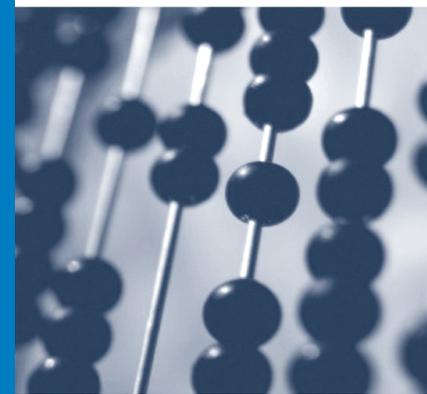
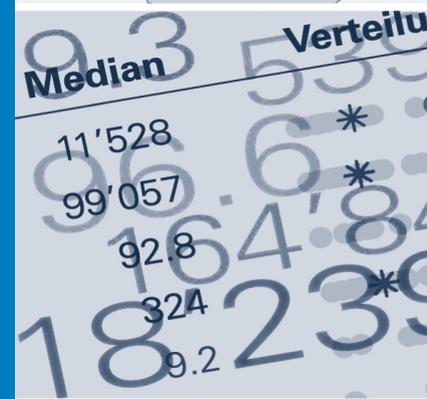
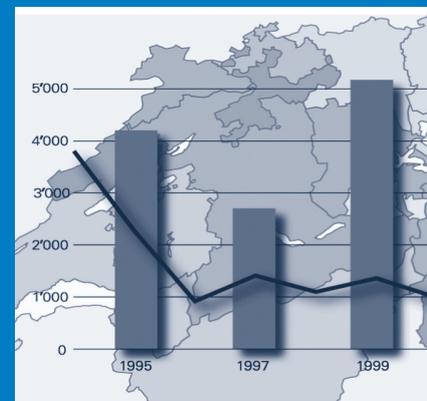


Statistiken zur Krankenversicherung

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP

Publikation: 7/2011

Statistiken zur Krankenversicherung

Statistik der obligatorischen
Krankenversicherung 2009

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.

Tabelle der Hauptindikatoren OKP

T 1.01 in den Anhängen, Teil A

Statistiken der obligatorischen Krankenversicherung 1996-2009 verfügbar im Internet:

www.bag.admin.ch/kvstat, Rubrik Statistikpublikationen

- 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: seit 2005 im XLS-Format, nur auf Deutsch, farbig.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010

Laufende Aktualisierung der nächsten Publikation (Tabellen aus den gedruckten Versionen, im Excel-Format, nur auf Deutsch) für das Geschäftsjahr 2010 ab Juli 2011 verfügbar im Internet: www.bag.admin.ch/kvstat

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

Weitere Informationen

BAG, Sektion Statistik und Mathematik, 3003 Bern

Nicolas Siffert, Tel. +41 (0)31 323 27 68,

nicolas.siffert@bag.admin.ch (französisch)

Herbert Käenzig, Tel. +41 (0)31 322 91 48,

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 (französisch und deutsch)

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung, Hauptindikatoren der OKP, Statistik der Krankenversicherung im Internet, Aktualisierung, Statistik 2010, weitere Informationen. Abkürzungen, Tabellenhinweise, männliche Form.

1. Einleitung	1
2. Aufbau der Statistik über die Krankenversicherung	2
2.1 Neuerungen in der Ausgabe 2009	
2.2 Inhalt und Quellen	
3. Wichtige Neuerungen in der Krankenversicherung ab 1996	5
4. Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2008	9
4.1 - 4.11: siehe Themen unter Beilage A	
5. Beilagen	
A Tabellen	56
A1 Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) 1.01-1.13	57
A2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP 2.01-2.24	70
A3 Prämien in der OKP 3.01-3.15	95
A4 Prämienverbilligung in der OKP 4.01-4.09	111
A5 Individuelle Daten pro Versicherer 5.01-5.05	121
A6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG 6.01-6.06	130
A7 Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer 7.01-7.05	137
A8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer 8.01-8.12	143
A9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen 9.01-9.20	156
A10 Risikoausgleich in der OKP 10.01-10.05	177
A11 Versicherte in der OKP 11.01-11.17	183
B Übergangsschlüssel Tabellen 2008 -> 2009 / 2009 -> 2008	199
C Übergangsschlüssel Grafiken 2008 -> 2009 / 2009 -> 2008	200
D Zusätzliche Informationen auf der Internetseite des BAG	201
E Prämienregionen in der OKP ab 2004: kurze Einführung und Detaildaten	207
F Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte in der OKP	208
F1 Entwicklung ab 1996: Erwachsene ab 19 Jahren	208
F2 Entwicklung ab 1996: Kinder (0-18 Jahre)	209
F3 Zunahme der Gesamtausgaben der Versicherten nach Franchise im 2010	210
G Risikoausgleich in der OKP	211
H Individuelle Prämienverbilligung in der OKP ab 2008	214
I Optimale Franchise für die obligatorische Grundversicherung 2011	217
J Schätzungen aus dem Prämien genehmigungsverfahren 2001-2011	218
K Betriebsrechnungen und Bilanzen der OKP Krankenversicherer 2005-2009	219

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit, Bern
BFS	Bundesamt für Statistik, Neuenburg
BPV	Bundesamt für Privatversicherungen, Bern
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung, Bern
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
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
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 Zählseinheit
- 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 bzw. 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 weiter die freie 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.

Institutionelle Änderungen seit Einführung des KVG im Jahr 1996

Seit dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 erfolgten zahlreiche Änderungen, Verbesserungen und Anpassungen.

Die Gesetzesänderungen sind in Abschnitt 3 «Wichtige Änderungen in der Krankenversicherung seit 1996» chronologisch aufgeführt.

Der Franchisenbetrag und die diesbezüglichen Wahlmöglichkeiten sowie die entsprechenden Rabatte in Prozent oder in Franken wurden seit 1996 mehrmals geändert. Anhang F enthält eine vollständige tabellarische Übersicht für Kinder und Erwachsene sowie die Auswirkungen im Zusammenhang mit der Berechnung der Gesamtausgaben der Versicherten (Prämien und Kostenbeteiligung).

Die Rechtsvorschriften bezüglich der Mindestreserven der Versicherer wurden ebenfalls angepasst. Sie sind in einer Übersicht innerhalb von Tabelle 5.02 zusammengefasst.

Der Versicherer kann innerhalb eines Kantons bis zu 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).

Seit 2004 müssen alle Versicherer in den einzelnen Kantonen die gleichen Prämienregionen verwenden. Bis 2003 war die Abgrenzung der Prämienregionen noch Sache der Versicherer. Anhang E enthält zusätzliche Informationen zur Methode, die für die Einteilung der Prämienregionen verwendet wird, sowie zur Verknüpfung mit den Gemeinden.

Auf statistischer Ebene können dank dem Datenpool von santésuisse ab 1997 zahlreiche zusätzliche Daten bereitgestellt werden, insbesondere auf kantonaler Ebene. Aufgrund des grossen Umfangs dieser Daten sind die meisten nur auf der Website des BAG aufgeführt. Anhang D gibt einen Überblick über diese zusätzlichen Daten.

2. Aufbau der Statistik über die Krankenversicherung

2.1 Neuerungen in der Ausgabe 2009

Seit der Ausgabe 2005 erfolgt die Unterteilung der Statistik nach Themengebieten. Diese Darstellung ist leserfreundlicher. Anhand von Übergangstabellen (auf dem Internet abrufbar) lassen sich die Tabellen und Grafiken der früheren Ausgaben bis 1996 zurück wiederfinden (analog zu Anhang B und C). Die neuen Nummern der Grafiken und Tabellen, ausgehend von der Publikation 2008, sind in den erwähnten Anhängen ersichtlich.

Zusätzlich zur Aktualisierung und Ergänzung der bereits in der Ausgabe 2008 vorhandenen Tabellen und Grafiken (siehe Anhang B und C) weist die vorliegende Ausgabe Änderungen in 29 Tabellen und 8 Grafiken auf und enthält 14 neue Tabellen und 5 neue Grafiken:

- T 2.08 Leistungen (netto) in Fr. pro Versicherten nach Versicherungsform
- T 2.10 Kostenbeteiligung in Fr. nach Kantonen
- T 2.23 Kostenbeteiligung in Fr. pro Versicherten nach Versicherungsform
- T 2.24 Leistungen (brutto) in Fr. pro Versicherten nach Versicherungsform
- T 3.11 Prämien Soll in Fr. pro Versicherten nach Versicherungsform
- T 3.14 Prämien Soll in Franken nach Kantonen
- T 3.15 Prämien Soll nach Altersgruppen und Geschlecht in Mio. Fr.
- T 4.06 Ausbezahlter Betrag nach Kantonen in Mio. Franken
- T 5.05 OKP: Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherer und Kanton
- T 10.04 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen (gemäss Definition des Risikoausgleiches)
- T 10.05 Effektive Kosten in Fr. nach Kantonen (gemäss Definition des Risikoausgleiches)
- T 11.04 Versichertenbestand und Wohnbevölkerung ab 1999
- T 11.09 Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Kinder 0 - 18 Jahre
- T 11.16 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherungsform
- G 2a Nettoleistungen, Kostenbeteiligung und Bruttoleistungen in Fr. je versicherte Person nach Kantonen 2009 (Erwachsene ab 26 Jahre)
- G 3n Zunahme des mittleren OKP-Prämientarifs in % nach Franchisehöhe in 2011: CH
- G 3t Überschuss (+) oder Fehlbetrag (-) der bezahlten

Prämien für die Periode 1997 -> 2009, in Fr. je versicherte Person, im Verhältnis zu Schweizer Durchschnitt (Schätzung)

- G 9q Index der Ausgaben für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, je versicherte Person, nach Altersgruppe
- G 11b Verteilung der Franchisen im Standardmodell sowie in den anderen Versicherungsformen, erwachsene Versicherte ab 19 Jahren im Jahr 2009

Der Beilagenteil enthält neben der jährlichen Aktualisierung ebenfalls einige Neuerungen:

- D Optimale Franchise für die obligatorische Grundversicherung - 2011
- K Betriebsrechnungen und Bilanzen der OKP Krankenversicherer: 2005 - 2009

2.2 Inhalt und Quellen

Die Krankenversicherungsstatistik nutzt 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 die Formulare EF123). Die Daten aus diesen Formularen werden nach erfolgter Prüfung in der Krankenkassen-Datenbank des BAG erfasst. Die Tabellen der Statistik, die auf dieser Quelle beruhen geben den Informations- bzw. Datenstand vom August 2010 wieder.

Ab dem Berichtsjahr 2009 ist das Formular EF3 stark erweitert worden, was neu erlaubt, vollständige Daten absolut und pro versicherte Person auch in denjenigen Tabellen zu publizieren, die bisher entweder auf teilweise geschätzten Daten aus dem Datenpool von santésuisse basierten oder auf die Statistik des Risikoausgleichs der Gemeinsamen Einrichtung KVG, die gewisse Versichertengruppen nicht umfasst.

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.

Tabellenteil 2: Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP

Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG

(Bis 2008 auch Angaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG - Risikoausgleich in der OKP - und Datenpool santésuisse)

Tabellenteil 3: Prämientarife in der OKP

Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG und Prämien-genehmigungsverfahren des BAG

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 einerseits eine Schätzung der durchschnittlichen KVG-Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung) pro Kanton aus, aufgeteilt nach Erwachsenen, jungen Erwachsenen und Kindern. (Bis 2008 auch Datenpool santésuisse)

Tabellenteil 4: Prämienverbilligung in der OKP

Quelle: Angaben der Kantone und vom Bundesamt für Statistik (BFS)

Die Daten stammen von den mit der Durchführung der Prämienverbilligung betrauten kantonalen Verwaltungsstellen (insb. Formulare PV12). In den Tabellen werden die budgetierten und die tatsächlichen Finanzströme sowie die durch Prämienverbilligung subventionierten Personen und Haushalte ausgewiesen.

Tabellenteil 5: Individuelle Daten pro Versicherer

Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG

Es handelt sich bei den "Aufsichtsdaten" gemäss Art. 28b KVV 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

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 Zusatzversicherungsgeschäft 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

Quellen: OECD, Eurostat, Bundesamt für Statistik (BFS), Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Schweizerischer Apothekerverein, Bundesamt für Privatversicherungen (BPV), Krankenkassen-Datenbank des BAG 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.

(Bis 2008 auch Datenpool santésuisse)

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 Informationen 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

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

(Bis 2008 auch Datenpool santésuisse)

3. Wichtigste Neuerungen in der Krankenversicherung seit 1996

2011

1.1.2011 Änderung des KVG gestützt auf das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (Art. 25, 25a, 49, 50; Aufhebung des Art. 104a).

1.1.2011 Änderung der KVV betreffend die Anlage des Vermögens (Art. 80, 80a, 80b, 80c, 80d, 80e, 80f, 80g, 80h, 80i).

1.1.2011 Änderung der KVV betreffend den Beitrag an die Kosten bei Spitalaufenthalt (Art. 104).

1.1.2011 Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).

1.1.2011 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend Massnahmen der Prävention.

1.1.2011 Erlass der Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Durchschnittsprämien 2011 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Gemeinschaft, in Island und in Norwegen.

2010

1.1.2010 Änderung des KVG betreffend die bedarfsabhängige Zulassung (Art. 55a).

1.1.2010 Änderung der KVV (Art. 95 Abs. 2bis).

1.7.2010 Änderung der KVV (Art. 33). Aufhebung von Art. 59a.

1.7.2010 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend die Pflegeleistungen ambulant oder in einem Pflegeheim.

1.1.2010 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend die Massnahmen der Prävention.

1.1.2010 Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA). Abs. 2 der Übergangsbestimmung.

1.1.2010 Verabschiedung der Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Minimalprämien 2010 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Gemeinschaft, in Island und in Norwegen.

2009

1.1.2009 Änderung des KVG betreffend die Spitalfinanzierung.

1.1.2009 Änderung des KVG in Zusammenhang mit dem Erlass des Finanzmarktaufsichtsgesetz (FINMAG) (Art. 21 Abs. 2, Art. 99 Abs. 2).

1.1.2009 Änderung der KVV (Art. 28, 28a, 28b, 31, 37, 55a,

58a, 58b, 58c, 58d, 58e, 59, 59d, 59e). Aufhebung des Art. 30.

1.1.2009 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

1.1.2009 Änderung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

1.1.2009 Änderung der Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK).

1.1.2009 Erlass der Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Minimalprämien 2009 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Gemeinschaft, in Island und in Norwegen.

2008

1.1.2008 Änderung der KVV, insbesondere bezüglich der beratenden Kommissionen (Art. 37a bis 37g);

1.1.2008 Änderung der KVV, insbesondere bezüglich der Spezialitätenliste (Art. 64, 65 Abs. 5bis);

1.1.2008 Änderung der KVV, insbesondere bezüglich der Bestimmungen zur Revision (Art. 86 bis 88).

1.1.2008 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, 9a, 12, 12a, 12b, 12c, 12d, 12e, 13b).

1.1.2008 Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK, Totalrevision).

1.4.2008 Erlass der Verordnung des EDI über die technischen und grafischen Anforderungen an die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK-EDI).

14.6.2008 Änderung des KVG betreffend die bedarfsabhängige Zulassung (Art. 55a).

1.8.2008 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

2007

1.1.2007 Änderung des KVG: Änderung der Verfahrensbestimmungen in Zusammenhang mit der Schaffung des Bundesverwaltungsgerichts (Art. 18 Abs. 8, 90a und 91). Aufhebung der Art. 53 und 90.

1.1.2007 Änderung des KVG: Änderung der Kriterien, um den für den Risikoausgleich massgebenden Versichertenbestand festzulegen (Art. 105a).

1.1.2007 Änderung der KVV: Änderung der Verfahrensbe-

stimmung in Zusammenhang mit der Schaffung des Bundesverwaltungsgerichts (Art. 27).

1.1.2007 Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA): Aufhebung des Art. 15 Abs. 2.

1.1.2007 Änderung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, insbesondere bezüglich Psychotherapie (KLV): Art. 2, 3, 3a, 3b, 3c, 3d, 7, 12, 13 und Anhang 1.

1.7.2007 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV): Art. 7 Abs. 2bis.

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. 1bis).

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 Versiche-

rung (Art. 91a).

10.5.2006 Änderung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

1.8.2006 Änderung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV): Art. 12 und Anhang 1.

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 Pflögetarife (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 Veränderungsänderungen (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

1.1.1996 Inkrafttreten des neuen KVG:

- 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: 19.4.11

Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, BSV

4. Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2009

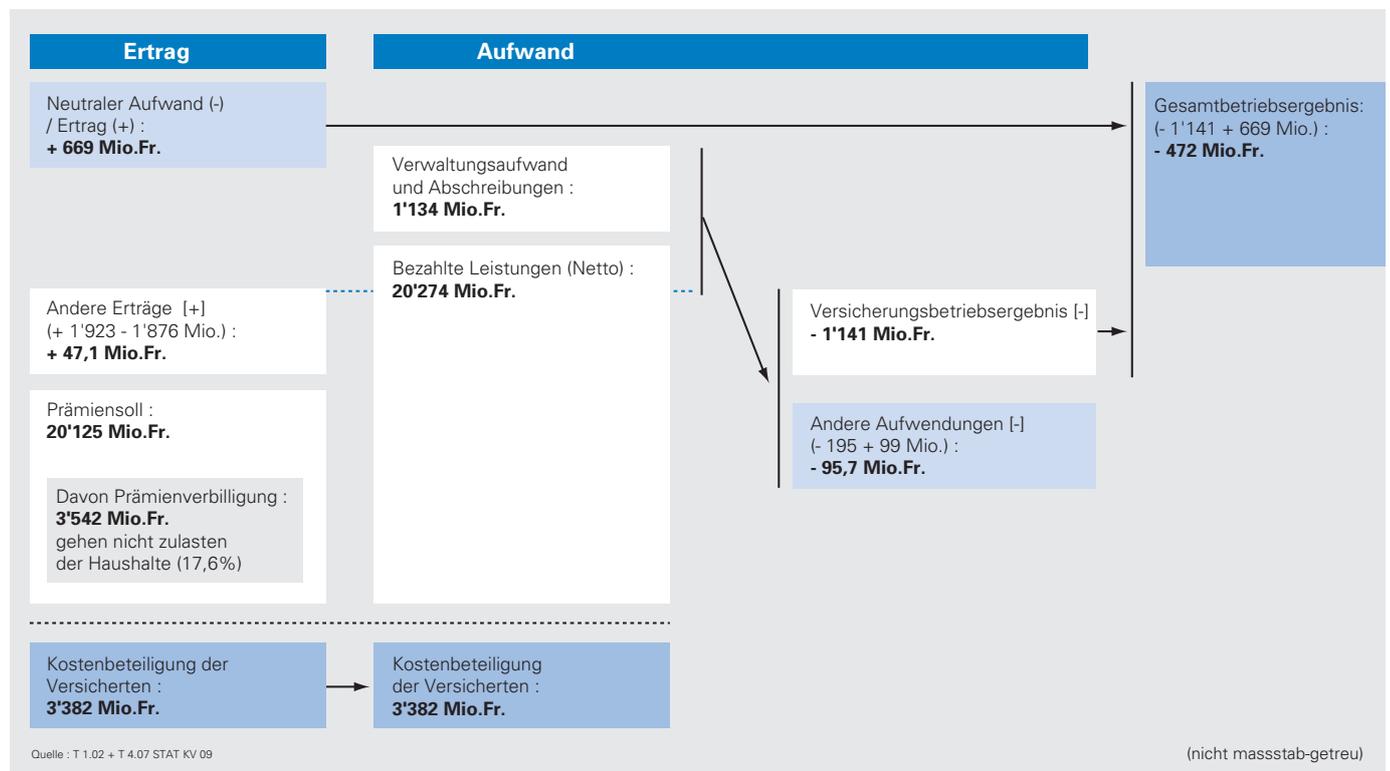
4.1 Finanzen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die von den Versicherern **bezahlten Leistungen** in Höhe von 20,3 Mrd. Franken im Jahr 2009 ergeben sich nach

Abzug der **Kostenbeteiligung der Versicherten** von 3,4 Mrd. Franken. Zieht man vom **Prämiensoll** von 20,3 Mrd. Franken den übrigen Aufwand/Ertrag ab, so verbleibt ein negatives OKP-Betriebsergebnis von – 1,1 Mrd. Franken. Unter Berücksichtigung des neutralen Aufwandes und Ertrages resultiert somit ein negatives **Gesamtbetriebsergebnis** von – 472 Mio. Franken (G 1d, T 1.02).

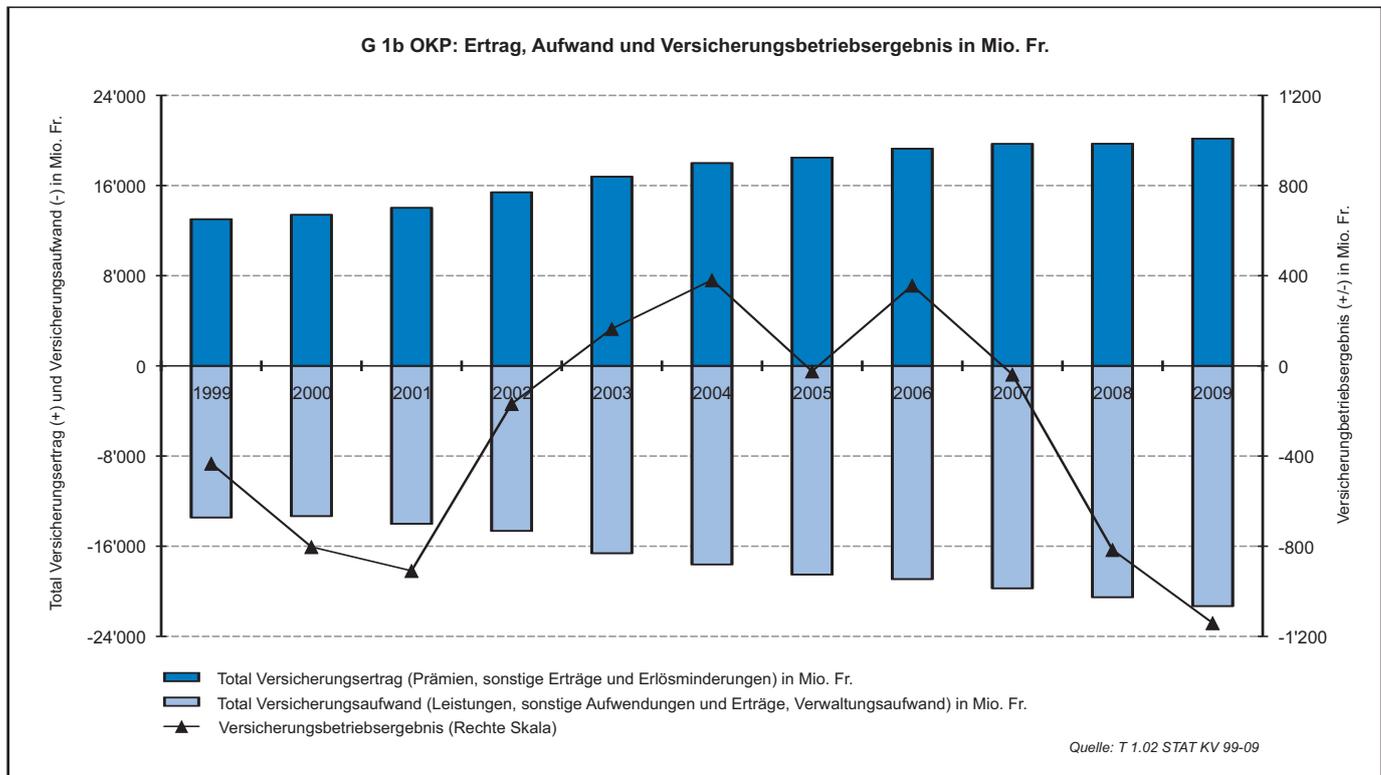
G 1d Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG insgesamt 2009



Dabei setzte sich dieses Gesamtbetriebsergebnis aus 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 (+1,1 Mrd. Fr.), der BONUS-Versicherung und der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (+125 Mio. Fr.) teilweise wieder kompensiert (T 1.03 bis T 1.06).

Interessant ist die Entwicklung von **Aufwand, Ertrag** und **Betriebsergebnis** in den letzten zehn Jahren. Nach einer Phase von 1999 bis 2002 mit einem negativen Betriebsergebnis (Aufwand minus Versicherungsertrag) ergab sich für

die Jahre 2005 und 2007 ein beinahe ausgeglichenes, für die Jahre 2003, 2004 und 2006 ein positives und für 2008 und 2009 wiederum ein klar negatives Ergebnis (G 1b).



Werden zum Jahresbetriebsergebnis der **neutrale Aufwand und Ertrag** addiert (im Wesentlichen Einnahmen aus Kapitalanlagen), erhält man das **Gesamtbetriebsergebnis**, das seit 1999 grosse Schwankungen aufweist. Die jährliche Veränderung der **Reserven** verläuft ähnlich wie die des Gesamtbetriebsergebnisses, da die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die Versicherer keinen Gewinn abwerfen darf. Der Unterschied zwischen der Veränderung der Reserven und dem Gesamtbetriebsergebnis ergibt sich aufgrund der Auflösung von Spezialfonds und des Einflusses von externen Mitteln. Daraus erklärt sich, dass das Gesamtbetriebsergebnis immer unter der Veränderung der Reserven liegt (G 1c).

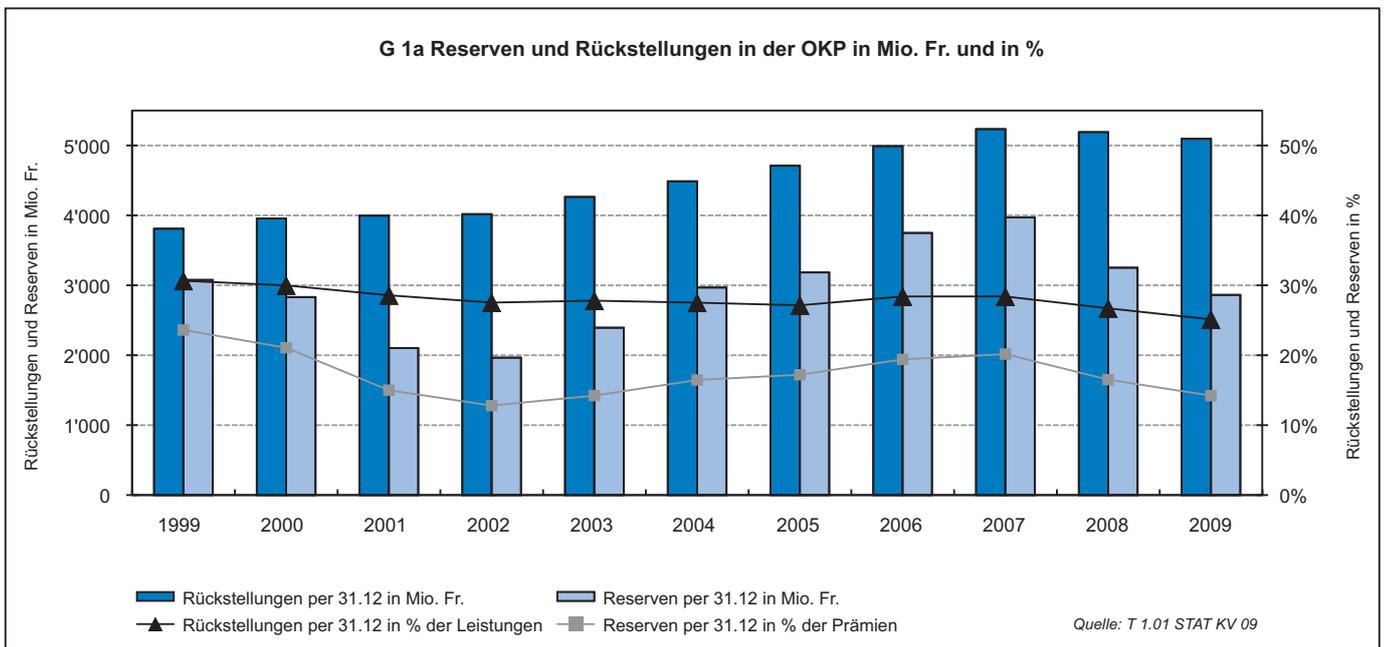
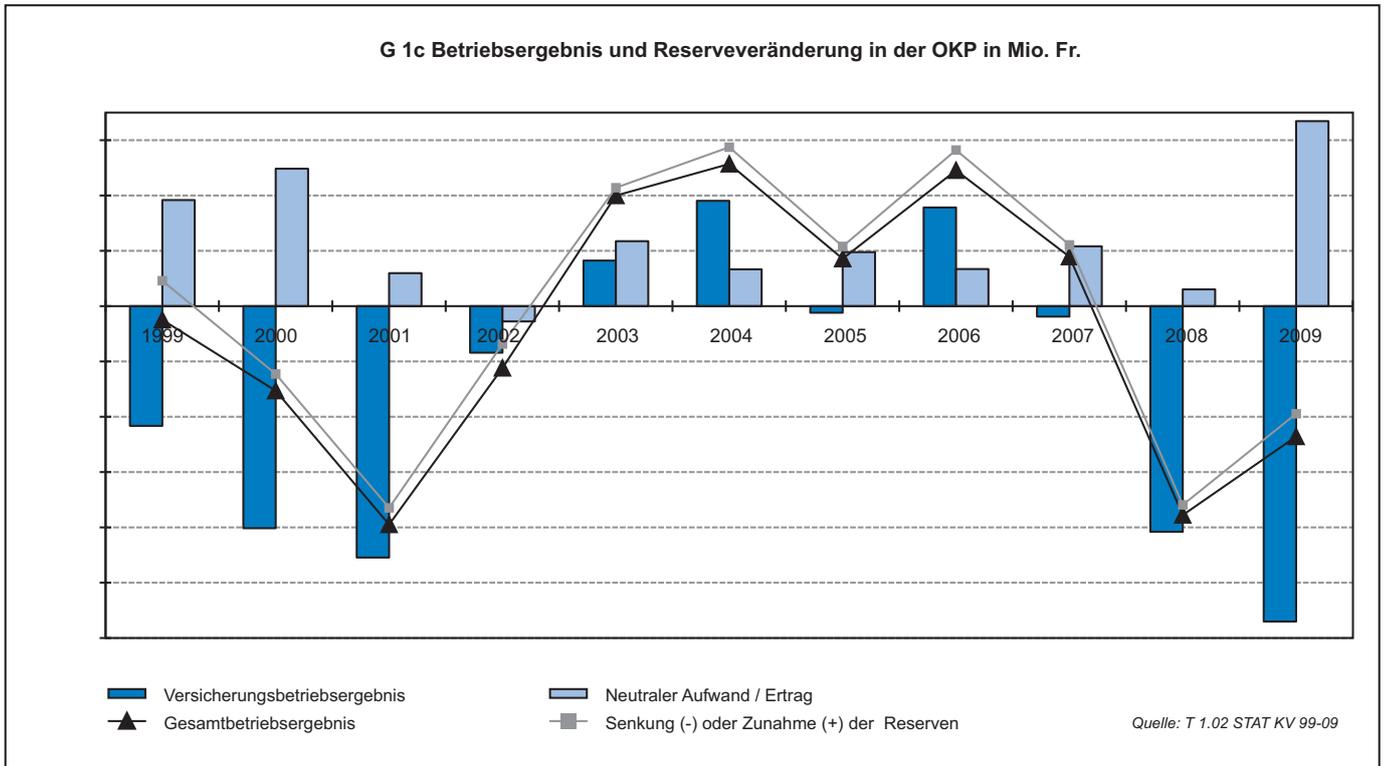
Die Versicherten, die in der Schweiz versicherungspflichtig sind und in einem EG-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen wohnen, sind in der Tabelle 1.07 erfasst. Ebenfalls in dieser Tabelle erfasst werden Versicherte, die früher dem Artikel 3 KVV unterstellt waren (Grenzgänger, die in der Schweiz eine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

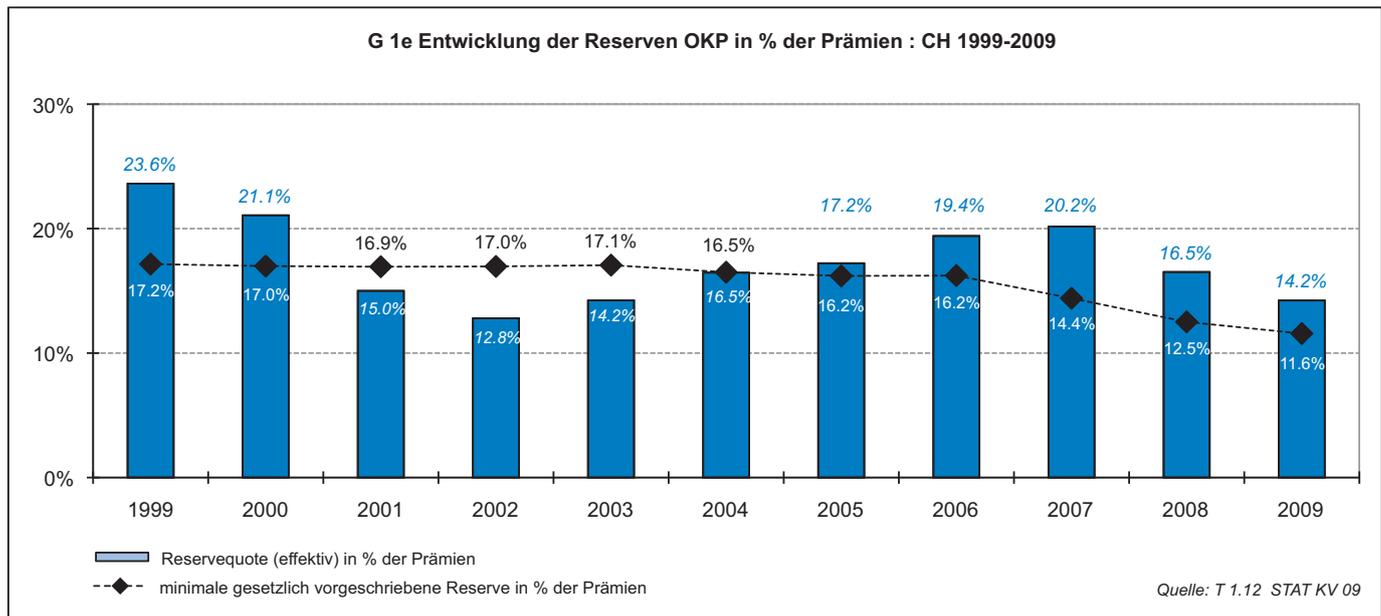
Reserven und Rückstellungen in der OKP

Wie oben dargelegt, wirkt sich das Gesamtbetriebsergebnis auf den **Reservenstand** in der OKP aus. So ist dieser von Ende 2007 bis Ende 2008 um etwas mehr als 700 Mio. Franken und bis Ende 2009 nochmals um nahezu 500 Mio. Franken zurückgegangen (G 1c). Die Reserven dienen den Versicherern zur Deckung unvorhergesehener Risiken.

Betrachtet man zudem den Stand der Reserven im Verhältnis zum Prämien Soll desselben Jahres, so resultiert eine Abnahme dieser «Reservequote» von 23,6 % im Jahr 1999 auf 14,2 % im Jahr 2009 (G 1a). Die Reserven von 2,86 Mrd. Franken Ende 2008 entsprechen ungefähr den Leistungen von zwei Versicherungsmonaten.

Stabiler entwickelten sich die **Rückstellungen** für unerledigte Versicherungsfälle. Ins Verhältnis gesetzt zu den von den Versicherern bezahlten Leistungen ergab sich ein Rückgang von 30,7 % im Jahr 1999 auf 25,1 % im Jahr 2009 (G 1a).





Die Grafik G 1e zeigt die Entwicklung der tatsächlichen Reservequote im Vergleich mit der gesetzlich festgelegten Mindestquote. Diese Mindestquoten hängen vom Versichertenbestand ab (siehe T 5.02).

Senkung der Mindestreservequoten der Krankenkassen zwischen 2007 und 2009

Der Bundesrat hat beschlossen, ab 2007 die Mindestreservequoten der Versicherer zu senken. In den vergangenen Jahren haben die zunehmende Nutzung der EDV sowie die elektronische Fakturierung der Leistungen die Budgeterstellung der Versicherer erleichtert und somit das finanzielle Risiko verringert. Aus diesem Grund ermächtigte der Bundesrat die Versicherer mit über 150 000 Versicherten, einen stufenweisen Abbau ihrer Reservequoten gemäss untenstehender Tabelle vorzunehmen. Die Senkung der Quoten erfolgt seit 2007 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 Prozent (Art. 78 KVV):

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

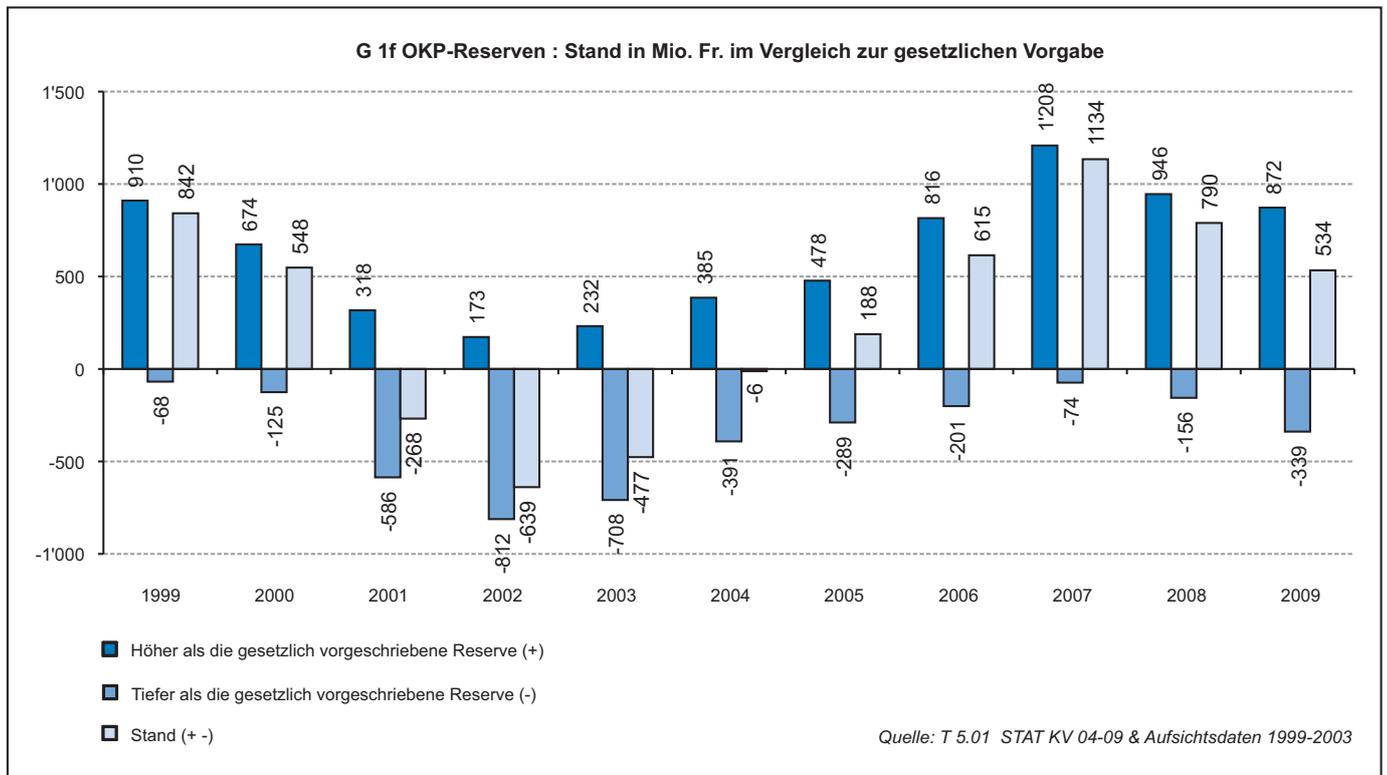
*) Versicherer mit weniger als 50 000 Versicherten sind verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen.

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 einen 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 von der jeweiligen Situation der einzelnen Versicherer abhängig ist. Ein Versicherer, der beispielsweise bereits heute die gesetzlichen Reserveanforderungen nicht erfüllt, kann seine Reserven natürlich nicht senken. Zu erwähnen ist zudem, dass ein Teil der Reserven auf Finanzmärkten angelegt und damit von der Entwicklung der Börsenkurse abhängig ist, was zu Wertverlusten führen kann.

Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass in den gesetzlichen Bestimmungen nur Mindestquoten festgehalten sind. Es besteht keine zwingende gesetzliche Vorschrift zu den zulässigen Maximalreservequoten. Die Grafik G 1e veranschaulicht diesen Umstand ganz konkret: Aus dieser Grafik geht hervor, dass die Reserven zwischen 2006 und 2007 um 0,8 Prozentpunkte anstiegen, während die gesetzlichen Anforderungen eine Senkung der Reservequote um



1,8 Prozentpunkte zugelassen hätten. 2008 hingegen sank die effektive Reservequote auf 16,5% und schliesslich 2009 auf 14,2%.

Allerdings sind die Unterschiede zwischen den Versicherern bei den Überschüssen und Fehlbeträgen im Vergleich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Reserven markant. Nach einer vierjährigen Periode zwischen 2001 und 2004 mit erheblichen Fehlbeträgen bei der Gesamtheit der Versicherer liegen die Reserven seit 2005 bis 2009 insgesamt über alle Versicherer wieder über den gesetzlichen Vorgaben. Jedoch erfüllten im Jahr 2009 von 81 OKP-Versicherern 33 die gesetzlichen Anforderungen an die Reserven nicht, wobei sich deren Fehlbetrag auf 339 Mio. Franken belief. Der Saldo (Überschüsse abzüglich Fehlbeträge in Bezug auf die gesetzlichen Reserven) betrug im

Jahr 2009 534 Mio. Franken, was ausreichen würde, um die Versicherungsleistungen von ungefähr zwei Wochen zu decken (G 1f). Mit Hilfe der Aufsichtsdaten kann die individuelle Situation der Versicherer überprüft werden (T 5.01).

Mit der Einführung von risikobasierten Reservevorschriften sollen künftig die Mängel der geltenden Reservevorschriften behoben und die Sicherheit und Transparenz in der sozialen Krankenversicherung erhöht werden. Ein KVG-Solvenztest, der analog zum «swiss solvency test» der FINMA aufgebaut ist, dabei aber den Besonderheiten der Krankenversicherung Rechnung trägt, soll ab 2012 die Solvenz der Krankenversicherer gewährleisten.

4.2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

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).

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 bei den Erwachsenen ab 26 Jahre, NW und AI die tiefsten (G 2a).

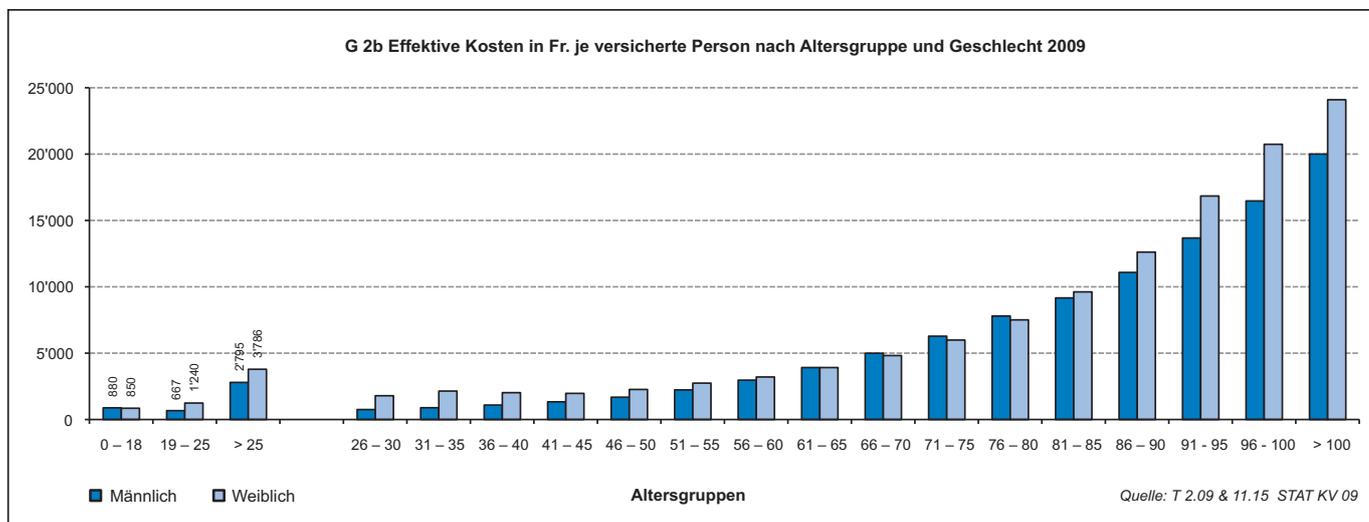
Eine Analyse der tatsächlichen Kosten nach Alter und Geschlecht zeigt zwei deutliche Zusammenhänge: einerseits zwischen Kosten und Alter, andererseits zwischen Männern und Frauen, wobei die Kosten für die Frauen höher liegen (ausser im Alter zwischen 66 und 80 Jahren). Die etwa doppelt so hohen Kosten bei den Frauen der Altersgruppen 19–25, 26–30, 31–35 und 36–40 Jahre sind hauptsächlich auf Leistungen im Zusammenhang mit der Mutterschaft zurückzuführen (G 2b).

Bei der jährlichen Kostenbeteiligung nach Kanton und Altersgruppe belegen bei den Erwachsenen ab 26 Jahre

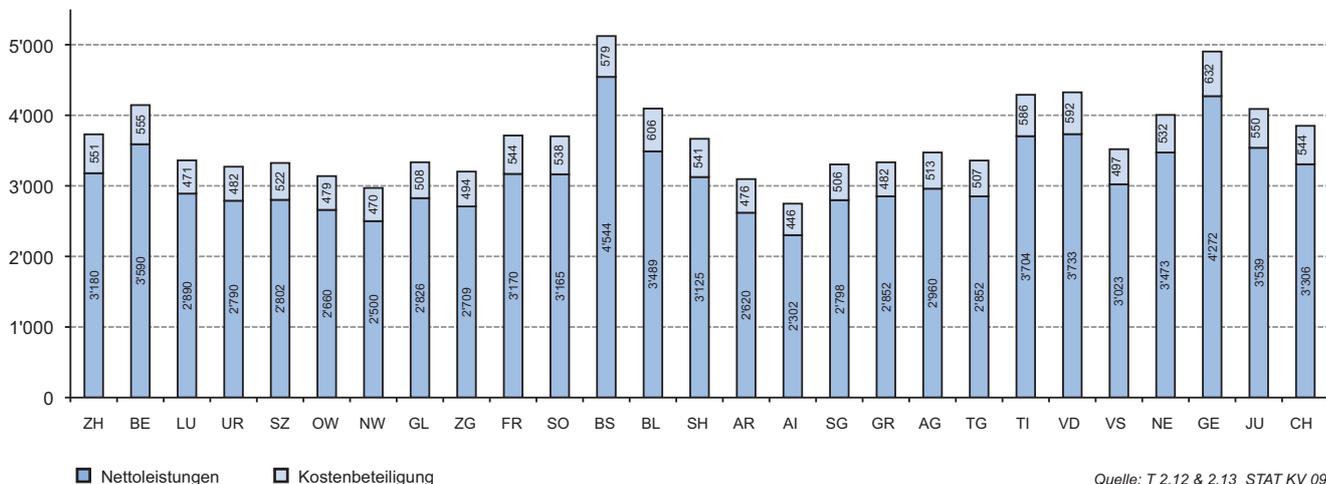
erneut die Kantone GE und BS die Spitzen- und LU und AI die Schlusspositionen. Die deutlich tieferen Werte bei den Kindern (der schweizerische Durchschnitt liegt bei 96 Franken im Vergleich zu 334 Franken für junge Erwachsene und 544 Franken für Erwachsene) sind darauf zurückzuführen, dass bei Kindern keine ordentliche Franchise erhoben wird und der maximale Selbstbehalt nur halb so hoch ist (G 2a und T 2.13).

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Kostenbeteiligungen in der Krankenversicherungsstatistik **unterschätzt** werden. Denn es werden im System des Tiers garant lediglich die Kostenbeteiligungen berücksichtigt, die von den Krankenversicherern registriert werden. Viele Versicherte mit hohen Wahlfranchisen bezahlen die Rechnungen für bezogene Leistungen direkt an die Leistungserbringer, ohne dass sie ihren Versicherer über diese Rechnungen in Kenntnis setzen, wenn ihr Franchisebetrag nicht erreicht wird. Deshalb sind diese Leistungen in der Statistik der OKP nicht erfasst. Ohne dass ihr Umfang und ihre Entwicklung abgeschätzt werden kann, sind diese von den Haushalten direkt bezahlten Beträge gesamthaft im Posten «Out of pocket» der Kosten des Gesundheitswesens enthalten (siehe T 9.06 und 9.07).

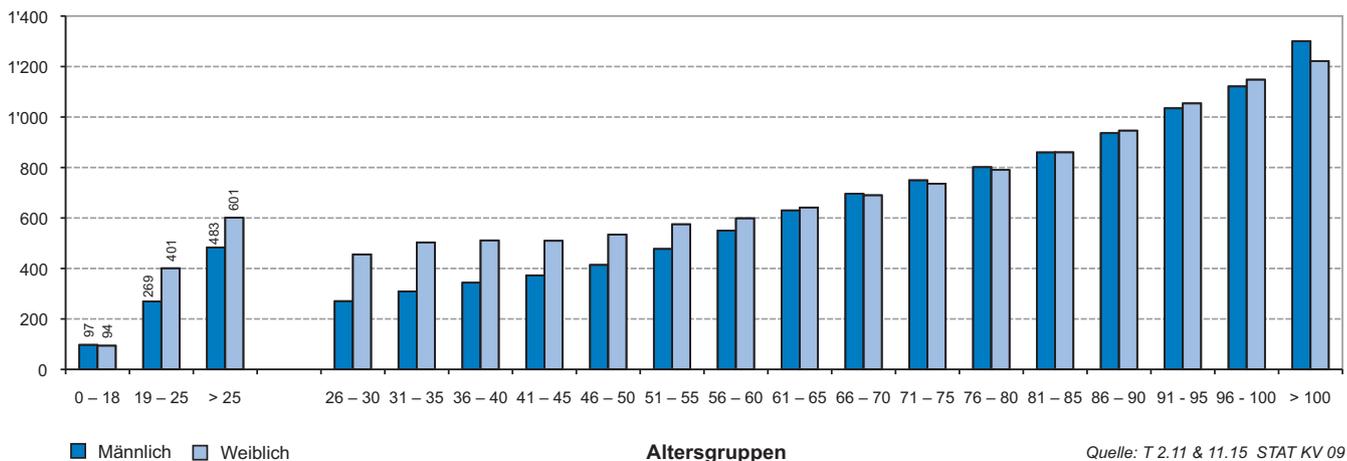
Bei der jährlichen Kostenbeteiligung sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den Altersgruppen 0 bis 18 Jahre und ab 61 Jahren sehr gering. Bei den übrigen Altersklassen liegt die jährliche Kostenbeteiligung der Frauen höher (G 2d). Zwar entfällt sie grundsätzlich bei Leistungen für die Mutterschaft, dies gilt jedoch nicht im Falle von Schwangerschaften mit Komplikationen.



G 2a Nettoleistungen, Kostenbeteiligung und Bruttoleistungen in Fr. je versicherte Person nach Kantonen 2009 (Erwachsene ab 26 Jahre)



G 2d Kostenbeteiligung in Fr. je versicherte Person nach Altersgruppe und Geschlecht 2009



Leistungen OKP nach Kostengruppen

Bei der Aufteilung der Bruttoleistungen (d.h. inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten) eines Betriebsjahres nach **Kostengruppen** entfallen von der Gesamtsumme von 23,7 Mrd. Franken (+ 4,1 % gegenüber dem Vorjahr) 38 % auf die Spitäler (ambulant und stationär), 22 % auf Leistungen der Ärzte (ambulant), 20 % auf Medikamente (von Apotheken und Ärzten abgegeben), 8 % auf Pflegekosten in Pflegeheimen sowie 12 % auf übrige Leistungen wie Spitex, Physiotherapie, Chiropraktik, Labor sowie Mittel und Gegenstände (G 2e und T 2.17).

Pro versicherte Person beliefen sich die Bruttoleistungen auf 3069 Franken, 2,9 % mehr als im Vorjahr. Die drei Kostengruppen mit den höchsten Kosten pro Versicherten sind stationäre Spitalaufenthalte (711.-), ambulante Behandlungen beim Arzt (678.-) und im Spital (451.-) (T 2.19 und G 2f).

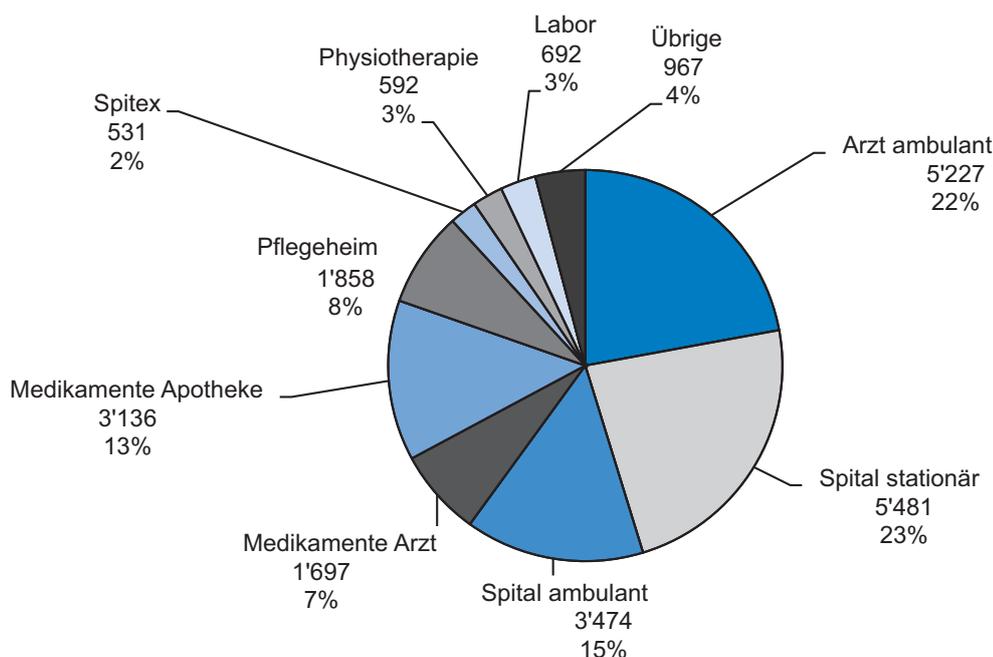
Die Zunahmen im Vergleich zum Vorjahr sind jedoch von begrenzter Aussagekraft; es ist sinnvoller, die Entwicklung der Kostengruppen über mehrere Jahre zu betrachten. So beträgt die jährliche Zunahme der Leistungen pro versicherte Person für den Zeitraum von 1999-2009 im Durchschnitt 4,3%. Überschritten haben diesen Durchschnittswert in

diesem Zeitraum namentlich folgende Kostengruppen: Mittel und Gegenstände (11,5 %), Spitex (7,9 %), Spitäler ambulant (8,2 %). Darunter lagen Spitäler stationär (3,7 %), Physiotherapie (2,5 %) und Chiropraktik (1,2 %). Ein 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 und T 2.18).

Interessant ist auch, die Wirkung der verschiedenen politischen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung der verschiedenen Kostengruppen zu untersuchen. Zu diesem Zweck wird die durchschnittliche Kostenentwicklung im Zeitraum 2008-2009 der Entwicklung im gesamten Zeitraum 1999-2009 gegenübergestellt. Zwischen 2008 und 2009 stiegen die Kostengruppen mehrheitlich in einer Grössenordnung, die ungefähr dem Durchschnitt der Jahre 1999-2009 entspricht, wohingegen die Kostengruppen Ärzte (ambulant), Spitäler (ambulant), Mittel und Gegenstände sowie Labor um mehr als der Durchschnitt der letzten zehn Jahre gestiegen sind (G 2g).

Neben des jährlichen oder durchschnittlichen Wachstums der Leistungen der verschiedenen Kostengruppen muss

G 2e Leistungen OKP (brutto) in Millionen Fr. und in % des Totals nach Kostengruppen 2009

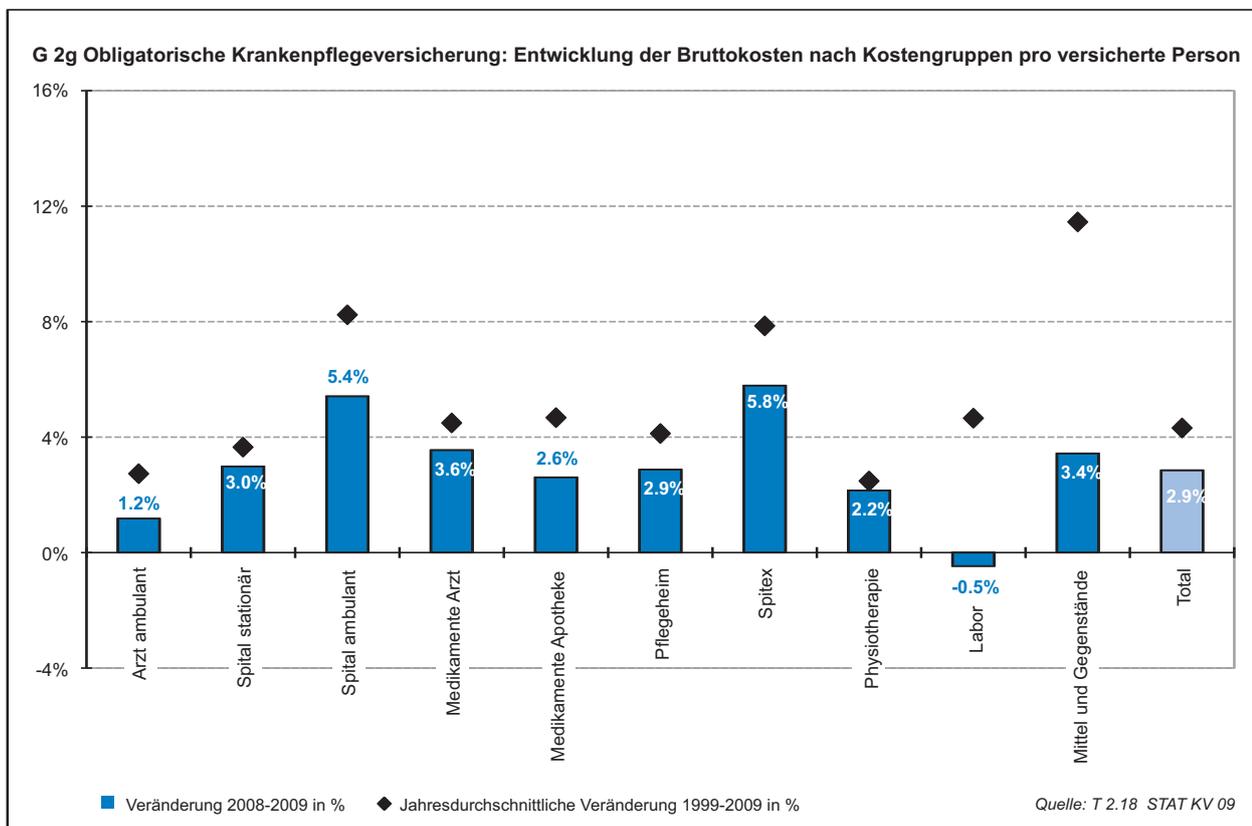
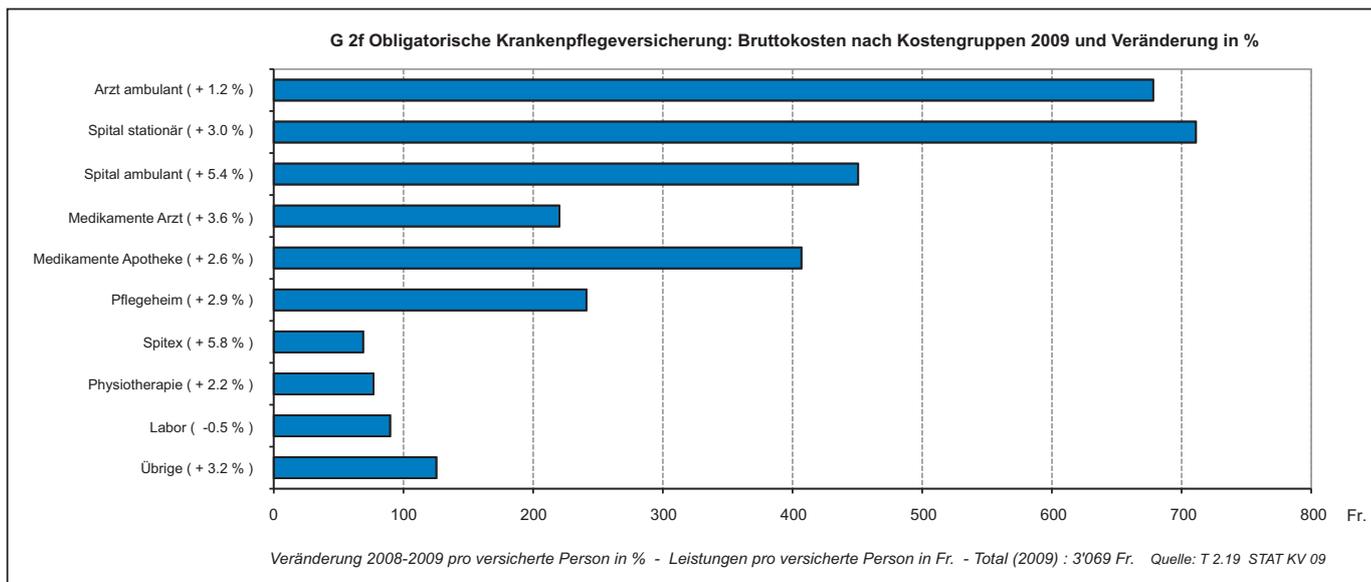


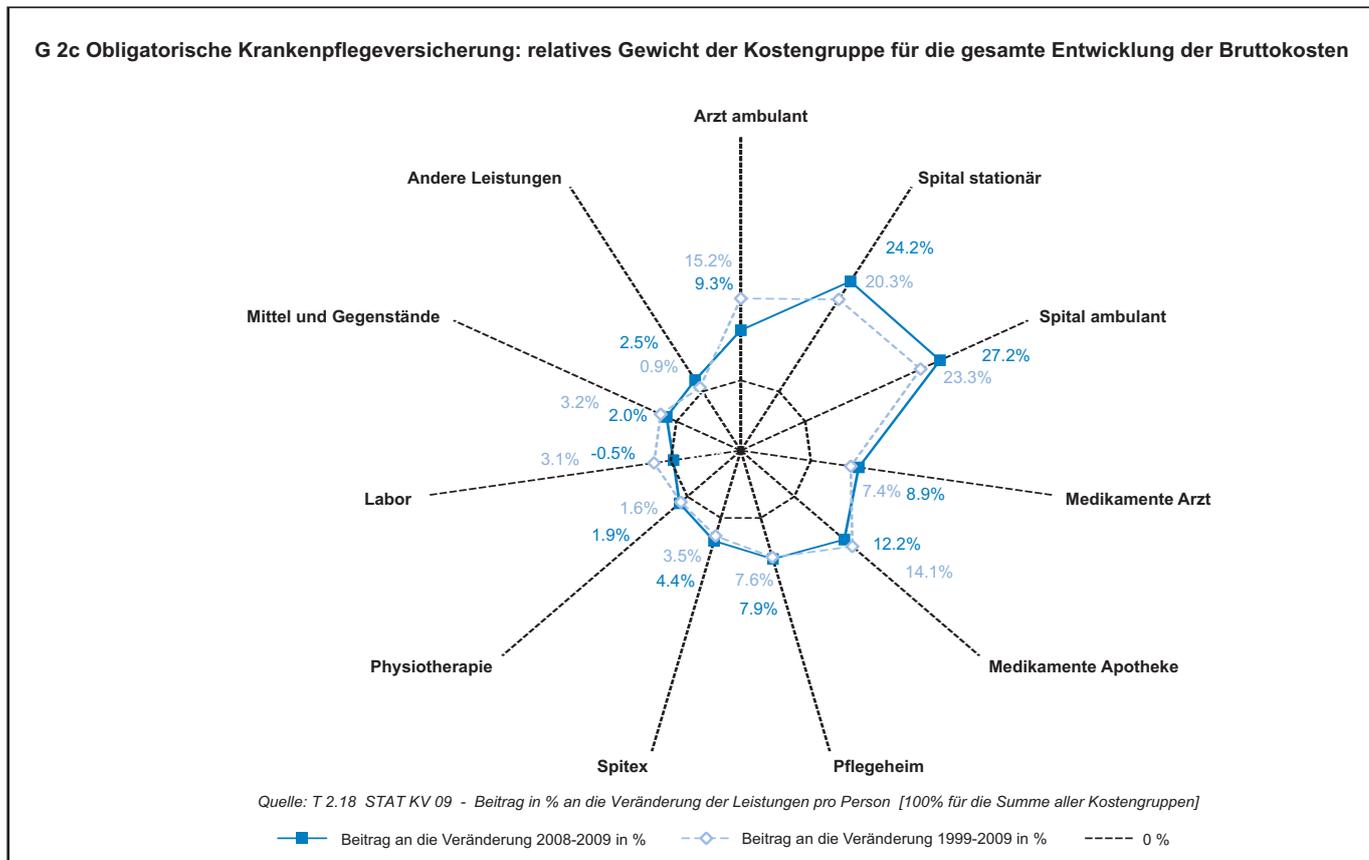
Total (100%) : 23656 Mio. Fr. Quelle: T 2.17 STAT KV 09

der Anteil der betrachteten Kostengruppe an den gesamten Leistungen berücksichtigt werden. Die Grafik G 2c zeigt, dass beispielsweise eine mittlere jährliche Kostenveränderung von 11,5% bei den Mitteln und Gegenständen zwischen 1999 und 2009 sich etwa acht Mal weniger auf die gesamte Entwicklung der Kosten auswirkt als eine mittlere jährliche Kostenveränderung von 3,7% bei den Spitälern

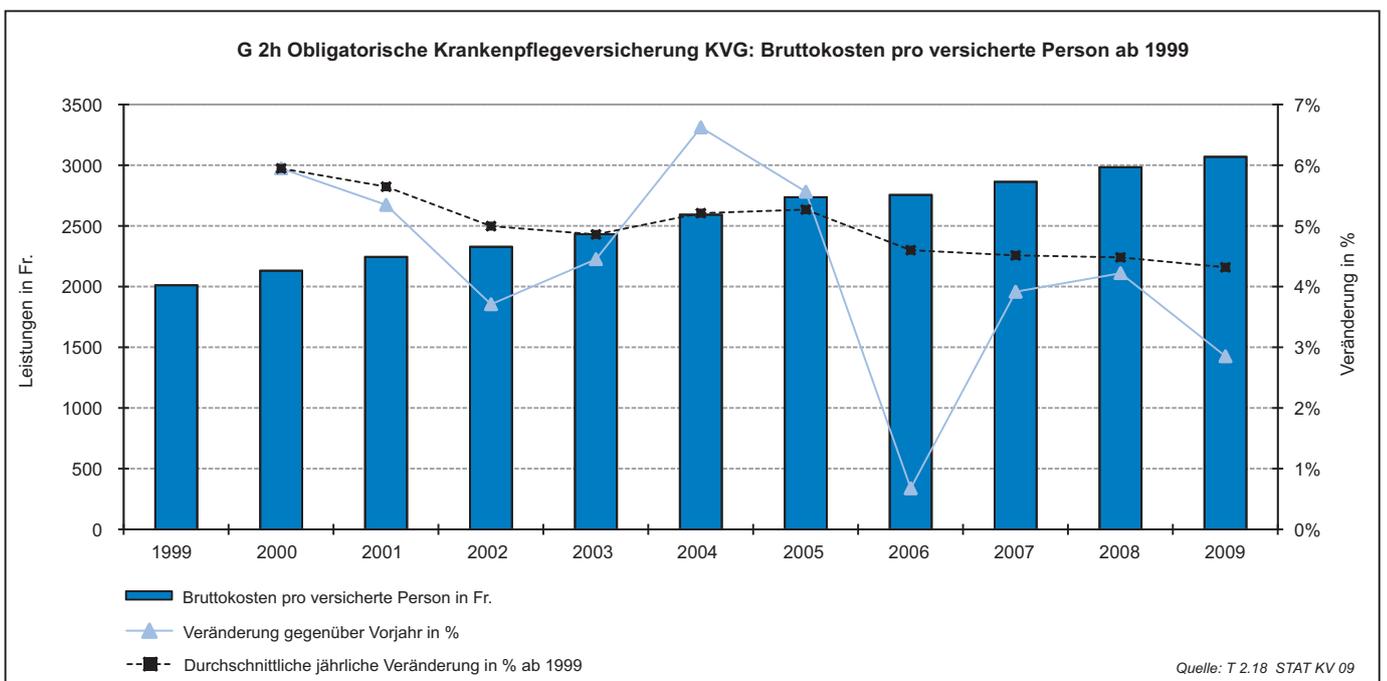
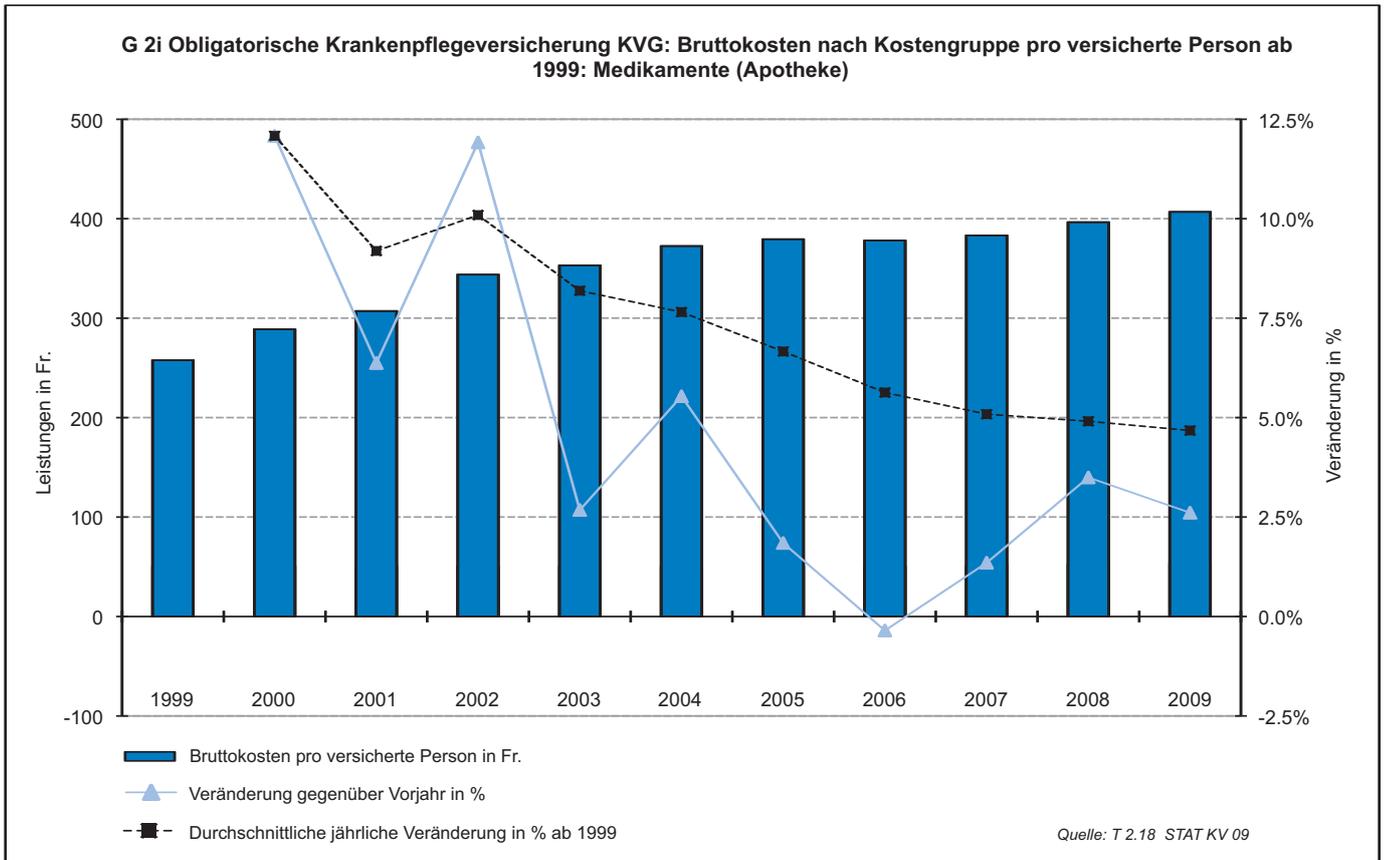
(stationär) im gleichen Zeitraum (Beitrag an die Zunahme: 3,2% bzw. 24,2%).

Die Grafik G 2g zeigt eine Zusammenfassung der wichtigsten Kostengruppen über mehrere Jahre. Interessant kann auch die spezifische Entwicklung der einzelnen Kostengruppen sein. Anhand der Medikamente (Apotheken, G 2i)





können die grossen jährlichen Schwankungen aufgezeigt werden, die abgeschwächt werden, wenn die kumulierte durchschnittliche jährliche Veränderung sowie die gesamten Leistungen (G 2h) betrachtet werden. Die Grafiken zu allen wichtigen Kostengruppen werden vom BAG im Internet (www.bag.admin.ch/pyramiden) unter der Rubrik «Zeitreihen» zur Verfügung gestellt (siehe Anhang D).



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 abrufen oder eine Druckfassung bestellen (Prämienführer KVG pro Versicherer). Die Sektion Statistik und Mathematik stellt die Prämien der Versicherer auch auf der Internetseite des BAG (www.bag.admin.ch/pyramiden) in der Anwendung «Zeitreihen» zur Verfügung – seit 1996 als PDF- und seit 2004 auch als XLS-Dateien (siehe Anhang D).

Monatliche Durchschnittsprämien bei ordentlicher Franchise

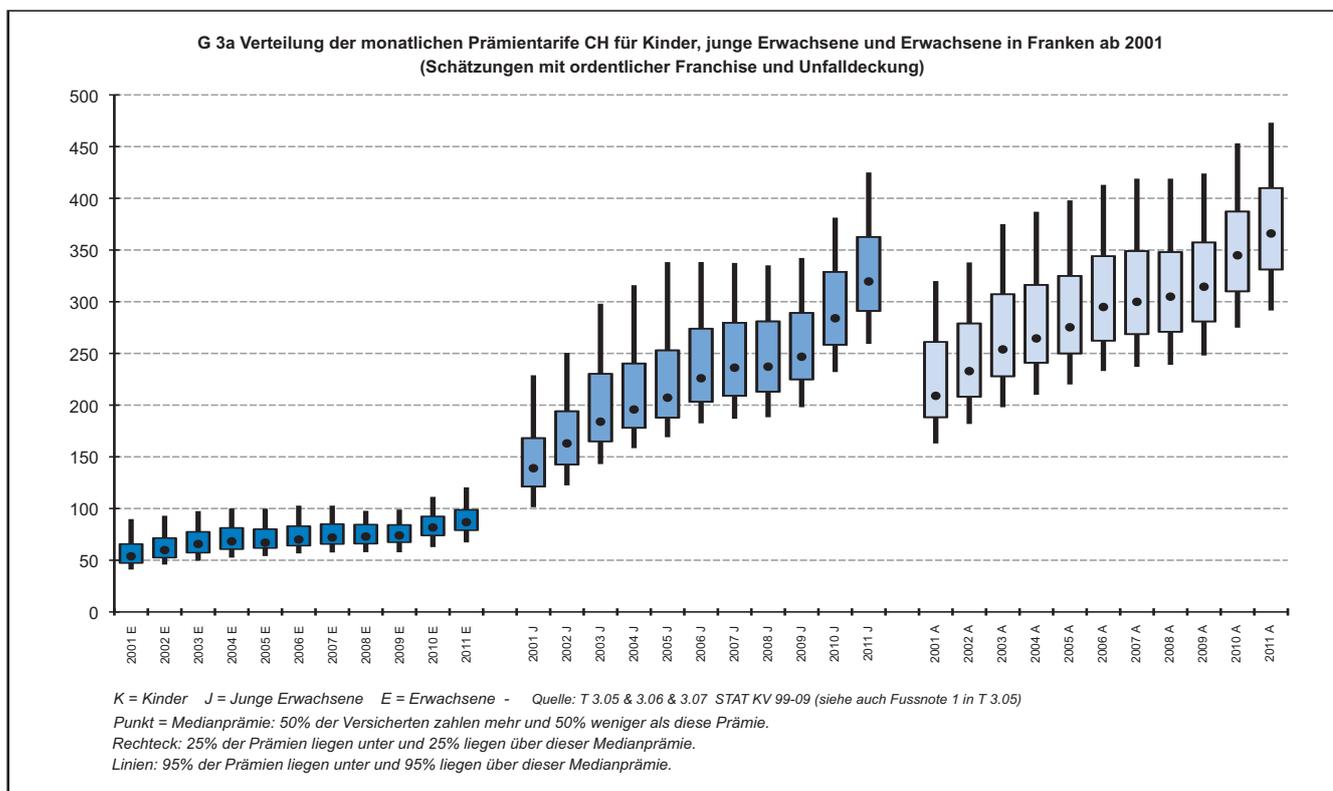
Bei den in den folgenden Grafiken dargestellten Prämien handelt es sich um die **monatlichen OKP-Durchschnittsprämien**, und zwar geschätzt für die Kategorien Erwachsene (ab 26 Jahre), junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) und Kinder (bis 18 Jahre) bei ordentlicher Franchise mit Unfalldeckung.

Dabei geben die berücksichtigten **monatlichen** Durchschnittsprämien lediglich die **wahrscheinliche Entwick-**

lung der Prämien mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung wieder. Die Prämientarife der Versicherer sind zwar im Herbst bekannt, doch was die Verteilung der Versicherten auf die verschiedenen Versicherer im Folgejahr anbelangt, können nur Vermutungen angestellt werden. Die Durchschnittsprämien dienen auch als Referenz, um der Öffentlichkeit und den Medien die durchschnittlichen Veränderungen pro Kanton und auf schweizerischer Ebene bekanntzugeben. Auf der Internetseite des BAG [www.bag.admin.ch/kvstat, Rubrik Analysen und Beiträge, «Berechnung der Erhöhung der Durchschnittsprämien in der obligatorischen Krankenversicherung von Wolfram Fischer, 10/04»] steht eine technische Erläuterung der Berechnungsmethode zur Verfügung, die für diese Schätzungen verwendet wird. Es handelt sich folglich um einen **teilweisen geschätzten Wert**. Die Tarife der anderen Versicherungsmodelle (Wahlfranchise, Bonusversicherung, beschränkte Wahl der Leistungserbringer) werden bei der Berechnung nicht mitberücksichtigt.

Gesamtschweizerisch

Die errechneten gesamtschweizerischen Durchschnittsprämien (mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung) sind nur bedingt aussagekräftig, da die Prämien in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich ausfallen und da sie



weniger als die Hälfte der effektiv gewählten Versicherungsmodelle betreffen. Die geschätzte Prämie für Erwachsene steigt demnach 2011 um durchschnittlich 6,5% an, die für junge Erwachsene um 11,8% und die für Kinder um 6,3%. Die grafische Darstellung der kumulierten durchschnittlichen jährlichen Veränderung seit 2001 relativiert das Ausmass punktuell starker jährlicher Prämien erhöhungen (Erwachsene G 3c – junge Erwachsene G 3e – Kinder G 3g).

Die starken Schwankungen bei den jährlichen Prämiensteigerungen sind nicht nur auf die entsprechende Entwicklung bei den bezahlten Leistungen, sondern auch auf Gesetzes- und Ordnungsänderungen 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 Kapitel 9 und Anhang F3).

Anhand einer Boxplot-Darstellung lässt sich die schweizerweite Entwicklung der geschätzten Durchschnittsprämien für die drei Alterskategorien seit 2001 darstellen (G 3a). Man sieht anhand 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 (ausschliesslich mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung). 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 (25% der Prämien liegen darunter und 25% liegen darüber). Die Linien ausserhalb des Rechteckes geben die Prämientarife der übrigen Versicherten an (um Verzerrungen aufgrund von Extremwerten zu vermeiden, beschränkt sich die Darstellung auf 90% der Versicherten; je 5% der Versicherten mit den höchsten und den tiefsten Prämientarifen werden ausgeklammert.) Je kleiner das Rechteck ist, umso geringer ist der Unterschied zwischen den Prämien der Versicherten innerhalb eines Kantons. 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 Prozent von 2010

bis 2011 sowie die durchschnittlichen jährlichen Veränderungen von 2001 bis 2011 in den verschiedenen Kantonen und gesamtschweizerisch liefern interessante Hinweise (Erwachsene G 3b – junge Erwachsene G 3r – Kinder G 3s).

Die **Verteilung der Prämientarife innerhalb der Kantone** kann wiederum mit Hilfe einer Boxplot-Darstellung aufgezeigt werden (Erwachsene G 3d – junge Erwachsene G 3f – Kinder G 3h). Diese Art 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 (ausschliesslich mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung).

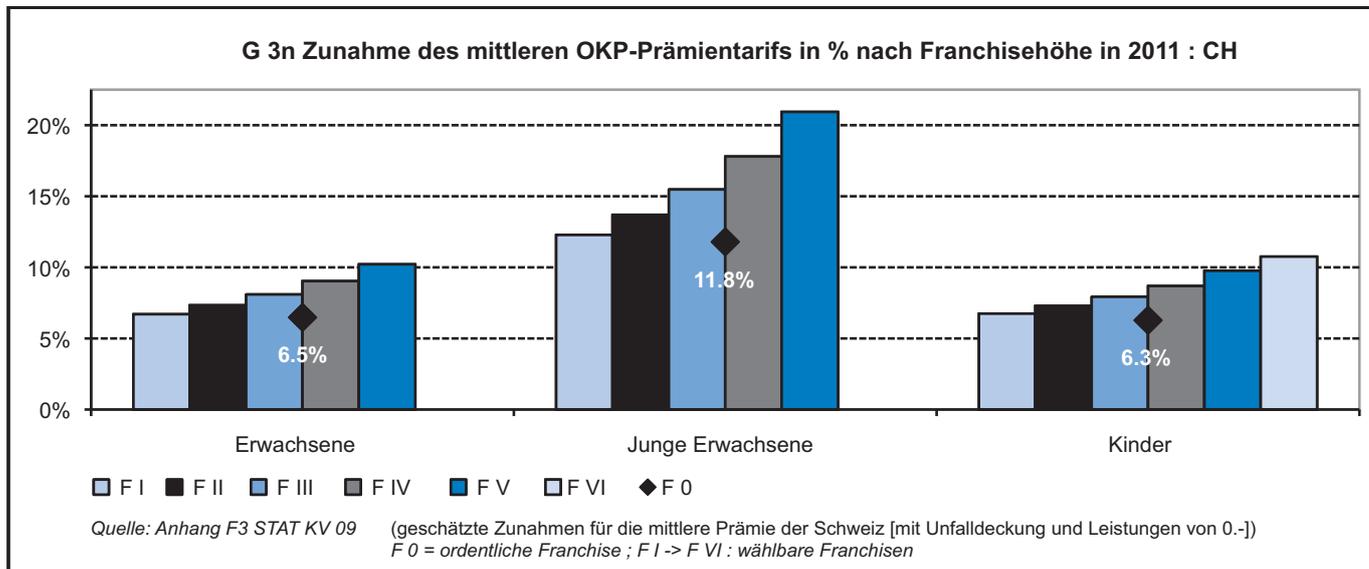
Diese drei Graphiken beschreiben eine hypothetische Verteilung der genehmigten Prämien 2011 für das Standardmodell (ordentliche Franchise, inkl. Unfalldeckung), wobei für die Verteilung der Versichertenbestand im Jahr 2009 massgeblich ist. Sie stellen somit eine Schätzung auf der Basis der letzten bekannten Bestände dar.

Aus den Daten geht hervor, dass viele Versicherte noch immer Krankenversicherer mit einem relativ hohen Prämienniveau wählen. Das individuelle Sparpotenzial bei der Wahl des Versicherers und des Versicherungsproduktes wird folglich nicht ausgeschöpft. Ein kritischer Vergleich ist in den Kantonen gerechtfertigt, in denen die Bandbreite der Prämien sehr gross ist. In Kantonen mit mehreren Prämienregionen ist die Spreizung der Verteilung damit grösser als in Kantonen mit einer einheitlichen Prämienregion.

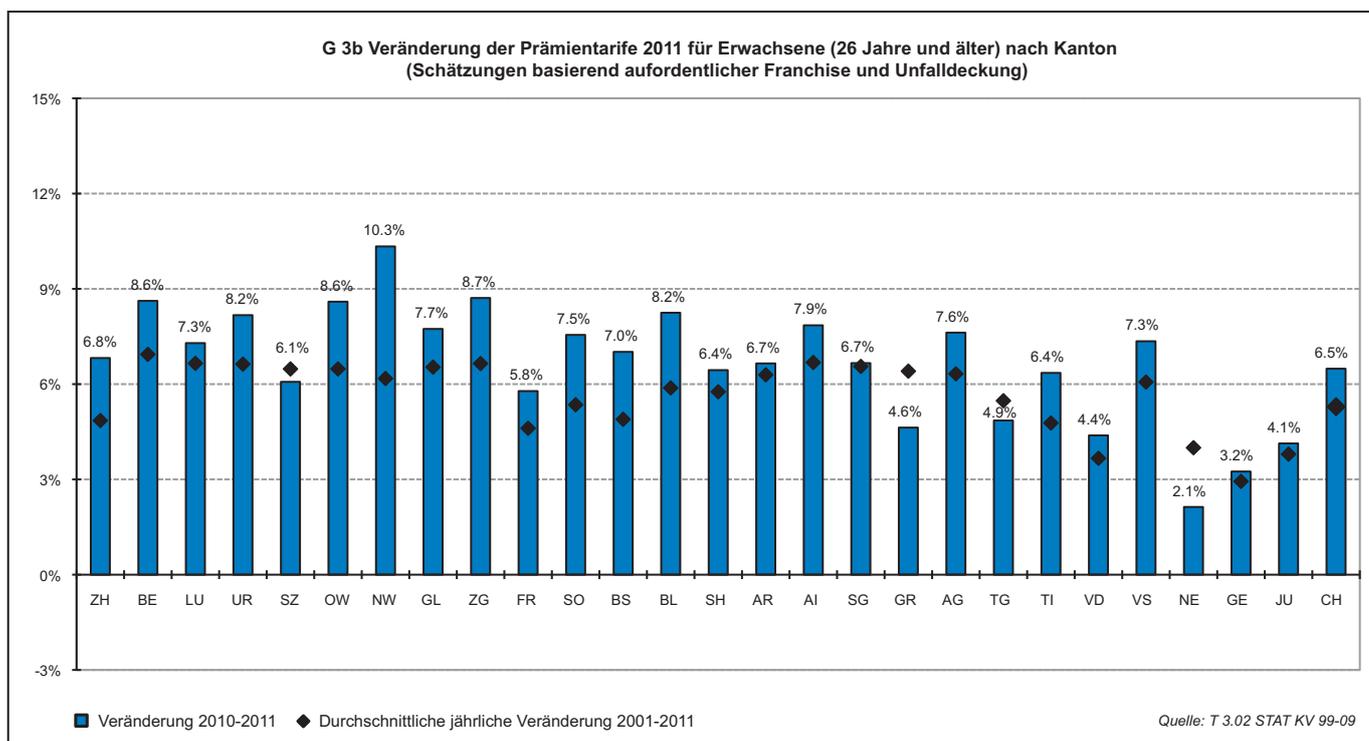
Zusammenfassend lässt sich aus den Grafiken im Allgemeinen auch ein Prämiengefälle zwischen der lateinischen und der deutschen Schweiz herauslesen, das durch das «Stadt-Land»-Gefälle überlagert wird.

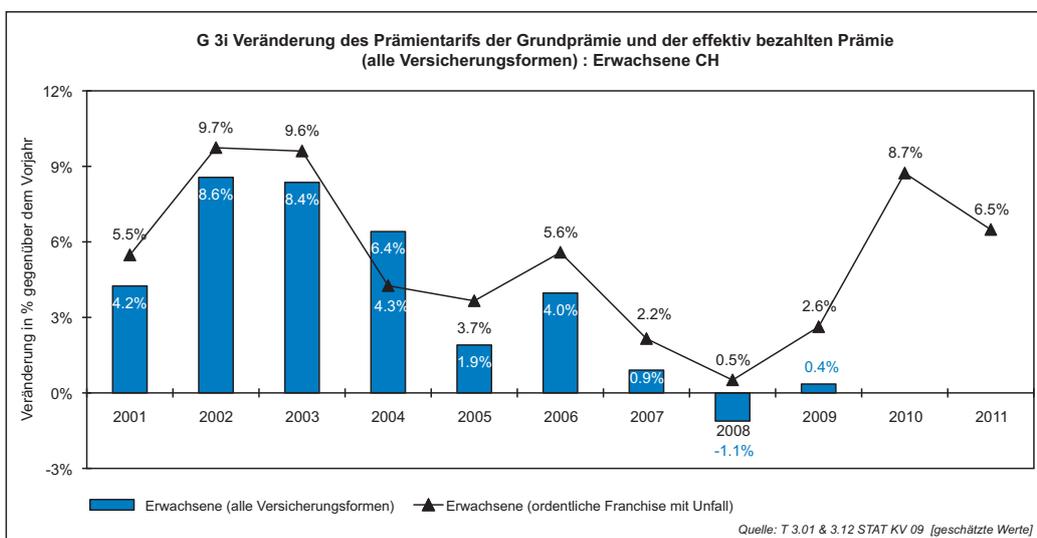
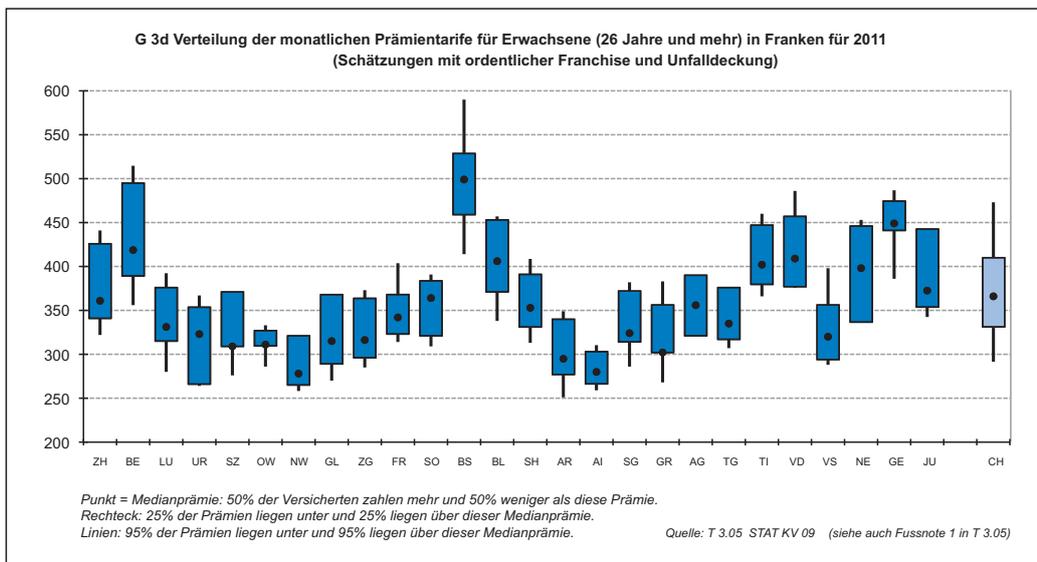
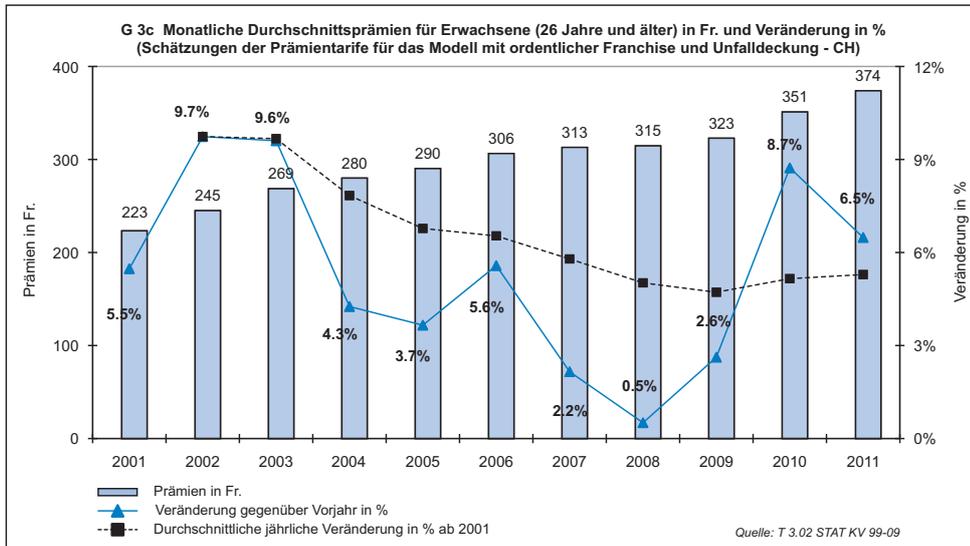
Durchschnittliche Monatsprämien nach wählbarer Franchise

Als aufschlussreich erweist es sich, den Einfluss der geänderten Rabattierungsvorschriften bei den Wahlfranchisen seit 2006 (neue Franchisen ab diesem Zeitpunkt) auf die Prämien erhöhungen zu untersuchen und mit den Prämien erhöhungen bei der ordentlichen Franchise zu vergleichen. Je nach Franchise kann die entsprechende Prämienhöhung bis zum Dreifachen der Erhöhung der ordentlichen Franchise ausmachen (Erwachsene G 3v – junge Erwachsene G 3w – Kinder G 3r).

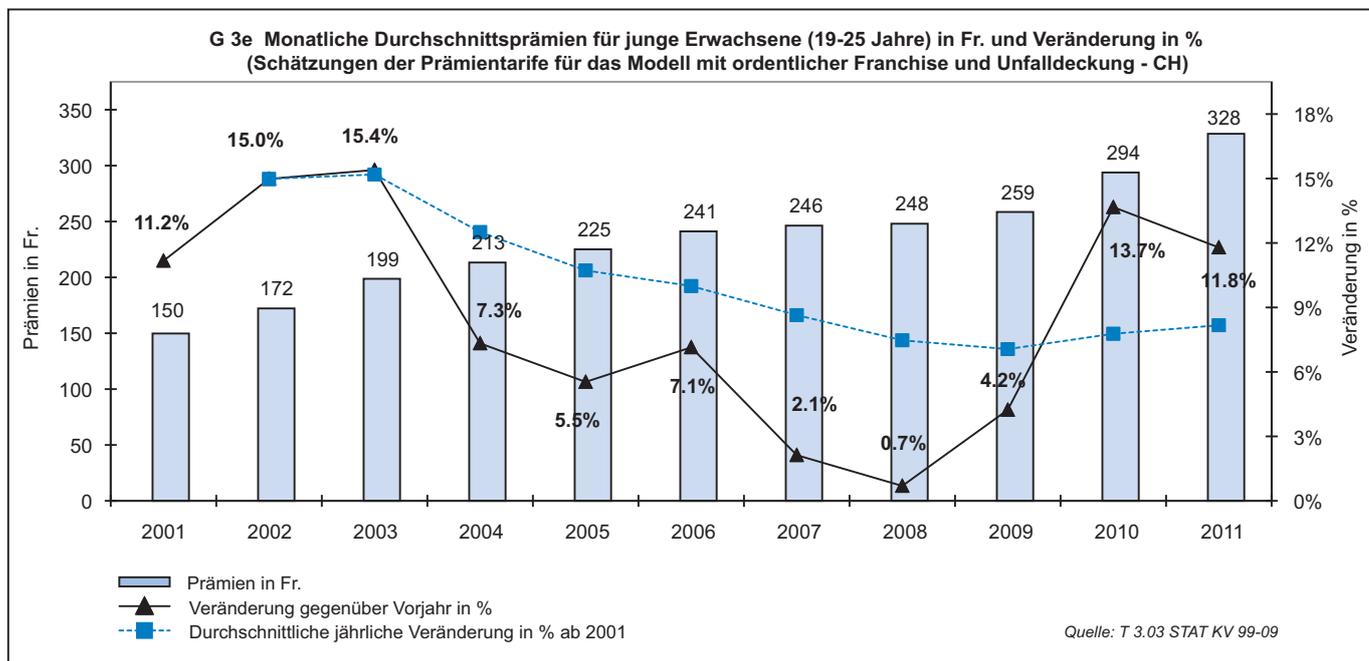
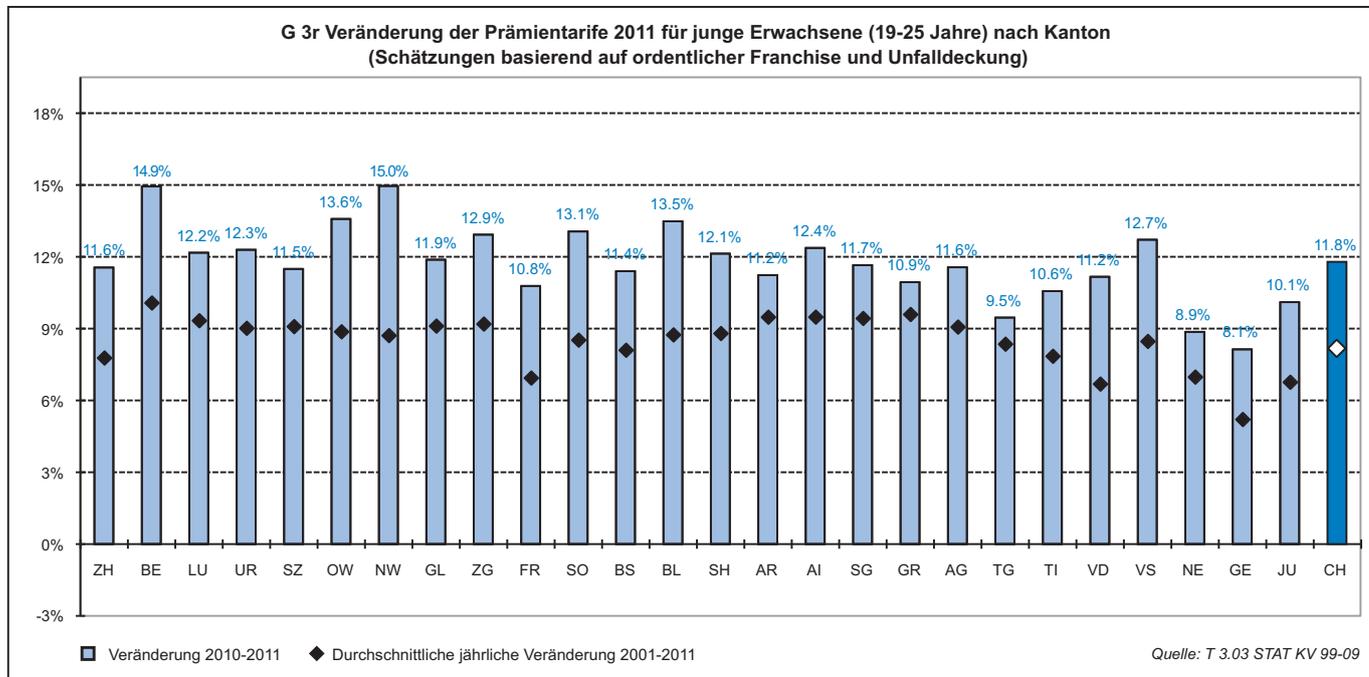


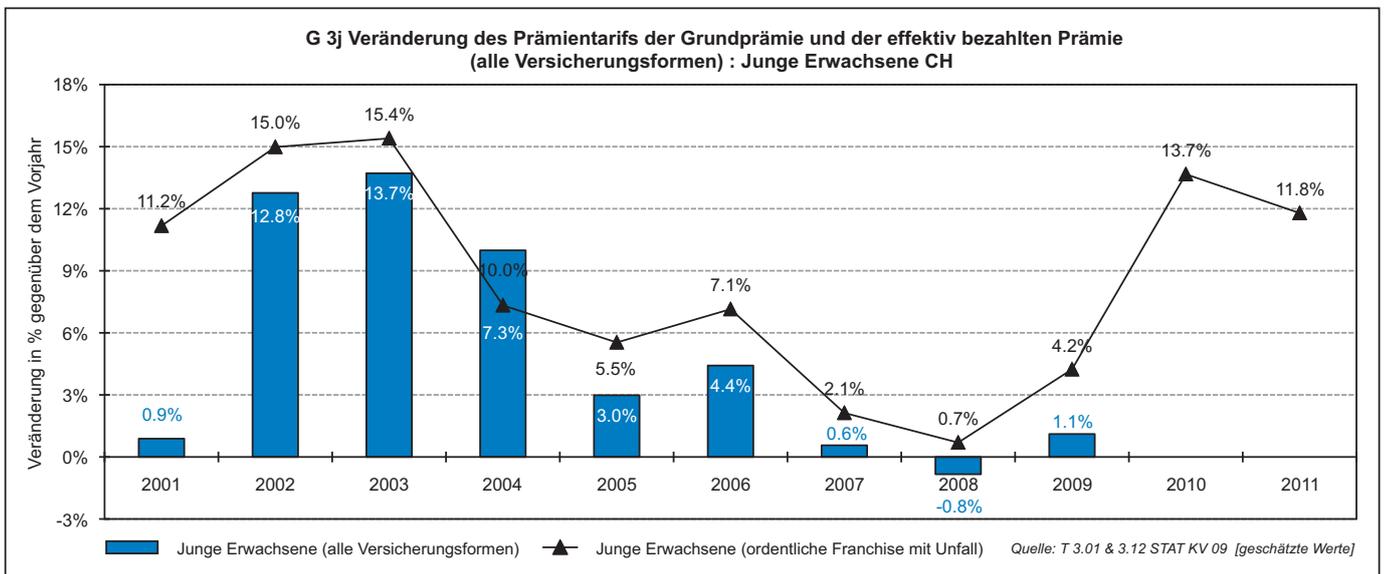
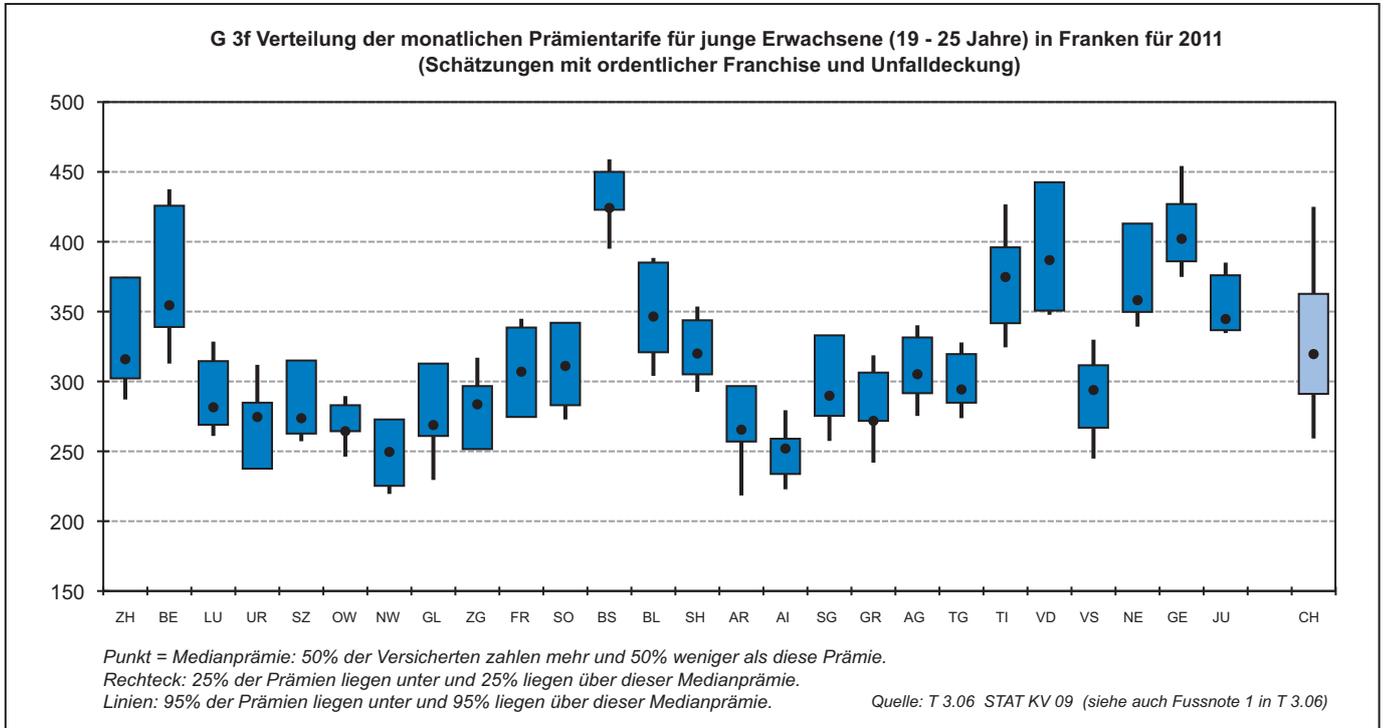
Erwachsene



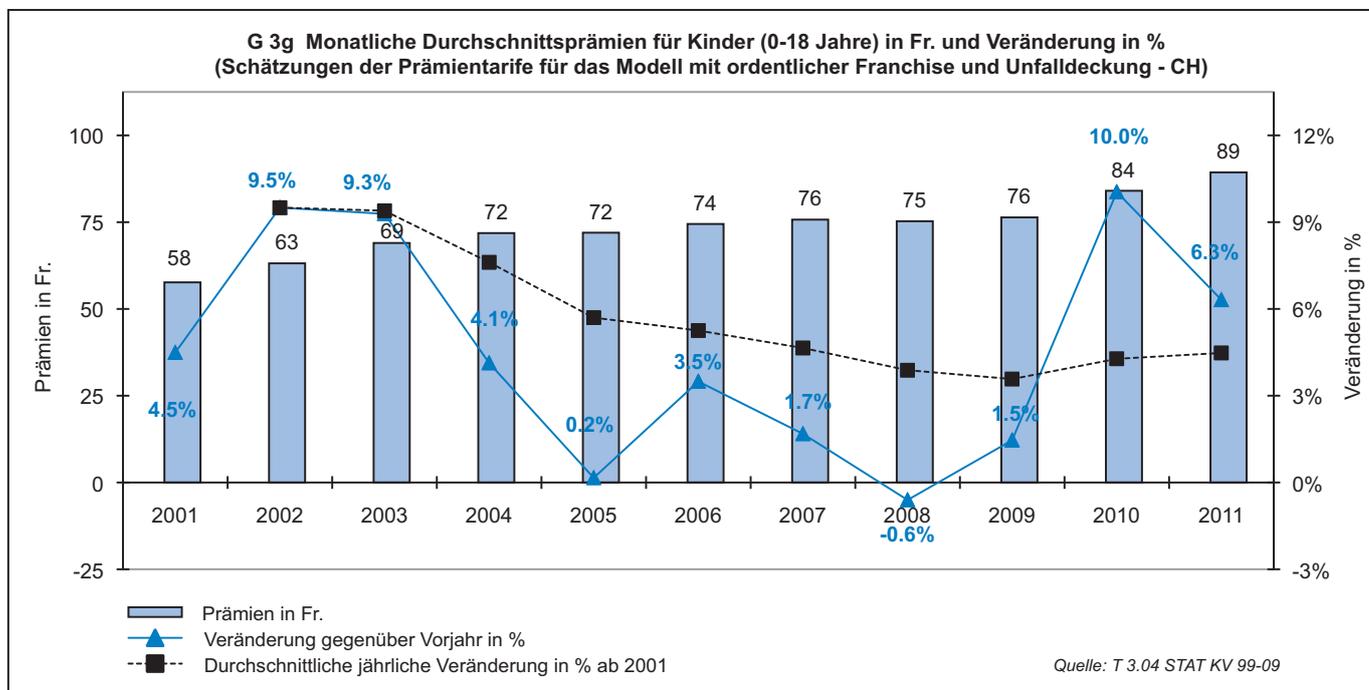
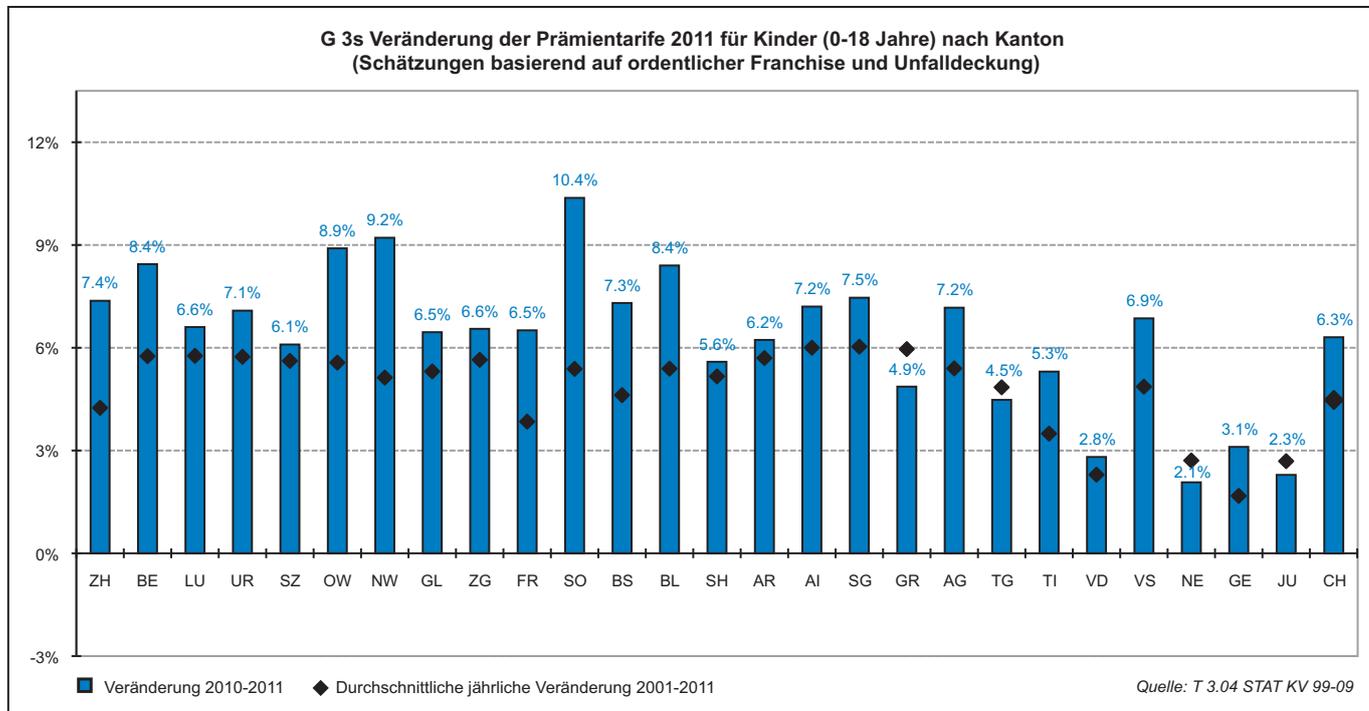


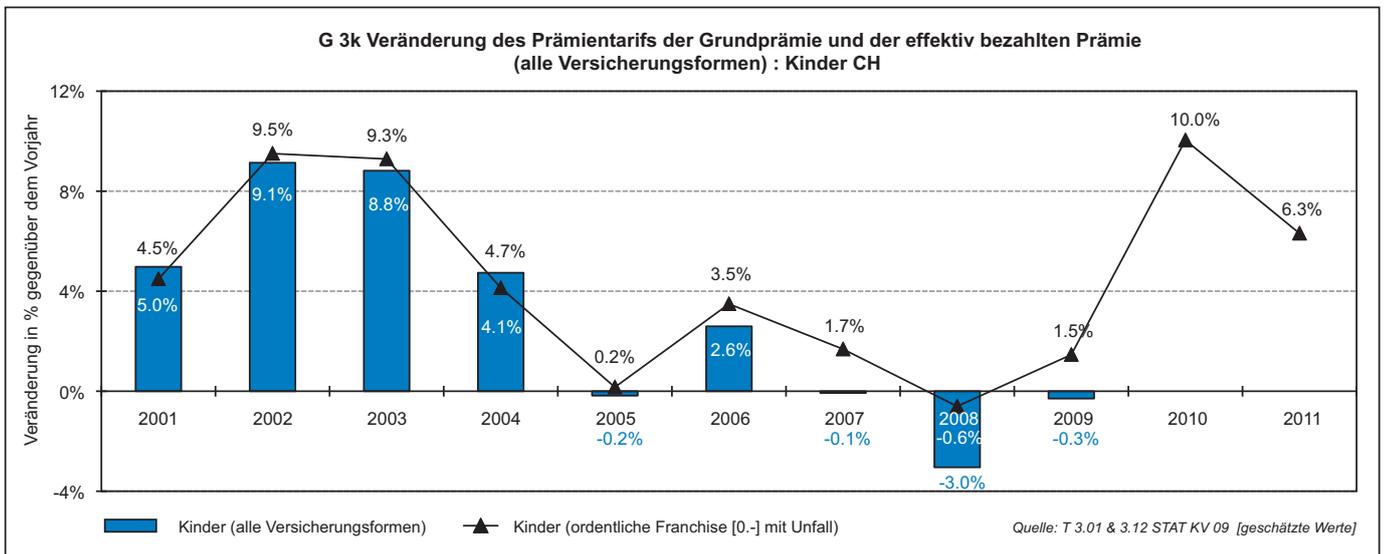
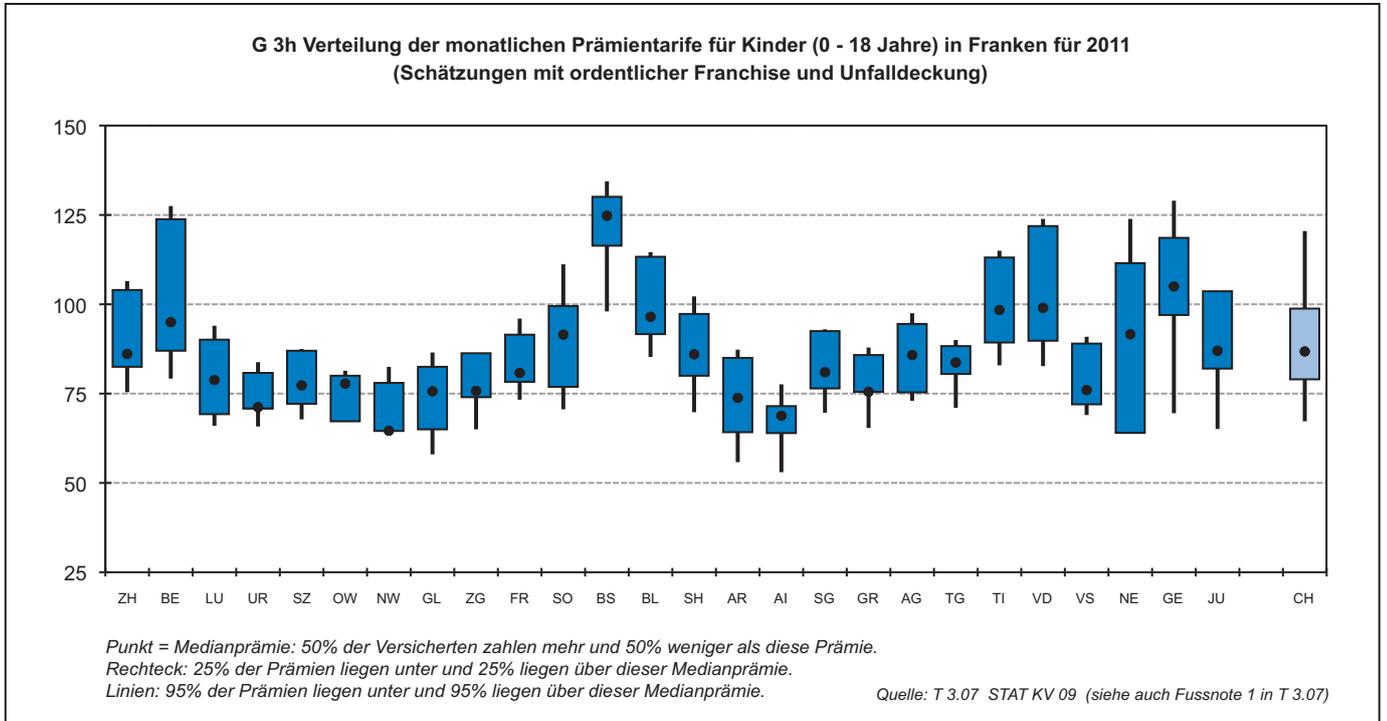
Junge Erwachsene





Kinder





Durchschnittliche Monatsprämien für alle Versicherungsmodelle

Der nachträglich für alle Versicherungsmodelle festgestellte tatsächliche Anstieg von Prämien und Ausgaben der Versicherten wird ebenfalls publiziert.

Die Grafiken G 3i, 3j und 3k zeigen die teilweise grossen Unterschiede zwischen den geschätzten monatlichen Durchschnittsprämien für die ordentliche Franchise (die als Referenz für die Mitteilung an die Medien und die Öffentlichkeit dienen) und jenen für die Gesamtheit der Versicherungsformen. Daraus geht hervor, dass die Veränderung der geschätzten monatlichen Durchschnittsprämien für die ordentliche Franchise nur bedingt verallgemeinert werden kann. Sie liegt fast immer über jener, die für die Gesamtheit aller Versicherungsmodelle angesetzt werden kann. Bedingt durch die Änderung der Rabatte im Zusammenhang mit den wählbaren Franchisen (Anhang F1 und F2) bildet das Jahr 2004 eine Ausnahme.

Prämien pro Versicherten

Das durchschnittliche **Prämiensoll** pro versicherte Person und Jahr belief sich im Jahr 2009 auf **2611 Franken** (+1,0% im Vergleich zum Vorjahr). Für Versicherte mit ordentlicher Franchise betrug der Wert 2824 Franken, für Versicherte mit wählbarer Franchise 2837 Franken, für Versicherte mit BONUS-Versicherungen 2583 Franken und für Versicherte mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers 2221 Franken (T 3.12). Auf den ersten Blick erscheint es 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 die Durchschnittsprämie nach unten (aus der T 11.09 geht hervor, dass ungefähr 90% aller Kinder eine ordentliche Franchise haben). Zweitens finden sich Versicherte mit wählbarer Franchise überdurchschnittlich häufig in Regionen mit hohem Prämienniveau (städtische Gebiete, Romandie usw.). Daraus erklärt sich, dass der Durchschnitt der Prämien der Versicherungen mit wählbarer Franchise über jenem der Versicherungen mit ordentlicher Franchise liegt.

Prämienregionen

Per 1.1.2004 wurden einheitliche **Prämienregionen** festgelegt. Vorher konnten die Versicherer ihre Prämienregionen selbst festlegen, weshalb auch keine Vergleichsmöglichkeiten gegeben waren. Seither sind die Prämienregio-

nen nach Kanton oder gegebenenfalls nach Bezirk oder Gemeinde festgelegt. (Die Detailliste ist auf dem Internet verfügbar, siehe Anhang E2).

Im Anhang E findet sich ein Text mit Erklärungen zu den Kriterien zur Bildung der Prämienregionen. Eine Datei im Format XLS, mit der die BFS-Nummern der Gemeinden oder die Postleitzahlen in Beziehung zu den Prämienregionen und Prämien gebracht werden, ist auf der Internetseite des BAG verfügbar (siehe ebenfalls Anhang E).

Die Krankenversicherer können bis zu drei regionale Tarife pro Kanton 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).

Prämien und 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 wies dieses Verhältnis von 1999 bis 2009 Schwankungen zwischen 90% und 101% auf. Besonders interessante Hinweise liefert die Kurve des kumulierten Verhältnisses **Leistungen/Prämien** ab 1996. Dabei wird das Verhältnis aller Leistungen und der Prämien pro versicherte Person ab 1996 bis zum Jahr 2009 betrachtet. Das Verhältnis liegt sehr nahe bei 95%. Dies bedeutet, dass von den Prämien eine Marge von etwa 5% für Verwaltungskosten, Veränderungen bei Rückstellungen und Reserven sowie für Gewinne und Verluste auf Kapitalanlagen verwendet wird. Jährliche Schwankungen des Verhältnisses können bedingt durch die Vorausberechnungen des künftigen Leistungsvolumens auftreten (G 3l, Gesamtschweiz). Die Grafiken aller Kantone werden im Internet des BAG (www.bag.admin.ch/pyramiden) unter der Rubrik «Zeitreihen» zur Verfügung gestellt (siehe Anhang D).

Die Daten der Grafik G 3l beziehen sich auf die bezahlten Leistungen ausgehend vom Datum der Leistungsrückstattung. Ein anderes Vorgehen bestünde darin, vom Behandlungsdatum auszugehen, um die Prämien und Leistungen einander gegenüberzustellen. Da diese Daten jedoch nicht zur Verfügung stehen, können sie in der Statistik des BAG nicht aufgeführt werden.

So kennen die Krankenkassen beispielsweise im Jahr 2007 die Kosten für das Jahr 2006 und müssen ihre Prämien für 2008 ausgehend von einer Prognose der Kosten und der Versicherten, die 2008 den Versicherer wechseln werden,

festlegen. Erst im Jahr 2009, also zwei Jahre später, sind die tatsächlichen Kosten für 2008 bekannt, und erst dann kann ein Vergleich mit den vorausgerechneten Kosten vorgenommen werden. Eine kompensatorische Anpassung kann erst bei den Prämien des Jahres 2010 vorgenommen werden. Daher erfolgt die Korrektur aus dem Vergleich der geschätzten und der tatsächlichen Kosten mit zeitlicher Verzögerung.

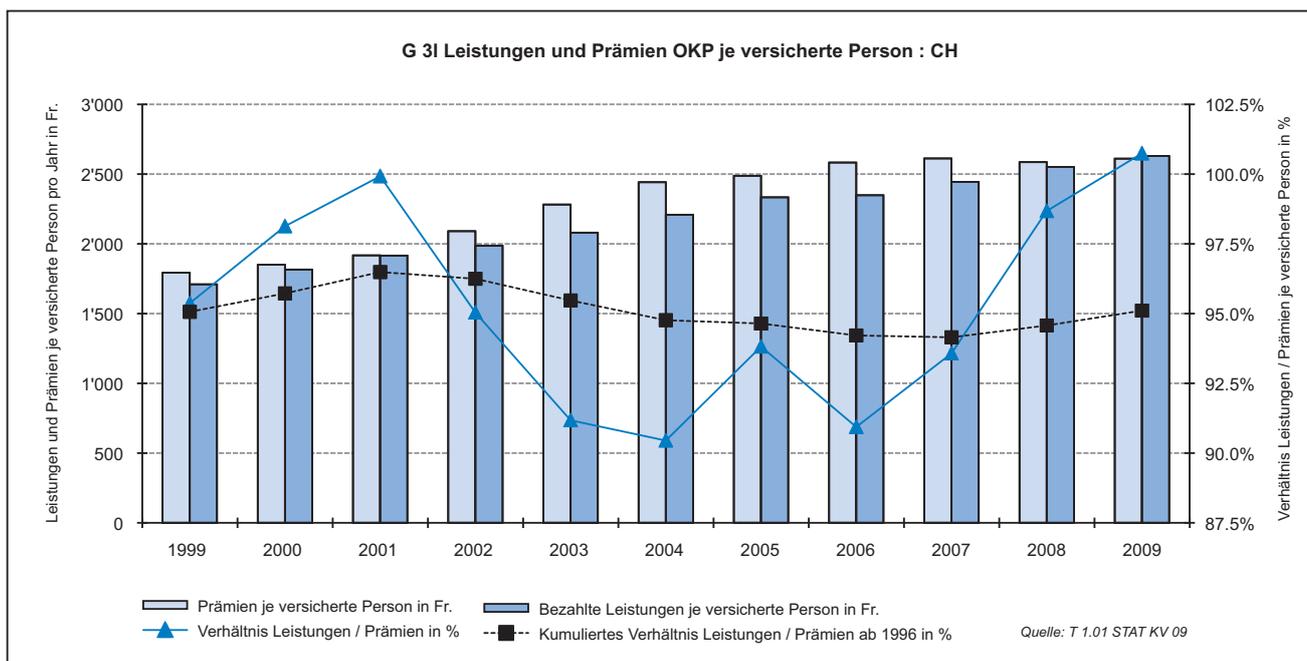
Die Grafik G 3p zeigt, wenn auch nur auf nationaler Ebene, den Mechanismus für die Prämienangleichung auf. Die Schwierigkeit liegt darin, frühzeitig eine genaue Vorhersage der zukünftigen Entwicklung der Leistungen vorzunehmen. Oft sind zudem zum Zeitpunkt der Prämienfestlegung Änderungen des Gesetzes und der Verordnungen, die die Kostenentwicklung erheblich beeinflussen können, noch nicht bekannt.

Grafik G 3l stellt das kumulierte Verhältnis Leistungen/Prämien für die Gesamtschweiz dar. Grafik G 3m zeigt die Entwicklung dieses Verhältnisses am Beispiel des Kantons Waadt. Betrachten wir nun besagtes Verhältnis in Bezug auf die Gesamtheit aller Kantone. In der Grafik G 3o sind zwei Zeiträume festgehalten: 1997–2003 und 1997–2009. Ganz allgemein ist eine Korrektur des Verhältnisses Leistungen/Prämien festzustellen, das zum landesweiten Durchschnittsverhältnis tendierte, welches sich im Zeitraum 1997–2009 auf 95,0% belief. Die von 2003 bis 2009 erfolgten Korrekturen wurden durch eine Anpassung

der Prämien realisiert. Diese Anpassung war insofern heikel, als sie auf der angenommenen Entwicklung der künftigen Leistungen beruhte. Auf mathematischer Ebene wiesen die Kantone, bei denen das Verhältnis Leistungen/Prämien deutlich über dem landesweiten Durchschnittswert lag, durchschnittlich eine zu tiefe Prämie auf. Und in jenen Kantonen, bei denen das entsprechende Verhältnis deutlich unter dem landesweiten Durchschnittswert lag, war die Prämie im Durchschnitt zu hoch.

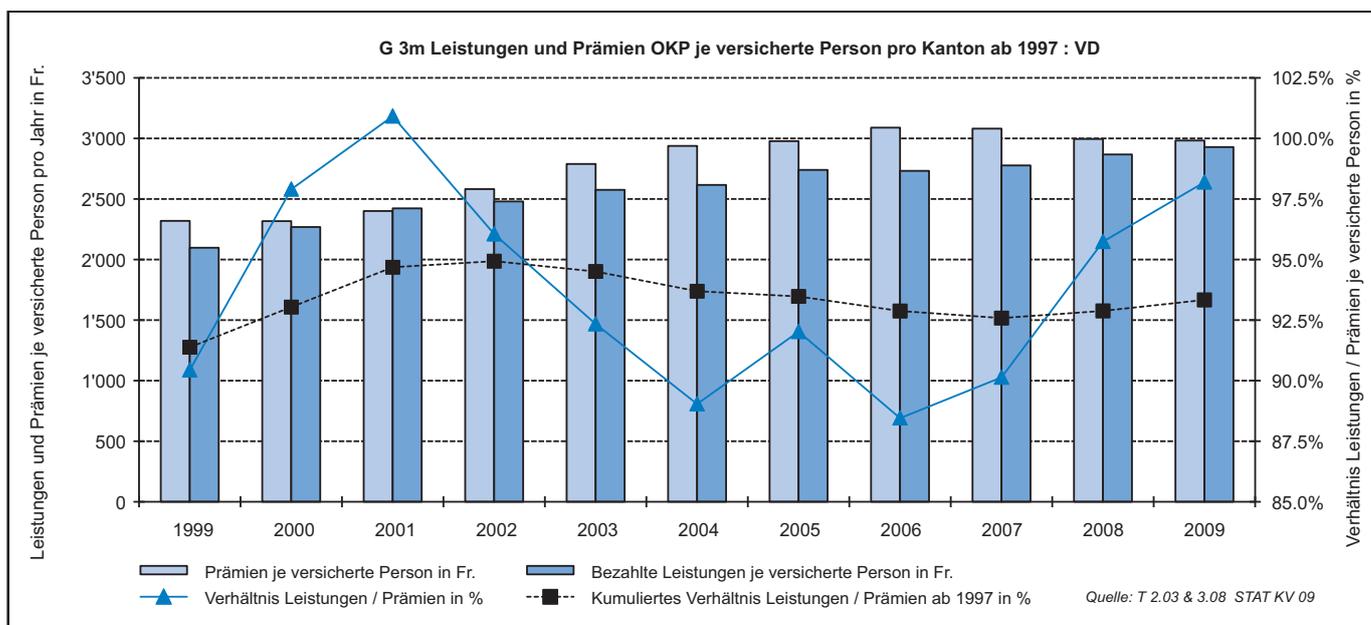
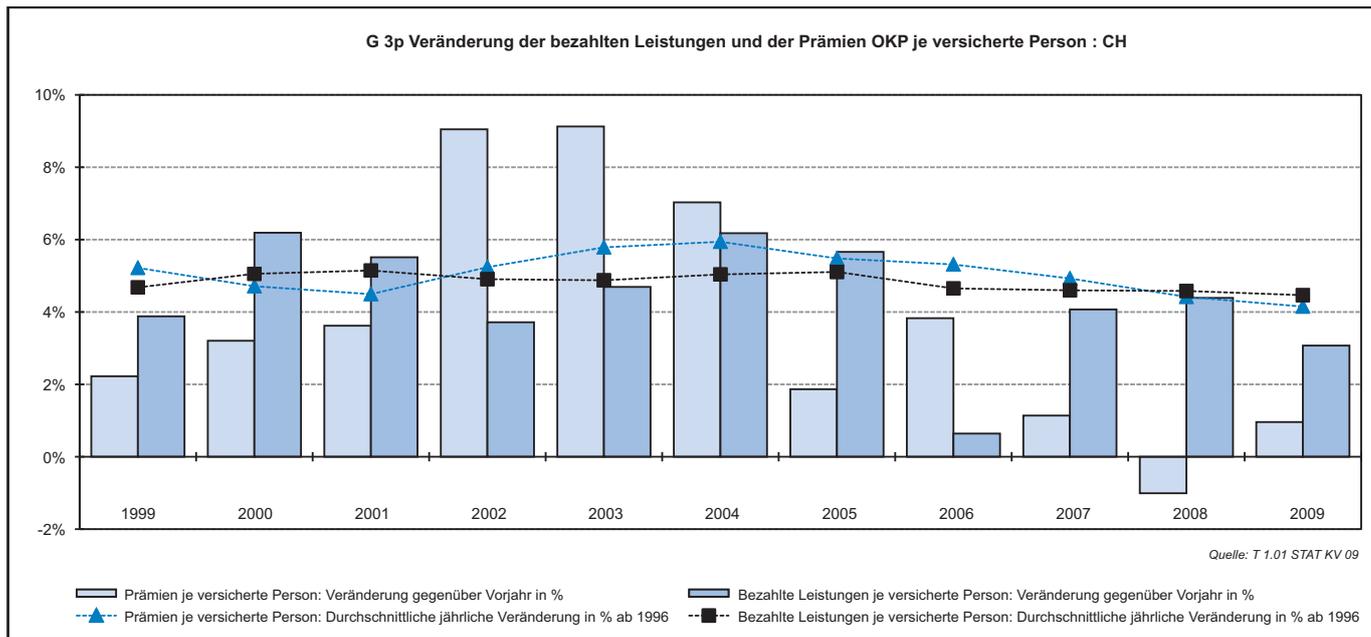
In gewissen Kantonen reichte die Korrektur noch nicht aus, um eine Annäherung an das schweizerische Durchschnittsverhältnis von 1997–2009 zu realisieren: So wiesen die Kantone BS, AG, SO, SG, GR, NW, SH, VS, BE, AR, GL, OW und UR durchschnittlich zu tiefe Prämien auf, während die Prämien in den Kantonen ZH, GE, NE und VD in dieser Sichtweise im Durchschnitt zu hoch waren (G 3q).

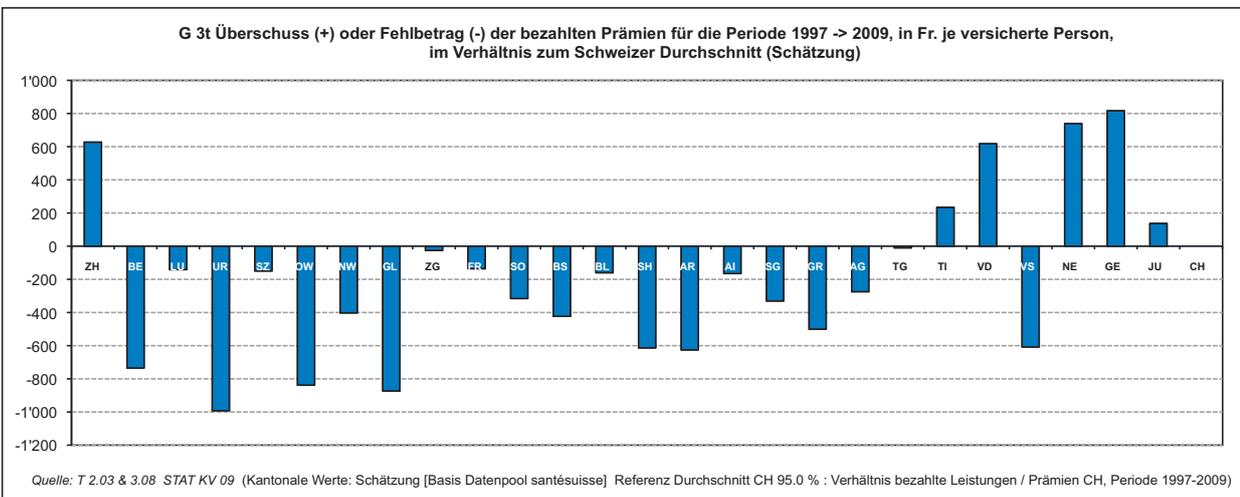
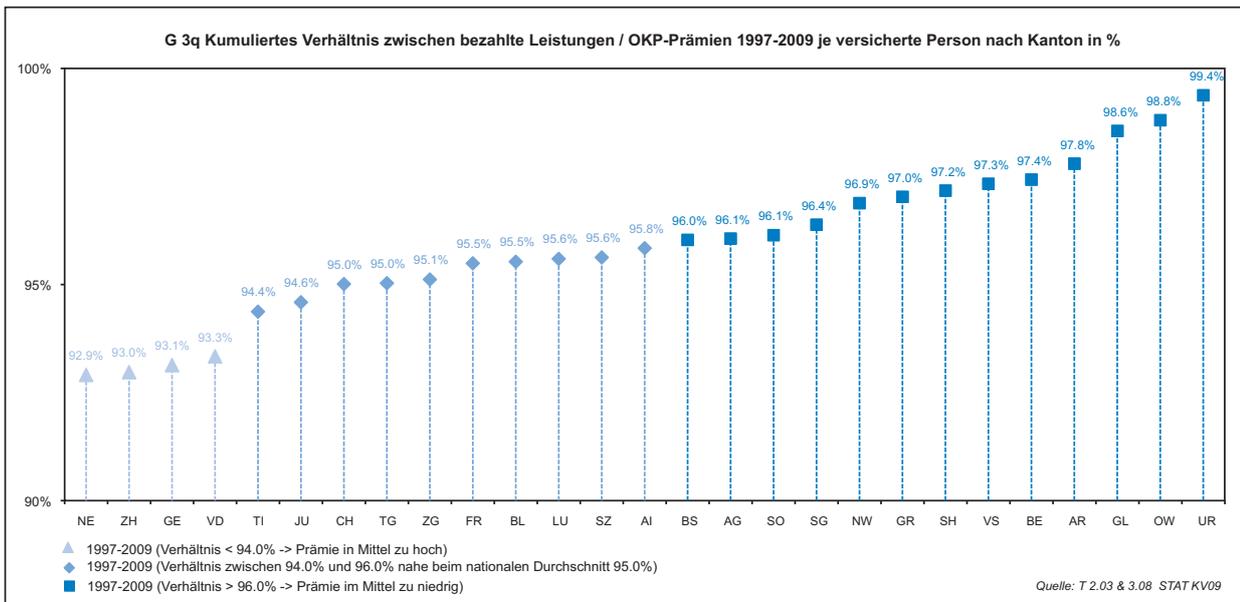
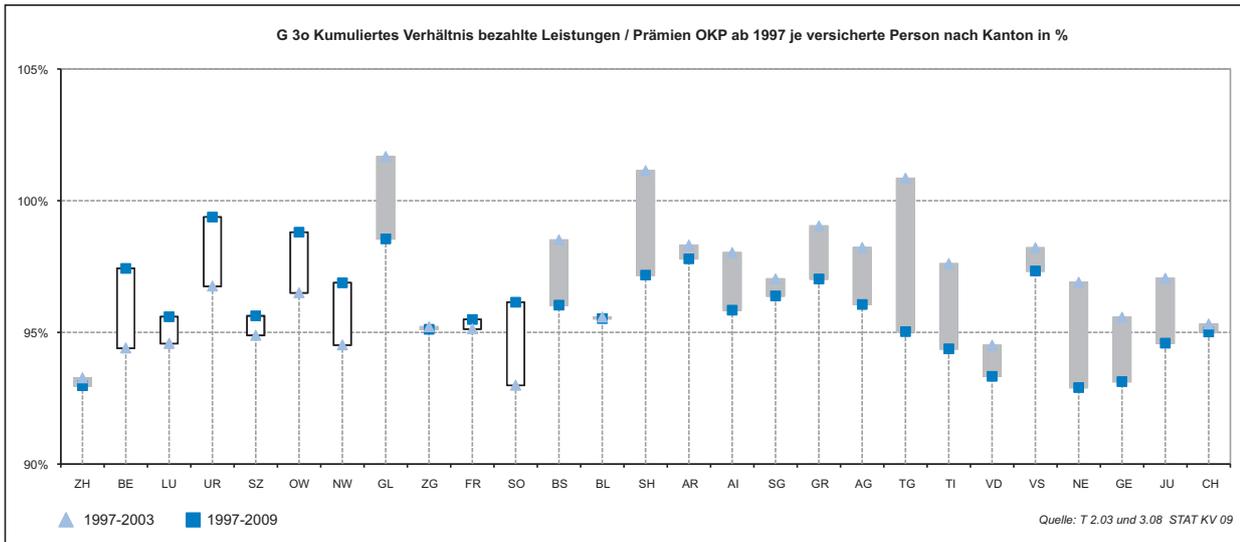
In der Grafik G 3q wurden die Kantone aufgezeigt, in denen die Prämien im Vergleich zum schweizerischen Durchschnittswert, der als Referenz dient, durchschnittlich zu hoch oder zu tief waren. Wir können diese Abweichung vom schweizerischen Durchschnitt in Franken pro versicherte Person zum Ausdruck bringen (G 3t). Aus der Grafik G 1e geht der Unterschied zwischen dem gesetzlich festgelegten Mindestwert und dem tatsächlichen Wert der OKP-Reserven in Franken pro Versicherten und Kanton hervor. Es zeigt sich eine gewisse Korrelation zwischen diesen beiden Datenreihen (G 3n).



So wie beispielsweise der Kanton Bern, in dem tendenziell die Prämien seit 1997 durchschnittlich zu tief waren (kumuliertes Verhältnis Nettoleistungen/Prämien 2,4% über dem schweizerischen Durchschnittsverhältnis), einen Fehlbetrag in der Grössenordnung von 540 Franken pro Versicherten auf. Im Gegensatz dazu wie beispielsweise der Kanton Genf, in dem tendenziell die Prämien seit 1997 durch-

schnittlich zu hoch waren (Verhältnis Nettoleistungen/Prämien 1,9% unter dem schweizerischen Durchschnittsverhältnis einen Prämienüberschuss in der Grössenordnung von 850 Franken pro Versicherten auf. Es handelt sich bei dieser Betrachtung allerdings um Schätzungen, die teilweise auf den nicht ganz vollständigen kantonalen Daten des Datenpools von santésuisse basieren.





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 war bis 2007 so aufgebaut, dass die vom Bund für die Prämienverbilligung vorgesehenen Gelder nach der Bevölkerungszahl und nach Finanzkraft (zwischen 1997 und 2001 auch nach Prämienhöhe) auf die Kantone verteilt werden. Bedingt durch das Inkrafttreten des neuen Finanzausgleichs änderte sich das Beitragssystem des Bundes zur Prämienverbilligung ab 2008. Nähere Einzelheiten zum neuen System finden sich in Anhang H.

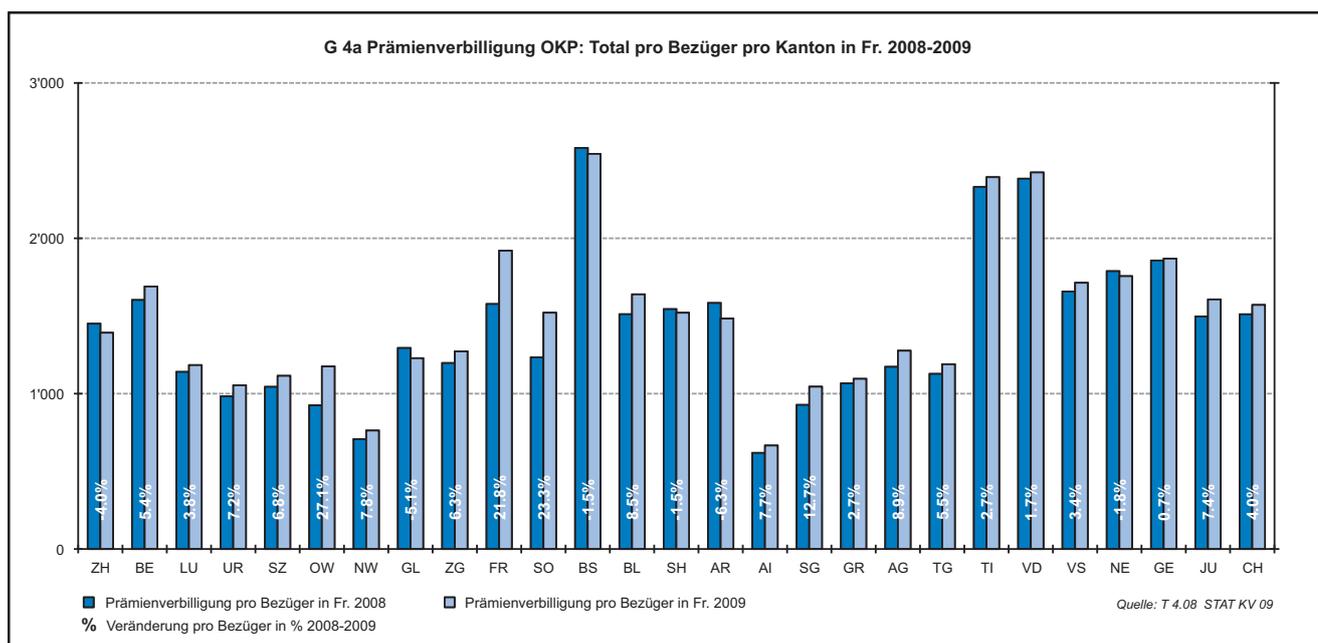
Im Jahr 2009 wurden die **Prämien der Bezüger** im nationalen Durchschnitt um 1571 Franken verbilligt; pro Monat ergibt dies einen Betrag von 131 Franken (T 4.01), wobei die Schwankungen nach Kanton bezüglich der ausgerichteten Beiträge auch im Vorjahresvergleich erheblich ausfallen (G 4a). Diese Grössen können ins Verhältnis gesetzt werden zum – gemäss der Betriebsrechnung der OKP – ausgewiesenen Prämien Soll pro versicherte Person von 2611 Franken pro Jahr oder von 218 Franken pro Monat im Bundesdurchschnitt (T 3.12). Grafik G 4c stellt das Verhältnis dieser Prämienverbilligungen/Prämien für die verschiedenen Kantone dar und zeigt eine relativ hohe Korrelation zwischen diesen beiden Variablen.

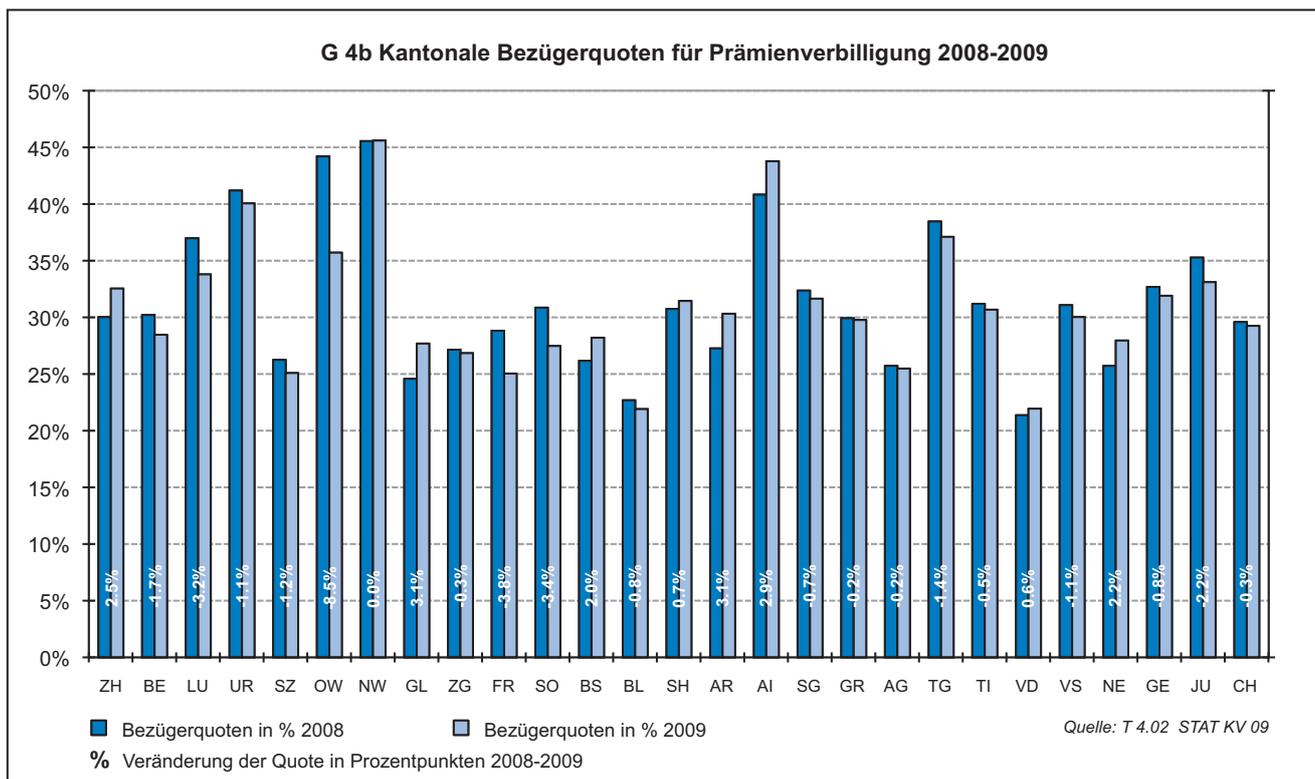
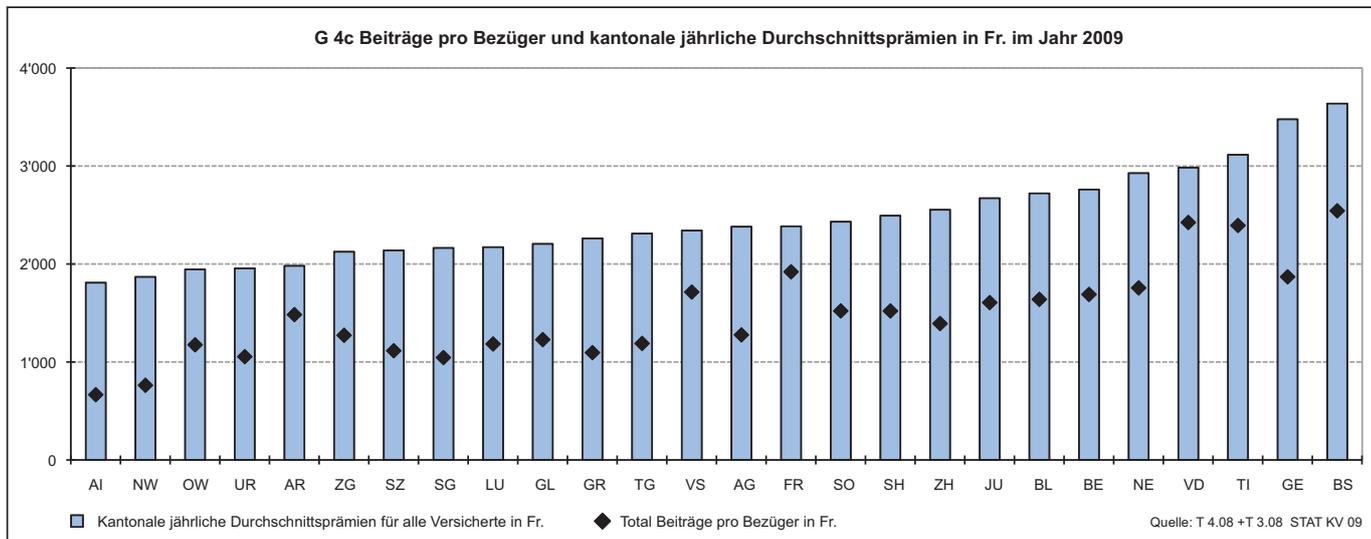
Seit Inkrafttreten des neuen Finanzausgleichs im Jahr 2008 haben die Kantone keine Möglichkeit mehr, die vom Bund bereitgestellten Beiträge zu kürzen. Somit beläuft sich das Total an Beiträgen zur Prämienverbilligung im Jahr 2009 auf 3,542 Mrd. Franken (T 4.07). Davon wurden von den Kantonen 1,727 Mrd. Franken finanziert (T 4.07).

Diese 3,542 Mrd. Franken an Prämienverbilligungen wurden an insgesamt 2,255 Mio. **Bezüger** ausgerichtet; dies sind 0,2% mehr als im Vorjahr (T 4.01). Das entspricht 29,3% des mittleren Versichertenbestands im Jahr 2009 und auf kantonaler Ebene Anteilen von 21,9% [VD und BL] bis 45,6 % [NW]. Der Rückgang der Bezügerquote im Jahr 2009 betrifft siebzehn Kantone (G 4b).

Die separate Betrachtung nach Geschlecht ergibt für den weiblichen Bevölkerungsteil eine etwas höhere Quote als für den männlichen Teil (T 4.03). Im Jahr 2009 verteilen sich die 2,255 Mio. **Bezügerinnen und Bezüger** auf insgesamt 1,229 Mio. **Haushalte**; dies ergibt eine durchschnittliche Haushaltsgrösse von etwas weniger als zwei Personen. Bei detaillierterer Betrachtung erkennt man, dass es sich dabei in vielen Kantonen 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 zustehenden 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 eines Anteils an einer kantonal definierten Vermögensgrösse zusammen. Die Vielfalt der kantonalen Steuergesetzgebungen fliesst in diese Berechnungen ein, weshalb direkte

Vergleiche zwischen den einzelnen Kantonen nur unter Vorbehalt zulässig sind.

Das BAG stellt die kantonalen Unterschiede bei der Prämienreduktion in einer Internetapplikation grafisch dar (www.bag.admin.ch/praemienverbilligung: Prämienbelastung in Abhängigkeit vom Einkommen, Darstellung der Situation für das Jahr 2007).

4.5 Individuelle Daten pro Versicherer

Seit Einführung des KVG im Jahr 1996 werden Aufsichtsdaten gemäss KVV publiziert (bis 2008 Art. 31 KVV, seit 2009 Art. 28b 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. Die vollständige Zeitreihe dieser Daten im Format XLS steht auf der Internetseite des BAG zur Verfügung unter www.bag.admin.ch/pyramiden (siehe Anhang D).

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

4.6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG

Seit der Einführung des KVG wurde 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 (KVG und VVG) wird auf die zusammenfassende Tabelle T 9.17 oder auf die Grafik G 9I verwiesen.

Von Ende 1999 bis Ende 2009 ging die Versichertenzahl in der freiwilligen Taggeldversicherung KVG von 727 000 auf 286 000 Versicherte zurück (T 6.01).

Die **Betriebsrechnung** der freiwilligen Taggeldversicherung KVG ergibt im Berichtsjahr 2009 eine Abnahme des Ertrages (+2,2%) sowie der Leistungen und des Aufwands (+2,4%). Das Gesamtbetriebsergebnis beläuft sich auf 26 Mio. Franken (T 6.02).

4.7 Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

Die Unterstellung des Zusatzversicherungsbereichs unter privatrechtliche Regelungen hatte nach Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 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 Krankenversicherer auftreten. Solche «private Versicherer» werden durch die vorliegende Statistik, die sich auf die KVG-Versicherer beschränkt, aber nicht erfasst.

Mit der fortschreitenden «Abspaltung» des Zusatzversicherungsbereichs in rechtlich eigenständige, dem VVG unterstellte unabhängige Unternehmungen hat das durch das KVG erfasste Geschäftsvolumen der Zusatzversicherung seit 1999 laufend abgenommen, bis es sich im Jahr 2002 bei etwa 50% des Volumens von 1999 stabilisiert hat. Das Total der Einnahmen im Jahr 2009 belief sich auf 2,135 Mrd. Franken und jenes der Betriebskosten auf 2,109 Mrd. Franken (T 7.01). Das Betriebsergebnis fiel mit 26,9 Mio. Franken positiv aus.

4.8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

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 2009 waren in der Schweizer Krankenversicherung 86 **vom BAG anerkannte Versicherer** tätig – fünf weniger als im Vorjahr. Dabei boten 81 dieser Versicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG an. Zwölf Versicherer hatten keine Versicherten in der Taggeldversicherung gemäss KVG (T 8.01).

Insgesamt waren für die KVG-Versicherer im Jahr 2009 ungefähr 12'000 Beschäftigte tätig mit einem durchschnittlichen jährlichen Bruttosalär pro Vollzeitstelle in Höhe von 87'000 Franken für Mitarbeitende und 162'000 Franken für Kader (T 8.03).

Gemäss der **Gesamtbetriebsrechnung** nahmen die anerkannten Krankenversicherer im Jahr 2009 insgesamt 23,4 Mrd. Franken ein; dies waren 5,2% mehr als im Vorjahr. Auf der Ausgabenseite stieg der Versicherungs- und Betriebsaufwand auf 23,8 Mrd. Franken an (+3,7%). Das jährliche Betriebsergebnis (d.h. Gewinn der Gesamtbetriebsrechnung abzüglich Verlust der Gesamtbetriebsrechnung vor Fonds- und Reservezuweisung bzw. vor Fonds- und Reserveentnahme) wies einen Negativsaldo von 423 Mio. Franken aus (T 8.04).

4.9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

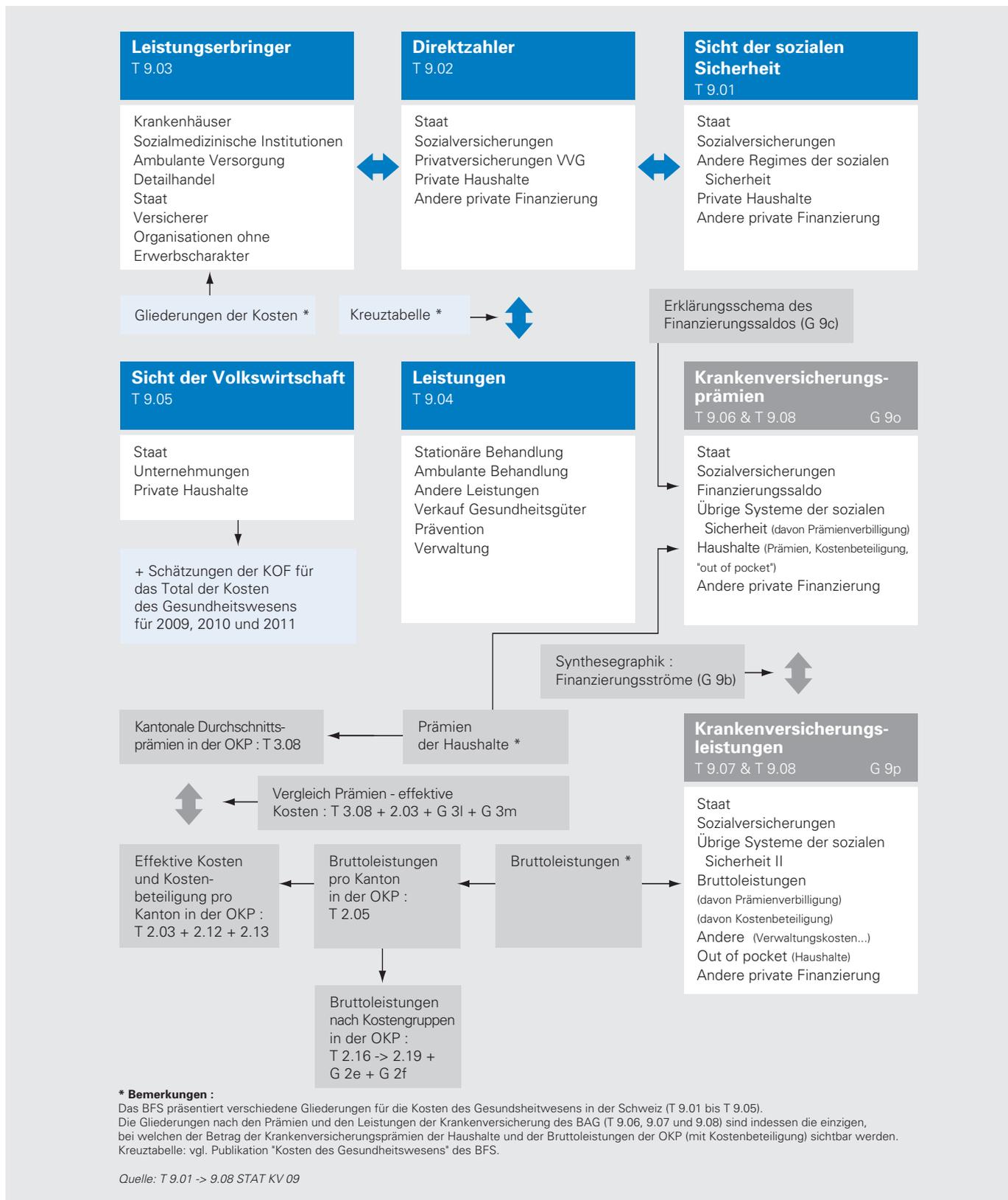
Das Thema der **Gesundheitskosten** wird von den Medien häufig aufgegriffen. Das erstaunt nicht, ist doch das Portemonnaie von uns allen davon betroffen. Doch was versteht man genau unter Gesundheitskosten? Um die Entwicklung chronologisch zu verfolgen und internationale Vergleiche zu ermöglichen, hat 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 Renten und Taggelder bei Verdienstausschlag.

In diesem Schema (G 9a) werden die Gesundheitsausgaben nach **Leistungen, Leistungserbringern** und **Direktzahlern** 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 wurde ursprünglich von

G 9a Darstellungen der Kosten des Gesundheitswesens der Schweiz



der Sektion Gesundheit des Bundesamtes für Statistik (BFS) durchgeführt: «Finanzströme im Gesundheitswesen, Reihe StatSanté, Nr. 2/02, BFS». Eine aktualisierte Übersicht ist hingegen nur noch in der vom BAG herausgegebenen Publikation «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung» enthalten. Darin werden zwei weitere Verteilungsaspekte der «Kosten des Gesundheitswesens» illustriert, die in der BFS-Publikation nicht enthalten waren: Die Verteilung nach **Prämienzahlungen an die Krankenversicherer** (G 9o) und die **Bruttoleistungen der OKP** (G 9p).

Die Grafik zeigt den Zusammenhang zwischen den **von den Haushalten einbezahlten Prämien** gemäss den Publikationen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Privatversicherungen (BPV, seit 2009: Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA) sowie den Leistungen der Versicherer im Gesundheitswesen. Die anderen Systeme der sozialen Sicherheit wie die Prämienverbilligung der Krankenversicherung, die Ergänzungsleistungen zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), die Sozialhilfe und die Hilflosenentschädigung AHV und Invalidenversicherung (IV) werden mit einbezogen.

Die Modellberechnung beginnt 1996 mit dem Inkrafttreten 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 den Versicherten individuell aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation zukommen, ist das Modell für die früheren Jahre nicht anwendbar.

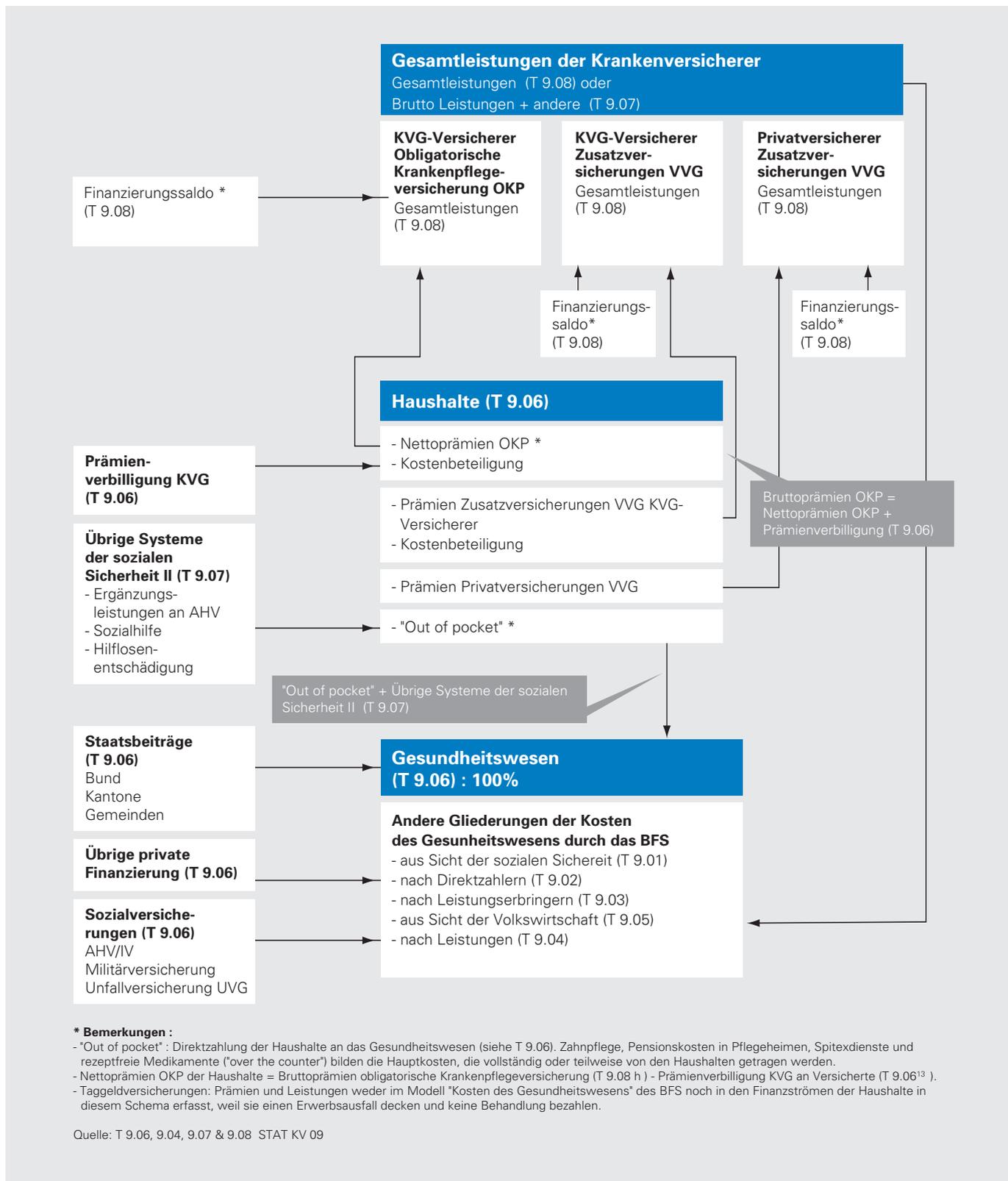
Dank dieser Struktur können **Geld- oder Finanzströme** zwischen der **Produktionsseite** (Spitäler, Ärzte, Apotheker usw.), den Finanzierungsträgern (Direktzahler wie Sozialversicherungen, Staat, Haushalte usw.) und den Gesundheitsausgaben (Beiträge, welche die Endkonsumentenden für den Erwerb von Gesundheitsgütern 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 G 9b zeigt **alle Finanzströme**, die zwischen den verschiedenen Beteiligten in der Modellberechnung

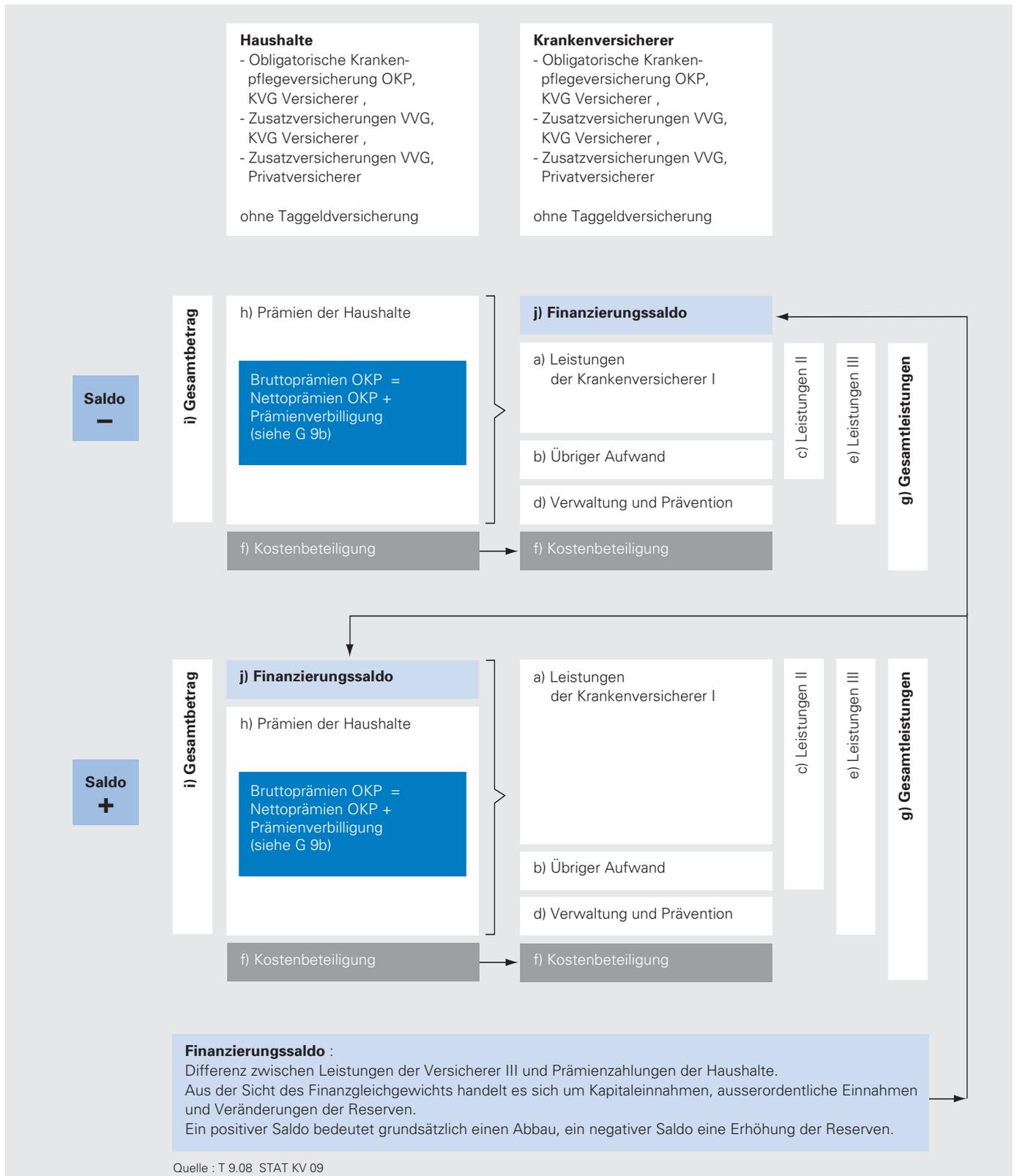
der ausgewerteten Daten zirkulieren, **in Prozent des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens»**, die von der Konjunkturforschungsstelle der ETHZ (KOF) für 2009 auf **61,4 Milliarden Franken** geschätzt wurden (+5,0% im Vergleich zu 2008). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das BFS im Jahr 2008 eine neue Methode für die Berechnung der Gesundheitskosten einführte. Damit verbunden war eine Revision der Werte, die zuvor in dieser Statistik für den Zeitraum 1996–2006 veröffentlicht worden waren.

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

G 9b Finanzierungsströme im schweizerischen Gesundheitswesen in % des Totals der «Kosten der Gesundheitswesens»



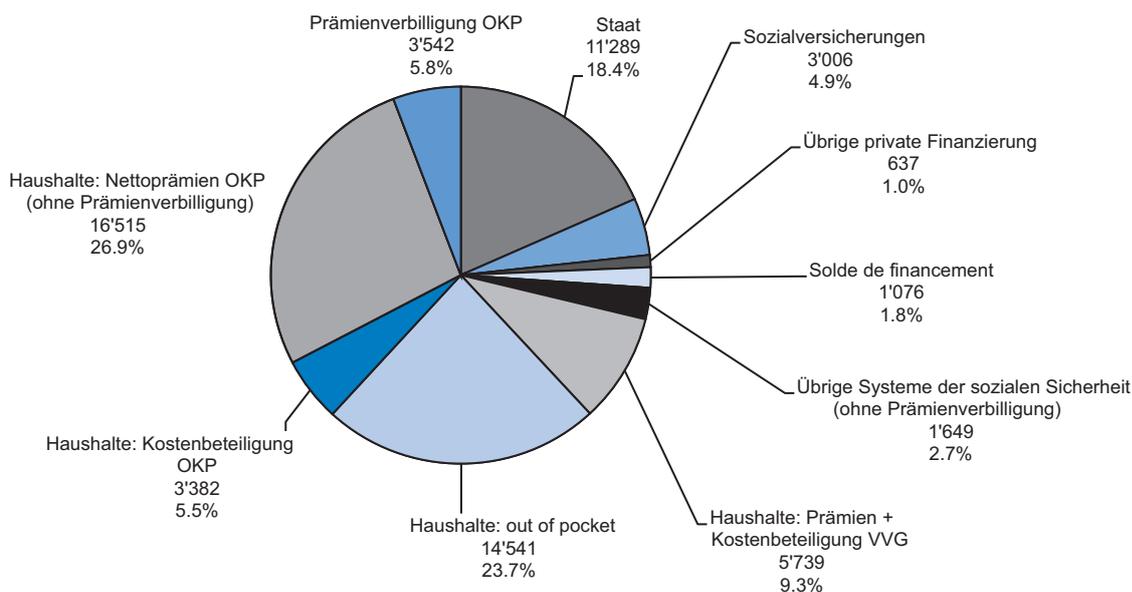
G 9c Erklärungsschema des Finanzierungssaldos



Die Preisentwicklung im schweizerischen **Gesundheitswesen** kann mit der durchschnittlichen jährlichen Veränderung der Preise in diesem Bereich auf der Grundlage der Indizes des BFS veranschaulicht werden (G 9d). Der Medikamentenpreisindex wies ab 1999 einen durchschnitt-

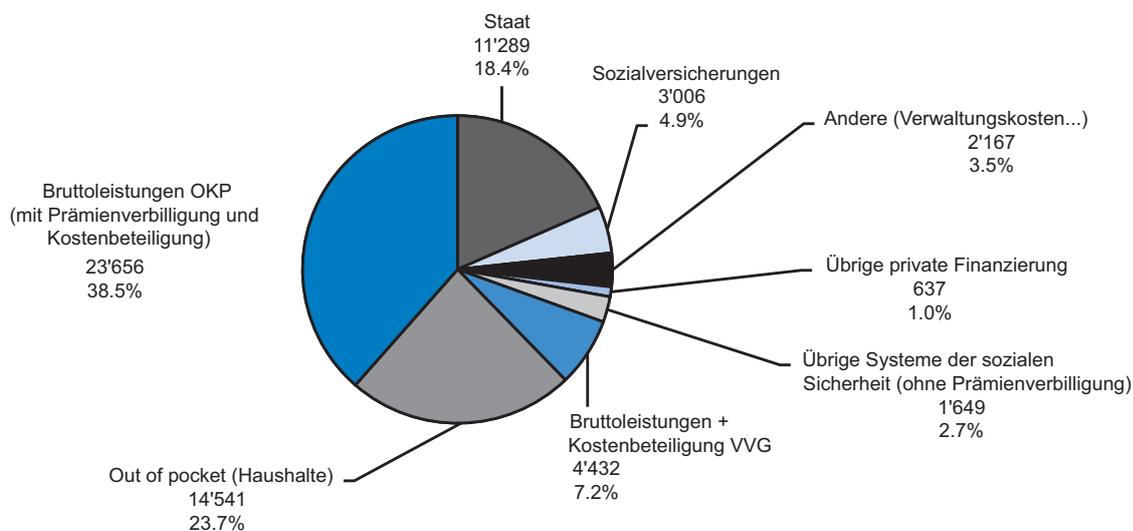
lichen jährlichen Rückgang um knapp 2% auf, während die Indizes der zahnmedizinischen Leistungen und der Spitalleistungen über dem Gesamtindex der Gesundheitsversorgung lagen. Dieser wiederum wies ein deutlich höheres Wachstum auf als der gesamte Konsumentenpreisindex.

G 9o Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz 2009 aus der Sicht der Krankenversicherungsprämien in Mio. Fr. und in % des Totals

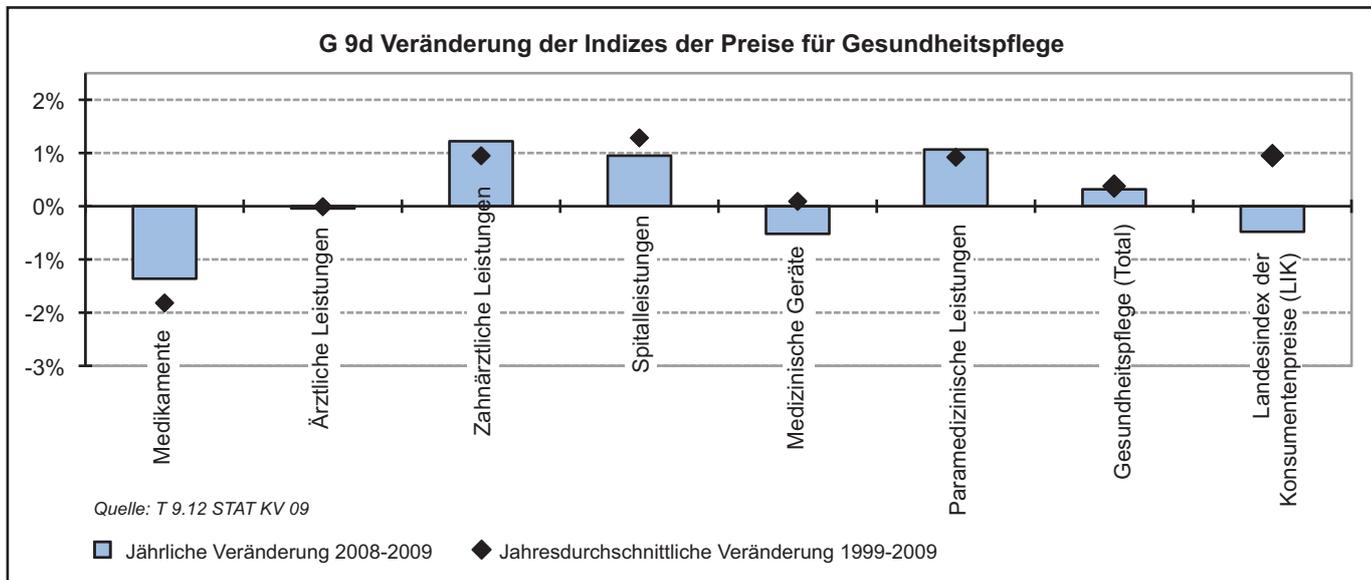


Source: T 9.06 STAT AM 09 / 2009: Total (100%) = 61'378 mio. frs (estimations KOF & OFSP)

G 9p Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz 2009 aus der Sicht der Krankenversicherungsleistungen in Mio. Fr. und in % des Totals



Quelle: T 9.07 STAT KV 09 / 2009: Total (100%) = 61'378 Mio. Fr. (Schätzungen KOF & BAG)



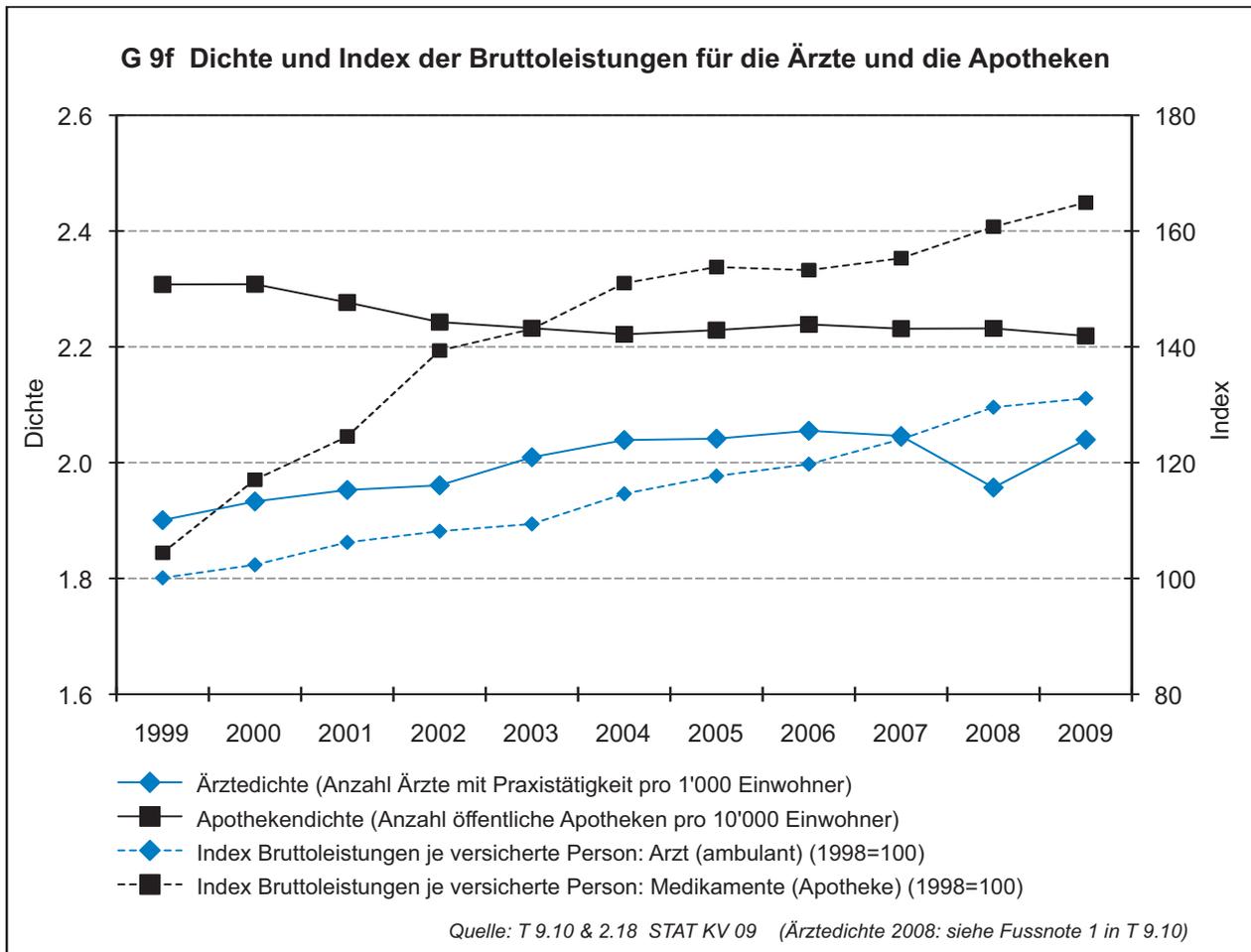
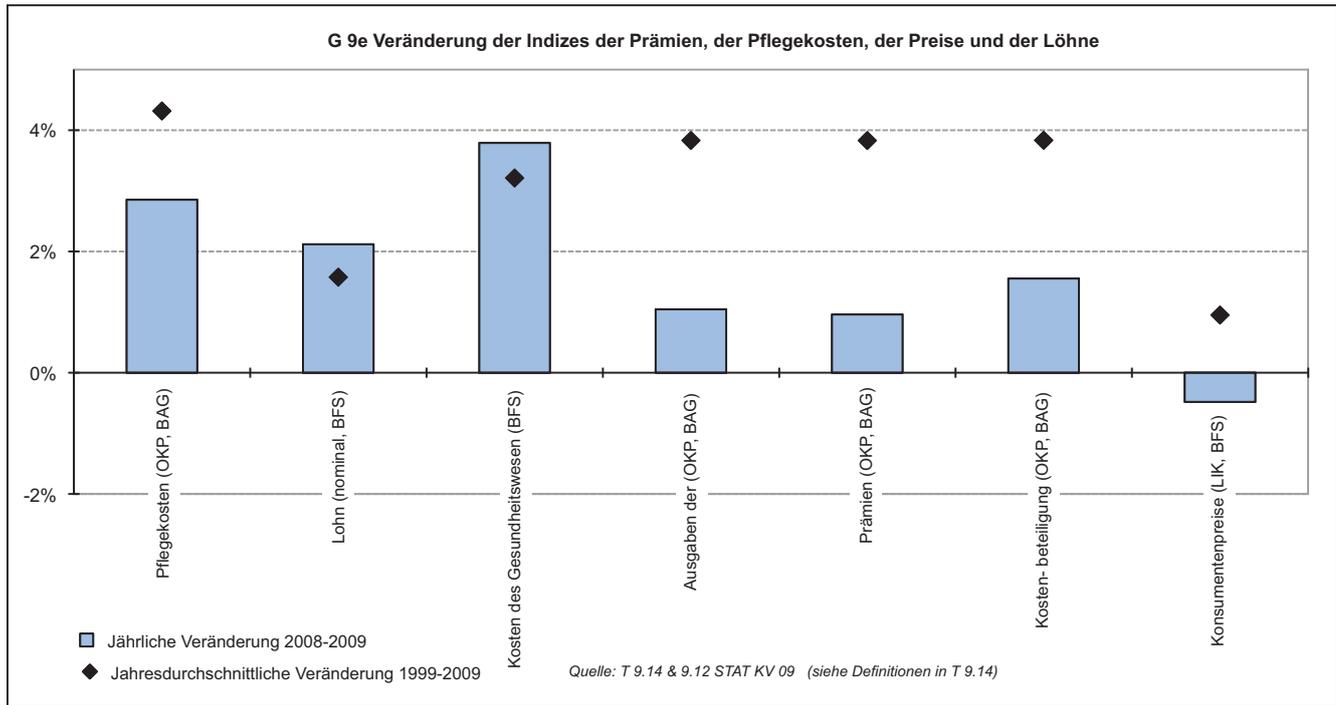
Ein Preisindex gibt allerdings weder Aufschluss über die Entwicklung der konsumierten Menge noch über die mit dem technologischen Fortschritt zusammenhängende Teuerung. Dies ist zu beachten, wenn man den Rückgang des Medikamentenpreisindex im Zeitraum 2008 bis 2009 (- 1,4%) mit der Veränderung der Kosten pro versicherte Person für in Apotheken abgegebene Medikamente vergleicht. Diese haben in der gleichen Zeitspanne um 2,6% zugenommen (T 2.19).

Der Rückgang des vom BFS veröffentlichten Medikamentenpreisindex reflektiert daher – so wie er vom BFS ermittelt wird – nicht die Marktrealität. Der Index basiert auf einer Auswahl von Medikamenten in jenen zehn Therapiekategorien, die den grössten Umsatz ausmachen. Somit wird neuen Medikamenten, die in der Behandlung erhebliche Fortschritte erzielen mögen, sich jedoch als sehr kostenintensiv erweisen können, nicht Rechnung getragen. Die Preisüberwachung hat in den letzten Jahren verschiedene Studien und Analysen zu diesem Thema veröffentlicht, aus denen ersichtlich wird, dass der vom BFS angezeigte Rückgang des Medikamentenpreisindex die Preisentwicklung neuer Medikamente nicht berücksichtigt. Besagte Studien zu den Medikamentenpreisen sind auf der Internetseite des BAG unter www.bag.admin.ch/kvstat unter der Rubrik «Artikel und Analysen» (11/2003, 12/2003 und 9/2007) verfügbar.

Zwischen 1999 und 2009 haben sich einige Indikatoren der OKP sehr unterschiedlich entwickelt. Während der Konsumentenpreisindex und der Lohnindex im Betrachtungs-

zeitraum zwischen 1 und 1,5% zunahmen, haben die Gesundheitskosten pro versicherte Person im Jahresdurchschnitt um 3,2% zugenommen, die OKP-Kosten (Bruttoleistungen pro versicherte Person) um 4,3%, die Ausgaben der Versicherten in der OKP (Prämien + Kostenbeteiligung) um 3,8% und die Kostenbeteiligung der Versicherten ebenfalls um 3,8%! Erklärbar ist dieser Kostentransfer von den Prämien in Richtung Kostenbeteiligung durch franchise- bzw. rabattspezifische Änderungen (siehe Anhänge F1, F2 und F3). Die Auswirkungen auf die Haushaltsbudgets sind beachtlich (G 9e).

Die **Ärztedichte in der Schweiz** hat zwischen 1999 und 2007 **zugenommen** (2000 zusätzliche Ärzte), während jene **der Apotheken** seit 1999 leicht rückläufig ist, wobei die Zahl der öffentlichen Apotheken seit 1998 praktisch unverändert blieb. Seit 2008 werden jene Ärzte, die ausserhalb des ambulanten oder stationären Bereichs tätig sind (Versicherungen, Bundesverwaltung, etc.), nicht mehr in der in T 9.09 und T 9.10 veröffentlichten Statistik berücksichtigt. Dies stellt einen Bruch in der Zeitreihe dar, der Vergleiche erschwert. Interessanterweise lässt sich ein enger Zusammenhang zwischen den Bruttoleistungen pro Versicherten für die Kostengruppe Ärzte (ambulante Pflegeleistungen) und der Ärztedichte in der Periode 1999 bis 2009 feststellen. Der Index für Bruttoleistungen pro Versicherten für die Kostengruppe Medikamente (von Apotheken abgegeben) ist von 1999 bis 2005 massiv angestiegen, und zwar ohne Zusammenhang mit der Apothekendichte, die ihrerseits im Betrachtungszeitraum rückläufig war (G 9f).



Eine kantonale Aufgliederung dieser Indikatoren für das Jahr 2009 macht zudem klar, **wie ungleich Ärzte und Apotheken auf die verschiedenen Kantone verteilt sind** (G 9g).

Die Ärztedichte liegt in sieben Kantonen (ZH, BE, ZG, BL, BS, VD und GE) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,04 Ärzten pro 1000 Einwohner.

Die Apothekendichte liegt in acht Kantonen (FR, BS, TI, VD, VS, NE, GE und JU) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,22 öffentlichen Apotheken pro 10'000 Einwohner. Dieses Ergebnis muss indes relativiert werden, da die Selbstdispensation (Verkauf von Medikamenten durch den behandelnden Arzt) in diesen acht Kantonen nicht zugelassen ist; in allen anderen Kantonen ist der Direktmedikamentenverkauf durch Ärzte erlaubt (siehe T 9.09).

Bei solchen Vergleichen ist zu berücksichtigen, dass die einzelnen Kantone keine geschlossenen Systeme bilden: Güter und Dienstleistungen werden nicht immer im Wohnkanton nachgefragt.

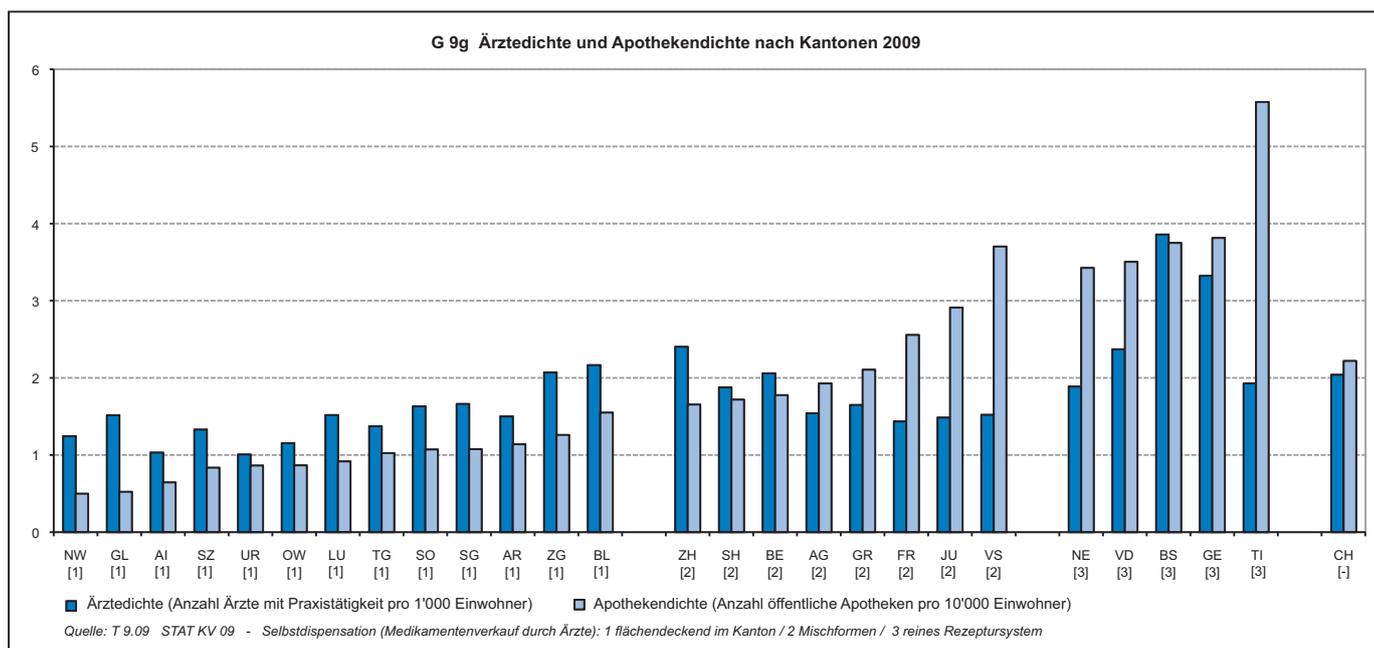
In diesem Zusammenhang ist die Frage interessant, ob die Höhe der bezahlten Leistungen in den verschiedenen Kantonen mit der Ärztedichte korreliert ist. Es zeigt sich, dass die Dichte der Allgemeinpraktiker in keiner Korrelation mit dem kantonalen Durchschnitt der bezahlten Leistungen

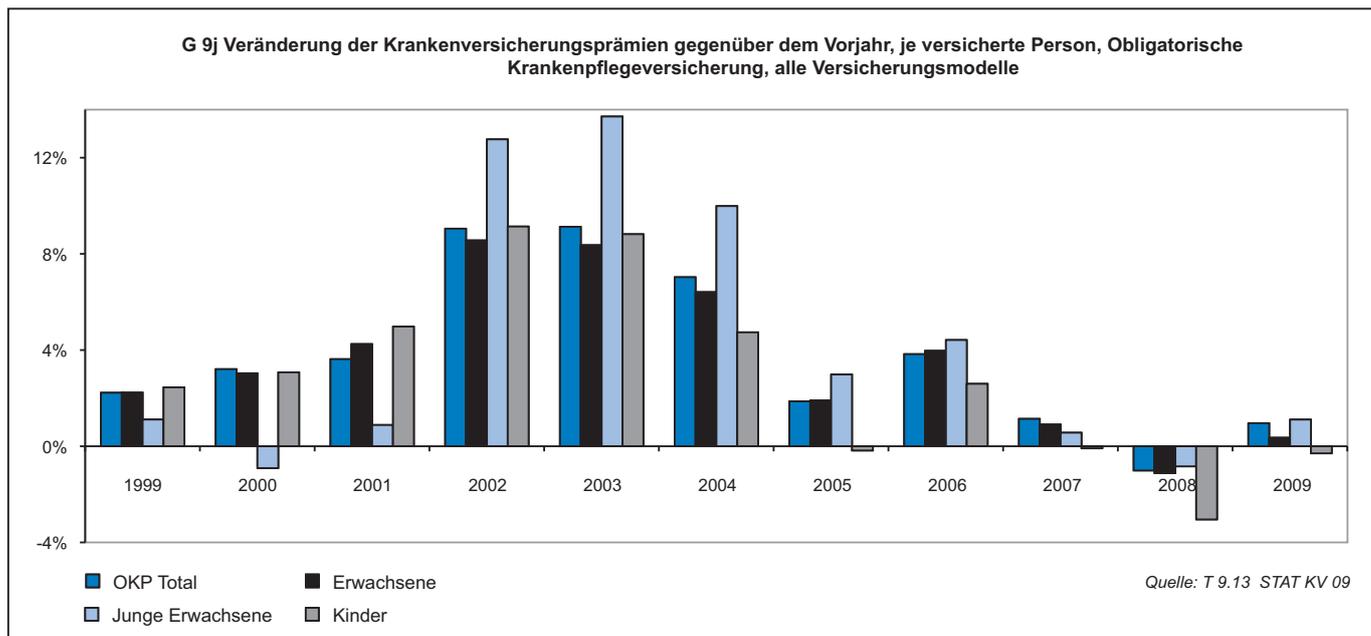
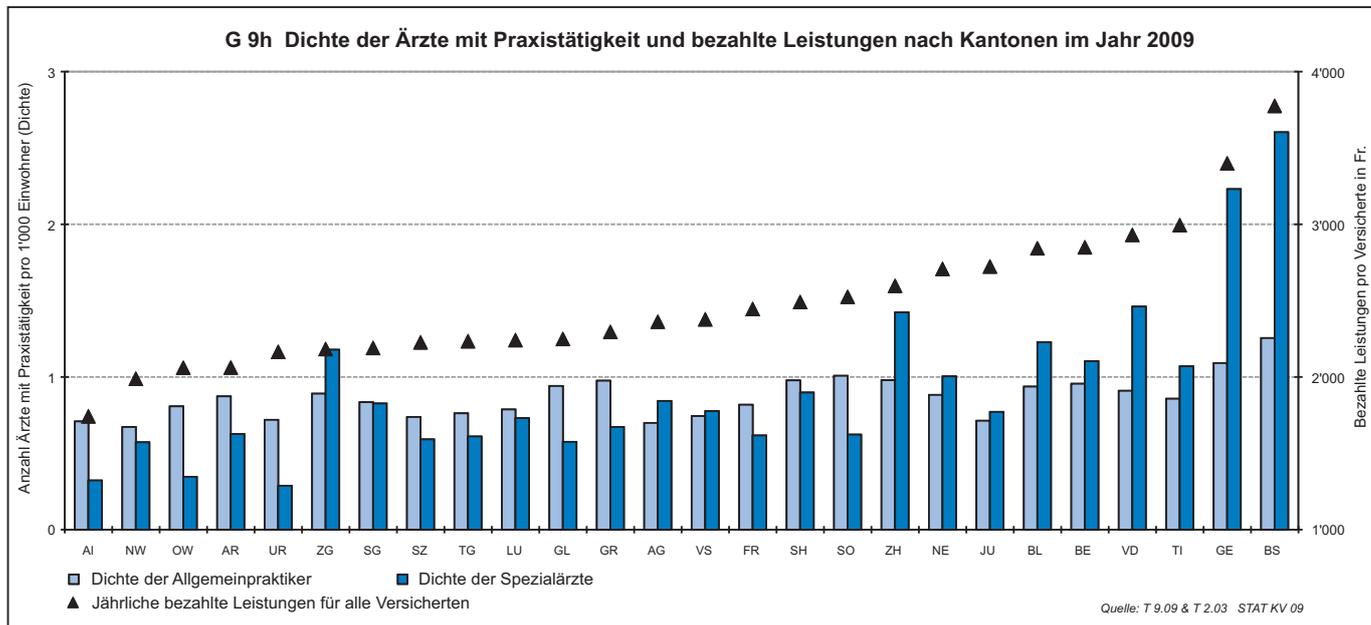
für alle Versicherten steht. Hingegen steigt die Höhe der bezahlten Leistungen in den meisten Kantonen praktisch parallel zur Facharztdichte. So weisen beispielsweise die Kantone mit der höchsten Ärztedichte bei den Spezialärzten, wie die Kantone VD, BS, ZH und GE, mitunter auch die höchsten Kosten auf (G 9h). Zu bemerken ist hierbei, dass sich aus der dargestellten Korrelation allein noch keine direkte Kausalität ableiten lässt.

In diesem Zusammenhang ist die Frage interessant, ob die Höhe der bezahlten Leistungen in den verschiedenen Kantonen mit der Ärztedichte korreliert ist. Es zeigt sich, dass die Dichte der Allgemeinpraktiker in keiner Korrelation mit dem kantonalen Durchschnitt der bezahlten Leistungen für alle Versicherten steht. Hingegen steigt die Höhe der bezahlten Leistungen 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, ZH und GE, mitunter auch die höchsten Kosten auf (G 9h). Zu bemerken ist hierbei, dass sich aus der dargestellten Korrelation allein noch keine direkte Kausalität ableiten lässt.

Der nachträglich **festgestellte effektive 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 unterschiedliche Entwicklung nach Altersgruppe in der OKP sowie nach Spitalabteilung für die Zusatzversicherungen (G 9j und G 9i).

Bei diesen Prämien erhöhungen handelt es sich um Richtwerte, die Änderungen bei der Kostenbeteiligung der Versicherten infolge anderer Franchisen und damit einhergehenden Prämienermässigungen 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. Wie oben erläutert wurde, bezahlen viele Versicherte, hauptsächlich versicherte Person mit hohen Wahlfranchisen, ihre Leistungen dem Leistungserbringer direkt, ohne die Rechnungen ihrem Versicherer zuzustellen. Diese Leistungen fehlen später in der OKP-Statistik. Die Grafiken G 9k und G 9q zeigen die Entwicklung der tatsächlichen Ausgaben der Krankenversicherung nach Altersgruppe für die OKP.

Der gesamte **Taggeldversicherungssektor** setzt sich aus den KVG-Versicherern, welche die freiwillige Versicherung nach KVG und nach VVG anbieten, und den VVG-Privatversicherern zusammen. Seit 1999 ist ein anhaltender Rückgang der freiwilligen Versicherung nach KVG zu verzeichnen (T 9.17), während die Versicherungsdeckung nach VVG zugenommen hat. Auffallend ist, dass das Verhältnis Leistungen/Prämien der drei Versicherungskategorien seit 1999 praktisch gleich geblieben ist (G 9l).

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

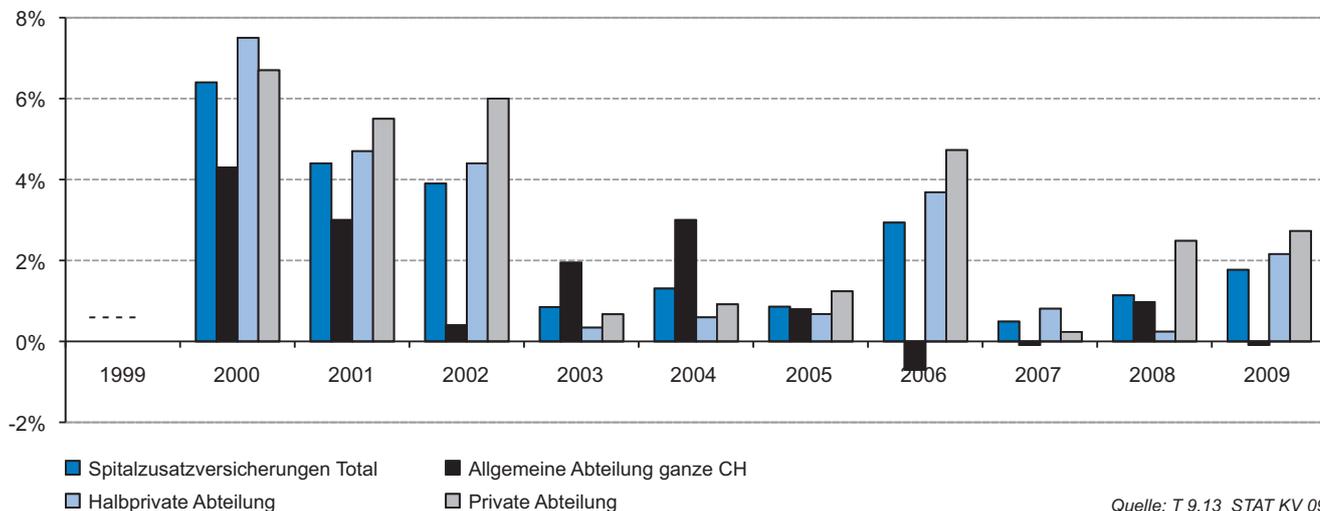
- der in der Schweiz seit 1996 obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die von den BAG-anerkannten Versicherern angeboten wird,
- den von den BAG-anerkannten Versicherern angebotenen Zusatzversicherungen (seit 1996 gemäss VVG),
- den von den Privatversicherern gemäss VVG angebotenen Zusatzversicherungen.

Nicht eingeschlossen sind die Taggeldversicherungen gemäss KVG oder VVG, da diese keine medizinischen Leistungen abdecken, sondern Verdienstaussfälle.

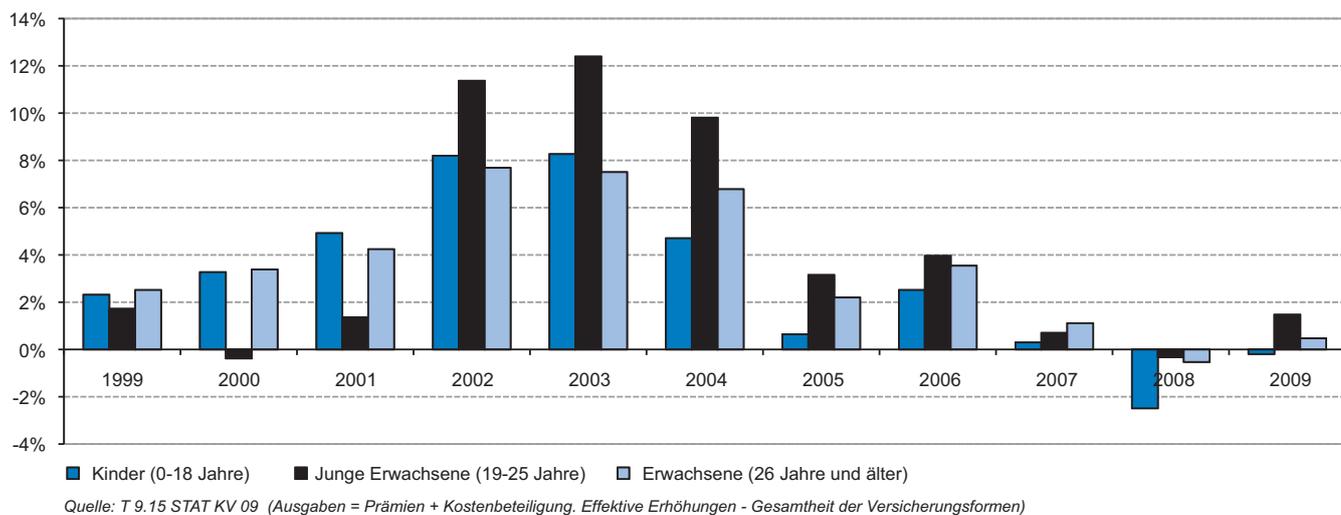
Zu beachten ist, dass das Verhältnis Leistungen/Prämien in der Obligatorischen Krankenversicherung nach KVG seit 1999 ungefähr zwischen 90 und 100% liegt. Dieser Prozentsatz liegt somit klar über der für die Versicherungen gemäss VVG festgestellten Bandbreite von 70% bis 89%. Diese erklärt sich durch die Gewinnmarge der Versicherungen nach VVG, die in der OKP gesetzlich ausgeschlossen ist (G 9m).

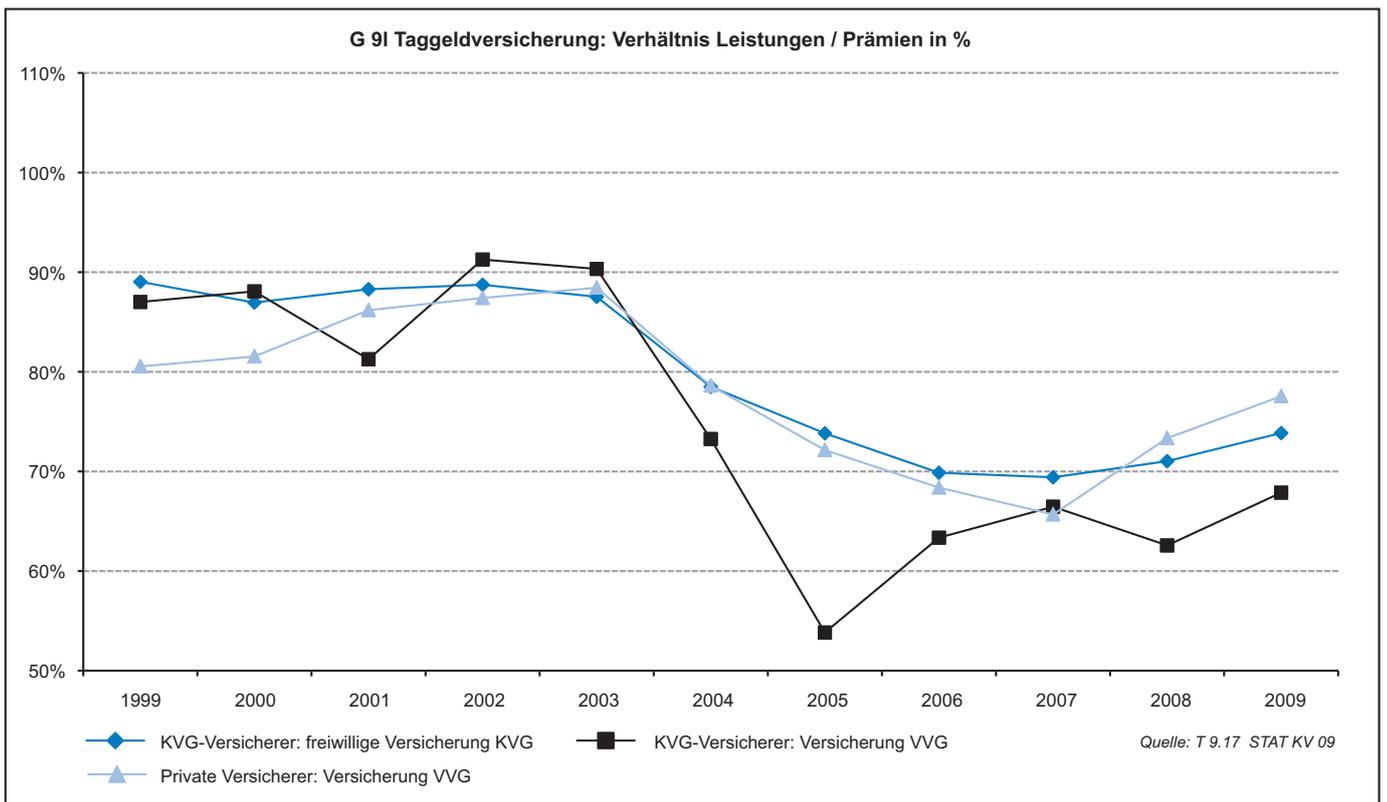
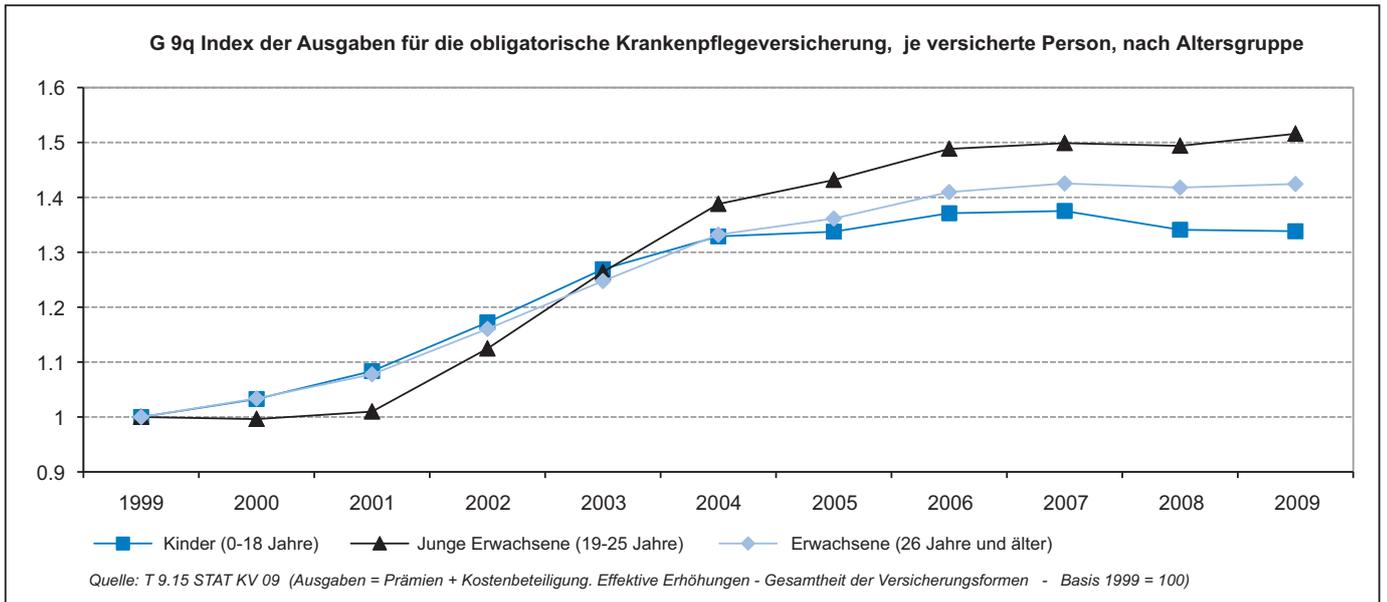
Schliesslich zeigt ein **internationaler** Vergleich der **Kosten des Schweizer Gesundheitswesens** mittels OECD-Daten, dass der Anteil der Gesundheitskosten gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP) in der Schweiz seit 1999 eher etwas über jenem der meisten Nachbarländer liegt, aber noch deutlich unter dem 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 unterschiedlich sind und zudem von Zeit zu Zeit geändert werden.

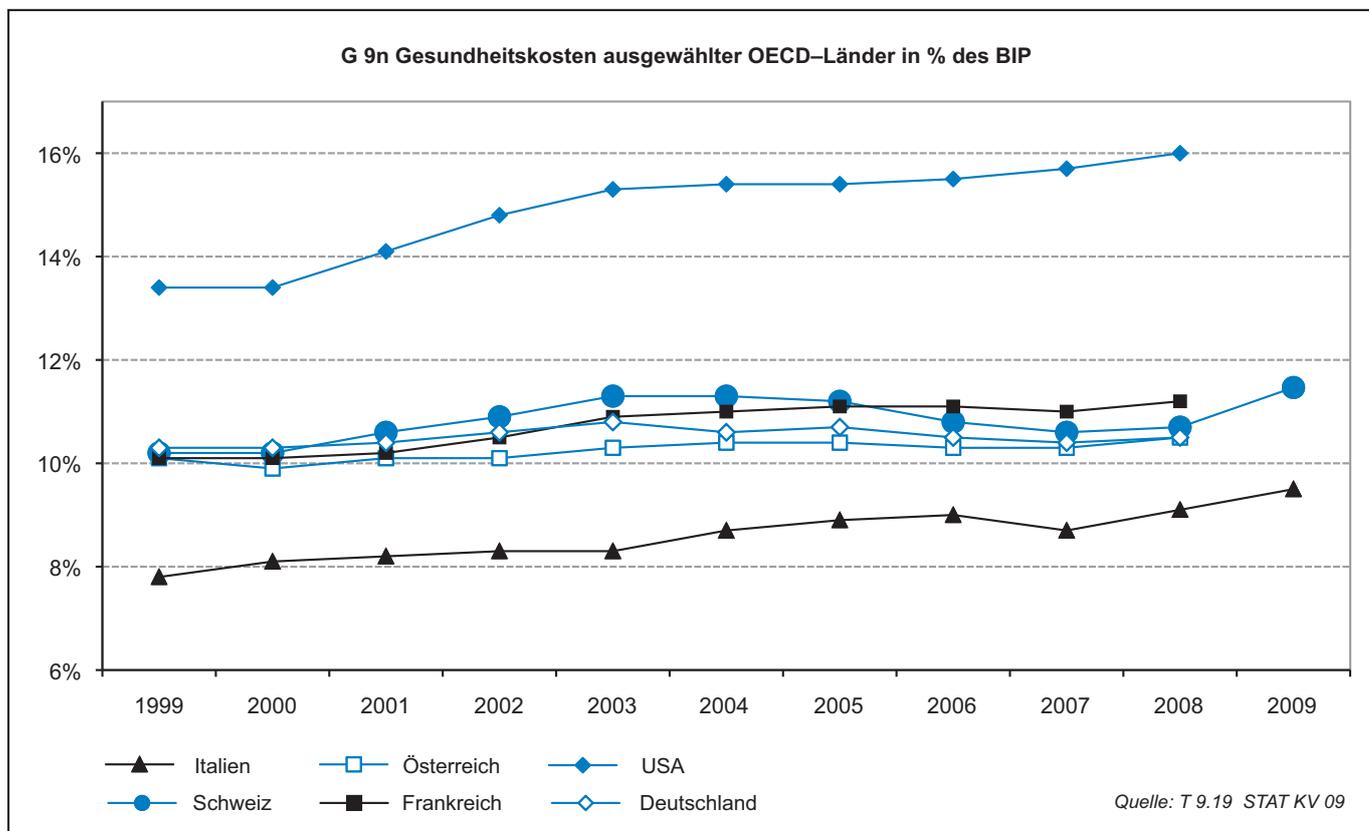
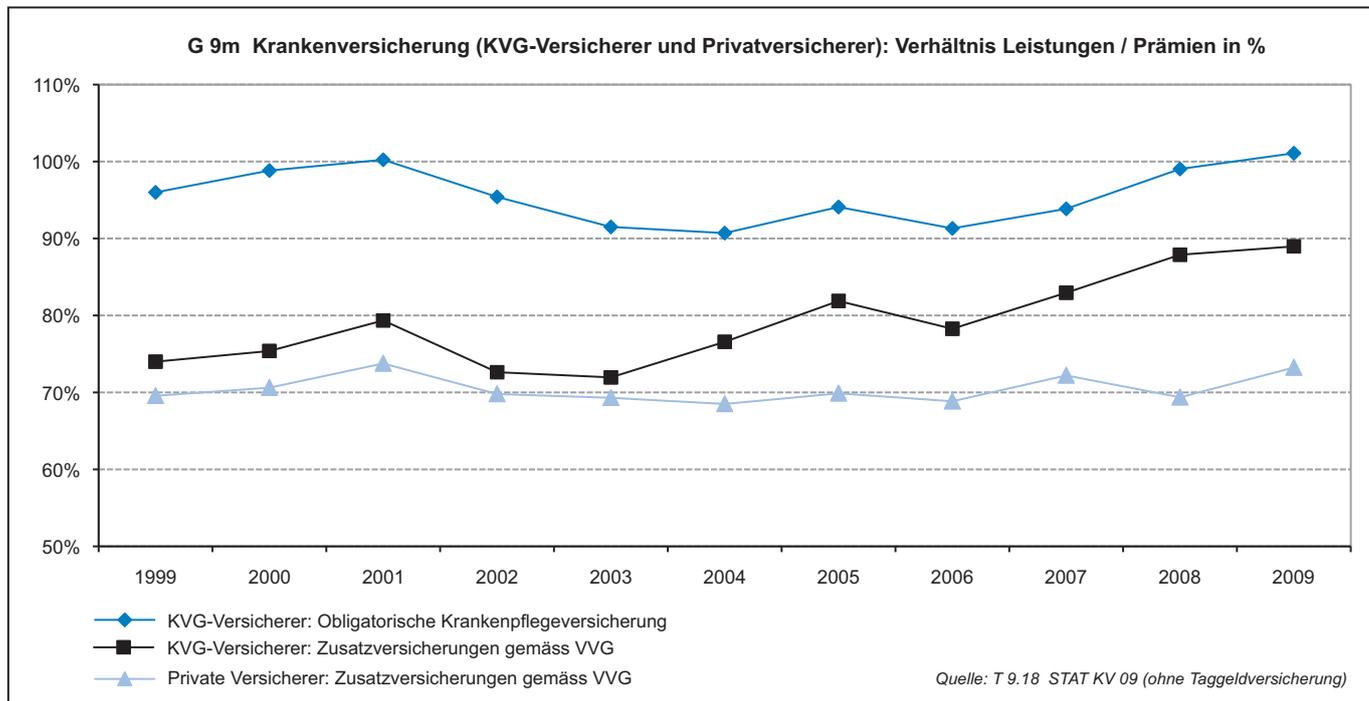
G 9i Veränderung der Krankenversicherungsprämien gegenüber dem Vorjahr, je versicherte Person, Spitalzusatzversicherungen



G 9k Veränderung der Ausgaben für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gegenüber dem Vorjahr, je versicherte Person nach Altersgruppe







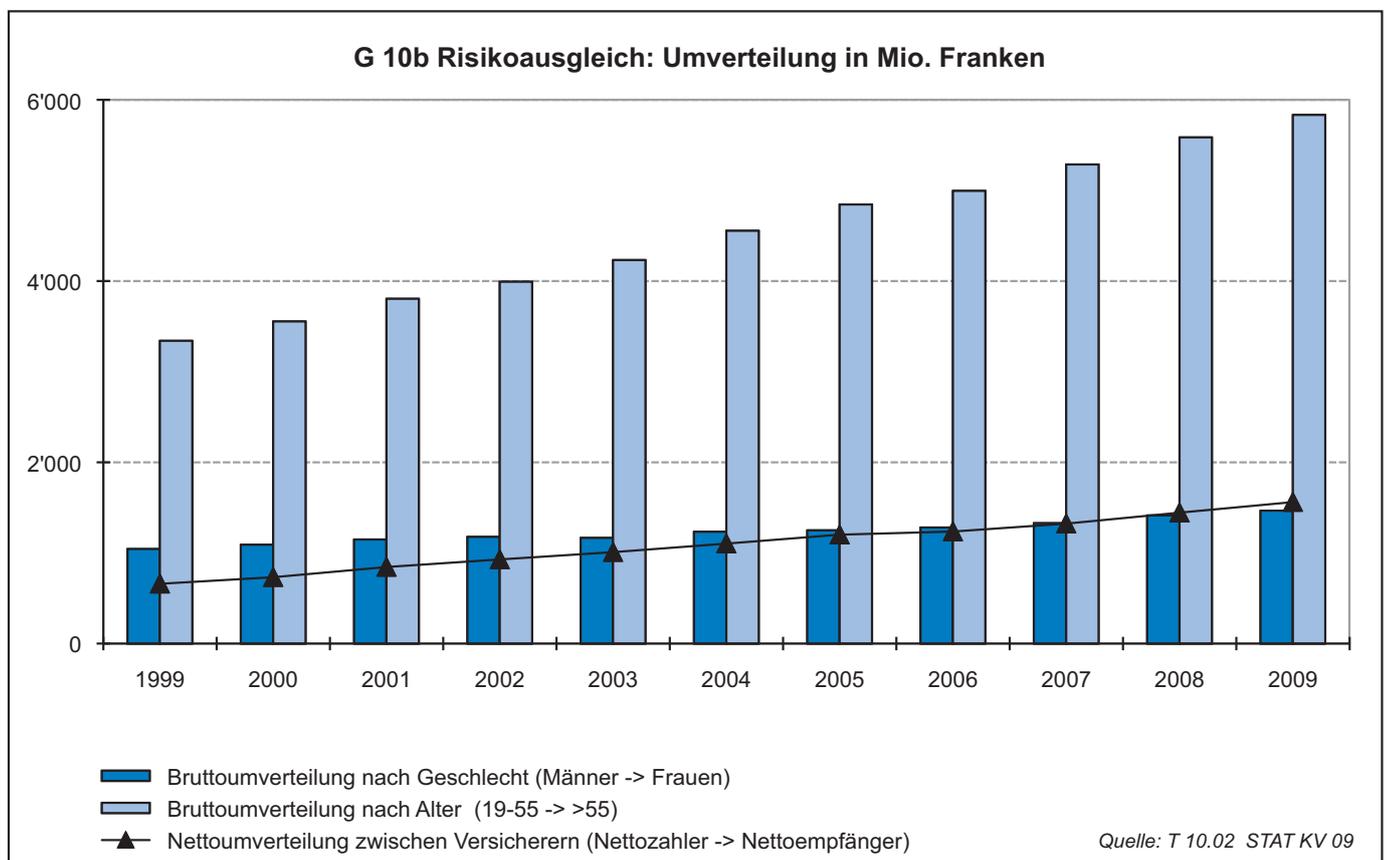
4.10 Risikoausgleich in der OKP

Mit dem Risikoausgleich soll die Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG geschaffen werden. Die je nach Alter und Geschlecht der Versicherten unterschiedlichen durchschnittlichen Kosten 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).

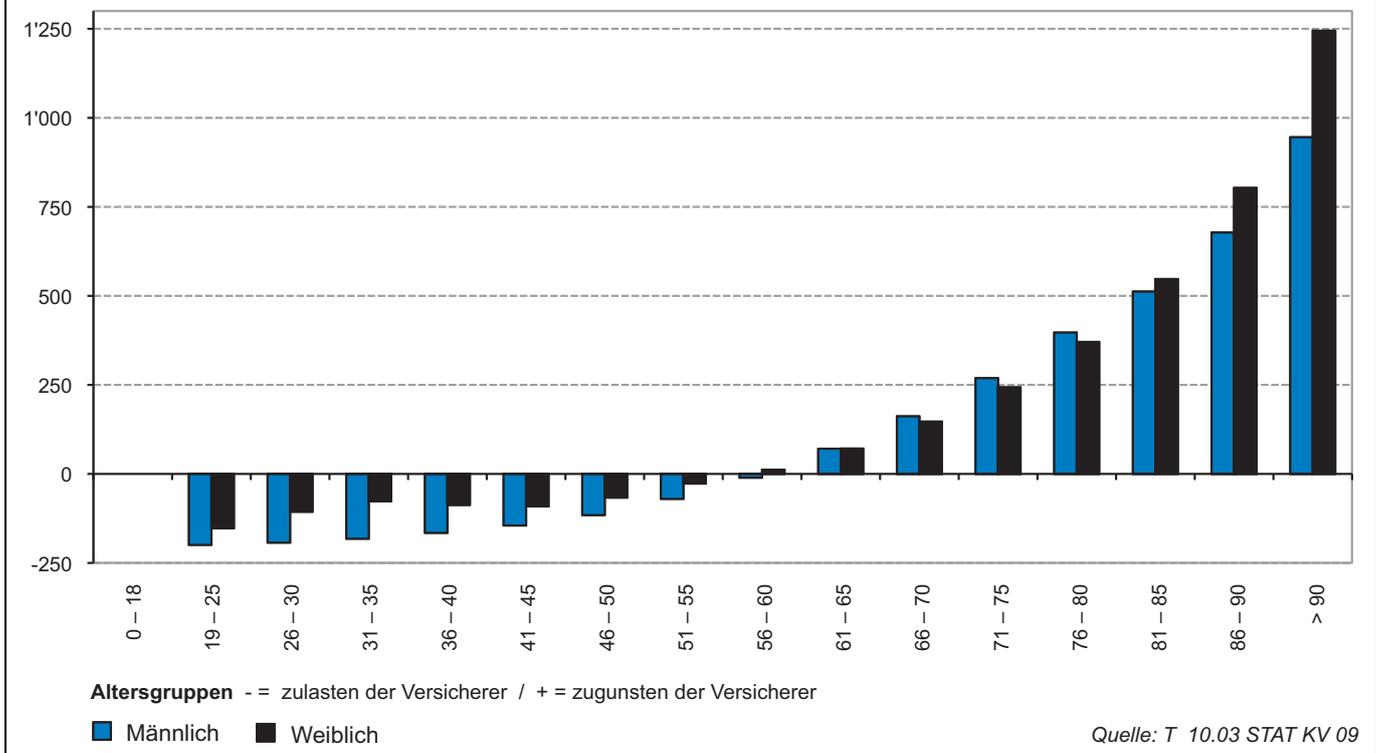
Was das Verhältnis zwischen den Nettozahlern und den Nettoempfängern anbelangt, hat die Zahl der Nettozahler seit 1999 tendenziell zugenommen, während die Zahl der Empfänger von Risikoausgleichszahlungen zurückgegangen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Versicherer insbesondere infolge von Unternehmenszusammenschlüssen abnahm (T 10.01).

Für den Risikoausgleich 2009 lässt sich eine Umverteilung von 5,8 Mrd. Franken von den 19- bis 55-jährigen Versicherten zu den über 56-jährigen Versicherten und von 1,4 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 1999 stetig zu. Diese Entwicklung ist unter anderem auf den allgemeinen Kostenanstieg in der OKP zurückzuführen (T 10.02 und G 10b).

Da ein Grossteil dieser Umverteilungen zwischen Altersgruppen und Geschlecht innerhalb des einzelnen Versicherers erfolgt, werden diese nicht über die Risikoausgleichsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG umverteilt. Über die Risikoausgleichsstelle fliessen nur diejenigen



G 10a Risikoausgleich in Fr. je versicherte Person pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht 2009 (Mittelwert Schweiz)



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 59 Nettozahler (d.h. 72% der Versicherer) den 23 Nettoempfängern für das Ausgleichsjahr 2009 einen Umverteilungsbetrag von insgesamt 1561 Mio. Franken netto (T 10.01, T 10.02 und G 10b, siehe auch Absatz 3 des Anhangs G zu den Risikoausgleichszahlungen nach Kalenderjahr und nach Ausgleichsjahr).

Für die Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeträge 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.

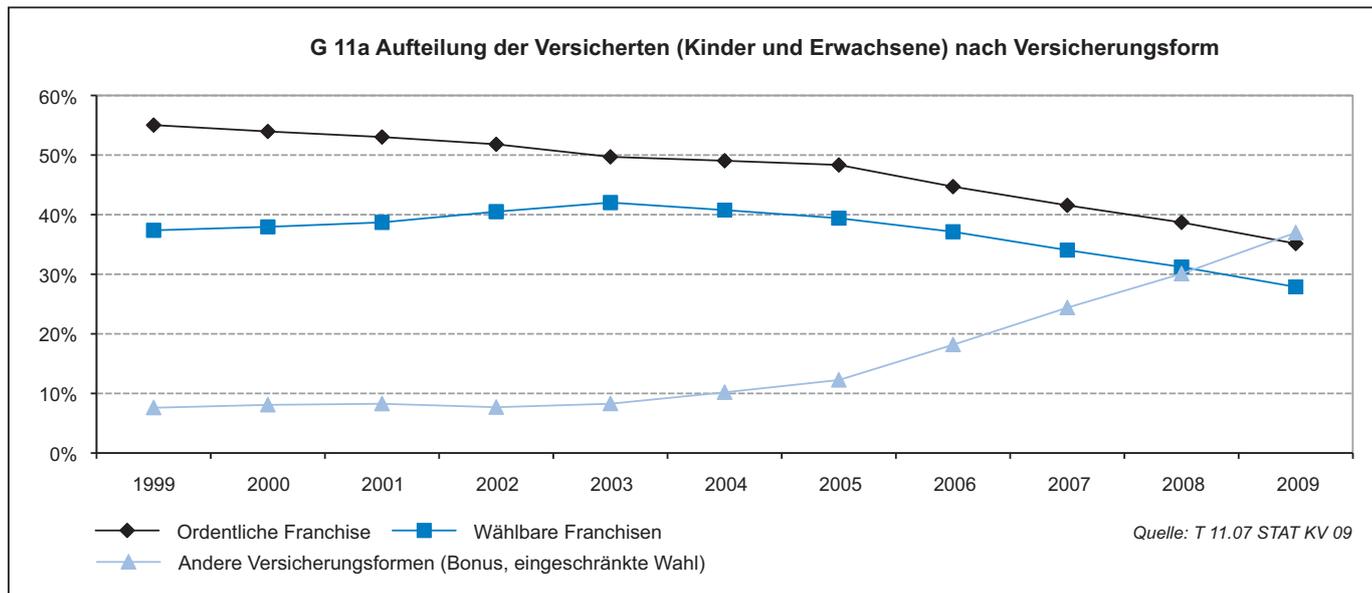
Wenn der Durchschnitt der effektiven Kosten der fraglichen Risikogruppe über dem Durchschnitt der Referenzgruppe liegt, erhält der Versicherer einen Beitrag (+) für jeden Versicherten dieser Risikogruppe. Im gegenteiligen Fall

muss er eine Risikoabgabe bezahlen (-).

In Grafik G 10a 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 Verhalten der Versicherer beeinflussen können.

Diese könnten insbesondere an vollständig gesunden Versicherten im Alter von über 70 Jahren interessiert sein, die keine oder nur geringe Kosten verursachen und beträchtliche Risikoausgleichsbeträge einbringen.

Angesichts der im Laufe der Jahre offenkundig gewordenen Mängel im gegenwärtigen Risikoausgleichssystem, der die in Anhang G dargestellte Risikoselektion nicht zu unterbinden vermochte, wird der Risikoausgleich verfeinert werden. Ab 2012 werden als zusätzliches Kriterium die im Vorjahr erfolgten Spitalaufenthalte im Risikoausgleich berücksichtigt.



4.11 OKP-Versicherte

Aufteilung der Versicherten nach Versicherungsformen

Seit 1999 ist der Bestand an Erwachsenen ab 19 Jahren mit dem Standardmodell mit ordentlicher Franchise oder mit wählbarer Franchise leicht zurückgegangen. Dies zu Gunsten anderer Versicherungsformen (vor allem HMO- oder Hausarztmodelle), die 2008 einen Anteil von 37% aufweisen. Der Anteil der BONUS-Versicherung blieb mit 0,1% der Versicherten verschwindend klein (T 11.07 und G 11a).

Diese Abnahme muss allerdings relativiert werden wegen der Kombination von ordentlicher und wählbarer Franchise mit anderen Versicherungsmodellen. Der Anteil der Versicherten mit wählbarer Franchise beträgt 2009 insgesamt 47% und nicht 28% (T 11.16). Bis 2008 sind die relativ grossen Abweichungen in der Verteilung der Versicherten vor allem zurückzuführen auf die Art der Zuteilung der Versicherten, die eine Kombination von wählbarer Franchise und anderen Versicherungsmodellen haben. Die Erhebungen des BAG und santésuisse wurden vereinheitlicht, um diese Abweichungen ab 2009 zu vermeiden.

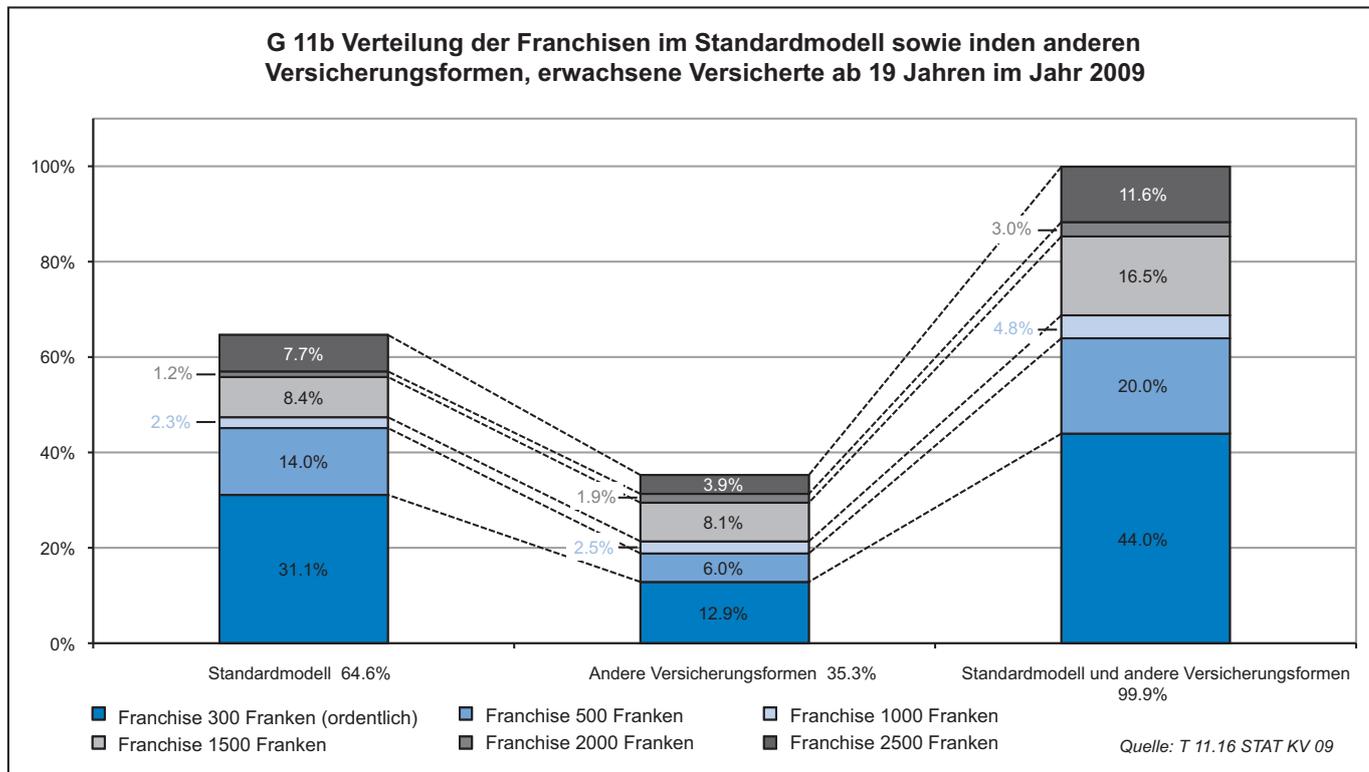
Anteil der Versicherungsformen und Wahl der Franchise, erwachsene Versicherte ab 19 Jahren

Von den 33,5% der erwachsenen Versicherten ab 19 Jahren, die im Standardmodell mit wählbarer Franchise versichert sind, haben sich im Jahr 2009 am meisten für die Variante mit 500 Franken entschieden (14%), was angesichts der

geringen Sparmöglichkeit bei dieser Stufe erstaunen mag. Verbreitet war mit 8,4% der Versicherten auch die Franchise von 1500 Franken. Die Franchise von 2000 Franken wird dagegen weiterhin selten gewählt; nur gerade 1,2% der Versicherten haben sich dafür entschieden. Die höchste wählbare Franchise von 2500 Franken weist mit 7,7% der Versicherten eine verhältnismässig grosse Nachfrage auf (G 11b). Berücksichtigt man auch die erwachsenen Versicherten, die andere Versicherungsmodelle mit Wahlfranchisen kombiniert haben, stellt man fest, dass 20% der Versicherten eine Franchise von 500 Franken haben und 16,5% eine von 1500 Franken. Die Angaben pro Kanton finden sich in Tabelle T 11.08.

Die individuelle Wahl der optimalen Franchise ist nicht einfach. Sie ist abhängig von verschiedenen Parametern wie der Prämie, der erwarteten Höhe der Leistungen sowie dem Prämienrabatt, den die Versicherer gewähren dürfen. Das BAG stellt den Versicherten eine elektronische Hilfe zur interaktiven grafischen Bestimmung der wirtschaftlich optimalen Franchise nach Versicherer zur Verfügung (Anhang I).

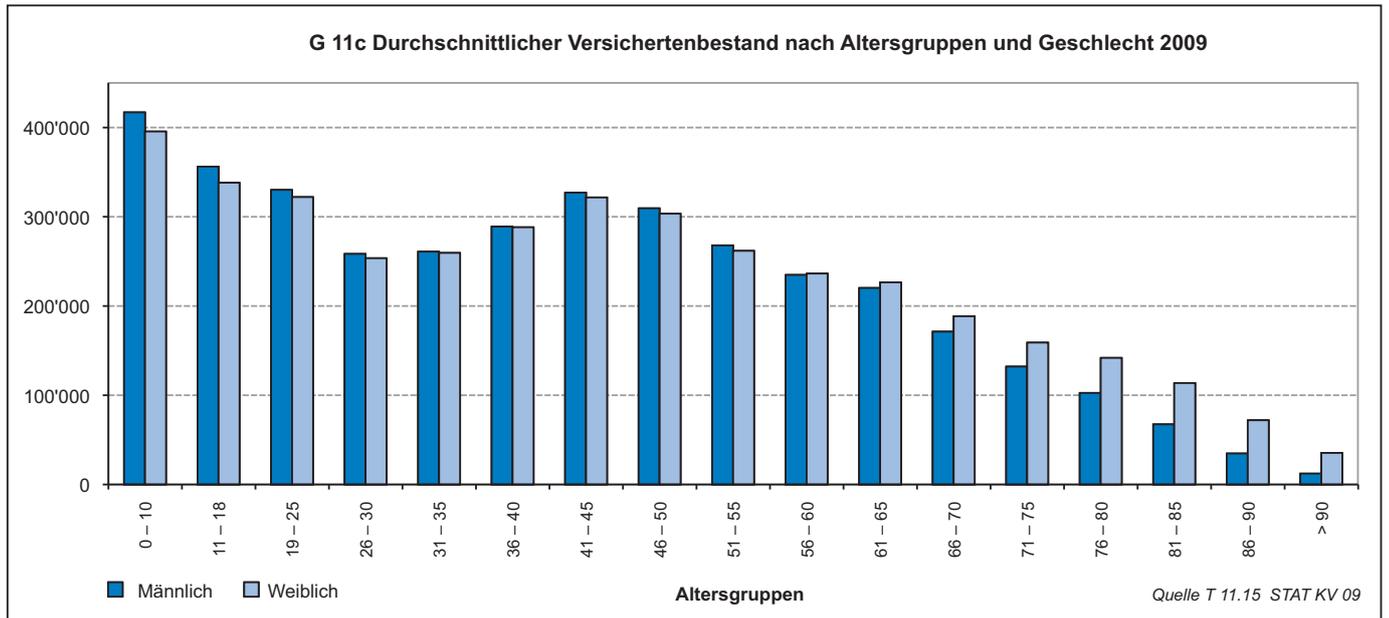
Bei der Analyse der anfallenden Versicherungskosten ist der jeweilige Versichertenbestand zu berücksichtigen. So übersteigen beispielsweise die Kosten der Versicherten über 71 Jahre den Durchschnitt aller Versicherten um das Doppelte. Diese Altersgruppe macht aber nur gerade rund 10% aller Versicherten aus (G 11c).



Aus Tabelle 11.11 ist die Anzahl der Versicherten ersichtlich, deren OKP-Leistungen aufgrund ausstehender Prämienzahlungen und Betreuung eingestellt wurden. Diese Daten sind teilweise unvollständig (vgl. Fussnote 2 zur Tabelle 11.11). Sie zeigen jedoch die Bedeutung der Fälle für das Jahr 2009: Bei knapp 5% der Versicherten kam es zur Betreuung und bei rund 2% wurden die Leistungen eingestellt. Ab 2010 treten neue gesetzliche Bestimmungen in Kraft (Art. 64a und 65 KVG), die genau festschreiben, wie die Versicherer und die kantonalen Instanzen mit solchen Fällen umzugehen haben, um die in der Praxis aufgetretenen Schwierigkeiten zu beseitigen.

Ausserdem ist festzuhalten, dass im Jahr 2009 rund 12% der Versicherten von einem Versicherer neu aufgenommen wurden. Dabei war die Zahl der Kinder und jungen Erwachsenen um etwa 50% höher als jene der Erwachsenen (Tabelle 11.10). Hieraus kann jedoch nicht direkt geschlossen werden, dass es sich um die Zahl der Versicherten handelt, die den Versicherer wechselten. Abzuziehen sind insbesondere die Zahl der Neugeborenen (ungefähr 1% der Versicherten) sowie die immigrierten Versicherten (rund 2% der Versicherten). Zu berücksichtigen ist auch der Umstand, dass bei einem Zusammenschluss von Versicherern der Versicherte statistisch als Neueintritt erfasst wird, ohne dass er auf eigene Initiative

aktiv einen Wechsel seines eigenen Versicherers vorgenommen hätte. Eine detaillierte Erhebung bei den Versicherern sollte ermöglichen, ab dem Jahr 2011 genauere Angaben zu diesem Thema zu publizieren.



5. Beilagen

1: Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

1.01	Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 1999 : wichtigste Indikatoren	57
1.02	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG insgesamt	58
1.03	Betriebsrechnung der Versicherung mit ordentlicher Franchise	59
1.04	Betriebsrechnung der Versicherungen mit wählbarer Franchise	60
1.05	Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung	61
1.06	Betriebsrechnung der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers	62
1.07	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Personen mit Wohnsitz in einem EG-Staat	63
1.08	Gesamtbetriebsergebnis nach Versicherungsform ab 1999	64
1.09	Gesamtbetriebsergebnis je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1999	65
1.10	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen nach Versicherungsform ab 1999	66
1.11	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1999	67
1.12	Stand der Reserven per 31.12. ab 1999	68
1.13	Stand der Rückstellungen per 31.12. für unerledigte Versicherungsfälle ab 1999	69

T 1.01 Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 1996: wichtigste Indikatoren

Merkmal	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Veränderung 2008 - 2009 in %	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1999 - 2009 in %
1 - Anzahl Versicherter OKP	145	129	118	109	101	99	93	93	92	85	87	87	86	81	-5.8%	-2.9%
2 - Durchschnittlicher Versichertenbestand in 1'000	7'233	7'236	7'247	7'271	7'285	7'301	7'345	7'373	7'384	7'436	7'478	7'538	7'616	7'709	1.2%	0.6%
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	6'140	6'171	6'247	6'463	3.5%	1.0%
3B - Anzahl Erkrankte je 100 Versicherte	77.4	78.3	79.6	80.2	81.9	82.8	84.0	82.8	82.3	82.1	82.1	81.9	82.0	83.8	2.2%	0.4%
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	1'148	1'232	1'283	1'289	0.5%	1.6%
5 - Anzahl Spitaltage in 1'000	18'813	18'988	17'067	12'747	12'447	12'514	12'391	11'396	11'755	11'493	11'050	11'706	11'790	11'967	1.5%	-0.6%
6 - Prämiensohl pro Versicherte(n) in Fr.	1'539	1'664	1'764	1'793	1'850	1'917	2'091	2'281	2'442	2'487	2'583	2'612	2'586	2'611	1.0%	3.8%
7B - Leistungen (brutto) ¹ pro Versicherte(n) in Fr.	1'723	1'816	1'935	2'011	2'131	2'244	2'328	2'431	2'592	2'736	2'755	2'863	2'984	3'069	2.9%	4.3%
7C - davon ambulante Leistungen in Fr.	1'136	1'207	1'288	1'352	1'451	1'549	1'615	1'667	1'751	1'869	1'876	1'947	2'050	2'108	2.8%	4.5%
7D - davon stationäre Leistungen in Fr.	587	608	647	659	679	696	712	765	841	868	879	916	933	960	2.9%	3.8%
8B - Kostenbeteiligung pro Versicherten in Fr.	232	246	289	301	315	329	341	351	384	403	406	419	432	439	3.1%	4.4%
8B - Bezahlte Leistungen ² pro Versicherten in Fr.	1'491	1'570	1'646	1'710	1'816	1'916	1'987	2'080	2'209	2'334	2'349	2'444	2'552	2'630	3.1%	4.4%
8B - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen pro Versicherten in Fr.	133	123	118	117	119	124	126	129	134	134	144	142	153	147	-4.1%	2.3%
10B - Rückstellungen per 31.12. pro Versicherten in Fr.	478	485	510	524	545	547	547	578	608	633	667	694	682	661	-3.0%	2.3%
10B - Reserven per 31.12. pro Versicherten in Fr.	395	413	412	423	390	288	288	325	402	428	501	527	427	371	-13.0%	-1.3%
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	19'315	19'689	19'692	20'125	2.2%	4.4%
7A - Leistungen (brutto) ¹ in Mio. Fr.	12'459	13'138	14'024	14'821	15'478	16'386	17'096	17'924	19'140	20'348	20'603	21'579	22'722	23'656	4.1%	4.9%
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	3'039	3'155	3'290	3'382	2.8%	4.4%
9A - Bezahlte Leistungen ² in Mio. Fr.	10'780	11'360	11'927	12'431	13'190	13'986	14'593	15'336	16'308	17'363	17'564	18'424	19'431	20'274	4.3%	5.0%
10A - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Mio. Fr.	960	893	855	854	863	909	924	949	987	999	1'078	1'072	1'169	1'134	-2.9%	2.9%
11 - Gesamtergebnis in Mio. Fr.	-320	70	0	-49	-306	-790	-224	400	514	171	491	179	-755	-472	-	-
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	4'990	5'234	5'191	5'095	-1.8%	2.9%
12C - Rückstellungenquote ³ per 31.12. in %	32.0%	30.9%	31.0%	30.7%	30.0%	28.6%	27.5%	27.8%	27.5%	27.1%	28.4%	28.4%	26.7%	25.1%	-	-
13A - Reserven: Stand per 31.12. in Mio. Fr.	2'956	2'992	2'986	3'077	2'832	2'103	1'966	2'394	2'968	3'184	3'749	3'970	3'252	2'863	-12.0%	-0.7%
13C - Reservenquote ⁴ per 31.12. in %	25.7%	24.8%	23.5%	23.6%	21.1%	15.0%	12.8%	14.2%	16.5%	17.2%	19.4%	20.2%	16.5%	14.2%	-	-

Datenstand: 24.8.10

- 1) Leistungen brutto = Leistungen inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten
- 2) Bezahlte Leistungen = Leistungen netto = Leistungen der Versicherer abzüglich Kostenbeteiligung der Versicherten
- 3) Rückstellungen in Prozent der bezahlten Leistungen
- 4) Reserven in Prozent des Prämiensohls.

Quelle: T 8.02, 11.01, 9.21, 3.12, 2.18, 2.21, 5.01, 1.12, 1.13, 3.10, 2.16, 2.01, 2.20, 1.10, 1.02, 1.13, 1.12

oder

Formulare EF123:

1 - Anzahl Versicherter mit EF 1.12 A Total > 0	8B = [8A] / [2]
2 - Durchschnittlicher Versichertenbestand EF 1.12 A 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 Gesamtergebnis 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] / [8A] * 100 in %
7C EF3 T 3.6 / [2]	13A EF 1.5 Konten 280 + 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 ¹**

2009

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	19'358'866'340	765'900'775	20'124'767'115
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-72'220'940	-2'963'741	-75'184'680
65 Andere Beitragsanteile	7'745'326	315'039	8'060'365
60-65 Brutto-Prämien	19'294'390'726	763'252'073	20'057'642'800
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-41'293'184	-1'566'229	-42'859'413
60-66 Eigene Versicherungsprämien	19'253'097'543	761'685'844	20'014'783'387
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	1'698'196'060	70'507'700	1'768'703'760
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-1'689'139'945	-69'033'842	-1'758'173'786
69 Sonstige Betriebserträge	141'687'010	4'839'732	146'526'741
6 Total Versicherungsertrag	19'403'840'667	767'999'435	20'171'840'102
31 Leistungen	22'897'012'107	759'310'335	23'656'322'442
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-3'288'845'318	-93'626'530	-3'382'471'848
30-33 Bezahlte Leistungen	19'608'166'789	665'683'805	20'273'850'594
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	81'998'309	1'381'426	83'379'735
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-124'789'418	6'408'297	-118'381'121
30-35 Brutto-Leistungen	19'565'375'680	673'473'527	20'238'849'208
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-40'999'097	-1'416'324	-42'415'421
37 Risikoausgleich	64'964'768	-99'051'023	-34'086'255
3 Total Versicherungsaufwand	19'589'341'351	573'006'180	20'162'347'531
40-47 Verwaltungsaufwand	1'015'608'706	45'526'128	1'061'134'834
48 Abschreibungen	69'602'333	3'526'923	73'129'255
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	14'968'351	793'109	15'761'460
4 Total Betriebsaufwand	1'100'179'390	49'846'160	1'150'025'550
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	20'689'520'741	622'852'340	21'312'373'081
Versicherungsbetriebsergebnis	-1'285'680'074	145'147'095	-1'140'532'979
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	640'659'774	28'263'982	668'923'757
Gesamtbetriebsergebnis	-645'020'299	173'411'077	-471'609'222

Datenstand: 24.8.10

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF2 [Summe 2.2 bis 2.7]

T 1.03 Betriebsrechnung der Versicherung ¹ mit ordentlicher Franchise

2009

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	7'397'113'935	366'120'486	7'763'234'421
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-26'048'559	-1'330'315	-27'378'875
65 Andere Beitragsanteile	3'553'200	172'505	3'725'705
60-65 Brutto-Prämien	7'374'618'576	364'962'675	7'739'581'251
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-20'539'398	-944'322	-21'483'721
60-66 Eigene Versicherungsprämien	7'354'079'178	364'018'353	7'718'097'531
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	855'451'860	42'898'378	898'350'238
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-853'674'421	-41'975'221	-895'649'642
69 Sonstige Betriebserträge	47'198'651	2'229'907	49'428'558
6 Total Versicherungsertrag	7'403'055'267	367'171'417	7'770'226'684
31 Leistungen	11'810'721'745	396'365'591	12'207'087'337
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'121'080'371	-32'544'564	-1'153'624'936
30-33 Bezahlte Leistungen	10'689'641'374	363'821'027	11'053'462'401
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	33'212'636	405'681	33'618'317
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-173'886'889	-2'431'767	-176'318'656
30-35 Brutto-Leistungen	10'548'967'121	361'794'942	10'910'762'062
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-21'726'532	-797'154	-22'523'687
37 Risikoausgleich	-1'520'225'803	-112'584'511	-1'632'810'314
3 Total Versicherungsaufwand	9'007'014'785	248'413'276	9'255'428'062
40-47 Verwaltungsaufwand	415'276'066	23'015'497	438'291'563
48 Abschreibungen	30'814'784	1'895'720	32'710'504
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	6'989'540	422'277	7'411'816
4 Total Betriebsaufwand	453'080'390	25'333'494	478'413'883
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	9'460'095'175	273'746'770	9'733'841'945
Versicherungsbetriebsergebnis	-2'057'039'908	93'424'647	-1'963'615'260
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	266'826'009	14'878'308	281'704'317
Gesamtbetriebsergebnis	-1'790'213'898	108'302'955	-1'681'910'943

Datenstand: 24.8.10

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [2.2]

T 1.04 Betriebsrechnung der Versicherungen¹ mit wählbarer Franchise

2009

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61	Prämien	5'984'893'488	207'589'616	6'192'483'104
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-28'264'118	-1'012'372	-29'276'490
65	Andere Beitragsanteile	2'293'884	77'235	2'371'119
60-65	Brutto-Prämien	5'958'923'254	206'654'478	6'165'577'733
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-11'773'756	-351'408	-12'125'164
60-66	Eigene Versicherungsprämien	5'947'149'499	206'303'071	6'153'452'569
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	411'035'309	13'775'060	424'810'369
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-408'076'301	-13'558'131	-421'634'433
69	Sonstige Betriebserträge	49'341'449	1'381'418	50'722'868
6	Total Versicherungsertrag	5'999'449'955	207'901'418	6'207'351'373
31	Leistungen	5'587'015'728	170'809'894	5'757'825'622
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'156'032'095	-31'904'986	-1'187'937'081
30-33	Bezahlte Leistungen	4'430'983'633	138'904'909	4'569'888'541
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	15'732'594	272'512	16'005'106
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-108'849'700	1'545'687	-107'304'013
30-35	Brutto-Leistungen	4'337'866'526	140'723'108	4'478'589'634
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-11'100'727	-319'936	-11'420'663
37	Risikoausgleich	527'261'439	-12'994'628	514'266'811
3	Total Versicherungsaufwand	4'854'027'239	127'408'544	4'981'435'782
40-47	Verwaltungsaufwand	311'923'489	12'466'344	324'389'832
48	Abschreibungen	18'137'067	846'620	18'983'688
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	4'133'610	203'480	4'337'090
4	Total Betriebsaufwand	334'194'166	13'516'444	347'710'610
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	5'188'221'405	140'924'987	5'329'146'393
	Versicherungsbetriebsergebnis	811'228'550	66'976'430	878'204'981
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	198'239'586	7'610'089	205'849'674
	Gesamtbetriebsergebnis	1'009'468'136	74'586'519	1'084'054'655

Datenstand: 24.8.10

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [2.3]

T 1.05 Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung ¹

2009

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	15'465'971	434'944	15'900'914
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-46'356	-1'336	-47'692
65 Andere Beitragsanteile	1'677	44	1'721
60-65 Brutto-Prämien	15'421'291	433'652	15'854'943
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-52	-2	-54
60-66 Eigene Versicherungsprämien	15'421'239	433'650	15'854'889
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	471'231	14'125	485'356
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-471'835	-14'136	-485'971
69 Sonstige Betriebserträge	43'347	1'150	44'497
6 Total Versicherungsertrag	15'463'983	434'789	15'898'772
31 Leistungen	9'783'863	264'412	10'048'276
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'344'091	-31'985	-1'376'076
30-33 Bezahlte Leistungen	8'439'772	232'427	8'672'199
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	13'549	431	13'980
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-320'256	-8'456	-328'711
30-35 Brutto-Leistungen	8'133'065	224'403	8'357'468
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37 Risikoausgleich	2'339'051	61'697	2'400'748
3 Total Versicherungsaufwand	10'472'116	286'100	10'758'216
40-47 Verwaltungsaufwand	845'433	24'729	870'162
48 Abschreibungen	61'202	1'855	63'057
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	55'678	1'718	57'396
4 Total Betriebsaufwand	962'313	28'302	990'615
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	11'434'429	314'402	11'748'831
Versicherungsbetriebsergebnis	4'029'554	120'387	4'149'941
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	209'757	6'188	215'945
Gesamtbetriebsergebnis	4'239'311	126'575	4'365'886

Datenstand: 24.8.10

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [2.4]

T 1.06 Betriebsrechnung der Versicherungen ¹ mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers

2009

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61	Prämien	5'961'392'947	191'755'729	6'153'148'676
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-17'861'906	-619'717	-18'481'623
65	Andere Beitragsanteile	1'896'563	65'256	1'961'820
60-65	Brutto-Prämien	5'945'427'605	191'201'268	6'136'628'872
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-8'979'977	-270'497	-9'250'474
60-66	Eigene Versicherungsprämien	5'936'447'627	190'930'771	6'127'378'398
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	431'237'660	13'820'137	445'057'796
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-426'917'388	-13'486'353	-440'403'741
69	Sonstige Betriebserträge	45'103'563	1'227'257	46'330'819
6	Total Versicherungsertrag	5'985'871'462	192'491'811	6'178'363'273
31	Leistungen	5'489'490'771	191'870'437	5'681'361'208
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'010'388'761	-29'144'995	-1'039'533'756
30-33	Bezahlte Leistungen	4'479'102'011	162'725'442	4'641'827'452
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	33'039'530	702'802	33'742'332
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	158'267'427	7'302'832	165'570'259
30-35	Brutto-Leistungen	4'670'408'968	170'731'075	4'841'140'043
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-8'171'838	-299'234	-8'471'072
37	Risikoausgleich	1'055'590'081	26'466'419	1'082'056'500
3	Total Versicherungsaufwand	5'717'827'211	196'898'260	5'914'725'471
40-47	Verwaltungsaufwand	287'563'719	10'019'558	297'583'277
48	Abschreibungen	20'589'279	782'728	21'372'007
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	3'789'524	165'634	3'955'158
4	Total Betriebsaufwand	311'942'521	10'967'920	322'910'441
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	6'029'769'732	207'866'180	6'237'635'912
	Versicherungsbetriebsergebnis	-43'898'271	-15'374'369	-59'272'640
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	175'384'422	5'769'398	181'153'820
	Gesamtbetriebsergebnis	131'486'152	-9'604'971	121'881'181

Datenstand: 24.8.10

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 ¹
2009

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61.1	Prämien für Effektivkosten	106'192'148	2'558'081	108'750'229
61.2	Prämien für Pauschalkosten	5'232'633	335'239	5'567'872
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-472'306	-15'903	-488'209
65	Andere Beitragsanteile	34'717	1'367	36'084
60-65	Brutto-Prämien	110'987'192	2'878'784	113'865'976
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-38'443	-677	-39'119
60-66	Eigene Versicherungsprämien	110'948'749	2'878'107	113'826'857
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	1'766'461	62'715	1'829'177
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-1'757'469	-62'390	-1'819'858
69	Sonstige Betriebserträge	201'234	4'309	205'544
6	Total Versicherungsertrag	111'158'976	2'882'742	114'041'718
31.1	Leistungen (Effektivkosten)	67'339'031	1'704'769	69'043'799
31.2	Leistungen (Pauschalkosten)	5'660'911	157'570	5'818'481
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-4'683'629	-95'827	-4'779'456
30-33	Bezahlte Leistungen	68'316'313	1'766'512	70'082'824
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	146'446	4'005	150'451
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	17'081'173	209'701	17'290'874
35.1	Rückstellungen für Pauschalkosten	1'462'011	43'317	1'505'328
30-35	Brutto-Leistungen	87'005'943	2'023'535	89'029'478
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-22'376	-1'053	-23'429
37	Risikoausgleich	21'267'665	456'401	21'724'066
3	Total Versicherungsaufwand	108'251'232	2'478'884	110'730'115
40-47	Verwaltungsaufwand	7'111'494	151'685	7'263'179
48	Abschreibungen	414'246	6'991	421'237
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	372'858	3'924	376'781
4	Total Betriebsaufwand	7'898'598	162'600	8'061'198
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	116'149'829	2'641'484	118'791'313
	Versicherungsbetriebsergebnis	-4'990'853	241'259	-4'749'594
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	289'492	17'584	307'077
	Gesamtbetriebsergebnis	-4'701'361	258'843	-4'442'518

Nur GrenzgängerInnen ²

	Leistungen (31.1 + 31.2)	-	-	38'377'337
	Kostenbeteiligung der Versicherten (32) (-)	-	-	-2'995'768
	Bezahlte Leistungen (30-33)	-	-	35'381'569

Datenstand: 24.8.10

1) Ohne Liechtenstein. Versichertenbestand : siehe T 11.13.

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

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

T 1.08 Gesamtbetriebsergebnis in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1999

Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
1999	-927.5	825.4	3.6	49.1	-49.4
2000	-1'105.2	733.3	3.9	62.1	-306.0
2001	-1'433.3	618.0	2.5	23.1	-789.7
2002	-1'276.9	976.6	4.3	72.3	-223.7
2003	-1'200.0	1'406.7	4.8	188.2	399.7
2004	-1'391.6	1'635.0	5.2	265.6	514.1
2005	-1'649.4	1'546.2	5.1	269.6	171.4
2006	-1'547.0	1'652.5	4.8	380.6	490.9
2007	-1'647.7	1'490.2	5.4	330.8	178.7
2008	-2'065.2	1'210.1	3.8	96.0	-755.3
2009	-1'681.9	1'084.1	4.4	121.9	-471.6

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 1.03, 1.04, 1.05, 1.06

T 1.09 Gesamtbetriebsergebnis in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1999

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
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
2005	-457	526	659	298	23
2006	-461	593	669	281	65
2007	-523	578	780	180	24
2008	-696	505	574	42	-98
2009	-617	502	710	43	-61

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 1.08 / T 11.05

T 1.10 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1999

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	In % des Versicherungs- und Betriebsaufwands	Versicherungs- und Betriebsaufwand
1999	466.6	332.8	0.653	54.1	854.2	6.4%	13'448.4
2000	463.0	338.7	0.692	60.9	863.3	6.1%	14'203.7
2001	473.4	367.8	0.750	66.9	908.9	6.1%	14'927.9
2002	472.9	381.9	0.686	68.1	923.6	5.9%	15'573.1
2003	471.0	408.6	0.692	68.9	949.1	5.7%	16'621.6
2004	484.9	415.9	0.723	85.8	987.4	5.6%	17'610.3
2005	499.7	398.9	0.733	99.8	999.1	5.4%	18'511.2
2006	508.3	413.4	0.822	155.4	1'078.0	5.7%	18'918.7
2007	481.0	375.9	0.731	214.0	1'071.7	5.4%	19'730.4
2008	494.9	380.3	1.018	292.4	1'168.6	5.7%	20'521.8
2009	471.0	343.4	0.933	319.0	1'134.3	5.3%	21'312.4

Datenstand: 24.8.10

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

T 1.11 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1999

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2005	139	136	95	110	134	0.7%
2006	151	148	114	115	144	7.2%
2007	153	146	106	116	141	-1.5%
2008	167	159	155	127	152	7.7%
2009	173	159	152	112	146	-3.9%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 1.10 / T 11.05

T 1.12 Stand der Reserven per 31.12. ab 1999

Jahr	Stand Reserven in Mio. Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	Reserven ¹ pro versicherte Person in Fr.	Reservequote effektiv ²	Reservequote gesetzlich ³
1999	3'077	3.1%	423	23.6%	17.2%
2000	2'832	-8.0%	390	21.1%	17.0%
2001	2'103	-25.8%	288	15.0%	16.9%
2002	1'966	-6.5%	268	12.8%	17.0%
2003	2'394	21.8%	325	14.2%	17.1%
2004	2'968	24.0%	402	16.5%	16.5%
2005	3'184	7.3%	428	17.2%	16.2%
2006	3'749	17.7%	501	19.4%	16.2%
2007	3'970	5.9%	527	20.2%	14.4%
2008	3'252	-18.1%	427	16.5%	12.5%
2009	2'863	-12.0%	371	14.2%	11.6%

Datenstand: 24.8.10

1) Vgl. Tabelle 11.13A.

2) Reserven in % des Prämiensolls (vgl. Tabelle 3.10).

3) Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen berechneter Mindestreservesatz (siehe T 5.01 & T 5.02).

Quelle: T 8.10 [290 + 290.9]; T 11.13A; T 3.10; T 5.01 und Aufsichtsdaten 1998-2003

T 1.13 Stand der Rückstellungen per 31.12. für unerledigte Versicherungsfälle, ab 1999

Jahr	Stand Rückstellungen in Mio. Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	Stand Rückstellungen pro versicherte Person in Fr. ¹	Veränd. gegenüber Vorjahr	Rückstellungen in % der bezahlten Leistungen ²
1999	3'810	3.1%	524	2.8%	30.7%
2000	3'956	3.8%	545	3.9%	30.0%
2001	3'996	1.0%	547	0.5%	28.6%
2002	4'018	0.5%	547	-0.1%	27.5%
2003	4'264	6.1%	578	5.7%	27.8%
2004	4'488	5.2%	608	5.1%	27.5%
2005	4'710	5.0%	633	4.2%	27.1%
2006	4'990	5.9%	667	5.3%	28.4%
2007	5'234	4.9%	694	4.1%	28.4%
2008	5'191	-0.8%	682	-1.8%	26.7%
2009	5'095	-1.8%	661	-3.0%	25.1%

Datenstand: 24.8.10

1) Vgl. Tabelle 11.13A.

2) Vgl. Tabelle 2.20.

Quelle: T 8.10 [270]; T 11.13A; T 2.20

2: Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP

2.01 Kostenbeteiligung der Versicherten in Fr. nach Versicherungsform ab 1999	71
2.02 Kostenbeteiligung je versicherte Person in Fr. nach Versicherungsform ab 1999	72
2.03 Leistungen netto pro Versicherten nach Kantonen ab 1999	73
2.04 Leistungen brutto nach Kantonen	74
2.05 Leistungen brutto pro Versicherten nach Kantonen	75
2.06 Leistungen brutto nach Altersgruppen und Geschlecht	76
2.07 Leistungen netto nach Kantonen	77
2.08 Leistungen netto pro Versicherten nach Versicherungsform	78
2.09 Leistungen netto nach Altersgruppen und Geschlecht	79
2.10 Kostenbeteiligung nach Kantonen	80
2.11 Kostenbeteiligung nach Altersgruppen und Geschlecht	81
2.12 Leistungen netto pro Versicherten nach Kantonen	82
2.13 Kostenbeteiligung pro Versicherten nach Kantonen	83
2.14 Leistungen brutto nach Versicherungsform ab 1999	84
2.15 Leistungen brutto je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1999	85
2.16 Leistungen brutto nach Kostengruppen ab 1999	86
2.17 Leistungen brutto nach Kostengruppen	87
2.18 Leistungen brutto je versicherte Person nach Kostengruppen ab 1999	88
2.19 Leistungen brutto je versicherte Person nach Kostengruppen	89
2.20 Leistungen netto nach Versicherungsform ab 1999	90
2.21 Leistungen netto je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1999	91
2.22 Leistungen (brutto) nach Versicherungsform	92
2.23 Kostenbeteiligung je versicherte Person nach Versicherungsform	93
2.24 Leistungen (brutto) je versicherte Person nach Versicherungsform	94

T 2.01 Kostenbeteiligung der Versicherten in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1999

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1999	1'011.4	1'055.6	0.8	122.2	2'189.9	4.4%
2000	1'054.5	1'090.7	1.3	141.6	2'288.0	4.5%
2001	1'083.5	1'158.4	1.3	157.0	2'400.2	4.9%
2002	1'089.8	1'244.2	1.3	167.6	2'502.8	4.3%
2003	1'079.9	1'341.5	1.2	165.9	2'588.5	3.4%
2004	1'255.5	1'341.3	1.4	234.2	2'832.3	9.4%
2005	1'328.0	1'371.8	1.4	293.7	2'995.0	5.7%
2006	1'275.3	1'332.0	1.2	430.1	3'038.7	1.5%
2007	1'254.9	1'283.6	1.3	615.2	3'155.1	3.8%
2008	1'219.7	1'260.4	1.4	808.9	3'290.5	4.3%
2009	1'153.6	1'187.9	1.4	1'039.5	3'382.5	2.8%

Datenstand: 24.8.10

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009, Bundesamt für Gesundheit

T 2.02 Kostenbeteiligung¹ je versicherte Person in Franken nach Versicherungsform ab 1999

Alle Versicherte ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1999	253	388	77	225	301	4.1%
2000	269	396	128	245	315	4.6%
2001	280	410	136	264	329	4.4%
2002	286	418	143	301	341	3.7%
2003	295	433	147	276	351	3.0%
2004	347	446	171	315	384	9.3%
2005	369	468	182	325	403	5.0%
2006	381	480	174	318	406	0.9%
2007	401	500	196	336	419	3.0%
2008	414	530	216	354	432	3.2%
2009	420	544	224	375	439	1.6%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: 2009 -> : T 2.25 / -> 2008 : T 2.01 / T 11.01 und T 11.05

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe (Total)³

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränd. gegenüber Vorjahr
1999	69	1.1%	234	6.0%	385	4.2%
2000	72	5.0%	241	3.2%	406	5.4%
2001	75	4.4%	252	4.5%	423	4.2%
2002	75	0.0%	259	2.6%	435	2.8%
2003	77	3.0%	267	3.3%	445	2.5%
2004	81	4.4%	290	8.4%	486	9.1%
2005	88	8.9%	303	4.4%	505	4.0%
2006	90	1.8%	304	0.5%	510	1.0%
2007	93	3.6%	310	1.8%	522	2.4%
2008	95	2.5%	321	3.6%	538	3.0%
2009	96	0.7%	334	4.2%	544	1.1%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: 2008 -> : T 2.13 (vollständige Daten) / 1997->2007: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG]

1) Berücksichtigt nur die beim Versicherer eingereichten Rechnungen.

2) 1996->2008: Schätzung des mittleren Versichertenbestandes (ausgenommen Spalte Total) aufgrund der Aufteilung der Versicherten per 31.12 in T 11.05

3) Zusätzliche Angaben nach Altersgruppe pro Kanton: T 2.13 & www.bag.admin.ch/pyramiden

T 2.03 Leistungen (netto)^{1 2} pro Versicherten nach Kantonen in Franken ab 1999

Kanton	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ZH	1'767	1'854	1'946	1'998	2'041	2'205	2'263	2'280	2'381	2'492	2'595
BE	1'638	1'832	1'887	1'966	2'126	2'366	2'495	2'565	2'663	2'793	2'847
LU	1'320	1'425	1'530	1'580	1'687	1'800	1'961	1'926	2'026	2'115	2'240
UR	1'305	1'419	1'570	1'489	1'622	1'668	1'855	1'860	1'991	2'056	2'163
SZ	1'329	1'434	1'591	1'579	1'700	1'791	1'891	1'939	2'027	2'079	2'225
OW	1'290	1'397	1'432	1'455	1'568	1'619	1'745	1'794	1'937	2'017	2'059
NW	1'208	1'351	1'381	1'410	1'527	1'556	1'650	1'706	1'862	1'917	1'987
GL	1'481	1'589	1'657	1'720	1'748	1'866	1'970	1'960	2'032	2'174	2'247
ZG	1'291	1'396	1'564	1'652	1'696	1'773	1'867	1'886	2'019	2'068	2'181
FR	1'642	1'704	1'823	1'920	1'947	2'009	2'140	2'205	2'286	2'347	2'443
SO	1'548	1'646	1'724	1'839	2'005	2'081	2'190	2'260	2'381	2'486	2'523
BS	2'423	2'586	2'736	2'756	2'805	2'883	3'142	3'162	3'291	3'701	3'774
BL	1'770	1'894	2'012	2'085	2'167	2'197	2'359	2'387	2'508	2'713	2'841
SH	1'736	1'831	1'926	1'971	2'049	2'120	2'205	2'203	2'301	2'380	2'489
AR	1'317	1'421	1'480	1'519	1'649	1'698	1'774	1'776	1'869	1'941	2'060
AI	1'111	1'222	1'304	1'422	1'474	1'465	1'572	1'525	1'561	1'765	1'740
SG	1'372	1'447	1'519	1'603	1'748	1'829	1'892	1'899	1'993	2'068	2'188
GR	1'397	1'554	1'573	1'597	1'799	1'866	1'943	1'999	2'141	2'202	2'293
AG	1'484	1'600	1'689	1'760	1'854	1'912	2'044	2'097	2'167	2'280	2'360
TG	1'563	1'631	1'694	1'827	1'915	1'907	1'972	1'962	2'070	2'162	2'232
TI	2'048	2'244	2'359	2'511	2'652	2'633	2'810	2'816	2'892	2'866	2'993
VD	2'097	2'269	2'423	2'480	2'576	2'616	2'740	2'732	2'777	2'868	2'929
VS	1'477	1'625	1'716	1'795	1'906	1'912	2'033	2'087	2'216	2'292	2'376
NE	1'860	2'231	2'346	2'371	2'464	2'659	2'679	2'569	2'577	2'692	2'706
GE	2'550	2'672	2'916	3'016	2'872	2'998	3'227	3'181	3'238	3'391	3'397
JU	2'011	2'030	2'178	2'254	2'092	2'254	2'462	2'363	2'450	2'653	2'721
CH	1'710	1'816	1'916	1'987	2'080	2'209	2'334	2'349	2'444	2'552	2'630

Datenstand: 24.8.10

Quelle: CH: T 1.01 / Kantone: 2009->: T 2.12 / 1997->2007: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG] / 2008: T 2.08 (Statistik des Risikoausgleiches)

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen.

Leistungen (netto) = bezahlte Leistungen der Versicherer **ohne** Kostenbeteiligungen der Versicherten.2) Zusätzliche Angaben nach Altersgruppe pro Kanton: www.bag.admin.ch/pyramiden

T 2.04 Leistungen (brutto) ¹ in Fr. nach Kantonen
2009

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	252'049'170	142'652'487	3'688'304'584	4'083'006'240
BE	150'646'392	103'904'355	2'948'282'341	3'202'833'088
LU	57'541'735	37'195'385	880'194'643	974'931'763
UR	5'148'961	3'506'187	81'673'187	90'328'335
SZ	27'035'281	14'996'753	340'608'164	382'640'198
OW	5'621'802	3'307'633	77'132'757	86'062'192
NW	5'582'234	3'302'059	86'880'417	95'764'710
GL	6'390'807	4'814'588	91'427'669	102'633'064
ZG	17'892'368	10'050'227	258'095'949	286'038'544
FR	55'241'416	31'770'166	691'098'469	778'110'051
SO	44'179'640	28'223'434	681'536'599	753'939'673
BS	34'672'192	21'456'948	696'988'413	753'117'553
BL	54'566'692	32'389'337	818'866'722	905'822'752
SH	11'237'470	8'220'747	201'078'792	220'537'009
AR	8'555'792	4'740'112	117'680'829	130'976'734
AI	2'306'015	1'488'488	28'824'191	32'618'694
SG	83'297'143	54'532'895	1'092'881'476	1'230'711'514
GR	32'434'340	20'269'923	474'378'338	527'082'601
AG	110'536'656	65'921'170	1'488'081'886	1'664'539'712
TG	44'044'180	27'180'251	571'149'926	642'374'357
TI	56'602'076	27'701'433	1'056'681'366	1'140'984'875
VD	164'242'555	78'684'638	2'084'102'493	2'327'029'687
VS	52'055'798	30'264'226	779'530'547	861'850'571
NE	33'598'565	17'456'820	487'606'318	538'661'703
GE	118'355'366	56'244'719	1'442'306'716	1'616'906'801
JU	14'470'535	6'991'406	200'392'010	221'853'950
Ausland ²	417'785	129'413	4'261'473	4'808'671
unbekannt	-7'646	-9'059	174'107	157'403
CH	1'448'715'322	837'386'741	21'370'220'383	23'656'322'446

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF123 [3.21] (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

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

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

T 2.05 Leistungen (brutto) ¹ in Fr. pro Versicherten nach Kantonen

2009

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	1'018	1'368	3'730	3'046	3.8%
BE	838	1'288	4'145	3'296	1.9%
LU	754	1'066	3'361	2'614	5.4%
UR	716	1'059	3'271	2'547	4.6%
SZ	917	1'173	3'324	2'644	6.6%
OW	763	974	3'138	2'435	2.1%
NW	725	933	2'970	2'365	3.4%
GL	852	1'295	3'334	2'656	3.3%
ZG	830	1'157	3'202	2'581	5.2%
FR	898	1'332	3'714	2'866	3.9%
SO	917	1'242	3'702	2'957	1.4%
BS	1'252	1'646	5'123	4'260	0.8%
BL	1'099	1'488	4'095	3'338	4.2%
SH	818	1'210	3'667	2'926	4.5%
AR	790	968	3'096	2'437	5.6%
AI	647	925	2'748	2'083	-1.0%
SG	849	1'174	3'304	2'589	5.4%
GR	921	1'081	3'334	2'686	3.9%
AG	929	1'242	3'473	2'772	3.4%
TG	868	1'171	3'359	2'633	3.2%
TI	966	1'193	4'290	3'478	4.1%
VD	1'124	1'409	4'326	3'403	1.8%
VS	853	1'071	3'520	2'773	3.3%
NE	939	1'196	4'005	3'130	0.5%
GE	1'353	1'738	4'904	3'906	0.3%
JU	954	1'141	4'090	3'156	2.3%
Ausland ²	1'148	381	1'475	1'338	-
unbekannt	-	-	-	-	-
CH	961	1'284	3'851	3'069	2.9%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 2.04 / T 11.14 (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

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

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

T 2.06 Leistungen (brutto) ¹ nach Altersgruppen und Geschlecht in Mio. Fr.

2009

Altersgruppen	Männlich	in % des Totals Männlich	Weiblich	in % des Totals Weiblich	Total
0 – 5	262.2	2.7%	217.2	1.6%	479.4
6 – 10	170.2	1.7%	127.3	0.9%	297.5
11 – 15	188.5	1.9%	174.2	1.3%	362.8
16 – 18	135.0	1.4%	174.1	1.3%	309.1
Total 0 – 18	755.9	7.7%	692.8	5.0%	1'448.7
19 – 20	83.8	0.8%	126.1	0.9%	209.9
21 – 25	225.1	2.3%	402.4	2.9%	627.5
Total 19 – 25	308.9	3.1%	528.5	3.8%	837.4
26 – 30	264.0	2.7%	569.9	4.1%	833.9
31 – 35	312.2	3.2%	686.9	5.0%	999.1
36 – 40	414.1	4.2%	730.8	5.3%	1'144.9
41 – 45	557.6	5.6%	797.6	5.8%	1'355.2
46 – 50	648.3	6.6%	849.8	6.2%	1'498.1
51 – 55	725.7	7.3%	868.6	6.3%	1'594.3
56 – 60	825.7	8.4%	899.0	6.5%	1'724.8
61 – 65	1'001.1	10.1%	1'032.3	7.5%	2'033.3
66 – 70	974.3	9.9%	1'039.0	7.5%	2'013.3
71 – 75	928.6	9.4%	1'069.0	7.8%	1'997.6
76 – 80	882.3	8.9%	1'177.2	8.5%	2'059.6
81 – 85	675.7	6.8%	1'190.8	8.6%	1'866.5
86 – 90	417.6	4.2%	976.4	7.1%	1'394.1
91 – 95	148.7	1.5%	487.3	3.5%	636.0
96 – 100	34.9	0.4%	159.7	1.2%	194.6
> 100	2.9	0.0%	20.7	0.2%	23.6
Total > 25	8'813.8	89.2%	12'555.1	91.1%	21'368.8
Unbekannt	0.5	0.0%	0.9	0.0%	1.4
Total	9'879.1	100.0%	13'777.3	100.0%	23'656.3

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.20] (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

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

T 2.07 Leistungen (netto) ¹ in Fr. nach Kantonen

2009

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	228'195'410	106'991'411	3'143'861'766	3'479'048'587
BE	135'545'341	77'452'730	2'553'682'530	2'766'680'600
LU	51'579'794	26'975'588	756'862'706	835'418'088
UR	4'548'714	2'527'517	69'641'919	76'718'150
SZ	24'286'073	10'554'670	287'101'059	321'941'802
OW	5'067'439	2'324'358	65'370'719	72'762'517
NW	5'000'757	2'311'101	73'134'338	80'446'196
GL	5'731'788	3'600'153	77'490'568	86'822'509
ZG	16'141'947	7'283'302	218'317'499	241'742'748
FR	49'739'718	23'631'780	589'894'320	663'265'818
SO	39'886'126	20'976'914	582'521'718	643'384'758
BS	31'794'063	17'043'613	618'261'448	667'099'124
BL	49'063'021	24'188'018	697'722'914	770'973'953
SH	10'157'667	6'088'811	171'389'575	187'636'053
AR	7'736'511	3'376'128	99'583'786	110'696'425
AI	2'080'843	1'024'196	24'150'398	27'255'437
SG	75'021'686	39'527'432	925'612'428	1'040'161'546
GR	29'445'225	14'820'249	405'825'379	450'090'853
AG	100'288'478	48'894'486	1'268'299'005	1'417'481'969
TG	39'744'937	19'969'129	484'916'667	544'630'733
TI	50'370'705	19'196'771	912'282'305	981'849'781
VD	145'831'303	58'096'397	1'798'646'454	2'002'574'154
VS	46'764'547	22'055'563	669'412'987	738'233'097
NE	30'031'847	12'845'527	422'868'216	465'745'591
GE	107'130'564	42'880'232	1'256'434'393	1'406'445'189
JU	12'936'433	4'932'474	173'422'732	191'291'640
Ausland ²	364'200	-74'904	3'437'373	3'726'668
unbekannt	-53'257	-54'671	-193'638	-301'566
CH	1'304'460'059	619'438'975	18'349'951'565	20'273'850'598

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 2.04 - 2.10 (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

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

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

T 2.08 Leistungen (netto) ⁴ in Fr. pro Versicherten nach Versicherungsform

2009

Versicherungsart ¹		Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (ab 26 Jahre)	Total
Standardmodell mit ordentlicher Jahresfranchise	F O (0 / 300) ²	977	1'556	5'775	4'022
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500) ²	952	1'180	4'198	4'046
	F II (200 / 1000) ²	751	516	1'763	1'462
	F III (300 / 1500) ²	680	340	987	925
	F IV (400 / 2000) ²	523	229	565	528
	F V (500 / 2500) ²	381	251	509	481
	F VI (600 / -) ²	309	-	-	307
	Total	571	544	2'300	2'094
BONUS-Versicherung		441	565	1'448	1'409
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarzt-modell,...)	F O (0 / 300) ²	802	1'229	3'900	2'437
	F I (100 / 500) ²	654	919	2'407	2'253
	F II (200 / 1000) ²	597	358	952	824
	F III (300 / 1500) ²	399	239	627	569
	F IV (400 / 2000) ²	360	174	398	372
	F V (500 / 2500) ²	319	180	405	382
	F VI (600 / -) ²	270	-	-	270
	Total *	761	726	2'099	1'675
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	843	786	1'853	1'559
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	687	705	2'122	1'683
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	404	390	1'090	979
Alle ³		866	950	3'306	2'630

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 2.24 - T 2.23

1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsart erfolgt derart, dass die Versicherten der Kategorie „andere Versicherungsformen“ (HMO, Hausarztmodell...) zugewiesen werden, falls sie eine Kombination dieser Form mit ordentlicher/wählbarer Franchise aufweisen.

2) Franchisenstufen (Kinder / Erwachsene)

Kinder: ordentliche Franchise F O: 0.- ; wählbare Franchisen F I -> F VI: 100.- 200.- 300.- 400.- 500.- 600.-

Erwachsene ab 19 Jahre: ordentliche Franchise F O: 300.- ; wählbare Franchisen F I -> F V: 500.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.-

3) Inkl. 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 (vgl. Fussnote 1 von Tabelle 11.03).

4) Leistungen (netto) = bezahlte Leistungen der Versicherer in der OKP ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

T 2.09 Leistungen (netto) ¹ nach Altersgruppen und Geschlecht in Mio. Fr.

2009

Altersgruppen	Männlich	in % des Totals Männlich	Weiblich	in % des Totals Weiblich	Total
0 – 5	237.6	2.8%	196.5	1.7%	434.2
6 – 10	153.1	1.8%	113.8	1.0%	266.9
11 – 15	168.7	2.0%	156.2	1.3%	324.8
16 – 18	121.2	1.4%	157.3	1.3%	278.6
Total 0 – 18	680.6	8.1%	623.8	5.3%	1'304.5
19 – 20	58.0	0.7%	91.8	0.8%	149.8
21 – 25	162.0	1.9%	307.6	2.6%	469.6
Total 19 – 25	220.1	2.6%	399.4	3.4%	619.4
26 – 30	194.1	2.3%	454.3	3.8%	648.4
31 – 35	231.6	2.8%	556.3	4.7%	787.9
36 – 40	314.8	3.7%	583.4	4.9%	898.2
41 – 45	435.7	5.2%	633.7	5.3%	1'069.4
46 – 50	520.1	6.2%	687.6	5.8%	1'207.7
51 – 55	597.7	7.1%	718.0	6.1%	1'315.7
56 – 60	696.6	8.3%	757.5	6.4%	1'454.1
61 – 65	862.3	10.2%	886.9	7.5%	1'749.2
66 – 70	855.2	10.2%	908.8	7.7%	1'764.0
71 – 75	829.5	9.9%	952.0	8.0%	1'781.5
76 – 80	800.1	9.5%	1'065.1	9.0%	1'865.2
81 – 85	617.7	7.3%	1'093.0	9.2%	1'710.8
86 – 90	385.1	4.6%	908.3	7.7%	1'293.4
91 – 95	138.3	1.6%	458.6	3.9%	596.9
96 – 100	32.7	0.4%	151.3	1.3%	184.0
> 100	2.7	0.0%	19.7	0.2%	22.4
Total > 25	7'514.1	89.3%	10'834.6	91.4%	18'348.8
Unbekannt	0.5	0.0%	0.7	0.0%	1.2
Total	8'415.3	100.0%	11'858.5	100.0%	20'273.9

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 2.06 - T 2.11 (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

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

T 2.10 Kostenbeteiligung ¹ in Fr. nach Kantonen

2009

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	23'853'760	35'661'075	544'442'818	603'957'653
BE	15'101'052	26'451'625	394'599'811	436'152'488
LU	5'961'941	10'219'797	123'331'937	139'513'675
UR	600'247	978'670	12'031'269	13'610'186
SZ	2'749'208	4'442'082	53'507'105	60'698'396
OW	554'363	983'274	11'762'038	13'299'675
NW	581'477	990'958	13'746'078	15'318'514
GL	659'019	1'214'435	13'937'101	15'810'555
ZG	1'750'421	2'766'925	39'778'450	44'295'796
FR	5'501'698	8'138'386	101'204'149	114'844'233
SO	4'293'513	7'246'520	99'014'881	110'554'915
BS	2'878'130	4'413'334	78'726'964	86'018'428
BL	5'503'671	8'201'319	121'143'808	134'848'798
SH	1'079'802	2'131'936	29'689'217	32'900'956
AR	819'282	1'363'985	18'097'043	20'280'309
AI	225'173	464'292	4'673'793	5'363'257
SG	8'275'457	15'005'463	167'269'048	190'549'968
GR	2'989'115	5'449'674	68'552'959	76'991'748
AG	10'248'178	17'026'684	219'782'881	247'057'743
TG	4'299'243	7'211'123	86'233'259	97'743'624
TI	6'231'370	8'504'662	144'399'062	159'135'094
VD	18'411'252	20'588'241	285'456'039	324'455'533
VS	5'291'251	8'208'663	110'117'560	123'617'474
NE	3'566'718	4'611'293	64'738'102	72'916'113
GE	11'224'802	13'364'488	185'872'324	210'461'613
JU	1'534'102	2'058'931	26'969'278	30'562'310
Ausland ²	53'585	204'317	824'100	1'082'003
unbekannt	45'612	45'612	367'745	458'968
CH	144'255'264	217'947'766	3'020'268'818	3'382'471'848

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF123 [3.18] (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

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

T 2.11 Kostenbeteiligung ¹ nach Altersgruppen und Geschlecht in Mio. Fr.

2009

Altersgruppen	Männlich	in % des Totals Männlich	Weiblich	in % des Totals Weiblich	Total
0 – 5	24.5	1.7%	20.7	1.1%	45.2
6 – 10	17.1	1.2%	13.5	0.7%	30.6
11 – 15	19.9	1.4%	18.1	0.9%	37.9
16 – 18	13.8	0.9%	16.7	0.9%	30.5
Total 0 – 18	75.2	5.1%	69.0	3.6%	144.3
19 – 20	25.8	1.8%	34.3	1.8%	60.0
21 – 25	63.1	4.3%	94.9	4.9%	157.9
Total 19 – 25	88.8	6.1%	129.1	6.7%	217.9
26 – 30	69.9	4.8%	115.6	6.0%	185.5
31 – 35	80.6	5.5%	130.6	6.8%	211.2
36 – 40	99.3	6.8%	147.4	7.7%	246.7
41 – 45	121.9	8.3%	163.9	8.5%	285.8
46 – 50	128.2	8.8%	162.2	8.5%	290.3
51 – 55	127.9	8.7%	150.6	7.8%	278.6
56 – 60	129.2	8.8%	141.5	7.4%	270.7
61 – 65	138.8	9.5%	145.3	7.6%	284.1
66 – 70	119.2	8.1%	130.1	6.8%	249.3
71 – 75	99.0	6.8%	117.0	6.1%	216.1
76 – 80	82.2	5.6%	112.1	5.8%	194.4
81 – 85	58.0	4.0%	97.8	5.1%	155.8
86 – 90	32.5	2.2%	68.1	3.6%	100.7
91 – 95	10.5	0.7%	28.7	1.5%	39.2
96 – 100	2.2	0.2%	8.4	0.4%	10.6
> 100	0.2	0.0%	1.0	0.1%	1.2
Total > 25	1'299.7	88.8%	1'720.4	89.7%	3'020.1
Unbekannt	0.0	0.0%	0.2	0.0%	0.2
Total	1'463.7	100.0%	1'918.8	100.0%	3'382.5

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.17] (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen

T 2.12 Leistungen (netto) ¹ in Fr. pro Versicherten nach Kantonen

2009

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	922	1'026	3'180	2'595	4.1%
BE	754	960	3'590	2'847	2.0%
LU	676	773	2'890	2'240	5.9%
UR	633	763	2'790	2'163	5.2%
SZ	824	826	2'802	2'225	7.0%
OW	688	684	2'660	2'059	2.1%
NW	650	653	2'500	1'987	3.6%
GL	765	968	2'826	2'247	3.4%
ZG	749	839	2'709	2'181	5.5%
FR	809	991	3'170	2'443	4.1%
SO	828	923	3'165	2'523	1.5%
BS	1'148	1'307	4'544	3'774	2.0%
BL	988	1'112	3'489	2'841	4.7%
SH	739	896	3'125	2'489	4.6%
AR	714	689	2'620	2'060	6.1%
AI	584	636	2'302	1'740	-1.4%
SG	765	851	2'798	2'188	5.8%
GR	836	791	2'852	2'293	4.1%
AG	843	921	2'960	2'360	3.5%
TG	784	860	2'852	2'232	3.3%
TI	860	826	3'704	2'993	4.4%
VD	998	1'040	3'733	2'929	2.1%
VS	766	781	3'023	2'376	3.7%
NE	840	880	3'473	2'706	0.5%
GE	1'225	1'325	4'272	3'397	0.2%
JU	853	805	3'539	2'721	2.6%
Ausland ²	1'000	-220	1'190	1'037	-
unbekannt	-	-	-	-	-
CH	866	950	3'306	2'630	3.1%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 2.07 / T 11.14 (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

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

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

T 2.13 Kostenbeteiligung ¹ in Fr. pro Versicherten nach Kantonen

2009

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	96	342	551	451	1.8%
BE	84	328	555	449	1.2%
LU	78	293	471	374	2.4%
UR	83	296	482	384	1.2%
SZ	93	347	522	419	4.4%
OW	75	289	479	376	1.9%
NW	76	280	470	378	2.0%
GL	88	327	508	409	2.5%
ZG	81	319	494	400	3.6%
FR	89	341	544	423	3.0%
SO	89	319	538	434	0.7%
BS	104	338	579	487	-7.4%
BL	111	377	606	497	1.0%
SH	79	314	541	436	3.7%
AR	76	278	476	377	2.9%
AI	63	288	446	342	0.7%
SG	84	323	506	401	3.4%
GR	85	291	482	392	2.8%
AG	86	321	513	411	2.5%
TG	85	311	507	401	2.8%
TI	106	366	586	485	2.1%
VD	126	369	592	475	-0.2%
VS	87	291	497	398	1.2%
NE	100	316	532	424	-0.1%
GE	128	413	632	508	0.9%
JU	101	336	550	435	0.9%
Ausland ²	147	601	285	301	-
unbekannt	-	-	-	-	-
CH	96	334	544	439	1.6%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 2.10 / T 11.14 (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen

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

T 2.14 Leistungen (brutto) ¹ in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1999

Jahr ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1999	8'789.1	4'984.8	7.3	839.4	14'620.5	4.3%
2000	9'137.2	5'390.9	7.5	942.7	15'478.3	5.9%
2001	9'659.8	5'684.1	8.4	1'034.2	16'386.5	5.9%
2002	9'980.5	6'029.9	8.0	1'077.2	17'095.6	4.3%
2003	10'400.4	6'474.1	8.3	1'041.3	17'924.1	4.8%
2004	11'244.1	6'631.1	8.7	1'255.9	19'139.8	6.8%
2005	12'276.4	6'478.0	9.1	1'584.2	20'347.7	6.3%
2006	12'157.6	6'151.4	8.9	2'284.8	20'602.6	1.3%
2007	12'229.9	6'058.5	9.0	3'281.3	21'578.7	4.7%
2008	12'358.2	6'003.8	10.2	4'349.7	22'721.9	5.3%
2009	12'207.1	5'757.8	10.0	5'681.4	23'656.3	4.1%

Datenstand: 24.8.10

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

2) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: T 2.22

T 2.15 Leistungen (brutto) ¹ in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1999

Alle Versicherte ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1999	2'197	1'835	709	1'548	2'011	3.9%
2000	2'331	1'955	768	1'632	2'130	5.9%
2001	2'495	2'011	898	1'740	2'244	5.3%
2002	2'623	2'027	903	1'938	2'328	3.7%
2003	2'839	2'089	999	1'730	2'431	4.5%
2004	3'105	2'203	1'076	1'688	2'592	6.6%
2005	3'415	2'211	1'185	1'754	2'736	5.6%
2006	3'637	2'215	1'231	1'690	2'755	0.7%
2007	3'904	2'361	1'312	1'792	2'863	3.9%
2008	4'193	2'525	1'563	1'904	2'984	4.2%
2009	4'442	2'638	1'632	2'050	3'069	2.9%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: 2009 -> : T 2.24 / -> 2008 : T 2.23

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe (Total) ³

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1999	635	2.5%	971	3.2%	2'570	4.4%
2000	670	5.5%	1'029	5.9%	2'754	7.2%
2001	702	4.8%	1'073	4.3%	2'898	5.2%
2002	716	1.9%	1'091	1.7%	2'995	3.3%
2003	742	3.7%	1'121	2.8%	3'118	4.1%
2004	782	5.5%	1'166	4.1%	3'296	5.7%
2005	842	7.7%	1'193	2.3%	3'457	4.9%
2006	853	1.2%	1'172	-1.8%	3'484	0.8%
2007	903	5.9%	1'191	1.6%	3'601	3.4%
2008	927	2.7%	1'232	3.5%	3'746	4.0%
2009	961	3.7%	1'284	4.2%	3'851	2.8%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: 2009 -> : T 2.05 (vollständige Daten) / 2008 : T 2.02 + T 2.21 / 1997->2007: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG]

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

2) 1996->2008: Schätzung des mittleren Versichertenbestandes (ausgenommen Spalte Total) aufgrund der Aufteilung der Versicherten per 31.12 in T 11.05

3) Zusätzliche Angaben nach Altersgruppe pro Kanton: T 2.05 & www.bag.admin.ch/pyramiden

T 2.16 Leistungen (brutto) ³ in Mio. Franken nach Kostengruppen ab 1999

Jahr ²	Ambulante Behandlung ¹	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
1999	9827	5.3%	3'765	1'485	1'032	1'873	235	437	414	61	125	88	-
2000	10'543	7.3%	3'846	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
2005	13'897	7.5%	4'527	2'671	1'472	2'821	388	532	665	69	298	53	24
2006	14'031	1.0%	4'631	2'645	1'472	2'827	417	539	626	68	336	62	12
2007	14'676	4.6%	4'836	2'825	1'519	2'888	456	554	633	71	374	64	10
2008	15'616	6.4%	5'104	3'255	1'619	3'020	496	573	687	72	375	56	11
2009	16'254	4.1%	5'227	3'474	1'697	3'136	531	592	692	73	392	62	10
Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1999-2009	5.2%	-	3.3%	8.9%	5.1%	5.3%	8.5%	3.1%	5.3%	1.8%	12.1%	-3.4%	-

Jahr ²	«Intra-muros» Behandlung ¹	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Pflegerheim	Total Leistungen	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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%
2005	6'451	3.9%	4'803	1'587	20'348	6.3%
2006	6'572	1.9%	4'893	1'627	20'603	1.3%
2007	6'903	5.0%	5'137	1'707	21'579	4.7%
2008	7'106	2.9%	5'258	1'784	22'722	5.3%
2009	7'402	4.2%	5'481	1'858	23'656	4.1%
Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1999-2009	4.4%	-	4.3%	4.7%	4.9%	-

Datenstand: 24.8.10

1) Als «intra-muros» Behandlung gelten die Kategorien «Spital stationär», «Pflegerheim» und «übrige Leistungen stationär»; als ambulante Kosten gelten alle übrigen Kategorien.
 2) Werte 1997 teilweise geschätzt; Werte 1999 mit Datenstand Oktober 2001 revidiert.
 3) Leistungen (brutto) = Leistungen der Versicherer in der OKP mit Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

Quelle: T 2.17

T 2.17 Leistungen (brutto) in Franken nach Kostengruppen

2009

Kostengruppen	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr in 1000 Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr in %
Arzt ambulant	1'779'576'139	2'876'005'480	571'737'312	5'227'318'931	22.1%	123'438	2.4%
Spital stationär ²	2'369'636'118	2'881'193'597	230'634'408	5'481'464'123	23.2%	223'354	4.2%
Spital ambulant	1'453'713'394	1'730'401'931	289'598'125	3'473'713'451	14.7%	218'398	6.7%
Medikamente Arzt	706'422'356	912'139'374	78'928'400	1'697'490'130	7.2%	78'076	4.8%
Medikamente Apotheke	1'333'087'103	1'701'536'028	101'638'701	3'136'261'832	13.3%	116'693	3.9%
Pflegeheim ²	485'664'524	1'372'278'409	218'218	1'858'161'151	7.9%	73'810	4.1%
Spitex	175'227'731	353'364'093	2'698'155	531'289'979	2.2%	35'142	7.1%
Physiotherapie	197'694'485	365'001'739	29'531'691	592'227'915	2.5%	19'507	3.4%
Labor	228'826'264	418'049'916	44'938'197	691'814'377	2.9%	5'217	0.8%
Chiropraktik	27'493'832	41'585'653	3'504'075	72'583'561	0.3%	887	1.2%
Mittel und Gegenstände	184'260'871	181'446'361	26'454'662	392'161'894	1.7%	17'619	4.7%
Betriebsbeiträge an HMO's ¹	22'331'492	36'274'551	3'436'021	62'042'064	0.3%	6'496	11.7%
Komplementärmedizin	2'481'341	6'764'315	375'065	9'620'721	0.0%	-1'209	-11.2%
Übrige Leistungen ambulant ^{5,6}	126'630'377	180'346'248	60'517'117	367'493'742	1.6%	18'089	5.2%
Übrige Leistungen stationär ^{2,4}	30'131'282	28'042'119	4'505'175	62'678'575	0.3%	-1'105	-1.7%
Leistungen Total	9'123'177'308	13'084'429'813	1'448'715'323	23'656'322'445	100.0%	934'411	4.1%
davon Leistungen Mutterschaft	-	559'367'822	2'545'892	561'913'714	2.4%	6'261	1.1%
davon Medikamente Spital ambulant ³	263'005'343	280'335'342	11'345'804	554'686'489	2.3%	62'049	12.6%
davon KVG-Leistungen von Zahnärzten ⁶	16'511'394	18'675'098	16'763'474	51'949'966	0.2%	-	-
davon Transport- und Rettungskosten ⁶	21'357'823	22'784'059	4'957'622	49'099'504	0.2%	-	-

Datenstand: 24.8.10

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".

4) Zum Beispiel Heilbäder.

5) Zum Beispiel Logopädie, Ergotherapie.

6) Kategorien "KVG-Leistungen von Zahnärzten" und "Transport- und Rettungskosten" gehören zur Kategorie "Übrige Leistungen ambulant".

Quelle: Formular EF3 [T 3.6]

T 2.18 Leistungen (brutto) ³ in Franken je versicherte Person nach Kostengruppen ab 1999 ^{1 2}

Jahr	Ambulante Behandlung	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Arzt (ambulant)	davon Spital (ambulant)	davon Medikamente (Arzt)	davon Medikamente (Apotheke)	Spitex	Physiotherapie	Labor	Chiropraktik	Mittel und Gegenstände	Betriebsbeiträge an HMO's	davon Komplementärmedizin
1999	1'352	4.9%	518	204	142	258	32	60	57	8	17	12	-
2000	1'451	7.4%	529	229	157	289	35	61	61	9	25	16	-
2001	1'549	6.7%	549	264	174	307	37	66	63	9	24	15	3
2002	1'615	4.3%	559	269	172	344	39	69	66	9	28	15	3
2003	1'667	3.2%	566	290	183	353	43	67	65	9	29	15	4
2004	1'751	5.1%	593	297	189	372	49	68	80	9	35	11	3
2005	1'869	6.7%	609	359	198	379	52	72	89	9	40	7	3
2006	1'876	0.4%	619	354	197	378	56	72	84	9	45	8	2
2007	1'947	3.8%	642	375	202	383	61	73	84	9	50	9	1
2008	2'051	5.3%	670	427	213	397	65	75	90	9	49	7	1
2009	2'108	2.8%	678	451	220	407	69	77	90	9	51	8	1
Jahresdurchschnittliche Veränderung 1999-2009	4.5%	-	2.7%	8.2%	4.5%	4.7%	7.9%	2.5%	4.7%	1.2%	11.5%	-4.0%	-

Jahr	«Intra-muros» Behandlung	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Pflegeheim	Total Leistungen	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1999	659	1.8%	497	161	2'011	3.9%
2000	679	3.0%	509	167	2'131	5.9%
2001	696	2.4%	520	172	2'244	5.3%
2002	712	2.4%	515	190	2'328	3.7%
2003	765	7.4%	558	200	2'431	4.5%
2004	841	10.0%	619	213	2'592	6.6%
2005	868	3.2%	646	213	2'736	5.6%
2006	879	1.3%	654	218	2'755	0.7%
2007	916	4.2%	682	226	2'863	3.9%
2008	933	1.9%	690	234	2'984	4.2%
2009	960	2.9%	711	241	3'069	2.9%
Jahresdurchschnittliche Veränderung 1999-2009	3.8%	-	3.7%	4.1%	4.3%	-

Datenstand: 24.8.10

1) Vgl. Fussnoten 1) und 2) von Tabelle 2.16.
 2) Werte neu berechnet anhand der mittleren Versichertenbestände vom 1996 bis 2005.
 3) Leistungen (brutto) = Leistungen der Versicherer in der OKP mit Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

Quelle: T 2.16 / 11.01

2009

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	590	903	379	678	22.1%	8	1.2%
Spital stationär ²	785	905	153	711	23.2%	21	3.0%
Spital ambulant	482	544	192	451	14.7%	23	5.4%
Medikamente Arzt	234	287	52	220	7.2%	8	3.6%
Medikamente Apotheke	442	534	67	407	13.3%	10	2.6%
Pflegeheim ²	161	431	0	241	7.9%	7	2.9%
Spitex	58	111	2	69	2.2%	4	5.8%
Physiotherapie	66	115	20	77	2.5%	2	2.2%
Labor	76	131	30	90	2.9%	0	-0.5%
Chiropraktik	9	13	2	9	0.3%	0	0.1%
Mittel und Gegenstände	61	57	18	51	1.7%	2	3.4%
Betriebsbeiträge an HMO's ¹	7	11	2	8	0.3%	1	10.4%
Komplementärmedizin	1	2	0	1	0.0%	0	-12.0%
Übrige Leistungen ambulant ⁵	42	57	40	48	1.6%	2	3.9%
Übrige Leistungen stationär ^{2,4}	10	9	3	8	0.3%	0	-3.0%
Leistungen Total	3'023	4'110	961	3'069	100.0%	85	2.9%
davon Leistungen Mutterschaft	-	176	2	-	-	-	-
davon Medikamente Spital ambulant ³	87	88	8	72	2.3%	7	11.2%
davon KVG-Leistungen von Zahnärzten ⁵	5	6	11	7	0.2%	-	-
davon Transport- und Rettungskosten ⁵	7	7	3	6	0.2%	-	-

Datenstand: 24.8.10

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".

4) Zum Beispiel Heilbäder.

5) Zum Beispiel Logopädie, Ergotherapie.

Kategorien "KVG-Leistungen von Zahnärzten" und "Transport- und Rettungskosten" gehören zur Kategorie "Übrige Leistungen ambulant".

Quelle: T 2.17 / T 11.01

T 2.20 Leistungen (netto) ¹ in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1999

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1999	7'777.7	3'929.2	6.5	717.2	12'430.6	4.2%
2000	8'082.7	4'300.2	6.3	801.1	13'190.3	6.1%
2001	8'576.3	4'525.7	7.1	877.2	13'986.3	6.0%
2002	8'890.7	4'785.8	6.7	909.6	14'592.8	4.3%
2003	9'320.5	5'132.6	7.1	875.5	15'335.6	5.1%
2004	9'988.7	5'289.8	7.3	1'021.7	16'307.5	6.3%
2005	10'948.4	5'106.2	7.7	1'290.4	17'352.7	6.4%
2006	10'882.3	4'819.3	7.6	1'854.7	17'563.9	1.2%
2007	10'975.0	4'775.0	7.7	2'666.0	18'423.6	4.9%
2008	11'138.5	4'743.4	8.8	3'540.8	19'431.5	5.5%
2009	11'053.5	4'569.9	8.7	4'641.8	20'273.9	4.3%

Datenstand: 24.8.10

1) Leistungen (netto) = 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 Leistungen (netto)¹ in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1999

Alle Versicherte ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1999	1'944	1'446	631	1'323	1'710	3.9%
2000	2'062	1'560	641	1'387	1'816	6.2%
2001	2'215	1'601	761	1'476	1'916	5.5%
2002	2'337	1'609	760	1'636	1'987	3.7%
2003	2'544	1'657	852	1'455	2'080	4.7%
2004	2'758	1'757	905	1'373	2'209	6.2%
2005	3'046	1'743	1'003	1'428	2'334	5.7%
2006	3'255	1'736	1'057	1'372	2'349	0.6%
2007	3'503	1'861	1'116	1'456	2'444	4.1%
2008	3'779	1'995	1'347	1'550	2'552	4.4%
2009	4'022	2'094	1'409	1'675	2'630	3.1%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: 2009 -> : T 2.08 / 1996 -> 2008 : T 2.20 / T 11.01 und T 11.05

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe (Total)³

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränd. gegenüber Vorjahr
1999	566	2.6%	738	2.3%	2'185	4.4%
2000	598	5.6%	787	6.7%	2'348	7.5%
2001	627	4.9%	821	4.3%	2'475	5.4%
2002	640	2.1%	832	1.4%	2'560	3.4%
2003	664	3.7%	854	2.6%	2'673	4.4%
2004	702	5.6%	877	2.7%	2'811	5.1%
2005	754	7.5%	890	1.6%	2'952	5.0%
2006	763	1.2%	868	-2.5%	2'974	0.7%
2007	810	6.2%	881	1.6%	3'079	3.5%
2008	832	2.7%	911	3.4%	3'208	4.2%
2009	866	4.0%	950	4.2%	3'306	3.1%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: 2008 -> : T 2.12 (vollständige Daten) / 1997->2007: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG]

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

2) 1996 -> 2008: Schätzung des mittleren Versichertenbestandes (ausgenommen Spalte Total) aufgrund der Aufteilung der Versicherten per 31.12 in T 11.05

3) Zusätzliche Angaben nach Altersgruppe pro Kanton: T 2.12 und www.bag.admin.ch/pyramiden

T 2.22 Leistungen (brutto) ¹ in Franken nach Versicherungsform

2009

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	4'563'740'469	6'771'034'245	872'312'620	12'207'087'334	51.6%	-1.2%
Wählbare Jahresfranchisen	2'436'504'487	3'234'973'841	86'347'300	5'757'825'627	24.3%	-4.1%
BONUS-Versicherung	5'905'910	4'118'990	23'376	10'048'276	0.0%	-1.3%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	2'117'026'445	3'074'302'737	490'032'027	5'681'361'209	24.0%	30.6%
Total	9'123'177'310	13'084'429'813	1'448'715'323	23'656'322'446	100.0%	4.1%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.5]

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

T 2.23 Kostenbeteiligung⁴ in Fr. pro Versicherten nach Versicherungsform

2009

Versicherungsart ¹		Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (ab 26 Jahre)	Total
Standardmodell mit ordentlicher Jahresfranchise	F O (0 / 300)²	86	326	590	420
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500)²	169	376	645	631
	F II (200 / 1000)²	212	387	605	513
	F III (300 / 1500)²	242	376	558	536
	F IV (400 / 2000)²	238	339	460	393
	F V (500 / 2500)²	240	383	464	449
	F VI (600 / -)²	246	-	-	246
	Total	230	377	575	544
BONUS-Versicherung		37	189	226	224
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)	F O (0 / 300)²	73	300	502	314
	F I (100 / 500)²	134	352	522	504
	F II (200 / 1000)²	180	332	484	436
	F III (300 / 1500)²	178	324	449	427
	F IV (400 / 2000)²	196	284	371	336
	F V (500 / 2500)²	232	319	394	383
	F VI (600 / -)²	228	-	-	228
	Total *	86	317	473	375
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	82	300	414	342
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	85	304	472	374
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	197	328	456	430
Alle³		96	334	544	439

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.19 / T 3.13]

- Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsart erfolgt derart, dass die Versicherten der Kategorie „andere Versicherungsformen“ (HMO, Hausarztmodell...) zugewiesen werden, falls sie eine Kombination dieser Form mit ordentlicher/wählbarer Franchise aufweisen.
- Franchisenstufen (Kinder / Erwachsene)
Kinder: ordentliche Franchise F O: 0.- ; wählbare Franchisen F I -> F VI: 100.- 200.- 300.- 400.- 500.- 600.-
Erwachsene ab 19 Jahre: ordentliche Franchise F O: 300.- ; wählbare Franchisen F I -> F V: 500.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.-
- Inkl. 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 (vgl. Fussnote 1 von Tabelle 11.03).
- Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen

T 2.24 Leistungen (brutto) ⁴ in Fr. pro Versicherten nach Versicherungsform

2009

Versicherungsart ¹		Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (ab 26 Jahre)	Total
Standardmodell mit ordentlicher Jahresfranchise	F O (0 / 300) ²	1'063	1'883	6'365	4'442
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500) ²	1'121	1'556	4'843	4'677
	F II (200 / 1000) ²	963	903	2'368	1'976
	F III (300 / 1500) ²	922	717	1'545	1'461
	F IV (400 / 2000) ²	761	567	1'026	921
	F V (500 / 2500) ²	621	634	974	930
	F VI (600 / -) ²	555	-	-	553
	Total	800	921	2'874	2'638
BONUS-Versicherung		478	754	1'675	1'632
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)	F O (0 / 300) ²	875	1'529	4'402	2'751
	F I (100 / 500) ²	788	1'271	2'929	2'757
	F II (200 / 1000) ²	777	690	1'436	1'260
	F III (300 / 1500) ²	576	562	1'076	996
	F IV (400 / 2000) ²	556	458	769	708
	F V (500 / 2500) ²	551	499	799	764
	F VI (600 / -) ²	499	-	-	499
	Total *	847	1'042	2'572	2'050
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	925	1'086	2'267	1'900
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	772	1'009	2'594	2'057
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	601	717	1'547	1'409
Alle ³		961	1'284	3'851	3'069

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.22 / T 3.13]

1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsart erfolgt derart, dass die Versicherten der Kategorie „andere Versicherungsformen“ (HMO, Hausarztmodell,...) zugewiesen werden, falls sie eine Kombination dieser Form mit ordentlicher/wählbarer Franchise aufweisen.

2) Franchisenstufen (Kinder / Erwachsene)

Kinder: ordentliche Franchise F O: 0.- ; wählbare Franchisen F I -> F VI: 100.- 200.- 300.- 400.- 500.- 600.-

Erwachsene ab 19 Jahre: ordentliche Franchise F O: 300.- ; wählbare Franchisen F I -> F V: 500.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.-

3) Inkl. 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 (vgl. Fussnote 1 von Tabelle 11.03).

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

3: Prämientarife in der OKP

3.01	Monatliche Durchschnittsprämien ab 1996 : CH	96
3.02	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für Erwachsene pro Prämienregion 2011	97
3.03	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für junge Erwachsene pro Prämienregion 2011	98
3.04	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für Kinder pro Prämienregion 2011	99
3.05	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für Erwachsene 2011	100
3.06	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für junge Erwachsene 2011	101
3.07	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für Kinder 2011	102
3.08	Prämiensoll pro Versicherten nach Kantonen ab 1999	103
3.09	Prämiensoll nach Versicherungsform ab 1999	104
3.10	Prämiensoll nach Versicherungsform	105
3.11	Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform	106
3.12	Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1999	107
3.13	Prämiensoll pro Versicherten nach Kantonen	108
3.14	Prämiensoll nach Kantonen	109
3.15	Prämiensoll nach Altersgruppen und Geschlecht	110

T 3.01 Monatliche Durchschnittsprämien ¹ OKP in Franken ab 1996 : CH

Jahr	Erwachsene (26 J. und älter) ²	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre) ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Kinder (0-18 Jahre) ⁴	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%
2007	313.0	2.2%	246.3	2.1%	75.7	1.7%
2008	314.6	0.5%	248.0	0.7%	75.3	-0.6%
2009	322.9	2.6%	258.5	4.2%	76.4	1.5%
2010	351.1	8.7%	293.9	13.7%	84.0	10.0%
2011	373.8	6.5%	328.5	11.8%	89.3	6.3%

Datenstand: 5.10.10

Quelle: T 3.02, 3.03, 3.04

1) Prämien publiziert in den OKP Prämienwegweisern 1996->2011 vom BAG.

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, gegebenenfalls mit provisorisch genehmigten Prämien.

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 ¹ pro Prämienregion ²
für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2011**

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2001 - 2011
ZH	402.2	358.6	333.7		362.8	6.8%	4.9%
BE	461.6	409.0	383.6		419.0	8.6%	6.9%
LU	350.0	325.8	312.1		331.7	7.3%	6.7%
UR				308.4	308.4	8.2%	6.6%
SZ				320.4	320.4	6.1%	6.5%
OW				307.2	307.2	8.6%	6.5%
NW				282.2	282.2	10.3%	6.2%
GL				319.4	319.4	7.7%	6.5%
ZG				316.6	316.6	8.7%	6.6%
FR	365.6	332.2			343.7	5.8%	4.6%
SO				351.0	351.0	7.5%	5.4%
BS				484.2	484.2	7.0%	4.9%
BL	407.2	377.0			398.8	8.2%	5.9%
SH	364.5	339.7			354.5	6.4%	5.8%
AR				295.2	295.2	6.7%	6.3%
AI				277.2	277.2	7.9%	6.7%
SG	355.5	325.7	313.4		331.4	6.7%	6.6%
GR	333.2	310.6	294.4		312.7	4.6%	6.4%
AG				351.1	351.1	7.6%	6.3%
TG				337.6	337.6	4.9%	5.5%
TI	415.5	387.9			411.3	6.4%	4.8%
VD	421.6	393.6			412.8	4.4%	3.7%
VS	331.0	301.9			322.1	7.3%	6.1%
NE				390.0	390.0	2.1%	4.0%
GE				449.5	449.5	3.2%	2.9%
JU				379.8	379.8	4.1%	3.8%
CH	-	-	-	-	373.8	6.5%	5.3%

Datenstand: 5.10.10

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 2011 vom BAG.

T 3.03 Kantonale monatliche Durchschnittsprämien ¹ pro Prämienregion ² für junge Erwachsene (19 -25 Jahre) in Franken für 2011

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2001 - 2011
ZH	360.9	318.4	295.2		320.0	11.6%	7.8%
BE	409.9	353.7	327.9		362.9	14.9%	10.1%
LU	303.3	281.5	269.0		285.1	12.2%	9.3%
UR				262.9	262.9	12.3%	9.0%
SZ				277.3	277.3	11.5%	9.1%
OW				264.0	264.0	13.6%	8.9%
NW				242.9	242.9	15.0%	8.7%
GL				273.7	273.7	11.9%	9.1%
ZG				275.2	275.2	12.9%	9.2%
FR	325.0	291.2			303.0	10.8%	6.9%
SO				311.1	311.1	13.1%	8.5%
BS				430.6	430.6	11.4%	8.1%
BL	356.4	329.2			348.1	13.5%	8.7%
SH	328.3	302.0			317.9	12.1%	8.8%
AR				262.1	262.1	11.2%	9.5%
AI				243.6	243.6	12.4%	9.5%
SG	313.4	284.9	274.1		290.2	11.7%	9.4%
GR	294.5	275.7	255.3		275.5	10.9%	9.6%
AG				305.7	305.7	11.6%	9.1%
TG				297.5	297.5	9.5%	8.3%
TI	370.2	343.4			366.1	10.6%	7.8%
VD	399.1	369.8			389.3	11.2%	6.7%
VS	297.7	258.0			285.3	12.7%	8.5%
NE				365.1	365.1	8.9%	7.0%
GE				404.5	404.5	8.1%	5.2%
JU				349.5	349.5	10.1%	6.8%
CH	-	-	-	-	328.5	11.8%	8.2%

Datenstand: 5.10.10

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 2011 vom BAG.

**T 3.04 Kantonale monatliche Durchschnittsprämien ¹ pro Prämienregion ²
für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken für 2011**

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2001 - 2011
ZH	98.0	87.6	81.4		87.7	7.4%	4.2%
BE	111.5	95.7	88.4		98.1	8.4%	5.8%
LU	83.6	76.7	73.0		77.6	6.6%	5.8%
UR				72.9	72.9	7.1%	5.7%
SZ				75.9	75.9	6.1%	5.6%
OW				73.2	73.2	8.9%	5.6%
NW				66.7	66.7	9.2%	5.1%
GL				74.0	74.0	6.5%	5.3%
ZG				75.4	75.4	6.6%	5.6%
FR	88.8	80.0			83.0	6.5%	3.8%
SO				88.2	88.2	10.4%	5.4%
BS				118.9	118.9	7.3%	4.6%
BL	100.5	92.1			97.9	8.4%	5.4%
SH	87.4	81.7			84.8	5.6%	5.2%
AR				71.1	71.1	6.2%	5.7%
AI				67.0	67.0	7.2%	6.0%
SG	87.3	79.4	76.2		80.6	7.5%	6.0%
GR	81.7	76.6	70.6		76.3	4.9%	6.0%
AG				83.2	83.2	7.2%	5.4%
TG				82.4	82.4	4.5%	4.8%
TI	98.6	92.5			97.7	5.3%	3.5%
VD	103.9	96.1			101.3	2.8%	2.3%
VS	80.2	72.6			78.1	6.9%	4.9%
NE				89.7	89.7	2.1%	2.7%
GE				104.7	104.7	3.1%	1.7%
JU				87.3	87.3	2.3%	2.7%
CH	-	-	-	-	89.3	6.3%	4.5%

Datenstand: 5.10.10

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 2011 vom BAG.

T 3.05 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien ¹ für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2011

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	322	341	361	426	441
BE	356	389	419	495	515
LU	280	315	331	376	392
UR	264	266	323	354	367
SZ	276	309	309	371	371
OW	286	309	311	327	333
NW	258	265	278	321	321
GL	270	289	315	368	368
ZG	285	296	316	364	373
FR	314	323	342	368	404
SO	309	321	364	384	391
BS	414	459	499	529	590
BL	338	371	406	453	457
SH	313	331	353	391	409
AR	251	277	295	340	349
AI	259	266	280	303	310
SG	286	314	324	372	382
GR	268	302	302	356	383
AG	307	321	356	390	399
TG	307	317	335	376	376
TI	366	380	402	447	460
VD	376	377	409	457	486
VS	288	294	320	356	398
NE	337	337	398	446	453
GE	386	441	449	474	487
JU	343	354	373	443	443
CH	292	331	366	410	473

Datenstand: 5.10.10

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

Die Tabelle stellt eine hypothetische Verteilung der für das Jahr 2011 genehmigten Prämien für das Grundmodell (ordentliche Franchise inkl. Unfalldeckung) dar, basierend auf den Beständen des Jahres 2009.

Es handelt sich folglich um Schätzungen auf der Basis der aktuellsten verfügbaren Versichertenbestände.

In den Kantonen mit mehreren Prämienregionen ist die Streuung der Prämien breiter als in den Kantonen mit nur einer Prämienregion.

**T 3.06 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien ¹
für junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken für 2011**

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	287	302	316	374	375
BE	313	339	355	426	438
LU	261	269	282	315	329
UR	238	238	275	285	312
SZ	257	263	274	315	315
OW	246	264	264	283	290
NW	220	225	250	273	273
GL	230	261	269	313	313
ZG	252	252	284	297	317
FR	275	275	307	339	345
SO	273	283	311	342	342
BS	395	423	424	450	459
BL	304	321	347	385	388
SH	293	305	320	344	354
AR	218	257	266	297	297
AI	223	234	252	259	279
SG	257	275	290	333	333
GR	242	272	272	306	319
AG	275	292	305	332	340
TG	274	285	294	320	328
TI	324	342	375	396	427
VD	348	351	387	443	443
VS	245	267	294	312	330
NE	339	350	358	413	413
GE	375	386	402	427	454
JU	335	337	345	376	385
CH	259	291	320	363	425

Datenstand: 5.10.10

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

Die Tabelle stellt eine hypothetische Verteilung der für das Jahr 2011 genehmigten Prämien für das Grundmodell (ordentliche Franchise inkl. Unfaldeckung) dar, basierend auf den Beständen des Jahres 2009.

Es handelt sich folglich um Schätzungen auf der Basis der aktuellsten verfügbaren Versichertenbestände.

In den Kantonen mit mehreren Prämienregionen ist die Streuung der Prämien breiter als in den Kantonen mit nur einer Prämienregion.

T 3.07 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien ¹ für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken für 2011

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	75	83	86	104	107
BE	79	87	95	124	128
LU	66	69	79	90	94
UR	66	71	71	81	84
SZ	68	72	77	87	88
OW	67	67	78	80	81
NW	64	65	65	78	83
GL	58	65	76	83	87
ZG	65	74	76	86	86
FR	73	78	81	92	96
SO	71	77	92	100	111
BS	98	116	125	130	134
BL	85	92	97	113	115
SH	70	80	86	97	102
AR	56	64	74	85	87
AI	53	64	69	72	78
SG	70	76	81	93	93
GR	65	76	76	86	88
AG	73	75	86	95	98
TG	71	81	84	88	90
TI	83	89	98	113	115
VD	83	90	99	122	124
VS	69	72	76	89	91
NE	64	64	92	112	124
GE	70	97	105	119	129
JU	65	82	87	104	104
CH	67	79	87	99	121

Datenstand: 5.10.10

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

Die Tabelle stellt eine hypothetische Verteilung der für das Jahr 2011 genehmigten Prämien für das Grundmodell (ordentliche Franchise inkl. Unfalldeckung) dar, basierend auf den Beständen des Jahres 2009.

Es handelt sich folglich um Schätzungen auf der Basis der aktuellsten verfügbaren Versichertenbestände.

In den Kantonen mit mehreren Prämienregionen ist die Streuung der Prämien breiter als in den Kantonen mit nur einer Prämienregion.

T 3.08 Prämienoll in Franken je versicherte Person ¹ nach Kantonen ab 1999

Kanton	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ZH	1'859	1'932	2'001	2'176	2'367	2'495	2'512	2'597	2'607	2'568	2'553
BE	1'780	1'812	1'870	2'083	2'276	2'416	2'478	2'658	2'719	2'704	2'760
LU	1'373	1'446	1'525	1'681	1'833	1'965	2'019	2'090	2'143	2'126	2'171
UR	1'354	1'389	1'439	1'574	1'730	1'827	1'873	1'900	1'932	1'912	1'955
SZ	1'399	1'426	1'495	1'667	1'833	1'958	2'019	2'082	2'113	2'104	2'139
OW	1'335	1'367	1'424	1'534	1'625	1'734	1'788	1'846	1'883	1'880	1'944
NW	1'290	1'317	1'362	1'472	1'597	1'703	1'753	1'804	1'836	1'824	1'868
GL	1'416	1'453	1'515	1'686	1'874	1'994	2'060	2'140	2'194	2'174	2'205
ZG	1'376	1'417	1'477	1'629	1'805	1'966	2'020	2'089	2'121	2'090	2'124
FR	1'708	1'793	1'884	2'033	2'146	2'232	2'290	2'366	2'384	2'358	2'384
SO	1'675	1'733	1'799	1'933	2'102	2'242	2'287	2'349	2'378	2'384	2'431
BS	2'446	2'557	2'692	2'885	3'132	3'390	3'455	3'572	3'608	3'582	3'637
BL	1'846	1'899	1'967	2'140	2'335	2'504	2'542	2'625	2'668	2'654	2'721
SH	1'634	1'687	1'766	1'982	2'190	2'328	2'363	2'445	2'493	2'480	2'492
AR	1'316	1'346	1'415	1'544	1'704	1'786	1'841	1'925	1'948	1'940	1'980
AI	1'141	1'157	1'243	1'360	1'486	1'573	1'626	1'712	1'755	1'768	1'808
SG	1'410	1'446	1'515	1'649	1'790	1'926	1'988	2'078	2'110	2'119	2'163
GR	1'380	1'377	1'519	1'714	1'923	2'061	2'103	2'181	2'213	2'224	2'261
AG	1'472	1'544	1'657	1'838	2'014	2'146	2'188	2'271	2'322	2'332	2'380
TG	1'507	1'559	1'679	1'869	2'058	2'194	2'230	2'302	2'316	2'298	2'310
TI	2'198	2'220	2'272	2'467	2'677	2'936	3'024	3'164	3'188	3'150	3'114
VD	2'319	2'317	2'401	2'582	2'789	2'938	2'978	3'089	3'081	2'995	2'983
VS	1'554	1'580	1'622	1'747	1'912	2'070	2'155	2'234	2'290	2'284	2'341
NE	2'122	2'170	2'242	2'442	2'628	2'856	2'941	3'027	3'039	2'972	2'927
GE	2'619	2'755	2'907	3'137	3'318	3'499	3'546	3'664	3'642	3'556	3'476
JU	1'920	2'008	2'166	2'326	2'455	2'614	2'682	2'756	2'739	2'671	2'671
CH	1'793	1'850	1'917	2'091	2'281	2'442	2'487	2'583	2'612	2'586	2'611

Datenstand: 24.8.10

Quelle : CH : T 1.01 / Kantone : 2009 -> : T 3.13 (vollständige Daten) / -> 2008: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG]

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen.

T 3.09 Prämiensoll in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1999

Jahr ¹	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1999	6'794.1	5'396.2	15.3	828.3	13'033.8	2.6%
2000	6'892.1	5'620.0	15.1	914.5	13'441.7	3.1%
2001	7'135.0	5'862.1	14.9	985.4	13'997.3	4.1%
2002	7'607.5	6'653.8	15.9	1'077.8	15'355.0	9.7%
2003	8'119.7	7'519.6	16.4	1'164.4	16'820.1	9.5%
2004	8'488.2	7'961.9	16.7	1'562.9	18'029.7	7.2%
2005	8'881.8	7'722.9	16.9	1'874.9	18'496.4	2.6%
2006	8'791.3	7'672.0	17.0	2'834.5	19'314.7	4.4%
2007	8'532.5	7'230.5	16.9	3'909.4	19'689.1	1.9%
2008	8'154.1	6'692.3	16.3	4'829.6	19'692.3	0.0%
2009	7'763.2	6'192.5	15.9	6'153.1	20'124.8	2.2%

Datenstand: 24.8.10

1) Vgl. Fussnote 3) von Tabelle 11.02.

Quelle: T 3.10

T 3.10 Prämiensoll in Franken nach Versicherungsform

2009

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	3'031'593'730	4'012'341'412	719'299'279	7'763'234'421	38.6%	-4.8%
Wählbare Jahresfranchisen	3'095'530'181	3'027'639'431	69'313'495	6'192'483'107	30.8%	-7.5%
BONUS-Versicherung	10'187'740	5'679'948	33'227	15'900'914	0.1%	-2.7%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	2'718'234'468	3'013'010'287	421'903'923	6'153'148'678	30.6%	27.4%
Total	8'855'546'119	10'058'671'078	1'210'549'923	20'124'767'120	100.0%	2.2%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.4]

T 3.11 Prämien Soll in Fr. pro Versicherten nach Versicherungsform

2009

Versicherungsart ¹		Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (ab 26 Jahre)	Total
Standardmodell mit ordentlicher Jahresfranchise	F O (0 / 300) ²	883	2'948	3'734	2'824
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500) ²	866	2'988	3'725	3'679
	F II (200 / 1000) ²	749	2'401	3'136	2'636
	F III (300 / 1500) ²	661	2'036	2'680	2'584
	F IV (400 / 2000) ²	548	1'787	2'148	1'701
	F V (500 / 2500) ²	497	1'727	2'067	1'982
	F VI (600 / -) ²	500	-	-	500
	Total	617	2'218	3'005	2'837
BONUS-Versicherung		679	2'086	2'617	2'583
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)	F O (0 / 300) ²	748	2'499	3'178	2'153
	F I (100 / 500) ²	704	2'424	3'071	2'995
	F II (200 / 1000) ²	639	2'008	2'579	2'346
	F III (300 / 1500) ²	503	1'701	2'195	2'097
	F IV (400 / 2000) ²	462	1'595	1'917	1'663
	F V (500 / 2500) ²	483	1'673	2'039	1'960
	F VI (600 / -) ²	497	-	-	497
	Total *	725	2'137	2'695	2'221
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	739	2'141	2'680	2'271
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	716	2'125	2'720	2'241
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	518	1'894	2'424	2'283
Alle ³		803	2'417	3'124	2'611

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.16 / T 3.13]

- 1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsart erfolgt derart, dass die Versicherten der Kategorie „andere Versicherungsformen“ (HMO, Hausarztmodell...) zugewiesen werden, falls sie eine Kombination dieser Form mit ordentlicher/wählbarer Franchise aufweisen.
- 2) Franchisenstufen (Kinder / Erwachsene)
 Kinder: ordentliche Franchise F O: 0.- ; wählbare Franchisen F I -> F VI: 100.- 200.- 300.- 400.- 500.- 600.-
 Erwachsene ab 19 Jahre: ordentliche Franchise F O: 300.- ; wählbare Franchisen F I -> F V: 500.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.-
- 3) Inkl. 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 (vgl. Fussnote 1 von Tabelle 11.03).

T 3.12 Prämiensoll in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1999

Alle Versicherte ¹ Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z. B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1999	1'698	1'986	1'494	1'528	1'793	2.2%
2000	1'758	2'038	1'535	1'583	1'850	3.2%
2001	1'843	2'074	1'595	1'658	1'917	3.6%
2002	1'999	2'237	1'808	1'939	2'091	9.0%
2003	2'216	2'427	1'977	1'935	2'281	9.1%
2004	2'344	2'645	2'076	2'100	2'442	7.0%
2005	2'471	2'636	2'194	2'075	2'487	1.9%
2006	2'630	2'763	2'359	2'097	2'583	3.8%
2007	2'723	2'817	2'454	2'135	2'612	1.1%
2008	2'767	2'815	2'511	2'114	2'586	-1.0%
2009	2'824	2'837	2'583	2'221	2'611	1.0%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: 2009 -> T 3.11 (-> 2008: T 3.10 / T 11.01 und T 11.05)

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe (Total)²

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1999	603	2.4%	1'581	1.1%	2'190	2.2%
2000	622	3.1%	1'567	-0.9%	2'257	3.0%
2001	653	5.0%	1'581	0.9%	2'353	4.2%
2002	712	9.1%	1'783	12.8%	2'554	8.6%
2003	775	8.8%	2'027	13.7%	2'768	8.4%
2004	812	4.7%	2'229	10.0%	2'945	6.4%
2005	810	-0.2%	2'296	3.0%	3'001	1.9%
2006	831	2.6%	2'397	4.4%	3'120	4.0%
2007	831	-0.1%	2'411	0.6%	3'148	0.9%
2008	806	-3.0%	2'391	-0.8%	3'113	-1.1%
2009	803	-0.3%	2'417	1.1%	3'124	0.4%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: 2009 -> T 3.13 (vollständige Daten) / 1997->2008: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG]

1) 1996 -> 2008: Schätzung des mittleren Versichertenbestandes (ausgenommen Spalte Total) aufgrund der Aufteilung der Versicherten per 31.12. in T 11.05

2) Zusätzliche Angaben nach Altersgruppe pro Kanton: T 3.13 & www.bag.admin.ch/pyramiden

T 3.13 Prämiensoll in Franken je versicherte Person ¹ nach Kantonen

2009

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	805	2'416	3'005	2'553	-0.6%
BE	819	2'439	3'286	2'760	2.0%
LU	668	1'991	2'633	2'171	2.2%
UR	603	1'766	2'370	1'955	2.3%
SZ	673	1'981	2'580	2'139	1.6%
OW	618	1'815	2'360	1'944	3.4%
NW	577	1'722	2'225	1'868	2.4%
GL	667	1'985	2'655	2'205	1.4%
ZG	676	2'029	2'522	2'124	1.7%
FR	770	2'313	2'927	2'384	1.1%
SO	756	2'231	2'894	2'431	1.9%
BS	1'069	3'264	4'195	3'637	1.5%
BL	838	2'461	3'216	2'721	2.5%
SH	766	2'250	2'955	2'492	0.5%
AR	612	1'834	2'389	1'980	2.1%
AI	568	1'717	2'244	1'808	2.3%
SG	663	1'979	2'633	2'163	2.1%
GR	693	2'084	2'672	2'261	1.6%
AG	745	2'242	2'851	2'380	2.1%
TG	730	2'141	2'805	2'310	0.5%
TI	946	2'855	3'654	3'114	-1.1%
VD	937	2'919	3'610	2'983	-0.4%
VS	735	2'281	2'791	2'341	2.5%
NE	862	2'749	3'555	2'927	-1.5%
GE	1'036	3'399	4'211	3'476	-2.2%
JU	799	2'508	3'271	2'671	0.0%
Ausland ²	1'366	5'678	3'262	3'298	-
unbekannt	-	-	-	-	-
CH	803	2'417	3'124	2'611	1.0%

Datenstand: 24.8.10

Quelle : 2009-> : T 3.14 / T 11.14 (vollständige Daten) / ->2008: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG]

1) Für alle Versicherungsformen.

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

T 3.14 Prämiensoll in Franken ¹ nach Kantonen

2009

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	199'252'555	251'810'972	2'971'521'345	3'422'584'872
BE	147'100'591	196'779'746	2'337'528'766	2'681'409'103
LU	50'954'689	69'485'399	689'544'297	809'984'385
UR	4'333'629	5'848'854	59'157'638	69'340'121
SZ	19'845'663	25'327'185	264'312'142	309'484'990
OW	4'552'833	6'167'743	57'993'277	68'713'853
NW	4'444'549	6'095'408	65'069'020	75'608'978
GL	4'997'557	7'381'647	72'797'165	85'176'370
ZG	14'557'218	17'620'015	203'259'331	235'436'564
FR	47'326'925	55'173'929	544'735'103	647'235'956
SO	36'437'676	50'709'656	532'664'221	619'811'552
BS	29'589'458	42'560'820	570'788'050	642'938'328
BL	41'599'983	53'545'033	643'104'742	738'249'758
SH	10'524'059	15'287'807	162'060'115	187'871'981
AR	6'635'405	8'981'121	90'819'007	106'435'534
AI	2'022'827	2'763'842	23'535'413	28'322'082
SG	65'061'126	91'951'843	871'175'636	1'028'188'605
GR	24'405'227	39'063'500	380'173'469	443'642'195
AG	88'643'720	119'008'843	1'221'784'499	1'429'437'061
TG	37'008'309	49'719'718	476'965'871	563'693'897
TI	55'409'730	66'320'284	899'909'604	1'021'639'618
VD	136'803'244	163'070'990	1'739'514'308	2'039'388'541
VS	44'883'117	64'438'906	618'180'850	727'502'874
NE	30'845'376	40'112'981	432'802'824	503'761'181
GE	90'617'538	110'036'948	1'238'492'980	1'439'147'466
JU	12'120'190	15'368'820	160'263'851	187'752'861
Ausland ²	497'461	1'929'717	9'423'668	11'850'846
unbekannt	79'271	1'125	77'153	157'549
CH	1'210'549'923	1'576'562'850	17'337'654'346	20'124'767'119

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF123 [3.15]

1) Für alle Versicherungsformen.

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

T 3.15 Prämien Soll nach Altersgruppen und Geschlecht in Mio. Fr.

2009

Altersgruppen	Männlich	in % des Totals Männlich	Weiblich	in % des Totals Weiblich	Total
0 – 5	176.8	1.9%	167.4	1.6%	344.2
6 – 10	159.8	1.7%	151.2	1.4%	311.0
11 – 15	173.9	1.8%	164.7	1.5%	338.7
16 – 18	111.0	1.2%	105.7	1.0%	216.7
Total 0 – 18	621.5	6.6%	589.0	5.5%	1'210.5
19 – 20	228.0	2.4%	228.2	2.1%	456.2
21 – 25	553.5	5.8%	566.9	5.3%	1'120.4
Total 19 – 25	781.5	8.2%	795.1	7.5%	1'576.6
26 – 30	693.5	7.3%	723.5	6.8%	1'417.0
31 – 35	686.6	7.2%	746.7	7.0%	1'433.3
36 – 40	771.2	8.1%	848.5	8.0%	1'619.7
41 – 45	904.7	9.5%	969.2	9.1%	1'873.9
46 – 50	889.8	9.4%	933.7	8.8%	1'823.5
51 – 55	803.3	8.5%	830.8	7.8%	1'634.1
56 – 60	733.8	7.7%	777.2	7.3%	1'511.0
61 – 65	724.9	7.6%	779.3	7.3%	1'504.2
66 – 70	590.0	6.2%	673.7	6.3%	1'263.7
71 – 75	470.7	5.0%	585.3	5.5%	1'056.0
76 – 80	374.9	4.0%	535.4	5.0%	910.2
81 – 85	251.3	2.7%	437.2	4.1%	688.6
86 – 90	131.9	1.4%	281.9	2.6%	413.8
91 – 95	38.7	0.4%	107.9	1.0%	146.6
96 – 100	7.7	0.1%	29.4	0.3%	37.1
> 100	1.0	0.0%	4.0	0.0%	5.0
Total > 25	8'074.0	85.2%	9'263.6	87.0%	17'337.6
Unbekannt	0.0	0.0%	0.1	0.0%	0.1
Total	9'477.1	100.0%	10'647.7	100.0%	20'124.8

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.14]

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009, Bundesamt für Gesundheit

4: Prämienverbilligung in der OKP

4.01 Anzahl Bezüger, subventionierte Haushalte sowie ausgerichtete Subventionen ab 1999	112
4.02 Anzahl Bezüger nach Kantonen	113
4.03 Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Altersgruppen	114
4.04 Anzahl subventionierte Haushalte nach Haushaltstyp und Kantonen	115
4.05 Anzahl subventionierte Haushalte nach ausbezahltem Jahresbetrag und Kantonen	116
4.06 Ausbezahlter Betrag nach Kantonen in Mio. Franken	117
4.07 KVG-Verteilmodell: Berechnungsbasis sowie Bundes- und Kantonsbeiträge	118
4.08 Prämienverbilligung OKP : effektiv ausgerichtete Beiträge nach Kantonen	119
4.09 KVG-Verteilmodell: Bundesbeiträge 2009 - 2011	120

T 4.01 Anzahl Bezüger, Bezügerquoten, subventionierte Haushalte sowie ausgerichtete Subventionen nach KVG ab 1999 ¹

Année	Ausbezahlte Subventionen nach KVG ¹ in Mio. Fr.	davon Anteil der Kantone in %	Anzahl Bezüger	Bezügerquote ²	Subvention pro Bezüger in Fr.	Anzahl subventionierte Haushalte	Subvention pro Haushalt in Fr.
1999	2'689.7	33.1%	2'334'267	32.1%	1'152	1'230'090	2'187
2000	2'545.3	32.5%	2'337'717	32.2%	1'089	1'242'695	2'048
2001	2'657.2	32.3%	2'376'421	32.5%	1'118	1'268'943	2'094
2002	2'892.0	33.5%	2'433'822	33.1%	1'188	1'289'405	2'243
2003	3'065.5	35.0%	2'427'518	32.9%	1'263	1'287'365	2'381
2004	3'169.8	35.2%	2'361'377	32.0%	1'342	1'245'875	2'544
2005	3'201.8	35.6%	2'262'160	30.4%	1'415	1'215'989	2'633
2006	3'308.7	35.4%	2'178'397	29.1%	1'519	1'182'675	2'798
2007	3'420.5	35.1%	2'271'950	30.1%	1'506	1'225'436	2'791
2008	3'398.3	47.6%	2'249'481	29.5%	1'511	1'211'670	2'805
2009	3'542.4	48.8%	2'254'890	29.3%	1'571	1'229'418	2'881

Datenstand : 27.10.10

Quelle: T 4.02 & 4.04 & 4.08

1) Effektiv im Berichtsjahr an die Haushalte/Bezüger ausbezahlte Prämienverbilligungen nach KVG.
Die Werte für 1996 und 2004 wurden revidiert.

2) Anzahl Bezüger in Prozent des durchschnittlichen Versichertenbestandes (1996->2008: revidierte Zahlen).

T 4.02 Anzahl Bezüger nach Kantonen

2009

Kanton	Bezüger ¹		Total Personen	Bezüger- quoten ³	davon Bezüger von Ergänzungs- leistungen	davon Sozialhilfe- bezüger	davon Bezüger, deren OKP-Prämien vollumfänglich verbilligt werden
	Männliche Personen	Weibliche Personen					
ZH	201'501	234'719	436'220	32.5%	48'534	41'038	89'572
BE	129'667	146'917	276'584	28.5%	44'224	36'255	36'255
LU	60'062	65'990	126'052	33.8%	17'109	8'230	25'339
UR	6'934	7'273	14'207	40.1%	1'243	300	2'271
SZ	17'347	18'958	36'305	25.1%	3'685	1'623	980
OW	6'097	6'523	12'620	35.7%	1'005	331	1'627
NW	8'985	9'476	18'461	45.6%	734	500	-
GL	4'967	5'729	10'696	27.7%	1'218	552	1'770
ZG	13'855	15'892	29'747	26.8%	2'153	1'687	-
FR	31'353	36'617	67'970	25.0%	11'165	8'043	19'208
SO	32'854	37'198	70'052	27.5%	8'584	6'778	-
BS	23'131	26'726	49'857	28.2%	12'005	11'057	-
BL	28'869	30'573	59'442	21.9%	8'327	1'708	-
SH	11'498	12'206	23'704	31.4%	-	1'560	1'560
AR	7'906	8'388	16'294	30.3%	1'602	636	8'950
AI	3'521	3'335	6'856	43.8%	338	172	74
SG	72'698	77'724	150'422	31.6%	18'081	19'083	19'083
GR	27'377	31'043	58'420	29.8%	5'208	2'276	175
AG	72'063	80'961	153'024	25.5%	18'503	8'750	4'628
TG	39'941	50'583	90'524	37.1%	7'229	2'972	-
TI	44'855	55'781	100'636	30.7%	23'784	-	-
VD	67'222	82'814	150'036	21.9%	31'108	22'801	53'909
VS	42'439	50'872	93'311	30.0%	8'565	3'757	-
NE	21'492	26'617	48'109	28.0%	10'212	8'795	16
GE	62'140	69'929	132'069	31.9%	27'274	19'384	-
JU	10'040	13'232	23'272	33.1%	4'315	1'254	-
CH²	1'048'814	1'206'076	2'254'890	29.3%	316'205	209'542	265'417

Datenstand: 30.09.10

Quelle: Formular PV2 [2.1] & T 11.14

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

2) Angaben 2009 unvollständig in einigen Kantonen und damit auch für CH.

3) Total der Bezüger in Prozent des durchschnittlichen Versichertenbestandes.

T 4.03 Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Altersgruppen

2009

Altersgruppe	männlich	weiblich	Total	Bezügerquoten pro Altersgruppe Total ¹	Im Jahr ausbezahlter Betrag in Mio. Franken ²
0 – 18	345'277	326'525	671'802	44.6%	337.0
19 – 25	135'775	143'322	279'097	42.8%	348.2
26 – 30	69'604	84'296	153'900	30.1%	151.0
31 – 35	59'241	77'279	136'520	26.2%	136.1
36 – 40	67'674	87'881	155'555	26.9%	159.3
41 – 45	76'554	91'805	168'359	26.0%	174.9
46 – 50	65'286	70'759	136'045	22.2%	148.5
51 – 55	46'725	47'671	94'396	17.8%	111.7
56 – 60	34'666	36'661	71'327	15.1%	90.7
61 – 65	29'737	35'600	65'337	14.6%	88.7
66 – 70	24'906	32'932	57'838	16.1%	84.5
71 – 75	23'332	34'904	58'236	20.0%	86.8
76 – 80	20'469	34'827	55'296	22.6%	85.0
81 – 85	14'468	31'607	46'075	25.4%	74.5
86 – 90	8'310	23'585	31'895	29.9%	55.8
91 und mehr	3'474	14'871	18'345	38.6%	34.5
Alter unbekannt	23'318	31'549	54'867	-	1'284.6
Total	1'048'814	1'206'076	2'254'890	29.3%	3'451.8

Datenstand: 30.09.10

Quelle: Formular PV2 [2.1] & T 11.15

1) Bezügerquoten 0-18 -> 91 und mehr unterschätzt wegen der Kategorie "Alter unbekannt".

2) Angaben 2009 unvollständig in einigen Kantonen und damit auch für CH (siehe T 4.07).

T 4.04 Anzahl subventionierte Haushalte ¹ nach Haushaltstyp und Kantonen

2009

Kanton	Anzahl subventionierte Haushalte (gemäss Anzahl Personen pro Haushalt ²) [x Erwachsene + y Kinder]									Total Haushalte	Veränd. gegenüber Vorjahr
	1+0	1+1	1+2	1+≥3	2+0	2+1	2+2	2+≥3	Anzahl Personen unbekannt		
ZH	205'764	13'912	6'804	1'462	23'530	13'786	18'672	7'764		291'694	10.1%
BE	82'807	7'640	5'185	1'506	12'431	4'807	10'536	6'951		131'863	-4.3%
LU	23'144	3'979	2'682	824	5'460	7'617	11'656	6'831		62'193	-11.9%
UR	2'625	150	104	62	1'262	528	1'062	513	148	6'454	-2.2%
SZ	5'810	822	536	191	1'197	985	2'157	1'437	4'757	17'892	-1.6%
OW	4'712	-	-	-	-	-	-	-	2'517	7'229	-11.4%
NW	4'585	357	180	42	1'135	787	1'184	446		8'716	3.5%
GL	-	-	-	-	-	-	-	-	4'598	4'598	1.9%
ZG	6'845	-	-	-	-	-	-	-	6'645	13'490	0.5%
FR	17'198	2'326	1'643	519	3'447	1'818	3'548	2'338		32'837	-17.8%
SO	14'121	2'539	1'493	398	3'936	2'559	4'360	2'215		31'621	2.5%
BS	19'843	1'541	855	254	3'089	1'621	1'968	923		30'094	37.8%
BL	19'891	-	-	-	-	-	-	-	12'347	32'238	-1.1%
SH	5'932	-	-	-	-	-	-	-	5'503	11'435	3.3%
AR	2'838	322	280	101	564	380	906	748		6'139	5.0%
AI	1'207	78	28	17	384	214	446	414		2'788	33.7%
SG	18'132	2'697	2'114	750	6'623	4'829	8'708	5'817	18'629	68'299	6.0%
GR	14'336	1'542	953	225	3'147	2'268	3'784	1'720		27'975	0.7%
AG	27'137	2'483	2'193	795	8'189	4'845	10'720	6'304		62'666	-7.9%
TG	31'274	1'796	1'127	330	12'688	1'005	1'553	1'149		50'922	-0.7%
TI	35'811	3'396	1'590	345	7'021	3'520	4'820	1'584		58'087	1.0%
VD	46'749	5'382	2'981	836	8'179	4'282	5'916	3'300	5'318	82'943	5.0%
VS	34'599	2'822	1'719	451	4'458	2'098	4'700	2'590		53'437	-0.2%
NE	17'787	1'864	996	248	2'915	1'555	2'044	978	118	28'505	10.6%
GE	52'987	8'367	4'339	1'498	9'829	6'147	5'661	2'751		91'579	-1.7%
JU	8'522	658	446	158	1'547	435	659	689	610	13'724	-3.1%
CH ³	704'656	64'673	38'248	11'012	121'031	66'086	105'060	57'462	61'190	1'229'418	1.5%
Im Jahr ausbezahlter Betrag in Mio. Franken ³ (CH)	878.4	102.1	77.5	30.9	273.0	128.6	235.1	185.6	1'540.3	3'451.5	-

Datenstand: 30.09.10

Quelle: Formular PV2 [2.2]

- 1) Anzahl subventionierte Haushalte im Sinne der kantonalen Regelungen zur Prämienverbilligung.
2) Die Anzahl Personen pro Haushalt hängt von den kantonalen Regelungen zur Prämienverbilligung ab.
Beispiele: 1+0 = 1 Erwachsene + 0 Kind / 1+1 = 1 Erwachsene + 1 Kind (alleinerziehender Haushalt)
3) Angaben 2009 unvollständig in einigen Kantonen und damit auch für CH (siehe T 4.07).

T 4.05 Anzahl subventionierte Haushalte¹ nach ausbezahltem Jahresbetrag und Kantonen

2009

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.	4'801 - 6'000 Fr.	6'001 - 12'000 Fr.	mehr als 12'000 Fr.	Jahresbetrag unbekannt	Total Haushalte
ZH	24'529	96'843	97'867	33'716	26'731	5'116	5'798	176	918	291'694
BE	45'779	36'568	31'835	10'883	4'364	1'949	485			131'863
LU	8'634	13'881	13'192	18'443	3'041	1'501	3'434	67		62'193
UR	915	987	1'698	1'866	476	350	162			6'454
SZ	1'646	2'361	4'453	3'266	761	341	305	2	4'757	17'892
OW	1'049	1'556	2'848	1'022	389	248	117			7'229
NW	1'909	2'696	3'087	818	120	43	43			8'716
GL	1'167	848	1'265	890	238	62	128			4'598
ZG	2'062	2'112	4'015	2'945	1'160	530	648	18		13'490
FR	658	4'705	10'604	9'986	3'506	1'849	1'503	26		32'837
SO	3'371	5'389	10'305	7'111	2'693	1'289	1'448	15		31'621
BS	1'701	2'210	4'460	4'609	4'911	7'968	3'837	236	162	30'094
BL	1'406	6'786	18'569	3'167	1'326	577	346	61		32'238
SH	1'488	1'491	5'170	1'676	875	448	286	1		11'435
AR	378	475	1'186	2'401	615	481	600	3		6'139
AI	735	511	707	316	113	34	16		356	2'788
SG	10'562	8'833	15'733	8'496	3'426	1'611	1'509	48	18'081	68'299
GR	3'501	5'337	7'611	8'375	1'550	727	867	7		27'975
AG	4'449	7'482	17'159	21'136	5'515	2'640	4'143	142		62'666
TG	6'167	12'846	24'724	5'168	1'559	352	106			50'922
TI	3'376	3'910	9'052	16'552	14'879	2'278	7'797	243		58'087
VD	4'515	5'559	8'295	15'803	29'682	4'844	13'753	492		82'943
VS	872	5'669	17'761	19'482	3'574	2'700	3'365	14		53'437
NE	4'007	4'223	5'376	2'928	8'702	1'132	2'081	56		28'505
GE	15'325	21'673	15'412	8'317	9'320	15'740	5'389	403		91'579
JU	2'540	2'164	3'409	1'393	2'923	320	916	59		13'724
CH	152'741	257'115	335'793	210'765	132'449	55'130	59'082	2'069	24'274	1'229'418

Datenstand: 30.09.10

Quelle: Formular PV2 [2.2]

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

T 4.06 Ausbezahlter Betrag nach Kantonen in Mio. Franken

2009

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Bezüger Alter unbekannt	Total	davon Bezüger von Ergänzungs- leistungen	davon Sozialhilfe- bezüger	davon Bezüger, deren OKP-Prämien vollumfänglich verbilligt werden
ZH	77.3	83.6		424.6	585.5	157.9	58.8	216.7
BE	30.5	33.9	148.2	254.8	467.3	176.5	56.0	56.0
LU	26.4	26.7	92.6		145.8	48.5	18.2	66.7
UR				15.0	15.0	3.0		
SZ	4.6	4.7	18.1	13.1	40.5	11.5	3.2	2.7
OW				14.8	14.8	2.8		
NW	2.4	3.5	5.8	2.4	14.1	2.2	1.0	
GL				13.1	13.1			
ZG				37.8	37.8			
FR				130.5	130.5			
SO	9.7	11.3	53.9		74.9	28.9	15.5	
BS				126.8	126.8		25.4	
BL				97.4	97.4			
SH				36.0	36.0	9.7		
AR	3.4	3.9	11.5	5.3	24.2	4.7		
AI	0.3	0.8	3.5		4.6	0.9		0.1
SG	12.6	10.2	50.9	83.4	157.2	58.0	17.2	17.2
GR	8.1	7.2	48.7		64.0	15.7	4.5	0.1
AG	23.8	25.6	145.9	0.0	195.3	55.0	16.9	
TG	21.9	20.5	35.8	29.4	107.7	24.8	5.2	
TI	19.8	21.7	196.0		237.5	103.3		
VD	39.5	36.5	269.3		345.3	126.1	65.8	191.9
VS	13.0	31.3	106.7		151.0	25.6	8.3	
NE	7.9	5.8	70.2		84.0	38.8	20.6	0.0
GE	32.0	17.5	197.3		246.8	118.4	44.8	
JU	4.0	3.3	27.4	0.0	34.7	15.5	2.6	
CH¹	337.0	348.2	1'482.1	1'284.6	3'451.8	1'027.7	363.9	551.5

Datenstand: 30.09.10

Quelle: Formular PV2 [2.1] & T 11.14

1) Angaben 2009 unvollständig in einigen Kantonen und damit auch für CH (siehe T 4.07).

T 4.07 KVG-Verteilmodell: Berechnungsbasis sowie Bundes- und Kantonsbeiträge
2009

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Grenzgänger ¹	Mittlere Wohnbevölkerung und Grenzgänger	KVG-Verteilmodell 2009 Bundesbeiträge in Fr.	Kantonsbeiträge in Fr.	Total Beiträge * in Fr. ²	* davon Anteil der Kantone in %
ZH	1'322'842	1'757	1'324'599	314'913'496	292'307'508	607'221'004	48.1%
BE	969'907	124	970'031	230'617'608	236'716'449	467'334'057	50.7%
LU	361'924	46	361'970	86'055'658	63'139'226	149'194'884	42.3%
UR	34'447	5	34'452	8'190'705	6'784'270	14'974'975	45.3%
SZ	139'874	34	139'908	33'262'080	7'206'584	40'468'664	17.8%
OW	33'785	4	33'789	8'033'082	6'798'700	14'831'782	45.8%
NW	39'566	3	39'569	9'407'233	4'669'983	14'077'216	33.2%
GL	38'034	4	38'038	9'043'250	4'092'161	13'135'411	31.2%
ZG	108'826	55	108'881	25'885'643	11'961'733	37'847'376	31.6%
FR	264'151	7	264'158	62'801'587	67'715'015	130'516'602	51.9%
SO	249'005	105	249'110	59'224'038	47'318'669	106'542'707	44.4%
BS	189'777	3'017	192'794	45'835'330	80'956'409	126'791'739	63.8%
BL	267'247	1'406	268'653	63'870'240	33'559'257	97'429'497	34.4%
SH	74'598	1'319	75'917	18'048'698	17'994'864	36'043'562	49.9%
AR	52'345	7	52'352	12'446'296	11'720'266	24'166'562	48.5%
AI	15'028	2	15'030	3'573'270	993'584	4'566'854	21.8%
SG	465'852	275	466'127	110'818'205	46'357'641	157'175'846	29.5%
GR	191'878	114	191'992	45'644'661	18'346'803	63'991'464	28.7%
AG	578'790	2'411	581'201	138'176'187	57'134'445	195'310'632	29.3%
TG	238'141	1'132	239'273	56'885'364	50'770'061	107'655'425	47.2%
TI	327'632	169	327'801	77'932'234	162'920'967	240'853'201	67.6%
VD	678'143	177	678'320	161'265'502	202'407'837	363'673'339	55.7%
VS	296'923	23	296'946	70'596'689	89'301'458	159'898'147	55.8%
NE	169'895	70	169'965	40'407'906	44'084'344	84'492'250	52.2%
GE	441'756	3'433	445'189	105'840'352	140'996'039	246'836'391	57.1%
JU	68'233	31	68'264	16'229'255	21'155'245	37'384'500	56.6%
CH	7'618'599	15'730	7'634'329	1'815'004'569	1'727'409'517	3'542'414'086	48.8%

Datenstand : 27.10.10

Quelle: Bundesbeiträge: KVG-Verteilmodell für das Jahr 2009 / Kantonsbeiträge: Formular PV1.

- 1) Mittlere Wohnbevölkerung 2007 [Durchschnittliche Wohnbevölkerung in einem bestimmten Gebiet nach wirtschaftlichem Wohnsitz; Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung] + versicherte Grenzgänger 2007 und deren Familienangehörige [Quelle: EF S{3} 2007].
- 2) Ab 1.1.2008 wird die Prämienverbilligung nach der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) berechnet. Vgl. Erläuterungen im Anhang H.

T 4.08 Prämienverbilligung OKP : effektiv ausgerichtete Beiträge nach Kantonen

2009

Kanton	Beiträge nach KVG für 2009 in Fr.	Beiträge nach KVG für 2008 und früher in Fr.	Total Beiträge * nach KVG ¹ in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	Total Beiträge pro Haushalt in Fr.	Total Beiträge pro Bezüger in Fr. *	* in % der Durchschnittsprämie
ZH	596'728'745	10'492'259	607'221'004	6.0%	2'082	1'392	54.5%
BE	424'577'785	42'756'272	467'334'057	0.3%	3'544	1'690	61.2%
LU	145'872'523	3'322'361	149'194'884	-3.6%	2'399	1'184	54.5%
UR	14'789'733	185'242	14'974'975	5.3%	2'320	1'054	53.9%
SZ	40'335'329	133'335	40'468'664	3.7%	2'262	1'115	52.1%
OW	14'825'537	6'245	14'831'782	4.4%	2'052	1'175	60.4%
NW	13'887'411	189'805	14'077'216	9.2%	1'615	763	40.8%
GL	13'135'411	0	13'135'411	7.8%	2'857	1'228	55.7%
ZG	33'383'866	4'463'510	37'847'376	6.5%	2'806	1'272	59.9%
FR	130'516'602	0	130'516'602	7.4%	3'975	1'920	80.5%
SO	104'745'022	1'797'685	106'542'707	10.9%	3'369	1'521	62.6%
BS	127'620'369	-828'630	126'791'739	4.9%	4'213	2'543	69.9%
BL	94'040'340	3'389'157	97'429'497	5.3%	3'022	1'639	60.2%
SH	35'019'535	1'024'027	36'043'562	-0.1%	3'152	1'521	61.0%
AR	23'909'103	257'459	24'166'562	4.9%	3'937	1'483	74.9%
AI	4'475'787	91'067	4'566'854	17.1%	1'638	666	36.8%
SG	157'175'846	0	157'175'846	11.5%	2'301	1'045	48.3%
GR	57'625'763	6'365'701	63'991'464	3.3%	2'287	1'095	48.5%
AG	177'655'180	17'655'452	195'310'632	9.4%	3'117	1'276	53.6%
TG	103'559'537	4'095'888	107'655'425	2.7%	2'114	1'189	51.5%
TI	239'322'605	1'530'596	240'853'201	2.3%	4'146	2'393	76.9%
VD	361'714'012	1'959'327	363'673'339	7.0%	4'385	2'424	81.3%
VS	154'823'742	5'074'406	159'898'148	1.9%	2'992	1'714	73.2%
NE	84'111'338	380'912	84'492'250	8.2%	2'964	1'756	60.0%
GE	215'259'168	31'577'222	246'836'391	-0.8%	2'695	1'869	53.8%
JU	36'447'238	937'262	37'384'500	1.5%	2'724	1'606	60.1%
CH	3'405'557'527	136'856'560	3'542'414'087	4.2%	2'881	1'571	60.2%

Datenstand : 27.10.10

Quelle: Formular PV1 & T 3.08 & T 4.02 & T 4.04 & T 4.07

1) Effektiv im Berichtsjahr an die Haushalte/Bezüger ausbezahlte Prämienverbilligungen nach KVG. Bund und Kantone.
Ab 1.1.2008 wird die Prämienverbilligung nach der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) berechnet. Vgl. Erläuterungen im Anhang H.

T 4.09 KVG-Verteilmodell: Bundesbeiträge 2009 - 2011

Kanton	Bundesbeiträge in Franken ²		
	2009	2010	2011
ZH	314'913'496	345'069'805	370'346'571
BE	230'617'608	249'114'571	264'981'952
LU	86'055'658	93'675'576	100'373'907
UR	8'190'705	8'856'168	9'405'415
SZ	33'262'080	36'307'400	38'872'316
OW	8'033'082	8'725'829	9'378'310
NW	9'407'233	10'201'473	10'863'606
GL	9'043'250	9'754'997	10'348'559
ZG	25'885'643	28'233'268	30'085'399
FR	62'801'587	68'707'178	74'103'757
SO	59'224'038	64'077'580	68'217'118
BS	45'835'330	49'548'077	53'078'831
BL	63'870'240	69'237'480	73'855'991
SH	18'048'698	19'552'674	20'954'664
AR	12'446'296	13'426'475	14'256'617
AI	3'573'270	3'872'353	4'198'315
SG	110'818'205	120'279'603	128'396'170
GR	45'644'661	49'348'479	52'733'045
AG	138'176'187	150'913'157	162'323'757
TG	56'885'364	61'848'012	66'419'901
TI	77'932'234	84'796'918	90'359'706
VD	161'265'502	176'630'110	190'723'891
VS	70'596'689	76'943'596	82'543'266
NE	40'407'906	43'747'981	46'610'492
GE	105'840'352	115'266'654	123'915'140
JU	16'229'255	17'511'204	18'588'995
CH	1'815'004'569	1'975'646'618	2'115'935'691

Berechnungsbasis 2011		
Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Grenzgänger ¹	Mittlere Wohnbevölkerung und Grenzgänger
1'366'821	2'558	1'369'379
979'554	233	979'787
370'931	208	371'139
34'772	5	34'777
143'699	34	143'733
34'667	10	34'677
40'164	5	40'169
38'259	5	38'264
111'151	92	111'243
273'855	148	274'003
252'083	154	252'237
192'068	4'194	196'262
271'125	1'962	273'087
75'691	1'790	77'481
52'681	34	52'715
15'517	7	15'524
474'316	437	474'753
194'753	231	194'984
596'795	3'407	600'202
244'069	1'523	245'592
333'567	543	334'110
704'916	297	705'213
305'178	31	305'209
172'263	82	172'345
453'674	4'510	458'184
68'709	25	68'734
7'801'278	22'521	7'823'799

Datenstand : 27.10.10

Quelle: KVG-Verteilmodelle für Bundesbeiträge für 2009/2010/2011.

- 1) Mittlere Wohnbevölkerung 2009 [Durchschnittliche Wohnbevölkerung in einem bestimmten Gebiet nach wirtschaftlichem Wohnsitz; Quelle: BFS [Sektion Bevölkerungsentwicklung] + versicherte Grenzgänger 2009 und deren Familienangehörige [Quelle: EF S{3} 2009].
- 2) Ab 1.1.2008 wird die Prämienverbilligung nach der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) berechnet. Vgl. Erläuterungen im Anhang H.

5: Individuelle Daten pro Versicherer

5.01 Aufsichtsdaten der Krankenversicherer OKP	124
5.02 Erklärungen und Quellen für die Aufsichtsdaten	126
5.03 KVG-Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung	127
5.04 Mutationen bei den Krankenversicherern	129
5.05 OKP : Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherer und Kanton	130

T 5.01 Aufsichtsdaten OKP

2009

BAG-Nr.	Name des OKP Versicherers	Einnahmen Total in Mio. Fr.	Ausgaben Total in Mio. Fr.	Prämien in Mio. Fr.	Nettoleistungen in Mio. Fr.	Kostenbeteiligung in Mio. Fr.	Bruttoleistungen in Mio. Fr.	Risikoausgleich in Mio. Fr.	Stand der Rückstellungen in Mio. Fr.	Stand der Reserven in Mio. Fr.	VVG Zusatzversicherungen: Prämien in Mio. Fr.	Gesetzlich vorgeschriebene Reserve in Mio. Fr.	Höher als die gesetzlich vorgeschriebene Reserve (+) in Mio. Fr.	Tiefer als die gesetzlich vorgeschriebene Reserve (-) in Mio. Fr.
0		2	14	3A	5A	13A	12A	4A	8A	9A	10	11A	11B	11C
8	CSS Kranken-Vers. AG	2'304.8	2'369.0	2'213.8	2'456.1	389.1	2'845.2	-192.8	600.5	279.4	-	221.4	58.0	
32	Aquilana Versicherungen	82.8	85.1	78.7	88.4	13.8	102.2	-5.7	18.4	17.2	35.8	15.7	1.4	
57	Moove Sympany AG	33.2	33.6	31.1	35.8	4.5	40.3	-3.0	9.1	6.5	-	6.2	0.3	
62	SUPRA	152.5	143.7	149.4	186.1	23.9	210.0	-52.3	70.8	75.0	-	29.9	45.2	
97	Krankenkasse Luchsingen-Hätzingen	2.0	2.0	2.0	1.8	0.4	2.2	0.1	0.5	0.7	-	0.4	0.3	
134	Bezirkskrankenkasse Einsiedeln	7.6	7.6	7.6	7.5	1.4	8.9	-0.1	2.2	3.2	-	1.5	1.7	
160	CM de la Fonction Publique	91.3	91.0	90.1	74.4	15.1	89.5	9.8	19.5	17.7	9.5	18.0		-0.4
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	139.4	152.4	136.6	136.4	25.5	161.9	7.4	27.0	2.8	-	20.5		-17.7
194	Sumiswaldler	57.0	62.4	55.1	46.0	9.3	55.4	14.6	9.7	3.2	8.4	11.2		-8.0
216	Caisse-maladie EOS	5.0	5.0	4.9	4.6	0.9	5.5	0.0	1.6	2.4	0.5	1.0	1.4	
246	Krankenkasse Steffisburg	20.6	23.3	20.6	19.5	3.4	22.9	2.2	4.5	1.1	1.4	4.1		-3.0
261	carena schweiz	51.0	53.5	50.7	39.3	8.2	47.5	10.1	9.1	1.1	14.3	10.1		-9.0
263	CMBB	198.7	198.1	191.1	180.8	31.4	212.3	8.7	43.0	24.9	27.1	28.7		-3.8
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung AC	1'339.1	1'371.2	1'310.1	1'410.2	219.6	1'629.8	-114.1	348.6	225.5	479.0	131.0	94.4	
294	Krankenkasse Malters	10.3	9.9	10.0	8.7	1.7	10.3	0.5	2.6	2.8	-	2.0	0.8	
312	ATUPRI	402.5	425.2	391.3	401.2	66.6	467.8	12.8	120.5	33.6	103.4	39.1		-5.5
343	Avenir Assurances	273.5	279.1	267.1	253.8	44.3	298.0	4.8	66.2	47.2	26.7	40.1	7.2	
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland	32.2	32.2	31.0	26.8	5.3	32.1	4.4	9.0	15.3	6.0	6.2	9.1	
376	Krankenkasse KPT AG	836.2	835.6	821.0	829.8	135.8	965.7	-31.5	249.0	105.4	-	82.1	23.3	
411	Xundheit	80.1	79.4	76.6	70.2	10.2	80.4	6.4	15.1	0.5	27.1	15.3		-14.8
445	Caisse-maladie Hermes	179.8	186.6	176.9	140.2	29.1	169.3	33.8	37.1	29.5	25.2	26.5	3.0	
455	ÖKK	358.7	358.4	335.8	312.4	55.9	368.3	31.1	72.2	50.7	-	33.6	17.1	
484	Panorama Kranken- und Unfallversicherung	62.1	59.5	60.4	61.5	9.6	71.1	-5.3	14.2	10.9	-	12.1		-1.2
509	Vivao Sympany AG	448.9	468.4	422.1	452.6	53.6	506.2	-10.9	119.4	58.8	21.4	63.3		-4.5
556	KK St. Moritz	7.8	8.3	7.7	7.5	1.0	8.5	0.5	1.9	1.9	1.9	1.5	0.4	
558	Krankenversicherung Flaachthal AG	3.8	3.5	3.8	2.7	0.8	3.5	0.3	1.3	3.6	-	0.8	2.9	
749	La Caisse Vaudoise	182.1	183.4	177.5	149.3	28.5	177.8	23.1	42.6	52.6	49.7	26.6	26.0	
762	KOLPING	81.9	89.9	80.2	83.9	14.3	98.2	1.8	16.6	3.4	15.9	16.0	0.0	-12.7
774	KK Easy Sana	53.9	54.8	53.0	38.2	9.3	47.5	12.1	10.0	7.1	1.3	10.6	0.0	-3.5
780	Krankenkasse Elm	7.6	7.5	7.5	5.5	1.4	7.0	1.8	1.4	2.1	1.1	1.5	0.6	0.0
790	Innova Wallis AG	8.3	10.8	8.4	7.4	1.4	8.8	1.7	1.7	2.3	-	1.7	0.6	0.0
820	CMP Lumnezia I	5.8	5.8	5.3	5.7	0.9	6.6	-0.2	2.6	1.1	0.7	1.1	0.1	0.0
829	KLuG Krankenversicherung	33.7	36.7	32.4	32.7	6.2	38.9	2.1	7.5	3.8	-	6.5		-2.7
881	EKG Grundversicherungen	317.6	322.1	305.3	312.9	55.0	367.8	-7.1	61.0	45.6	-	45.8		-0.2
901	sanavals Gesundheitskasse	4.8	5.0	4.5	4.7	0.8	5.5	0.1	1.8	3.3	1.4	0.9	2.4	
923	KRANKENKASSE SLKK	33.2	34.2	32.6	37.4	6.4	43.8	-4.4	12.3	18.2	-	6.5	11.7	
941	sodalis gesundheitsgruppe	79.9	82.2	78.1	70.6	12.4	83.0	8.8	19.0	23.0	12.8	15.6	7.4	
966	vita surselva	12.1	12.3	11.5	11.1	2.1	13.2	1.3	2.1	1.9	2.3	2.3		-0.4
994	Progrès Versicherungen AG	561.9	571.3	544.2	410.4	91.0	501.4	137.4	92.9	55.6	0.1	54.4	1.2	
1003	Krankenkasse Zeneggen	0.4	0.4	0.3	0.3	0.1	0.4	-0.1	0.3	1.2	-	0.1	1.2	
1040	KKV	6.1	6.3	5.9	4.7	1.0	5.8	1.0	1.4	2.6	-	1.2	1.5	
1058	KK Gondo-Zwischbergen	0.1	0.2	0.1	0.2	0.0	0.2	0.0	0.1	0.3	-	0.0	0.3	
1060	Wincare Versicherungen AG	679.0	737.3	657.8	845.9	117.4	963.3	-153.3	174.7	46.6	-	65.8		-19.2
1097	Avantis Assureur maladie	27.5	28.1	27.4	18.9	5.0	23.9	7.2	5.0	3.3	0.4	5.5		-2.2
1113	CM de la Vallée d'Entremont	5.1	5.1	9.9	8.5	1.7	10.2	0.4	1.3	3.3	-	2.0	1.3	
1142	KK INSTITUT INGENBOHL	3.3	3.3	3.2	7.2	0.6	7.9	-4.2	2.0	14.9	-	0.6	14.3	
1147	Krankenkasse Turbenthal	0.9	0.8	0.9	0.8	0.1	0.9	-0.1	0.6	1.2	-	0.2	1.0	
1159	Auxilia Kranken-Vers. AG	91.5	91.4	69.9	75.0	10.9	85.9	7.3	21.0	10.6	-	14.0		-3.4
1215	CM de Troistorrens	26.5	27.6	26.3	21.5	4.3	25.8	3.5	5.9	8.3	0.9	5.3	3.0	
1318	KK Wädenswil	10.5	10.1	10.3	11.1	2.0	13.1	-1.8	4.5	10.2	0.9	2.1	8.2	
1322	Krankenkasse Birchmeier	11.2	11.6	11.5	11.5	2.3	13.8	-0.8	3.5	3.2	1.1	2.3	0.9	
1328	kmu-Krankenversicherung	18.3	20.5	17.1	20.3	3.2	23.6	-1.4	6.1	5.2	6.0	3.4	1.8	
1331	Krankenkasse Stoffel Mels KKS	2.3	2.6	2.4	2.3	0.4	2.8	0.1	0.6	0.7	-	0.5	0.3	
1362	Krankenkasse Simplon	1.2	1.5	1.2	1.2	0.2	1.4	0.1	0.4	1.2	-	0.2	0.9	
1384	SWICA Krankenversicherung	1'509.2	1'509.4	1'470.1	1'406.6	259.4	1'666.0	58.1	264.7	170.3	922.6	147.0	23.3	
1386	GALENOS	34.5	34.5	32.4	43.3	6.0	49.3	-12.7	11.7	8.1	14.4	6.5	1.7	
1395	Vivao Sympany Schweiz AG	48.7	50.2	47.3	35.1	5.9	41.0	11.2	10.5	4.8	-	9.5		-4.6
1401	rhenusana	20.5	21.0	20.3	19.8	3.5	23.3	0.0	5.7	4.2	12.6	4.1	0.2	
1423	Publisana	12.7	12.7	11.1	10.9	1.9	12.9	1.5	2.3	2.2	3.1	2.2		-0.1
1442	Fondation Natura Assurances.ch	5.6	5.8	5.8	3.1	0.8	3.9	1.9	1.0	0.5	-	1.2		-0.6
1479	Mutuel Assurances	852.9	838.2	839.5	724.1	136.5	860.6	72.7	179.2	146.8	125.2	84.0	62.8	
1507	AMB	18.2	18.9	17.3	14.6	2.8	17.4	2.3	4.7	4.7	-	3.5	1.2	
1509	Sanitas Grundversicherungen AG	928.9	961.9	909.1	774.5	152.9	927.5	139.8	166.9	49.4	-	90.9		-41.5
1520	Hotela caisse maladie	21.8	22.4	22.1	22.8	2.5	25.3	-0.9	5.8	4.5	0.1	4.4	0.1	
1529	Intras Assurance Maladie SA	929.8	994.7	902.7	891.9	150.7	1'042.7	43.6	193.1	55.1	-	90.3		-35.2
1535	Philos Caisse-maladie et accident	325.8	325.7	312.1	325.4	50.7	376.1	-18.2	80.9	68.1	27.3	46.8	21.3	
1542	ASSURA	1'110.8	1'127.1	1'091.0	708.8	155.1	863.8	303.4	366.2	308.4	-	109.1	199.3	
1551	Caisse-maladie Universa	187.5	194.5	183.0	170.0	30.4	200.4	13.5	44.8	30.4	29.4	27.5	3.0	
1552	aerosana Versicherungen AG	309.1	315.9	248.8	210.6	40.1	250.7	80.8	53.6	5.2	-	37.3		-32.1
1555	Visana	1'282.5	1'283.9	1'269.3	1'660.0	227.5	1'887.5	-358.5	437.4	248.5	-	126.9	121.6	
1560	Agrisano	179.4	186.0	179.1	137.7	30.3	168.0	35.4	36.8	61.4	12.8	26.9	34.6	
1562	Helsana Versicherungen AG	2'158.5	2'191.1	2'125.8	2'720.9	363.9	3'084.8	-620.1	617.5	246.0	-	212.6	33.4	
1563	Innova Krankenversicherung AG	98.4	102.1	99.2	99.1	16.3	115.4	-3.7	22.1	24.1	-	19.8	4.2	
1565	avanex Versicherungen AG	478.9	493.3	426.2	296.5	74.9	371.4	163.5	72.5	8.9	-	42.6		-33.7
1566	sansan Versicherungen AG	313.2	326.9	303.0	223.2	53.2	276.3	92.5	51.0	8.4	-	45.5		-37.0
1568	sana24	216.9	230.3	184.1	112.3	30.8	143.1	93.0	26.8	3.6	-	27.6		-24.0
1569	Arcosana AG	273.2	275.4	225.6	169.5	37.5	207.0	66.7	56.0	20.9	-	33.8		-12.9
1570	viacare	51.1	55.1	45.4	21.4	6.1	27.5	25.1	7.5	8.4	-	9.1		-0.7
1571	SanaTop Versicherungen AG	22.5	25.9	21.3	16.9	3.2	20.1	5.7	4.8	0.1	-	4.3		-4.1
1574	maxi.ch Versicherungen AG	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.8	-	0.0	8.8	
1575	Compact Grundversicherungen AG	2.2	2.7	2.3	1.2	0.3	1.5	0.8	0.3	6.4	-	0.5	6.0	
Total : 81		20'840.8	21'312.4	20'124.8	20'273.9	3'382.5	23'656.3	-34.1	5'095.2	2'862.2	2'029.4	2'328.6	872.3	-338.7

Datenstand: 24.8.10

Quelle und Erklärungen: T 5.02

2/2

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

2009

0) Nur OKP Versicherer

Name des Versicherers eventuell gekürzt, Name gültig 2009.

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand (nur OKP Versicherer)

Durchschnittsbestand = Mittelwert aller Monate

2) Einnahmen Total (in Mio. Fr.)

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

3A + 3B) Prämien (in Mio. Fr., je versicherte Person in Fr.)

Prämienoll = Prämiensumme gemäss den genehmigten Prämientarifen.

4A + 4B + 4C) Risikoausgleich (in Mio. Fr., je 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 (netto) der Versicherer (in Mio. Fr. und je versicherte Person in Fr.)

Nettoleistungen = Bezahlte 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 je 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 (je 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 je 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., je 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	≤ 100	≤ 500	≤ 1'000	≤ 2'500	≤ 5'000	≤ 10'000	≤ 50'000	≤ 250'000	> 250'000
1996 -> 2003 **	182%	96%	73%	52%	42%	34%	24%	20%	15%

Versicherte	≤ 50'000	≤ 150'000	≤ 250'000	> 250'000
2004 -> 2006	20% *	20%	20%	15%
2007	20% *	18%	16%	13%
2008	20% *	16%	12%	11%
2009	20% *	15%	10%	10%

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

**) Dabei dürfen Versicherer mit einer entsprechenden Rückversicherung oder Defizitgarantie den Mindestsatz der Reserven unterschreiten.

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.

12A + 12B) Leistungen (brutto) der Versicherer (in Mio. Fr. und je versicherte Person in Fr.)

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

13A + 13B) Kostenbeteiligung der Versicherten (in Mio. Fr. und je versicherte Person in Fr.)

Kostenbeteiligung der Versicherten : Franchise / Selbstbehalt / Tagespauschale im Spital.

Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

14) Ausgaben Total (in Mio. Fr.)

Ausgaben = Total Versicherungs- und Betriebsaufwand.

15) Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %

Quelle: Formulare EF 1 2 3

0	BAG-Nr. nur wenn EF1.12A Total > 0	8B	= ([8A] / [1]) in %
1	EF1.12A Total nur wenn > 0	9A	EF1 Seite 5 Konten 290 + 290.9
2	EF2 Konten 6 + 7 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	9B	= ([9A] / [1]) in %
3A	EF2 Konto 61 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	9C	= ([9A] / [3]) in %
3B	= ([3A] / [1])	10	EF2 Seite 2.8 VVG Konto 63 Krankheit + Unfall
4A	EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	11A	Versicherte = [1] ; % gemäss Tabelle 9A
4B	(EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [1]	11B	wenn [9A] >= [11A] : [9A] - [11A]
4C	(EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [2]	11C	wenn [9A] < [11A] : [9A] - [11A]
5A	EF2 Konto 30-33 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	12A	= [5A] + [13A]
5B	= ([5A] / [1])	12B	= ([12A] / [1])
6A	(EF2 Konten 40-47 + 48 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) /	13A	= - (EF2 Konto 32 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [1]
6B	(EF2 Konten 40-47 + 48 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [1] in %	13B	= ([13A] / [1])
7	EF2 Konten Gesamtbetriebsergebnis (ohne Position)	14	(EF2 Konto 3/4 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7)
8A	Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7 / [1]	15	= ([5B] / [3B]) in %
	EF1 Seite 4 Konto 270		

Datenstand: 24.8.10

Aufsichtsdaten OKP gemäss Art. 31 KVV (Stand 1.1.08) / gemäss Art. 28b KVV (Stand 1.1.09)

T 5.03 KVG Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung

2009

BAG-Nr.	Name des KVG-Versicherers ¹	* : 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-Vers. AG		1'025.3	953.5	58.0	34.8	2'000.0	9'522.2
32	Aquilana Versicherungen		1'538.4	497.4	127.8	141.9	2'400.0	1'037.8
57	Moove Sympany AG		29'465.7	20'270.2	7'992.7	1'584.9	2'315.0	35'962.0
97	Krankenkasse Luchsingen-Hätzingen		50.5	26.7	15.0	12.4	35.0	49.6
134	Bezirkskrankenkasse Einsiedeln		107.4	142.5	18.8	-44.1	100.0	300.1
160	CM de la Fonction Publique		1'119.2	619.1	184.1	417.4	80.0	2'660.2
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG		4.4	0.0	7.6	-0.2	0.0	370.6
194	Sumiswalder		1'287.8	816.0	221.4	476.2	550.0	1'922.9
216	Caisse-maladie EOS		116.8	128.4	17.8	-17.7	10.0	238.3
246	Krankenkasse Steffisburg		32.4	23.0	32.0	-23.1	28.3	206.3
261	carena schweiz		221.8	115.9	148.3	-39.7	100.0	1'148.8
263	CMBB		7'284.1	4'905.1	1'691.7	2'570.9	1'000.0	20'601.1
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung AG		5'385.4	4'598.8	1'913.2	-397.0	739.1	3'897.6
294	Krankenkasse Malters		63.8	10.0	26.0	27.8	51.0	156.3
312	ATUPRI		523.6	347.9	21.9	199.0	115.0	3'111.4
343	Avenir Assurances		1'140.8	642.1	165.1	599.0	115.0	8'747.2
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland		1'120.2	858.7	42.0	212.5	523.6	2'330.0
376	Krankenkasse KPT AG		840.5	521.7	39.8	290.6	180.0	4'729.5
411	Xundheit		5'104.1	3'320.1	1'976.6	22.0	470.0	648.9
445	Caisse-maladie Hermes		1'695.5	1'120.2	393.1	315.5	150.0	1'479.1
455	ÖKK		2'837.8	1'799.4	254.2	1'327.7	630.8	13'660.8
484	Panorama Kranken- und Unfallversicherung		14.5	7.5	3.1	32.1	10.0	337.7
509	Vivao Sympany AG		-3.7		149.7	-158.5	127.1	4'414.0
556	KK St. Moritz		383.5	218.6	76.4	135.7	30.0	1'391.6
558	Krankenversicherung Flaachthal AG		10.2	4.0	0.7	9.1	24.6	148.0
749	La Caisse Vaudoise		5'109.9	3'159.2	961.4	1'191.6	500.0	5'183.6
762	KOLPING		264.3	107.2	85.2	84.6	200.0	1'447.8
774	KK Easy Sana		677.3	482.5	151.3	119.0	85.0	881.2
780	Krankenkasse Elm		146.0	118.5	36.9	-10.9	18.0	144.0
790	Innova Wallis AG		39.9	21.8	4.8	-1.2	2.0	24.1
820	CMP Lumnezia I		357.2	270.2	20.0	60.6	240.0	186.6
829	KLuG Krankenversicherung		671.5	278.0	275.7	125.5	390.0	2'171.5
881	EGK Grundversicherungen		395.2	276.1	318.2	-82.1	77.1	5'098.5
901	sanavals Gesundheitskasse		266.1	118.1	22.6	125.4	50.0	730.0
923	KRANKENKASSE SLKK		131.3	21.1	1.0	107.8	10.0	4'063.5
941	sodalis gesundheitsgruppe		3'686.3	2'667.1	629.7	390.0	4'611.2	3'970.7
966	vita surselva		1'000.7	651.5	428.0	139.1	160.0	889.9
994	Progrès Versicherungen AG		643.2	304.2	94.2	318.7	393.5	1'869.9
1040	KKV		145.5	98.5	7.4	34.8	0.0	627.0
1060	Wincare Versicherungen AG		5'182.5	2'740.3	316.2	1'428.2	1'358.9	12'183.0
1097	Avantis Assureur maladie		70.2	19.7	11.4	51.8	10.0	416.3
1147	Krankenkasse Turbenthal		11.6		1.0	16.6	31.0	162.6
1179	Caisse Maladie du Personnel Communal de la Ville de Neuchâtel	*	939.4	1'030.0	93.0	-32.9	60.0	1'572.2
1215	CM de Troistorrents		81.5	65.5	13.3	24.0	10.0	293.3
1318	KK Wädenswil		36.8	0.0	3.5	35.7	20.0	268.4
1322	Krankenkasse Birchmeier		87.5	39.9	13.1	34.1	34.6	307.4
1328	kmu-Krankenversicherung		67.6	22.7	3.7	45.3	255.5	373.3
1331	Krankenkasse Stoffel Mels KKS		1.5	0.0	5.9	11.8	4.0	676.2
1362	Krankenkasse Simplon		15.8	10.2	4.1	-3.5	1.5	12.6
1384	SWICA Krankenversicherung		5'038.6	3'616.9	1'602.5	-23.9	1'093.6	5'742.4
1386	GALENOS		999.2	505.6	150.6	371.5	100.0	655.7
1395	Vivao Sympany Schweiz AG		2.1	-23.2	0.1	25.2	16.9	106.5
1401	rhenusana		34.5	39.4	25.3	-30.2	110.0	170.3
1402	Taggeldkasse bildende Künstler/Innen	*		115.9	1.6	69.8	20.0	1'478.9
1423	Publisana		59.2	0.0	1.2	40.2	120.0	387.1
1442	Fondation Natura Assurances.ch		47.5	11.6	9.4	25.6	10.0	329.8
1479	Mutuel Assurances		12'863.9	8'916.4	3'017.6	3'085.2	1'300.0	32'974.1
1491	Gewerbliche Krankenkasse Bern	*	1'556.4	1'595.6	149.7	21.2	0.0	2'405.9
1507	AMB		301.3	149.8	80.8	243.4	60.0	2'076.6

T 5.05 OKP : Durchschnittlicher
Versichertenbestand nach Versicherer und
Kanton³

2009

BAG- Nr.	Name des OKP Versicherers ¹	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU	Ausland ²	
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
8	CSS Kranken-Vers. AG	3'015	4'226	2'951	87'172	9'431	96'611	20'650	22'623	44'445	53'649	16'867	31'380	10'886		
32	Aquilana Versicherungen	117	35	6	305	1'921	17'545	855	413	419	103	37	294	13		
57	Moove Sympamy AG	10	3		80	44	557	69	259	2'497	805	56	1'745	11		
62	SUPRA	54	45	6	188	153	215	135	9'924	16'774	1'475	1'328	3'603	125		
97	Krankenkasse Luchsingen-Hätzingen	1			26	4	7	11	1		1		2			
134	Bezirkskrankenkasse Einsiedeln				30											
160	CM de la Fonction Publique	1	11	1	800	27	1'329	40	19	846	135	7'444	1'140	288		
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	887	130	21	5'913	210	2'668	3'900	89	423	73	77	852	21		
194	Sumiswald	46	18	5	75	53	503	97								
216	Caisse-maladie EOS				2		1		2	673	1'099	9	17			
246	Krankenkasse Steffisburg						684									
261	carena schweiz	4'980	412	52	2'782	191	779	9'980								
263	CMBB	74	14	3	114	38	281	151	427	47'135	2'305	231	1'381	223		
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung	4'356	1'703	1'281	34'731	6'590	87'887	14'222	14'755	7'386	9'267	3'580	8'884	5'088	670	
294	Krankenkasse Malters	1	1		1	1	12			2	1	13				
312	ATUPRI	2'365	944	82	10'005	1'521	19'170	6'903	10'672	8'894	5'382	1'689	1'987	773	247	
343	Avenir Assurances	795	173	34	3'639	372	12'902	295	1'275	2'632	748	303	17'423	143		
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland						1'369			2						
376	Krankenkasse KPT AG	1'212	1'325	292	17'289	8'187	9'215	3'725	29'344	24'988	10'163	1'157	13'557	901	53	
411	Xundheit	172	243	156	1'293	420	4'520	479	133	80	193	114	65	51	3	
445	Caisse-maladie Hermes	278	62	6	669	2'409	19'271	413	2'143	1'961	1'008	4'656	1'675	357		
455	ÖKK	4'150	490	100	9'848	83'247	773	8'045	8'536	35	88	16	38	3		
484	Panorama Kranken- und Unfallversicherung	68	1'043	126	533	172	630	355	4'584	76	2'262	43	13	9		
509	Vivao Sympamy AG	1'354	296	80	2'066	297	9'388	3'049	184	163	102	14	85	105	13	
556	KK St. Moritz	1	2	1	20	2'572	19	19	48	9			3			
558	Krankenversicherung Flaachtal AG															
749	La Caisse Valdoise	155	38	3	392	59	486	10'194	6'795	13'997	1'678	2'276	6'083	2'004		
762	KOLPING	198	277	191	2'132	387	14'855	1'046	911	1'397	419	606	1'053	273		
774	KK Easy Sana	5	2	2	6	22	15	7	26	862	19'168	32	69	11		
780	Krankenkasse Elm				125	35										
790	Innova Wallis AG		1		93	39	356	2			1'785					
820	CMP Lumnezia I					2'596										
829	KLuG Krankenversicherung	10	5		103	22	645	49	100	30	28	4	31	4		
851	EK Grundversicherungen	2'233	2'221	161	8'945	3'634	14'998	3'970	6'348	6'246	1'589	466	1'943	3'082	0	
901	sanaValis Gesundheitskasse					2'384										
923	KRANKENKASSE SLKK	126	192	10	778	216	773	1'521								
941	sodalis gesundheitsgruppe				0	2				0	36'836			2		
966	vita surselva	3	9	2	81	6'023	16	21	1	1	1			1		
994	Progrès Versicherungen AG	5'313	582	242	12'364	8'518	29'068	6'833	6'022	8'150	7'572	6'454	5'306	304		
1003	Krankenkasse Zeneggen											175				
1040	KKV										3'389					
1058	KK Gondo-Zwischbergen										79					
1060	Winicare Versicherungen AG	6'641	2'168	1'114	9'363	2'597	25'255	9'627	13'983	1'189	1'287	2'883	746	321	85	
1097	Avantis Assureur maladie	6	12	2	1'086	8	4'723	40	10	125	1'492	16	45	9		
1113	CM de la Vallée d'Entremont										5'007					
1142	KK INSTITUT INGENBOHL		1	10	50	6	15	1	60	3	36			6		
1147	Krankenkasse Turbenthal															
1159	Auxilia Kranken-Vers. AG				3	4	37	1	7	9'238	5'111	141	7'474	34		
1215	CM de Troistorrens				1		3		3	5'235	4'916	18	33	3		
1318	KK Wädenswil						62									
1322	Krankenkasse Birchmeier		0		1	0	5'390	0	0							
1328	kmu-Krankenversicherung	48	10	1	109	17	93	441								
1331	Krankenkasse Stoffel Mels KKS				1'248	10										
1362	Krankenkasse Simplon										663					
1384	SWICA Krankenversicherung	6'492	16'912	4'761	124'667	12'741	27'682	48'091	18'497	12'683	2'803	2'644	13'998	492	26	
1386	GALENOS	143	34	4	643	171	1'043	201	217	891	178	149	108	80		
1395	Vivao Sympamy Schweiz AG	6	1	1	21	32	24	9	56	740	477	266	693	171	2'073	
1401	rhenusana	17	205	77	6'364	64	211	192	18	28	8	3	5	0		
1423	Publiana						2'995									
1442	Fondation Natura Assurances.ch				0		36		1	1'477	9	18	3	19		
1479	Mutuel Assurances	54	55	7	2'026	200	14'061	3'072	11'935	69'508	33'830	11'122	79'985	2'808		
1507	AMB				1	1		1	1	82	8'401	8	5			
1509	Sanitas Grundversicherungen AG	2'871	2'928	355	13'208	4'527	31'033	13'806	13'613	14'809	2'595	19'561	14'605	1'905	403	
1520	Hotela caisse maladie	17	13		45	444	84	22	439	1'515	1'365	45	40	9		
1529	Intras Assurance Maladie SA	4'280	1'593	232	9'948	2'306	16'784	7'205	16'032	49'100	5'349	8'334	63'702	558		
1535	Philos Caisse-maladie et accident	6	10	2	61	18	162	38	414	7'2015	914	290	5'361	150		
1542	ASSURA	3'861	225	88	3'507	1'845	7'153	4'776	20'656	127'805	10'936	45'086	59'950	11'761		
1551	Caisse-maladie Universa	110	44	1	537	323	1'879	716	8'255	6'379	598	3'718	2'499	11'750		
1552	aerosana Versicherungen AG	91	19	7	171	72	26'162	9'259	42	26'821	131	130	130	10		
1555	Visana	3'922	27	1	8'103	64	26'202	107	13'543	36'212	4'527	66	79	17	18	
1560	Agrisano	1'123	2'880	1'309	10'769	273	8'342	7'371	749	50	119	4'878	9	1'296		
1562	Helsana Versicherungen AG	4'567	5'178	1'300	27'648	11'446	62'795	20'558	47'734	35'756	14'825	4'302	62'862	1'286		
1563	Innova Krankenversicherung AG	463	174	50	1'704	361	807	10'406	57	56	118	23	21	14		
1565	avanex Versicherungen AG	238	185	162	25'237	7'596	30'92	880	19'932	2'139	1'838	12'763	2'338	254		
1566	sansan Versicherungen AG	7'764	5'379	207	9'797	1'922	6'517	5'145	5'086	3'677	16'230	4'023	600	2'283		
1568	sana24	246	325	96	13'449	411	6'586	1'856	110	446	28	54	24	2	0	
1569	Acosana AG	91	853	55	2'785	6'528	451	2'780	10'724	2'655	24'061	2'811	2'311	9'927		
1570	vivacare	97			13	0	90	1	274	12'028	1'195	1'260	2'070	443		
1571	SanaTop Versicherungen AG	242	11	8	202	465	4'174	534	1	684	44	11	28	4		
1574	maxi.ch Versicherungen AG							0		3						
1575	Compact Grundversicherungen AG					4		8		271	52	15	12	4		
Total :		81	75'377	53'745	15'663	475'364	196'249	600'574	243'993	328'080	683'742	310'759	172'107	413'965	70'291	3'593

Datenstand: 24.8.10

1) Name des Versicherers eventuell gekürzt. Name gültig 2009.

2) Personen mit Wohnort im Ausland gemäss Artikel 4 KVV (Entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen) und 5 KVV (Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland) mit Ausnahme derjenigen Personen, die in einem EU oder EFTA Staat wohnen und gestützt auf das Freizügigkeitsabkommen oder das EFTA-Abkommen der schweizerischen Versicherung unterstellt sind (Art. 1 Abs. 2 Bst. d und e KVV).

3) Bei den durchschnittlichen Versichertenbeständen der OKP (pro Kanton und Versicherer), die auf der OKP-Prämienseite des BAG publiziert werden, wird den Fusionen von Versicherern bis zum Moment der Gültigkeit der publizierten Prämien Rechnung getragen, aus diesem Grund kann es Unterschiede zwischen den Tabellen geben.

Quelle : EF3 [3.12]

6: Freiwillige Taggeldversicherung KVG

6.01 Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 1999	131
6.02 Ertrag, Aufwand und Ergebnis ab 1999	132
6.03 Versicherer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel- u. Kollektivverträgen	133
6.04 Betriebsrechnung der Einzel- und Kollektivversicherung insgesamt	134
6.05 Betriebsrechnung der Einzelversicherung	135
6.06 Betriebsrechnung der Kollektivversicherung	136

T 6.01 Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 1999

Jahr	Prämiensoll in Mio. Fr.	Prämiensoll pro Versicherte(n) in Fr. ¹	Leistungen in Mio. Fr.	Leistungen pro Versicherte(n) in Fr. ¹	Versi- cherten- bestand ¹	Versi- cherer- bestand
1999	464.5	209	412.1	193	727'206	109
2000	439.2	209	381.6	200	639'885	102
2001	400.7	222	352.0	197	561'848	102
2002	371.7	219	329.1	193	495'344	93
2003	357.1	231	309.9	197	439'082	92
2004	356.6	238	277.9	191	384'858	93
2005	342.3	203	251.1	158	409'989	82
2006	318.1	203	220.6	149	376'229	81
2007	302.3	192	207.7	139	342'047	81
2008	281.0	186	198.3	127	314'150	82
2009	267.7	176	197.2	135	285'967	74

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 6.03

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

T 6.02 Ertrag, Aufwand und Ergebnis in Franken ab 1999

Jahr	Total des Gesamtertrags	Veränd. gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränd. gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2005	347'836'053	-4.2%	299'546'559	-5.0%	48'289'494	0.4%
2006	318'876'961	-8.3%	268'580'126	-10.3%	50'296'835	4.2%
2007	303'789'910	-4.7%	263'420'171	-1.9%	40'369'739	-19.7%
2008	271'278'805	-10.7%	245'016'340	-7.0%	26'262'466	-34.9%
2009	277'148'197	2.2%	250'833'616	2.4%	26'314'581	0.2%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 6.04

T 6.03 Versicherer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel- und Kollektivverträgen ¹

2009

Anzahl / Betrag	Einzel- versiche- rung	Kollektiv- versiche- rung ³	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Anzahl Versicherer	72	49	74	-10.8%
Versichertenbestand ²				
Männlich	123'910	-	-	-9.1%
Weiblich	162'057	-	-	-8.9%
Total	285'967	-	-	-9.0%
Prämiensoll in Franken				
Männlich	31'188'882	156'378'316	187'567'197	-3.3%
Weiblich	19'247'539	60'908'533	80'156'072	-7.9%
Total	50'436'421	217'286'849	267'723'270	-4.7%
Prämiensoll in Franken pro Versicherte(n)				
Männlich	252	-	-	-5.8%
Weiblich	119	-	-	-4.0%
Total	176	-	-	-5.1%
Leistungen in Franken				
Männlich	22'906'261	112'460'298	135'366'559	-1.5%
Weiblich	15'757'684	46'072'851	61'830'535	1.6%
Total	38'663'945	158'533'149	197'197'094	-0.6%
davon Mutterschaft	274'924	4'233'594	4'508'518	-10.9%
Leistungen in Franken pro Versicherte(n)				
Männlich	185	-	-	7.9%
Weiblich	97	-	-	5.0%
Total	135	-	-	6.7%

Datenstand: 24.8.10

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.

3) In der Kollektivversicherung gibt es auch Lohnsummenverträge, bei denen die Zahl der Versicherten nicht bekannt ist.

T 6.04 Betriebsrechnung der Einzel- und Kollektivversicherung insgesamt

2009

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60	Prämien	256'613'437	11'109'832	267'723'269
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-1'558'899	-19'957	-1'578'856
65	Andere Beitragsanteile	839'879	10'101	849'980
60-65	Brutto-Prämien	255'894'417	11'099'976	266'994'393
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-1'157'962	-70'173	-1'228'135
60-66	Eigene Versicherungsprämien	254'736'455	11'029'803	265'766'258
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	122'416	30'582	152'998
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-25	-10	-35
69	Sonstige Betriebserträge	2'287'362	39'884	2'327'246
6	Total Versicherungsertrag	257'146'209	11'100'259	268'246'467
30	Leistungen	188'467'796	8'729'295	197'197'091
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33	Bezahlte Leistungen	188'467'796	8'729'295	197'197'091
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	741'550	20'901	762'450
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	3'113'178	-14'282	3'098'896
30-35	Brutto-Leistungen	192'322'524	8'735'914	201'058'437
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-897'128	-18'926	-916'054
37	Risikoausgleich			
3	Total Versicherungsaufwand	191'425'395	8'716'988	200'142'383
40-47	Verwaltungsaufwand	46'820'708	2'154'266	48'974'974
48	Abschreibungen	893'484	64'798	958'282
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	730'019	27'957	757'976
4	Total Betriebsaufwand	48'444'212	2'247'020	50'691'232
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	239'869'607	10'964'009	250'833'616
	Versicherungsbetriebsergebnis	17'276'602	136'250	17'412'852
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	8'490'573	411'156	8'901'729
	Gesamtbetriebsergebnis	25'767'175	547'406	26'314'581

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF2 [2.0 & 2.1]

T 6.05 Betriebsrechnung der Einzelversicherung ¹

2009

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60 Prämien	44'565'753	5'870'668	50'436'420
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-83'366	10'631	-72'735
65 Andere Beitragsanteile	104'987	5'477	110'464
60-65 Brutto-Prämien	44'587'374	5'886'775	50'474'149
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-496'809	-60'034	-556'843
60-66 Eigene Versicherungsprämien	44'090'565	5'826'741	49'917'306
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	122'416	30'582	152'998
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-25	-10	-35
69 Sonstige Betriebserträge	325'073	19'969	345'042
6 Total Versicherungsertrag	44'538'029	5'877'283	50'415'312
30 Leistungen	35'465'957	3'197'986	38'663'943
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33 Bezahlte Leistungen	35'465'957	3'197'986	38'663'943
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	124'493	10'248	134'740
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	573'310	-17'769	555'541
30-35 Brutto-Leistungen	36'163'759	3'190'465	39'354'224
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-339'519	-17'303	-356'822
37 Risikoausgleich			
3 Total Versicherungsaufwand	35'824'241	3'173'162	38'997'402
40-47 Verwaltungsaufwand	8'581'665	1'160'187	9'741'852
48 Abschreibungen	196'372	37'469	233'841
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	53'574	15'902	69'476
4 Total Betriebsaufwand	8'831'611	1'213'558	10'045'169
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	44'655'851	4'386'720	49'042'571
Versicherungsbetriebsergebnis	-117'822	1'490'563	1'372'741
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	1'665'704	224'803	1'890'507
Gesamtbetriebsergebnis	1'547'882	1'715'366	3'263'248

Datenstand: 24.8.10

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 ¹

2009

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60	Prämien	212'047'684	5'239'164	217'286'848
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-1'475'533	-30'588	-1'506'121
65	Andere Beitragsanteile	734'892	4'624	739'516
60-65	Brutto-Prämien	211'307'043	5'213'200	216'520'243
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-661'153	-10'139	-671'292
60-66	Eigene Versicherungsprämien	210'645'890	5'203'061	215'848'951
67	Prämienerbilligung / sonstige Beiträge	0	0	0
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	1'962'289	19'915	1'982'204
6	Total Versicherungsertrag	212'608'179	5'222'976	217'831'155
30	Leistungen	153'001'839	5'531'309	158'533'147
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33	Bezahlte Leistungen	153'001'839	5'531'309	158'533'147
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	617'057	10'653	627'710
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	2'539'868	3'487	2'543'356
30-35	Brutto-Leistungen	156'158'764	5'545'449	161'704'213
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-557'610	-1'622	-559'232
37	Risikoausgleich			
3	Total Versicherungsaufwand	155'601'155	5'543'827	161'144'981
40-47	Verwaltungsaufwand	38'239'043	994'079	39'233'122
48	Abschreibungen	697'113	27'328	724'441
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	676'445	12'056	688'501
4	Total Betriebsaufwand	39'612'601	1'033'462	40'646'063
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	195'213'756	6'577'289	201'791'045
	Versicherungsbetriebsergebnis	17'394'424	-1'354'313	16'040'111
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	6'824'869	186'353	7'011'223
	Gesamtbetriebsergebnis	24'219'293	-1'167'959	23'051'333

Datenstand: 24.8.10

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).

7: Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

7.01 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der anderen Versicherungen insgesamt ab 1999	138
7.02 Indikatoren der Betriebsrechnung der anderen Versicherungen	139
7.03 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG	140
7.04 Betriebsrechnung der Krankenpflegeversicherung Liechtenstein	141
7.05 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland	142

T 7.01 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der anderen Versicherungen insgesamt ¹ in Franken ab 1999

Jahr ^{2, 3}	Total des Gesamtertrags	Veränd. gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränd. gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2005	2'014'328'063	5.3%	1'987'939'073	6.0%	26'388'990	-31.4%
2006	2'046'344'833	1.6%	2'023'719'014	1.8%	22'625'819	-14.3%
2007	1'992'425'090	-2.6%	1'981'658'420	-2.1%	10'766'669	-52.4%
2008	2'066'551'568	3.7%	2'052'929'240	3.6%	13'622'327	26.5%
2009	2'135'418'665	3.3%	2'108'516'747	2.7%	26'901'918	97.5%

Datenstand: 24.8.10

- 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

2009

Kontengruppen	Zusatzversicherungen VVG	Kranken- pflegever- sicherung Liechten- stein	Zusatzver- sicherungen Versicherte wohnhafte im Ausland	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Versicherungsertrag	1'982'207'557	108'979'138	3'305'799	2'094'492'493	-0.7%
davon Brutto-Prämien	1'995'508'294	63'825'086	3'305'436	2'062'638'816	-0.7%
Neutraler Aufwand/Ertrag	38'882'571	2'033'881	9'720	40'926'172	195.6%
Total des Gesamtertrags	2'021'090'127	111'013'019	3'315'519	2'135'418'665	3.3%
Versicherungsaufwand	1'639'564'795	96'924'020	9'609'021	1'746'097'835	1.2%
davon Brutto-Leistungen	1'647'792'525	96'924'020	9'609'021	1'754'325'566	1.2%
Betriebsaufwand	355'509'770	6'431'944	477'198	362'418'912	10.9%
Total Vers.- und Betriebsaufwand	1'995'074'565	103'355'964	10'086'218	2'108'516'747	2.7%
Gesamtbetriebsergebnis	26'015'562	7'657'055	-6'770'700	26'901'918	97.5%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 7.03, 7.04, 7.05

T 7.03 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG ¹

2009

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	1'953'420'206	75'979'658	2'029'399'864
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-34'226'783	-981'963	-35'208'746
65	Andere Beitragsanteile	1'294'880	22'297	1'317'177
60-65	Brutto-Prämien	1'920'488'303	75'019'992	1'995'508'294
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-14'984'232	-1'338'970	-16'323'202
60-66	Eigene Versicherungsprämien	1'905'504'071	73'681'022	1'979'185'093
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	0	0	0
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-3'331'140	-1'928	-3'333'069
69	Sonstige Betriebserträge	6'271'664	83'869	6'355'533
6	Total Versicherungsertrag	1'908'444'594	73'762'962	1'982'207'557
33	Leistungen	1'640'126'123	49'328'744	1'689'454'867
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-42'617'502	-905'630	-43'523'132
30-33	Bezahlte Leistungen	1'597'508'621	48'423'114	1'645'931'735
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	14'821'499	321'684	15'143'183
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-14'182'158	899'765	-13'282'393
30-35	Brutto-Leistungen	1'598'147'962	49'644'563	1'647'792'525
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-7'791'412	-436'318	-8'227'730
37	Risikoausgleich	0	0	0
3	Total Versicherungsaufwand	1'590'356'550	49'208'245	1'639'564'795
40-47	Verwaltungsaufwand	336'154'349	14'456'011	350'610'360
48	Abschreibungen	4'094'125	260'894	4'355'019
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	506'927	37'464	544'391
4	Total Betriebsaufwand	340'755'401	14'754'369	355'509'770
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	1'931'111'952	63'962'614	1'995'074'565
	Versicherungsbetriebsergebnis	-22'667'357	9'800'349	-12'867'009
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	36'425'998	2'456'572	38'882'571
	Gesamtbetriebsergebnis	13'758'641	12'256'921	26'015'562

davon Taggeldversicherung VVG

	Brutto-Prämien (60-65)	-	-	613'902'369
	Bezahlte Leistungen (30-33)	-	-	416'677'446

Datenstand: 24.8.10

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

2009

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	62'501'670	1'405'239	63'906'909
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-79'525	-2'298	-81'823
65	Andere Beitragsanteile	0	0	0
60-65	Brutto-Prämien	62'422'145	1'402'941	63'825'086
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
60-66	Eigene Versicherungsprämien	62'422'145	1'402'941	63'825'086
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	43'941'296	1'207'188	45'148'484
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	5'451	116	5'568
6	Total Versicherungsertrag	106'368'892	2'610'245	108'979'138
33	Leistungen	101'984'300	2'716'495	104'700'795
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-7'106'470	-102'332	-7'208'802
30-33	Bezahlte Leistungen	94'877'830	2'614'163	97'491'993
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	1'358'256	43'122	1'401'378
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-1'918'339	-51'013	-1'969'352
30-35	Brutto-Leistungen	94'317'748	2'606'272	96'924'020
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37	Risikoausgleich	0	0	0
3	Total Versicherungsaufwand	94'317'748	2'606'272	96'924'020
40-47	Verwaltungsaufwand	6'153'661	136'721	6'290'382
48	Abschreibungen	118'983	2'557	121'540
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	19'606	416	20'022
4	Total Betriebsaufwand	6'292'250	139'694	6'431'944
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	100'609'998	2'745'966	103'355'964
	Versicherungsbetriebsergebnis	5'758'894	-135'720	5'623'174
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	1'987'705	46'176	2'033'881
	Gesamtbetriebsergebnis	7'746'600	-89'545	7'657'055

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF2 [2.9]

T 7.05 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland ¹

2009

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	3'262'187	145'540	3'407'727
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-97'927	-4'364	-102'291
65	Andere Beitragsanteile	0	0	0
60-65	Brutto-Prämien	3'164'260	141'176	3'305'436
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
60-66	Eigene Versicherungsprämien	3'164'260	141'176	3'305'436
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	0	0	0
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	347	16	363
6	Total Versicherungsertrag	3'164'607	141'192	3'305'799
33	Leistungen	10'098'245	95'819	10'194'063
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-102'586	-3'881	-106'466
30-33	Bezahlte Leistungen	9'995'659	91'938	10'087'597
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	138'341	1'324	139'665
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-612'391	-5'850	-618'241
30-35	Brutto-Leistungen	9'521'608	87'412	9'609'021
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37	Risikoausgleich	0	0	0
3	Total Versicherungsaufwand	9'521'608	87'412	9'609'021
40-47	Verwaltungsaufwand	453'354	20'199	473'553
48	Abschreibungen	3'393	148	3'541
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	99	4	103
4	Total Betriebsaufwand	456'847	20'351	477'198
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	9'978'455	107'763	10'086'218
	Versicherungsbetriebsergebnis	-6'813'848	33'428	-6'780'419
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	9'362	358	9'720
	Gesamtbetriebsergebnis	-6'804'486	33'786	-6'770'700

Datenstand: 24.8.10

1) Ohne T 7.04

Quelle: Formular EF2 [2.10]

8: Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

8.01 Anzahl Versicherer ab 1999	144
8.02 Anzahl Versicherer OKP nach Versichertenbestand ab 1999	145
8.03 Stellen, Personal und Löhne in der OKP ab 1999	146
8.04 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der Versicherer ab 1999	147
8.05 Gesamtbetriebsrechnung: Ertrag der Versicherer	148
8.06 Gesamtbetriebsrechnung: Aufwand der Versicherer	149
8.07 Aktiven und Passiven der Versicherer ab 1999	150
8.08 Eigenkapital, Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude der Versicherer ab 1999	151
8.09 Bilanz: Aktiven der Versicherer per 31.12.	152
8.10 Bilanz: Passiven der Versicherer per 31.12.	153
8.11 Aufstellung über Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude per 31.12.	154
8.12 Ergebnisverteilung per 31.12.	155

T 8.01 Anzahl KVG Versicherer ab 1999

Jahr	A			B		C	D
	Anzahl Versicherer KVG	Zuwachs	Abgang	Anzahl KVG-Versicherer ^{1 2}		Freiwillige Taggeldversicherung	OKP <i>und</i> Taggeldversicherung
1999	119	2	10	109	109	109	99
2000	110	0	9	101	101	102	93
2001	108	0	2	99	99	102	92
2002	101	1	8	93	93	93	85
2003	99	2	3	93	93	92	86
2004	98	0	2	92	92	93	87
2005	90	2	9	85	85	82	76
2006	92	2	0	87	87	82	77
2007	92	0	0	87	87	82	77
2008	91	0	1	86	86	83	78
2009	86	2	7	81	81	74	69

Datenstand: 24.8.10

1) A - C : Versicherer, die keine Versicherte in der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG haben.

2) A - B : Versicherer, die keine obligatorische Krankenpflegeversicherung anbieten (reine Taggeldversicherer).

Quelle: T 5.01; T 5.03; T 5.04

T 8.02 Anzahl Versicherer OKP nach Versichertenbestand ab 1999

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
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%
2005	27	13	20	8	13	4	85	-7.6%
2006	28	14	20	7	14	4	87	2.4%
2007	27	13	21	8	14	4	87	0.0%
2008	26	13	19	9	15	4	86	-1.1%
2009	22	10	20	8	17	4	81	-5.8%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 5.01

T 8.03 Stellen, Personal und Löhne in der OKP ab 1999

Jahr ¹	Verwaltung / Hauptsitz				Sektionen / Agenturen				Total		Mittleres Bruttogehalt in Fr. ⁴	
	Stellen	Personen	Stellen	Personen	Stellen	Personen	Stellen	Personen	Stellen	Personen	pro Stelle (total)	pro Stelle (Kader ²)
1999	5'286	5'825	4'444	6'096	9'729	-	11'920	-	-	-	-	-
2000	4'367	4'846	5'837	7'246	10'204	-	12'092	-	-	-	-	-
2001	4'317	4'736	3'995	4'942	8'312	-	9'678	-	-	-	-	-
2002	4'346	4'839	3'951	4'838	8'297	-	9'677	-	-	-	-	-
2003	5'023	5'690	2'968	3'779	7'991	-	9'469	-	-	-	-	-
2004	5'428	6'333	2'801	3'511	8'229	-	9'844	-	-	-	-	-
2005	5'554	6'193	3'178	3'889	8'732	-	10'082	-	-	-	-	-
2006	5'770	6'389	3'049	3'717	8'819	-	10'106	-	-	-	-	-
2007	7'087	7'977	3'002	3'628	10'089	702	11'605	689	-	87'877	172'150	-
2008	7'012	8'068	2'796	3'914	9'808	543	11'982	630	-	87'495	150'904	-
2009	7'104	8'234	2'676	3'912	9'780	334	12'146	436	-	86'570	161'757	-

Datenstand: 24.8.10

- 1) Ab 2001, nur obligatorische Grundversicherung OKP.
- 2) Mitglieder der Direktion und der Räte (Verwaltungsrat, Stiftungsrat...)
- 3) Angaben unvollständig.
- 4) Schätzungen aufgrund der Versicherer, die vollständige Angaben geliefert haben (2007-08-09: ~ 50 Versicherer)

Quelle: Formular EF3 [3.10.3]

T 8.04 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der Versicherer in Mio. Franken ab 1999

Jahr ¹	Total des Gesamtertrags	Veränd. gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränd. gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis ²	Veränd. gegenüber Vorjahr
1999	18'130	-2.3%	18'003	-2.2%	127	-17.1%
2000	17'665	-2.6%	17'832	-0.9%	-167	-231.3%
2001	16'855	-4.6%	17'581	-1.4%	-725	-333.2%
2002	17'923	6.3%	18'156	3.3%	-233	67.8%
2003	19'735	10.1%	19'235	5.9%	500	314.3%
2004	20'469	3.7%	19'861	3.3%	608	21.7%
2005	21'135	3.3%	20'886	5.2%	249	-59.1%
2006	21'891	3.6%	21'334	2.1%	557	123.7%
2007	22'328	2.0%	22'091	3.5%	236	-57.6%
2008	22'244	-0.4%	22'986	4.1%	-743	-414.5%
2009	23'404	5.2%	23'828	3.7%	-423	43.0%

Datenstand: 24.8.10

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

2009

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
60 Freiwillige Taggeldversicherung KVG	267'723'269	1.1%
600 – Taggeld	278'405'854	1.2%
601 – Überschussbeteiligung auf Kollektivversicherung Taggeld	-10'682'586	0.0%
61 Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG ¹	20'239'085'216	86.5%
63 Zusatzversicherungen VVG, inkl. Taggeld VVG ²	2'096'714'500	9.0%
60 – 63 Prämiensoll	22'603'522'985	96.6%
64 Erlösminderungen auf Prämien	-112'644'606	-0.5%
65 Andere Prämienanteile	10'263'605	0.0%
60 – 65 Brutto-Prämien	22'501'141'984	96.1%
66 Prämienanteile der Rückversicherer	-25'298'407	-0.1%
60 – 66 Eigene Versicherungsprämien	22'475'843'577	96.0%
67 Prämienverbilligung und sonstige Beiträge / Subventionen	1'815'834'419	7.8%
670 – Beiträge zur Prämienverbilligung (Art. 65 KVG)	1'746'806'429	7.5%
672 – Beiträge anderer Institutionen z.G. der Versicherten	53'152'887	0.2%
673 – Beiträge z.G. des Versicherten	15'009'549	0.1%
675 – Beiträge an Insolvenzfonds	865'553	0.0%
68 Prämienermässigung an Versicherte	-1'763'326'748	-7.5%
67 – 68 Eigene Subventionen und Beiträge	52'507'671	0.2%
69 Sonstige Betriebserträge	155'464'220	0.7%
6 Total Versicherungsertrag	22'683'815'467	96.9%
70 Liegenschaftsrechnung	69'195'419	0.3%
701 – Liegenschaftsergebnis	69'195'419	0.3%
72 Neutraler Aufwand und Ertrag	659'364'616	2.8%
720 – Kapitalertrag	631'357'720	2.7%
721 – Kapitalaufwand	-311'046'137	-1.3%
722 – Wertberichtigung auf Wertschriften	203'571'141	0.9%
723 – Nicht rückzuerstattende Abgabeerträge VOC und HEL	655'762	0.0%
724 – Übriger neutraler Aufwand und Ertrag	134'826'130	0.6%
76 Einkommens-, Vermögens-, Ertrags- und Kapitalsteuer VVG	-8'290'361	0.0%
7 Total neutraler Aufwand/Ertrag	720'269'675	3.1%
6 / 7 Total des Gesamtertrages	23'404'085'142	100.0%
800 – 801 Rückschlag Gesamtbetriebsrechnung	477'222'642	–
Gesamt-Total	23'881'307'784	–

Datenstand: 24.8.10

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 [8,9]

T 8.06 Gesamtbetriebsrechnung: Aufwand der Versicherer

2009

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %	
30	Freiwillige Taggeldversicherung KVG	197'197'091	0.8%
31	Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG ¹	23'731'184'722	99.6%
32	Kostenbeteiligung der Versicherten	-3'438'089'704	-14.4%
33	Zusatzversicherungen VVG, inkl. Taggeld VVG ²	1'804'349'726	7.6%
30 – 33	Bezahlte Leistungen	22'294'641'835	93.6%
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	100'976'862	0.4%
35	Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle / versicherungstechnische Rückstellungen	-112'256'008	-0.5%
30 – 35	Brutto-Leistungen	22'283'362'689	93.5%
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	-15'479'423	-0.1%
37	Risikoausgleich	-12'362'189	-0.1%
3	Total Versicherungsaufwand	22'255'521'077	93.4%
400	– Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	1'227'678'042	5.2%
410	– Verwaltungsräumlichkeiten und Betriebseinrichtungen	124'659'085	0.5%
420	– EDV-Kosten	189'320'394	0.8%
430	– Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	43'146'016	0.2%
450	– Marketing und Werbung inkl. Provisionen KVG	85'896'499	0.4%
453	– Marketing und Werbung inkl. Provisionen VVG	51'044'300	0.2%
460	– Übriger Verwaltungsaufwand	414'421'589	1.7%
470	– Erhaltene Verwaltungsentschädigung	-660'724'229	-2.8%
40 – 47	Total Verwaltungsaufwand	1'475'441'696	6.2%
48	Abschreibungen	79'103'084	0.3%
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	17'460'735	0.1%
4	Total Betriebsaufwand	1'572'005'514	6.6%
3 / 4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	23'827'526'591	100.0%
800 – 801	Vorschlag Gesamtbetriebsrechnung	53'781'192	–
	Gesamt-Total	23'881'307'784	–

Datenstand: 24.8.10

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 Mio. Franken ab 1999

Jahr ¹	Aktiven Umlauf- vermögen	Anlage- vermögen	Passiven Fremd- kapital	Fonds und Reserven	Bilanz- summe	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1999	4'039.1	10'698.6	9'829.3	4'908.4	14'737.7	-0.2%
2000	4'332.0	10'499.4	10'459.1	4'372.4	14'831.4	0.6%
2001	4'480.2	9'101.4	10'583.5	2'998.1	13'581.6	-8.4%
2002	5'055.0	8'256.3	10'485.6	2'730.3	13'311.3	-2.0%
2003	6'067.2	8'398.5	11'252.0	3'213.7	14'465.7	8.7%
2004	6'542.9	8'401.5	11'192.0	3'752.4	14'944.4	3.3%
2005	6'906.5	9'245.4	12'133.8	4'018.2	16'152.0	8.1%
2006	7'617.7	10'441.2	13'475.8	4'583.1	18'058.9	11.8%
2007	7'365.9	11'399.1	13'954.6	4'810.3	18'764.9	3.9%
2008	7'264.3	10'486.3	13'652.8	4'097.8	17'750.7	-5.4%
2009	6'894.5	10'208.6	13'357.6	3'745.6	17'103.1	-3.6%

Datenstand: 24.8.10

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-Krankenversicherungsstatistik entziehen.

Quelle: T 8.09; T 8.10

T 8.08 Eigenkapital, Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude der Versicherer ab 1999

Jahr	Eigenkapital in Mio. Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Eigenkapital- quote ¹	Kapital- anlagen in Mio. Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Grundstücke und Gebäude in Mio. Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1999	4'531.0	10.0%	24.8%	9'587.4	4.1%	929.9	2.2%
2000	4'046.3	-10.7%	22.9%	9'383.1	-2.1%	935.2	0.6%
2001	2'721.5	-32.7%	16.3%	7'961.5	-15.2%	954.9	2.1%
2002	2'517.3	-7.5%	14.0%	7'106.5	-10.7%	984.7	3.1%
2003	3'007.5	19.5%	15.4%	7'378.0	3.8%	885.9	-10.0%
2004	3'581.8	19.1%	17.6%	7'386.4	0.1%	876.3	-1.1%
2005	3'869.5	8.0%	18.5%	8'227.3	11.4%	865.0	-1.3%
2006	4'510.5	16.6%	20.8%	9'466.7	15.1%	858.3	-0.8%
2007	4'787.9	6.1%	21.6%	10'372.8	9.6%	895.3	4.3%
2008	4'080.9	-14.8%	18.4%	9'350.4	-9.9%	999.7	11.7%
2009	3'731.0	-8.6%	16.5%	9'018.8	-3.5%	1'016.5	1.7%

Datenstand: 24.8.10

1) Eigenkapital in % des Prämiensolls.

Quelle: T 8.10 [29] ; T 8.05 [60-63] ; T 8.11 [17, 18]

T 8.09 Bilanz: Aktiven der Versicherer per 31.12.

2009

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
Umlaufvermögen	6'894'485'935	40.3%
10 Flüssige Mittel	2'462'445'252	14.4%
11 Forderungen bei Versicherten	2'854'539'563	16.7%
– Forderungen bei Versicherten brutto	3'078'251'928	18.0%
– Wertberichtigung / Delkredere	-223'712'365	-1.3%
12 Forderungen bei Partnern	848'763'998	5.0%
– Forderungen bei Partnern brutto	872'206'048	5.1%
– Wertberichtigung / Delkredere	-23'442'050	-0.1%
13 Forderungen bei Rückversicherern	6'009'070	0.0%
14 Forderungen von Subventionen, Prämienverbilligung, Risikoausgleich und anderen Beiträgen	367'175'834	2.1%
15 Vorausbezahlte Versicherungsleistungen, Regress und Rückerstattungsansprüche	39'462'953	0.2%
16 Übrige Forderungen und aktive Rechnungsabgrenzung	316'089'266	1.8%
Anlagevermögen	10'208'640'743	59.7%
17 Kapitalanlagen	9'018'822'786	52.7%
– Kapitalanlagen brutto	9'474'437'595	55.4%
– Wertberichtigung	-455'614'808	-2.7%
18 Grundstücke und Gebäude	1'016'502'449	5.9%
– Grundstücke und Gebäude brutto	1'430'239'146	8.4%
– Wertberichtigung	-413'736'697	-2.4%
19 Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge	173'315'507	1.0%
– Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge brutto	879'504'580	5.1%
– Wertberichtigung	-706'189'072	-4.1%
1 Total Aktiven	17'103'126'679	100.0%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF1 [3]

T 8.10 Bilanz: Passiven der Versicherer per 31.12.

2009

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
Fremdkapital	13'357'565'752	78.1%
20 Verbindlichkeiten aus Versicherungsleistungen	496'660'856	2.9%
21 Verbindlichkeiten bei Versicherten (ohne Konto.215)	3'695'121'240	21.6%
215 Noch zur Verrechnung gelangende Abgabeerträge VOC und HEL	-16'521'993	-0.1%
22 Verbindlichkeiten bei Partnern	931'145'592	5.4%
23 Verbindlichkeiten bei Rückversicherern	8'155'543	0.0%
24 Verbindlichkeiten bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG	107'323'195	0.6%
25 Verbindlichkeiten bei anderen Versicherern	24'298'061	0.1%
26 Übrige Verbindlichkeiten und passive Rechnungsabgrenzung	541'526'792	3.2%
27 Rückstellung für unerledigte Versicherungsfälle, Risikoausgleich, nicht versicherungstechn. Rückstellungen, Rücklagen aus Fusionen	7'569'856'465	44.3%
270 – Oblig. Krankenpflegevers. (ohne Kto. 270.2 und 270.3)	5'095'222'359	29.8%
270.1 – Nicht versicherungstechnische Rückstellungen KVG	493'772'341	2.9%
270.2 – Oblig. Krankenpflegevers. (effektive Kosten gemäss Verordnung (EWG) Nr. 574/72 Art. 93)	55'393'863	0.3%
270.3 – Oblig. Krankenpflegevers. (Pauschalkosten gem. Verordnung (EWG) Nr. 574/72 Art. 94 und 95)	3'422'227	0.0%
271 – Freiwillige Taggeldversicherung nach KVG	103'419'096	0.6%
272 – Aktive Rückversicherung	2'150'000	0.0%
273 – Zusatzversicherungen inkl. Taggeld VVG	1'322'891'645	7.7%
273.1 – Nicht versicherungstechnische Rückstellungen VVG	295'027'335	1.7%
274 – Risikoausgleich	195'362'429	1.1%
279 – Zweckgebundene Rücklagen aus Fusionen	3'195'171	0.0%
Fonds und Eigenkapital	3'745'560'927	21.9%
28 Fonds	14'590'253	0.1%
280 – Reglementierte Fonds	14'590'253	0.1%
281 – Immobilien (Renovationen, Umbauten)	0	0.0%
282 – EDV-Projekte	0	0.0%
29 Eigenkapital	3'730'970'673	21.8%
290 – Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung (ohne Konto 290.5)	2'770'447'852	16.2%
290.5 – Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung EG und EFTA (ohne Liechtenstein)	13'734'784	0.1%
290.9 – Aktienkapital	92'560'544	0.5%
291 – Reserven Taggeldversicherung nach KVG	490'274'532	2.9%
292 – Reserven Aktive Rückversicherung	-35'604'535	-0.2%
293 – Zusatzversicherung VVG, inkl. Taggeld VVG	399'557'496	2.3%
299 – Einkaufssummen fusionierter Versicherer	0	0.0%
2 Total Passiven	17'103'126'679	100.0%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF1 [4,5]

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

2009

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
17 Kapitalanlagen		
170 Kapitalanlagen nach Art. 80 KVV ¹		
Anlagen bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften und bei Banken und Sparkassen	1'550'327'514	15.4%
Wertpapiere und andere an der Börse kotierte Anlagen	7'433'841'425	74.1%
Anlagen in grundpfandgesicherten Darlehen	231'503'316	2.3%
Anlagen und Guthaben von Betriebskrankenkassen im eigenen Betrieb	0	0.0%
Anlagen bei Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen	10'557'781	0.1%
Sonstige Wertschriften	248'207'559	2.5%
170 Total	9'474'437'595	94.4%
179 Wertberichtigung Kapitalanlagen	-455'614'808	-4.5%
17 Kapitalanlagen - Gesamttotal	9'018'822'787	89.9%
18 Grundstücke und Gebäude		
180 Grundstücke	170'789'912	1.7%
Gebäude für Verwaltungszwecke	426'681'129	4.3%
Gebäude für Wohn- und Geschäftszwecke	832'768'106	8.3%
180 Total	1'430'239'146	14.3%
189 Wertberichtigung Grundstücke und Gebäude	-413'736'697	-4.1%
18 Grundstücke / Gebäude - Gesamttotal	1'016'502'449	10.1%
17-18 Gesamttotal Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude	10'035'325'236	100.0%

Datenstand: 24.8.10

1) Anschaffungswert = Buchwert

Quelle: Formular EF1 [11]

T 8.12 Ergebnisverteilung per 31.12.

2009

		Betrag in Fr.	Betrag in Fr.
Gesamtbetriebsrechnung:			
800	Vorschlag	-	53'781'192
800	Rückschlag	477'222'642	-
		<u>Zuweisungen</u>	<u>Entnahmen</u>
Fonds:			
280	Reglementierte Fonds	0	2'275'040
281	Immobilien	0	0
282	EDV-Projekte	0	0
Eigenkapital:			
290	Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung (ohne Kto. 290.5)	32'351'979	500'210'091
290.5	Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung EG und EFTA (ohne Liechtenstein)	3'785'203	9'672'781
291	Reserven Freiw. Taggeldversicherung KVG	27'500'039	1'220'284
292	Reserven Aktive Rückversicherung nach KVG	2'417'480	2'766'124
293	Zusatzversicherung VVG, inkl. Taggeld VVG	27'015'986	367'815
Total		570'293'329	570'293'329

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF1 [10]

9: Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

9.01 Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der sozialen Sicherheit ab 1998	157
9.02 Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Direktzahler ab 1998	158
9.03 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungserbringer ab 1998	159
9.04 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungen ab 1998	160
9.05 Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Volkswirtschaft und Kosten pro Einwohner ab 1998	161
9.06 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsprämien ab 1998	162
9.07 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsleistungen ab 1998	163
9.08 Details des Finanzierungssaldos ab 1998	164
9.09 Wohnbevölkerung, Ärzte mit Praxistätigkeit und Apotheken nach Kantonen	166
9.10 Entwicklung der Wohnbevölkerung, der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken ab 1999	167
9.11 Aufteilung der Versicherten nach Art der Spitalzusatzversicherungen ab 1999	168
9.12 Entwicklung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 1999	169
9.13 Index der Krankenversicherungsprämien nach Versicherungsart ab 1999	170
9.14 Index der Krankenpflegekosten, der Krankenversicherungsausgaben der Versicherten sowie der Löhne ab 1996	171
9.15 Totaler Beitrag je versicherte Person nach Versicherungsform in der OKP ab 1999	172
9.16 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage in der OKP ab 1999	173
9.17 Taggeldversicherung KVG / VVG ab 1999	174
9.18 Krankenversicherung (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 1999	174
9.19 Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder ab 1999	175
9.20 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage in der OKP	176

T 9.01 Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der sozialen Sicherheit ⁶ in Mio. Fr. ab 1998

Jahr	Staat ¹	Sozialversicherungen ²	Andere Regimes der sozialen Sicherheit ³	Private Haushalte ⁴	Andere private Finanzierung ⁵	Total
1998	5'989.0	2'973.2	3'270.2	27'207.3	375.3	39'815.0
1999	6'272.8	3'109.7	3'620.5	27'712.7	388.7	41'104.5
2000	6'461.0	3'228.4	3'725.7	29'007.7	420.2	42'842.9
2001	7'635.1	3'421.0	3'837.6	30'236.4	442.7	45'572.8
2002	8'429.5	3'447.4	4'062.6	30'992.9	456.3	47'388.6
2003	8'778.1	3'663.1	4'268.5	32'093.3	462.2	49'265.2
2004	8'632.7	3'771.2	4'550.2	33'593.1	460.5	51'007.7
2005	8'704.8	3'968.7	4'782.4	34'106.1	481.0	52'043.0
2006	8'536.5	4'049.5	4'933.2	34'753.8	500.3	52'773.3
2007	8'960.8	4'185.9	5'178.7	36'354.0	535.5	55'214.9
2008	10'678.6	3'547.5	4'972.2	38'654.3	600.9	58'453.4
2009 ⁷	11'289	-	-	-	637	61'378

Datenstand: 29.11.10

- 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; Hilflosenentschädigung; 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) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006.
- 7) Schätzung KOF Konjunkturforschungsstelle ETHZ [Medienmitteilung 11/10]

Quelle: 1996-2008 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2009: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF

T 9.02 Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Direktzahler ⁶ in Mio. Fr. ab 1998

Jahr	Staat ¹	Sozialversicherungen ²	Privatversicherungen VVG ³	Private Haushalte ⁴	Andere private Finanzierung ⁵	Total
1998	5'989.0	15'771.9	4'590.2	13'088.6	375.3	39'815.0
1999	6'272.8	16'391.9	4'331.9	13'719.1	388.7	41'104.5
2000	6'461.0	17'287.5	4'546.7	14'127.6	420.2	42'842.9
2001	7'635.1	18'307.7	4'699.9	14'487.4	442.7	45'572.8
2002	8'429.5	18'930.7	4'615.5	14'956.7	456.3	47'388.6
2003	8'778.1	19'967.3	4'477.9	15'579.7	462.2	49'265.2
2004	8'632.7	21'151.0	4'511.7	16'251.7	460.5	51'007.7
2005	8'704.8	22'241.4	4'674.8	15'941.1	481.0	52'043.0
2006	8'536.5	22'665.7	4'820.3	16'250.6	500.3	52'773.3
2007	8'960.8	23'662.5	5'090.8	16'965.3	535.5	55'214.9
2008	10'678.6	24'099.8	5'247.4	17'826.7	600.9	58'453.4
2009 ⁷	11'289	25'086	5'560	18'789	637	61'378

Datenstand: 29.11.10

- 1) Öffentliche Sicherheit, Rettungsdienste, Stationäre Betriebe, Ambulante Krankenpflege, Verwaltung, Prävention (usw.).
- 2) Krankenversicherung KVG (Grundversicherung); Unfallversicherung UVG; AHV-IV; Militärversicherung.
- 3) KVG-Versicherer und private Versicherer.
- 4) Kostenbeteiligung und "Out of pocket".
- 5) Spenden und Vermächtnisse an Institutionen ohne Erwerbscharakter (Pflegeheim, Institution für Behinderte, Spitexorganisation usw.)
- 6) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006.
- 7) Schätzung KOF Konjunkturforschungsstelle ETHZ [Medienmitteilung 11/10]

Quelle: 1996-2008 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2009: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF

T 9.03 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungserbringer ⁸ in Mio. Fr. ab 1998

Jahr	Krankenhäuser ¹	Sozialmedizinische Institutionen ²	Ambulante Versorgung ³	Detailhandel ⁴	Staat ⁵	Versicherer ⁶	Organisationen ohne Erwerbscharakter	Total
1998	13'726.9	6'517.6	12'534.7	3'814.8	825.8	1'952.6	442.5	39'815.0
1999	14'269.9	6'636.0	12'923.2	3'985.0	869.4	1'951.2	469.9	41'104.5
2000	14'895.5	7'041.5	13'440.7	4'130.5	886.6	1'968.0	480.1	42'842.9
2001	16'132.1	7'546.7	14'118.4	4'333.6	926.8	2'014.6	500.6	45'572.8
2002	16'982.8	8'067.7	14'430.5	4'415.9	981.4	2'000.8	509.5	47'388.6
2003	17'712.2	8'374.9	14'813.6	4'721.0	1'036.9	2'076.4	530.2	49'265.2
2004	18'211.9	8'629.9	15'519.8	4'885.8	1'016.4	2'188.6	555.2	51'007.7
2005	18'296.5	8'899.2	16'110.1	4'948.2	1'023.6	2'193.6	571.9	52'043.0
2006	18'526.1	9'005.2	16'448.3	4'888.0	1'015.4	2'305.0	585.2	52'773.3
2007	19'366.8	9'516.9	17'123.5	5'027.5	1'191.8	2'380.6	607.9	55'214.9
2008	20'699.3	9'971.4	18'056.2	5'215.2	1'316.2	2'554.2	640.9	58'453.4
2009 ⁷	21'803	10'684	18'845	5'427	1'347	2'616	641	61'378

Datenstand: 29.11.10

- 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 KOF Konjunkturforschungsstelle ETHZ [Medienmitteilung 11/10]
- 8) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006.

Quelle: 1996-2008 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2009: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF

T 9.04 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungen ⁶ in Mio. Fr. ab 1998

Jahr	Stationäre und teilstationäre Behandlung ¹	Ambulante Behandlung	Andere Leistungen ²	Verkauf Gesundheitsgüter ³	Prävention ⁴	Verwaltung	Total
1998	18'551.9	11'874.4	1'356.6	4'913.4	983.2	2'135.6	39'815.0
1999	18'978.6	12'357.7	1'394.0	5'198.8	1'015.1	2'160.3	41'104.5
2000	19'786.7	12'926.3	1'430.2	5'475.4	1'014.1	2'210.2	42'842.9
2001	21'248.4	13'690.9	1'471.1	5'829.5	1'062.8	2'270.1	45'572.8
2002	22'418.8	14'164.3	1'526.2	5'899.2	1'052.6	2'327.5	47'388.6
2003	23'242.4	14'647.2	1'546.5	6'306.7	1'122.8	2'399.6	49'265.2
2004	23'945.2	15'193.4	1'704.7	6'531.3	1'122.8	2'510.3	51'007.7
2005	23'688.4	16'202.5	1'809.9	6'680.5	1'133.5	2'528.3	52'043.0
2006	24'062.9	16'588.2	1'788.3	6'561.2	1'141.4	2'631.4	52'773.3
2007	25'173.3	17'405.9	1'831.3	6'761.1	1'281.2	2'762.1	55'214.9
2008	26'500.7	18'519.3	2'001.4	7'063.3	1'444.9	2'923.7	58'453.4
2009 ⁵	27'895	19'559	2'060	7'370	1'479	3'005	61'378

Datenstand: 29.11.10

1) Akutbehandlung Inkl. Psychiatrie; Rehabilitation; Langzeit; 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; Schulgesundheit, usw.

5) Schätzung KOF Konjunkturforschungsstelle ETHZ [Medienmitteilung 11/10].

6) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006.

Quelle: 1996-2008 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2009: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF

T 9.05 Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Volkswirtschaft ⁵ in Mio. Fr. und Kosten pro Einwohner in Fr. ab 1998

Jahr	Staat ¹	Unternehmungen ²	Private Haushalte ³	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr	Total pro Einwohner	Veränd. gegenüber Vorjahr
1998	9'740.5	2'492.0	27'582.6	39'815.0	4.2%	5'583	3.9%
1999	10'410.7	2'592.4	28'101.4	41'104.5	3.2%	5'735	2.7%
2000	10'738.1	2'677.0	29'427.9	42'842.9	4.2%	5'943	3.6%
2001	12'066.1	2'827.6	30'679.1	45'572.8	6.4%	6'277	5.6%
2002	13'119.4	2'820.0	31'449.2	47'388.6	4.0%	6'449	2.7%
2003	13'722.7	2'987.0	32'555.5	49'265.2	4.0%	6'653	3.2%
2004	13'782.3	3'171.8	34'053.6	51'007.7	3.5%	6'843	2.9%
2005	14'066.9	3'389.0	34'587.1	52'043.0	2.0%	6'938	1.4%
2006	14'084.9	3'434.4	35'254.0	52'773.3	1.4%	6'983	0.6%
2007	14'773.4	3'552.1	36'889.4	55'214.9	4.6%	7'247	3.8%
2008	15'744.0	3'454.1	39'255.2	58'453.4	5.9%	7'580	4.6%
2009 ⁴	-	-	-	61'378	5.0%	7'868	3.8%
2010 ⁴	-	-	-	63'450	3.4%	-	-
2011 ⁴	-	-	-	65'787	3.7%	-	-

Datenstand: 29.11.10

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

2) Unfallversicherung UVG & 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 KOF Konjunkturforschungsstelle ETHZ [Medienmitteilung 11/10].

5) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006.

Quelle: 1996-2008 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2009: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF / T 9.10.

T 9.06 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsprämien¹⁵ in Millionen Franken ab 1998

Finanzierungsträger des Gesundheitswesens	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Veränd. 2007-2008	Durchschnittl. jährl. Veränderung 1998-2008	Schätzung 2009 ¹⁴
Staat¹	5'989.0	6'272.8	6'461.0	7'635.1	8'429.5	8'778.1	8'632.7	8'704.8	8'536.5	8'960.8	10'678.6	19.2%	6.0%	11'289
Bund	116.9	126.0	145.0	164.4	177.7	155.6	137.7	126.9	121.3	180.2	190.7	5.8%	5.0%	-
Kantone	4'705.6	4'970.9	5'115.7	6'059.3	6'823.5	7'254.7	7'117.8	7'397.4	7'523.2	7'771.8	9'143.6	17.7%	6.9%	-
Gemeinden	1'166.5	1'175.9	1'200.3	1'411.5	1'428.3	1'367.8	1'377.2	1'180.5	892.1	1'008.8	1'344.3	33.3%	1.4%	-
Sozialversicherungen²	2'973.2	3'109.7	3'228.4	3'421.0	3'447.4	3'663.1	3'771.2	3'968.7	4'049.5	4'185.9	3'547.5	-15.3%	1.8%	3'006
Unfallversicherung UVG	1'283.9	1'378.5	1'422.4	1'475.3	1'413.6	1'512.5	1'537.8	1'654.4	1'635.4	1'665.0	1'748.6	3.8%	3.1%	-
AHV / IV ³	1'653.9	1'690.1	1'763.0	1'900.4	1'986.9	2'102.2	2'185.2	2'265.3	2'386.2	2'450.8	1'745.9	-28.8%	0.5%	-
Militärversicherung	35.4	41.1	43.0	45.2	46.9	48.4	48.2	49.0	47.9	50.2	52.0	3.7%	3.9%	-
Finanzierungssaldo für die Krankenversicherung⁴	-306.4	-200.3	98.8	454.4	-588.2	-1'266.4	-1'468.8	-818.2	-1'381.5	-679.9	256.4	-	-	1'076
Übrige Systeme der sozialen Sicherheit	3'270.2	3'620.5	3'725.7	3'837.6	4'063	4'268.5	4'550	4'782.4	4'933	5'178.7	4'972	-4.0%	4.3%	5'191
Prämienverbilligung KVG ¹³	2'263.2	2'476.6	2'532.8	2'671.6	2'848.4	2'961.1	3'025.3	3'119.6	3'230.0	3'432.2	3'398.3	-1.0%	4.1%	3'542.4
Ergänzungsleistungen ⁷	264.4	277.1	317.0	315.0	343.8	375.1	421.4	447.8	476.1	496.7	306.9	-38.2%	1.5%	312
Sozialhilfe ⁷	266.2	375.1	378.5	314.9	319.7	367.7	381.7	412.4	405.9	394.2	391.0	-0.8%	3.9%	406
Hilflosenentschädigungen ⁷	476.4	491.7	497.4	536.1	550.7	564.6	721.8	802.6	821.2	855.6	876.0	2.4%	6.3%	931
Haushalte	27'513.7	27'913.0	28'908.9	29'782.0	31'581.0	33'359.7	35'061.9	35'024.3	36'135.3	37'033.9	38'397.8	3.7%	3.4%	40'178
Krankenversicherungsprämien	15'432.1	15'337.8	15'974.2	16'460.6	17'838.6	19'087.4	20'335.1	20'746.0	21'588.0	21'815.1	22'145.1	1.5%	3.7%	22'210.4
Nettoprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG ¹⁰	10'341.0	10'472.9	10'813.9	11'283.1	12'447.8	13'786.6	14'954.3	15'323.1	16'004.8	16'197.4	16'223.2	0.2%	4.6%	16'515.2
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer ⁵	4'453.3	3'766.7	2'917.4	1'987.0	1'958.4	1'882.6	1'388.8	1'397.7	1'384.1	1'410.6	1'412.5	0.1%	-10.8%	1'381.6
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer ⁶	637.8	1'098.2	2'242.9	3'180.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	4'025.3	4'199.1	4'207.1	4'599.5	7.2%	21.6%	4'313.6
Kostenbeteiligung¹¹	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.3	2'541.0	2'627.5	2'868.2	3'031.7	3'081.5	3'201.0	3'337.6	4.3%	4.5%	3'426.0
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	2'985.0	3'038.7	3'155.1	3'290.5	4.3%	4.6%	3'382.5
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	36.7	42.8	45.9	47.2	2.8%	-2.0%	43.5
Out of pocket ⁸	9926.6	10'325.6	10'591.6	10'893.1	11'201.5	11'644.8	11'858.6	11'246.6	11'465.8	12'017.8	12'915.1	7.5%	2.7%	14'541
Übrige private Finanzierung⁹	375.3	388.7	420.2	442.7	456.3	462.2	460.5	481.0	500.3	535.5	600.9	12.2%	4.8%	637
Total Kosten des Gesundheitswesens¹²	39'815.0	41'104.5	42'842.9	45'572.8	47'388.6	49'265.2	51'007.7	52'043.0	52'773.3	55'214.9	58'453.4	5.9%	3.9%	61'378

Datenstand: 10.2.11

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

T 9.07 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsleistungen¹⁸ in Millionen Franken ab 1998

Finanzierungsträger des Gesundheitswesens	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Veränd. 2007-2008	Durchschnittl. jährl. Veränderung 1998-2008	Schätzung 2009 ¹⁷
Staat¹	5'989.0	6'272.8	6'461.0	7'635.1	8'429.5	8'778.1	8'632.7	8'704.8	8'536.5	8'960.8	10'678.6	19.2%	6.0%	11'289
Sozialversicherungen²	2'973.2	3'109.7	3'228.4	3'421.0	3'447.4	3'663.1	3'771.2	3'968.7	4'049.5	4'185.9	3'547.5	-15.3%	1.8%	3'006
Übrige Systeme der sozialen Sicherheit	1'007.0	1'143.9	1'192.9	1'166.0	1'214.2	1'307.4	1'524.9	1'662.8	1'703.2	1'746.5	1'573.9	-9.9%	4.6%	1'649
Ergänzungsleistungen ⁷	264.4	277.1	317.0	315.0	343.8	375.1	421.4	447.8	476.1	496.7	306.9	-38.2%	1.5%	312
Sozialhilfe ⁷	266.2	375.1	378.5	314.9	319.7	367.7	381.7	412.4	405.9	394.2	391.0	-0.8%	3.9%	406
Hilflosenentschädigungen ⁷	476.4	491.7	497.4	536.1	550.7	564.6	721.8	802.6	821.2	855.6	876.0	2.4%	6.3%	931
Brutto Krankenversicherungsleistungen¹⁵	17'841.5	18'231.2	19'316.2	20'344.5	20'951.6	21'678.1	22'971.1	24'341.6	24'619.8	25'832.5	27'138.5	5.1%	4.3%	28'087.9
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	14'024.1	14'620.5	15'478.3	16'386.5	17'095.6	17'924.1	19'139.8	20'347.7	20'602.6	21'576.7	22'721.9	5.3%	4.9%	23'656.3
davon Kostenbeteiligung ¹¹	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	2'995.0	3'038.7	3'155.1	3'290.5	4.3%	4.6%	3'382.5
davon Prämienverbilligung KVG ¹³	2'263.2	2'476.6	2'532.8	2'671.6	2'848.4	2'961.1	3'025.3	3'119.6	3'230.0	3'432.2	3'398.3	-1.0%	4.1%	3'542.4
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer ⁵	3'357.3	2'846.8	2'254.2	1'604.8	1'460.5	1'393.6	1'076.4	1'181.1	1'126.1	1'216.0	1'288.6	6.0%	-9.1%	1'272.8
davon Kostenbeteiligung ¹¹	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	36.7	42.8	45.9	47.2	2.8%	-2.0%	43.5
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer ⁶	460.1	763.9	1'583.8	2'353.3	2'395.5	2'360.4	2'755.0	2'812.7	2'891.1	3'037.8	3'128.1	3.0%	21.1%	3'158.8
Anderer¹⁶	1'702.4	1'632.5	1'632.7	1'670.3	1'688.3	1'731.5	1'788.6	1'637.6	1'888.2	1'935.9	1'988.9	3.3%	1.6%	2'167
Übriger Aufwand	106.8	50.4	32.7	42.1	72.2	58.4	57.6	-94.4	59.5	55.9	2.8	-94.9%	-30.4%	99
Verwaltungskosten (inkl. Prävention)	1'595.6	1'582.1	1'600.0	1'628.2	1'616.1	1'673.1	1'731.1	1'731.9	1'838.7	1'880.0	1'986.0	6.2%	2.3%	2'068
Out of pocket (Haushalte)⁸	9'926.6	10'325.6	10'591.6	10'893.2	11'201.5	11'644.8	11'858.6	11'246.6	11'465.8	12'017.8	12'915.1	7.5%	2.7%	14'541
Übrige private Finanzierung⁹	375.3	388.7	420.2	442.7	456.3	462.2	460.5	481.0	500.3	535.5	600.9	12.2%	4.8%	637
Total Kosten des Gesundheitswesens¹²	39'815.0	41'104.5	42'842.9	45'572.8	47'388.6	49'265.2	51'007.7	52'043.0	52'773.3	55'214.9	58'453.4	5.9%	3.9%	61'378

Datenstand: 10.2.11

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

T 9.08 Details des Finanzierungssaldos in Millionen Franken ab 1998

Krankenversicherung ¹	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Veränd. 2007-2008	Durchschnittl. jährl. Veränderung 1988-2008	Schätzung 2009 ¹²
Krankenversicherer														
a) Leistungen der Krankenversicherer I²														
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	15'686.5	15'981.6	16'973.1	17'916.3	18'410.6	19'050.6	20'102.9	21'309.9	21'538.3	22'631.5	23'800.9	5.2%	4.3%	24'661.9
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	11'929.9	12'430.6	13'180.3	13'986.3	14'582.8	15'356.6	16'307.5	17'352.7	17'983.9	18'423.6	19'431.5	5.5%	5.0%	20'273.9
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	3'299.5	2'787.1	2'198.1	1'516.7	1'422.3	1'354.6	1'040.5	1'144.4	1'083.3	1'170.1	1'241.4	6.1%	-9.3%	1'239.3
b) Übriger Aufwand³	460.1	763.9	1'583.8	2'353.3	2'385.5	2'360.4	2'755.0	2'812.7	2'891.1	3'037.8	3'128.1	3.0%	21.1%	3'158.8
c) Leistungen II⁴	106.8	50.4	32.7	42.1	72.2	58.4	57.6	-94.4	59.5	55.9	2.8	-94.9%	-30.4%	99
d) Verwaltungskosten (inkl. Prävention)⁵	15'793.3	16'032.0	17'005.8	17'958.4	18'482.7	19'109.0	20'160.5	21'215.5	21'597.8	22'687.4	23'803.7	4.9%	4.2%	24'760
e) Leistungen III⁶	1'595.6	1'582.1	1'600.0	1'628.2	1'616.1	1'673.1	1'731.1	1'731.9	1'838.7	1'880.0	1'986.0	6.2%	2.3%	2'068
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	17'868.9	17'614.1	18'605.8	19'566.6	20'088.8	20'782.1	21'891.6	22'947.4	23'436.4	24'587.4	25'799.8	5.0%	4.0%	26'829
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	12'798.7	13'282.2	14'059.1	14'886.7	15'483.3	16'304.2	17'379.8	18'272.7	18'616.2	19'476.6	20'552.3	5.5%	4.9%	21'467
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	4'039.2	3'415.2	2'461.5	1'875.9	1'740.9	1'645.4	1'205.7	1'392.2	1'351.0	1'445.5	1'587.2	8.4%	-9.0%	1'567
f) Kostenbeteiligung⁷	552.0	916.7	1'900.6	2'824.0	2'874.6	2'832.5	3'306.0	3'282.5	3'469.3	3'645.3	3'680.3	1.0%	20.9%	3'794
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.2	2'541.0	2'627.5	2'869.2	3'031.7	3'081.5	3'201.0	3'337.6	4.3%	4.5%	3'426.0
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	2'995.0	3'038.7	3'155.1	3'290.5	4.3%	4.6%	3'382.5
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	36.7	42.8	45.9	47.2	2.8%	-2.0%	43.5
g) Gesamtleistungen⁸	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	0.0
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	19'543.9	19'863.7	20'948.9	22'014.8	22'639.8	23'409.6	24'759.8	25'979.1	26'517.9	27'768.4	28'137.4	4.9%	4.1%	30'255
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	14'895.9	15'472.1	16'347.1	17'286.9	17'986.1	18'892.7	20'212.1	21'287.7	21'684.9	22'631.6	23'842.8	5.4%	4.8%	24'949
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	4'096.0	3'743.9	2'791.2	1'904.0	1'778.1	1'684.4	1'241.6	1'426.9	1'393.8	1'491.4	1'614.4	8.2%	-8.9%	1'611
h) Prämien der Haushalte⁹	552.0	916.7	1'900.6	2'824.0	2'874.6	2'832.5	3'306.0	3'282.5	3'469.3	3'645.3	3'680.3	1.0%	20.9%	3'794
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	17'695.3	17'814.4	18'507.0	19'132.2	20'687.0	22'049.5	23'360.4	23'865.6	24'818.0	25'247.3	25'543.4	1.2%	3.7%	25'752.8
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	12'804.2	12'949.5	13'946.7	13'954.7	15'296.2	16'759.7	17'978.6	18'442.7	19'234.9	19'629.6	19'821.4	0.0%	4.5%	20'057.6
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	4'453.3	3'786.7	2'917.4	1'987.0	1'958.4	1'882.6	1'388.8	1'397.7	1'384.1	1'410.6	1'412.5	0.1%	-10.8%	1'381.6
i) Kostenbeteiligung⁷	637.8	1'098.2	2'242.9	3'190.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	4'025.3	4'199.1	4'207.1	4'509.5	7.2%	21.6%	4'313.6
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.2	2'541.0	2'627.5	2'869.2	3'031.7	3'081.5	3'201.0	3'337.6	4.3%	4.5%	3'426.0
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	2'995.0	3'038.7	3'155.1	3'290.5	4.3%	4.6%	3'382.5
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	36.7	42.8	45.9	47.2	2.8%	-2.0%	43.5
j) Gesamtbeitrag¹⁰	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	0.0
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	19'850.3	20'064.0	20'850.1	21'560.5	23'228.0	24'676.0	26'228.6	26'897.3	27'899.5	28'448.3	28'881.0	1.5%	3.8%	29'178.8
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	14'701.4	15'139.4	15'834.7	16'384.9	17'999.0	19'488.2	20'811.9	21'437.7	22'273.6	22'784.7	23'911.9	0.8%	4.5%	23'440.1
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	4'511.1	3'826.4	2'922.5	2'015.1	1'996.6	1'921.6	1'394.7	1'434.4	1'426.9	1'466.5	1'489.5	0.2%	-10.7%	1'425.1
j) Finanzierungssaldo¹¹	637.8	1'098.2	2'242.9	3'190.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	4'025.3	4'199.1	4'207.1	4'509.5	7.2%	21.6%	4'313.6
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	-306.4	-200.3	98.8	454.4	-588.2	-1'266.4	-1'468.8	-918.2	-1'381.5	-679.9	266.4	-	-	1'076
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	194.5	332.7	712.4	932.0	187.1	-455.5	-599.8	-1'700	-618.7	-153.0	930.9	-	-	1'409
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	-415.1	-351.5	-271.3	-111.1	-237.2	-153.0	-54	-33.1	34.9	154.7	186	-	-	186
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	-85.8	-181.5	-342.3	-366.5	-557.8	-573.7	-716.0	-742.8	-729.8	-561.7	-829.2	-	-	-519

Datenstand: 10.2.11

Fussnoten T 9.06:

- 1) Subventionen oder direkte Leistungen an das Gesundheitswesen (an die Leistungserbringer (Spitäler), an die sozialmedizinischen Institutionen, an die Spitex- und Rettungsdienste) und die Öffentliche Gesundheit, Verwaltung und Prävention.
Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Direktzahlern], BFS. Schätzungen: KOF [Medienmitteilung 11/10].
- 2) Leistungen/Zahlungen nur an das Gesundheitswesen.
Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [aus der Sicht der sozialen Sicherheit], BFS. Schätzungen: BAG; Entwicklung gemäss jährl. Veränderung 2007-2008.
4) Quelle: T 9.08.
- 5) Ohne Prämien für Taggelder KVG oder VVG. Quelle: T 9.08.
- 6) Ohne Prämien für Taggelder für Verdienstausfall nach VVG. Quelle: T 9.08.
- 7) Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [aus der Sicht der sozialen Sicherheit], BFS. Schätzungen: BAG; Entwicklung gemäss jährl. Veränderung 1998-2008.
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: KOF [Medienmitteilung 11/10].
- 10) Nettoprämien der Haushalte = Bruttoprämien obligatorische Krankenpflegeversicherung (T 9.08') - Prämienverbilligung KVG an Versicherte (T 9.06¹³).
- 11) Quelle: T 9.08.
- 12) Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Direktzahlern], BFS. Schätzungen: KOF [Medienmitteilung 11/10].
- 13) Quelle: -> 2007: T 4.07 (Subventionsbudget nach Kürzungen) 2008 -> : T 4.01.
- 14) Schätzungen (*kursiv*) [KOF & BAG].
- 15) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006 [1, 2, 7, 8, 9, 12].

Fussnoten T 9.07:

- 1) - 13) Vgl. Fussnoten von Tabelle 9.06.
- 14) Ohne Prämienverbilligung 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*) [KOF & BAG].
- 18) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006 [1, 2, 8, 9, 12].

Fussnoten T 9.08:

- 1) Ohne Taggelder (für Verdienstausfall) KVG oder VVG.
- 2) Quelle: T 1.02 [30-33] & T 7.03 [30-33] ohne Taggeld VVG-Prämien oder T 9.18.
- 3) = c) - a). Übriger Versicherungsaufwand gemäss Kosten des Gesundheitswesens, BFS. Schätzungen [BAG] : T 1.02 [34] / T 7.03 [34] / 0.
- 4) = e) - d). Schätzungen [BAG] = a) + b).
- 5) Verwaltungskosten (inkl. Prävention). Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Leistungserbringern und Direktzahlern, interne detaillierte Version BFS]. Schätzungen [BAG]; basierend auf dem 2008 festgestellten Verhältnis (d) / a).
- 6) Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Direktzahlern], BFS. Schätzungen [BAG] = c) + d).
- 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 Prämienverbilligung 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) - l).
- 12) Schätzungen (*kursiv*) [BAG].

T 9.09 Wohnbevölkerung, Ärzte mit Praxistätigkeit und Apotheken nach Kantonen
2009

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Ärzte: Allgemeinpraktiker ²	Ärzte: Spezialärzte FMH ³	Total Ärzte mit Praxistätigkeit ⁴	Dichte der Ärzte ⁵	Anzahl Apotheken ⁶	Medikamentenverkauf ⁸	Apothekendichte ⁷
ZH	1'366'821	1'338	1'945	3'283	2.40	226	2	1.65
BE	979'554	936	1'081	2'017	2.06	174	2	1.78
LU	370'931	292	271	563	1.52	34	1	0.92
UR	34'772	25	10	35	1.01	3	1	0.86
SZ	143'699	106	85	191	1.33	12	1	0.84
OW	34'667	28	12	40	1.15	3	1	0.87
NW	40'164	27	23	50	1.24	2	1	0.50
GL	38'259	36	22	58	1.52	2	1	0.52
ZG	111'151	99	131	230	2.07	14	1	1.26
FR	273'855	224	169	393	1.44	70	2	2.56
SO	252'083	254	157	411	1.63	27	1	1.07
BS	192'068	241	500	741	3.86	72	3	3.75
BL	271'125	254	333	587	2.17	42	1	1.55
SH	75'691	74	68	142	1.88	13	2	1.72
AR	52'681	46	33	79	1.50	6	1	1.14
AI	15'517	11	5	16	1.03	1	1	0.64
SG	474'316	396	392	788	1.66	51	1	1.08
GR	194'753	190	131	321	1.65	41	2	2.11
AG	596'795	417	503	920	1.54	115	2	1.93
TG	244'069	186	149	335	1.37	25	1	1.02
TI	333'567	286	357	643	1.93	186	3	5.58
VD	704'916	641	1'030	1'671	2.37	247	3	3.50
VS	305'178	227	237	464	1.52	113	2	3.70
NE	172'263	152	173	325	1.89	59	3	3.42
GE	453'674	495	1'012	1'507	3.32	173	3	3.81
JU	68'709	49	53	102	1.48	20	2	2.91
CH	7'801'278	7'030	8'882	15'912	2.04	1'731	-	2.22

Datenstand: 20.12.10

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

Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung

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

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

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

4) Quelle: FMH, Arztestatistik.

Ab 2008 ohne die Ärzte, die weder im ambulanten noch im stationären Sektor arbeiten (Versicherungen, Bundesverwaltung usw.).

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

6) Quelle: pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverein SAV.

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

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

Quelle : pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverein SAV.

T 9.10 Entwicklung der Wohnbevölkerung, der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken ab 1999

Jahr	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Veränd. gegenüber Vorjahr	Anzahl Ärzte ¹	Dichte der Ärzte ²	Veränd. ³ gegenüber Vorjahr	Anzahl Apotheken ¹	Apothekendichte ⁴	Veränd. ³ gegenüber Vorjahr
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%
2005	7'501'255	0.6%	15'313	2.04	0.1%	1'672	2.23	0.3%
2006	7'557'609	0.8%	15'532	2.06	0.7%	1'692	2.24	0.4%
2007	7'618'599	0.8%	15'588	2.05	-0.4%	1'700	2.23	-0.3%
2008	7'711'056	1.2%	15'090	1.96	-4.4%	1'721	2.23	0.0%
2009	7'801'278	1.2%	15'912	2.04	4.2%	1'731	2.22	-0.6%

Datenstand : 20.12.10

1) Quelle: T 9.09.

Ab 2008 ohne die Ärzte, die weder im ambulanten noch im stationären Sektor arbeiten (Versicherungen, Bundesverwaltung usw.).

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 KVG-Versicherer¹ : Spitalzusatzversicherungen seit 1999 in % der OKP-Versicherten

Jahr	Versichertenbestand OKP ³ per 31.12	Versicherte mit Grundversicherung (bei dem selben KVG-Versicherer) ²				Versicherte ohne Grundversicherung (bei dem selben KVG-Versicherer) ⁴			
		Spital allgemein ganze CH	Spital halbprivat	Spital privat	Besondere Angebote ⁵	Spital allgemein ganze CH	Spital halbprivat	Spital privat	Besondere Angebote ⁵
1999	7'266'534	-	15.5%	7.4%	-	-	-	-	-
2000	7'268'111	-	12.3%	6.2%	-	-	-	-	-
2001	7'321'287	-	11.9%	6.2%	-	-	-	-	-
2002	7'359'365	41.6%	10.7%	5.1%	-	-	-	-	-
2003	7'393'188	40.1%	10.3%	4.6%	-	-	-	-	-
2004	7'419'974	41.5%	8.9%	3.9%	-	-	-	-	-
2005	7'458'475	40.6%	8.8%	3.6%	-	-	-	-	-
2006	7'507'545	35.2%	8.1%	3.4%	1.1%	2.8%	0.7%	0.3%	0.1%
2007	7'577'132	35.0%	8.0%	3.4%	2.0%	3.1%	0.8%	0.5%	0.5%
2008	7'669'611	32.1%	7.3%	3.2%	1.6%	3.4%	0.8%	0.5%	0.5%
2009	7'748'922	31.7%	7.1%	3.1%	2.1%	4.3%	0.9%	0.5%	0.6%

Datenstand : 24.8.10

1) KVG-Versicherer : nur Spitalzusatzversicherungen, die den Versicherten von den KVG-Versicherern angeboten werden, zum Teil über Drittversicherer (Gesellschaften, die dem VVG unterstellt sind).

Angaben der Privatversicherer : seit 2008 publiziert die FINMA keine Versichertenbestände mehr. Die Angaben von BAG/FINMA zu den Jahren 1996 -> 2007 sind in der KV-Statistik 2008 ersichtlich. **Folglich weisen die in dieser Tabelle enthaltenen Prozentwerte nur einen Teil der Versicherten, die eine Spitalzusatzversicherung abgeschlossen haben.**

Kantonale Angaben zu den Spitalzusatzversicherungen stehen nicht zur Verfügung.

2) Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Formular EF3 [3.7.3].

3) Quelle: T 11.06.

4) Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Formular EF3 [3.7.3].

5) Nur Versicherte, welche die Zusatzversicherung beim anderen Versicherer abgeschlossen haben als die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Besondere Versicherungsangebote :

- 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 halbprivate oder private Abteilung wählen können.

- Spitalzimmerversicherung für die freie Wahl von Ein- oder Zweibettzimmern in der allgemeinen Spitalabteilung

- Taggeldversicherung im Zusammenhang mit Spitalaufenthalt, bei denen der Versicherte einen fixen Betrag pro Spitaltag erhält.

- Behandlungskostenversicherung bei Spitalaufenthalt mit einem definierten Maximalbetrag pro Jahr.

T 9.12 Entwicklung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 1999 (1996 = 100) ¹

Jahr	Medikamente	Ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalleistungen	Medizinische Apparate	Andere Gesundheitsleistungen	Gesundheitspflege (Total)	Landes-index der Konsumentenpreise (LIK)
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
2005	90.5	100.4	108.7	113.6	99.3	104.3	105.6	107.4
2006	86.7	100.7	109.1	115.3	98.7	106.0	105.7	108.5
2007	83.2	100.4	110.0	116.6	99.2	105.5	105.4	109.3
2008	80.9	100.3	110.6	117.2	100.1	106.4	105.3	112.0
2009	79.8	100.2	112.0	118.3	99.6	107.5	105.6	111.4

Vorjahresveränderung der Preisindizes für Gesundheitspflege

Jahr	Medikamente	Ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalleistungen	Medizinische Apparate	Andere Gesundheitsleistungen	Gesundheitspflege (Total)	Landes-index der Konsumentenpreise (LIK)
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%
2005	-0.8%	0.0%	0.6%	1.6%	-0.3%	1.3%	0.6%	1.2%
2006	-4.3%	0.3%	0.4%	1.5%	-0.6%	1.6%	0.0%	1.1%
2007	-4.0%	-0.3%	0.8%	1.2%	0.5%	-0.5%	-0.2%	0.7%
2008	-2.8%	-0.2%	0.5%	0.5%	0.9%	0.8%	-0.2%	2.4%
2009	-1.4%	0.0%	1.2%	1.0%	-0.5%	1.1%	0.3%	-0.5%

Datenstand: 8.1.10

1) Basis des Indexes der Konsumentenpreise: Dezember 2005 = 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 Spitem.

Quelle: BFS, Sektion Preise.

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

Jahr	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ²				Spitalzusatzversicherungen ³			
	Total	Erwachsene	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Kinder	Total	Spital allgemein (ganze CH)	Spital halbprivat	Spital privat
1999	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2000	103.2	103.0	99.1	103.1	106.4	104.3	107.5	106.7
2001	106.9	107.4	100.0	108.2	111.1	107.5	112.5	112.5
2002	116.6	116.6	112.7	118.1	115.4	107.9	117.5	119.3
2003	127.3	126.4	128.2	128.5	116.4	110.0	117.9	120.1
2004	136.2	134.5	141.0	134.6	117.9	113.3	118.6	121.2
2005	138.8	137.0	145.2	134.4	118.9	114.2	119.4	122.7
2006	144.1	142.5	151.6	137.8	122.4	113.4	123.8	128.5
2007	145.7	143.7	152.5	137.8	123.0	113.3	124.8	128.8
2008	144.2	142.1	151.2	133.6	124.4	114.4	125.1	132.0
2009	145.6	142.6	152.9	133.2	126.6	114.3	127.8	135.6
2010	-	-	-	-	134.8	120.5	136.4	145.2

Veränderung gegenüber dem Vorjahr

Jahr	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ²				Spitalzusatzversicherungen ³				Einfluss auf das verfügbare Einkommen in % ¹
	Total	Erwachsene	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Kinder	Total	Spital allgemein (ganze CH)	Spital halbprivat	Spital privat	
1999	2.2%	2.2%	1.1%	2.4%	-	-	-	-	-
2000	3.2%	3.0%	-0.9%	3.1%	6.4%	4.3%	7.5%	6.7%	-0.3%
2001	3.6%	4.2%	0.9%	5.0%	4.4%	3.0%	4.7%	5.5%	-0.4%
2002	9.0%	8.6%	12.8%	9.1%	3.9%	0.4%	4.4%	6.0%	-0.5%
2003	9.1%	8.4%	13.7%	8.8%	0.8%	1.9%	0.3%	0.7%	-0.5%
2004	7.0%	6.4%	10.0%	4.7%	1.3%	3.0%	0.6%	0.9%	-0.4%
2005	1.9%	1.9%	3.0%	-0.2%	0.9%	0.8%	0.7%	1.2%	-0.2%
2006	3.8%	4.0%	4.4%	2.6%	2.9%	-0.7%	3.7%	4.7%	-0.3%
2007	1.1%	0.9%	0.6%	-0.1%	0.5%	-0.1%	0.8%	0.2%	0.0%
2008	-1.0%	-1.1%	-0.8%	-3.0%	1.1%	1.0%	0.2%	2.5%	0.0%
2009	1.0%	0.4%	1.1%	-0.3%	1.8%	-0.1%	2.2%	2.7%	-0.1%
2010 ⁴	8.7%	-	-	-	6.5%	5.4%	6.7%	7.1%	-0.6%

Datenstand: 6.12.10

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 geschätzten Erhöhung der Prämien pro Altersgruppe für die ordentliche Franchise: vgl. T 3.01.

3) Quelle: BFS, Sektion Preise. Krankenversicherungsprämienindex (KVPI) [Medienmitteilung 12/10].

4) OKP: Schätzung; Quelle: Siehe 3). Siehe auch Beilage J (Schätzung, pro Versicherte Person).

T 9.14 Index der Krankenpflegekosten, der Krankenversicherungsausgaben der Versicherten sowie der Löhne ab 1996 (1996 = 100)

Jahr	Pflegekostenindex OKP ¹	Veränderung gegenüber Vorjahr	Gesundheitswesen Kostenindex ²	Veränderung gegenüber Vorjahr	Ausgaben der Versicherten in der OKP Index ³	Veränderung gegenüber Vorjahr	OKP-Prämien Index ⁶	Veränderung gegenüber Vorjahr	Kostenbeteiligung OKP Index ⁴	Veränderung gegenüber Vorjahr	BFS-Lohnindex ⁵ (nominal)	Veränderung gegenüber Vorjahr
1996	100.0	—	100.0	—	100.0	—	100.0	—	100.0	—	100.0	—
1997	105.4	5.4%	101.9	1.9%	107.8	7.8%	108.1	8.1%	105.9	5.9%	100.5	0.5%
1998	112.3	6.6%	105.9	3.9%	115.4	7.0%	114.0	5.4%	124.7	17.8%	101.2	0.7%
1999	116.7	3.9%	108.8	2.7%	118.2	2.5%	116.5	2.2%	129.8	4.1%	101.5	0.3%
2000	123.7	5.9%	112.7	3.6%	122.3	3.4%	120.2	3.2%	135.7	4.6%	102.8	1.3%
2001	130.3	5.3%	119.0	5.6%	126.8	3.7%	124.6	3.6%	141.7	4.4%	105.3	2.4%
2002	135.1	3.7%	122.3	2.7%	137.3	8.3%	135.8	9.0%	146.8	3.7%	107.2	1.8%
2003	141.1	4.5%	126.2	3.2%	148.6	8.3%	148.2	9.1%	151.3	3.0%	108.7	1.4%
2004	150.5	6.6%	129.8	2.9%	159.5	7.3%	158.7	7.0%	165.3	9.3%	109.7	0.9%
2005	158.9	5.6%	131.6	1.4%	163.2	2.3%	161.6	1.9%	173.6	5.0%	110.7	1.0%
2006	159.9	0.7%	132.4	0.6%	168.8	3.4%	167.8	3.8%	175.1	0.9%	112.0	1.2%
2007	166.2	3.9%	137.4	3.8%	171.1	1.4%	169.7	1.1%	180.4	3.0%	113.9	1.6%
2008	173.2	4.2%	143.8	4.6%	170.4	-0.4%	168.0	-1.0%	186.2	3.2%	116.2	2.0%
2009	178.1	2.9%	149.2	3.8%	172.2	1.0%	169.6	1.0%	189.1	1.6%	118.6	2.1%

Datenstand: 29.11.10

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. 2009: Schätzung [KOF, Medienmitteilung 11/10]

3) Quelle: T 9.15. OKP Ausgaben = Prämien + Kostenbeteiligung (berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen).

4) Quelle: T 2.02. Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

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 ¹) nach Versicherungsform ab 1999

Alle Versicherte	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1999	1'951	2'374	1'571	1'753	2'094	2.5%
2000	2'027	2'434	1'663	1'828	2'165	3.4%
2001	2'123	2'484	1'731	1'922	2'246	3.7%
2002	2'286	2'655	1'951	2'240	2'431	8.3%
2003	2'511	2'860	2'124	2'210	2'633	8.3%
2004	2'691	3'091	2'247	2'415	2'825	7.3%
2005	2'840	3'104	2'376	2'401	2'890	2.3%
2006	3'011	3'243	2'533	2'415	2'989	3.4%
2007	3'124	3'318	2'651	2'471	3'031	1.4%
2008	3'181	3'345	2'727	2'468	3'018	-0.4%
2009	3'243	3'382	2'806	2'596	3'049	1.0%

Datenstand : 24.8.10

Quelle: T 3.12 + 2.02

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe (Total)

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränd. gegenüber Vorjahr
1999	672	2.3%	1'815	1.7%	2'575	2.5%
2000	694	3.3%	1'808	-0.4%	2'662	3.4%
2001	728	4.9%	1'833	1.4%	2'775	4.2%
2002	787	8.2%	2'041	11.4%	2'989	7.7%
2003	853	8.3%	2'294	12.4%	3'213	7.5%
2004	893	4.7%	2'519	9.8%	3'431	6.8%
2005	898	0.6%	2'599	3.2%	3'506	2.2%
2006	921	2.5%	2'702	4.0%	3'630	3.5%
2007	924	0.3%	2'720	0.7%	3'671	1.1%
2008	901	-2.5%	2'712	-0.3%	3'651	-0.5%
2009	899	-0.2%	2'751	1.5%	3'668	0.5%

Datenstand : 24.8.10

Quelle: T 3.12 + 2.02

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

T 9.16 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage ab 1999

Jahr	Erkrankte ¹	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Einwei- sungen	Veränd. gegenüb. Vorjahr ²	Spitaltage	Veränd. gegenüb. Vorjahr ²
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%
2005	6'104'057	0.5%	1'219'455	1.9%	11'492'862	-2.2%
2006	6'139'775	0.6%	1'147'933	-5.9%	11'050'113	-3.9%
2007	6'170'950	0.5%	1'232'442	7.4%	11'706'006	5.9%
2008	6'246'788	1.2%	1'283'429	4.1%	11'789'734	0.7%
2009	6'463'073	3.5%	1'289'334	0.5%	11'966'875	1.5%

Datenstand : 24.8.10

1) Anzahl versicherte Personen, welche im Berichtsjahr mindestens einmal ambulante oder stationäre Kosten verursacht haben.
(2008: Unvollständige Daten - 79 Versicherer - geschätzte Werte)

2) Vor 1999 konnten nicht von allen Versicherern die Einweisungen und Tage in Pflegeheime(n) vollständig ausgeschieden werden. So ist 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

T 9.17 Taggeldversicherung KVG / VVG ab 1999 in Mio. Fr.

Jahr	Prämien			Total	Leistungen			Total
	KVG-Versicherer		Privat-versicherer Versicherung VVG ³		KVG-Versicherer		Privat-versicherer Versicherung VVG ³	
	freiwillige Versicherung KVG ¹	Versicherung VVG ²			freiwillige Versicherung KVG ¹	Versicherung VVG ²		
1999	462.9	442.7	1'337.8	1'337.8	412.1	385.2	1'077.5	1'077.5
2000	438.9	339.7	1'636.2	1'636.2	381.6	299.2	1'334.1	1'334.1
2001	398.7	248.4	1'850.8	2'497.8	352.0	201.9	1'595.2	2'149.0
2002	370.9	248.8	1'946.0	2'565.6	329.1	227.1	1'701.0	2'257.2
2003	354.1	295.5	2'059.8	2'709.4	309.9	266.9	1'821.8	2'398.6
2004	354.1	466.0	2'199.5	3'019.5	277.9	341.4	1'729.0	2'348.4
2005	340.1	497.8	2'145.0	2'982.9	251.1	268.0	1'547.5	2'066.6
2006	315.8	549.0	2'152.4	3'017.2	220.6	347.8	1'471.9	2'040.3
2007	299.3	544.4	2'152.2	2'995.8	207.7	361.8	1'413.6	1'983.1
2008	279.1	601.7	2'165.6	3'046.5	198.3	376.5	1'588.3	2'163.2
2009	267.0	613.9	2'277.3	3'158.2	197.2	416.7	1'765.9	2'379.8

Datenstand: 10.2.11

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)

3) Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (FINMA), Total der Tabelle AS03N [Ohne Unfallversicherung] - Total KVG Versicherer Versicherung VVG [Spalte 2].

(-> 2007: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), detaillierte Fassung der Tabelle AS03N. Ohne Unfallversicherung)

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

T 9.18 Krankenversicherung¹ (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 1999 in Mio. Fr.

Jahr	Prämien		Privat-versicherer ² Versicherung VVG	Total	Leistungen		Privat-versicherer ² Versicherung VVG	Total
	KVG-Versicherer				KVG-Versicherer			
	Grund-versicherung ⁴	Zusatzver-sicherung ³			Grund-versicherung ⁴	Zusatzver-sicherung ³		
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
2005	18'442.7	1'397.7	4'025.3	23'865.6	17'352.7	1'144.4	2'812.7	21'309.9
2006	19'234.9	1'384.1	4'199.1	24'818.0	17'563.9	1'083.3	2'891.1	21'538.3
2007	19'629.6	1'410.6	4'207.1	25'247.3	18'423.6	1'170.1	3'037.8	22'631.5
2008	19'621.4	1'412.5	4'509.5	25'543.4	19'431.5	1'241.4	3'128.1	23'800.9
2009	20'057.6	1'381.6	4'313.6	25'752.8	20'273.9	1'229.3	3'158.8	24'661.9

Datenstand: 10.2.11

1) Krankenpflegeversicherung ohne Taggeldversicherung.

2) Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (FINMA), Total der Tabelle AS03N [Ohne Unfallversicherung] - Total KVG Versicherer Versicherung VVG [Spalte 2].

(-> 2007: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), detaillierte Fassung der Tabelle AS03N. Ohne Unfallversicherung)

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

3) VVG Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer (Krankenkassen). 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 ab 1998

A. Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder in % des BIP

Land	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australien	7.8%	7.8%	8.0%	8.1%	8.4%	8.3%	8.5%	8.4%	8.5%	8.5%	-	-
Belgien	8.4%	8.9%	9.0%	9.1%	9.3%	10.4%	10.9%	10.6%	10.0%	10.8%	11.1%	-
Dänemark	8.3%	8.5%	8.3%	8.6%	8.8%	9.3%	9.5%	9.5%	9.6%	9.7%	-	-
Deutschland	10.2%	10.3%	10.3%	10.4%	10.6%	10.8%	10.6%	10.7%	10.5%	10.4%	10.5%	-
Finnland	7.4%	7.4%	7.2%	7.4%	7.8%	8.2%	8.2%	8.4%	8.4%	8.2%	8.4%	-
Frankreich	10.1%	10.1%	10.1%	10.2%	10.5%	10.9%	11.0%	11.1%	11.1%	11.0%	11.2%	-
Grossbritannien	6.7%	6.9%	7.0%	7.3%	7.6%	7.8%	8.0%	8.3%	8.5%	8.4%	8.7%	-
Italien	7.7%	7.8%	8.1%	8.2%	8.3%	8.3%	8.7%	8.9%	9.0%	8.7%	9.1%	9.5%
Japan	7.3%	7.5%	7.7%	7.9%	8.0%	8.1%	8.0%	8.2%	8.1%	8.1%	-	-
Niederlande	8.1%	8.1%	8.0%	8.3%	8.9%	9.8%	10.0%	9.8%	9.7%	9.7%	9.9%	-
Norwegen	9.3%	9.3%	8.4%	8.8%	9.8%	10.0%	9.7%	9.1%	8.6%	8.9%	8.5%	-
Österreich	10.0%	10.1%	9.9%	10.1%	10.1%	10.3%	10.4%	10.4%	10.3%	10.3%	10.5%	-
Schweden	8.2%	8.3%	8.2%	9.0%	9.3%	9.4%	9.2%	9.2%	9.1%	9.1%	9.4%	-
Spanien	7.3%	7.3%	7.2%	7.2%	7.3%	8.2%	8.2%	8.3%	8.4%	8.4%	9.0%	-
USA	13.4%	13.4%	13.4%	14.1%	14.8%	15.3%	15.4%	15.4%	15.5%	15.7%	16.0%	-
Schweiz * 1	10.1%	10.2%	10.2%	10.6%	10.9%	11.3%	11.3%	11.2%	10.8%	10.6%	10.7%	11.5%
* davon Kosten OKP 2	3.8%	3.8%	3.9%	4.0%	4.1%	4.3%	4.5%	4.6%	4.4%	4.3%	4.4%	4.6%

B. Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder in CHF pro Person 3

Land	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australien	2'317	2'633	2'920	2'780	2'898	3'158	3'582	3'948	4'192	4'770	-	-
Belgien	3'160	3'315	3'427	3'468	3'557	4'204	4'638	4'798	4'693	5'585	5'788	-
Dänemark	3'954	4'154	4'190	4'339	4'424	4'954	5'311	5'642	6'058	6'660	-	-
Deutschland	3'948	4'016	4'000	4'033	4'067	4'294	4'337	4'543	4'653	5'063	5'091	-
Finnland	2'690	2'799	2'861	3'003	3'167	3'455	3'669	3'955	4'122	4'582	4'625	-
Frankreich	3'603	3'683	3'717	3'779	3'905	4'260	4'490	4'770	4'949	5'401	5'396	-
Grossbritannien	2'430	2'652	2'991	3'076	3'203	3'298	3'632	3'907	4'287	4'710	4'145	-
Italien	2'388	2'462	2'614	2'716	2'780	2'935	3'169	3'408	3'550	3'727	3'829	3'712
Japan	3'222	3'902	4'777	4'323	3'822	3'617	3'597	3'635	3'449	3'339	-	-
Niederlande	2'997	3'153	3'237	3'494	3'761	4'358	4'604	4'832	5'021	5'555	5'696	-
Norwegen	4'572	4'988	5'333	5'633	6'463	6'666	6'741	7'427	7'816	8'825	8'721	-
Österreich	3'848	4'001	3'994	4'023	4'029	4'295	4'537	4'809	4'976	5'520	5'632	-
Schweden	3'386	3'594	3'853	3'837	4'040	4'408	4'528	4'643	4'907	5'412	5'269	-
Spanien	1'602	1'697	1'751	1'825	1'883	2'305	2'470	2'711	2'917	3'257	3'499	-
USA	6'142	6'675	7'947	8'539	8'506	7'901	7'683	8'204	8'665	8'742	8'141	-
Schweiz *	5'600	5'754	5'963	6'306	6'505	6'713	6'903	6'998	7'052	7'312	7'600	7'827
* davon Kosten OKP 2	2'053	2'128	2'249	2'369	2'453	2'560	2'726	2'871	2'899	3'005	3'137	3'216

Datenstand: 10.2.11

- 2009: Schätzung BAG. Quelle: Kosten T 9.01 / BIP BFS.
- nur die Kosten im Zusammenhang mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, also Bruttoleistungen (bezahlte Leistungen und Kostenbeteiligung) sowie Verwaltungskosten und Abschreibungen der KVG-Versicherer. Quelle: T 1.01 / BIP BFS.
- Umrechnung von US\$ in CHF mit dem Kurs des betrachteten Jahres.

Quelle : www.oecd.org et www.ecosante.org OECD Health Data 2010 Version: October 2010
 Topics > OECD > Series available > expenditure on health > total and current expenditure on health > total expenditure on health,
 % gross domestic product, /capita, national currency unit, /capita, US\$ exchange rate

T 9.20 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage

2009

Merkmal	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder ⁵	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Versicherte ¹	3'018'367	3'183'510	6'201'877	1'506'975	7'708'852	1.2%
Erkrankte ²	2'189'264	2'878'089	5'067'353	1'395'720	6'463'073	3.5%
Erkrankte je 100 Versicherte ²	72.5	90.4	81.7	92.6	83.8	2.2%
Einweisungen ³	515'799	690'869	1'206'668	82'666	1'289'334	0.5%
davon Mutterschaft	-	93'895	93'895	522	94'417	0.5%
Einweisungen je 100 Versicherte	17.1	21.7	19.5	5.5	16.7	-0.7%
Spitaltage ⁴	4'974'307	6'480'824	11'455'131	511'744	11'966'875	1.5%
davon Mutterschaft	-	528'472	528'472	2'837	531'309	2.2%
Spitaltage je 100 Versicherte	164.8	203.6	184.7	34.0	155.2	0.3%
Spitaltage je Einweisung	9.6	9.4	9.5	6.2	9.3	1.0%

Datenstand : 24.8.10

- 1) Durchschnittlicher Versichertenbestand.
- 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; dazu zählen Einweisungen in Spitäler zur kurzfristigen und zur langfristigen Behandlung körperlich Kranker sowie Einweisungen in psychiatrische Kliniken; nicht dazu zählen hingegen Einweisungen in Pflegeheime. Sobald zwischen zwei Spitalaufenthalten eine Lücke besteht, zählen diese als zwei Einweisungen.
- 4) Anzahl Spitaltage im Spital stationär; dazu zählen die Spitaltage in Spitälern zur kurzfristigen und zur langfristigen Behandlung körperlich Kranker sowie die Spitaltage in psychiatrischen Kliniken; nicht dazu zählen 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 1.12 & 3.7.1 & 3.7.2]

10: Risikoausgleich in der OKP

10.01	Risikoausgleich: Nettozahler und Nettoempfänger ab 1999	178
10.02	Risikoausgleich: Bruttoumverteilung und Nettoumverteilung ab 1999	179
10.03	Risikoausgleich pro Versicherten und Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht	180
10.04	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen (gemäss Definition des Risikoausgleiches)	181
10.05	Effektive Kosten nach Kantonen (gemäss Definition des Risikoausgleiches)	182

T 10.01 Risikoausgleich: Nettozahler und Nettoempfänger ab 1999

Ausgleichsjahr	Nettozahler ¹	Anteil am Total	Nettoempfänger ¹	Anteil am Total	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2005	65	76.5%	20	23.5%	85	-8.6%
2006	66	75.9%	21	24.1%	87	2.4%
2007	66	75.9%	21	24.1%	87	0.0%
2008	63	73.3%	23	26.7%	86	-1.1%
2009	59	72.0%	23	28.0%	82	-4.7%

Datenstand: 1.7.10

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 1999

Ausgleichsjahr	Bruttoumverteilung ¹		Nettoumverteilung ²			
	nach Geschlecht	Veränd. gegenüber Vorjahr	nach Alter	Veränd. gegenüber Vorjahr	zwischen Versicherern	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2005	1'249	1.3%	4'845	6.4%	1'202	8.9%
2006	1'281	2.5%	4'995	3.1%	1'236	2.9%
2007	1'328	3.7%	5'286	5.8%	1'323	7.0%
2008	1'414	6.4%	5'585	5.7%	1'445	9.2%
2009	1'467	3.7%	5'833	4.4%	1'561	8.1%

Datenstand: 1.7.10

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 Risikoausgleich¹ in Fr. pro Versicherten und Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht
2009

Altersgruppen	Männlich	Veränd. in Fr. gegenüber Vorjahr	Weiblich	Veränd. in Fr. gegenüber Vorjahr	Total	Veränd. in Fr. gegenüber Vorjahr
0 - 18	0	-	0	-	0	-
19 - 25	-199	-5	-153	-4	-176	-4
26 - 30	-193	-5	-106	-2	-150	-3
31 - 35	-182	-5	-77	-3	-130	-4
36 - 40	-165	-5	-87	-1	-126	-3
41 - 45	-145	-5	-91	-2	-118	-4
46 - 50	-116	-4	-67	-3	-91	-4
51 - 55	-70	-3	-27	-3	-49	-3
56 - 60	-11	-3	11	-2	0	-2
61 - 65	71	1	71	0	71	1
66 - 70	162	3	147	4	154	3
71 - 75	269	5	243	7	255	6
76 - 80	397	10	371	10	382	11
81 - 85	512	11	547	12	534	11
86 - 90	678	32	803	14	762	19
> 90	946	18	1'245	39	1'168	32

Datenstand: 1.7.10

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. Die Berechnung des Risikoausgleiches erfolgt nach Kantonen; hier sind die schweizerischen Durchschnittswerte wiedergegeben.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009, Bundesamt für Gesundheit

T 10.04 Durchschnittlicher Versichertenbestand ¹ nach Kantonen (gemäss Definition des Risikoausgleiches ²) 2009

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	davon Kinder männlich
ZH	245'471	531'268	558'600	1'089'867	1'335'337	126'254
BE	178'699	378'384	410'798	789'179	967'879	91'335
LU	76'045	144'256	151'326	295'582	371'627	38'915
UR	7'183	14'099	14'094	28'193	35'376	3'692
SZ	29'411	58'206	56'785	114'992	144'403	15'042
OW	7'361	13'907	13'971	27'877	35'238	3'711
NW	7'679	16'380	16'227	32'607	40'286	3'977
GL	7'462	15'214	15'714	30'926	38'388	3'880
ZG	21'466	44'488	44'389	88'877	110'343	10'929
FR	61'650	104'775	106'991	211'761	273'411	31'512
SO	47'945	100'718	105'339	206'058	254'003	24'672
BS	28'106	71'331	80'957	152'286	180'392	14'504
BL	49'541	107'671	114'690	222'358	271'899	25'338
SH	13'814	30'715	32'203	62'916	76'730	7'151
AR	10'818	21'079	21'638	42'715	53'533	5'701
AI	3'550	6'131	5'891	12'020	15'569	1'830
SG	97'733	184'581	191'220	375'799	473'532	49'861
GR	35'136	79'612	80'991	160'603	195'739	17'949
AG	118'715	238'985	243'469	482'454	601'168	61'136
TG	50'753	96'286	97'777	194'062	244'815	26'088
TI	58'258	127'697	141'339	269'033	327'292	29'832
VD	144'890	255'348	279'311	534'659	679'549	74'186
VS	60'491	121'864	126'617	248'479	308'970	31'140
NE	35'515	64'779	70'837	135'612	171'126	18'311
GE	87'996	154'927	172'789	327'714	415'711	45'017
JU	15'114	26'695	28'326	55'020	70'133	7'811
CH	1'500'802	3'009'396	3'182'289	6'191'649	7'692'449	769'774

Datenstand: 1.7.10

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand = Anzahl Versicherungsmonate dividiert durch 12.

2) Für den Risikoausgleich gelten im Vergleich zu den EF123-Formularen zum Teil unterschiedliche Regelungen in Bezug auf die Berücksichtigung einzelner Versichertengruppen. Aufgrund unterschiedlicher Definitionen kommt es zu Differenzen beim Versichertenbestand und bei den Kosten gegenüber den Angaben im Formular EF 123 der Versicherer (siehe Definition Versicherte in Tabelle 11.02, Fussnote 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 bzw. in Island oder Norwegen 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.

Seit 2007 werden Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen, vom massgebenden Versichertenbestand des Risikoausgleichs (Art. 4 Abs. 1 VORA) ausgenommen.

T 10.05 Effektive Kosten ¹ in Fr. nach Kantonen (gemäss Definition des Risikoausgleiches ²)
2009

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene
ZH	223'832'269	1'318'641'764	1'924'579'634	3'243'221'398	3'467'053'667
BE	132'447'144	1'070'340'030	1'551'226'276	2'621'566'306	2'754'013'450
LU	50'745'428	317'632'680	463'578'602	781'211'282	831'956'710
UR	4'538'669	31'024'009	41'000'880	72'024'889	76'563'558
SZ	23'811'642	126'982'404	169'941'783	296'924'187	320'735'829
OW	5'021'245	27'316'939	40'215'395	67'532'334	72'553'579
NW	4'906'106	31'594'713	43'553'713	75'148'426	80'054'532
GL	5'588'861	32'913'120	47'991'486	80'904'606	86'493'467
ZG	15'861'229	92'493'297	132'168'059	224'661'356	240'522'585
FR	49'597'166	253'071'919	361'818'176	614'890'095	664'487'261
SO	39'141'896	253'502'321	348'355'408	601'857'729	640'999'625
BS	30'969'756	244'947'691	388'402'305	633'349'996	664'319'752
BL	48'053'255	295'397'198	427'036'500	722'433'698	770'486'953
SH	10'082'684	73'651'254	105'444'375	179'095'629	189'178'313
AR	7'679'179	43'047'089	59'718'634	102'765'723	110'444'902
AI	2'042'017	11'206'728	13'938'020	25'144'748	27'186'765
SG	73'705'417	398'946'747	562'585'218	961'531'965	1'035'237'382
GR	29'124'008	174'130'674	246'449'571	420'580'245	449'704'253
AG	98'879'031	549'692'887	766'249'904	1'315'942'791	1'414'821'822
TG	39'637'369	212'932'118	292'737'946	505'670'064	545'307'433
TI	49'624'206	387'995'233	541'794'763	929'789'996	979'414'202
VD	142'995'622	726'302'292	1'118'385'480	1'844'687'772	1'987'683'394
VS	46'022'204	290'468'275	398'730'566	689'198'841	735'221'045
NE	29'259'809	170'387'522	262'887'397	433'274'919	462'534'728
GE	107'318'073	504'411'051	797'422'825	1'301'833'876	1'409'151'949
JU	12'685'424	72'031'581	105'975'709	178'007'290	190'692'714
CH	1'283'569'709	7'711'061'536	11'212'188'625	18'923'250'161	20'206'819'870

Datenstand: 1.7.10

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

2) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 10.04.

11: Versicherte in der OKP

11.01	Durchschnittlicher Versichertenbestand ab 1999	184
11.02	Versichertenbestand per 31.12. ab 1999	185
11.03	Versichertenbestand nach Wohnkanton per 31.12.	186
11.04	Versichertenbestand und Wohnbevölkerung ab 1999	187
11.05	Versichertenbestand per 31.12 nach Versicherungsform ab 1999	188
11.06	Versichertenbestand nach Versicherungsform per 31.12.	188
11.07	Aufteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ab 1999	189
11.08	Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Versicherte ab 19 Jahren	190
11.09	Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Kinder 0 - 18 Jahre	191
11.10	Versicherteneintritte KVG nach Alter und Geschlecht	192
11.11	Zahlungsausstände für OKP-Prämien ab 1999	192
11.12	Versichertenbestand nach Geschlecht am 1.1.	193
11.13	Durchschnittlicher Versichertenbestand KVG und Durchschnittsalter nach Geschlecht	194
11.14	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen	195
11.15	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersgruppen und Geschlecht	196
11.16	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherungsform	197
11.17	Anzahl Versicherte OKP nach Grösse der Versicherer ab 1999	198

T 11.01 Durchschnittlicher Versichertenbestand ¹ ab 1999

Jahr ²	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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%
2005	2'861'206	3'049'366	5'910'572	1'525'293	7'435'865	0.7%
2006	2'886'537	3'073'653	5'960'191	1'518'236	7'478'427	0.6%
2007	2'922'196	3'104'949	6'027'145	1'510'443	7'537'587	0.8%
2008	2'966'176	3'141'736	6'107'912	1'507'652	7'615'563	1.0%
2009	3'018'367	3'183'510	6'201'877	1'506'975	7'708'852	1.2%

Datenstand: 24.8.10

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 1999

Jahr ²	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder ¹	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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%
2005	2'858'735	3'042'765	5'901'500	1'556'975	7'458'475	0.5%
2006	2'887'156	3'068'025	5'955'181	1'552'364	7'507'545	0.7%
2007	2'927'022	3'102'846	6'029'868	1'547'264	7'577'132	0.9%
2008	2'977'802	3'143'748	6'121'550	1'548'061	7'669'611	1.2%
2009	3'021'437	3'181'817	6'203'254	1'545'668	7'748'922	1.0%

Datenstand: 24.8.10

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 (vgl. Fussnote 1 von Tabelle 11.03).

Quelle: T 11.03

T 11.03 Versichertenbestand nach Wohnkanton per 31.12.

2009

Kanton	Männer	Frauen	Kinder	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	533'891	559'624	254'148	1'347'663	1.3%
BE	381'035	410'835	184'188	976'058	0.5%
LU	145'130	151'291	78'105	374'526	1.2%
UR	14'143	14'034	7'346	35'523	0.4%
SZ	58'454	56'799	30'187	145'440	1.1%
OW	14'073	14'019	7'580	35'672	1.8%
NW	16'501	16'209	7'879	40'589	0.5%
GL	15'366	15'678	7'669	38'713	0.1%
ZG	44'665	44'431	22'076	111'172	0.5%
FR	103'771	106'746	63'254	273'771	1.7%
SO	101'237	105'282	49'228	255'747	0.6%
BS	69'531	79'349	28'357	177'237	0.7%
BL	107'175	114'151	50'945	272'271	0.6%
SH	29'825	31'652	14'021	75'498	0.5%
AR	21'188	21'560	11'051	53'799	0.2%
AI	6'188	5'872	3'645	15'705	0.9%
SG	185'333	190'928	100'342	476'603	0.7%
GR	80'307	81'444	36'031	197'781	0.8%
AG	238'620	243'479	122'090	604'189	1.4%
TG	95'968	97'317	51'996	245'281	1.3%
TI	128'091	141'208	60'184	329'483	0.9%
VD	258'038	280'389	150'031	688'458	1.5%
VS	123'243	127'438	62'744	313'425	1.4%
NE	65'113	70'800	36'638	172'551	0.6%
GE	154'972	171'805	89'599	416'376	0.8%
JU	26'678	28'254	15'537	70'469	0.3%
Schweiz	3'018'537	3'180'594	1'544'872	7'744'003	1.0%
Ausland ¹	2'900	1'223	796	4'919	30.6%
unbekannt	1	1	1	3	200.0%
Total	3'021'437	3'181'817	1'545'668	7'748'922	1.0%

Datenstand: 24.8.10

1) Personen mit Wohnort im Ausland gemäss Artikel 4 KVV (Entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen) und 5 KVV (Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland) mit Ausnahme derjenigen Personen, die in einem EU oder EFTA Staat wohnen und gestützt auf das Freizügigkeitsabkommen oder das EFTA-Abkommen der schweizerischen Versicherung unterstellt sind (Art. 1 Abs. 2 Bst. d und e KVV).

Quelle: Formular EF3 [T 3.2]

T 11.04 Versichertenbestand und Wohnbevölkerung ab 1999

Jahr	Durchschnittlicher Versichertenbestand EF ¹	Durchschnittlicher Versichertenbestand CDR ²	Versichertenbestand per 31.12 EF ³	Mittlere Wohnbevölkerung BFS ⁴
1999	7'270'522	7'248'704	7'266'534	7'166'738
2000	7'265'113	7'262'247	7'268'111	7'209'042
2001	7'301'050	7'296'059	7'321'287	7'260'339
2002	7'344'632	7'341'111	7'359'365	7'347'770
2003	7'372'505	7'377'772	7'393'188	7'405'051
2004	7'383'574	7'411'732	7'419'974	7'454'112
2005	7'435'865	7'444'739	7'458'475	7'501'255
2006	7'478'427	7'488'730	7'507'545	7'557'609
2007	7'537'587	7'517'067	7'577'132	7'618'599
2008	7'615'563	7'602'868	7'669'611	7'711'056
2009	7'708'852	7'692'449	7'748'922	7'801'278

Datenstand: 24.8.10

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand im Formular EF123 der Versicherer : Stand aller Monate zusammengezählt und geteilt durch 12.

2) Für den Risikoausgleich gelten im Vergleich zu den EF123-Formularen zum Teil unterschiedliche Regelungen in Bezug auf die Berücksichtigung einzelner Versichertengruppen. Aufgrund unterschiedlicher Definitionen kommt es zu Differenzen beim Versichertenbestand gegenüber den Angaben im Formular EF123 der Versicherer.

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 bzw. in Island oder Norwegen 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.

Mit der Änderung vom 16. Dezember 2005 des Asylgesetzes vom 26. Juni 1998 (Artikel 82a Asylgesetz) sowie des KVG (Artikel 105a) wurden Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen, vom massgebenden Versichertenbestand des Risikoausgleichs (Art. 4 Abs. 1 VORA) ausgenommen. Die Änderung ist per 1. Januar 2007 in Kraft getreten. In den Daten des Jahres 2007 sind diese Versicherten somit erstmals nicht berücksichtigt. Diese Änderung gilt nicht für anerkannte Flüchtlinge (Personen mit positivem Asylentscheid) sowie für "Sans-Papiers".

3) Versichertenbestand per 31.12. im Formular EF123 der Versicherer.

4) Durchschnittliche Wohnbevölkerung in einem bestimmten Gebiet nach wirtschaftlichem Wohnsitz.

Quelle: T 11.01, Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG, T 11.02, T 9.10

T 11.05 Versichertenbestand per 31.12. nach Versicherungsform ¹ ab 1999

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2005	3'605'578	2'939'073	7'711	906'113	7'458'475	0.5%
2006	3'356'090	2'787'429	7'220	1'356'806	7'507'545	0.7%
2007	3'149'431	2'579'751	6'903	1'841'047	7'577'132	0.9%
2008	2'968'164	2'394'419	6'557	2'300'471	7'669'611	1.2%
2009	2'724'152	2'160'200	6'148	2'858'422	7'748'922	1.0%

Datenstand: 24.8.10

1) Ab 2006, vgl. Fussnote 1) von Tabelle 11.06.

Quelle: T 11.06

T 11.06 Versichertenbestand nach Versicherungsform ¹ per 31.12.

2009

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	824'743	1'071'641	827'769	2'724'152	35.2%	-8.2%
Wählbare Jahresfranchisen	1'086'326	972'439	101'435	2'160'200	27.9%	-9.8%
BONUS-Versicherung	3'982	2'118	48	6'148	0.1%	-6.2%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO) *	1'106'386	1'135'619	616'416	2'858'422	36.9%	24.3%
<i>* davon Versicherte, die gleichzeitig eine wählbare Franchise haben</i>	-	-	-	1'419'478	18.3%	-
Total	3'021'437	3'181'817	1'545'668	7'748'922	100.0%	1.0%

Datenstand: 24.8.10

1) Für die Zuteilung der Versicherten zu den Versicherungsformen ist die Versicherungsform (Hausarztmodell, HMO...) bei der Kategorie „Eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers“ massgebend, auch wenn die Versicherung in Kombination mit einer ordentlichen/wählbaren Franchise abgeschlossen wurde.

Quelle: Formular EF3 [T3.3]

T 11.07 Verteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ab 1999

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
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%
2005	48.3%	39.4%	0.1%	12.1%	100.0%
2006	44.7%	37.1%	0.1%	18.1%	100.0%
2007	41.6%	34.0%	0.1%	24.3%	100.0%
2008	38.7%	31.2%	0.1%	30.0%	100.0%
2009	35.2%	27.9%	0.1%	36.9%	100.0%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 11.05

T 11.08 Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Erwachsene ab 19 Jahren

Kanton	Standardmodell ¹										Bonus Versicherung				Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)				Total
	Ordentliche Franchise (300 Fr.)	Wählbare Franchise I (500 Fr.)	Wählbare Franchise II (1000 Fr.)	Wählbare Franchise III (1500 Fr.)	Wählbare Franchise IV (2000 Fr.)	Wählbare Franchise V (2500 Fr.)	Wählbare Franchise VI (-)	Wählbare Franchisen I -> VI	Versicherte mit ordentlicher Franchise	Versicherte mit wählbarer Franchise	Total *	* davon Versicherte mit HMO-Modell	* davon Versicherte mit Hausarztmodell	Total					
ZH	33.3%	12.8%	2.4%	9.0%	1.4%	9.8%	-	35.4%	0.1%	10.4%	20.8%	31.2%	4.8%	18.0%	100.0%				
BE	23.3%	15.6%	2.3%	7.4%	1.2%	7.4%	-	34.1%	0.1%	14.2%	28.3%	42.5%	2.4%	16.9%	100.0%				
LU	31.4%	7.3%	1.6%	6.7%	0.8%	4.9%	-	21.2%	0.1%	21.2%	26.1%	47.3%	7.1%	33.3%	100.0%				
UR	28.5%	11.5%	1.9%	8.1%	0.9%	4.3%	-	26.7%	0.1%	16.9%	27.8%	44.6%	2.7%	27.2%	100.0%				
SZ	33.7%	11.3%	2.2%	9.7%	1.1%	6.7%	-	31.0%	0.1%	12.8%	22.4%	35.2%	1.2%	27.4%	100.0%				
OW	27.2%	10.4%	1.7%	6.4%	0.6%	3.9%	-	23.2%	0.1%	22.5%	26.9%	49.5%	0.2%	41.2%	100.0%				
NW	33.5%	9.9%	2.1%	7.9%	0.9%	5.0%	-	25.9%	0.2%	18.2%	22.2%	40.5%	0.5%	30.5%	100.0%				
GL	41.3%	11.7%	2.8%	11.1%	2.2%	4.9%	-	32.8%	0.2%	10.0%	15.8%	25.8%	0.0%	17.6%	100.0%				
ZG	34.6%	11.7%	2.5%	9.4%	1.4%	7.1%	-	32.0%	0.2%	12.6%	20.6%	33.2%	5.3%	20.7%	100.0%				
FR	29.8%	20.3%	2.6%	9.4%	2.6%	4.5%	-	39.3%	0.1%	9.5%	21.5%	31.0%	0.2%	18.5%	100.0%				
SO	32.9%	16.5%	2.4%	8.4%	1.4%	5.6%	-	34.5%	0.1%	10.2%	22.4%	32.5%	0.5%	20.4%	100.0%				
BS	37.3%	11.2%	2.0%	9.1%	0.8%	7.9%	-	31.1%	0.1%	12.0%	19.5%	31.5%	14.2%	11.6%	100.0%				
BL	31.3%	14.5%	2.4%	9.5%	1.4%	8.1%	-	35.9%	0.1%	11.6%	21.1%	32.7%	1.6%	22.2%	100.0%				
SH	28.9%	11.9%	2.2%	7.7%	2.0%	6.7%	-	30.6%	0.1%	16.2%	24.1%	40.3%	0.0%	31.1%	100.0%				
AR	34.9%	9.5%	2.6%	7.6%	1.0%	5.5%	-	26.1%	0.1%	13.5%	25.4%	38.9%	4.7%	25.9%	100.0%				
AI	34.3%	8.7%	2.0%	7.2%	0.8%	4.0%	-	22.7%	0.1%	14.3%	28.5%	42.8%	0.3%	36.4%	100.0%				
SG	29.8%	8.0%	1.9%	6.7%	0.8%	5.0%	-	22.4%	0.1%	18.6%	29.1%	47.7%	7.2%	32.4%	100.0%				
GR	45.7%	7.0%	2.1%	8.4%	1.0%	5.2%	-	23.8%	0.1%	15.0%	15.4%	30.5%	0.1%	24.1%	100.0%				
AG	33.5%	10.1%	2.3%	8.4%	1.2%	5.9%	-	27.9%	0.1%	16.9%	21.6%	38.5%	2.6%	29.0%	100.0%				
TG	27.1%	8.0%	2.0%	8.5%	1.2%	6.6%	-	26.3%	0.1%	17.0%	29.5%	46.5%	3.3%	36.3%	100.0%				
TI	30.6%	17.0%	1.6%	8.8%	0.6%	10.9%	-	38.9%	0.1%	9.3%	21.2%	30.4%	0.1%	16.5%	100.0%				
VD	24.5%	19.8%	3.0%	10.0%	1.0%	11.1%	-	44.8%	0.0%	8.0%	22.6%	30.7%	0.2%	14.3%	100.0%				
VS	45.4%	19.3%	2.2%	7.0%	1.4%	4.4%	-	34.4%	0.0%	8.3%	12.0%	20.2%	0.0%	12.4%	100.0%				
NE	28.8%	17.1%	1.9%	7.5%	0.8%	10.3%	-	37.5%	0.0%	9.0%	24.7%	33.7%	0.0%	22.9%	100.0%				
GE	31.2%	21.3%	2.4%	8.6%	0.6%	8.7%	-	41.6%	0.0%	7.2%	20.0%	27.2%	8.4%	9.9%	100.0%				
JU	27.4%	18.4%	2.2%	12.6%	1.4%	10.0%	-	44.4%	0.1%	7.9%	20.2%	28.1%	0.0%	20.6%	100.0%				
Ausland ²	78.0%	3.7%	2.1%	4.1%	0.5%	8.6%	-	19.0%	0.0%	1.3%	1.8%	3.0%	0.0%	2.0%	100.0%				
CH	31.1%	14.0%	2.3%	8.4%	1.2%	7.7%	-	33.5%	0.1%	12.5%	22.8%	35.3%	3.3%	20.9%	100.0%				

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.24] (vollständige Daten) (-> 2008: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG])

1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsart erfolgt derart, dass die Versicherten der Kategorie "andere Versicherungsformen" (HMO, Hausarztmodell,...) zugewiesen werden, falls sie eine Kombination dieser Form mit ordentlicher/wählbarer Franchise aufweisen.

2) 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 (vgl. Fussnote 1 von Tabelle 11.03).

T 11.09 Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Kinder 0 - 18 Jahre

Kanton	Standardmodell ¹										Bonus Versicherung				Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)			
	Ordentliche Franchise (0 Fr.)	Wählbare Franchise I (100 Fr.)	Wählbare Franchise II (200 Fr.)	Wählbare Franchise III (300 Fr.)	Wählbare Franchise IV (400 Fr.)	Wählbare Franchise V (500 Fr.)	Wählbare Franchise VI (600 Fr.)	Wählbare Franchisen I->VI	Versicherte mit ordentlicher Franchise	Versicherte mit wählbarer Franchise	Total *	* davon Versicherte mit HMO-Modell	* davon Versicherte mit Hausarztmodell	Total				
ZH	60.3%	0.2%	1.5%	0.6%	1.1%	1.4%	0.6%	4.9%	0.0%	31.5%	2.7%	34.2%	4.1%	18.4%	100.0%			
BE	48.6%	0.1%	1.9%	0.4%	1.2%	1.5%	0.6%	5.2%	0.0%	41.0%	4.6%	45.6%	1.5%	14.8%	100.0%			
LU	42.1%	0.1%	0.4%	0.3%	2.0%	0.6%	0.4%	3.3%	0.0%	46.3%	8.0%	54.2%	3.8%	24.0%	100.0%			
UR	38.9%	0.1%	0.5%	1.1%	5.2%	0.5%	0.4%	7.4%	0.0%	47.0%	6.2%	53.2%	1.0%	16.3%	100.0%			
SZ	50.2%	0.1%	0.8%	0.4%	3.6%	0.8%	0.5%	5.7%	0.0%	38.3%	5.3%	43.6%	0.5%	23.5%	100.0%			
OW	36.0%	0.1%	0.5%	0.4%	1.0%	0.4%	0.2%	2.3%	0.0%	56.6%	4.9%	61.5%	0.1%	32.8%	100.0%			
NW	42.9%	0.1%	0.6%	0.4%	2.5%	0.3%	0.4%	3.9%	0.0%	46.2%	6.5%	52.8%	0.2%	19.4%	100.0%			
GL	59.0%	0.1%	0.8%	1.3%	2.5%	0.5%	2.0%	5.2%	0.0%	30.8%	2.9%	33.8%	0.0%	18.7%	100.0%			
ZG	55.5%	0.1%	1.2%	0.4%	2.1%	1.0%	0.4%	4.8%	0.0%	35.6%	3.7%	39.3%	4.7%	15.3%	100.0%			
FR	57.7%	0.2%	2.7%	0.9%	1.5%	1.0%	0.7%	6.2%	0.0%	32.0%	3.4%	35.4%	0.4%	17.8%	100.0%			
SO	56.0%	0.2%	1.3%	0.5%	1.5%	0.8%	0.7%	4.3%	0.0%	34.7%	4.4%	39.1%	0.4%	20.4%	100.0%			
BS	56.9%	0.2%	2.3%	0.5%	2.1%	0.8%	1.3%	5.9%	0.0%	32.2%	3.6%	35.9%	15.0%	12.1%	100.0%			
BL	54.4%	0.1%	1.7%	0.5%	2.0%	1.5%	1.2%	5.8%	0.0%	34.2%	4.3%	38.6%	1.5%	21.6%	100.0%			
SH	51.7%	0.1%	0.9%	0.3%	1.7%	1.3%	0.5%	4.3%	0.0%	39.2%	4.3%	43.5%	0.1%	27.5%	100.0%			
AR	50.0%	0.1%	0.5%	0.8%	1.1%	1.0%	0.3%	3.5%	0.0%	41.6%	4.7%	46.3%	3.5%	29.5%	100.0%			
AI	42.4%	0.1%	0.3%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	1.9%	0.0%	49.9%	5.4%	55.4%	0.1%	45.6%	100.0%			
SG	43.2%	0.1%	0.6%	0.3%	1.9%	0.7%	0.5%	3.5%	0.0%	46.9%	5.9%	52.8%	8.6%	29.5%	100.0%			
GR	59.4%	0.1%	0.6%	0.2%	0.7%	0.7%	0.8%	2.4%	0.0%	35.2%	2.2%	37.4%	0.1%	26.6%	100.0%			
AG	58.9%	0.2%	1.1%	0.4%	1.0%	1.1%	0.4%	3.8%	0.0%	33.7%	3.2%	36.9%	3.3%	16.4%	100.0%			
TG	43.8%	0.1%	0.7%	0.4%	1.7%	1.5%	1.1%	4.4%	0.0%	44.3%	6.4%	50.7%	4.6%	33.0%	100.0%			
TI	58.0%	0.2%	2.9%	0.5%	1.7%	1.1%	1.5%	6.4%	0.0%	29.5%	4.5%	34.0%	0.0%	15.8%	100.0%			
VD	51.1%	0.7%	5.0%	1.9%	3.0%	1.5%	2.4%	12.2%	0.0%	26.9%	7.4%	34.3%	0.2%	14.3%	100.0%			
VS	70.2%	0.4%	4.3%	0.7%	1.0%	0.6%	0.7%	7.1%	0.0%	20.1%	1.9%	22.1%	1.1%	9.8%	100.0%			
NE	54.0%	0.3%	2.5%	1.0%	2.1%	1.4%	1.7%	7.3%	0.0%	32.2%	4.8%	37.0%	0.0%	23.4%	100.0%			
GE	64.9%	0.7%	4.0%	1.3%	2.0%	0.6%	1.3%	8.7%	0.0%	22.4%	2.7%	25.1%	7.6%	6.6%	100.0%			
JU	52.2%	0.3%	2.2%	2.0%	3.5%	0.7%	3.2%	8.6%	0.0%	31.1%	4.9%	36.0%	0.0%	21.2%	100.0%			
Ausland ²	85.5%	0.3%	1.4%	1.6%	1.1%	2.5%	2.0%	6.8%	0.0%	4.8%	0.8%	5.7%	0.0%	3.8%	100.0%			
CH	54.4%	0.2%	2.1%	0.7%	1.7%	1.1%	1.0%	5.8%	0.0%	34.4%	4.4%	38.9%	3.0%	18.5%	100.0%			

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 (T 3.23)

1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsart erfolgt derart, dass die Versicherten der Kategorie „andere Versicherungsformen“ (HMO, Hausarztmodell,...) zugewiesen werden, falls sie eine Kombination dieser Form mit ordentlicher/wählbarer Franchise aufweisen.

2) Personen mit Wohnsitz oder Aufenthaltsort im Ausland gemäss Art. 4 und 5 KVY, aber ohne Versicherte, die dem Versicherungsobligatorium unterstehen und in einem EU- oder EFTA-Staat Wohnsitz haben (vgl. Fussnote 1 von Tabelle 11.03).

T 11.10 Versicherteneintritte KVG nach Alter und Geschlecht

2009

Alter	männlich	weiblich	Total	Anteil in % am Total	In % des durchschnittlichen Versichertenbestandes
Kinder	132'491	141'072	273'563	28.4%	18.2%
Junge Erwachsene	57'661	55'473	113'134	11.8%	17.3%
Erwachsene	293'715	281'472	575'187	59.8%	10.4%
Total	483'867	478'017	961'884	100.0%	12.5%
<i>davon Neugeborene</i>	<i>38'686</i>	<i>36'687</i>	<i>75'373</i>	<i>7.8%</i>	<i>1.0%</i>

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [3.8.3] & T 11.13

T 11.11 Zahlungsausstände für OKP-Prämien ab 1999

Jahr	Versicherte mit Betreuung ¹	Prämienvolumen pro Betreuung in Franken ²	Versicherte mit sistierten Leistungen ³	Prämienvolumen pro Versicherten mit sistierten Leistungen in Franken ⁴
1999	-	-	-	-
2000	-	-	-	-
2001	-	-	-	-
2002	-	-	-	-
2003	-	-	-	-
2004	-	-	-	-
2005	333'989	1'660	22'830	2'667
2006	421'280	1'558	89'081	1'979
2007	379'340	1'590	89'884	1'754
2008	366'771	1'578	93'001	1'869
2009	362'663	1'612	134'413	2'045

Datenstand: 24.8.10

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. Daten teilweise unvollständig (siehe Punkt 2).
- 2) Schätzungen aufgrund der Versicherer, die vollständige Angaben <= 0 geliefert haben (Versicherer: 2005->2009: 70-75-82-79-75).
- 3) „Versicherte mit sistierten Leistungen“ sind Versicherte für die ein Leistungsstopp verhängt wurde, weil sie ihre Prämien nicht bezahlt haben. Angegeben ist auch das Total der ausstehenden Prämien dieser Versicherten in Franken. Personen, die Militärdienst leisten und deshalb sistiert wurden, sind in dieser Tabelle nicht aufzuführen. Daten teilweise unvollständig (siehe Punkt 4).
- 4) Schätzungen aufgrund der Versicherer, die vollständige Angaben <= 0 geliefert haben (Versicherer: 2005->2009: 22-50-56-53-57).

T 11.12 Versichertenbestand KVG nach Geschlecht am 1.1.2010

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	751'680	718'586	1'470'267	18.9%
Junge Erwachsene	336'829	327'142	663'971	8.5%
Erwachsene	2'745'473	2'903'848	5'649'320	72.6%
Total	3'833'982	3'949'576	7'783'558	100.0%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.8.2]

T 11.13 Durchschnittlicher Versichertenbestand ¹ und Durchschnittsalter für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 29 KVV

2009

A. KVG-Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz und mit schweizerischer Prämie (inkl. Versicherte gemäss Art. 4 und 5 KVV) ²

Alter	männlich	weiblich	Total	Anteil in % am Total
Kinder	773'217	733'757	1'506'974	19.5%
Junge Erwachsene	330'121	322'082	652'204	8.5%
Erwachsene	2'688'245	2'861'427	5'549'671	72.0%
Total	3'791'583	3'917'266	7'708'849	100.0%
Durchschnittsalter	39.50	41.90	40.72	-
<i>davon gestorben</i>	<i>29'428</i>	<i>31'665</i>	<i>61'093</i>	<i>0.8%</i>

B. KVG-Versicherte mit Wohnsitz in einem EG-Staat, in Island oder in Norwegen, inklusive Grenzgänger ³

	Männer	Frauen	Kinder	Total
Total	15'456	9'825	3'425	28'707

C. KVG-Versicherte mit Wohnsitz in einem EG-Staat, in Island oder in Norwegen, nur Grenzgänger ⁴

	Männer	Frauen	Kinder	Total
Total	12'541	7'057	3'140	22'738

Datenstand: 24.8.10

1) Durchschnittsbestand = Stand aller Monate zusammengezählt und geteilt durch 12.

2) Versichertenbestand per 31.12: siehe T 11.02.

3) Betriebsrechnung: siehe T 1.07.

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

Quelle: A: Formular EF3 [T 3.1 & 3.8.1 & 3.8.4] / B: Formular EF1 [1.12 D] / C: Formular EF1 [1.12 E]

T 11.14 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen

2009

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	247'572	104'248	988'771	1'340'591	1.8%
BE	179'689	80'673	711'296	971'658	1.0%
LU	76'278	34'905	261'849	373'032	1.6%
UR	7'191	3'311	24'966	35'468	0.9%
SZ	29'477	12'784	102'455	144'716	1.6%
OW	7'366	3'397	24'578	35'341	1.7%
NW	7'697	3'539	29'250	40'486	1.2%
GL	7'497	3'719	27'420	38'635	0.8%
ZG	21'549	8'683	80'600	110'832	1.3%
FR	61'495	23'854	186'101	271'450	1.5%
SO	48'187	22'730	184'076	254'993	1.0%
BS	27'689	13'039	136'052	176'780	-1.3%
BL	49'648	21'760	199'956	271'364	0.5%
SH	13'743	6'796	54'838	75'377	-0.9%
AR	10'834	4'898	38'012	53'745	0.7%
AI	3'564	1'609	10'489	15'663	1.4%
SG	98'088	46'455	330'821	475'364	1.2%
GR	35'224	18'745	142'279	196'249	1.0%
AG	119'033	53'070	428'472	600'574	1.5%
TG	50'727	23'218	170'048	243'993	0.9%
TI	58'567	23'227	246'286	328'080	1.3%
VD	146'065	55'863	481'814	683'742	2.4%
VS	61'033	28'255	221'471	310'759	2.0%
NE	35'766	14'591	121'751	172'107	1.4%
GE	87'466	32'370	294'128	413'965	0.9%
JU	15'164	6'129	48'997	70'291	0.7%
Ausland ¹	364	340	2'889	3'593	-
unbekannt	0	0	0	0	-
CH	1'506'974	652'207	5'549'667	7'708'848	1.2%

Datenstand: 24.8.10

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

Quelle: Formular EF3 [T 3.12] (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

T 11.15 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersgruppen und Geschlecht

2009

Altersgruppen	Männlich	in % des Totals Männlich	Weiblich	in % des Totals Weiblich	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
0 – 5	217'994	5.7%	206'639	5.3%	424'633	-
6 – 10	199'022	5.2%	188'947	4.8%	387'969	-
11 – 15	216'644	5.7%	205'885	5.3%	422'529	-
16 – 18	139'556	3.7%	132'286	3.4%	271'842	-
Total 0 – 18	773'217	20.4%	733'757	18.7%	1'506'974	0.4%
19 – 20	93'075	2.5%	89'866	2.3%	182'940	-
21 – 25	237'047	6.3%	232'217	5.9%	469'263	-
Total 19 – 25	330'121	8.7%	322'082	8.2%	652'204	3.5%
26 – 30	258'373	6.8%	253'567	6.5%	511'940	2.9%
31 – 35	260'917	6.9%	259'505	6.6%	520'422	1.2%
36 – 40	288'967	7.6%	288'254	7.4%	577'221	-1.8%
41 – 45	327'050	8.6%	321'642	8.2%	648'692	-0.2%
46 – 50	309'503	8.2%	303'433	7.7%	612'936	3.2%
51 – 55	267'953	7.1%	261'818	6.7%	529'771	2.6%
56 – 60	234'845	6.2%	236'341	6.0%	471'186	-0.1%
61 – 65	220'210	5.8%	226'520	5.8%	446'730	1.7%
66 – 70	171'291	4.5%	188'529	4.8%	359'820	4.4%
71 – 75	132'135	3.5%	158'975	4.1%	291'109	1.2%
76 – 80	102'603	2.7%	141'850	3.6%	244'453	1.3%
81 – 85	67'422	1.8%	113'648	2.9%	181'070	1.5%
86 – 90	34'748	0.9%	72'001	1.8%	106'749	5.1%
91 – 95	10'110	0.3%	27'228	0.7%	37'338	-
96 – 100	1'984	0.1%	7'296	0.2%	9'280	-
> 100	135	0.0%	818	0.0%	954	-
Total > 25	2'688'245	70.9%	2'861'427	73.0%	5'549'671	1.4%
Unbekannt	0	0.0%	0	0.0%	0	-
Total	3'791'583	100.0%	3'917'266	100.0%	7'708'849	1.2%

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.11] (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

T 11.16 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherungsform

2009

Versicherungsart ¹		Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (ab 26 Jahre)	Total *	* davon Versicherte mit Unfalldeckung KVG	* davon junge Erwachsene und Erwachsene
Standardmodell mit ordentlicher Jahresfranchise	F O (0 / 300) ²	819'202	210'100	1'718'625	2'747'927	1'873'285	1'928'725
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500) ²	3'632	40'057	829'303	872'992	505'702	869'360
	F II (200 / 1000) ²	31'057	16'363	124'917	172'336	93'068	141'279
	F III (300 / 1500) ²	10'660	46'117	476'672	533'449	217'298	522'789
	F IV (400 / 2000) ²	25'641	7'572	64'773	97'986	80'674	72'345
	F V (500 / 2500) ²	16'780	45'346	429'345	491'471	205'816	474'691
	F VI (600 / -) ²	14'332	-	-	14'332	27'104	-
	Total	102'101	155'455	1'925'010	2'182'566	1'129'662	2'080'465
BONUS-Versicherung		49	222	5'886	6'157	3'312	6'108
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)	F O (0 / 300) ²	525'860	114'683	682'338	1'322'881	850'968	797'021
	F I (100 / 500) ²	2'025	36'102	334'468	372'594	180'892	370'570
	F II (200 / 1000) ²	11'596	29'390	127'493	168'479	64'148	156'883
	F III (300 / 1500) ²	9'177	70'949	432'007	512'134	150'613	502'957
	F IV (400 / 2000) ²	20'979	12'222	102'657	135'858	90'833	114'879
	F V (500 / 2500) ²	7'344	23'085	221'182	251'611	89'801	244'267
	F VI (600 / -) ²	8'641	-	-	8'641	20'176	-
	Total *	585'622	286'431	1'900'146	2'772'198	1'447'431	2'186'577
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	46'096	26'335	181'182	253'613	121'985	207'517
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	338'428	155'737	1'114'217	1'608'382	862'835	1'269'955
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	59'762	171'748	1'217'807	1'449'317	596'463	1'389'555
Alle ³		1'506'974	652'208	5'549'667	7'708'849	4'453'690	6'201'875

Datenstand: 24.8.10

Quelle: Formular EF3 [T 3.13]

- Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsart erfolgt derart, dass die Versicherten der Kategorie „andere Versicherungsformen“ (HMO, Hausarztmodell...) zugewiesen werden, falls sie eine Kombination dieser Form mit ordentlicher/wählbarer Franchise aufweisen.
- Franchisenstufen (Kinder / Erwachsene)
Kinder: ordentliche Franchise F O: 0.- ; wählbare Franchisen F I -> F VI: 100.- 200.- 300.- 400.- 500.- 600.-
Erwachsene ab 19 Jahre: ordentliche Franchise F O: 300.- ; wählbare Franchisen F I -> F V: 500.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.-
- Inkl. 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 (vgl. Fussnote 1 von Tabelle 11.03).

T 11.17 Anzahl Versicherte OKP nach Grösse der Versicherer ab 1999

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 (in %)	Total (Durchschnittlicher Versichertenbestand)
1999	1.2%	1.2%	7.0%	7.6%	36.1%	47.0%	100.0%	7'270'524
2000	1.1%	1.2%	6.8%	8.7%	36.4%	45.8%	100.0%	7'265'113
2001	1.0%	0.8%	7.1%	8.5%	38.8%	43.8%	100.0%	7'301'050
2002	0.7%	0.8%	8.3%	8.7%	46.5%	35.0%	100.0%	7'344'636
2003	0.7%	0.9%	9.1%	9.2%	39.4%	40.7%	100.0%	7'372'519
2004	0.8%	1.0%	8.4%	8.7%	40.6%	40.5%	100.0%	7'383'608
2005	0.7%	1.3%	6.2%	7.7%	44.8%	39.5%	100.0%	7'435'865
2006	0.7%	1.4%	6.2%	6.5%	46.6%	38.7%	100.0%	7'478'427
2007	0.7%	1.2%	6.7%	7.5%	46.1%	37.7%	100.0%	7'537'587
2008	0.7%	1.3%	6.0%	8.6%	47.2%	36.2%	100.0%	7'615'563
2009	0.6%	1.0%	6.2%	8.0%	49.6%	34.6%	100.0%	7'708'852

Datenstand: 24.8.10

Quelle: T 5.01

Beilagen B

Beilage B: Übergangsschlüssel Tabellen T 2008 -> 2009 / 2009 -> 2008

Publikation 2008	Publikation 2009	Publikation 2008	Publikation 2009	Publikation 2009	Publikation 2008	Publikation 2009	Publikation 2008
1.01	1.01	6.06	6.06	1.01	1.01	6.04	6.04
1.02	1.02	7.01	7.01	1.02	1.02	6.05	6.05
1.03	1.03	7.02	7.02	1.03	1.03	6.06	6.06
1.04	1.04	7.03	7.03	1.04	1.04	7.01	7.01
1.05	1.05	7.04	7.04	1.05	1.05	7.02	7.02
1.06	1.06	7.05	7.05	1.06	1.06	7.03	7.03
1.07	1.07	8.01	8.01	1.07	1.07	7.04	7.04
1.08	1.08	8.02	8.02	1.08	1.08	7.05	7.05
1.09	1.09	8.03	8.03	1.09	1.09	8.01	8.01
1.10	1.10	8.04	8.04	1.10	1.10	8.02	8.02
1.11	1.11	8.05	8.05	1.11	1.11	8.03	8.03 & 8.13
1.12	1.12	8.06	8.06	1.12	1.12	8.04	8.04
1.13	1.13	8.07	8.07	1.13	1.13	8.05	8.05
1.14	-	8.08	8.08	2.01	2.01	8.06	8.06
1.15	-	8.09	8.09	2.02	2.02	8.07	8.07
2.01	2.01	8.10	8.10	2.03	2.03	8.08	8.08
2.02	2.02	8.11	8.11	2.04	*	2.04	8.09
2.03	2.03	8.12	8.12	2.05	*	2.05	8.10
2.04	2.04	8.13	8.03	2.06		2.06	8.11
2.05	2.05	9.01	9.01	2.07	*	2.07	8.12
2.06	2.06	9.02	9.02	2.08		-	9.01
2.07	10.05	9.03	9.03	2.09		2.09	9.02
2.08	2.12	9.04	9.04	2.10	*	-	9.03
2.09	2.09	9.05	9.05	2.11		2.11	9.04
2.10	2.13	9.06	9.06	2.12	*	2.12	9.05
2.11	2.11	9.07	9.07	2.13	*	2.13	9.06
2.12	2.12	9.08	9.08	2.14		2.14	9.07
2.13	2.13	9.09	9.09	2.15		2.15	9.08
2.14	2.14	9.10	9.11	2.16		2.16	9.09
2.15	2.15	9.11	9.11	2.17		2.17	9.10
2.16	2.16	9.12	9.12	2.18		2.18	9.11
2.17	2.17	9.13	9.13	2.19		2.19	9.12
2.18	2.18	9.14	9.14	2.20		2.20	9.13
2.19	2.19	9.15	9.15	2.21		2.21	9.14
2.20	2.20	9.16	9.16	2.22		2.22	9.15
2.21	2.21	9.17	9.17	2.23		2.23	9.16
2.22	2.22	9.18	9.18	2.22		2.22	9.17
2.23	2.24	9.19	9.19	2.23		-	9.18
3.01	3.01	9.20	-	2.24		-	9.19
3.02	3.02	9.21	9.20	3.01		3.01	9.20
3.03	3.03	10.01	10.01	3.02	*	3.02	10.01
3.04	3.04	10.02	10.02	3.03	*	3.03	10.02
3.05	3.05	10.03	10.03	3.04	*	3.04	10.03
3.06	3.06	11.01	11.01	3.05	*	3.05	10.04
3.07	3.07	11.02	11.02	3.06	*	3.06	10.05
3.08	3.08	11.03	11.03	3.07	*	3.07	11.01
3.09	3.09	11.04	-	3.08	*	3.08	11.02
3.10	3.10	11.05	11.05	3.09		3.09	11.03
3.11	-	11.06	11.06	3.10		3.10	11.04
3.12	3.12	11.07	11.07	3.11		-	11.05
3.13	4.01	11.08	11.08	3.12		3.12	11.06
4.01	4.01	11.09	-	3.13		3.13	11.07
4.02	4.02	11.10	11.11	3.14	*	-	11.08
4.03	4.03	11.11	11.11	3.15		-	11.09
4.04	4.04	11.12	11.12	4.01		4.01 & 4.07	11.10
4.05	4.05	11.13	11.13	4.02	*	4.02 & 4.06	11.11
4.06	4.02	11.14	11.14	4.03		4.03	11.12
4.07	4.01	11.15	11.15	4.04	*	4.04	11.13
4.08	4.07	11.16	10.04	4.05	*	4.05	11.14
4.09	4.08	11.17	11.17	4.06	*	-	11.15
4.10	4.09	-	2.23	4.07		4.01	11.16
5.01	5.01	-	3.11	4.08	*	4.09	*
5.02	5.02	-	3.14	4.09	*	4.10	11.17
5.03	5.03	-	3.15	5.01		5.01	
5.04	5.04	-	4.06	5.02		5.02	
6.01	6.01	-	5.05	5.03		5.03	
6.02	6.02	-	10.04	5.04		5.04	
6.03	6.03	-	10.05	5.05		-	
6.04	6.04	-	11.04	6.01		6.01	
6.04	6.05	-	11.09	6.02		6.02	
6.05	6.06	-	11.16	6.03		6.03	

(131 Tabellen)

Neuheiten im Jahr 2009 (29)
neu im Jahr 2009 (14)

- nicht vorhanden

* Daten pro Kanton (27)

Übergangsschlüssel Tabellen 2009 -> 1996 : siehe Beilage B1 Version STAT KV 2009 Tabellen XLS auf dem www.

Beilagen C

Beilage C: Übergangsschlüssel für die Grafiken G 2008 -> 2009 / 2009 -> 2008

Publikation 2008	Publikation 2009
G 1a	G 1a
G 1b	G 1b
G 1c	G 1c
G 1d	G 1d
G 1e	-
G 1f	G 1f
G 1g	G 1e
G 2a	G 2a
G 2b	G 2b
G 2c	G 2a
G 2d	G 2d
G 2e	G 2e
G 2f	G 2f
G 2g	G 2g
G 2h	G 2h
G 2i	G 2i
G 2j	G 2c
G 3a	G 3a
G 3b	G 3b
G 3c	G 3c
G 3d	G 3d
G 3e	G 3e
G 3f	G 3f
G 3g	G 3g
G 3h	G 3h
G 3i	G 3i
G 3j	G 3j
G 3k	G 3k
G 3l	G 3l
G 3m	G 3m
G 3n	-
G 3o	G 3o
G 3p	G 3p
G 3q	G 3q
G 3r	G 3n
G 3s	-
G 3t	G 3r
G 3u	G 3s
G 3v	G 3n
G 3w	G 3n
G 4a	G 4a
G 4b	G 4b
G 4c	G 4c
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 10a	G 10a
G 10b	G 10b
G 11a	G 11a
G 11b	G 11b
G 11c	G 11c
-	G 3t
-	G 9q

Publikation 2009	Quelle 2009	Publikation 2008
G 1a	T 1.01	G 1a
G 1b	T 1.02	G 1b
G 1c	T 1.02	G 1c
G 1d	T 1.02 & 4.07	G 1d
G 1e	T 1.14	G 1g
G 1f	T 5.01	G 1f
G 2a	* T 2.12 & 2.13	G 2a & 2c
G 2b	T 2.09 & 11.15	G 2b
G 2c	* T 2.18	G 2j
G 2d	T 2.11 & 11.15	G 2d
G 2e	T 2.17	G 2e
G 2f	T 2.19	G 2f
G 2g	T 2.18	G 2g
G 2h	T 2.18	G 2h
G 2i	T 2.18	G 2i
G 3a	T 3.05&3.06&3.07	G 3a
G 3b	* T 3.02	G 3b
G 3c	T 3.02	G 3c
G 3d	* T 3.05	G 3d
G 3e	T 3.03	G 3e
G 3f	* T 3.06	G 3f
G 3g	T 3.04	G 3g
G 3h	* T 3.07	G 3h
G 3i	T 3.01 & 3.12	G 3i
G 3j	T 3.01 & 3.12	G 3j
G 3k	T 3.01 & 3.12	G 3k
G 3l	T 1.01	G 3l
G 3m	T 2.03 & 3.08	G 3m
G 3n	F3	G 3v w r
G 3o	* T 2.03 & 3.08	G 3o
G 3p	T 1.01	G 3p
G 3q	* T 2.03 & 3.08	G 3q
G 3r	* T 3.03	G 3t
G 3s	* T 3.04	G 3u
G 3t	* T 2.03 & 3.08	-
G 4a	* T 4.08	G 4a
G 4b	* T 4.02	G 4b
G 4c	* T 4.08 & 3.08	G 4c
G 9a	T 9.01 -> 9.08	G 9a
G 9b	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
G 9f	T 9.10 & 2.18	G 9f
G 9g	* T 9.09	G 9g
G 9h	* T 9.09 & 3.08	G 9h
G 9i	T 9.13	G 9j
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 9.06	G 9o
G 9p	T 9.07	G 9p
G 9q	T 9.15	-
G 10a	T 10.03	G 10a
G 10b	T 10.02	G 10b
G 11a	T 11.07	G 11a
G 11b	T 11.16	G 11b
G 11c	T 11.15	G 11c

(60 graphiques)

Quelle 2009	Publikation 2009
T 1.01	G 1a
T 1.01	G 3l
T 1.01	G 3p
T 1.02	G 1b
T 1.02	G 1c
T 1.02 & 4.07	G 1d
T 1.14	G 1e
T 2.03 & 3.08	G 3m
T 2.03 & 3.08	G 3o
T 2.03 & 3.08	G 3q
T 2.03 & 3.08	G 3t
T 2.09 & 11.15	G 2b
T 2.11 & 11.15	G 2d
T 2.12 & 2.13	G 2a
T 2.17	G 2e
T 2.18	G 2c
T 2.18	G 2g
T 2.18	G 2h
T 2.18	G 2i
T 2.19	G 2f
T 3.01 & 3.12	G 3i
T 3.01 & 3.12	G 3j
T 3.01 & 3.12	G 3k
T 3.02	G 3b
T 3.02	G 3c
T 3.03	G 3e
T 3.03	G 3r
T 3.04	G 3g
T 3.04	G 3s
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 4.02	G 4b
T 4.08	G 4a
T 4.08 & 3.08	G 4c
T 5.01	G 1f
T 9.01 -> 9.08	G 9a
T 9.06	G 9o
T 9.06 -> 9.08	G 9b
T 9.07	G 9p
T 9.08	G 9c
T 9.09	G 9g
T 9.09 & 3.08	G 9h
T 9.10 & 2.18	G 9f
T 9.12	G 9d
T 9.13	G 9i
T 9.13	G 9j
T 9.14 & 9.12	G 9e
T 9.15	G 9k
T 9.15	G 9q
T 9.17	G 9l
T 9.18	G 9m
T 9.19	G 9n
T 9.19	G 9n
T 9.19	G 9n
T 10.02	G 10b
T 10.03	G 10a
T 11.07	G 11a
T 11.15	G 11c
T 11.16	G 11b
F3	G 3n

Neuheiten im Jahr 2009 (8)
neu im Jahr 2009 (5)

* Daten pro Kanton (16)

- nicht vorhanden

Übergangsschlüssel für die Grafiken 2009 -> 1996 : siehe Beilage C1 Version STAT KV 2009 Grafiken XLS auf dem www.

Beilagen D

Zusätzliche Informationen auf der Internetseite des BAG www.bag.admin.ch/kvstat

The screenshot shows the 'Statistiken' (Statistics) page of the Swiss Federal Office of Public Health (BAG). The browser window title is 'Bundesamt für Gesundheit - Statistiken - Windows Internet Explorer'. The address bar shows 'http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/0115'. The page features a left-hand navigation menu with categories like 'Aktuell', 'Versicherungspflicht', 'Prämien', and 'Statistiken' (which is highlighted). The main content area is titled 'Statistiken' and includes a 'News' section. A featured graphic is titled 'Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung Ausgabe 2010'. Below it, there are three news items: 1) 'Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung, Ausgabe 2010 (Flyer, A4, 2 Seiten, v2)' with a last update of 14.04.2011 and size of 685 kb, in PDF format. 2) 'Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009 (Tabellen - XLS - vollständig: 131 / 131 T. - laufende Aufda)' with a last update of 15.04.2011 and size of 2059 kb, in XLS format. 3) 'Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009 (Grafiken - XLS - farbig - A4 - vollständig : 60 / 60 G. - lauf'.

The screenshot shows the 'Zeitreihen Krankenversicherung (Version 2008)' page. The browser window title is 'Bundesamt für Gesundheit - Statistiken - Windows Internet Explorer'. The address bar shows 'http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/0115'. The page features a left-hand navigation menu with categories like 'Gesundheitsberufe', 'Unfall- und Militärversicherung', and 'Internationales'. The main content area is titled 'Zeitreihen Krankenversicherung (Version 2008)' and includes a description of the data: 'Obligatorische Krankenversicherung: Balkendiagramm nach Kanton oder Altersgruppe. Versichertenbestand, Anteil der Versicherungsformen, Durchschnittsprämien, Nettoleistungen, Kostenbeteiligung, Bruttoleistungen nach Kostengruppen, Aufsichtsdaten. Aufbereitete Publikationen zur obligatorischen Krankenversicherung als Excel-Tabellen oder PDF-Dateien. (Version 2009 verfügbar ~ im Juni 2011)'. Below this, there are three news items: 1) 'Wegleitung: Optimale Franchise für Ihren Krankenversicherer (2011 - XLS - 1 MB - nur auf französisch)' with a last update of 03.11.2010 and size of 1098 kb, in XLS format. 2) 'Kartographische Darstellungen mit MAPresso: Durchschnittsprämien pro Kanton (1996-2011), Patientenwanderungen (2006-2008)' with a last update of 03.11.2010 and size of 1098 kb, in XLS format. 3) 'Monitoring Krankenversicherung-Kostenentwicklung' with a last update of 03.11.2010 and size of 1098 kb, in XLS format. 4) 'Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenversicherung (Stand 2007)' with a last update of 03.11.2010 and size of 1098 kb, in XLS format.

Bundesamt für Gesundheit - Zeitreihen Krankenversicherung - Windows Internet Explorer

http://www.bag.admin.ch/pyramiden/index.html?lang=de

Home > Themen > Krankenversicherung > Statistiken > Graphische Darstellungen > Zeitreihen

Zeitreihen Krankenversicherung (Version 2008)

Wählen Sie im Menu links

**Menu oberer Teil:
Interaktive Zeitreihen**

Balkendiagramme, Graphiken und Tabellen (ab 1996/97)

Obligatorische Krankenversicherung (OKP)
meistens nach Kanton oder Altersgruppe

**Menu unterer Teil:
Dokumente zum Herunterladen**

Aufbereitete Publikationen zur OKP als Excel-Tabellen oder PDF-Dateien (ab 1996).

Icons for Excel and PDF files are shown.

Bundesamt für Gesundheit - Zeitreihen Krankenversicherung - Windows Internet Explorer

http://www.bag.admin.ch/pyramiden/index.html?webgrab_path=...

Reserven in Prozent des Prämienolls und Rückstellungen in Prozent der bezahlten Leistungen, Versicherer Nummer 8, CSS Kranken-Versicherung AG

Legend for CSS Kranken-Versicherung AG 2007:

- 16.9%
- 27.7%
- 20.2%
- 28.4%

BAG-Nummern der Versicherer: 8, 32, 40, 57, 62, 97, 109, 134, 147, 160, 178, 182, 183, 194, 216, 240, 246, 261, 263, 290, 294

Bundesamt für Gesundheit - Kartographische Darstellungen mit MAPresso : Prämien pro Gemeinde un - Windows Internet Explo...

http://www.bag.admin.ch/mapresso/index.html?lang=de

Eichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Favoris Office fédéral de la ... Bundesamt für G...

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für Gesundheit
Bundesamt für Gesundheit

Startseite | Übersicht | Kontakt | Index | Glossar | Häufige Fragen | Druckhilfe |

Deutsch Italiano

Aktuell Themen Dokumentation Dienstleistungen Das BAG

Home > Themen > Krankenversicherung > Statistiken > Graphische Darstellungen > MAPresso

Dynamische Karten mit MAPresso 2011

Versichertenbestand, monatliche Durchschnittsprämien und Veränderung, nach Kanton, 1996-2011

Monatliche Durchschnittsprämien nach Kanton 1996-2011

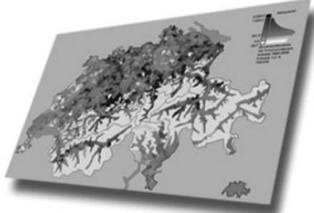
Interkantonale Patientenwanderungen 2006-2008

Dynamische Karten mit MAPresso

Was ist MAPresso?

Die dynamischen Karten werden mit Hilfe der Java-Applikation **MAPresso®** in einem neuen Fenster gezeigt. Die Daten der Gebietseinheiten können interaktiv abgefragt werden. Mit Hilfe der Menüführung können verschiedene Einstellungen verändert werden.

MAPresso funktioniert mit allen Java-Versionen ab Version 1.2 aus dem Jahr 1998. Unter java.com/de finden Sie weitere Informationen, um Java bei Bedarf kostenlos auf Ihrem Rechner zu installieren.



MAPresso: Prämien in der obligatorischen Krankenversicherung - Windows Internet Explorer

http://www.bag-anw.admin.ch/kuv/mapresso/mapresso_appl/user/bv

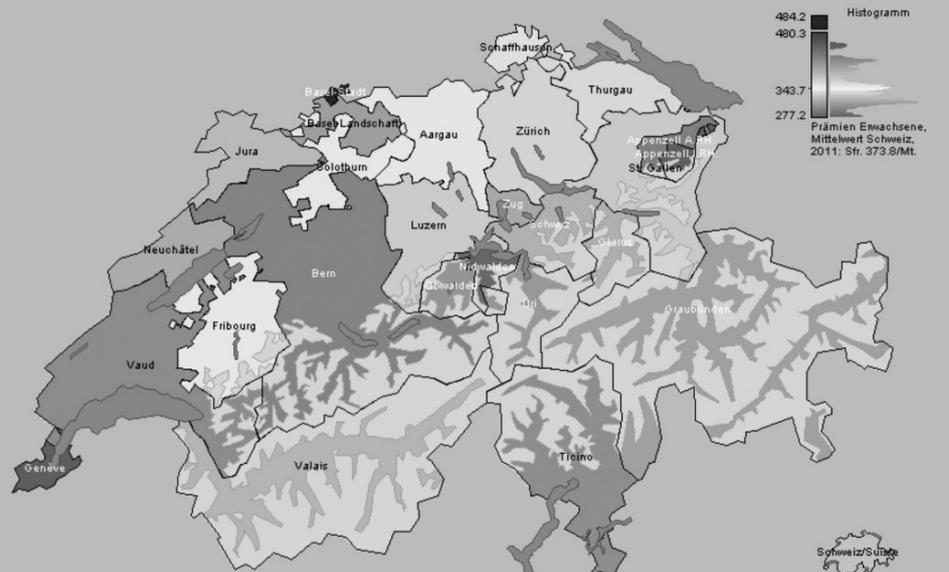
Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Favoris MAPresso: Prämien in der obligatorisc...

Prämien in der obligatorischen Krankenversicherung 1996 - 2011

Ablage Daten Farben Geometrie Hilfe

2011: Monatsprämien für Erwachsene

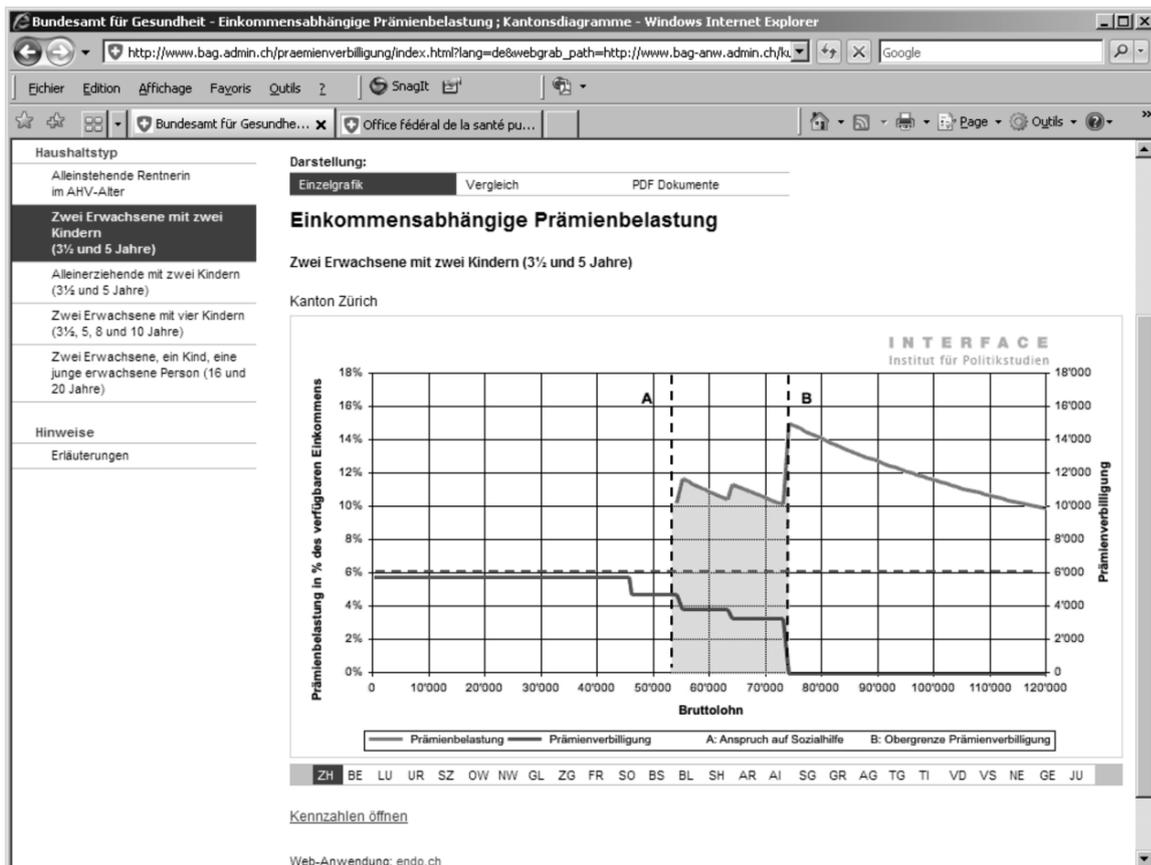
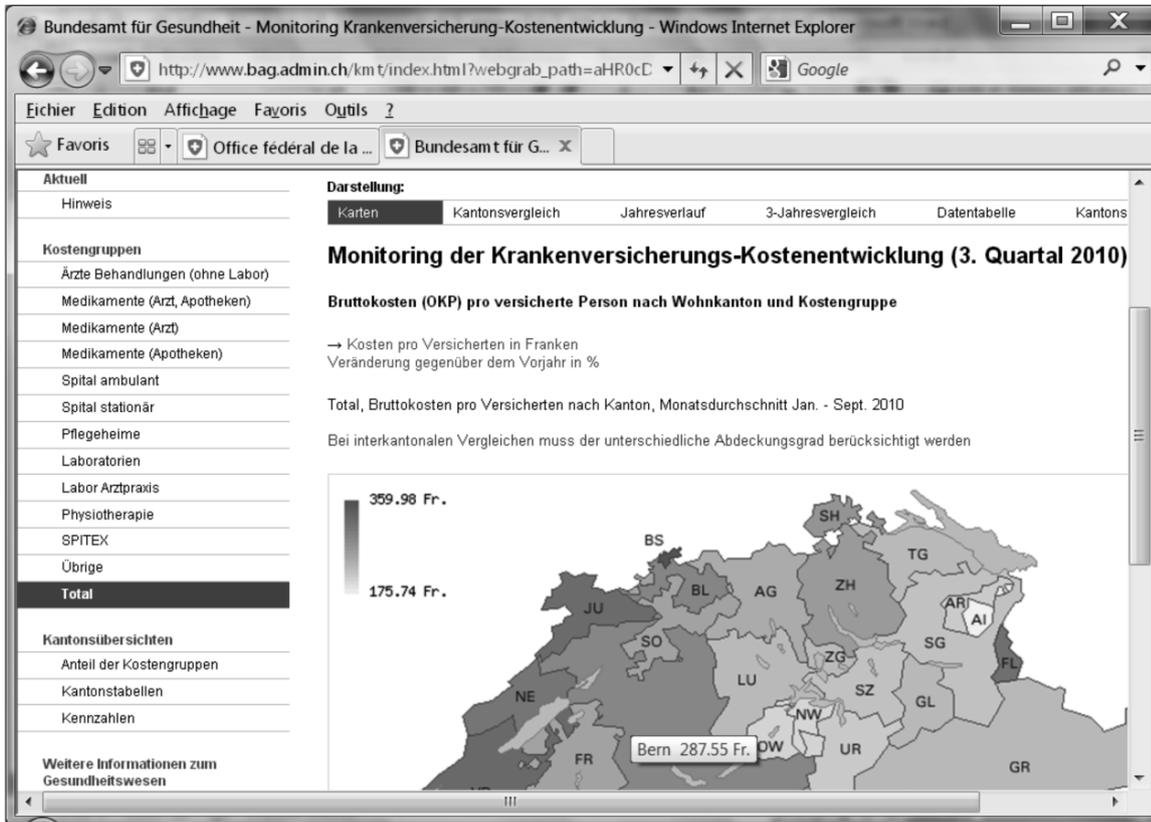


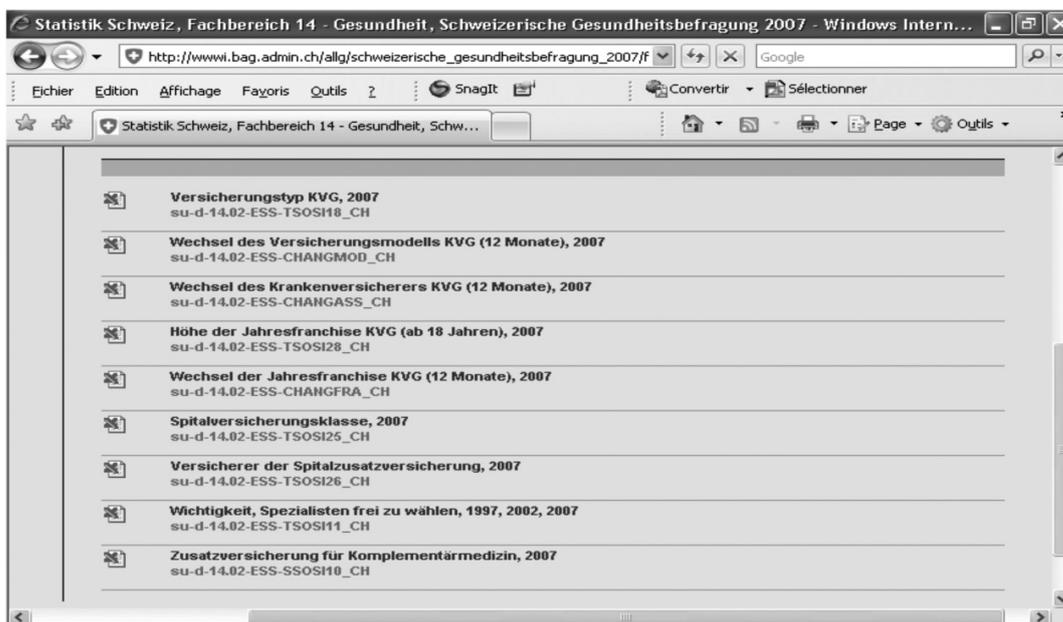
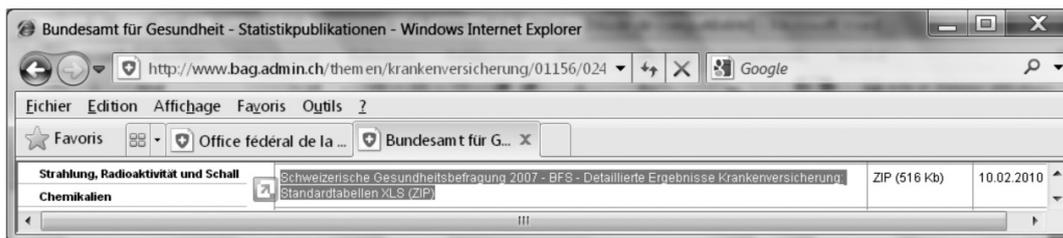
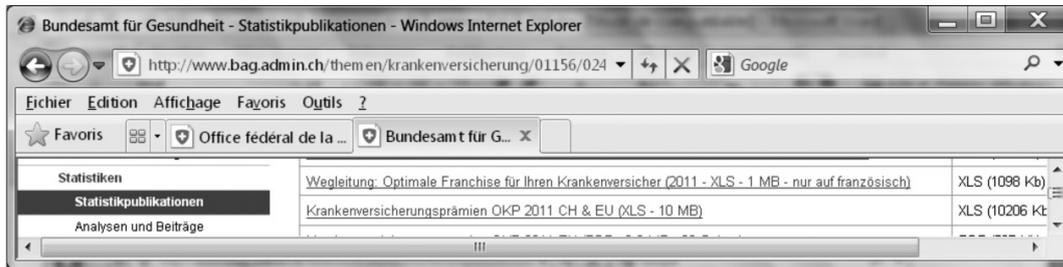
484.2
480.3
343.7
277.2

Histogramm

Prämien Erwachsene, Mittelwert Schweiz, 2011: Sfr. 373 S/Mt.

Schweiz/Suisse





Beilagen E

Kurzfassung der von der ETHZ verwendeten Methodik zur Bildung der Prämienregionen in der Krankenversicherung ab 2004

Die ETHZ führte die Studie durch aufgrund von Daten zu den Jahren 1997 und 1998, die sie von 14 Krankenversicherern erhalten hat. Die Daten deckten je nach Kanton zwischen 54 % und 82 % der Bevölkerung ab. Erhoben wurden die Nettoleistungen der Krankenversicherer gegliedert nach folgenden Ausprägungen :

- Altersgruppe ;
- Geschlecht ;
- Gemeinde ;
- Versicherer ;
- Franchiseart ;
- Versicherungsmodell ;
- mit/ohne Unfalldeckung.

Weitere Forderungen an die Bildung der Prämienregionen waren :

1. Gemäss KVG können pro Kanton maximal **drei Prämienregionen** gebildet werden.
2. Eine wichtige Vorgabe des BAG für die Studie ist die Forderung, dass für diejenigen Kantone, in denen mehr als 60 % der Bevölkerung bei Versicherern Mitglied sind, die für den ganzen Kanton **eine einheitliche Prämie** verlangen, keine Prämienregionen definiert werden, sondern eine Einheitsprämie gelten soll. Dies sind die Kantone AG, AI, AR, BS, GE, GL, NE, NW, OW, SZ, TG, UR, ZG. Grundsätzlich würde auch der Kanton TI mit 61 % knapp dazugehören. Weil jedoch die Grenze von 60 % nur sehr gering überschritten wird, wird er in die Analyse miteinbezogen.
3. Der Auftrag hielt fest, dass die geografische Einheit für die Regionenbildung der **Bezirk** ist.
4. Kriterium der **Kostenhomogenität**: die einzelnen Regionen sollen Bezirke zusammenfassen, in denen die Kosten möglichst wenig differieren.
5. **Geografische Kriterien** :
 - a) Die Grenzen zwischen den Regionen sollen möglichst kurz sein (möglichst kompakte Form, keine allzu verwinkelten Gebiete).
 - b) Die Stufen mit den höchsten und niedrigsten Prämien sollen möglichst nicht aneinander grenzen.
 - c) Die Regionen sollen wo möglich zusammenhängen (möglichst wenig isolierte „Flecken“).

Für jeden Kanton, in dem eine Aufteilung in Prämienregionen angezeigt ist, werden folgende Schritte vorgenommen :

1. Bestimmung der prämierelevanten Kosten

Die Einflüsse der Variablen :

- Gemeinde (zu Bezirken zusammengefasst) ;
- Risikokategorie (Alter und Geschlecht) ;
- Versicherer ;
- Versicherungsmodell und Franchisestufe ;
- mit/ohne Unfalldeckung ;

werden mit einer Varianzanalyse geschätzt und deren Effekte (ausser dem Einfluss der Gemeinde bzw. Bezirk) eliminiert. So erhält man die „bereinigten mittleren prämierelevanten Kosten“ pro geografische Einheit.

2. Erste Regioneneinteilung aufgrund der standardisierten Kosten

Der Kanton wird nun nach der Höhe der bereinigten mittleren prämierelevanten Kosten in drei Regionen eingeteilt: Die Verteilung wurde so vorgenommen, dass die teuerste Region ca. 40 % der Versicherten enthält, die Zweite und die Dritte je ca. 30 % (diese Annahme ist willkürlich; sie soll dem Umstand Rechnung tragen, dass die Kosten in städtischen Regionen höher sind und dass dort mehr Leute wohnen). In den Karten sind im Kasten die standardisierten Kosten angegeben (die Kosten im Kanton werden auf 100 standardisiert und die Kosten in den Regionen auf dieser Basis ausgedrückt: ein Wert von 118,2 für die Region 1 heisst, dass die Kosten 18,2 % über dem Mittelwert des Kantons liegen).

Diese Regioneneinteilung erfüllt in maximalem Ausmass das eingangs erwähnte Kriterium der Kostenhomogenität, die geografischen Kriterien jedoch sind hier gar nicht berücksichtigt. Überträgt man die so gewonnene Regioneneinteilung auf die Landkarte des Kantons, entsteht in der Regel ein recht wildes Muster. Das ist weder von den Versicherten noch von den Versicherern her wünschbar und auch aus statistischen Gründen nicht sinnvoll, da ein Teil der „Flecken“ durch zufällige Schwankungen in den Daten zustande kommen kann.

3. Einbezug der geografischen Kriterien

Deshalb werden neben dem Kriterium der Kostenhomogenität zusätzlich die drei eingangs erwähnten geografischen Kriterien mitberücksichtigt.

Die verwendete Methodik beruht darauf, dass für jedes dieser vier Kriterien die Abweichung vom Idealzustand durch mathematische Formeln quantifiziert wird. Diese Abweichungsmasse werden gewichtet und zu einem einzigen Bewertungskriterium summiert. Darauf sucht ein rechnerisches Verfahren durch die Verschiebung einzelner grenznaher Bezirke von einer Region in die andere und durch Überführung von „Flecken“ in die umgebende Region auf iterativem Weg eine neue Regioneneinteilung, für die dieses Bewertungskriterium minimal ausfällt, d.h. die Gesamtabweichung vom Idealzustand für die vier Kriterien am geringsten ist. Je nach Wahl der Gewichtungsfaktoren bei der Summenbildung kann den einzelnen Kriterien mehr oder weniger Bedeutung beigemessen werden.

Wo die standardisierten Kosten der teuersten Region diejenigen der billigsten um weniger als 20 % überschritten, wurden nur 2 Regionen gebildet.

Quelle: BAG, Abteilung Aufsicht Krankenversicherung (12/03)

Detaildaten: Prämienregionen OKP 2004 -> 2011 auf www.praemien.admin.ch (Suche nach Postleitzahl, BFS-Nr. und Kanton)

Beilagen F1

Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte ab 1996 (Erwachsene)

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

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

Erwachsene (ab 19 Jahren) ¹		2001-2003
Selbstbehalt		10% max. 600.-
Franchise	maximaler Prämienrabatt in %	
ordentlich 230.-	-	
1) 400.-	8%	170
2) 600.-	15%	370
3) 1200.-	30%	970
4) 1500.-	40%	1270

Erwachsene (ab 19 Jahren) ¹		2004
Selbstbehalt		10% max. 700.-
Franchise	maximaler Prämienrabatt in %	
ordentlich 300.-	-	
1) 400.-	3%	80
2) 600.-	9%	240
3) 1200.-	24%	720
4) 1500.-	30%	960

Erwachsene (ab 19 Jahren) ¹		2005
Selbstbehalt		10% max. 700.-
Franchise	maximaler Prämienrabatt in %	
ordentlich 300.-	-	
1) 500.-	50%	160
2) 1000.-	50%	560
3) 1500.-	50%	960
4) 2000.-	50%	1360
5) 2500.-	50%	1760

Erwachsene (ab 19 Jahren) ¹		2006-2009
Selbstbehalt		10% ² max. 700.-
Franchise	maximaler Prämienrabatt in %	
ordentlich 300.-	-	
1) 500.-	50%	160
2) 1000.-	50%	560
3) 1500.-	50%	960
4) 2000.-	50%	1360
5) 2500.-	50%	1760

Erwachsene (ab 19 Jahren) ¹		2010-
Selbstbehalt		10% ² max. 700.-
Franchise	maximaler Prämienrabatt in %	
ordentlich 300.-	-	
1) 500.-	50%	140
2) 1000.-	50%	490
3) 1500.-	50%	840
4) 2000.-	50%	1190
5) 2500.-	50%	1540

Datenstand: 8.10.10

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)

Beilagen F2

Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte ab 1996 (Kinder)

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

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

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

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

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

Kinder (0-18 Jahre)		2006-2009
Selbstbehalt		10% ¹⁾ max. 350.-
Franchise		maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 0.-		-
1)	100.-	50%
2)	200.-	50%
3)	300.-	50%
4)	400.-	50%
5)	500.-	50%
6)	600.-	50%

Kinder (0-18 Jahre)		2010-
Selbstbehalt		10% ¹⁾ max. 350.-
Franchise		maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 0.-		-
1)	100.-	50%
2)	200.-	50%
3)	300.-	50%
4)	400.-	50%
5)	500.-	50%
6)	600.-	50%

Datenstand: 8.10.10

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)

Beilagen F3

Zunahme der Gesamtausgaben ¹ der Versicherten (Prämien + Kostenbeteiligung) als Folge der Änderungen der Franchisen, der Prämienrabatte und des Selbstbehalts

Erwachsene (ab 26 Jahren) : effektive Zunahme 2011								
Durchschnittsprämie CH ² : 373.80			Gesamtausgaben in Fr. :		Max. Gewinn (+) / Verlust (-) in Fr. / % gegenüber der ordentlichen Franchise :			
Franchise	mit Leistungen von 0.-	mit Leistungen von 9500.-	mit Leistungen von 0.-	mit Leistungen von 9500.-	mit Leistungen von 0.-		mit Leistungen von 9500.-	
ordentlich 300.-	6.5%	5.2%	4'486	5'486	-	-	-	-
1) 500.-	6.7%	5.2%	4'346	5'546	140	3.1%	-60	-1.1%
2) 1000.-	7.3%	5.0%	3'996	5'696	490	10.9%	-210	-3.8%
3) 1500.-	8.1%	4.9%	3'646	5'846	840	18.7%	-360	-6.6%
4) 2000.-	9.0%	4.8%	3'296	5'996	1'190	26.5%	-510	-9.3%
5) 2500.-	10.2%	4.6%	2'946	6'146	1'540	34.3%	-660	-12.0%

Junge Erwachsene (19-25 Jahre) : effektive Zunahme 2011								
Durchschnittsprämie CH ² : 328.50			Gesamtausgaben in Fr. :		Max. Gewinn (+) / Verlust (-) in Fr. / % gegenüber der ordentlichen Franchise :			
Franchise	mit Leistungen von 0.-	mit Leistungen von 9500.-	mit Leistungen von 0.-	mit Leistungen von 9500.-	mit Leistungen von 0.-		mit Leistungen von 9500.-	
ordentlich 300.-	11.8%	9.2%	3'942	4'942	-	-	-	-
1) 500.-	12.3%	9.1%	3'802	5'002	140	3.6%	-60	-1.2%
2) 1000.-	13.7%	8.8%	3'452	5'152	490	12.4%	-210	-4.2%
3) 1500.-	15.5%	8.5%	3'102	5'302	840	21.3%	-360	-7.3%
4) 2000.-	17.8%	8.3%	2'752	5'452	1'190	30.2%	-510	-10.3%
5) 2500.-	20.9%	8.0%	2'402	5'602	1'540	39.1%	-660	-13.4%

Kinder (0-18 Jahre) : effektive Zunahme 2011								
Durchschnittsprämie CH ² : 89.30			Gesamtausgaben in Fr. :		Max. Gewinn (+) / Verlust (-) in Fr. / % gegenüber der ordentlichen Franchise :			
Franchise	mit Leistungen von 0.-	mit Leistungen von 4100.-	mit Leistungen von 0.-	mit Leistungen von 4100.-	mit Leistungen von 0.-		mit Leistungen von 4100.-	
ordentlich 300.-	6.3%	4.7%	1'072	1'422	-	-	-	-
1) 100.-	6.7%	4.6%	1'002	1'452	70	6.5%	-30	-2.1%
2) 200.-	7.3%	4.5%	932	1'482	140	13.1%	-60	-4.2%
3) 300.-	7.9%	4.4%	862	1'512	210	19.6%	-90	-6.3%
4) 400.-	8.7%	4.3%	792	1'542	280	26.1%	-120	-8.4%
5) 500.-	9.8%	4.2%	712	1'562	360	33.6%	-140	-9.8%
6) 600.-	10.8%	4.1%	652	1'602	420	39.2%	-180	-12.7%

Datenstand: 9.9.2010

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->2010: siehe STAT KV 03->08 (Beilagen).

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.

Beilagen G

Risikoausgleich in der obligatorischen 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 durchmischte“ 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 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 19 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 2008 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 im Kanton Bern im Jahr 2008 dargestellt. Es wird deutlich, dass die Durchschnittskosten mit zunehmendem Alter steigen. Mit Ausnahme der Risikogruppen « 61 bis 65 », « 66 bis 70 », « 71 bis 75 » und « 76 bis 80 » lagen dabei die Durchschnittskosten der Frauen pro Kopf immer über denjenigen der Männer. Die durchschnittlichen effektiven Kosten über alle Versicherten und alle Kassen beliefen sich auf 272 Franken pro Monat oder auf 3268 Franken pro Jahr. Die Risikogruppen bis 60 Jahre wiesen pro Kopf tiefere Durchschnittskosten auf. Für Versicherte dieser Gruppen hatten die Kassen somit Abgaben zu bezahlen.

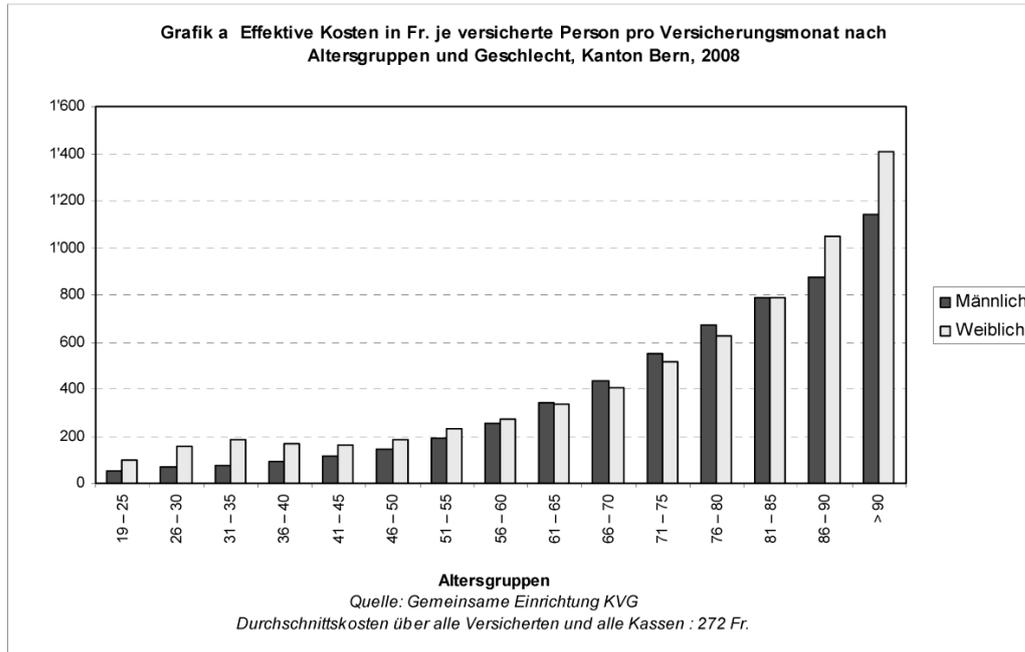
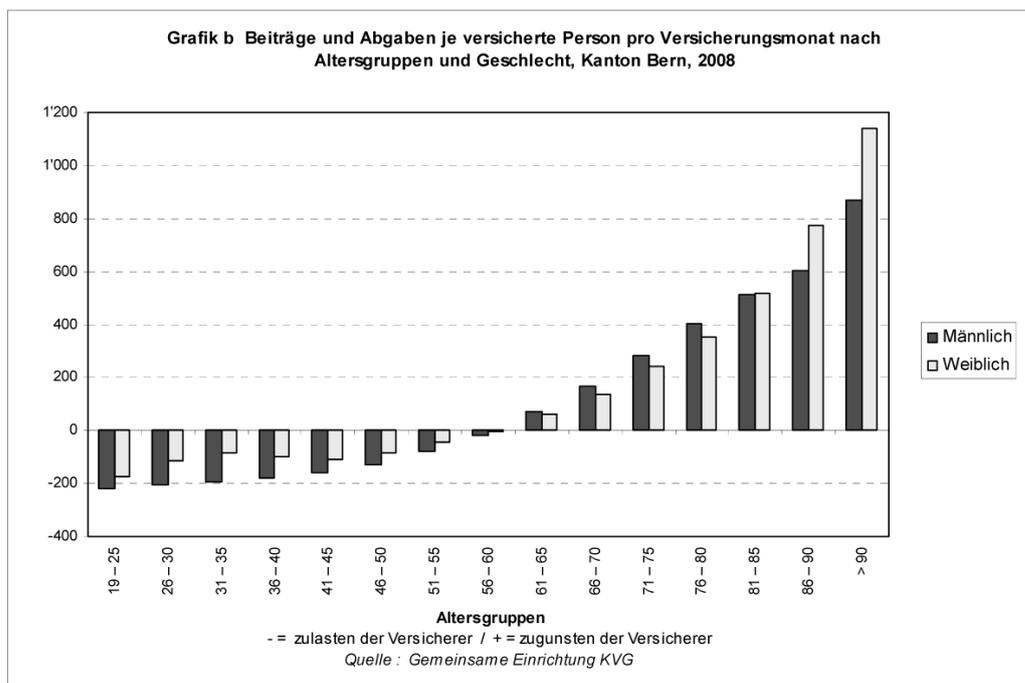


Abbildung b zeigt die Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen. Die grösste Abgabe hatten 2008 die Versicherten im Kanton Bern für die 19- bis 25-jährigen Männer zu bezahlen (218 Franken pro Monat). Den höchsten Beitrag erhielten sie für die über 90-jährigen Frauen (1139 Franken pro Monat). Der 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 Versicherer, welche netto Beiträge bekommen, insgesamt zugute haben („Nullsummenspiel“).



Quelle (§1 & §2): *Unterschätzte Wirkungen des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung*, Stefan Spycher [Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bern], Zeitschrift Soziale Sicherheit CHSS 2/1999. Anpassung der Zahlen für 2008 durch das BAG (Quelle: T 2.08 STAT KV 2008 und Statistik Risikoausgleich 2008).

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 2004 / Risikoausgleich 2004). 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
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
2004	195'986'195						195'986'195
2005	1'163'084'906	162'896'125					1'325'981'031
2006		1'262'021'573	148'789'792				1'410'811'365
2007			1'285'655'599	146'029'308			1'431'684'907
2008				1'389'390'928	189'362'705		1'578'753'633
2009					1'517'143'836	232'803'882	1'749'947'718
2010						1'632'573'561	1'632'573'561
Umverteilungs- volumen total	1'359'071'101	1'424'917'698	1'434'445'391	1'535'420'236	1'706'506'541	1'865'377'443	9'325'738'410

Quelle (§3): Gemeinsame Einrichtung KVG, Urs Wunderlin (11/10).

Beilagen H

Individuelle Prämienverbilligung nach Verabschiedung der NFA

Die Beiträge des Bundes für die individuelle Prämienverbilligung werden seit 2008 neu aufgrund der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) berechnet. Ein Ziel der NFA war, die Bundessubventionen in Abhängigkeit der wahrscheinlichen «Bruttokosten» (vgl. untenstehende Erläuterung) des Folgejahres für die Prämienzahler zu berechnen und ausbezahlen. Die Kantone in Kenntnis der speziellen kantonalen Lage ergänzen diese Subventionen. Der Bundesanteil wird in drei Raten vollständig ausgezahlt, die bisherige Schlussabrechnung im Folgejahr entfällt. Die Tabellen im Kapitel 4, die auf Angaben der Kantone über die Höhe der Prämienverbilligung und über die Aufteilung auf die verschiedenen Personen und Haushalte beruhen, sind entsprechend angepasst worden.

1. Prämienverbilligung nach altem System

Nach dem alten System setzte das Parlament die Beiträge des Bundes an die Kantone unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und der Finanzlage des Bundes durch einfachen Bundesbeschluss für jeweils vier Jahre fest. Die Aufteilung der Bundesbeiträge an die Kantone erfolgte nach einem komplexen Schlüssel, der einerseits die Wohnbevölkerung und die Finanzkraft der Kantone, andererseits die Höhe des Beitrags der einzelnen Kantone zugunsten der Prämienverbilligung berücksichtigte. Für das Jahr 2007 wurden für die individuelle Prämienverbilligung gesamthaft 3,420 Mrd. Franken ausgeschüttet. Der Bund zahlte hierzu eine Subvention von 2,183 Mrd. Franken (mit Überträgen der Vorjahre: 2,219 Mrd. Franken), die Kantone ergänzten diesen Betrag mit 1,201 Mrd. Franken.

2. Prämienverbilligung nach neuem System

Im Rahmen der NFA wurde das KVG dahingehend geändert, dass sich der Bund an einem Viertel der Bruttokosten der OKP für 30 Prozent der Versicherten beteiligt. Die Beteiligung des Bundes wird vorgängig im Herbst berechnet und den Kantonen mitgeteilt. Die Berechnung ist in der Neufassung der Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK) definiert. Die Änderungen des KVG und die neue VPVK traten am 1.1.2008 in Kraft.

Die Bruttokosten entsprechen der Belastung der Prämienzahlenden; sie werden als die Summe aller Prämienzahlungen und Kostenbeteiligungen verstanden. Darauf aufbauend wird nach einem Modell die voraussichtliche Belastung des Folgejahrs geschätzt und hiervon der Bundesanteil berechnet. Die Modellrechnung basiert auf Daten der amtlichen Statistiken, so dass die Berechnung jederzeit nachvollzogen werden kann.

3. Welche Daten werden gebraucht?

Für die Berechnung sind die Bruttokosten (Addition vom Prämien Soll und der Kostenbeteiligung), die Durchschnittsprämie für Erwachsene sowie der durchschnittliche Versichertenbestand erforderlich. Die Berechnungsdaten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Jahr	Prämien Soll Mio.	Kostenbeteiligung Mio.	Bruttokosten Mio.	Durchschnittsprämie für Erwachsene Franken/Mt.	Durchschnittlicher Versichertenbestand	Gerechnetes Prämientotal Mio.	Bruttokosten zu gerechnetem Prämientotal
	(PS)	(KB)	(PS + KB)	(P)	(V)	(P * V * 12)	(PS + KB) / (P * V * 12)
2001	13'997	2'400	16'397	223	7'301'050	19'538	83.93%
2002	15'355	2'503	17'858	245	7'344'632	21'593	82.70%
2003	16'820	2'588	19'408	269	7'372'505	23'798	81.55%
2004	18'029	2'832	20'861	280	7'383'574	24'809	84.09%
2005	18'496	2'995	21'491	290	7'435'865	25'877	83.05%
2006	19'315	3'039	22'354	306	7'478'426	27'461	81.40%
2007	19'689	3'155	22'844	313	7'537'588	28'311	80.69%
2008	19'729	3'298	23'026	315	7'642'605	28'889	79.71%

4. Berechnung der NFA-Gelder

Als Beispiel ist die Berechnung der NFA-Gelder für das Jahr 2008 angeführt.

$$7.5\% \times \frac{\text{Anteil}'04 + \text{Anteil}'05 + \text{Anteil}'06}{3} \times (\text{Ø-prämie}'08 \times 12 \times \text{Versicherte}'08)$$

$$7.5\% \times \frac{84.09\% + 83.05\% + 81.40\%}{3} \times (315 \times 12 \times 7.574 \text{ Mio.}) = 1'779 \text{ Mio. Fr.}$$

5. Datenquellen

Die Daten für die Berechnung des Bundesbeitrags stammen aus der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (siehe T 1.02, T 2.01, T 3.01 und T 11.01 in dieser Veröffentlichung). Auf Vorschlag der Kantone wird der Versichertenbestand des Vorjahres auf das Berechnungsjahr hochgerechnet, indem eine konstante Wachstumsrate über zwei Jahre unterstellt wird. Im obigen Beispiel werden damit zum Bestand des Jahres 2006 von 7,478 Mio. Versicherten 1,28% (Wachstumsrate von 2004 bis 2006) hinzugezählt.

Im August publiziert das Bundesamt für Statistik die Bevölkerungsdaten des Vorjahres, die für die Berechnung der Kantonsanteile verwendet werden. Die Daten der versicherten Grenzgängerinnen und Grenzgänger und deren Familienangehörige (GG) werden von den Krankenkassen im April für das Vorjahr geliefert. Das BAG berechnet die massgebende Bevölkerung aus mittlerer Wohnbevölkerung zuzüglich GG.

6. Verteilung auf die Kantone

Der berechnete Bundesbeitrag wird nach der mittleren Wohnbevölkerung zuzüglich GG auf die einzelnen Kantone verteilt. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung auf die Kantone nach altem System (2007) und nach neuem System (2008). Zudem geht daraus hervor, wie weit die Kantone die Prämienverbilligung mit eigenen Beiträgen ergänzt haben:

Kanton	Ausgaben gesamt 2007 ¹⁾	Bundesanteil 2007 ²⁾	Ausgaben gesamt 2008	Bundesanteil 2008
ZH	547'093'618	281'022'137	573'083'293	307'339'465
BE	489'071'611	373'789'237	465'932'143	227'189'789
LU	158'231'240	123'391'316	154'794'992	84'187'520
UR	14'644'180	12'885'030	14'227'202	8'124'826
SZ	45'029'390	27'861'304	39'028'024	32'469'491
OW	19'398'431	16'337'908	14'210'286	7'850'041
NW	12'740'079	7'200'398	12'886'391	9'252'040
GL	12'888'083	9'414'174	12'182'292	8'929'973
ZG	38'925'171	13'573'846	35'550'948	25'234'921
FR	122'361'886	103'937'833	121'555'620	61'044'943
SO	90'089'472	66'138'206	96'073'370	58'187'819
BS	150'628'439	46'499'766	120'878'505	45'379'463
BL	92'857'351	57'743'907	92'517'331	62'714'247
SH	36'907'873	24'750'068	36'090'969	17'732'386
AR	24'188'019	19'149'003	23'045'700	12'286'569
AI	6'516'193	5'158'694	3'900'638	3'558'259
SG	138'856'826	100'413'499	140'919'655	108'844'678
GR	61'510'444	49'436'558	61'977'024	45'001'050
AG	165'679'061	103'548'068	178'453'118	135'033'767
TG	105'895'787	73'928'277	104'808'182	55'644'325
TI	194'298'054	117'976'067	235'339'163	76'375'015
VD	350'019'711	225'100'763	340'037'813	157'810'529
VS	153'133'988	140'231'766	156'987'525	68'923'715
NE	96'873'160	70'653'765	78'074'806	39'822'340
GE	255'684'542	116'340'106	248'866'877	104'101'316
JU	36'997'451	32'251'458	36'832'062	15'993'053
CH	3'420'520'060	2'218'733'154	3'398'253'929	1'779'031'540

1) Ausgaben einschliesslich nicht subventionierte PV

2) Einschliesslich Übertrag vom Vorjahr

7. Kontrolle und statistische Auswertung

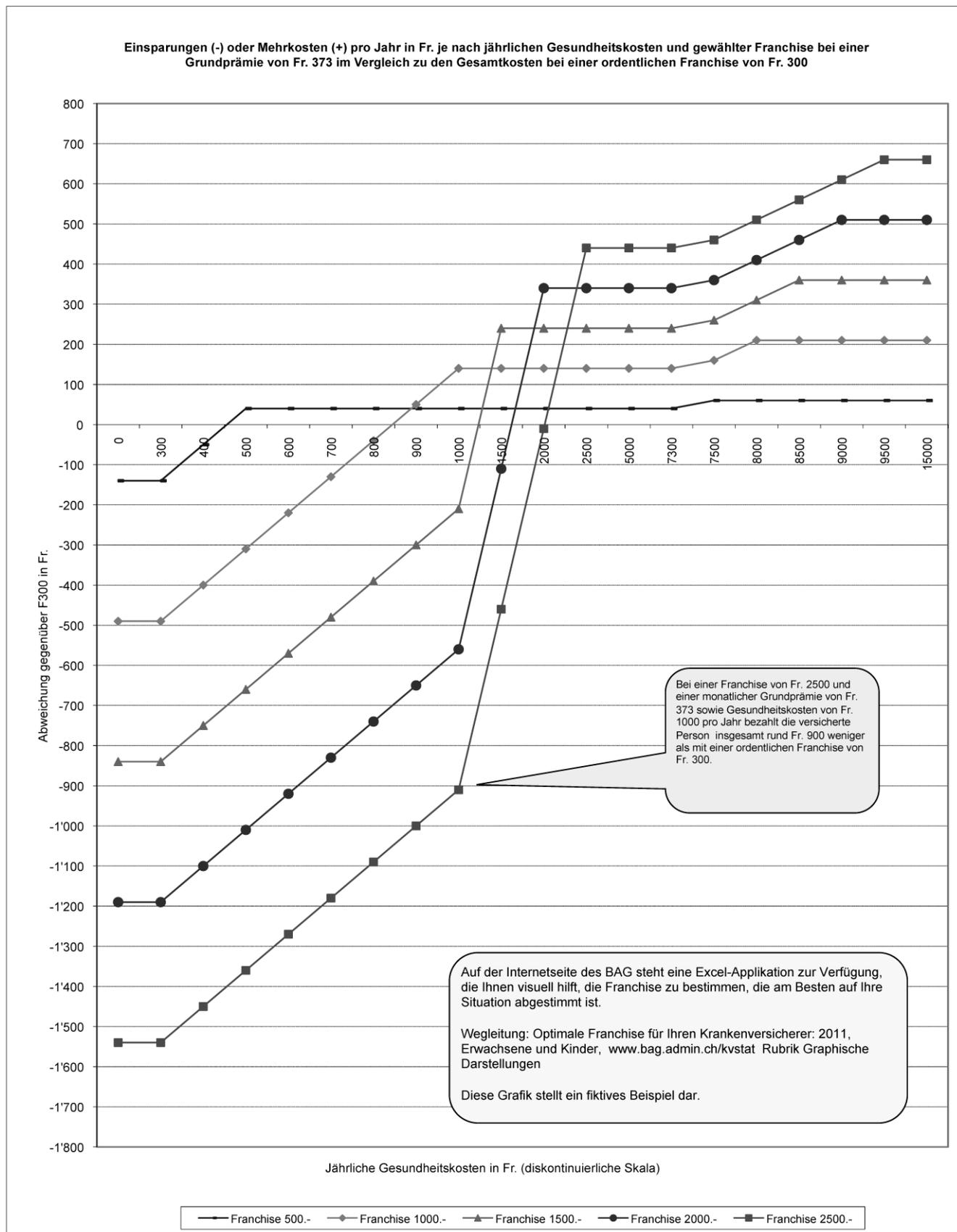
Die Bundessubventionen werden in drei gleichen Teilen den Kantonen im Rechnungsjahr gezahlt. Eine Schlussabrechnung mit einer eventuellen Schlusszahlung findet nicht mehr statt. Da selbst die kleineren Kantone Beträge in Millionenhöhe bekommen, wird auch weiterhin eine finanzielle Kontrolle durch das BAG ausgeübt.

Die statistischen Daten beziehen sich auf die Gesamtsumme der ausgezahlten Prämienverbilligung (inkl. Kantonsanteil) und auf die Verteilung nach Personen und Haushalten (siehe Kapitel 4).

Quelle: BAG, Reinhold Preuck 10/10

Beilagen I

Optimale Franchise für die obligatorische Grundversicherung - 2011



Beilagen J

Schätzungen aus dem Prämien genehmigungsverfahren: Hauptwerte [in Mio. Fr. ausser Versicherte in Tausend]

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Veränder. 2008-09 in %	2010	2011
1 Versicherte	7'301	7'345	7'373	7'384	7'436	7'478	7'538	7'616	7'709	1.22%		
Schätzung	7'278	7'295	7'381	7'369	7'439	7'479	7'540	7'617	7'702	1.13%	7'781	
Abweichung S	-0.32%	-0.68%	0.12%	-0.20%	0.04%	0.01%	0.03%	0.01%	-0.08%			
Prognose	7'254	7'164	7'316	7'362	7'463	7'592	7'673	7'691	7'722		7'651	7'808
2 Prämien	13'997	15'355	16'820	18'030	18'496	19'315	19'689	19'692	20'125	2.20%		
Schätzung	13'989	15'274	16'841	18'003	18'529	19'330	19'702	19'700	20'167	2.37%	22'081	
Abweichung S	-0.06%	-0.53%	0.12%	-0.15%	0.18%	0.08%	0.07%	0.04%	0.21%			
Prognose	14'172	15'198	16'889	18'075	18'735	19'932	20'116	20'016	20'398		22'023	23'627
3 Nettoleistungen	13'986	14'593	15'336	16'308	17'353	17'564	18'424	19'431	20'274	4.34%		
Schätzung	13'869	14'546	15'382	16'182	17'293	17'953	18'304	19'054	20'141	5.70%	21'028	
Abweichung S	-0.84%	-0.32%	0.30%	-0.77%	-0.34%	2.22%	-0.65%	-1.94%	-0.65%			
Prognose	13'874	14'376	15'461	16'330	17'180	18'848	19'027	19'109	19'773		20'560	21'871
4 Kostenbeteiligung	2'400	2'503	2'588	2'832	2'995	3'039	3'155	3'290	3'382	2.80%		
Schätzung	2'425	2'546	2'666	2'901	3'099	3'117	3'179	3'292	3'461	5.13%	3'540	
Abweichung S	1.04%	1.73%	2.99%	2.43%	3.47%	2.58%	0.75%	0.03%	2.31%			
Prognose	2'328	2'529	2'693	3'044	3'181	3'305	3'346	3'341	3'436		3'562	3'707
5 Verwaltungskosten	867	883	863	904	910	994	1'010	1'107	1'061	-4.17%		
Schätzung	905	933	938	965	979	1'005	1'054	1'085	1'135	4.66%	1'198	
Abweichung S	4.38%	5.75%	8.64%	6.79%	7.54%	1.13%	4.43%	-2.05%	6.97%			
Prognose	884	909	979	973	999	1'026	1'041	1'079	1'101		1'165	1'196
6 Reserven	2'103	1'966	2'394	2'968	3'184	3'749	3'970	3'252	2'863	-11.96%		
Schätzung	2'349	1'977	2'260	2'984	3'152	3'543	4'165	3'702	2'439	-34.10%	2'861	
Abweichung S	11.73%	0.57%	-5.59%	0.52%	-1.02%	-5.50%	4.91%	13.84%	-14.79%			
Prognose	2'814	2'348	2'216	2'745	3'240	3'356	3'461	3'956	3'319		2'643	3'237
7 Rückstellungen	3'996	4'018	4'264	4'488	4'710	4'990	5'234	5'191	5'095	-1.85%		
Schätzung	3'974	4'070	4'272	4'547	4'697	4'866	5'170	5'299	5'336	0.70%	5'329	
Abweichung S	-0.56%	1.30%	0.19%	1.30%	-0.28%	-2.48%	-1.22%	2.07%	4.72%			
Prognose	4'037	4'069	4'344	4'529	4'824	4'891	5'045	5'284	5'365		5'508	5'601
8 Bruttoleistungen	16'386	17'096	17'924	19'140	20'348	20'603	21'579	22'722	23'656	4.11%		
Schätzung	16'294	17'092	18'048	19'083	20'392	21'069	21'483	22'346	23'602	5.62%	24'567	
Abweichung S	-0.56%	-0.02%	0.69%	-0.30%	0.22%	2.26%	-0.44%	-1.65%	-0.23%			
Prognose	16'202	16'905	18'154	19'373	20'361	21'753	22'373	22'450	23'208		24'122	25'578

Bemerkungen:

- 1-8: in der STAT KV publizierte Werte [T 1.01 & 1.02] aus den Formularen EF123

- Schätzung: geschätzte Werte aus dem Prämien genehmigungsverfahren des BAG *, Schätzung für das laufende Jahr

Beispiel: Schätzung von 2006 für 2006 / Schätzung von 2007 für 2007

- Prognose: geschätzte Werte aus dem Prämien genehmigungsverfahren des BAG *, Prognose für das Folgejahr

Beispiel: Prognose von 2006 für 2007 / Prognose von 2007 für 2008

Im Allgemeinen ist die Schätzung genauer als die (eher grobe) Prognose.

Es ist lediglich die Abweichung zwischen der Schätzung und dem in der STAT KV publizierten Wert (Abweichung S in %) aufgeführt.

- Zur Genauigkeit der geschätzten Werte **pro versicherte Person**: Sie berechnen sich, indem der absolute Wert der Abweichung zwischen der Bevölkerung und der geschätzten Bevölkerung in % zum bzw. vom ebenfalls absoluten, für jede Kategorie aufgeführten Wert nach folgendem Schema addiert oder subtrahiert werden:

Das Zeichen der Genauigkeit pro versicherte Person richtet sich nach folgendem Schema:

Abweichung geschätzte Bevölkerung - Bevölkerung in %	-	-	+	+
Abweichung geschätzter Wert [2-8] - Wert [2-8] in %	+	-	-	+
Zeichen der Genauigkeit pro versicherte Person: + oder - %	+	-	+	-

Beispiel: Reserven pro versicherte Person im Jahr 2004 mit der Schätzung: $-0.2\% + 0.52\% =$ Abweichung pro versicherte Person von $+0.72\%$

- Durchschnittsprämien pro Versicherten in Fr. : 2009 [T 1.01] 2611 Fr. / 2010 [Schätzung J1] 2838 Fr. ($+8.70\%$)

* Datenstand: 2010 (Schätzung) & 2011 (Prognose): 13.10.10

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit
Auszugsweiser Abdruck unter Quellenangabe
(Name der Publikation, Jahr, Nummer der Grafik) gestattet.
Publikationszeitpunkt: Juli 2011

Redaktion: Nicolas Siffert, BAG, Bern
Layout: Jacques Berset Studio, Freiburg
Übersetzung aus dem Französischen: Sektion Statistik und Mathematik, BAG (ohne Beilagen E, G und H)

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer Sprache.
Cette publication paraît également en français.

Bezugsquelle (Bestellungen nur schriftlich oder Internet):
Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch (Online Shop)
BBL-Artikelnummer: 316.916.09d (deutsch) 316.916.09f (französisch)

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 7.11 270f 600d 60EXT1107
ISBN 978-3-905235-75-3

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier