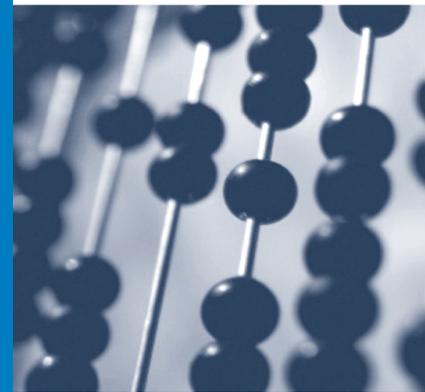
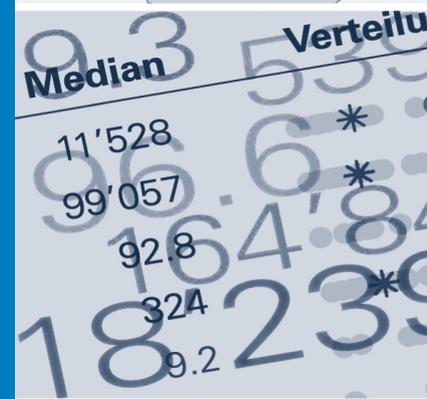
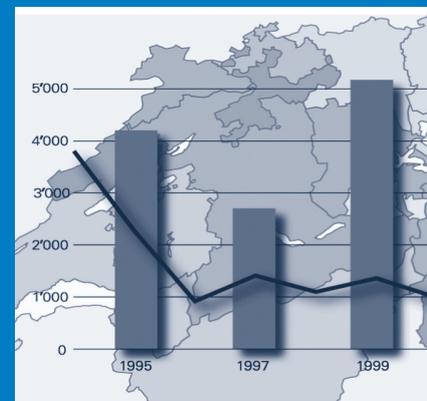


Statistiken zur Krankenversicherung

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2011



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: 7/2013

Statistiken zur Krankenversicherung

Statistik der obligatorischen
Krankenversicherung 2011

Übersicht

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

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

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

Tabelle der Hauptindikatoren:

Anhänge, Teil A

Tabelle der Hauptindikatoren OKP:

Anhänge, T 1.01, Teil A1

Statistiken der obligatorischen Krankenversicherung 1996-2011 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 2004 im XLS/PDF-Format.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012

Laufende Aktualisierung der nächsten Publikation (Tabellen aus den gedruckten Versionen, im Excel-Format, nur auf Deutsch) für das Geschäftsjahr 2012 ab Juli 2013 verfügbar im Internet: www.bag.admin.ch/kvstat

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 Käzrig, Tel. +41 (0)31 322 91 48

herbert.kaenzig@bag.admin.ch (deutsch)

Beat Gruber, Tel. +41 (0)31 325 41 83

beat.gruber@bag.admin.ch (Thema Prämienverbilligung)

Weitere Informationen für Presse und Medien

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

Michaela Kozelka, Tel. +41 (0)31 322 86 23

michaela.kozelka@bag.admin.ch (französisch und deutsch)

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

daniel.dauwalder@bag.admin.ch (französisch und deutsch)

Inhaltsübersicht

Hauptindikatoren der OKP, Statistik der Krankenversicherung im Internet, Aktualisierung, Statistik 2012, weitere Informationen

Abkürzungen, Tabellenhinweise, männliche Form

1. Einleitung	1
2. Aufbau der Statistik über die Krankenversicherung	2
2.1 Neuerungen in der Ausgabe 2011	
2.2 Inhalt und Quellen	
3. Wichtige Neuerungen in der Krankenversicherung ab 1996	4
4. Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2011	8
4.1 - 4.12: siehe Themen unter Beilage A	
5. Beilagen	
A Übersicht der Tabellen zu Prämien, Leistungen, Kostenbeteiligung sowie Versichertenbestand (OKP) Tabellen	47
A1 Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) 1.01-1.13	48
A2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP 2.01-2.26	62
A3 Prämien Soll in der OKP 3.01-3.08	89
A4 Prämienverbilligung in der OKP 4.01-4.11	98
A5 Individuelle Daten pro Versicherter 5.01-5.05	110
A6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG 6.01-6.06	118
A7 Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer 7.01-7.05	125
A8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer 8.01-8.12	131
A9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen 9.01-9.20	144
A10 Risikoausgleich in der OKP 10.01-10.05	161
A11 Versicherte in der OKP 11.01-11.17	167
A12 Prämientarif in der OKP 12.01-12.07	186
B Übergangsschlüssel Tabellen 2010 -> 2011 / 2011 -> 2010	194
C Übergangsschlüssel Grafiken 2010 -> 2011 / 2011 -> 2010	195
D Zusätzliche Informationen auf der Internetseite des BAG	196
E Prämienregionen in der OKP ab 2004: kurze Einführung und Detaildaten	202
F Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte in der OKP	203
F1 Entwicklung ab 1996: Erwachsene ab 19 Jahren	
F2 Entwicklung ab 1996: Kinder (0-18 Jahre)	
F3 Zunahme der Gesamtausgaben der Versicherten nach Franchise im 2013	
G Risikoausgleich in der OKP	206
H Individuelle Prämienverbilligung in der OKP ab 2008	209
I Optimale Franchise für die obligatorische Grundversicherung 2013	212
J Schätzungen aus dem Prämien genehmigungsverfahren 2003-2013	213
K Betriebsrechnungen und Bilanzen der OKP Krankenversicherer 2005-2011	214

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

	Nichts
0	Null 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 2011

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 2010, sind in den erwähnten Anhängen ersichtlich.

Zusätzlich zur Aktualisierung und Ergänzung der bereits in der Ausgabe 2010 vorhandenen Tabellen, Grafiken und Beilagenteil weist die vorliegende Ausgabe Änderungen auf, die in den Anhängen B und C farblich gekennzeichnet sind.

Es ist weiter zu beachten, dass in der Ausgabe 2011 die Informationen zu den Prämien, die bisher in einem Kapitel präsentiert wurden (Abschnitt 4.3 des Kommentars, Tabellen T3, Graphiken G3: Prämien in der OKP) neu auf zwei Kapitel aufgeteilt wurden:

- Kapitel 4.3, Tabellen T3, Graphiken G3: Prämien in der OKP.
- Kapitel 4.12, Tabellen T12, Graphiken G12: Prämientarife in der OKP.

Das Ziel war, klar zu unterscheiden zwischen dem Prämien Soll einerseits, das im Nachhinein als Mittel über sämtliche Versicherungsmodelle für alle Versicherten berechnet wird und zwischen dem Prämientarif andererseits, der als geschätzter Mittelwert auf der Basis der Tarife der Monatsprämien der einzelnen Versicherer gemäss den Beständen in den Kantonen berechnet wird und sich auf ein bestimmtes Versicherungsmodell, nämlich auf die Versicherung mit ordentlicher Franchise inkl. Unfalldeckung, bezieht.

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 2012 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: Prämien Soll in der OKP

Quelle: Krankenkassen-Datenbank 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 das Prämien Soll für die obligatorische Krankenpflegeversicherung aus. (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 Zusatzversicherungs-Geschäft der Privatversicherer, über die das BAG keine Aufsicht ausübt, ist somit in dieser Zusammenstellung nicht enthalten.

Tabellenteil 8: Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

Quelle: Krankenkassen-Datenbank BAG

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

Tabellenteil 9: Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

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)

Tabellenteil 12: Prämientarife in der OKP

Quelle: Prämien genehmigungsverfahren des BAG

Dieser Teil weist einerseits eine Schätzung der KVG Prämientarife für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (mit ordentlicher Franchise und Unfaldeckung) pro Kanton aus, aufgeteilt nach Erwachsenen, jungen Erwachsenen und Kindern.

3. Wichtigste Neuerungen in der Krankenversicherung seit 1996

2012

1.1.2012 Änderung des KVG betreffend die Nichtbezahlung von Prämien und die Prämienverbilligung (Art. 64a, 65).

1.1.2012 Änderung der KVV betreffend die Nichtbezahlung von Prämien und die Prämienverbilligung (Art. 105b, 105c, 105d, 105e, 105f, 105g, 105h, 105i, 105j, 105k, 105l, 105m, 106b, 106c, 106d, 106e).

1.1.2012 Änderung der KVV betreffend die Reserven (Art. 78, 78a, 78b, 78c, 92b, 107).

1.1.2012 Änderung der KVV betreffend die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei Generika (Art. 65c).

1.1.2012 Erlass der Verordnung des EDI über die Preisniveauidizes und die Durchschnittsprämien 2012 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Gemeinschaft, in Island und in Norwegen.

1.1.2012 Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (ResV-EDI).

1.1.2012 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend die Umschreibung der Krankenpflege und die Massnahmen der Prävention (Art. 7, 12a, 12b, 12d, 15, 20a, 28).

1.2.2012 Änderung der KVV betreffend die Eidgenössische Arzneimittelkommission (Art. 37e Abs. 2).

1.4.2012 Änderung der KVV betreffend die Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen (Art. 1, 2, 10, 15a, 19, 37, 91, 92b, 92c, 101a, 103 und 106a).

1.5.2012 Änderung der KVV betreffend die Spezialitätenliste (Art. 65d).

1.5.2012 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend die Spezialitätenliste (Art. 35, 35b, 35c).

1.7.2012 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend die Massnahmen der Prävention (Art. 12a, 12b).

1.9.2012 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend die Analysenliste (Anhang 3).

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 Risikoaus-

gleich 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 Preisniveauidizes 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 Preisniveauidizes 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).

1.1.2008 Erlass der Verordnung des EDI über die technischen und grafischen Anforderungen an die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VK-EDI).

1.1.2008 Änderung des KVG betreffend die bedarfsabhängige Zulassung (Art. 55a).

1.1.2008 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 Verfahrensbestimmung 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.

1.1.2007 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 Versicherung (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

beschlossen (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 Pflégetarife (Übergangsbestimmung zum KVG, dringliches Bundesgesetz).

1.1.2005 Verlängerung der Geltung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen Behandlungen nach dem KVG (dringliches Bundesgesetz).

1.1.2005 Änderung der KVV : die Wahlfranchisen betragen neu Fr. 500, 1'000, 1'500, 2'000 und 2'500 Franken für Erwachsene und junge Erwachsene. Für Kinder betragen die Wahlfranchisen neu Fr. 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Die Prämie der Versicherung mit Wahlfranchise beträgt mindestens 50% der Prämie der Versicherung mit ordentlicher Franchise und Unfalleinschluss.

1.1.2005 Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).

1.1.2005 und 1.7.2005 Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

2004

1.1.2004 Änderung der KVV:

- Die ordentliche Franchise für Erwachsene beträgt neu Fr. 300.– pro Jahr.
- Der Maximalbetrag des Selbstbehalts erhöht sich auf Fr. 700.– für Erwachsene und Fr. 350.– für Kinder.
- Die maximale Prämienreduktion bei den wählbaren Franchisen wird angepasst.
- Die minimale Quote der Sicherheitsreserve liegt bei 20% für Versicherer mit bis zu 250'000 Versicherten und bei 15% bei Versicherern mit über 250'000 Versicherten. Versicherer mit weniger als 50'000 Versicherten müssen sich rückversichern.
- Die Zusammensetzung nationaler Kommissionen wird angepasst, um Vertreter des BSV aufzunehmen.
- **1.1.2004** Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

- Die vom BAG (bis 2003 BSV) festgelegten Prämienregionen müssen von den Krankenversicherern obligatorisch angewandt werden.
- Die Krankenversicherer werden beauftragt, die Lenkungsabgabe auf Benzin und Dieselöl mit einem Schwefelgehalt von mehr als 0.001% an die Bevölkerung zu verteilen (Abgabe erhoben ab 2004, erste Verteilung im Jahr 2006).
- **1.4.2004, 1.5.2004, 1.7.2004 und 1.8.2004** Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

2003

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

2002

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

Freizügigkeitsabkommen EU-CH, namentlich in den Bereichen Obligatorium, Prämien, Prämienverbilligung, Risikoausgleich, Leistungsaushilfe und Durchführung. Datum des Inkrafttretens: 1.6.2002 (für die meisten Anpassungen, zusammen mit dem Freizügigkeitsabkommen).

- Anpassungen des KVG und der Verordnungen an das EFTA-Abkommen, namentlich in den Bereichen Obligatorium, Prämien, Prämienverbilligung, Risikoausgleich, Leistungsaushilfe und Durchführung. Datum des Inkrafttretens: 1.6.2002 (für die meisten Anpassungen zusammen mit dem EFTA-Abkommen).
- **1.7.2002** Änderung der KVV im Arzneimittelbereich.
- **1.7.2002** Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. Bezeichnung von Leistungen, welche nur auf vorgängige Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes übernommen werden).
- **4.7.2002** Inkraftsetzung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- Verabschiedung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung.

2001

- **1.1.2001** Inkrafttreten des überwiegenden Teils der 1. Teilrevision des KVG und der Verordnungsänderungen (z.B. Sistierung der Versicherungspflicht bei längerdauernder Unterstellung unter die Militärversicherung, neues Abgeltungsmodell im Bereiche der Arzneimittel – Beratungsleistungen von Apothekern und selbstdispensierenden Ärzten sollen getrennt von den Medikamentenkosten, nach Tarifen vergütet werden –, keine Franchiseerhebung bei Screening-Mammographie, Sanktionen bei Ordnungswidrigkeiten durch einen Krankenversicherer sowie Verbesserungen im System der Prämienverbilligung).
- **1.1.2001** Inkrafttreten des Änderungspaketes im Zusammenhang mit dem Datenschutzrecht und der entsprechenden Anpassungen der KVV.
- Anpassungen bei Wahlfranchisen (betragsmässige Begrenzung der höchstzulässigen Rabatte sowie Einführung regionaler Prozentsätze für Prämienreduktionen).
- Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. Substitutionsbehand-

lung 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: 27.5.13

Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, BSV

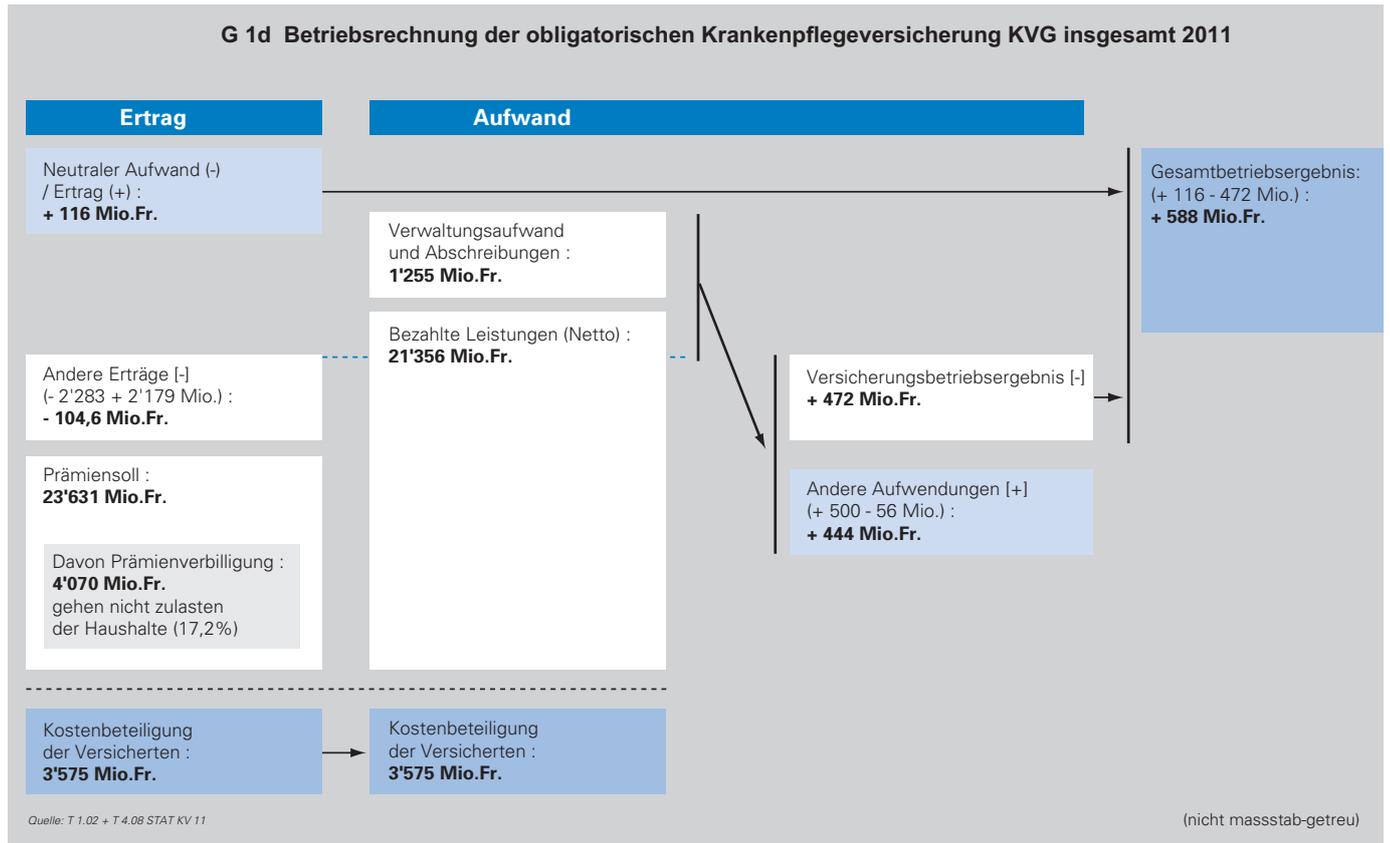
4. Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2011

4.1 Finanzen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die von den Versicherern **bezahlten Leistungen** in Höhe von 21,4 Mrd. Franken im Jahr 2011 ergeben sich nach

Abzug der **Kostenbeteiligung der Versicherten** von 3,4 Mrd. Franken. Zieht man vom **Prämiensoll** von 23,6 Mrd. Franken den übrigen Aufwand/Ertrag ab, so verbleibt ein positives OKP-Betriebsergebnis von + 472 Mio. Franken. Unter Berücksichtigung des neutralen Aufwandes und Ertrages resultiert somit ein positives **Gesamtbetriebsergebnis** von + 588 Mio. Franken (G 1d und T 1.02).



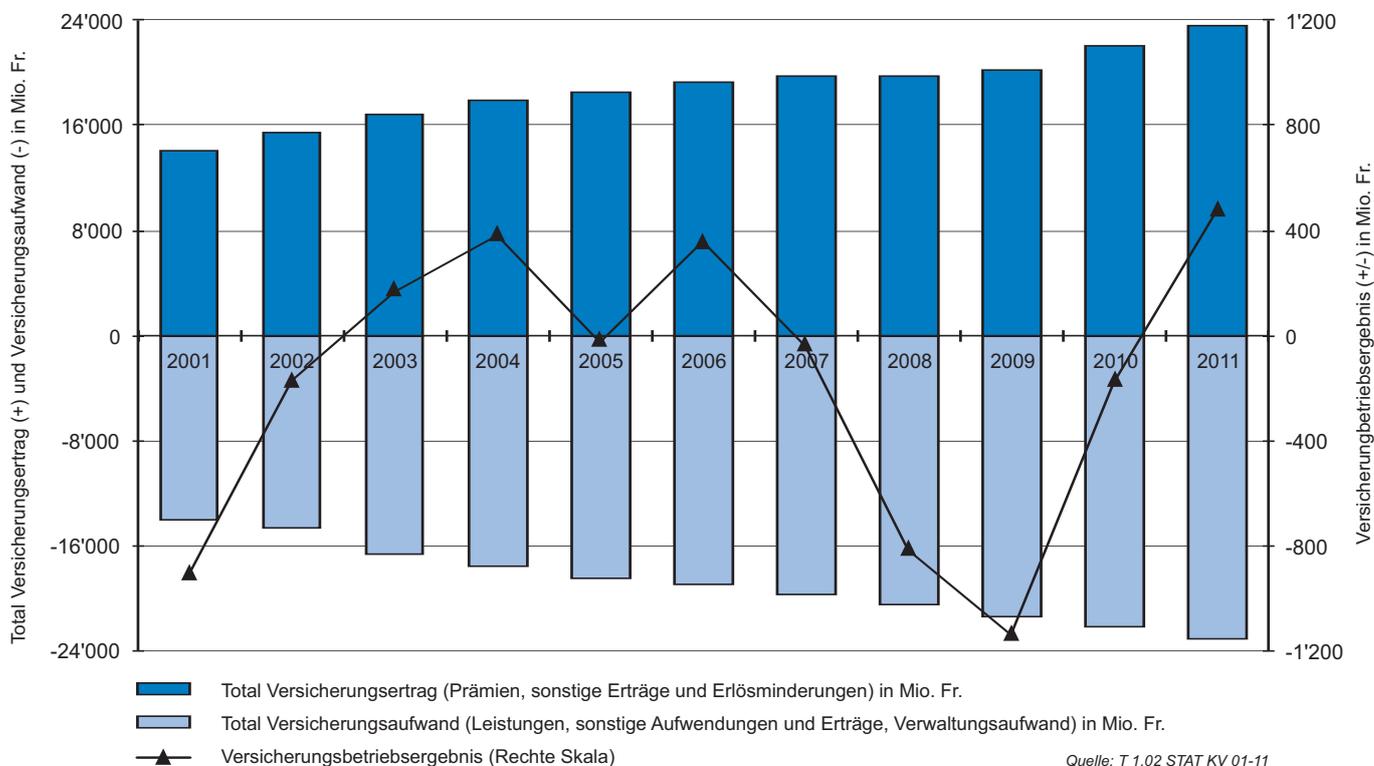
Dabei setzte sich dieses Gesamtbetriebsergebnis aus divergierenden Ergebnissen nach den einzelnen Versicherungsformen zusammen. So wurde das stark negative Ergebnis bei den Versicherungen mit ordentlicher Franchise (- 1,4 Mrd. Fr.) durch positive Ergebnisse für die Versicherungen mit wählbarer Franchise (+ 1,2 Mrd. Fr.), der BONUS-Versicherung und der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (+ 736 Mio. Fr.) kompensiert (T 1.03 bis T 1.06).

Interessant ist die Entwicklung von **Aufwand, Ertrag** und **Betriebsergebnis** in den letzten zehn Jahren. Ein deutlich negatives Betriebsergebnis (Aufwand minus Versicherungsertrag) ergab sich für die Jahre 2001, 2008 und 2009. Für 2002, 2005, 2007 und 2010 resultierte ein nahezu ausgeglichenes, für die Jahre 2003, 2004, 2006 und 2011 ein

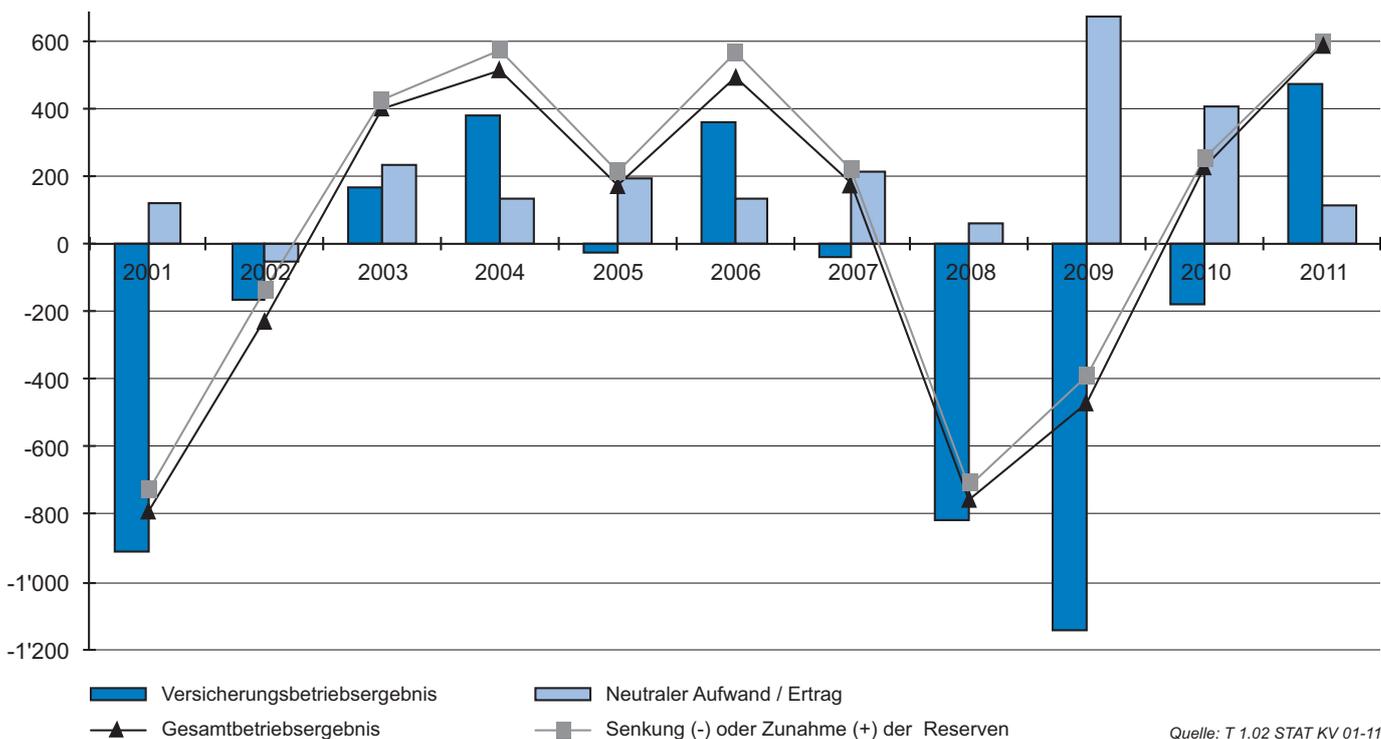
positives Ergebnis (G 1b).

Werden zum Jahresbetriebsergebnis der **neutrale Aufwand und Ertrag** addiert (im Wesentlichen Einnahmen aus Kapitalanlagen), erhält man das **Gesamtbetriebsergebnis**, das seit 2001 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 Einfließens von externen Mitteln. Daraus erklärt sich, dass das Gesamtbetriebsergebnis immer kleiner oder gleich der Veränderung der Reserven liegt (G 1c).

G 1b OKP: Ertrag, Aufwand und Versicherungsbetriebsergebnis in Mio. Fr.



G 1c Betriebsergebnis und Reservenveränderung in der OKP in Mio. Fr.



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

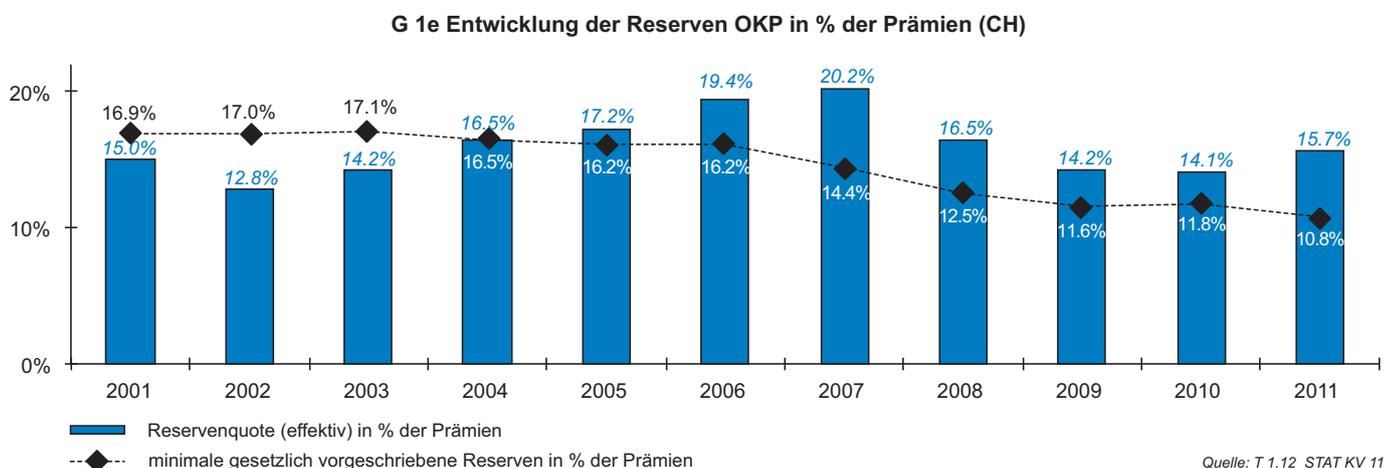
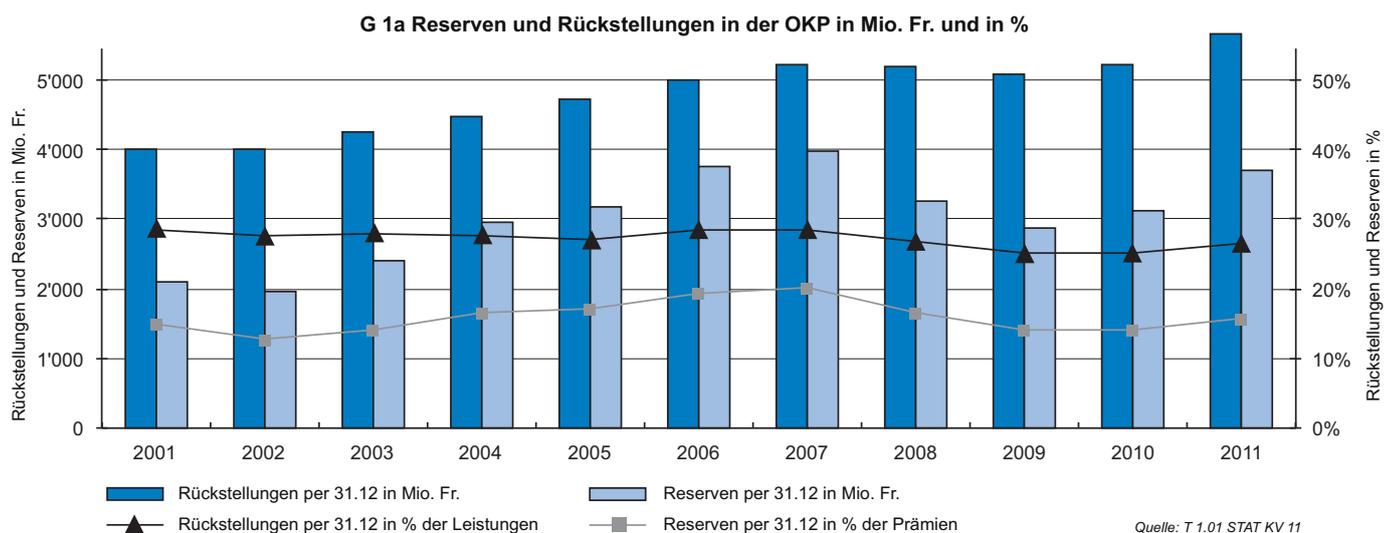
Wie oben dargelegt, wirkt sich das Gesamtbetriebsergebnis auf den **Reservenstand** in der OKP aus. So ist dieser von Ende 2007 bis Ende 2008 um etwas mehr als 700 Mio. Franken und bis Ende 2009 nochmals um nahezu 500 Mio. Franken zurückgegangen, um schliesslich 2010 um 300 Mio. und 2011 um 200 Mio. Franken anzusteigen (G 1c). Die Reserven dienen den Versicherern zur Deckung

unvorhergesehener Risiken.

Betrachtet man zudem den Stand der Reserven im Verhältnis zum Prämiensoll desselben Jahres, so resultiert einen Rückgang dieser «Reservequote» von 15,0% im Jahr 2001 auf 15,7% im Jahr 2011 (G 1a). Die Reserven von 3,7 Mrd. Franken Ende 2011 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 28,6% im Jahr 2001 auf 26,4% im Jahr 2011 (G 1a).

Die Grafik G 1e zeigt die Entwicklung der tatsächlichen Reservenquote im Vergleich mit der gesetzlich festgeleg-



ten Mindestquote. Diese Mindestquoten hängen vom Versichertenbestand ab (siehe T 5.02).

Senkung der Mindestreservenquoten der Krankenkassen zwischen 2007 und 2009

Der Bundesrat ermächtigte die Versicherer mit über 150'000 Versicherten, einen stufenweisen Abbau ihrer Reservenquoten gemäss untenstehender Tabelle vorzunehmen. Die Senkung der Quoten erfolgt seit 2007 schrittweise über drei Jahre. Kassen mit unter 50'000 Versicherten müssen weiterhin Mindestreserven von 20% aufweisen und sich rückversichern.

Minimale Reserven in Prozent des Prämiensolls (bisheriger 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 Reservenquote 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**

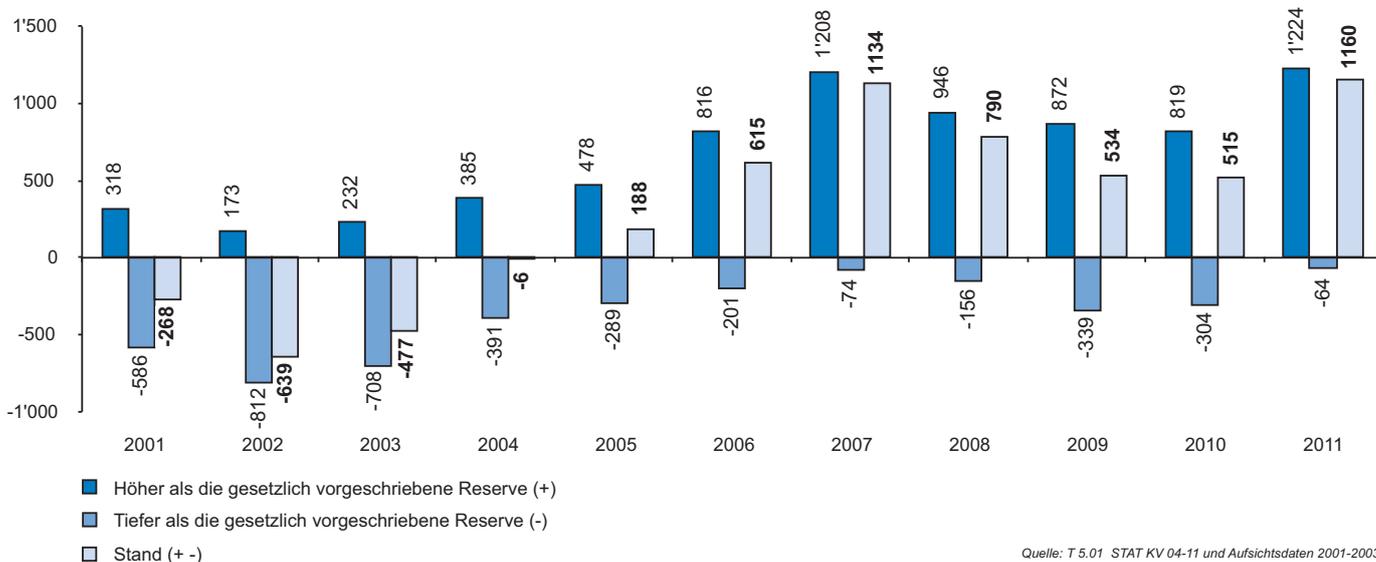
Jahr, in dem die Senkung vorgenommen wird.

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 Reservenquotensenkung auf die Prämien von der jeweiligen Situation der einzelnen Versicherer abhängig ist. Ein Versicherer, der beispielsweise bereits heute die gesetzlichen Reservenanforderungen 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% und 2010 auf 14,1% und stieg 2011 wieder auf 15,7% an.

Allerdings sind die Unterschiede zwischen den Versicherern bei den Überschüssen und Fehlbeträgen im

G 1f OKP-Reserven: Stand in Mio. Fr. im Vergleich zur gesetzlichen Vorgabe



Quelle: T 5.01 STAT KV 04-11 und Aufsichtsdaten 2001-2003

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 2011 insgesamt über alle Versicherer wieder über den gesetzlichen Vorgaben. Jedoch erfüllten im Jahr 2011 von 63 OKP-Versicherern 7 die gesetzlichen Anforderungen an die Reserven nicht, wobei sich deren Fehlbetrag auf 64 Mio. Franken belief. Der Saldo (Überschüsse abzüglich Fehlbeträge in Bezug auf die gesetzlichen Reserven) betrug im Jahr 2011 1,16 Mrd. Franken, was ausreichen würde, um die Versicherungsleistungen von ungefähr drei 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, die per 1. Januar 2012 in Kraft getreten sind, sollen die Mängel der bisherigen 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, wird 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).

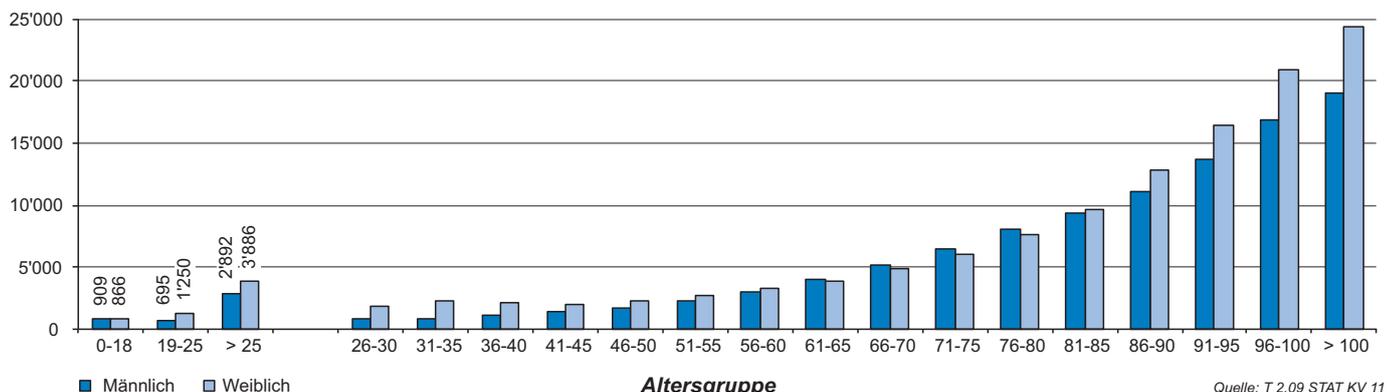
Grosse Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen bei den Nettoleistungen (Kosten zu Lasten der Versicherer), den Kostenbeteiligungen der Versicherten und den Bruttoleistungen (Summe der Nettoleistungen und der Kostenbeteiligungen). GE und BS verzeichnen die höchsten durchschnittlichen Nettoleistungen bei den Erwachsenen ab 26 Jahre, NW und AI die tiefsten (G 2a).

Eine Analyse der Nettoleistungen nach Alter und Geschlecht zeigt zwei deutliche Zusammenhänge: einerseits zwischen Leistungen und Alter, andererseits zwischen Männern und Frauen, wobei die Leistungen für die Frauen höher liegen (ausser im Alter zwischen 0 und 18 Jahren und 61 und 80 Jahren). Die etwa doppelt so hohen Leistungen bei den Frauen der Altersgruppen 19–25, 26–30, 31–35 und 36–40 Jahre sind hauptsächlich auf Kosten im Zusammenhang mit der Mutterschaft zurückzuführen (G 2b).

Bei der jährlichen Kostenbeteiligung nach Kanton und Altersgruppe belegen bei den Erwachsenen ab 26 Jahren erneut die Kantone GE und BL die Spitzen- und OW und AI die Schlusspositionen. Die deutlich tieferen Werte bei den Kindern (der schweizerische Durchschnitt liegt bei 94 Franken im Vergleich zu 340 Franken für junge Erwachsene und 563 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).

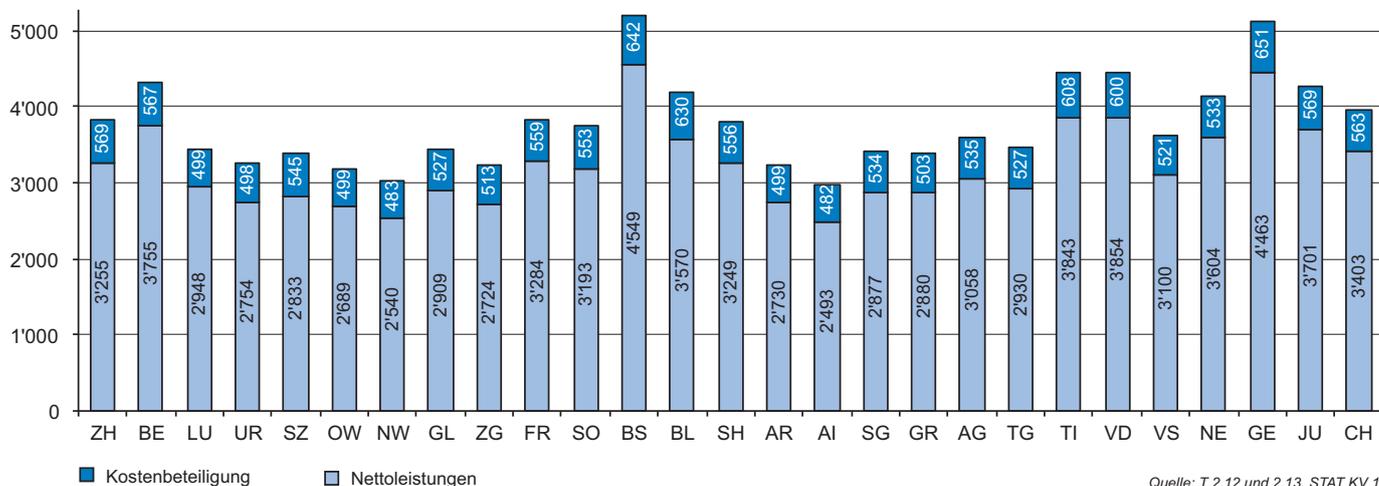
Es ist darauf hinzuweisen, dass die Kostenbeteiligungen in der Krankenversicherungsstatistik unterschätzt werden.

G 2b Nettoleistungen in Fr. je versicherte Person nach Altersgruppe und Geschlecht 2011



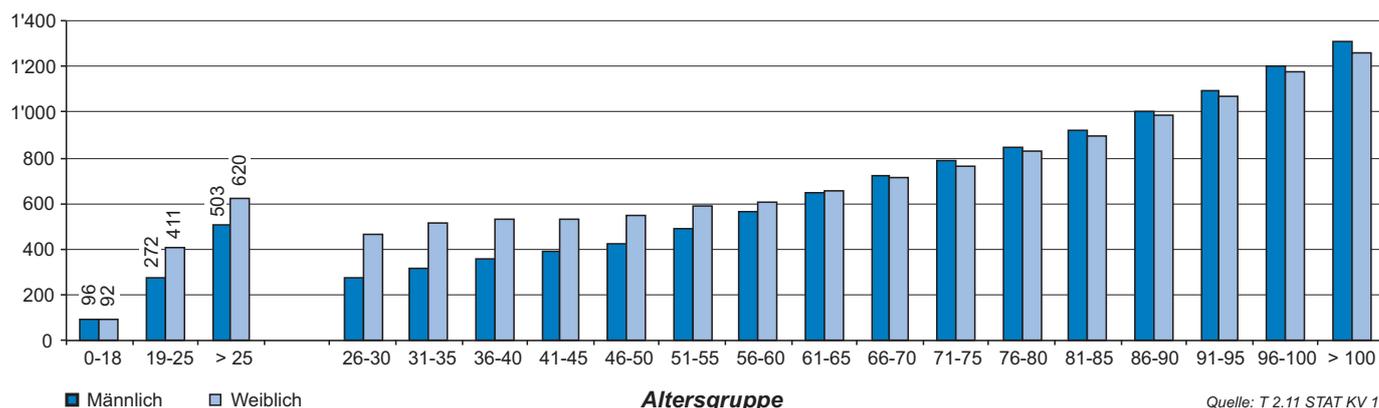
Quelle: T 2.09 STAT KV 11

G 2a Nettoleistungen, Kostenbeteiligung und Bruttoleistungen in Fr. je versicherte Person nach Kanton 2011 (Erwachsene ab 26 Jahre)



Quelle: T 2.12 und 2.13 STAT KV 11

G 2d Kostenbeteiligung in Fr. je versicherte Person nach Altersgruppe und Geschlecht 2011



Quelle: T 2.11 STAT KV 11

Denn es werden im System des Tiers gar nicht 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 gemäss der Definition des BFS enthalten.

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

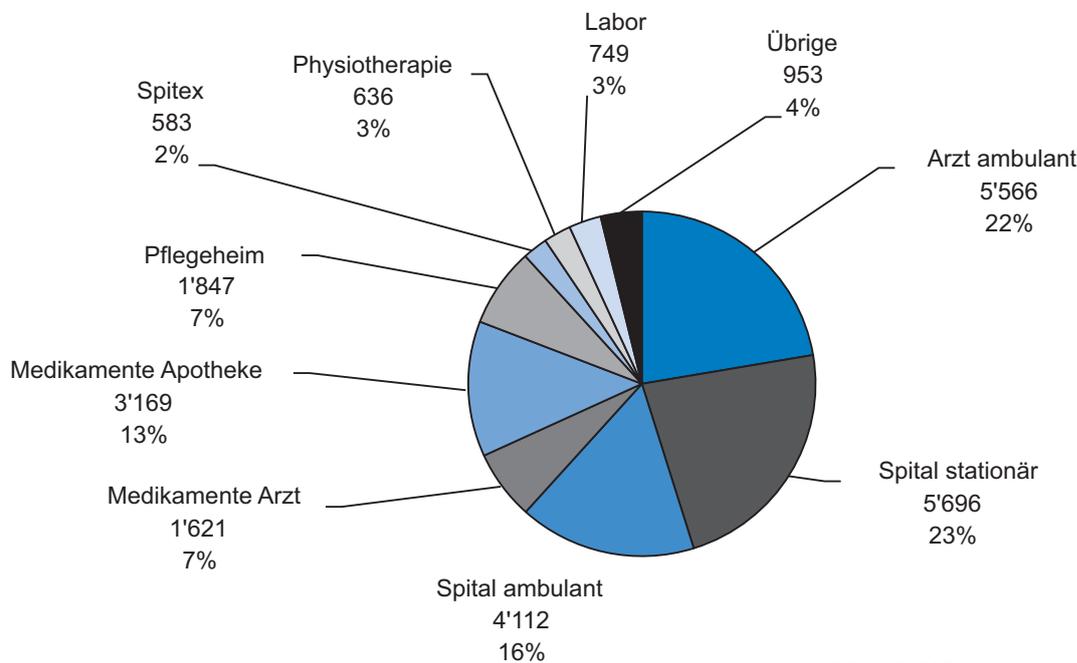
Frauen höher (G 2d). Zwar entfällt sie grundsätzlich bei Leistungen für die Mutterschaft, dies gilt jedoch nicht im Falle von Schwangerschaften mit Komplikationen.

Leistungen OKP nach Kostengruppen

Bei der Aufteilung der Bruttoleistungen (d.h. Kosten zu Lasten der Versicherer inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten) eines Betriebsjahres nach Kostengruppe entfallen von der Gesamtsumme von 24,9 Mrd. Franken (+ 2,6% gegenüber dem Vorjahr) 39% auf die Spitäler (ambulant und stationär), 22% auf Leistungen der Ärzte (ambulant), 20% auf Medikamente (von Apotheken und Ärzten abgegeben), 7% auf Pflegekosten in Pflegeheimen sowie 12% auf übrige Leistungen wie Spitex, Physiotherapie, Chiropraktik, Labor sowie Mittel und Gegenstände (G 2e und T 2.17).

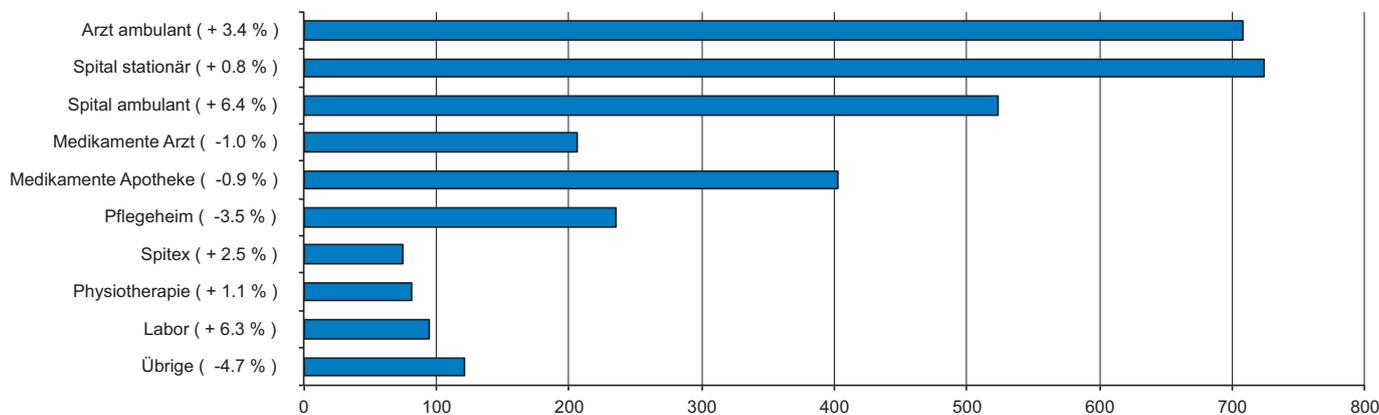
Pro versicherte Person beliefen sich die Bruttoleistungen auf 3171 Franken, 1,5% mehr als im Vorjahr. Die drei

G 2e Bruttoleistungen OKP in Millionen Fr. und in % des Totals nach Kostengruppe 2011



Total (100%) : 24'932 Mio. Fr. Quelle: T 2.17 STAT KV 11

G 2f Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Bruttoleistungen nach Kostengruppe 2011 und Veränderung in %



Veränderung 2010-2011 pro versicherte Person in % - Leistungen pro versicherte Person in Fr. - Total (2011) : 3'171 Fr. - Quelle: T 2.19 STAT KV 11

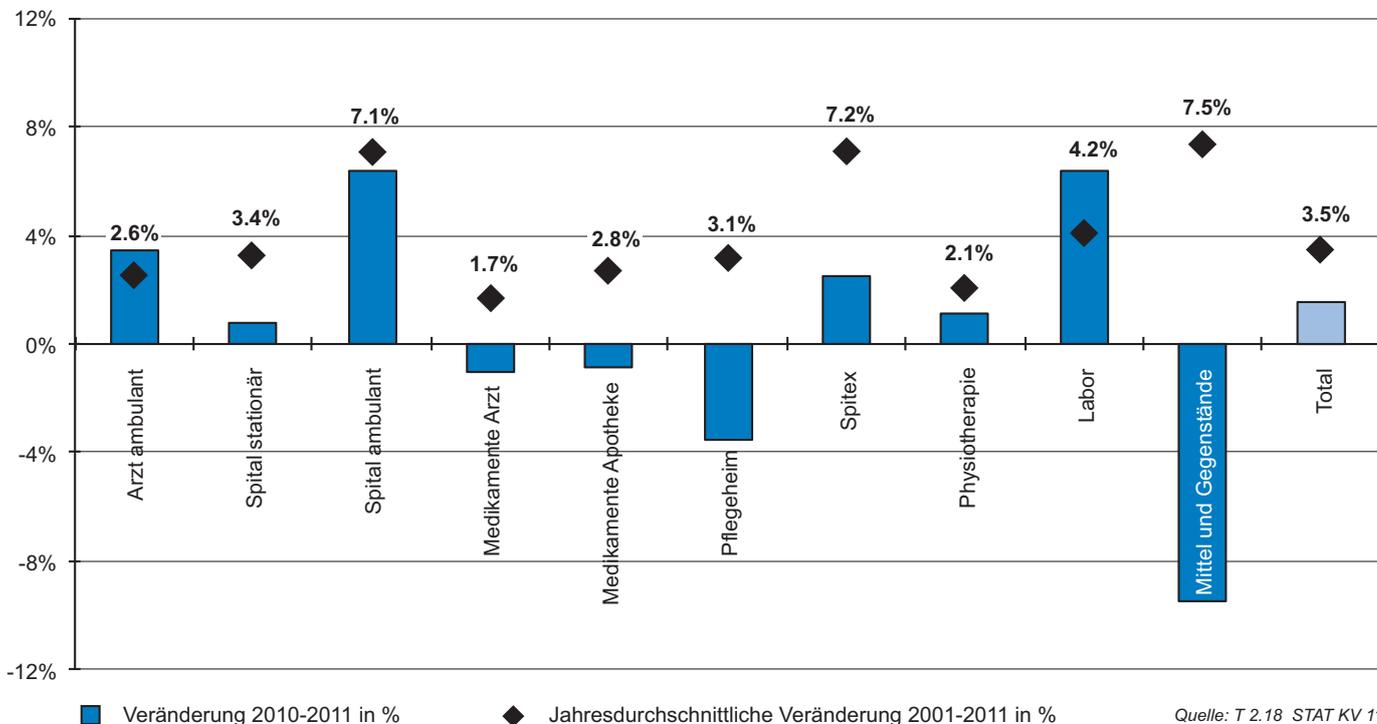
Fr.

Kostengruppen mit den höchsten Kosten pro Versicherten sind stationäre Spitalaufenthalte (724.-), ambulante Behandlungen beim Arzt (708.-) und im Spital (523.-) (T 2.19 und G 2f).

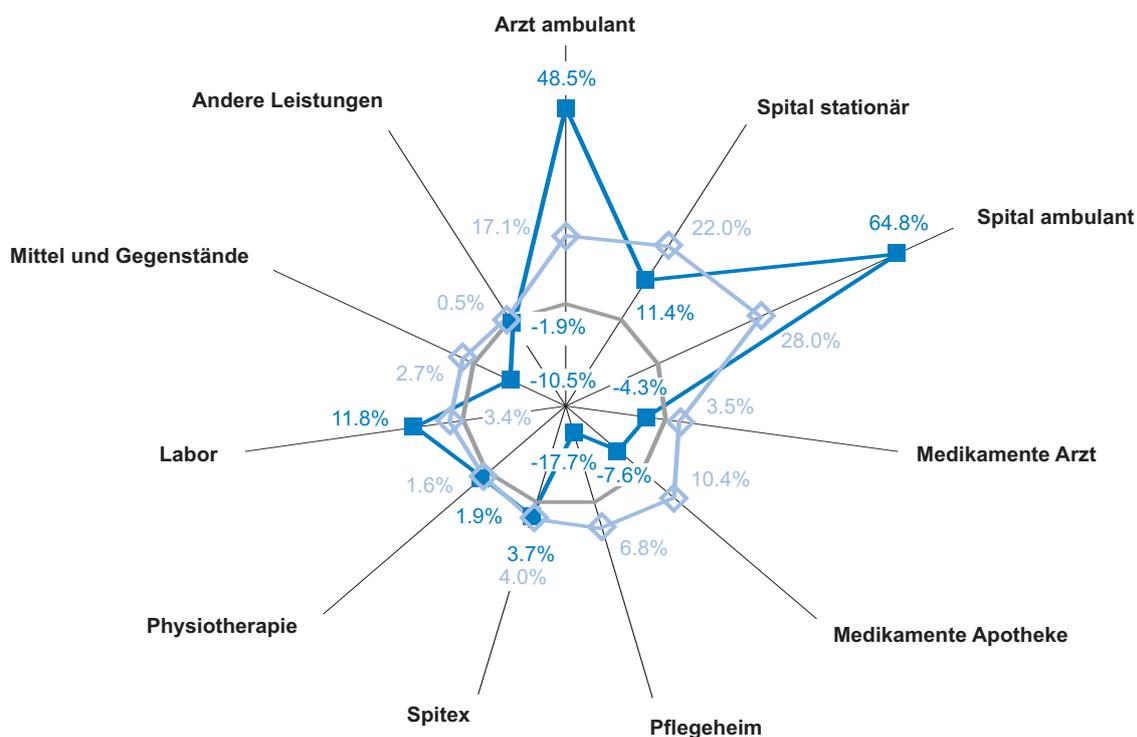
Die Zunahmen im Vergleich zum Vorjahr sind jedoch von begrenzter Aussagekraft; es ist sinnvoller, die Entwicklung der Kostengruppen über mehrere Jahre zu betrachten. So beträgt die jährliche Zunahme der Leistungen pro versicherte Person für den Zeitraum von 2001-2011 im Durchschnitt

3,6%. Überschritten haben diesen Durchschnittswert in diesem Zeitraum namentlich folgende Kostengruppen: Mittel und Gegenstände (7,5%), Spitex (7,2%), Spitäler ambulant (7,1%). Darunter lagen Spitäler stationär (3,4%), Physiotherapie (2,1%) und Chiropraktik (0,5%). 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).

G 2g Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Entwicklung der Bruttokosten nach Kostengruppe pro versicherte Person



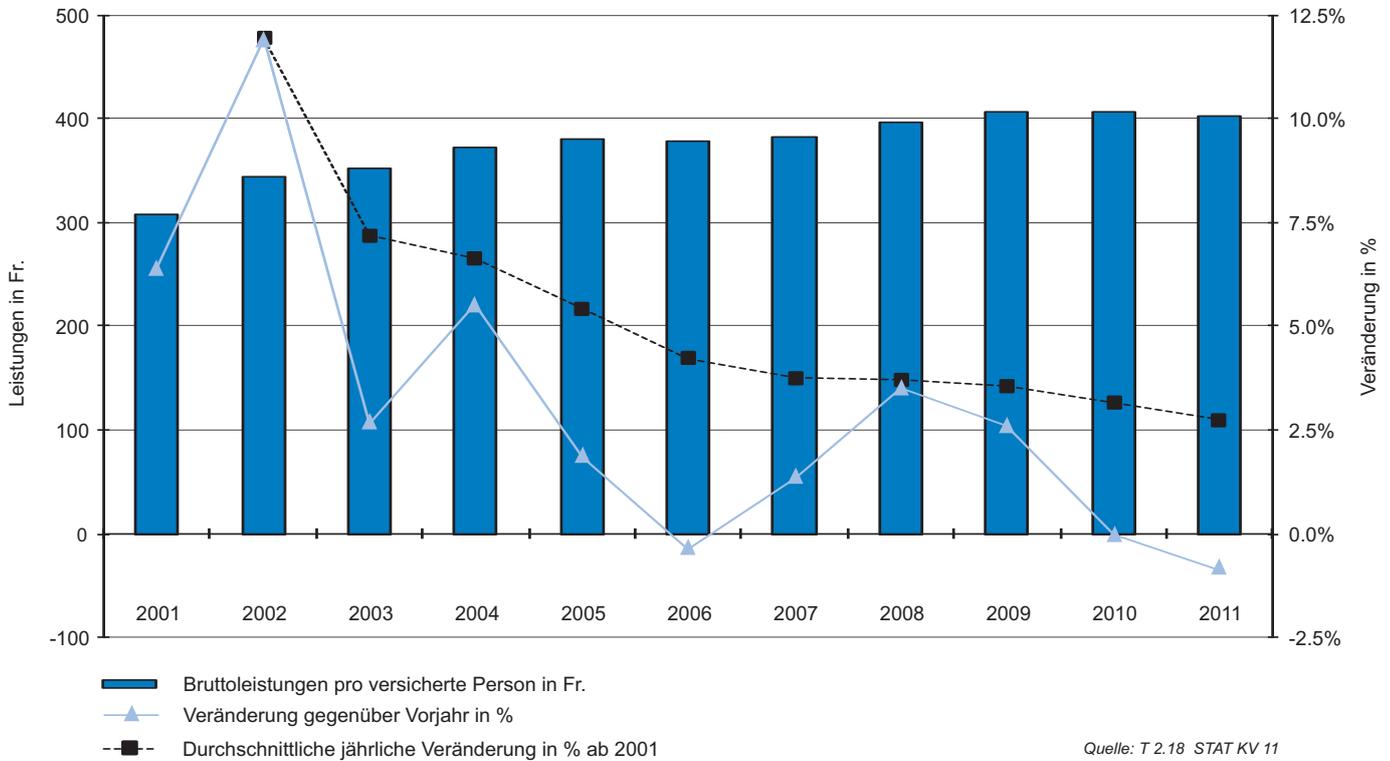
G 2c Obligatorische Krankenpflegeversicherung: relatives Gewicht der Kostengruppe für die gesamte Entwicklung der Bruttoleistungen



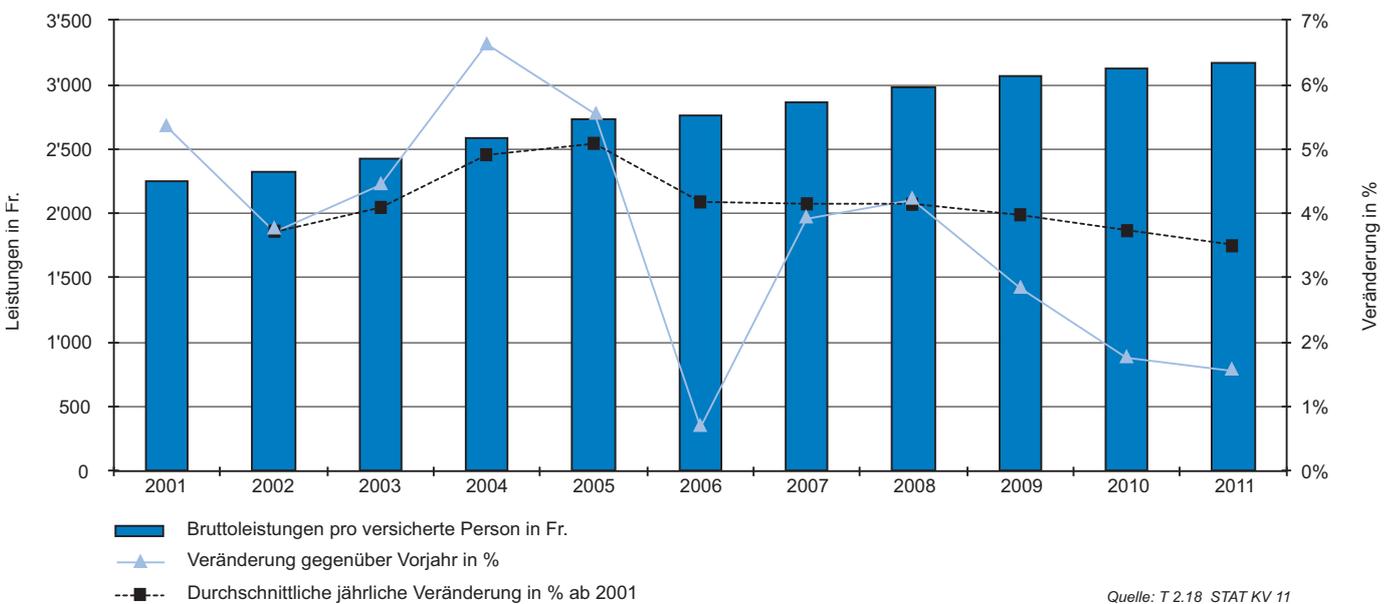
Quelle: T 2.18 STAT KV 11 - Beitrag in % an die Veränderung der Leistungen pro Person [100% für die Summe aller Kostengruppen]

■ Beitrag an die Veränderung 2010-2011 in % ◆ Beitrag an die Veränderung 2001-2011 in % — 0%

G 2i Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG: Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Kostengruppe "Medikamente (Apotheke)"



G 2h Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG: Bruttoleistungen pro versicherte Person



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 2010-2011 der Entwicklung im gesamten Zeitraum 2001-2011 gegenübergestellt. Zwischen 2010 und 2011 stiegen die Kostengruppen mehrheitlich in einer Grössenordnung, die ungefähr dem Durchschnitt der Jahre 2001-2011 entspricht, wohingegen die Kostengruppen Spitäler (stationär), Medikamente, Heime, Mittel und Gegenstände sowie Spitex um weniger als der Durchschnitt der letzten zehn Jahre gestiegen sind (weniger als die Hälfte des Anstiegs in der Periode 2001-2011, G 2g).

Neben des jährlichen oder durchschnittlichen Wachstums der Leistungen der verschiedenen Kostengruppen muss der Anteil der betrachteten Kostengruppe an den gesamten Leistungen berücksichtigt werden. Die Grafik G 2c zeigt, dass beispielsweise eine mittlere jährliche Kostenveränderung von 7,5% bei den Mitteln und Gegenständen zwischen 2001 und 2011 sich etwa acht Mal weniger auf die gesamte Entwicklung der Kosten auswirkt als eine mittlere jährliche Kostenveränderung von 3,4% bei den Spitälern (stationär) im gleichen Zeitraum (Beitrag an die Zunahme: 2,7% bzw. 22,0%).

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 Prämien Soll in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP

Durchschnittliches Prämien Soll für alle Versicherungsmodelle

Der nachträglich für alle Versicherungsmodelle festgestellte tatsächliche Anstieg des Prämien Solls der Versicherten wird ebenfalls publiziert, neben den Veränderungen der Prämientarife, die im Kapitel 4.12 präsentiert werden.

Die Grafiken G 12i, 12j und 12k zeigen die teilweise grossen Unterschiede zwischen den Veränderungen der Prämientarife 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 dieser Prämientarife 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.

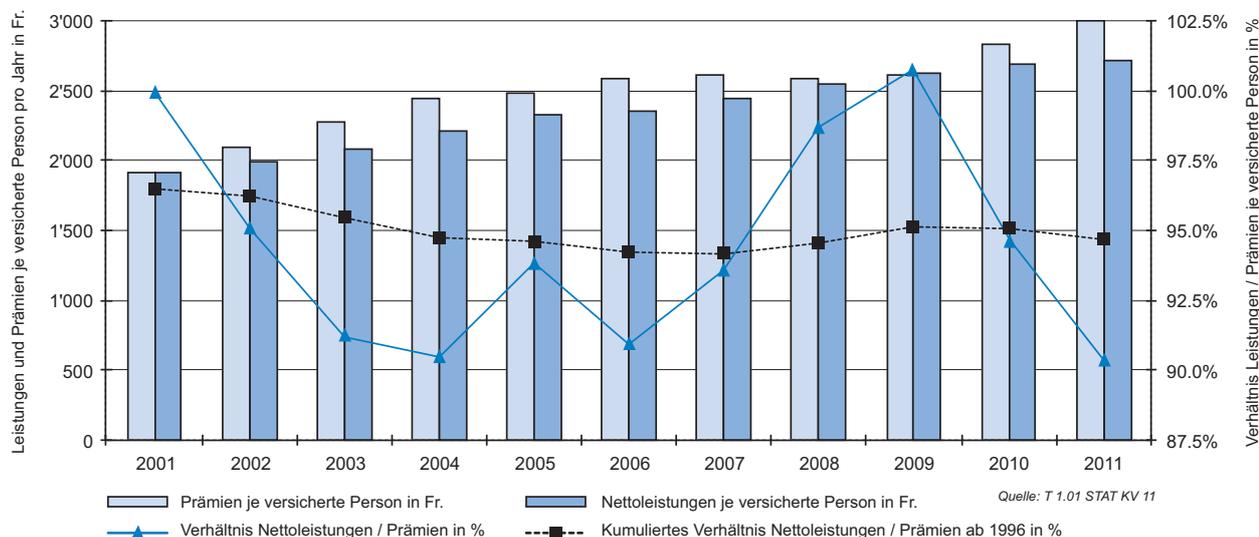
Prämien Soll pro versicherte Person

Das durchschnittliche **Prämien Soll** pro versicherte Person und Jahr belief sich im Jahr 2011 auf **3005 Franken** (+6,0% im Vergleich zum Vorjahr). Für Versicherte mit ordentlicher Franchise betrug der Wert 3395 Franken, für Versicherte mit wählbarer Franchise 3454 Franken, für Versicherte mit BONUS-Versicherungen 3019 Franken und für Versicherte mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers 2558 Franken (T 3.05). Auf den ersten Blick erscheint es paradox, dass das Prämien Soll 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.

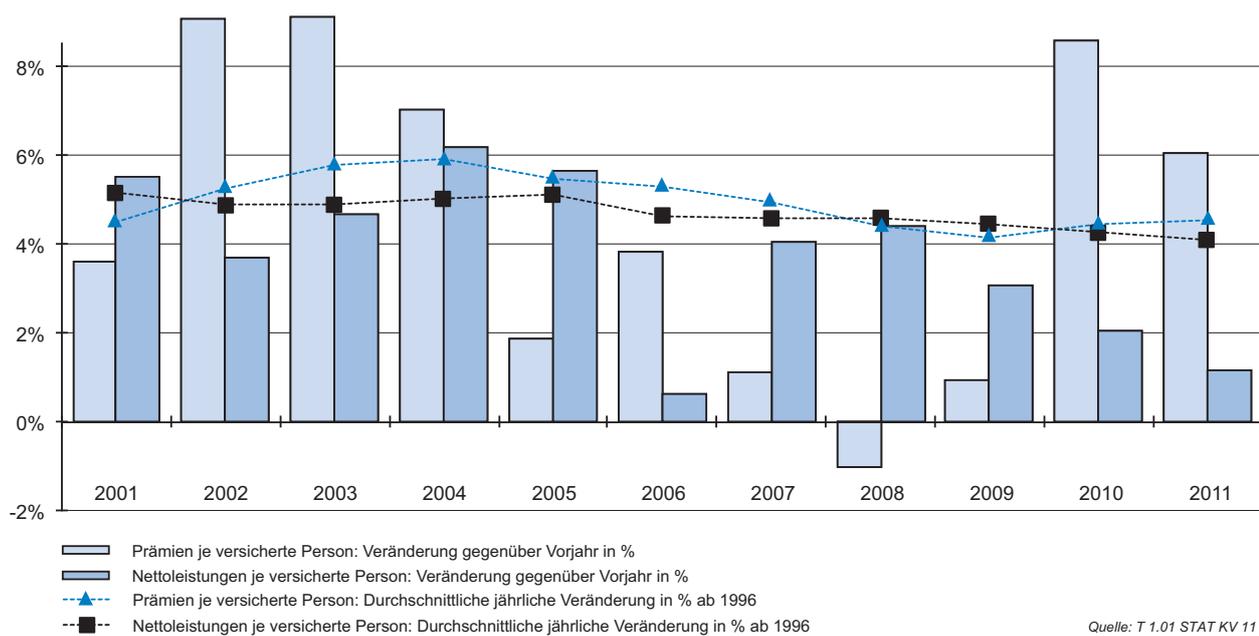
Prämien und Nettoleistungen pro Versicherten in der OKP

Für einen Vergleich des Verhältnisses Nettoleistungen/Prämien pro Versicherten in der OKP ist eine Betrachtung über mehrere Jahre erforderlich. Auf nationaler Ebene wies dieses Verhältnis von 2001 bis 2011 Schwankungen zwischen 90% und 101% auf. Besonders interessante Hinweise liefert die Kurve des kumulierten Verhältnisses **Nettoleistungen/Prämien** ab 1996. Dabei wird das Verhältnis aller Nettoleistungen und der Prämien pro versicherte Person ab 1996 bis zum Berichtsjahr betrachtet. Das Verhältnis liegt sehr nahe bei 95%. Dies bedeutet, dass von

G 3a Nettoleistungen und Prämien OKP je versicherte Person: CH



G 3c Veränderung der Nettoleistungen und der Prämien OKP je versicherte Person in % : CH

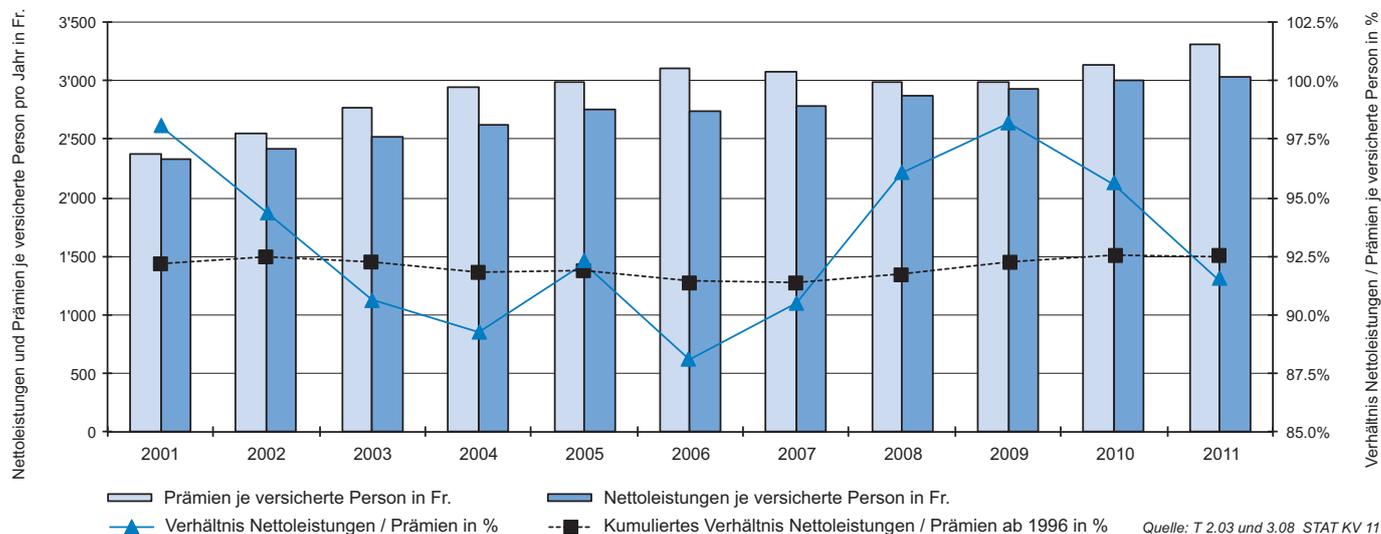


den Prämien eine Marge von etwa 5% für Verwaltungskosten, Veränderungen bei Rückstellungen und Reserven sowie für Gewinne und Verluste auf Kapitalanlagen verwendet wird. Jährliche Schwankungen des Verhältnisses können bedingt durch die Vorausberechnungen des künftigen Leistungsvolumens auftreten (G 3a, Gesamtschweiz). Die Grafiken aller Kantone sind im Internet des BAG (www.bag.admin.ch/pyramiden) unter der Rubrik «Zeitreihen» verfügbar (siehe Anhang D).

Die Daten der Grafik G 3a beziehen sich auf die Nettoleistungen ausgehend vom Datum der Leistungsrückerstattung. Ein anderer Ansatz 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 im Moment noch nicht aufgeführt werden.

So kennen die Krankenkassen beispielsweise im Jahr 2009 die Kosten für das Jahr 2008 und müssen ihre Prämien für

G 3b Nettoleistungen und Prämien OKP je versicherte Person : VD



2010 ausgehend von einer Prognose der Kosten und der Versicherten, die 2010 den Versicherer wechseln werden, festlegen. Erst im Jahr 2011, also zwei Jahre später, sind die tatsächlichen Kosten für 2010 bekannt, und erst dann kann ein Vergleich mit den vorausgerechneten Kosten vorgenommen werden. Eine kompensatorische Anpassung kann erst bei den Prämien des Jahres 2012 vorgenommen werden. Daher erfolgt die Korrektur aus dem Vergleich der geschätzten und der tatsächlichen Kosten mit zeitlicher Verzögerung.

Die Grafik G 3c 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 3a stellt das kumulierte Verhältnis Nettoleistungen/Prämien für die Gesamtschweiz dar. Grafik G 3b zeigt die Entwicklung dieses Verhältnisses am Beispiel des Kantons Waadt.

Man kann theoretisch aus diesen Verhältnissen im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt einen Fehlbetrag oder Überschuss der Prämien in Franken pro Versicherte Person seit 1996 ableiten.

Hier die Beschreibung dieser Methode: um festzustellen, wie hoch der Prämienüberschuss bzw. der Fehlbetrag pro

Kanton ist, wird für die Summe aller Versicherer pro Jahr und pro versicherte Person das Verhältnis der Nettoleistungen (ohne Kostenbeteiligung) zu den Prämien ermittelt. Dieser Quotient wird dem Quotienten der gesamten Schweiz gegenübergestellt. Wäre in einem Kanton in einem Jahr weder zu wenig noch zu viel Prämien bezahlt worden, so müsste der Quotient des Kantons genau gleich hoch sein wie derjenige der Schweiz. Die Rechnung basiert auf den Abweichungen der beiden Quotienten eines Jahres sowie der Anzahl der Versicherten des betreffenden Jahres, damit ein Wert für die zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien in einem Kanton seit Einführung des KVG resultiert.

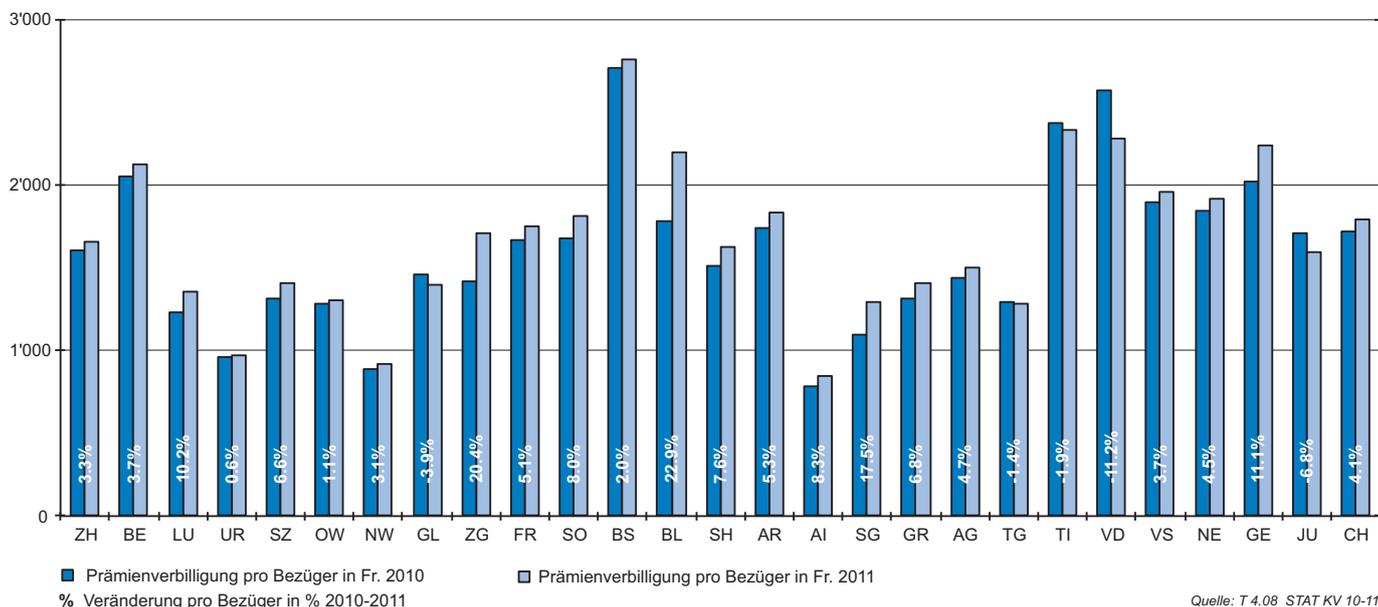
Die Details zur Berechnungsmethode des BAG vom Januar 2013 sind publiziert auf www.bag.admin.ch unter der Rubrik Themen – Krankenversicherung – Prämien – Weitere Informationen.

Es wurden von mehreren Seiten weitere Kompensationsmechanismen zur Korrektur der Prämien ab 1996 vorgeschlagen. Bis heute hat jedoch keine dieser Vorschläge eine Mehrheit für das Inkrafttreten gefunden. Der Bundesrat führt seine Überlegungen zu dieser schwierigen Problematik weiter in der Hoffnung, eine Konsenslösung zu finden.

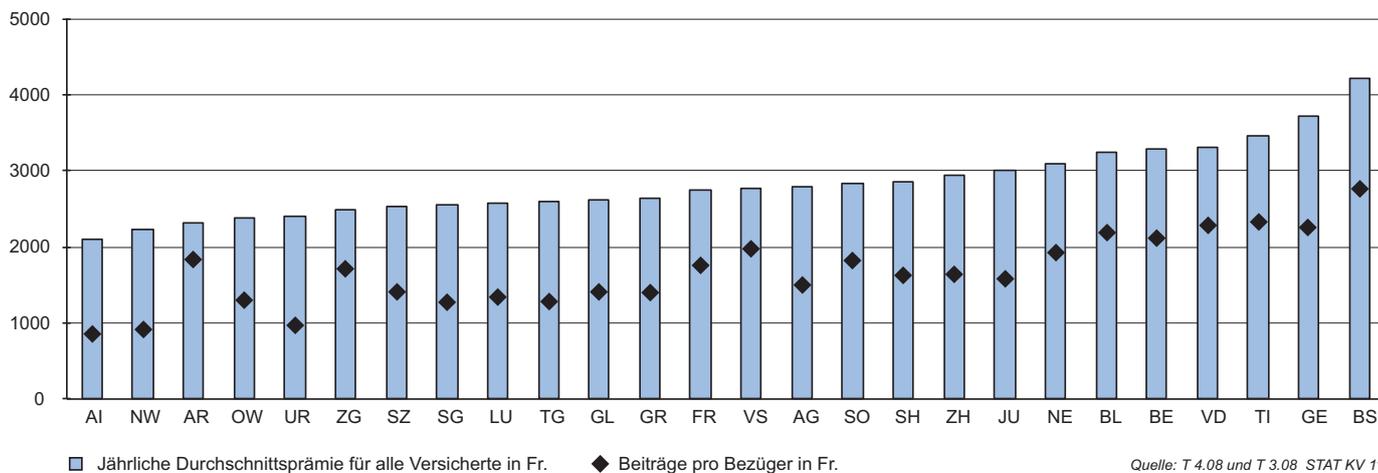
4.4 Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP

Unter dem KVG werden die Krankenversicherungssubventionen des Bundes und der Kantone zur individuellen

G 4a Prämienverbilligung OKP: Total pro Bezüger und pro Kanton in Franken 2010-2011



G 4c Beiträge pro Bezüger und jährliche Durchschnittsprämie nach kanton in Franken 2011



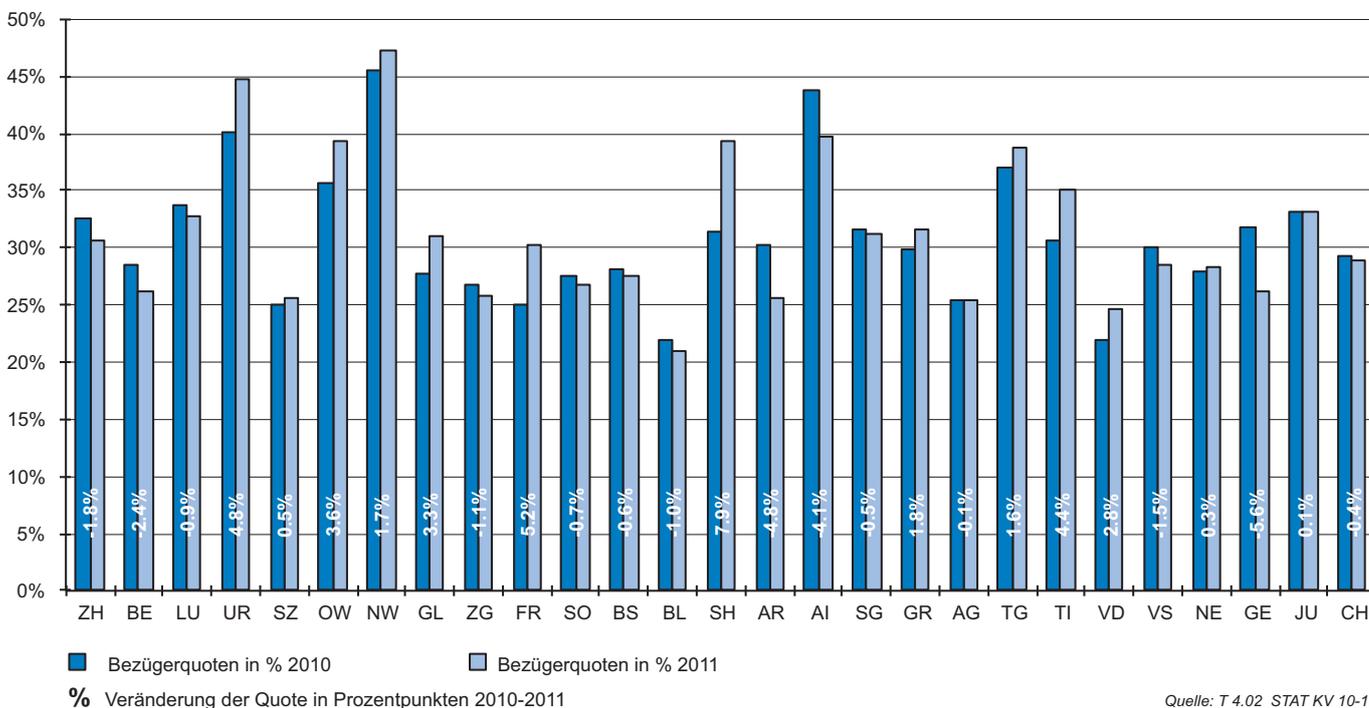
Verbilligung der Prämien der Versicherten eingesetzt. Das System war bis 2007 so aufgebaut, dass die vom Bund für die Prämienverbilligung vorgesehenen Gelder nach der Bevölkerungszahl und nach Finanzkraft (zwischen 1997 und 2001 auch nach Prämienhöhe) auf die Kantone verteilt werden. Bedingt durch das 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 2011 wurden die **Prämien der Bezüger** im nationalen Durchschnitt um 1790 Franken verbilligt; pro Monat ergibt dies einen Betrag von 149 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 Prämiensoll pro versicherte Person von 3005 Franken pro Jahr oder von 250 Franken pro Monat im Bundesdurchschnitt (T3.04). 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

G 4b Kantonale Bezügerquoten für die Prämienverbilligung 2010-2011



Quelle: T 4.02 STAT KV 10-11

bereitgestellten Beiträge zu kürzen. Somit beläuft sich das Total an Beiträgen zur Prämienverbilligung im Jahr 2011 auf 4,070 Mrd. Franken (T 4.07). Davon wurden von den Kantonen 1,954 Mrd. Franken finanziert (T 4.07).

Diese 4,070 Mrd. Franken an Prämienverbilligungen wurden an insgesamt 2,274 Mio. **Bezüger** ausgerichtet; dies sind 1,8% weniger als im Vorjahr (T 4.01). Das entspricht 28,9% des mittleren Versichertenbestands im Jahr 2011 und auf kantonaler Ebene Anteilen von 20,9% [BL] bis 47,3% [NW]. Bei mehr als der Hälfte aller Kantone (14) ist die Bezügerquote zurückgegangen (G 4b).

Die separate Betrachtung nach Geschlecht ergibt für die weibliche Bevölkerung eine etwas höhere Quote als für die männliche Bevölkerung (T 4.03). Im Jahr 2011 verteilten sich die 2,274 Mio. **Bezügerinnen und Bezüger** auf insgesamt 1,274 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 2010).

4.5 Individuelle Daten pro Versicherter

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 Versicherten**

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 9.10 oder auf die Grafik G 9I verwiesen.

Von Ende 2001 bis Ende 2011 ging die Versichertenzahl in der freiwilligen Taggeldversicherung KVG von 562'000 auf 218'000 Versicherte zurück (T 6.01).

Die Betriebsrechnung der freiwilligen Taggeldversicherung KVG ergibt im Berichtsjahr 2011 eine Abnahme des Ertrages (- 3,0%) sowie des Aufwands (- 1,9%). Das Gesamtbetriebsergebnis beläuft sich auf 13,9 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 1996 laufend abgenommen, bis es sich im Jahr 2001 bei etwa 2 Mrd. Franken stabilisiert hat. Das Total der Einnahmen im Jahr 2011 belief sich auf 1,846 Mrd. Franken und jenes der Betriebskosten auf 1,838 Mrd. Franken (T 7.01). Das Betriebsergebnis fiel mit 8,3 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 2011 waren in der Schweizer Krankenversicherung 69 **vom BAG anerkannte Versicherer** tätig – 17 weniger als im Vorjahr. Dabei boten 63 dieser Versicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG an. Sieben Versicherer hatten keine Versicherten in der Taggeldversicherung gemäss KVG (T 8.01).

Insgesamt waren für die KVG-Versicherer im Jahr 2011 ungefähr 12 000 Beschäftigte tätig mit einem durchschnittlichen jährlichen Bruttosalär pro Vollzeitstelle in der Höhe von 86 000 Franken für Mitarbeitende und 197'000 Franken für Kader (T 8.03).

Gemäss der **Gesamtbetriebsrechnung** nahmen die anerkannten Krankenversicherer im Jahr 2011 insgesamt 25,9 Mrd. Franken ein; dies waren 3,4% mehr als im Vorjahr. Auf der Ausgabenseite stieg der Versicherungs- und Betriebsaufwand auf 25,3 Mrd. Franken an (+ 2,1%). Das jährliche Betriebsergebnis (d.h. Gewinn der Gesamtbetriebsrechnung abzüglich Verlust der Gesamtbetriebsrechnung vor Fonds- und Reservezuweisung bzw. vor Fonds- und Reserveentnahme) wies einen Positivsaldo von 620 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.

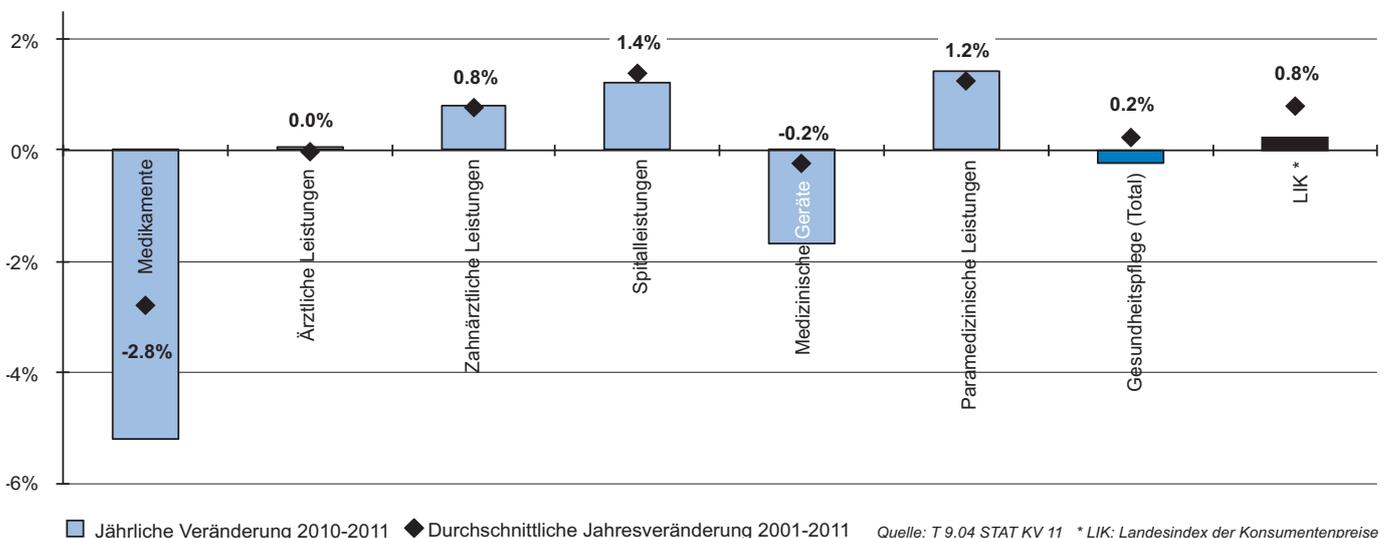
Die «**Kosten des Gesundheitswesens**» umfassen alle Ausgaben von Institutionen und Personen, die medizinische oder paramedizinische Tätigkeiten ausüben, den Verkauf von Medikamenten und medizinischen Apparaten und die Kosten für den Betrieb des Gesundheitswesens sowie die Prävention. Nicht eingeschlossen 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 Verdienstaussfall.

In dieser Darstellung werden die Gesundheitsausgaben nach **Leistungen** (T 9.14), **Leistungserbringern** (T 9.13) und Finanzierungsregimes (T9.15) aufgeteilt, ohne dass auf die Finanzierung durch die Haushalte mittels der Krankenversicherungsprämien oder näher auf die Bruttoleistungen 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 der Sektion Gesundheit des Bundesamtes für Statistik (BFS) durchgeführt: «Finanzströme im Gesundheitswesen, Reihe StatSanté, Nr. 2/02, BFS».

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

G 9d Veränderung der Preisindizes für Gesundheitspflege



Jahre nicht anwendbar. 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. Eine aktualisierte Übersicht ist in der Folge hingegen nur noch in der vom BAG herausgegebenen Publikation «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung» enthalten. Darin werden zwei weitere Verteilaspekte der «Kosten des Gesundheitswesens» illustriert, die in der BFS-Publikation nicht enthalten waren: die Verteilung nach Prämienzahlungen an die Krankenversicherer und die Bruttoleistungen der OKP. Die Revision der Struktur der „Kosten im Gesundheitswesen“ durch das BFS hat zur Folge, dass die bisher vorhandenen langen Zeitreihen (ab 1996) ab 2011 nicht mehr zur Verfügung gestellt werden können. Die Tabelle 9.15 zeigt die Kosten des Gesundheitswesens unter dem Blickwinkel der Finanzierungsregimes /BFS) und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (BAG), wo unter anderem Prämien, Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP ab 1996 aufgeführt werden.

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 vom BAG in dieser Statistik für den Zeitraum 1996–2006 veröffentlicht worden waren. Seit 2012 hat die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH die Publikation der Schätzung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen eingestellt. Das BFS seiner-

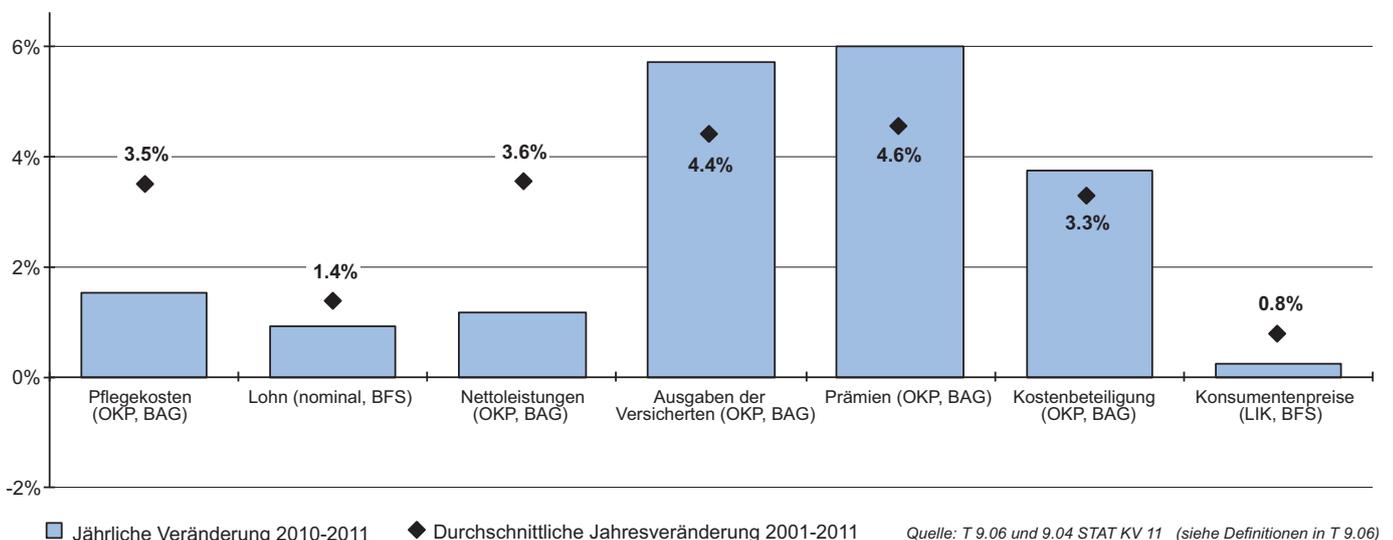
seits publiziert die definitiven Kosten mit einem Zeitverzug von zwei Jahren auf das Berichtsjahr und liefert keine Schätzung zur Kostenentwicklung. Aus diesem Grund war bei Redaktionsschluss der Wert für 2010 die aktuellste verfügbare Zahl für die Gesundheitskosten.

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 2001 einen durchschnittlichen jährlichen Rückgang von knapp 2,8% 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.

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 2010 bis 2011 (- 5,2%) mit der Veränderung der Kosten pro versicherte Person für in Apotheken abgegebene Medikamente vergleicht. Diese haben in der gleichen Zeitspanne nur schwach abgenommen (- 0,9%, T 2.19).

Der Rückgang des vom BFS veröffentlichten Medikamentenpreisindex reflektiert daher – so wie er vom BFS ermittelt wird – nicht die Marktrealität. Der Index

G 9e Veränderung der Indizes der Prämien, der Pflegekosten, der Preise und der Löhne



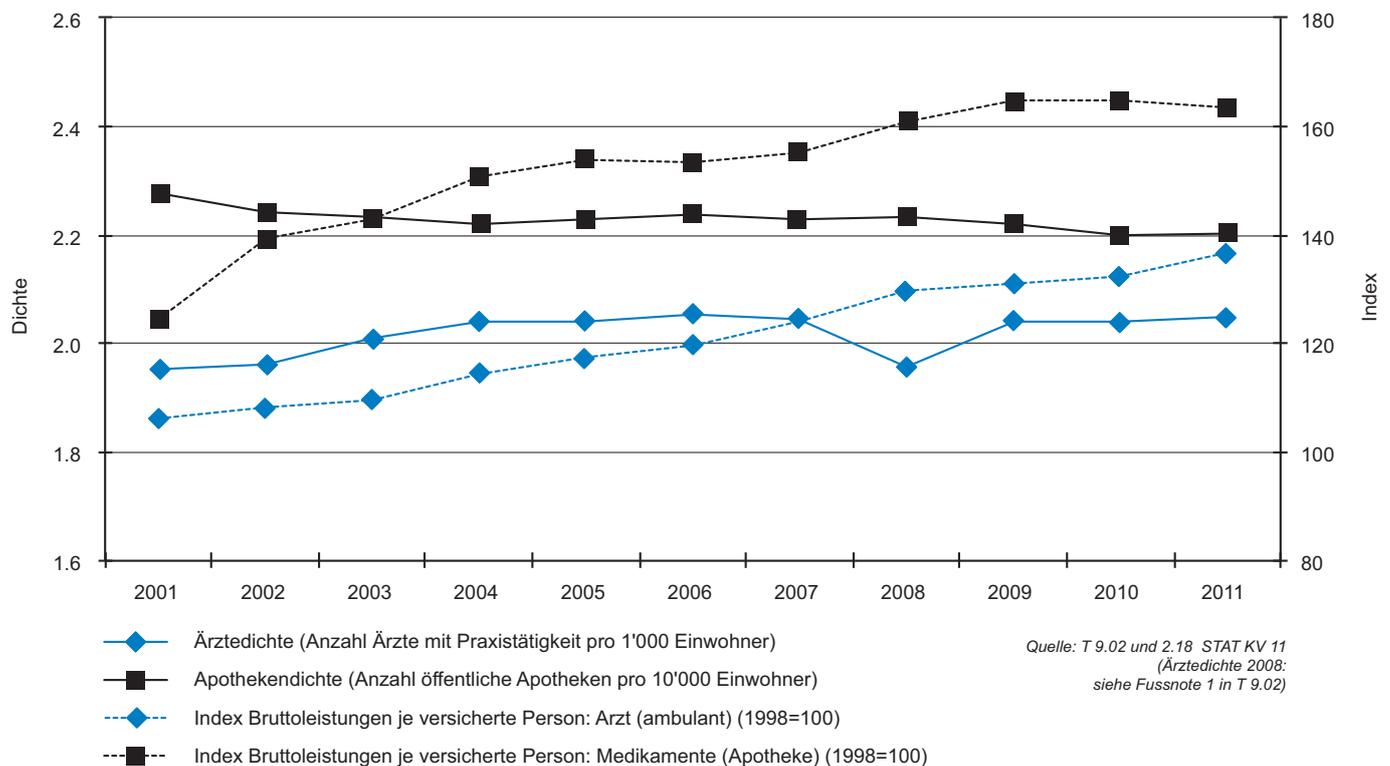
basiert auf einer Auswahl von Medikamenten in jenen zehn Therapiekategorien, die den grössten Umsatz ausmachen. Somit wird neuen Medikamenten, die in der Behandlung erhebliche Fortschritte erzielen mögen, sich jedoch als sehr kostenintensiv erweisen können, nicht Rechnung getragen. Die Preisüberwachung 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 2001 und 2011 haben sich einige Indikatoren der OKP sehr unterschiedlich entwickelt. Während der Konsumentenpreisindex und der Lohnindex im Betrachtungszeitraum zwischen 0,8 und 1,4% zunahmen, haben die OKP-Kosten (Bruttoleistungen pro versicherte Person) um 3,5%, die Ausgaben der Versicherten in der OKP (Prämien + Kostenbeteiligung) um 3,6% und die Kostenbeteiligung der Versicherten ebenfalls um 3,3%! Erklärbar ist dieser Kostentransfer von den Prämien in

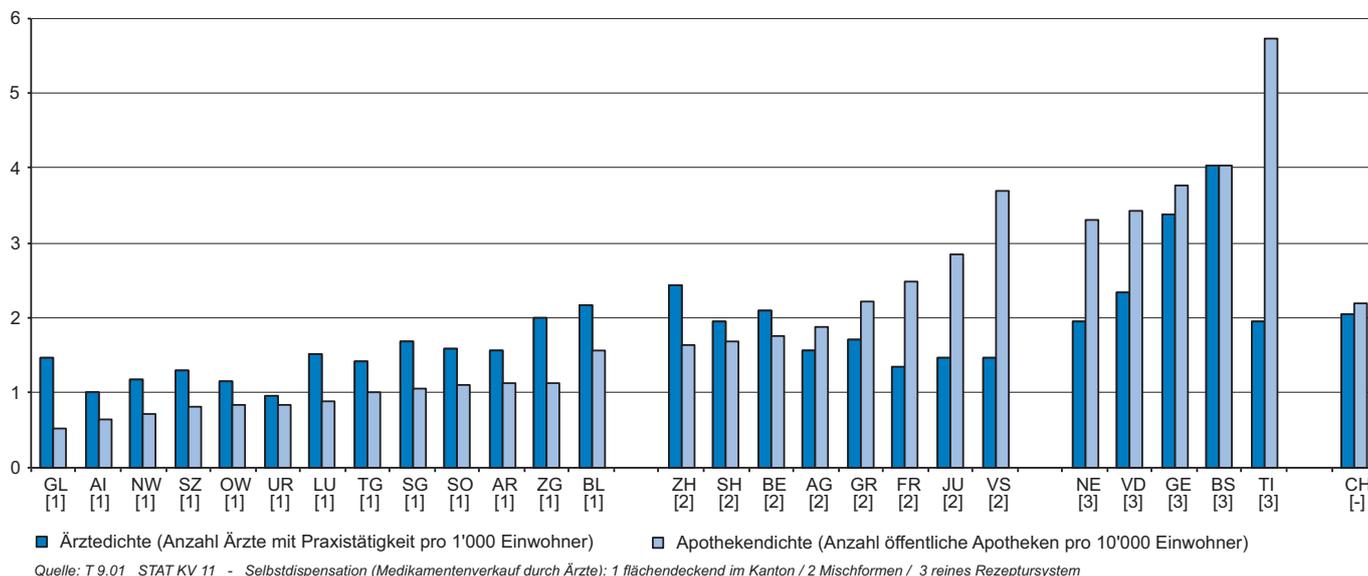
Richtung Kostenbeteiligung durch franchise- bzw. rabattenspezifische Änderungen (siehe Anhänge F1, F2 und F3). Die Auswirkungen auf die Haushaltsbudgets sind beachtlich (G9e).

Die **Ärztedichte in der Schweiz** hat zwischen 2001 und 2007 **zugenommen** (1400 zusätzliche Ärzte), während jene **der Apotheken** seit 2001 leicht rückläufig ist, wobei die Zahl der öffentlichen Apotheken mit 1700 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 9.01 und T 9.02 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 2001 bis 2011 feststellen. Der Index für Bruttoleistungen pro versicherte Person für die Kostengruppe Medikamente (von Apotheken abgegeben) ist von 2001 bis 2005 massiv angestiegen, und zwar ohne Zusammenhang mit der Apothekendichte, die ihrerseits im Betrachtungszeitraum rückläufig war (G 9f).

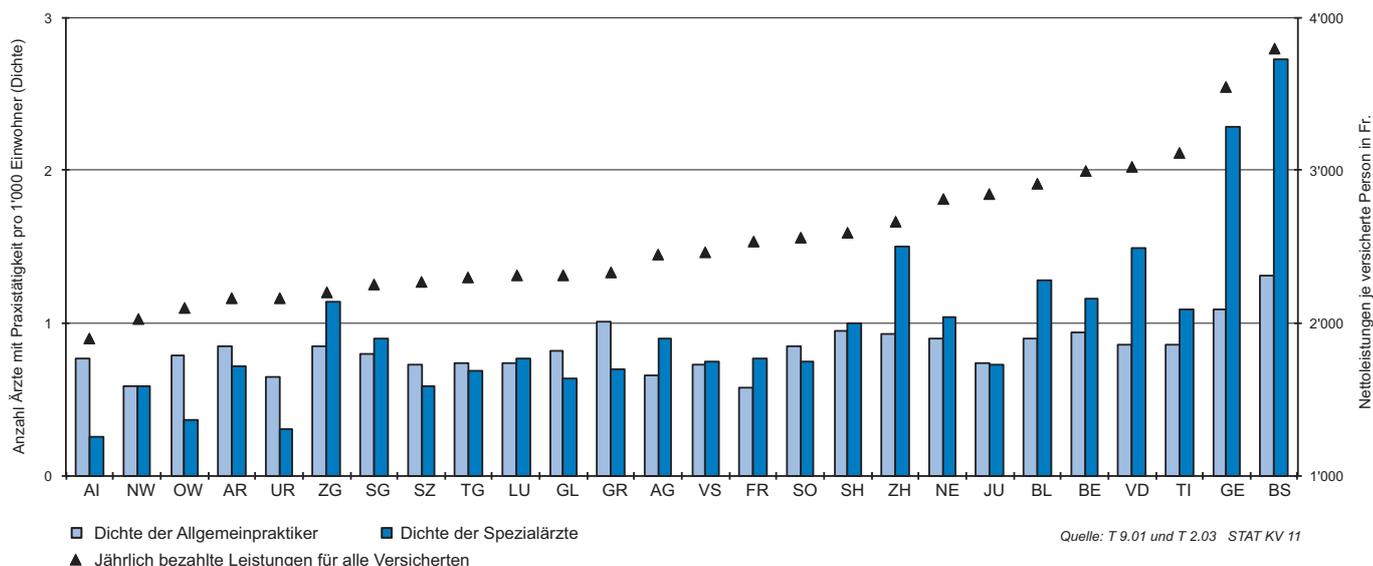
G 9f Ärzte- und Apothekendichte und Index der Bruttoleistungen



G 9g Ärzte- und Apothekendichte nach Kanton 2011



G 9h Ärztedichte mit Praxistätigkeit und Nettoleistungen nach Kanton im 2011



Eine kantonale Aufgliederung dieser Indikatoren für das Jahr 2011 macht zudem klar, **wie ungleich Ärzte und Apotheken auf die verschiedenen Kantone verteilt sind** (G 9g).

Die Ärztedichte liegt in sechs Kantonen (ZH, BE, BL, BS, VD und GE) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,05 Ärzten pro 1000 Einwohner.

Die Apothekendichte liegt in acht Kantonen (FR, BS, GR, TI, VD, VS, NE, GE und JU) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,20 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 9.01).

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

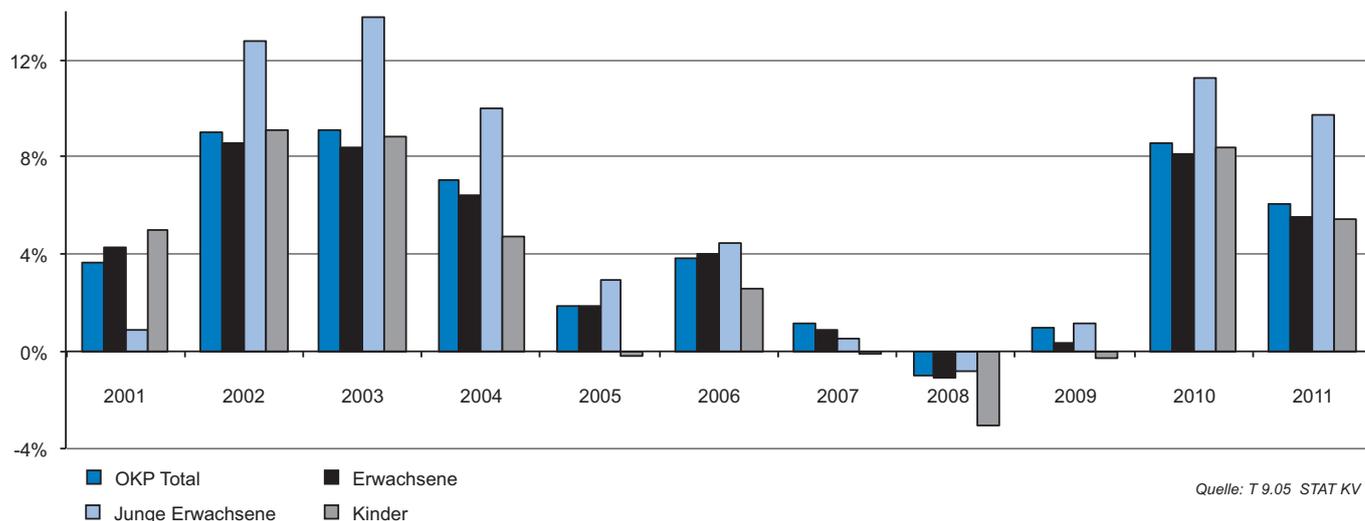
In diesem Zusammenhang ist die Frage interessant, ob die Höhe der bezahlten Leistungen in den verschiedenen Kantonen mit der Ärztedichte korreliert. Es zeigt sich, dass die Dichte der Allgemeinpraktiker in keiner ersichtlichen Korrelation mit dem kantonalen Durchschnitt der bezahlten Leistungen für alle Versicherten steht. Hingegen steigt die Höhe der bezahlten Leistungen in den meisten Kantonen praktisch parallel zur Fachärztdichte. 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

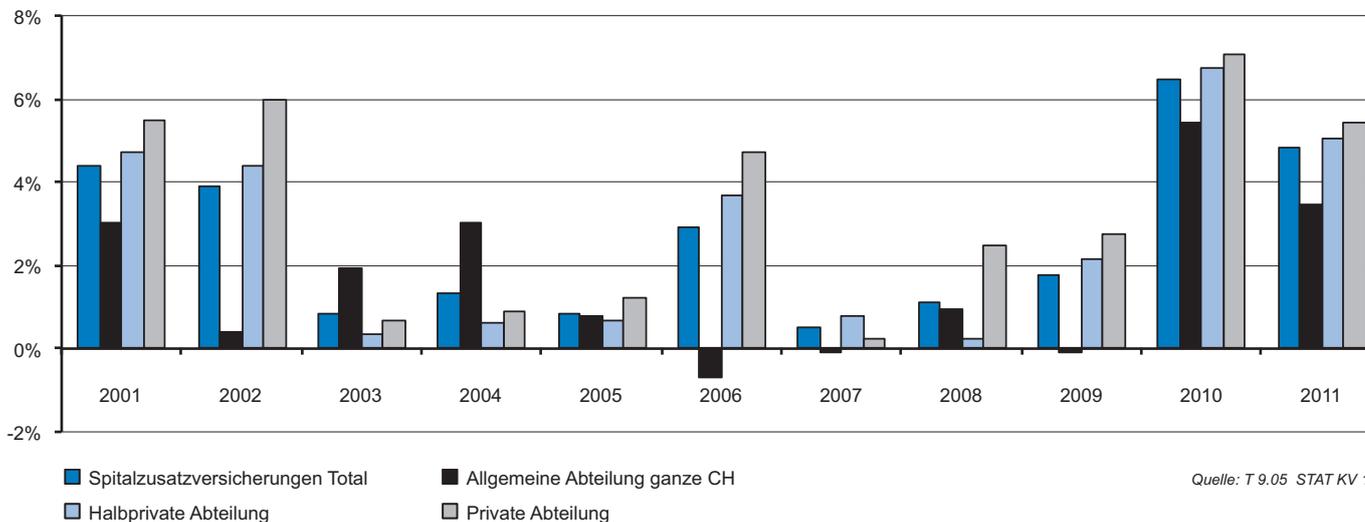
- für die Grundversicherung (OKP) – nicht nur für das Modell mit ordentlicher Franchise, sondern auch für die Modelle mit wählbarer Franchise, Bonus und eingeschränkter Wahl, nach Altersgruppe (Kinder, junge Erwachsene, Erwachsene und gesamter Versichertenbestand)
- für die Spitalzusatzversicherungen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

zeigt die ausgeprägt unterschiedliche Entwicklung nach

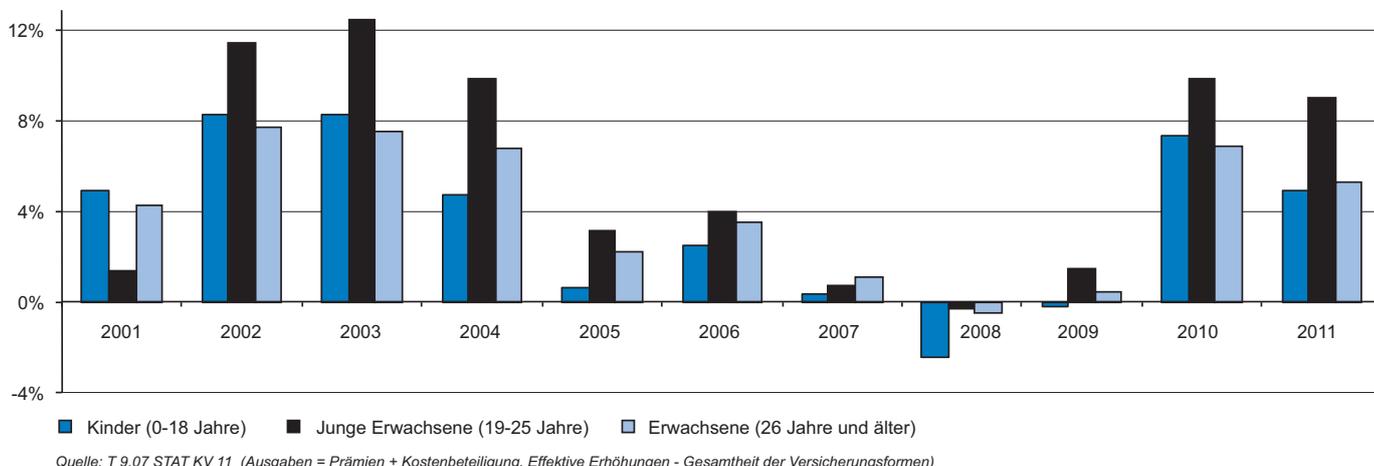
G 9j Veränderung der Krankenversicherungsprämien gegenüber dem Vorjahr, je versicherte Person, Obligatorische Krankenpflegeversicherung, alle Versicherungsmodelle



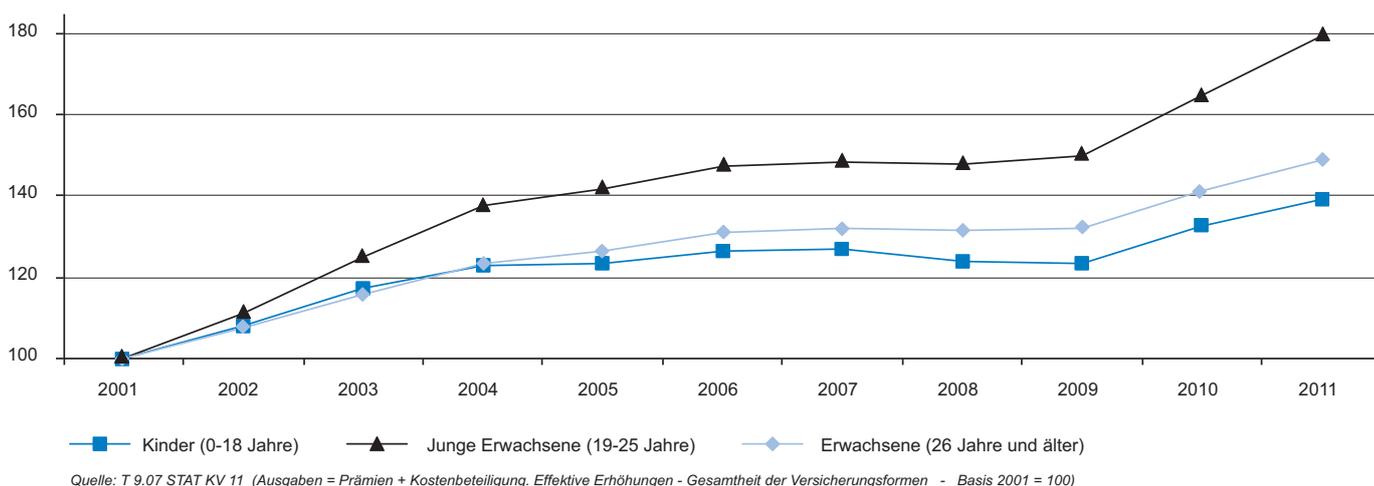
G 9i Veränderung der Krankenversicherungsprämien gegenüber dem Vorjahr, je versicherte Person, Spitalzusatzversicherungen



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



G 9a Index der Ausgaben für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, je versicherte Person nach Altersgruppe



Altersgruppe in der OKP sowie nach Spitalabteilung für die Zusatzversicherungen (G 9j un 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 nur lückenhaft aufzeichnen, da nur die Kostenbeteiligungen erfasst werden, die über die Krankenversicherer laufen. Wie oben erläutert

wurde, bezahlen viele Versicherte, hauptsächlich versicherte Personen 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 9a 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 2001 ist ein anhaltender Rückgang der freiwilligen Versicherung nach KVG zu verzeichnen (T 9.10), während die Versicherungsdeckung nach VVG zugenommen hat. Auffallend ist, dass das Verhältnis Leistungen/Prämien der drei Versicherungskategorien seit

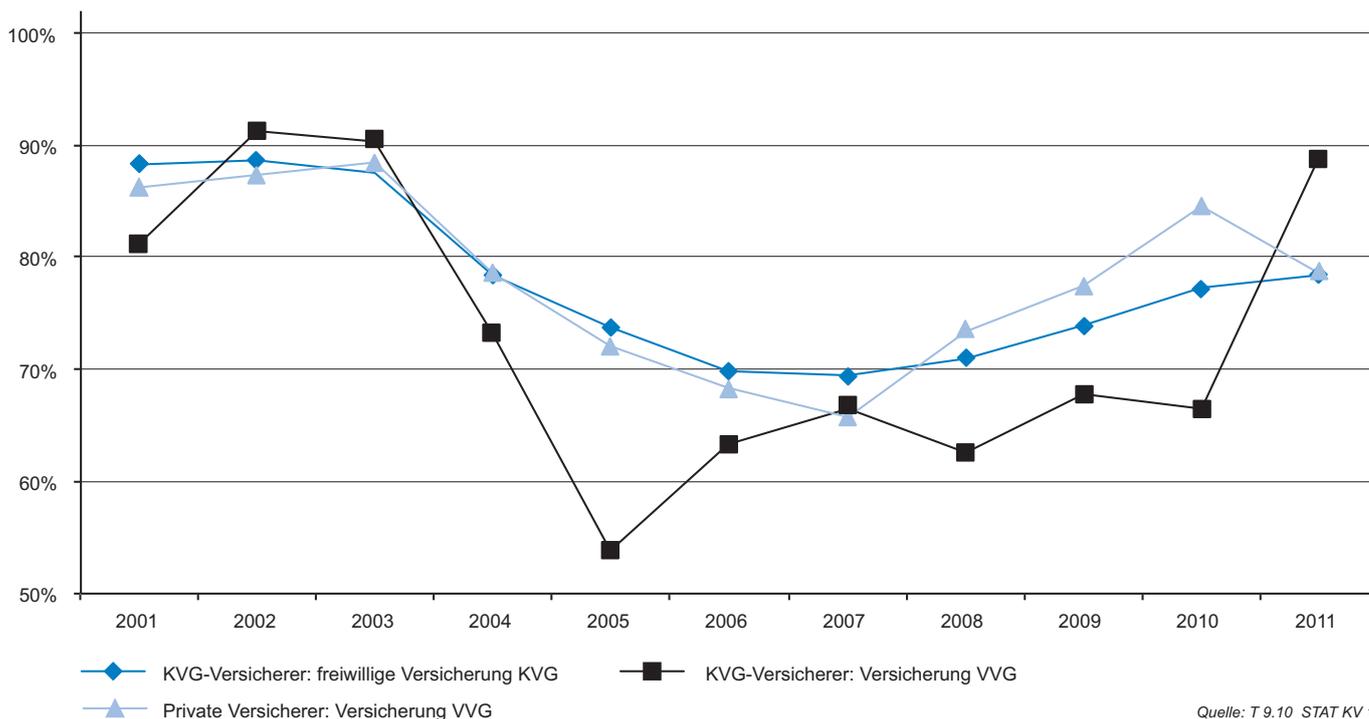
2001 für die Versicherung nach VVG stärker variiert. (G 9I).

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

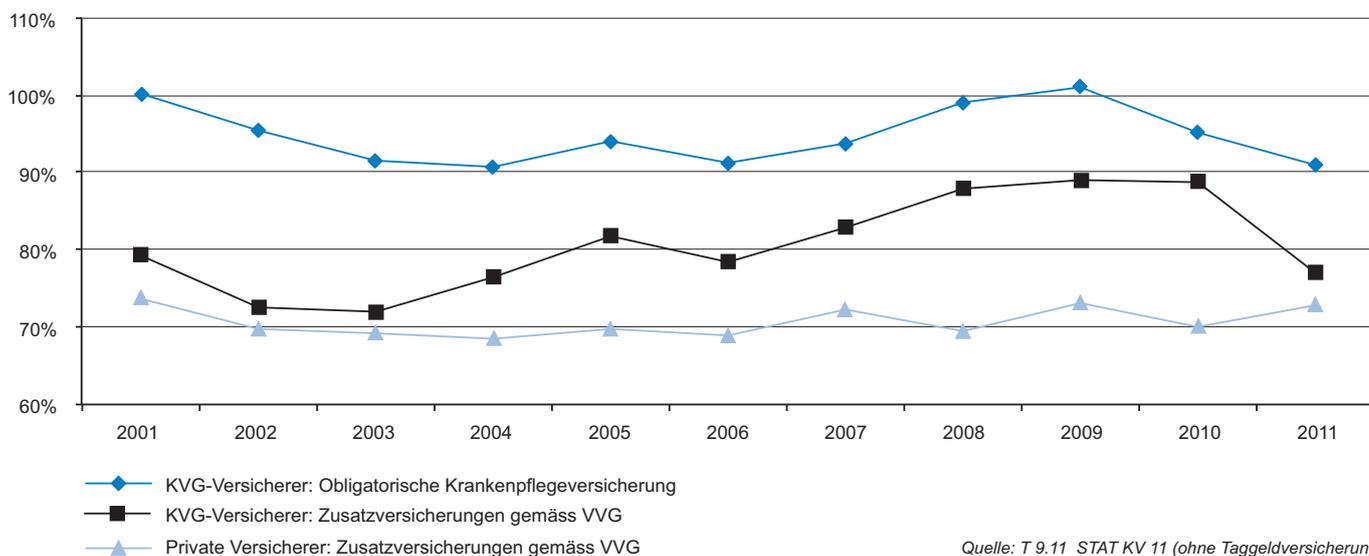
- der in der Schweiz seit 1996 obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die von den BAG-anerkannten

- Versicherern angeboten wird,
- den von den BAG-anerkannten Versicherern angebotenen Zusatzversicherungen (seit 1996 gemäss VVG),
- den von den Privatversicherern gemäss VVG angebotenen Zusatzversicherungen.

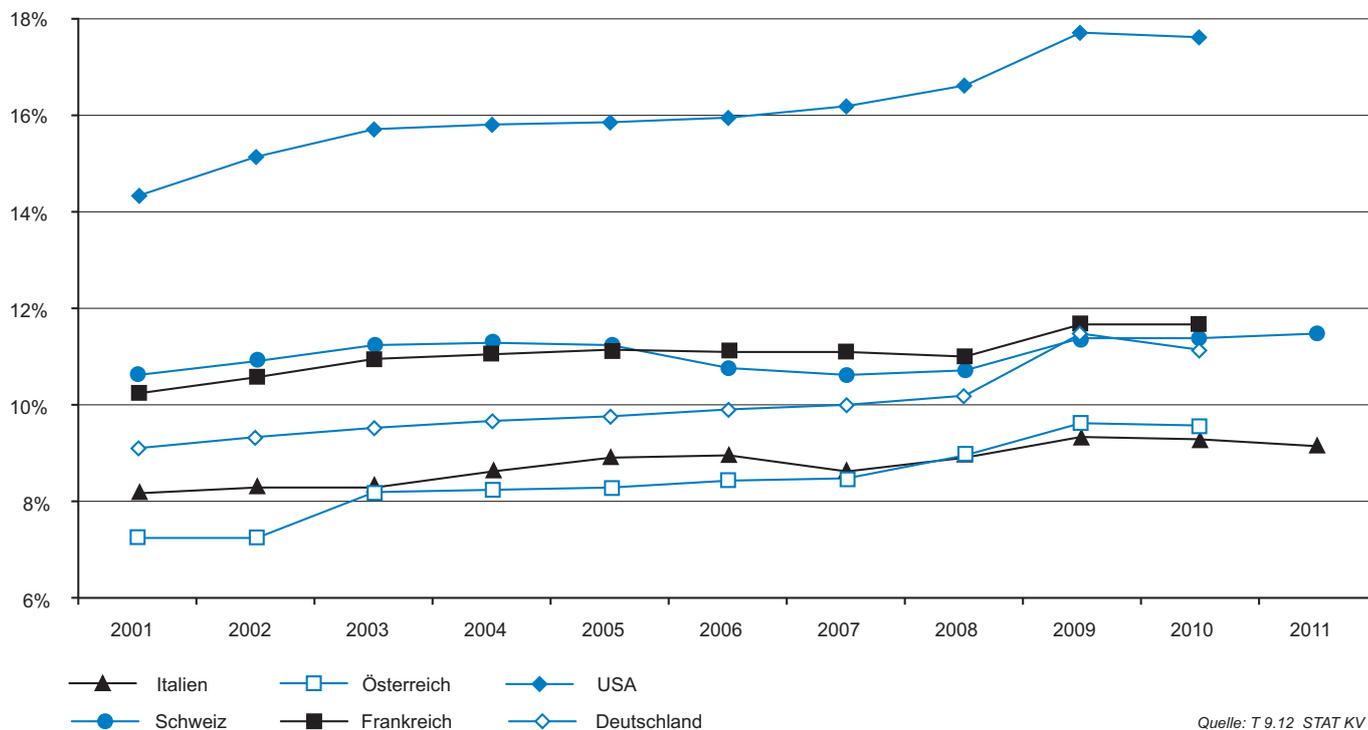
G 9I Taggeldversicherung: Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %



G 9b Krankenversicherung (KVG-Versicherer und Privatversicherer): Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %



G 9c Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder in % des BIP



Quelle: T 9.12 STAT KV 11

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

Zu beachten ist, dass das Verhältnis Leistungen/Prämien in der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG seit 2001 ungefähr zwischen 90 und 100% liegt. Dieser Prozentsatz liegt somit klar über der für die Versicherungen gemäss VVG festgestellten Bandbreite von 70% bis 90%. Diese erklärt sich durch die Gewinnmarge der Versicherungen nach VVG, die in der OKP gesetzlich ausgeschlossen ist (G 9b).

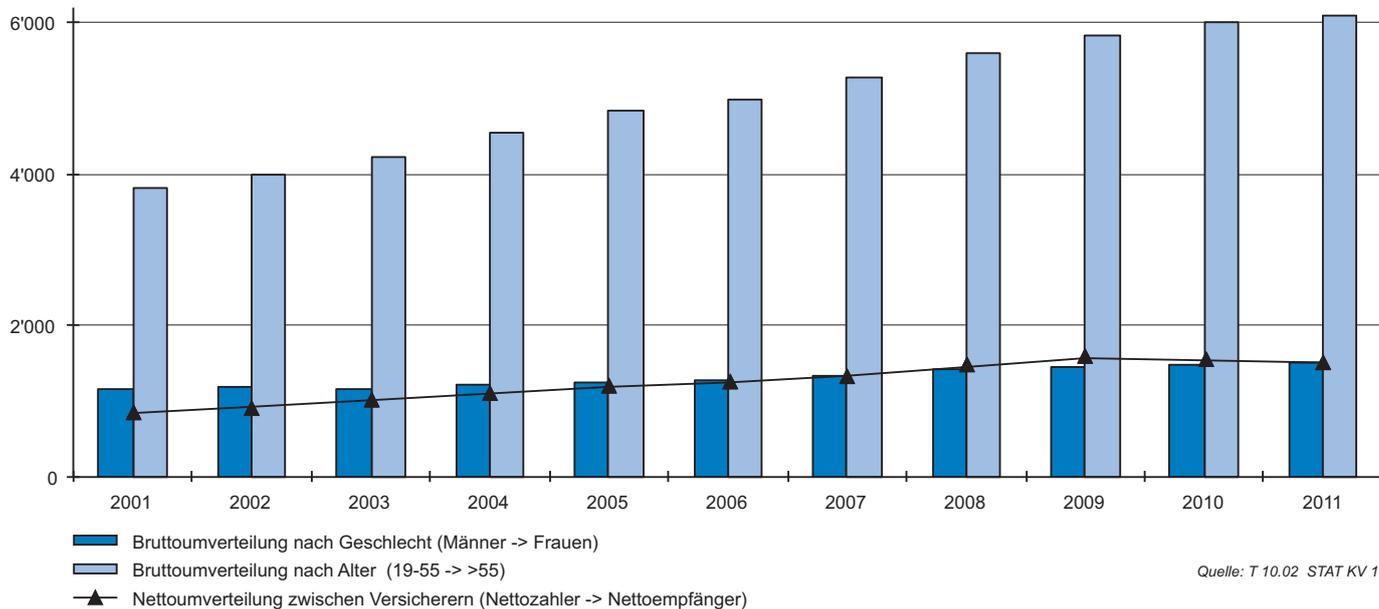
Schliesslich zeigt ein **internationaler** Vergleich der **Kosten des Schweizer Gesundheitswesens** mittels OECD-Daten, dass der Anteil der Gesundheitskosten gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP) in der Schweiz seit 2001 eher etwas über jenem der meisten Nachbarländer liegt, aber noch deutlich unter dem Niveau der USA, die den höchsten Anteil verzeichnen (G 9c). 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.

4.10 Risikoausgleich in der OKP

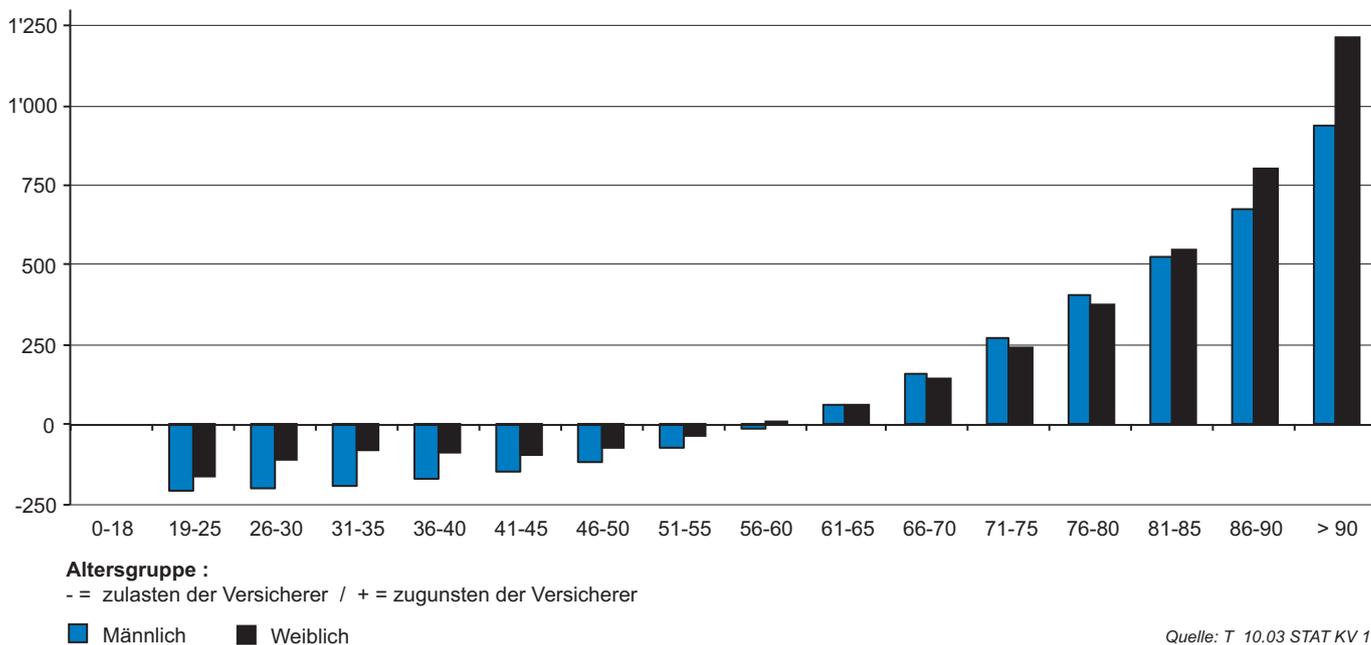
Mit dem **Risikoausgleich** soll die Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG geschaffen werden. Die je nach Alter und Geschlecht der Versicherten unterschiedlichen durchschnittlichen Kosten sollen 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 1996 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).

G 10b Risikoausgleich: Umverteilung in Mio. Franken



G 10a Risikoausgleich in Fr. je versicherte Person pro Versicherungsmonat nach Altersgruppe und Geschlecht 2011 (Mittelwert Schweiz)



Für den Risikoausgleich 2011 lässt sich eine Umverteilung von 6,1 Mrd. Franken von den 19- bis 55-jährigen Versicherten zu den über 56-jährigen Versicherten und von 1,5 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 2000 stetig zu. Diese Entwicklung ist unter anderem auf den allgemeinen Kostenanstieg in der OKP zurückzuführen (T 10.02 und G 10b).

Da ein Grossteil der 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 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 38 Nettozahler (d.h. 60% der Versicherer) den 25 Nettoempfängern für das Ausgleichsjahr 2011 einen Umverteilungsbetrag von insgesamt 1497 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 Ausgleichsbeiträge werden die durchschnittlichen effektiven Kosten jeder Risikogruppe mit den durchschnittlichen effektiven Kosten aller erwachsenen Versicherer ab 19 Jahren (Referenzgruppe) verglichen und zwar für jeden Kanton. Die Kinder (0–18 Jahre) werden bei der Berechnung des Risikoausgleichs nicht berücksichtigt.

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

In Grafik G 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

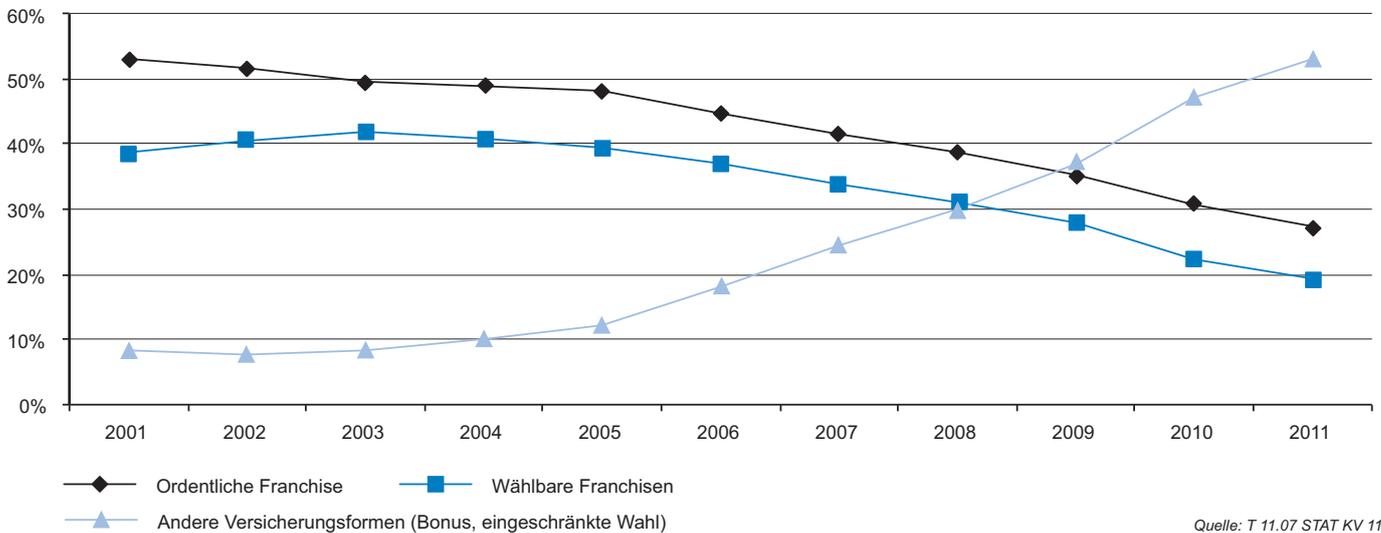
Seit 2001 ist der Bestand an Erwachsenen ab 19 Jahren mit dem Standardmodell mit ordentlicher Franchise oder mit wählbarer Franchise leicht zurückgegangen. Dies zu Gunsten anderer Versicherungsformen (vor allem HMO- oder Hausarztmodelle), die 2011 einen Anteil von 53% aufweisen. Der Anteil der BONUS-Versicherung 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 wählbaren Franchisen mit anderen Versicherungsmodellen. Der Anteil der Versicherten mit wählbarer Franchise beträgt 2011 insgesamt 47% und nicht nur 19%. Die 19% beziehen sich lediglich auf das Standardmodell (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.

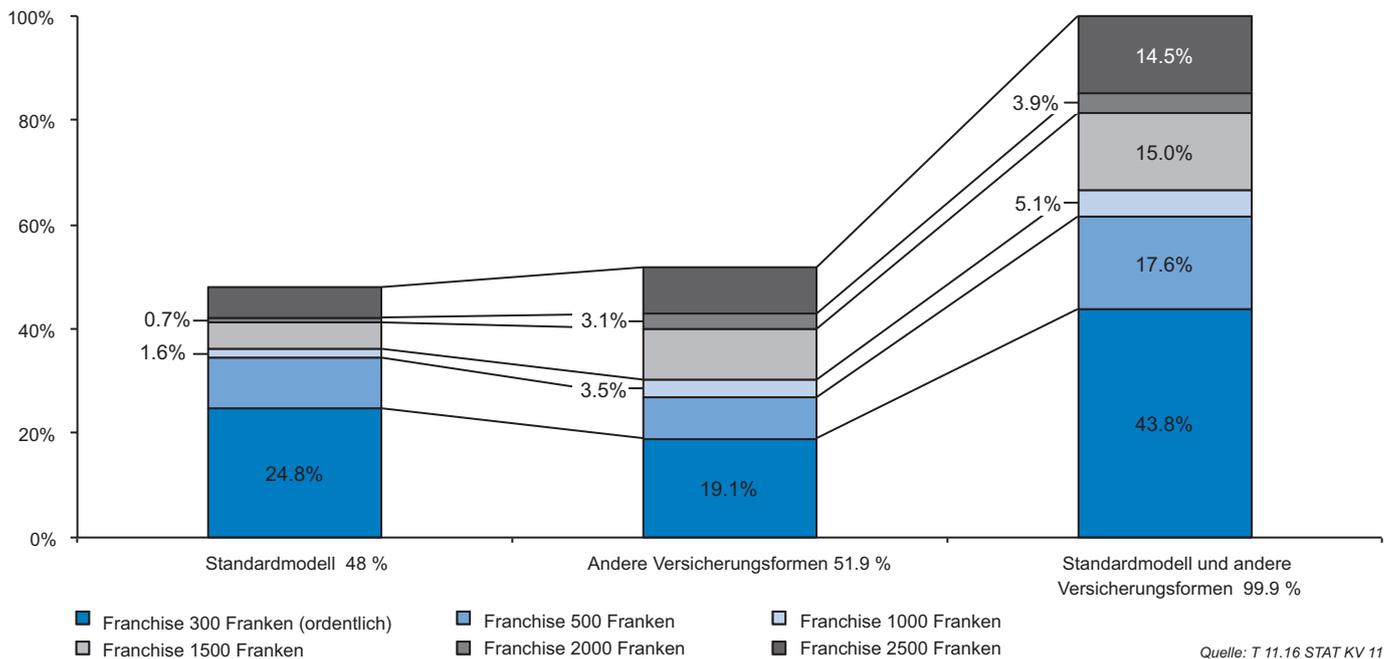
Anteil der Versicherungsformen und Wahl der Franchise, erwachsene Versicherte ab 19 Jahren

Von den 23,2% der erwachsenen Versicherten ab 19 Jahren, die im Standardmodell mit wählbarer Franchise versichert

G 11a Versicherte (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform



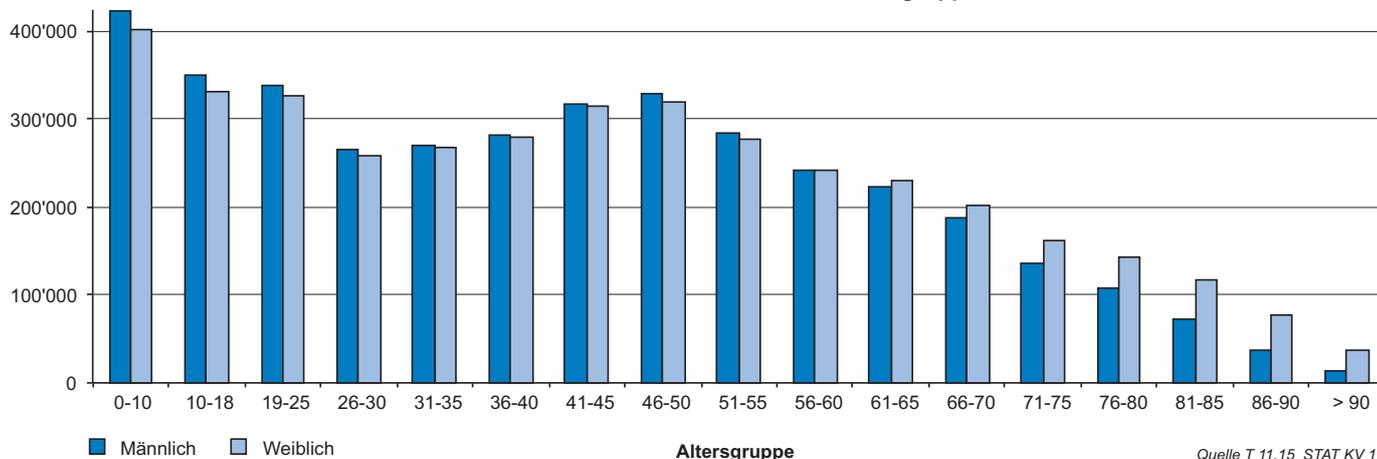
G 11b Verteilung der Franchisen im Standardmodell sowie in den anderen Versicherungsformen, Erwachsene ab 19 Jahre 2011



sind, haben sich im Jahr 2011 am meisten für die Variante mit 500 Franken entschieden (9,9%), was angesichts der geringen Sparmöglichkeit bei dieser Stufe erstaunen mag. Verbreitet war mit 5,7% der Versicherten auch die Franchise von 2500 Franken. Die Franchise von 2000 Franken wird dagegen weiterhin selten gewählt; nur gerade 0,7% der Versicherten haben sich dafür entschieden. Die wählbare Franchise von 1500 Franken weist mit ebenfalls 5,2% 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 17,6% der Versicherten eine Franchise von 500 Franken haben und 15,0% eine von 1500 Franken. Die Angaben pro Kanton finden sich in Tabelle T 11.08.

G 11c Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersgruppe und Geschlecht 2011



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).

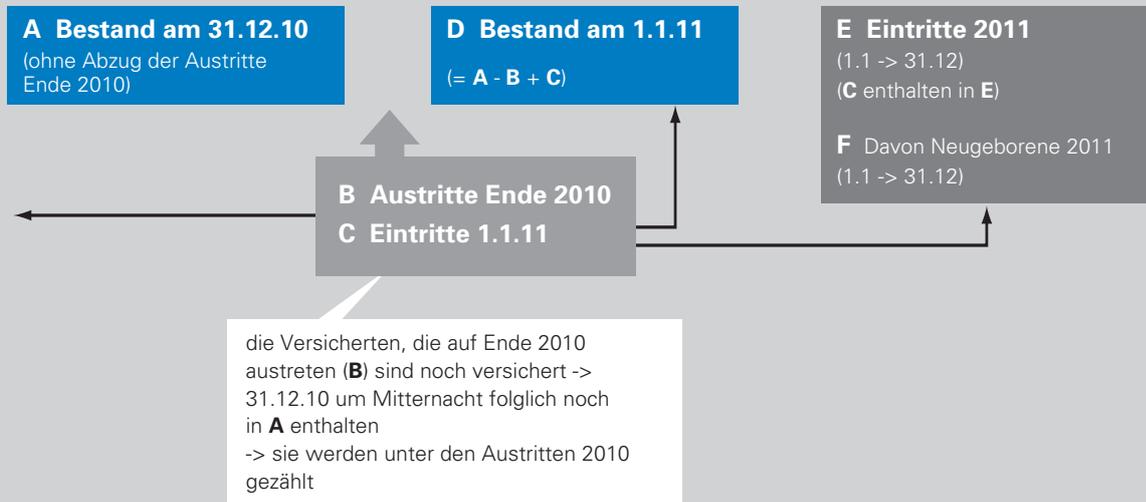
Bei der Analyse der anfallenden Versicherungskosten ist der jeweilige Versichertenbestand zu berücksichtigen. So übersteigen beispielsweise die Kosten der Versicherten über 71 Jahre den Durchschnitt aller Versicherten um das Doppelte. Diese Altersgruppe macht aber nur gerade rund 10% aller Versicherten 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 2011: Bei ungefähr 5% der Versicherten kam es zur Betreuung und bei rund 2% wurden die Leistungen eingestellt. Ab 2010 traten 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.

Eine Erweiterung der Datenerhebung bei den Versicherern erlaubt ab 2010 präzisere Angaben zu Ein- und Austritten der Versicherten. Die Graphik G 11d erläutert zusammenfassend die verfügbaren Entitäten (A bis K) in den Tabellen 11.10 und 11.12. Daraus ergibt sich, dass im Jahr 2011 rund 15% der Versicherten von einem Versicherer neu aufgenommen wur-

den. Dabei war der Anteil der neueintretenden Kinder und jungen Erwachsenen um etwa 50% höher als jener der Erwachsenen. Aus den Angaben zu den Versicherungseintritten 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.

G 11d Erläuterndes Schema für Versichertenbestand, Versicherteneintritte und Versichertenaustritte KVG 2011



Beispiel

A 400	B 80	D 370 (= 400 - 80 + 50)	E 110 (davon 50 am 1.1)
	C 50		F 70



Beispiel

G 200 (davon 70 am 31.12)	I 300 (= 370 + 110 - 50 - 200 + 70)	J 70	L 290 (= 310 - 70 + 60)
H 40		K 60	

Quelle: T 11.10 und 11.12 STAT KV 11

4.12 Prämientarife in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die Krankenversicherer liefern dem BAG im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens die Prämientarife 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).

Prämientarife bei ordentlicher Franchise: Standardprämien

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, also die Standardprämien.

Ausgewiesen wird die geschätzte monatliche Durchschnittsprämie OKP in Franken; die Berechnungen beruhen auf den Prämientarifen inklusive Unfalldeckung der ordentlichen Franchise und auf den Versichertenbeständen nach Kantonen, nach Versicherer und nach Prämienregionen, gegebenenfalls mit provisorisch genehmigten Prämien, ohne Berücksichtigung einer allfälligen unterjährigen Prämienhöhung eines Versicherers. Die Tarife der weiteren Versicherungsmodelle mit wählbarer Franchise, Bonus oder eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers werden hier nicht berücksichtigt.

Dabei geben die ausgewiesenen **monatlichen** Durchschnittsprämien lediglich die **wahrscheinliche Entwicklung** 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 **teilweise geschätzten Wert**. Die Tarife der anderen Versicherungsmodelle (Wahlfranchise, Bonusversicherung, beschränkte Wahl der Leistungserbringer) werden bei der Berechnung nicht mitberücksichtigt.

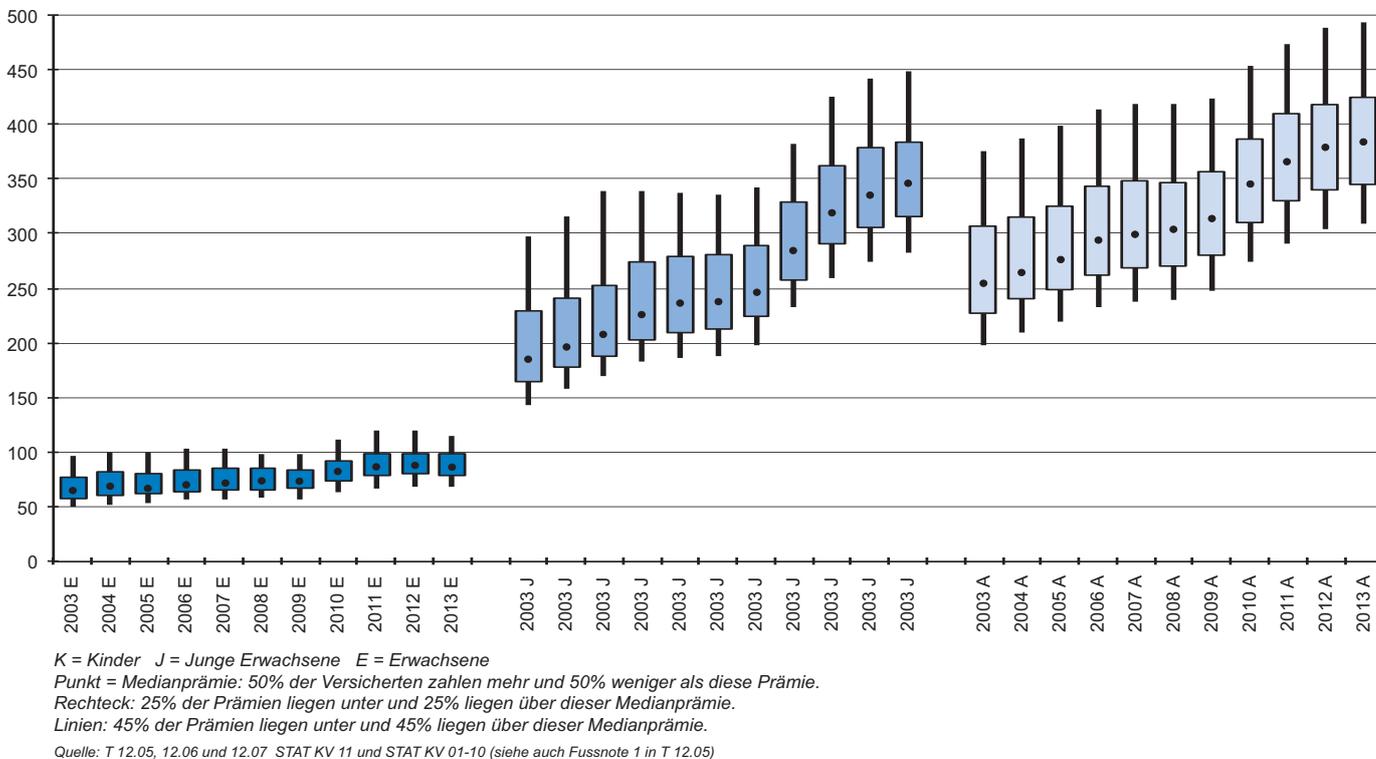
Gesamtschweizerisch

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 2013 um durchschnittlich 1,5% an, die für junge Erwachsene um 2,9% und die für Kinder sinkt um - 1,4%. Die grafische Darstellung der kumulierten durchschnittlichen jährlichen Veränderung seit 2003 relativiert das Ausmass punktuell starker jährlicher Prämien erhöhungen (Erwachsene G 12c – junge Erwachsene G 12e – Kinder G 12g).

Die starken Schwankungen bei den jährlichen Prämien erhöhungen sind nicht nur auf die entsprechende Entwicklung bei den bezahlten Leistungen, sondern auch auf Gesetzes- und Verordnungsänderungen 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 Prämientarif für die drei Alterskategorien seit 2003 darstellen (G 12a). 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 Rechtecks bezieht sich auf die Prämienverteilung zu dieser

G 12a Verteilung der monatlichen Prämientarife CH für Kinder, junge Erwachsene und Erwachsene in Franken (Schätzungen mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung)



Medianprämie (25% der Prämien liegen darunter und 25% liegen darüber). Die Linien ausserhalb des Rechtecks geben die Prämientarife der übrigen Versicherer an (um Verzerrungen aufgrund von Extremwerten zu vermeiden, beschränkt sich die Darstellung auf 90% der Versicherer; je 5% der Versicherer mit den höchsten und den tiefsten Prämientarifen werden ausgeklammert.) Je kleiner das Rechteck ist, umso 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 2012 bis 2013 sowie die durchschnittlichen jährlichen Veränderungen von 2003 bis 2013 in den verschiedenen Kantonen und gesamtschweizerisch liefern interessante Hinweise (Erwachsene G 12b – junge Erwachsene G 12m – Kinder G 12l).

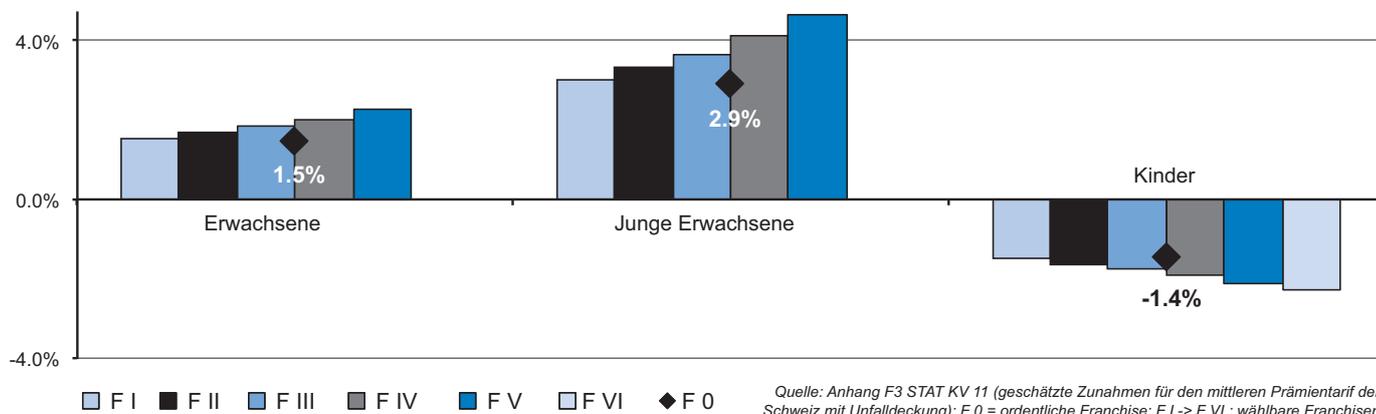
Die **Verteilung der Prämientarife innerhalb der Kantone** kann wiederum mit Hilfe einer Boxplot-Darstellung aufgezeigt werden (Erwachsene G 12d – junge

Erwachsene G 12f – Kinder G 12h). 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 2013 für das Standardmodell (ordentliche Franchise, inkl. Unfalldeckung), wobei für die Verteilung der Versichertenbestand im Jahr 2011 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.

G 12n Zunahme des mittleren OKP-Prämientarifs in % nach Franchishöhe 2013 : CH



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.

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 12.02, 12.03 und 12.04).

Prämientarife 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 Prämienerrhöhungen zu untersuchen und mit den Prämienerrhöhungen bei der ordentlichen Franchise zu vergleichen. Je nach Franchise kann die entsprechende Prämienerrhöhung bis zum Doppelten der Erhöhung der ordentlichen Franchise ausmachen (Erwachsene – junge Erwachsene – Kinder G 12n).

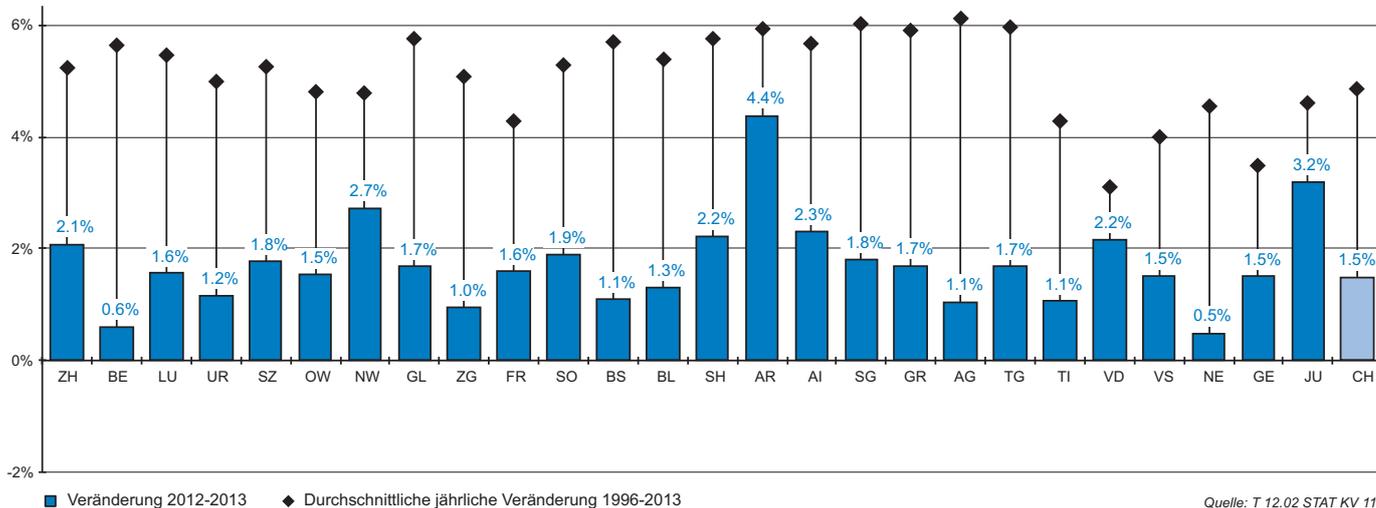
Prämienregionen

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

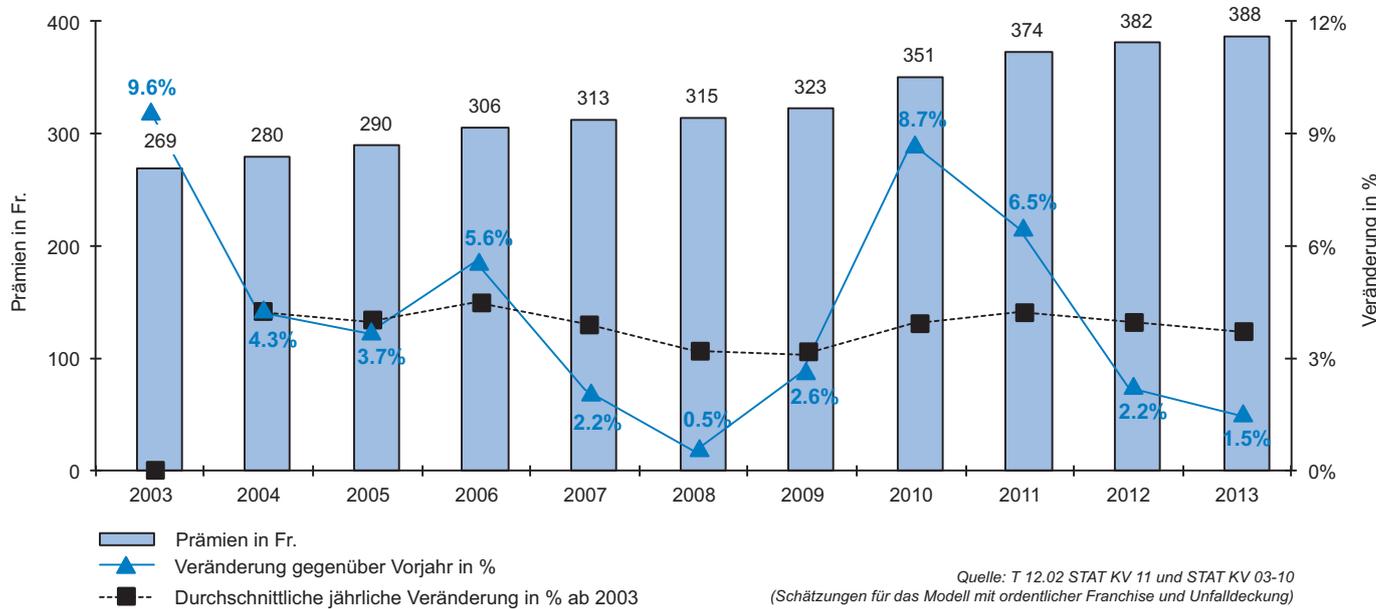
Im Anhang E findet sich ein Text mit Erklärungen zu den Kriterien zur Bildung der Prämienregionen. Eine Datei im Format XLS, mit der die BFS-Nummer der Gemeinden oder die Postleitzahl in Beziehung zu den Prämienregionen und Prämien gebracht werden, ist auf der Internet-Seite des BAG verfügbar (siehe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

Erwachsene

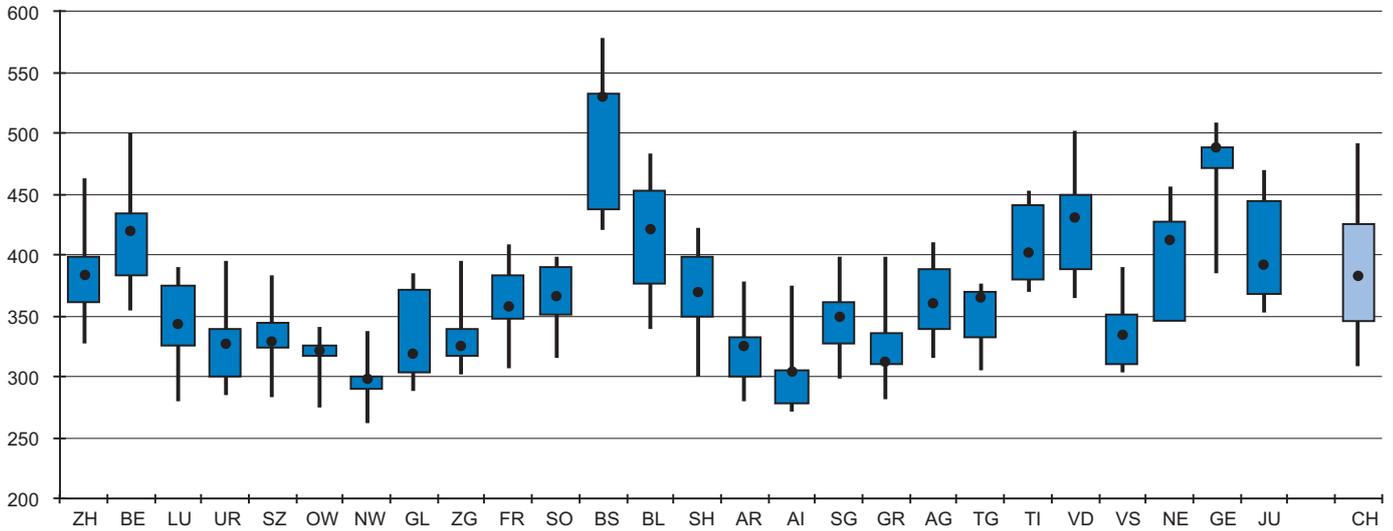
G 12b Veränderung der Prämientarife 2013 für Erwachsene (26 Jahre und älter) nach Kanton in %
(Schätzungen basierend auf ordentlicher Franchise und Unfalldeckung)



G 12c Durchschnittliche Tarifprämien pro Monat für Erwachsene (26 Jahre und älter) in Franken und Veränderung in % (CH)

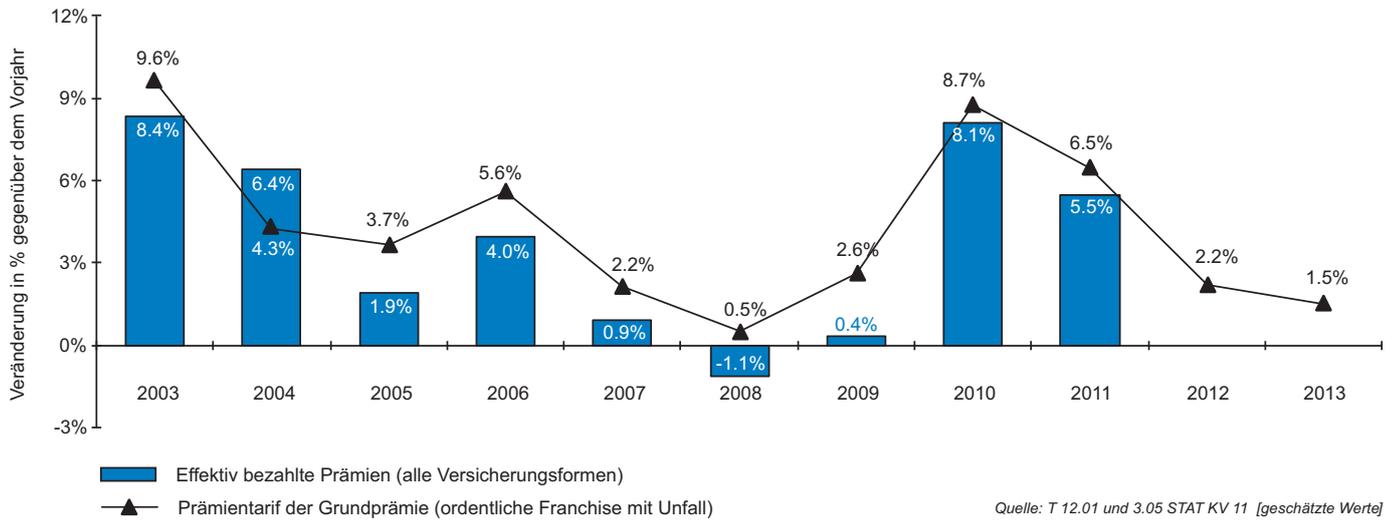


G 12d Verteilung der monatlichen Prämientarife für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken 2013



Punkt = Medianprämie: 50% der Versicherten zahlen mehr und 50% weniger als diese Prämie.
 Rechteck: 25% der Prämien liegen unter und 25% liegen über dieser Medianprämie.
 Linien: 45% der Prämien liegen unter und 45% liegen über dieser Medianprämie.
 Quelle: T 12.05 STAT KV 11 (Schätzungen mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung, siehe auch Fussnote 1 in T 12.05)

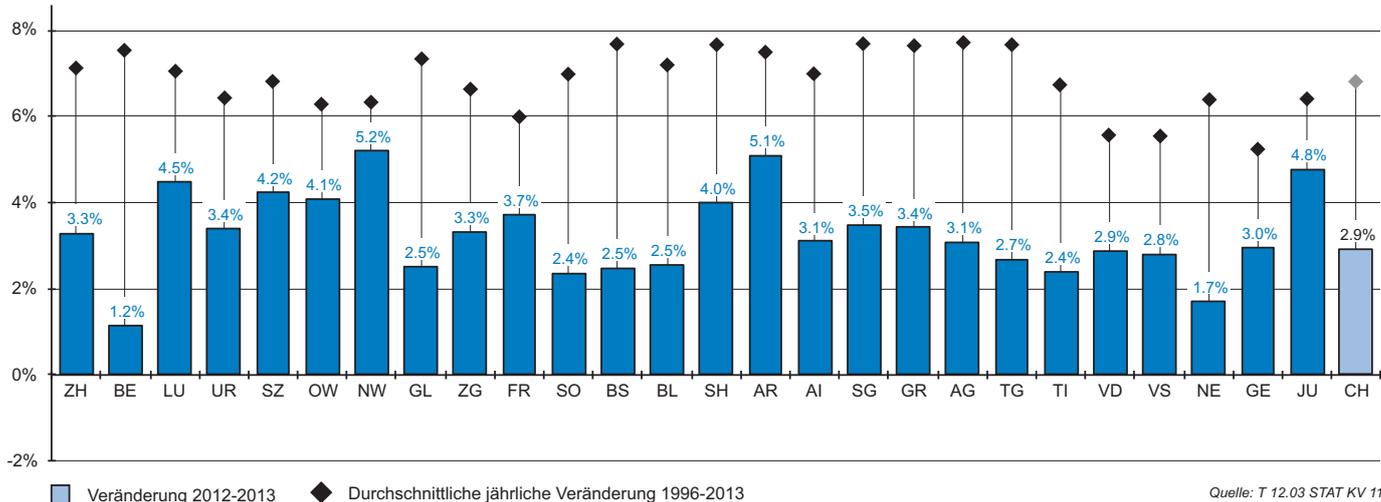
G 12i Veränderung in % des Prämientarifs und der effektiv bezahlten Prämie: Erwachsene CH



Quelle: T 12.01 und 3.05 STAT KV 11 [geschätzte Werte]

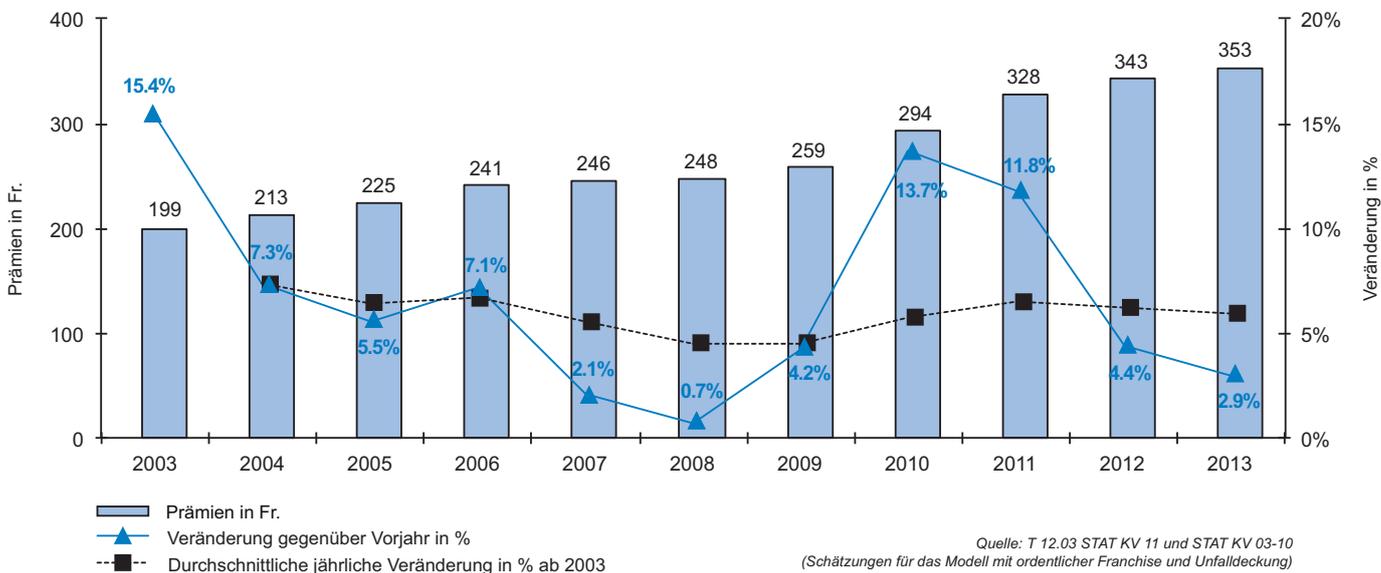
Junge Erwachsene

G 12m Veränderung der Prämientarife 2013 für junge Erwachsene (19-25 Jahre) nach Kanton in %
(Schätzungen basierend auf ordentlicher Franchise und Unfalldeckung)



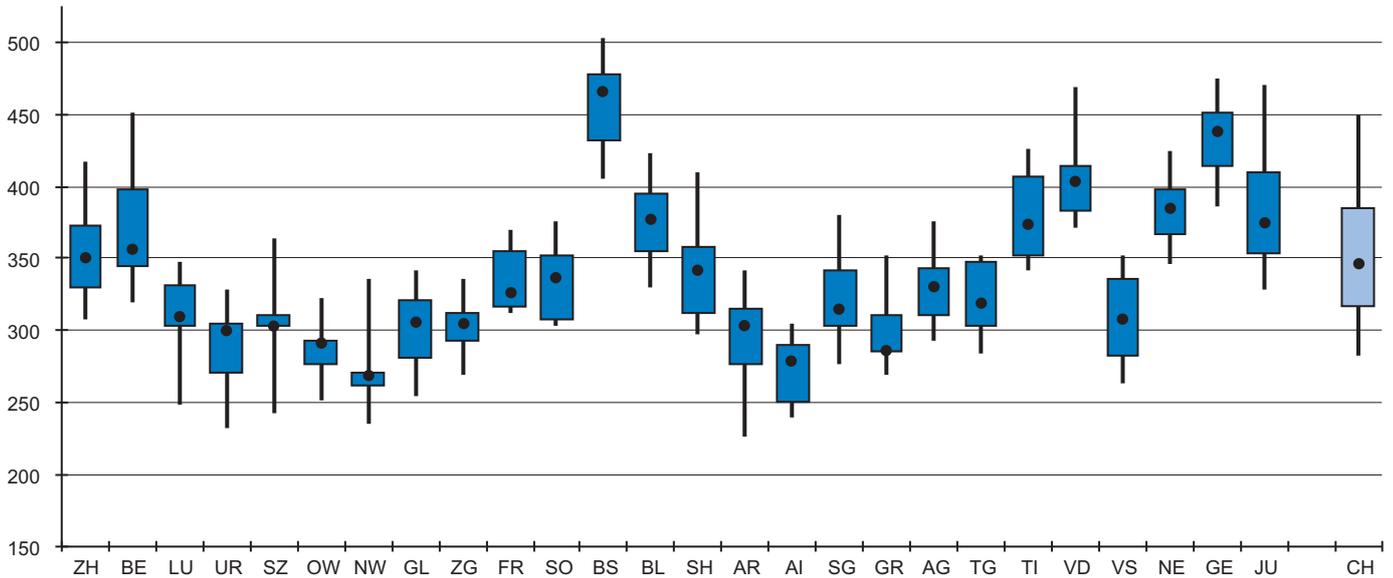
Quelle: T 12.03 STAT KV 11

G 12e Durchschnittliche Tarifprämien pro Monat für junge Erwachsene (19-25 Jahre)
in Franken und Veränderung in % (CH)



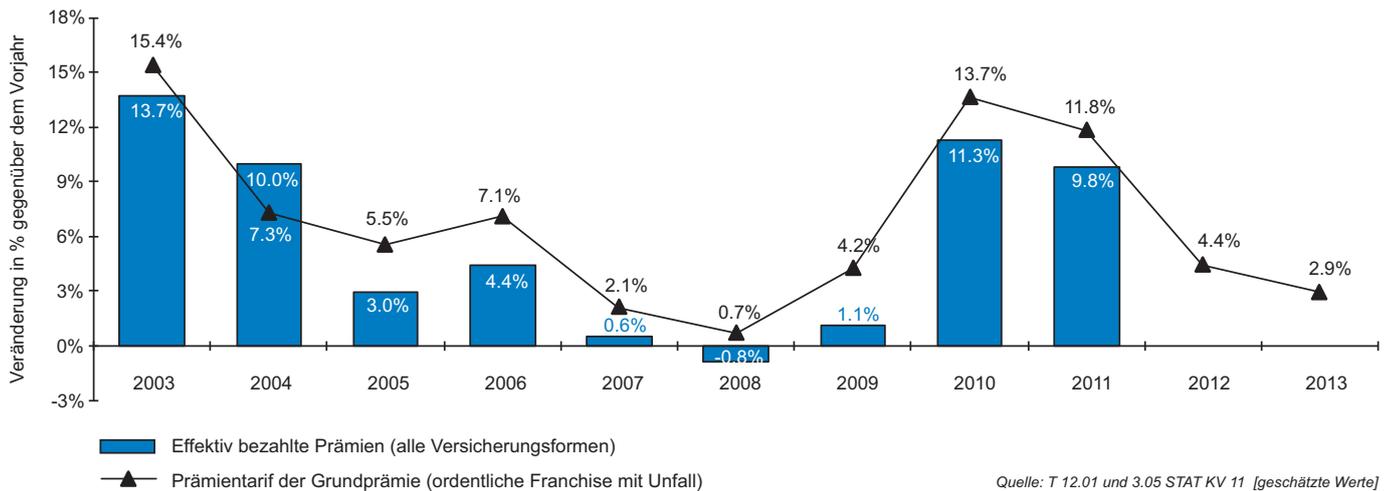
Quelle: T 12.03 STAT KV 11 und STAT KV 03-10
(Schätzungen für das Modell mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung)

G 12f Verteilung der monatlichen Prämientarife für junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken 2013



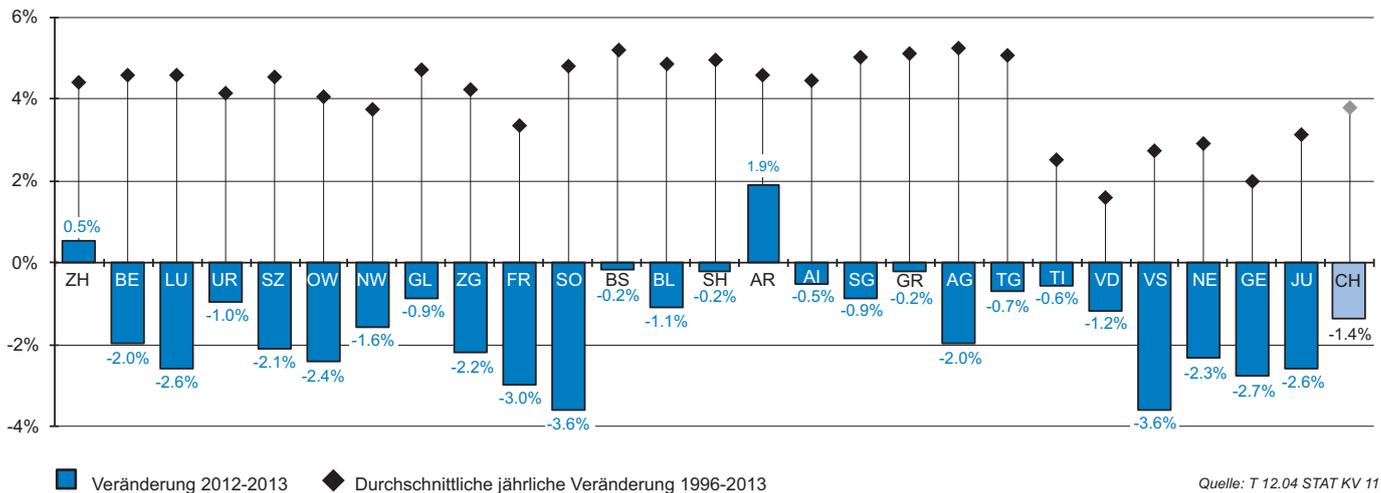
Punkt = Medianprämie: 50% der Versicherten zahlen mehr und 50% weniger als diese Prämie.
 Rechteck: 25% der Prämien liegen unter und 25% liegen über dieser Medianprämie.
 Linien: 45% der Prämien liegen unter und 45% liegen über dieser Medianprämie.
 Quelle: T 12.06 STAT KV 11 (Schätzungen mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung, siehe auch Fussnote 1 in T 12.06)

G 12j Veränderung in % des Prämientarifs und der effektiv bezahlten Prämie: Junge Erwachsene CH

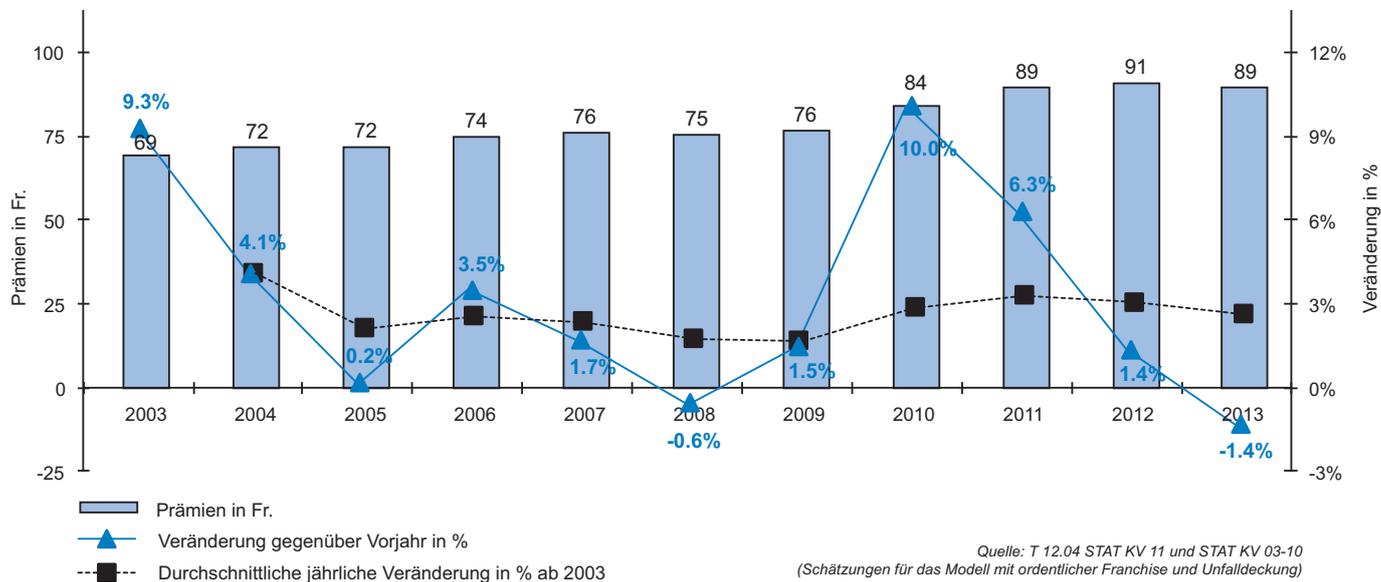


Kinder

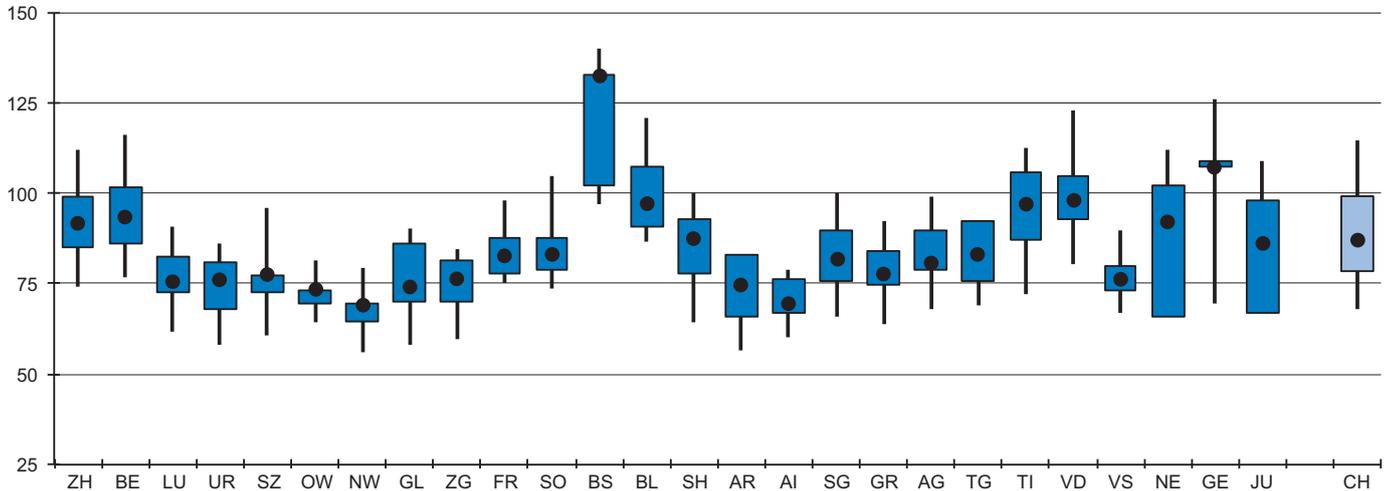
G 12I Veränderung der Prämientarife 2013 für Kinder (0-18 Jahre) nach Kanton in %
(Schätzungen basierend auf ordentlicher Franchise und Unfalldeckung)



G 12g Durchschnittliche Tarifprämien pro Monat für Kinder (0-18 Jahre) in Franken und Veränderung in % (CH)

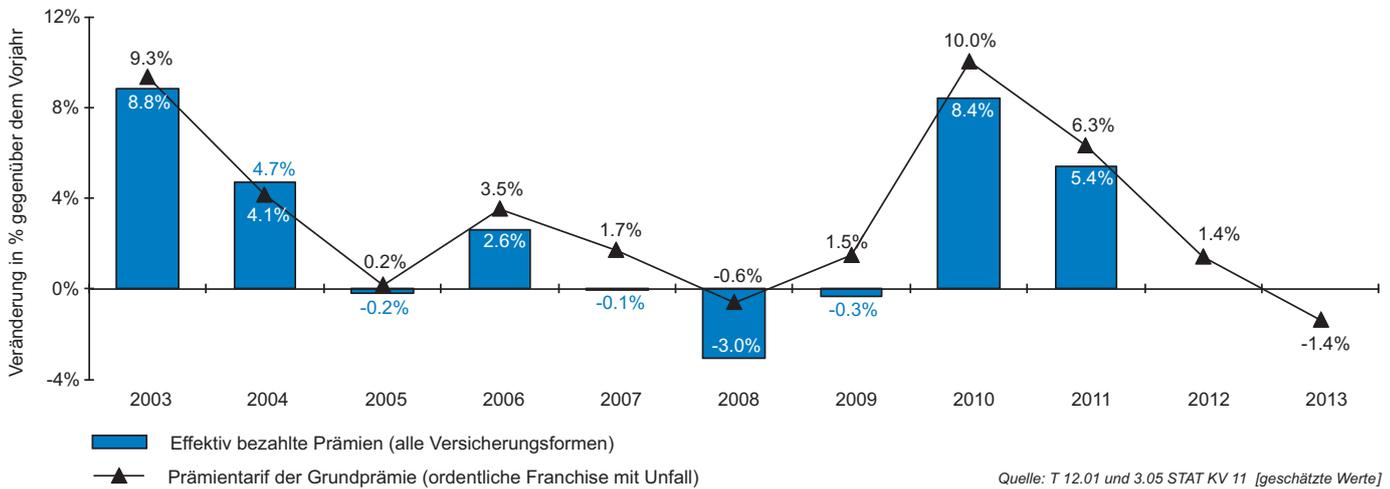


G 12h Verteilung der monatlichen Prämientarife für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken 2013



Punkt = Medianprämie: 50% der Versicherten zahlen mehr und 50% weniger als diese Prämie.
 Rechteck: 25% der Prämien liegen unter und 25% liegen über dieser Medianprämie.
 Linien: 45% der Prämien liegen unter und 45% liegen über dieser Medianprämie.
 Quelle: T 12.07 STAT KV 11 (Schätzungen mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung, siehe auch Fussnote 1 in T 12.07)

G 12k Veränderung in % des Prämientarifs und der effektiv bezahlten Prämie: Kinder CH



Quelle: T 12.01 und 3.05 STAT KV 11 [geschätzte Werte]

5. Beilagen

Übersicht der Tabellen zu Prämien, Leistungen, Kostenbeteiligung sowie Versicherertenbestand (OKP):

	Angaben zum Berichtsjahr				Zeitreihen 2001 (1996) ->		
	Kriterien	Altersgruppe	Kanton	Form	Form	Kanton	Kostengruppe
Bruttoleistungen	Mio. Fr.	2.06	2.04	2.22	2.14	2.14	2.16
	Fr. pro Person		2.05	2.24	2.15	2.15	2.18
Kostenbeteiligung	Mio. Fr.	2.11	2.10		2.01	2.01	
	Fr. pro Person		2.13	2.23	2.02	2.02	2.26
Bezahlte Leistungen	Mio. Fr.	2.09	2.07		2.20	2.20	
	Fr. pro Person		2.12	2.08	2.21	2.21	2.03
Prämiensoll	Mio. Fr.	3.07	3.06	3.01	3.02	3.02	
	Fr. pro Person		3.04	3.03	3.05	3.05	3.08
Prämientarif	Fr. pro Monat		12.02-12.04		12.01	12.01	
	Durchschnitt per 31.12.	11.15	11.14	11.16	11.08/09	11.05/07	
			11.03	11.06			

Erklärung zu den Statistiken:

Bruttoleistungen: Bezahlte Leistungen (vom Versicherer bezahlte Leistungen) plus Kostenbeteiligung.
 Kostenbeteiligung: Beitrag der Versicherten an die Kosten (Franchise, Selbstbehalt, Beitrag an Spitalaufenthalt), sofern statistisch erfasst.
 Nicht erfasst sind nicht eingereichte Belege im System Tiers garant.
 Prämien: Prämien, die die Versicherten dem Versicherer zahlen müssen (= geschuldete Prämien).
 Prämientarif: Prämien für das Standardmodell mit ord. Franchise (inkl. Unfalldeckung).

Erklärung zu den Kriterien:

Altersklassen: 5-Jahresklassen; 0-5, 6-10, 11-15, 16-18; 19-20, 21-25; 26-30, 31-35 etc.
 Form: Versicherungsform Ordentliche Franchise, Wahlf ranchisen, BONUS, Eingeschränkte Wahl
 Kostengruppe: nach Leistungsprinzip

Weitere wichtige Tabellen

1.01: Wichtige Indikatoren OKP (ab 1996)
 1.02: Detaillierte Betriebsrechnung für das Berichtsjahr (OKP: 1.03-1.07; Taggeld: 6.04-6.06; Gesamtbetriebsrechnung: 8.05/06)
 1.08-11: Gesamtbetriebsergebnis sowie Verwaltungsaufwand (Mio. Fr./pro Kopf) nach Form (grob) ab 2000
 4.01-03: Prämienverbilligung: Bezüger, Haushalte und ausbezahlter Beitrag ab 2000; Anzahl Bezüger nach Kanton, Alter und Geschlecht
 5.01/03/05: Indikatoren nach individuellem Versicherer (Aufsichtsdaten OKP; kantonale Versicherertenbestände)
 8.03: Stellen, Personal und Löhne OKP
 8.09/8.10: Bilanz (aggregiert): Aktiven/Passiven
 11.10: Eintritte (nach Geschlecht)

1: Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

1.01	Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 2001 : wichtigste Indikatoren	49
1.02	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung insgesamt	50
1.03	Betriebsrechnung der Versicherung mit ordentlicher Franchise	51
1.04	Betriebsrechnung der Versicherungen mit wählbarer Franchise	52
1.05	Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung	53
1.06	Betriebsrechnung der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers	54
1.07	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Personen mit Wohnsitz in einem EG-Staat	55
1.08	Gesamtbetriebsergebnis nach Versicherungsform ab 2001	56
1.09	Gesamtbetriebsergebnis je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2001	57
1.10	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen nach Versicherungsform ab 2001	58
1.11	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2001	59
1.12	Stand der Reserven per 31.12. ab 2001	60
1.13	Stand der Rückstellungen per 31.12. für unerledigte Versicherungsfälle ab 2001	61

T 1.01 Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 2001: wichtigste Indikatoren

Merkmale	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2010 - 2011 in %	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2010 - 2011 in %
	1 - Anzahl Versicherer OKP	99	93	93	92	85	87	87	86	81	81		
2 - Durchschnittlicher Versichertenbestand in 1'000	7'301	7'345	7'373	7'384	7'436	7'478	7'538	7'616	7'709	7'780	7'863	1.1%	0.7%
3A - Anzahl Erkrankte in 1'000	6'044	6'171	6'105	6'076	6'104	6'140	6'171	6'247	6'463	6'497	6'573	1.2%	0.8%
3B - Anzahl Erkrankte je 100 Versicherte	82.8	84.0	82.8	82.3	82.1	82.1	81.9	82.0	83.8	83.5	83.6	0.1%	0.1%
4 - Anzahl Spitalerweisungen in 1'000	1'193	1'207	1'148	1'196	1'219	1'148	1'232	1'283	1'289	1'211	1'232	1.7%	0.3%
5 - Anzahl Spitaltage in 1'000	12'514	12'391	11'396	11'755	11'493	11'050	11'706	11'790	11'967	10'978	11'005	0.2%	-1.3%
6B - Prämien pro Versicherten in Fr.	1'917	2'091	2'281	2'442	2'487	2'583	2'612	2'586	2'611	2'834	3'005	6.0%	4.6%
7B - Bruttoleistungen ¹ pro Versicherten in Fr.	2'244	2'328	2'431	2'592	2'736	2'755	2'863	2'984	3'069	3'123	3'171	1.5%	3.5%
7C - davon ambulante Leistungen in Fr.	1'549	1'615	1'667	1'751	1'869	1'876	1'947	2'050	2'108	2'155	2'204	2.3%	3.6%
7D - davon stationäre Leistungen in Fr.	696	712	765	841	868	879	916	933	960	967	967	-0.1%	3.3%
8B - Kostenbeteiligung pro Versicherten in Fr.	329	341	351	384	403	406	419	432	439	438	455	3.8%	3.3%
9B - Nettoleistungen ² pro Versicherten in Fr.	1'916	1'987	2'080	2'209	2'334	2'349	2'444	2'552	2'630	2'684	2'716	1.2%	3.6%
10B - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen pro Versicherten in Fr.	124	126	129	134	134	144	142	153	147	158	160	1.3%	2.5%
12B - Rückstellungen per 31.12. pro Versicherten in Fr.	547	547	578	608	633	667	694	682	661	672	718	6.9%	2.8%
13B - Reserven per 31.12. pro Versicherten in Fr.	288	268	325	402	428	501	527	427	371	400	472	17.8%	5.1%
6A - Prämien in Mio. Fr.	13'997	15'355	16'820	18'030	18'496	19'315	19'689	19'692	20'125	22'051	23'631	7.2%	5.4%
7A - Bruttoleistungen ¹ in Mio. Fr.	18'386	17'096	17'924	19'140	20'348	20'603	21'579	22'722	23'656	24'292	24'932	2.6%	4.3%
8A - Kostenbeteiligung in Mio. Fr.	2'400	2'503	2'588	2'832	2'995	3'039	3'155	3'290	3'382	3'409	3'575	4.9%	4.1%
9A - Nettoleistungen ² in Mio. Fr.	13'986	14'593	15'336	16'308	17'353	17'564	18'424	19'431	20'274	20'884	21'356	2.3%	4.3%
10A - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Mio. Fr.	909	924	949	987	999	1'078	1'072	1'169	1'134	1'225	1'255	2.4%	3.3%
11 - Gesamtergebnis in Mio. Fr.	-790	-224	400	514	171	491	179	-755	-472	225	588	-	-
12A - Rückstellungen: Stand per 31.12. in Mio. Fr.	3'996	4'018	4'264	4'488	4'710	4'990	5'234	5'191	5'095	5'227	5'649	8.1%	3.5%
12C - Rückstellungsquote ³ per 31.12. in %	28.6%	27.5%	27.8%	27.5%	27.1%	28.4%	28.4%	26.7%	25.1%	25.0%	26.4%	-	-
13A - Reserven: Stand per 31.12. in Mio. Fr.	2'103	1'966	2'394	2'968	3'184	3'749	3'970	3'252	2'863	3'116	3'711	19.1%	5.8%
13C - Reservequote ⁴ per 31.12. in %	15.0%	12.8%	14.2%	16.5%	17.2%	19.4%	20.2%	16.5%	14.2%	14.1%	15.7%	-	-

Datenstand: 15.8.12

- 1) Bruttoleistungen = Leistungen inklusiv Kostenbeteiligung der Versicherten.
- 2) Nettoleistungen = bezahlte Leistungen = Leistungen der Versicherer abzüglich Kostenbeteiligung der Versicherten.
- 3) Rückstellungen in Prozent der Nettoleistungen.
- 4) Reserven in Prozent des Prämienolls.

Quelle:

Formular EF123:	Formular EF123:
1 Anzahl Versicherer mit EF 1.12 A Total > 0	8B = [8A] / [2]
2 Durchschnittlicher Versichertenbestand EF 1.12 A Total	9A = [7A] - [8A]
3A EF 3.7.1	9B = [7B] - [8B]
3B = [3A] / [2] * 100	10A EF2 Konten 40-47 + 48 K+U Seiten 2.2 -> 2.7
4 EF 3.7.2	10B = [10A] / [2]
5 EF 3.7.2	11 EF2 Konto Gesamtergebnis Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7
6A EF 3.4	12A EF 1.4 Konto 270
6B = [6A] / [2]	12B = [12A] / [2]
7A EF 3.6	12C = [12A] / [9A] * 100 in %
7B = [7A] / [2]	13A EF 1.5 Konten 290 + 290.9
7C EF 3.6 / [2]	13B = [13A] / [2]
7D EF 3.6 / [2]	13C = [13A] / [6A] * 100 in %
8A EF2 Konto 32 K+U Seiten 2.2 -> 2.7	

Tabella T:

2.25
2.20
2.21
1.10
5.01
1.02
1.13
1.13
1.13
1.12
1.12
1.12

T 1.02 Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung insgesamt ¹

2011

Kontengruppe		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61	Prämien	22'725'535'270	905'653'986	23'631'189'256
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-118'230'047	-4'696'410	-122'926'457
65	Andere Beitragsanteile	5'295'699	173'417	5'469'116
60-65	Brutto-Prämien	22'612'600'922	901'130'993	23'513'731'915
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-53'757'725	-1'998'806	-55'756'531
60-66	Eigene Versicherungsprämien	22'558'843'198	899'132'187	23'457'975'384
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	2'016'511'699	80'787'161	2'097'298'860
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-2'023'259'992	-81'032'568	-2'104'292'560
69	Sonstige Betriebserträge	73'110'577	3'027'072	76'137'649
6	Total Versicherungsertrag	22'625'205'482	901'913'852	23'527'119'333
31	Leistungen	24'160'279'123	771'230'972	24'931'510'095
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-3'476'015'614	-99'088'643	-3'575'104'257
30-33	Bezahlte Leistungen	20'684'263'510	672'142'328	21'356'405'838
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	75'016'591	718'428	75'735'019
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	363'796'878	41'825'669	405'622'547
30-35	Bruttoleistungen	21'123'076'979	714'686'425	21'837'763'404
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-54'836'341	-1'471'213	-56'307'554
37	Risikoausgleich	48'076'828	-44'462'977	3'613'851
3	Total Versicherungsaufwand	21'116'317'466	668'752'235	21'785'069'701
40-47	Verwaltungsaufwand	1'114'946'260	50'701'349	1'165'647'609
48	Abschreibungen	85'012'836	3'998'608	89'011'445
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	14'557'284	754'036	15'311'320
4	Total Betriebsaufwand	1'214'516'380	55'453'993	1'269'970'373
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	22'330'833'846	724'206'228	23'055'040'074
	Versicherungsbetriebsergebnis	294'371'636	177'707'624	472'079'259
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	110'228'286	5'361'994	115'590'280
	Gesamtbetriebsergebnis	404'599'922	183'069'618	587'669'539

Datenstand: 15.8.12

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

2011

Kontengruppe	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	7'035'940'405	365'191'476	7'401'131'881
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-35'081'603	-1'802'890	-36'884'493
65 Andere Beitragsanteile	2'436'739	77'296	2'514'035
60-65 Brutto-Prämien	7'003'295'542	363'465'881	7'366'761'423
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-20'839'407	-941'922	-21'781'329
60-66 Eigene Versicherungsprämien	6'982'456'135	362'523'959	7'344'980'094
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	847'590'139	43'022'687	890'612'826
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-853'078'162	-43'110'887	-896'189'049
69 Sonstige Betriebserträge	23'030'072	1'263'377	24'293'449
6 Total Versicherungsertrag	6'999'998'184	363'699'136	7'363'697'320
31 Leistungen	10'651'684'333	344'045'174	10'995'729'507
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-977'546'813	-28'969'061	-1'006'515'874
30-33 Bezahlte Leistungen	9'674'137'519	315'076'114	9'989'213'633
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	23'613'837	2'409	23'616'246
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-10'836'355	5'979'910	-4'856'445
30-35 Bruttoleistungen	9'686'915'002	321'058'433	10'007'973'434
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-22'448'100	-608'045	-23'056'145
37 Risikoausgleich	-1'545'013'774	-61'045'096	-1'606'058'870
3 Total Versicherungsaufwand	8'119'453'127	259'405'292	8'378'858'419
40-47 Verwaltungsaufwand	358'224'352	20'669'420	378'893'772
48 Abschreibungen	31'268'724	1'815'041	33'083'765
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	6'192'324	375'387	6'567'711
4 Total Betriebsaufwand	395'685'400	22'859'848	418'545'248
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	8'515'138'527	282'265'140	8'797'403'667
Versicherungsbetriebsergebnis	-1'515'140'343	81'433'997	-1'433'706'346
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	36'099'391	2'145'022	38'244'413
Gesamtbetriebsergebnis	-1'479'040'952	83'579'018	-1'395'461'933

Datenstand: 15.8.12

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF 2.2

T 1.04 Betriebsrechnung der Versicherungen ¹ mit wählbarer Franchise

2011

Kontengruppe		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61	Prämien	5'132'115'240	194'916'922	5'327'032'163
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-29'102'824	-1'079'032	-30'181'856
65	Andere Beitragsanteile	1'141'306	41'544	1'182'850
60-65	Brutto-Prämien	5'104'153'722	193'879'434	5'298'033'156
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-12'431'484	-476'519	-12'908'003
60-66	Eigene Versicherungsprämien	5'091'722'238	193'402'915	5'285'125'153
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	368'566'463	12'879'503	381'445'967
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-369'226'680	-12'931'580	-382'158'259
69	Sonstige Betriebserträge	19'004'189	681'967	19'686'156
6	Total Versicherungsertrag	5'110'066'210	194'032'806	5'304'099'016
31	Leistungen	4'586'237'359	139'725'948	4'725'963'307
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-891'800'517	-24'614'250	-916'414'767
30-33	Bezahlte Leistungen	3'694'436'841	115'111'698	3'809'548'540
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	8'650'990	103'836	8'754'826
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	16'056'933	7'107'509	23'164'441
30-35	Bruttoleistungen	3'719'144'764	122'323'043	3'841'467'807
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-8'271'384	-138'287	-8'409'672
37	Risikoausgleich	45'386'784	-10'105'460	35'281'324
3	Total Versicherungsaufwand	3'756'260'164	112'079'296	3'868'339'460
40-47	Verwaltungsaufwand	235'266'279	9'855'961	245'122'240
48	Abschreibungen	16'941'797	742'363	17'684'160
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	3'450'418	169'105	3'619'523
4	Total Betriebsaufwand	255'658'494	10'767'429	266'425'923
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	4'011'918'658	122'846'726	4'134'765'383
	Versicherungsbetriebsergebnis	1'098'147'553	71'186'080	1'169'333'633
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	31'255'416	1'496'490	32'751'906
	Gesamtbetriebsergebnis	1'129'402'969	72'682'570	1'202'085'539

Datenstand: 15.8.12

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF 2.3

T 1.05 Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung ¹

2011

Kontengruppe	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	15'402'987	488'769	15'891'756
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-46'039	-1'435	-47'474
65 Andere Beitragsanteile	502	16	518
60-65 Brutto-Prämien	15'357'450	487'350	15'844'800
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-39	-1	-40
60-66 Eigene Versicherungsprämien	15'357'411	487'348	15'844'759
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	460'678	13'521	474'198
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-464'835	-13'660	-478'495
69 Sonstige Betriebserträge	33'936	1'075	35'010
6 Total Versicherungsertrag	15'387'189	488'283	15'875'473
31 Leistungen	7'990'722	305'089	8'295'811
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'173'987	-44'239	-1'218'227
30-33 Bezahlte Leistungen	6'816'734	260'850	7'077'584
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	8'453	315	8'769
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	199'436	7'022	206'458
30-35 Bruttoleistungen	7'024'623	268'188	7'292'811
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37 Risikoausgleich	1'220'316	51'076	1'271'392
3 Total Versicherungsaufwand	8'244'940	319'264	8'564'204
40-47 Verwaltungsaufwand	684'052	21'202	705'254
48 Abschreibungen	86'410	2'662	89'072
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	51'071	1'609	52'680
4 Total Betriebsaufwand	821'533	25'472	847'005
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	9'066'473	344'736	9'411'209
Versicherungsbetriebsergebnis	6'320'716	143'547	6'464'264
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	62'690	2'195	64'885
Gesamtbetriebsergebnis	6'383'407	145'742	6'529'149

Datenstand: 15.8.12

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF 2.4

T 1.06 Betriebsrechnung der Versicherungen ¹ mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers

2011

Kontengruppe	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	10'542'076'637	345'056'819	10'887'133'457
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-53'999'582	-1'813'052	-55'812'633
65 Andere Beitragsanteile	1'717'153	54'560	1'771'713
60-65 Brutto-Prämien	10'489'794'209	343'298'328	10'833'092'537
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-20'486'795	-580'364	-21'067'159
60-66 Eigene Versicherungsprämien	10'469'307'414	342'717'964	10'812'025'378
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	799'894'419	24'871'450	824'765'869
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-800'490'315	-24'976'441	-825'466'756
69 Sonstige Betriebserträge	31'042'380	1'080'653	32'123'034
6 Total Versicherungsertrag	10'499'753'898	343'693'626	10'843'447'524
31 Leistungen	8'914'366'710	287'154'759	9'201'521'469
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'605'494'295	-45'461'093	-1'650'955'388
30-33 Bezahlte Leistungen	7'308'872'415	241'693'666	7'550'566'081
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	42'743'311	611'867	43'355'178
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	358'376'864	28'731'228	387'108'092
30-35 Bruttoleistungen	7'709'992'590	271'036'761	7'981'029'351
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-24'116'856	-724'880	-24'841'737
37 Risikoausgleich	1'546'483'502	26'636'503	1'573'120'005
3 Total Versicherungsaufwand	9'232'359'235	296'948'383	9'529'307'619
40-47 Verwaltungsaufwand	520'771'577	20'154'766	540'926'344
48 Abschreibungen	36'715'906	1'438'543	38'154'448
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	4'863'471	207'934	5'071'405
4 Total Betriebsaufwand	562'350'953	21'801'244	584'152'197
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	9'794'710'189	318'749'627	10'113'459'816
Versicherungsbetriebsergebnis	705'043'710	24'943'999	729'987'709
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	42'810'788	1'718'287	44'529'075
Gesamtbetriebsergebnis	747'854'497	26'662'287	774'516'784

Datenstand: 15.8.12

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF2 [Summe 2.5 bis 2.7]

T 1.07 Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von Personen mit Wohnsitz in einem EG-Staat, in Island oder in Norwegen, inklusive GrenzgängerInnen ¹

2011

Kontengruppe	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61.1 Prämien für Effektivkosten	137'832'203	3'147'681	140'979'884
61.2 Prämien für Pauschalkosten	6'938'005	439'442	7'377'447
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-926'958	-30'540	-957'497
65 Andere Beitragsanteile	67'475	2'555	70'031
60-65 Brutto-Prämien	143'910'726	3'559'140	147'469'865
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-50'849	-852	-51'702
60-66 Eigene Versicherungsprämien	143'859'876	3'558'287	147'418'164
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	1'738'178	47'736	1'785'914
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-1'742'937	-47'802	-1'790'739
69 Sonstige Betriebserträge	48'452	1'016	49'468
6 Total Versicherungsertrag	143'903'568	3'559'238	147'462'807
31.1 Leistungen (Effektivkosten)	84'464'806	1'007'362	85'472'168
31.2 Leistungen (Pauschalkosten)	7'322'596	178'060	7'500'656
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-5'192'835	-89'030	-5'281'865
30-33 Bezahlte Leistungen	86'594'566	1'096'392	87'690'958
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	160'645	2'683	163'328
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	8'623'197	117'190	8'740'387
35.1 Rückstellungen für Pauschalkosten	640'714	1'355	642'069
30-35 Bruttoleistungen	96'019'122	1'217'620	97'236'742
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-18'627	-243	-18'870
37 Risikoausgleich	25'938'893	384'414	26'323'307
3 Total Versicherungsaufwand	121'939'388	1'601'791	123'541'179
40-47 Verwaltungsaufwand	9'030'554	193'569	9'224'124
48 Abschreibungen	676'636	10'002	686'638
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	370'270	3'482	373'753
4 Total Betriebsaufwand	10'077'461	207'053	10'284'514
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	132'016'849	1'808'844	133'825'693
Versicherungsbetriebsergebnis	11'886'720	1'750'394	13'637'114
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	736'807	18'319	755'126
Gesamtbetriebsergebnis	12'623'527	1'768'713	14'392'240

Nur GrenzgängerInnen ²

Leistungen (31.1 + 31.2)	-	-	52'068'280
Kostenbeteiligung der Versicherten (32) (-)	-	-	-3'198'885
Bezahlte Leistungen (30-33)	-	-	48'869'395

Datenstand: 15.8.12

1) Ohne Liechtenstein. Versichertenbestand : siehe T 11.13.

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

Quelle: Formular EF2 [T.E] und EF1.12

T 1.08 Gesamtbetriebsergebnis in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 2001

Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
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
2010	-1'450.2	1'231.1	6.3	437.2	224.5
2011	-1'395.5	1'202.1	6.5	774.5	587.7

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 1.03, 1.04, 1.05, 1.06

T 1.09 Gesamtbetriebsergebnis in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2001

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherungsformen
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
2010	-605	703	1'118	119	29
2011	-644	786	1'243	184	74

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 1.08 / T 11.05

T 1.10 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 2001

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	In % des Versicherungs- und Betriebsaufwands	Versicherungs- und Betriebsaufwand
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
2010	455.7	304.8	0.900	464.0	1'225.4	5.5%	22'199.7
2011	412.0	262.8	0.794	579.1	1'254.7	5.4%	23'055.0

Datenstand: 15.8.12

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

T 1.11 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2001

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherungsformen	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	190	174	159	126	157	7.0%
2011	190	172	151	138	159	1.3%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 1.10 / T 11.05

T 1.12 Stand der Reserven per 31.12. ab 2001

Jahr	Stand Reserven in Mio. Fr.	Veränderung gegenüber Vorjahr	Reserven ¹ pro versicherte Person in Fr.	Reservenquote effektiv ²	Reservenquote gesetzlich ³
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%
2010	3'116	8.8%	400	14.1%	11.8%
2011	3'711	19.1%	472	15.7%	10.8%

Datenstand: 15.8.12

1) Vgl. Tabelle 11.13A.

2) Reserven in % des Prämienolls (vgl. Tabelle 3.01).

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

Quelle: T 8.10 [290 + 290.9]; T 11.13A; T 3.01; T 5.01 und Aufsichtsdaten 1998-2003

T 1.13 Stand der Rückstellungen per 31.12. für unerledigte Versicherungsfälle ab 2001

Jahr	Stand Rückstellungen in Mio. Fr.	Veränderung gegenüber Vorjahr	Stand Rückstellungen pro versicherte Person in Fr. ¹	Veränderung gegenüber Vorjahr	Rückstellungen in % der bezahlten Leistungen ²
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%
2010	5'227	2.6%	672	1.7%	25.0%
2011	5'649	8.1%	718	6.9%	26.4%

Datenstand: 15.8.12

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 nach Versicherungsform ab 2000	63
2.02 Kostenbeteiligung je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2000	64
2.03 Nettoleistungen je versicherte Person nach Kanton ab 1996	65
2.04 Bruttoleistungen nach Kanton	66
2.05 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Kanton	67
2.06 Bruttoleistungen nach Altersklasse und Geschlecht	68
2.07 Nettoleistungen nach Kanton	69
2.08 Nettoleistungen je versicherte Person nach Versicherungsform	70
2.09 Nettoleistungen nach Altersklasse und Geschlecht	71
2.10 Kostenbeteiligung nach Kanton	72
2.11 Kostenbeteiligung nach Altersgruppe und Geschlecht	73
2.12 Nettoleistungen je versicherte Person nach Kanton	74
2.13 Kostenbeteiligung je versicherte Person nach Kanton	75
2.14 Bruttoleistungen nach Versicherungsform ab 2000	76
2.15 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2000	77
2.16 Bruttoleistungen nach Kostengruppe ab 2000	78
2.17 Bruttoleistungen nach Kostengruppe	79
2.18 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Kostengruppe ab 2000	80
2.19 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Kostengruppe	81
2.20 Nettoleistungen nach Versicherungsform ab 2000	82
2.21 Nettoleistungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2000	83
2.22 Bruttoleistungen nach Versicherungsform	84
2.23 Kostenbeteiligung je versicherte Person nach Versicherungsform	85
2.24 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Versicherungsform	86
2.25 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Kanton ab 1996	87
2.26 Kostenbeteiligung je versicherte Person nach Kanton ab 1996	88

T 2.01 Kostenbeteiligung der Versicherten in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 2001

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	1'051.2	1'011.9	1.2	1'344.4	3'408.7	0.8%
2011	1'006.5	916.4	1.2	1'651.0	3'575.1	4.9%

Datenstand: 15.8.12

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

T 2.02 Kostenbeteiligung ¹ je versicherte Person in Franken nach Versicherungsform ab 2001

Jahr ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	436	573	219	374	438	-0.1%
2011	462	594	231	399	455	3.8%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: 2009 -> : T 2.23 (-> 2008 : T 2.01 / T 11.01 und T 11.05)

Zusätzliche Angaben: nach Altersgruppe ³

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränderung gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränderung gegenüber Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	94	-1.9%	332	-0.8%	543	-0.3%
2011	94	0.3%	340	2.6%	563	3.8%

Datenstand: 15.8.12

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 "Alle Versicherte") aufgrund der Aufteilung der Versicherten per 31.12 in T 11.0

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

T 2.03 Nettoleistungen ^{1 2} je versicherte Person nach Kanton in Franken ab 1996

Kanton	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ZH	1'531	1'592	1'716	1'773	1'835	1'932	2'001	2'035	2'197	2'276	2'275	2'378	2'491	2'595	2'658	2'661
BE	1'430	1'561	1'549	1'630	1'782	1'848	1'923	2'057	2'342	2'485	2'547	2'678	2'799	2'847	2'893	2'988
LU	1'133	1'164	1'255	1'318	1'420	1'529	1'576	1'674	1'805	1'948	1'934	2'024	2'117	2'240	2'292	2'306
UR	1'171	1'189	1'185	1'276	1'372	1'524	1'447	1'571	1'667	1'860	1'870	2'009	2'069	2'163	2'175	2'160
SZ	1'184	1'177	1'210	1'329	1'401	1'563	1'547	1'661	1'779	1'884	1'924	2'012	2'081	2'225	2'225	2'268
OW	1'134	1'137	1'205	1'278	1'369	1'411	1'422	1'531	1'618	1'769	1'825	1'976	2'028	2'059	2'034	2'101
NW	1'084	1'049	1'090	1'162	1'286	1'334	1'388	1'470	1'489	1'587	1'696	1'848	1'913	1'987	2'023	2'027
GL	1'203	1'262	1'296	1'418	1'519	1'647	1'683	1'719	1'845	1'975	1'963	2'031	2'181	2'247	2'349	2'321
ZG	1'094	1'161	1'243	1'321	1'410	1'565	1'656	1'697	1'771	1'869	1'882	1'990	2'067	2'181	2'225	2'200
FR	1'428	1'444	1'581	1'644	1'680	1'803	1'872	1'921	2'004	2'137	2'199	2'287	2'361	2'443	2'481	2'527
SO	1'432	1'458	1'515	1'590	1'678	1'721	1'809	1'957	2'064	2'177	2'247	2'363	2'480	2'523	2'535	2'558
BS	2'181	2'280	2'427	2'536	2'665	2'813	2'897	3'005	3'088	3'368	3'420	3'563	3'736	3'774	3'766	3'795
BL	1'577	1'631	1'672	1'799	1'917	2'022	2'086	2'153	2'231	2'410	2'415	2'553	2'742	2'841	2'901	2'915
SH	1'381	1'468	1'477	1'694	1'790	1'892	1'900	1'937	2'129	2'202	2'223	2'319	2'415	2'489	2'594	2'592
AR	1'084	1'180	1'150	1'273	1'342	1'392	1'435	1'579	1'671	1'764	1'753	1'851	1'948	2'060	2'127	2'156
AI	955	975	987	1'122	1'185	1'232	1'357	1'409	1'462	1'565	1'541	1'560	1'782	1'740	1'778	1'895
SG	1'139	1'225	1'256	1'352	1'407	1'473	1'565	1'712	1'813	1'888	1'888	1'976	2'073	2'188	2'238	2'254
GR	1'104	1'062	1'159	1'354	1'489	1'551	1'609	1'718	1'844	1'921	1'958	2'126	2'199	2'293	2'324	2'332
AG	1'229	1'279	1'394	1'478	1'578	1'636	1'713	1'805	1'893	2'026	2'086	2'159	2'284	2'360	2'427	2'454
TG	1'165	1'368	1'418	1'502	1'594	1'665	1'769	1'873	1'887	1'959	1'950	2'050	2'170	2'232	2'264	2'303
TI	1'897	1'911	1'977	2'019	2'166	2'308	2'463	2'598	2'605	2'799	2'776	2'862	2'865	2'993	3'064	3'108
VD	1'898	1'998	2'019	2'067	2'202	2'334	2'410	2'514	2'629	2'756	2'733	2'781	2'871	2'929	3'001	3'026
VS	1'307	1'362	1'377	1'434	1'556	1'656	1'739	1'852	1'873	2'019	2'133	2'218	2'293	2'376	2'458	2'461
NE	1'819	1'961	2'022	1'882	2'227	2'316	2'387	2'560	2'681	2'675	2'565	2'599	2'707	2'706	2'763	2'812
GE	2'071	2'259	2'523	2'517	2'598	2'805	2'847	2'893	3'010	3'233	3'168	3'216	3'398	3'397	3'463	3'547
JU	1'717	1'845	1'848	2'074	2'088	2'168	2'229	2'132	2'309	2'497	2'409	2'547	2'663	2'721	2'854	2'847
CH	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	2'684	2'716

Datenstand: 15.8.12

Quelle: CH T 1.01 / Kantone 1996 -> 1998: Prämien genehmigungsverfahren BAG mit Versichertenbestand des Risikoausgleichs, Werte korrigiert auf der Basis des CH-Wertes in T 1.01 / 1999 -> 2008: Prämien genehmigungsverfahren BAG, Werte korrigiert auf der Basis des CH-Bestandes in T 1.01 / 2009 -> : T 2.12

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen.

Nettoleistungen = bezahlte Leistungen der Versicherer in der OKP ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten.

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

T 2.04 Bruttoleistungen ¹ in Fr. nach Kanton

2011

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	256'987'606	149'104'226	3'888'707'097	4'294'798'930
BE	155'000'755	106'486'547	3'121'876'478	3'383'363'780
LU	59'951'557	39'556'780	929'512'509	1'029'020'846
UR	5'290'365	3'458'518	82'180'358	90'929'241
SZ	26'630'207	15'209'842	357'346'405	399'186'454
OW	5'599'298	3'370'793	81'238'479	90'208'570
NW	5'193'043	3'475'897	90'213'567	98'882'508
GL	6'041'227	4'683'427	96'921'852	107'646'506
ZG	17'941'441	10'473'367	269'507'134	297'921'942
FR	55'057'710	33'335'184	745'959'586	834'352'479
SO	43'877'855	27'619'289	703'700'695	775'197'839
BS	38'137'332	22'171'226	720'188'550	780'497'108
BL	55'202'132	32'674'229	848'604'483	936'480'844
SH	11'056'265	8'132'115	213'806'212	232'994'591
AR	8'192'845	5'235'344	124'165'493	137'593'683
AI	2'269'983	1'513'411	31'973'391	35'756'785
SG	80'898'429	53'195'020	1'156'759'119	1'290'852'569
GR	30'457'133	21'041'055	489'939'351	541'437'538
AG	116'001'677	68'684'447	1'595'896'338	1'780'582'463
TG	44'018'110	27'521'906	610'448'446	681'988'461
TI	58'855'510	29'153'791	1'116'735'062	1'204'744'363
VD	170'845'748	84'116'531	2'216'009'294	2'470'971'572
VS	55'495'229	33'312'475	828'884'884	917'692'589
NE	34'393'890	17'511'261	508'502'008	560'407'159
GE	119'473'955	61'856'514	1'539'041'697	1'720'372'165
JU	14'173'538	7'277'282	211'951'016	233'401'836
Ausland ²	331'063	108'875	3'787'337	4'227'276
CH	1'477'373'903	870'279'351	22'583'856'842	24'931'510'095

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.21

1) Bruttoleistungen = 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 Bruttoleistungen ¹ in Fr. je versicherte Person nach Kanton

2011

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	1'019	1'423	3'824	3'126	0.6%
BE	874	1'305	4'322	3'447	3.4%
LU	796	1'112	3'447	2'704	1.2%
UR	753	1'058	3'252	2'557	-0.2%
SZ	920	1'201	3'378	2'708	2.5%
OW	779	979	3'188	2'498	3.7%
NW	696	967	3'023	2'418	0.5%
GL	834	1'249	3'437	2'746	-0.7%
ZG	824	1'184	3'236	2'616	-0.3%
FR	885	1'316	3'843	2'962	2.1%
SO	929	1'210	3'746	3'006	1.3%
BS	1'362	1'677	5'191	4'337	2.0%
BL	1'121	1'513	4'200	3'432	1.2%
SH	811	1'198	3'805	3'041	0.3%
AR	784	1'052	3'229	2'554	1.8%
AI	668	933	2'976	2'268	6.7%
SG	844	1'139	3'411	2'680	1.4%
GR	897	1'137	3'382	2'744	1.0%
AG	973	1'275	3'593	2'885	1.5%
TG	881	1'151	3'457	2'723	2.1%
TI	998	1'218	4'451	3'609	1.7%
VD	1'155	1'413	4'453	3'505	1.0%
VS	911	1'153	3'621	2'879	0.6%
NE	974	1'167	4'137	3'235	1.7%
GE	1'360	1'822	5'115	4'070	2.5%
JU	956	1'139	4'269	3'294	0.3%
Ausland ²	930	286	1'150	1'049	-10.0%
CH	982	1'309	3'966	3'171	1.5%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 2.04 / T 11.14

1) Bruttoleistungen = 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 Bruttoleistungen ¹ nach Altersklasse und Geschlecht

2011

Altersklasse	Männlich		Weiblich		Alle Versicherte		
	in Mio. Fr.	in Fr. pro Versicherten	in Mio. Fr.	in Fr. pro Versicherten	in Mio. Fr.	Anteil in %	in Fr. pro Versicherten
0 – 5	276.5	1'227	227.7	1'063	504.1	2.0%	1'147
6 – 10	174.4	884	128.8	688	303.1	1.2%	789
11 – 15	192.0	897	176.0	865	368.0	1.5%	881
16 – 18	133.0	985	169.1	1'324	302.1	1.2%	1'150
Total 0 – 18	775.9	1'006	701.5	958	1'477.4	5.9%	982
19 – 20	88.1	936	128.1	1'408	216.2	0.9%	1'168
21 – 25	238.2	979	416.0	1'758	654.2	2.6%	1'363
Total 19 – 25	326.3	967	544.1	1'661	870.4	3.5%	1'309
26 – 30	280.3	1'056	599.9	2'315	880.2	3.5%	1'678
31 – 35	325.7	1'205	731.1	2'737	1'056.8	4.2%	1'966
36 – 40	415.2	1'478	742.4	2'665	1'157.6	4.6%	2'069
41 – 45	559.2	1'759	805.8	2'560	1'365.0	5.5%	2'158
46 – 50	705.6	2'149	922.5	2'886	1'628.1	6.5%	2'512
51 – 55	781.0	2'744	930.6	3'352	1'711.6	6.9%	3'044
56 – 60	863.3	3'585	930.8	3'862	1'794.2	7.2%	3'723
61 – 65	1'028.2	4'603	1'058.2	4'595	2'086.4	8.4%	4'599
66 – 70	1'099.4	5'830	1'144.6	5'642	2'244.0	9.0%	5'732
71 – 75	984.3	7'231	1'109.7	6'850	2'094.0	8.4%	7'024
76 – 80	951.5	8'851	1'215.4	8'492	2'166.9	8.7%	8'646
81 – 85	738.3	10'319	1'235.1	10'609	1'973.4	7.9%	10'498
86 – 90	452.8	12'154	1'055.0	13'757	1'507.9	6.0%	13'233
91 – 95	167.2	14'756	520.9	17'551	688.1	2.8%	16'779
96 – 100	38.4	18'064	164.5	22'114	202.9	0.8%	21'213
> 100	3.5	20'368	23.3	25'601	26.8	0.1%	24'776
Total > 25	9'394.0	3'396	13'189.7	4'506	22'583.7	90.6%	3'966
Total	10'496.2	2'708	14'435.3	3'620	24'931.5	100.0%	3'171

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.20 und 3.11 (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

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

T 2.07 Nettoleistungen ¹ in Fr. nach Kanton

2011

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	233'306'571	112'487'701	3'310'170'323	3'655'964'595
BE	140'182'435	79'717'604	2'712'582'548	2'932'482'587
LU	54'036'107	28'750'421	794'875'446	877'661'974
UR	4'732'338	2'478'110	69'588'173	76'798'621
SZ	24'003'910	10'664'424	299'668'050	334'336'384
OW	5'036'191	2'321'254	68'528'139	75'885'585
NW	4'645'102	2'449'035	75'811'716	82'905'853
GL	5'422'776	3'503'423	82'047'264	90'973'463
ZG	16'171'174	7'583'429	226'814'845	250'569'448
FR	49'573'513	24'641'131	637'500'620	711'715'264
SO	39'767'260	20'119'554	599'787'477	659'674'292
BS	34'765'071	17'009'386	631'112'199	682'886'656
BL	49'777'815	24'321'323	721'279'921	795'379'059
SH	10'032'038	6'004'866	182'565'726	198'602'629
AR	7'419'940	3'737'204	104'978'850	116'135'994
AI	2'046'657	1'033'944	26'789'719	29'870'321
SG	72'893'061	37'409'902	975'613'452	1'085'916'415
GR	27'606'987	15'415'353	417'151'528	460'173'868
AG	105'596'709	50'689'976	1'358'212'143	1'514'498'828
TG	39'829'060	19'773'659	517'346'234	576'948'953
TI	52'720'905	20'545'028	964'254'038	1'037'519'971
VD	153'325'462	62'452'264	1'917'513'138	2'133'290'865
VS	50'079'218	24'730'664	709'608'948	784'418'830
NE	31'048'786	13'019'394	442'984'469	487'052'649
GE	108'528'205	47'682'994	1'343'010'509	1'499'221'708
JU	12'764'003	5'284'082	183'710'628	201'758'713
Ausland ²	310'912	96'736	3'354'666	3'762'314
CH	1'335'622'206	643'922'862	19'376'860'771	21'356'405'839

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 2.04 - T 2.10

1) Nettoleistungen = 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 Nettoleistungen ⁴ in Fr. je versicherte Person nach Versicherungsform

2011

Versicherungsform ¹		Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (ab 26 Jahre)	Alle Versicherte
Standardmodell mit ordentlicher Jahresfranchise	F O (0 / 300) ²	1'035	1'746	6'398	4'581
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500) ²	959	1'417	4'765	4'661
	F II (200 / 1000) ²	833	569	2'090	1'775
	F III (300 / 1500) ²	643	374	1'192	1'117
	F IV (400 / 2000) ²	605	288	733	670
	F V (500 / 2500) ²	449	270	596	562
	F VI (600 / -) ²	381	-	-	381
	Total	626	539	2'683	2'470
BONUS-Versicherung		704	499	1'373	1'344
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarzt-modell,...)	F O (0 / 300) ²	842	1'400	4'258	2'708
	F I (100 / 500) ²	641	1'048	2'753	2'601
	F II (200 / 1000) ²	640	431	1'116	975
	F III (300 / 1500) ²	387	277	708	639
	F IV (400 / 2000) ²	398	185	505	456
	F V (500 / 2500) ²	301	148	388	361
	F VI (600 / -) ²	265	-	-	265
	Total *	802	777	2'276	1'826
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	860	773	1'922	1'592
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	791	760	2'481	1'974
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	412	381	1'142	1'026
Alle ³		888	968	3'403	2'716

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 2.24 - T 2.23

1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsform 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) Nettoleistungen = bezahlte Leistungen der Versicherer in der OKP ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

T 2.09 Nettoleistungen ¹ nach Altersklasse und Geschlecht

2011

Altersklasse	Männlich		Weiblich		Alle Versicherte		
	in Mio. Fr.	in Fr. pro Versicherten	in Mio. Fr.	in Fr. pro Versicherten	in Mio. Fr.	Anteil in %	in Fr. pro Versicherten
0 – 5	250.9	1'114	206.0	962	456.9	2.1%	1'040
6 – 10	157.8	800	115.7	618	273.5	1.3%	712
11 – 15	172.9	808	158.8	781	331.7	1.6%	794
16 – 18	120.1	890	153.3	1'201	273.4	1.3%	1'041
Total 0 – 18	701.8	909	633.8	866	1'335.6	6.3%	888
19 – 20	61.4	652	92.3	1'015	153.7	0.7%	831
21 – 25	173.0	711	317.3	1'341	490.3	2.3%	1'022
Total 19 – 25	234.4	695	409.6	1'250	644.1	3.0%	968
26 – 30	207.5	782	480.0	1'852	687.6	3.2%	1'311
31 – 35	241.0	891	594.2	2'225	835.2	3.9%	1'554
36 – 40	315.8	1'124	594.5	2'134	910.3	4.3%	1'627
41 – 45	436.1	1'372	639.6	2'032	1'075.8	5.0%	1'700
46 – 50	565.6	1'723	746.2	2'334	1'311.8	6.1%	2'024
51 – 55	642.0	2'256	768.0	2'766	1'410.1	6.6%	2'508
56 – 60	726.5	3'017	783.9	3'253	1'510.4	7.1%	3'135
61 – 65	883.8	3'956	907.7	3'942	1'791.5	8.4%	3'949
66 – 70	963.0	5'107	1'000.1	4'929	1'963.1	9.2%	5'015
71 – 75	877.6	6'447	986.4	6'089	1'864.0	8.7%	6'252
76 – 80	860.2	8'001	1'097.1	7'665	1'957.2	9.2%	7'809
81 – 85	672.6	9'400	1'131.0	9'714	1'803.6	8.4%	9'595
86 – 90	415.6	11'155	979.7	12'774	1'395.2	6.5%	12'245
91 – 95	154.8	13'661	489.1	16'480	643.9	3.0%	15'702
96 – 100	35.9	16'863	155.8	20'941	191.7	0.9%	20'034
> 100	3.2	19'056	22.1	24'337	25.4	0.1%	23'504
Total > 25	8'001.4	2'892	11'375.4	3'886	19'376.7	90.7%	3'403
Total	8'937.6	2'306	12'418.8	3'115	21'356.4	100.0%	2'716

Datenstand: 15.8.12

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

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

T 2.10 Kostenbeteiligung ¹ in Fr. nach Kanton

2011

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	23'681'035	36'616'525	578'536'774	638'834'334
BE	14'818'320	26'768'943	409'293'930	450'881'193
LU	5'915'450	10'806'359	134'637'063	151'358'872
UR	558'027	980'407	12'592'185	14'130'619
SZ	2'626'296	4'545'418	57'678'355	64'850'070
OW	563'106	1'049'538	12'710'340	14'322'985
NW	547'941	1'026'862	14'401'851	15'976'655
GL	618'451	1'180'004	14'874'588	16'673'043
ZG	1'770'267	2'889'938	42'692'289	47'352'494
FR	5'484'197	8'694'053	108'458'966	122'637'215
SO	4'110'594	7'499'736	103'913'217	115'523'547
BS	3'372'260	5'161'839	89'076'352	97'610'451
BL	5'424'318	8'352'906	127'324'562	141'101'785
SH	1'024'227	2'127'249	31'240'486	34'391'962
AR	772'906	1'498'140	19'186'643	21'457'689
AI	223'326	479'466	5'183'672	5'886'464
SG	8'005'368	15'785'119	181'145'667	204'936'154
GR	2'850'146	5'625'701	72'787'823	81'263'670
AG	10'404'969	17'994'471	237'684'195	266'083'635
TG	4'189'051	7'748'246	93'102'212	105'039'508
TI	6'134'606	8'608'762	152'481'024	167'224'392
VD	17'520'286	21'664'267	298'496'155	337'680'708
VS	5'416'011	8'581'812	119'275'937	133'273'759
NE	3'345'104	4'491'867	65'517'538	73'354'510
GE	10'945'749	14'173'520	196'031'188	221'150'457
JU	1'409'536	1'993'200	28'240'388	31'643'123
Ausland ²	20'151	12'140	432'671	464'962
CH	141'751'697	226'356'488	3'206'996'071	3'575'104'256

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.18

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 Kostenbeteiligung¹ nach Altersklasse und Geschlecht

2011

Altersklasse	Männlich		Weiblich		Alle Versicherte		
	in Mio. Fr.	in Fr. pro Versicherten	in Mio. Fr.	in Fr. pro Versicherten	in Mio. Fr.	Anteil in %	in Fr. pro Versicherten
0 – 5	25.6	113	21.7	101	47.2	1.3%	107
6 – 10	16.5	84	13.0	70	29.6	0.8%	77
11 – 15	19.1	89	17.2	85	36.3	1.0%	87
16 – 18	12.9	96	15.8	123	28.7	0.8%	109
Total 0 – 18	74.1	96	67.7	92	141.8	4.0%	94
19 – 20	26.7	283	35.8	393	62.4	1.7%	337
21 – 25	65.2	268	98.7	417	163.9	4.6%	342
Total 19 – 25	91.8	272	134.5	411	226.3	6.3%	340
26 – 30	72.8	274	119.8	462	192.6	5.4%	367
31 – 35	84.7	313	136.8	512	221.6	6.2%	412
36 – 40	99.3	353	148.0	531	247.3	6.9%	442
41 – 45	123.1	387	166.1	528	289.2	8.1%	457
46 – 50	140.0	426	176.3	551	316.3	8.8%	488
51 – 55	139.0	488	162.6	586	301.6	8.4%	536
56 – 60	136.8	568	146.9	610	283.7	7.9%	589
61 – 65	144.4	647	150.5	653	294.9	8.2%	650
66 – 70	136.3	723	144.5	712	280.9	7.9%	717
71 – 75	106.7	784	123.3	761	230.0	6.4%	772
76 – 80	91.4	850	118.3	827	209.7	5.9%	837
81 – 85	65.7	919	104.1	894	169.8	4.8%	904
86 – 90	37.2	1'000	75.4	983	112.6	3.2%	988
91 – 95	12.4	1'095	31.8	1'071	44.2	1.2%	1'077
96 – 100	2.6	1'201	8.7	1'173	11.3	0.3%	1'179
> 100	0.2	1'313	1.1	1'264	1.4	0.0%	1'272
Total > 25	1'392.7	503	1'814.3	620	3'207.0	89.7%	563
Total	1'558.6	402	2'016.5	506	3'575.1	100.0%	455

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.17 und 3.11 (->2008: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG)

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen

T 2.12 Nettoleistungen ¹ in Fr. je versicherte Person nach Kanton

2011

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	925	1'073	3'255	2'661	0.1%
BE	790	977	3'755	2'988	3.3%
LU	718	808	2'948	2'306	0.6%
UR	674	758	2'754	2'160	-0.7%
SZ	829	842	2'833	2'268	1.9%
OW	700	674	2'689	2'101	3.3%
NW	622	681	2'540	2'027	0.2%
GL	748	934	2'909	2'321	-1.2%
ZG	742	857	2'724	2'200	-1.1%
FR	797	972	3'284	2'527	1.8%
SO	842	882	3'193	2'558	0.9%
BS	1'241	1'287	4'549	3'795	0.8%
BL	1'011	1'127	3'570	2'915	0.5%
SH	736	885	3'249	2'592	-0.1%
AR	710	751	2'730	2'156	1.3%
AI	602	637	2'493	1'895	6.6%
SG	760	801	2'877	2'254	0.7%
GR	813	833	2'880	2'332	0.3%
AG	886	941	3'058	2'454	1.1%
TG	797	827	2'930	2'303	1.7%
TI	894	859	3'843	3'108	1.5%
VD	1'037	1'049	3'854	3'026	0.8%
VS	822	856	3'100	2'461	0.1%
NE	879	867	3'604	2'812	1.8%
GE	1'236	1'405	4'463	3'547	2.4%
JU	861	827	3'701	2'847	-0.3%
Ausland ²	873	254	1'019	934	-9.7%
CH	888	968	3'403	2'716	1.2%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 2.07 / T 11.14

 1) Nettoleistungen = 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. je versicherte Person nach Kanton

2011

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	94	349	569	465	3.3%
BE	84	328	567	459	4.0%
LU	79	304	499	398	4.7%
UR	79	300	498	397	2.8%
SZ	91	359	545	440	5.3%
OW	78	305	499	397	5.8%
NW	73	286	483	391	1.9%
GL	85	315	527	425	2.3%
ZG	81	327	513	416	4.4%
FR	88	343	559	435	3.6%
SO	87	329	553	448	3.5%
BS	120	390	642	542	11.5%
BL	110	387	630	517	5.1%
SH	75	313	556	449	2.5%
AR	74	301	499	398	4.6%
AI	66	296	482	373	7.3%
SG	83	338	534	425	4.9%
GR	84	304	503	412	4.8%
AG	87	334	535	431	3.9%
TG	84	324	527	419	4.3%
TI	104	360	608	501	3.0%
VD	118	364	600	479	1.6%
VS	89	297	521	418	3.8%
NE	95	299	533	423	1.2%
GE	125	418	651	523	3.1%
JU	95	312	569	447	4.0%
Ausland ²	57	32	131	115	-12.0%
CH	94	340	563	455	3.8%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 2.10 / T 11.14

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 Bruttoleistungen ¹ in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 2001

Jahr ²	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	11'551.6	5'191.1	8.6	7'541.1	24'292.5	2.7%
2011	10'995.7	4'726.0	8.3	9'201.5	24'931.5	2.6%

Datenstand: 15.8.12

1) Bruttoleistungen = 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 Bruttoleistungen¹ in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2001

Jahr ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	4'792	2'938	1'519	2'095	3'123	1.8%
2011	5'043	3'064	1'575	2'226	3'171	1.5%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: 2009 -> : T 2.24 (-> 2008 : T 2.23)

Zusätzliche Angaben: nach Altersgruppe³

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränderung gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränderung gegenüber Vorjahr	Erwachsene 26 Jahre und mehr	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	962	0.1%	1'339	4.3%	3'909	1.5%
2011	982	2.1%	1'309	-2.3%	3'966	1.5%

Datenstand: 15.8.12

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

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

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

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

T 2.16 Bruttoleistungen¹ in Mio. Franken nach Kostengruppe ab 2001

Jahr	Ambulante Behandlung ²	Veränderung gegenüber 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
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
2010	16'768	3.2%	5'325	3'825	1'620	3'164	563	623	697	73	418	68	8
2011	17'332	3.4%	5'566	4'112	1'621	3'169	583	636	749	74	382	86	8
Jahresdurchschnittliche Veränderung 2001-2011	4.4%	-	3.3%	7.9%	2.5%	3.5%	8.0%	2.9%	4.9%	1.3%	8.3%	-2.1%	-9.3%

Jahr	«Intra-muros» Behandlung ²	Veränderung gegenüber Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Pflegerheim
2001	5'078	2.9%	3'798	1'258
2002	5'231	3.0%	3'784	1'392
2003	5'637	7.8%	4'112	1'478
2004	6'209	10.1%	4'569	1'573
2005	6'451	3.9%	4'803	1'587
2006	6'572	1.9%	4'893	1'627
2007	6'903	5.0%	5'137	1'707
2008	7'106	2.9%	5'258	1'784
2009	7'402	4.2%	5'481	1'858
2010	7'524	1.6%	5'593	1'894
2011	7'600	1.0%	5'696	1'847

Total Leistungen	Veränderung gegenüber Vorjahr
16'386	5.9%
17'096	4.3%
17'924	4.8%
19'140	6.8%
20'348	6.3%
20'603	1.3%
21'579	4.7%
22'722	5.3%
23'656	4.1%
24'292	2.7%
24'932	2.6%

Jahresdurchschnittliche Veränderung 2001-2011	4.1%	-	4.1%	3.9%
---	------	---	------	------

Total Leistungen	Veränderung gegenüber Vorjahr
4.3%	-

Datenstand: 15.8.12

1) Bruttoleistungen = Leistungen der Versicherer in der OKP mit Kostenbeteiligung durch die Versicherten.
2) Als «Intra-muros» Behandlung gelten die Kategorien «Spital stationär», «Pflegerheim» und «übrige Leistungen stationär»; als ambulante Kosten gelten alle übrigen Kategorien.

Quelle: T 2.17

2011

T 2.17 Bruttoleistungen in Franken nach Kostengruppe

Kostengruppe	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränderung gegenüber Vorjahr in 1000 Fr.	Veränderung gegenüber Vorjahr in %
Arzt ambulant	1'901'501'844	3'082'326'767	582'360'428	5'566'189'039	22.3%	240'938	4.5%
Spital stationär ²	2'483'023'731	2'980'681'617	231'947'408	5'695'652'756	22.8%	103'010	1.8%
Spital ambulant	1'748'559'766	2'042'121'943	320'950'362	4'111'632'072	16.5%	286'851	7.5%
Medikamente Arzt	676'185'435	867'134'768	77'419'593	1'620'739'796	6.5%	959	0.1%
Medikamente Apotheke	1'360'386'945	1'708'996'751	99'708'492	3'169'092'188	12.7%	5'136	0.2%
Pflegeheim ²	492'261'860	1'354'554'456	102'885	1'846'919'201	7.4%	-47'013	-2.5%
Spitex	194'822'479	385'040'775	3'099'768	582'963'022	2.3%	20'205	3.6%
Physiotherapie	212'982'868	394'142'267	29'116'424	636'241'559	2.6%	13'694	2.2%
Labor	246'799'493	454'158'125	48'065'008	749'022'626	3.0%	52'086	7.5%
Chiropraktik	27'680'858	42'730'216	3'554'839	73'965'913	0.3%	931	1.3%
Mittel und Gegenstände	190'206'251	174'663'957	17'464'709	382'334'918	1.5%	-35'595	-8.5%
Betriebsbeiträge an HIMO's ¹	34'222'921	43'931'313	8'058'227	86'212'460	0.3%	17'818	26.1%
Komplementärmedizin	1'937'762	5'475'981	218'818	7'632'560	0.0%	-238	-3.0%
Übrige Leistungen ambulant ^{5,6}	123'057'584	171'558'688	50'997'024	345'613'296	1.4%	-39'522	-10.3%
Übrige Leistungen stationär ^{2,4}	26'675'633	26'313'139	4'309'918	57'298'689	0.2%	19'787	52.8%
Leistungen Total	9'720'305'431	13'733'830'761	1'477'373'903	24'931'510'095	100.0%	639'049	2.6%
davon Leistungen Mutterschaft	-	603'817'901	2'381'856	606'199'757	2.4%	-998	-0.2%
davon Medikamente Spital ambulant ³	320'689'468	334'181'097	13'790'553	668'661'117	2.7%	57'607	9.4%
davon KVG-Leistungen von Zahnärzten ⁶	20'094'637	22'673'991	20'906'715	63'675'344	0.3%	-	-
davon Transport- und Rettungskosten ⁶	28'010'563	30'175'663	5'987'809	64'174'075	0.3%	-	-

Datenstand: 15.8.12

- 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 EF 3.6

T 2.18 Bruttoleistungen¹ in Franken je versicherte Person nach Kostengruppe ab 2001^{2,3}

Jahr	Ambulante Behandlung	Veränderung gegenüber Vorjahr	davon Arzt (ambulant)	davon Spital (ambulant)	davon Medikamente (Arzt)	davon Medikamente (Apotheker)	davon Spitex	davon Physiotherapie	davon Labor	davon Chiropraktik	davon Mittel und Gegenstände	davon Betriebsbeiträge an HMO's	davon Komplementär- medizin
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
2010	2'155	2.2%	685	492	208	407	72	80	90	9	54	9	1
2011	2'204	2.3%	708	523	206	403	74	81	95	9	49	11	1
Jahresdurchschnittliche Veränderung 2001-2011	3.6%	-	2.6%	7.1%	1.7%	2.8%	7.2%	2.1%	4.2%	0.5%	7.5%	-2.8%	-9.9%

Jahr	«Intra-muros» Behandlung	Veränderung gegenüber Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Pflegerheim
2001	696	2.4%	520	172
2002	712	2.4%	515	190
2003	765	7.4%	558	200
2004	841	10.0%	619	213
2005	868	3.2%	646	213
2006	879	1.3%	654	218
2007	916	4.2%	682	226
2008	933	1.9%	690	234
2009	960	2.9%	711	241
2010	967	0.7%	719	243
2011	967	-0.1%	724	235

Total Leistungen	Veränderung gegenüber Vorjahr
2'244	5.3%
2'328	3.7%
2'431	4.5%
2'592	6.6%
2'736	5.6%
2'755	0.7%
2'863	3.9%
2'984	4.2%
3'069	2.9%
3'123	1.8%
3'171	1.5%

Jahresdurchschnittliche Veränderung 2001-2011	3.3%	-	3.4%	3.1%
---	------	---	------	------

Jahresdurchschnittliche Veränderung 2001-2011	3.5%	-
---	------	---

Datenstand: 15.8.12

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

Quelle: T. 2.16 / 11.01

2011

T 2.19 Bruttoleistungen in Franken je versicherte Person nach Kostengruppe

Kostengruppe	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränderung gegenüber Vorjahr in Fr.	Veränderung gegenüber Vorjahr in %
Arzt ambulant	613	947	387	708	22.3%	23	3.4%
Spital stationär ²	800	916	154	724	22.8%	6	0.8%
Spital ambulant	563	627	213	523	16.5%	31	6.4%
Medikamente Arzt	218	266	51	206	6.5%	-2	-1.0%
Medikamente Apotheke	438	525	66	403	12.7%	-4	-0.9%
Pflegeheim ²	159	416	0	235	7.4%	-9	-3.5%
Spitex	63	118	2	74	2.3%	2	2.5%
Physiotherapie	69	121	19	81	2.6%	1	1.1%
Labor	80	140	32	95	3.0%	6	6.3%
Chiropraktik	9	13	2	9	0.3%	0	0.2%
Mittel und Gegenstände	61	54	12	49	1.5%	-5	-9.5%
Betriebsbeiträge an HMO's ¹	11	14	5	11	0.3%	2	24.7%
Komplementärmedizin	1	2	0	1	0.0%	0	-4.0%
Übrige Leistungen ambulant ⁵	40	53	34	44	1.4%	-6	-11.2%
Übrige Leistungen stationär ^{2,4}	9	8	3	7	0.2%	2	51.2%
Leistungen Total	3'132	4'219	982	3'171	100.0%	48	1.5%

davon Leistungen Mutterschaft	-	186	2	-	-	-	-
davon Medikamente Spital ambulant ³	103	103	9	85	2.7%	6	8.3%
davon KVG-Leistungen von Zahnärzten ⁵	6	7	14	8	0.3%	1	15.4%
davon Transport- und Rettungskosten ⁵	9	9	4	8	0.3%	2	25.7%

Datenstand: 15.8.12

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 Nettoleistungen ¹ in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 2001

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	10'500.5	4'179.2	7.4	6'196.7	20'883.7	3.0%
2011	9'989.2	3'809.5	7.1	7'550.6	21'356.4	2.3%

Datenstand: 15.8.12

1) Nettoleistungen = bezahlte Leistungen der Versicherer = Bruttoleistungen der Versicherer minus Kostenbeteiligungen der Versicherten.

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

T 2.21 Nettoleistungen ¹ in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2001

Jahr ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	4'356	2'366	1'300	1'721	2'684	2.1%
2011	4'581	2'470	1'344	1'826	2'716	1.2%

Datenstand: 15.8.12

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

Zusätzliche Angaben: nach Altersgruppe ³

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränderung gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränderung gegenüber Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	868	0.3%	1'008	6.1%	3'367	1.8%
2011	888	2.3%	968	-3.9%	3'403	1.1%

Datenstand: 15.8.12

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

1) Nettoleistungen = bezahlte Leistungen der Versicherer = Bruttoleistungen der Versicherer minus Kostenbeteiligungen der Versicherten.

2) 1996 -> 2008: Schätzung des mittleren Versichertenbestandes (ausgenommen Spalte "Alle Versicherte") 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 Bruttoleistungen ¹ in Franken nach Versicherungsform

2011

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränderung gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	4'194'124'054	6'122'070'124	679'535'330	10'995'729'508	44.1%	-4.8%
Wählbare Jahresfranchisen	2'050'699'375	2'618'174'194	57'089'738	4'725'963'307	19.0%	-9.0%
BONUS-Versicherung	4'889'759	3'381'039	25'013	8'295'811	0.0%	-4.0%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	3'470'592'244	4'990'205'404	740'723'821	9'201'521'469	36.9%	22.0%
Total	9'720'305'431	13'733'830'761	1'477'373'903	24'931'510'095	100.0%	2.6%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.5

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

T 2.23 Kostenbeteiligung ⁴ in Fr. je versicherte Person nach Versicherungsform

2011

Versicherungsform ¹		Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (ab 26 Jahre)	Alle Versicherte
Standardmodell mit ordentlicher Jahresfranchise	F O (0 / 300) ²	88	339	634	462
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500) ²	158	400	692	682
	F II (200 / 1000) ²	214	408	655	567
	F III (300 / 1500) ²	222	390	607	582
	F IV (400 / 2000) ²	252	381	521	447
	F V (500 / 2500) ²	245	416	518	501
	F VI (600 / -) ²	240	-	-	240
	Total	230	403	624	594
BONUS-Versicherung		67	184	234	231
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarzt-modell,...)	F O (0 / 300) ²	77	319	546	347
	F I (100 / 500) ²	132	369	567	548
	F II (200 / 1000) ²	185	356	522	475
	F III (300 / 1500) ²	173	339	485	458
	F IV (400 / 2000) ²	204	309	429	392
	F V (500 / 2500) ²	199	296	374	362
	F VI (600 / -) ²	217	-	-	217
	Total *	88	328	500	399
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	89	332	468	380
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	88	323	502	401
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	194	333	473	447
Alle ³		94	340	563	455

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.19 / EF 3.13

1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsform 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) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen

T 2.24 Bruttoleistungen ⁴ in Fr. je versicherte Person nach Versicherungsform

2011

Versicherungsform ¹		Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (ab 26 Jahre)	Alle Versicherte
Standardmodell mit ordentlicher Jahresfranchise	F O (0 / 300) ²	1'123	2'084	7'031	5'043
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500) ²	1'118	1'818	5'457	5'343
	F II (200 / 1000) ²	1'046	977	2'745	2'342
	F III (300 / 1500) ²	865	764	1'799	1'699
	F IV (400 / 2000) ²	857	669	1'254	1'117
	F V (500 / 2500) ²	695	686	1'114	1'063
	F VI (600 / -) ²	621	-	-	621
	Total	856	942	3'308	3'064
BONUS-Versicherung		771	683	1'607	1'575
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)	F O (0 / 300) ²	919	1'719	4'804	3'055
	F I (100 / 500) ²	774	1'416	3'320	3'148
	F II (200 / 1000) ²	825	787	1'638	1'450
	F III (300 / 1500) ²	560	616	1'193	1'097
	F IV (400 / 2000) ²	601	494	934	848
	F V (500 / 2500) ²	500	444	762	722
	F VI (600 / -) ²	481	-	-	481
	Total *	890	1'105	2'775	2'226
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	949	1'105	2'390	1'972
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	879	1'084	2'983	2'375
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	606	714	1'616	1'473
Alle ³		982	1'309	3'966	3'171

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.22 / EF 3.13

1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsform 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) Bruttoleistungen = Leistungen der Versicherer in der OKP mit Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

T 2.25 Bruttoleistungen^{1,2} je versicherte Person nach Kanton in Franken ab 1996

Kanton	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ZH	1'765	1'833	2'004	2'072	2'148	2'257	2'337	2'384	2'586	2'683	2'686	2'805	2'933	3'047	3'105	3'126
BE	1'667	1'815	1'840	1'935	2'103	2'176	2'260	2'410	2'730	2'892	2'959	3'107	3'241	3'300	3'342	3'447
LU	1'313	1'350	1'479	1'550	1'662	1'783	1'837	1'946	2'120	2'281	2'268	2'374	2'480	2'612	2'672	2'704
UR	1'360	1'388	1'416	1'524	1'630	1'798	1'721	1'856	1'986	2'201	2'215	2'385	2'447	2'553	2'583	2'557
SZ	1'372	1'373	1'441	1'578	1'658	1'843	1'833	1'968	2'116	2'245	2'295	2'398	2'482	2'643	2'637	2'708
OW	1'312	1'327	1'433	1'522	1'623	1'669	1'689	1'806	1'929	2'103	2'161	2'332	2'400	2'462	2'426	2'498
NW	1'262	1'231	1'304	1'390	1'529	1'584	1'653	1'744	1'791	1'904	2'031	2'197	2'281	2'361	2'404	2'418
GL	1'406	1'470	1'540	1'682	1'791	1'935	1'979	2'028	2'197	2'353	2'347	2'411	2'581	2'674	2'753	2'746
ZG	1'281	1'370	1'489	1'581	1'681	1'847	1'949	2'000	2'103	2'218	2'238	2'359	2'451	2'585	2'621	2'616
FR	1'664	1'694	1'877	1'953	1'992	2'131	2'212	2'267	2'374	2'525	2'591	2'693	2'774	2'865	2'903	2'962
SO	1'654	1'692	1'789	1'877	1'980	2'032	2'133	2'294	2'430	2'567	2'644	2'774	2'911	2'957	2'967	3'006
BS	2'453	2'575	2'779	2'901	3'036	3'206	3'293	3'423	3'535	3'837	3'888	4'038	4'224	4'264	4'261	4'337
BL	1'821	1'895	1'978	2'122	2'251	2'373	2'451	2'537	2'647	2'853	2'866	3'026	3'233	3'342	3'394	3'432
SH	1'603	1'703	1'745	1'985	2'095	2'213	2'225	2'270	2'503	2'596	2'630	2'740	2'845	2'931	3'038	3'041
AR	1'266	1'369	1'367	1'503	1'584	1'647	1'699	1'863	1'991	2'102	2'095	2'204	2'315	2'442	2'522	2'554
AI	1'112	1'129	1'163	1'315	1'394	1'457	1'596	1'655	1'736	1'858	1'837	1'869	2'122	2'098	2'150	2'268
SG	1'328	1'427	1'492	1'605	1'668	1'748	1'853	2'017	2'156	2'250	2'259	2'347	2'461	2'589	2'649	2'680
GR	1'287	1'235	1'375	1'593	1'745	1'820	1'893	2'013	2'189	2'281	2'322	2'494	2'579	2'687	2'712	2'744
AG	1'429	1'486	1'640	1'738	1'852	1'922	2'013	2'114	2'238	2'393	2'460	2'545	2'686	2'771	2'841	2'885
TG	1'343	1'570	1'653	1'751	1'856	1'940	2'057	2'181	2'223	2'312	2'312	2'427	2'562	2'632	2'673	2'723
TI	2'171	2'199	2'327	2'390	2'551	2'710	2'882	3'021	3'050	3'276	3'246	3'336	3'340	3'477	3'545	3'609
VD	2'196	2'313	2'380	2'438	2'595	2'748	2'832	2'936	3'069	3'209	3'191	3'250	3'349	3'399	3'473	3'505
VS	1'529	1'599	1'650	1'710	1'853	1'963	2'056	2'174	2'221	2'385	2'506	2'601	2'685	2'773	2'857	2'879
NE	2'077	2'240	2'353	2'209	2'582	2'682	2'769	2'947	3'089	3'091	2'969	3'005	3'133	3'124	3'184	3'235
GE	2'368	2'588	2'916	2'923	3'008	3'242	3'312	3'345	3'490	3'737	3'656	3'713	3'908	3'904	3'970	4'070
JU	1'956	2'103	2'148	2'398	2'416	2'508	2'589	2'494	2'694	2'917	2'820	2'971	3'095	3'160	3'282	3'294
CH	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	3'123	3'171

Datenstand: 15.8.12

Quelle: 2009 -> T 2.05 / CH 1996 -> 2008 : T 1.01 / Kantone 1996 -> 1998: Prämien genehmigungsverfahren BAG mit Versichertenbestand des Risikoausgleichs, Werte korrigiert auf der Basis des CH-Wertes in T 1.01 / 1999 -> 2008: Prämien genehmigungsverfahren BAG, Werte korrigiert auf der Basis des CH-Bestandes in T 1.01 // (Werte 1996 -> 2008 revidiert)

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen. Bruttoleistungen = Leistungen der Versicherer in der OKP mit Kostenbeteiligung durch die Versicherten.
2) Zusätzliche Angaben nach Altersgruppe pro Kanton: www.bag.admin.ch/pyramiden

Beilagen A2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP

T 2.26 Kostenbeteiligung^{1,2} je versicherte Person nach Kanton in Franken ab 1996

Kanton	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ZH	233	241	288	299	313	325	336	349	389	407	411	427	443	451	450	465
BE	238	254	290	305	322	328	337	353	388	406	412	428	442	449	442	459
LU	180	185	223	232	242	254	261	272	315	333	333	349	363	374	380	398
UR	190	200	231	248	257	273	273	286	319	341	346	375	378	384	386	397
SZ	188	195	231	250	257	280	286	307	337	362	370	385	401	419	418	440
OW	179	190	228	244	253	259	267	275	311	334	336	356	371	376	375	397
NW	178	183	214	227	243	250	265	274	301	318	335	349	368	378	384	391
GL	202	208	244	264	272	289	295	310	352	378	384	381	400	409	416	425
ZG	187	209	246	259	271	283	293	303	331	350	355	370	384	400	398	416
FR	236	250	296	309	312	328	340	347	371	388	392	406	413	423	420	435
SO	222	235	273	287	302	312	324	337	366	389	397	411	431	434	433	448
BS	273	294	351	364	370	392	396	418	447	469	468	474	488	487	487	542
BL	244	264	306	323	335	351	366	383	415	443	452	473	491	497	492	517
SH	223	234	268	292	304	321	325	332	374	394	407	421	430	436	438	449
AR	182	189	216	230	242	255	265	283	320	338	342	353	367	377	381	398
AI	157	153	176	193	209	225	239	246	275	293	296	308	340	342	348	373
SG	190	202	236	252	261	275	288	305	343	362	371	371	388	401	405	425
GR	183	174	216	239	256	269	284	294	345	359	365	368	380	392	393	412
AG	201	207	246	260	274	286	300	310	345	367	375	386	403	411	415	431
TG	178	202	235	249	262	275	288	308	336	353	362	377	392	401	402	419
TI	275	289	351	371	385	402	419	423	446	478	470	475	475	485	486	501
VD	298	315	360	371	393	414	422	422	440	453	458	469	478	475	471	479
VS	223	237	273	277	296	307	317	323	348	366	374	383	392	398	403	418
NE	258	278	331	327	355	366	381	387	408	415	405	406	426	424	418	423
GE	297	329	393	406	409	437	465	452	479	503	489	497	510	508	508	523
JU	239	258	300	323	328	341	360	362	385	420	411	424	432	435	430	447
CH	232	246	289	301	315	329	341	351	384	403	406	419	432	439	438	455

Datenstand: 15.8.12

Quelle: 2009 -> : T 2.13 / CH 1996 -> 2008: T 1.01 / Kantone: 1996 -> 2008: T 2.25 - T 2.03 / (Werte 1996 -> 2008 revidiert)

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen.

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

3: Prämiensoll in der OKP

3.01 Prämiensoll nach Versicherungsform	<i>(T 3.10 STAT10)</i>	90
3.02 Prämiensoll nach Versicherungsform ab 2001	<i>(T 3.09 STAT10)</i>	91
3.03 Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform	<i>(T 3.11 STAT10)</i>	92
3.04 Prämiensoll je versicherte Person nach Kanton	<i>(T 3.13 STAT10)</i>	93
3.05 Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2001	<i>(T 3.12 STAT10)</i>	94
3.06 Prämiensoll nach Kanton	<i>(T 3.14 STAT10)</i>	95
3.07 Prämiensoll nach Altersklasse und Geschlecht	<i>(T 3.15 STAT10)</i>	96
3.08 Prämiensoll je versicherte Person nach Kanton ab 1996	<i>(T 3.08 STAT10)</i>	97

T 3.01 Prämiensoll in Franken nach Versicherungsform

2011

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total absolut	Anteil in %	Veränderung gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	2'922'852'653	3'852'374'842	625'904'387	7'401'131'882	31.3%	-2.5%
Wählbare Jahresfranchisen	2'686'062'491	2'590'562'742	50'406'929	5'327'032'163	22.5%	-6.1%
BONUS-Versicherung	10'195'268	5'667'390	29'097	15'891'756	0.1%	-1.0%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	4'856'656'067	5'326'614'953	703'862'438	10'887'133'458	46.1%	24.1%
Total	10'475'766'480	11'775'219'928	1'380'202'850	23'631'189'258	100.0%	7.2%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.4

T 3.02 Prämiensoll in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 2001

Jahr ¹	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränk- te Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	7'589.6	5'673.8	16.0	8'771.9	22'051.4	9.6%
2011	7'401.1	5'327.0	15.9	10'887.1	23'631.2	7.2%

Datenstand: 15.8.12

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: T 3.01

T 3.03 Prämiensoll in Fr. je versicherte Person nach Versicherungsform

2011

Versicherungsform ¹		Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (ab 26 Jahre)	Alle Versicherte
Standardmodell mit ordentlicher Jahresfranchise	F O (0 / 300)²	1'035	3'753	4'360	3'395
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500)²	965	3'716	4'329	4'298
	F II (200 / 1000)²	889	3'173	3'769	3'272
	F III (300 / 1500)²	750	2'787	3'345	3'244
	F IV (400 / 2000)²	730	2'470	2'861	2'329
	F V (500 / 2500)²	639	2'284	2'635	2'547
	F VI (600 / -)²	613	-	-	613
	Total	753	2'787	3'627	3'454
BONUS-Versicherung		898	2'611	3'045	3'019
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarzt-modell,...)	F O (0 / 300)²	868	3'160	3'682	2'558
	F I (100 / 500)²	787	3'109	3'581	3'526
	F II (200 / 1000)²	751	2'644	3'090	2'882
	F III (300 / 1500)²	570	2'287	2'700	2'598
	F IV (400 / 2000)²	594	2'050	2'369	2'145
	F V (500 / 2500)²	570	2'098	2'357	2'292
	F VI (600 / -)²	595	-	-	595
	Total *	845	2'696	3'140	2'633
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	819	2'559	2'981	2'517
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	819	2'664	3'124	2'609
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	622	2'401	2'830	2'701
Alle³		918	2'952	3'563	3'005

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.16 / EF 3.13

1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsform 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 3.04 Prämiensoll in Franken je versicherte Person ¹ nach Kanton

2011

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	929	2'966	3'446	2'947	6.2%
BE	964	3'075	3'893	3'295	7.4%
LU	770	2'460	3'082	2'566	6.8%
UR	721	2'307	2'890	2'408	8.6%
SZ	775	2'454	3'009	2'523	6.1%
OW	730	2'282	2'853	2'376	8.0%
NW	669	2'122	2'642	2'236	9.1%
GL	783	2'506	3'102	2'616	7.4%
ZG	767	2'476	2'944	2'491	7.0%
FR	880	2'789	3'349	2'753	5.8%
SO	871	2'750	3'338	2'834	5.8%
BS	1'266	4'023	4'826	4'213	6.3%
BL	1'000	3'102	3'805	3'243	7.6%
SH	862	2'781	3'351	2'858	5.6%
AR	708	2'246	2'755	2'311	5.6%
AI	644	2'051	2'569	2'101	7.2%
SG	793	2'478	3'059	2'552	6.8%
GR	811	2'575	3'068	2'633	4.1%
AG	860	2'769	3'319	2'796	6.4%
TG	818	2'521	3'113	2'599	4.3%
TI	1'038	3'391	4'020	3'448	5.8%
VD	1'031	3'451	3'967	3'308	5.3%
VS	852	2'858	3'254	2'759	7.4%
NE	893	3'159	3'713	3'090	3.9%
GE	1'112	3'878	4'474	3'728	2.9%
JU	863	3'011	3'651	3'009	5.9%
Ausland ²	818	2'912	3'053	2'842	0.3%
CH	918	2'952	3'563	3'005	6.0%

Datenstand: 15.8.12

Quelle : T 3.06 / T 11.14

1) Für alle Versicherungsformen.

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

T 3.05 Prämiensoll in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2001

Jahr ¹	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	3'145	3'212	2'822	2'441	2'834	8.6%
2011	3'395	3'454	3'019	2'633	3'005	6.0%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: 2011 -> : T 3.03 (2009 -> 2010: T 3.11 ; -> 2008: T 3.10 / T 11.01 und T 11.05)

Zusätzliche Angaben: nach Altersgruppe ²

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränderung gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränderung gegenüber Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	871	8.4%	2'689	11.3%	3'377	8.1%
2011	918	5.4%	2'952	9.8%	3'563	5.5%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: 2011 -> : T 3.04 (vollständige Daten) / 2009 -> 2010 : T 3.13 (vollständige Daten) / 1997 -> 2008 : DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG]

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

2) Zusätzliche Angaben nach Altersgruppe pro Kanton: T 3.04 und www.bag.admin.ch/pyramiden

T 3.06 Prämiensoll in Franken ¹ nach Kanton

2011

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	234'268'100	310'881'288	3'504'707'826	4'049'857'215
BE	170'973'930	250'979'900	2'812'134'990	3'234'088'819
LU	57'991'500	87'532'928	830'947'647	976'472'074
UR	5'066'610	7'542'341	73'029'472	85'638'423
SZ	22'438'837	31'088'898	318'264'165	371'791'901
OW	5'247'745	7'853'542	72'697'266	85'798'553
NW	4'991'465	7'627'409	78'831'879	91'450'753
GL	5'671'870	9'396'225	87'487'630	102'555'725
ZG	16'711'978	21'904'159	245'161'126	283'777'263
FR	54'751'155	70'679'108	650'069'866	775'500'129
SO	41'156'747	62'757'221	627'044'576	730'958'544
BS	35'450'668	53'186'796	669'585'984	758'223'448
BL	49'263'223	66'970'783	768'674'731	884'908'737
SH	11'746'266	18'878'294	188'307'355	218'931'915
AR	7'398'791	11'180'086	105'944'707	124'523'584
AI	2'190'298	3'327'484	27'601'610	33'119'391
SG	76'043'793	115'696'869	1'037'385'413	1'229'126'074
GR	27'547'900	47'652'674	444'433'712	519'634'287
AG	102'560'979	149'190'500	1'474'075'462	1'725'826'942
TG	40'867'905	60'296'119	549'786'008	650'950'032
TI	61'167'822	81'143'563	1'008'593'516	1'150'904'900
VD	152'518'351	205'446'295	1'974'190'074	2'332'154'720
VS	51'912'337	82'596'554	744'792'862	879'301'753
NE	31'540'410	47'421'391	456'298'026	535'259'827
GE	97'632'826	131'651'520	1'346'427'219	1'575'711'565
JU	12'799'896	19'241'042	181'227'057	213'267'995
Ausland ²	291'450	1'107'571	10'055'668	11'454'690
CH	1'380'202'851	1'963'230'561	20'287'755'847	23'631'189'258

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.15

1) Für alle Versicherungsformen.

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

T 3.07 Prämiensoll nach Altersklasse und Geschlecht

2011

Altersklasse	Männlich		Weiblich		Alle Versicherte		
	in Mio. Fr.	in Fr. pro Versicherten	absolut	in Fr. pro Versicherten	in Mio. Fr.	Anteil in %	in Fr. pro Versicherten
0 – 5	207.4	920	196.9	919	404.3	1.7%	920
6 – 10	180.9	918	171.3	915	352.2	1.5%	917
11 – 15	197.1	921	186.9	919	384.0	1.6%	920
16 – 18	122.9	910	116.8	915	239.7	1.0%	913
Total 0 – 18	708.4	918	671.8	917	1'380.2	5.8%	918
19 – 20	277.4	2'947	280.7	3'085	558.1	2.4%	3'015
21 – 25	694.0	2'854	711.1	3'005	1'405.1	5.9%	2'928
Total 19 – 25	971.4	2'880	991.8	3'027	1'963.2	8.3%	2'952
26 – 30	815.3	3'071	840.9	3'245	1'656.2	7.0%	3'157
31 – 35	816.7	3'021	873.0	3'269	1'689.7	7.2%	3'144
36 – 40	861.8	3'067	934.3	3'354	1'796.1	7.6%	3'210
41 – 45	1'004.3	3'159	1'079.1	3'428	2'083.3	8.8%	3'293
46 – 50	1'075.3	3'275	1'116.9	3'494	2'192.1	9.3%	3'383
51 – 55	970.3	3'409	998.1	3'595	1'968.3	8.3%	3'501
56 – 60	856.3	3'555	897.5	3'724	1'753.8	7.4%	3'640
61 – 65	835.4	3'740	897.2	3'896	1'732.6	7.3%	3'819
66 – 70	740.0	3'925	823.1	4'057	1'563.2	6.6%	3'993
71 – 75	552.4	4'058	678.0	4'185	1'230.4	5.2%	4'127
76 – 80	448.7	4'174	615.8	4'303	1'064.5	4.5%	4'247
81 – 85	305.6	4'272	512.5	4'402	818.1	3.5%	4'352
86 – 90	162.1	4'350	343.5	4'479	505.5	2.1%	4'437
91 – 95	49.9	4'408	134.8	4'541	184.7	0.8%	4'504
96 – 100	9.5	4'485	34.4	4'627	44.0	0.2%	4'596
> 100	0.8	4'559	4.3	4'726	5.1	0.0%	4'700
Total > 25	9'504.3	3'436	10'783.4	3'684	20'287.8	85.9%	3'563
Unbekannt	0.0	-	0.0	-	-	-	-
Total	11'184.1	2'886	12'447.1	3'122	23'631.2	100.0%	3'005

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.14 und 3.11

T 3.08 Prämien soll in Franken je versicherte Person¹ nach Kanton ab 1996

Kanton	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ZH	1'513	1'690	1'787	1'850	1'919	1'977	2'159	2'353	2'492	2'506	2'579	2'596	2'561	2'553	2'776	2'947
BE	1'497	1'600	1'690	1'762	1'803	1'852	2'046	2'242	2'406	2'464	2'642	2'717	2'700	2'760	3'067	3'295
LU	1'265	1'293	1'362	1'365	1'440	1'512	1'668	1'819	1'961	2'009	2'074	2'131	2'110	2'171	2'402	2'566
UR	1'284	1'323	1'342	1'349	1'386	1'428	1'561	1'717	1'827	1'870	1'894	1'926	1'904	1'955	2'218	2'408
SZ	1'274	1'358	1'387	1'395	1'425	1'486	1'647	1'821	1'956	2'015	2'070	2'104	2'093	2'139	2'377	2'523
OW	1'243	1'304	1'320	1'347	1'377	1'427	1'524	1'616	1'737	1'797	1'852	1'891	1'885	1'944	2'199	2'376
NW	1'215	1'266	1'296	1'278	1'306	1'348	1'462	1'582	1'704	1'731	1'784	1'818	1'803	1'868	2'049	2'236
GL	1'198	1'297	1'354	1'393	1'415	1'506	1'671	1'876	1'997	2'054	2'129	2'180	2'158	2'205	2'435	2'616
ZG	1'254	1'400	1'373	1'377	1'419	1'471	1'627	1'851	1'964	2'011	2'076	2'106	2'070	2'124	2'328	2'491
FR	1'599	1'659	1'675	1'706	1'793	1'873	2'012	2'133	2'223	2'281	2'365	2'375	2'345	2'384	2'602	2'753
SO	1'432	1'546	1'670	1'690	1'749	1'791	1'919	2'084	2'236	2'283	2'323	2'364	2'360	2'431	2'680	2'834
BS	1'779	1'980	2'325	2'469	2'556	2'668	2'873	3'144	3'391	3'465	3'573	3'610	3'580	3'637	3'964	4'213
BL	1'576	1'773	1'853	1'856	1'914	1'965	2'130	2'323	2'511	2'543	2'635	2'670	2'649	2'721	3'013	3'243
SH	1'377	1'496	1'550	1'621	1'687	1'755	1'964	2'118	2'333	2'348	2'424	2'490	2'487	2'492	2'705	2'858
AR	1'088	1'219	1'282	1'295	1'324	1'381	1'490	1'673	1'784	1'834	1'908	1'929	1'927	1'980	2'190	2'311
AI	1'064	1'134	1'150	1'132	1'154	1'207	1'330	1'457	1'569	1'617	1'709	1'753	1'772	1'808	1'959	2'101
SG	1'188	1'304	1'369	1'402	1'438	1'498	1'628	1'779	1'925	1'984	2'063	2'098	2'103	2'163	2'389	2'552
GR	1'143	1'119	1'230	1'337	1'406	1'487	1'689	1'919	2'060	2'104	2'170	2'201	2'221	2'261	2'529	2'633
AG	1'230	1'331	1'406	1'470	1'549	1'636	1'817	1'998	2'140	2'174	2'261	2'313	2'336	2'380	2'629	2'796
TG	1'159	1'329	1'424	1'499	1'553	1'662	1'834	2'048	2'185	2'217	2'283	2'295	2'279	2'310	2'491	2'599
TI	1'920	2'094	2'184	2'181	2'210	2'261	2'456	2'660	2'945	3'013	3'140	3'170	3'125	3'114	3'258	3'448
VD	2'124	2'189	2'262	2'312	2'316	2'380	2'555	2'773	2'944	2'989	3'103	3'074	2'988	2'983	3'141	3'308
VS	1'523	1'528	1'521	1'512	1'565	1'612	1'740	1'894	2'066	2'150	2'234	2'300	2'282	2'341	2'568	2'759
NE	1'646	1'880	2'069	2'122	2'178	2'226	2'442	2'644	2'860	2'941	3'020	3'037	2'986	2'927	2'975	3'090
GE	2'221	2'494	2'562	2'604	2'735	2'842	3'059	3'320	3'482	3'552	3'652	3'623	3'560	3'476	3'622	3'728
JU	1'693	1'772	1'907	1'937	2'029	2'149	2'294	2'448	2'617	2'670	2'741	2'726	2'677	2'671	2'842	3'009
CH	1'539	1'664	1'754	1'793	1'850	1'917	2'091	2'281	2'442	2'487	2'583	2'612	2'586	2'611	2'834	3'005

Datenstand: 15.8.12

Quelle: CH T 1.01 / Kantone 1996 -> 1998: Prämien genehmigungsverfahren BAG mit Versichertenbestand des Risikoausgleichs, Werte korrigiert auf der Basis des CH-Wertes in T 1.01 / 1999 -> 2008: Prämien genehmigungsverfahren BAG, Werte korrigiert auf der Basis des CH-Bestandes in T 1.01 / 2009 -> 2010: T 3.13 / 2011 -> : T 3.04

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen.

4: Prämienverbilligung in der OKP

4.01 Anzahl Bezüger, subventionierte Haushalte sowie ausgerichtete Subventionen ab 1996	99
4.02 Anzahl Bezüger nach Kanton	100
4.03 Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Altersklasse	101
4.04 Anzahl subventionierte Haushalte nach Haushaltstyp und Kanton	102
4.05 Anzahl subventionierte Haushalte nach ausbezahltem Jahresbetrag und Kanton	103
4.06 Ausbezahlter Betrag nach Kanton in Mio. Franken	104
4.07 KVG-Verteilmodell: Berechnungsbasis sowie Bundes- und Kantonsbeiträge	105
4.08 Prämienverbilligung OKP: effektiv ausgerichtete Beiträge nach Kanton	106
4.09 KVG-Verteilmodell: Bundesbeiträge 2011 - 2013	107
4.10 Versicherte mit ausstehenden Forderungen aus der OKP nach Kanton	(STAT11->) 108
4.11 Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen aus der OKP seit 2006	(STAT11->) 109

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

Jahr	Ausbezahlte Subventionen nach KVG ¹ in Mio. Franken	davon Anteil der Kantone in %	Anzahl Bezüger	Bezügerquote ²	Subvention pro Bezüger in Franken	Anzahl subventionierte Haushalte	Subvention pro Haushalt in Franken
1996	1'467.2	19.6%	1'656'431	22.9%	902	821'972	1'509
1997	1'994.2	32.5%	1'955'994	27.0%	1'020	988'940	2'017
1998	2'446.5	31.8%	2'240'522	30.9%	1'092	1'178'551	2'076
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
2010	3'979.8	50.4%	2'315'252	29.8%	1'719	1'270'592	3'132
2011	4'070.3	48.0%	2'273'693	28.9%	1'790	1'274'390	3'194

Datenstand: 31.10.12

Quelle: T 4.02, 4.04, 4.07 und 4.08

1) Effektiv im Berichtsjahr an die Haushalte/Bezüger ausbezahlte Prämienverbilligungen nach KVG. Ab 2011 ohne Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen aus der OKP. Zu den Zahlungsausständen vgl. T 4.10 und T 4.11.

Die Werte für 2004 wurden revidiert.

2) Anzahl Bezüger in Prozent des durchschnittlichen Versichertenbestandes (2001->2008: revidierte Zahlen).

T 4.02 Anzahl Bezüger nach Kanton

2011

Kanton	Bezüger ¹			Bezüger- quote ²	davon Bezüger von Ergänzungs- leistungen	davon Sozialhilfe- bezüger	davon Bezüger, deren OKP-Prämien vollumfänglich verbilligt werden
	Männlich	Weiblich	Total				
ZH	195'952	225'373	421'325	30.7%	51'532	42'239	93'771
BE	120'706	135'715	256'421	26.1%	47'206	37'390	37'390
LU	59'718	65'315	125'033	32.9%	18'016	8'008	2'409
UR	7'808	8'143	15'951	44.9%	1'574	340	71
SZ	18'014	19'782	37'796	25.6%	3'738	1'612	3'942
OW	6'886	7'294	14'180	39.3%	985	379	3'345
NW	9'316	10'012	19'328	47.3%	803	509	1'312
GL	5'650	6'515	12'165	31.0%	1'315	592	1'907
ZG	13'581	15'725	29'306	25.7%	2'341	1'677	4'018
FR	39'425	45'757	85'182	30.2%	11'405	7'983	19'388
SO	32'248	36'745	68'993	26.8%	9'433	8'106	
BS	23'011	26'602	49'613	27.6%	12'168	11'363	
BL	27'384	29'722	57'106	20.9%	8'787	1'324	
SH	14'534	15'567	30'101	39.3%	2'421	1'557	1'557
AR	6'678	7'077	13'755	25.5%	1'429	607	7'427
AI	3'210	3'052	6'262	39.7%	393	111	93
SG	72'741	77'230	149'971	31.1%	20'965	18'593	18'593
GR	29'144	33'210	62'354	31.6%	5'669	2'163	8'014
AG	73'834	82'890	156'724	25.4%	20'555	9'328	12'053
TG	45'419	51'494	96'913	38.7%	8'178	2'894	
TI	52'071	64'949	117'020	35.1%	25'400	16'643	
VD	79'327	94'508	173'835	24.7%	35'579	31'752	59'738
VS	41'483	49'329	90'812	28.5%	8'835	4'226	
NE	22'169	26'890	49'059	28.3%	10'449	10'038	
GE	50'292	60'663	110'955	26.3%	27'693	23'753	51'446
JU	10'203	13'330	23'533	33.2%	4'433	1'562	
CH	1'060'804	1'212'889	2'273'693	28.9%	341'302	244'749	326'474

Datenstand: 31.10.12

Quelle: Erhebung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, BAG: Formular PV 2.1 und T 11.14

1) Anzahl Personen, an welche im Berichtsjahr Subventionen nach KVG ausgerichtet wurden. Ohne Versicherte mit ausstehenden Forderungen aus der OKP. Zu den Zahlungsausständen vgl. T 4.10 und T 4.11.

2) Total der Bezüger in Prozent des durchschnittlichen Versichertenbestandes.

T 4.03 Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Altersklasse

2011

Altersklasse	Bezüger ¹		Total	Bezügerquote ² pro Altersklasse	Im Jahr aus- bezahlter Betrag in Mio. Franken ³
	Männlich	Weiblich			
0 – 18	339'751	319'971	659'722	43.9%	431.5
19 – 25	141'437	147'693	289'130	43.5%	465.4
26 – 30	71'686	87'095	158'781	30.3%	262.2
31 – 35	60'214	78'006	138'220	25.7%	223.3
36 – 40	63'774	83'240	147'014	26.3%	237.8
41 – 45	71'191	87'851	159'042	25.1%	258.2
46 – 50	65'937	74'068	140'005	21.6%	237.5
51 – 55	48'706	51'050	99'756	17.7%	183.4
56 – 60	36'328	39'048	75'376	15.6%	150.4
61 – 65	31'796	37'582	69'378	15.3%	145.8
66 – 70	27'059	34'107	61'166	15.6%	137.5
71 – 75	23'734	34'751	58'485	19.6%	131.3
76 – 80	21'609	34'779	56'388	22.5%	130.3
81 – 85	15'524	31'766	47'290	25.2%	116.8
86 – 90	8'820	24'171	32'991	29.0%	87.5
91 und mehr	3'838	15'346	19'184	37.1%	55.4
Alter unbekannt	29'399	32'366	61'765	-	815.9
Total	1'060'804	1'212'889	2'273'693	28.9%	4'070.3

Datenstand: 31.10.12

Quelle: Erhebung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, BAG: Formular PV 2.1 und T 11.15

1) Ohne Versicherte mit ausstehenden Forderungen aus der OKP. Zu den Zahlungsausständen vgl. T 4.10 und T 4.11.

2) Bezügerquoten (Anzahl Bezüger in Prozent des durchschnittlichen Versichertenbestandes) 0-18 -> 91 und mehr unterschätzt wegen der Kategorie "Alter unbekannt". (*kursiv*)3) Angaben 2011 unvollständig in einigen Kantonen. (*kursiv*)

T 4.04 Anzahl subventionierte Haushalte ¹ nach Haushaltstyp und Kanton

2011

Kanton	Anzahl subventionierte Haushalte mit Personen:									Total Haushalte	Veränderung gegenüber Vorjahr
	1 Erwachsener alleine	1 Erwachsener und 1 Kind	1 Erwachsener und 2 Kinder	1 Erwachsener und 3 od. mehr Kinder	2 Erwachsene ohne Kinder	2 Erwachsene und 1 Kind	2 Erwachsene und 2 Kinder	2 Erwachsene und 3 od. mehr Kinder	Haushalte mit Anzahl Personen unbekannt		
ZH	199'748	14'967	7'001	1'516	22'246	12'625	17'597	7'478		283'178	-3.3%
BE	80'727	7'797	5'139	1'417	11'490	4'493	9'248	6'215		126'526	-1.3%
LU	24'261	4'415	2'757	807	5'517	7'314	11'739	5'968		62'778	-4.1%
UR	3'479	149	89	78	1'354	669	1'117	503	124	7'562	16.3%
SZ	7'374	825	556	158	1'275	1'123	2'149	1'328	4'779	19'567	5.7%
OW	5'317	-	-	-	1'323	569	720	307	502	8'738	8.1%
NW	5'028	348	185	33	1'377	874	1'113	435	803	10'196	7.7%
GL	-	-	-	-	-	-	-	-	5'397	5'397	9.2%
ZG	8'199	717	398	99	2'038	937	1'449	580	2'007	16'424	22.0%
FR	23'059	3'358	2'289	720	4'132	2'243	4'049	2'681		42'531	-1.2%
SO	15'518	2'657	1'463	402	3'786	2'583	4'151	1'931		32'491	-7.4%
BS	20'412	1'864	850	216	2'822	1'455	1'814	826		30'259	1.2%
BL	20'384	3'995	2'589	-	-	-	3'268	1'489	96	31'821	-1.9%
SH	7'125	1'460	-	-	1'295	1'295	1'749	762	2'421	16'107	13.0%
AR	2'551	362	260	95	514	375	831	708	1'104	6'800	21.7%
AI	713	47	28	13	348	232	376	387	1	2'145	-17.2%
SG	20'009	2'913	2'122	745	6'410	4'837	8'424	5'331	21'641	72'432	-3.2%
GR	16'327	1'593	948	195	4'049	2'450	3'741	1'672		30'975	4.4%
AG	33'121	2'954	2'185	796	9'535	5'532	11'343	6'270		71'736	6.5%
TG	37'015	1'902	1'100	307	13'529	877	1'341	1'033	469	57'573	13.9%
TI	44'149	4'003	1'838	382	9'158	3'873	4'891	1'649		69'943	14.0%
VD	55'317	6'391	3'449	1'017	9'425	5'613	7'208	3'685	4'371	96'476	12.8%
VS	34'064	2'974	1'734	439	4'176	1'849	4'172	2'330	1'267	53'005	0.1%
NE	18'841	1'834	932	243	2'976	1'592	1'893	913	118	29'342	1.1%
GE	45'647	6'901	3'567	1'104	8'107	4'862	4'231	1'863		76'282	-19.9%
JU	8'831	714	488	161	1'566	410	609	673	654	14'106	2.4%
CH ²	737'216	75'140	41'967	10'943	128'448	68'682	109'223	57'017	45'754	1'274'390	0.3%

Im Jahr ausbezahlter Betrag in Mio. Franken ² (CH)	1'584.0	178.1	122.0	45.6	434.0	201.1	353.5	260.5	891.8	4'070.3	-
---	---------	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	---------	---

Datenstand: 31.10.12

Quelle: Erhebung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, BAG: Formular PV 2.2

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

2) Angaben 2011 unvollständig in einigen Kantonen und damit auch für CH. (*kursiv*) Ohne Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen aus der OKP. Zu den Zahlungsausständen vgl. T 4.10 und T 4.11.

T 4.05 Anzahl subventionierte Haushalte ¹ nach ausbezahltem Jahresbetrag und Kanton

2011

Kanton	Haushalte mit ausbezahltem Jahresbetrag in Franken ²									Total Haushalte
	1 - 600	601 - 1'200	1'201 - 2'400	2'401 - 3'600	3'601 - 4'800	4'801 - 6'000	6'001 - 12'000	mehr als 12'000	Jahresbetrag unbekannt	
ZH	9'114	87'432	93'108	27'068	31'801	21'668	10'156	611	2'220	283'178
BE	6'122	52'169	43'463	13'685	6'950	3'048	1'088	1		126'526
LU	8'044	11'237	13'269	7'981	15'653	2'159	4'221	214		62'778
UR	1'268	1'347	2'326	1'196	1'023	145	256	1		7'562
SZ	1'739	2'065	3'198	3'936	2'400	771	666	13	4'779	19'567
OW	1'690	1'634	1'471	2'255	1'142	263	283			8'738
NW	1'761	2'504	3'191	1'565	265	40	67		803	10'196
GL	872	934	1'616	924	670	171	206	4		5'397
ZG	1'673	2'170	3'474	3'317	1'947	861	958	17	2'007	16'424
FR	686	6'039	9'728	14'866	5'654	2'431	3'022	105		42'531
SO	3'025	5'824	9'895	6'268	4'313	1'413	1'711	42		32'491
BS	2'119	1'598	3'913	3'882	3'558	10'315	4'155	498	221	30'259
BL	237	3'879	17'538	5'919	2'372	1'093	690	91	2	31'821
SH	1'649	1'627	2'742	4'702	1'450	821	689	6	2'421	16'107
AR	304	396	1'115	2'014	638	360	850	19	1'104	6'800
AI	513	447	562	336	148	84	55			2'145
SG	8'590	7'913	12'874	11'516	5'319	2'386	2'731	138	20'965	72'432
GR	3'423	4'036	8'004	6'757	5'700	1'217	1'808	30		30'975
AG	4'851	7'550	16'538	17'441	16'144	3'321	5'732	159		71'736
TG	458	9'462	38'479	6'139	1'815	691	261	7	261	57'573
TI	10'272	4'000	7'518	14'441	9'977	14'337	8'927	471		69'943
VD	6'364	7'222	12'179	16'607	20'846	16'666	14'589	1'008	995	96'476
VS	42	4'735	10'009	20'312	9'003	2'428	5'147	62	1'267	53'005
NE	3'292	3'827	5'898	2'991	9'436	1'459	2'315	124		29'342
GE	9'066	18'092	9'746	7'966	6'593	18'514	5'589	716		76'282
JU	1'860	2'271	3'262	1'561	3'505	476	1'066	105		14'106
CH	89'034	250'410	335'116	205'645	168'322	107'138	77'238	4'442	37'045	1'274'390

Datenstand: 31.10.12

Quelle: Erhebung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, BAG: Formular PV 2.2

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

2) Ohne Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen aus der OKP. Zu den Zahlungsausständen vgl. T 4.10 und T 4.11.

T 4.06 Ausbezahlter Betrag nach Kanton in Mio. Franken ¹

2011

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 Jahre und älter)	Bezüger Alter unbekannt	Total	davon Bezüger von Ergänzungs- leistungen	davon Sozialhilfe- bezüger	davon Bezüger, deren OKP-Prämien vollumfänglich verbilligt werden
ZH	88.0	108.0	501.1		697.1	194.1	65.2	259.3
BE	42.1	68.4	410.4	25.0	545.9	227.1	84.9	84.9
LU	35.0	26.8	107.4		169.3	57.9	22.5	6.7
UR	-	-	-	15.5	15.5	3.7	0.9	0.2
SZ	5.5	6.9	26.9	13.8	53.1	13.9	3.8	6.1
OW	5.7	3.1	9.6		18.4	3.5	0.4	3.5
NW	2.6	4.4	7.6	3.1	17.8	2.9	1.1	4.0
GL	-	-	-	17.1	17.1	4.9	2.3	-
ZG	3.4	6.5	28.5	11.7	50.1	8.7	4.3	13.0
FR	46.3	16.2	87.0		149.5	44.8	18.8	60.6
SO	10.7	13.0	58.1	43.2	125.0	37.7	21.8	
BS	-	-	-	136.9	136.9	62.7	29.0	
BL	-	-	-	125.4	125.4	46.2	-	
SH	-	-	-	49.0	49.0	11.7	-	-
AR	3.6	3.7	12.3	5.6	25.3	5.6	1.4	13.4
AI	0.3	0.6	4.4		5.3	1.2	0.4	0.2
SG	14.7	15.5	62.5	100.8	193.4	77.2	22.4	22.4
GR	7.8	10.1	69.8		87.7	21.3	5.1	26.6
AG	30.1	28.9	176.3		235.4	70.1	10.7	31.6
TG	25.5	25.4	67.3	5.8	124.0	30.5	5.8	
TI	21.9	30.2	221.2		273.3	117.9	35.1	
VD	40.8	51.8	303.6	1.2	397.4	148.8	81.6	179.9
VS	14.5	38.2	122.5	3.1	178.3	31.2	11.2	
NE	8.9	7.6	77.1	0.7	94.3	41.7	25.1	
GE	31.5	20.8	196.4		248.7	127.9	62.5	190.4
JU	4.7	4.3	32.4	-4.0	37.4	17.7	3.9	
CH ²	443.5	490.4	2'582.6	553.9	4'070.3	1'410.7	520.3	902.8

Datenstand: 31.10.12

Quelle: Erhebung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, BAG: Formular PV 2.1

1) Ohne Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen aus der OKP. Zu den Zahlungsausständen vgl. T 4.10 und T 4.11.

 2) Angaben 2011 unvollständig in einigen Kantonen und damit auch für CH. (*kursiv*)

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

2011

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Grenzgänger ¹	Mittlere Wohnbevölkerung und Grenzgänger	KVG-Verteilmodell 2011 ²		Total Beiträge* in Franken ³	* davon Anteil der Kantone in %
				Bundesbeiträge in Franken	Kantonsbeiträge in Franken		
ZH	1'366'821	2'558	1'369'379	370'346'571	326'753'258	697'099'829	46.9%
BE	979'554	233	979'787	264'981'952	280'911'880	545'893'832	51.5%
LU	370'931	208	371'139	100'373'907	68'898'922	169'272'829	40.7%
UR	34'772	5	34'777	9'405'415	6'055'187	15'460'602	39.2%
SZ	143'699	34	143'733	38'872'316	14'200'196	53'072'512	26.8%
OW	34'667	10	34'677	9'378'310	9'043'261	18'421'571	49.1%
NW	40'164	5	40'169	10'863'606	6'931'323	17'794'929	39.0%
GL	38'259	5	38'264	10'348'559	6'705'882	17'054'441	39.3%
ZG	111'151	92	111'243	30'085'399	19'984'467	50'069'866	39.9%
FR	273'855	148	274'003	74'103'757	75'381'318	149'485'075	50.4%
SO	252'083	154	252'237	68'217'118	56'775'583	124'992'701	45.4%
BS	192'068	4'194	196'262	53'078'831	83'777'405	136'856'236	61.2%
BL	271'125	1'962	273'087	73'855'991	51'532'811	125'388'802	41.1%
SH	75'691	1'790	77'481	20'954'664	28'084'387	49'039'051	57.3%
AR	52'681	34	52'715	14'256'617	11'012'742	25'269'359	43.6%
AI	15'517	7	15'524	4'198'315	1'090'895	5'289'210	20.6%
SG	474'316	437	474'753	128'396'170	65'042'188	193'438'358	33.6%
GR	194'753	231	194'984	52'733'045	34'937'350	87'670'395	39.9%
AG	596'795	3'407	600'202	162'323'757	73'041'344	235'365'101	31.0%
TG	244'069	1'523	245'592	66'419'901	57'611'507	124'031'408	46.4%
TI	333'567	543	334'110	90'359'706	182'895'575	273'255'281	66.9%
VD	704'916	297	705'213	190'723'891	206'655'294	397'379'185	52.0%
VS	305'178	31	305'209	82'543'266	95'799'614	178'342'880	53.7%
NE	172'263	82	172'345	46'610'492	47'686'271	94'296'763	50.6%
GE	453'674	4'510	458'184	123'915'140	124'759'657	248'674'797	50.2%
JU	68'709	25	68'734	18'588'995	18'843'677	37'432'672	50.3%
CH	7'801'278	22'525	7'823'803	2'115'935'691	1'954'411'994	4'070'347'685	48.0%

Datenstand: 31.10.12

Quelle: Bundesbeiträge: KVG-Verteilmodell für das Jahr 2011

Kantonsbeiträge: Erhebung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, BAG: Formular PV 1

- 1) Mittlere Wohnbevölkerung 2009: Durchschnittliche Wohnbevölkerung in einem bestimmten Gebiet nach wirtschaftlichem Wohnsitz; Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung und versicherte Grenzgänger 2009 und deren Familienangehörige; Quelle: EF S 3, 2009.
- 2) Ohne Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen aus der OKP. Zu den Zahlungsausständen vgl. T 4.10 und T 4.11.
- 3) 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 Kanton ¹

2011

Kanton	Beiträge nach KVG für 2011 in Franken	Beiträge nach KVG für 2010 und früher in Franken	Total Beiträge nach KVG ² in Franken	Veränderung gegenüber Vorjahr	Total Beiträge pro Haushalt in Franken	Total Beiträge pro Bezüger in Franken *	* in % der Durchschnittsprämie
ZH	680'698'253	16'401'576	697'099'829	-2.4%	2'462	1'655	56.1%
BE	538'908'299	6'985'533	545'893'832	1.7%	4'314	2'129	64.6%
LU	165'377'425	3'895'404	169'272'829	2.1%	2'696	1'354	52.8%
UR	14'891'066	569'536	15'460'602	17.8%	2'045	969	40.3%
SZ	52'941'651	130'861	53'072'512	9.4%	2'712	1'404	55.7%
OW	18'412'062	9'509	18'421'571	4.2%	2'108	1'299	54.7%
NW	17'565'812	229'118	17'794'929	2.4%	1'745	921	41.2%
GL	17'054'441		17'054'441	14.7%	3'160	1'402	53.6%
ZG	46'785'920	3'283'946	50'069'866	17.4%	3'049	1'709	68.6%
FR	149'485'075		149'485'075	2.9%	3'515	1'755	63.7%
SO	124'054'799	937'902	124'992'701	0.3%	3'847	1'812	63.9%
BS	136'614'339	241'897	136'856'236	3.5%	4'523	2'758	65.5%
BL	119'950'203	5'438'599	125'388'802	3.5%	3'940	2'196	67.7%
SH	46'979'388	2'059'663	49'039'051	18.5%	3'045	1'629	57.0%
AR	25'178'020	91'339	25'269'359	5.8%	3'716	1'837	79.5%
AI	5'242'162	47'048	5'289'210	-3.1%	2'466	845	40.2%
SG	191'559'461	1'878'897	193'438'358	10.5%	2'671	1'290	50.5%
GR	79'271'472	8'398'923	87'670'395	10.0%	2'830	1'406	53.4%
AG	223'886'811	11'478'290	235'365'101	6.2%	3'281	1'502	53.7%
TG	117'931'311	6'100'097	124'031'408	3.8%	2'154	1'280	49.2%
TI	271'511'025	1'744'256	273'255'281	9.3%	3'907	2'335	67.7%
VD	395'350'813	2'028'372	397'379'185	0.4%	4'119	2'286	69.1%
VS	175'227'352	3'115'529	178'342'880	3.9%	3'365	1'964	71.2%
NE	93'067'398	1'229'365	94'296'763	6.2%	3'214	1'922	62.2%
GE	245'052'436	3'622'360	248'674'797	-9.1%	3'260	2'241	60.1%
JU	39'913'733	-2'481'061	37'432'672	-4.3%	2'654	1'591	52.9%
CH	3'992'910'728	77'436'958	4'070'347'685	2.3%	3'194	1'790	59.6%

Datenstand: 31.10.12

Quelle: Erhebung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, BAG: Formular PV1, 2 und T 3.08

1) Ohne Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen aus der OKP. Zu den Zahlungsausständen vgl. T 4.10 und T 4.11.

2) 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 2011 - 2013

Kanton	Bundesbeiträge in Franken ¹		
	2011	2012	2013
ZH	370'346'571	376'506'253	380'455'554
BE	264'981'952	269'361'821	269'836'339
LU	100'373'907	102'246'581	104'316'310
UR	9'405'415	9'561'103	9'723'021
SZ	38'872'316	39'514'487	40'477'804
OW	9'378'310	9'534'835	9'834'847
NW	10'863'606	11'043'943	11'306'608
GL	10'348'559	10'519'040	10'729'701
ZG	30'085'399	30'588'373	31'363'774
FR	74'103'757	75'325'252	77'353'042
SO	68'217'118	69'356'452	70'388'287
BS	53'078'831	54'009'026	52'253'432
BL	73'855'991	75'117'036	76'071'244
SH	20'954'664	21'303'527	21'582'712
AR	14'256'617	14'494'731	14'609'173
AI	4'198'315	4'267'895	4'321'479
SG	128'396'170	130'529'439	132'232'540
GR	52'733'045	53'557'056	53'015'149
AG	162'323'757	165'058'508	169'856'944
TG	66'419'901	67'533'118	69'172'102
TI	90'359'706	91'889'481	92'246'783
VD	190'723'891	194'120'155	197'713'721
VS	82'543'266	83'912'393	86'468'622
NE	46'610'492	47'387'442	47'433'636
GE	123'915'140	125'668'337	127'335'189
JU	18'588'995	18'895'437	19'339'638
CH	2'115'935'691	2'151'301'721	2'179'437'651

Berechnungsbasis 2013		
Mittlere Wohnbevölkerung ²	Grenzgänger ²	Mittlere Wohnbevölkerung und Grenzgänger
1'382'732	2'757	1'385'489
982'424	228	982'652
379'788	96	379'884
35'402	6	35'408
147'317	89	147'406
35'735	80	35'815
41'168	7	41'175
38'913	161	39'074
114'105	112	114'216
281'581	113	281'693
256'137	193	256'330
185'603	4'687	190'289
274'882	2'144	277'026
76'748	1'849	78'597
53'165	37	53'202
15'716	22	15'737
481'032	514	481'546
193'005	59	193'063
614'882	3'679	618'561
250'209	1'693	251'901
335'348	583	335'931
719'613	393	720'006
314'853	36	314'889
172'634	103	172'737
459'125	4'587	463'711
70'287	141	70'428
7'912'398	24'371	7'936'769

Datenstand: 31.10.2012

Quelle: KVG-Verteilmodelle für Bundesbeiträge für 2011/2012/2013.

- 1) 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.
- 2) Mittlere Wohnbevölkerung 2011: Durchschnittliche Wohnbevölkerung in einem bestimmten Gebiet nach wirtschaftlichem Wohnsitz.
Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung und versicherte Grenzgänger 2011 und deren Familienangehörige; Quelle: EF S 3, 2011.

T 4.10 Versicherte mit ausstehenden Forderungen aus der OKP nach Kanton

2011

Kanton	Versicherte mit Zahlungsausständen ¹			Veränderung gegenüber Vorjahr	Betrag ² in Fr.	Veränderung gegenüber Vorjahr
	Männer	Frauen	Total			
ZH	7'058	4'251	11'309	-1.0%	25'705'491	1.4%
BE	10'026	11'306	21'332	8.4%	25'010'442	15.9%
LU	2'046	1'799	3'845	-10.3%	4'163'859	-0.2%
UR	17	18	35	-7.9%	200'000	0.0%
SZ	285	284	569	7.8%	1'284'017	14.1%
OW						
NW						
GL	-	-	313	-10.6%	898'067	59.2%
ZG	-	-	-	-	-	-
FR	3'853	2'527	6'380	26.4%	6'047'920	21.7%
SO	350	308	658	27.0%	2'143'700	26.5%
BS	-	-	-	-	6'513'934	-
BL	150	150	300	17.6%	1'931'245	24.4%
SH	-	-	-	-	-	-
AR	284	261	545	32.3%	562'970	40.7%
AI	9	4	13	-50.0%	13'244	-49.8%
SG	2'519	2'519	5'038	-9.8%	7'264'552	6.6%
GR						
AG	504	392	896	1.2%	1'685'369	-29.4%
TG	-	-	-	-	1'558'664	-0.1%
TI	2'410	1'668	4'078	-	10'394'159	10.2%
VD	-	-	-	-	36'355'447	5.4%
VS	3'190	3'810	7'000	27.4%	10'499'551	31.0%
NE	-	-	-	-	10'065'239	-14.5%
GE	13'777	10'564	24'341	73.3%	38'506'506	-1.3%
JU	-	-	1'233	-9.5%	3'567'328	18.7%
CH³	46'478	39'861	87'885	-3.3%	194'371'703	9.1%

Datenstand: 31.10.12

Quelle: Erhebung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, BAG: Formular PV 2.1.

1) Versicherte mit Zahlungsausständen, für die der Kanton 2011 die Kosten bezahlt hat.

2) Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betriebskosten, gemäss Art. 105c Abs. 6 KVV.

In T 11.11 sind die Anzahl der Versicherten, die im betrachteten Jahr von den Versicherern betrieben wurden und das den Betreibungen unterliegende Prämienvolumen ausgewiesen. Die Zahlen sind daher nicht miteinander vergleichbar.

3) Das Total der Personen mit Zahlungsausständen entspricht nicht der Summe Männer + Frauen, da die Verteilung nach Geschlecht nicht bei allen Kantonen verfügbar ist.

Angaben unvollständig in einigen Kantonen und damit auch für CH. (kursiv)

T 4.11 Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen aus der OKP seit 2006

Kanton	Kostenvolumen in Mio. Franken ¹						Veränderung gegenüber Vorjahr
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
ZH	25.0	22.7	20.0	21.8	25.4	25.7	1.4%
BE	24.0	17.5	18.0	22.2	21.6	25.0	15.9%
LU	4.4	3.4	3.0	3.4	4.2	4.2	-0.2%
UR	0.0	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0%
SZ	1.0	0.9	1.0	1.4	1.1	1.3	14.1%
OW							
NW							
GL	0.9	0.5	0.5	0.7	0.6	0.9	59.2%
ZG	-	-	-	-	-	-	-
FR	0.1	1.5	1.7	2.7	5.0	6.0	21.7%
SO	-	-	1.2	1.4	1.7	2.1	26.5%
BS	-	-	0.1	7.2	6.5	6.5	0.1%
BL	-	-	0.6	1.4	1.6	1.9	24.4%
SH	1.9	1.2	1.1	-	-	-	-
AR	-	-	-	-	0.4	0.6	40.7%
AI	0.00	0.00	0.03	0.03	0.03	0.01	-49.8%
SG	23.1	22.4	6.0	6.6	6.8	7.3	6.6%
GR							
AG	-	1.1	1.0	1.8	2.4	1.7	-29.4%
TG		1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	-0.1%
TI	9.3	3.8	1.1	4.1	9.4	10.4	10.2%
VD	39.2	29.7	26.5	18.0	34.5	36.4	5.4%
VS	6.9	8.4	7.4	8.6	8.0	10.5	31.0%
NE	6.1	18.0	17.2	8.3	11.8	10.1	-14.5%
GE	27.2	40.3	33.4	34.9	39.0	38.5	-1.3%
JU	1.9	3.7	2.4	3.1	3.0	3.6	18.7%
CH ²	171.1	176.6	143.9	149.2	184.6	194.4	5.3%

Datenstand: 31.10.12

Quelle: Erhebung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, BAG: Formular PV 2.1.

1) Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betriebskosten, gemäss Art. 105c Abs. 6 KVV.

In T 11.11 sind die Anzahl der Versicherten, die im betrachteten Jahr von den Versicherern betrieben wurden und das den Betreibungen unterliegende Prämienvolumen ausgewiesen. Die Zahlen sind daher nicht miteinander vergleichbar.

2) Angaben unvollständig in einigen Kantonen und damit auch für CH. (*kursiv*)

5: Individuelle Daten pro Versicherer

5.01 Aufsichtsdaten der Krankenversicherer OKP	111
5.02 Erklärungen und Quellen für die Aufsichtsdaten	112
5.03 KVG-Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung	113
5.04 Mutationen bei den Krankenversicherern	115
5.05 OKP: Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherer und Kanton	116

T 5.01 Aufsichtsdaten OKP

2011

BAG-Nr.	Name des OKP-Versichers	Durchschnittlicher Versichererbestand	Premien je versicherte Person in Fr.	Nettoleistungen je versicherte Person in Fr.	Kostenbeteiligung je versicherte Person in Fr.	Bruttoleistungen je versicherte Person in Fr.	Risikoausgleich je versicherte Person in Fr.	Verwaltungsaufwand + Abschreibungen je versicherte Person in Fr.	Gesamtergebnis je versicherte Person in Fr.	Stand der Rückstellungen je versicherte Person in Fr.	Stand der Reserven je versicherte Person in Fr.	Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %	Risikoausgleich in % der Einnahmen	Verwaltungsaufwand + Abschreibungen je versicherte Person in % der Ausgaben	Reserven in % der Prämien
0		1	3B	5B	13B	12B	4B	6B	7	8B	9B	15	4C	6A	9C
8	CSS Krankenkassen-Vers. AG	853941	2981	2965	468	3433	-237	143	90	722	437	99,5%	-7,9%	4,9%	14,7%
32	Aquilana Versicherungen	382225	2816	2937	438	2975	-41	122	156	526	679	90,1%	-1,5%	4,6%	24,1%
57	Moove Sympany AG	10397	3393	2830	446	3275	219	123	344	868	874	82,7%	6,4%	4,0%	25,8%
62	SUPRA	41570	3947	4728	619	3347	-1246	304	77	1830	1891	120,7%	-33,9%	8,4%	48,3%
134	Befrizkranken-Einzelversicherung AG	3557	2539	2153	411	2564	-23	125	201	745	1147	84,8%	-1,0%	5,7%	45,2%
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	54527	2698	2110	464	3110	-43	113	-10	532	275	98,1%	-1,6%	4,1%	10,2%
194	Sumiswilder Krankenkasse	20138	3006	2009	400	2509	410	88	24	529	407	76,5%	15,3%	3,3%	14,8%
246	Krankenkasse Steffisburg	4514	3006	2009	421	3030	100	196	269	687	688	88,8%	3,3%	7,1%	22,8%
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallvers. AG	540359	2662	3062	429	3062	-185	101	175	688	673	91,7%	-8,5%	5,6%	23,2%
294	AGLIA Krankenkasse AG	7656	2464	1964	351	1964	109	159	45	384	511	66,7%	24,1%	4,5%	20,7%
312	Alupri	163289	2483	2819	436	2819	172	143	110	746	392	86,9%	2,6%	3,9%	13,7%
343	Avenir Assurance Maladie SA	191860	2492	2952	471	2952	222	143	29	627	427	86,4%	5,9%	5,0%	14,8%
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland	18542	2314	1874	379	2253	222	177	87	554	1053	81,0%	9,5%	4,0%	45,5%
376	KPT Krankenkasse AG	346668	3166	2902	473	3375	-21	177	26	827	355	91,7%	-0,7%	5,6%	11,2%
455	OKK	148455	2725	2602	398	2660	186	204	50	543	465	83,0%	6,8%	7,6%	17,1%
509	Vivoo Sympany AG	155980	3768	3459	479	3938	-80	335	30	866	458	91,8%	-1,6%	9,0%	12,2%
558	Krankenkasse Flaachal AG	2271	2110	1501	384	1885	175	175	93	727	1770	71,1%	10,8%	9,0%	83,9%
762	Kolping	21816	3017	2968	441	3337	-231	185	198	504	456	95,0%	-7,7%	6,7%	15,1%
774	Easy Sana Assurance Maladie SA	187007	2794	2115	441	2556	474	125	49	552	479	75,7%	16,9%	4,5%	17,1%
780	Glarey Krankenkasse	5874	2158	1617	395	2012	380	120	8	358	488	74,9%	17,7%	5,6%	22,6%
790	Innova Wallis AG	5824	2672	1969	409	2378	320	198	147	441	664	73,7%	11,9%	7,7%	24,8%
820	Casse da maltesa Lumezzana	2491	2463	2218	377	2598	-37	98	106	1071	584	90,1%	-1,5%	4,0%	24,1%
829	KLIC Krankenkasse	13945	2168	2004	352	2386	-73	98	117	384	438	95,2%	-3,4%	4,9%	20,8%
861	EGR Grundversicherungen	240769	2437	1820	369	2302	349	177	-101	384	36	78,6%	14,3%	7,0%	2,3%
901	sanavals Gesundheitskasse	16666	2524	2384	369	2302	-210	144	205	772	1527	86,2%	1,8%	6,3%	70,9%
923	KRANKENKASSE SLIK	3333	2591	2124	368	2492	270	144	19	777	1083	102,8%	-0,1%	5,6%	42,9%
941	socialis gesundheitsgruppe	33770	2089	1935	370	2305	318	144	-146	317	107	92,7%	14,8%	1,4%	5,1%
966	vita surselva	6935	3006	2374	446	2820	377	133	105	679	465	79,0%	14,5%	6,0%	15,5%
994	Progrès Versicherungen AG	195215	2183	1552	308	1860	-487	239	505	1985	8238	72,9%	-23,7%	15,4%	387,0%
1003	KK Zenneggen	171	2028	1368	323	1719	448	100	56	376	708	67,0%	21,3%	4,9%	34,0%
1040	KK Vesperlinnen	4363	1987	1596	323	1719	448	100	56	376	708	67,0%	21,3%	4,9%	34,0%
1060	Wincare Versicherungen AG	197605	3602	4068	551	4619	-817	205	204	809	434	112,9%	-22,6%	6,0%	12,1%
1113	CM de la Vallée d'Entremont	7950	2314	1988	350	2037	213	59	46	211	464	72,9%	18,3%	5,3%	20,1%
1142	KK INSTITUT INGENBOHL	843	3879	8526	702	9228	-4747	260	234	2371	18149	218,8%	-110,9%	6,4%	467,6%
1147	Krankenkasse Turbenthal	385	2449	2644	367	3011	-564	230	166	1519	3371	108,0%	-22,8%	10,0%	137,6%
1159	Auxilia Kranken-Vers. AG	12112	3467	3181	496	3678	262	165	266	925	1142	91,8%	7,6%	5,2%	32,8%
1318	KK Wädenswil	5552	2506	2249	442	2691	-173	158	309	771	1950	89,7%	-6,9%	7,1%	77,8%
1322	Krankenkasse Birchmeier	8090	2351	2048	409	2457	-18	168	136	574	578	87,1%	-0,8%	7,8%	24,6%
1328	kmu-Krankenkasse	6454	2962	2966	471	3467	-365	236	78	839	824	101,1%	-12,6%	8,4%	27,8%
1331	Krankenkasse Stoffel Mels KKS	1693	2148	1993	364	2057	214	132	8	440	441	78,8%	10,4%	6,4%	20,5%
1362	Krankenkasse Simplan	977	2141	1910	331	2241	147	86	1	478	1290	89,2%	6,8%	4,0%	60,3%
1384	SWICA Krankenkasse	619924	2820	2455	458	2914	96	147	81	484	484	117,6%	-3,4%	5,3%	14,0%
1386	GALENOS	137995	3146	3699	523	4222	-751	160	67	877	644	87,6%	-23,9%	5,2%	20,5%
1401	Rhenusana	9452	2600	2251	417	2667	49	164	50	651	545	86,6%	1,9%	6,5%	21,0%
1423	publisana	3542	2896	2720	450	3170	104	106	-9	649	608	93,9%	3,5%	3,6%	21,0%
1479	Mutuel Assurance Maladie SA	383407	3131	2528	484	3112	245	158	2	676	501	83,9%	7,8%	5,0%	16,0%
1507	AMB	9990	2307	1888	349	2036	144	144	185	480	636	73,1%	12,7%	6,7%	27,5%
1509	Sanitas Grundversicherungen AG	316004	3183	2591	483	3074	182	174	174	599	357	81,4%	5,7%	5,8%	11,2%
1529	Intras Kranken-Vers. AG	210729	3596	3537	539	4077	-53	159	105	899	347	98,4%	-1,4%	4,5%	9,6%
1535	Phicos Assurance Maladie SA	882183	2875	2388	429	2817	206	144	38	586	416	83,1%	7,1%	5,0%	14,5%
1542	ASSURA	623760	2650	1989	340	1929	694	124	45	385	590	60,0%	25,0%	4,6%	20,8%
1555	Visana	442506	3588	3741	524	4285	-846	146	149	1083	563	110,4%	-18,0%	4,3%	16,6%
1560	Agrisano	101101	2256	1918	340	1888	405	139	149	418	810	67,3%	18,0%	6,6%	35,9%
1562	Helisana Versicherung AG	585915	3734	4492	577	5069	-1076	235	70	1033	452	120,3%	-26,6%	6,4%	12,1%
1563	Innova Krankenkasse	34019	3088	486	486	3553	-197	207	2	681	788	98,7%	-6,4%	6,7%	25,3%
1565	avarex Versicherungen AG	185028	2786	1993	349	2429	602	139	46	459	301	71,5%	21,6%	5,1%	10,8%
1566	sansan Versicherungen AG	167494	2433	1762	368	2131	452	122	40	407	324	72,4%	18,7%	5,1%	13,3%
1568	sanaz4	62455	2807	1684	416	2100	942	98	159	536	426	60,0%	33,8%	3,7%	15,2%
1569	Arcosana AG	123122	2347	1945	401	2347	521	137	123	538	452	71,1%	19,0%	5,2%	16,5%
1570	arcosana AG	101124	3162	1901	424	2324	907	137	296	1252	1134	60,1%	28,6%	3,8%	35,8%
1574	max.ch	2398	2190	2615	426	2615	662	154	88	515	4048	66,6%	19,9%	4,8%	123,2%
1575	Compact Grundversicherungen AG	51907	2312	1031	263	1044	1044	163	214	300	330	44,6%	19,9%	7,7%	14,3%
1577	Sanagate AG	29660	1947	795	243	1037	929	99	243	415	516	40,8%	40,6%	4,9%	26,5%
Total:	63	7862770	3005	2716	455	3171	0	160	75	718	472	90,4%	-	5,4%	15,7%

Datenstand: 15.6.12

Quelle und Erklärungen: T 5.02

T 5.01 Aufsichtsdaten OKP

BAG-Nr.	Name des OKP Versicherers	Einahmen Total in Mio. Fr.	2	3A	5A	13A	12A	4A	8A	9A	10	11A	11B	11C
		in Mio. Fr.	14	in Mio. Fr.	in Mio. Fr.	in Mio. Fr.	in Mio. Fr.	in Mio. Fr.	in Mio. Fr.	in Mio. Fr.	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	CSS Kranken-Vers. AG	2554.8	2'478.2	2545.9	2532.1	398.8	2931.9	-202.4	616.7	373.5	-	254.6	119.0	
32	Aquilana Versicherungen	107.0	101.1	107.7	97.0	16.7	113.7	-1.6	20.1	25.9	36.2	21.5	4.4	
57	Moove Sympany AG	35.5	31.9	35.3	29.4	4.6	34.1	-	9.0	9.1	-	7.1	2.0	
62	SUPRA	152.7	149.4	162.8	196.5	25.7	222.3	-51.8	76.1	78.6	-	32.6	46.1	
134	Bezirkskrankenkasse Einsiedeln	8.5	7.8	9.0	7.7	1.3	9.1	-	2.7	4.1	-	1.8	2.3	
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	148.2	148.2	147.1	144.3	25.3	169.6	-2.3	29.0	15.0	-	22.1	-7.1	
194	Sumswalder Krankenkasse	53.9	53.5	55.5	42.8	8.2	50.5	-	10.7	8.2	9.8	11.1	0.4	
246	Krankenkasse Stoffburg	13.6	12.4	13.6	11.5	1.9	13.7	0.5	3.1	3.1	2.7	2.7	0.4	
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallvers. AG	1538.9	1'444.0	1'568.4	1438.7	232.0	1'670.6	-100.0	371.7	363.8	560.1	156.8	207.0	
284	AGLIA Krankenkasse AG	18.9	18.6	18.9	12.6	2.7	15.3	4.6	3.0	3.9	-	3.8	0.1	
312	Alupi	464.6	466.6	466.6	405.4	71.2	476.6	12.1	121.8	63.9	106.7	46.6	17.3	
343	Avenir Assurance Maladie SA	554.3	548.7	552.7	477.7	88.3	565.9	32.9	120.1	81.8	7.5	55.3	26.5	
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland	43.1	40.8	42.9	34.7	7.0	41.8	4.1	10.3	19.5	10.9	8.6	10.9	
376	KPT Krankenkasse AG	1'097.9	1'089.0	1'097.5	1'006.0	164.0	1'170.0	-7.4	286.6	123.2	-	109.8	13.5	
455	OKK	404.6	396.4	404.5	335.8	59.1	394.9	27.6	80.5	69.0	-	60.7	8.3	
509	Vivo Sympany AG	584.3	579.6	587.7	539.6	74.7	614.2	-9.3	135.1	71.4	20.1	58.8	12.7	
558	Krankenkasse Flaachal AG	4.6	4.4	4.8	3.4	0.9	4.3	0.5	1.7	4.0	-	1.0	3.1	
762	Kolping	65.1	60.8	65.8	62.6	10.2	72.8	-5.0	11.0	10.0	16.5	13.2	-3.2	
774	Easy Sana Assurance Maladie SA	523.8	514.6	522.5	395.6	82.4	478.0	88.7	103.2	89.5	-	52.2	37.3	
780	Glarner Krankenversicherung	12.7	12.6	12.7	9.5	2.3	11.8	2.2	2.1	2.9	1.4	2.5	0.3	
790	Innova Wallis AG	15.6	14.8	15.6	11.5	2.4	13.8	1.9	2.6	3.9	-	3.1	0.8	
820	Cassa da malauna Lumneziana	6.2	6.0	6.1	5.5	0.9	6.5	-0.1	2.7	1.5	0.8	1.2	0.3	
829	KLU Grundversicherung	29.5	27.9	29.4	27.9	4.9	32.9	-1.0	5.5	5.9	-	5.9	0.2	
881	EKG Grundversicherungen	587.7	612.1	586.7	462.2	92.1	554.3	84.1	92.4	13.5	-	58.7	-45.1	
901	sanavalis Gesundheitskasse	5.2	4.7	5.0	4.3	0.9	5.2	0.1	1.8	3.6	-	1.0	2.6	
923	KRANKENKASSE SLKK	43.1	42.8	42.1	43.2	7.2	50.4	-3.5	13.0	18.1	14.1	18.5	9.6	
941	sodalis gesundheitsgruppe	91.4	88.7	92.7	76.0	13.2	89.1	9.7	20.5	23.4	-	8.4	4.8	
966	vita sursilva	14.9	15.9	14.5	13.4	2.6	16.0	2.2	2.2	0.7	3.9	2.9	-2.2	
894	Progres Versicherungen AG	584.6	574.1	586.8	463.4	87.1	550.5	86.0	132.5	90.9	0.1	58.7	32.2	
1003	KK Zennegen	0.4	0.3	0.4	0.1	0.1	0.5	-0.1	1.6	1.4	-	0.1	1.3	
1040	KK Visperterminen	9.1	8.9	9.1	6.1	1.4	7.5	1.9	1.6	3.1	-	1.8	1.3	
1060	Wincare Versicherungen AG	714.0	673.8	711.8	803.8	108.9	912.7	-161.4	158.8	85.8	-	71.2	14.6	
1113	CM de la Vallée d'Entremont	9.3	8.9	18.4	13.4	2.8	16.2	1.7	1.7	3.7	-	3.7	0.0	
1142	KK INSTITUT INGENBOHL	3.6	3.4	3.3	7.2	0.6	7.8	-	2.0	15.3	-	0.7	14.7	
1159	Auxilia Kranken-Vers. AG	41.9	38.7	42.0	38.5	0.9	44.5	3.2	11.2	13.8	-	0.2	1.1	
1318	KK Wädenswil	16.5	14.5	16.4	14.7	2.9	17.6	-1.1	5.1	12.8	1.1	3.3	9.5	
1322	Krankenkasse Birchmeier	18.6	17.5	19.0	16.6	3.3	19.9	-0.1	4.6	4.7	-	3.8	0.9	
1328	kmu-Krankenkasse	18.7	18.1	19.1	19.3	3.0	22.4	-2.4	5.4	5.3	6.1	3.8	1.5	
1331	Krankenkasse Stoffel Weiss KKS	3.5	3.5	3.6	2.9	0.6	3.5	0.4	0.7	0.7	0.7	0.7	0.0	
1362	Krankenkasse Sion	2.1	2.1	2.1	1.9	0.3	2.2	0.1	0.5	1.3	-	0.4	0.8	
1384	SWICA Krankenkasse AG	1'758.6	1'708.4	1'748.1	1'522.0	284.2	1'806.2	59.3	300.1	244.5	1061.5	174.8	69.7	
1396	GALENOS	43.4	42.4	43.4	51.0	7.2	58.2	-10.4	12.1	8.9	15.1	8.7	0.2	
1401	Rhenusana	24.2	23.8	24.6	21.3	3.9	25.2	0.5	6.2	5.2	14.1	4.9	0.2	
1423	publisana	10.5	10.5	10.3	9.6	1.6	11.2	0.4	2.3	2.2	-	2.1	0.1	
1479	Mutuel Assurance Maladie SA	1'236.4	1'235.5	1'231.9	1'033.9	190.3	1'224.2	96.3	265.9	197.0	-	123.2	73.8	
1507	AMB	23.1	21.3	23.1	16.9	3.5	20.3	2.9	4.9	6.3	-	4.6	1.7	
1509	Semita Grundversicherungen AG	1'006.8	950.6	1'005.8	818.7	152.5	971.2	57.4	189.2	112.7	-	100.6	12.1	
1529	Intra Kranken-Vers. AG	774.0	751.9	757.7	745.4	113.7	859.0	-11.2	189.5	73.1	-	75.8	36.2	
1535	Philo Assurance Maladie SA	815.1	804.3	811.4	673.9	121.0	795.0	88.2	169.0	117.4	-	81.1	178.0	
1542	ASSURA	1'630.9	1'602.5	1'682.7	981.1	212.4	1'203.4	408.2	563.3	343.3	-	165.3	99.4	
1555	Visana	1'502.5	1'502.1	1'499.3	1'655.6	231.7	1'887.3	-285.8	479.4	249.3	16.1	149.9	47.7	
1560	Agrisano	227.0	212.0	228.1	153.4	34.4	187.9	40.9	42.3	81.9	-	34.2	46.0	
1562	Heliana Versicherung AG	2'205.3	2'164.1	2'187.7	2'632.0	338.2	2'970.1	-630.4	605.2	264.8	-	218.8	46.0	
1563	Innova Krankenversicherung AG	105.1	105.0	105.7	104.4	16.5	120.9	-6.7	23.2	28.8	-	21.1	5.6	
1565	avanex Versicherungen AG	518.4	509.8	517.2	369.9	81.0	451.0	111.7	85.3	55.9	-	51.7	4.2	
1566	avanex Versicherungen AG	406.1	399.4	407.6	295.2	61.7	356.9	75.8	68.2	54.2	-	40.8	13.4	
1568	sana24	174.4	164.5	175.3	105.2	28.0	131.2	58.9	33.5	26.6	-	26.3	0.3	
1569	Accosana AG	337.9	322.8	337.1	238.5	49.4	288.9	64.2	66.3	55.6	-	50.6	5.1	
1570	wacare AG	32.1	29.1	32.0	19.2	4.3	23.5	9.2	12.7	11.5	-	6.4	5.1	
1574	max.ch	8.0	7.8	7.9	5.2	1.0	6.3	1.6	1.2	9.7	-	1.6	8.1	
1575	Compact Grundversicherungen AG	121.2	110.1	120.0	53.5	13.6	67.2	54.2	12.0	17.1	-	18.0	-0.9	
1577	Sanagate AG	67.9	60.7	57.7	23.6	7.2	30.8	27.5	12.3	15.3	-	11.5	3.7	
Total: 63		23'642.7	23'055.0	23'631.2	21'356.4	3'575.1	24'931.5	3.6	5'648.6	3'710.7	1'892.4	2'551.1	1'223.6	-64.0

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

2011

0) Nur OKP Versicherer

Name des Versicherers eventuell gekürzt, Name gültig 2011.

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) Nettoleistungen 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 und 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) Bruttoleistungen 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 123

0 BAG-Nr. nur wenn EF1.12A Total > 0

1 EF1.12A Total nur wenn > 0

2 EF2 Konten 6 + 7 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7

3A EF2 Konto 61 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7

3B = ([3A] / [1])

4A EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7

4B (EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [1]

4C (EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [2]

5A EF2 Konto 30-33 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7

5B = ([5A] / [1])

6A (EF2 Konten 40-47 + 48 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) /

6B (EF2 Konten 40-47 + 48 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [1] in %

7 EF2 Konten Gesamtbetriebsergebnis (ohne Position)

Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7 / ([1])

8A EF1 Seite 4 Konto 270

8B = ([8A] / [1]) in %

9A EF1 Seite 5 Konten 290 + 290.9

9B = ([9A] / [1]) in %

9C = ([9A] / [3]) in %

10 EF2 Seite 2.8 VVG Konto 63 Krankheit + Unfall

11A Versicherte = [1]; % gemäss Tabelle 9A

11B wenn [9A] >= [11A]: [9A] - [11A]

11C wenn [9A] < [11A]: [9A] - [11A]

12A = [5A] + [13A]

12B = ([12A] / [1])

13A = - (EF2 Konto 32 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7)

13B = ([13A] / [1])

14 (EF2 Konto 3/4 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7)

15 = ([5B] / [3B]) in %

Datenstand: 15.8.12

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

T.5.05 OKP - Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherer und Kanton ¹

2011

BAG-Nr.	Name des OKP Versicherers ²	CH	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL
8	CSS Kranken-Vers. AG	853941	107023	22383	94747	4264	42504	8966	9092	1557	23564	81313	29199	6116	26160
32	Aquilana Versicherungen	382225	9378	507	245	19	1510	841	330	451	230	147	289	143	327
57	Mooove Sympany AG	103397	324	486	520	10	15	60	33	9	13	128	2063	465	1029
62	SUPRA	415170	1389	2841	122	22	3329	19	361	41	60	892	185	237	986
134	Befristetkrankenkasse Einsiedeln	3357	132	1845	15	3	294	59	52	7	34	297	4082	145	351
162	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	54327	31306	1610	288	45	294	16	52	52	167	243	205	68	280
189	Schweizer Krankenkasse	2133	613	3049	186	16	74	11	11	14	38	243	205	68	280
200	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung AG	4574	67728	24783	93080	8718	23425	9992	11824	3148	19558	16284	11705	6458	16598
294	AGLIA Krankenkasse AG	7656	609	671	3948	17	31	445	31	39	39	55	31	42	201
312	Alupri	163269	54408	21403	10796	1227	1932	381	358	504	1021	596	5562	1735	6204
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland	18542	811	1643	13474	1460	3253	260	2271	161	3912	8848	1104	8778	10474
376	KPT Krankenkasse AG	346688	35262	117358	9280	214	2105	508	166	1042	1903	13176	6966	4690	11892
455	OKK	148455	24921	2898	1848	214	2105	508	166	2142	863	197	289	350	349
509	Vivo Sympany AG	156980	16929	8370	8574	952	2768	742	892	395	3592	2563	4408	56141	21155
558	Krankenversicherung Flaachal AG	2271	2271	2271	2271	2271	2271	2271	2271	2271	2271	2271	2271	2271	2271
762	Kolping	21816	4350	2292	1444	325	1370	438	837	520	419	616	965	378	297
774	Easy Sana Assurance Maladie SA	187007	37130	8185	423	66	2229	32	48	93	227	9504	782	7526	24050
780	Glaerner Krankenversicherung	5874	1460	1329	284	2	104	4	3	5564	0	42	219	8	7
820	Cassa da maltais Lumneziana	2491	4551	127	2058	28	2171	33	38	10	3235	8	11	32	35
829	KLUO Krankenversicherung	13945	35719	16881	20197	232	4025	367	2125	280	8317	6909	13049	1345	7741
891	ESK Grundversicherungen	24333	16986	3078	96	11	96	21	25	65	65	403	565	241	1033
923	KRANKENKASSE SUKKE	16966	5084	237	13	1	10	10	2004	3569	2228	2325	1221	1363	2665
941	socialis gesundheitsgruppe	35770	31250	40224	7905	7761	866	2649	2004	5	7	0	11	5	5
966	vita surselva	6935	77	25	25	1	10	10	2004	3569	2228	2325	1221	1363	2665
994	Progres Versicherungen AG	195215	31250	40224	7905	7761	866	2649	2004	3569	2228	2325	1221	1363	2665
1003	KK Zanegegn	171	171	171	171	171	171	171	171	171	171	171	171	171	171
1040	KK Vesperterminen	4363	4363	4363	4363	4363	4363	4363	4363	4363	4363	4363	4363	4363	4363
1060	Winicare Versicherungen AG	197605	90966	11444	2852	233	894	270	1940	315	1442	633	3876	1497	12509
1113	CM de la Vallée d'Entremont	7950	18	15	59	1	419	2	270	7	7	83	56	11	3
1142	KK INSTITUT INGENBOHL	843	385	503	18	18	133	62	3	17	17	509	58	13	1881
1147	Krankenkasse Turbenhal	12112	6543	503	18	18	133	62	3	17	17	509	58	13	1881
1159	Auxilia Kranken-Vers. AG	6552	5811	55	15	2	17	3	14	4	21	0	0	1	0
1322	Krankenkasse Birchmeier	8090	2	4	1	1	1	1	1	7	7	0	0	0	0
1328	Knu-Krankenversicherung	6454	5811	55	15	2	17	3	14	4	21	0	0	1	0
1331	Krankenkasse Stadel Meils KKS	1653	1653	1653	1653	1653	1653	1653	1653	1653	1653	1653	1653	1653	1653
1384	SWICA Krankenversicherung AG	619224	178787	32318	9338	472	9993	752	800	2981	7985	7924	15117	16703	28788
1386	GALENS	13765	3709	1837	337	20	91	7	30	33	129	381	487	145	364
1401	Rhenuspa	9452	1155	155	39	42	42	7	7	4	22	15	31	10	29
1423	publisana	3542	89	466	34	34	23	7	7	4	19	57	57	61	71
1479	Mutual Assurance Maladie SA	398407	75022	9960	11511	75	3023	1204	92	119	474	8258	14778	8642	1023
1507	AMB	9990	3	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
1509	Santitas Grundversicherungen AG	316004	87363	30777	9777	434	7904	919	737	1530	7342	4433	11834	6589	15878
1529	Intras Kranken-Vers. AG	210729	31799	13884	3543	120	1401	327	384	289	1772	3658	11835	4740	7918
1535	Philos Assurance Maladie SA	282183	11703	76811	303	27	149	66	726	1120	139	32749	10156	250	263
1542	ASSURA	623760	61341	84833	11456	182	2255	363	592	239	3124	23815	10327	23372	16164
1555	Visana	442506	56130	215739	2534	277	1239	1476	1045	189	5169	25418	21091	6923	23061
1560	Agrisano	101101	12672	22932	6717	1913	4834	921	1018	734	1210	1205	2788	50	2555
1562	Heliana Versicherung AG	585975	143335	56422	11163	1413	6900	1668	2187	3784	6319	9341	44986	5855	14976
1563	Innova Krankenversicherung AG	34079	958	12144	486	62	186	62	53	281	232	798	1402	2560	2560
1565	avanex Versicherungen AG	165828	27473	15001	383	30	236	51	22	157	706	4513	4794	4794	7977
1566	sansun Versicherungen AG	17446	2846	12149	171	259	1249	270	289	190	725	1901	3623	673	953
1569	Agrisano AG	123132	8018	17244	1208	171	1758	1315	161	403	1937	10620	408	860	860
1570	viacare AG	10124	128	256	16	2	7	21	12	4213	36	783	26	6	12
1574	maxi.ch	2368	856	205	1	1	4	1	1	14	5	65	13	110	61
1575	Compact Grundversicherungen AG	51907	11794	22475	991	28	721	97	94	377	469	584	2680	1142	679
1577	Saniagate AG	29680	11180	3524	88	8	74	9	10	22	46	1006	3078	57	1304
Total: 63		786270	1374055	981418	380555	35563	147387	36118	40898	39196	113902	281700	257901	179865	272864

Datenstand: 15.8.12

¹ Bei den durchschnittlichen Versichertenbeständen der OKP (pro Kanton und Versicherer) die auf der OKP Primärseite des BAG publiziert werden, wird den Fusionen von Versicherern bis zum Moment der Gültigkeit der publizierten Primär-Rechnung geträgen, aus diesem Grund kann es Unterschiede zwischen den Tabellen geben.

² Name des Versicherers eventuell gekürzt. Name gültig 2011.

Quelle: EF 3.12

6: Freiwillige Taggeldversicherung KVG

6.01 Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 2001	119
6.02 Ertrag, Aufwand und Ergebnis ab 2001	120
6.03 Versicherer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel- u. Kollektivverträgen	121
6.04 Betriebsrechnung der Einzel- und Kollektivversicherung insgesamt	122
6.05 Betriebsrechnung der Einzelversicherung	123
6.06 Betriebsrechnung der Kollektivversicherung	124

T 6.01 Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 2001

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
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
2010	248.8	187	191.6	146	245'656	78
2011	239.8	188	188.2	128	217'513	62

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 6.03

1) Versichertenbestand am 31.12.
Nur Einzelversicherung.

T 6.02 Ertrag, Aufwand und Ergebnis in Franken ab 2001

Jahr	Total des Gesamtertrags	Veränderung gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränderung gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	251'294'287	-9.3%	234'293'637	-6.6%	17'000'650	-35.4%
2011	243'823'251	-3.0%	229'950'932	-1.9%	13'872'319	-18.4%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 6.04

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

2011

Anzahl / Betrag	Einzelversicherung	Kollektivversicherung ³	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
Anzahl Versicherer	60	36	62	-20.5%
Versichertenbestand ²				0.0%
Männlich	93'987	-	-	-11.7%
Weiblich	123'526	-	-	-11.3%
Total	217'513	-	-	-11.5%
Prämiensoll in Franken				0.0%
Männlich	25'972'788	144'279'896	170'252'685	-1.3%
Weiblich	14'947'113	54'580'694	69'527'808	-8.7%
Total	40'919'902	198'860'591	239'780'492	-3.6%
Prämiensoll in Franken pro Versicherte(n)				
Männlich	276	-	-	2.8%
Weiblich	121	-	-	-3.0%
Alle Versicherte	188	-	-	0.5%
Leistungen in Franken				
Männlich	17'761'906	118'409'110	136'171'016	2.2%
Weiblich	10'012'113	42'056'016	52'068'129	-10.8%
Total	27'774'019	160'465'126	188'239'145	-1.8%
davon Mutterschaft	205'259	4'217'695	4'422'954	4.6%
Leistungen in Franken pro Versicherte(n)				0.0%
Männlich	189	-	-	-15.1%
Weiblich	81	-	-	-7.6%
Alle Versicherte	128	-	-	-12.6%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 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

2011

Kontengruppe		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60	Prämien	231'932'598	7'847'895	239'780'493
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-1'270'433	-39'799	-1'310'233
65	Andere Beitragsanteile	1'512'882	17'088	1'529'970
60-65	Bruttoprämien	232'175'047	7'825'183	240'000'230
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-1'308'954	-51'416	-1'360'370
60-66	Eigene Versicherungsprämien	230'866'093	7'773'767	238'639'860
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	143'652	13'243	156'895
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-550'000	0	-550'000
69	Sonstige Betriebserträge	1'383'595	18'554	1'402'149
6	Total Versicherungsertrag	231'843'340	7'805'564	239'648'904
30	Leistungen	180'182'710	8'056'436	188'239'146
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33	Bezahlte Leistungen	180'182'710	8'056'436	188'239'146
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	681'531	7'383	688'913
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-1'904'747	92'012	-1'812'736
30-35	Bruttoleistungen	178'959'493	8'155'830	187'115'323
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-874'314	-25'356	-899'670
37	Risikoausgleich			
3	Total Versicherungsaufwand	178'085'179	8'130'474	186'215'653
40-47	Verwaltungsaufwand	38'499'042	1'477'918	39'976'960
48	Abschreibungen	1'013'920	53'494	1'067'414
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	2'667'844	23'062	2'690'906
4	Total Betriebsaufwand	42'180'805	1'554'474	43'735'279
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	220'265'984	9'684'947	229'950'932
	Versicherungsbetriebsergebnis	11'577'356	-1'879'383	9'697'973
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	4'102'620	71'727	4'174'346
	Gesamtbetriebsergebnis	15'679'975	-1'807'656	13'872'319

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 2.0 und 2.1

T 6.05 Betriebsrechnung der Einzelversicherung ¹

2011

Kontengruppe		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60	Prämien	36'008'381	4'911'521	40'919'902
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	25'855	-10'755	15'100
65	Andere Beitragsanteile	189'392	11'943	201'335
60-65	Bruttoprämien	36'223'628	4'912'709	41'136'337
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-396'197	-41'900	-438'097
60-66	Eigene Versicherungsprämien	35'827'431	4'870'808	40'698'240
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	143'652	13'243	156'895
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	187'787	13'146	200'933
6	Total Versicherungsertrag	36'158'870	4'897'198	41'056'067
30	Leistungen	25'053'598	2'720'422	27'774'021
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33	Bezahlte Leistungen	25'053'598	2'720'422	27'774'021
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	317'025	3'764	320'789
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-734'701	-11'392	-746'092
30-35	Bruttoleistungen	24'635'923	2'712'795	27'348'717
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-342'627	-22'451	-365'079
37	Risikoausgleich			
3	Total Versicherungsaufwand	24'293'295	2'690'343	26'983'638
40-47	Verwaltungsaufwand	6'798'818	858'353	7'657'170
48	Abschreibungen	172'202	36'629	208'831
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	69'697	16'290	85'986
4	Total Betriebsaufwand	7'040'716	911'272	7'951'988
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	31'334'011	3'601'615	34'935'626
	Versicherungsbetriebsergebnis	4'824'858	1'295'583	6'120'441
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	-108'596	-1'426	-110'021
	Gesamtbetriebsergebnis	4'716'262	1'294'157	6'010'420

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 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

2011

Kontengruppe		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60	Prämien	195'924'217	2'936'374	198'860'591
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-1'296'289	-29'044	-1'325'333
65	Andere Beitragsanteile	1'323'490	5'145	1'328'635
60-65	Bruttoprämien	195'951'419	2'912'475	198'863'893
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-912'757	-9'516	-922'273
60-66	Eigene Versicherungsprämien	195'038'662	2'902'959	197'941'620
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	0	0	0
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-550'000	0	-550'000
69	Sonstige Betriebserträge	1'195'809	5'408	1'201'217
6	Total Versicherungsertrag	195'684'470	2'908'367	198'592'837
30	Leistungen	155'129'111	5'336'014	160'465'125
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33	Bezahlte Leistungen	155'129'111	5'336'014	160'465'125
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	364'506	3'619	368'124
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-1'170'047	103'403	-1'066'643
30-35	Bruttoleistungen	154'323'570	5'443'036	159'766'606
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-531'687	-2'905	-534'592
37	Risikoausgleich			
3	Total Versicherungsaufwand	153'791'884	5'440'131	159'232'014
40-47	Verwaltungsaufwand	31'700'224	619'565	32'319'790
48	Abschreibungen	841'718	16'864	858'583
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	2'598'147	6'772	2'604'919
4	Total Betriebsaufwand	35'140'089	643'202	35'783'291
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	188'931'973	6'083'333	195'015'306
	Versicherungsbetriebsergebnis	6'752'497	-3'174'966	3'577'532
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	4'211'216	73'152	4'284'368
	Gesamtbetriebsergebnis	10'963'713	-3'101'814	7'861'899

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 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 2001	126
7.02 Indikatoren der Betriebsrechnung der anderen Versicherungen	127
7.03 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG	128
7.04 Betriebsrechnung der Krankenpflegeversicherung Liechtenstein	129
7.05 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen: Versicherte wohnhaft im Ausland	130

T 7.01 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der anderen Versicherungen insgesamt ¹ in Franken ab 2001

Jahr ^{2, 3}	Total des Gesamtertrags	Veränderung gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränderung gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	2'230'865'077	4.5%	2'166'575'636	2.8%	64'289'441	139.0%
2011	1'845'873'728	-17.3%	1'837'525'849	-15.2%	8'347'879	-87.0%

Datenstand: 15.8.12

1) Zusammenzug der «Zusatzversicherungen VVG»,

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

2) Vorjahresvergleiche sind nur mit Vorbehalt möglich, da jene Zusatzversicherungen VVG, 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

2011

Kontengruppe	Zusatzversicherungen VVG	Krankenpflegeversicherung Liechtenstein	Zusatzversicherungen Versicherte wohnhafte im Ausland	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
Versicherungsertrag	1'876'188'558	117'796'538	3'492'161	1'997'477'257	-8.7%
davon Bruttoprämien	1'883'131'904	70'740'051	3'491'864	1'957'363'818	-8.8%
Neutraler Aufwand/Ertrag	-149'934'327	-1'672'582	3'379	-151'603'530	-455.8%
Total des Gesamtertrags	1'726'254'231	116'123'956	3'495'540	1'845'873'728	-17.3%
Versicherungsaufwand	1'429'683'610	108'882'017	7'226'150	1'545'791'776	-15.6%
davon Bruttoleistungen	1'434'271'321	108'882'017	7'226'150	1'550'379'488	-15.9%
Betriebsaufwand	285'229'342	6'090'013	414'717	291'734'072	-13.0%
Total Vers.- und Betriebsaufwand	1'714'912'952	114'972'029	7'640'867	1'837'525'849	-15.2%
Gesamtbetriebsergebnis	11'341'279	1'151'927	-4'145'327	8'347'879	-87.0%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 7.03, 7.04, 7.05

T 7.03 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG ¹

2011

Kontengruppe		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	1'821'053'309	71'360'072	1'892'413'381
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-9'377'839	-304'324	-9'682'163
65	Andere Beitragsanteile	371'063	29'623	400'686
60-65	Bruttoprämien	1'812'046'533	71'085'371	1'883'131'904
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-9'833'935	-912'158	-10'746'094
60-66	Eigene Versicherungsprämien	1'802'212'598	70'173'213	1'872'385'811
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	0	0	0
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-3'121'277	0	-3'121'277
69	Sonstige Betriebserträge	6'485'163	438'862	6'924'024
6	Total Versicherungsertrag	1'805'576'484	70'612'074	1'876'188'558
33	Leistungen	1'513'340'539	45'471'490	1'558'812'029
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-36'895'730	-1'013'461	-37'909'191
30-33	Bezahlte Leistungen	1'476'444'809	44'458'030	1'520'902'839
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	18'863'563	345'955	19'209'517
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-96'812'871	-9'028'164	-105'841'035
30-35	Bruttoleistungen	1'398'495'501	35'775'820	1'434'271'321
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-4'344'457	-243'255	-4'587'711
37	Risikoausgleich	0	0	0
3	Total Versicherungsaufwand	1'394'151'045	35'532'565	1'429'683'610
40-47	Verwaltungsaufwand	265'380'755	12'682'271	278'063'026
48	Abschreibungen	6'196'125	375'890	6'572'015
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	553'693	40'608	594'301
4	Total Betriebsaufwand	272'130'573	13'098'770	285'229'342
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	1'666'281'617	48'631'335	1'714'912'952
	Versicherungsbetriebsergebnis	139'294'866	21'980'740	161'275'606
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	-138'388'864	-11'545'463	-149'934'327
	Gesamtbetriebsergebnis	906'003	10'435'277	11'341'279

davon Taggeldversicherung VVG

Bruttoprämien (60-65)	-	-	609'692'955
Bezahlte Leistungen (30-33)	-	-	541'661'944

Datenstand: 15.8.12

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

Quelle: Formular EF 2.8 und EF 1.12C

T 7.04 Betriebsrechnung der Krankenpflegeversicherung Liechtenstein

2011

Kontengruppe		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	69'361'403	1'480'254	70'841'657
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-99'490	-2'116	-101'606
65	Andere Beitragsanteile	0	0	0
60-65	Bruttoprämien	69'261'912	1'478'138	70'740'051
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
60-66	Eigene Versicherungsprämien	69'261'912	1'478'138	70'740'051
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	45'950'424	1'100'980	47'051'404
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	4'977	106	5'083
6	Total Versicherungsertrag	115'217'313	2'579'224	117'796'538
33	Leistungen	108'195'261	2'586'584	110'781'845
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-7'473'011	-104'758	-7'577'768
30-33	Bezahlte Leistungen	100'722'250	2'481'826	103'204'077
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	1'029'180	23'485	1'052'665
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	4'513'435	111'840	4'625'275
30-35	Bruttoleistungen	106'264'866	2'617'151	108'882'017
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37	Risikoausgleich	0	0	0
3	Total Versicherungsaufwand	106'264'866	2'617'151	108'882'017
40-47	Verwaltungsaufwand	5'735'897	122'534	5'858'431
48	Abschreibungen	226'752	4'828	231'580
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	1	0	1
4	Total Betriebsaufwand	5'962'650	127'362	6'090'013
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	112'227'516	2'744'513	114'972'029
	Versicherungsbetriebsergebnis	2'989'797	-165'289	2'824'508
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	-1'637'743	-34'839	-1'672'582
	Gesamtbetriebsergebnis	1'352'055	-200'128	1'151'927

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 2.9

T 7.05 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen: Versicherte wohnhaft im Ausland ¹

2011

Kontengruppe		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	3'361'022	142'042	3'503'064
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-10'807	-393	-11'200
65	Andere Beitragsanteile	0	0	0
60-65	Bruttoprämien	3'350'215	141'649	3'491'864
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
60-66	Eigene Versicherungsprämien	3'350'215	141'649	3'491'864
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	0	0	0
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	286	12	298
6	Total Versicherungsertrag	3'350'501	141'661	3'492'161
33	Leistungen	7'078'738	37'382	7'116'120
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-68'376	-10	-68'386
30-33	Bezahlte Leistungen	7'010'362	37'373	7'047'734
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	112'306	747	113'053
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	64'938	425	65'363
30-35	Bruttoleistungen	7'187'605	38'545	7'226'150
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37	Risikoausgleich	0	0	0
3	Total Versicherungsaufwand	7'187'605	38'545	7'226'150
40-47	Verwaltungsaufwand	393'355	16'519	409'874
48	Abschreibungen	4'569	184	4'753
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	88	3	91
4	Total Betriebsaufwand	398'012	16'705	414'717
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	7'585'617	55'250	7'640'867
	Versicherungsbetriebsergebnis	-4'235'117	86'411	-4'148'706
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	3'269	110	3'379
	Gesamtbetriebsergebnis	-4'231'848	86'521	-4'145'327

Datenstand: 15.8.12

1) Ohne T 7.04

Quelle: Formular EF 2.10

8: Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

8.01 Anzahl Versicherer ab 1996	132
8.02 Anzahl Versicherer OKP nach Versichertenbestand ab 2001	133
8.03 Stellen, Personal und Löhne in der OKP ab 2001	134
8.04 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der Versicherer ab 2001	135
8.05 Gesamtbetriebsrechnung: Ertrag der Versicherer	136
8.06 Gesamtbetriebsrechnung: Aufwand der Versicherer	137
8.07 Aktiven und Passiven der Versicherer ab 2001	138
8.08 Eigenkapital, Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude der Versicherer ab 2001	139
8.09 Bilanz: Aktiven der Versicherer per 31.12.	140
8.10 Bilanz: Passiven der Versicherer per 31.12.	141
8.11 Aufstellung über Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude per 31.12.	142
8.12 Ergebnisverteilung per 31.12.	143

T 8.01 Anzahl KVG Versicherer ab 1996

Jahr	A			B		C	D
	Anzahl Versicherer KVG	Zuwachs	Abgang	Anzahl KVG-Versicherer ^{1 2}		Freiwillige Taggeldversicherung	OKP <i>und</i> Taggeldversicherung
1996	159	0	25	145	150	136	
1997	142	1	18	129	135	122	
1998	127	0	15	118	115	106	
1999	119	2	10	109	109	99	
2000	110	0	9	101	102	93	
2001	108	0	2	99	102	92	
2002	101	1	8	93	93	85	
2003	99	2	3	93	92	86	
2004	98	0	2	92	93	87	
2005	90	2	9	85	82	76	
2006	92	2	0	87	82	77	
2007	92	0	0	87	82	77	
2008	91	0	1	86	83	78	
2009	86	2	7	81	74	69	
2010	86	1	1	81	78	73	
2011	69	0	17	63	62	56	

Datenstand: 15.8.12

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 2001

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	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	19	10	22	9	16	5	81	0.0%
2011	13	10	14	3	18	5	63	-22.2%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 5.01

T 8.03 Stellen, Personal und Löhne in der OKP ab 2001

Jahr ¹	Verwaltung / Hauptsitz		Sektionen / Agenturen		Total		Total		Bruttogehälter in Mio. Fr. ³		Mittleres Bruttogehalt in Fr. ⁴	
	Stellen	Personen	Stellen	Personen	Stellen	davon Kader ²	Personen	davon Kader ²	Total (Hauptsitz und Agenturen)	davon Kader ²	pro Stelle (Total)	pro Stelle (Kader ²)
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	832.8	99.7	87'877	172'150
2008	7'012	8'068	2'796	3'914	9'808	543	11'982	630	578.1	62.0	87'495	150'904
2009	7'104	8'234	2'676	3'912	9'780	334	12'146	436	581.3	35.1	86'570	161'757
2010	7'282	8'352	2'803	3'867	10'085	317	12'219	422	621.4	36.4	84'055	196'328
2011	7'478	8'573	2'847	3'954	10'325	317	12'527	426	654.3	44.0	85'727	197'461

Datenstand: 15.8.12

- 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.->10 Total: ~ 50 Versicherer / Kader : ~35 Versicherer).

Quelle: Formular EF 3.10.3

T 8.04 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der Versicherer in Mio. Franken ab 2001

Jahr ¹	Total des Gesamtertrags	Veränderung gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränderung gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis ²	Veränderung gegenüber Vorjahr
2001	16'854.5	-4.6%	17'581.4	-1.4%	-724.7	-333.2%
2002	17'923.0	6.3%	18'156.4	3.3%	-233.4	67.8%
2003	19'735.1	10.1%	19'235.0	5.9%	500.1	314.3%
2004	20'469.2	3.7%	19'860.8	3.3%	608.4	21.7%
2005	21'134.6	3.3%	20'885.7	5.2%	249.0	-59.1%
2006	21'891.1	3.6%	21'334.3	2.1%	556.8	123.7%
2007	22'327.6	2.0%	22'091.4	3.5%	236.2	-57.6%
2008	22'243.6	-0.4%	22'986.4	4.1%	-742.8	-414.5%
2009	23'404.1	5.2%	23'827.5	3.7%	-423.4	43.0%
2010	25'088.4	7.2%	24'788.8	4.0%	299.6	170.8%
2011	25'928.8	3.4%	25'308.6	2.1%	620.2	107.0%

Datenstand: 15.8.12

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

2011

Kontengruppe		Betrag in Fr.	Anteil in %
60	Freiwillige Taggeldversicherung KVG	239'780'493	0.9%
600	– Taggeld	253'446'507	1.0%
601	– Überschussbeteiligung auf Kollektivversicherung Taggeld	-13'666'015	-0.1%
61	Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG ¹	23'779'546'587	91.7%
63	Zusatzversicherungen VVG, inkl. Taggeld VVG ²	1'966'758'102	7.6%
60 – 63	Prämiensoll	25'986'085'182	100.2%
64	Erlösminderungen auf Prämien	-134'989'156	-0.5%
65	Andere Prämienanteile	7'469'802	0.0%
60 – 65	Bruttoprämien	25'858'565'828	99.7%
66	Prämienanteile der Rückversicherer	-20'420'219	-0.1%
60 – 66	Eigene Versicherungsprämien	25'838'145'610	99.7%
67	Prämienverbilligung und sonstige Beiträge / Subventionen	2'146'293'073	8.3%
670	– Beiträge zur Prämienverbilligung (Art. 65 KVG)	2'109'628'633	8.1%
672	– Beiträge anderer Institutionen z.G. der Versicherten	37'161'642	0.1%
673	– Beiträge z.G. des Versicheres	-404'796	0.0%
675	– Beiträge an Insolvenzfonds	-92'406	0.0%
68	Prämienermässigung an Versicherte	-2'109'754'576	-8.1%
67 – 68	Eigene Subventionen und Beiträge	36'538'498	0.1%
69	Sonstige Betriebserträge	84'533'695	0.3%
6	Total Versicherungsertrag	25'959'217'803	100.1%
70	Liegenschaftsrechnung	38'526'521	0.1%
701	– Liegenschaftsergebnis	38'526'521	0.1%
72	Neutraler Aufwand und Ertrag	-65'468'145	-0.3%
720	– Kapitalertrag	498'181'424	1.9%
721	– Kapitalaufwand	-312'694'380	-1.2%
722	– Wertberichtigung auf Wertschriften	-101'911'122	-0.4%
723	– Nicht rückzuerstattende Abgabeerträge VOC und HEL	885'727	0.0%
724	– Übriger neutraler Aufwand und Ertrag	-149'929'794	-0.6%
76	Einkommens-, Vermögens-, Ertrags- und Kapitalsteuer VVG	-3'427'388	0.0%
7	Total neutraler Aufwand/Ertrag	-30'369'012	-0.1%
6 / 7	Total des Gesamtertrages	25'928'848'790	100.0%
800 – 801	Rückschlag Gesamtbetriebsrechnung	27'292'235	–
	Gesamttotal	25'956'141'026	–

Datenstand: 15.8.12

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 EF 1.8 und 1.9

T 8.06 Gesamtbetriebsrechnung: Aufwand der Versicherer

2011

Kontengruppe		Betrag in Fr.	Anteil in %
30	Freiwillige Taggeldversicherung KVG	188'239'146	0.7%
31	Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG ¹	25'024'482'919	98.9%
32	Kostenbeteiligung der Versicherten	-3'625'941'467	-14.3%
33	Zusatzversicherungen VVG, inkl. Taggeld VVG ²	1'676'709'994	6.6%
30 – 33	Bezahlte Leistungen	23'263'490'592	91.9%
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	96'962'495	0.4%
35	Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle / versicherungstechnische Rückstellungen	313'396'340	1.2%
30 – 35	Bruttoleistungen	23'673'849'427	93.5%
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	-11'658'216	0.0%
37	Risikoausgleich	29'937'158	0.1%
3	Total Versicherungsaufwand	23'692'128'369	93.6%
400	– Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	1'292'624'744	5.1%
410	– Verwaltungsräumlichkeiten und Betriebseinrichtungen	115'809'950	0.5%
420	– EDV-Kosten	181'841'118	0.7%
430	– Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	38'538'090	0.2%
450	– Marketing und Werbung inkl. Provisionen KVG	76'812'077	0.3%
453	– Marketing und Werbung inkl. Provisionen VVG	46'872'598	0.2%
460	– Übriger Verwaltungsaufwand	427'772'962	1.7%
470	– Erhaltene Verwaltungsentschädigung	-680'528'538	-2.7%
40 – 47	Total Verwaltungsaufwand	1'499'742'999	5.9%
48	Abschreibungen	97'767'567	0.4%
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	18'970'371	0.1%
4	Total Betriebsaufwand	1'616'480'938	6.4%
3 / 4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	25'308'609'307	100.0%
800 – 801	Vorschlag Gesamtbetriebsrechnung	647'531'719	–
	Gesamttotal	25'956'141'026	–

Datenstand: 15.8.12

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 EF 1.6 und 1.7

T 8.07 Aktiven und Passiven der Versicherer in Mio. Franken ab 2001

Jahr ¹	Aktiven Umlauf- vermögen	Anlage- vermögen	Passiven Fremd- kapital	Fonds und Reserven	Bilanz- summe	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	8'002.0	10'157.5	14'095.9	4'063.5	18'159.5	6.2%
2011	8'288.7	10'229.3	14'059.1	4'458.9	18'518.0	2.0%

Datenstand: 15.8.12

1) Bestände per Jahresende; Vorjahresvergleiche sind nur mit Vorbehalt möglich, da jene Zusatzversicherungen VVG, 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 2001

Jahr	Eigenkapital in Mio. Fr.	Veränderung gegenüber Vorjahr	Eigenkapital- quote ¹	Kapital- anlagen in Mio. Fr.	Veränderung gegenüber Vorjahr	Grundstücke und Gebäude in Mio. Fr.	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	4'055.8	8.7%	16.5%	9'041.6	0.3%	966.4	-4.9%
2011	4'451.2	9.7%	17.1%	9'122.3	0.9%	973.6	0.7%

Datenstand: 15.8.12

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.

2011

Kontengruppe		Betrag in Fr.	Anteil in %
Umlaufvermögen		8'288'688'472	44.8%
10	Flüssige Mittel	3'297'904'098	17.8%
11	Forderungen bei Versicherten	3'331'133'232	18.0%
	– Forderungen bei Versicherten brutto	3'603'847'210	19.5%
	– Wertberichtigung / Delkredere	-272'713'978	-1.5%
12	Forderungen bei Partnern	724'260'660	3.9%
	– Forderungen bei Partnern brutto	738'307'253	4.0%
	– Wertberichtigung / Delkredere	-14'046'593	-0.1%
13	Forderungen bei Rückversicherern	41'757'301	0.2%
14	Forderungen von Subventionen, Prämienverbilligung, Risikoausgleich und anderen Beiträgen	398'751'657	2.2%
15	Vorausbezahlte Versicherungsleistungen, Regress und Rückerstattungsansprüche	29'997'555	0.2%
16	Übrige Forderungen und aktive Rechnungsabgrenzung	464'883'970	2.5%
Anlagevermögen		10'229'265'964	55.2%
17	Kapitalanlagen	9'122'326'191	49.3%
	– Kapitalanlagen brutto	9'555'284'668	51.6%
	– Wertberichtigung	-432'958'477	-2.3%
18	Grundstücke und Gebäude	973'590'310	5.3%
	– Grundstücke und Gebäude brutto	1'379'609'701	7.5%
	– Wertberichtigung	-406'019'391	-2.2%
19	Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge	133'349'464	0.7%
	– Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge brutto	992'252'840	5.4%
	– Wertberichtigung	-858'903'376	-4.6%
1	Total Aktiven	18'517'954'437	100.0%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 1.3

T 8.10 Bilanz: Passiven der Versicherer per 31.12.

2011

Kontengruppe	Betrag in Fr.	Anteil in %
Fremdkapital	14'059'089'481	75.9%
20 Verbindlichkeiten aus Versicherungsleistungen	494'839'768	2.7%
21 Verbindlichkeiten bei Versicherten (ohne Konto.215)	3'945'999'997	21.3%
215 Noch zur Verrechnung gelangende Abgabeerträge VOC und HEL	-2'358'402	0.0%
22 Verbindlichkeiten bei Partnern	755'006'072	4.1%
23 Verbindlichkeiten bei Rückversicherern	11'072'812	0.1%
24 Verbindlichkeiten bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG	102'489'029	0.6%
25 Verbindlichkeiten bei anderen Versicherern	28'969'346	0.2%
26 Übrige Verbindlichkeiten und passive Rechnungsabgrenzung	564'233'094	3.0%
27 Rückstellung für unerledigte Versicherungsfälle, Risikoausgleich, nicht versicherungstechn. Rückstellungen, Rücklagen aus Fusionen	8'158'837'766	44.1%
270 – Oblig. Krankenpflegevers. (ohne Kto. 270.2 und 270.3)	5'648'636'727	30.5%
270.1 – Nicht versicherungstechnische Rückstellungen KVG	559'168'569	3.0%
270.2 – Oblig. Krankenpflegevers. (effektive Kosten gemäss Verordnung (EWG) Nr. 574/72 Art. 93)	86'100'025	0.5%
270.3 – Oblig. Krankenpflegevers. (Pauschalkosten gem. Verordnung (EWG) Nr. 574/72 Art. 94 und 95)	4'215'080	0.0%
271 – Freiwillige Taggeldversicherung nach KVG	97'134'463	0.5%
272 – Aktive Rückversicherung	4'104'470	0.0%
273 – Zusatzversicherungen inkl. Taggeld VVG	1'168'833'218	6.3%
273.1 – Nicht versicherungstechnische Rückstellungen VVG	298'993'320	1.6%
274 – Risikoausgleich	289'625'418	1.6%
279 – Zweckgebundene Rücklagen aus Fusionen	2'026'476	0.0%
<i>Fonds und Eigenkapital</i>	<i>4'458'864'956</i>	<i>24.1%</i>
28 Fonds	7'639'337	0.0%
280 – Reglementierte Fonds	6'839'337	0.0%
281 – Immobilien (Renovationen, Umbauten)	800'000	0.0%
282 – EDV-Projekte	0	0.0%
29 Eigenkapital	4'451'225'619	24.0%
290 – Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung (ohne Konto 290.5)	3'618'724'855	19.5%
290.5 – Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung EG und EFTA (ohne Liechtenstein)	25'609'066	0.1%
290.9 – Aktienkapital	91'983'844	0.5%
291 – Reserven Taggeldversicherung nach KVG	520'975'036	2.8%
292 – Reserven Aktive Rückversicherung	-43'241'465	-0.2%
293 – Zusatzversicherung VVG, inkl. Taggeld VVG	237'174'284	1.3%
299 – Einkaufssummen fusionierter Versicherer	0	0.0%
2 Total Passiven	18'517'954'437	100.0%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 1.4 und 1.5

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

2011

Kontengruppe	Betrag in Fr.	Anteil in %
17 Kapitalanlagen		
170 Kapitalanlagen nach Art. 80 KVV ¹		
Anlagen bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften und bei Banken und Sparkassen	1'401'127'040	13.9%
Wertpapiere und andere an der Börse kotierte Anlagen	7'329'089'865	72.6%
Anlagen in grundpfandgesicherten Darlehen	564'853'860	5.6%
Anlagen und Guthaben von Betriebskrankenkassen im eigenen Betrieb	0	0.0%
Anlagen bei Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen	12'393'840	0.1%
Sonstige Wertschriften	247'820'064	2.5%
170 Total	9'555'284'668	94.6%
179 Wertberichtigung Kapitalanlagen	-432'958'477	-4.3%
17 Kapitalanlagen - Gesamttotal	9'122'326'191	90.4%
18 Grundstücke und Gebäude		
180 Grundstücke	67'767'891	0.7%
Gebäude für Verwaltungszwecke	499'127'585	4.9%
Gebäude für Wohn- und Geschäftszwecke	812'714'225	8.0%
180 Total	1'379'609'701	13.7%
189 Wertberichtigung Grundstücke und Gebäude	-406'019'391	-4.0%
18 Grundstücke / Gebäude - Gesamttotal	973'590'310	9.6%
17-18 Gesamttotal Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude	10'095'916'501	100.0%

Datenstand: 15.8.12

1) Anschaffungswert = Buchwert

Quelle: Formular EF 1.11

T 8.12 Ergebnisverteilung per 31.12.

2011

	Betrag in Fr.	Betrag in Fr.
Gesamtbetriebsrechnung:		
800 Vorschlag	-	647'531'719
800 Rückschlag	27'292'235	-
	<u>Zuweisungen</u>	<u>Entnahmen</u>
Fonds:		
280 Reglementierte Fonds	7'000	10'857
281 Immobilien	0	0
282 EDV-Projekte	0	0
Eigenkapital:		
290 Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung (ohne Kto. 290.5)	613'229'921	25'481'588
290.5 Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung EG und EFTA (ohne Liechtenstein)	19'023'266	4'689'708
291 Reserven Freiw. Taggeldversicherung KVG	23'834'487	9'981'073
292 Reserven Aktive Rückversicherung nach KVG	3'324'117	7'366'610
293 Zusatzversicherung VVG, inkl. Taggeld VVG	12'302'229	3'951'700
Total	699'013'256	699'013'256

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 1.10

9: Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

9.01 Wohnbevölkerung, Ärzte mit Praxistätigkeit und Apotheken nach Kanton	(T 9.09 STAT10)	145
9.02 Entwicklung der Wohnbevölkerung, der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken ab 2001	(T 9.10 STAT10)	146
9.03 Aufteilung der Versicherten nach Art der Spitalzusatzversicherungen ab 2001	(T 9.11 STAT10)	147
9.04 Entwicklung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 2001	(T 9.12 STAT10)	148
9.05 Index der Krankenversicherungsprämien nach Versicherungsart ab 2001	(T 9.13 STAT10)	149
9.06 Index der Krankenpflegekosten, der Krankenversicherungsausgaben der Löhne ab 1996	(T 9.14 STAT10)	150
9.07 Gesamtbeitrag je versicherte Person nach Versicherungsform in der OKP ab 2001	(T 9.15 STAT10)	151
9.08 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage in der OKP ab 2001	(T 9.16 STAT10)	152
9.09 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage in der OKP	(T 9.20 STAT10)	153
9.10 Taggeldversicherung KVG / VVG ab 2001	(T 9.17 STAT10)	154
9.11 Krankenversicherung (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 2001	(T 9.18 STAT10)	155
9.12 Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder ab 2001	(T 9.19 STAT10)	156
9.13 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungserbringer ab 1996	(T 9.03 STAT10)	157
9.14 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungen ab 1996	(T 9.04 STAT10)	158
9.15 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz und obligatorische Krankenversicherung ab 1996	(STAT11 ->)	159

T 9.01 Wohnbevölkerung, Ärzte mit Praxistätigkeit und Apotheken nach Kanton

2011

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Ärzte: Allgemeinpraktiker ²	Ärzte: Spezialärzte FMH ³	Total Ärzte mit Praxistätigkeit ⁴	Ärzte-dichte ⁵	Anzahl Apotheken ⁶	Medikamentenverkauf ⁸	Apotheken-dichte ⁷
ZH	1'382'732	1'288	2'069	3'357	2.43	226	2	1.63
BE	982'424	918	1'137	2'055	2.09	172	2	1.75
LU	379'788	282	291	573	1.51	34	1	0.90
UR	35'402	23	11	34	0.96	3	1	0.85
SZ	147'317	107	86	193	1.31	12	1	0.81
OW	35'735	28	13	41	1.15	3	1	0.84
NW	41'168	24	24	48	1.17	3	1	0.73
GL	38'913	32	25	57	1.46	2	1	0.51
ZG	114'105	97	130	227	1.99	13	1	1.14
FR	281'581	164	217	381	1.35	70	2	2.49
SO	256'137	218	192	410	1.60	28	1	1.09
BS	185'603	243	506	749	4.04	75	3	4.04
BL	274'882	246	352	598	2.18	43	1	1.56
SH	76'748	73	77	150	1.95	13	2	1.69
AR	53'165	45	38	83	1.56	6	1	1.13
AI	15'716	12	4	16	1.02	1	1	0.64
SG	481'032	384	431	815	1.69	51	1	1.06
GR	193'005	195	134	329	1.70	43	2	2.23
AG	614'882	405	553	958	1.56	115	2	1.87
TG	250'209	184	173	357	1.43	25	1	1.00
TI	335'348	288	367	655	1.95	192	3	5.73
VD	719'613	615	1'076	1'691	2.35	247	3	3.43
VS	314'853	229	237	466	1.48	116	2	3.68
NE	172'634	156	179	335	1.94	57	3	3.30
GE	459'125	502	1'049	1'551	3.38	173	3	3.77
JU	70'287	52	51	103	1.47	20	2	2.85
CH	7'912'398	6'810	9'422	16'232	2.05	1'743	-	2.20

Datenstand: 15.3.13

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

Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung.

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

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

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

4) Quelle: FMH, Ärztestatistik.

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 9.02 Entwicklung der Wohnbevölkerung, der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken ab 2001

Jahr	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Veränderung gegenüber Vorjahr	Anzahl Ärzte ¹	Ärzte-dichte ²	Veränderung ³ gegenüber Vorjahr	Anzahl Apotheken ¹	Apo- theken- dichte ⁴	Veränderung ³ gegenüber Vorjahr
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%
2010	7'877'571	1.0%	16'087	2.04	0.1%	1'733	2.20	-0.9%
2011	7'912'398	0.4%	16'232	2.05	0.5%	1'743	2.20	0.1%

Datenstand: 15.3.13

1) Quelle: T 9.01

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 9.03 KVG-Versicherer¹ : Spitalzusatzversicherungen seit 2001 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
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%
2010	7'822'633	31.2%	6.9%	2.9%	2.7%	4.9%	1.1%	0.5%	1.0%
2011	7'907'019	29.3%	6.6%	2.8%	3.3%	5.8%	1.7%	0.9%	1.1%

Datenstand: 15.8.12

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 BAG 2008 ersichtlich.
Folglich weisen die in dieser Tabelle enthaltenen Prozentwerte nur einen Teil der Versicherten aus, die eine Spitalzusatzversicherung abgeschlossen haben.

Kantonale Angaben zu den Spitalzusatzversicherungen stehen nicht zur Verfügung.

2) Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Formular EF 3.7.3.

Es werden nur Versicherte berücksichtigt, welche die Zusatzversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen haben wie die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

3) Quelle: T 11.06.

4) Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Formular EF 3.7.3.

Nur Versicherte, welche die Zusatzversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen haben als die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

5) Besondere Versicherungsangebote :

- Flex-Versicherung, bei der Versicherte von Fall zu Fall die Abteilung, in der sie behandelt werden wollen, und die dazu gehörige Franchise.

bzw. Kostenbeteiligung für die halbprivate oder private Abteilung wählen können.

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

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

- Behandlungskostenversicherung bei Spitalaufenthalten mit einem definierten Maximalbetrag pro Jahr.

T 9.04 Entwicklung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 2001 (1996 = 100) ¹

Jahr	Medikamente	Ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalleistungen	Medizinische Apparate	Andere Gesundheitsleistungen	Gesundheitspflege (Total)	Landesindex der Konsumentenpreise (LIK)
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
2010	75.8	100.2	113.0	119.5	99.0	109.4	105.3	112.2
2011	71.9	100.3	113.9	121.0	97.3	110.9	105.1	112.4

Vorjahresveränderung der Preisindizes für Gesundheitspflege

Jahr	Medikamente	Ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalleistungen	Medizinische Apparate	Andere Gesundheitsleistungen	Gesundheitspflege (Total)	Landesindex der Konsumentenpreise (LIK)
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%
2010	-4.9%	0.0%	1.0%	1.0%	-0.6%	1.7%	-0.2%	0.7%
2011	-5.2%	0.0%	0.8%	1.2%	-1.7%	1.4%	-0.2%	0.2%

Datenstand: 19.3.13

1) Basis des Indexes der Konsumentenpreise: Dezember 2010 = 100. Indizes neu berechnet auf der Basis Jahresdurchschnitt 1996 = 100.

Methode zur Ermittlung des Index "Gesundheitspflege":

Gesundheitskosten: Gewichtung nach den 6 in der Folge aufgeführten Teilindizes:

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

Quelle: BFS, Sektion Preise.

T 9.05 Index der Krankenversicherungsprämien je versicherte Person nach Versicherungsart ab 2001 (Basis 1999 = 100)

Jahr	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ²				Spitalzusatzversicherungen ³			
	Alle Versicherte	Erwachsene	Junge Erwachsene	Kinder	Alle Versicherte	Spital allgemein (ganze CH)	Spital halbprivat	Spital privat
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	158.1	154.2	170.1	144.3	134.8	120.5	136.4	145.2
2011	167.6	162.7	186.7	152.1	141.3	124.7	143.3	153.1
2012	-	-	-	-	142.7	123.8	145.6	155.3

Veränderung gegenüber dem Vorjahr

Jahr	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ²				Spitalzusatzversicherungen ³				Einfluss auf das verfügbare Einkommen in % ¹
	Alle Versicherte	Erwachsene	Junge Erwachsene	Kinder	Alle Versicherte	Spital allgemein (ganze CH)	Spital halbprivat	Spital privat	
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	8.6%	8.1%	11.3%	8.4%	6.5%	5.4%	6.7%	7.1%	-0.6%
2011	6.0%	5.5%	9.8%	5.4%	4.8%	3.5%	5.1%	5.4%	-0.4%
2012 ⁴	2.2%	-	-	-	1.0%	-0.7%	1.6%	1.4%	-0.2%

Datenstand: 14.11.11

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

2) Quelle: T 3.05. Effektive Erhöhungen für alle Versicherungsarten.3) Quelle: geschätzten Erhöhung der Prämien pro Altersgruppe für die ordentliche Franchise: vgl. T 3.01.

3) Quelle: BFS, Sektion Preise. Krankenversicherungsprämienindex (KVPI) [Medienmitteilung 11/12].

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

T 9.06 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	Nettoleistungen Index OKP ⁷	Veränderung gegenüber Vorjahr
1996	100.0	-	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%	105.3	5.3%
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%	110.4	4.8%
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%	114.7	3.9%
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%	121.8	6.2%
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%	128.5	5.5%
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%	133.3	3.7%
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%	139.6	4.7%
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%	148.2	6.2%
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%	156.6	5.7%
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%	157.6	0.6%
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%	164.0	4.1%
2008	173.2	4.2%	143.7	4.5%	170.4	-0.4%	168.0	-1.0%	186.2	3.2%	116.2	2.0%	171.2	4.4%
2009	178.1	2.9%	148.2	3.2%	172.2	1.0%	169.6	1.0%	189.1	1.6%	118.6	2.1%	176.4	3.1%
2010	181.3	1.8%	150.4	1.5%	184.8	7.3%	184.2	8.6%	188.8	-0.1%	119.6	0.8%	180.1	2.1%
2011	184.1	1.5%	-	-	195.4	5.7%	195.3	6.0%	195.9	3.8%	120.7	0.9%	182.2	1.2%

Datenstand: 15.3.13

- 1) Quelle: T 2.15. Entwicklung der Bruttoleistungen pro versicherte Person (erfasst mit der Kostenbeteiligung der Versicherten).
- 2) Quelle: T 9.15. Entwicklung pro Einwohner, 2011: keine Daten verfügbar.
- 3) Quelle: T 9.07. OKP Ausgaben = Prämien + Kostenbeteiligung (berücksichtigt nur die beim 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 3.05. Entwicklung pro versicherte Person für alle Versicherungsmodelle.
- 7) Quelle: T 2.21. Entwicklung der Bruttoleistungen pro versicherte Person (erfasst ohne die Kostenbeteiligung der Versicherten).

T 9.07 Gesamtbeitrag je versicherte Person (Prämie + Kostenbeteiligung ¹) nach Versicherungsform ab 2001

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	3'581	3'784	3'041	2'815	3'273	7.3%
2011	3'856	4'048	3'251	3'032	3'460	5.7%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 3.05 + 2.02

Zusätzliche Angaben nach Altersgruppe

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränderung gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränderung gegenüber Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	965	7.3%	3'021	9.8%	3'920	6.9%
2011	1'012	4.9%	3'293	9.0%	4'126	5.3%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 3.05 + 2.02

1) Berücksichtigt nur die beim Versicherer eingereichten Rechnungen.

T 9.08 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage ab 2001

Jahr	Erkrankte ¹	Veränderung gegenüber Vorjahr	Einweisungen	Veränderung gegenüber Vorjahr	Spitaltage	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	6'497'094	0.5%	1'211'453	-6.0%	10'978'202	-8.3%
2011	6'573'455	1.2%	1'231'733	1.7%	11'005'084	0.2%

Datenstand: 15.8.12

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

Quelle: T 9.09

T 9.09 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage

2011

Merkmal	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder ⁵	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
Versicherte ¹	3'103'820	3'255'004	6'358'824	1'503'947	7'862'770	1.1%
Erkrankte ²	2'297'651	2'889'962	5'187'613	1'385'842	6'573'455	1.2%
Erkrankte je 100 Versicherte ²	74.0	88.8	81.6	92.2	83.6	0.1%
Einweisungen ³	504'166	639'973	1'144'139	87'594	1'231'733	1.7%
<i>davon Mutterschaft</i>	-	93'161	93'161	367	93'528	1.7%
Einweisungen je 100 Versicherte	16.2	19.7	18.0	5.8	15.7	0.6%
Spitaltage ⁴	4'696'833	5'864'751	10'561'585	443'499	11'005'084	0.2%
<i>davon Mutterschaft</i>	-	518'364	518'364	2'300	520'664	1.3%
Spitaltage je 100 Versicherte	151.3	180.2	166.1	29.5	140.0	-0.8%
Spitaltage je Einweisung	9.3	9.2	9.2	5.1	8.9	-1.4%

Datenstand: 15.8.12

- 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 EF 1.12, 3.7.1 und 3.7.2

T 9.10 Taggeldversicherung KVG / VVG ab 2001 in Mio. Fr.

Jahr	Prämien ⁴		Nettoleistungen ⁴		Total	
	KVG-Versicherer		KVG-Versicherer			Privat-versicherer
	freiwillige Versicherung KVG ¹	Versicherung VVG ²	freiwillige Versicherung KVG ¹	Versicherung VVG ²		
2001	398.7	248.4	352.0	201.9	1'595.2	2'149.0
2002	370.9	248.8	329.1	227.1	1'701.0	2'257.2
2003	354.1	295.5	309.9	266.9	1'821.8	2'398.6
2004	354.1	466.0	277.9	341.4	1'729.0	2'348.4
2005	340.1	497.8	251.1	268.0	1'547.5	2'066.6
2006	315.8	549.0	220.6	347.8	1'471.9	2'040.3
2007	299.3	544.4	207.7	361.8	1'413.6	1'983.1
2008	279.1	601.7	198.3	376.5	1'588.3	2'163.2
2009	267.0	613.9	197.2	416.7	1'765.9	2'379.8
2010	247.7	635.5	191.6	422.6	1'869.4	2'483.6
2011	240.0	609.7	188.2	541.7	1'827.6	2'557.5

Datenstand: 15.3.13

- 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 AS03 N, C, D [ohne Unfallversicherung] - Total KVG Versicherer für die VVG Versicherung [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 begriffen (siehe Spalte 2).
- 4) Prämien = verdiente Prämien brutto; Leistungen = Zahlungen für Versicherungsfälle.

T 9.11 Krankenversicherung¹ (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 2001 in Mio. Fr.

Jahr	Prämien		Total		Nettoleistungen		Privatversicherer ² Versicherung VVG	Total
	KVG-Versicherer Grundversicherung ⁴	Zusatzversicherung ³	Privatversicherer ² Versicherung VVG	Total	KVG-Versicherer Grundversicherung ⁴	Zusatzversicherung ³		
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
2010	21'955.7	1'442.6	4'581.4	27'979.8	20'883.7	1'281.6	3'204.1	25'369.4
2011	23'513.7	1'273.4	5'039.5	29'826.6	21'356.4	979.2	3'671.2	26'006.8

Datenstand: 15.3.13

1) Krankenpflegeversicherung ohne Taggeldversicherung.

2) Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (FINMA), Total der Tabelle AS03 N, C, D [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 9.12 Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder ab 2001

A. in % des BIP

Land	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Australien	8.1%	8.4%	8.3%	8.5%	8.4%	8.5%	8.5%	8.7%	9.1%	-	-
Österreich	10.1%	10.1%	10.3%	10.4%	10.4%	10.2%	10.3%	10.5%	11.2%	11.0%	-
Belgien	8.3%	8.5%	10.0%	10.1%	10.1%	9.6%	9.6%	10.0%	10.7%	10.5%	-
Dänemark	9.1%	9.3%	9.5%	9.7%	9.8%	9.9%	10.0%	10.2%	11.5%	11.1%	-
Finnland	7.4%	7.8%	8.2%	8.2%	8.4%	8.3%	8.0%	8.3%	9.2%	8.9%	8.8%
Frankreich	10.2%	10.6%	10.9%	11.0%	11.2%	11.1%	11.1%	11.0%	11.7%	11.6%	-
Deutschland	10.5%	10.7%	10.9%	10.7%	10.8%	10.6%	10.5%	10.7%	11.7%	11.6%	-
Italien	8.2%	8.3%	8.3%	8.6%	8.9%	9.0%	8.6%	8.9%	9.3%	9.3%	9.1%
Japan	7.8%	7.9%	8.0%	8.0%	8.2%	8.2%	8.2%	8.6%	9.5%	-	-
Niederlande	8.3%	8.9%	9.8%	10.0%	9.8%	9.7%	10.8%	11.0%	11.9%	12.0%	-
Norwegen	8.8%	9.8%	10.0%	9.6%	9.0%	8.6%	8.7%	8.6%	9.8%	9.4%	9.2%
Spanien	7.2%	7.3%	8.2%	8.2%	8.3%	8.4%	8.5%	8.9%	9.6%	9.6%	-
Schweden	8.9%	9.2%	9.3%	9.1%	9.1%	8.9%	8.9%	9.2%	9.9%	9.6%	-
Grossbritannien	7.3%	7.6%	7.8%	8.0%	8.2%	8.5%	8.5%	8.8%	9.8%	9.6%	-
USA	14.3%	15.1%	15.7%	15.8%	15.8%	15.9%	16.2%	16.6%	17.7%	17.6%	-
Schweiz * 1	10.6%	10.9%	11.3%	11.3%	11.2%	10.8%	10.6%	10.7%	11.4%	11.4%	11.5%
* davon Kosten OKP 2	4.0%	4.1%	4.3%	4.5%	4.6%	4.4%	4.3%	4.4%	4.6%	4.6%	4.5%

B. in CHF pro Person 3

Land	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Australien	4'394	4'532	4'750	5'047	5'193	5'246	5'362	5'346	5'629	-	-
Österreich	5'391	5'462	5'731	6'008	6'106	6'199	6'252	6'463	6'665	6'666	-
Belgien	4'350	4'503	5'378	5'535	5'658	5'435	5'478	5'728	5'999	6'020	-
Dänemark	4'927	5'084	5'141	5'478	5'652	5'932	6'027	6'281	6'725	6'770	-
Finnland	3'625	3'807	4'000	4'300	4'511	4'586	4'655	4'897	5'016	4'931	4'946
Frankreich	4'997	5'173	5'297	5'452	5'741	5'777	5'868	5'807	6'027	6'027	-
Deutschland	5'162	5'213	5'500	5'554	5'859	5'914	5'956	6'144	6'480	6'580	-
Italien	4'099	3'958	4'025	4'160	4'385	4'522	4'431	4'595	4'608	4'495	-
Japan	3'817	3'791	3'971	4'116	4'341	4'323	4'394	4'456	4'654	-	-
Niederlande	4'699	5'018	5'505	5'802	6'013	6'139	7'057	7'323	7'493	7'669	-
Norwegen	6'006	6'426	6'814	7'150	7'495	7'647	7'814	8'124	8'202	8'171	7'834
Spanien	3'009	3'091	3'599	3'745	3'963	4'233	4'382	4'593	4'749	4'635	-
Schweden	4'602	4'785	5'032	5'180	5'164	5'298	5'490	5'662	5'691	5'699	-
Grossbritannien	3'683	3'874	4'123	4'455	4'705	4'911	4'848	4'867	5'182	5'207	-
USA	9'462	9'875	10'649	11'146	11'725	11'786	11'973	12'018	12'253	12'487	-
Schweiz * 1	6'306	6'505	6'713	6'903	6'998	7'052	7'312	7'640	7'875	7'992	8'213
* davon Kosten OKP 2	2'369	2'453	2'560	2'726	2'871	2'899	3'005	3'137	3'216	3'280	3'330

Datenstand: 15.3.13

- 1) 2010: Schätzung.
- 2) 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.
- 3) Umrechnung von US\$ in CHF mit dem Kurs des betrachteten Jahres, Kaufkraftbereinigt gemäss den OECD-Kaufkraftparitäten.

Quelle: www.oecd.org -> Topics: Health -> OECD Health Data 2012 Version: March 2013.
 Topics > OECD > Themes > Health Expenditure and Financing > total health expenditure > total expenditure HC1-HC9,HCR1; HF1-HF3; HP1-HP9,
 % gross domestic product, /capita, national currency unit (CH), /capita, US\$ purchasing power parity.

Topics > OECD > Themes > National accounts > annual National accounts > main aggregates > PPP and exchange rates
 exchange rate and national currency per US dollar.

T 9.13 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungserbringer¹ in Mio. Fr. ab 1996

Jahr ²	Kranken- häuser	Sozialme- dizinische Institutionen	Ambulante Versorgung	Detail- handel	Staat	Versicherer	Organisa- tionen ohne Erwerbs- charakter	Total
1996	13'184.0	5'983.4	11'678.6	3'544.7	869.1	1'796.9	412.0	37'468.6
1997	13'300.5	6'218.5	11'898.8	3'699.7	820.1	1'853.8	418.5	38'209.9
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	1'288.9	2'554.2	640.9	58'426.1
2009	21'704.9	10'488.0	18'595.0	5'486.7	1'439.6	2'608.6	658.1	60'980.8
2010	22'447.7	10'768.8	19'232.2	5'456.2	1'211.4	2'712.8	665.8	62'494.9
2011	-	-	-	-	-	-	-	-

Datenstand: 11.10.12

1) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006. Vom BFS revidierte Werte für 2009 (10/12).

2) Seit 2012 publiziert die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETHZ keine Prognose mehr zur Kostenentwicklung.

Das BFS publiziert die definitiven Kosten mit einer Verzögerung von zwei Jahren und publiziert keine Schätzungen für die zukünftige Entwicklung.

Quelle: 1996-2010: Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens

T 9.14 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungen ¹ in Mio. Fr. ab 1996

Jahr ²	Stationäre Behandlung	Ambulante Behandlung	Andere Leistungen	Verkauf Gesund- heitsgüter	Prävention	Verwaltung	Total
1996	17'744.4	10'932.7	1'269.0	4'540.3	966.9	2'015.3	37'468.6
1997	18'024.2	11'172.9	1'237.2	4'778.9	938.8	2'057.9	38'209.9
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	1'417.6	2'923.7	58'426.1
2009	27'761.3	19'185.5	2'046.1	7'423.4	1'521.8	3'042.7	60'980.8
2010	28'364.0	20'334.9	2'042.1	7'304.3	1'470.7	2'978.9	62'494.9
2011	-	-	-	-	-	-	-

Datenstand: 11.10.12

1) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006. *Vom BFS revidierte Werte für 2009 (10/12).*

2) Seit 2012 publiziert die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETHZ keine Prognose mehr zur Kostenentwicklung.

Das BFS publiziert die definitiven Kosten mit einer Verzögerung von zwei Jahren und publiziert keine Schätzungen für die zukünftige Entwicklung.

Quelle: 1996-2010: Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens

T 9.15 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz¹ und obligatorische Krankenversicherung ab 1996

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ²
<i>nach Finanzierungsregimes (BFS)³, in Mio. Fr.</i>																
Total Kosten des Gesundheitswesens⁴	37'468.6	38'209.9	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	58'426.1	60'980.8	62'494.9	-
Staat⁵	5'976.7	5'920.5	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	10'892.9	11'812.5	11'843.0	-
Bund	129.2	117.5	116.9	126.0	145.0	164.4	177.7	155.6	137.7	126.9	121.3	180.2	190.7	235.3	194.0	-
Kantone	4'784.6	4'715.3	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	9'143.9	9'940.4	10'018.5	-
Gemeinden	1'062.9	1'087.8	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	1'568.3	1'636.8	1'630.5	-
Sozialversicherungen																
Krankenversicherung KV (Grundvers.) ⁶	11'739.7	12'280.3	12'798.7	13'282.2	14'059.1	14'866.7	15'483.3	16'304.2	17'379.8	18'272.7	18'618.2	19'476.6	20'562.3	21'382.8	22'025.1	-
Privatversicherungen	4'895.5	4'463.4	4'590.2	4'331.9	4'546.7	4'699.9	4'615.5	4'477.9	4'511.7	4'674.8	4'820.3	5'090.8	5'247.4	5'384.2	5'404.7	-
KVG-Versicherer (VG) ⁸	4'375.2	3'892.3	4'038.2	3'415.2	2'846.1	1'875.9	1'740.9	1'645.4	1'205.7	1'392.2	1'351.0	1'445.5	1'567.2	1'563.6	1'559.7	-
Private Versicherungseinrichtungen ⁶	521.3	571.1	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	3'790.6	3'844.9	-
Private Haushalte																
Kostenbeteiligung, Sozialversicherung ⁷	1'678.5	1'778.0	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	2'985.0	3'038.7	3'155.1	3'280.5	3'382.5	3'408.7	-
Kostenbeteiligung, Privatversicherung ⁷	92.3	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	36.7	42.8	45.9	47.2	43.5	41.8	-
Übrige private Finanzierung⁸	360.3	367.4	375.3	388.7	420.2	442.7	456.3	462.2	460.5	481.0	500.3	535.5	600.9	589.4	619.9	-
Andere⁹	12'724.6	13'313.8	13'906.8	14'579.2	15'012.9	15'480.1	15'863.0	16'615.3	17'154.7	16'878.2	17'216.6	17'950.2	17'794.9	18'385.9	19'151.8	-

aus der Sicht der Krankenversicherung (BAG), in Mio. Fr.

Premien Krankenversicherung ¹⁰	16'013.1	16'937.3	17'695.3	17'814.4	18'507.0	19'132.2	20'687.0	22'048.5	23'360.4	23'865.6	24'818.0	25'247.3	25'543.4	25'752.8	27'979.8	29'826.6
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	11'035.2	11'924.8	12'604.2	12'949.5	13'346.7	13'954.7	15'395.2	16'759.7	17'979.6	18'442.7	19'234.9	19'629.6	19'621.4	20'057.6	21'855.7	23'513.7
Zusatzversicherungen VWG der KVG-Versicherer	4'337.5	4'410.6	4'463.3	3'766.7	2'917.4	1'997.0	1'958.4	1'822.6	1'388.8	1'397.7	1'384.1	1'410.6	1'412.5	1'381.6	1'442.6	1'273.4
Zusatzversicherungen VWG der Privatversicherer	640.4	601.9	637.8	1'088.2	2'242.9	3'180.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	4'025.3	4'199.1	4'207.1	4'509.5	4'313.6	4'581.4	5'039.5
Nettleistungen Krankenversicherung¹⁰	15'102.8	15'124.7	15'686.5	15'981.6	16'973.2	17'916.3	18'410.6	19'050.6	20'102.9	21'309.9	21'538.3	22'031.5	23'800.9	24'861.9	25'389.4	26'006.8
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	10'780.5	11'360.5	11'926.9	12'430.6	13'190.3	13'986.3	14'932.8	15'335.6	16'307.5	17'352.7	17'563.9	18'423.6	19'431.5	20'273.9	20'883.7	21'356.4
Zusatzversicherungen VWG der KVG-Versicherer	3'809.6	3'288.3	3'289.5	2'787.1	2'198.1	1'576.7	1'422.3	1'354.6	1'040.5	1'144.4	1'083.3	1'170.1	1'241.4	1'229.3	1'281.6	979.2
Zusatzversicherungen VWG der Privatversicherer	512.7	475.9	460.1	763.9	1'583.8	2'353.3	2'395.5	2'360.4	2'755.0	2'812.7	2'891.1	3'037.8	3'128.1	3'158.8	3'204.1	3'671.2
Kostenbeteiligung	1'770.8	1'884.4	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.2	2'541.0	2'627.5	2'868.2	3'031.7	3'081.5	3'201.0	3'337.6	3'426.0	3'450.5	3'613.0
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG ¹¹	1'678.5	1'780.0	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	3'280.5	3'382.5	3'408.7	3'575.1
Zusatzversicherungen VWG der KVG-Versicherer ¹²	92.3	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	36.7	42.8	45.9	47.2	43.5	41.8	37.9
Bruttoleistungen Krankenversicherung¹³	16'360.9	16'533.2	17'381.4	17'467.3	17'732.5	17'991.2	18'556.1	19'317.7	20'216.2	21'528.8	21'728.7	22'794.7	24'010.5	24'929.1	25'615.8	25'946.7
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	12'459.0	13'138.5	14'024.1	14'620.5	15'478.3	16'386.5	17'824.1	19'138.8	20'347.7	20'602.6	21'578.7	22'721.9	23'856.3	24'282.5	24'931.5	25'351.5
Zusatzversicherungen VWG der KVG-Versicherer	3'901.9	3'384.7	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	1'272.8	1'323.4	1'017.2
Premienverbiligung KVG¹⁴	1'815.6	2'087.1	2'263.2	2'476.6	2'532.8	2'671.6	2'848.4	2'961.1	3'025.3	3'119.6	3'230.0	3'432.2	3'388.3	3'542.4	3'979.8	4'070.3
Kosten des Gesundheitswesens in Franken pro Einwohner¹⁵	5'273.2	5'371.4	5'582.7	5'735.4	5'942.9	6'277.0	6'449.4	6'652.9	6'842.9	6'937.9	6'982.8	7'247.4	7'576.9	7'816.8	7'933.3	-
Durchschnittliche Prämien in der OKP in Franken pro Versicherte¹⁶	1'538.9	1'663.9	1'753.7	1'792.7	1'850.2	1'917.2	2'090.6	2'281.5	2'441.9	2'487.5	2'582.7	2'612.1	2'585.8	2'610.6	2'834.5	3'005.5

Datenstand: 15.3.13

- 1) Als Folge der Revision der Kosten des Gesundheitssystems durch das BFS stehen die in den Tabellen T 9.01, 9.02, 9.05, 9.06, 9.07 und 9.08 der KV-Statistik 2010 vorhandenen weiteren Rubriken nicht mehr als Zeitreihe seit 1996 zur Verfügung. Insbesondere publiziert das BFS seit 2010 die Angaben nicht mehr, die es erlauben, die Prämien und die Prämienverfügungen und die Leistungen der OKP innerhalb des Gesundheitswesens auszuweisen.
- 2) Seit 2012 publiziert die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETHZ keine Prognose mehr zur Kostenentwicklung.
Das BFS publiziert die definitiven Kosten mit einer Verzögerung von zwei Jahren und publiziert keine Schätzungen für die zukünftige Entwicklung.
- 3) Ersetzt die Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahler ab 2010.
- 4) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006. Vom BFS revidierte Werte für 2009 (10/12).
- 5) 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.
- 6) Nettoleistungen + übriger Aufwand + Prävention + Verwaltungskosten (Leistungen III in T 9.08 STAT KV 10).
- 7) Kostenbeteiligung, Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG und Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer. Quelle: BAG.
- 8) Spenden und Legate an Organisationen ohne Erwerbszweck wie Pflegeheime für Betagte, Institutionen für Behinderte, Spitexorganisationen, Gesundheitsligen.
- 9) Andere Rubriken als die im Folgenden erwähnten: UV, IV, AHV, andere Regimes, soziale Leistungen, out of pocket (als Differenz berechnet).
- 10) Quelle T 9.11.
- 11) T 1.02 [32]; erscheint auch als Privathaushalte in der Tabelle des BFS nach Finanzierungsregimes.
- 12) T 7.03 [32]; erscheint auch als Privathaushalte in der Tabelle des BFS nach Finanzierungsregimes.
- 13) Bruttoleistungen = Nettoleistungen + Kostenbeteiligung.
- 14) 2008 -> : Ausbezahlte Subventionen gemäss KVG (T 4.01) / -> 2007: Budget nach Reduktion (T 4.07).
- 15) Kosten des Gesundheitswesens (BFS) / Anzahl Einwohner (T 9.01) in Franken.
- 16) Prämien pro Versicherten in Fr. für alle Versicherungsformen (T 1.01).

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2011, Bundesamt für Gesundheit

Quelle: BAG; 2011: T 1.01, 1.02, 4.01, 7.03, 9.01, 9.11; 1996->2010 T 9.01->9.08 STAT KV 10 / OFS; 2010: Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens; 1996->2009: T 9.01-> 9.08 STAT KV 10

10: Risikoausgleich in der OKP

10.01	Risikoausgleich: Nettozahler und Nettoempfänger ab 1996	162
10.02	Risikoausgleich: Bruttoumverteilung und Nettoumverteilung ab 1996	163
10.03	Risikoausgleich je versicherte Person und Versicherungsmonat nach Altersklasse und Geschlecht	164
10.04	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kanton (gemäss Definition des Risikoausgleichs)	165
10.05	Effektive Kosten nach Kanton (gemäss Definition des Risikoausgleichs)	166

T 10.01 Risikoausgleich: Nettozahler und Nettoempfänger ab 1996

Ausgleichs- jahr	Netto- zahler ¹	Anteil am Total in %	Netto- empfänger ¹	Anteil am Total in %	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
1996	82	56.6%	63	43.4%	145	-
1997	60	46.5%	69	53.5%	129	-11.0%
1998	62	52.5%	56	47.5%	118	-8.5%
1999	59	54.1%	50	45.9%	109	-7.6%
2000	59	58.4%	42	41.6%	101	-7.3%
2001	64	64.6%	35	35.4%	99	-2.0%
2002	68	73.1%	25	26.9%	93	-6.1%
2003	70	75.3%	23	24.7%	93	0.0%
2004	72	77.4%	21	22.6%	93	0.0%
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%
2010	55	67.9%	26	32.1%	81	-1.2%
2011	38	60.3%	25	39.7%	63	-22.2%

Datenstand: 25.6.12

Quelle: Statistik des Risikoausgleichs - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

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

Ausgleichs- jahr	Bruttoumverteilung ¹				Nettoumverteilung ²	
	nach Geschlecht	Veränderung gegenüber Vorjahr	nach Alter	Veränderung gegenüber Vorjahr	zwischen Versicherern	Veränderung gegenüber Vorjahr
1996	913	-	2'674	-	530	-
1997	951	4.2%	2'895	8.3%	532	0.4%
1998	1'005	5.7%	3'173	9.6%	609	14.5%
1999	1'043	3.8%	3'340	5.3%	660	8.3%
2000	1'090	4.5%	3'554	6.4%	732	11.0%
2001	1'148	5.3%	3'804	7.0%	845	15.4%
2002	1'177	2.5%	3'992	4.9%	928	9.9%
2003	1'166	-1.0%	4'231	6.0%	1'009	8.7%
2004	1'233	5.8%	4'555	7.6%	1'103	9.3%
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%
2010	1'484	1.2%	5'996	2.8%	1'546	-1.0%
2011	1'497	0.9%	6'105	1.8%	1'497	-3.1%

Datenstand: 25.6.12

Quelle: Statistik des Risikoausgleichs - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

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

**T 10.03 Risikoausgleich ¹ in Fr. je versicherte Person
und Versicherungsmonat nach Altersklasse und Geschlecht**

2011

Altersklasse	Männlich	Veränderung in Fr. gegenüber Vorjahr	Weiblich	Veränderung in Fr. gegenüber Vorjahr	Alle Versicherte	Veränderung in Fr. gegenüber Vorjahr
0 - 18	0	-	0	-	0	-
19 - 25	-204	-1	-160	-3	-182	-2
26 - 30	-199	0	-109	0	-154	0
31 - 35	-189	-3	-78	0	-133	-1
36 - 40	-170	-2	-86	2	-128	0
41 - 45	-149	-3	-94	-1	-122	-2
46 - 50	-120	-2	-69	0	-95	-1
51 - 55	-75	-2	-32	-3	-54	-3
56 - 60	-12	0	8	-4	-2	-2
61 - 65	66	-3	65	-1	66	-2
66 - 70	163	0	148	4	155	2
71 - 75	275	5	244	-1	258	2
76 - 80	404	-1	376	2	388	1
81 - 85	523	5	547	-7	538	-3
86 - 90	674	-11	805	-9	762	-9
> 90	937	-17	1'214	-30	1'141	-27

Datenstand: 25.6.12

Quelle: Statistik des Risikoausgleichs - 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.

**T 10.04 Durchschnittlicher Versichertenbestand ¹ nach Kanton
(gemäss Definition des Risikoausgleichs ²)**
2011

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	davon Kinder männlich
ZH	250'336	546'798	572'311	1'119'110	1'369'446	128'532
BE	176'161	384'205	415'757	799'961	976'122	90'042
LU	75'109	148'895	155'217	304'112	379'221	38'510
UR	6'998	14'160	14'214	28'375	35'373	3'622
SZ	28'829	59'939	57'999	117'939	146'768	14'737
OW	7'185	14'474	14'317	28'790	35'975	3'652
NW	7'434	16'729	16'520	33'248	40'682	3'843
GL	7'220	15'832	15'900	31'732	38'952	3'728
ZG	21'678	45'972	45'717	91'689	113'367	11'070
FR	61'896	107'618	110'683	218'305	280'201	31'629
SO	46'853	102'604	106'972	209'575	256'428	24'062
BS	28'461	75'524	82'934	158'456	186'917	14'615
BL	48'998	108'537	115'673	224'210	273'209	25'093
SH	13'661	31'410	32'874	64'287	77'948	7'080
AR	10'410	21'430	21'768	43'198	53'607	5'462
AI	3'393	6'260	6'018	12'278	15'670	1'747
SG	95'478	189'202	195'042	384'245	479'723	48'655
GR	33'832	80'832	81'849	162'680	196'512	17'297
AG	118'836	247'563	251'382	498'947	617'782	61'270
TG	49'950	100'467	100'870	201'337	251'287	25'691
TI	58'666	130'797	143'698	274'494	333'160	30'030
VD	146'402	265'015	288'158	553'171	699'573	75'095
VS	60'298	126'051	130'301	256'353	316'651	30'902
NE	35'011	65'468	71'535	137'004	172'016	18'013
GE	88'140	158'827	176'487	335'313	423'454	45'107
JU	14'726	27'023	28'648	55'670	70'397	7'635
CH	1'495'961	3'091'632	3'252'844	6'344'479	7'840'441	767'119

Datenstand: 25.6.12

Quelle: Statistik des Risikoausgleichs - 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 Kanton
(gemäss Definition des Risikoausgleichs ²)**

2011

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene
ZH	229'044'621	1'404'574'049	2'004'729'690	3'409'303'739	3'638'348'360
BE	136'701'708	1'138'010'881	1'643'572'416	2'781'583'297	2'918'285'005
LU	53'325'369	338'361'635	483'001'065	821'362'700	874'688'069
UR	4'650'589	30'592'851	41'209'589	71'802'440	76'453'029
SZ	23'575'962	133'342'648	175'919'759	309'262'407	332'838'369
OW	4'963'229	30'149'936	40'475'449	70'625'385	75'588'614
NW	4'591'022	32'870'691	45'252'907	78'123'598	82'714'620
GL	5'360'858	36'032'186	49'467'836	85'500'022	90'860'880
ZG	15'930'456	96'297'112	136'923'889	233'221'001	249'151'457
FR	48'789'687	273'630'001	386'123'113	659'753'114	708'542'801
SO	39'227'667	259'762'019	358'381'832	618'143'851	657'371'518
BS	34'717'613	258'647'286	394'932'114	653'579'400	688'297'013
BL	49'021'333	306'251'595	440'065'661	746'317'256	795'338'589
SH	10'020'887	75'114'321	112'757'241	187'871'562	197'892'449
AR	7'320'692	45'960'506	62'319'895	108'280'401	115'601'093
AI	2'009'814	12'550'433	15'179'569	27'730'002	29'739'816
SG	71'595'560	419'247'119	587'191'724	1'006'438'843	1'078'034'403
GR	27'515'204	177'850'411	253'475'117	431'325'528	458'840'732
AG	104'327'224	596'959'948	813'020'464	1'409'980'412	1'514'307'636
TG	39'781'380	227'910'678	307'927'014	535'837'692	575'619'072
TI	52'002'274	410'116'997	572'234'675	982'351'672	1'034'353'946
VD	149'788'608	794'634'899	1'168'937'456	1'963'572'355	2'113'360'963
VS	49'117'141	309'020'003	422'721'649	731'741'652	780'858'793
NE	30'497'177	179'637'386	274'111'614	453'749'000	484'246'177
GE	107'872'663	540'071'456	848'555'940	1'388'627'396	1'496'500'059
JU	12'466'373	78'235'102	110'169'437	188'404'539	200'870'912
CH	1'314'215'111	8'205'832'149	11'748'657'115	19'954'489'264	21'268'704'375

Datenstand: 25.6.12

Quelle: Statistik des Risikoausgleichs - 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 2001	168
11.02	Versichertenbestand per 31.12. ab 2001	169
11.03	Versichertenbestand nach Wohnkanton per 31.12.	170
11.04	Versichertenbestand und Wohnbevölkerung ab 1996	171
11.05	Versichertenbestand per 31.12 nach Versicherungsform ab 2001	172
11.06	Versichertenbestand nach Versicherungsform per 31.12.	173
11.07	Aufteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ab 2001	174
11.08	Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Versicherte ab 19 Jahren	175
11.09	Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Kinder 0 - 18 Jahre	176
11.10	Versicherteneintritte und Versichertenaustritte KVG nach Alter und Geschlecht	177
11.11	Zahlungsausstände für OKP-Prämien ab 2001	178
11.12	Versichertenbestand KVG nach Geschlecht im 2010, 2011 und 2012	179
11.13	Durchschnittlicher Versichertenbestand KVG und Durchschnittsalter der Versicherten	180
11.14	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kanton	181
11.15	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersklasse und Geschlecht	182
11.16	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherungsform	183
11.17	Anzahl Versicherte OKP, in %, nach Grösse der Versicherer ab 2001	184
11.18	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kanton ab 1996	185

(STAT11 ->)

T 11.01 Durchschnittlicher Versichertenbestand ¹ ab 2001

Jahr ²	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	3'056'460	3'218'554	6'275'014	1'504'648	7'779'662	0.9%
2011	3'103'820	3'255'004	6'358'824	1'503'947	7'862'770	1.1%

Datenstand: 15.8.12

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

2) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF 1.12 A

T 11.02 Versichertenbestand per 31.12 ab 2001

Jahr ²	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder ¹	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	3'060'091	3'216'359	6'276'450	1'546'183	7'822'633	1.0%
2011	3'107'638	3'253'232	6'360'870	1'546'149	7'907'019	1.1%

Datenstand: 15.8.12

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

2) Bis 2001: einschliesslich Versicherte mit Wohnsitz oder Aufenthalt im Ausland gemäss Art. 3, 4 und 5 KVV;

ab 2002: einschliesslich 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.

2011

Kanton	Männer	Frauen	Kinder	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	549'838	573'254	259'563	1'382'655	1.4%
BE	386'911	415'475	181'961	984'347	0.4%
LU	149'946	155'120	77'314	382'380	1.2%
UR	14'259	14'180	7'172	35'611	0.2%
SZ	60'485	58'093	29'655	148'233	0.9%
OW	14'631	14'325	7'394	36'350	0.7%
NW	16'900	16'544	7'632	41'076	0.7%
GL	16'047	15'887	7'433	39'367	0.9%
ZG	46'698	45'915	22'534	115'147	2.1%
FR	109'246	111'364	64'305	284'915	2.3%
SO	103'243	107'103	48'495	258'841	0.7%
BS	70'996	80'440	28'736	180'172	1.0%
BL	107'829	115'152	50'583	273'564	0.1%
SH	30'566	32'401	14'046	77'013	1.2%
AR	21'614	21'747	10'709	54'070	0.8%
AI	6'301	6'013	3'501	15'815	0.3%
SG	190'464	194'893	98'539	483'896	1.0%
GR	81'566	82'320	34'788	198'674	-0.1%
AG	247'510	251'367	122'658	621'535	1.6%
TG	100'183	100'379	51'370	251'932	1.6%
TI	131'152	143'447	60'768	335'367	0.8%
VD	268'369	289'786	152'252	710'407	1.6%
VS	127'476	131'192	62'883	321'551	1.4%
NE	66'014	71'512	36'214	173'740	0.5%
GE	159'857	175'862	90'107	425'826	0.8%
JU	27'244	28'662	15'196	71'102	0.5%
Schweiz	3'105'345	3'252'433	1'545'808	7'903'586	1.1%
Ausland ¹	2'293	799	341	3'433	-23.4%
Total	3'107'638	3'253'232	1'546'149	7'907'019	1.1%

Datenstand: 15.8.12

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 EF 3.2

T 11.04 Versichertenbestand und Wohnbevölkerung ab 1996

Jahr	Durchschnittlicher Versichertenbestand EF ¹	Durchschnittlicher Versichertenbestand RA ²	Versichertenbestand per 1.1 EF ³	Versichertenbestand per 31.12 EF ³	Mittlere Wohnbevölkerung BFS ⁴
1996	7'232'667	7'170'504	-	7'194'754	7'105'446
1997	7'236'471	7'182'492	-	7'214'805	7'113'565
1998	7'246'616	7'211'592	-	7'248'603	7'131'888
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	7'426'709	7'458'475	7'501'255
2006	7'478'427	7'488'730	7'470'156	7'507'545	7'557'609
2007	7'537'587	7'517'067	7'548'213	7'577'132	7'618'599
2008	7'615'563	7'602'868	7'611'232	7'669'611	7'711'056
2009	7'708'852	7'692'449	7'717'311	7'748'922	7'801'278
2010	7'779'662	7'764'759	7'783'558	7'822'633	7'877'571
2011	7'862'770	7'840'441	7'932'245	7'907'019	7'912'398

Datenstand: 15.3.13

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

2) Für den Risikoausgleich (RA) 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 1.1 und per 31.12. im Formular EF123.

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

Quelle: T 11.01, Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG, T 11.12, T 11.06, T 9.01

T 11.05 Versichertenbestand per 31.12. nach Versicherungsform ¹ ab 2001

Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2010	2'395'489	1'750'104	5'668	3'671'372	7'822'633	1.0%
2011	2'165'345	1'530'081	5'251	4'206'342	7'907'019	1.1%

Datenstand: 15.8.12

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

Quelle: T 11.06

T 11.06 Versichertenbestand nach Versicherungsform ¹ per 31.12.

2011

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränderung gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	676'898	872'995	615'452	2'165'345	27.4%	-9.6%
Wählbare Jahresfranchisen	771'413	691'772	66'896	1'530'081	19.4%	-12.6%
BONUS-Versicherung	3'416	1'802	33	5'251	0.1%	-7.4%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO) *	1'655'911	1'686'663	863'768	4'206'342	53.2%	14.6%
<i>* davon Versicherte, die gleichzeitig eine wählbare Franchise haben</i>	-	-	-	2'178'193	27.5%	-
Total	3'107'638	3'253'232	1'546'149	7'907'019	100.0%	1.1%

Datenstand: 15.8.12

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 EF 3.3

T 11.07 Verteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ab 2001

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
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%
2010	30.6%	22.4%	0.1%	46.9%	100.0%
2011	27.4%	19.4%	0.1%	53.2%	100.0%

Datenstand: 15.8.12

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		
ZH	27.0%	9.2%	1.7%	5.4%	0.9%	7.4%	-	24.7%	0.1%	17.0%	31.2%	48.2%	7.5%	26.9%	100.0%
BE	16.5%	9.6%	1.3%	3.8%	0.6%	3.8%	-	19.1%	0.1%	23.3%	41.1%	64.4%	6.4%	23.5%	100.0%
LU	22.8%	4.8%	1.1%	3.9%	0.6%	4.4%	-	14.9%	0.1%	27.7%	34.6%	62.3%	8.9%	43.3%	100.0%
UR	22.1%	8.9%	1.4%	6.7%	1.3%	4.4%	-	22.8%	0.1%	21.6%	33.4%	55.0%	5.8%	28.8%	100.0%
SZ	25.7%	7.9%	1.5%	6.0%	0.8%	6.4%	-	22.6%	0.1%	19.4%	32.2%	51.6%	2.0%	39.6%	100.0%
OW	19.4%	6.7%	1.2%	4.2%	1.0%	3.9%	-	17.0%	0.1%	28.4%	35.1%	63.5%	0.4%	51.3%	100.0%
NW	24.4%	6.8%	1.6%	5.1%	1.0%	4.0%	-	18.5%	0.2%	25.4%	31.6%	57.0%	0.7%	44.3%	100.0%
GL	33.6%	8.8%	2.2%	9.0%	1.7%	7.0%	-	28.6%	0.2%	15.8%	21.8%	37.6%	0.0%	24.7%	100.0%
ZG	27.5%	8.2%	1.8%	6.1%	1.0%	7.1%	-	24.2%	0.1%	18.4%	29.8%	48.2%	6.5%	30.8%	100.0%
FR	24.1%	14.6%	1.9%	5.6%	1.2%	4.0%	-	27.3%	0.1%	15.6%	32.9%	48.5%	0.4%	32.7%	100.0%
SO	25.2%	11.2%	1.6%	5.0%	0.8%	4.7%	-	23.3%	0.1%	18.7%	32.7%	51.4%	3.0%	29.7%	100.0%
BS	31.5%	8.6%	1.4%	6.0%	0.6%	6.2%	-	22.8%	0.1%	17.6%	28.1%	45.7%	14.7%	22.7%	100.0%
BL	25.0%	10.2%	1.7%	5.7%	0.8%	5.9%	-	24.3%	0.1%	18.3%	32.3%	50.6%	3.7%	31.8%	100.0%
SH	22.3%	8.5%	1.5%	4.7%	1.1%	5.9%	-	21.8%	0.1%	22.5%	33.3%	55.8%	0.8%	43.5%	100.0%
AR	26.9%	6.4%	1.8%	5.5%	1.0%	5.0%	-	19.8%	0.1%	19.7%	33.6%	53.3%	7.4%	33.5%	100.0%
AI	24.4%	5.6%	1.3%	4.8%	0.6%	3.5%	-	15.9%	0.1%	20.5%	39.0%	59.6%	1.4%	50.8%	100.0%
SG	22.0%	5.3%	1.2%	4.3%	0.6%	4.3%	-	15.7%	0.1%	24.6%	37.6%	62.2%	10.5%	38.6%	100.0%
GR	36.6%	5.1%	1.5%	5.6%	0.9%	5.7%	-	18.8%	0.1%	21.3%	23.3%	44.6%	1.3%	33.7%	100.0%
AG	26.0%	7.0%	1.5%	5.1%	0.8%	5.2%	-	19.6%	0.1%	23.1%	31.1%	54.2%	5.7%	36.8%	100.0%
TG	20.4%	5.4%	1.3%	5.0%	0.8%	5.1%	-	17.6%	0.1%	22.8%	39.1%	61.9%	10.7%	42.6%	100.0%
TI	26.7%	13.0%	1.2%	5.8%	0.4%	7.5%	-	27.9%	0.0%	14.7%	30.6%	45.3%	0.2%	25.9%	100.0%
VD	20.7%	14.7%	2.2%	6.3%	0.6%	7.1%	-	30.9%	0.0%	13.6%	34.8%	48.4%	1.2%	29.2%	100.0%
VS	38.2%	14.6%	2.3%	5.4%	1.0%	4.8%	-	28.0%	0.0%	14.2%	19.6%	33.8%	0.0%	22.0%	100.0%
NE	23.8%	11.6%	1.1%	4.3%	0.4%	6.1%	-	23.6%	0.0%	16.1%	36.4%	52.5%	1.2%	42.7%	100.0%
GE	28.2%	16.9%	2.0%	6.2%	0.4%	7.3%	-	32.8%	0.0%	12.3%	26.7%	39.0%	9.9%	17.1%	100.0%
JU	21.6%	12.4%	1.3%	6.2%	0.7%	5.1%	-	25.6%	0.0%	14.7%	38.0%	52.7%	0.0%	42.4%	100.0%
Ausland ²	86.3%	0.5%	1.4%	1.7%	0.2%	5.8%	-	9.6%	0.0%	1.0%	3.0%	4.1%	0.0%	3.5%	100.0%
CH	24.8%	9.9%	1.6%	5.2%	0.7%	5.7%	-	23.2%	0.1%	19.1%	32.9%	51.9%	5.5%	30.4%	100.0%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.24

1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsform 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,...)				Total
	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	46.2%	0.2%	0.9%	0.4%	0.7%	0.9%	0.6%	3.7%	0.0%	46.6%	3.5%	6.6%	29.3%	100.0%					
BE	29.6%	0.1%	0.9%	0.3%	0.6%	0.6%	0.6%	3.1%	0.0%	60.8%	6.4%	5.7%	25.0%	100.0%					
LU	28.3%	0.1%	0.3%	0.2%	1.1%	0.5%	0.4%	2.5%	0.0%	60.6%	8.6%	6.7%	51.5%	100.0%					
UR	31.2%	0.1%	0.3%	1.4%	4.5%	0.6%	0.8%	7.6%	0.0%	55.0%	6.2%	5.1%	35.3%	100.0%					
SZ	36.0%	0.1%	0.5%	0.3%	1.9%	0.9%	0.7%	4.4%	0.0%	52.8%	6.8%	1.8%	48.6%	100.0%					
OW	25.5%	0.1%	0.3%	0.2%	1.7%	0.4%	0.3%	3.0%	0.0%	65.4%	6.2%	0.1%	60.7%	100.0%					
NW	31.5%	0.1%	0.2%	0.2%	1.8%	0.4%	0.5%	3.2%	0.0%	58.5%	6.8%	0.4%	53.7%	100.0%					
GL	50.9%	0.1%	0.4%	1.0%	1.9%	0.3%	2.0%	5.7%	0.0%	40.5%	2.9%	0.0%	30.9%	100.0%					
ZG	41.1%	0.1%	0.7%	0.3%	1.4%	1.1%	0.6%	4.2%	0.0%	50.4%	4.2%	8.0%	36.1%	100.0%					
FR	42.4%	0.1%	1.7%	0.6%	0.8%	0.5%	0.8%	4.5%	0.0%	48.9%	4.2%	0.6%	36.3%	100.0%					
SO	40.0%	0.1%	0.7%	0.3%	0.9%	0.5%	1.0%	3.4%	0.0%	52.3%	4.3%	3.3%	29.7%	100.0%					
BS	44.6%	0.1%	1.5%	0.3%	1.2%	0.5%	1.0%	4.7%	0.0%	46.1%	4.7%	16.4%	25.4%	100.0%					
BL	39.0%	0.1%	1.0%	0.4%	1.2%	0.8%	1.2%	4.8%	0.0%	50.2%	6.1%	3.3%	35.7%	100.0%					
SH	36.3%	0.1%	0.6%	0.4%	0.9%	1.2%	0.3%	3.5%	0.0%	55.6%	4.6%	1.2%	44.4%	100.0%					
AR	37.2%	0.1%	0.4%	0.5%	0.9%	0.8%	0.9%	3.5%	0.0%	55.1%	4.2%	7.0%	38.6%	100.0%					
AI	25.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.4%	0.7%	0.4%	1.9%	0.0%	64.8%	8.1%	1.0%	65.3%	100.0%					
SG	29.7%	0.1%	0.3%	0.2%	1.2%	0.4%	0.6%	2.8%	0.0%	60.9%	6.6%	12.5%	42.5%	100.0%					
GR	45.5%	0.1%	0.4%	0.2%	0.5%	0.5%	0.8%	2.3%	0.0%	49.4%	2.8%	1.9%	40.5%	100.0%					
AG	42.2%	0.1%	0.7%	0.3%	0.6%	0.8%	0.4%	2.9%	0.0%	51.2%	3.7%	6.5%	35.3%	100.0%					
TG	29.1%	0.1%	0.4%	0.2%	0.9%	0.8%	1.0%	3.4%	0.0%	59.8%	7.6%	13.6%	44.6%	100.0%					
TI	45.4%	0.2%	1.9%	0.3%	1.0%	0.8%	0.7%	4.9%	0.0%	46.1%	3.7%	0.1%	32.5%	100.0%					
VD	39.0%	0.5%	3.0%	1.2%	1.8%	0.8%	1.6%	8.8%	0.0%	44.8%	7.6%	2.4%	30.5%	100.0%					
VS	59.0%	0.2%	3.3%	0.6%	0.7%	0.3%	0.8%	5.9%	0.0%	32.5%	2.7%	0.0%	22.6%	100.0%					
NE	39.7%	0.2%	1.4%	0.6%	1.5%	1.1%	0.3%	5.1%	0.0%	49.9%	5.3%	1.8%	44.8%	100.0%					
GE	57.4%	0.7%	2.5%	0.9%	1.3%	0.6%	1.0%	7.0%	0.0%	33.0%	2.6%	9.8%	13.9%	100.0%					
JU	32.7%	0.2%	1.2%	0.8%	1.4%	0.7%	1.0%	5.3%	0.0%	54.0%	8.0%	0.0%	51.0%	100.0%					
Ausland ²	82.2%	0.6%	0.5%	0.0%	1.1%	0.0%	2.4%	4.6%	0.0%	5.3%	7.9%	0.0%	13.2%	100.0%					
CH	40.2%	0.2%	1.3%	0.5%	1.0%	0.7%	0.8%	4.4%	0.0%	50.2%	5.1%	5.6%	33.1%	100.0%					

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.23

1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsform 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 11.10 Versicherteneintritte und Versichertenaustritte KVG nach Alter und Geschlecht

2011

a. Versicherteneintritte

Alter	männlich	weiblich	Total	In % des durchschnittlichen Versichertenbestandes	
Kinder	157'974	149'394	307'368	20.4%	
Junge Erwachsene	78'287	74'084	152'371	22.9%	
Erwachsene	373'423	350'655	724'078	12.7%	
Total *	609'684	574'133	1'183'817	15.1%	E
* davon Neugeborene	39'924	38'302	78'226	1.0%	F
* davon Eintritte ¹ am 1.1.11	455'003	451'273	906'276	11.5%	C

b. Versichertenaustritte

Alter	männlich	weiblich	Total	In % des durchschnittlichen Versichertenbestandes	
Kinder	85'018	79'846	164'864	11.0%	
Junge Erwachsene	55'141	52'710	107'851	16.2%	
Erwachsene	269'049	255'964	525'013	9.2%	
Total *	409'208	388'520	797'728	10.1%	G
* davon gestorben	29'762	31'416	61'178	0.8%	H
* davon Austritte ¹ am 31.12.11	285'599	280'816	566'415	7.2%	J

Datenstand: 15.8.12

Siehe Grafik G 11d ↑

Quelle: Formular EF 3.8.3 (a), 3.8.4 (b) und T 11.13

1) C und J: Schätzungen BAG.

T 11.11 Zahlungsausstände für OKP-Prämien ab 2001

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, 5}
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
2010	395'046	1'691	146'763	2'257
2011	405'039	1'855	139'702	2'880

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 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->2011: 70-75-82-79-75-79-59).
- 3) „Versicherte mit sistierten Leistungen“ sind Versicherte für die ein Leistungsstopp verhängt wurde, weil sie ihre Prämien nicht bezahlt haben.
- 4) 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 aufgeführt.
Daten teilweise unvollständig (siehe Punkt 5).
- 5) Schätzungen aufgrund der Versicherer, die vollständige Angaben <> 0 geliefert haben (Versicherer: 2005->2011: 22-50-56-53-57-60-44).

T 11.12 Versichertenbestand KVG nach Geschlecht 2010, 2011 und 2012

a. Versichertenbestand am 1.1.12

Alter	männlich	weiblich	Total ¹	
Kinder	752'820	715'255	1'468'075	
Junge Erwachsene	341'244	326'806	668'050	
Erwachsene	2'817'097	2'979'023	5'796'120	
Total *	3'911'161	4'021'084	7'932'245	L
* davon Eintritte ² am 1.1.12	295'865	295'776	591'641	K

b. Versichertenbestand am 31.12.10

	männlich	weiblich	Total ¹	
Total *	3'853'170	3'969'463	7'822'633	A
* davon Austritte am 31.12.10	438'350	429'768	868'118	B

c. Versichertenbestand am 31.12.11

	männlich	weiblich	Total ¹	
Total	3'900'895	4'006'124	7'907'019	I

d. Versichertenbestand am 1.1.11

	männlich	weiblich	Total ¹	
Total	3'869'823	3'990'968	7'860'791	D

Datenstand: 15.8.12

Siehe Grafik G 11d ↑

Quelle: EF 3.8.2 (a), T 11.12 c STAT 2010 oder EF 3.1 2010 (A), 3.8.5 (B), EF 3.8.6 (I), T 11.12 a STAT 2010 (D)

1) Versichertenbestand KVG, Personen mit Wohnsitz in der Schweiz und schweizerischer Prämie (inkl. Versicherte gemäss Art. 4 und 5 KVV).

2) K: Schätzungen BAG.

T 11.13 Durchschnittlicher Versichertenbestand ¹ und Durchschnittsalter der Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 29 KVV

2011

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	771'622	732'325	1'503'947	19.1%
Junge Erwachsene	337'350	327'652	665'002	8.5%
Erwachsene	2'766'471	2'927'352	5'693'822	72.4%
Total	3'875'442	3'987'328	7'862'770	100.0%
Durchschnittsalter	39.87	42.15	41.02	-

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

	Männer	Frauen	Kinder	Total
Total	17'454	10'639	3'422	31'515

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

	Männer	Frauen	Kinder	Total
Total	14'011	7'419	3'019	24'449

Datenstand: 15.8.12

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 EF 3.1 und 3.8.1 / B: Formular EF 1.12 D / C: Formular EF 1.12 E

T 11.14 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kanton

2011

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	252'272	104'801	1'016'982	1'374'055	1.3%
BE	177'425	81'620	722'373	981'418	0.5%
LU	75'301	35'580	269'654	380'535	1.1%
UR	7'023	3'270	25'270	35'563	0.3%
SZ	28'945	12'668	105'773	147'387	0.9%
OW	7'192	3'442	25'483	36'118	0.8%
NW	7'463	3'594	29'841	40'898	0.7%
GL	7'245	3'749	28'202	39'196	1.1%
ZG	21'781	8'848	83'272	113'902	1.8%
FR	62'237	25'339	194'123	281'700	2.1%
SO	47'226	22'818	187'857	257'901	0.7%
BS	28'007	13'220	138'737	179'965	1.1%
BL	49'242	21'589	202'033	272'864	0.1%
SH	13'627	6'789	56'196	76'611	1.2%
AR	10'444	4'978	38'453	53'875	0.4%
AI	3'400	1'622	10'744	15'766	0.2%
SG	95'900	46'686	339'105	481'692	0.8%
GR	33'968	18'503	144'849	197'320	0.3%
AG	119'207	53'887	444'127	617'221	1.4%
TG	49'962	23'918	176'598	250'478	1.5%
TI	58'945	23'928	250'910	333'782	0.9%
VD	147'873	59'526	497'595	704'994	1.6%
VS	60'946	28'898	228'887	318'731	1.4%
NE	35'307	15'011	122'902	173'220	0.3%
GE	87'818	33'948	300'917	422'682	1.0%
JU	14'832	6'391	49'644	70'867	0.4%
Ausland ¹	356	380	3'294	4'030	6.5%
CH	1'503'946	665'002	5'693'822	7'862'770	1.1%

Datenstand: 15.8.12

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

Quelle: Formular EF 3.12

T 11.15 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersklasse und Geschlecht

2011

Altersklasse	Männlich absolut	Anteil in %	Weiblich absolut	Anteil in %	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
0 – 5	225'325	5.8%	214'166	5.4%	439'491	1.8%
6 – 10	197'162	5.1%	187'116	4.7%	384'278	-0.5%
11 – 15	214'153	5.5%	203'364	5.1%	417'517	-0.4%
16 – 18	134'982	3.5%	127'679	3.2%	262'661	-1.8%
Total 0 – 18	771'622	19.9%	732'325	18.4%	1'503'947	0.0%
19 – 20	94'133	2.4%	90'973	2.3%	185'106	0.5%
21 – 25	243'217	6.3%	236'679	5.9%	479'896	1.6%
Total 19 – 25	337'350	8.7%	327'652	8.2%	665'002	1.3%
26 – 30	265'486	6.9%	259'163	6.5%	524'648	1.1%
31 – 35	270'378	7.0%	267'075	6.7%	537'452	2.4%
36 – 40	280'965	7.2%	278'570	7.0%	559'535	-1.4%
41 – 45	317'864	8.2%	314'802	7.9%	632'666	-1.3%
46 – 50	328'319	8.5%	319'672	8.0%	647'991	2.4%
51 – 55	284'593	7.3%	277'616	7.0%	562'209	3.1%
56 – 60	240'843	6.2%	241'015	6.0%	481'858	1.3%
61 – 65	223'392	5.8%	230'287	5.8%	453'679	0.8%
66 – 70	188'570	4.9%	202'888	5.1%	391'458	4.1%
71 – 75	136'122	3.5%	161'996	4.1%	298'118	1.3%
76 – 80	107'507	2.8%	143'128	3.6%	250'634	1.1%
81 – 85	71'548	1.8%	116'423	2.9%	187'970	2.0%
86 – 90	37'256	1.0%	76'690	1.9%	113'946	2.4%
91 – 95	11'330	0.3%	29'680	0.7%	41'010	8.5%
96 – 100	2'128	0.1%	7'438	0.2%	9'567	-0.8%
> 100	170	0.0%	910	0.0%	1'080	5.1%
Total > 25	2'766'471	71.4%	2'927'352	73.4%	5'693'822	1.3%
Total	3'875'442	100.0%	3'987'328	100.0%	7'862'770	1.1%

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.11

T 11.16 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherungsform

2011

Versicherungsform 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	605'245	153'418	1'421'621	2'180'284	1'458'158	1'575'039
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500)²	2'977	16'309	615'662	634'949	364'603	631'972
	F II (200 / 1000)²	18'936	9'320	92'553	120'809	66'726	101'873
	F III (300 / 1500)²	7'619	25'654	304'520	337'793	146'878	330'174
	F IV (400 / 2000)²	14'424	4'528	42'205	61'157	32'732	46'733
	F V (500 / 2500)²	10'546	34'419	330'645	375'611	151'678	365'065
	F VI (600 / -)²	11'691	-	-	11'691	11'217	-
	Total	66'194	90'231	1'385'586	1'542'010	773'834	1'475'816
BONUS-Versicherung		32	150	5'081	5'263	2'799	5'231
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)	F O (0 / 300)²	755'179	163'809	1'048'190	1'967'179	1'290'352	1'212'000
	F I (100 / 500)²	3'018	40'082	447'474	490'574	230'085	487'556
	F II (200 / 1000)²	13'619	39'408	184'341	237'368	97'596	223'749
	F III (300 / 1500)²	12'785	91'673	532'257	636'714	209'094	623'930
	F IV (400 / 2000)²	23'528	25'884	173'391	222'803	80'454	199'276
	F V (500 / 2500)²	11'977	60'347	495'881	568'205	189'462	556'228
	F VI (600 / -)²	12'370	-	-	12'370	11'317	-
	Total *	832'475	421'204	2'881'534	4'135'213	2'108'360	3'302'738
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	84'181	46'775	303'157	434'112	240'387	349'931
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	498'008	227'891	1'707'868	2'433'766	1'439'408	1'935'758
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	77'296	257'395	1'833'344	2'168'034	818'008	2'090'738
Alle³		1'503'947	665'002	5'693'822	7'862'771	4'343'151	6'358'824

Datenstand: 15.8.12

Quelle: Formular EF 3.13

1) Die Zuteilung der Versicherten nach Versicherungsform 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 11.17 Anzahl Versicherte OKP, in %, nach Grösse der Versicherer ab 2001

Jahr	Grösse der Versicherer						Total (in %)	Total (Durchschnittlicher Versichertenbestand)
	1 – 5'000	5'001 – 10'000	10'001 – 50'000	50'001 – 100'000	100'001 – 500'000	mehr als 500'000		
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
2010	0.6%	0.9%	6.6%	8.3%	42.2%	41.4%	100.0%	7'779'662
2011	0.4%	1.0%	4.0%	2.1%	51.5%	41.0%	100.0%	7'862'770

Datenstand: 15.8.12

Quelle: T 5.01

T 11.18 Durchschnittlicher Versichertenbestand ^{1 2} nach Kanton in tausend ab 1996

Kanton	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ZH	1'199	1'199	1'207	1'217	1'223	1'240	1'251	1'258	1'266	1'275	1'285	1'294	1'316	1'341	1'356	1'374
BE	954	956	956	958	954	953	955	957	958	958	960	958	962	972	976	981
LU	355	349	350	352	353	354	356	357	358	359	361	363	367	373	376	381
UR	36	36	36	36	36	36	36	35	35	35	35	35	35	35	35	36
SZ	123	126	127	129	130	131	133	135	136	137	139	140	142	145	146	147
OW	31	33	33	33	33	33	34	34	34	34	34	34	35	35	36	36
NW	35	37	37	37	38	38	39	39	39	39	40	40	40	40	41	41
GL	40	40	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38	38	39	39	39
ZG	93	95	96	98	99	100	101	102	104	105	107	108	109	111	112	114
FR	231	232	235	237	239	240	244	247	250	254	260	262	268	271	276	282
SO	243	246	247	247	247	247	248	249	249	250	250	251	252	255	256	258
BS	203	197	191	189	187	186	185	184	183	182	179	178	179	177	178	180
BL	253	257	259	261	262	262	264	265	266	266	267	268	270	271	273	273
SH	76	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	76	76	75	76	77
AR	55	55	55	55	54	54	54	54	54	53	53	53	53	54	54	54
AI	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	16	16	16
SG	449	451	452	454	455	456	459	461	462	463	465	466	470	475	478	482
GR	196	196	197	195	194	194	193	193	194	193	194	193	194	196	197	197
AG	540	542	550	555	558	563	563	566	570	574	579	583	592	601	609	617
TG	225	229	229	230	230	230	231	233	234	235	237	239	242	244	247	250
TI	306	307	308	310	311	313	314	315	316	318	319	321	324	328	331	334
VD	609	612	614	620	622	627	632	638	642	647	653	656	668	684	694	705
VS	280	280	281	283	283	284	287	291	293	296	299	301	305	311	314	319
NE	169	169	169	169	168	168	169	169	169	169	170	169	170	172	173	173
GE	381	379	382	384	386	389	396	396	399	401	406	407	410	414	418	423
JU	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	69	70	70	71	71
CH	7'233	7'236	7'247	7'271	7'265	7'301	7'345	7'373	7'384	7'436	7'478	7'538	7'616	7'709	7'780	7'863

Datenstand: 15.8.12

Quelle: CH T 1.01 / Kantone 1996 -> 2008; Versichertenbestand der Statistik des Risikoausgleichs, Gemeinsame Einrichtung KVG / 2009 -> : EF 3.12
 Siehe Fussnote 2) in T 11.04. Von den Angaben des EF 3.12 werden seit 2009 die Kategorien *Ausland* und *Unbekannt* hier nicht aufgeführt: siehe T 11.14.

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen.

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

12: Prämientarif in der OKP

12.01 Standardprämien ab 1996: CH	<i>(T 3.01 STAT10)</i>	187
12.02 Standardprämien pro Kanton für Erwachsene pro Prämienregion 2013	<i>(T 3.02 STAT10)</i>	188
12.03 Standardprämien pro Kanton für junge Erwachsene pro Prämienregion 2013	<i>(T 3.03 STAT10)</i>	189
12.04 Standardprämien pro Kanton für Kinder pro Prämienregion 2013	<i>(T 3.04 STAT10)</i>	190
12.05 Verteilung der Standardprämien pro Kanton für Erwachsene 2013	<i>(T 3.05 STAT10)</i>	191
12.06 Verteilung der Standardprämien pro Kanton für junge Erwachsene 2013	<i>(T 3.06 STAT10)</i>	192
12.07 Verteilung der Standardprämien pro Kanton für Kinder 2013	<i>(T 3.07 STAT10)</i>	193

T 12.01 Prämientarif: Standardprämien ¹ OKP in Franken ab 1996: CH

Jahr	Erwachsene (26 J. und älter) ²	Veränderung gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre) ³	Veränderung gegenüber Vorjahr	Kinder (0-18 Jahre) ⁴	Veränderung gegenüber 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%
2012	382.0	2.2%	343.1	4.4%	90.6	1.4%
2013	387.7	1.5%	353.1	2.9%	89.3	-1.4%

Datenstand: 27.9.12

Quelle: T 12.02, 12.03, 12.04

1) Prämien publiziert in den OKP Prämienwegweisern 1996->2013 vom BAG (*Prämienübersicht*).

Ausgewiesen wird die **geschätzte** monatliche Durchschnittsprämie **OKP** in Franken; die Berechnungen beruhen auf den Prämientarifen **inklusive Unfalldeckung der ordentlichen Franchise** und auf den Versichertenbeständen nach Kantonen, nach Versicherer und nach Prämienregionen, gegebenenfalls mit provisorisch genehmigten Prämien, ohne Berücksichtigung einer allfälligen unterjährigen Prämienhöhung eines Versicherers. 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 12.02 Prämientarif: Standardprämien ¹ pro Prämienregion ² pro Kanton für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2013

Kanton	R1	R2	R3	RU	Alle Erwachsene ³	Veränderung gegenüber Vorjahr	Jahresdurchschnittliche Veränderung 1996 - 2013
ZH	425.6	382.2	355.1		385.5	2.1%	5.3%
BE	459.6	408.0	385.6		418.8	0.6%	5.6%
LU	363.4	338.6	323.4		344.1	1.6%	5.5%
UR				322.6	322.6	1.2%	5.0%
SZ				334.5	334.5	1.8%	5.2%
OW				315.1	315.1	1.5%	4.8%
NW				300.2	300.2	2.7%	4.8%
GL				336.5	336.5	1.7%	5.8%
ZG				330.1	330.1	1.0%	5.1%
FR	387.9	352.7			364.8	1.6%	4.3%
SO				367.8	367.8	1.9%	5.3%
BS				505.9	505.9	1.1%	5.7%
BL	422.1	392.0			413.9	1.3%	5.4%
SH	382.9	356.2			371.9	2.2%	5.8%
AR				320.8	320.8	4.4%	5.9%
AI				299.2	299.2	2.3%	5.7%
SG	376.0	343.8	331.5		350.2	1.8%	6.0%
GR	347.8	320.1	307.6		324.3	1.7%	5.9%
AG				364.2	364.2	1.1%	6.1%
TG				350.1	350.1	1.7%	6.0%
TI	415.7	387.0			411.4	1.1%	4.3%
VD	437.1	407.8			427.9	2.2%	3.1%
VS	341.2	319.1			334.5	1.5%	4.0%
NE				397.3	397.3	0.5%	4.5%
GE				469.6	469.6	1.5%	3.5%
JU				404.0	404.0	3.2%	4.6%
CH					387.7	1.5%	4.9%

Datenstand: 27.9.12

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 12.01.

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 2013 vom BAG.

T 12.03 Prämientarif: Standardprämien ¹ pro Prämienregion ² pro Kanton für junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken für 2013

Kanton	R1	R2	R3	RU	Alle junge Erwachsene ³	Veränderung gegenüber Vorjahr	Jahresdurchschnittliche Veränderung 1996 - 2013
ZH	395.3	352.0	325.8		352.3	3.3%	7.1%
BE	418.6	362.6	337.2		371.5	1.2%	7.5%
LU	332.6	310.7	294.7		312.8	4.5%	7.1%
UR				290.7	290.7	3.4%	6.4%
SZ				304.9	304.9	4.2%	6.8%
OW				285.4	285.4	4.1%	6.3%
NW				271.1	271.1	5.2%	6.3%
GL				300.1	300.1	2.5%	7.3%
ZG				300.6	300.6	3.3%	6.7%
FR	360.0	322.9			336.1	3.7%	6.0%
SO				334.1	334.1	2.4%	7.0%
BS				461.4	461.4	2.5%	7.7%
BL	383.3	353.0			374.3	2.5%	7.2%
SH	355.5	325.4			343.4	4.0%	7.7%
AR				296.6	296.6	5.1%	7.5%
AI				274.1	274.1	3.1%	7.0%
SG	346.6	316.2	304.4		321.8	3.5%	7.7%
GR	322.7	296.6	285.6		300.1	3.4%	7.7%
AG				329.6	329.6	3.1%	7.8%
TG				320.2	320.2	2.7%	7.6%
TI	383.6	356.8			379.6	2.4%	6.7%
VD	418.4	389.0			408.3	2.9%	5.5%
VS	318.1	283.3			307.4	2.8%	5.6%
NE				380.9	380.9	1.7%	6.4%
GE				436.0	436.0	3.0%	5.2%
JU				385.1	385.1	4.8%	6.4%
CH					353.1	2.9%	6.8%

Datenstand: 27.9.12

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 12.01.

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 2013 vom BAG.

T 12.04 Prämientarif: Standardprämien ¹ pro Prämienregion ² pro Kanton für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken für 2013

Kanton	R1	R2	R3	RU	Alle Kinder ³	Veränderung gegenüber Vorjahr	Jahresdurchschnittliche Veränderung 1996 - 2013
ZH	101.9	91.7	85.2		91.7	0.5%	4.4%
BE	104.2	92.4	87.5		94.4	-2.0%	4.6%
LU	82.0	75.9	72.3		76.6	-2.6%	4.6%
UR				74.9	74.9	-1.0%	4.1%
SZ				76.7	76.7	-2.1%	4.5%
OW				72.4	72.4	-2.4%	4.0%
NW				68.2	68.2	-1.6%	3.8%
GL				75.8	75.8	-0.9%	4.7%
ZG				75.6	75.6	-2.2%	4.2%
FR	89.9	80.6			83.7	-3.0%	3.3%
SO				85.0	85.0	-3.6%	4.8%
BS				121.7	121.7	-0.2%	5.2%
BL	101.3	92.6			98.7	-1.1%	4.9%
SH	88.4	82.3			85.7	-0.2%	5.0%
AR				74.8	74.8	1.9%	4.6%
AI				70.6	70.6	-0.5%	4.5%
SG	89.5	80.7	78.0		82.3	-0.9%	5.0%
GR	83.3	78.0	73.7		78.2	-0.2%	5.1%
AG				82.9	82.9	-2.0%	5.2%
TG				83.1	83.1	-0.7%	5.0%
TI	96.4	90.1			95.4	-0.6%	2.5%
VD	101.6	95.1			99.4	-1.2%	1.6%
VS	77.4	74.5			76.6	-3.6%	2.8%
NE				86.7	86.7	-2.3%	2.9%
GE				104.5	104.5	-2.7%	2.0%
JU				85.0	85.0	-2.6%	3.1%
CH					89.3	-1.4%	3.8%

Datenstand: 27.9.12

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 12.01.

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 2013 vom BAG.

**T 12.05 Verteilung der Standardprämien pro Kanton ¹
für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2013**

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 (Median)	der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie	der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie
ZH	328	361	383	398	464
BE	354	383	420	435	500
LU	279	326	343	375	390
UR	285	300	328	339	396
SZ	284	324	329	344	383
OW	275	317	323	325	341
NW	262	291	298	301	337
GL	288	303	319	372	385
ZG	302	318	325	339	395
FR	307	347	358	384	408
SO	316	352	367	390	399
BS	421	438	530	532	579
BL	340	377	422	454	483
SH	300	349	370	398	422
AR	280	300	326	332	378
AI	272	278	304	305	375
SG	299	328	349	361	399
GR	281	311	312	336	398
AG	315	339	359	388	410
TG	305	333	366	370	376
TI	370	380	402	441	452
VD	365	389	431	449	502
VS	304	310	335	352	390
NE	346	346	412	427	456
GE	386	471	488	488	509
JU	353	368	391	445	470
CH	309	346	383	426	493

Datenstand: 27.9.12

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 12.01.

Die Tabelle stellt eine hypothetische Verteilung der für das Jahr 2013 genehmigten Prämien für das Grundmodell (ordentliche Franchise inkl. Unfalldeckung) dar, basierend auf den Beständen des Jahres 2011.

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 12.06 Verteilung der Standardprämien pro Kanton ¹
für junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken für 2013**

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 (Median)	der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie	der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie
ZH	308	330	350	373	417
BE	320	345	356	398	451
LU	248	304	309	332	347
UR	233	270	301	305	328
SZ	242	303	303	310	364
OW	251	276	292	293	323
NW	236	262	270	271	336
GL	255	282	307	321	342
ZG	270	293	304	312	336
FR	312	316	325	355	369
SO	303	308	336	352	375
BS	406	432	466	478	504
BL	330	356	377	396	423
SH	297	312	342	358	410
AR	226	277	304	315	341
AI	239	250	280	290	304
SG	276	303	316	342	380
GR	270	286	286	311	352
AG	293	311	330	343	375
TG	284	303	320	347	352
TI	341	352	375	407	427
VD	371	383	404	415	468
VS	263	283	308	335	352
NE	346	366	384	399	425
GE	386	415	438	451	475
JU	329	353	375	409	470
CH	282	317	346	384	449

Datenstand: 27.9.12

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 12.01.

Die Tabelle stellt eine hypothetische Verteilung der für das Jahr 2013 genehmigten Prämien für das Grundmodell (ordentliche Franchise inkl. Unfaldeckung) dar, basierend auf den Beständen des Jahres 2011.

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 12.07 Verteilung der Standardprämien pro Kanton ¹
für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken für 2013**

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 (Median)	der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie	der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie
ZH	74	85	92	99	112
BE	77	86	93	102	116
LU	62	73	76	83	91
UR	58	68	76	81	86
SZ	61	72	77	77	96
OW	64	70	73	73	81
NW	56	65	69	69	80
GL	58	70	74	86	90
ZG	60	70	76	81	85
FR	75	78	83	88	98
SO	74	79	83	88	105
BS	97	102	133	133	140
BL	87	91	97	108	121
SH	65	78	88	93	100
AR	57	66	75	83	83
AI	60	67	69	76	79
SG	66	76	82	90	100
GR	64	75	78	84	93
AG	68	79	81	90	99
TG	69	76	83	92	93
TI	72	87	97	106	112
VD	80	93	98	105	123
VS	67	73	76	80	90
NE	66	66	92	102	112
GE	70	107	107	109	126
JU	67	67	86	98	109
CH	68	79	87	99	115

Datenstand: 27.9.12

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 12.01.

Die Tabelle stellt eine hypothetische Verteilung der für das Jahr 2013 genehmigten Prämien für das Grundmodell (ordentliche Franchise inkl. Unfalldeckung) dar, basierend auf den Beständen des Jahres 2011.

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.

Beilage B: Übergangsschlüssel Tabellen T 2010 -> 2011 / 2011 -> 2010

Publikation 2010	Publikation 2011	Publikation 2010	Publikation 2011	Publikation 2011	Publikation 2010	Publikation 2011	Publikation 2010
1.01	1.01	6.03	6.03	1.01	1.01	7.02	7.02
1.02	1.02	6.04	6.04	1.02	1.02	7.03	7.03
1.03	1.03	6.05	6.05	1.03	1.03	7.04	7.04
1.04	1.04	6.06	6.06	1.04	1.04	7.05	7.05
1.05	1.05	7.01	7.01	1.05	1.05	8.01	8.01
1.06	1.06	7.02	7.02	1.06	1.06	8.02	8.02
1.07	1.07	7.03	7.03	1.07	1.07	8.03	8.03
1.08	1.08	7.04	7.04	1.08	1.08	8.04	8.04
1.09	1.09	7.05	7.05	1.09	1.09	8.05	8.05
1.10	1.10	8.01	8.01	1.10	1.10	8.06	8.06
1.11	1.11	8.02	8.02	1.11	1.11	8.07	8.07
1.12	1.12	8.03	8.03	1.12	1.12	8.08	8.08
1.13	1.13	8.04	8.04	1.13	1.13	8.09	8.09
2.01	2.01	8.05	8.05	2.01	2.01	8.10	8.10
2.02	2.02	8.06	8.06	2.02	2.02	8.11	8.11
2.03	2.03	8.07	8.07	2.03	2.03	8.12	8.12
2.04	2.04	8.08	8.08	2.04	*	2.04	9.01
2.05	2.05	8.09	8.09	2.05	*	2.05	9.02
2.06	2.06	8.10	8.10	2.06	2.06	9.03	9.11
2.07	2.07	8.11	8.11	2.07	*	2.07	9.04
2.08	2.08	8.12	8.12	2.08	2.08	9.05	9.12
2.09	2.09	9.01	-	2.09	2.09	9.06	9.13
2.10	2.10	9.02	-	2.10	*	2.10	9.07
2.11	2.11	9.03	9.13	2.11	2.11	9.08	9.14
2.12	2.12	9.04	9.14	2.12	*	2.12	9.09
2.13	2.13	9.05	-	2.13	*	2.13	9.10
2.14	2.14	9.06	-	2.14	2.14	9.11	9.17
2.15	2.15	9.07	-	2.15	2.15	9.12	9.18
2.16	2.16	9.08	-	2.16	2.16	9.13	9.19
2.17	2.17	9.09	9.01	2.17	2.17	9.14	9.03
2.18	2.18	9.10	9.02	2.18	2.18	9.15	9.04
2.19	2.19	9.11	9.03	2.19	2.19	10.01	-
2.20	2.20	9.12	9.04	2.20	2.20	10.02	10.01
2.21	2.21	9.13	9.05	2.21	2.21	10.03	10.02
2.22	2.22	9.14	9.06	2.22	2.22	10.04	10.03
2.23	2.23	9.15	9.07	2.23	2.23	10.05	*
2.24	2.24	9.16	9.08	2.24	2.24	10.06	10.04
2.25	2.25	9.17	9.10	2.25	*	2.25	*
2.26	2.26	9.18	9.11	2.26	*	2.26	10.05
3.01	12.01	9.19	9.12	3.01	3.10	11.01	11.01
3.02	12.02	9.20	9.09	3.02	3.09	11.02	11.02
3.03	12.03	10.01	10.01	3.03	3.11	11.03	*
3.04	12.04	10.02	10.02	3.04	*	3.13	11.03
3.05	12.05	10.03	10.03	3.05	3.12	11.04	11.04
3.06	12.06	10.04	10.04	3.06	*	3.14	*
3.07	12.07	10.05	10.05	3.07	3.15	11.05	11.09
3.08	3.08	11.01	11.01	3.08	*	3.08	11.10
3.09	3.02	11.02	11.02	4.01	4.01	11.06	11.11
3.10	3.01	11.03	11.03	4.02	*	4.02	11.12
3.11	3.03	11.04	11.04	4.03	4.03	11.07	11.13
3.12	3.05	11.05	11.05	4.04	*	4.04	*
3.13	3.04	11.06	11.06	4.05	*	4.05	11.14
3.14	3.06	11.07	11.07	4.06	*	4.06	11.15
3.15	3.07	11.08	11.08	4.07	*	4.07	11.16
4.01	4.01	11.09	11.09	4.08	*	4.08	*
4.02	4.02	11.10	11.10	4.09	*	4.09	11.17
4.03	4.03	11.11	11.11	4.10	*	-	11.18
4.04	4.04	11.12	11.12	4.11	*	-	12.01
4.05	4.05	11.13	11.13	5.01	5.01	12.02	3.01
4.06	4.06	11.14	11.14	5.02	5.02	12.03	*
4.07	4.07	11.15	11.15	5.03	5.03	12.04	3.03
4.08	4.08	11.16	11.16	5.04	5.04	12.05	*
4.09	4.09	11.17	11.17	5.05	*	5.05	3.04
5.01	5.01	-	4.10	6.01	6.01	12.06	*
5.02	5.02	-	4.11	6.02	6.02	12.07	3.05
5.03	5.03	-	9.15	6.03	6.03		3.06
5.04	5.04	-	11.18	6.04	6.04		3.07
5.05	5.05			6.05	6.05		
6.01	6.01			6.06	6.06		
6.02	6.02			7.01	7.01		

(131 Tabellen)

Neuheiten im Jahr 2011 (1)
neu im Jahr 2011 (4)

- nicht vorhanden

* Daten pro Kanton (4)

Übergangsschlüssel Tabellen 2011 -> 1996 : siehe Beilage B1 Version STAT KV 2011 Tabellen XLS auf dem www.

Beilagen C

Beilage C: Übergangsschlüssel für die Grafiken G 2010 -> 2011 / 2011 -> 2010

Publikation 2010	Publikation 2011	Publikation 2011	Quelle 2011	Publikation 2010	Quelle 2011	Publikation 2011
G 1a	G 1a	G 1a	T 1.01	G 1a	T 1.01	G 1a
G 1b	G 1b	G 1b	T 1.02	G 1b	T 1.02	G 3a
G 1c	G 1c	G 1c	T 1.02	G 1c	T 1.01	G 3c
G 1d	G 1d	G 1d	T 1.02, 4.07	G 1d	T 1.02	G 1b
G 1e	G 1e	G 1e	T 1.12	G 1e	T 1.02	G 1c
G 1f	G 1f	G 1f	T 5.01	G 1f	T 1.02, 4.07	G 1d
G 2a	G 2a	G 2a	* T 2.12, 2.13	G 2a	T 1.12	G 1e
G 2b	G 2b	G 2b	T 2.09, 11.15	G 2b	T 2.03, 3.08	G 3b
G 2c	G 2c	G 2c	* T 2.18	G 2c	T 2.09, 11.15	G 2b
G 2d	G 2d	G 2d	T 2.11, 11.15	G 2d	T 2.11, 11.15	G 2d
G 2e	G 2e	G 2e	T 2.17	G 2e	T 2.12, 2.13	G 2a
G 2f	G 2f	G 2f	T 2.19	G 2f	T 2.17	G 2e
G 2g	G 2g	G 2g	T 2.18	G 2g	T 2.18	G 2c
G 2h	G 2h	G 2h	T 2.18	G 2h	T 2.18	G 2g
G 2i	G 2i	G 2i	T 2.18	G 2i	T 2.18	G 2h
G 3a	G 12a	G 3a	T 1.01	G 3l	T 2.18	G 2i
G 3b	G 12b	G 3b	T 2.03, 3.08	G 3m	T 2.19	G 2f
G 3c	G 12c	G 3c	T 1.01	G 3p	T 4.02	G 4b
G 3d	G 12d	G 4a	* T 4.08	G 4a	T 4.08	G 4a
G 3e	G 12e	G 4b	* T 4.02	G 4b	T 4.08, 3.08	G 4c
G 3f	G 12f	G 4c	* T 4.08, 3.08	G 4c	T 5.01	G 1f
G 3g	G 12g	G 9a	T 9.07	G 9q	T 9.01	G 9g
G 3h	G 12h	G 9b	T 9.11	G 9m	T 9.01, 2.03	G 9h
G 3i	G 12i	G 9c	T 9.12	G 9n	T 9.02, 2.18	G 9f
G 3j	G 12j	G 9d	T 9.04	G 9d	T 9.04	G 9d
G 3k	G 12k	G 9e	T 9.06, 9.04	G 9e	T 9.05	G 9i
G 3l	G 3a	G 9f	T 9.02, 2.18	G 9f	T 9.05	G 9j
G 3m	G 3b	G 9g	* T 9.01	G 9g	T 9.06, 9.04	G 9e
G 3n	G 12n	G 9h	* T 9.01, 2.03	G 9h	T 9.07	G 9a
G 3o	G 12l	G 9i	T 9.05	G 9i	T 9.07	G 9k
G 3p	G 3c	G 9j	T 9.05	G 9j	T 9.10	G 9l
G 3q	-	G 9k	T 9.07	G 9k	T 9.11	G 9b
G 3r	G 12m	G 9l	T 9.10	G 9l	T 9.12	G 9c
G 4a	G 4a	G 10a	T 10.03	G 10a	T 10.02	G 10b
G 4b	G 4b	G 10b	T 10.02	G 10b	T 10.03	G 10a
G 4c	G 4c	G 11a	T 11.07	G 11a	T 11.07	G 11a
G 9a	-	G 11b	T 11.16	G 11b	T 11.10, 11.12	G 11d
G 9b	-	G 11c	T 11.15	G 11c	T 11.15	G 11c
G 9c	-	G 11d	T 11.10, 11.12	G 11d	T 11.16	G 11b
G 9d	G 9d	G 12a	T 12.05 -> 12.07	G 3a	T 12.01, 3.05	G 12i
G 9e	G 9e	G 12b	* T 12.02	G 3b	T 12.01, 3.05	G 12j
G 9f	G 9f	G 12c	T 12.02	G 3c	T 12.01, 3.05	G 12k
G 9g	G 9g	G 12d	* T 12.05	G 3d	T 12.02	G 12b
G 9h	G 9h	G 12e	T 12.03	G 3e	T 12.02	G 12c
G 9i	G 9i	G 12f	* T 12.06	G 3f	T 12.03	G 12e
G 9j	G 9j	G 12g	T 12.04	G 3g	T 12.03	G 12m
G 9k	G 9k	G 12h	* T 12.07	G 3h	T 12.04	G 12g
G 9l	G 9l	G 12i	T 12.01, 3.05	G 3i	T 12.04	G 12l
G 9m	G 9b	G 12j	T 12.01, 3.05	G 3j	T 12.05	G 12d
G 9n	G 9c	G 12k	T 12.01, 3.05	G 3k	T 12.05 -> 12.07	G 12a
G 9o	-	G 12l	* T 12.04	G 3o	T 12.06	G 12f
G 9p	-	G 12m	* T 12.03	G 3r	T 12.07	G 12h
G 9q	G 9a	G 12n	F3	G 3n	F3	G 12n

(53 Grafiken)

Neuheiten im Jahr 2011 (1)
neu im Jahr 2011 (0)

* Daten pro Kanton (13)

- nicht vorhanden

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

Bundesamt für Gesundheit - Statistiken - Windows Internet Explorer

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

Echier Edition Affichage Favoris Outils ?

Convertir Sélectionner

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

Aktuell Themen **Dokumentation** Dienstleistungen Das BAG

Suchen im BAG Suchen

zur Druckversion erweiterte Suche

Startseite > Themen > Krankenversicherung > Statistiken

Statistiken

News

- [Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung, Ausgabe 2012 \(Flyer, A4, 2 Seiten\)](#)
Letzte Änderung: 19.12.2012 | Grösse: 507 kb | Typ: PDF
- [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2011 \(Tabellen - XLS - vollständig: 131 / 131 T. - laufende Aufdatierung ab 9/2012\)](#)
Letzte Änderung: 26.03.2013 | Grösse: 2078 kb | Typ: XLS
- [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010 \(PDF - 228 Seiten\)](#)
Letzte Änderung: 06.06.2012 | Grösse: 27563 kb | Typ: PDF

Intranet local | Mode protégé : désactivé 134%

Bundesamt für Gesundheit - Statistiken - Windows Internet Explorer

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

Echier Edition Affichage Favoris Outils ?

Convertir Sélectionner

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

Alkohol, Tabak, Drogen

Strahlung, Radioaktivität und Schall

Chemikalien

Gesundheitspolitik

Gesundheitsberufe

Unfall- und Militärversicherung

Internationales

Gesundheit2020

[Wegleitung: Optimale Franchise für Ihren Krankenversicherer \(2013 - XLS - nur auf französisch\)](#)
Letzte Änderung: 26.03.2013 | Grösse: 1246 kb | Typ: XLS

[Zeitreihen Krankenversicherung 2010 \(update 8/12\)](#)
Obligatorische Krankenversicherung:
- Balkendiagramm nach Kanton oder Altersgruppe. Versichertenbestand, Anteil der Versicherungsformen, Prämienoll, Nettoleistungen, Kostenbeteiligung, Bruttoleistungen nach Kostengruppen, Aufsichtsdaten, Standardprämien.
- Aufbereitete Publikationen zur obligatorischen Krankenversicherung als Excel-Tabellen oder PDF-Dateien.
(2011 verfügbar - im Sommer 2013)

[Kartographische Darstellungen mit MAPresso](#)
Prämientarif pro Kanton (1996-2012), Patientenwanderungen (2006-2008)
(Nächste Aktualisierungen : Prämien 2013 - im Frühling 2013 / Patientenwanderungen 2009 - im 2013)

[Monitoring Krankenversicherung-Kostenentwicklung](#)
Die aktuelle Entwicklung der Bruttokosten pro versicherte Person nach Wohnkanton und Kostengruppe. 4 Aktualisierungen pro Jahr.

[Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenversicherung \(Stand 2010\)](#)
Einkommensabhängige Prämienbelastung, Kantonsdiagramme.

Intranet local | Mode protégé : désactivé 139%

Bundesamt für Gesundheit - Zeitreihen Krankenversicherung - Windows Internet Explorer

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

Fichier Edition Affichage Favoris Outils

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

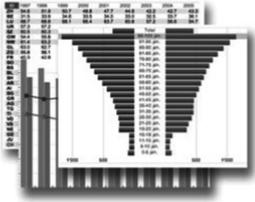
Zeitreihen Krankenversicherung 2010 (update: 8/2012)

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).



Fachkontakt: KUV-SM@bag.admin.ch
Entwurf: BAG (Sin) / Web-Anwendung: smdo.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Kontakt | Rechtliches

Daten betreffend die Versicherten

- Durchschnittlicher Versichertenbestand
- Anteil Versicherungsformen in %
- Prämiensohl
- Nettoleistungen
- Kostenbeteiligung
- Bruttoleistungen
- Nettoleistungen und Prämiensohl OKP

Daten aus dem Datenpool

- Bruttoleistungen nach Kostengruppen

Daten pro Versicherer

- Aufsichtsdaten OKP

Standardprämien

- Ordentliche Franchise, Durchschnitt pro Monat

Dokumente zum Herunterladen

- Statistik der OKP
- Prämienwegweiser OKP (Prämientarif und durchschnittlicher Versichertenbestand pro Kanton, pro Versicherer)
- Aufsichtsdaten der OKP
- Statistik Risikoausgleich in der OKP
- Datenpool von santésuisse: Genauigkeit der Daten und Abdeckungsgrad für die Statistik der Krankenversicherung (Zeitreihen)

Intranet local | Mode protégé : désactivé 139%

Bundesamt für Gesundheit - Zeitreihen Krankenversicherung - Windows Internet Explorer

http://www.bag.admin.ch/pyramiden/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWUuLmNoL2t1di9weXhjbWlkZW4=

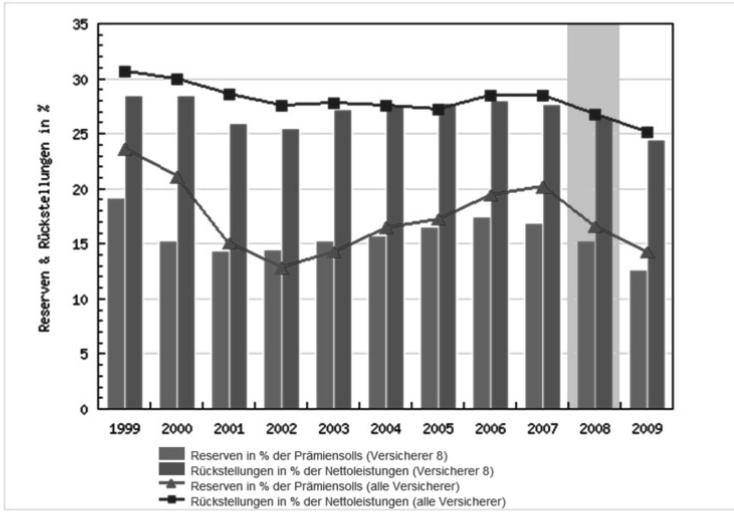
Fichier Edition Affichage Favoris Outils

Convertir Sélectionner

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

Reserven in Prozent des Prämiensohls und Rückstellungen in Prozent der Nettoleistungen, Versicherer Nummer 8, CSS Kranken-Vers. AG

Reserven & Rückstellungen in %



CSS Kranken-Vers. AG 2008

- 15.3%
- 26.5%
- 16.5%
- 26.7%

Legend:

- Reserven in % der Prämiensohls (Versicherer 8)
- Rückstellungen in % der Nettoleistungen (Versicherer 8)
- Reserven in % der Prämiensohls (alle Versicherer)
- Rückstellungen in % der Nettoleistungen (alle Versicherer)

BAG-Nummern der Versicherer

6 32 40 57 62 97 109 134 147 160 178 182 194 216 240 246 261 263 290 294 312

Intranet local | Mode protégé : désactivé 149%

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

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

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Startseite | Übersicht | Kontakt | Index | Glossar | Häufige Fragen | Druckhilfe | Deutsch | Français Italiano | English

Aktuell Themen Dokumentation Dienstleistungen Das BAG

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

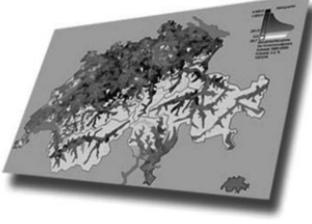
Dynamische Karten mit MAPresso

Versichertenbestand, monatliche Durchschnittsprämien und Veränderung, nach Kanton, 1996-2012
Monatliche Durchschnittsprämien nach Kanton 1996-2012
Interkantonale Patientenwanderungen 2006-2008

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.



Terminé Intranet local | Mode protégé : désactivé 154%

MAPresso: Prämien in der obligatorischen Krankenversicherung - Windows Internet Explorer

http://www.bag-anw.admin.ch/kuv/mapresso/mapresso_appl/user/bag_kuv/primes/primes_2012_parms.php?__script_get_form=aHR0cC

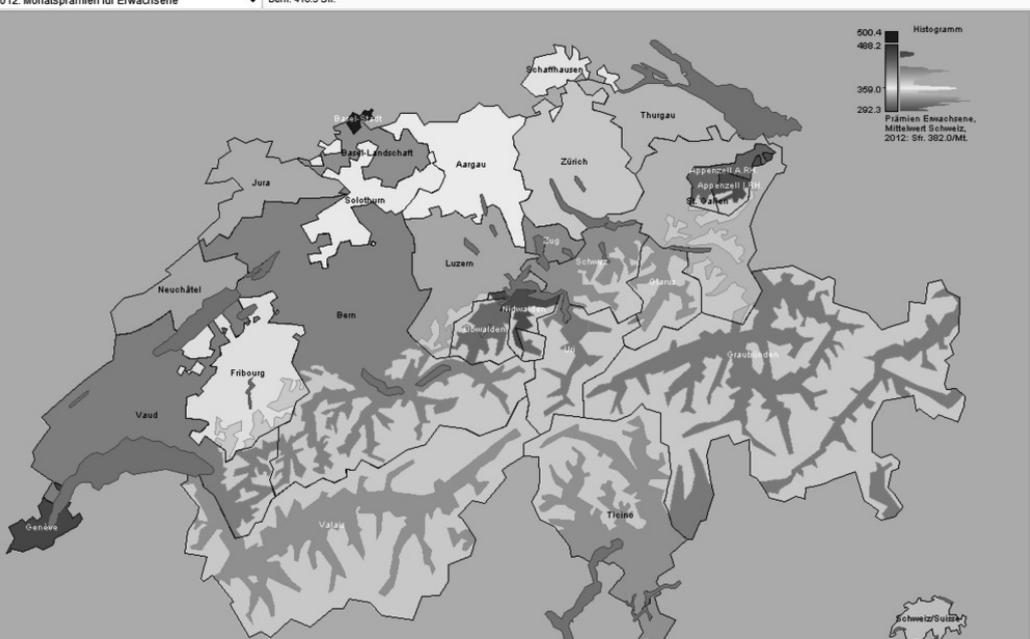
Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

MAPresso: Prämien in der obligatorisc...

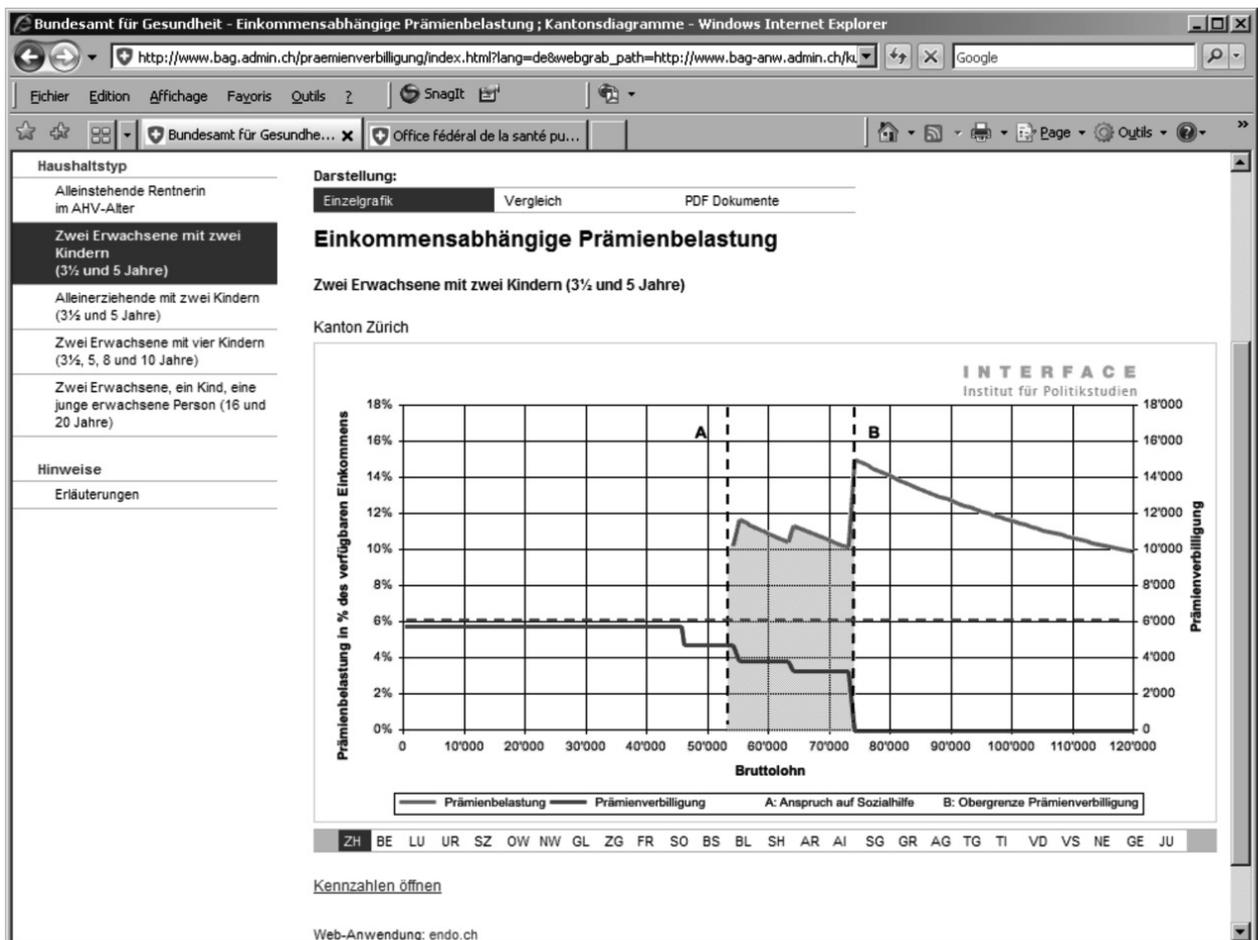
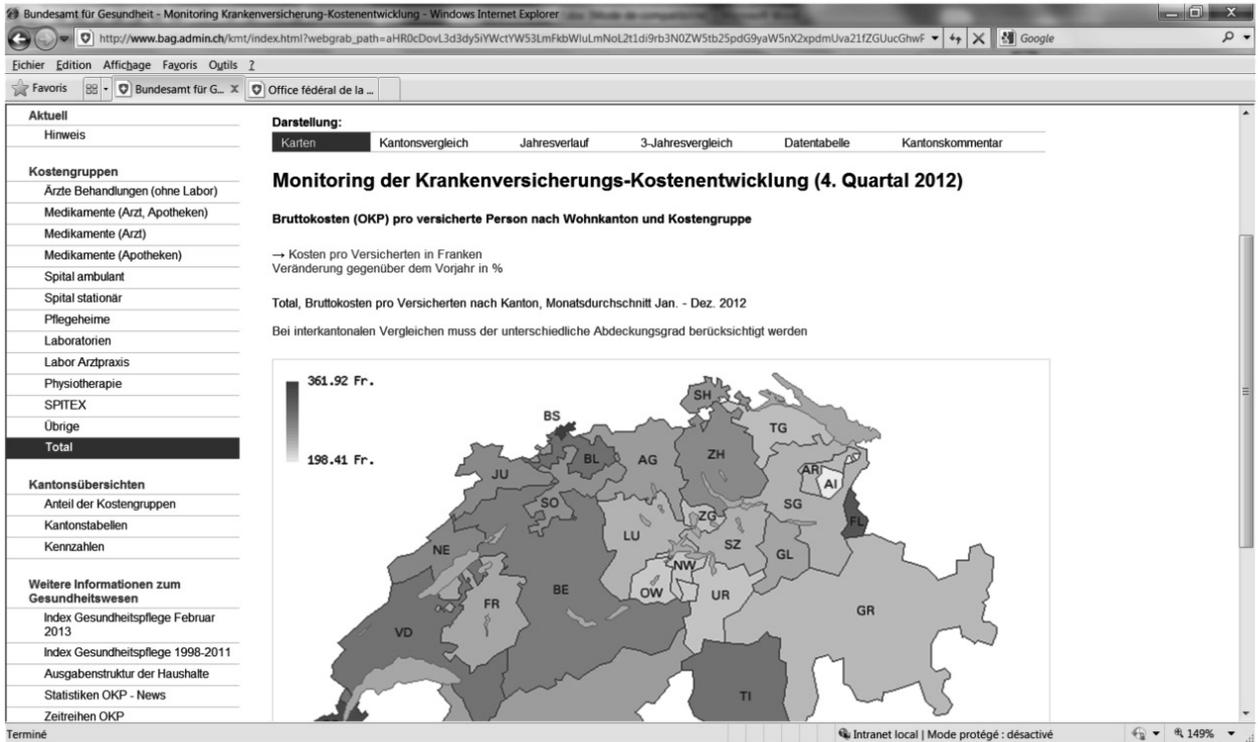
Prämien in der obligatorischen Krankenversicherung 1996 - 2012

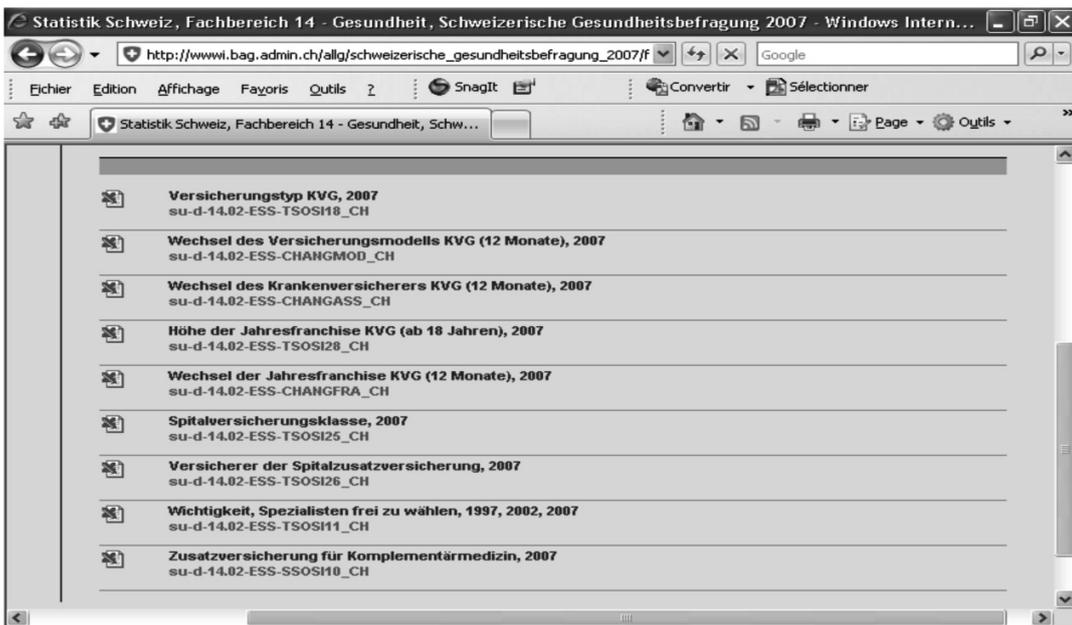
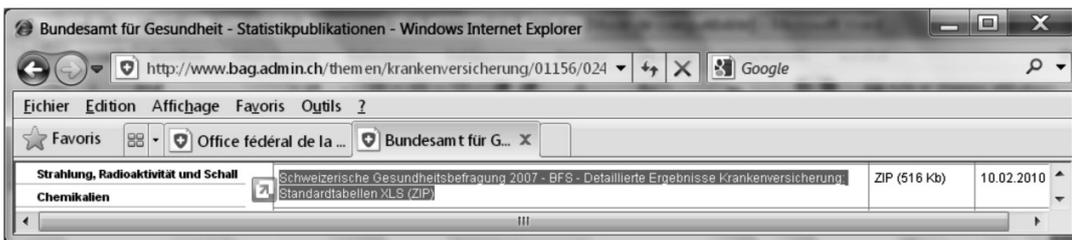
Ablage Daten Farben Geometrie Hilfe

2012: Monatsprämien für Erwachsene Bern: 416.3 Sfr.



Terminé Intranet local | Mode protégé : désactivé 139%





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 Unfallddeckung.

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 Unfallddeckung;

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 -> 2013 auf www.praemien.admin.ch (2013: « Rubrik Prämien -> Prämienregionen » / 2004 -> 2012: « Rubrik Prämien -> Prämienarchiv » / Suche nach Postleitzahl, BFS-Nr. und Kanton)

Beilage F1

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

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

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

Erwachsene (ab 19 Jahren) ¹		2005	
Franchise		Selbstbehalt	maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 300.-			
1) 500.-			50%
2) 1000.-			50%
3) 1500.-			50%
4) 2000.-			50%
5) 2500.-			50%

Erwachsene (ab 19 Jahren) ¹		2006-2009	
Franchise		Selbstbehalt	maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 300.-			
1) 500.-			50%
2) 1000.-			50%
3) 1500.-			50%
4) 2000.-			50%
5) 2500.-			50%

Erwachsene (ab 19 Jahren) ¹		2010-	
Franchise		Selbstbehalt	maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 300.-			
1) 500.-			50%
2) 1000.-			50%
3) 1500.-			50%
4) 2000.-			50%
5) 2500.-			50%

Datenstand: 15.3.13

Quelle: BAG

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

(Änderungen grau)

Beilage F2

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

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: 15.3.13

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)

Zunahme der Gesamtausgaben¹ der Versicherten (Prämien + Kostenbeteiligung) als Folge der Änderungen der Franchisen, der Prämienrabatte und des Selbstbehalts

Erwachsene (ab 26 Jahren) : effektive Zunahme 2013								
Durchschnittsprämie CH² : 387.70			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.-	1.5%	1.2%	4'652	5'652	-	-	-	-
1) 500.-	1.5%	1.2%	4'512	5'712	140	3.0%	-60	-1.1%
2) 1000.-	1.7%	1.2%	4'162	5'862	490	10.5%	-210	-3.7%
3) 1500.-	1.8%	1.2%	3'812	6'012	840	18.1%	-360	-6.4%
4) 2000.-	2.0%	1.1%	3'462	6'162	1'190	25.6%	-510	-9.0%
5) 2500.-	2.2%	1.1%	3'112	6'312	1'540	33.1%	-660	-11.7%

Junge Erwachsene (19-25 Jahre) : effektive Zunahme 2013								
Durchschnittsprämie CH² : 353.10			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.-	2.9%	2.3%	4'237	5'237	-	-	-	-
1) 500.-	3.0%	2.3%	4'097	5'297	140	3.3%	-60	-1.1%
2) 1000.-	3.3%	2.3%	3'747	5'447	490	11.6%	-210	-4.0%
3) 1500.-	3.7%	2.2%	3'397	5'597	840	19.8%	-360	-6.9%
4) 2000.-	4.1%	2.1%	3'047	5'747	1'190	28.1%	-510	-9.7%
5) 2500.-	4.7%	2.1%	2'697	5'897	1'540	36.3%	-660	-12.6%

Kinder (0-18 Jahre) : effektive Zunahme 2013								
Durchschnittsprämie CH² : 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.-	-1.4%	-1.1%	1'072	1'422	-	-	-	-
1) 100.-	-1.5%	-1.0%	1'002	1'452	70	6.5%	-30	-2.1%
2) 200.-	-1.6%	-1.0%	932	1'482	140	13.1%	-60	-4.2%
3) 300.-	-1.8%	-1.0%	862	1'512	210	19.6%	-90	-6.3%
4) 400.-	-1.9%	-1.0%	792	1'542	280	26.1%	-120	-8.4%
5) 500.-	-2.1%	-1.0%	712	1'562	360	33.6%	-140	-9.8%
6) 600.-	-2.3%	-0.9%	652	1'602	420	39.2%	-180	-12.7%

Datenstand: 15.3.13

Quelle: T 12.01, Anhang F1 und 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->2012: siehe STAT KV 03->10 (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.

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 durchmischt“ werden.

Das 1996 eingeführte Krankenversicherungsgesetz (KVG) führte den Risikoausgleich ins ordentliche Recht über und verankerte für die konkrete Ausgestaltung wichtige Rahmenbedingungen. Insbesondere soll der Risikoausgleich den kostensenkenden Wettbewerb zwischen den Kassen möglichst wenig verzerren und behindern.

Die 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.

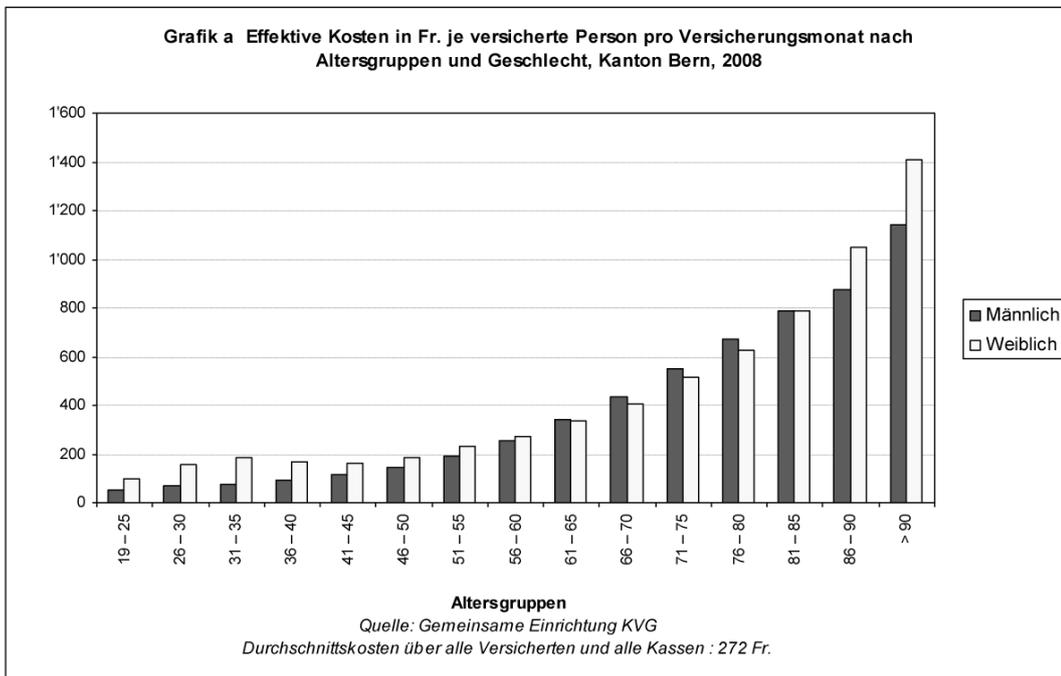
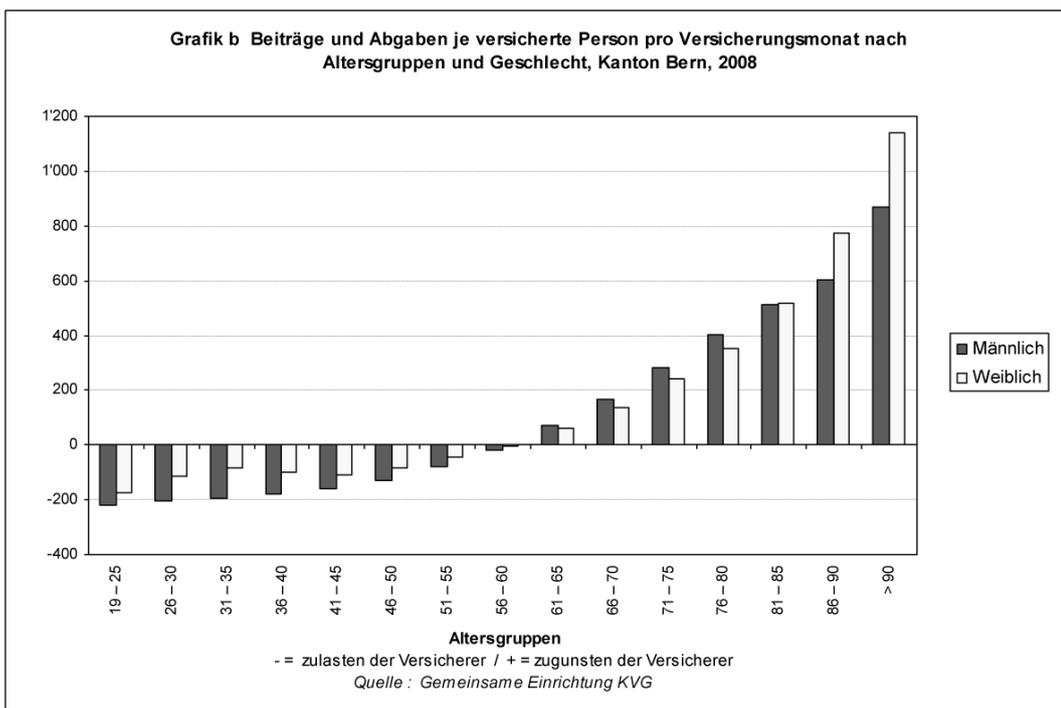


Abbildung b zeigt die Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen. Die grösste Abgabe hatten 2008 die Versicherer im Kanton Bern für die 19- bis 25-jährigen Männer zu bezahlen (218 Franken pro Monat). Den höchsten Beitrag erhielten sie für die über 90-jährigen Frauen (1139 Franken pro Monat). Der 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 Versicherer, 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 2009 / Risikoausgleich 2009). Der Grund für diese Differenzen liegt darin, dass sich die Zahlungen für den Risikoausgleich eines Ausgleichsjahres auf mehrere Kalenderjahre verteilen. Gemäss Art. 6 Abs. 1 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. 2 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 (insbesondere in Verbindung mit einem Beschwerdefall) eine Neuberechnung des entsprechenden Risikoausgleichs erforderlich werden, welche erneut Zahlungen für diesen Risikoausgleich auslöst. So musste beispielsweise der definitive Risikoausgleich 2006, welcher im Jahr 2007 das erste Mal berechnet wurde, wegen festgestellten Datenlieferungsfehlern von Krankenversicherern im Jahre 2010 neu berechnet werden. Ausserdem führen unvollständige Zahlungen in den Risikoausgleich 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 in Fr.						Total
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
2006	148'789'792						148'789'792
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				1'633'430'995	320'162'934		1'953'593'929
2011					1'571'523'088	305'445'630	1'876'968'718
2012						1'561'006'481	1'561'006'481
Umverteilungs- volumen total	1'434'445'391	1'535'420'236	1'706'506'541	1'866'234'877	1'891'686'022	1'866'452'111	10'300'745'178

Quelle (§3): Gemeinsame Einrichtung KVG, Urs Wunderlin (6/12).

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 auszuzahlen. 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.	Kostenbe-teiligung Mio.	Brutto-kosten Mio.	Durchschnitts-prämie für Erwachsene Franken/Mt.	Durchschnitt-licher Versicherten-bestand	Gerechnetes Prämien-total Mio.	Bruttokosten zu gerechnetes 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.

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

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

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, wieweit 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

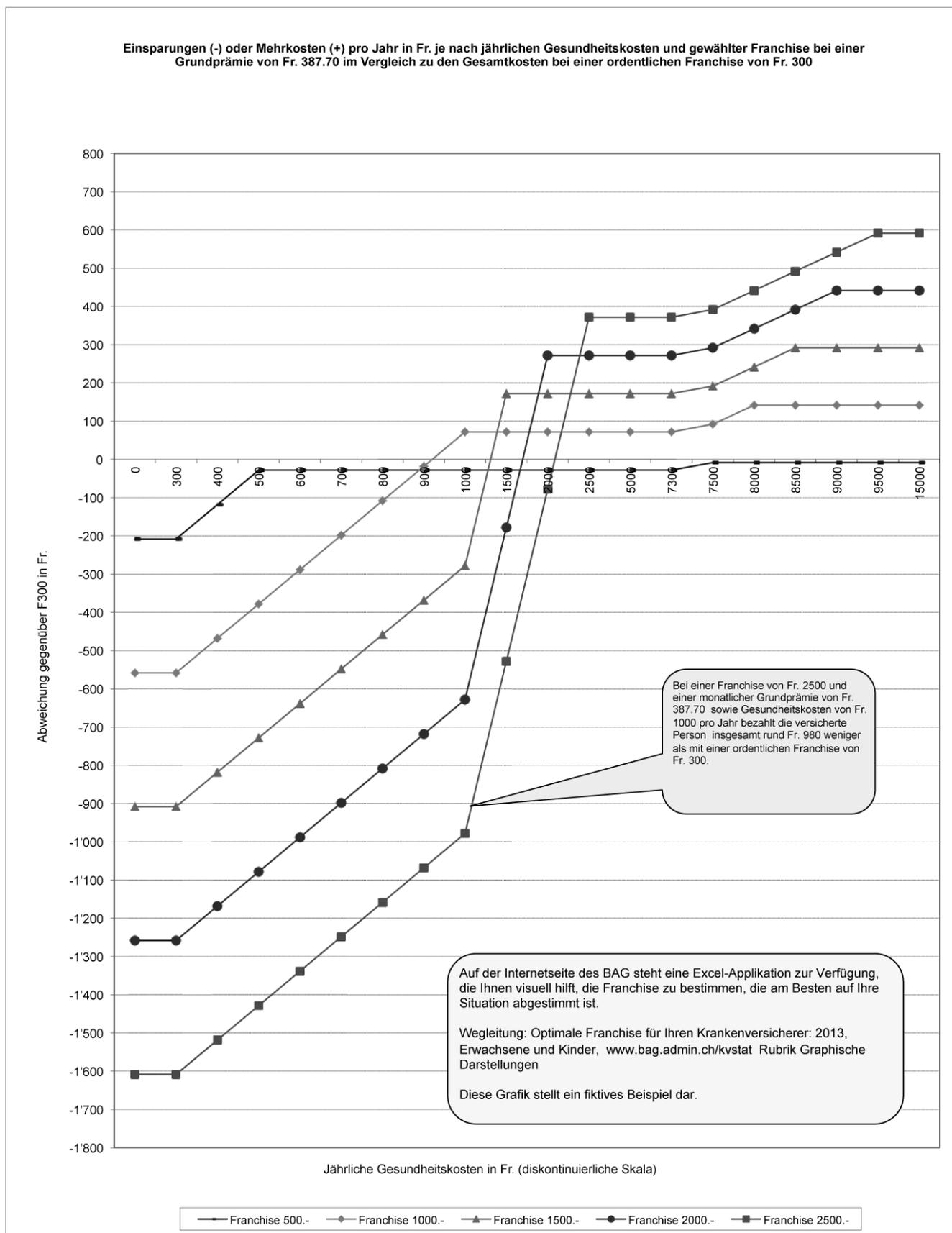
7. Kontrolle und statistische Auswertung

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

Optimale Franchise für die obligatorische Grundversicherung - 2013



Beilagen J

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränder. 2010-11 in %	2012	2013
1 Versicherte	7'373	7'384	7'436	7'478	7'538	7'616	7'709	7'780	7'863	1.07%		
Schätzung	7'381	7'369	7'439	7'479	7'540	7'617	7'702	7'781	7'860		7'952	
Abweichung S	0.12%	-0.20%	0.04%	0.01%	0.03%	0.01%	-0.08%	0.02%	-0.03%			
Prognose	7'316	7'362	7'463	7'592	7'673	7'691	7'722	7'651	7'808		7'901	8'016
2 Prämien	16'820	18'030	18'496	19'315	19'689	19'692	20'125	22'051	23'631	7.16%		
Schätzung	16'841	18'003	18'529	19'330	19'702	19'700	20'167	22'081	23'649		24'436	
Abweichung S	0.12%	-0.15%	0.18%	0.08%	0.07%	0.04%	0.21%	0.13%	0.08%			
Prognose	16'889	18'075	18'735	19'932	20'116	20'016	20'398	22'023	23'627		24'323	24'917
3 Nettoleistungen	15'336	16'308	17'353	17'564	18'424	19'431	20'274	20'884	21'356	2.26%		
Schätzung	15'382	16'182	17'293	17'953	18'304	19'054	20'141	21'028	21'656		22'280	
Abweichung S	0.30%	-0.77%	-0.34%	2.22%	-0.65%	-1.94%	-0.65%	0.69%	1.40%			
Prognose	15'461	16'330	17'180	18'848	19'027	19'109	19'773	20'560	21'871		22'480	23'053
4 Kostenbeteiligung	2'588	2'832	2'995	3'039	3'155	3'290	3'382	3'409	3'575	4.88%		
Schätzung	2'666	2'901	3'099	3'117	3'179	3'292	3'461	3'540	3'582		3'737	
Abweichung S	2.99%	2.43%	3.47%	2.58%	0.75%	0.03%	2.31%	3.84%	0.21%			
Prognose	2'693	3'044	3'181	3'305	3'346	3'341	3'436	3'562	3'707		3'730	3'903
5 Verwaltungskosten	863	904	910	994	1'010	1'107	1'061	1'225	1'255	2.38%		
Schätzung	938	965	979	1'005	1'054	1'085	1'135	1'198	1'209		1'222	
Abweichung S	8.64%	6.79%	7.54%	1.13%	4.43%	-2.05%	6.97%	-2.27%	-3.62%			
Prognose	979	973	999	1'026	1'041	1'079	1'101	1'165	1'196		1'200	1'234
6 Reserven	2'394	2'968	3'184	3'749	3'970	3'252	2'863	3'116	3'711	19.10%		
Schätzung	2'260	2'984	3'152	3'543	4'165	3'702	2'439	2'861	3'660		6'033	
Abweichung S	-5.59%	0.52%	-1.02%	-5.50%	4.91%	13.84%	-14.79%	-8.17%	-1.36%			
Prognose	2'216	2'745	3'240	3'356	3'461	3'956	3'319	2'643	3'237		3'984	6'247
7 Rückstellungen	4'264	4'488	4'710	4'990	5'234	5'191	5'095	5'227	5'649	8.06%		
Schätzung	4'272	4'547	4'697	4'866	5'170	5'299	5'336	5'329	5'489		5'237	
Abweichung S	0.19%	1.30%	-0.28%	-2.48%	-1.22%	2.07%	4.72%	1.94%	-2.83%			
Prognose	4'344	4'529	4'824	4'891	5'045	5'284	5'365	5'508	5'601		5'665	5'402
8 Bruttoleistungen	17'924	19'140	20'348	20'603	21'579	22'722	23'656	24'292	24'932	2.63%		
Schätzung	18'048	19'083	20'392	21'069	21'483	22'346	23'602	24'567	23'649		26'017	
Abweichung S	0.69%	-0.30%	0.22%	2.26%	-0.44%	-1.65%	-0.23%	1.13%	-5.14%			
Prognose	18'154	19'373	20'361	21'753	22'373	22'450	23'208	24'122	25'578		24'323	26'957

Bemerkungen:

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

-6: Seit 2012 wird die Höhe der Reserven nicht mehr wie bis 2011 nach dem Prämienvolumen und der Versichertenzahl bestimmt, sondern in Abhängigkeit von den Risiken des Versicherten.

Seit 2012 müssen die Versicherer die Bilanz nach dem Marktwert erstellen. Durch die Auflösung der stillen Reserven fallen die ausgewiesenen Reserven höher aus und sind mit denjenigen der Vorjahre nicht vergleichbar.

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

Beispiel: Schätzung von 2011 für 2011 / Schätzung von 2012 für 2012

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

Beispiel: Prognose von 2011 für 2012 / Prognose von 2012 für 2013

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 je 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 wird:

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. : 2011 [T 1.01] 3005 Fr. / 2012 [Schätzung J1] 3073 Fr. (+ 2.25%)

* Datenstand: 2012 (Schätzung) und 2013 (Prognose): 18.10.12

Betriebsrechnungen und Bilanzen der OKP Krankenversicherer: 2005 - 2011 (PDF)

In alphabetischer Reihenfolge
auf www.bag.admin.ch -> Themen -> Krankenversicherung -> Versicherer und Aufsicht

Betriebsrechnungen	Quelle (Konten)	Bilanz	Quelle (Konten)	Aktiven	Passiven
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (ohne EU/EFTA)					
Prämieinnahmen	EF 2.2 -> 2.7 [61]	Flüssige Mittel	EF 1.3 [10]		
Andere Prämieinnahmen	EF 2.2 -> 2.7 [64 + 65 + 67 + 68 + 69]	Forderungen bei Versicherten	EF 1.3 [11]		
Prämienanteile der Rückversicherer	EF 2.2 -> 2.7 [66]	Andere Forderungen	EF 1.3 [12 -> 16]		
Bruttoleistungen	EF 2.2 -> 2.7 [31]	Umlaufvermögen	EF 1.3 [Total 10 -> 16]		
Kostenbeteiligung	EF 2.2 -> 2.7 [32]	Kapitalanlagen	EF 1.3 [17]		
Nettoleistungen	EF 2.2 -> 2.7 [30-33]	Grundstücke und Gebäude	EF 1.3 [18]		
Risikoausgleich	EF 2.2 -> 2.7 [37]	Sonstiges Anlagevermögen	EF 1.3 [19]		
Sonst. Aufw. für Leistungen	EF 2.2 -> 2.7 [34 + 35]	Anlagevermögen	EF 1.3 [Total 17 -> 19]		
Leistungsanteile der Rückversicherer	EF 2.2 -> 2.7 [36]	Kurzfristige Verbindlichkeiten		EF 1.4 [20 -> 26]	
Verwaltungskosten	EF 2.2 -> 2.7 [40-49]	Rückstellungen OKP KVG (inkl. EU/EFTA)		EF 1.4 [270 + 270.2 + 270.3]	
Neutraler Aufwand/Ertrag	EF 2.2 -> 2.7 [7]	Rückstellungen Taggeld nach KVG		EF 1.4 [271]	
Betriebsergebnis I	EF 2.2 -> 2.7 [Total]	Andere Rückstellungen KVG		EF 1.4 [270.1 + 272 + 274 + 279]	
		Rückstellungen VVG		EF 1.4 [273 + 273.1]	
		Fremdkapital		EF 1.4 [Total 20 -> 27]	
		Fonds		EF 1.5 [28]	
		Reserven OKP KVG (inkl. EU/EFTA)		EF 1.5 [290 + 290.5 + 290.9]	
		Reserven Taggeld KVG		EF 1.5 [291]	
		Andere Reserven KVG		EF 1.5 [292 + 299]	
		Reserven VVG		EF 1.5 [293]	
		Eigenkapital		EF 1.5 [Total 28 -> 29]	
		Bilanzsumme	EF 1.3 [1]	EF 1.5 [2]	
Freiwillige Taggeldversicherung					
Prämieinnahmen	EF 2.0 + 2.1 [60]				
Andere Prämieinnahmen	EF 2.0 + 2.1 [64 + 65 + 67 + 68 + 69]				
Prämienanteile der Rückversicherer	EF 2.0 + 2.1 [66]				
Leistungen	EF 2.0 + 2.1 [30]				
Sonst. Aufw. für Leistungen	EF 2.0 + 2.1 [34 + 35]				
Leistungsanteile der Rückversicherer	EF 2.0 + 2.1 [36]				
Verwaltungskosten	EF 2.0 + 2.1 [40 - 49]				
Neutraler Aufwand/Ertrag	EF 2.0 + 2.1 [7]				
Betriebsergebnis II	EF 2.0 + 2.1 [Total]				
Zusatzversicherung nach VVG					
Prämieinnahmen	EF 2.8 -> 2.10 [63]				
Andere Prämieinnahmen	EF 2.8 -> 2.10 [64 + 65 + 67 + 68 + 69]				
Prämienanteile der Rückversicherer	EF 2.8 -> 2.10 [66]				
Bruttoleistungen	EF 2.8 -> 2.10 [33]				
Kostenbeteiligung	EF 2.8 -> 2.10 [32]				
Nettoleistungen	EF 2.8 -> 2.10 [30-33]				
Sonst. Aufw. für Leistungen	EF 2.8 -> 2.10 [34 + 35]				
Leistungsanteile der Rückversicherer	EF 2.8 -> 2.10 [36]				
Verwaltungskosten	EF 2.8 -> 2.10 [40-49]				
Neutraler Aufwand/Ertrag	EF 2.8 -> 2.10 [7]				
Betriebsergebnis III	EF 2.8 -> 2.10 [Total]				
Gesamtbetriebsergebnis	Total I + II + III				

Erklärungen zu den Positionen der Betriebsrechnungen und Bilanz

Prämieinnahmen	Brutto-Prämieinnahmen gemäss den genehmigten Tarifen
Andere Prämieinnahmen	Erlösminderungen (Skonti, Rabatte), Eingänge von bereits abgedeckten Prämien, usw.
Prämienanteile der Rückversicherer	Bezahlte Rückversicherungsprämien an den Rückversicherer (Ertragsminderung)
Bruttoleistungen	Leistungen der Versicherer vor Abzug der Kostenbeteiligung
Kostenbeteiligung	Franchise, Selbstbehalt, Tagespauschale im Spital
Nettoleistungen	Bruttoleistungen abzüglich Kostenbeteiligung
Risikoausgleich	Über den Risikoausgleich erhalten Versicherer mit überdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Frauen, ältere Personen) Beiträge, welche von den Versicherern mit unterdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Männer, jüngere Personen) finanziert werden.
Sonst. Aufw. für Leistungen	Aufwendungen für ärztliche Untersuchungen und Arztgebühren, die der Versicherer in Auftrag gibt.
Leistungsanteile der Rückversicherer	Vom Rückversicherer geleistete Zahlungen (Aufwandminderung)
Verwaltungskosten	Abschreibungen, Personalaufwand, Unterhalt, EDV-Kosten, Versicherungsprämien, Marketing, Verwaltungsentschädigungen, Diverses
Neutraler Aufwand/Ertrag	Liegenschaftsergebnis, Kapitalertrag, Kapitalaufwand

Flüssige Mittel	Kasse, Post, Bank
Forderungen bei Versicherten	Ausstehende Prämien, geschuldete Kostenbeteiligungen
Andere Forderungen	Guthaben bei Partnern, Rückversicherern, Subventionen, Prämienverbilligung, Risikoausgleich usw.
Umlaufvermögen	Summe von: Flüssige Mittel, Forderungen bei Versicherten, andere Forderungen
Kapitalanlagen	Wertschriften, die Aufteilung der Anlagen hat nach Art. 80 KVV zu erfolgen
Grundstücke und Gebäude	Immobilien, welche selber genutzt werden oder an Dritte weitervermietet werden
Sonstiges Anlagevermögen	Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge
Anlagevermögen	Summe von: Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude, sonstiges Anlagevermögen
Kurzfristige Verbindlichkeiten	Schulden bei Versicherten, Partnern, Rückversicherern, Risikoausgleich usw.
Rückstellungen OKP KVG (inkl. EU/EFTA)	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche am Ende des Jahres für diejenigen Leistungen gebildet werden müssen, welche von den Versicherten bereits in Anspruch genommen worden sind, für die sie aber noch keine Rechnung erhalten haben.
Rückstellungen Taggeld nach KVG	Rückstellungen für die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG
Andere Rückstellungen KVG	Nicht versicherungstechnische Rückstellungen KVG, Rückstellungen für die Aktive Rückversicherung nach KVG, Rückstellungen für den Risikoausgleich usw.
Rückstellungen VVG	Rückstellungen für die Zusatzversicherung nach VVG
Fremdkapital	Summe von: kurzfristige Verbindlichkeiten und Rückstellungen
Fonds	Reglementierte Rücklagen, die mit einer Zweckbestimmung versehen sind
Reserven OKP KVG (inkl. EU/EFTA)	Mittel, die dem Versicherer zur Sicherstellung der langfristigen eigenen Zahlungsfähigkeit dienen. Je nach Grösse des Versicherers müssen unterschiedliche Mindestsätze (Reserven in % des jährlichen Prämienolls) erreicht werden (Art. 78 KVV).
Reserven Taggeld KVG	Reserven für die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG
Andere Reserven KVG	Reserven für die aktive Rückversicherung nach KVG
Reserven VVG	Reserven für die Zusatzversicherung nach VVG
Eigenkapital	Summe von: Fonds und Reserven
Bilanzsumme	Total Aktiven bzw. Passiven

Quelle: BAG, Formular EF123, Sektion Aufsicht Krankenversicherung

Datenstand: 27.9.12

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit
Auszugsweiser Abdruck unter Quellenangabe
(Name der Publikation, Jahr, Nummer der Grafik) gestattet.
Publikationszeitpunkt: Juli 2013

Redaktion: Nicolas Siffert, BAG, Bern.
Thema Prämienverbilligung (§ 4.4 und T 4.01 -> 4.10): Beat Gruber, 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: 316.916.11d (deutsch) 316.916.11f (französisch)

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 7.13 270f 600d 60EXT1302

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier