.00 = CHF 3 003 000.
- Das Prämienvolumen von «G2» beträgt nun: 10 900 Versicherte  $\times$  Prämie von CHF 220.00 = CHF 2 398 000.
- Das gesamte Prämienvolumen berechnet sich als: Prämienvolumen von «G1» + Prämienvolumen von «G2» = CHF 3 003 000 + CHF 2 398 000 = CHF 5 401 000. Diesen Betrag entrichten insgesamt 20 000 Versicherte. Somit ergibt sich als durchschnittliche Prämie für das Jahr 1: CHF 5 401 000  $\div$  20 000 = CHF 270.05.

Berechnung der  
Prämienhöhung in  
Prozent  
Reine Prämienhöhung  
und Mengeneffekt

Nach den obigen Berechnungen beträgt die Durchschnittsprämie im Jahr 0 CHF 250.00 und im Folgejahr CHF 270.05. Daraus ergibt sich eine prozentuale Differenz von 8.0 %. Die durchschnittliche Prämie erhöhte sich also um diesen Wert von 8.0 %.

Im ersten Moment wird das obige Resultat erstaunen, denn beide Kassen haben ja ihre Prämien jeweils um 10.0 % erhöht. Es ist nun aber so, dass nicht alle Versicherten 10.0 % mehr Prämien zahlen müssen, denn ein Teil hat zur Kasse mit der günstigeren Prämie gewechselt. Für diese Versicherten reduziert sich die Prämie von von CHF 300.00 im Jahr 0 auf CHF 220.00 im Jahr 1, d. h. um  $-26.7$  %.

Der Anteil der Versicherten mit teureren Prämien bzw. die Marktanteile der Kassen ändern sich von Jahr 0 zu Jahr 1. In Jahr 0 beträgt der Anteil der Versicherten von «G1» 50.0 %, jener von «G2» ebenfalls 50.0 %. Im folgenden Jahr beträgt der Anteil der Versicherten von «G1» nur noch 45.5 %, jener von «G2» aber ist angestiegen auf 54.5 %. Da die Versicherten von «G2» die niedrigeren Prämien zahlen, gibt es im Jahr 1 also mehr Versicherte mit niedrigeren Prämien.

Um diesen Effekt der veränderten Versichertenbestände besser darzustellen, kann die Erhöhung der durchschnittlichen Prämie zerlegt werden in eine «reine Prämienhöhung» und in einen «Mengeneffekt».

Die *reine Prämienhöhung* errechnet sich, indem die Bestandesveränderungen von einem Jahr zum nächsten ignoriert werden. Damit ergibt sich:

- Das Prämienvolumen von «G1» beträgt: 10 000 Versicherte (im Jahr 0)  $\times$  Prämie von CHF 330.00 (im Jahr 1) = CHF 3 300 000.
- Das Prämienvolumen von «G2» beträgt: 10 000 Versicherte (im Jahr 0)  $\times$  Prämie von CHF 220.00 (im Jahr 1) = CHF 2 200 000.
- Das gesamte Prämienvolumen berechnet sich als: Prämienvolumen von «G1» + Prämienvolumen von «G2» = CHF 3 300 000 + CHF 2 200 000 = CHF 5 500 000. Daraus ergibt sich als durchschnittliche Prämie für das Jahr 1, gerechnet auf der Basis der Versicherten des Jahres 0: CHF 5 500 000  $\div$  20 000 = CHF 275.00.

Die reine Prämienhöhung beträgt somit CHF 275.00  $\div$  CHF 250.00  $- 1 = +10.0$  %. Diese Zahl korrespondiert mit der Aussage beider Garanten, sie hätten die Prämie um 10.0 % erhöht. Die CHF 275.00 entsprechen jedoch nicht der durchschnittlichen Prämie, welche im Jahr 1 bezahlt werden muss. Diese beträgt, wie weiter oben berechnet, CHF 270.05. Daraus ergibt sich als

*Mengeneffekt* ein Korrekturfaktor von  $\text{CHF } 270.05 \div \text{CHF } 275.00 - 1 = -1.8\%$ . Als Erhöhung der durchschnittlichen Prämie verbleibt:  $(1 + \text{reine Prämienenerhöhung}) \times (1 + \text{Mengeneffekt}) - 1 = (1 + 10.0\%) \times (1 + -1.8\%) - 1 = +8.0\%$ .

### 3 Beispiele

#### 3.1 Neueinteilung der Prämienregionen (2003-2004)

Ab dem 1.1.2004 wurde die Einteilung der Kantone in Prämienregionen durch das BAG vereinheitlicht. Während bis anhin jede Krankenkasse die Zuteilung von Gemeinden zu Prämienregionen selbst bestimmen konnte, sind neu alle Bewohner einer Gemeinde in der gleichen Prämienregion eingeteilt, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind.

Das einleitende Beispiel kann auch verwendet werden für die Prämien einer einzigen Kasse, welche sie in zwei Regionen anbietet, und bei welcher sich die Versichertenbestände in den Regionen durch die Neueinteilung der Regionen verschieben.

Region	Prämie Jahr 0	Prämie Jahr 1	ΔPr.	Versicherte Jahr 0	Versicherte Jahr 1	ΔVers.
Reg.1	300.00	330.00	10.0 %	10 000	9 100	-9.0 %
Reg.2	200.00	220.00	10.0 %	10 000	10 900	9.0 %
Total	250.00	270.05	8.0 %	20 000	20 000	0.0 %

In diesem Fall erhöht diese Kasse ihre Prämien in den beiden Regionen (z. B. eines Kantons) um 10.0 %. Im Durchschnitt wird auch hier im Jahr 0 eine Prämie von CHF 250.00 und im Folgejahr von CHF 270.05 entrichtet. Die prozentuale Differenz beträgt 8.0 %, was der effektiven Veränderung der durchschnittlichen Prämie entspricht.

Durch Veränderungen der Regionszugehörigkeiten von Versicherten kann die Veränderung der Durchschnittsprämie insgesamt aber auch höher sein als die Veränderung der regionalen Prämien. In Beispiel 3 werden die Prämien in jeder Region wieder um 10.0 % erhöht. Da es durch die angenommene Neueinteilung der Regionen in «Reg.1» (mit der höheren Prämie von CHF 330.00) nun aber 900 Versicherte gibt, für die in Jahr 0 noch die niedrige Prämie von «Reg.2» galt (CHF 200.00) und die somit einen überdurchschnittlichen Prämienanstieg von 65.0 % über sich ergehen lassen müssen, steigt die durchschnittliche Prämie um 12.0 %.

Region	Prämie Jahr 0	Prämie Jahr 1	ΔPr.	Versicherte Jahr 0	Versicherte Jahr 1	ΔVers.
Reg.1	300.00	330.00	10.0 %	10 000	10 900	9.0 %
Reg.2	200.00	220.00	10.0 %	10 000	9 100	-9.0 %
Total	250.00	279.95	12.0 %	20 000	20 000	0.0 %

Zur Veranschaulichung an einem konkreten Beispiel wird im Folgenden die Auswertung zu den Prämien für Erwachsene (mit Unfall, mit Grundfranchise CHF 300.00) im Kanton Freiburg in den Jahren 2003 und 2004 präsentiert.

Während die Prämien in den einzelnen Regionen um 4.4 %, 2.4 % bzw. 3.0 % gestiegen sind, beträgt die Erhöhung der durchschnittlichen Prämien aller Versicherten nur 1.6 %. Dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass infolge der neuen und für alle Krankenkassen einheitlichen Regioneneinteilung sehr viele Versicherte aus Region 1 in die Region 2 wechseln müssen, nämlich 28 800 Personen (87 800 – 59 000). Für diese Versicherten reduziert sich die Prämie von CHF 263.00 im Jahr 2003 auf CHF 247.70 im Jahr 2004, d. h. um -5.8 %.

Ohne diese Umteilung der Versicherten nach Region 2 hätte die durchschnittliche Prämie für das Jahr 2004 CHF 262.30 betragen. Die reine Prämienenerhöhung liegt somit bei  $\text{CHF } 262.30 \div \text{CHF } 253.21 - 1 = +3.6\%$ . Der Mengeneffekt, der sich aus der Verschiebung der Versicherten von Region 1 (und Region 3) nach Region 2 ergibt, beträgt -1.9 % ( $\text{CHF } 257.33 \div \text{CHF } 262.30 - 1$ ).

Als Erhöhung der durchschnittlichen Prämie verbleibt:  $(1 + \text{reine Prämienenerhöhung}) \times (1 + \text{Mengeneffekt}) - 1 = (1 + 3.6\%) \times (1 + -1.9\%) - 1 = +1.6\%$ .

Einheitliche Prämienregionen

Prämienenerhöhungen infolge neuer Regioneneinteilung (Beispiel 2)

Tafel 3:  
Beispiel 2

Beispiel 3

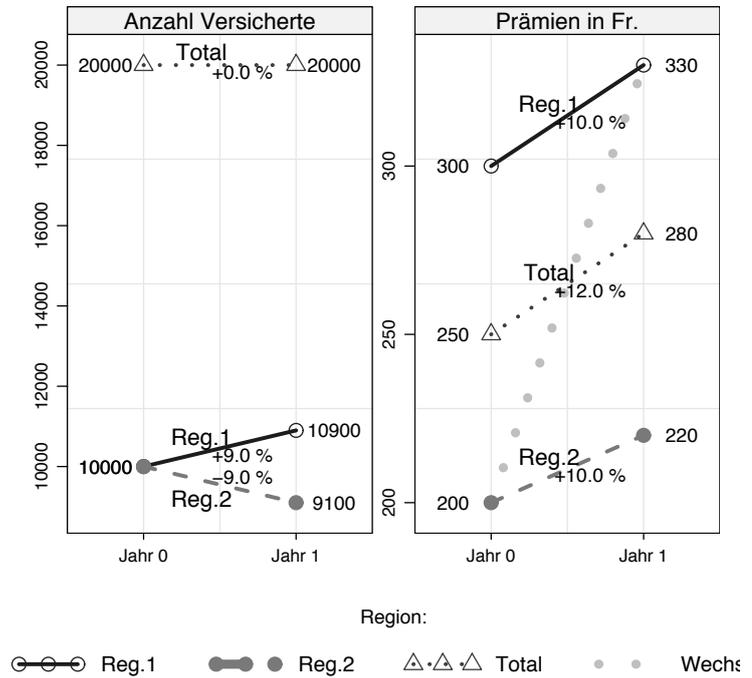
► Tafeln 4 und 5

Tafel 4:  
Beispiel 3

Konkretes Beispiel: Prämien im Kanton Freiburg 2003 und 2004

► Tafeln 6 und 7

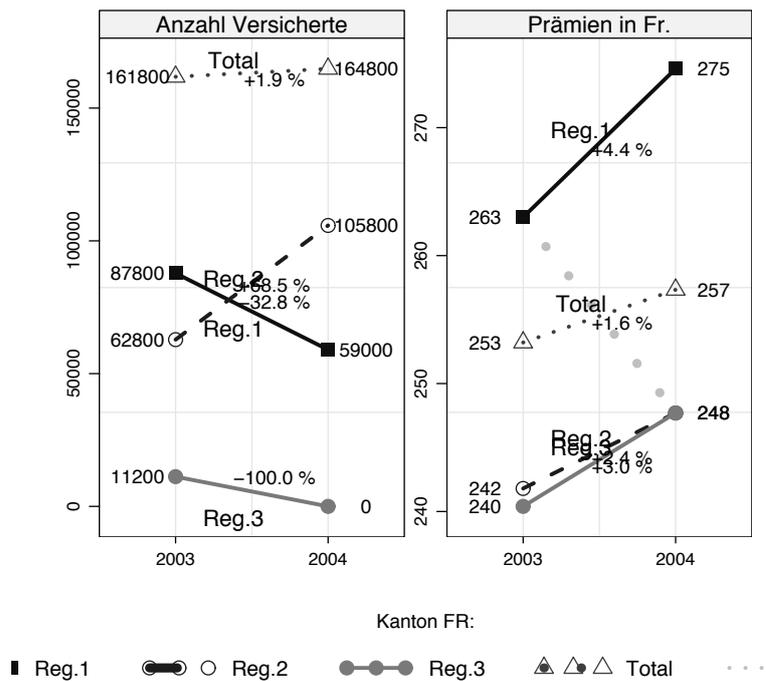
**Tafel 5:**  
Grafische Darstellung von  
Beispiel 3



**Tafel 6:**  
Konkretes Beispiel:  
Prämien für Erwachsene  
im Kanton Freiburg 2003  
und 2004

Kanton FR	Prämie 2003	Prämie 2004	ΔPr.	Versicherte 2003	Versicherte 2004	ΔVers.
Reg.1	263.00	274.60	4.4 %	87 800	59 000	-32.8 %
Reg.2	241.80	247.70	2.4 %	62 800	105 800	68.5 %
Reg.3	240.40	247.70	3.0 %	11 200	0	-100.0 %
Total	253.21	257.33	1.6 %	161 800	164 800	1.9 %

**Tafel 7:**  
Grafische Darstellung der  
Prämien für Erwachsene  
2003 und 2004 im Kanton  
Freiburg



### 3.2 Kassenwechsel innerhalb eines Kantons (2004-2005)

In der ersten Region des Kantons Zürich hat sich die durchschnittliche Prämie für Erwachsene von 2004 von CHF 326.40 auf CHF 335.40 im Jahr 2005 erhöht. Die durchschnittliche Veränderung beträgt somit 2.8 %. Beim Betrachten der Prämienhöhungen der einzelnen Versicherer stellt man nun allerdings fest, dass mehrere Versicherer ihre Prämien um mehr als 2.8 % erhöht haben. Offensichtlich ist aber die durchschnittliche prozentuale Prämienveränderung nicht in dem Masse gestiegen, wie die prozentualen Prämienveränderungen der grössten Versicherer. Dies hat wiederum damit zu tun, dass sich die Versichertenbestände verändert haben. Da einige der grossen Versicherer Bestandesabnahmen aufweisen und deren Prämien zugleich über der neuen Durchschnittsprämie von CHF 335.40 liegt, kann vermutet werden, dass Wechsler aus dieser Kasse eher Kassen mit tieferen Prämien gefunden haben.

Kasse	Prämien 2004	Pr. 2005	ΔPr.	ø-Pr.05	ΔPr.eff.	Versicherte 2002	Vers. 2003	ΔVers.
G4	336.00	358.00	6.5 %	335.40	6.5 %	60 506	50 393	-16.7 %
G43	343.50	358.90	4.5 %	335.40	4.5 %	20 772	20 658	-0.5 %
G18	323.90	334.70	3.3 %	335.40	3.2 %	18 734	19 334	3.2 %
G13	323.90	323.90	0.0 %	335.40	0.1 %	18 494	17 999	-2.7 %
G6	365.20	380.00	4.1 %	335.40	2.8 %	16 842	14 591	-13.4 %
G11	307.00	312.00	1.6 %	335.40	1.7 %	16 557	16 426	-0.8 %
G55	352.70	367.00	4.0 %	335.40	3.7 %	16 333	15 201	-6.9 %
G23	325.00	325.00	0.0 %	335.40	-0.5 %	10 622	12 536	18.0 %
G39	299.80	304.20	1.5 %	335.40	1.1 %	9 690	10 039	3.6 %
G9	258.00	284.00	10.1 %	335.40	4.1 %	9 269	11 573	24.9 %
G35	326.30	333.00	2.1 %	335.40	2.7 %	9 206	7 451	-19.1 %
G42	300.00	318.00	6.0 %	335.40	5.5 %	7 090	7 396	4.3 %

Am einfachsten zu kontrollieren wäre die obige Vermutung, wenn Informationen darüber vorlägen, von welcher Kasse zu welcher Kasse gewechselt wurde. Dies ist aber nicht der Fall; es sind nur die Bestandesveränderungen der einzelnen Kassen bekannt. Zur Überprüfung der Vermutung wird deshalb folgendes Rechenmodell verwendet: Für Wechsler, die von einer Kasse weggehen, wird bei der abgehenden Kasse als neue Prämie die neue regionale Durchschnittsprämie eingesetzt, im vorliegenden Falls also CHF 335.40. Für Wechsler, die zu einer neuen Kasse hinzukommen, wird als Ausgangsprämie ebenfalls CHF 335.40 eingesetzt. Es wird also so gerechnet, als ob Wechsler von der bisherigen Kasse zuerst zu einer hypothetischen Kasse mit einer Prämie von CHF 335.40 wechselten und anschliessend weiter zu einer neuen Kasse. – In Tafel 9 sind die entsprechenden Bewegungen dargestellt.

Im Detail sei dies nun an einem ersten Beispiel anhand der Zahlen der Kasse «G6» erläutert. Diese Kasse wurde gewählt, weil sowohl die Prämie 2004 als auch die Prämie 2005 deutlich über der Durchschnittsprämie für 2005 von CHF 335.40 liegen.

- Die Prämie wurde von der Kasse «G6» für 2004 auf CHF 365.20 und für 2005 auf CHF 380.00 festgelegt. Die Erhöhung betrug also +4.1 %.
- Der zur Gewichtung der Prämien 2005 verwendete Versichertenbestand von 2003 betrug 14 591 Personen. Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahresbestand (2002) von 16 842 eine Abnahme von 2251 Versicherten (-13.4 %). Diese 2251 Versicherten werden also im Jahr 2005 nicht eine Prämie von CHF 380.00 zu berappen haben, sondern im Durchschnitt eine Prämie CHF 335.40.
- Das Prämienvolumen bezogen auf die Versicherten veränderte sich somit von 2004 auf 2005:

- durch die Treuen um:  $14\,591 \times (\text{CHF } 380.00 - \text{CHF } 365.20) = \text{CHF } +215\,947$ ;
- durch die Neuen um:  $0 \times (\text{CHF } 380.00 - \text{CHF } 335.40) = \text{CHF } +0$ ;
- durch die Abgänger um:  $-2\,251 \times (\text{CHF } 365.20 - \text{CHF } 335.40) = \text{CHF } -67\,080$ ;

insgesamt also um CHF +148 944, oder pro Versicherten um CHF +10.21. Bezogen auf die Prämie von CHF 365.20 sind das +2.8 %.

Kanton Zürich, Region 1

► Tafel 8

#### Tafel 8:

Prämien 2005 im Kanton Zürich, Region 1, Erwachsene, geordnet nach Anzahl Versicherten

Rechenmodell

► Tafel 9

Fall 1: Kasse «G6»

Wenn man also annimmt, dass die neu aufgenommenen Versicherten bei ihrer ursprünglichen Kasse im Durchschnitt CHF 335.40 hätten zahlen müssen, dann beträgt der Prämienaufschlag für die Versicherten der Kasse «G6» nicht 4.1 %, sondern 2.8 %.

#### Beispiel 2: Kasse «G9»

Als zweite Beispielkasse wurde «G9» gewählt. Bei dieser Kasse liegen sowohl die Prämie 2004 als auch die Prämie 2005 deutlich unter der Durchschnittsprämie für 2005 von CHF 335.40.

- Die Prämie wurde von der Kasse «G9» für 2004 auf CHF 258.00 und für 2005 auf CHF 284.00 festgelegt. Die Erhöhung betrug also +10.1 %.
- Der zur Gewichtung der Prämien 2005 verwendete Versichertenbestand von 2003 betrug 11 573 Personen. Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahresbestand (2002) von 9 269 eine Zunahme von 2304 Versicherten (+24.9 %). Diese 2304 Versicherten hatten im Jahr 2004 nicht eine Prämie von im Durchschnitt CHF 326.40 zu berappen, sondern eine Prämie von CHF 258.00
- Das Prämienvolumen bezogen auf die Versicherten veränderte sich somit von 2004 auf 2005:
  - durch die Treuen um:  $9\,269 \times (\text{CHF } 284.00 - \text{CHF } 258.00) = \text{CHF } +240\,994$ ;
  - durch die Neuen um:  $2\,304 \times (\text{CHF } 284.00 - \text{CHF } 335.40) = \text{CHF } -118\,426$ ;
  - durch die Abgänger um:  $0 \times (\text{CHF } 258.00 - \text{CHF } 335.40) = \text{CHF } -0$ ;

insgesamt also um CHF +122 490, oder pro Versicherten um CHF +10.58. Bezogen auf die Prämie von CHF 258.00 sind das +4.1 %.

Wenn man also annimmt, dass die neu aufgenommenen Versicherten bei ihrer ursprünglichen Kasse im Durchschnitt CHF 335.40 hätten zahlen müssen, dann beträgt der Prämienaufschlag für die Versicherten der Kasse «G9» nicht 10.1 %, sondern 4.1 %.

#### Fall 3: Kasse «G4»

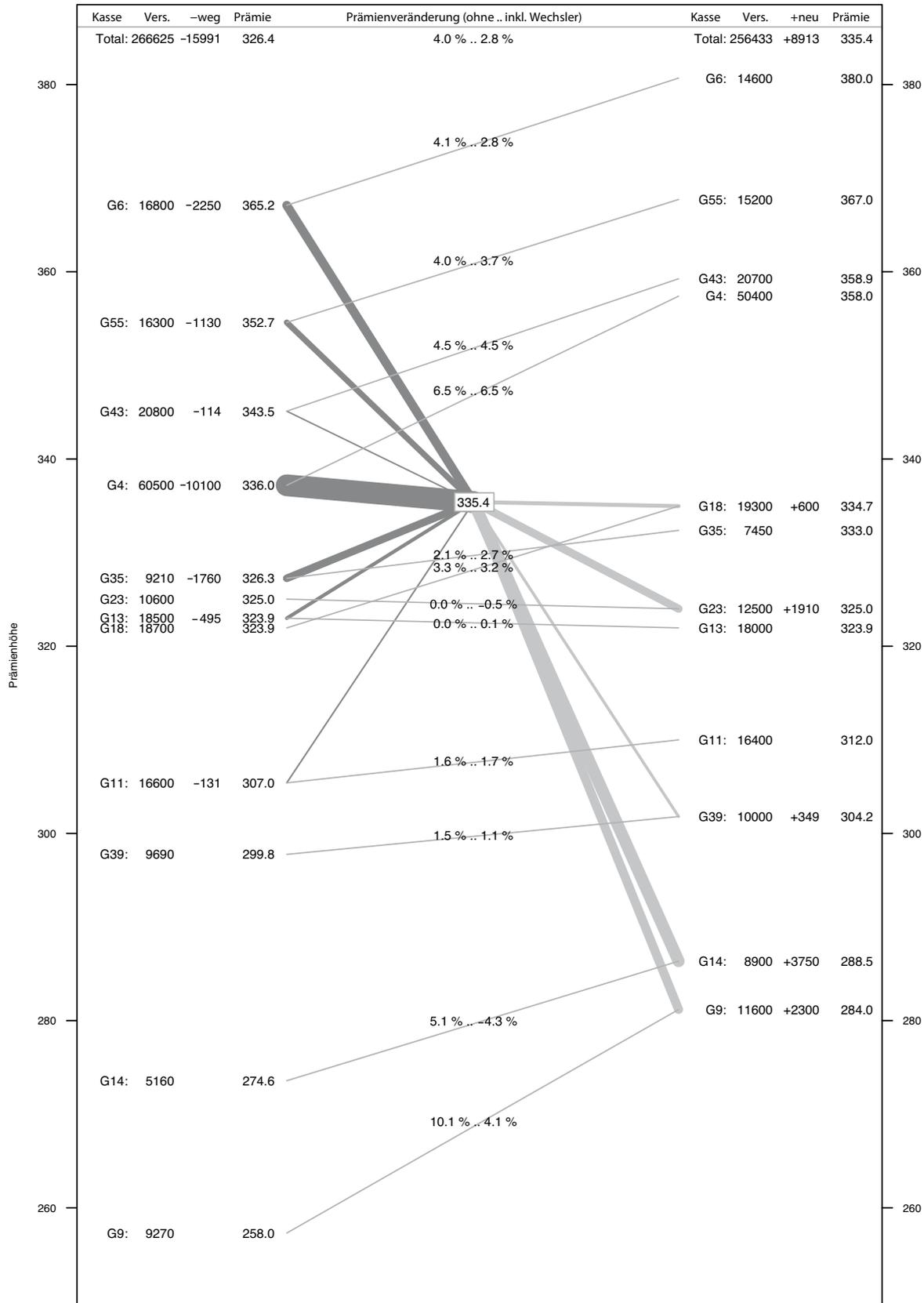
Als dritte Beispielkasse wurde noch «G4» gewählt, bei der sich ein grosser Abgang kaum bemerkbar macht, da die neue Prämie nahe der regionalen Durchschnittsprämie liegt.

- Die Prämie wurde von der Kasse «G4» für 2004 auf CHF 336.00 und für 2005 auf CHF 358.00 festgelegt. Die Erhöhung betrug also +6.5 %.
- Der zur Gewichtung der Prämien 2005 verwendete Versichertenbestand von 2003 betrug 50 393 Personen. Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahresbestand (2002) von 60 506 eine Abnahme von 10 113 Versicherten (–16.7 %). Diese 10 113 Versicherten werden also im Jahr 2005 nicht eine Prämie von CHF 358.00 zu berappen haben, sondern im Durchschnitt eine Prämie CHF 335.40.
- Das Prämienvolumen bezogen auf die Versicherten veränderte sich somit von 2004 auf 2005:
  - durch die Treuen um:  $50\,393 \times (\text{CHF } 358.00 - \text{CHF } 336.00) = \text{CHF } +1108\,646$ ;
  - durch die Neuen um:  $0 \times (\text{CHF } 358.00 - \text{CHF } 335.40) = \text{CHF } +0$ ;
  - durch die Abgänger um:  $-10\,113 \times (\text{CHF } 336.00 - \text{CHF } 335.40) = \text{CHF } -6\,068$ ;

insgesamt also um CHF +1102 924, oder pro Versicherten um CHF +21.89. Bezogen auf die Prämie von CHF 336.00 sind das +6.5 %.

Dieser unter Berücksichtigung der vielen Abgänger kalkulierte Prämienaufschlag ist somit praktisch identisch mit der prozentualen Prämienhöhung dieser Kasse.

Tafel 9: Prämien 2004 und 2005 für Zürich, Region 1, Erwachsene

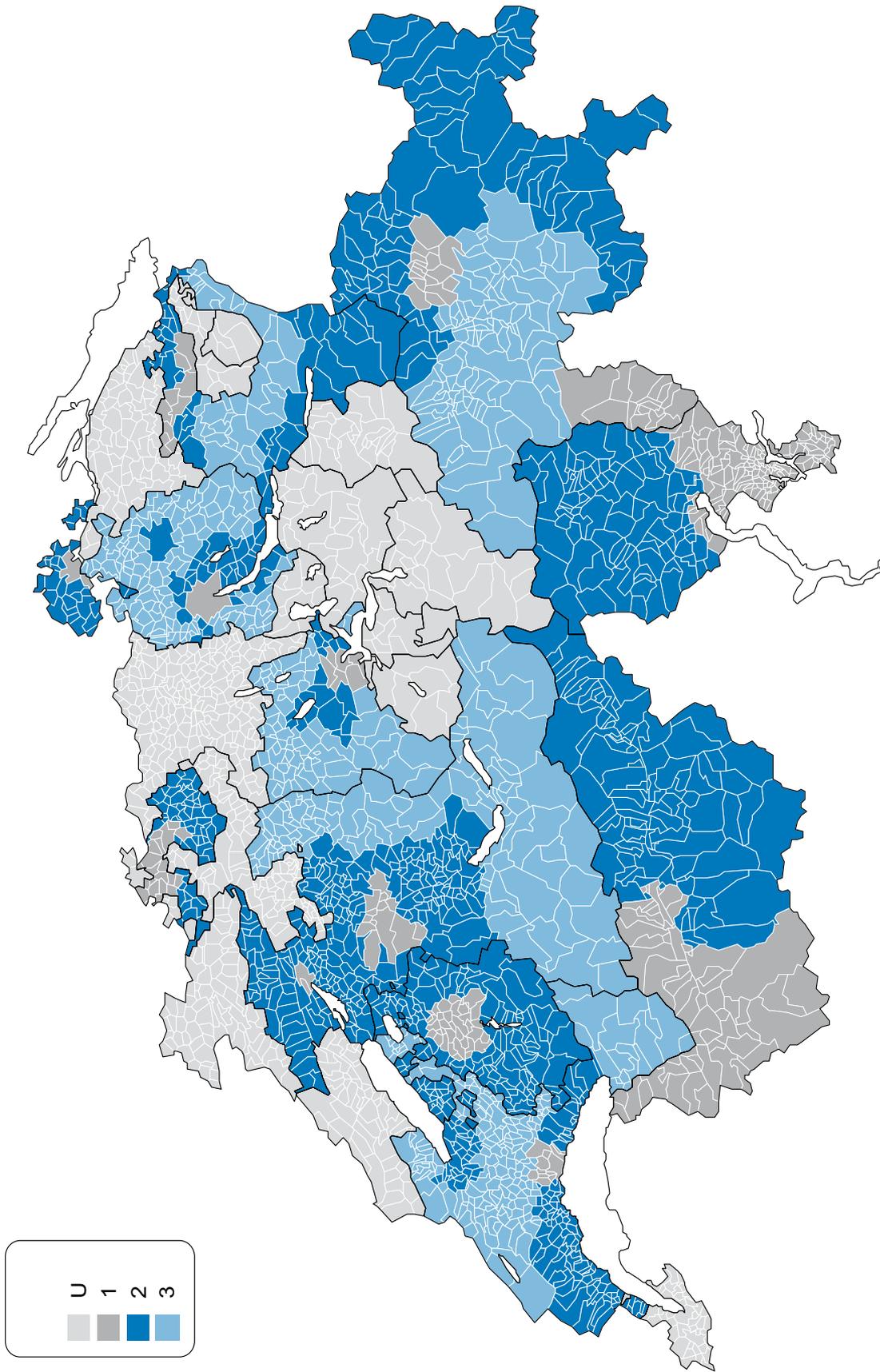


Datenquelle:  
BAG OFSP

Die Bestandeswerte der Kassen sind auf 3 signifikante Ziffern gerundet.  
Kassen mit mehr als 3 % Marktanteil (mit mehr als 7690 Versicherten).



Beilage E2 Verteilung der Prämienregionen auf Gemeindeebene (R1, R2, R3, RU) ab 1.1.2007



Quelle: BAG

Basiskarte: © ThemaKart, BFS (K5 - 2003) & Swisstopo

Beilage F1 :

Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte ab 1996

Erwachsene (ab 19 Jahren) <sup>1</sup>		1996-1997
<b>Selbstbehalt</b>		10% max. 600.-
<b>Franchise</b>		maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 150.-		-
1) 300.-		10%
2) 600.-		20%
3) 1200.-		35%
4) 1500.-		40%

Erwachsene (ab 19 Jahren) <sup>1</sup>		1998-2000
<b>Selbstbehalt</b>		10% max. 600.-
<b>Franchise</b>		maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 230.-		-
1) 400.-		8%
2) 600.-		15%
3) 1200.-		30%
4) 1500.-		40%

Erwachsene (ab 19 Jahren) <sup>1</sup>		2001-2003
<b>Selbstbehalt</b>		10% max. 600.-
<b>Franchise</b>		maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 230.-		-
1) 400.-		8%
2) 600.-		15%
3) 1200.-		30%
4) 1500.-		40%

Erwachsene (ab 19 Jahren) <sup>1</sup>		2004
<b>Selbstbehalt</b>		10% max. 700.-
<b>Franchise</b>		maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 300.-		-
1) 400.-		3%
2) 600.-		9%
3) 1200.-		24%
4) 1500.-		30%

Erwachsene (ab 19 Jahren) <sup>1</sup>		2005
<b>Selbstbehalt</b>		10% max. 700.-
<b>Franchise</b>		maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 300.-		-
1) 500.-		50%
2) 1000.-		50%
3) 1500.-		50%
4) 2000.-		50%
5) 2500.-		50%

Erwachsene (ab 19 Jahren) <sup>1</sup>		2006-2007
<b>Selbstbehalt</b>		10% <sup>2</sup> max. 700.-
<b>Franchise</b>		maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 300.-		-
1) 500.-		50%
2) 1000.-		50%
3) 1500.-		50%
4) 2000.-		50%
5) 2500.-		50%

Datenstand: 2.12.06

Quelle: BAG

1) Erwachsene (ab 19 Jahren) = Junge Erwachsene (19-25 Jahre) + Erwachsene (ab 26 Jahren)  
 2) Ausnahme : Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 % für Originalpräparate, von welchen ein mindestens 20 % billigeres Generikum in der Spezialitätenliste angeführt ist (Art. 38a KLV).

(Änderungen grau)

Beilage F2 :

Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte ab 1996

Kinder (0-18 Jahre)		1996-1997
	<b>Selbstbehalt</b>	10% max. 300.-
<b>Franchise</b>	<b>maximaler Prämienrabatt in %</b>	
ordentlich 0.-		-
1) 150.-		20%
2) 300.-		35%
3) 375.-		40%

Kinder (0-18 Jahre)		1998-2000
	<b>Selbstbehalt</b>	10% max. 300.-
<b>Franchise</b>	<b>maximaler Prämienrabatt in %</b>	
ordentlich 0.-		-
1) 150.-		15%
2) 300.-		30%
3) 375.-		40%

Kinder (0-18 Jahre)		2001-2003
	<b>Selbstbehalt</b>	10% max. 300.-
<b>Franchise</b>	<b>maximaler Prämienrabatt in %</b>	
ordentlich 0.-		-
1) 150.-		15%
2) 300.-		30%
3) 375.-		40%

	<b>Selbstbehalt</b>	10% max. 350.-
<b>Franchise</b>	<b>maximaler Prämienrabatt in %</b>	
ordentlich 0.-		-
1) 100.-		80
2) 200.-		160
3) 300.-		240
4) 400.-		320
5) 500.-		400
6) 600.-		480

Kinder (0-18 Jahre)		2004
	<b>Selbstbehalt</b>	10% max. 350.-
<b>Franchise</b>	<b>maximaler Prämienrabatt in %</b>	
ordentlich 0.-		-
1) 150.-		21%
2) 300.-		37%
3) 375.-		43%

Kinder (0-18 Jahre)		2005
	<b>Selbstbehalt</b>	10% max. 350.-
<b>Franchise</b>	<b>maximaler Prämienrabatt in %</b>	
ordentlich 0.-		-
1) 100.-		50%
2) 200.-		50%
3) 300.-		50%
4) 400.-		50%
5) 500.-		50%
6) 600.-		50%

Kinder (0-18 Jahre)		2006-2007
	<b>Selbstbehalt</b>	10% <sup>1</sup> max. 350.-
<b>Franchise</b>	<b>maximaler Prämienrabatt in %</b>	
ordentlich 0.-		-
1) 100.-		50%
2) 200.-		50%
3) 300.-		50%
4) 400.-		50%
5) 500.-		50%
6) 600.-		50%

Datenstand: 2.11.05

Quelle: BAG

1) Ausnahme : Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 % für Originalpräparate, von welchen ein mindestens 20 % billigeres Generikum in der Spezialitätenliste angeführt ist (Art. 38a KLV).

(Änderungen grau)

**Beilage F3 :**

**Zunahme der Gesamtausgaben <sup>1</sup> der Versicherten (Prämien + Kostenbeteiligung) als Folge der Änderungen der Franchisen, der Prämienrabatte und des Selbstbehalts**

<b>Erwachsene (ab 26 Jahren) : effektive Zunahme 2007</b>								
<b>Durchschnittsprämie CH<sup>2</sup> 2007 : 313.00</b>			<b>Gesamtausgaben in Fr. für 2007 :</b>		<b>Max. Gewinn (+) / Verlust (-) in Fr. / % für 2007 gegenüber der ordentlichen Franchise :</b>			
<b>Franchise</b>	<b>mit Leistungen von 0.-</b>	<b>mit Leistungen von 9500.-</b>	<b>mit Leistungen von 0.-</b>	<b>mit Leistungen von 9500.-</b>	<b>mit Leistungen von 0.-</b>		<b>mit Leistungen von 9500.-</b>	
<b>ordentlich 300.-</b>	<b>2.2%</b>	<b>1.7%</b>	<b>3'756</b>	<b>4'756</b>	-	-	-	-
1) 500.-	2.3%	1.7%	3'596	4'796	160	4.3%	-40	-0.8%
2) 1000.-	2.5%	1.6%	3'196	4'896	560	14.9%	-140	-2.9%
3) 1500.-	2.9%	1.6%	2'796	4'996	960	25.6%	-240	-5.0%
4) 2000.-	3.4%	1.6%	2'396	5'096	1'360	36.2%	-340	-7.1%
5) 2500.-	4.1%	1.5%	1'996	5'196	1'760	46.9%	-440	-9.3%

<b>Junge Erwachsene (ab 26 Jahren) : effektive Zunahme 2007</b>								
<b>Durchschnittsprämie CH<sup>2</sup> 2007 : 246.30</b>			<b>Gesamtausgaben in Fr. für 2007 :</b>		<b>Max. Gewinn (+) / Verlust (-) in Fr. / % für 2007 gegenüber der ordentlichen Franchise :</b>			
<b>Franchise</b>	<b>mit Leistungen von 0.-</b>	<b>mit Leistungen von 9500.-</b>	<b>mit Leistungen von 0.-</b>	<b>mit Leistungen von 9500.-</b>	<b>mit Leistungen von 0.-</b>		<b>mit Leistungen von 9500.-</b>	
<b>ordentlich 300.-</b>	<b>2.1%</b>	<b>1.6%</b>	<b>2'956</b>	<b>3'956</b>	-	-	-	-
1) 500.-	2.2%	1.6%	2'796	3'996	160	5.4%	-40	-1.0%
2) 1000.-	2.6%	1.5%	2'396	4'096	560	18.9%	-140	-3.5%
3) 1500.-	3.2%	1.5%	1'996	4'196	960	32.5%	-240	-6.1%
4) 2000.-	4.0%	1.4%	1'596	4'296	1'360	46.0%	-340	-8.6%
5) 2500.-	2.1%	0.7%	1'478	4'678	1'478	50.0%	-722	-18.3%

<b>Kinder (0-18 Jahre) : effektive Zunahme 2007</b>								
<b>Durchschnittsprämie CH<sup>2</sup> 2007 : 75.70</b>			<b>Gesamtausgaben in Fr. für 2007 :</b>		<b>Max. Gewinn (+) / Verlust (-) in Fr. / % für 2007 gegenüber der ordentlichen Franchise :</b>			
<b>Franchise</b>	<b>mit Leistungen von 0.-</b>	<b>mit Leistungen von 4100.-</b>	<b>mit Leistungen von 0.-</b>	<b>mit Leistungen von 4100.-</b>	<b>mit Leistungen von 0.-</b>		<b>mit Leistungen von 4100.-</b>	
<b>ordentlich 300.-</b>	<b>1.7%</b>	<b>1.2%</b>	<b>908</b>	<b>1'258</b>	-	-	-	-
1) 100.-	1.8%	1.2%	828	1'278	80	8.8%	-20	-1.6%
2) 200.-	2.0%	1.1%	748	1'298	160	17.6%	-40	-3.2%
3) 300.-	2.3%	1.1%	668	1'318	240	26.4%	-60	-4.8%
4) 400.-	2.6%	1.1%	588	1'338	320	35.2%	-80	-6.4%
5) 500.-	3.0%	1.1%	508	1'358	400	44.0%	-100	-7.9%
6) 600.-	1.7%	0.5%	454	1'404	454	50.0%	-146	-11.6%

Datenstand: 20.12.2006

Quelle: T 3.01; Anhang F1 & F2.

1) Der tatsächliche Anstieg ist abhängig von der Prämienhöhe und den Leistungen. Hier wird er angegeben für die schweizerische Durchschnittsprämie für null Leistungen (0.-) und maximale Leistungen (ab diesem Betrag nehmen die Ausgaben der Versicherten mit der höchsten Franchise nicht mehr zu). Es wird von der Hypothese ausgegangen, dass der gesetzlich maximale Prämienrabatt für die wählbaren Franchisen gewährt wird. Ist dem nicht so, sieht der tatsächliche Anstieg anders aus.

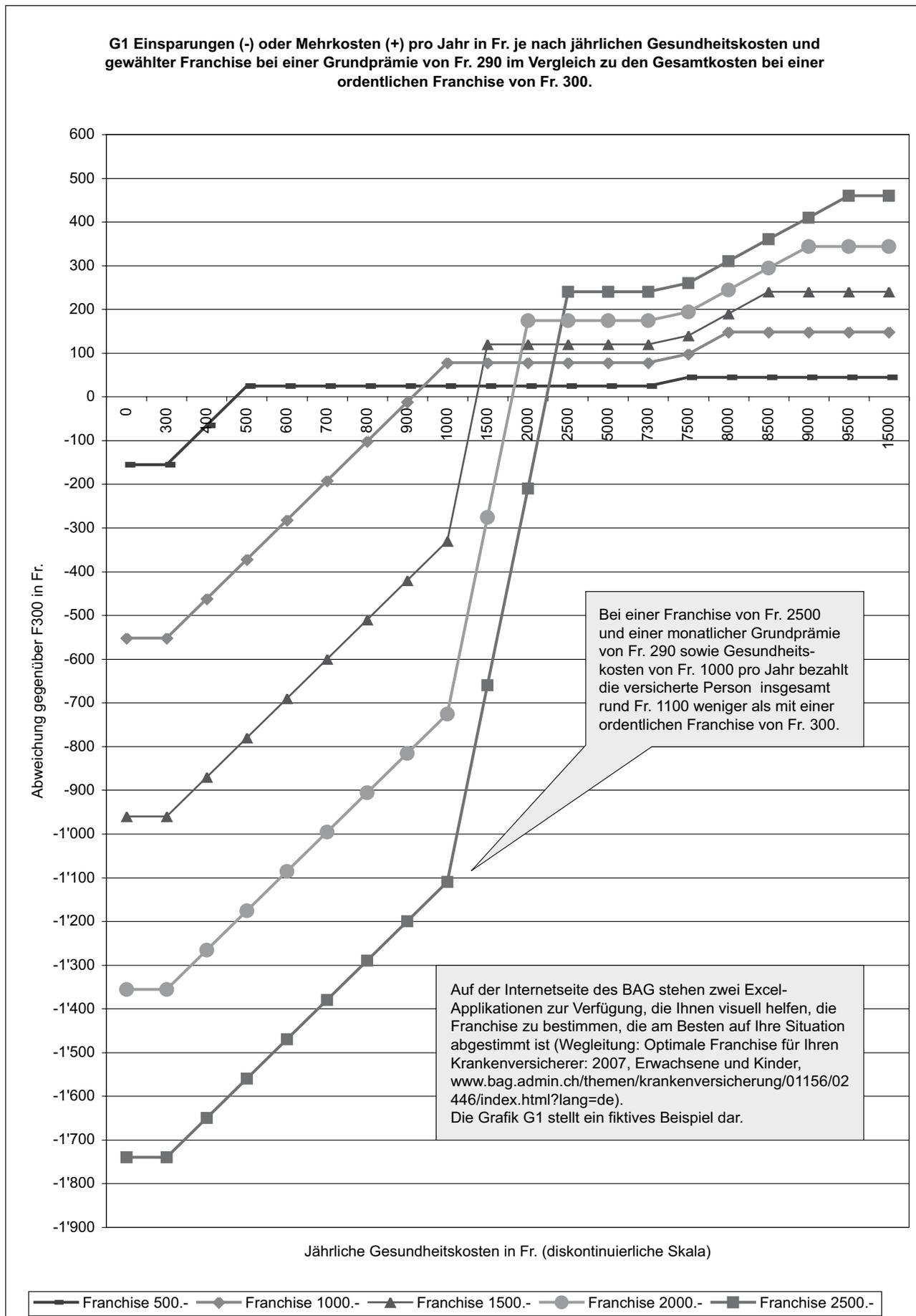
Berechnungsmethode:

- Man berechnet den Gesamtanstieg (Prämie + Kostenbeteiligung, d.h. Franchise + Selbstbehalt [10 % vereinfacht gesagt]) für jede Franchisenhöhe gemäss Leistungen;
- danach wird der effektive Anstieg in % im Vergleich zum Vorjahr bestimmt;
- der maximale Gewinn oder Verlust für das laufende Jahr berechnet sich aus dem Gesamtanstieg für die ordentliche Franchise.

Anstieg 1996-2006 : siehe STAT KV 03 Beilagen E3, E4 und E5 & STAT KV 04 Beilage F3.

2) Es handelt sich um eine Schätzung der monatlichen Durchschnittsprämie in Franken ausgehend von den Versicherungstarifen mit ordentlicher Franchise einschliesslich Unfalldeckung und den Versichertenbeständen nach Kantonen und Prämienregion.

**Beilage F4: Optimale Franchisen für die obligatorische Grundversicherung**



## Beilage G

### Risikoausgleich in der Krankenversicherung

#### 1. Chronologischer Überblick

Der dringliche Bundesbeschluss, der den Risikoausgleich auf den 1. Januar 1993 einführt, verstand sich als «befristete Massnahme gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung». Unter Entsolidarisierung wurde insbesondere die Entwicklung verstanden, dass Kassen mit einer finanziell günstigen Versichertenstruktur tiefe Prämien anbieten konnten und damit weitere Zuwanderungen von für sie vorteilhaften Versicherten auslösten. Auf der anderen Seite verblieben Versicherer mit relativ ungünstigen Kostenstrukturen («schlechten Risiken») und damit höheren Prämien. Die Solidarität zwischen Jung und Alt bzw. zwischen Gesunden und Kranken wurde dadurch zunehmend in Frage gestellt.

Die Einführung des Risikoausgleichs war mit der Absicht verbunden, dass sich die Prämien der Kassen mit günstigen Strukturen verteuern und jene mit ungünstigen Risiken verbilligen. Die Angleichung der Prämien sollte die Wanderung der Versicherten beeinflussen. Die Wanderungen sollten sich – so die Absicht des Gesetzgebers – mittel- bis langfristig derart ändern, dass sich die Risikostrukturen der einzelnen Versicherer annähern (oder zumindest nicht mehr weiter auseinander entwickeln) und in der Folge der Risikoausgleich vielleicht auch nicht mehr notwendig wäre. Die Versichertenkollektive sollten also bei allen Versicherern letztlich in Bezug auf die Risikostrukturen «besser durchmischt» werden.

Das 1996 eingeführte Krankenversicherungsgesetz (KVG) führte den Risikoausgleich ins ordentliche Recht über und verankerte für die konkrete Ausgestaltung wichtige Rahmenbedingungen. Insbesondere soll der Risikoausgleich den kostensenkenden Wettbewerb zwischen den Kassen möglichst wenig verzerren und behindern. Die Geltungsdauer des Risikoausgleichs ist befristet bis Ende 2005.

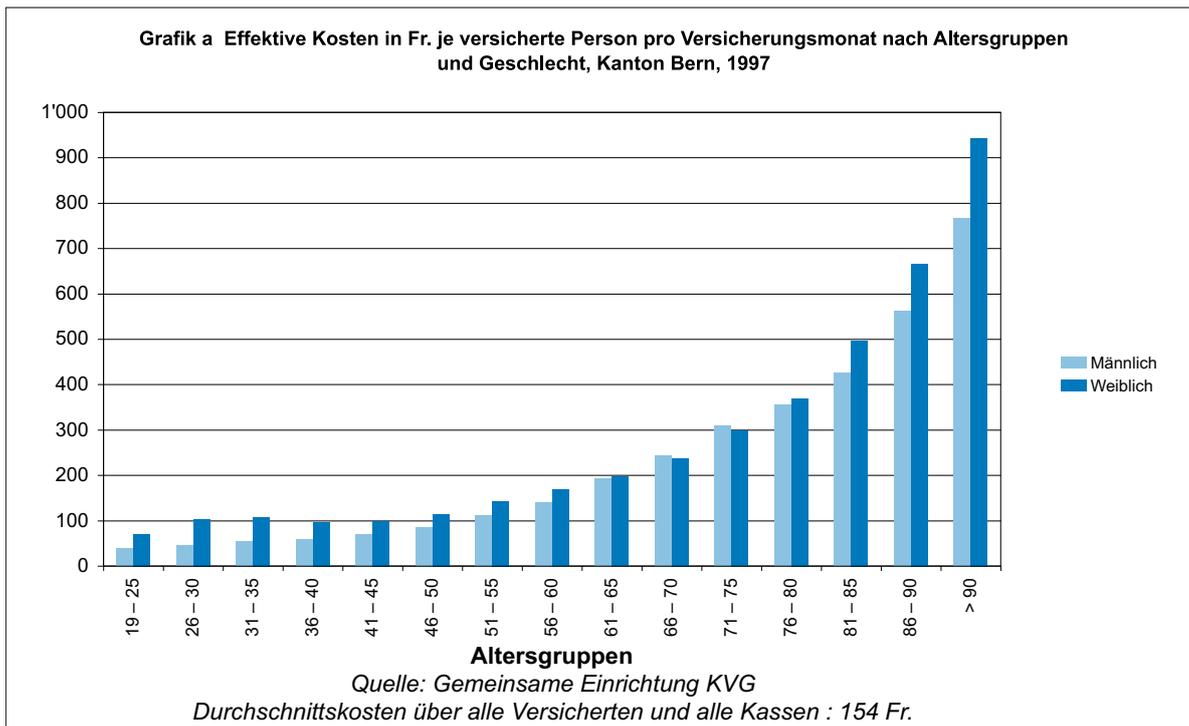
Die Wissenschaft formuliert die Ziele für den Risikoausgleich etwas anders. Sie fordert insbesondere, dass die Kassen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgrund des Risikoausgleichs keinen Anreiz zur Risikoselektion (bewusstes Auswählen kostengünstiger Versicherter) mehr haben. Risikoselektionen sind deshalb unerwünscht, weil sie Personen, welche schlechte Risiken darstellen, benachteiligen, weil sie Ressourcen binden, die für die Kostensenkungen eingesetzt werden könnten, und weil dadurch lediglich Kosten zwischen Versicherern verschoben, statt Kosten gesenkt werden.

#### 2. Funktionsweise des Risikoausgleichs

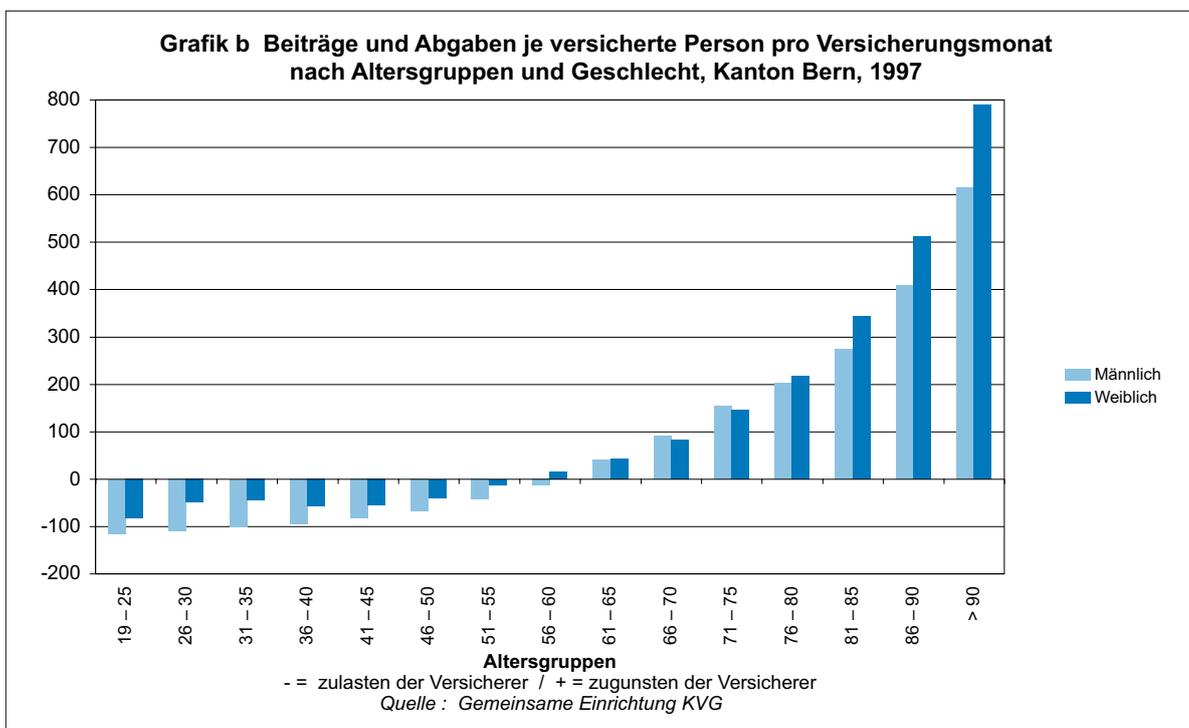
Die erwachsenen Versicherten werden für die Berechnung des Risikoausgleichs in Risikogruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfasst die Versicherten im Alter von 18 bis 25 Jahren. Die Versicherten im Alter zwischen 26 und 90 Jahren werden in Gruppen zu je fünf Jahren eingeteilt. Die letzte Risikogruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren. Es resultieren somit 15 Risikogruppen. Jede Altersgruppe wird zudem nach dem Geschlecht differenziert, so dass letztlich 30 Risikogruppen in die Berechnung des Risikoausgleichs eingehen. Die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht berücksichtigt.

Für jeden Versicherten / jede Versicherte in einer Risikogruppe wird berechnet, ob der Versicherer für ihn/sie einen Beitrag aus dem Risikoausgleich erhält oder eine Abgabe bezahlen muss. Dabei wird wie folgt pro Kanton vorgegangen: Zuerst werden über alle Versicherten aller Kassen die Durchschnittskosten pro Kopf berechnet. Anschliessend werden die Durchschnittskosten pro Kopf in jeder Risikogruppe ermittelt. Berücksichtigt werden dabei alle Versicherten aller Kassen in dieser Risikogruppe. Die Differenz zwischen dem Durchschnittswert über alle Versicherten ergibt die zu bezahlende Abgabe (bei einem negativen Vorzeichen) bzw. den gutzuschreibenden Beitrag (bei einem positiven Vorzeichen) pro Versicherten. Sind die Abgaben und Beiträge pro Kopf für jede Risikogruppe festgelegt, kann für jede Versicherung bestimmt werden, ob sie per Saldo in den Risikoausgleich einzahlt oder ob sie etwas bekommt.

**Abbildungen a und b** illustrieren die Verhältnisse für den definitiven Risikoausgleich 1997 im Kanton Bern. Als Illustrationsbeispiel wurde ein einzelner Kanton gewählt, weil der Risikoausgleich in allen Kantonen separat berechnet wird. In **Abbildung a** werden die Durchschnittskosten pro Kopf für alle 30 Risikogruppen dargestellt. Es wird deutlich, dass die Durchschnittskosten mit zunehmendem Alter steigen. Mit Ausnahme von zwei Risikogruppen («66 bis 70» und «71 bis 75») lagen dabei die Durchschnittskosten der Frauen pro Kopf immer über denjenigen der Männer. Die Durchschnittskosten über alle Versicherten und alle Kassen beliefen sich auf 154 Franken pro Monat oder auf 1845 Franken pro Jahr. Die Risikogruppen bis 55 Jahre wiesen pro Kopf tiefere Durchschnittskosten auf. Für Versicherte dieser Gruppen hatten die Kassen somit Abgaben zu bezahlen. In der Gruppe «56 bis 60» findet die Wende statt: Die Durchschnittskosten der Frauen liegen bereits über dem allgemeinen Durchschnitt, diejenigen der Männer noch knapp darunter.



**Abbildung b** zeigt die Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen. Die grösste Abgabe hatten die Versicherten 1997 im Kanton Bern für die 18- bis 25-jährigen Männer zu bezahlen (115 Fr.). Den höchsten Beitrag erhielten sie für die über 90-jährigen Frauen (789 Fr.). Der netto zu bezahlende oder vergütende Betrag entspricht einer Saldoberechnung: Für die jungen Versicherten hat der Versicherer Abgaben zu leisten, für die älteren erhält er Beiträge. Die Risikoausgleichsformel ist so angelegt, dass der Saldo über alle Versicherten Null ergibt. Das heisst, dass alle Versicherten, welche netto Abgaben zu bezahlen haben, genau dasjenige Volumen aufbringen, welches die Versicherten, welche netto Beiträge bekommen, insgesamt zugute haben («Nullsummenspiel»).



Quelle (§1 & §2): Unterschätze Wirkungen des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung, Stefan Spycher [Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bern], Zeitschrift Soziale Sicherheit CHSS 2/1999.

**3. Zahlungsvolumen in der Risikoausgleich pro Risikoausgleich und pro Kalenderjahr**

Die **Tabelle c** zeigt die Umverteilungs- bzw. Zahlungsvolumen pro Risikoausgleich und pro Kalenderjahr. Es fällt auf, dass sich das Umverteilungsvolumen pro Kalenderjahr jeweils deutlich vom Umverteilungsvolumen des Risikoausgleichs für das entsprechende Ausgleichsjahr unterscheidet (Bsp. Kalenderjahr 2002/ Risikoausgleich 2002). Der Grund für diese Differenzen liegt darin, dass sich die Zahlungen für den Risikoausgleich eines Ausgleichsjahres auf mehrere Kalenderjahre verteilen. Gemäss Art. 6 Abs. 2 der Verordnung über den Risikoausgleich (VORA) werden die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge im Ausgleichsjahr aufgrund einer provisorischen Berechnung festgelegt. Die so berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge sind im Ausgleichsjahr selbst zu leisten. Die definitiven Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden gemäss Art. 6 Abs. 3 VORA im Jahr, welches dem Ausgleichsjahr folgt, festgesetzt und sind in diesem auch zu leisten. In der Praxis können sich jedoch die Zahlungen für den Risikoausgleich eines Ausgleichsjahres über wesentlich mehr Kalenderjahre erstrecken, als in der Tabelle dargestellt. Noch Jahre nach der erstmaligen (ordentlichen) Berechnung eines Risikoausgleichs kann aufgrund von Datenlieferungsfehlern eine Neuberechnung des entsprechenden Risikoausgleichs erforderlich werden, welche erneut Zahlungen für diesen Risikoausgleich auslöst. So musste beispielsweise der definitive Risikoausgleich 2001, welcher im Jahr 2002 das erste Mal berechnet wurde, wegen festgestellten Datenlieferungsfehlern von Krankenversicherern im Jahre 2005 neu berechnet werden. Ausserdem führen unvollständige Zahlungen in den Risikoausgleich immer wieder zu verspäteten Auszahlungen aus dem Risikoausgleich. Vergütungszinszahlungen (Art. 12 Abs. 7 VORA), Auszahlungen von Zinseinnahmen des Risikoausgleichs an die Krankenversicherer (Art. 13a VORA) sowie Verzugszinszahlungen für verspätete Zahlungen im Risikoausgleich (Art. 12 Abs. 8 VORA) sind in der Tabelle ebenfalls nicht aufgeführt.

**Tabelle c : Zahlungen des Risikoausgleichs pro Kalenderjahr und Risikoausgleich**

Risikoausgleich	Umverteilungsvolumen im Kalenderjahr						Total
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
2000	65'807'644						65'807'644
2001	776'551'979	121'519'878					898'071'857
2002		888'342'057	150'938'484				1'039'280'541
2003			930'960'652	141'901'855			1'072'862'507
2004				1'018'909'023	195'986'195		1'214'895'218
2005					1'163'084'906	162'896'125	1'325'981'031
2006						1'262'021'573	1'262'021'573
Umverteilungs- volumen Total	842'359'623	1'009'861'935	1'081'899'136	1'160'810'878	1'359'071'101	1'424'917'698	5'454'002'673

Quelle (§3): Gemeinsame Einrichtung KVG, Urs Wunderlin (7/06).

**Beilage H**

**Betriebsrechnungen und Bilanzen der OKP Krankversicherer - 2005**

"Erfolgsrechnungen und Bilanzen der einzelnen Versicherer" (2005) für die 85 OKP-Versicherer in alphabetischer Reihenfolge:  
 nur auf [www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/index.html?lang=de)

Betriebsrechnungen	Quelle [Konten]	Bilanz	Quelle [Konten]	Aktiven	Passiven
<b>Obligatorische Krankenpflegeversicherung (ohne EU/EFTA)</b>					
Prämieneinnahmen	EF 2.2 -> 2.7 [61]	Flüssige Mittel	EF 1.3 [10]		
Andere Prämieneinnahmen	EF 2.2 -> 2.7 [64 + 65 + 67 + 68 + 69]	Forderungen bei Versicherten	EF 1.3 [11]		
Prämienanteile der Rückversicherer	EF 2.2 -> 2.7 [66]	Andere Forderungen	EF 1.3 [12 -> 16]		
Bruttoleistungen	EF 2.2 -> 2.7 [31]	<b>Umlaufvermögen</b>	EF 1.3 [Total 10 -> 16]		
Kostenbeteiligung	EF 2.2 -> 2.7 [32]	Kapitalanlagen	EF 1.3 [17]		
Nettoleistungen	EF 2.2 -> 2.7 [30-33]	Grundstücke und Gebäude	EF 1.3 [18]		
Risikoausgleich	EF 2.2 -> 2.7 [37]	Sonstiges Anlagevermögen	EF 1.3 [19]		
Sonst. Aufw. für Leistungen	EF 2.2 -> 2.7 [34 + 35]	<b>Anlagevermögen</b>	EF 1.3 [Total 17 -> 19]		
Leistungsanteile der Rückversicherer	EF 2.2 -> 2.7 [36]	Kurzfristige Verbindlichkeiten			EF 1.4 [20 -> 26]
Verwaltungskosten	EF 2.2 -> 2.7 [40-49]	Rückstellungen OKP KVG (inkl. EU/EFTA)			EF 1.4 [270 + 270.2 + 270.3]
Neutraler Aufwand/Ertrag	EF 2.2 -> 2.7 [7]	Rückstellungen Taggeld nach KVG			EF 1.4 [271]
Betriebsergebnis I	EF 2.2 -> 2.7 [Total]	Andere Rückstellungen KVG			EF 1.4 [270.1 + 272 + 274 + 279]
		Rückstellungen VVG			EF 1.4 [273 + 273.1]
		<b>Fremdkapital</b>			EF 1.4 [Total 20 -> 27]
		Fonds			EF 1.5 [28]
		Reserven OKP KVG (inkl. EU/EFTA)			EF 1.5 [290 + 290.5 + 290.9]
		Reserven Taggeld KVG			EF 1.5 [291]
		Andere Reserven KVG			EF 1.5 [292 + 299]
		Reserven VVG			EF 1.5 [293]
		<b>Eigenkapital</b>			EF 1.5 [Total 28 -> 29]
		<b>Bilanzsumme</b>	EF 1.3 [1]		EF 1.5 [2]
<b>Freiwillige Taggeldversicherung</b>					
Prämieneinnahmen	EF 2.0 + 2.1 [60]				
Andere Prämieneinnahmen	EF 2.0 + 2.1 [64 + 65 + 67 + 68 + 69]				
Prämienanteile der Rückversicherer	EF 2.0 + 2.1 [66]				
Leistungen	EF 2.0 + 2.1 [30]				
Sonst. Aufw. für Leistungen	EF 2.0 + 2.1 [34 + 35]				
Leistungsanteile der Rückversicherer	EF 2.0 + 2.1 [36]				
Verwaltungskosten	EF 2.0 + 2.1 [40 - 49]				
Neutraler Aufwand/Ertrag	EF 2.0 + 2.1 [7]				
Betriebsergebnis II	EF 2.0 + 2.1 [Total]				
<b>Zusatzversicherung nach VVG</b>					
Prämieneinnahmen	EF 2.8 -> 2.10 [63]				
Andere Prämieneinnahmen	EF 2.8 -> 2.10 [64 + 65 + 67 + 68 + 69]				
Prämienanteile der Rückversicherer	EF 2.8 -> 2.10 [66]				
Bruttoleistungen	EF 2.8 -> 2.10 [33]				
Kostenbeteiligung	EF 2.8 -> 2.10 [32]				
Nettoleistungen	EF 2.8 -> 2.10 [30-33]				
Sonst. Aufw. für Leistungen	EF 2.8 -> 2.10 [34 + 35]				
Leistungsanteile der Rückversicherer	EF 2.8 -> 2.10 [36]				
Verwaltungskosten	EF 2.8 -> 2.10 [40-49]				
Neutraler Aufwand/Ertrag	EF 2.8 -> 2.10 [7]				
Betriebsergebnis III	EF 2.8 -> 2.10 [Total]				
Gesamtbetriebsergebnis	Total I + II + III				

**Erklärungen zu den Positionen der Betriebsrechnungen und Bilanz**

Prämieneinnahmen	Brutto-Prämieneinnahmen gemäss den genehmigten Tarifen
Andere Prämieneinnahmen	Erlösminderungen (Skonti, Rabatte), Eingänge von bereits abgeschriebenen Prämien, usw.
Prämienanteile der Rückversicherer	Bezahlte Rückversicherungsprämien an den Rückversicherer (Ertragsminderung)
Bruttoleistungen	Leistungen der Versicherer vor Abzug der Kostenbeteiligung
Kostenbeteiligung	Franchise, Selbstbehalt, Tagespauschale im Spital
Nettoleistungen	Bruttoleistungen abzüglich Kostenbeteiligung
Risikoausgleich	Über den Risikoausgleich erhalten Versicherer mit überdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Frauen, ältere Personen) Beiträge, welche von den Versicherern mit unterdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Männer, jüngere Personen) finanziert werden.
Sonst. Aufw. für Leistungen	Aufwendungen für ärztliche Untersuchungen und Arztzeugnisse, die der Versicherer in Auftrag gibt.
Leistungsanteile der Rückversicherer	Vom Rückversicherer geleistete Zahlungen (Aufwandminderung)
Verwaltungskosten	Abschreibungen, Personalaufwand, Unterhalt, EDV-Kosten, Versicherungsprämien, Marketing, Verwaltungsentschädigungen, Diverses
Neutraler Aufwand/Ertrag	Liegenschaftsergebnis, Kapitalertrag, Kapitalaufwand
Flüssige Mittel	Kasse, Post, Bank
Forderungen bei Versicherten	Ausstehende Prämien, geschuldete Kostenbeteiligungen
Andere Forderungen	Guthaben bei Partnern, Rückversicherern, Subventionen, Prämienverbilligung, Risikoausgleich usw.
<b>Umlaufvermögen</b>	Summe von: Flüssige Mittel, Forderungen bei Versicherten, andere Forderungen
Kapitalanlagen	Wertschriften, die Aufteilung der Anlagen hat nach Art. 80 KVV zu erfolgen
Grundstücke und Gebäude	Immobilien, welche selber genutzt werden oder an Dritte weitervermietet werden
Sonstiges Anlagevermögen	Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge
<b>Anlagevermögen</b>	Summe von: Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude, sonstiges Anlagevermögen
Kurzfristige Verbindlichkeiten	Schulden bei Versicherten, Partnern, Rückversicherern, Risikoausgleich usw.
Rückstellungen OKP KVG (inkl. EU/EFTA)	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche am Ende des Jahres für diejenigen Leistungen gebildet werden müssen, welche von den Versicherten bereits in Anspruch genommen worden sind, für die sie aber noch keine Rechnung erhalten haben.
Rückstellungen Taggeld nach KVG	Rückstellungen für die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG
Andere Rückstellungen KVG	Nicht versicherungstechnische Rückstellungen KVG, Rückstellungen für die Aktive Rückversicherung nach KVG, Rückstellungen für den Risikoausgleich usw.
Rückstellungen VVG	Rückstellungen für die Zusatzversicherung nach VVG
<b>Fremdkapital</b>	Summe von: kurzfristige Verbindlichkeiten und Rückstellungen
Fonds	Reglementierte Rücklagen, die mit einer Zweckbestimmung versehen sind
Reserven OKP KVG (inkl. EU/EFTA)	Mittel, die dem Versicherer zur Sicherstellung der langfristigen eigenen Zahlungsfähigkeit dienen. Je nach Grösse des Versicherers müssen unterschiedliche Mindestsätze (Reserven in % des jährlichen Prämienolls) erreicht werden (Art. 78 KVV).
Reserven Taggeld KVG	Reserven für die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG
Andere Reserven KVG	Reserven für die aktive Rückversicherung nach KVG
Reserven VVG	Reserven für die Zusatzversicherung nach VVG
<b>Eigenkapital</b>	Summe von: Fonds und Reserven
<b>Bilanzsumme</b>	Total Aktiven bzw. Passiven

## Beilage I

Genauigkeit der in der STAT KV in T 1.01 publizierten Schätzungen : Wichtigste Indikatoren [in Mio. Fr., Versicherte in 1000 Personen]

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Mittlere jährliche Veränderung 1996-2005
<b>1 Versichertenbestand</b>	7359	7393	7420	7458	7488	7518	0.4%
Schätzung 1		7381	7369	7439	<b>7488</b>		
Schätzung 2			7362	7463	7592	<b>7518</b>	
Max. Abweichung in %		0.2%	0.8%	0.3%			
<b>2 Prämien soll</b>	15355	16820	18030	18496	19570	20706	5.8%
Schätzung 1		16841	18003	18529	19330		
Schätzung 2			18075	18735	19932	20116	
Max. Abweichung in %		0.1%	0.2%	1.3%			
<b>3 Leistungen netto</b>	14593	15336	16308	17353	18296	19289	5.4%
Schätzung 1		15382	16182	17293	17953		
Schätzung 2			16330	17180	18848	19027	
Max. Abweichung in %		0.3%	0.8%	1.0%			
<b>4 Kostenbeteiligung</b>	2503	2588	2832	2995	3194	3406	6.6%
Schätzung 1		2666	2901	3099	3117		
Schätzung 2			3044	3181	3305	3346	
Max. Abweichung in %		3.0%	7.5%	6.2%			
<b>5 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen</b>	924	949	987	999	1003	1008	0.4%
Schätzung 1		938	965	979	1005		
Schätzung 2			973	999	1026	1041	
Max. Abweichung in %		1.2%	2.2%	2.0%			
<b>6 Reserven</b>	1966	2394	2968	3184	3223	3262	1.2%
Schätzung 1		2260	2984	3152	3543		
Schätzung 2			2745	3240	3356	3461	
Max. Abweichung in %		5.6%	7.5%	1.8%			
<b>7 Rückstellungen</b>	4018	4264	4488	4710	4875	5046	3.5%
Schätzung 1				4697	4866		
Schätzung 2					4891	5045	
Max. Abweichung in %				0.3%			
<b>8 Leistungen brutto</b>	17096	17924	19140	20348	21488	22691	5.6%
Schätzung 1		18048	19083	20392	21069		
Schätzung 2			19373	20361	21753	22373	
Max. Abweichung in %		0.7%	1.2%	0.2%			

**Bemerkungen:**

- 1- 8: Die publizierten Werte stammen aus den Formularen EF123
- Schätzung 1: Die publizierten Werte stammen aus dem Prämien genehmigungsverfahren, Schätzung für das laufende Jahr (2006)
- Schätzung 2: Die publizierten Werte stammen aus dem Prämien genehmigungsverfahren, Schätzung für das folgende Jahr (2007)
- Max. Abweichung: Maximale Abweichung zwischen den Werten aus EF123 einerseits und den Werten aus dem Prämien genehmigungsverfahren (Schätzung 1 oder 2) andererseits. In der Regel ist die Schätzung 1 genauer als die Schätzung 2.
- Für die Zahl der Versicherten wurden die Werte gemäss dem Prämien genehmigungsverfahren ab 2006 ersetzt durch die mit der durchschnittlichen jährlichen Veränderung 1996-2005 ermittelten Werte (+ 0.4%, *kursiv*).
- Schätzungen, bei denen die Abweichung regelmässig über 2% liegt, werden in Zukunft nicht mehr publiziert.  
Es wird nur die mittlere jährliche Veränderung von 1996-20.. ausgewiesen.
- Zum Vergleich werden hier für die Kategorien 1 bis 8 die mit der mittleren jährlichen Veränderung ermittelten Werte für 2006 und 2007 wiedergegeben (*kursiv*).
- Die Genauigkeit von geschätzten Werten je versicherte Person kann bestimmt werden, indem man den Wert in % (+ oder -) zwischen Bevölkerung und geschätzter Bevölkerung mit dem Wert in % (+ oder -) der betrachteten Kategorie addiert.

## Genauigkeit der in der STAT KV in T 2.16 publizierten Schätzungen : Wichtigste Kostengruppen [in Mio. Fr.]

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Mittlere jährliche Veränderung 1998-2005
<b>1 Arzt ambulant</b>	4109	4172	4378	4527	4650	4777	2.7%
Schätzung 1			4417	4463	4924		
Schätzung 2				4700	4980	5213	
Max. Abweichung in %			0.9%	3.8%			
<b>2 Spital ambulant</b>	1972	2141	2192	2671	2960	3279	10.8%
Schätzung 1			2180	2362	2544		
Schätzung 2				2334	2524	5042	
Max. Abweichung in %			0.6%	12.6%			
<b>3 Medikamente Arzt</b>	1261	1348	1399	1472	1571	1677	6.7%
Schätzung 1			1387	1421	1471		
Schätzung 2				1484	1505	1552	
Max. Abweichung in %			0.8%	3.5%			
<b>4 Medikamente Apotheke</b>	2525	2602	2750	2821	3011	3214	6.7%
Schätzung 1			2828	2920	2960		
Schätzung 2				3030	3131	3141	
Max. Abweichung in %			2.8%	7.4%			
<b>5 Spitex</b>	290	320	365	388	420	455	8.2%
Schätzung 1			343	385	405		
Schätzung 2				365	409	430	
Max. Abweichung in %			6.1%	6.0%			
<b>6 Physiotherapie</b>	506	491	505	532	550	570	3.5%
Schätzung 1			527	539	552		
Schätzung 2				564	575	590	
Max. Abweichung in %			4.3%	6.1%			
<b>7 Labor</b>	486	480	591	665	716	770	7.6%
Schätzung 1			556	646	675		
Schätzung 2				596	700	732	
Max. Abweichung in %			6.0%	10.4%			
<b>8 Chiropraktik</b>	65	65	68	69	71	73	3.0%
Schätzung 1			70	73	72		
Schätzung 2				75	78	77	
Max. Abweichung in %			2.6%	8.4%			
<b>9 Mittel und Gegenstände</b>	203	215	260	298	346	402	16.2%
Schätzung 1				258	292		
Schätzung 2					276	313	
Max. Abweichung in %				13.4%			
<b>10 Spital stationär</b>	3784	4112	4569	4803	5011	5228	4.3%
Schätzung 1			4462	4859	4924		
Schätzung 2				4744	5174	5213	
Max. Abweichung in %			2.3%	1.2%			
<b>11 Pflegeheim</b>	1392	1478	1573	1587	1674	1766	5.5%
Schätzung 1			1557	1507	1629		
Schätzung 2				1651	1587	1722	
Max. Abweichung in %			1.0%	5.0%			

**Bemerkungen:**

- 1- 11: Die publizierten Werte stammen aus den Formularen EF123
- Schätzung 1: Die publizierten Werte stammen aus dem Prämien genehmigungsverfahren, Schätzung für das laufende Jahr (2006)
- Schätzung 2: Die publizierten Werte stammen aus dem Prämien genehmigungsverfahren, Schätzung für das folgende Jahr (2007)
- Max. Abweichung: Maximale Abweichung zwischen den Werten aus EF123 einerseits und den Werten aus dem Prämien genehmigungsverfahren (Schätzung 1 oder 2) andererseits. In der Regel ist die Schätzung 1 genauer als die Schätzung 2.
- Die Schätzungen der Kostengruppen, bei denen die Abweichung regelmässig über 2% liegt, werden in Zukunft nicht mehr publiziert. Es wird nur die mittlere jährliche Veränderung von 1998-20.. ausgewiesen.
- Als Hinweis werden für die Kostengruppen 1-11 die mit der mittleren jährlichen Veränderung ermittelten Werte für 2006 und 2007 wiedergegeben (*kursiv*).
- Die Genauigkeit von geschätzten Werten je versicherte Person kann nach dem auf der vorangehenden Seite beschriebenen Verfahren ermittelt werden.