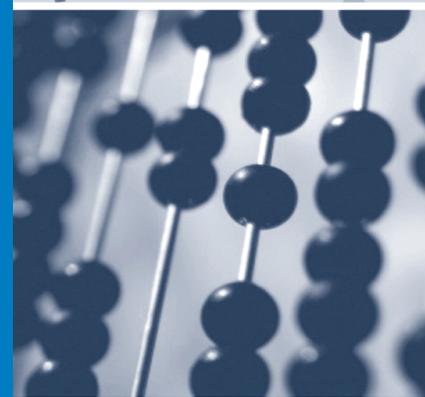
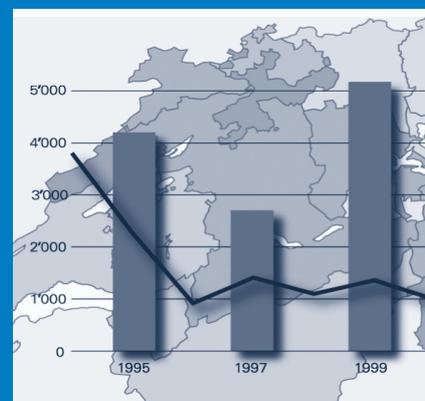


Statistiken zur Krankenversicherung

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012



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: 7/2014

Statistiken zur Krankenversicherung

Statistik der obligatorischen
Krankenversicherung 2012

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 1996-2012 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 2013

Laufende Aktualisierung der nächsten Publikation (Tabellen aus den gedruckten Versionen, im Excel-Format, nur auf Deutsch) für das Geschäftsjahr 2013 ab Juli 2014 verfügbar im Internet: www.bag.admin.ch/kvstat

Weitere Informationen

BAG, Sektion Datenmanagement und Statistik, 3003 Bern.

Nicolas Siffert, Tel. +41 (0)58 463 27 68

nicolas.siffert@bag.admin.ch

Beat Gruber, Tel. +41 (0)58 465 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)58 462 86 23

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

Daniel Dauwalder, Tel. +41 (0)58 462 11 30

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

Inhaltsübersicht

Hauptindikatoren der OKP, Statistik der Krankenversicherung im Internet, Aktualisierung, Statistik 2013, weitere Informationen

Abkürzungen, Tabellenhinweise, männliche Form

1. Einleitung	1
2. Aufbau der Statistik über die Krankenversicherung	2
2.1 Neuerungen in der Ausgabe 2012	
2.2 Inhalt und Quellen	
3. Wichtige Neuerungen in der Krankenversicherung ab 1996	4
4. Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2012	8
4.1 - 4.12: siehe Themen unter Beilage A	
5. Beilagen	
A Übersicht der Tabellen zu Prämien, Leistungen, Kostenbeteiligung sowie Versichertenbestand (OKP) Tabellen	45
A1 Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) 1.01-1.13	46
A2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP 2.01-2.26	60
A3 Prämiensoll in der OKP 3.01-3.08	87
A4 Prämienverbilligung in der OKP 4.01-4.09	96
A5 Individuelle Daten pro Versicherer 5.01-5.06	108
A6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG 6.01-6.06	117
A7 Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer 7.01-7.02	124
A8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer 8.01-8.11	127
A9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen 9.01-9.15	139
A10 Risikoausgleich in der OKP 10.01-10.05	156
A11 Versicherte in der OKP 11.01-11.18	162
A12 Prämientarif in der OKP 12.01-12.07	181
B Übergangsschlüssel Tabellen 2011 -> 2012 / 2012 -> 2011	189
C Übergangsschlüssel Grafiken 2011 -> 2012 / 2012 -> 2011	190
D Zusätzliche Informationen auf der Internetseite des BAG	191
E Prämienregionen in der OKP ab 2004: kurze Einführung und Detaildaten	195
F Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte in der OKP	196
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 2014	
G Risikoausgleich in der OKP	199
H Individuelle Prämienverbilligung in der OKP ab 2008	202
I Optimale Franchise für die obligatorische Grundversicherung 2014	205
J Schätzungen aus dem Prämien genehmigungsverfahren 2004-2014	206

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 Zählinheit
-	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 2012

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 2011, sind in den erwähnten Anhängen ersichtlich.

Zusätzlich zur Aktualisierung und Ergänzung der bereits in der Ausgabe 2011 vorhandenen Tabellen, Grafiken und Beilagenteil weist die vorliegende Ausgabe Änderungen auf, die in den Anhängen B und C farbig gekennzeichnet sind.

2012 wurde mit Swiss GAAP FER 41 ein neuer Standard für die dem BAG zu liefernden Daten zur Rechnungslegung eingeführt. Als Folge davon musste die Struktur der entsprechenden Tabellen in der Statistik über die obligatorische Krankenversicherung sowie die Namen der Konti angepasst werden; dies betrifft im Wesentlichen die Kapitel 1, 6, 7 und 8.

Leser, die einen umfassenden Überblick zu den Beziehungen zwischen dem alten und dem neuen Kontenplan haben möchten, finden diesen in den Formularen EF1345 unter der Bezeichnung «Mapping -> EF1345» in den Tabellenblättern 1.3 bis 2.12 (Seiten EF1 EF2: alter Kontenplan, gültig bis 2011) bzw. «Mapping -> EF123» in den Tabellenblättern 4.1 bis 5.10 (EF4 EF5: neuer Kontenplan, gültig ab 2012); diese Angaben stehen auf www.bag.admin.ch zur Verfügung in der Rubrik Themen – Krankenversicherung – Versicherer und Aufsicht – Formulare EF und PV – Archiv Formulare EF und PV (2012).

Im Kapitel 4.1 werden die neuen Bestimmungen zur Berechnung der Rückstellungen und Reserven mit der Einführung einer Solvenzquote für die Versicherer beschrieben (T5.06). Das Kapitel 4.3 beschreibt die Prämienkorrektur, die vom Parlament im Frühling 2014 angenommen wurde und im Kapitel 4.10 und dem Anhang G werden die Verfeinerungen des Risikoausgleichs dargestellt.

In der Tabelle 3.08 wird auf die Subventionen hingewiesen, die im Kanton Basel-Stadt an einen Versicherer ausgerichtet wurden, was bei der Prämienkorrektur berücksichtigt werden muss.

Einige Zeitreihen vor 2009 (Nettoleistungen T 2.21,

Bruttoleistungen T 2.15 und Kostenbeteiligung T 2.02), die als Datenquelle den Datenpool von santésuisse (heute: Datenpool SASIS) haben, wurden revidiert und mit einer Fussnote versehen, damit die Werte mit denjenigen in den revidierten Zeitreihen auf www.bag.admin.ch/pyramiden und denjenigen im «Kostenmonitoring» auf www.bag.admin.ch/kmt übereinstimmen.

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 EF123/1345). 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 Juli 2013 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. 2012 wurde es ersetzt durch das Formular EF1345, das den neuen Kontenplan berücksichtigt.

Nachstehend folgt eine kurze Übersicht über die verschiedenen Statistikteile 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

Daten pro Kanton zu den Bruttoleistungen, den Nettoleistungen und der Kostenbeteiligung sowie Daten zu den Bruttoleistungen nach Kostengruppen.

(Bis 2008 auch Angaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG

- Risikoausgleich in der OKP - und Datenpool santésuisse)

Tabellenteil 3: Prämiensoll 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 Prämiensoll 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. 31 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 Unfalldeckung) pro Kanton aus, aufgeteilt nach Erwachsenen, jungen Erwachsenen und Kindern.

3. Wichtigste Neuerungen in der Krankenversicherung seit 1996

2013

1.1.2013 Änderung des KVG betreffend die Rechnungstellung und die Tarife (Art. 42 Abs. 3bis und 4 sowie 43 Abs. 5bis).

1.1.2013 Änderung des KVG betreffend die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Art. 56 Abs. 6).

1.1.2012 Änderung der KVV betreffend die Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, die Organisationen der Ernährungsberatung und die Rechnungstellung (Art. 50a, 52b, 59, 59a, 59abis et 59ater).

1.1.2013 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend die Ernährungsberatung (Art. 9b).

1.1.2013 Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) betreffend die Versichertenbestände (Art. 4).

1.1.2013 Erlass der Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Durchschnittsprämien 2013 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island und in Norwegen.

1.1.2013 Erlass der Verordnung des EDI über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern.

1.1.2013 Erlass der Verordnung des EDI über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung.

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 Preisniveauindizes 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 Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).

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

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

2010

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

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

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

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

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

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

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

2009

1.1.2009 Änderung des KVG betreffend die Spitalfinanzierung.

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

1.1.2009 Änderung der KVV (Art. 28, 28a, 28b, 31, 37, 55a, 58a, 58b, 58c, 58d, 58e, 59, 59d, 59e). Aufhebung des Art. 30.

1.1.2009 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

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

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

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

2008

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

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

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

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

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

1.1.2008 Erlass der Verordnung des EDI über die technischen und grafischen Anforderungen an die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK-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 beschliessen (Art. 42a).
- Verlängerung der Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung um drei Jahre (Art. 55a).
- Erweiterung der Sanktionen bei Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Art. 59).
- Änderung der Bestimmung bezüglich Rechnungslegung und Geschäftsbericht (Art. 60).
- Verlängerung des Risikoausgleiches um fünf Jahre (Art. 105).

1.1.2005 Weiterführen und Einfrieren der Pflögetarife (Übergangsbestimmung zum KVG, dringliches Bundesgesetz).

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

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

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

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

2004

1.1.2004 Änderung der KVV:

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

2003

- Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) tritt in Kraft. Anpassungen des KVG und der Verordnungen an das ATSG.
- Inkraftsetzung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).
- Änderung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Änderung der Anhänge 1 und 2).
- Änderung der Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (Art. 6, Auszahlung).

- Die vom BSV empfohlenen Prämienregionen sollen von den Krankenversicherern umgesetzt werden.
- Die Lenkungsabgaben auf Heizöl Extraleicht (HEL) und auf flüchtigen organischen Verbindungen (VOC), seit dem Jahr 1998 bzw. 2000 erhoben, werden erstmals über die Krankenkassen an die gesamte Wohnbevölkerung verteilt.

2002

- **1.1.2002** Aufhebung der Mitberücksichtigung des Prämienindex bei der Berechnung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung.
- **1.1.2002** Änderung des KVG infolge der neuen Fristenregelung (Art. 30).
- **1.1.2002** Dringliches Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die interkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Volksabstimmung vom 9. Februar 2003 infolge Referendum).
- Anpassungen des KVG und der Verordnungen an das Freizügigkeitsabkommen EU-CH, namentlich in den Bereichen Obligatorium, Prämien, Prämienverbilligung, Risikoausgleich, Leistungsaushilfe und Durchführung. Datum des Inkrafttretens: 1.6.2002 (für die meisten Anpassungen, zusammen mit dem Freizügigkeitsabkommen).
- Anpassungen des KVG und der Verordnungen an das EFTA-Abkommen, namentlich in den Bereichen Obligatorium, Prämien, Prämienverbilligung, Risikoausgleich, Leistungsaushilfe und Durchführung. Datum des Inkrafttretens: 1.6.2002 (für die meisten Anpassungen zusammen mit dem EFTA-Abkommen).
- **1.7.2002** Änderung der KVV im Arzneimittelbereich.
- **1.7.2002** Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. Bezeichnung von Leistungen, welche nur auf vorgängige Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes übernommen werden).
- **4.7.2002** Inkraftsetzung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- Verabschiedung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung.

2001

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

2000

- Verabschiedung der 1. Teilrevision des KVG und der Ausführungsbestimmungen in den Bundesratsverordnungen.
- **1.10.2000** Inkrafttreten der geänderten Bestimmungen über den Kassenwechsel.
- Anpassung des Leistungskatalogs in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. in-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie).
- Erweiterung der Anlagemöglichkeiten der Krankenkassen (finanzielle Reserven).

1999

- Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (gewisse Gebiete der Alternativmedizin).
- Teilrevision der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung VORA (Aktuellere Datenbasis und Beschleunigung der Zahlungsflüsse)

1998

- Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- Erhöhung der ordentlichen Franchise auf 230.– Fr., Änderung der Prämienreduktionssätze bei wählbaren Franchisen.
- Erleichterte Reservebestimmungen für grosse Versicherer.
- Erlass von Tarifbestimmungen für den Spitex- und für den Pflegebereich.
- Der Bundesrat setzt die folgenden Eidgenössischen Kommissionen ein: Grundsatzkommission (Vorsitz), Leistungskommission, Arzneimittelkommission, Analysenkommission, Kommission für Mittel und Gegenstände.

1997

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

1996

1.1.1996 Inkrafttreten des neuen KVG:

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

Datenstand: 27.5.13

Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, BSV

4. Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2012

4.1 Finanzen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

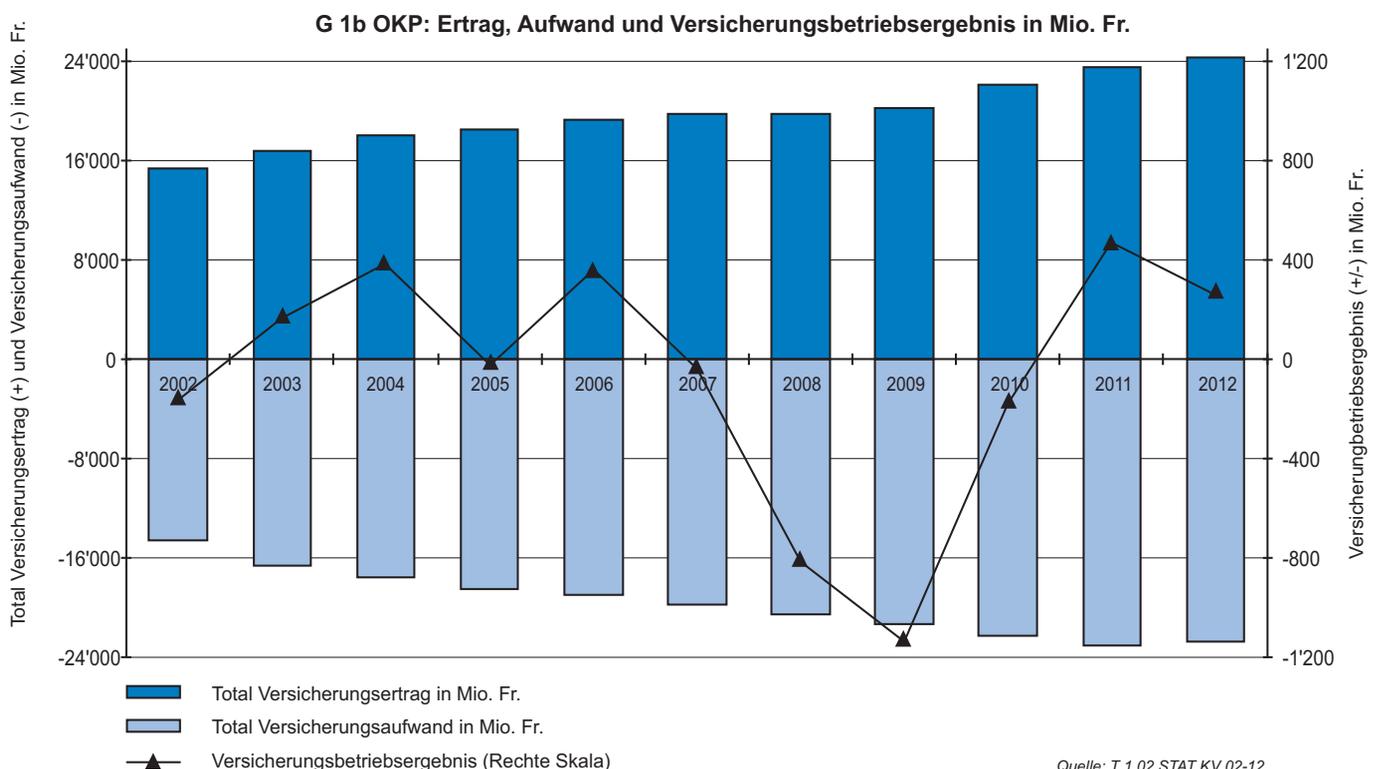
2012 wurde mit Swiss GAAP FER 41 ein neuer Standard für die dem BAG zu liefernden Daten der Rechnungslegung eingeführt. Als Folge davon musste die Struktur der entsprechenden Tabellen in der Statistik über die obligatorische Krankenversicherung sowie die Namen der Konti angepasst werden. Die folgenden Kommentare für Zeitreihen benutzen die Benennungen, die bis 2011 galten. Die Übergänge zu den neuen Benennungen stehen in den Fussnoten der Tabellen, auf die in m Kommentar hingewiesen wird.

Leser, die einen umfassenden Überblick zu den Beziehungen zwischen dem alten und dem neuen Kontenplan haben möchten, finden diesen in den Formularen EF1345 unter der Bezeichnung «Mapping -> EF1345» in den Tabellenblättern 1.3 bis 2.12 (Seiten EF1 EF2: alter Kontenplan, gültig bis 2011) bzw. «Mapping -> EF123» in den Tabellenblättern 4.1 bis 5.10 (EF4 EF5: neuer Kontenplan, gültig seit 2012); diese Angaben stehen auf www.bag.admin.ch zur Verfügung in der Rubrik Themen – Krankenversicherung – Versicherer und Aufsicht – Formulare EF und PV – Archiv Formulare EF und PV (2012).

Die von den Versicherern **bezahlten Leistungen** in Höhe von 22,2 Mrd. Franken im Jahr 2012 ergeben sich, wenn von den Bruttoleistungen die **Kostenbeteiligung der Versicherten** in der Höhe von 3,7 Mrd. Franken abgezogen wird. Das **Prämien Soll** beläuft sich auf 24,5 Mrd. Franken; unter Berücksichtigung der übrigen Aufwands- und Ertragskonti resultiert ein positives **Gesamtbetriebsergebnis** von +916 Mio. Franken (T 1.01).

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 (- 1,1 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 (+ 810 Mio. Fr.) kompensiert (T 1.03 bis T 1.06).

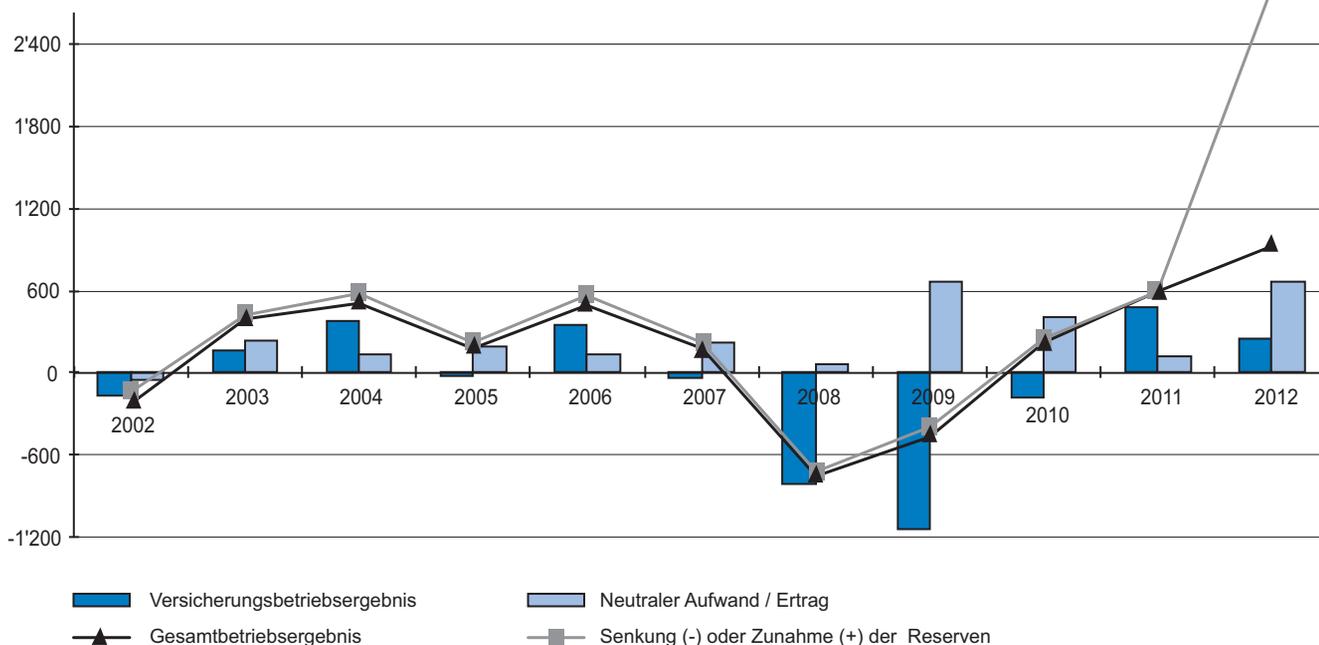
Interessant ist die Entwicklung von **Aufwand, Ertrag** und **Betriebsergebnis** in den letzten zehn Jahren. Ein deutlich negatives Betriebsergebnis (Aufwand minus Versicherungsertrag) ergab sich für die Jahre 2008 und 2009. Für 2002, 2005, 2007 und 2010 resultierte ein nahezu ausgeglichenes, für die Jahre 2003, 2004, 2006, 2011 und 2012 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 2002 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 1c Betriebsergebnis und Reservenveränderung in der OKP in Mio. Fr.



Quelle: T 1.02 STAT KV 02-12 / Die Werte von 2012 der Reserven sind mit denjenigen aus dem Vorjahr aufgrund einer Änderung der Berechnungsmethode nicht vergleichbar: vgl. T 1.12

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).

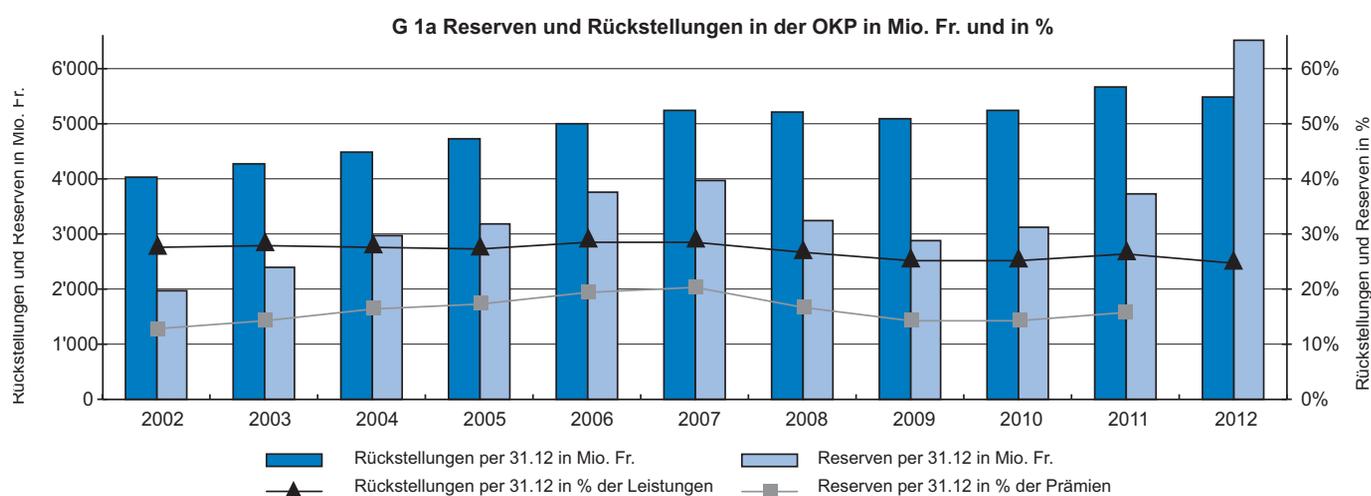
Reserven und Rückstellungen in der OKP

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 Werte von 2012 (Zunahme der Reserven um 2,8 Milliarden) sind nicht vergleichbar mit den Vorjahren wegen der Auflösung der stillen Reserven und Rückstellungen im

Rahmen der Einführung des neuen Kontenplans, der auf Marktwerten beruht. Die Reserven sind dadurch volatiler geworden. Der erhöhten Volatilität trägt der neu eingeführte KVG-Solvenztest Rechnung, der neben versicherungstechnischen Risiken auch Markt- und Kreditrisiken berücksichtigt. Die Reserven dienen den Versicherern zur Deckung unvorhergesehener Risiken. Die Reserven von 6,5 Mrd. Franken Ende 2012 entsprechen ungefähr den Leistungen von vier Versicherungsmonaten.

Betrachtet man den Stand der Reserven im Verhältnis zum Prämien Soll desselben Jahres, so resultiert ein Anstieg dieser «Reservequote» von 12,8% im Jahr 2002 auf 15,7% im Jahr 2011 (G 1a).

Seit 2012 wird die Mindestreservequote nicht mehr durch das Prämien Soll gemessen, sondern durch das Konzept der Solvenzquote. 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, gewährleistet seit 2012 die Solvenz der Krankenversicherer. Die Details zu der Solvenzquote finden sich in der Tabelle T 5.06.

Stabiler entwickelten sich die **Rückstellungen** für unerledigte Versicherungsfälle. Ins Verhältnis gesetzt zu den von den Versicherern bezahlten Leistungen ergab sich ein Rückgang von 27,5% im Jahr 2002 auf 24,7% im Jahr 2012 (G 1a).

Die Werte für 2012 sind allerdings nicht direkt vergleichbar mit den Vorjahren: Da der neue Kontenplan die bestmögliche Schätzung («best estimate») der Rückstellungen vorschreibt, haben viele Versicherer die Rückstellungen zugunsten der Reserven abgebaut.

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

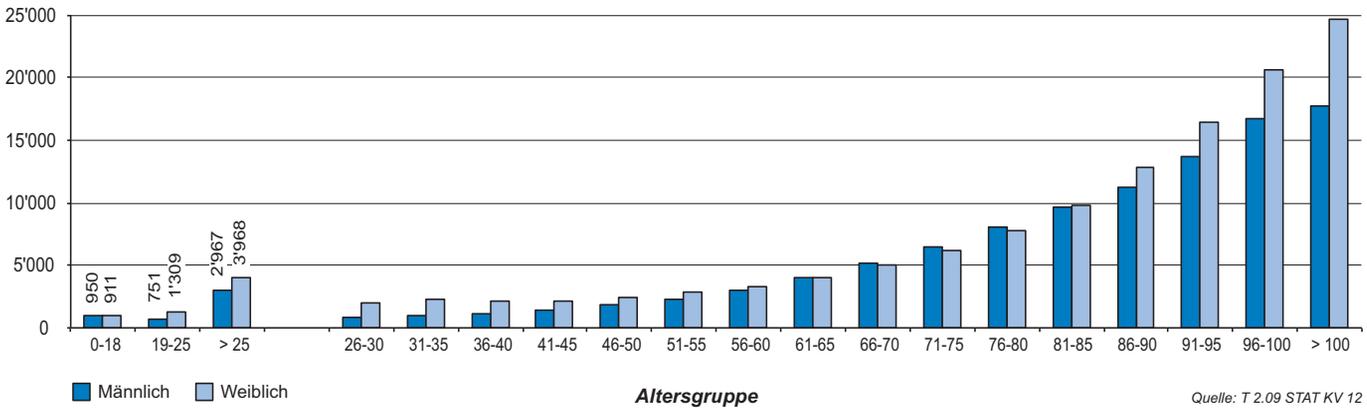
fordert anschliessend beim Versicherten (Patient) die Kostenbeteiligung ein (Art. 42 KVG).

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).

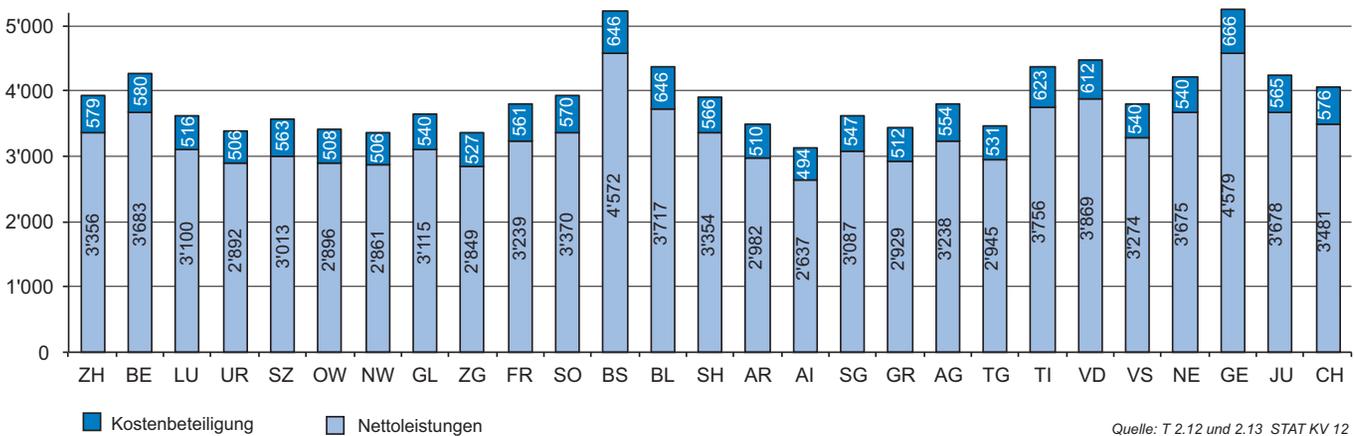
Eine Analyse der Nettoleistungen nach Alter und Geschlecht zeigt zwei deutliche Zusammenhänge: einerseits zwischen Leistungen und Alter, andererseits zwischen Männern und Frauen, wobei die Leistungen für die Frauen höher liegen (ausser im Alter zwischen 0 und 18 Jahren und 61 und 80 Jahren). Die etwa 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 95 Franken im Vergleich zu 354 Franken für junge Erwachsene und 576 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).

G 2b Nettoleistungen in Fr. je versicherte Person nach Altersgruppe und Geschlecht 2012



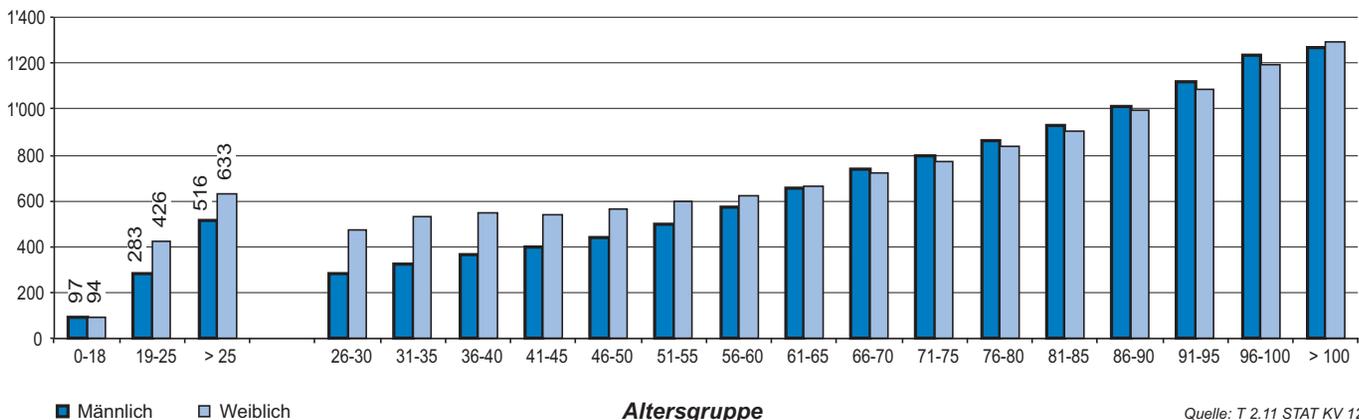
G 2a Nettoleistungen, Kostenbeteiligung und Bruttoleistungen in Fr. je versicherte Person nach Kanton 2012 (Erwachsene ab 26 Jahre)



Es ist darauf hinzuweisen, dass die Kostenbeteiligungen in der Krankenversicherungsstatistik **unterschätzt** werden. 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 56 Jahren sehr gering. Bei den übrigen Altersklassen liegt die jährliche Kostenbeteiligung der Frauen höher (G 2d). Zwar entfällt sie grundsätzlich bei Leistungen für die Mutterschaft, dies gilt jedoch nicht im Falle von Schwangerschaften mit Komplikationen.

G 2d Kostenbeteiligung in Fr. je versicherte Person nach Altersgruppe und Geschlecht 2012



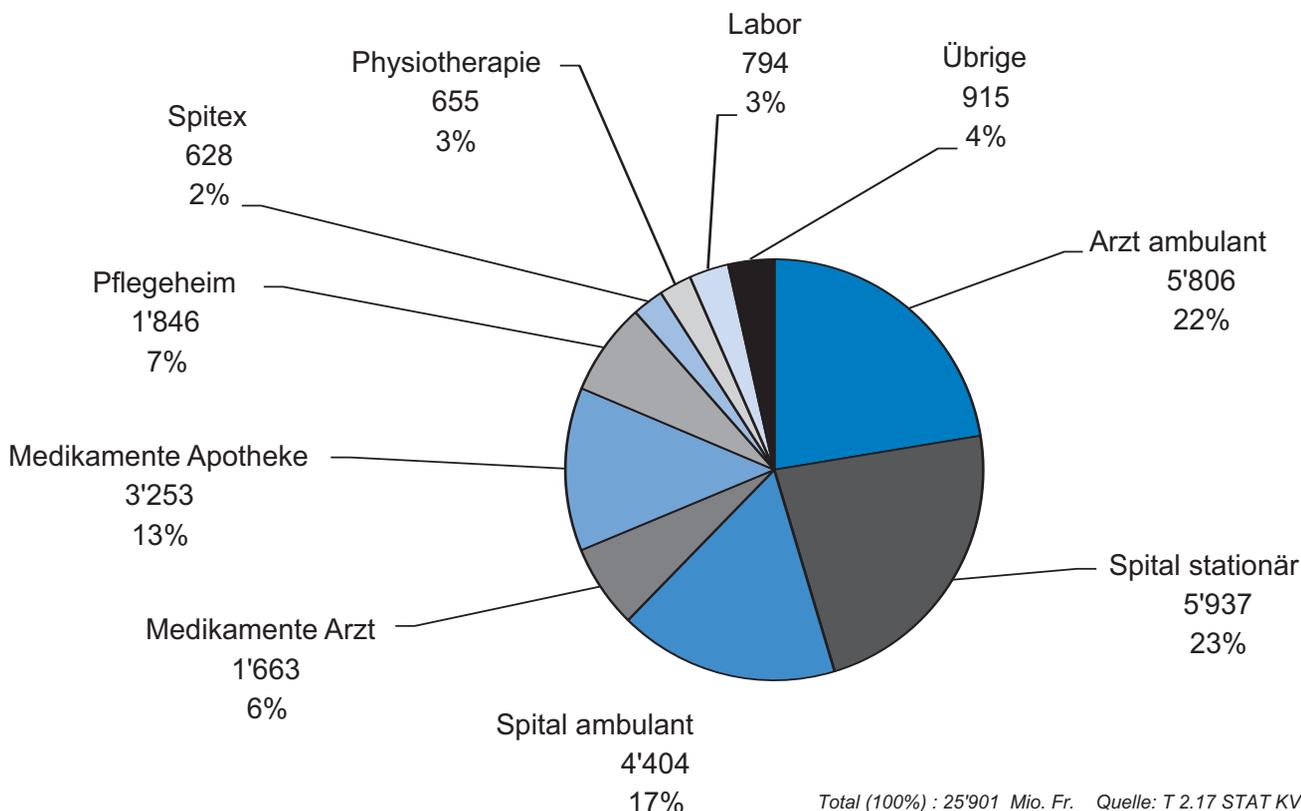
Leistungen OKP nach Kostengruppen

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 25,9 Mrd. Franken (+ 3,9% gegenüber dem Vorjahr) 40% auf die Spitäler (ambulant und stationär), 22% auf Leistungen der Ärzte (ambulant), 19% auf Medikamente (von Apotheken und

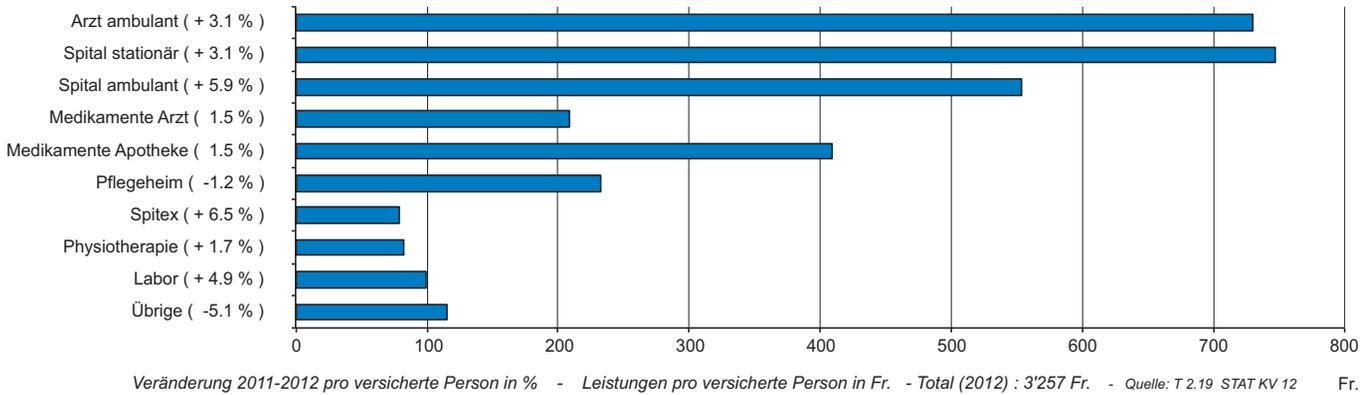
Ärzten abgegeben), 7% auf Pflegekosten in Pflegeheimen sowie 12% auf übrige Leistungen wie Spitex, Physiotherapie, Chiropraktik, Labor sowie Mittel und Gegenstände (G 2e und T 2.17).

Pro versicherte Person beliefen sich die Bruttoleistungen auf 3257 Franken, 2,7% mehr als im Vorjahr. Die drei Kostengruppen mit den höchsten Kosten pro Versicherten

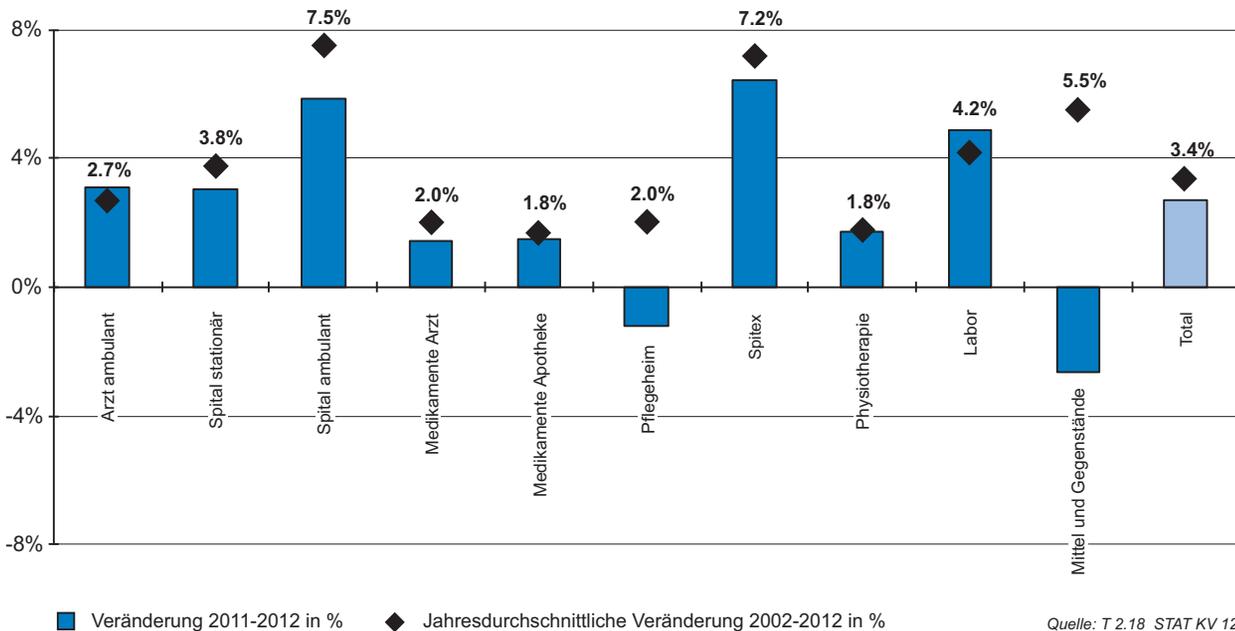
G 2e Bruttoleistungen OKP in Millionen Fr. und in % des Totals nach Kostengruppe 2012



G 2f Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Bruttoleistungen nach Kostengruppe 2012 und Veränderung in %



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



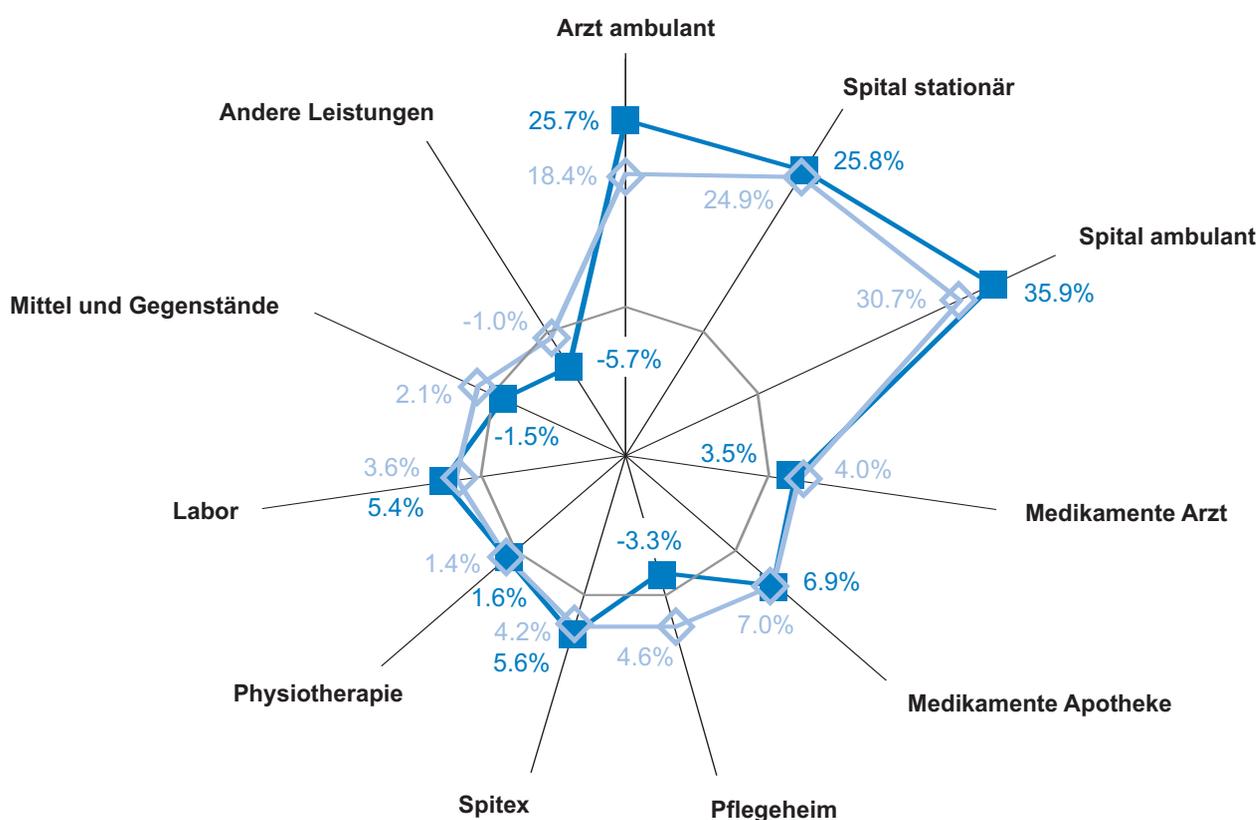
sind stationäre Spitalaufenthalte (747.-), ambulante Behandlungen beim Arzt (730.-) und im Spital (534.-) (T 2.19 und G 2f).

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 2002-2012 im Durchschnitt 3,4%. Überschritten haben diesen Durchschnittswert in diesem Zeitraum namentlich folgende Kostengruppen: Spitex (+7,2%), Mittel und Gegenstände (+5,5%), Spitäler ambulant (+7,5%) und stationär (+3,8%). Dagegen entwi-

ckelten sich Arztleistungen (+2,7%), Pflegeheime (+2,0%), Medikamente Apotheke (+1,8%), Physiotherapie (+1,8%) und Chiropraktik (+0,7%) unterdurchschnittlich. Ein Teil des erheblichen Anstiegs bei der Kostengruppe Labor ab 2003 ist auf eine bessere Erfassung der Laborkosten durch die Versicherer zurückzuführen (Einfluss von TARMED) (G 2g und T 2.18).

Interessant ist auch, die Wirkung der verschiedenen politischen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung der verschiedenen Kostengruppen zu untersuchen. Zu diesem Zweck wird die durchschnittliche Kostenentwicklung im Zeitraum 2011-2012 der Entwicklung im gesamten

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



Quelle: T 2.18 STAT KV 12 - Beitrag in % an die Veränderung der Leistungen pro Person [100% für die Summe aller Kostengruppen]

■ Beitrag an die Veränderung 2011-2012 in % ◆ Beitrag an die Veränderung 2002-2012 in % — 0 %

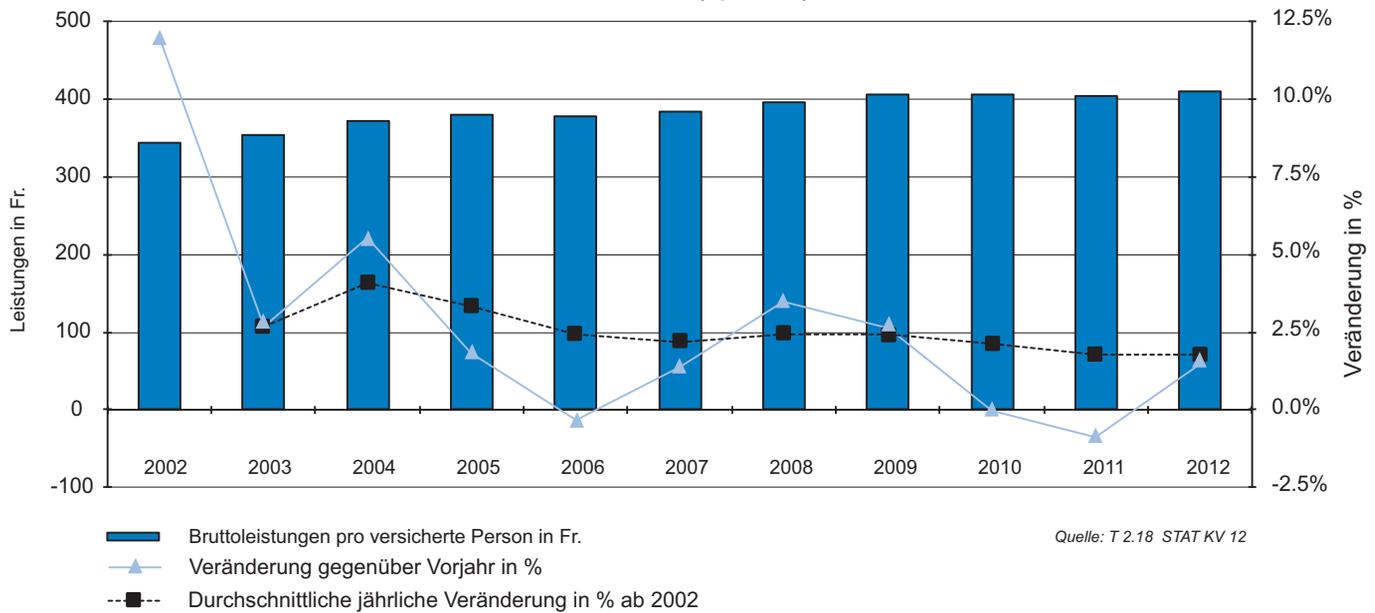
Zeitraum 2002-2012 gegenübergestellt. Zwischen 2011 und 2012 stiegen die Kostengruppen mehrheitlich in einer Grössenordnung, die ungefähr dem Durchschnitt der Jahre 2002-2012 entspricht, wohingegen die Kostengruppen Heime sowie Mittel und Gegenstände um weniger als der Durchschnitt der letzten zehn Jahre gestiegen sind (weniger als die Hälfte des Anstiegs in der Periode 2002-2012, G 2g). Für diese beiden Gruppen sind die Kosten sogar zurückgegangen, was eine Folge der neuen Pflegefinanzierung, die per 1. Januar 2011 in Kraft getreten ist, bzw. der eingeschränkten Rückerstattungspflicht von Brillengläsern ist.

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 5,5% bei den Mitteln und Gegenständen zwischen

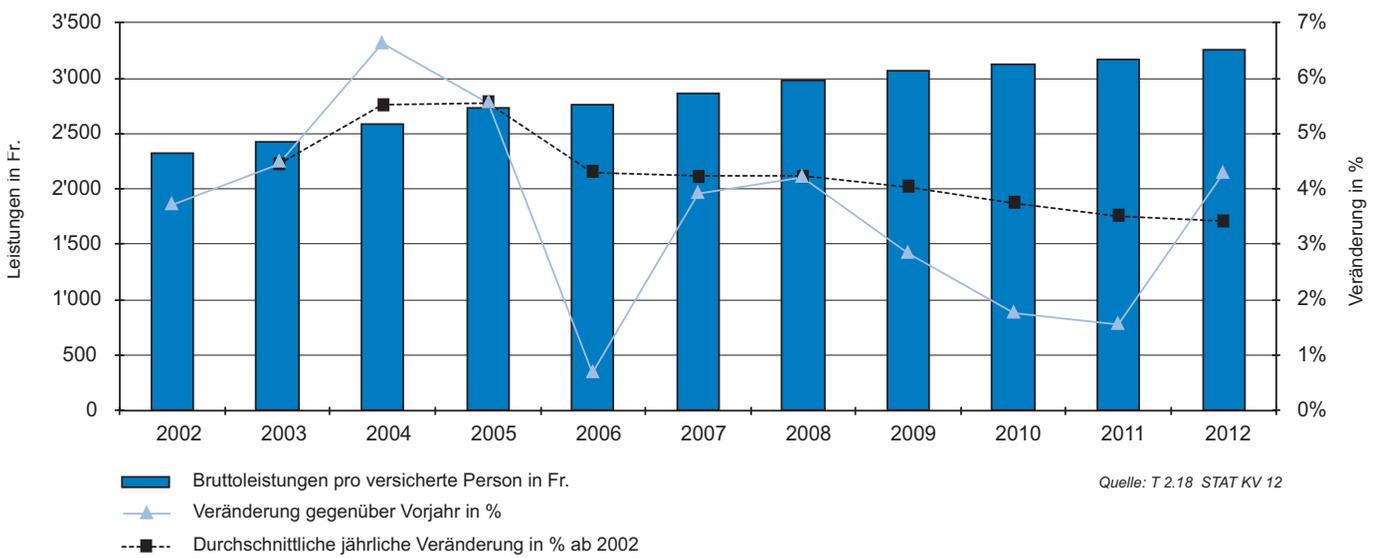
2002 und 2012 sich etwa zwölf Mal weniger auf die gesamte Entwicklung der Kosten auswirkt als eine mittlere jährliche Kostenveränderung von 3,8% bei den Spitälern (stationär) im gleichen Zeitraum (Beitrag an die Zunahme: 2,1% bzw. 24,0%).

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/kmt) unter der Rubrik «Kostenmonitoring» zur Verfügung gestellt (siehe Anhang D).

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



G 2h Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG: Bruttoleistungen pro versicherte Person



4.3 Prämiensoll in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP

Durchschnittliches Prämiensoll für alle Versicherungsmodelle

Der nachträglich für alle Versicherungsmodelle festgestellte tatsächliche Anstieg des Prämiensolls 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.

Prämiensoll pro versicherte Person

Das durchschnittliche **Prämiensoll** pro versicherte Person und Jahr belief sich im Jahr 2012 auf **3075 Franken** (+ 2,3% im Vergleich zum Vorjahr). Für Versicherte mit ordentlicher Franchise betrug der Wert 3523 Franken, für Versicherte mit wählbarer Franchise 3590 Franken, für Versicherte mit BONUS-Versicherungen 3102 Franken und für Versicherte mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers 2718 Franken (T 3.05). Auf den ersten Blick erscheint es paradox, dass das Prämiensoll pro Person für alle Versicherten bei der wählbaren Franchise einen höheren Wert als bei der ordentlichen Franchise erreicht. Allerdings gibt es hierfür zwei einfache Erklärungen: Erstens drückt der deutlich höhere Kinderanteil bei den Versicherungen mit ordentlicher Franchise die Durchschnittsprämie nach unten (aus der T 11.09 geht hervor, dass ungefähr 90% aller Kinder eine ordentliche Franchise haben). Zweitens finden sich Versicherte mit wählbarer Franchise überdurchschnittlich häufig in Regionen mit hohem Prämienniveau (städtische Gebiete, Romandie usw.). Daraus erklärt sich, dass der Durchschnitt der Prämien der Versicherungen mit wählbarer Franchise über jenem der Versicherungen mit ordentlicher Franchise liegt.

Prämien und Nettoleistungen pro Versicherten in der OKP

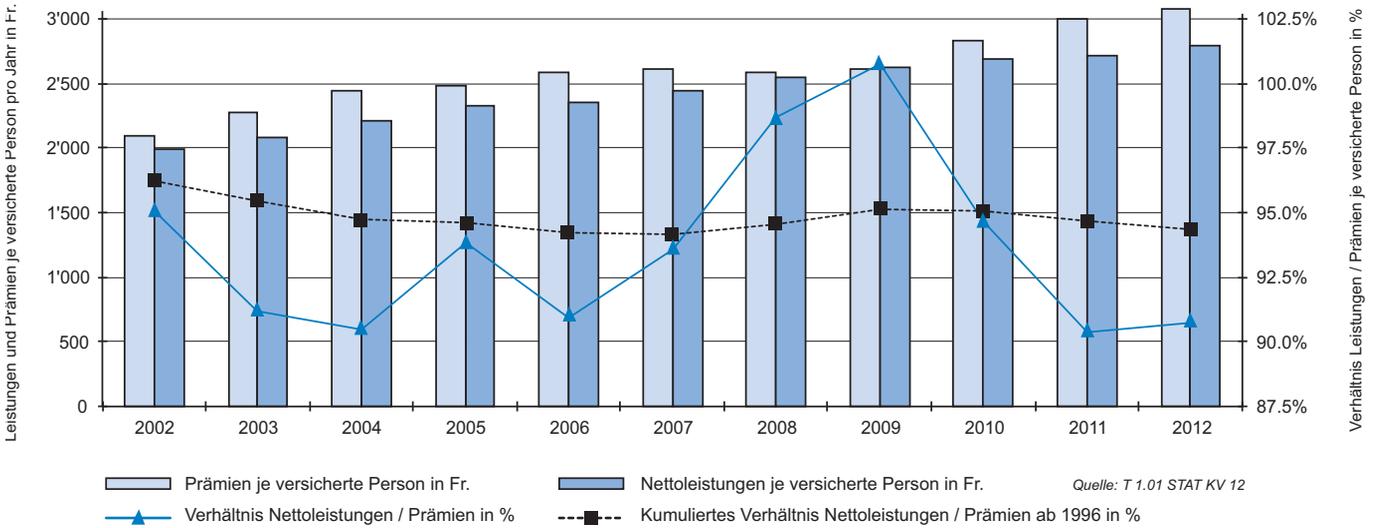
Für einen Vergleich des Verhältnisses Nettoleistungen/Prämien pro Versicherten in der OKP ist eine Betrachtung über mehrere Jahre erforderlich. Auf nationaler Ebene wies dieses Verhältnis von 2002 bis 2012 Schwankungen zwischen 90% und 101% auf. Besonders interessante Hinweise liefert die Kurve des kumulierten Verhältnisses **Nettoleistungen/Prämien** seit 1996. Dabei wird das Verhältnis aller Nettoleistungen und der Prämien pro versicherte Person seit 1996 bis zum Berichtsjahr betrachtet. Das Verhältnis liegt sehr nahe bei 95%. Dies bedeutet, dass von den Prämien eine Marge von etwa 5% für Verwaltungskosten, Veränderungen bei Rückstellungen und Reserven sowie für Gewinne und Verluste auf Kapitalanlagen verwendet wird. Jährliche Schwankungen des Verhältnisses können bedingt durch die Vorausberechnungen des künftigen Leistungsvolumens auftreten (G 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 nicht aufgeführt werden.

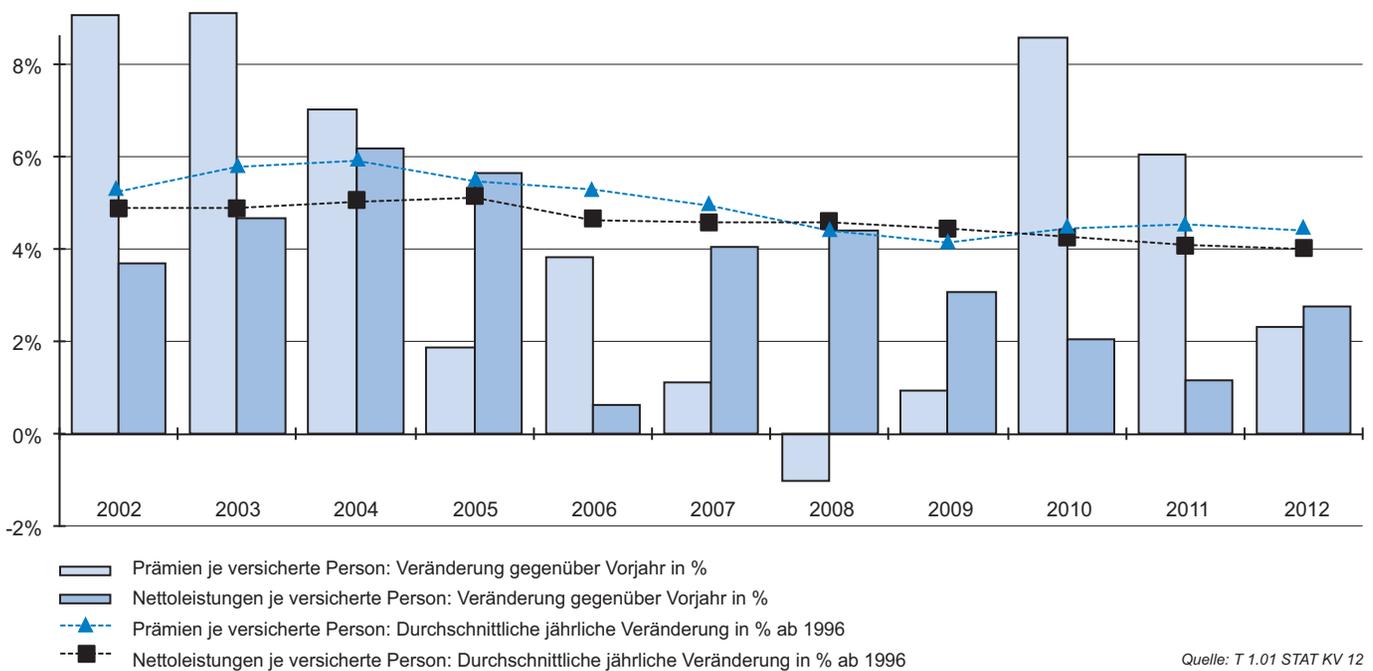
Die Krankenkassen kennen beispielsweise im Jahr 2010 die Kosten für das Jahr 2009 und müssen ihre Prämien für 2011 ausgehend von einer Prognose der Kosten und der Versicherten, die 2011 den Versicherer wechseln werden, festlegen. Erst im Jahr 2012, also zwei Jahre später, sind die tatsächlichen Kosten für 2011 bekannt, und erst dann kann ein Vergleich mit den vorausberechneten Kosten vorgenommen werden. Eine Anpassung kann erst bei den Prämien des Jahres 2013 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 beispielsweise Änderungen wichtiger

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



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



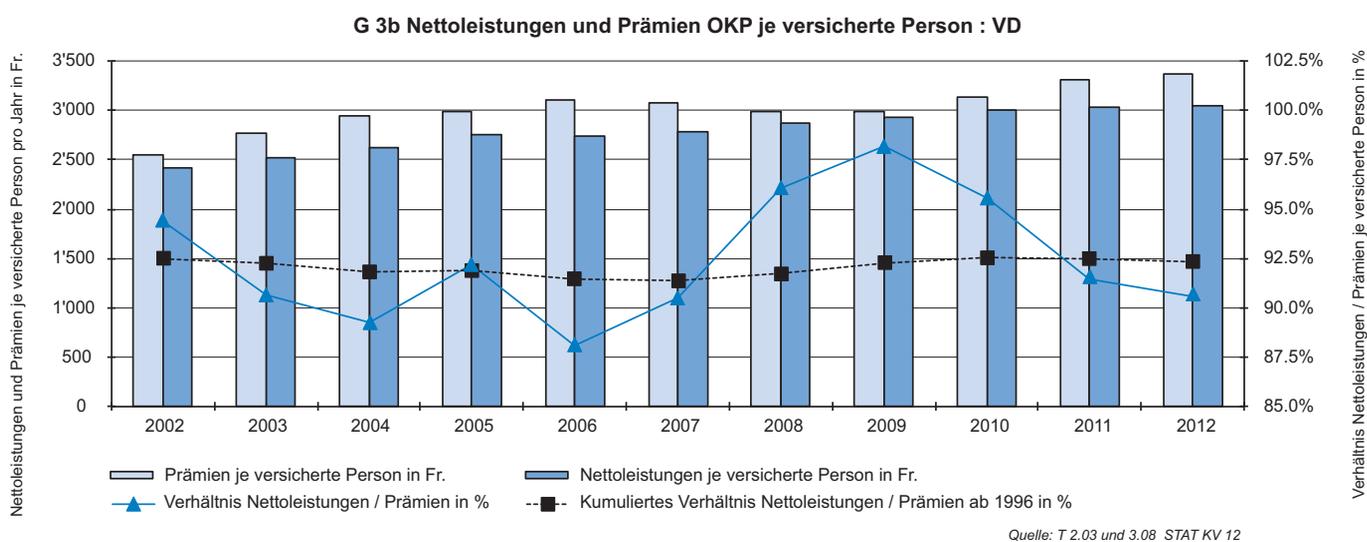
Tarife, die die Kostenentwicklung erheblich beeinflussen können, noch nicht bekannt.

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.

Das Parlament hat die Änderung des KVG betreffend die Prämienkorrektur am 21. März 2014 angenommen. Das Gesetz sieht eine Vergütung von 800 Millionen Franken vor. Dieser Betrag wird von folgenden drei Quellen finanziert:

- von den Versicherten, die in den Kantonen Wohnsitz haben, in denen zwischen 1996 und 2013 zu tiefe Prämien bezahlt worden sind;
- von den Versicherern;
- vom Bund.

Das Gesetz wird am 1. Januar 2015 befristet bis zum 31. Dezember 2017 in Kraft treten. Die exakte Höhe der zu erstattenden Beträge wird in der Ausführungsverordnung des Bundesrates genannt werden.

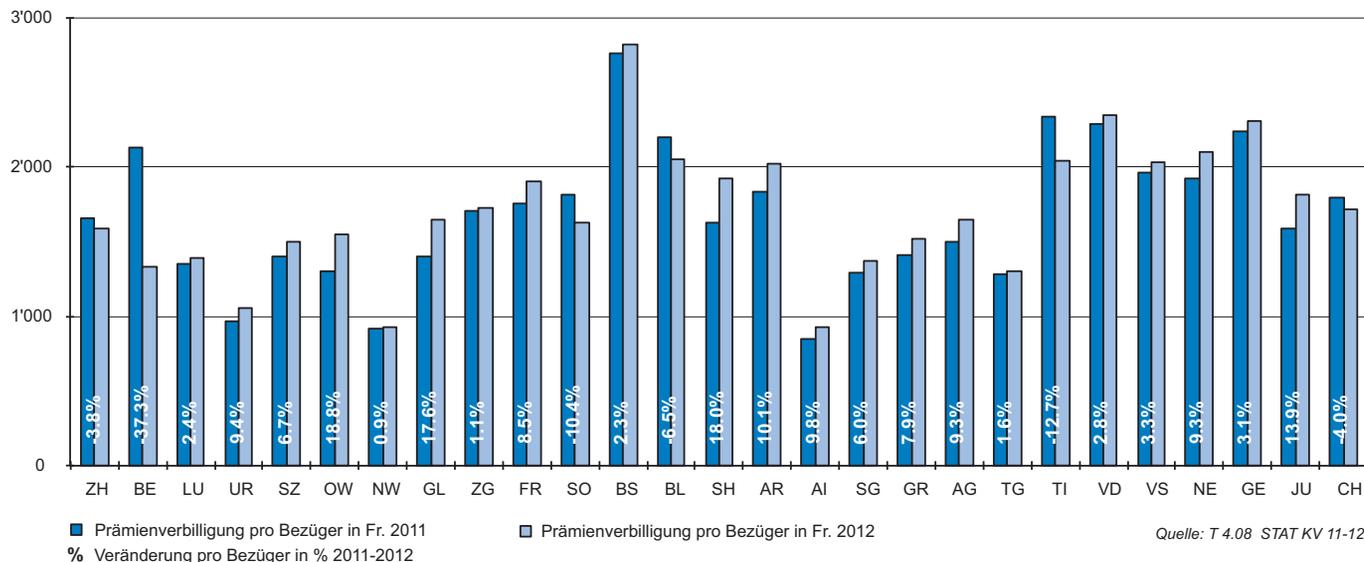
Die Details zur Berechnungsmethode des BAG vom September 2013 sind publiziert auf www.bag.admin.ch unter der Rubrik Themen – Krankenversicherung – Prämien – III. Weitere Informationen.

4.4 Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP

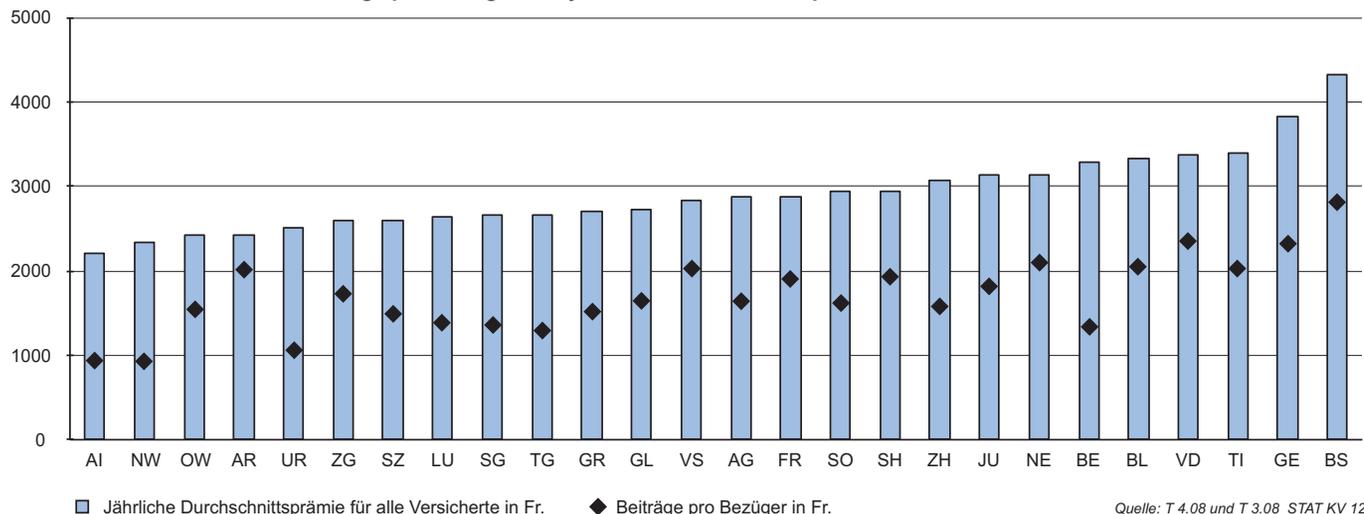
Unter dem KVG werden die Krankenversicherungssubventionen des Bundes und der Kantone zur individuellen Verbilligung der Prämien der Versicherten eingesetzt. Das System war bis 2007 so aufgebaut, dass die vom Bund für die Prämienverbilligung vorgesehenen Gelder nach der Bevölkerungszahl und nach Finanzkraft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

Im Jahr 2012 wurden die **Prämien der Bezüger** im nationalen Durchschnitt um 1719 Franken verbilligt; pro Monat ergibt dies einen Betrag von 143 Franken (T 4.01), wobei die Schwankungen nach Kanton bezüglich der ausgerichteten Beiträge auch im Vorjahresvergleich erheblich ausfallen (G 4a). Im Kanton Bern wird seit 2012 nicht mehr der vollständige Beitrag zur Krankenkassenprämie von EL-Bezügern und Sozialhilfeempfängern als Prämienverbilligung betrachtet. Der Betrag erscheint damit auch nicht mehr vollständig in der Statistik der Prämienverbilligung. Die Zahlen der PV des Kantons Bern sind dadurch deutlich zurückgegangen und mit den Angaben der Vorjahre wie auch mit den Zahlen der anderen Kantone nicht mehr vergleichbar. Dadurch sind auch die gesamtschweizerischen Zahlen des Jahres 2012 nur noch eingeschränkt mit den Zahlen der vorangegangenen Jahre vergleichbar.

G 4a Prämienverbilligung OKP: Total pro Bezüger und pro Kanton in Franken 2011-2012



G 4c Beiträge pro Bezüger und jährliche Durchschnittsprämie nach Kanton in Franken 2012



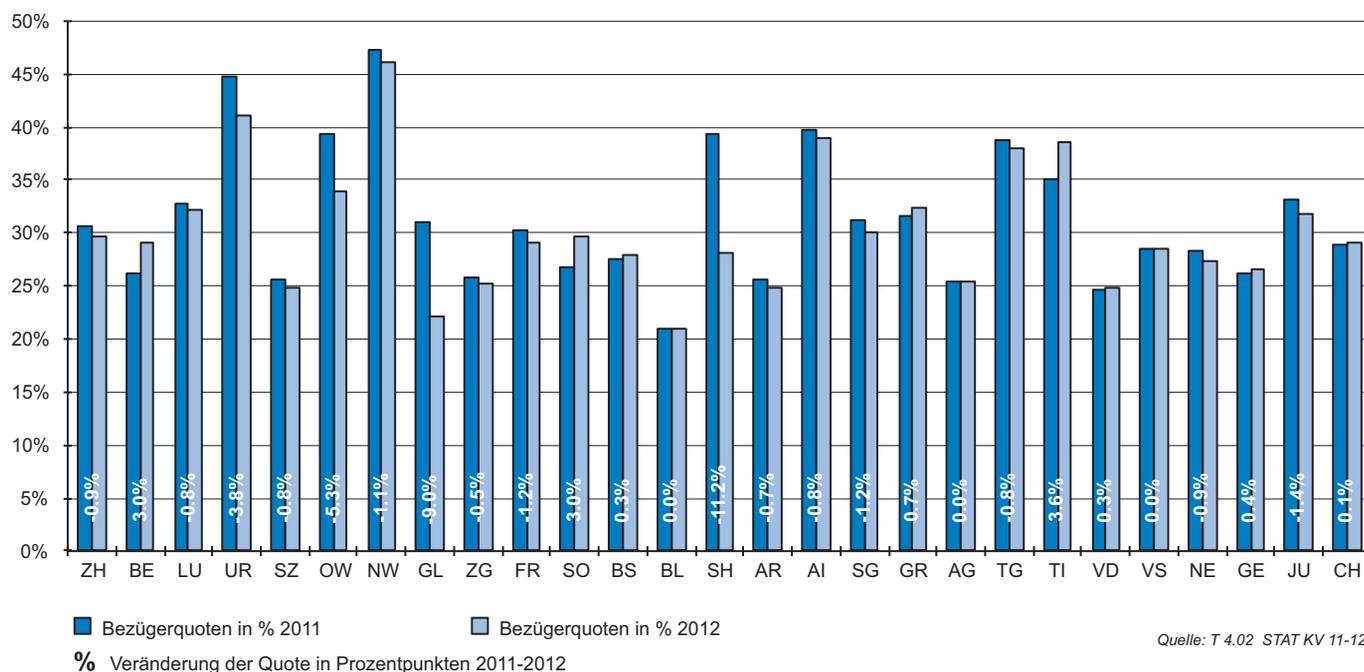
Die Grössen können ins Verhältnis gesetzt werden zum – gemäss der Betriebsrechnung der OKP – ausgewiesenen Prämiensoll pro versicherte Person von 3075 Franken pro Jahr oder von 256 Franken pro Monat im schweizerischen Durchschnitt (T 3.04). Grafik G 4c stellt das Verhältnis dieser Prämienverbilligungen / Prämien für die verschiedenen Kantone dar und zeigt eine relativ hohe Korrelation zwischen diesen beiden Variablen.

Das Total an Beiträgen zur Prämienverbilligung belief sich im

Jahr 2012 auf 3,967 Mrd. Franken (T 4.07). Davon wurden von den Kantonen 1,816 Mrd. Franken finanziert (T 4.07).

Diese 3,967 Mrd. Franken an Prämienverbilligungen wurden an insgesamt 2,308 Mio. **Bezüger** ausgerichtet; dies sind 1,5% mehr als im Vorjahr (T 4.01). Das entspricht 29,0% des mittleren Versichertenbestands im Jahr 2012 und auf kantonaler Ebene Anteilen von 20,9% [BL] bis 46,2% [NW]. Bei mehr als der Hälfte aller Kantone (16) ist die Bezügerquote zurückgegangen (G 4b).

G 4b Kantonale Bezügerquoten für die Prämienverbilligung 2011-2012



Die separate Betrachtung nach Geschlecht ergibt für die weibliche Bevölkerung eine etwas höhere Quote als für die männliche Bevölkerung (T 4.03). Im Jahr 2012 verteilten sich die 2,308 Mio. Bezügerinnen und Bezüger auf insgesamt 1,318 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 Versicherers** eingesehen werden können. Die vollständige Zeitreihe dieser Daten im Format XLS steht auf der Internetseite des BAG zur Verfügung unter www.bag.admin.ch/pyramiden (siehe Anhang D).

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

4.6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG

Seit der Einführung des KVG wurde eine Vielzahl von Policen der Taggeldversicherung vom Bereich der freiwilligen Versicherung gemäss KVG in die Zusatzversicherung gemäss VVG umgelagert.

Für eine bessere Übersicht im Bereich der Taggeldversicherung (KVG und VVG) wird auf die zusammenfassende Tabelle T 9.10 oder auf die Grafik G 9I verwiesen.

Von Ende 2002 bis Ende 2012 ging die Versichertenzahl in der freiwilligen Taggeldversicherung KVG von 495'000 auf 224'000 Versicherte zurück (T 6.01).

Die **Betriebsrechnung** der freiwilligen Taggeldversicherung KVG ergibt im Berichtsjahr 2012 eine Zunahme des Ertrages (+ 9,8%) sowie des Aufwands (+ 10,9%). Das Gesamtbetriebsergebnis beläuft sich auf 12,5 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 2002 bei etwa 2 Mrd. Franken stabilisiert hat. Das Total der Einnahmen im Jahr 2012 belief sich auf 2,139 Mrd. Franken und jenes der Betriebskosten auf 2,023 Mrd. Franken (T 7.01). Das Betriebsergebnis fiel mit 116 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 2012 waren in der Schweizer Krankenversicherung 67 **vom BAG anerkannte Versicherer** tätig – 2 weniger als im Vorjahr. Dabei boten 61 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 2012 ungefähr 12'500 Beschäftigte tätig mit einem durchschnittlichen jährlichen Bruttosalär pro Vollzeitstelle in der Höhe von 87'000 Franken für Mitarbeitende und 169'000 Franken für Kader (T 8.03).

Gemäss der **Gesamtbetriebsrechnung** nahmen die anerkannten Krankenversicherer im Jahr 2012 insgesamt 27,6 Mrd. Franken ein; dies waren 6,3% mehr als im Vorjahr. Auf der Ausgabenseite stieg der Versicherungs- und Betriebsaufwand auf 26,5 Mrd. Franken an (+ 4,7%). 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 1,070 Mrd. 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 Verdienstausschluss.

In dieser Darstellung werden die Gesundheitsausgaben nach **Leistungen** (T 9.14), **Leistungserbringern** (T 9.13) und Finanzierungsregimes (T 9.15) 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.

Zu diesem Zweck zeigt die Tabelle 9.15 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

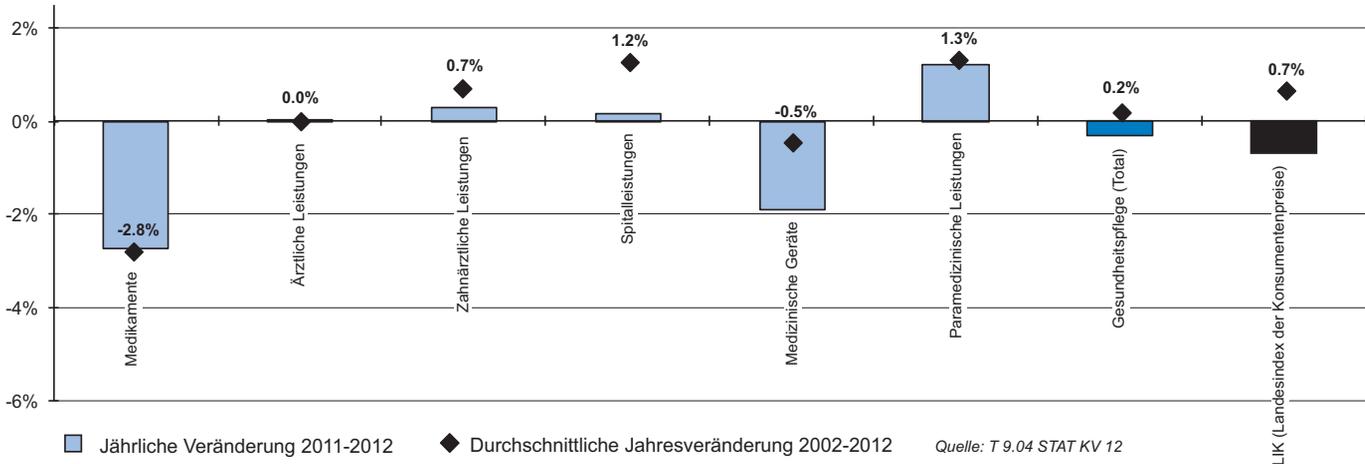
Statistik für den Zeitraum 1996–2006 veröffentlicht worden waren. Seit 2012 hat die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH die Publikation der Schätzung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen eingestellt. Das BFS seinerseits publiziert die definitiven Kosten mit einem Zeitverzug von zwei Jahren auf das Berichtsjahr und liefert keine Schätzung zur Kostenentwicklung. Aus diesem Grund war bei Redaktionsschluss der Wert für 2011 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 seit 2002 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.

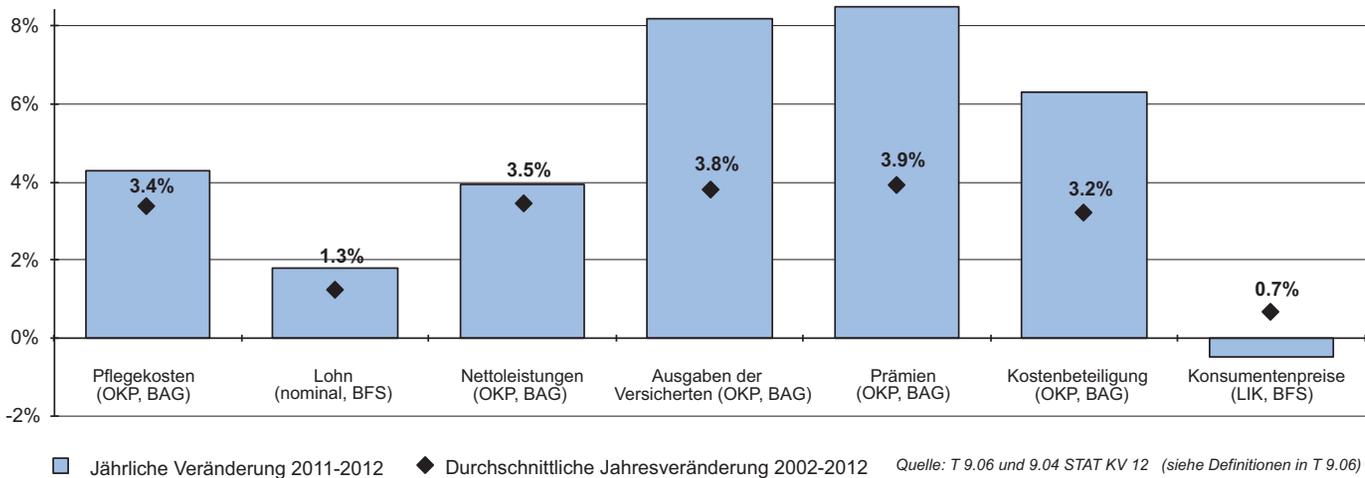
Ein Preisindex gibt allerdings weder Aufschluss über die Entwicklung der konsumierten Menge noch über die mit dem technologischen Fortschritt zusammenhängende Teuerung. Dies ist zu beachten, wenn man den Rückgang des Medikamentenpreisindex im Zeitraum 2011 bis 2012 (- 2,7%) mit der Veränderung der Kosten pro versicherte Person für in Apotheken abgegebene Medikamente vergleicht. Diese haben in der gleichen Zeitspanne zugenommen (+ 1,5%, T 2.19).

Der Rückgang des vom BFS veröffentlichten Medikamentenpreisindex reflektiert daher – so wie er vom BFS ermittelt wird – nicht die Marktrealität. Der Index basiert auf einer Auswahl von Medikamenten in jenen zehn Therapie-kategorien, 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.

G 9d Veränderung der Preisindizes für Gesundheitspflege



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



Zwischen 2002 und 2012 haben sich einige Indikatoren der OKP sehr unterschiedlich entwickelt. Während der Konsumentenpreisindex und der Lohnindex im Betrachtungszeitraum zwischen 0,7 und 1,3% zunahmen, haben die OKP-Kosten (Bruttoleistungen pro versicherte Person) um 3,4%, die Ausgaben der Versicherten in der OKP (Prämien + Kostenbeteiligung) um 3,5% und die Kostenbeteiligung der Versicherten ebenfalls um 3,3%! Erklärbar ist dieser Kostentransfer von den Prämien in Richtung Kostenbeteiligung durch franchise- bzw. rabattspezifische Änderungen (siehe Anhänge F1, F2 und F3). Die Auswirkungen auf die Haushaltsbudgets sind beachtlich (G 9e).

Die **Ärztedichte in der Schweiz** hat zwischen 2002 und 2007 **zugenommen** (1200 zusätzliche Ärzte), während jene der **Apotheken** seit 2002 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 2002 bis 2012 feststellen. Der Index für Bruttoleistungen pro versicherte Person für die Kostengruppe Medikamente (von Apotheken abgegeben) ist von 2002 bis 2009 massiv angestiegen, und zwar ohne Zusammenhang mit der Apothekendichte, die ihrerseits im Betrachtungszeitraum rückläufig war (G 9f).

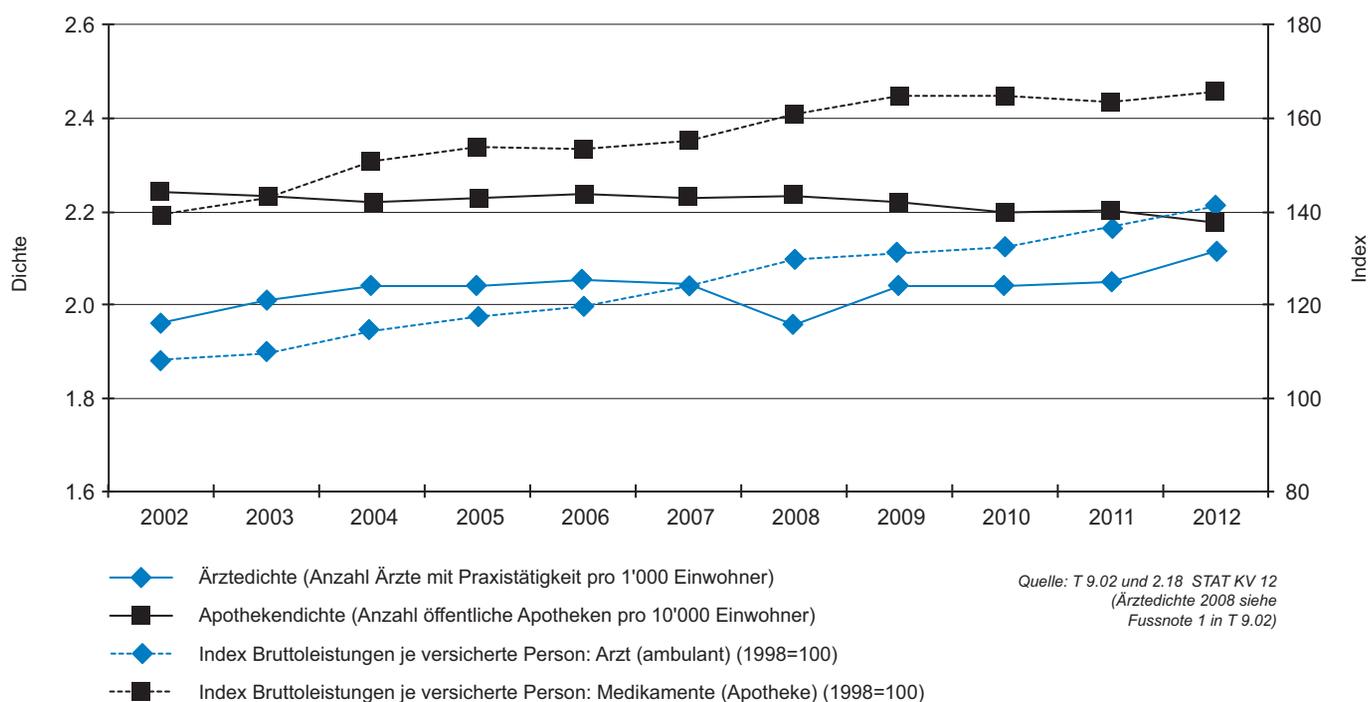
Eine kantonale Aufgliederung dieser Indikatoren für das Jahr 2012 macht zudem klar, **wie ungleich Ärzte und Apotheken auf die verschiedenen Kantone verteilt sind** (G 9g).

VD und GE) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,11 Ärzten pro 1000 Einwohner.

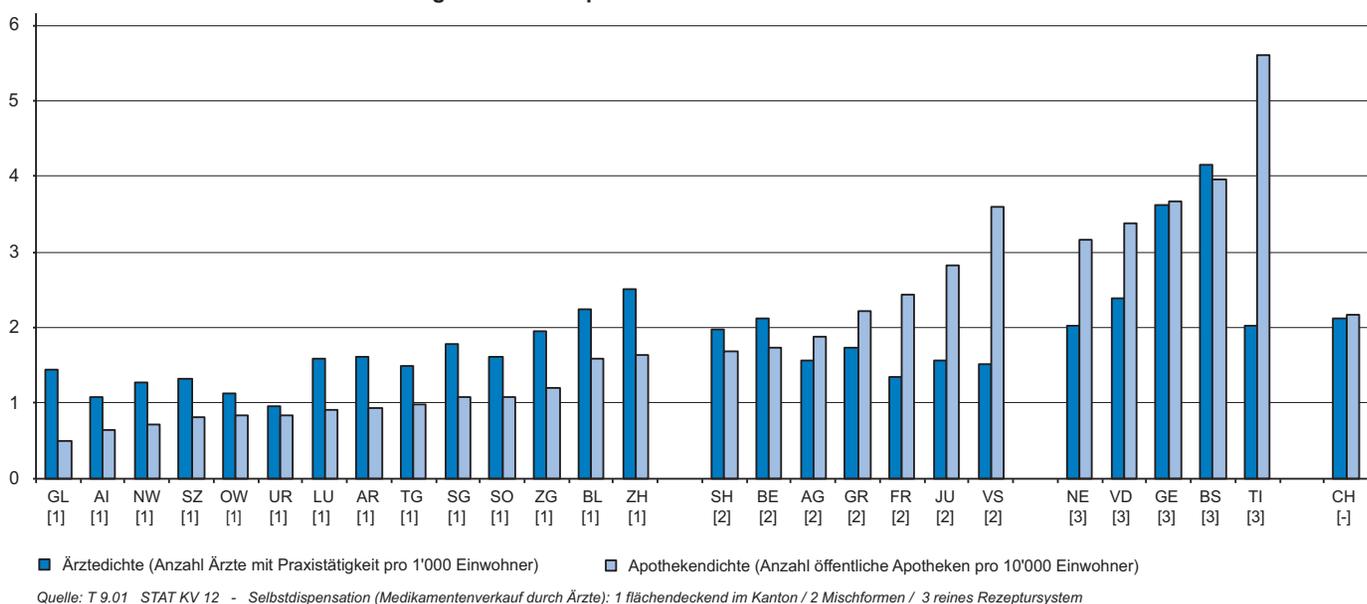
Die Ärztedichte liegt in sechs Kantonen (ZH, BE, BL, BS,

Die Apothekendichte liegt in acht Kantonen (FR, BS, GR, TI, VD, VS, NE, GE und JU) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,18 öffentlichen Apotheken pro

G 9f Ärzte- und Apothekendichte und Index der Bruttoleistungen



G 9g Ärzte- und Apothekendichte nach Kanton 2012



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.

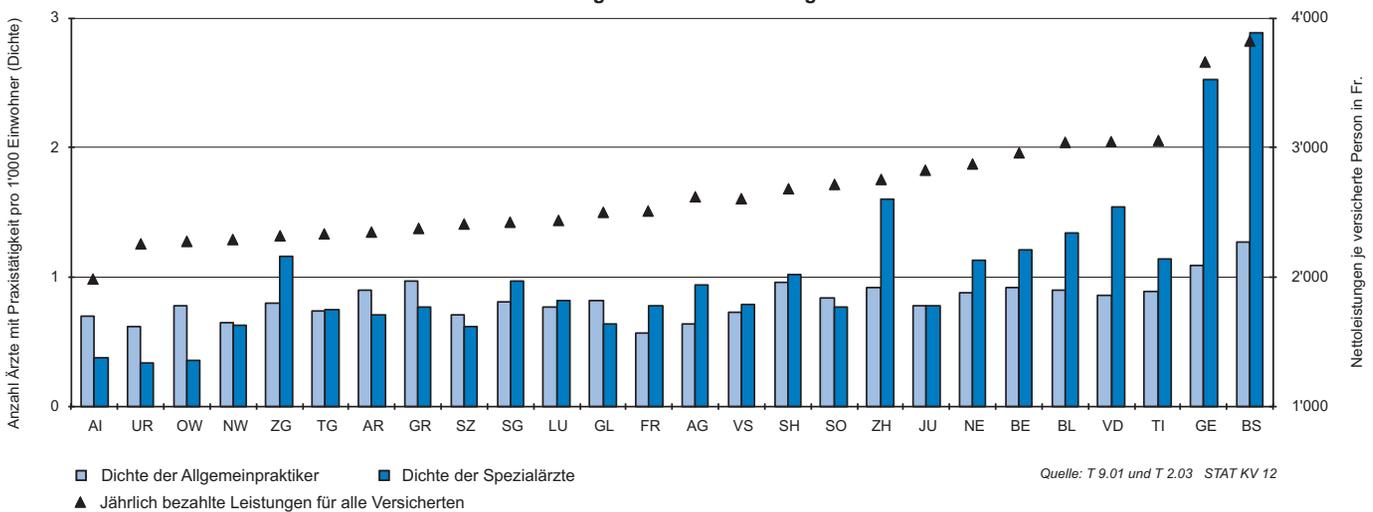
In diesem Zusammenhang ist die Frage interessant, ob die Höhe der bezahlten Leistungen in den verschiedenen Kantonen mit der Ärztedichte korreliert. Es zeigt sich, dass die Dichte der Allgemeinpraktiker in keiner ersichtlichen

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 Facharztdichte. So weisen beispielsweise die Kantone mit der höchsten Ärztedichte bei den Spezialärzten, wie die Kantone VD, BS, ZH und GE, mitunter auch die höchsten Kosten auf (G 9h). Zu bemerken ist hierbei, dass sich aus der dargestellten Korrelation allein noch keine direkte Kausalität ableiten lässt.

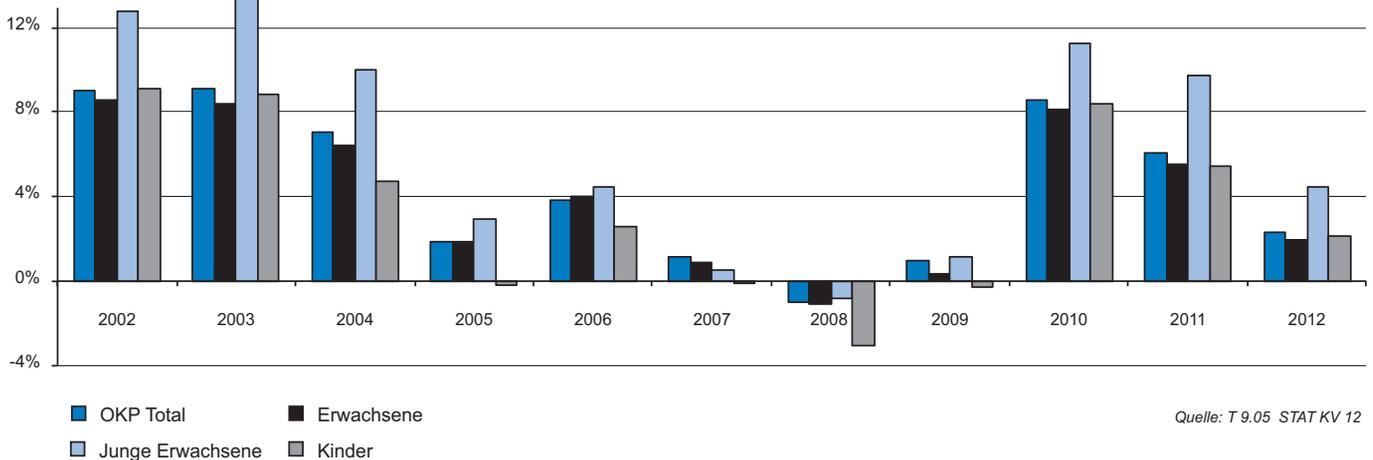
Der nachträglich **festgestellte effektive Prämienanstieg** pro versicherte Person

- für die Grundversicherung (OKP) – nicht nur für das Modell mit ordentlicher Franchise, sondern auch für die Modelle mit wählbarer Franchise, Bonus und eingeschränkter Wahl, nach Altersgruppe (Kinder, junge

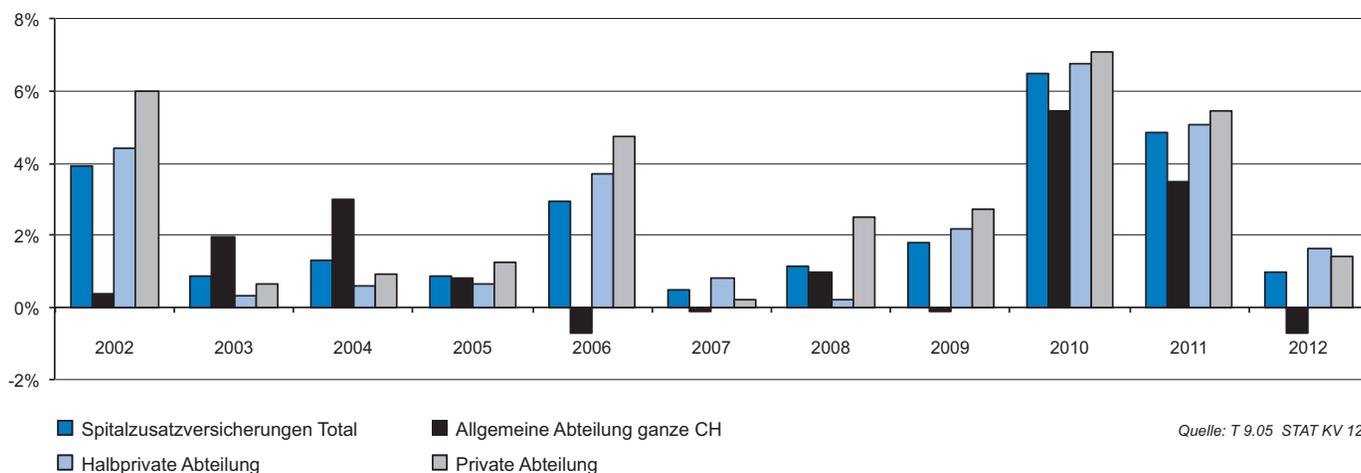
G 9h Ärztedichte mit Praxistätigkeit und Nettoleistungen nach Kanton im 2012



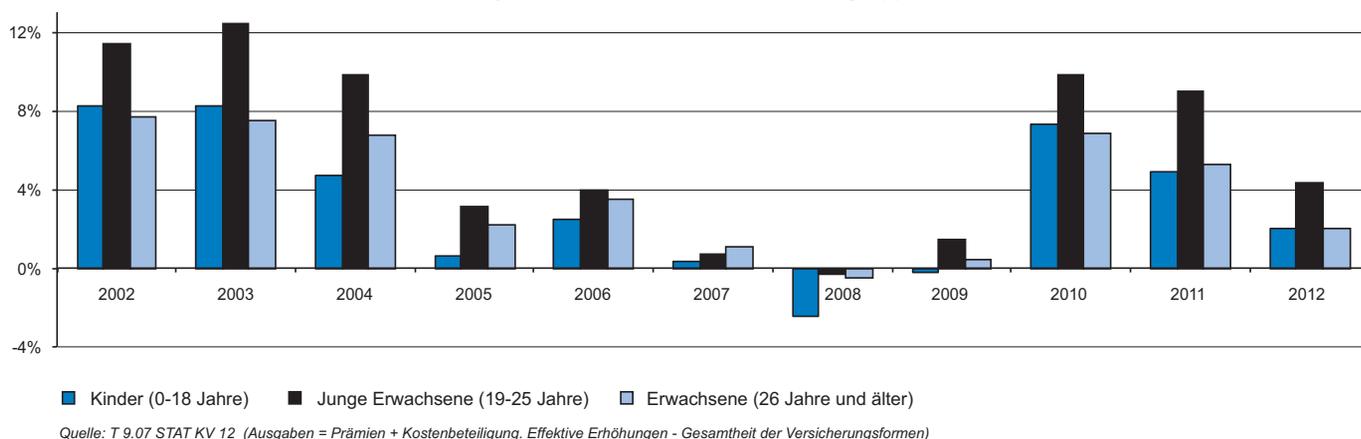
G 9j Veränderung der Krankenversicherungsprämien gegenüber dem Vorjahr, je versicherte Person, Obligatorische Krankenpflegeversicherung, alle Versicherungsmodelle



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



Erwachsene, Erwachsene und gesamter Versichertenbestand)

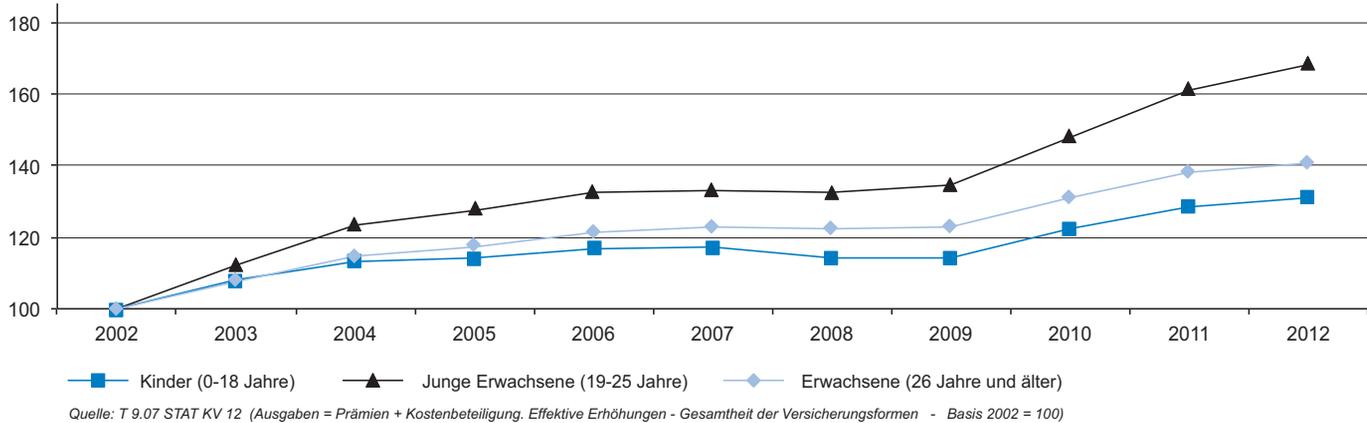
- für die Spitalzusatzversicherungen allgemeine Abteilung in der ganzen Schweiz, halbprivate Abteilung, private Abteilung und Spitalzusatzversicherungen Total (Ausgaben = Prämien).

zeigt die ausgeprägt unterschiedliche Entwicklung nach Altersgruppe in der OKP sowie nach Spitalabteilung für die Zusatzversicherungen (G 9j un G 9i).

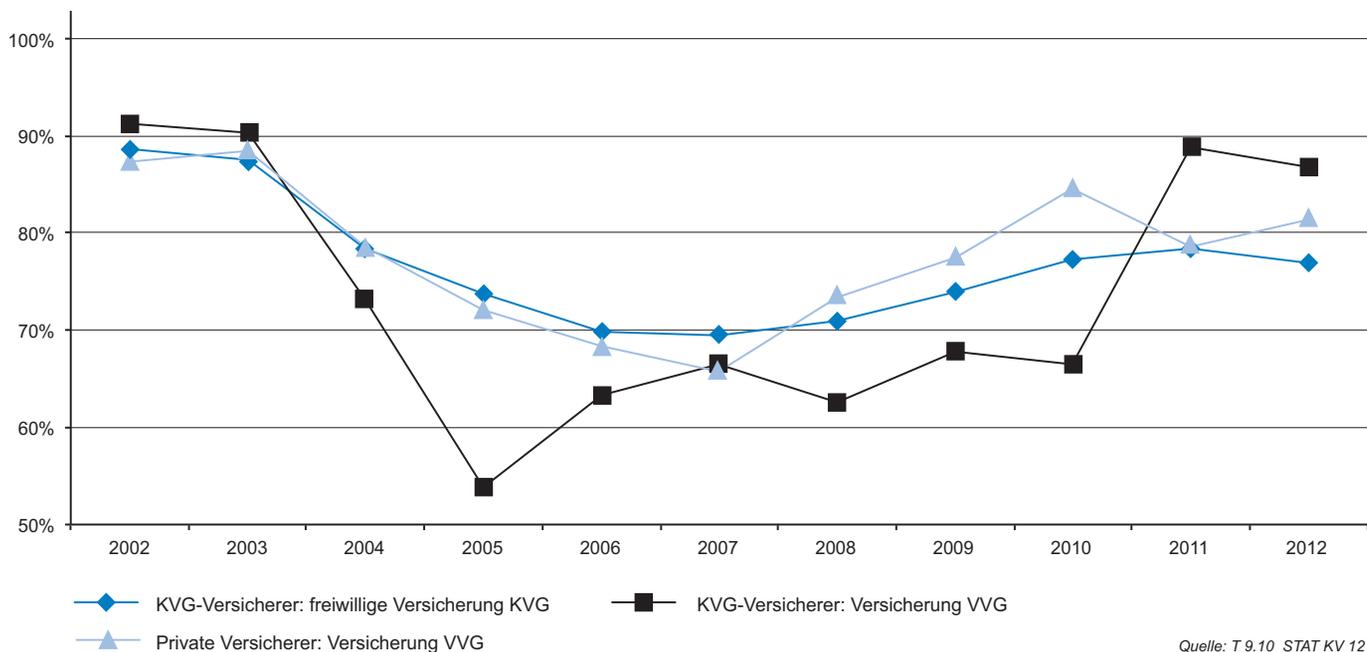
Bei diesen Prämien erhöhungen handelt es sich um Richtwerte, die Änderungen bei der Kostenbeteiligung der Versicherten infolge anderer Franchisen und damit einhergehenden Prämien ermässigungen oder Änderungen bei den Selbstbehalten nicht Rechnung tragen (Selbstbehalt an Leistungsbezug gekoppelt, vgl. 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.

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



G 9l Taggeldversicherung: Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %



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 2002 für die Versicherung nach VVG stärker variiert. (G 9l).

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

- der in der Schweiz seit 1996 obligatorischen

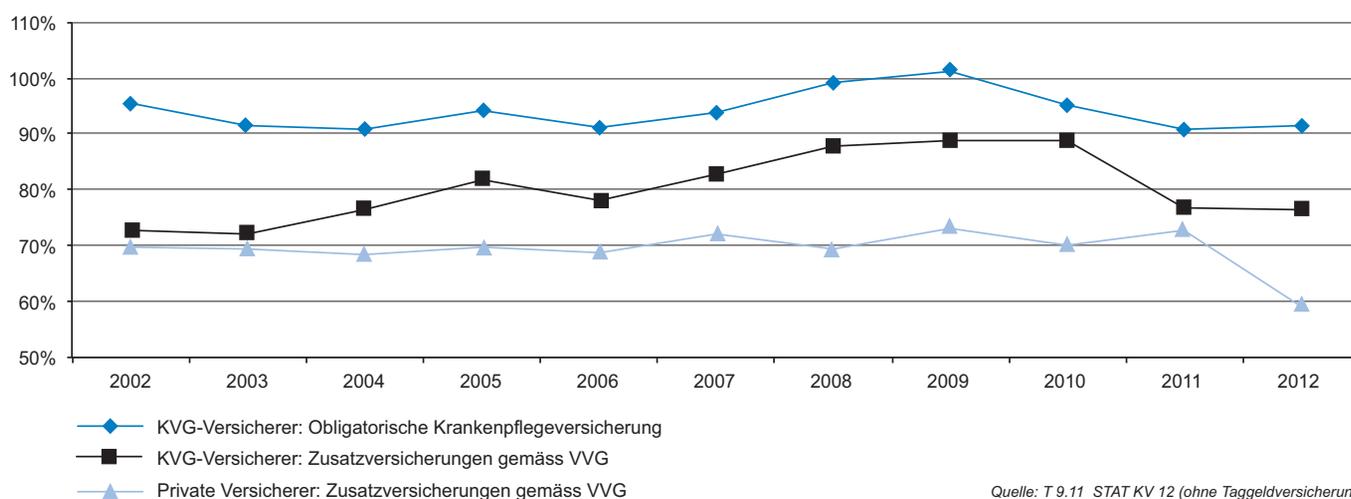
Krankenpflegeversicherung, die von den BAG-anerkannten Versicherern angeboten wird,

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

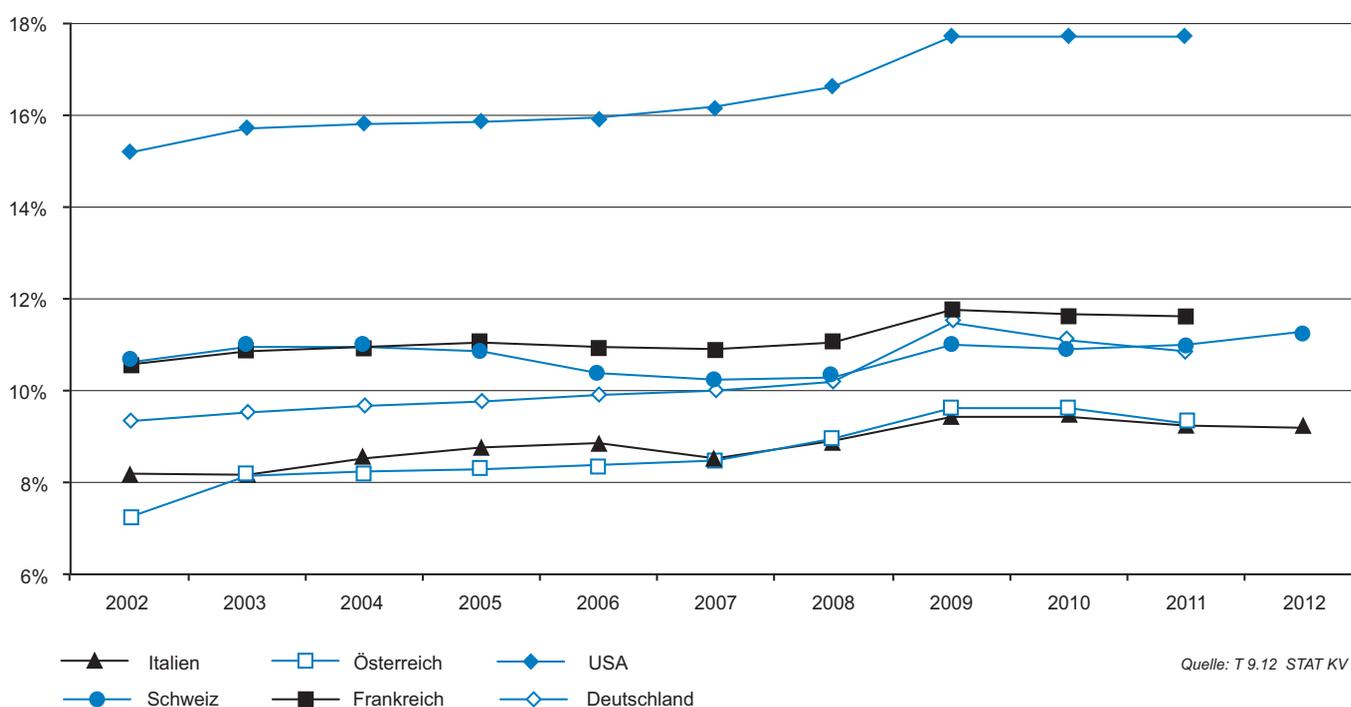
Nicht eingeschlossen sind die Taggeldversicherungen gemäss KVG oder VVG, da diese keine medizinischen Leistungen abdecken, sondern Verdienstauffälle.

Zu beachten ist, dass das Verhältnis Leistungen/Prämien in der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG seit

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



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



2002 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 einerseits durch die Gewinnmarge der Versicherungen nach VVG, die in der OKP gesetzlich ausgeschlossen ist, andererseits möglicherweise auch durch die Notwendigkeit der Zusatzversicherung, Alterungsrückstellungen vorzunehmen (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 2002 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

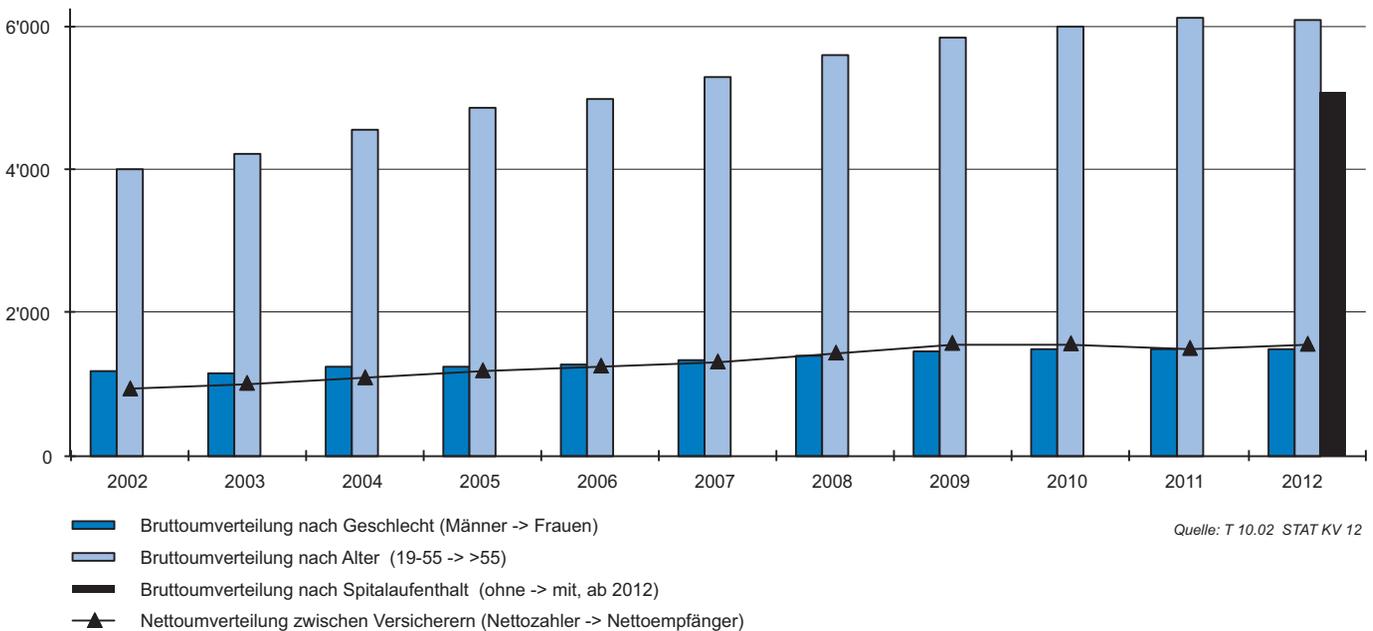
Land zu Land unterschiedlich sind und zudem von Zeit zu Zeit geändert werden.

4.10 Risikoausgleich in der OKP

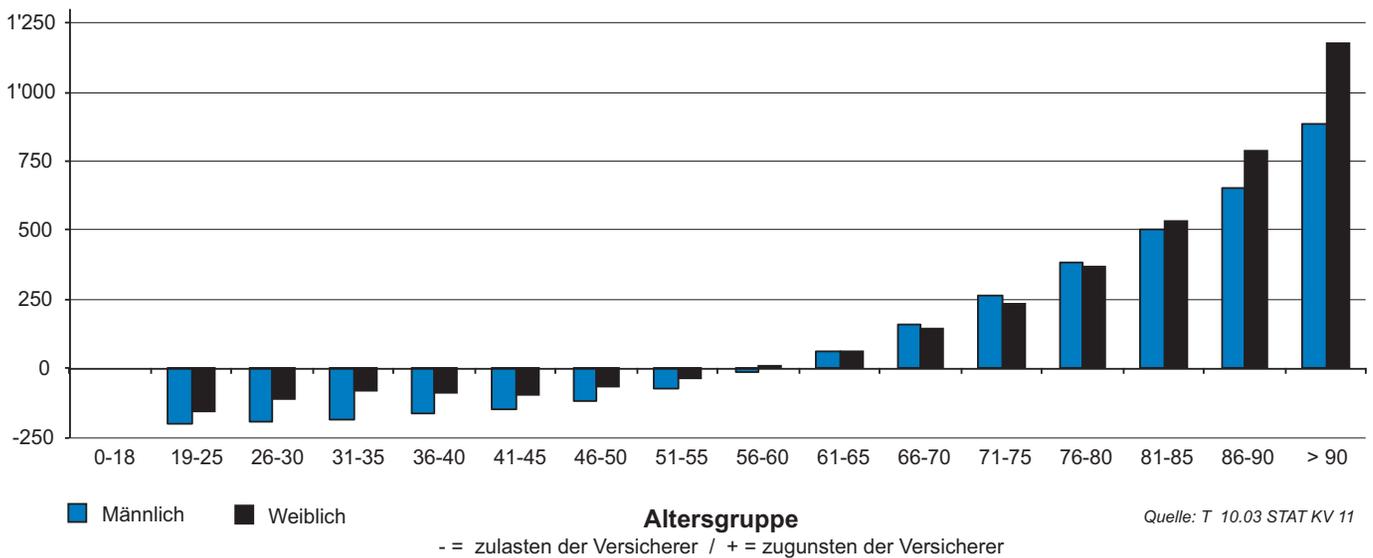
Mit dem **Risikoausgleich** soll die Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG geschaffen werden. Die je nach Alter und

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).

G 10b Risikoausgleich: Umverteilung in Mio. Franken



G 10a Risikoausgleich in Fr. je versicherte Person pro Versicherungsmonat nach Altersgruppe und Geschlecht 2012 (Mittelwert Schweiz)



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, was insbesondere in den letzten beiden Jahren zu einer sinkenden Zahl an Nettozahlern geführt hat (T 10.01).

Für den Risikoausgleich 2012 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 Bruttoumverteilung hat von 1996 bis 2011 stetig zugenommen. Diese Entwicklung ist unter anderem auf den allgemeinen Kostenanstieg in der OKP zurückzuführen. Der ausgewiesene Rückgang der Bruttoumverteilung nach Alter sowie nach Geschlecht ist darin begründet, dass seit 2012 Rechnungen, die nicht bis Ende Februar des Folgejahres bezahlt worden sind, nicht mehr in die Berechnung des Risikoausgleichs einfließen, weshalb die Summe der Leistungen, die dem Risikoausgleich unterstellt sind, leicht abgenommen hat (T 10.02 und G 10b).

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 Versi-

cherten 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 in mehreren Etappen verfeinert. Seit 2012 werden als zusätzliches Kriterium die im Vorjahr erfolgten Spitalaufenthalte im Risikoausgleich berücksichtigt. 2012 führte das zu einer Bruttoumverteilung von 5,1 Milliarden Franken von den Versicherten ohne Spital- oder Heimaufenthalt zu denjenigen, die im Vorjahr einen Aufenthalt von mindestens drei zusammenhängenden Tagen hatten.

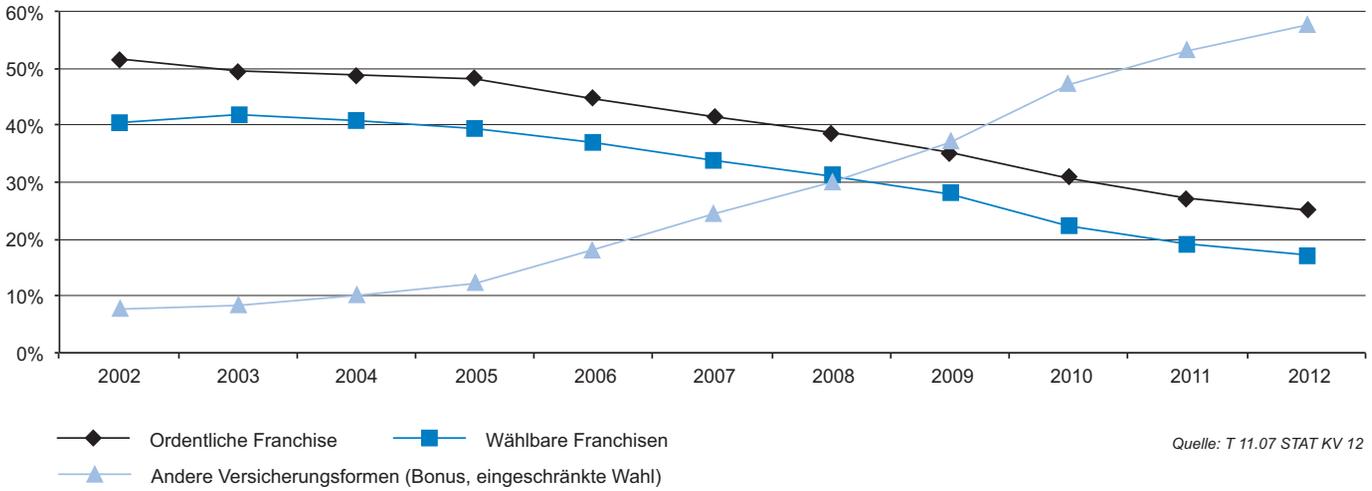
Da ein Grossteil der Umverteilungen zwischen Altersgruppen und Geschlecht innerhalb des einzelnen Versicherers erfolgt, werden diese nicht über die Risikoausgleichsstelle der gemeinsamen Einrichtung KVG umverteilt. Über die Risikoausgleichsstelle fließen nur diejenigen Beträge, die nach Saldierung aller Ausgleichszahlungen nach Alter, Geschlecht und Kanton bei jedem Versicherer übrig bleiben. Gemäss diesem Verfahren für den Vollzug des Risikoausgleichs zahlten die 36 Nettozahler (d.h. 59% der Versicherer) den 25 Nettoempfängern für das Ausgleichsjahr 2012 einen Umverteilungsbetrag von insgesamt 1564 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).

4.11 OKP-Versicherte

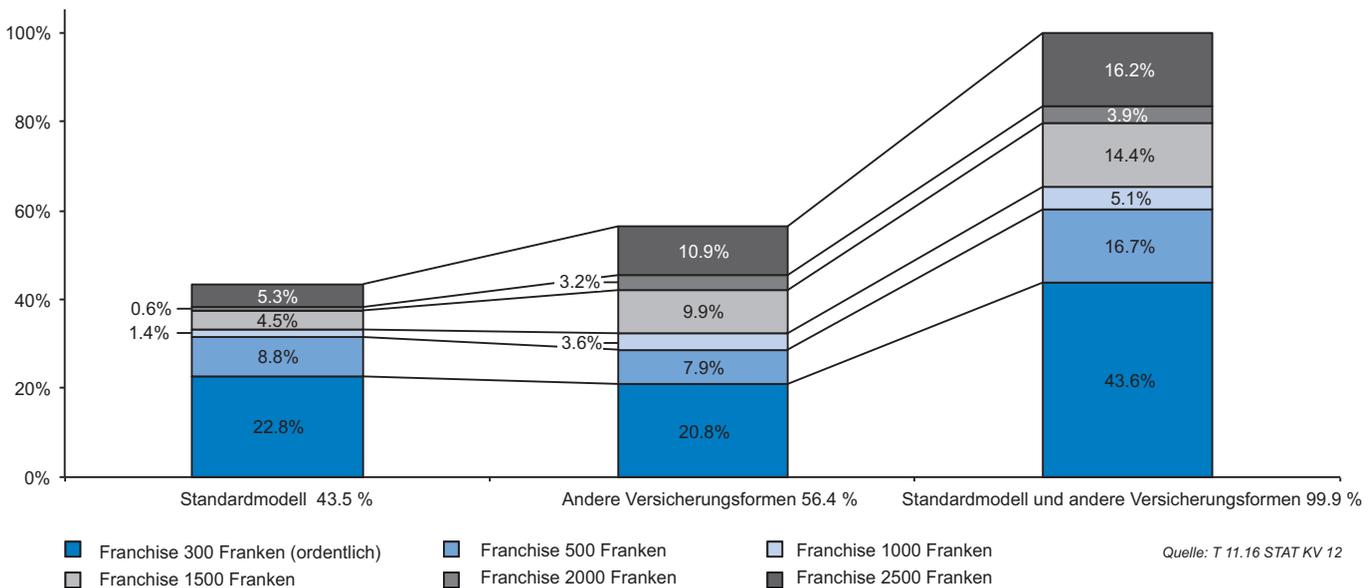
Aufteilung der Versicherten nach Versicherungsformen

Seit 2002 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 2012 einen Anteil von 58% aufweisen. Der Anteil der BONUS-Versicherung blieb mit

G 11a Versicherte (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform



G 11b Verteilung der Franchisen im Standardmodell sowie in den anderen Versicherungsformen, Erwachsene ab 19 Jahre 2012



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 2012 insgesamt 57% und nicht nur 17%. Die 17% 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 20,7% der erwachsenen Versicherten ab 19 Jahren, die im Standardmodell mit wählbarer Franchise versichert sind, haben sich im Jahr 2011 am meisten für die Variante

mit 500 Franken entschieden (8,8%), was angesichts der geringen Sparmöglichkeit bei dieser Stufe erstaunen mag. Verbreitet war mit 5,3% der Versicherten auch die Franchise von 2500 Franken. Die Franchise von 2000 Franken wird dagegen weiterhin selten gewählt; nur gerade 0,6% der Versicherten haben sich dafür entschieden. Die wählbare Franchise von 1500 Franken weist mit ebenfalls 4,5% 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 16,7% der Versicherten eine Franchise von 500 Franken haben und 14,4% eine von 1500 Franken. Die Angaben pro Kanton finden sich in Tabelle T 11.08.

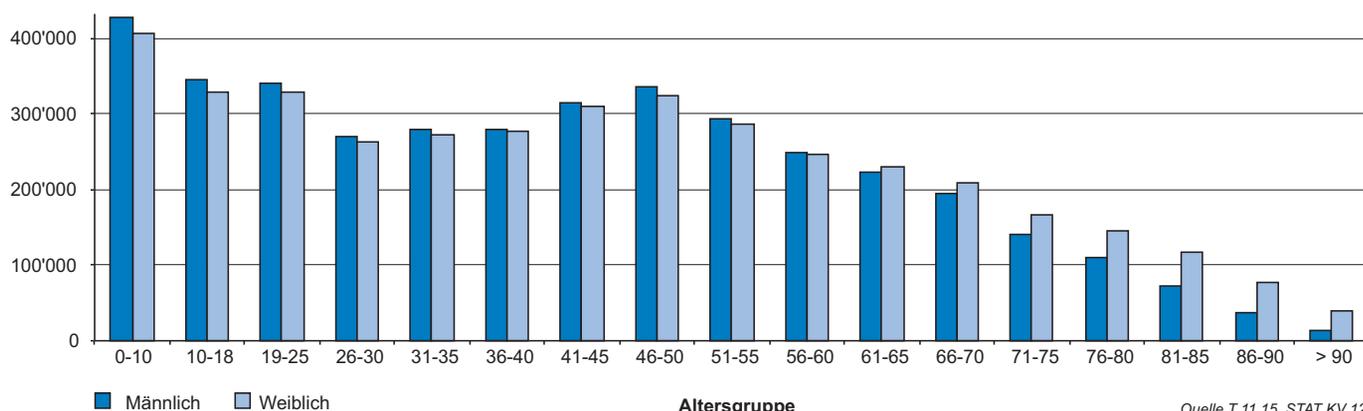
Die individuelle Wahl der optimalen Franchise ist nicht einfach. Sie ist abhängig von verschiedenen Parametern wie der Prämie, der erwarteten Höhe der Leistungen sowie dem Prämienrabatt, den die Versicherer gewähren dürfen. Das BAG stellt den Versicherten eine elektronische Hilfe zur interaktiven grafischen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

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

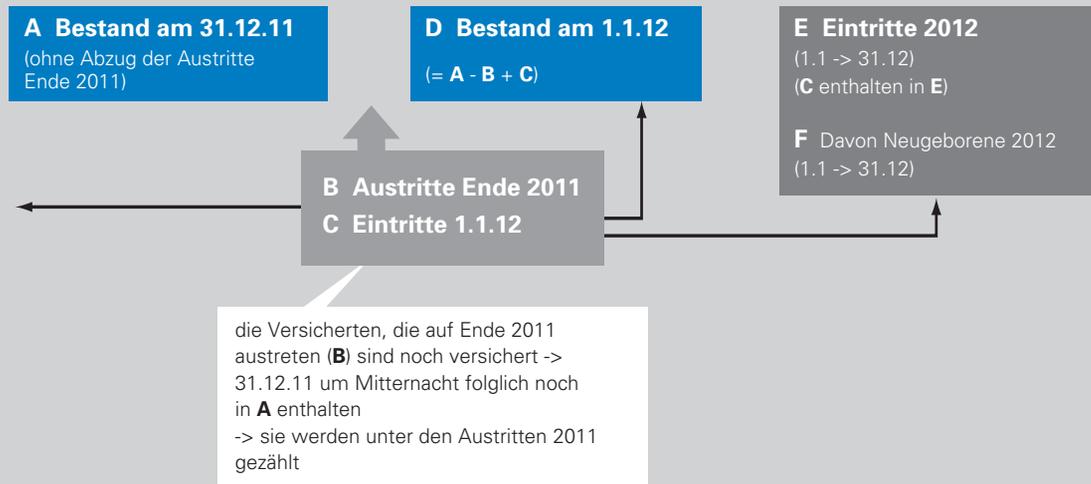
Aus Tabelle 11.11 ist die Anzahl der Versicherten ersichtlich, deren OKP-Leistungen aufgrund ausstehender Prämienzahlungen und Betreuung eingestellt wurden. Diese Daten sind teilweise unvollständig (vgl. Fussnote 2 zur Tabelle 11.11). Sie zeigen jedoch die Bedeutung der Fälle für das Jahr 2012: Bei ungefähr 5,6% der Versicherten kam es zur Betreuung und 0,7% wurden die Leistungen eingestellt. 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 seit 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 2012 rund 12,5% der Versicherten von einem Versicherer neu aufgenommen wurden. 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. Abziehen 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 11c Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersgruppe und Geschlecht 2012

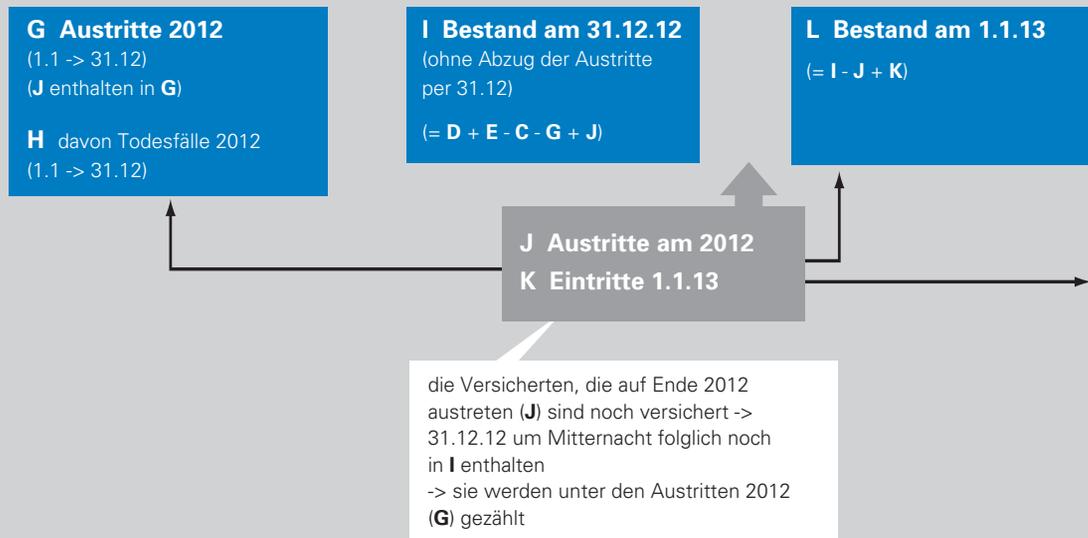


G 11d Erläuterndes Schema für Versichertenbestand, Versicherteneintritte und Versichertenaustritte KVG 2012



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 12

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.priminfo.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 Unfaldeckung, also die Standardprämien.

Ausgewiesen wird die geschätzte monatliche Durchschnittsprämie OKP in Franken; die Berechnungen beruhen auf den Prämientarifen inklusive Unfaldeckung der ordentlichen Franchise und auf den Versichertenbeständen nach Kantonen, nach Versicherer und nach Prämienregionen, gegebenenfalls mit provisorisch genehmigten Prämien, 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 Unfaldeckung 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.

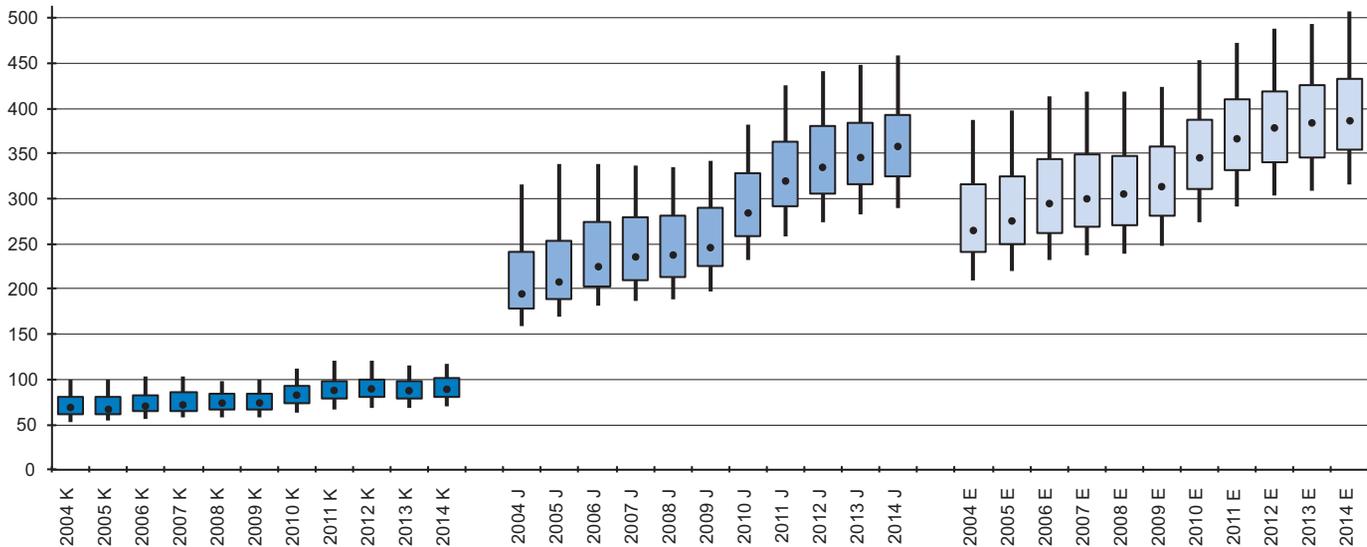
Gesamtschweizerisch

Die errechneten gesamtschweizerischen Durchschnittsprämien (mit ordentlicher Franchise und Unfaldeckung) 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 2014 um durchschnittlich 2,2% an, die für junge Erwachsene um 3,0% und die für Kinder um 2,4%. 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 2004 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 Unfaldeckung). 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 Medianprämie (25% der Prämien liegen darunter und

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



K = Kinder J = Junge Erwachsene E = Erwachsene
 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, 12.06 und 12.07 STAT KV 11 und STAT KV 01-10 (siehe auch Fussnote 1 in T 12.05)

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.

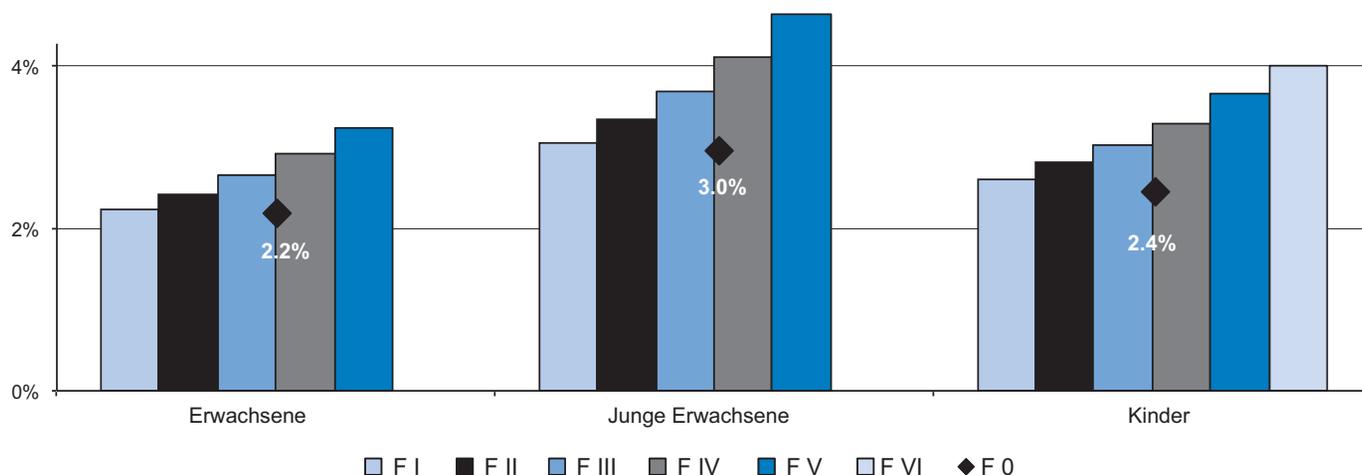
Auf die Kantone bezogen

Der Vergleich der Prämienveränderung in Prozent von 2013 bis 2014 sowie die durchschnittlichen jährlichen Veränderungen von 2004 bis 2014 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 2014 für das Standardmodell (ordentliche Franchise, inkl. Unfalldeckung), wobei für die Verteilung der Versichertenbestand im Jahr 2012 massgeblich ist. Sie stellen somit eine Schätzung auf der Basis der letzten bekannten Bestände dar.

G 12n Zunahme des mittleren OKP-Prämientarifs in % nach Franchisehöhe 2014 : CH



Quelle: Anhang F3 STAT KV 12 (geschätzte Zunahmen für den mittleren Prämientarif der Schweiz mit Unfalldeckung) F 0 = ordentliche Franchise ; F I -> F VI : wählbare Franchisen

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

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

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

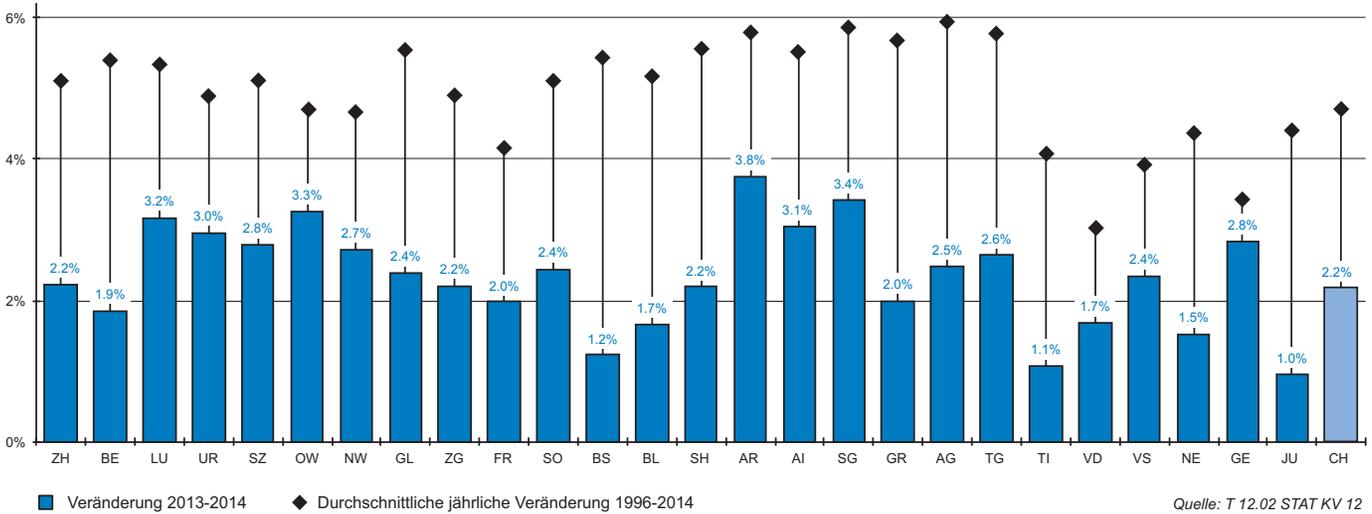
Per 1.1.2004 wurden einheitliche **Prämienregionen** festgelegt. Vorher konnten die Versicherer ihre Prämienregionen selbst festlegen, weshalb auch keine Vergleichsmöglichkeiten gegeben waren. Seither sind die Prämienregionen nach Kanton oder gegebenenfalls nach Bezirk oder Gemeinde festgelegt. (Die 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).

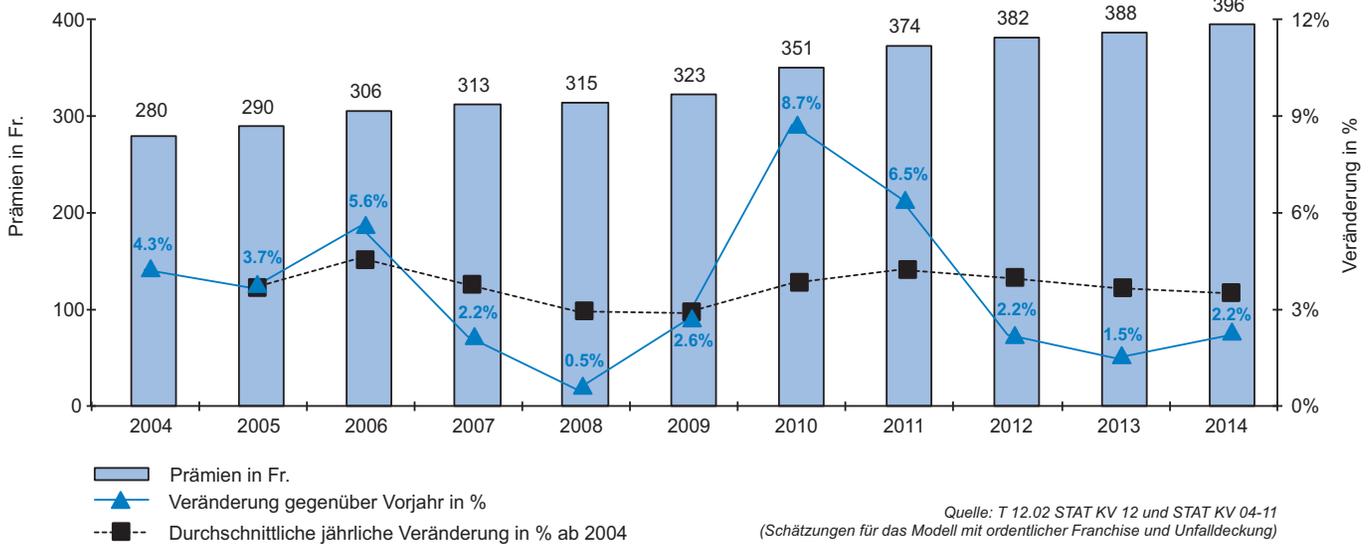
Die Krankenversicherer können bis zu drei regionale Tarife pro Kanton festlegen (R1, R2, R3). In Kantonen mit nur einer Tarifregion wenden die Versicherer eine Einheitsprämie an (RU) (vgl. T 12.02, 12.03 und 12.04).

Erwachsene

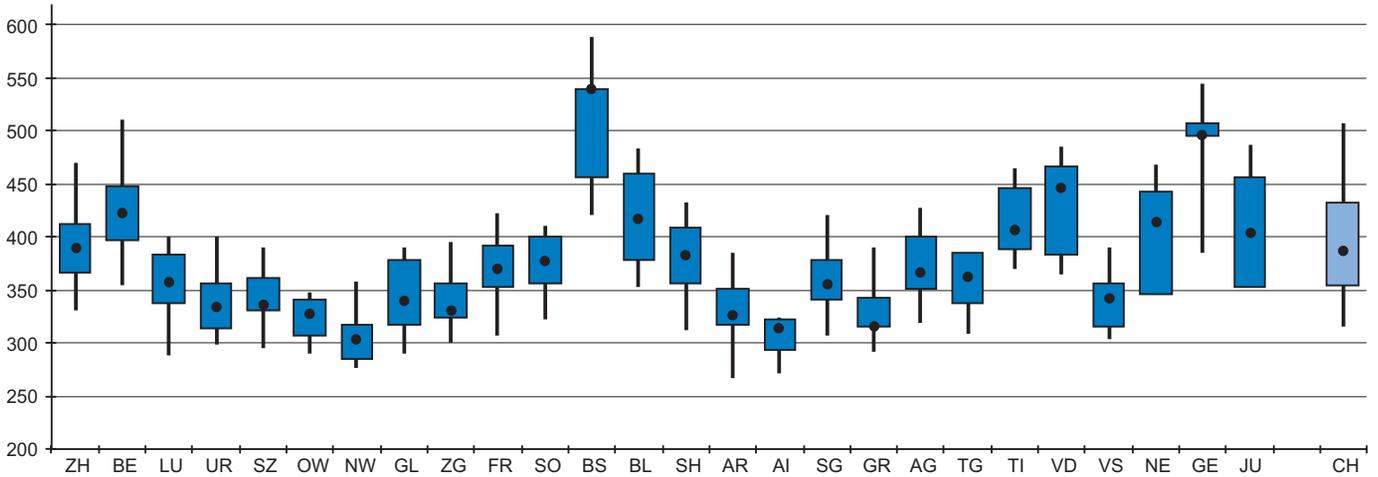
G 12b Veränderung der Prämientarife 2014 für Erwachsene (26 Jahre und älter) nach Kanton in %
(Schätzungen basierend auf ordentlicher Franchise und Unfalldeckung)



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

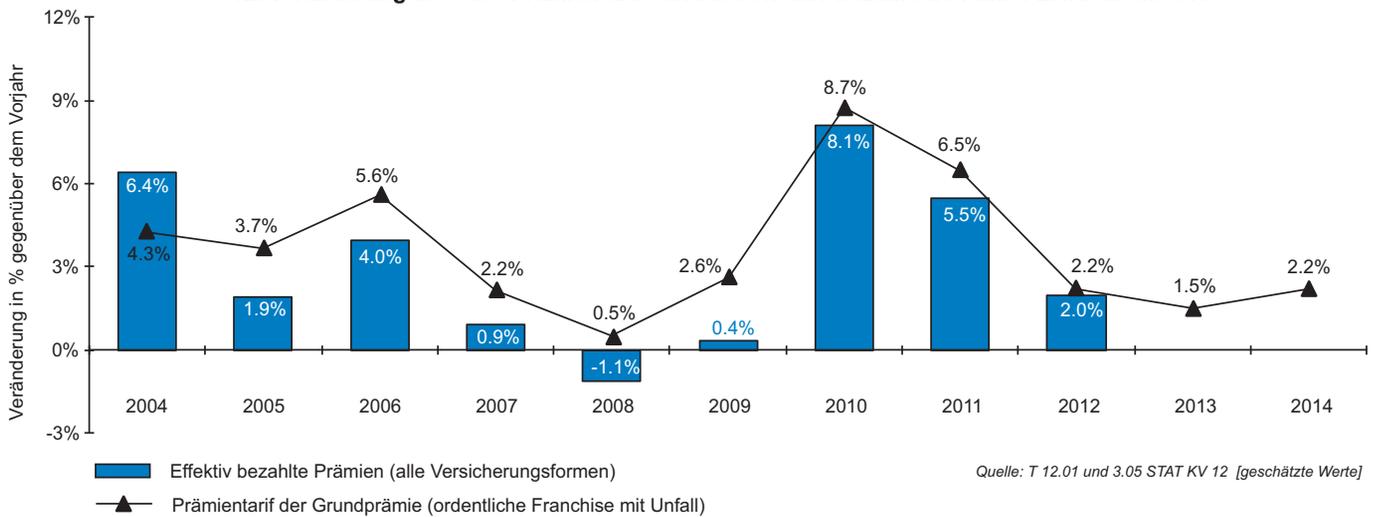


G 12d Verteilung der monatlichen Prämientarife für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken 2014



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 12 (Schätzungen mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung, siehe auch Fussnote 1 in T 12.05)

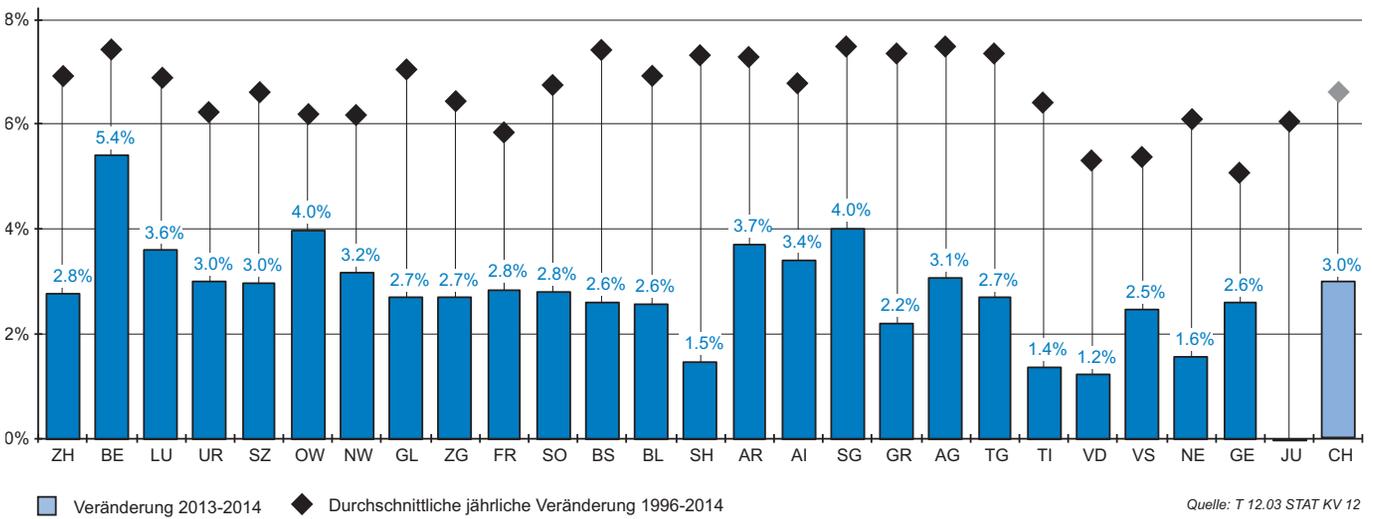
G 12i Veränderung in % des Prämientarifs und der effektiv bezahlten Prämie: Erwachsene CH



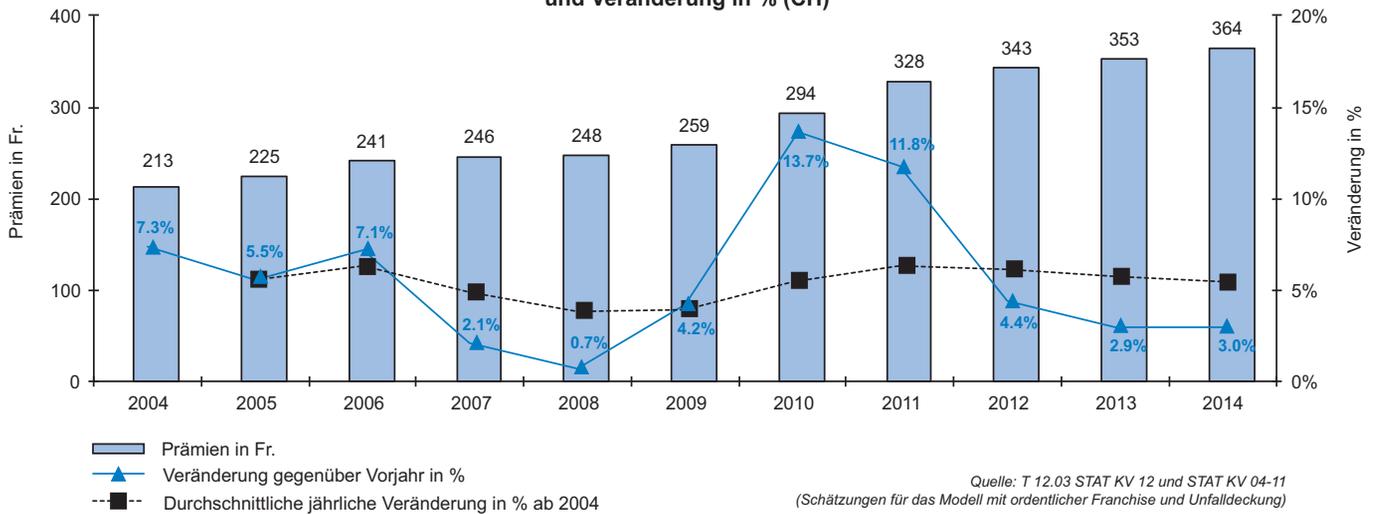
Quelle: T 12.01 und 3.05 STAT KV 12 [geschätzte Werte]

Junge Erwachsene

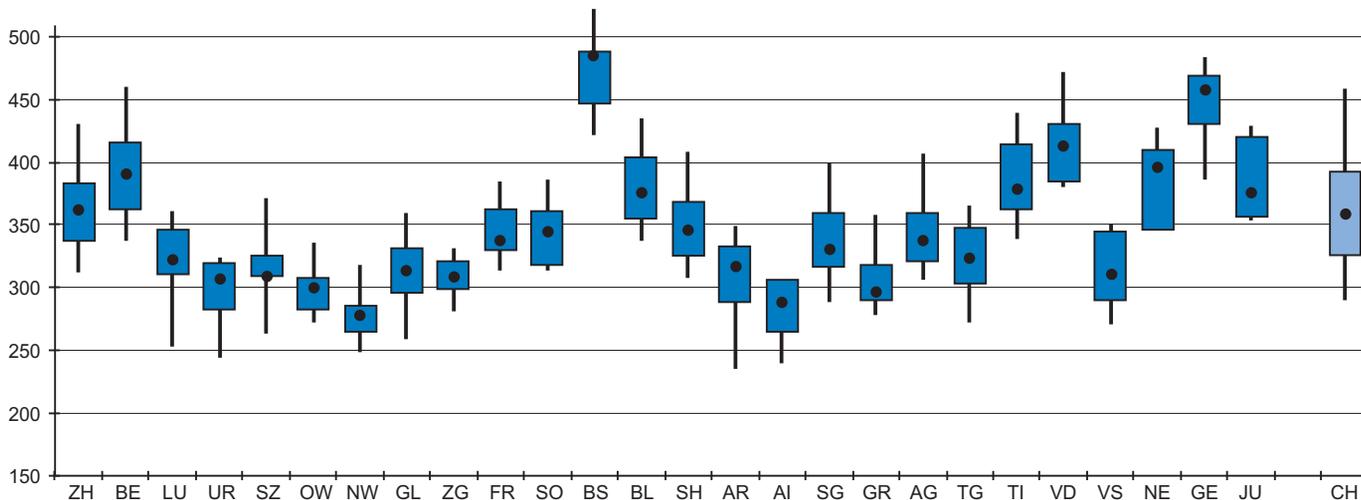
G 12m Veränderung der Prämientarife 2014 für junge Erwachsene (19-25 Jahre) nach Kanton in %
(Schätzungen basierend auf ordentlicher Franchise und Unfalldeckung)



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



G 12f Verteilung der monatlichen Prämientarife für junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken 2014



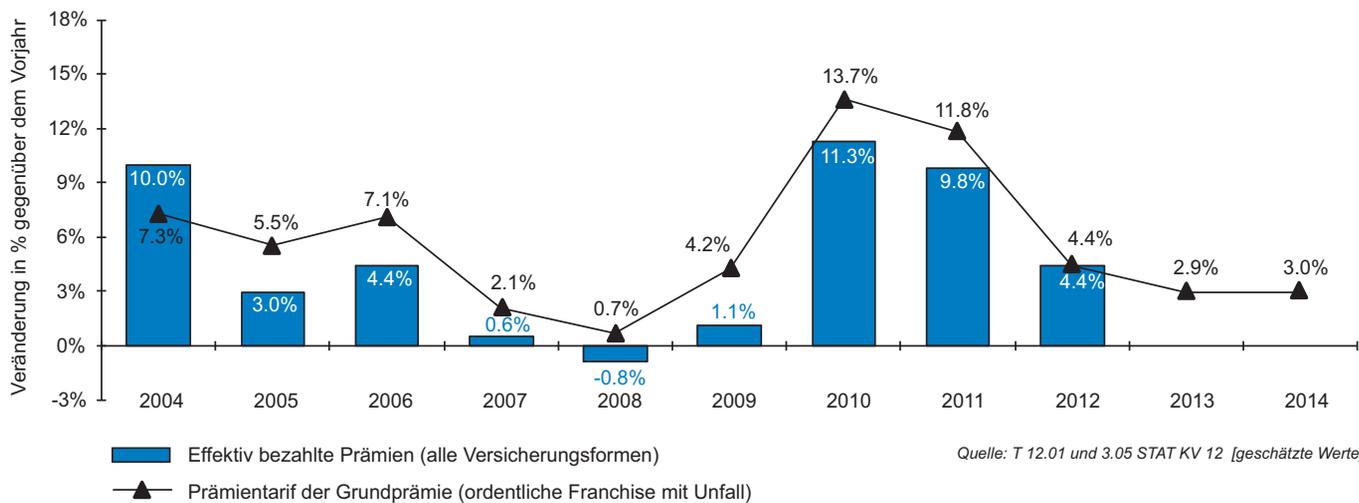
Punkt = Medianprämie: 50% der Versicherten zahlen mehr und 50% weniger als diese Prämie.

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 12 (Schätzungen mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung, siehe auch Fussnote 1 in T 12.06)

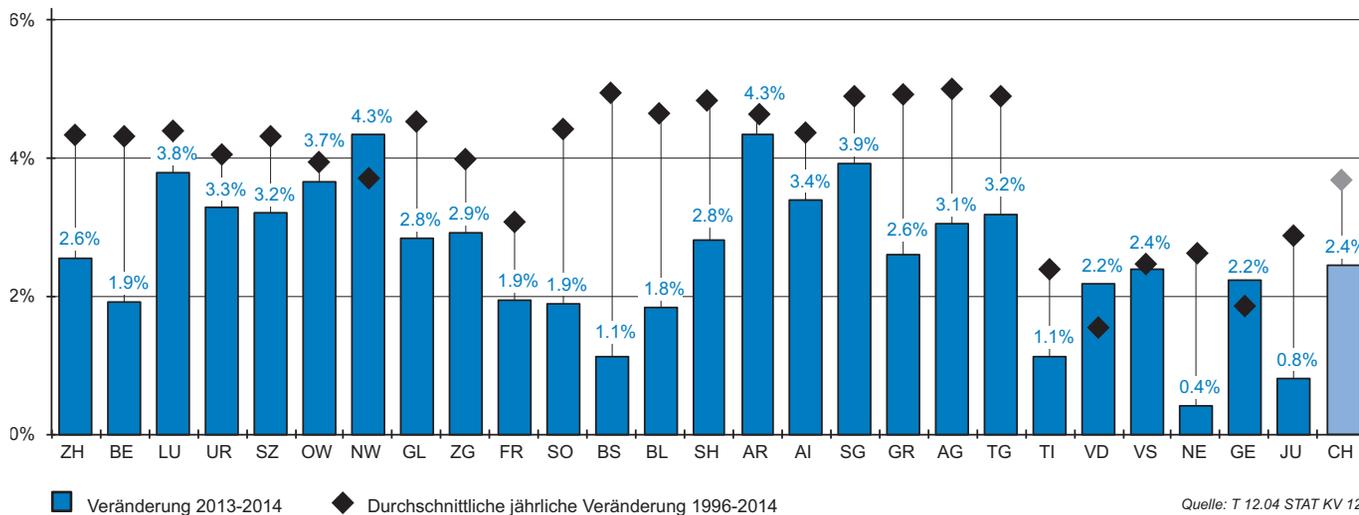
G 12j Veränderung in % des Prämientarifs und der effektiv bezahlten Prämie: Junge Erwachsene CH



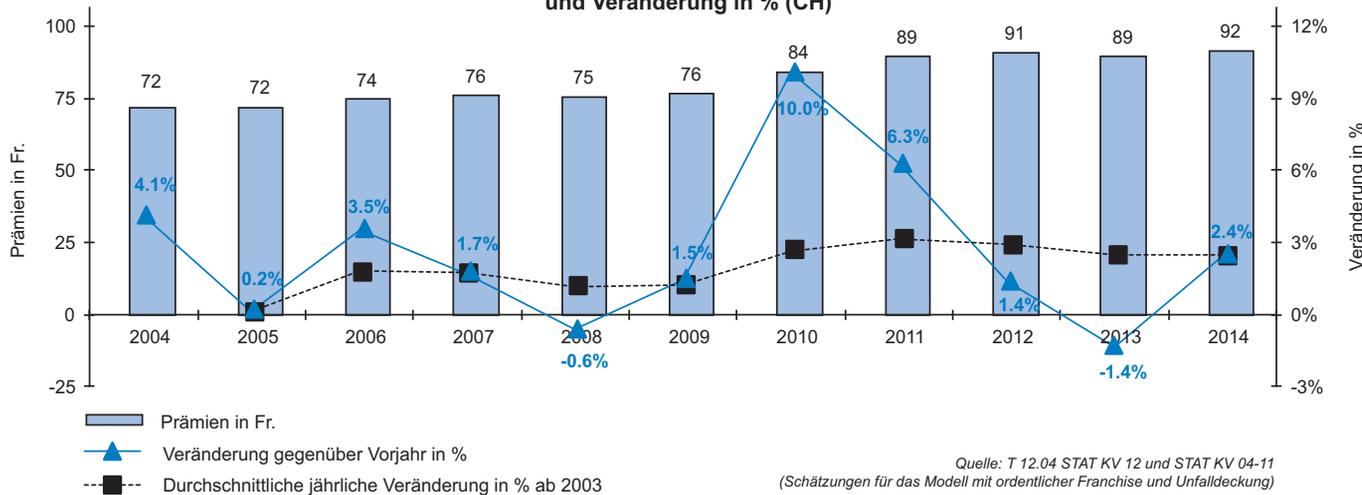
Quelle: T 12.01 und 3.05 STAT KV 12 [geschätzte Werte]

Kinder

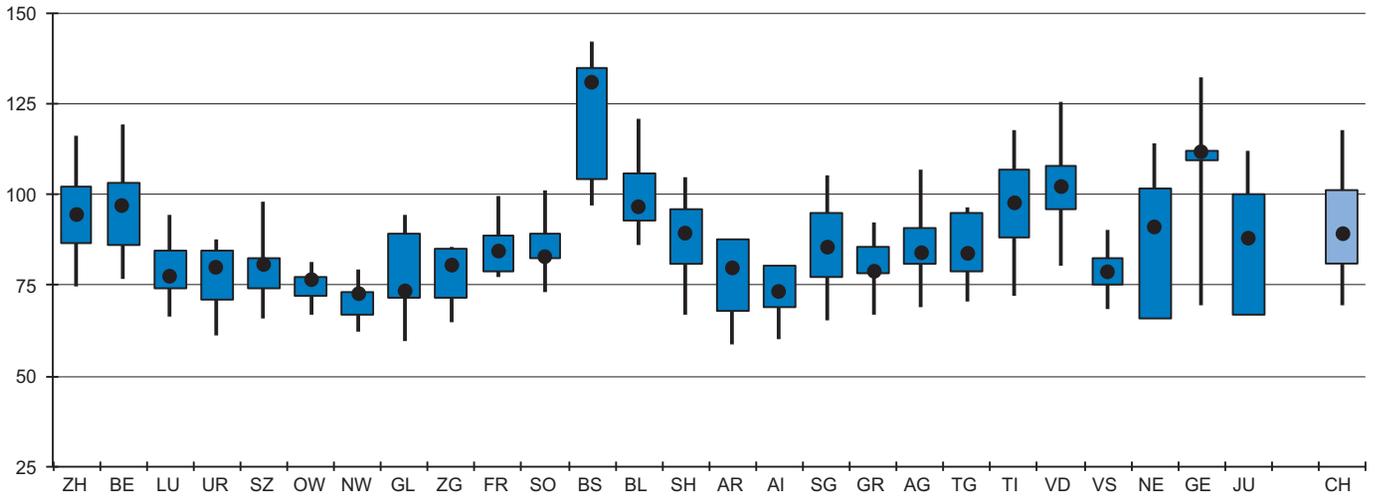
G 12i Veränderung der Prämientarife 2014 für Kinder (0-18 Jahre) nach Kanton in %
(Schätzungen basierend auf ordentlicher Franchise und Unfalldeckung)



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 2014



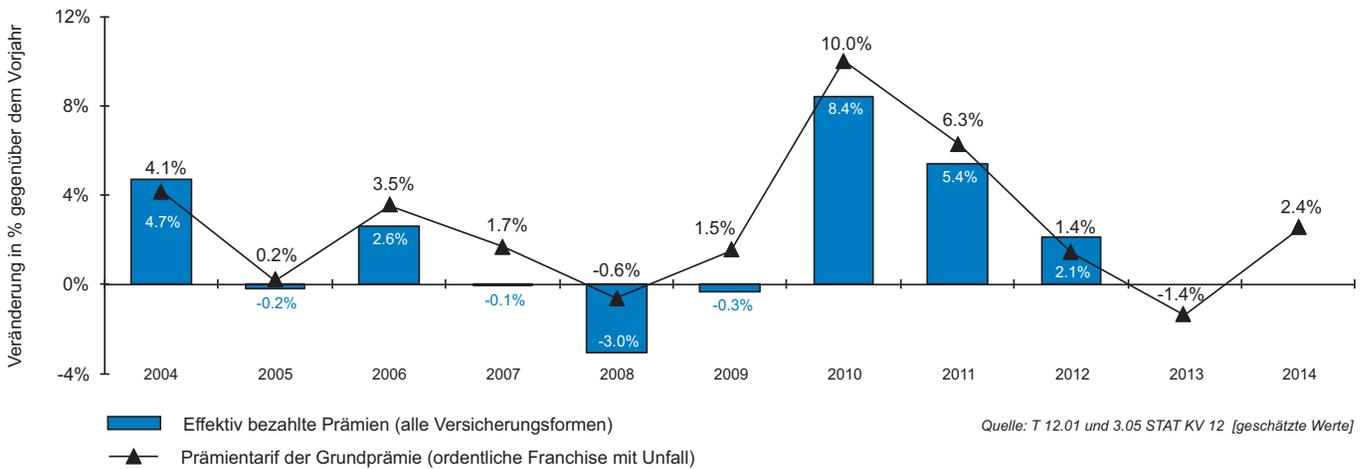
Punkt = Medianprämie: 50% der Versicherten zahlen mehr und 50% weniger als diese Prämie.

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 12 (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 12 [geschätzte Werte]

5. Beilagen

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

	Angaben zum Berichtsjahr						Zeitreihen 2002 (1996) * ->		
	Kriterien	Altersgruppe	Kanton		Form	Kanton	Form	Kanton	Kostengruppe
			2002	1996					
Bruttoleistungen	Mio. Fr.	2.06	2.04	2.22	2.17	2.14	2.25	2.16	
	Fr. pro Person		2.05	2.24	2.19	2.15	2.25	2.18	
Kostenbeteiligung	Mio. Fr.	2.11	2.10	2.23		2.01			
	Fr. pro Person		2.13	2.23		2.02	2.26		
Bezahlte Leistungen	Mio. Fr.	2.09	2.07	2.08		2.20			
	Fr. pro Person		2.12	2.08		2.21	2.03		
Prämiensoll	Mio. Fr.	3.07	3.06	3.01		3.02	3.08		
Prämientarif	Fr. pro Person		3.04	3.03		3.05			
	Fr. pro Monat		12.02-12.04			12.01			
Versichertenbestand	Durchschnitt	11.15	11.14	11.16	11.08/09				
	per 31.12.		11.03	11.06		11.05, 11.07	11.18		

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
 Prämienoll: 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, Wahlfranchisen, BONUS, Eingeschränkte Wahl
 Kostengruppe: nach Leistungsprinzip

Weitere wichtige Tabellen

1.01 * Wichtige Indikatoren OKP
 1.02 Detaillierte Betriebsrechnung für das Berichtsjahr (OKP: 1.03-1.07; Taggeld: 6.04-6.06; Gesamtbetriebsrechnung: 8.05-8.06)
 1.08 - 1.09 * Gesamtbetriebsergebnis sowie Verwaltungsaufwand (Mio. Fr./pro Kopf) nach Form (grob)
 4.01 * 4.02, 4.03 Prämienverbilligung: Bezüger, Haushalte und ausbezahlter Beitrag; Anzahl Bezüger nach Kanton, Alter und Geschlecht
 5.01, 5.03, 5.05 Indikatoren nach einzeltem Versicherer (Aufsichtsdaten OKP; kantonale Versichertenbestände)
 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 2002 : wichtigste Indikatoren	47
1.02	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung insgesamt	48
1.03	Betriebsrechnung der Versicherung mit ordentlicher Franchise	49
1.04	Betriebsrechnung der Versicherungen mit wählbarer Franchise	50
1.05	Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung	51
1.06	Betriebsrechnung der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers	52
1.07	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Personen mit Wohnsitz in einem EG-Staat	53
1.08	Gesamtbetriebsergebnis nach Versicherungsform ab 2002	54
1.09	Gesamtbetriebsergebnis je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2002	55
1.10	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen nach Versicherungsform ab 2002	56
1.11	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2002	57
1.12	Stand der Reserven per 31.12. ab 2002	58
1.13	Stand der Rückstellungen per 31.12. für unerledigte Versicherungsfälle ab 2002	59

T 1.01 Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 2002: wichtigste Indikatoren

Merkmale	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Veränderung 2011 - 2012 in %	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2002 - 2012 in %
1 - Anzahl Versicherter OKP	93	93	92	85	87	87	86	81	81	63	61	-3.2%	-4.1%
2 - Durchschnittlicher Versichertenbestand in '000	7'345	7'373	7'384	7'436	7'478	7'538	7'616	7'709	7'780	7'863	7'953	1.2%	0.8%
3A - Anzahl Erkrankte in '000	6'171	6'105	6'076	6'104	6'140	6'171	6'247	6'463	6'497	6'573	6'578	0.1%	0.6%
3B - Anzahl Erkrankte je 100 Versicherte	84.0	82.8	82.3	82.1	82.0	81.9	82.0	83.8	83.5	83.6	82.7	-1.1%	-0.2%
4 - Anzahl Spitalweisungen in '000	1'207	1'148	1'196	1'219	1'148	1'232	1'283	1'289	1'211	1'232	1'236	0.3%	0.2%
5 - Anzahl Spitaltage in '000	12'391	11'396	11'755	11'493	11'050	11'706	11'790	11'967	10'978	11'005	10'706	-2.7%	-1.5%
6B - Prämien pro Versicherten in Fr.	2'091	2'281	2'442	2'487	2'583	2'612	2'586	2'611	2'834	3'005	3'075	2.3%	3.9%
7B - Bruttoleistungen ¹ pro Versicherten in Fr.	2'328	2'431	2'592	2'736	2'755	2'863	2'984	3'069	3'123	3'171	3'257	2.7%	3.4%
7C - davon ambulante Leistungen in Fr.	1'615	1'667	1'751	1'869	1'876	1'947	2'050	2'108	2'155	2'204	2'273	3.1%	3.5%
7D - davon stationäre Leistungen in Fr.	712	765	841	868	879	916	933	960	967	967	983	1.7%	3.3%
8B - Kostenbeteiligung pro Versicherten in Fr.	341	351	384	403	406	419	432	439	438	455	466	2.5%	3.2%
9B - Nettoleistungen ² pro Versicherten in Fr.	1'987	2'080	2'209	2'334	2'349	2'444	2'552	2'630	2'684	2'716	2'791	2.7%	3.5%
10B - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen pro Versicherten in Fr.	126	129	134	134	144	142	153	147	158	160	156	-2.1%	2.2%
12B - Rückstellungen per 31.12. pro Versicherten in Fr.	547	578	608	633	667	694	682	661	672	718	689	-4.1%	2.3%
13B - Reserven per 31.12. pro Versicherten in Fr.	268	325	402	428	501	527	427	371	400	472	818	73.3%	11.8%
6A - Prämien in Mio. Fr.	15'355	16'820	18'030	18'496	19'315	19'689	19'692	20'125	22'051	23'631	24'458	3.5%	4.8%
7A - Bruttoleistungen ¹ in Mio. Fr.	17'096	17'924	19'140	20'348	20'603	21'579	22'722	23'656	24'292	24'932	25'901	3.9%	4.2%
8A - Kostenbeteiligung in Mio. Fr.	2'503	2'588	2'832	2'995	3'039	3'155	3'290	3'382	3'409	3'575	3'705	3.6%	4.0%
9A - Nettoleistungen ² in Mio. Fr.	14'593	15'336	16'308	17'353	17'564	18'424	19'431	20'274	20'884	21'356	22'196	3.9%	4.3%
10A - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Mio. Fr.	924	949	987	999	1'078	1'072	1'169	1'134	1'225	1'255	1'242	-1.0%	3.0%
11 - Gesamtergebnis in Mio. Fr.	-224	400	514	171	491	179	-755	-472	225	588	916	-	-
12A - Rückstellungen ³ Stand per 31.12. in Mio. Fr.	4'018	4'264	4'488	4'710	4'990	5'234	5'191	5'095	5'227	5'649	5'477	-3.0%	3.1%
12C - Rückstellungsquote ^{3,4} per 31.12. in %	27.5%	27.8%	27.5%	27.1%	28.4%	28.4%	26.7%	25.1%	25.0%	26.4%	24.7%	-	-
13A - Reserven: Stand per 31.12. in Mio. Fr.	1'966	2'394	2'968	3'184	3'749	3'970	3'252	2'863	3'116	3'711	6'504	75.3%	12.7%

Datenstand: 5.7.13

- 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) Die Werte von 2012 sind mit denjenigen aus dem Vorjahr aufgrund einer Berechnungsmethode nicht vergleichbar. vgl. T 1.12 und 1.13.

Quelle:

Formular EF1345 :	Formular EF1345 :
1 Anzahl Versicherter mit EF 1.12 A Total > 0	8B = [8A] / [2]
2 Durchschnittlicher Versichertenbestand EF 1.12 A Total	9A = [7A] - [8A]
3A 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 %)
7C EF 3.6 / [2]	13A EF 1.5 Konten 290 + 290.9
7D EF 3.6 / [2]	13B = [13A] / [2]
8A EF2 Konto 32 K+U Seiten 2.2 -> 2.7	

T 1.02 Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung insgesamt ¹

2012

Kontengruppe		Total in Fr.
3010-12-13-14-15-16	Prämien ²	24'458'400'654
331	Erlösminderungen für Prämien	(-) -154'724'360
3501	Prämienanteile der Rückversicherer	(-) -23'828'169
36	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	2'435'844'544
37	Angerechnete und ausbezahlte Beiträge an die Versicherten	(-) -2'409'556'292
3	Verdiente Prämien für eigene Rechnung	24'306'136'376
4010-12-13-14-15-16	Leistungen ^{3,5}	(-) -25'901'228'292
4200-02-03-04-05-06	Kostenbeteiligung der Versicherten * ⁴	3'713'676'419
4210-12-13-14-15-16	Abschreibungen auf Kostenbeteiligung * ⁴	(-) -8'439'215
4300	Behandlungspauschalen Managed Care	(-) -49'466'490
4310	Kosten für medizinische Call Center	(-) -25'020'513
4321	Weitere Leistungen	(-) -28'808'538
4510	Veränderung versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung	-492'043'642
4401	Leistungsanteile der Rückversicherer	19'412'243
48	Risikoausgleich	-38'194'777
4	Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung	-22'810'112'805
992	Bruttoergebnis	1'496'023'571
500	Personalaufwand	(-) -1'042'012'800
501	Provisionen ans eigene Personal	(-) -7'204'020
510	Diverser Betriebsaufwand	(-) -78'160'516
516	Werbeaufwand	(-) -55'584'875
517	Provisionen	(-) -24'388'845
519	Abschreibungen	(-) -34'525'272
5	Betriebsaufwand	-1'241'876'328
993	Versicherungs- und Betriebsaufwand	(-) -24'051'989'133
994	Versicherungstechnisches Ergebnis	254'147'243
70	Übriger betrieblicher Ertrag	48'574'804
71	Übriger betrieblicher Aufwand	(-) -9'208'182
73	Erfolg aus Kapitalanlagen	610'010'622
810	Betriebsfremder und ausserordentlicher Ertrag	23'917'818
820	Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand	(-) -11'557'698
9	Steuern	0
995	Nicht Versicherungstechnisches Ergebnis	661'737'364
999	Ergebnis	915'884'606

Datenstand: 5.7.13

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02. 2) Prämiensoll (vgl. T 3.06). 3) Bruttoleistungen (-) (vgl. T 2.04).

4) Kostenbeteiligung = Kostenbeteiligung der Versicherten * + Abschr. auf Kobe * (vgl. T 2.10).

5) Nettoleistungen = Bruttoleistungen - Kostenbeteiligung (vgl. T 2.07).

3'705'237'204

22'195'991'088

G 1b, 1c : Total Versicherungsertrag (-> 2011) <-> Verdiente Prämien für eigene Rechnung [3] / Total Versicherungsaufwand (-> 2011) <-> Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung [4] / Neutraler Aufwand / Ertrag (-> 2011) <-> Nicht Versicherungstechnisches Ergebnis [995] / Gesamtbetriebsergebnis (-> 2011) <-> Ergebnis [999] / Versicherungsbetriebsergebnis (-> 2011) <-> Verdiente Prämien [3] - (- Schaden- und Leistungsaufwand [4] - Betriebsaufwand [5])

Quelle: 2012 -> : Summe EF5.2 -> EF5.7 via ISAK (FIN) (-> 2011 Summe EF2.2 -> EF2.7)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 1.03 Betriebsrechnung der Versicherung ¹ mit ordentlicher Franchise

2012

Kontengruppe		Total in Fr.
3010	Prämien	7'123'961'984
331	Erlösminderungen für Prämien	(-) -45'303'847
3501	Prämienanteile der Rückversicherer	(-) -6'925'517
36	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	954'929'830
37	Angerechnete und ausbezahlte Beiträge an die Versicherten	(-) -950'454'373
3	Verdiente Prämien für eigene Rechnung	7'076'208'076
4010	Leistungen	(-) -10'694'215'885
4200	Kostenbeteiligung der Versicherten	965'014'425
4210	Abschreibungen auf Kostenbeteiligung	(-) -3'566'270
4300	Behandlungspauschalen Managed Care	(-) -2'313'153
4310	Kosten für medizinische Call Center	(-) -6'891'192
4321	Weitere Leistungen	(-) -10'834'553
4510	Veränderung versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung	-58'144'342
4401	Leistungsanteile der Rückversicherer	5'986'438
48	Risikoausgleich	1'778'922'886
4	Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung	-8'026'041'646
992	Bruttoergebnis	-949'833'570
500	Personalaufwand	(-) -344'116'317
501	Provisionen ans eigene Personal	(-) -1'973'301
510	Diverser Betriebsaufwand	(-) -2'133'934
516	Werbeaufwand	(-) -17'692'158
517	Provisionen	(-) -6'712'158
519	Abschreibungen	(-) -11'671'189
5	Betriebsaufwand	-384'299'057
993	Versicherungs- und Betriebsaufwand	(-) -8'410'340'703
994	Versicherungstechnisches Ergebnis	-1'334'132'627
70	Übriger betrieblicher Ertrag	13'666'761
71	Übriger betrieblicher Aufwand	(-) -2'682'540
73	Erfolg aus Kapitalanlagen	192'741'681
810	Betriebsfremder und ausserordentlicher Ertrag	6'422'353
820	Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand	(-) -3'429'364
9	Steuern	0
995	Nicht Versicherungstechnisches Ergebnis	206'718'892
999	Ergebnis	-1'127'413'735

Datenstand: 5.7.13

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02 und Fussnoten 2) -> 5) von Tabelle 1.02.

Quelle: 2012 -> : EF5.2 via ISAK (FIN) (-> 2011 EF2.2)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 1.04 Betriebsrechnung der Versicherungen ¹ mit wählbarer Franchise

2012

Kontengruppe			Total in Fr.
3012	Prämien		4'990'054'269
331	Erlösminderungen für Prämien	(-)	-34'764'586
3501	Prämienanteile der Rückversicherer	(-)	-5'600'583
36	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge		373'629'123
37	Angerechnete und ausbezahlte Beiträge an die Versicherten	(-)	-369'790'753
3	Verdiente Prämien für eigene Rechnung		4'953'527'470
4012	Leistungen	(-)	-4'517'064'676
4202	Kostenbeteiligung der Versicherten		864'425'107
4212	Abschreibungen auf Kostenbeteiligung	(-)	-1'434'075
4300	Behandlungspauschalen Managed Care	(-)	-1'091'918
4310	Kosten für medizinische Call Center	(-)	-2'995'814
4321	Weitere Leistungen	(-)	-5'020'235
4510	Veränderung versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung		-24'618'104
4401	Leistungsanteile der Rückversicherer		4'598'550
48	Risikoausgleich		59'609'073
4	Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung		-3'623'592'091
992	Bruttoergebnis		1'329'935'379
500	Personalaufwand	(-)	-191'315'906
501	Provisionen ans eigene Personal	(-)	-986'592
510	Diverser Betriebsaufwand	(-)	-21'221'395
516	Werbeaufwand	(-)	-9'846'791
517	Provisionen	(-)	-5'405'735
519	Abschreibungen	(-)	-5'972'004
5	Betriebsaufwand		-234'748'422
993	Versicherungs- und Betriebsaufwand	(-)	-3'858'340'513
994	Versicherungstechnisches Ergebnis		1'095'186'957
70	Übriger betrieblicher Ertrag		12'105'407
71	Übriger betrieblicher Aufwand	(-)	-2'073'617
73	Erfolg aus Kapitalanlagen		125'586'777
810	Betriebsfremder und ausserordentlicher Ertrag		4'320'109
820	Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand	(-)	-1'372'565
9	Steuern		0
995	Nicht Versicherungstechnisches Ergebnis		138'566'110
999	Ergebnis		1'233'753'067

Datenstand: 5.7.13

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02 und Fussnoten 2) -> 5) von Tabelle 1.02.

Quelle: 2012 -> : Summe EF5.3 via ISAK (FIN) (-> 2011 EF2.3)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 1.05 Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung ¹

2012

Kontengruppe		Total in Fr.
3013	Prämien	15'550'965
331	Erlösminderungen für Prämien	(-) -52'600
3501	Prämienanteile der Rückversicherer	(-) -39
36	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	956'568
37	Angerechnete und ausbezahlte Beiträge an die Versicherten	(-) -963'491
3	Verdiente Prämien für eigene Rechnung	15'491'404
4013	Leistungen	(-) -8'308'554
4203	Kostenbeteiligung der Versicherten	1'204'859
4213	Abschreibungen auf Kostenbeteiligung	(-) -1'727
4300	Behandlungspauschalen Managed Care	(-) -333
4310	Kosten für medizinische Call Center	(-) -1'100
4321	Weitere Leistungen	(-) -8'232
4510	Veränderung versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung	-5'801
4401	Leistungsanteile der Rückversicherer	0
48	Risikoausgleich	-1'918'003
4	Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung	-9'038'892
992	Bruttoergebnis	6'452'511
500	Personalaufwand	(-) -1'309'545
501	Provisionen ans eigene Personal	(-) -5'912
510	Diverser Betriebsaufwand	(-) 659'694
516	Werbeaufwand	(-) -79'216
517	Provisionen	(-) -4'228
519	Abschreibungen	(-) -39'811
5	Betriebsaufwand	-779'019
993	Versicherungs- und Betriebsaufwand	(-) -9'817'911
994	Versicherungstechnisches Ergebnis	5'673'493
70	Übriger betrieblicher Ertrag	29'211
71	Übriger betrieblicher Aufwand	(-) -7'948
73	Erfolg aus Kapitalanlagen	779'825
810	Betriebsfremder und ausserordentlicher Ertrag	3'624
820	Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand	(-) -2'169
9	Steuern	0
995	Nicht Versicherungstechnisches Ergebnis	802'543
999	Ergebnis	6'476'036

Datenstand: 5.7.13

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02 und Fussnoten 2) -> 5) von Tabelle 1.02.

Quelle: 2012 -> : EF5.4 via ISAK (FIN) (-> 2011 EF2.4)

T 1.06 Betriebsrechnung der Versicherungen¹ mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers

2012

Kontengruppe			Total in Fr.
3014-15-16	Prämien		12'328'833'436
331	Erlösminderungen für Prämien	(-)	-74'603'328
3501	Prämienanteile der Rückversicherer	(-)	-11'302'030
36	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge		1'106'329'023
37	Angerechnete und ausbezahlte Beiträge an die Versicherten	(-)	-1'088'347'675
3	Verdiente Prämien für eigene Rechnung		12'260'909'427
4014-15-16	Leistungen	(-)	-10'681'639'176
4204-05-06	Kostenbeteiligung der Versicherten		1'883'032'027
4214-15-16	Abschreibungen auf Kostenbeteiligung	(-)	-3'437'143
4300	Behandlungspauschalen Managed Care	(-)	-46'061'086
4310	Kosten für medizinische Call Center	(-)	-15'132'406
4321	Weitere Leistungen	(-)	-12'945'519
4510	Veränderung versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung		-409'275'395
4401	Leistungsanteile der Rückversicherer		8'827'255
48	Risikoausgleich		-1'874'808'733
4	Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung		-11'151'440'176
992	Bruttoergebnis		1'109'469'251
500	Personalaufwand	(-)	-505'271'031
501	Provisionen ans eigene Personal	(-)	-4'238'215
510	Diverser Betriebsaufwand	(-)	-55'464'882
516	Werbeaufwand	(-)	-27'966'711
517	Provisionen	(-)	-12'266'723
519	Abschreibungen	(-)	-16'842'268
5	Betriebsaufwand		-622'049'830
993	Versicherungs- und Betriebsaufwand	(-)	-11'773'490'006
994	Versicherungstechnisches Ergebnis		487'419'420
70	Übriger betrieblicher Ertrag		22'773'425
71	Übriger betrieblicher Aufwand	(-)	-4'444'077
73	Erfolg aus Kapitalanlagen		290'902'339
810	Betriebsfremder und ausserordentlicher Ertrag		13'171'732
820	Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand	(-)	-6'753'600
9	Steuern		0
995	Nicht Versicherungstechnisches Ergebnis		315'649'818
999	Ergebnis		803'069'239

Datenstand: 5.7.13

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02 und Fussnoten 2) -> 5) von Tabelle 1.02.

Quelle: 2012 -> : Summe EF5.5 -> EF5.7 via ISAK (FIN) (-> 2011 Summe EF2.5 -> EF2.7)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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

2012

Kontengruppe			Total in Fr.
3011	Prämien		161'696'204
332	Erlösminderungen für Prämien	(-)	-1'325'161
3501	Prämienanteile der Rückversicherer	(-)	-64'763
36	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge		1'608'177
37	Angerechnete und ausbezahlte Beiträge an die Versicherten	(-)	-1'608'778
3	Verdiente Prämien für eigene Rechnung		160'305'679
4011	Leistungen	(-)	-101'719'756
4201	Kostenbeteiligung der Versicherten		5'495'478
4211	Abschreibungen auf Kostenbeteiligung	(-)	-42'039
4301	Behandlungspauschalen Managed Care	(-)	-20'752
4311	Kosten für medizinische Call Center	(-)	-28'043
4322	Weitere Leistungen	(-)	-54'374
45110	Veränderung versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung		-3'093'226
4401	Leistungsanteile der Rückversicherer		62'313
48	Risikoausgleich		-29'306'180
4	Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung		-128'706'579
992	Bruttoergebnis		31'599'100
500	Personalaufwand	(-)	-14'963'090
501	Provisionen ans eigene Personal	(-)	-9'064
510	Diverser Betriebsaufwand	(-)	5'352'928
516	Werbeaufwand	(-)	-857'459
517	Provisionen	(-)	-112'739
519	Abschreibungen	(-)	-506'102
5	Betriebsaufwand für eig. Rechnung		-11'095'527
993	Versicherungs- und Betriebsaufwand	(-)	-139'802'106
994	Versicherungstechnisches Ergebnis		20'503'573
70	Übriger betrieblicher Ertrag		296'523
71	Übriger betrieblicher Aufwand	(-)	-75'486
73	Erfolg aus Kapitalanlagen		6'002'540
810	Betriebsfremder und ausserordentlicher Ertrag		45'706
820	Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand	(-)	-86'385
9	Steuern		0
995	Nicht Versicherungstechnisches Ergebnis		6'182'897
999	Ergebnis		26'686'470

Nur GrenzgängerInnen ²

1.12E (-)	Bruttoleistungen	(-)	-31'351'612
1.12E (-)	Kostenbeteiligung der Versicherten		2'339'550
1.12E (-)	Bezahlte Leistungen	(-)	-29'012'062

Datenstand: 5.7.13

1) Ohne Liechtenstein. Versichertenbestand : siehe T 11.13. Vgl. Fussnoten 2) -> 5) von Tabelle 1.02.

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

Quelle: 2012 -> : EF5.10 via ISAK (FIN) und EF1.12E (-> 2011 EF2.12 und EF1.12E)

T 1.08 Gesamtbetriebsergebnis in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 2002

Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
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
2012	-1'127.4	1'233.8	6.5	803.1	915.9

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2012 -> : EF5.2.999 -> EF5.7.999 via ISAK (FIN) (-> 2011 : T 1.03, 1.04, 1.05, 1.06)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 1.09 Gesamtbetriebsergebnis in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2002

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherungsformen
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
2012	-562	895	1'295	174	114

Datenstand: 5.7.13

Quelle: T 1.08 / T 11.05

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 1.10 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 2002

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	In % des Versicherungs- und Betriebsaufwands	Versicherungs- und Betriebsaufwand
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
2012	384.3	234.7	0.779	622.0	1'241.9	5.2%	24'052.0

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2012 -> : EF5.2 -> 5.7 500+501+510+516+517+519 und 993 via ISAK (FIN) (-> 2011 : T 1.03, 1.04, 1.05, 1.06 [40-47+48] und 1.02 [3/4])

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 1.11 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2002

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherungsformen	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	191	170	156	135	155	-2.2%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: T 1.10 / T 11.05

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 1.12 Stand der Reserven per 31.12. ab 2002

Jahr	Stand Reserven in Mio. Fr. ¹	Veränderung gegenüber Vorjahr ¹	Reserven pro versicherte Person in Fr. ^{1 2}	Reservenquote effektiv ³	Reservenquote gesetzlich ⁴	Solvenzquote ⁵
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%	-
2012	6'504	75.3%	818	-	-	172.3%

Datenstand: 5.7.13

1) Die Werte von 2012 sind mit denjenigen aus dem Vorjahr aufgrund der Auflösung von stillen Reserven nicht vergleichbar (vgl. T 5.02).

2) Reserven / durchschnittlicher Versichertenbestand (vgl. T 11.13A).

3) Reserven in % des Prämienolls (vgl. T 3.01) -> 2011 (vgl. T 5.02).

4) Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen berechneter Mindestreservesatz -> 2011 (vgl. T 5.01 und 5.02).

5) 2012 -> : Neue Berechnungsmethode mit Quantifizierung der versicherungstechnischen Risiken, der Marktrisiken und der Kreditrisiken (vgl. T 5.02). Solvenzquote = Verhältnis Vorhandene Reserven / Mindesthöhe der Reserven in % (mit freiwilliger Taggeldversicherung, vgl. T 5.06).

Quelle: 2012 -> : T 5.01, 5.06 (-> 2011 : T 8.10 [290 + 290.9] ; T 11.13A; T 3.01; T 5.01 und Aufsichtsdaten 1998-2003)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 1.13 Stand der Rückstellungen¹ per 31.12. für unerledigte Versicherungsfälle ab 2002

Jahr	Stand Rückstellungen in Mio. Fr.	Veränderung gegenüber Vorjahr	Stand Rückstellungen pro versicherte Person in Fr. ²	Veränderung gegenüber Vorjahr	Rückstellungen in % der Nettoleistungen ³
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%
2012	5'477	-3.0%	689	-4.1%	24.7%

Datenstand: 5.7.13

1) Die Werte von 2012 sind mit denjenigen aus dem Vorjahr aufgrund der Einführung des neuen Rechnungsstandards Swiss GAAP FER 41 (Methode des "best estimate") nicht vergleichbar.

2) Vgl. Tabelle 11.13A.

3) Vgl. Tabelle 2.20.

Quelle: 2012 -> : EF4.2 21010 via ISAK (FIN) (-> 2011 :T 8.10 [270]), T 11.13A, T 2.20

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

2: Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP

2.01 Kostenbeteiligung der Versicherten nach Versicherungsform ab 2002	61
2.02 Kostenbeteiligung je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2002	62
2.03 Nettoleistungen je versicherte Person nach Kanton ab 1996	63
2.04 Bruttoleistungen nach Kanton	64
2.05 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Kanton	65
2.06 Bruttoleistungen nach Altersklasse und Geschlecht	66
2.07 Nettoleistungen nach Kanton	67
2.08 Nettoleistungen je versicherte Person nach Versicherungsform	68
2.09 Nettoleistungen nach Altersklasse und Geschlecht	69
2.10 Kostenbeteiligung nach Kanton	70
2.11 Kostenbeteiligung nach Altersgruppe und Geschlecht	71
2.12 Nettoleistungen je versicherte Person nach Kanton	72
2.13 Kostenbeteiligung je versicherte Person nach Kanton	73
2.14 Bruttoleistungen nach Versicherungsform ab 2002	74
2.15 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2002	75
2.16 Bruttoleistungen nach Kostengruppe ab 2002	76
2.17 Bruttoleistungen nach Kostengruppe	77
2.18 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Kostengruppe ab 2002	78
2.19 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Kostengruppe	79
2.20 Nettoleistungen nach Versicherungsform ab 2002	80
2.21 Nettoleistungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2002	81
2.22 Bruttoleistungen nach Versicherungsform	82
2.23 Kostenbeteiligung je versicherte Person nach Versicherungsform	83
2.24 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Versicherungsform	84
2.25 Bruttoleistungen je versicherte Person nach Kanton ab 1996	85
2.26 Kostenbeteiligung je versicherte Person nach Kanton ab 1996	86

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.01 Kostenbeteiligung der Versicherten in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 2002

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	961.4	863.0	1.2	1'879.6	3'705.2	3.6%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2012 -> EF 5.2 4200 - 4210, EF5.3 4202 - 4212, EF5.4 4203 - 4213, (EF5.5 4204 - 4214) + (EF5.6 4205 - 4215) + (EF5.7 4206 - 4216) via ISAK (FIN)
 (-> 2011: T 1.03; 1.04; 1.05; 1.06 [32])

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.02 Kostenbeteiligung ¹ je versicherte Person in Franken nach Versicherungsform ab 2002

Jahr ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	476	621	241	414	466	2.5%

Datenstand: 5.7.13

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
2002	75	0.1%	258	2.6%	434	2.8%
2003	78	3.1%	267	3.4%	445	2.5%
2004	81	4.3%	289	8.2%	485	9.1%
2005	88	9.1%	304	5.3%	507	4.4%
2006	90	1.9%	304	-0.2%	510	0.6%
2007	93	3.7%	310	1.8%	522	2.4%
2008	95	2.3%	321	3.8%	537	2.9%
2009	96	0.5%	334	4.0%	544	1.3%
2010	94	-1.9%	332	-0.8%	543	-0.3%
2011	94	0.3%	340	2.6%	563	3.8%
2012	95	1.1%	354	3.9%	576	2.2%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2009 -> : T 2.13 (vollständige Daten) (1997 -> 2008: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG, revidierte Daten])

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 11.05

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	2012
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	2'755
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	2'949
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	2'436
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	2'261
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	2'416
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	2'280
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	2'287
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	2'500
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	2'308
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	2'507
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	2'715
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	3'822
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	3'039
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	2'684
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	2'353
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	1'986
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	2'431
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	2'381
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	2'607
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	2'335
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	3'054
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	3'049
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	2'610
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	2'872
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	3'653
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	2'827
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	2'791

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.04 Bruttoleistungen ¹ in Fr. nach Kanton

2012

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	276'308'658	158'725'140	4'064'251'313	4'499'285'111
BE	159'794'417	111'036'991	3'103'023'595	3'373'855'003
LU	64'042'155	42'179'575	991'280'675	1'097'502'404
UR	5'261'669	3'216'426	86'896'145	95'374'240
SZ	27'744'229	15'698'993	385'052'839	428'496'061
OW	6'339'966	3'566'199	88'295'248	98'201'413
NW	5'945'897	3'503'540	101'699'751	111'149'188
GL	6'567'751	5'107'716	104'752'905	116'428'372
ZG	19'152'088	11'154'321	285'990'374	316'296'783
FR	57'981'036	34'009'139	757'910'302	849'900'478
SO	47'333'651	30'027'703	747'928'608	825'289'962
BS	38'584'620	23'075'675	725'638'631	787'298'926
BL	56'412'992	34'889'046	890'612'313	981'914'351
SH	11'147'049	8'890'383	223'041'363	243'078'796
AR	8'158'494	5'780'909	135'640'064	149'579'467
AI	2'182'322	1'379'849	34'190'939	37'753'110
SG	86'802'626	57'443'109	1'249'717'712	1'393'963'448
GR	31'338'597	19'891'726	501'729'209	552'959'531
AG	120'671'378	76'449'669	1'714'393'140	1'911'514'188
TG	45'344'368	29'499'203	627'861'938	702'705'509
TI	61'678'771	30'099'176	1'111'091'478	1'202'869'425
VD	177'046'079	89'048'228	2'270'222'995	2'536'317'302
VS	59'774'064	35'245'423	889'637'945	984'657'432
NE	35'547'156	18'423'499	522'582'988	576'553'643
GE	123'843'037	66'657'217	1'599'756'419	1'790'256'672
JU	13'554'249	7'007'738	212'512'151	233'074'138
Ausland ²	480'011	260'604	4'212'725	4'953'340
CH	1'549'037'331	922'267'197	23'429'923'764	25'901'228'292

Datenstand: 5.7.13

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.05 Bruttoleistungen ¹ in Fr. je versicherte Person nach Kanton

2012

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	1'082	1'509	3'935	3'229	3.3%
BE	904	1'361	4'262	3'421	-0.8%
LU	851	1'181	3'617	2'850	5.4%
UR	755	1'000	3'398	2'667	4.3%
SZ	963	1'236	3'576	2'872	6.1%
OW	883	1'041	3'404	2'687	7.6%
NW	808	969	3'367	2'699	11.6%
GL	909	1'372	3'655	2'940	7.0%
ZG	869	1'257	3'376	2'736	4.6%
FR	920	1'303	3'800	2'945	-0.6%
SO	1'007	1'315	3'940	3'179	5.7%
BS	1'370	1'769	5'219	4'368	0.7%
BL	1'144	1'616	4'363	3'570	4.0%
SH	820	1'295	3'920	3'142	3.3%
AR	791	1'149	3'491	2'760	8.1%
AI	650	834	3'131	2'369	4.5%
SG	910	1'232	3'633	2'869	7.0%
GR	934	1'106	3'441	2'801	2.1%
AG	1'008	1'417	3'792	3'055	5.9%
TG	910	1'218	3'476	2'760	1.4%
TI	1'042	1'247	4'379	3'569	-1.1%
VD	1'183	1'468	4'481	3'538	0.9%
VS	977	1'213	3'815	3'044	5.7%
NE	1'008	1'195	4'215	3'301	2.0%
GE	1'411	1'925	5'245	4'189	2.9%
JU	920	1'089	4'243	3'271	-0.7%
Ausland ²	643	582	1'083	974	-7.1%
CH	1'027	1'379	4'057	3'257	2.7%

Datenstand: 5.7.13

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.06 Bruttoleistungen ¹ nach Altersklasse und Geschlecht

2012

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	290.7	1'266	239.1	1'097	529.8	2.0%	1'183
6 – 10	183.7	924	133.9	709	317.6	1.2%	820
11 – 15	197.9	936	182.6	912	380.5	1.5%	924
16 – 18	138.4	1'029	182.7	1'433	321.2	1.2%	1'225
Total 0 – 18	810.7	1'047	738.3	1'005	1'549.0	6.0%	1'027
19 – 20	90.5	978	131.4	1'470	221.9	0.9%	1'220
21 – 25	260.8	1'055	439.5	1'834	700.3	2.7%	1'439
Total 19 – 25	351.4	1'034	570.9	1'736	922.3	3.6%	1'379
26 – 30	283.0	1'050	629.7	2'398	912.7	3.5%	1'716
31 – 35	354.1	1'272	773.0	2'836	1'127.0	4.4%	2'045
36 – 40	425.8	1'523	756.2	2'737	1'182.0	4.6%	2'126
41 – 45	569.4	1'814	823.0	2'647	1'392.4	5.4%	2'228
46 – 50	742.2	2'215	973.7	2'995	1'715.9	6.6%	2'599
51 – 55	815.2	2'787	982.0	3'431	1'797.2	6.9%	3'106
56 – 60	904.6	3'645	973.4	3'948	1'878.0	7.3%	3'796
61 – 65	1'049.9	4'724	1'063.9	4'648	2'113.8	8.2%	4'685
66 – 70	1'168.2	5'972	1'201.4	5'737	2'369.7	9.1%	5'851
71 – 75	1'027.3	7'293	1'145.8	6'904	2'173.1	8.4%	7'083
76 – 80	983.8	8'983	1'239.7	8'589	2'223.5	8.6%	8'759
81 – 85	774.9	10'524	1'260.3	10'744	2'035.3	7.9%	10'659
86 – 90	470.7	12'307	1'069.9	13'786	1'540.6	5.9%	13'297
91 – 95	182.6	14'832	560.1	17'553	742.7	2.9%	16'796
96 – 100	38.0	17'978	160.7	21'872	198.7	0.8%	21'001
> 100	3.2	18'966	24.1	25'990	27.3	0.1%	24'907
Total > 25	9'792.9	3'483	13'637.0	4'601	23'429.9	90.5%	4'057
Total	10'955.0	2'790	14'946.3	3'711	25'901.2	100.0%	3'257

Datenstand: 5.7.13

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.07 Nettoleistungen ¹ in Fr. nach Kanton

2012

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	251'805'587	120'607'736	3'466'417'843	3'838'831'166
BE	144'780'963	83'243'088	2'680'893'840	2'908'917'891
LU	57'837'951	30'710'348	849'749'587	938'297'887
UR	4'685'055	2'189'869	73'960'314	80'835'237
SZ	25'070'977	10'934'905	324'437'905	360'443'787
OW	5'733'963	2'481'872	75'115'806	83'331'641
NW	5'353'453	2'418'100	86'429'023	94'200'576
GL	5'949'081	3'783'883	89'269'795	99'002'759
ZG	17'367'072	8'158'335	241'314'260	266'839'667
FR	52'423'805	25'008'339	645'949'955	723'382'099
SO	43'062'319	22'019'164	639'782'729	704'864'212
BS	35'398'574	17'813'019	635'770'667	688'982'260
BL	51'076'599	26'151'269	758'775'944	836'003'812
SH	10'132'854	6'675'820	190'861'279	207'669'953
AR	7'413'419	4'247'836	115'834'009	127'495'265
AI	1'958'858	896'327	28'796'685	31'651'870
SG	78'747'861	40'939'588	1'061'658'251	1'181'345'699
GR	28'553'212	14'284'956	427'135'191	469'973'359
AG	110'075'007	57'664'193	1'463'931'298	1'631'670'499
TG	41'151'650	21'505'032	531'920'122	594'576'804
TI	55'449'271	21'088'366	952'952'373	1'029'490'010
VD	159'320'023	66'143'171	1'960'332'574	2'185'795'768
VS	54'167'381	26'288'277	763'618'268	844'073'927
NE	32'150'884	13'779'513	455'637'059	501'567'455
GE	112'925'387	51'572'201	1'396'654'086	1'561'151'674
JU	12'229'522	4'996'037	184'226'414	201'451'973
Ausland ²	428'673	195'913	3'519'252	4'143'839
CH	1'405'249'402	685'797'160	20'104'944'526	22'195'991'088

Datenstand: 5.7.13

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

2012

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	1'085	1'877	6'666	4'815
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500) ²	944	1'510	5'020	4'928
	F II (200 / 1000) ²	875	616	2'252	1'940
	F III (300 / 1500) ²	750	426	1'304	1'229
	F IV (400 / 2000) ²	605	317	820	736
	F V (500 / 2500) ²	488	326	645	613
	F VI (600 / -) ²	391	-	-	391
	Total	653	569	2'841	2'629
BONUS-Versicherung		817	938	1'432	1'417
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)	F O (0 / 300) ²	892	1'531	4'514	2'892
	F I (100 / 500) ²	998	1'173	2'944	2'799
	F II (200 / 1000) ²	649	486	1'229	1'080
	F III (300 / 1500) ²	511	302	764	694
	F IV (400 / 2000) ²	437	204	520	473
	F V (500 / 2500) ²	326	173	411	384
	F VI (600 / -) ²	269	-	-	269
	Total *	854	845	2'404	1'940
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	897	846	1'995	1'656
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	834	819	2'482	1'998
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	455	403	1'186	1'071
Alle ³		931	1'026	3'481	2'791

Datenstand: 5.7.13

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.09 Nettoleistungen ¹ nach Altersklasse und Geschlecht

2012

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	264.4	1'151	216.8	995	481.2	2.2%	1'075
6 – 10	167.0	840	120.8	640	287.8	1.3%	742
11 – 15	179.0	847	165.3	825	344.3	1.6%	837
16 – 18	125.4	932	166.5	1'305	291.9	1.3%	1'114
Total 0 – 18	735.9	950	669.4	911	1'405.2	6.3%	931
19 – 20	63.3	684	94.8	1'061	158.1	0.7%	869
21 – 25	191.8	776	335.9	1'402	527.7	2.4%	1'084
Total 19 – 25	255.1	751	430.7	1'309	685.8	3.1%	1'026
26 – 30	206.9	768	505.2	1'924	712.2	3.2%	1'339
31 – 35	263.9	948	628.8	2'307	892.7	4.0%	1'620
36 – 40	323.3	1'156	605.4	2'191	928.6	4.2%	1'671
41 – 45	444.5	1'416	653.9	2'103	1'098.4	4.9%	1'758
46 – 50	595.6	1'778	789.7	2'429	1'385.3	6.2%	2'099
51 – 55	669.1	2'288	810.9	2'833	1'479.9	6.7%	2'558
56 – 60	761.7	3'069	820.6	3'328	1'582.3	7.1%	3'198
61 – 65	903.7	4'066	912.5	3'986	1'816.2	8.2%	4'026
66 – 70	1'024.4	5'237	1'050.6	5'017	2'075.0	9.3%	5'123
71 – 75	915.3	6'498	1'017.9	6'134	1'933.2	8.7%	6'301
76 – 80	889.3	8'120	1'119.2	7'755	2'008.5	9.0%	7'912
81 – 85	706.4	9'593	1'153.8	9'836	1'860.2	8.4%	9'742
86 – 90	432.0	11'295	992.8	12'793	1'424.9	6.4%	12'299
91 – 95	168.8	13'713	525.5	16'469	694.3	3.1%	15'702
96 – 100	35.4	16'742	151.9	20'679	187.3	0.8%	19'799
> 100	3.0	17'695	22.9	24'693	25.9	0.1%	23'613
Total > 25	8'343.2	2'967	11'761.7	3'968	20'104.9	90.6%	3'481
Total	9'334.2	2'378	12'861.8	3'193	22'196.0	100.0%	2'791

Datenstand: 5.7.13

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.10 Kostenbeteiligung ¹ in Fr. nach Kanton

2012

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	24'503'071	38'117'404	597'833'470	660'453'945
BE	15'013'453	27'793'903	422'129'755	464'937'112
LU	6'204'203	11'469'226	141'531'088	159'204'518
UR	576'615	1'026'557	12'935'830	14'539'002
SZ	2'673'251	4'764'088	60'614'934	68'052'273
OW	606'003	1'084'327	13'179'442	14'869'773
NW	592'444	1'085'440	15'270'728	16'948'611
GL	618'670	1'323'834	15'483'110	17'425'613
ZG	1'785'016	2'995'986	44'676'115	49'457'116
FR	5'557'232	9'000'799	111'960'347	126'518'378
SO	4'271'333	8'008'539	108'145'879	120'425'750
BS	3'186'046	5'262'656	89'867'964	98'316'666
BL	5'336'392	8'737'777	131'836'369	145'910'539
SH	1'014'195	2'214'563	32'180'085	35'408'842
AR	745'074	1'533'073	19'806'055	22'084'202
AI	223'464	483'522	5'394'254	6'101'241
SG	8'054'766	16'503'522	188'059'461	212'617'749
GR	2'785'384	5'606'770	74'594'018	82'986'172
AG	10'596'371	18'785'475	250'461'842	279'843'689
TG	4'192'718	7'994'171	95'941'816	108'128'705
TI	6'229'501	9'010'810	158'139'105	173'379'416
VD	17'726'056	22'905'057	309'890'422	350'521'535
VS	5'606'683	8'957'146	126'019'676	140'583'505
NE	3'396'273	4'643'986	66'945'929	74'986'187
GE	10'917'650	15'085'016	203'102'333	229'104'999
JU	1'324'727	2'011'701	28'285'737	31'622'165
Ausland ²	51'338	64'691	693'473	809'502
CH	143'787'928	236'470'038	3'324'979'238	3'705'237'204

Datenstand: 5.7.13

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.11 Kostenbeteiligung ¹ nach Altersklasse und Geschlecht

2012

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	26.3	114	22.3	102	48.5	1.3%	108
6 – 10	16.7	84	13.1	69	29.9	0.8%	77
11 – 15	18.8	89	17.3	87	36.2	1.0%	88
16 – 18	13.0	97	16.2	127	29.2	0.8%	112
Total 0 – 18	74.8	97	69.0	94	143.8	3.9%	95
19 – 20	27.2	294	36.6	409	63.8	1.7%	351
21 – 25	69.0	279	103.6	432	172.7	4.7%	355
Total 19 – 25	96.3	283	140.2	426	236.5	6.4%	354
26 – 30	76.1	282	124.5	474	200.6	5.4%	377
31 – 35	90.1	324	144.2	529	234.3	6.3%	425
36 – 40	102.5	367	150.9	546	253.4	6.8%	456
41 – 45	124.9	398	169.1	544	294.0	7.9%	471
46 – 50	146.6	438	184.0	566	330.5	8.9%	501
51 – 55	146.1	500	171.2	598	317.3	8.6%	548
56 – 60	142.9	576	152.8	620	295.7	8.0%	598
61 – 65	146.2	658	151.4	661	297.6	8.0%	660
66 – 70	143.9	735	150.8	720	294.7	8.0%	728
71 – 75	112.0	795	127.9	770	239.9	6.5%	782
76 – 80	94.5	863	120.5	835	215.0	5.8%	847
81 – 85	68.5	931	106.5	908	175.1	4.7%	917
86 – 90	38.7	1'012	77.0	992	115.7	3.1%	999
91 – 95	13.8	1'118	34.6	1'084	48.4	1.3%	1'094
96 – 100	2.6	1'236	8.8	1'193	11.4	0.3%	1'202
> 100	0.2	1'271	1.2	1'297	1.4	0.0%	1'293
Total > 25	1'449.7	516	1'875.3	633	3'325.0	89.7%	576
Total	1'620.8	413	2'084.4	518	3'705.2	100.0%	466

Datenstand: 5.7.13

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

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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

2012

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	986	1'147	3'356	2'755	3.5%
BE	819	1'020	3'683	2'949	-1.3%
LU	768	860	3'100	2'436	5.6%
UR	672	681	2'892	2'261	4.7%
SZ	871	861	3'013	2'416	6.5%
OW	799	724	2'896	2'280	8.5%
NW	727	669	2'861	2'287	12.8%
GL	823	1'017	3'115	2'500	7.7%
ZG	788	920	2'849	2'308	4.9%
FR	832	958	3'239	2'507	-0.8%
SO	916	965	3'370	2'715	6.1%
BS	1'257	1'366	4'572	3'822	0.7%
BL	1'036	1'211	3'717	3'039	4.3%
SH	745	972	3'354	2'684	3.5%
AR	719	844	2'982	2'353	9.1%
AI	583	542	2'637	1'986	4.8%
SG	826	878	3'087	2'431	7.8%
GR	851	794	2'929	2'381	2.1%
AG	919	1'069	3'238	2'607	6.3%
TG	826	888	2'945	2'335	1.4%
TI	936	873	3'756	3'054	-1.7%
VD	1'065	1'090	3'869	3'049	0.8%
VS	885	905	3'274	2'610	6.0%
NE	912	894	3'675	2'872	2.1%
GE	1'287	1'489	4'579	3'653	3.0%
JU	830	776	3'678	2'827	-0.7%
Ausland ²	574	437	905	815	-12.7%
CH	931	1'026	3'481	2'791	2.7%

Datenstand: 5.7.13

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.13 Kostenbeteiligung ¹ in Fr. je versicherte Person nach Kanton

2012

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	96	362	579	474	1.9%
BE	85	341	580	471	2.6%
LU	82	321	516	413	3.9%
UR	83	319	506	407	2.3%
SZ	93	375	563	456	3.7%
OW	84	316	508	407	2.6%
NW	80	300	506	412	5.3%
GL	86	356	540	440	3.4%
ZG	81	338	527	428	2.9%
FR	88	345	561	438	0.7%
SO	91	351	570	464	3.5%
BS	113	404	646	545	0.6%
BL	108	405	646	530	2.6%
SH	75	323	566	458	1.9%
AR	72	305	510	408	2.3%
AI	67	292	494	383	2.5%
SG	84	354	547	438	2.8%
GR	83	312	512	420	2.1%
AG	88	348	554	447	3.7%
TG	84	330	531	425	1.3%
TI	105	373	623	514	2.7%
VD	118	378	612	489	2.1%
VS	92	308	540	435	3.9%
NE	96	301	540	429	1.4%
GE	124	436	666	536	2.5%
JU	90	313	565	444	-0.6%
Ausland ²	69	144	178	159	38.0%
CH	95	354	576	466	2.5%

Datenstand: 5.7.13

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.14 Bruttoleistungen ¹ in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 2002

Jahr ²	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	10'694.2	4'517.1	8.3	10'681.6	25'901.2	3.9%

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.15 Bruttoleistungen ¹ in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2002

Jahr ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	5'291	3'250	1'657	2'354	3'257	2.7%

Datenstand: 5.7.13

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

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
2002	716	1.9%	1'089	1.7%	2'990	3.4%
2003	742	3.6%	1'121	2.9%	3'116	4.2%
2004	782	5.4%	1'164	3.9%	3'294	5.7%
2005	842	7.6%	1'200	3.0%	3'465	5.2%
2006	853	1.2%	1'172	-2.4%	3'486	0.6%
2007	903	5.9%	1'191	1.7%	3'604	3.4%
2008	931	3.1%	1'237	3.8%	3'741	3.8%
2009	961	3.3%	1'284	3.8%	3'851	2.9%
2010	962	0.1%	1'339	4.3%	3'909	1.5%
2011	982	2.1%	1'309	-2.3%	3'966	1.5%
2012	1'027	4.5%	1'379	5.4%	4'057	2.3%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2009 -> : T 2.05 (vollständige Daten) (1997 -> 2008: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG, revidierte Daten])

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 2002

Jahr	Ambulante Behandlung ²	Veränderung gegenüber Vorjahr	davon Arzt (ambulant)	davon Spital (ambulant)	davon Medikamente (Arzt)	davon Medikamente (Apotheke)	Spitex	Physiotherapie	Labor	Chiropraktik	Mittel und Gegenstände	Betriebsbeiträge an HMO's ³	davon Komplementär- medizin
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
2012	18'080	4.3%	5'806	4'404	1'663	3'253	628	655	794	76	377	2	23
Jahresdurchschnittliche Veränderung 2002-2012	4.3%	-	3.5%	8.4%	2.8%	2.6%	8.0%	2.6%	5.0%	1.5%	6.4%	-33.9%	0.1%

Jahr	«Intra-muros» Behandlung ²	Veränderung gegenüber Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Pflegeheim	Total Leistungen	Veränderung gegenüber Vorjahr
2002	5'231	3.0%	3'784	1'392	17'096	4.3%
2003	5'637	7.8%	4'112	1'478	17'924	4.8%
2004	6'209	10.1%	4'569	1'573	19'140	6.8%
2005	6'451	3.9%	4'803	1'587	20'348	6.3%
2006	6'572	1.9%	4'893	1'627	20'603	1.3%
2007	6'903	5.0%	5'137	1'707	21'579	4.7%
2008	7'106	2.9%	5'258	1'784	22'722	5.3%
2009	7'402	4.2%	5'481	1'858	23'656	4.1%
2010	7'524	1.6%	5'593	1'894	24'292	2.7%
2011	7'600	1.0%	5'696	1'847	24'932	2.6%
2012	7'821	2.9%	5'937	1'846	25'901	3.9%
Jahresdurchschnittliche Veränderung 2002-2012	4.1%	-	4.6%	2.9%	4.2%	-

Datenstand: 5.7.13

- 1) Bruttoleistungen = Leistungen der Versicherer in der OKP mit Kostenbeteiligung durch die Versicherten.
- 2) Als «Intra-muros» Behandlung gelten die Kategorien «Spital stationär», «Pflegeheim» und «übrige Leistungen stationär»;
- 3) Mit der Einführung eines neuen Kontenplans 2012 erscheinen diese Leistungen von nun an in der Betriebsrechnung der OKP (T 1.02, Rubrik 4300).

Quelle: T 2.17

2012

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	2'003'373'518	3'223'937'532	578'162'007	5'805'833'058	22.4%	239'644	4.3%
Spital stationär ²	2'563'695'389	3'107'334'144	266'222'961	5'937'252'495	22.9%	241'600	4.2%
Spital ambulant	1'862'318'493	2'204'503'003	336'952'236	4'403'773'732	17.0%	292'142	7.1%
Medikamente Arzt	689'232'025	891'264'356	82'869'450	1'663'365'830	6.4%	42'626	2.6%
Medikamente Apotheke	1'406'635'877	1'740'518'019	105'847'427	3'253'001'322	12.6%	83'909	2.6%
Pflegeheim ²	529'112'746	1'306'869'931	984'819	1'845'830'797	7.1%	-1'088	-0.1%
Spitex	216'695'374	404'205'542	6'892'444	627'793'359	2.4%	44'830	7.7%
Physiotherapie	221'362'118	403'547'095	29'672'408	654'581'621	2.5%	18'340	2.9%
Labor	265'620'181	479'154'704	49'714'247	794'489'133	3.1%	45'467	6.1%
Chiropraktik	28'129'645	43'882'902	3'655'360	75'667'908	0.3%	1'702	2.3%
Mittel und Gegenstände	183'988'190	172'489'245	20'195'796	376'673'230	1.5%	-5'662	-1.5%
Betriebsbeiträge an HMO's ¹	438'061	1'280'568	82'356	1'800'985	0.0%	-84'411	-97.9%
Komplementärmedizin	6'418'609	14'485'187	1'669'838	22'573'634	0.1%	14'941	195.8%
Übrige Leistungen ambulant ^{5,6}	147'096'714	197'551'592	55'610'920	400'259'227	1.5%	54'646	15.8%
Übrige Leistungen stationär ^{2,4}	19'807'328	16'882'873	1'641'760	38'331'961	0.1%	-18'967	-33.1%
Leistungen Total	10'144'284'268	14'207'906'693	1'549'037'331	25'901'228'292	100.0%	969'718	3.9%
davon Leistungen Mutterschaft	-	631'396'045	2'993'322	634'389'368	2.4%	28'190	4.7%
davon Medikamente Spital ambulant ³	346'329'933	369'078'158	17'015'256	732'363'347	2.8%	63'702	9.5%
davon KVG-Leistungen von Zahnärzten ⁶	22'203'444	25'618'873	22'092'250	69'914'567	0.3%	6'239	9.8%
davon Transport- und Rettungskosten ⁶	28'632'901	30'869'132	6'431'316	65'953'349	0.3%	1'779	2.8%

Datenstand: 5.7.13

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

Mit der Einführung eines neuen Kontenplans 2012 erscheinen diese Leistungen von nun an in der Betriebsrechnung der OKP (T 1.02, Rubrik 4300).

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 2002^{2,3}

Jahr	Ambulante Behandlung	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 ⁴	davon Komplementär- medizin
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
2012	2'273	3.1%	730	554	209	409	79	82	100	10	47	0	3
Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2002-2012	3.5%	-	2.7%	7.5%	2.0%	1.8%	7.2%	1.8%	4.2%	0.7%	5.5%	-34.3%	-0.7%

Jahr	«Intra-muros» Behandlung	Veränderung gegenüber Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Pflegerheim
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
2012	983	1.7%	747	232
Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2002-2012	3.3%	-	3.8%	2.0%

Total Leistungen	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
3'257	2.7%
Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2002-2012	3.4%

Datenstand: 5.7.13

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.
 4) Vgl. Fussnote 3) von Tabelle 2.16.

Quelle: T.2.16 / 11.01

2012

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	636	979	383	730	22.4%	22	3.1%
Spital stationär ²	813	944	176	747	22.9%	22	3.1%
Spital ambulant	591	669	223	554	17.0%	31	5.9%
Medikamente Arzt	219	271	55	209	6.4%	3	1.5%
Medikamente Apotheke	446	529	70	409	12.6%	6	1.5%
Pflegeheim ²	168	397	7	232	7.1%	-3	-1.2%
Spitex	69	123	5	79	2.4%	5	6.5%
Physiotherapie	70	123	20	82	2.5%	1	1.7%
Labor	84	146	33	100	3.1%	5	4.9%
Chiropraktik	9	13	2	10	0.3%	0	1.1%
Mittel und Gegenstände	58	52	13	47	1.5%	-1	-2.6%
Betriebsbeiträge an HMO's ¹	0	0	0	0	0.0%	-11	-97.9%
Komplementärmedizin	2	4	1	3	0.1%	2	192.8%
Übrige Leistungen ambulant ⁵	47	60	37	50	1.5%	6	14.5%
Übrige Leistungen stationär ^{2,4}	6	5	1	5	0.1%	-2	-33.9%
Leistungen Total	3'219	4'315	1'027	3'257	100.0%	86	2.7%
davon Leistungen Mutterschaft	-	192	2	-	-	-	-
davon Medikamente Spital ambulant ³	110	112	11	92	2.8%	7	8.3%
davon KVG-Leistungen von Zahnärzten ⁵	7	8	15	9	0.3%	1	8.5%
davon Transport- und Rettungskosten ⁵	9	9	4	8	0.3%	0	1.6%

Datenstand: 5.7.13

1) Sofern keine Aufteilung nach den anderen aufgeführten Kostengruppen möglich ist. Vgl. Fussnote 3) von Tabelle 2.16.

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 2002

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	9'732.8	3'654.1	7.1	8'802.0	22'196.0	3.9%

Datenstand: 5.7.13

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

Quelle: 2012 -> [- EF5.2 4010 - (EF 5.2 4200 - 4210)], [- EF5.3 4012 - (EF5.3 4202- 4212)], [- EF 5.4 4013 - (EF5.4 4203 - 4213)], [- EF 5.5 4014 - (EF5.5 4204 - 4214)] † [- EF 5.6 4015 - (EF5.6 4205 - 4215)] ‡ [- EF 5.7 4016 - (EF5.7 4206 - 4216)] via ISAK (FIN) (-> 2011: T 1.03; 1.04; 1.05; 1.06 [32])

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.21 Nettoleistungen ¹ in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2002

Jahr ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	4'815	2'629	1'417	1'940	2'791	2.7%

Datenstand: 5.7.13

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
2002	641	2.1%	831	1.4%	2'556	3.5%
2003	664	3.7%	854	2.7%	2'671	4.5%
2004	701	5.6%	875	2.5%	2'809	5.1%
2005	754	7.5%	895	2.3%	2'959	5.3%
2006	763	1.2%	868	-3.1%	2'976	0.6%
2007	809	6.1%	882	1.6%	3'082	3.6%
2008	836	3.2%	915	3.8%	3'204	4.0%
2009	866	3.6%	950	3.8%	3'306	3.2%
2010	868	0.3%	1'008	6.1%	3'367	1.8%
2011	888	2.3%	968	-3.9%	3'403	1.1%
2012	931	4.9%	1'026	5.9%	3'481	2.3%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2009 -> : T 2.12 (vollständige Daten) (1997 -> 2008: DATENPOOL *santésuisse* [Auswertung BAG, revidierte Daten])

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

3) Zusätzliche Angaben nach Altersgruppe pro Kanton: T 2.12 und www.bag.admin.ch/pyramiden in T 11.05

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 2.22 Bruttoleistungen ¹ in Franken nach Versicherungsform

2012

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränderung gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	4'113'985'329	5'930'598'713	649'631'844	10'694'215'885	41.3%	-2.7%
Wählbare Jahresfranchisen	1'983'971'772	2'483'481'913	49'610'990	4'517'064'676	17.4%	-4.4%
BONUS-Versicherung	4'945'708	3'338'694	24'152	8'308'554	0.0%	0.2%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	4'041'381'459	5'790'487'373	849'770'344	10'681'639'176	41.2%	16.1%
Total	10'144'284'268	14'207'906'693	1'549'037'331	25'901'228'292	100.0%	3.9%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: Formular EF 3.5

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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

2012

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	90	349	649	476
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500) ²	167	413	712	704
	F II (200 / 1000) ²	220	432	682	598
	F III (300 / 1500) ²	241	406	635	610
	F IV (400 / 2000) ²	248	384	562	480
	F V (500 / 2500) ²	256	449	551	534
	F VI (600 / -) ²	248	-	-	248
	Total	237	427	650	621
BONUS-Versicherung		233	219	241	241
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)	F O (0 / 300) ²	79	331	559	358
	F I (100 / 500) ²	158	387	589	571
	F II (200 / 1000) ²	189	378	549	502
	F III (300 / 1500) ²	194	360	509	482
	F IV (400 / 2000) ²	203	337	447	409
	F V (500 / 2500) ²	203	313	397	384
	F VI (600 / -) ²	220	-	-	220
	Total *	89	343	516	414
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	90	354	484	393
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	89	339	518	416
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	201	351	491	465
Alle ³		95	354	576	466

Datenstand: 5.7.13

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

2012

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	1'176	2'226	7'315	5'291
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500) ²	1'111	1'923	5'732	5'631
	F II (200 / 1000) ²	1'095	1'048	2'934	2'539
	F III (300 / 1500) ²	991	832	1'939	1'840
	F IV (400 / 2000) ²	853	702	1'382	1'216
	F V (500 / 2500) ²	745	775	1'197	1'147
	F VI (600 / -) ²	639	-	-	639
	Total	890	995	3'491	3'250
BONUS-Versicherung		1'050	1'157	1'673	1'657
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)	F O (0 / 300) ²	971	1'862	5'074	3'250
	F I (100 / 500) ²	1'156	1'560	3'532	3'370
	F II (200 / 1000) ²	838	864	1'777	1'582
	F III (300 / 1500) ²	705	662	1'273	1'176
	F IV (400 / 2000) ²	640	542	966	882
	F V (500 / 2500) ²	529	487	809	768
	F VI (600 / -) ²	489	-	-	489
	Total *	944	1'188	2'920	2'354
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	988	1'200	2'480	2'049
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	923	1'158	3'001	2'415
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	656	753	1'677	1'536
Alle ³		1'027	1'379	4'057	3'257

Datenstand: 5.7.13

Quelle: Formular EF 3.22 / EF 3.13

- 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.
- Franchisenstufen (Kinder / Erwachsene)
Kinder: ordentliche Franchise F O: 0.- ; wählbare Franchisen F I -> F VI: 100.- 200.- 300.- 400.- 500.- 600.-
Erwachsene ab 19 Jahre: ordentliche Franchise F O: 300.- ; wählbare Franchisen F I -> F V: 500.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.-
- Inkl. Personen mit Wohnsitz oder Aufenthalt im Ausland gemäss Art. 4 und 5 KVV, aber ohne Versicherte, die dem Versicherungsobligatorium unterstehen und in einem EU- oder EFTA-Staat Wohnsitz haben (vgl. Fussnote 1 von Tabelle 11.03).
- Bruttoleistungen = Leistungen der Versicherer in der OKP mit Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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	2012
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	3'229
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	3'421
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	2'850
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	2'667
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	2'872
OW	1'312	1'327	1'433	1'522	1'623	1'689	1'689	1'806	1'929	2'103	2'161	2'332	2'400	2'462	2'426	2'498	2'687
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	2'699
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	2'940
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	2'736
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	2'945
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	3'179
BS	2'453	2'575	2'779	2'901	3'036	3'206	3'293	3'423	3'535	3'637	3'888	4'038	4'224	4'264	4'261	4'337	4'368
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	3'570
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	3'142
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	2'760
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	2'369
SG	1'328	1'427	1'492	1'605	1'688	1'748	1'853	2'017	2'156	2'250	2'259	2'347	2'461	2'589	2'649	2'680	2'869
GR	1'287	1'295	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	2'801
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	3'055
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	2'760
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	3'569
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	3'538
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	3'044
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	3'301
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	4'189
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	3'271
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	3'257

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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	2012
ZH	233	241	288	299	313	325	336	349	389	407	411	427	443	451	450	465	474
BE	238	254	290	305	322	328	337	353	388	406	412	428	442	449	442	459	471
LU	180	185	223	232	242	254	261	272	315	333	333	349	363	374	380	398	413
UR	190	200	231	248	257	273	273	286	319	341	346	375	378	384	386	397	407
SZ	188	195	231	250	257	280	286	307	337	362	370	385	401	419	418	440	456
OW	179	190	228	244	253	259	267	275	311	334	336	356	371	376	375	397	407
NW	178	183	214	227	243	250	265	274	301	318	335	349	368	378	384	391	412
GL	202	208	244	264	272	289	295	310	352	378	384	381	400	409	416	425	440
ZG	187	209	246	259	271	283	293	303	331	350	355	370	384	400	398	416	428
FR	236	250	296	309	312	328	340	347	371	388	392	406	413	423	420	435	438
SO	222	235	273	287	302	312	324	337	366	389	397	411	431	434	433	448	464
BS	273	294	351	364	370	392	396	418	447	469	468	474	488	487	487	542	545
BL	244	264	306	323	335	351	366	383	415	443	452	473	491	497	492	517	530
SH	223	234	268	292	304	321	325	332	374	394	407	421	430	436	438	449	458
AR	182	189	216	230	242	255	265	283	320	338	342	353	367	377	381	398	408
AI	157	153	176	193	209	225	239	246	275	293	296	308	340	342	348	373	383
SG	190	202	236	252	261	275	288	305	343	362	371	371	388	401	405	425	438
GR	183	174	216	239	256	269	284	294	345	359	365	368	380	392	393	412	420
AG	201	207	246	260	274	286	300	310	345	367	375	386	403	411	415	431	447
TG	178	202	235	249	262	275	288	308	336	353	362	377	392	401	402	419	425
TI	275	289	351	371	385	402	419	423	446	478	470	475	475	485	486	501	514
VD	298	315	360	371	393	414	422	422	440	453	458	469	478	475	471	479	489
VS	223	237	273	277	296	307	317	323	348	366	374	383	392	398	403	418	435
NE	258	278	331	327	355	366	381	387	408	415	405	406	426	424	418	423	429
GE	297	329	393	406	409	437	465	452	479	503	489	497	510	508	508	523	536
JU	239	258	300	323	328	341	360	362	385	420	411	424	432	435	430	447	444
CH	232	246	289	301	315	329	341	351	384	403	406	419	432	439	438	455	466

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

3: Prämiensoll in der OKP

3.01 Prämiensoll nach Versicherungsform	88
3.02 Prämiensoll nach Versicherungsform ab 2002	89
3.03 Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform	90
3.04 Prämiensoll je versicherte Person nach Kanton	91
3.05 Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2002	92
3.06 Prämiensoll nach Kanton	93
3.07 Prämiensoll nach Altersklasse und Geschlecht	94
3.08 Prämiensoll je versicherte Person nach Kanton ab 1996	95

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 3.01 Prämiensoll in Franken nach Versicherungsform

2012

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total absolut	Anteil in %	Veränderung gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	2'824'919'836	3'710'908'801	588'133'346	7'123'961'984	29.1%	-3.7%
Wählbare Jahresfranchisen	2'520'239'046	2'426'039'208	43'776'015	4'990'054'269	20.4%	-6.3%
BONUS-Versicherung	10'039'413	5'490'851	20'701	15'550'965	0.1%	-2.1%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	5'512'184'791	6'034'263'786	782'384'859	12'328'833'436	50.4%	13.2%
Total	10'867'383'085	12'176'702'646	1'414'314'922	24'458'400'653	100.0%	3.5%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: Formular EF 3.4

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 3.02 Prämiensoll in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 2002

Jahr ¹	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	7'124.0	4'990.1	15.6	12'328.8	24'458.4	3.5%

Datenstand: 5.7.13

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: T 3.01

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 3.03 Prämiensoll in Fr. je versicherte Person nach Versicherungsform

2012

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	1'064	3'959	4'498	3'523
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500) ²	1'038	3'887	4'450	4'422
	F II (200 / 1000) ²	920	3'382	3'914	3'452
	F III (300 / 1500) ²	825	3'017	3'481	3'391
	F IV (400 / 2000) ²	745	2'684	3'040	2'504
	F V (500 / 2500) ²	674	2'481	2'772	2'692
	F VI (600 / -) ²	644	-	-	644
	Total	785	2'953	3'753	3'590
BONUS-Versicherung		900	2'637	3'124	3'102
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)	F O (0 / 300) ²	890	3'336	3'786	2'649
	F I (100 / 500) ²	1'058	3'287	3'698	3'652
	F II (200 / 1000) ²	768	2'809	3'205	3'011
	F III (300 / 1500) ²	640	2'462	2'805	2'719
	F IV (400 / 2000) ²	591	2'149	2'465	2'241
	F V (500 / 2500) ²	580	2'204	2'412	2'355
	F VI (600 / -) ²	610	-	-	610
	Total *	869	2'841	3'224	2'718
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	852	2'733	3'065	2'593
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	845	2'821	3'212	2'706
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	647	2'521	2'900	2'782
Alle ³		937	3'083	3'633	3'075

Datenstand: 5.7.13

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).

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 3.04 Prämienoll in Franken je versicherte Person ¹ nach Kanton

2012

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	964	3'141	3'573	3'062	3.9%
BE	964	3'130	3'864	3'284	-0.4%
LU	785	2'585	3'158	2'641	2.9%
UR	752	2'440	2'988	2'503	4.0%
SZ	799	2'579	3'082	2'599	3.0%
OW	747	2'367	2'885	2'416	1.7%
NW	698	2'255	2'746	2'337	4.5%
GL	812	2'659	3'205	2'717	3.8%
ZG	792	2'641	3'062	2'597	4.2%
FR	913	2'983	3'484	2'877	4.5%
SO	889	2'880	3'451	2'937	3.6%
BS	1'285	4'189	4'939	4'314	2.4%
BL	1'026	3'251	3'905	3'337	2.9%
SH	880	2'893	3'449	2'948	3.2%
AR	733	2'440	2'882	2'432	5.2%
AI	680	2'234	2'679	2'211	5.3%
SG	818	2'649	3'162	2'653	4.0%
GR	828	2'692	3'126	2'695	2.4%
AG	880	2'893	3'398	2'873	2.7%
TG	838	2'637	3'167	2'661	2.4%
TI	1'024	3'414	3'941	3'391	-1.6%
VD	1'045	3'576	4'026	3'365	1.7%
VS	870	2'988	3'324	2'830	2.6%
NE	901	3'222	3'766	3'140	1.6%
GE	1'138	4'043	4'563	3'818	2.4%
JU	885	3'154	3'784	3'128	3.9%
Ausland ²	749	2'642	2'809	2'492	-12.3%
CH	937	3'083	3'633	3'075	2.3%

Datenstand: 5.7.13

Quelle : T 3.06 / T 11.14

1) Für alle Versicherungsformen.

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 3.05 Prämiensoll in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 2002

Jahr ¹	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	3'523	3'590	3'102	2'718	3'075	2.3%

Datenstand: 5.7.13

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
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%
2012	937	2.1%	3'083	4.4%	3'633	2.0%

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 3.06 Prämienoll in Franken ¹ nach Kanton

2012

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total
ZH	246'340'172	330'287'025	3'689'984'520	4'266'611'718
BE	170'462'303	255'352'276	2'812'818'585	3'238'633'164
LU	59'146'325	92'352'556	865'484'211	1'016'983'092
UR	5'241'865	7'845'925	76'429'012	89'516'802
SZ	23'008'468	32'773'316	331'853'945	387'635'729
OW	5'363'029	8'112'013	74'831'359	88'306'402
NW	5'136'546	8'155'758	82'961'404	96'253'709
GL	5'865'348	9'894'553	91'849'769	107'609'670
ZG	17'451'375	23'431'196	259'358'132	300'240'703
FR	57'532'219	77'855'235	694'774'999	830'162'453
SO	41'760'355	65'745'274	655'079'079	762'584'708
BS	36'197'671	54'624'242	686'731'330	777'553'242
BL	50'610'505	70'211'920	797'069'838	917'892'264
SH	11'970'622	19'862'699	196'277'776	228'111'096
AR	7'560'332	12'273'022	111'978'129	131'811'483
AI	2'284'389	3'696'115	29'259'045	35'239'548
SG	77'999'469	123'527'056	1'087'648'749	1'289'175'274
GR	27'802'678	48'423'238	455'798'220	532'024'136
AG	105'346'671	156'104'553	1'536'327'050	1'797'778'274
TG	41'724'906	63'848'925	571'958'020	677'531'850
TI	60'661'687	82'425'723	999'976'047	1'143'063'456
VD	156'398'335	216'952'412	2'039'548'219	2'412'898'967
VS	53'239'436	86'837'104	775'254'503	915'331'044
NE	31'776'991	49'665'781	466'927'050	548'369'822
GE	99'838'888	139'983'379	1'391'728'503	1'631'550'771
JU	13'035'353	20'294'483	189'528'897	222'858'733
Ausland ²	558'983	1'183'342	10'930'219	12'672'544
CH	1'414'314'922	2'061'719'123	20'982'366'609	24'458'400'654

Datenstand: 5.7.13

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

2012

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	215.3	937	204.2	937	419.5	1.7%	937
6 – 10	186.0	936	176.3	934	362.4	1.5%	935
11 – 15	198.9	941	188.1	939	387.0	1.6%	940
16 – 18	125.9	936	119.6	937	245.5	1.0%	937
Total 0 – 18	726.2	938	688.2	937	1'414.3	5.8%	937
19 – 20	285.1	3'080	288.7	3'230	573.7	2.3%	3'154
21 – 25	737.2	2'982	751.7	3'137	1'489.0	6.1%	3'059
Total 19 – 25	1'022.3	3'009	1'040.4	3'163	2'062.7	8.4%	3'084
26 – 30	844.0	3'132	869.8	3'313	1'713.8	7.0%	3'221
31 – 35	858.1	3'082	909.1	3'335	1'767.3	7.2%	3'207
36 – 40	873.9	3'125	944.5	3'418	1'818.3	7.4%	3'271
41 – 45	1'009.6	3'216	1'087.7	3'498	2'097.3	8.6%	3'356
46 – 50	1'114.7	3'328	1'158.8	3'565	2'273.5	9.3%	3'444
51 – 55	1'010.8	3'456	1'046.4	3'656	2'057.2	8.4%	3'555
56 – 60	898.5	3'620	935.4	3'794	1'834.0	7.5%	3'707
61 – 65	845.8	3'806	907.9	3'966	1'753.6	7.2%	3'887
66 – 70	783.2	4'004	866.3	4'137	1'649.5	6.7%	4'073
71 – 75	582.5	4'135	708.2	4'267	1'290.7	5.3%	4'207
76 – 80	466.6	4'260	633.1	4'387	1'099.7	4.5%	4'332
81 – 85	321.4	4'365	527.1	4'493	848.5	3.5%	4'444
86 – 90	170.0	4'444	354.7	4'570	524.6	2.1%	4'528
91 – 95	55.5	4'511	148.2	4'645	203.7	0.8%	4'608
96 – 100	9.7	4'584	34.7	4'721	44.4	0.2%	4'690
> 100	0.8	4'651	4.5	4'829	5.3	0.0%	4'802
Total > 25	9'845.1	3'501	11'136.3	3'757	20'981.4	85.8%	3'633
Unbekannt	0.0	-	0.0	-	-	-	-
Total	11'593.5	2'953	12'864.9	3'194	24'458.4	100.0%	3'075

Datenstand: 5.7.13

Quelle: Formular EF 3.14 und 3.11

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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	2012
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	3'062
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	3'284
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	2'641
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	2'503
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	2'599
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	2'416
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	2'337
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	2'717
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	2'597
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	2'877
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	2'937
BS ²	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	4'314
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	3'337
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	2'948
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	2'432
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	2'211
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	2'653
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	2'695
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	2'873
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	2'661
TI	1'920	2'094	2'184	2'181	2'210	2'261	2'456	2'660	2'845	3'013	3'140	3'170	3'125	3'114	3'258	3'448	3'391
VD	1'124	1'189	1'262	1'312	1'316	1'380	1'555	1'773	1'944	2'089	2'103	2'074	2'088	2'083	2'314	2'308	2'365
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	2'830
NE	1'846	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	3'140
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	3'818
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	3'128
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	3'075

Datenstand: 5.7.13

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.

2) Von 1996 bis 2012 bezahlte der Kanton BS Subventionen an den Versicherer ÖKK Sympany für die BS-Prämien (Quelle: Staatsrechnung BS). Mit diesen Subventionen kann das effektive Prämien soll berechnet werden.

Subv. in Mio. Fr.	76.9	48.4	47.0	35.5	34.6	34.4	46.1	21.7	19.6	21.6	23.0	18.4	16.1	13.8	11.5	9.2	4.6
Prämien BS mit Subv.	2'158	2'226	2'571	2'656	2'742	2'853	3'122	3'262	3'498	3'584	3'701	3'713	3'670	3'715	4'028	4'264	4'339

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

4: Prämienverbilligung in der OKP

4.01 Anzahl Bezüger, subventionierte Haushalte sowie ausgerichtete Beiträge ab 1996	97
4.02 Anzahl Bezüger nach Kanton	98
4.03 Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Altersklasse	99
4.04 Anzahl subventionierte Haushalte nach Haushaltstyp und Kanton	100
4.05 Anzahl subventionierte Haushalte nach ausbezahlem Jahresbetrag und Kanton	101
4.06 Ausbezahlter Betrag nach Kanton in Mio. Franken	102
4.07 KVG-Verteilmodell: Berechnungsbasis sowie Bundes- und Kantonsbeiträge	103
4.08 Prämienverbilligung OKP: effektiv ausgerichtete Beiträge nach Kanton	104
4.09 KVG-Verteilmodell: Bundesbeiträge 2012 - 2014	105
4.10 Versicherte mit ausstehenden Forderungen aus der OKP nach Kanton	106
4.11 Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen aus der OKP seit 2006	107

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

Jahr	Ausbezahlte Beiträge nach KVG ¹ in Mio. Franken	davon Anteil der Kantone in %	Anzahl Bezüger	Bezügerquote ²	Durchschnittlicher Beitrag pro Bezüger in Franken	Anzahl subventionierte Haushalte	Durchschnittlicher Beitrag 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	30.2%	1'506	1'225'436	2'791
2008	3'398.3	47.6%	2'249'481	29.6%	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
2012 ³	3'967.7	45.8%	2'308'013	29.0%	1'719	1'317'820	3'011

Datenstand: 10.10.13

Quelle: Erhebung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, BAG: Formular PV 2.1, PV 2.2 und T 11.14

- 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).
- 3) Im Kanton Bern wird seit 2012 nicht mehr der vollständige Beitrag zur Krankenkassenprämie von EL-Bezügern und Sozialhilfeempfängern als Prämienverbilligung betrachtet. Der Betrag erscheint damit auch nicht mehr vollständig in der Statistik der Prämienverbilligung. Die Zahlen der PV des Kantons Bern sind dadurch deutlich zurückgegangen und mit den Angaben der Vorjahre wie auch mit den Zahlen der anderen Kantone nicht mehr vergleichbar. Dadurch sind auch die gesamtschweizerischen Zahlen ab 2012 nur noch eingeschränkt mit den Zahlen der vorangegangenen Jahre vergleichbar.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 4.02 Anzahl Bezüger nach Kanton

2012

Kanton	Bezüger ¹		Total	Bezüger- quote ²	davon Bezüger von Ergänzungs- leistungen	davon Sozialhilfe- bezüger	davon Bezüger, deren OKP-Prämien vollumfänglich verbilligt werden
	Männlich	Weiblich					
ZH	192'851	221'813	414'664	29.8%	52'504	45'491	
BE ³	136'235	151'449	287'684	29.2%	49'042	37'125	
LU	58'834	64'810	123'644	32.1%	18'469	8'980	2'208
UR	7'179	7'509	14'688	41.1%	1'308	323	87
SZ	17'584	19'507	37'091	24.9%	4'226	1'556	1'540
OW	6'033	6'377	12'410	34.0%	1'020	359	3'050
NW	9'152	9'863	19'015	46.2%	840	456	1'296
GL	4'084	4'659	8'743	22.1%	1'365	626	1'311
ZG	13'485	15'722	29'207	25.3%	2'408	1'755	4'163
FR	37'749	46'174	83'923	29.1%	11'499	8'888	20'387
SO	35'359	41'831	77'190	29.7%	9'350	7'924	
BS	23'343	26'933	50'276	27.9%	11'935	10'051	
BL	27'639	29'865	57'504	20.9%	9'065	1'371	
SH	10'553	11'210	21'763	28.1%	2'481	1'630	
AR	6'554	6'895	13'449	24.8%	1'507	607	6'709
AI	3'180	3'028	6'208	39.0%	359	135	74
SG	68'084	77'557	145'641	30.0%	21'718	18'094	18'094
GR	29'636	34'141	63'777	32.3%	6'426	2'200	89
AG	74'816	84'034	158'850	25.4%	21'580	11'700	8'041
TG	45'634	50'926	96'560	37.9%	9'075	2'936	
TI	59'208	71'115	130'323	38.7%	26'595	20'266	
VD	81'064	97'735	178'799	24.9%	36'509	29'921	15'528
VS	42'063	50'161	92'224	28.5%	9'278	4'847	14'125
NE	21'665	26'226	47'891	27.4%	10'633	10'491	
GE	51'669	62'126	113'795	26.6%	27'821	25'260	
JU	9'844	12'850	22'694	31.8%	4'256	1'521	
CH³	1'073'497	1'234'516	2'308'013	29.0%	351'269	254'513	96'702

Datenstand: 10.10.13

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.

3) Siehe die Hinweise zum Kanton Bern in T 4.01.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 4.03 Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Altersklasse

2012

Altersklasse	Bezüger ¹		Total	Bezügerquote ² pro Altersklasse	Im Jahr aus- bezahlter Betrag in Mio. Franken ³
	Männlich	Weiblich			
0 – 18	343'733	323'155	666'889	44.2%	436.3
19 – 25	144'998	151'108	296'106	44.3%	522.6
26 – 30	72'944	88'884	161'828	30.4%	280.3
31 – 35	62'716	80'770	143'486	26.0%	244.6
36 – 40	64'201	83'196	147'396	26.5%	251.2
41 – 45	70'998	87'797	158'795	25.4%	272.0
46 – 50	67'689	77'316	145'005	22.0%	260.0
51 – 55	51'076	54'996	106'072	18.3%	206.4
56 – 60	38'973	42'126	81'099	16.4%	173.5
61 – 65	33'476	39'726	73'202	16.2%	165.4
66 – 70	29'548	36'791	66'340	16.4%	160.7
71 – 75	25'351	36'932	62'283	20.3%	150.3
76 – 80	22'790	37'246	60'037	23.7%	148.9
81 – 85	16'729	33'956	50'685	26.5%	129.3
86 – 90	9'638	26'519	36'157	31.2%	102.5
91 und mehr	4'442	17'717	22'159	40.5%	67.0
Alter unbekannt	14'195	16'280	30'475	-	396.9
Total⁴	1'073'497	1'234'516	2'308'013	29.0%	3'967.7

Datenstand: 10.10.13

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 2012 unvollständig in einigen Kantonen. (*kursiv*)

4) Siehe auch die Hinweise zum Kanton Bern in T 4.01.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 4.04 Anzahl subventionierte Haushalte ¹ nach Haushaltstyp und Kanton

2012

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	198'390	14'778	7'057	1'535	21'446	12'205	17'149	7'348		279'908	-1.2%
BE ²	91'980	10'348	6'337	1'695	13'674	7'372	14'286	8'035	2	153'729	21.5%
LU	24'482	4'247	2'707	770	5'103	6'864	11'489	5'811		61'472	-2.1%
UR	3'622	134	80	82	1'379	623	990	433	115	7'458	-1.4%
SZ	7'985	1'061	791	427	1'054	1'002	2'196	733	4'181	19'430	-0.7%
OW	4'633	-	-	-	1'153	513	602	285		7'186	-17.8%
NW	5'101	352	174	34	1'315	865	1'093	409	840	10'183	-0.1%
GL	-	-	-	-	-	-	-	-	4'324	4'324	-19.9%
ZG	8'469	691	396	96	2'025	898	1'415	566	1'975	16'531	0.7%
FR	28'420	3'111	2'031	642	4'542	4'540	3'390	2'260		48'937	15.1%
SO	22'935	2'901	1'564	419	4'050	2'619	4'033	1'879		40'400	24.3%
BS	21'068	1'973	794	222	2'799	1'494	1'853	840		31'043	2.6%
BL	21'067	-	-	-	3'972	2'631	3'238	1'494		32'402	1.8%
SH	5'746	1'124	-	-	643	994	1'080	510	2'481	12'578	-21.9%
AR	2'531	370	284	101	491	382	833	704	1'500	7'196	5.8%
AI	708	95	54	18	357	275	362	276		2'145	0.0%
SG	33'712	3'806	2'341	882	7'946	4'909	8'219	5'126	3'077	70'018	-3.3%
GR	16'525	1'640	895	175	4'516	2'507	3'844	1'586	259	31'947	3.1%
AG	34'845	3'148	2'421	790	10'021	5'920	11'768	6'250		75'163	4.8%
TG	32'235	9'273	8'726	3'001	5'369	1'039	1'611	1'118	504	62'876	9.2%
TI	35'100	4'271	1'984	453	9'609	5'973	7'243	2'546		67'179	-4.0%
VD	57'159	6'635	3'588	1'001	9'801	6'036	7'342	3'804	3'916	99'282	2.9%
VS	35'439	3'089	1'777	455	4'029	1'784	3'835	2'190	2'443	55'041	3.8%
NE	18'794	1'815	872	260	2'916	1'552	1'826	863	118	29'016	-1.1%
GE	47'125	7'145	3'750	1'137	8'148	4'978	4'281	2'021		78'585	3.0%
JU	9'145	688	489	175	1'303	284	572	581	554	13'791	-2.2%
CH ^{2,3}	767'216	82'695	49'112	14'370	127'661	78'259	114'549	57'668	26'289	1'317'820	3.4%

Im Jahr ausbezahlter Betrag in Mio. Franken ³ (CH)	1'692.1	188.9	136.7	53.3	433.0	222.3	363.6	260.4	617.3	3'967.7	-
---	---------	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	---------	---

Datenstand: 10.10.13

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

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

2) Siehe die Hinweise zum Kanton Bern in T 4.01.

3) Angaben 2012 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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 4.05 Anzahl subventionierte Haushalte ¹ nach ausbezahltem Jahresbetrag und Kanton

2012

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	31'007	73'911	89'357	24'650	29'467	19'567	9'098	636	2'215	279'908
BE ³	27'937	57'561	41'679	14'739	7'198	3'191	1'422	2		153'729
LU	7'611	10'895	13'070	7'699	15'731	2'059	4'189	218		61'472
UR	1'237	1'306	2'290	1'188	1'023	148	266			7'458
SZ	1'760	2'038	3'090	4'136	2'537	938	737	13	4'181	19'430
OW	800	1'213	1'420	2'113	1'078	258	304			7'186
NW	1'849	2'469	3'193	1'504	238	35	55		840	10'183
GL	691	735	1'304	751	540	135	165	3		4'324
ZG	1'716	2'261	3'461	3'295	1'941	906	959	17	1'975	16'531
FR	653	5'080	9'377	13'563	12'084	2'799	5'165	216		48'937
SO	3'126	5'712	9'616	5'681	11'776	1'519	2'881	89		40'400
BS	2'233	1'640	3'152	4'558	3'663	5'209	9'298	1'060	230	31'043
BL	1'273	5'259	18'544	4'617	1'475	728	500	6		32'402
SH	814	1'025	1'737	4'089	1'213	639	571	9	2'481	12'578
AR	283	384	944	2'137	578	382	957	31	1'500	7'196
AI	524	413	592	342	159	59	56			2'145
SG	8'944	8'117	12'621	12'267	17'872	2'743	5'280	434	1'740	70'018
GR	3'572	3'917	7'903	9'876	3'069	1'847	1'709	54		31'947
AG	4'379	7'471	16'567	18'836	17'461	3'846	6'280	295	28	75'163
TG	594	10'229	36'035	6'830	7'187	820	1'117	62	2	62'876
TI	5'674	5'292	9'878	14'033	5'045	17'151	9'494	612		67'179
VD	5'348	7'312	12'298	14'194	22'696	20'404	14'925	1'151	954	99'282
VS	27	3'326	9'999	21'321	10'432	2'123	5'286	84	2'443	55'041
NE	3'083	3'454	4'983	3'403	9'508	1'690	2'748	147		29'016
GE	9'579	18'221	9'693	8'021	7'324	18'777	6'083	887		78'585
JU	2'038	2'181	2'998	1'423	3'573	485	987	106		13'791
CH ³	126'752	241'422	325'801	205'266	194'868	108'457	90'532	6'132	18'589	1'317'820

Datenstand: 10.10.13

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.
- 3) Siehe die Hinweise zum Kanton Bern in T 4.01.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 4.06 Ausbezahlter Betrag nach Kanton in Mio. Franken ¹

2012

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	91.1	118.5	450.4		660.0	209.2	78.2	
BE ²	51.8	68.0	264.0		383.8	80.0	59.1	
LU	38.8	24.6	107.9		171.3	60.3	23.7	6.6
UR	-	-	-	15.6	15.6	4.0	0.9	0.2
SZ	6.0	8.0	41.7		55.6	14.5	3.6	5.5
OW	4.9	4.1	10.1		19.2	3.7	1.0	5.5
NW	2.5	4.5	7.3	3.3	17.7	3.3	1.0	4.3
GL	-	-	-	14.4	14.4	5.4	1.5	-
ZG	3.5	6.6	28.7	11.7	50.5	8.9	4.6	13.5
FR	13.6	18.9	127.4		159.8	48.7	21.7	70.3
SO	11.8	14.7	92.6	6.2	125.2	-	21.5	
BS	-	-	-	141.9	141.9	63.8	31.1	
BL	-	-	-	118.0	118.0	-	-	
SH	-	-	-	41.8	41.8	12.4	-	
AR	3.9	4.2	13.0	6.2	27.2	6.1	1.5	9.1
AI	1.3	0.6	3.9		5.8	1.3	0.7	0.1
SG	15.2	18.2	139.1	26.6	199.1	81.2	24.4	24.4
GR	8.6	11.4	76.8		96.7	21.9	5.5	0.1
AG	35.6	31.7	193.5	0.0	260.8	74.5	16.4	25.2
TG	25.6	25.3	74.7		125.6	32.6	5.9	
TI	20.4	29.4	215.9		265.8	110.8	43.6	
VD	41.5	56.8	319.4	2.3	420.1	155.3	81.5	28.3
VS	14.3	41.0	124.6	7.1	187.0	33.7	13.0	46.7
NE	8.7	8.3	82.0	1.6	100.7	43.0	27.9	
GE	32.8	23.6	206.5		263.0	130.2	72.4	
JU	4.4	4.3	32.4		41.1	18.5	4.6	
CH ^{2, 3}	436.3	522.6	2'611.9	396.9	3'967.7	1'223.3	545.3	239.9

Datenstand: 11.10.13

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) Siehe die Hinweise zum Kanton Bern in T 4.01.

 3) Angaben 2012 unvollständig in einigen Kantonen und damit auch für CH. (*kursiv*)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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

2012

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Grenzgänger ¹	Mittlere Wohnbevölkerung und Grenzgänger	KVG-Verteilmodell 2012 ² Bundesbeiträge in Franken	Kantonsbeiträge in Franken	Total Beiträge* in Franken ³	* davon Anteil der Kantone in %
ZH	1'366'821	2'658	1'369'479	376'506'253	283'530'219	660'036'472	43.0%
BE ⁴	979'554	205	979'759	269'361'821	114'417'076	383'778'897	29.8%
LU	370'931	974	371'905	102'246'581	69'098'388	171'344'969	40.3%
UR	34'772	5	34'777	9'561'103	6'010'434	15'571'537	38.6%
SZ	143'699	28	143'727	39'514'487	16'066'555	55'581'042	28.9%
OW	34'667	14	34'681	9'534'835	9'621'247	19'156'082	50.2%
NW	40'164	7	40'171	11'043'943	6'612'672	17'656'615	37.5%
GL	38'259	2	38'261	10'519'040	3'896'136	14'415'176	27.0%
ZG	111'151	109	111'260	30'588'373	19'885'345	50'473'718	39.4%
FR	273'855	128	273'983	75'325'252	84'516'785	159'842'037	52.9%
SO	252'083	190	252'273	69'356'452	55'873'331	125'229'783	44.6%
BS	192'068	4'381	196'449	54'009'026	87'897'844	141'906'870	61.9%
BL	271'125	2'101	273'226	75'117'036	42'920'823	118'037'859	36.4%
SH	75'691	1'797	77'488	21'303'527	20'525'052	41'828'579	49.1%
AR	52'681	41	52'722	14'494'731	12'716'139	27'210'870	46.7%
AI	15'517	7	15'524	4'267'895	1'492'088	5'759'983	25.9%
SG	474'316	463	474'779	130'529'439	68'609'723	199'139'162	34.5%
GR	194'753	52	194'805	53'557'056	43'190'334	96'747'390	44.6%
AG	596'795	3'578	600'373	165'058'508	95'761'833	260'820'341	36.7%
TG	244'069	1'571	245'640	67'533'118	58'048'961	125'582'079	46.2%
TI	333'567	666	334'233	91'889'481	173'876'267	265'765'748	65.4%
VD	704'916	1'164	706'080	194'120'155	225'950'628	420'070'783	53.8%
VS	305'178	39	305'217	83'912'393	103'092'345	187'004'738	55.1%
NE	172'263	101	172'364	47'387'442	53'270'702	100'658'144	52.9%
GE	453'674	3'424	457'098	125'668'337	137'284'036	262'952'373	52.2%
JU	68'709	20	68'729	18'895'437	22'236'487	41'131'924	54.1%
CH⁴	7'801'278	23'723	7'825'001	2'151'301'721	1'816'401'449	3'967'703'170	45.8%

Datenstand: 11.10.13

Quelle: Bundesbeiträge: KVG-Verteilmodell für das Jahr 2012

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 2010 und deren Familienangehörige; Quelle: EF S 3, 2010.
- 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.
- 4) Siehe die Hinweise zum Kanton Bern in T 4.01.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 4.08 Prämienverbilligung OKP: effektiv ausgerichtete Beiträge nach Kanton ¹

2012

Kanton	Beiträge nach KVG für 2012 in Franken	Beiträge nach KVG für 2011 und früher in Franken	Total Beiträge nach KVG ² in Franken	Veränderung gegenüber Vorjahr	Durchschnitt Beiträge pro Haushalt in Franken	Durchschnitt Beiträge pro Bezüger in Franken *	* in % der Durchschnittsprämie
ZH	640'941'364	19'095'108	660'036'472	-5.3%	2'358	1'592	52.0%
BE ³	346'099'680	37'679'217	383'778'897	-29.7%	2'496	1'334	40.6%
LU	167'135'321	4'209'648	171'344'969	1.2%	2'787	1'386	52.5%
UR	15'135'910	435'627	15'571'537	0.7%	2'088	1'060	42.4%
SZ	55'420'085	160'957	55'581'042	4.7%	2'861	1'499	57.7%
OW	19'152'244	3'838	19'156'082	4.0%	2'666	1'544	63.9%
NW	17'529'231	127'384	17'656'615	-0.8%	1'734	929	39.7%
GL	14'415'176		14'415'176	-15.5%	3'334	1'649	60.7%
ZG	47'583'371	2'890'347	50'473'718	0.8%	3'053	1'728	66.5%
FR	159'842'037		159'842'037	6.9%	3'266	1'905	66.2%
SO	123'037'791	2'191'992	125'229'783	0.2%	3'100	1'622	55.2%
BS	141'779'268	127'602	141'906'870	3.7%	4'571	2'823	65.4%
BL	112'888'573	5'149'286	118'037'859	-5.9%	3'643	2'053	61.5%
SH	39'353'583	2'474'996	41'828'579	-14.7%	3'326	1'922	65.2%
AR	27'043'609	167'261	27'210'870	7.7%	3'781	2'023	83.2%
AI	5'733'112	26'871	5'759'983	8.9%	2'685	928	42.0%
SG	196'977'263	2'161'899	199'139'162	2.9%	2'844	1'367	51.5%
GR	86'006'212	10'741'178	96'747'390	10.4%	3'028	1'517	56.3%
AG	243'360'715	17'459'626	260'820'341	10.8%	3'470	1'642	57.2%
TG	118'944'531	6'637'548	125'582'079	1.3%	1'997	1'301	48.9%
TI	264'378'415	1'387'333	265'765'748	-2.7%	3'956	2'039	60.1%
VD	418'207'684	1'863'099	420'070'783	5.7%	4'231	2'349	69.8%
VS	179'895'555	7'109'183	187'004'738	4.9%	3'398	2'028	71.7%
NE	98'454'716	2'203'428	100'658'144	6.7%	3'469	2'102	66.9%
GE	260'024'161	2'928'212	262'952'373	5.7%	3'346	2'311	60.5%
JU	41'950'573	-818'649	41'131'924	9.9%	2'983	1'812	58.0%
CH ³	3'841'290'180	126'412'990	3'967'703'170	-2.5%	3'011	1'719	55.9%

Datenstand: 11.10.13

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.

3) Siehe die Hinweise zum Kanton Bern in T 4.01.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 4.09 KVG-Verteilmodell: Bundesbeiträge 2012 - 2014

Kanton	Bundesbeiträge in Franken ¹		
	2012	2013	2014
ZH	376'506'253	380'455'554	392'163'398
BE	269'361'821	269'836'339	276'361'947
LU	102'246'581	104'316'310	107'333'335
UR	9'561'103	9'723'021	9'932'062
SZ	39'514'487	40'477'804	41'606'913
OW	9'534'835	9'834'847	10'065'412
NW	11'043'943	11'306'608	11'583'610
GL	10'519'040	10'729'701	10'986'739
ZG	30'588'373	31'363'774	32'404'670
FR	75'325'252	77'353'042	80'500'386
SO	69'356'452	70'388'287	72'185'573
BS	54'009'026	52'253'432	53'597'665
BL	75'117'036	76'071'244	77'745'078
SH	21'303'527	21'582'712	22'232'602
AR	14'494'731	14'609'173	14'924'590
AI	4'267'895	4'321'479	4'398'657
SG	130'529'439	132'232'540	135'695'043
GR	53'557'056	53'015'149	54'125'876
AG	165'058'508	169'856'944	175'146'043
TG	67'533'118	69'172'102	71'492'913
TI	91'889'481	92'246'783	94'941'540
VD	194'120'155	197'713'721	204'148'390
VS	83'912'393	86'468'622	89'249'080
NE	47'387'442	47'433'636	48'606'681
GE	125'668'337	127'335'189	130'474'097
JU	18'895'437	19'339'638	19'771'890
CH	2'151'301'721	2'179'437'651	2'241'674'190

Berechnungsbasis 2014		
Mittlere Wohnbevölkerung ²	Grenzgänger ²	Mittlere Wohnbevölkerung und Grenzgänger
1'400'486	3'034	1'403'519
988'832	244	989'076
384'024	113	384'137
35'538	9	35'546
148'867	41	148'908
36'000	23	36'023
41'448	9	41'457
39'293	28	39'321
115'840	134	115'974
288'032	73	288'104
258'137	209	258'346
186'840	4'981	191'821
275'949	2'294	278'243
77'547	2'022	79'569
53'376	38	53'414
15'730	12	15'742
485'108	533	485'641
193'654	58	193'712
622'819	4'014	626'833
254'093	1'774	255'867
339'298	490	339'788
730'150	480	730'630
319'377	38	319'415
173'869	91	173'959
461'818	5'138	466'956
70'742	20	70'762
7'996'861	25'899	8'022'760

Datenstand: 25.10.2013

Quelle: KVG-Verteilmodelle für Bundesbeiträge für 2012/2013/2014.

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 2012: Durchschnittliche Wohnbevölkerung in einem bestimmten Gebiet nach wirtschaftlichem Wohnsitz. Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung und versicherte Grenzgänger 2012 und deren Familienangehörige; Quelle: EF S 3, 2012.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 4.10 Versicherte mit ausstehenden Forderungen aus der OKP nach Kanton

2012

Kanton	Versicherte mit Zahlungsausständen ¹			Veränderung gegenüber Vorjahr	Betrag ² in Fr.	Veränderung gegenüber Vorjahr
	Männer	Frauen	Total			
ZH	9'018	6'122	15'140	33.9%	31'805'236	23.7%
BE	9'198	10'225	19'423	-8.9%	26'517'904	6.0%
LU	1'851	1'513	3'364	-12.5%	3'915'073	-6.0%
UR				-100.0%		-100.0%
SZ	118	53	171	-69.9%	375'435	-70.8%
OW						
NW						
GL	-	-	132	-57.8%	255'753	-71.5%
ZG						
FR	5'236	3'906	9'142	43.3%	10'999'750	81.9%
SO	-	-	-	-	-	-
BS	-	-	-	-	13'533'165	107.8%
BL	-	-	-	-	815'866	-57.8%
SH						
AR	174	160	334	-38.7%	267'047	-52.6%
AI	5	4	9	-30.8%	15'299	15.5%
SG	2'390	2'390	4'780	-5.1%	6'463'500	-11.0%
GR						
AG	143	113	256	-71.4%	8'000'000	374.7%
TG	-	-	-	-	1'320'734	-15.3%
TI	-	-	-	-	7'149'967	-31.2%
VD	6'600	5'717	12'317	-	37'378'937	2.8%
VS	-	-	-	-	9'823'971	-6.4%
NE	-	-	-	-	10'470'082	4.0%
GE	11'197	8'852	20'049	-17.6%	31'610'994	-17.9%
JU	-	-	-	-	2'118'798	-40.6%
CH³	45'930	39'055	85'117	-3.1%	202'837'511	4.4%

Datenstand: 10.10.13

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

- 1) Versicherte mit Zahlungsausständen, für die der Kanton 2012 die Kosten bezahlt hat.
- 2) Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betreuungskosten, gemäss Art. 64a KVG bzw. Art. 105k 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*)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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	2012		
ZH	25.0	22.7	20.0	21.8	25.4	25.7	31.8	23.7%	
BE	24.0	17.5	18.0	22.2	21.6	25.0	26.5	6.0%	
LU	4.4	3.4	3.0	3.4	4.2	4.2	3.9	-6.0%	
UR	0.0	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2		-100.0%	
SZ	1.0	0.9	1.0	1.4	1.1	1.3	0.4	-70.8%	
OW									
NW									
GL	0.9	0.5	0.5	0.7	0.6	0.9	0.3	-71.5%	
ZG									
FR	0.1	1.5	1.7	2.7	5.0	6.0	11.0	81.9%	
SO	-	-	1.2	1.4	1.7	2.1		-	
BS	-	-	0.1	7.2	6.5	6.5	13.5	107.8%	
BL	-	-	0.6	1.4	1.6	1.9	0.8	-57.8%	
SH	1.9	1.2	1.1	-	-	-	-	-	
AR	-	-	-	-	0.4	0.6	0.3	-52.6%	
AI	0.00	0.00	0.03	0.03	0.03	0.01	0.0	15.5%	
SG	23.1	22.4	6.0	6.6	6.8	7.3	6.5	-11.0%	
GR									
AG	-	1.1	1.0	1.8	2.4	1.7	8.0	374.7%	
TG		1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.3	-15.3%	
TI	9.3	3.8	1.1	4.1	9.4	10.4	7.1	-31.2%	
VD	39.2	29.7	26.5	18.0	34.5	36.4	37.4	2.8%	
VS	6.9	8.4	7.4	8.6	8.0	10.5	9.8	-6.4%	
NE	6.1	18.0	17.2	8.3	11.8	10.1	10.5	4.0%	
GE	27.2	40.3	33.4	34.9	39.0	38.5	31.6	-17.9%	
JU	1.9	3.7	2.4	3.1	3.0	3.6	2.1	-40.6%	
CH ²	171.1	176.6	143.9	149.2	184.6	194.4	202.8	4.4%	

Datenstand: 11.10.13

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

- 1) Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betreuungskosten, gemäss Art. 64a KVG bzw Art. 105k 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*)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

5: Individuelle Daten pro Versicherer

5.01 Aufsichtsdaten der Krankenversicherer OKP	109
5.02 Erklärungen und Quellen für die Aufsichtsdaten	111
5.03 KVG-Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung	112
5.04 Mutationen bei den Krankenversicherern	113
5.05 OKP: Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherer und Kanton	114
5.06 KVG-Solvenztest 2013	116

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

2012

T 5.01 Aufsichtsdaten OKP

BAG-Nr.	Name des OKP Versicherers	Durchschnittlicher Versichertenbestand	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.	Verwaltungs- aufwand 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	Verwaltungs- aufwand + Abschreibungen in % der Ausgaben
		1	3B	5B	13B	12B	4B	6B	7	8B	9B	15	4C	6A
0	CSS Kranken-Vers. AG	843'547	3'117	3'091	485	3'576	-247	158	81	763	601	99.1%	-7.8%	5.1%
32	Aquilana Versicherungen	38'136	2'960	2'714	454	3'168	10	133	110	549	846	91.7%	0.3%	4.6%
57	Miove Sympany AG	7'183	3'755	3'258	483	3'750	-8	202	666	873	2'015	86.8%	-0.2%	6.5%
62	SUPRA	51'672	3'687	4'021	565	4'588	-811	240	133	1'579	2'638	109.7%	-1.3%	6.5%
134	Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln	3'586	2'625	2'402	414	2'815	-27	124	126	603	1'659	91.5%	-1.1%	5.2%
162	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	56'639	2'757	2'680	461	3'122	14	104	74	600	417	96.5%	0.5%	3.5%
194	Summwalder Krankenkasse	19'471	2'826	2'105	406	2'511	44	90	74	627	1'190	90.3%	-7.5%	8.2%
246	Krankenkasse Steffisburg	3'559	3'208	2'888	434	3'332	-238	245	193	871	1'145	96.1%	-5.0%	5.2%
280	CONCORDIA AG	541'980	2'946	2'831	444	3'275	-181	153	78	767	1'456	96.1%	-5.0%	5.2%
284	AGILIA Krankenkasse AG	7'563	2'617	2'185	385	2'570	246	125	-90	596	396	83.5%	9.3%	4.6%
312	Atupri	172'291	2'939	2'605	448	3'053	146	107	39	624	682	88.6%	4.9%	3.6%
343	Avent Assurance Maladie SA	212'233	2'909	2'405	460	2'865	220	123	664	573	573	82.7%	7.5%	4.3%
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland	20'461	2'429	1'989	397	2'397	280	67	72	425	1'345	82.3%	11.3%	2.8%
376	KPT Krankenkasse AG	373'943	2'274	2'310	481	3'391	21	163	57	678	702	90.2%	0.6%	5.1%
455	OKK	151'412	2'774	2'246	396	2'642	197	179	48	612	528	81.0%	7.0%	6.5%
509	Vivao Sympany AG	139'627	3'902	3'720	490	4'210	-195	349	89	912	928	95.3%	-6.0%	9.1%
558	Krankenkasse Flaachthal AG	3'648	2'138	1'452	360	1'812	432	164	39	558	1'358	67.9%	19.8%	7.6%
762	Kolping Krankenkasse AG	20'631	3'125	3'033	483	3'516	-244	170	46	578	627	91.2%	-8.0%	5.7%
774	Easy Sana Assurance Maladie SA	210'232	2'821	2'008	432	2'441	485	109	141	589	627	71.2%	17.0%	4.0%
780	Glarner Krankenkasse	61'24	2'271	1'537	399	1'936	430	110	126	441	663	67.6%	18.7%	5.0%
820	Cassa da malausano Lumezzana	2'559	2'506	2'093	394	2'487	-79	98	474	356	1'734	83.5%	-3.0%	4.6%
829	KLUJG Krankenkasse	14'978	2'098	1'940	363	2'303	-8	64	25	410	511	92.5%	-0.4%	3.0%
881	EGK Grundversicherungen	178'521	2'794	2'525	473	2'998	179	191	10	479	145	90.4%	6.2%	6.7%
901	sanaels Gesundheitskasse	2'462	2'320	1'846	366	2'212	189	121	371	285	2'841	79.6%	7.4%	5.6%
923	KRANKENKASSE SLKK	14'847	2'747	2'769	455	3'248	-258	161	48	754	1'668	101.7%	-5.2%	5.8%
941	soziale gesundheitsgruppe	34'763	2'787	2'363	400	2'763	148	87	155	648	879	84.8%	5.5%	2.5%
966	via sunseiva	4'232	2'942	2'394	420	2'962	-55	94	358	419	586	91.3%	-1.9%	5.6%
994	Progres Versicherungen AG	172	2'450	2'165	374	2'540	-620	430	171	728	909	88.4%	-25.3%	58.4%
1003	Krankenkasse Zenejgen	172	2'362	1'611	361	1'913	559	76	77	449	910	67.6%	23.3%	3.3%
1040	Krankenkasse Visperterminen	4'207	2'397	1'802	566	4'890	-934	212	158	953	799	114.6%	-24.4%	5.8%
1060	Wincare Versicherungen AG	176'090	3'773	4'324	732	2'173	393	171	44	448	425	75.2%	16.4%	7.0%
1113	CM Vallée d'Entremont	8'374	2'397	1'802	566	4'890	-934	212	158	953	799	114.6%	-24.4%	5.8%
1142	Krankenkasse Institut Ingenbohl	806	2'497	2'670	354	3'024	-425	232	106	1'477	2'090	106.9%	-109.9%	9.1%
1147	Krankenkasse Turbenthal	806	2'497	2'670	354	3'024	-425	232	106	1'477	2'090	106.9%	-109.9%	9.1%
1318	KK Wädenswil	8'625	2'536	2'014	426	2'444	178	142	113	638	1'888	79.4%	6.8%	5.7%
1322	Krankenkasse Birchmeier	8'772	2'389	2'101	414	2'514	73	153	25	581	585	87.9%	3.0%	6.4%
1328	kmu-Krankenkasse	6'106	3'140	3'166	478	3'644	-367	237	62	907	1'246	100.8%	-11.2%	7.6%
1331	Krankenkasse Stoffel Meis KKS	1'678	2'353	1'811	358	2'169	174	145	47	568	533	77.0%	8.1%	6.9%
1362	Krankenkasse Simplot	971	2'612	2'060	337	2'398	266	88	177	504	1'512	78.9%	10.3%	3.7%
1384	SWICA Krankenkasse AG	628'658	2'952	2'591	475	3'066	103	151	111	475	544	87.8%	3.4%	5.2%
1388	GALENOS Kranken- und Unfallversicherung	13'005	3'666	3'989	563	4'552	-750	149	13	961	709	118.5%	-21.8%	4.4%
1401	theusana	9'589	2'696	2'323	426	2'749	128	194	63	543	1'012	86.2%	4.7%	7.2%
1423	Publiana	3'342	3'104	2'981	467	3'448	2	199	-194	718	471	96.0%	0.1%	6.2%
1479	Mutual Assurance Maladie SA	426'591	3'206	2'766	503	3'270	233	144	144	800	468	86.3%	7.2%	4.3%
1507	AMB	10'953	2'375	1'876	362	2'238	305	123	116	466	839	79.0%	12.7%	4.3%
1509	Sanitas Grundversicherungen AG	323'503	3'195	2'627	489	3'115	144	178	123	713	484	82.2%	4.5%	5.7%
1529	Ihras Kranken-Versicherung AG	174'762	3'762	3'615	548	4'163	-111	154	215	1'003	812	96.1%	-9.9%	4.3%
1535	Phies Assurance Maladie SA	307'037	2'681	2'481	450	2'832	236	131	210	695	429	83.8%	7.9%	4.6%
1542	ASSURA	655'217	2'872	1'634	346	1'882	687	118	214	571	1'203	61.2%	25.4%	4.8%
1555	Visana AG	445'446	3'401	3'817	531	4'349	-655	130	172	913	1'446	112.2%	-18.7%	3.8%
1560	Agrisano Krankenkasse AG	107'074	2'338	1'568	342	1'901	389	168	162	881	1'147	66.7%	16.5%	7.8%
1562	Helisana Versicherungen AG	579'116	3'751	4'540	542	5'121	-1'056	229	311	881	1'389	121.0%	-25.3%	6.2%
1563	innova Krankenkasse AG	39'411	3'089	2'952	493	3'445	-155	209	96	645	1'008	95.5%	-5.0%	7.0%
1565	Avanex Versicherungen AG	203'063	2'875	2'102	450	2'552	625	146	94	447	427	73.1%	20.5%	5.0%
1566	Sansan Versicherungen AG	199'471	2'479	1'814	379	2'193	489	125	75	390	366	73.2%	18.9%	5.0%
1568	sana24 AG	60'254	2'810	1'735	398	2'133	641	85	226	430	874	61.8%	23.0%	3.3%
1569	Arossana AG	136'346	2'883	2'054	419	2'473	369	143	180	603	594	71.3%	12.9%	5.3%
1570	welcare AG	10'203	3'092	2'008	388	2'393	816	94	19	441	2'053	64.9%	26.6%	3.1%
1574	maxi.ch Versicherungen AG	2'461	3'340	2'681	452	3'113	61	140	-17	579	3'928	79.7%	19.1%	3.9%
1575	Compact Grundversicherungen AG	35'082	2'609	1'197	322	1'519	1'127	169	100	464	600	45.9%	46.5%	7.1%
1577	Sanagate AG	45'734	1'982	777	230	1'007	945	100	231	372	565	39.0%	43.6%	5.2%
Total:		7'953'357	3'075	2'781	466	3'257	5	156	115	689	818	90.7%		5.2%

Datenstand: 5.7.13

Quelle und Erklärungen: T 5.02

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012. Bundesamt für Gesundheit

2012

T 5.01 Aufsichtsdaten OKP

BAG-Nr.	Name des OKP Versicherers	2	14	3A	5A	13A	12A	4A	8A	9A	11	6C
		Einnahmen Total in Mio. Fr.	Ausgaben Total in Mio. Fr.	Prämien in Mio. Fr.	Nettoleistungen in Mio. Fr.	Kostenbeteiligung in Mio. Fr.	Bruttoleistungen in Mio. Fr.	Risikoausgleich in Mio. Fr.	Stand der Rückstellungen in Mio. Fr.	Stand der Reserven in Mio. Fr.	Verwaltungsaufwand je Person in Fr.	Verhältnis (Verwaltungsaufwand + Abschreib.) / (Prämien - Risikoausgleich) in %
0		2'666,3	2'598,0	2'629,7	2'607,2	409,5	3'016,7	-208,0	643,7	507,2	147	4,7%
8	CSS Kranken-Vers. AG	117,2	112,9	115,8	106,2	17,8	124,0	0,4	21,5	33,1	128	4,5%
32	Aquilana Versicherungen	28,2	23,2	28,1	24,4	3,7	28,1	-0,1	6,5	15,1	202	5,4%
57	Mevoe Sympany AG	197,2	190,4	189,5	207,8	29,2	237,0	-41,9	81,6	198,2	239	5,4%
62	SUPRA	9,0	8,6	9,4	8,6	1,5	10,1	-0,1	2,2	5,6	124	4,7%
134	Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln	157,2	162,7	166,1	150,7	26,1	176,8	0,8	34,0	23,6	103	3,8%
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	54,8	53,4	55,0	41,0	7,9	48,9	8,7	12,2	10,1	89	3,8%
194	Sumisvalder Krankenkasse	11,3	10,6	11,4	10,3	1,7	11,9	-0,8	3,1	4,2	196	7,1%
246	Krankenkasse Steffisburg	1'638,3	1'596,0	1'596,0	1'533,4	240,6	1'774,1	-97,9	415,3	620,0	147	4,9%
290	CONCORDIA AG	19,9	20,6	19,8	16,5	2,9	19,4	1,9	4,5	3,0	121	5,3%
294	AGILIA Krankenkasse AG	516,5	509,8	506,3	448,8	77,2	526,0	25,1	107,5	117,4	105	3,8%
312	Alupri	625,4	605,8	617,4	510,4	97,6	608,0	46,7	141,0	121,7	123	4,6%
343	Avenir Assurance Maladie SA	50,6	49,1	49,7	40,9	8,1	49,0	5,7	8,7	27,5	65	3,1%
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland	1'216,3	1'194,9	1'206,9	1'088,1	179,8	1'267,9	7,8	253,5	262,5	162	5,1%
376	KPT Krankenkasse AG	427,6	420,3	420,0	340,1	59,9	400,1	-29,8	92,7	80,0	168	7,0%
455	OKK	546,0	533,6	544,8	519,4	68,5	587,9	-27,3	127,3	129,6	349	8,5%
509	Vivao Sympany AG	8,0	7,8	7,8	6,2	1,6	7,2	1,6	2,0	5,0	164	9,6%
558	Krankenkasse Flaachthal AG	62,9	61,9	64,5	62,6	10,0	72,5	-5,0	11,9	10,9	169	5,0%
762	Kolping Krankenkasse AG	599,0	569,2	593,1	422,2	90,9	513,1	101,9	123,7	131,7	109	4,7%
774	Eazy Sama Assurance Maladie SA	14,1	13,3	13,9	9,4	2,4	11,9	2,6	2,7	4,1	107	6,0%
780	Glamir Krankenkasse AG	6,6	6,4	6,4	5,4	1,0	6,4	-0,2	0,9	4,4	98	3,8%
820	Cassa da malaunsa Lumezzana	31,7	31,3	31,4	29,1	5,4	34,5	-0,1	6,1	7,7	61	3,0%
829	KLUG Krankenversicherung	513,7	511,9	498,7	450,8	84,4	535,3	32,0	88,5	25,8	184	7,3%
881	EKG Grundversicherungen	6,3	5,7	5,7	4,5	1,2	5,4	0,5	0,7	6,5	115	5,7%
901	sanavals Gesundheitskasse	41,8	40,9	40,8	41,5	6,8	48,2	-3,8	11,2	25,2	156	5,4%
923	KRANKENKASSE SLKK	97,6	92,2	96,9	82,2	13,9	96,0	5,1	22,5	30,5	67	2,5%
941	socialis gesundheitsgruppe	11,9	10,4	11,8	10,8	1,8	12,5	-0,2	1,8	2,5	94	3,3%
966	vita surselva	547,4	540,7	560,7	448,5	83,3	531,8	69,0	95,3	181,5	167	6,2%
994	Progrès Versicherungen AG	0,4	0,4	0,4	0,4	0,1	0,4	-0,1	0,1	1,7	430	14,0%
1003	Krankenkasse Zenggen	10,1	9,8	10,0	6,8	1,5	8,3	2,4	1,9	3,8	76	4,2%
1040	Krankenkasse Vesperferminen	673,7	645,9	664,5	761,4	99,7	861,1	-164,5	167,9	140,8	201	4,5%
1060	Wincare Versicherungen AG	20,0	20,3	20,1	15,1	3,1	18,2	3,3	3,8	3,6	170	8,5%
1113	CM Vallée d'Entremont	4,2	3,2	3,3	2,2	0,6	2,8	-0,6	1,7	16,9	341	3,6%
1142	Krankenkasse Institut Ingenbohl	1,0	1,0	1,0	1,1	0,1	1,2	-0,2	0,6	1,3	232	8,0%
1147	Krankenkasse Turbellthal	22,6	21,6	21,9	17,4	3,7	21,1	1,5	5,5	16,3	142	6,0%
1316	KK Wädenswil	19,5	19,1	19,2	19,3	2,9	22,2	-2,2	5,5	7,6	235	6,8%
1328	Kmu-Krankenversicherung	3,6	3,5	3,9	3,0	0,6	3,6	0,3	1,0	0,9	145	6,6%
1331	Krankenkasse Stoffel Meis KKS	2,5	2,3	2,5	2,0	0,3	2,3	0,3	0,5	1,5	88	3,8%
1362	Krankenkasse Sion	1'975,4	1'806,9	1'855,8	1'628,6	298,8	1'927,4	64,6	298,6	341,7	149	5,3%
1384	SWICA Krankenversicherung AG	44,7	44,5	43,8	51,9	7,3	59,2	-9,8	12,5	9,2	147	3,6%
1386	GALENOS Kranken- und Unfallversicherung	26,4	25,8	25,8	22,3	4,1	26,4	1,2	5,2	9,7	189	7,5%
1401	rhenusana	10,7	10,7	10,4	10,0	1,6	11,5	0,0	2,4	1,6	198	6,4%
1423	Publiana	1'365,4	1'419,3	1'367,5	1'180,1	214,7	1'394,8	99,6	341,1	195,2	144	4,8%
1479	Mutuel Assurance Maladie SA	26,3	25,0	26,0	20,5	4,0	24,5	3,3	5,1	9,2	123	5,9%
1507	AMB	1'041,0	1'001,3	1'033,7	849,7	158,0	1'007,8	46,6	230,5	155,5	167	5,8%
1509	Sanitas Grundversicherungen AG	659,8	621,3	657,5	631,8	95,9	727,7	-19,4	175,2	141,9	154	4,0%
1529	Intra Kranken-Versicherung AG	917,8	920,9	909,1	781,8	138,3	900,1	72,5	213,4	131,7	131	4,8%
1535	Philes Assurance Maladie SA	1'769,9	1'629,9	1'750,5	1'070,6	227,8	1'298,3	450,4	373,9	788,1	118	6,0%
1542	ASSURA	1'559,0	1'462,6	1'515,2	1'700,4	236,7	1'937,1	-291,8	406,6	645,1	129	3,2%
1555	Vianao AG	252,2	232,7	250,4	166,9	36,7	203,5	41,7	46,8	122,8	166	8,6%
1560	Arisano Krankenkasse AG	2'325,7	2'145,7	2'172,5	2'629,0	336,7	2'965,7	-611,5	510,5	804,1	213	4,8%
1562	Heisano Versicherungen AG	121,6	117,9	121,8	116,3	19,4	135,8	-6,1	25,4	39,7	201	6,5%
1563	inova Krankenversicherung AG	617,7	588,6	583,7	426,9	91,3	518,2	126,8	90,9	86,6	146	6,5%
1565	Avanex Versicherungen AG	516,0	501,1	494,5	361,9	75,6	437,4	87,6	77,9	77,1	125	6,3%
1566	Sansan Versicherungen AG	167,7	154,1	169,3	104,6	24,0	128,5	38,6	25,9	52,7	84	3,9%
1568	sanaz4 AG	391,7	367,1	393,0	280,1	57,2	337,2	50,3	82,2	81,0	143	5,7%
1569	Arcosana AG	31,3	31,1	31,5	20,5	4,0	24,4	4,3	4,4	20,9	93	4,1%
1570	viacare AG	8,9	8,9	8,2	6,5	1,1	7,7	1,7	1,4	9,7	140	5,3%
1574	max.ch Versicherungen AG	86,8	83,2	91,5	42,0	11,3	53,3	39,5	16,3	21,0	132	11,4%
1575	Compact Grundversicherungen AG	98,0	88,5	91,1	35,5	10,5	46,1	43,2	17,0	25,9	100	9,5%
Total: 61		24'967,9	24'052,0	24'458,4	22'196,0	3'705,2	25'901,2	38,2	5'476,6	6'503,7	162	5,1%

Datenstand: 5.7.13

Quelle und Erklärungen: T 5.02

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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

2012

0) Nur OKP Versicherer

Name des Versicherers eventuell gekürzt, Name gültig 2012.

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 + 6C) Verwaltungsaufwand und Abschreibungen (in % der Ausgaben, in % der Prämien - Risikoausgleich 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) Reserven (in Mio. Fr., je versicherte Person in Fr.)

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 -> 2011):

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 -> 2011	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.

2012 -> Neue Berechnungsmethode mit Quantifizierung der versicherungstechnischen Risiken, der marktrisiken und der Kreditrisiken gemäss Art. 78 a,b,c KVV (vgl. T 5.06). Die Werte von 2012 sind mit denjenigen aus dem Vorjahr aufgrund der Auflösung von stillen Reserven nicht vergleichbar.

11) Verwaltungsaufwand (je versicherte Person in Fr.)

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 %

VVG Zusatzversicherungen : Prämien (in Mio. Fr.) : KVG-Versicherer, welche eigene VVG-Zusatzversicherungen anbieten [10] -> 2011].

Infolge der Überarbeitung des Kontenplans beim BAG sind diese Angaben seit 2012 nur noch bei der FINMA (vgl. Fussnote 1) von Tabelle 7.01) verfügbar.

Quelle: Formulare EF 1345

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

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 5.05 OKP: Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherer und Kanton¹

BAG-Nr.	Name des OKP-Versicherers ²	CH	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
8	CSS Kranken-Vers. AG	843'547	108'894	20'594	93'332	3'935	42'087	8'554	9'087	1'395	24'464	80'898	26'795	5'835	24'700
32	Aquilana Versicherungen	391'06	98'70	505	237	17	1'491	509	713	434	229	279	153	287	297
57	Moove Sympany AG	7'483	283	344	312	14	35	21	15	5	15	110	1'260	339	711
62	SUPRA	5'172	1'217	5'150	119	23	3'385	15	25	35	49	887	148	250	2'956
134	Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln	3'596	124	2	2	2	3'385	106	100	4	11	29	3'902	151	342
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	56'939	30'465	10'333	10'48	97	10'24	106	100	179	227	313	239	686	263
184	Sumiswilder Krankenkasse	19'471	810	16'251	192	17	64	22	15	16	56	239	169	61	263
246	Krankenkasse Siefersburg	3'559	417	2'856											
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung AG	541'890	67'163	25'047	94'412	8'714	23'942	9'902	11'904	3'036	19'591	16'781	11'877	6'451	16'272
294	AGILIA Krankenkasse AG	7'853	851	285	3'603	16	25	468	251	1	72	44	35	30	138
312	Alupri	1'72'291	60'143	24'210	7'601	11'111	18'300	352	334	449	986	5'985	5'084	1'586	9'527
343	Avenir Assurance Maladie SA	2'462	2'462	2'462	2'462	1'695	284	134	168	1'021	411	840	1'021	1'1465	11'794
363	Krankenkasse Luzern Hinterland	3'023	851	2'172	146'853	1'384	1'384	1'384	1'384	1'384	1'384	1'384	1'384	1'384	1'384
378	KPT Krankenkasse AG	373'943	131'428	131'428	93'116	14'38	3'863	238	238	1'459	1'728	13'825	7'304	743	13'201
465	OKK	15'1412	22'784	3'066	4811	450	2'188	666	189	1'964	1'644	202	314	327	382
509	Vivao Sympany AG	13'9827	14'036	7'739	7'716	658	2'169	608	778	259	3'202	2'243	3'781	52'597	19'780
568	Krankenversicherung Flaachal AG	3'648													
762	Kolping Krankenkasse AG	20'831	4'330	1'718	13'43	305	13'74	405	813	504	388	489	10'689	364	288
774	Easy Sana Assurance Maladie SA	210'232	41'520	7'428	446	3	104	32	49	91	225	87'996	838	7'534	27'838
780	Glerner Krankenversicherung	2'559								5'842					
820	Cassa da malauns Lumeziana	14'978	4'410	98	1727	29	3'614	25	39	11	3110	8	13	30	33
881	EGK Grundversicherungen	178'521	33'815	14'879	14'538	188	2'727	348	1'051	229	7'446	3'780	10'228	14'29	6'897
901	sarawis Gesundheitskasse	2'462	4'720	1'896	96	12	86	21	19	64	52	250	530	216	880
923	KRANKENKASSE SLIK	34'763	24	24	24	2	9	9	2	2	6	6	5	5	3
966	Vita sur alpe	4'232	10	10	22	2	832	2'986	2'750	3'879	3'491	2'405	1'131	1418	2'360
984	Progres Versicherungen AG	183'487	30'153	32'605	7634	7'751									
1003	Krankenkasse Zersingen	172													
1040	Krankenkasse Visperterminen	4'207													
1060	Winicare Versicherungen AG	176'090	84'126	10'504	2'171	290	803	206	1'946	258	1278	523	3'845	907	10'585
1113	CM Vallée d'Entremont	8'374		16	57	1	402				6	80	55	10	4
1142	Krankenkasse Institut Ingenbohl	806													
1147	Krankenkasse Turenthal	396													
1318	KK Waldenwil	8'625	8'416				118				18				
1322	Krankenkasse Birchmeier	8'772	3	3	1	3	17	2	12	0	0	0	1	1	0
1328	kmu-Krankenkasse	6'106	5'331	44	12	3				7	19	18	18	13	32
1361	Krankenkasse St. Joris	1'676													
1362	Krankenkasse St. Joris MGS	1'676													
1384	SAVICA Krankenkasse AG	628'658	182'971	33'092	9'607	488	8'388	724	773	2'854	8'457	8'729	15'054	16'948	28'810
1386	SAVICA Krankenkasse AG	13'005	3'462	3'73	373	14	89	19	30	30	118	321	457	114	288
1401	thesusana	9'589	1'117	131	37	1	41	6	5	6	23	15	32	11	28
1423	Publisana	3'942	86	335	33	24	24	24	88	136	631	8314	16'990	8'992	65
1479	Mutuel Assurance Maladie SA	426'591	90'468	9'641	1'505	74	3'085	1'734							1170
1507	AMB	10'953	3	34	0	0						19			3
1509	Santitas Grundversicherungen AG	323'503	90'845	31'568	9'964	369	7'874	851	613	1'520	7'427	4'557	11'586	6133	17'706
1529	Intras Kranken-Versicherung AG	174'792	24'954	11'276	2'797	110	10'49	298	341	212	1'102	3'207	9'317	3'907	6'907
1535	Philo Assurance Maladie SA	307'037	10'954	83'878	352	29	160	364	629	1'742	127	38'504	11'402	285	272
1542	ASSURA	685'217	61'877	14'343	14'343	169	2'293	384	629	229	2'177	25'762	10'495	23'355	15'267
1555	Visana AG	485'446	56'099	218'176	2'336	335	1'186	1'629	1'086	247	5'388	23'694	23'038	7'066	23'949
1562	Agriano Krankenkasse AG	10'974	13'562	22'994	10'394	2'293	6'159	1'571	1'391	637	5'889	9716	47'38	54	2'069
1563	Impaga Krankenkasse AG	57'374	10'394	10'394	10'394	1223	5'729	1'571	1'391	637	5'889	9716	47'38	54	2'069
1565	Avonex Versicherungen AG	3'0411	1'827	13'141	719	40	182	57	68	303	282	701	713	1012	2'587
1566	Avonex Versicherungen AG	203'083	88'232	11'154	417	42	371	371	55	149	269	61'63	3'285	4'899	8'726
1568	sana24 AG	169'471	9'843	42'975	30'539	112	13'317	242	268	221	7'603	3'502	11'334	731	1'368
1569	Accosana AG	60'254	10'896	3'536	11'213	216	12'63	222	423	566	271	155	2'800	313	238
1570	wicare AG	138'346	11'760	17'917	4'035	3'613	13'50	1'587	144	4'321	742	1870	11'448	1'362	2'780
1574	max.ch Versicherungen AG	10'203	235	206	23	2	10	21	27	0	79	553	352	49	140
1575	Compact Grundversicherungen AG	2'461	1'181	242	3	3	4	1	1	16	7	61	17	102	53
1576	Compact Grundversicherungen AG	35'082	8'597	13'671	735	31	467	94	82	267	387	525	1'667	917	828
1577	Sanagate AG	457'34	7'959	1'586	102	7	79	4	4	22	49	2'177	8029	67	1'930
Total:	61	7'953'357	1'393'470	986'327	385'109	35'760	148'174	36'547	411'85	39'607	115'619	288'556	259'645	180'255	275'047

Datenstand: 5.1.13

1) Bei den durchschnittlichen Versichertenbeständen der OKP (pro Kanton und Versicherer), die auf der OKP-Prämienliste des BAG publiziert werden, wird den Fusionen von Versicherern bis zum Moment der Gültigkeit der publizierten Prämien Rechnung getragen, aus diesem Grund kann es Unterschiede zwischen den Tabellen geben.
2) Name des Versicherers eventuell gekürzt, Name gültig 2011.

Quelle: EF 3.12

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 5.05 OKP: Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherer und Kanton¹

2012

BAG-Nr.	Name des OKP Versicherers ²	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU	Ausland ³
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
8	CSS Kranken-Vers. AG	2407	2402	2'444	72'825	5'708	91'724	240'15	17'788	52'285	39'635	19'783	51'818	10'175	
32	Aquilana Versicherungen	128	35	8	337	2'456	19'211	404	357	500	85	31	1'814	8	
57	Moove Sympany AG	5	3		49	20	866	34	156	1'164	281	1'039	1'073	8	
62	SUPRA	53	73		164	157	1'311	126	7'750	26'191	1'311	1'039	3'274	106	
134	Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln	1'082	184	24	7'824	212	30'200	3'370	83	347	85	141	654	17	
184	Sumiswiler Krankenkasse	62	28	3	81	101	530	139			64				
206	Krankenkasse Stiefenegg	4'250	1'545	1'577	35'933	6'291	90'449	14'091	15'445	24'077	11'295	7'100	9'728	4'957	
209	AVIVA-Krankenkasse AG	18			20	19	846	257			600	133		37	
234	AGILIA-Krankenkasse	10'338	404	50	11'720	3'191	12'205	4'120	10'304	5'825	3'922	1'110	1'298	1'114	85
343	Avenir Assurance Maladie SA	548	238	27	21'669	2'659	43'833	480	11'470	38'218	2'418	504	19'317	300	
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland	1'223	2'254	289	25'591	7'346	11'877	5'638	30'235	35'110	8'971	1'229	11'781	1'712	24'37
376	KPT Krankenkasse AG	4'465	466	104	8'238	77'806	114'171	6'795	114'171	973	1'005	34	107	14	4
455	OKK	1'788	357	102	3'831	469	9'048	3'277	356	892	519	202	623	257	2'560
558	Krankenversicherung Flaachthal AG	178	228	186	1'360	926	965	460	387	764	866	103	719	82	
774	Easy Sana Assurance Maladie SA	2'742	97	16	1'178	1'760	2'460	25'917	19'719	13'288	24'338	5416	6'936	8'248	
780	Glaner Krankenversicherung				134	41									
820	Kassa da maltais Lumezziana				90	2'559	1'565	25	74	20	16	2	11		
881	ESK Gesundheitsförderung	14	2												
891	sanavalle Gesundheitskasse	2'826	2'535	161	10'574	5'998	29'680	7'084	6'065	7'826	4'054	366	1'881	2'105	
923	KRANKENKASSE SLKK	151	139	9	2'709	1'275	709	922			24				
941	sodalis gesundheitsgruppe										34'519				
966	vita surselva	2	4	3	69	4'000	15	14	5	1	1			1	
994	Progrès Versicherungen AG	5421	380	327	6'890	4'821	33'232	12'675	2'397	8'542	4'181	2'205	2'395	227	
1003	Krankenkasse Zeneuggen										172				
1040	Krankenkasse Vespertimmen										4'207				
1060	Wincare Versicherungen AG	4633	1'358	614	5'664	1'617	14'572	7'198	11'451	17'900	1'648	7'546	479	189	
1113	CM Vallee d'Entremont				49	6	14	1	47		32			7	
1142	Krankenkasse Institut Ingenbohl														
1147	Krankenkasse Tubidenthal														
1148	Krankenkasse Buchmeier														
1322	KK Melsow	39	10	1	87	18	8762	360			0				
1328	km-Krankenkasse														
1331	Krankenkasse Stoffel Meis KKS														
1382	Krankenkasse Simphon														
1384	SWICA Krankenversicherung AG	8'681	17'690	4'991	125'807	13'432	27'446	54'212	23'924	12'939	2'378	2'892	15'281	870	
1386	GALENOS Kranken- und Unfallversicherung	130	43	5	1'237	138	2'730	199	195	1'051	306	130	107	59	
1401	rhenušana	20	259	86	7'275	67	181	202	12	18	6	2	8		
1423	Publišana						2'655								
1479	Mutuel Assurance Maladie SA		100	79	2'085	4'707	13'445	2'986	16'825	106'299	29'996	9'949	88'521	8'643	
1507	AMB	4315	2'758	565	13'621	4'539	32'228	13'577	14'168	13'843	1'387	12'440	11'814	1'848	
1509	Santitas Grundversicherungen AG	1673	45	662	5'396	1'693	7'339	4'039	2'855	3'346	1'245	2'945	2'941	262	
1528	Italis Krankenversicherung AG	7	303	145	3'853	3'806	9'912	5'502	24'835	175'320	35'200	65'950	78'497	20'498	
1542	ASSUPA	9'351	240	128	3'953	3'806	9'912	5'502	24'835	175'320	35'200	65'950	78'497	20'498	
1552	Višana AG	4488	702	240	7'324	1'296	26'452	3'420	10'045	16'734	3'005	2'828	2'378	1'041	
1555	Višana AG														
1560	Agrisano Krankenkasse AG	1'399	3'472	1'385	13'354	290	11'200	9'359	684	121	100	1'813	26	1110	
1582	Helsana Versicherungen AG	3'695	3'567	924	17'717	8'811	45'193	15'063	41'497	45'041	9'821	3'898	84'167	775	
1583	inova Versicherungen AG	1448	259	37	2'001	349	14'261	11'279	58	58	656	24	20	25	
1585	Avanex Krankenversicherung AG	131	225	89	30'342	11'072	19'451	521	30'365	655	609	2'749	453	99	
1586	Avanex Versicherungen AG	67'99	5'063	1'89	9'450	5'166	33'897	2'581	1'352	1'322	18'617	1'103	261	1479	
1588	sana24 AG	639	758	132	10'871	896	6'374	18'751	82	5'891	65	599	149	13	
1589	Arcosana AG	541	2'314	469	8'000	8'420	5'092	3'079	8'797	14'344	28'986	593	1'747	4'546	
1570	vicareo AG	105	2		16	1	569	30	726	2'504	2'215	517	1'575	246	
1574	maxich Versicherungen AG	15	4		7	2	480	84	32	480	86	33	12	4	
1575	Compact Grundversicherungen AG	91	108		663	723	11'142	174	116	1979	174	464	264	119	
1577	Sanagate AG	85	36	1	5'865	36	8'202	2'737	7	1'140	4'593	396	244	146	
Total:		77'369	54'184	15'938	485'941	197'381	625'773	254'636	337'067	716'963	323'451	174'541	427'377	71'255	5'085

Datenstand: 5.7.13

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

2) Name des Versicherers eventuell gekürzt. Name gültig 2011.

3) Personen mit Wohnort im Ausland gemäss Artikel 4 KVV (Einsatzkräfte 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: EF 3.12

6: Freiwillige Taggeldversicherung KVG

6.01 Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 2002	118
6.02 Ertrag, Aufwand und Ergebnis ab 2002	119
6.03 Versicherer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel- u. Kollektivverträgen	120
6.04 Betriebsrechnung der Einzel- und Kollektivversicherung insgesamt	121
6.05 Betriebsrechnung der Einzelversicherung	122
6.06 Betriebsrechnung der Kollektivversicherung	123

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 6.01 Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 2002

Jahr	Prämien-soll in Mio. Fr.	Prämien-soll pro Versicherte(n) in Fr. ¹	Leistungen in Mio. Fr.	Leistungen pro Versicherte(n) in Fr. ¹	Versi- cherten- bestand ¹	Versi- cherer- bestand
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
2012	252.7	163	188.3	120	223'571	59

Datenstand: 5.7.13

Quelle: T 6.03

1) Versichertenbestand am 31.12.
Nur Einzelversicherung.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 6.02 Ertrag, Aufwand und Ergebnis in Franken ab 2002

Jahr	Total des Gesamt-ertrags	Veränderung gegenüber Vorjahr	Total Ver-sicherungs- und Betriebs-aufwand	Veränderung gegenüber Vorjahr	Gesamt-betriebs-ergebnis	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	267'604'829	9.8%	255'111'673	10.9%	12'493'156	-9.9%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2012 -> T 6.04 EF5.0 + 5.1 3, 995, 4, 5, 999 via ISAK (FIN) (-> 2011 T 6.04)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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

2012

Anzahl / Betrag	Einzelversicherung	Kollektivversicherung ³	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
Anzahl Versicherer	57	33	59	-4.8%
Versichertenbestand ²				
Männlich	96'297	-	-	2.5%
Weiblich	127'273	-	-	3.0%
Total	223'571	-	-	2.8%
Prämien Soll in Franken				
Männlich	22'311'043	155'132'673	177'443'715	4.2%
Weiblich	14'182'946	61'043'556	75'226'503	8.2%
Total	36'493'989	216'176'229	252'670'218	5.4%
Prämien Soll in Franken pro Versicherte(n)				
Männlich	232	-	-	-16.2%
Weiblich	111	-	-	-7.9%
Alle Versicherte	163	-	-	-13.2%
Leistungen in Franken				
Männlich	17'827'364	118'223'479	136'050'843	-0.1%
Weiblich	9'064'180	43'135'527	52'199'707	0.3%
Total	26'891'545	161'359'005	188'250'550	0.0%
davon Mutterschaft	182'075	4'141'051	4'323'126	-2.3%
Leistungen in Franken pro Versicherte(n)				
Männlich	185	-	-	-2.0%
Weiblich	71	-	-	-12.1%
Alle Versicherte	120	-	-	-5.8%

Datenstand: 5.7.13

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 6.04 Betriebsrechnung der Einzel- und Kollektivversicherung insgesamt

2012

Kontengruppe			Total in Fr.
3000-05	Prämien		252'670'218
330	Erlösminderungen für Prämien	(-)	-7'691'547
3500	Prämienanteile der Rückversicherer	(-)	-1'085'780
36	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge		6'431
37	Angerechnete und ausbezahlte Beiträge an die Versicherten	(-)	-1
3	Verdiente Prämien für eigene Rechnung		243'899'320
4000-05	Leistungen	(-)	-188'250'549
4320	Weitere Leistungen	(-)	-1'097'738
450	Veränderung versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung		-25'809'842
4400	Leistungsanteile der Rückversicherer		958'494
4	Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung		-214'199'635
992	Bruttoergebnis		29'699'685
500	Personalaufwand	(-)	-47'425'957
501	Provisionen ans eigene Personal	(-)	-19'052
510	Diverser Betriebsaufwand	(-)	12'809'761
516	Werbeaufwand	(-)	-2'734'984
517	Provisionen	(-)	-2'267'529
519	Abschreibungen	(-)	-1'274'276
5	Betriebsaufwand		-40'912'037
993	Versicherungs- und Betriebsaufwand	(-)	-255'111'673
994	Versicherungstechnisches Ergebnis		-11'212'352
70	Übriger betrieblicher Ertrag		2'367'502
71	Übriger betrieblicher Aufwand	(-)	-252'122
73	Erfolg aus Kapitalanlagen		21'466'037
810	Betriebsfremder und ausserordentlicher Ertrag		173'532
820	Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand	(-)	-49'441
9	Steuern		
995	Nicht Versicherungstechnisches Ergebnis		23'705'509
999	Ergebnis		12'493'156

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2012 -> Summe EF5.0 -> EF5.1 via ISAK (FIN) (-> 2011 Summe EF2.0 -> EF2.1)

T 6.05 Betriebsrechnung der Einzelversicherung ¹

2012

Kontengruppe			Total in Fr.
3000	Prämien		36'493'989
330	Erlösminderungen für Prämien	(-)	-131'625
3500	Prämienanteile der Rückversicherer	(-)	-307'155
36	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge		6'486
37	Angerechnete und ausbezahlte Beiträge an die Versicherten	(-)	-1
3	Verdiente Prämien für eigene Rechnung		36'061'694
4000	Leistungen	(-)	-26'891'544
4320	Weitere Leistungen	(-)	-76'285
450	Veränderung versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung		-5'865'599
4400	Leistungsanteile der Rückversicherer		240'077
4	Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung		-32'593'352
992	Bruttoergebnis		3'468'343
500	Personalaufwand	(-)	-5'605'437
501	Provisionen ans eigene Personal	(-)	-12'958
510	Diverser Betriebsaufwand	(-)	-571'097
516	Werbeaufwand	(-)	-353'944
517	Provisionen	(-)	-104'038
519	Abschreibungen	(-)	-189'871
5	Betriebsaufwand		-6'837'344
993	Versicherungs- und Betriebsaufwand	(-)	-39'430'696
994	Versicherungstechnisches Ergebnis		-3'369'002
70	Übriger betrieblicher Ertrag		358'063
71	Übriger betrieblicher Aufwand	(-)	-23'850
73	Erfolg aus Kapitalanlagen		2'001'235
810	Betriebsfremder und ausserordentlicher Ertrag		6'813
820	Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand	(-)	-17'177
9	Steuern		0
995	Nicht Versicherungstechnisches Ergebnis		2'325'084
999	Ergebnis		-1'043'918

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2012 -> EF5.0 via ISAK (FIN) (-> 2011 EF2.0)

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 6.06 Betriebsrechnung der Kollektivversicherung ¹

2012

Kontengruppe			Total in Fr.
3005	Prämien		216'176'228
330	Erlösminderungen für Prämien	(-)	-7'559'923
3500	Prämienanteile der Rückversicherer	(-)	-778'625
36	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge		-55
37	Angerechnete und ausbezahlte Beiträge an die Versicherten	(-)	0
3	Verdiente Prämien für eigene Rechnung		207'837'626
4005	Leistungen	(-)	-161'359'005
4320	Weitere Leistungen	(-)	-1'021'453
450	Veränderung versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung		-19'944'243
4400	Leistungsanteile der Rückversicherer		718'417
4	Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung		-181'606'284
992	Bruttoergebnis		26'231'342
500	Personalaufwand	(-)	-41'820'520
501	Provisionen ans eigene Personal	(-)	-6'094
510	Diverser Betriebsaufwand	(-)	13'380'857
516	Werbeaufwand	(-)	-2'381'041
517	Provisionen	(-)	-2'163'490
519	Abschreibungen	(-)	-1'084'405
5	Betriebsaufwand		-34'074'693
993	Versicherungs- und Betriebsaufwand	(-)	-215'680'977
994	Versicherungstechnisches Ergebnis		-7'843'351
70	Übriger betrieblicher Ertrag		2'009'439
71	Übriger betrieblicher Aufwand	(-)	-228'272
73	Erfolg aus Kapitalanlagen		19'464'802
810	Betriebsfremder und ausserordentlicher Ertrag		166'720
820	Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand	(-)	-32'263
9	Steuern		0
995	Nicht Versicherungstechnisches Ergebnis		21'380'425
999	Ergebnis		13'537'075

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2012 -> EF5.1 via ISAK (FIN) (-> 2011 EF2.1)

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

7: Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

7.01 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der anderen Versicherungen insgesamt ab 2002	125
7.02 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG (inkl. Liechtenstein und Versicherte wohnhaft im Ausland)	(STAT 12 ->) 126

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 7.01 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der anderen Versicherungen insgesamt ¹ in Franken ab 2002

Jahr ^{2, 3}	Total des Gesamtertrags	Veränderung gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränderung gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	2'138'839'381	15.9%	2'022'529'736	10.1%	116'309'645	1293.3%

Datenstand: 5.7.13

1) Zusammenzug der «Zusatzversicherungen VVG», «Krankenpflegeversicherung Liechtenstein» und «Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland», ab 2012 nicht mehr separat verfügbar.

Die FINMA als Aufsichtsorgan publiziert die Angaben zu den Versicherern, die VVG-Produkte anbieten unter www.versichererreport.finma.ch/reportportal/ Rubrik Schadenversicherer / Direktes Schweizergeschäft / Krankenversicherung.

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: 2012 -> EF5.8 3 + 995, EF5.8 4 + 5, EF5.8 999 via ISAK (FIN) (-> 2011 T 7.02)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 7.02 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG (inkl. Liechtenstein und Versicherte wohnhaft im Ausland) ¹

2012

Kontengruppe		Total in Fr.
3020	Prämien	2'075'711'265
335	Erlösminderungen für Prämien	(-) -2'676'004
3502	Prämienanteile der Rückversicherer	(-) -7'986'538
36	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	47'625'476
37	Angerechnete und ausbezahlte Beiträge an die Versicherten	(-) 0
3	Verdiente Prämien für eigene Rechnung	2'112'674'199
4020	Leistungen	(-) -1'602'595'047
4207	Kostenbeteiligung der Versicherten	51'282'510
4217	Abschreibungen auf Kostenbeteiligung	(-) -382'054
4302	Behandlungspauschalen Managed Care	(-) -8'453'048
4312	Kosten für medizinische Call Center	(-) -2'280'429
4323	Weitere Leistungen	(-) -11'625'544
453	Veränderung versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung	227'064'130
46	Veränderung versicherungstechnische Schwankungs-Rückstellungen	-350'301'592
4402	Leistungsanteile der Rückversicherer	3'371'725
48	Risikoausgleich (Liechtenstein)	-1'029'235
49	Überschussbeteiligung der Versicherten	-41'296'855
4	Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung	-1'736'245'439
992	Bruttoergebnis	376'428'760
500	Personalaufwand	(-) -159'618'200
501	Provisionen ans eigene Personal	(-) -7'814'864
510	Diverser Betriebsaufwand	(-) -55'163'434
516	Werbeaufwand	(-) -11'516'819
517	Provisionen	(-) -46'842'441
519	Abschreibungen	(-) -5'328'541
5	Betriebsaufwand	-286'284'297
993	Versicherungs- und Betriebsaufwand	(-) -2'022'529'736
994	Versicherungstechnisches Ergebnis	90'144'463
70	Übriger betrieblicher Ertrag	881'088
71	Übriger betrieblicher Aufwand	(-) -3'026'047
73	Erfolg aus Kapitalanlagen	54'973'170
810	Betriebsfremder und ausserordentlicher Ertrag	5'050
820	Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand	(-) -1'874'457
9	Steuern	-24'793'622
995	Nicht Versicherungstechnisches Ergebnis	26'165'182
999	Ergebnis	116'309'645

davon Taggeldversicherung VVG

1.12C	Bruttoprämien	663'398'768
1.12C (-)	Bezahlte Leistungen	-575'432'151

Datenstand: 5.7.13

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 7.01.

Quelle: 2012 -> EF5.8 via ISAK (FIN) und EF1.12C (-> 2011 Summe EF2.8 -> EF2.10 und EF1.12C)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

8: Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

8.01 Anzahl Versicherer ab 1996		128
8.02 Anzahl Versicherer OKP nach Versichertenbestand ab 2002		129
8.03 Stellen, Personal und Löhne in der OKP ab 2002		130
8.04 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der Versicherer ab 2002		131
8.05 Erfolgsrechnung: verdiente Prämien und Leistungsaufwand	(STAT 12 ->)	132
8.06 Betriebsaufwand und betrieblicher Erfolg	(STAT 12 ->)	133
8.07 Aktiven und Passiven der Versicherer ab 2002		134
8.08 Eigenkapital, Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude der Versicherer ab 2002		135
8.09 Bilanz: Aktiven der Versicherer per 31.12.		136
8.10 Bilanz: Passiven der Versicherer per 31.12.		137
8.11 Übersicht über die Kapitalanlagen nach Art. 80ff KVV (ohne Werte VVG und UVG)	(STAT 12 ->)	138

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 8.01 Anzahl KVG Versicherer ab 1996

Jahr	A			B	C	D
	Anzahl Versicherer KVG	Zuwachs	Abgang	Anzahl KVG-Versicherer ^{1 2}		
				Obligatorische Krankenpflegeversicherung	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
2012	67	0	2	61	60	54

Datenstand: 5.7.13

- 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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 8.02 Anzahl Versicherer OKP nach Versichertenbestand ab 2002

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
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%
2012	14	8	13	3	18	5	61	-3.2%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: T 5.01

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 8.03 Stellen, Personal und Löhne in der OKP ab 2002

Jahr ¹	Verwaltung / Hauptsitz		Sektionen / Agenturen		Total		Total		Mittleres Bruttogehalt in Fr. ⁴			
	Stellen	Personen	Stellen	Personen	Stellen	Personen	Stellen	Personen	Total (Hauptsitz und Agenturen)	davon Kader ²	pro Stelle (Total)	pro Stelle (Kader ³)
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
2012	7'605	8'711	2'689	3'780	10'294	379	12'491	466	655.1	45.1	86'894	169'052

Datenstand: 5.7.13

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

Quelle: Formular EF 3.10.3

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 8.04 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der Versicherer in Mio. Franken ab 2002

Jahr ¹	Total des Gesamtertrags	Veränderung gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränderung gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis ²	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	27'556.1	6.3%	26'485.7	4.7%	1'070.4	72.6%

Datenstand: 5.7.13

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: 2012 -> EF 4.3 3 + 4.5 7 + 89, EF 4.4 4 + 4.5 5 via ISAK (FIN) (-> 2011 T 8.05 [6/7]; T 8.06 [3/4]; T 8.06 [800-801] - T 8.05 [800-801])

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 8.05 Erfolgsrechnung: verdiente Prämien und Leistungsaufwand

2012

Kontengruppe		Total in Fr.
Verdiente Prämien für eigene Rechnung		
30	Prämien ²	26'948'478'341
300	Prämien TG KVG	252'670'218
301	Prämien OKP (CH und EU/EFTA)	24'620'096'858
3010	Ordentliche Franchise CH	7'123'961'984
3011	Ordentliche Franchise EU/EFTA	161'696'204
3012	Wählbare Franchise	4'990'054'269
3013	Bonus-OKP	15'550'965
3014	HMO	1'371'636'508
3015	Hausarztmodell	7'617'523'680
3016	Andere Versicherungsformen	3'339'673'247
302	Prämien VVG (inkl. FL)	2'075'711'265
33	Erlösminderungen auf Prämien	-166'417'073
35	Prämienanteile der Rückversicherer	-18'247'459
36	Prämienverbilligung und sonstige Beiträge/Subventionen	2'485'084'629
37	Angerechnete und ausbezahlte Beiträge an die Versicherten	(-) -2'411'167'994
3	Total verdiente Prämien	26'837'730'444
Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung		
40	Leistungen (mit TG KVG und VVG) ^{3 5}	(-) -27'793'793'644
401	Bruttoleistungen OKP KVG (CH und EU/EFTA) ³	(-) -26'002'948'048
4010	Ordentliche Franchise CH	(-) -10'694'215'885
4011	Ordentliche Franchise EU/EFTA	(-) -101'719'756
4012	Wählbare Franchise	(-) -4'517'064'676
4013	Bonus-OKP	(-) -8'308'554
4014	HMO	(-) -1'086'278'643
4015	Hausarztmodell	(-) -6'843'572'216
4016	Andere Versicherungsformen	(-) -2'751'788'317
402	Bruttoleistungen VVG inkl. FL	(-) -1'602'595'047
42	Kostenbeteiligungen der Versicherten / Abschreibungen auf Kobe (CH und EU/EFTA)	3'761'591'099
420	Kostenbeteiligungen der Versicherten (CH und EU/EFTA) ⁴	3'770'454'407
4200	Ordentliche Franchise CH	965'014'425
4201	Ordentliche Franchise EU/EFTA	5'495'478
4202	Wählbare Franchise	864'425'107
4203	Bonus-OKP	1'204'859
4204	HMO	208'296'205
4205	Hausarztmodell	1'176'304'453
4206	Andere Versicherungsformen	498'431'370
4207	Zusatzversicherungen VVG (inkl. FL)	51'282'510
421	Abschreibungen auf Kostenbeteiligungen (CH und EU/EFTA) ⁴	(-) -8'863'308
4210	Ordentliche Franchise CH	(-) -3'566'270
4211	Ordentliche Franchise EU/EFTA	(-) -42'039
4212	Wählbare Franchise	(-) -1'434'075
4213	Bonus-OKP	(-) -1'727
4214	HMO	(-) -405'405
4215	Hausarztmodell	(-) -2'010'872
4216	Andere Versicherungsformen	(-) -1'020'866
4217	Zusatzversicherungen VVG (inkl. FL)	(-) -382'054
43	Sonstige Leistungen	(-) -126'855'470
44	Rückversicherungsleistungen	6'807'162
440	Leistungsanteile passive Rückversicherung	23'804'775
441	Leistungsanteile aktive Rückversicherung	-16'997'614
45	Veränderung versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung	-292'828'991
46	Veränd. der versicherungstechnischen Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen VVG	-350'301'592
48	Risikoausgleich zwischen Versicherer	-68'530'192
49	Überschussbeteiligungen der Versicherten VVG	-41'296'855
4	Total Leistungsaufwand	-24'905'208'482

Datenstand: 5.7.13

2) Prämiensoll OKP CH = 301 - 3011 (vgl. T 3.06 et 1.02) 24'458'400'654

3) Bruttoleistungen (-) OKP CH = 401 - 4011 (vgl. T 2.04 et 1.02) -25'901'228'292

4) Kostenbeteiligung OKP CH = (420 - 4201 - 4207) + (421 - 4211 - 4217) (vgl. T 2.10 et 1.02) 3'705'237'204

5) Nettoleistungen OKP CH = Bruttoleistungen OKP CH - Kostenbeteiligung OKP CH (vgl. T 2.07 und 1.02) 22'195'991'088

Source: 2012 -> EF4.3, EF4.4 via ISAK (FIN) (-> 2011 EF1.8 -> EF1.9)

T 8.06 Betriebsaufwand und betrieblicher Erfolg

2012

Kontengruppe		Total in Fr.
Betriebsaufwand für eigene Rechnung		
50	Diverser Personalaufwand	(-) -1'279'530'304
51	Sonstiger Betriebsaufwand	-300'997'426
510	Diverser Betriebsaufwand	(-) -115'047'995
516	Werbeaufwand	(-) -70'694'607
517	Provisionen	(-) -73'611'553
519	Abschreibungen	(-) -41'643'271
5	Total Betriebsaufwand für eigene Rechnung	-1'580'527'730
Übriger betrieblicher Erfolg und Kapitalerfolg		
70	Übriger betrieblicher Ertrag KVG + VVG	52'144'175
700	Übriger betrieblicher Ertrag KVG	51'263'087
7000	Liquide Mittel KVG	5'619'096
7001	Forderungen KVG	20'659'669
7002	Gewinn aus Veräusserung von Anlagevermögen KVG	34'035
7003	Weiterer übriger betrieblicher Ertrag KVG	24'994'530
7009	Nicht zurückzuerstattende Umweltabgaben VOC / HEL KVG	-78'628
701	Übriger betrieblicher Ertrag VVG	881'088
71	Übriger betrieblicher Aufwand KVG + VVG	(-) -12'562'677
710	Übriger betrieblicher Aufwand KVG	(-) -9'536'631
7100	Liquide Mittel KVG	(-) -1'843'086
7101	Kurzfristige Verbindlichkeiten KVG	(-) -6'865'076
7102	Langfristige Verbindlichkeiten KVG	(-) -406'106
7103	Verlust aus Veräusserung von Anlagevermögen KVG	(-) -106'868
7104	Weiterer übriger betrieblicher Aufwand KVG	(-) -315'495
711	Übriger betrieblicher Aufwand VVG	(-) -3'026'047
73	Erfolg aus Kapitalanlagen KVG + VVG	693'005'389
730	Erfolg aus Kapitalanlagen KVG	641'745'327
7300	Liegenschaftsertrag KVG	83'907'724
7305	Liegenschaftsaufwand KVG	(-) -30'261'797
7306	Hypothekarzinsaufwand KVG	(-) -16'864
7309	Erfolg auf Liegenschaftsverkauf KVG	1'247'583
7320	Ertrag aus Wertschriften und übrige Anlagen	229'904'235
7321	Realisierte Kursgewinne KVG	234'957'161
7322	Nicht realisierte Kursgewinne KVG	404'551'112
7340	Realisierte Kursverluste KVG	(-) -171'294'177
7341	Nicht realisierte Kursverluste KVG	(-) -94'232'792
7342	Diverse Kapitalaufwendungen KVG	(-) -17'016'858
731	Erfolg aus Kapitalanlagen VVG	51'260'062
7	Total Übriger betrieblicher Erfolg und Kapitalerfolg	732'586'886
Betriebsfremder und ausserordentlicher Erfolg		
81	Betriebsfremder und ausserordentlicher Ertrag	24'142'106
9	Ertragssteuern	-24'793'622
89	Total Kontenklasse 8 und 9	-14'219'497

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2012 -> EF4.5 via ISAK (FIN) (-> 2011 EF1.6 -> EF1.7)

T 8.07 Aktiven und Passiven der Versicherer in Mio. Franken ab 2002

Jahr ¹	Aktiven Umlauf- vermögen	Anlage- vermögen	Passiven Fremd- kapital	Fonds und Reserven	Bilanz- summe	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	5'684.2	13'302.0	11'448.9	7'537.4	18'986.2	2.5%

Datenstand: 5.7.13

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: 2012 -> T 8.09 [991], 8.09 [990], 8.10 [21], 8.10 [20], 8.09 [1], 8.10 [2] via ISAK (FIN) (-> 2011 T 8.09; T 8.10)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 8.08 Eigenkapital, Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude der Versicherer ab 2002

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
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%
2012	7'537.4	69.3%	28.0%	13'302.0	45.8%	1'071.1	10.0%

Datenstand: 5.7.13

1) Eigenkapital in % des Prämiensolls.

Quelle: 2012 -> T 8.10 [20], T 8.05 [300, 301, 302], T 8.09 [990], T 8.11 [100] via ISAK (FIN)
(-> 2011 T 8.10 [29]; T 8.05 [60-63]; T 8.11 [17, 18])

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 8.09 Bilanz: Aktiven der Versicherer per 31.12.

2012

Kontengruppe		Total in Fr.	Anteil in %
Anlagevermögen			
10	Kapitalanlagen	13'213'878'669	69.6%
100	Kapitalanlagen KVG	11'231'788'936	59.2%
101	Kapitalanlagen VVG	1'954'549'408	10.3%
102	Kapitalanlagen UVG	0	0.0%
103	Latente Steuern	51'740	0.0%
104	Aktiven aus Vorsorgeplänen	27'488'585	0.1%
11	Immaterielle Anlagen	35'108'295	0.2%
110	Lizenzen	845'930	0.0%
111	Patente	0	0.0%
112	EDV (Software)	24'245'122	0.1%
113	Entwicklungskosten	7'616'442	0.0%
114	übrige Immaterielle Werte	2'400'800	0.0%
115	Aktivierete Abschlusskosten	0	0.0%
13	Sachanlagen	53'062'739	0.3%
130	Betriebseinrichtungen und Mobiliar	25'100'635	0.1%
131	EDV (Hardware)	27'000'968	0.1%
132	Fahrzeuge	961'136	0.0%
990	Total Anlagevermögen	13'302'049'702	70.1%
Umlaufvermögen			
15	Rechnungsabgrenzungen	401'012'442	2.1%
150	Marchzinsen	83'168'338	0.4%
153	Risikoausgleich	147'273'720	0.8%
157	Übrige Transitorische Aktiven	170'567'947	0.9%
158	Dirkekte Steuern	2'437	0.0%
16	Forderungen	1'752'159'018	9.2%
160	Forderungen Versicherungsnehmer	1'565'646'882	8.2%
161	Forderungen Risikoausgleich	2'011'900	0.0%
164	Versicherungsorganisationen	13'635'020	0.1%
165	Agenten und Vermittler	7'715'330	0.0%
167	Gegenüber staatlichen Stellen	108'674'628	0.6%
169	Übrige Forderungen	54'475'258	0.3%
17	Forderungen bei nahestehenden Organisationen und Personen	524'170'862	2.8%
170	Konzerngesellschaften	436'314'587	2.3%
171	Partner	87'856'275	0.5%
175	Andere Beteiligungsgesellschaften	0	0.0%
19	Flüssige Mittel	3'006'841'378	15.8%
991	Total Umlaufvermögen	5'684'183'700	29.9%
1	Total Aktiven	18'986'233'402	100.0%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2012 -> EF4.1 via ISAK (FIN) (-> 2011 EF1.3)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 8.10 Bilanz: Passiven der Versicherer per 31.12.

2012

Kontengruppe		Total in Fr.	Anteil in %
Eigenkapital			
200	Kapital der Organisation	88'692'664	0.5%
201	Nicht einbezahltes Kapital der Organisation	0	0.0%
202	Kapitalreserven	20'000	0.0%
205	Eigene Anteile am Kapital der Organisation	257'710	0.0%
206	Gewinnreserven bzw. kumulierte Verluste	7'448'396'420	39.2%
2060	Reserven KVG	7'061'820'187	37.2%
20600	Reserven OKP CH	6'415'324'937	33.8%
20601	Reserven OKP EU/EFTA	80'103'940	0.4%
20602	Reserven freiwilliges Taggeld KVG	575'828'897	3.0%
20603	Reserven aktive Rückversicherung KVG	-9'437'586	0.0%
2061	Reserven VVG inkl. FL	365'486'184	1.9%
2062	Reserven UVG	21'090'048	0.1%
207	Einkaufssummen fusionierter Versicherer	0	0.0%
20	Total Eigenkapital	7'537'366'794	39.7%
Fremdkapital			
210	Versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung	6'543'421'075	34.5%
2100	Versicherungstechnische Rückstellungen für freiwilliges Taggeld KVG	94'352'724	0.5%
2101	Versicherungstechnische Rückstellungen für OKP inkl. EU/EFTA	5'562'609'742	29.3%
21010	Versicherungstechnische Rückstellungen für OKP CH	5'476'639'103	28.8%
21011	Versicherungstechnische Rückstellungen für OKP EU/EFTA	85'970'639	0.5%
2102	Versicherungstechnische Rückstellungen für Aktive Rückversicherung gemäss KVG	3'050'880	0.0%
2103	Versicherungstechnische Rückstellungen für eigene Rechnung VVG inkl. FL	845'988'509	4.5%
2104	Versicherungstechnische Rückstellungen UVG	37'419'220	0.2%
2110	Versicherungstechnische Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen VVG	607'941'619	3.2%
220	Nichtversicherungstechnische Rückstellungen	85'591'639	0.5%
230	Rückstellungen für Risiken in den Kapitalanlagen VVG / UVG	268'557'493	1.4%
240	Langfristige Verbindlichkeiten	85'177'779	0.4%
250	Verbindlichkeiten Dritte	228'084'401	1.2%
260	Verbindlichkeiten Leistungserbringer	375'374'466	2.0%
261	Vorausbezahlte Prämien der Versicherten	1'604'609'345	8.5%
262	Passive Durchgangskonti	176'282'733	0.9%
263	Versicherungsorganisationen	11'986'365	0.1%
264	Agenten und Vermittler	7'117'056	0.0%
265	Gegenüber staatlichen Stellen	28'878'899	0.2%
266	Gemeinsame Einrichtung KVG	22'276'790	0.1%
268	Verbindlichkeiten Lieferanten und Übrige	161'750'100	0.9%
269	Verbindlichkeiten gegenüber nahestehenden Organisationen und Personen	781'185'288	4.1%
270	Rechnungsabgrenzung	460'631'561	2.4%
21	Total Fremdkapital	11'448'866'608	60.3%
2	Total Passiven	18'986'233'402	100.0%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: 2012 -> EF4.2 via ISAK (FIN) (-> 2011 EF1.4, EF1.5)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 8.11 Übersicht über die Kapitalanlagen nach Art. 80ff KVV (ohne Werte VVG und UVG)

2012

Kontengruppe		Total in Fr.	Anteil in %
Liquidität (Art. 80d Abs. 1 Bst. a KVV)			
010	effektiv abgesicherte Anlagen 1, 2	324'802'006	2.9%
020	nicht effektiv abgesicherte Anlagen 3	484'977'467	4.3%
030	Total	809'779'473	7.2%
Obligationen (Art. 80d Abs. 1 Bst. b KVV)			
040	effektiv abgesicherte Anlagen 1, 2	503'780'341	4.5%
050	nicht effektiv abgesicherte Anlagen 3	5'422'643'771	48.3%
060	Total	5'926'424'112	52.8%
Eigenkapitalbeteiligungen (Art. 80d Abs. 1 Bst. c KVV)			
070	effektiv abgesicherte Anlagen 1, 2	84'812'452	0.8%
080	nicht effektiv abgesicherte Anlagen 3	1'417'330'191	12.6%
090	Total	1'502'142'643	13.4%
Immobilien (Grundstücke und Gebäude) (Art. 80d Abs. 1 Bst. d KVV)			
100	nicht effektiv abgesicherte Anlagen 3	1'071'063'590	9.5%
Anlagen in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen (Art. 80d Abs. 1 Bst. e KVV)			
120	nicht effektiv abgesicherte Anlagen 3	37'077'155	0.3%
Kollektive Kapitalanlagen (Art. 80g KVV) 4			
In kollektiven Anlagen enthaltene Liquidität (Art. 80d Abs. 1 Bst. a KVV)			
140	effektiv abgesicherte Anlagen 1, 2	25'163'547	0.2%
150	nicht effektiv abgesicherte Anlagen 3	132'389'729	1.2%
160	Total	157'553'276	1.4%
In kollektiven Anlagen enthaltene "Obligationen" (Art. 80d Abs. 1 Bst. b KVV)			
170	effektiv abgesicherte Anlagen 1, 2	194'079'792	1.7%
180	nicht effektiv abgesicherte Anlagen 3	443'349'179	3.9%
190	Total	637'428'971	5.7%
In kollektiven Anlagen enthaltene Eigenkapitalbeteiligungen (Art. 80d Abs. 1 Bst. c KVV)			
200	effektiv abgesicherte Anlagen 1, 2	61'079'368	0.5%
210	nicht effektiv abgesicherte Anlagen 3	492'959'749	4.4%
220	Total	554'039'116	4.9%
In kollektiven Anlagen enthaltene Immobilien (Art. 80d Abs. 1 Bst. d KVV)			
230	effektiv abgesicherte Anlagen 1, 2	109'903'837	1.0%
240	nicht effektiv abgesicherte Anlagen 3	406'784'246	3.6%
250	Total	516'688'082	4.6%
260	Total kollektive Anlagen	1'865'709'446	16.6%
Derivative Finanzinstrumente (Art. 80h KVV)			
270	Anlagen, die der Absicherung dienen	19'592'517	0.2%
290	Total Kapitalanlagen gemäss Art. 80ff KVV	11'231'788'936	100.0%

Datenstand: 5.7.13

effektiv abgesicherte Anlagen

- effektiv abgesicherte Anlagen sind Anlagen, deren Kurs und Währung vollständig abgesichert sind.
 - Werden Fremdwährungen pauschal abgesichert (z.B. 80% des gesamten Fremdwährungsbestandes),
 müssen die Absicherungen zum Ausfüllen dieser Tabelle vom Versicherer einzelnen Anlagen zugeordnet werden.

nicht effektiv abgesicherte Anlagen

nicht effektiv abgesicherte Anlagen sind Anlagen
 - die nicht abgesichert
 - die nur unvollständig gegen Kurs- und Währungsschwankungen abgesichert sind.

kollektive Anlagen

Die Versicherer haben gemäss Art. 80g Abs. 3 KVV 2 Möglichkeiten die kollektiven Anlagen den Anlagekategorien zuzuordnen:

1. Anteilsmässige Aufteilung auf die Anlagekategorien und Währungen.
2. Zuordnung zu der Anlagekategorie oder Währung mit der stärksten Begrenzung.

Quelle: 2012 -> EF4.6 via ISAK (FIN) (-> 2011 EF1.11)

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

9: Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

9.01 Wohnbevölkerung, Ärzte mit Praxistätigkeit und Apotheken nach Kanton	140
9.02 Entwicklung der Wohnbevölkerung, der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken ab 2002	141
9.03 Aufteilung der Versicherten nach Art der Spitalzusatzversicherungen ab 2002	142
9.04 Entwicklung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 2002	143
9.05 Index der Krankenversicherungsprämien nach Versicherungsart ab 2002	144
9.06 Index der Krankenpflegekosten, der Krankenversicherungsausgaben der Versicherten sowie der Löhne ab 1996	145
9.07 Gesamtbeitrag je versicherte Person nach Versicherungsform in der OKP ab 2002	146
9.08 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spittaltage in der OKP ab 2002	147
9.09 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spittaltage in der OKP	148
9.10 Taggeldversicherung KVG / VVG ab 2002	149
9.11 Krankenversicherung (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 2002	150
9.12 Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder ab 2002	151
9.13 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungserbringer ab 1996	152
9.14 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungen ab 1996	153
9.15 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz und obligatorische Krankenversicherung ab 1996	154

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 9.01 Wohnbevölkerung, Ärzte mit Praxistätigkeit und Apotheken nach Kanton

2012

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Ärzte: Allgemeinpraktiker ²	Ärzte: Spezialärzte FMH ³	Total Ärzte mit Praxistätigkeit ⁴	Ärzte-dichte ⁵	Anzahl Apotheken ⁶	Medikamentenverkauf ⁷	Apotheken-dichte ⁸
ZH	1'400'486	1'280	2'245	3'525	2.52	228	1	1.63
BE	988'832	908	1'196	2'104	2.13	171	2	1.73
LU	384'024	295	314	609	1.59	35	1	0.91
UR	35'538	22	12	34	0.96	3	1	0.84
SZ	148'867	106	92	198	1.33	12	1	0.81
OW	36'000	28	13	41	1.14	3	1	0.83
NW	41'448	27	26	53	1.28	3	1	0.72
GL	39'293	32	25	57	1.45	2	1	0.51
ZG	115'840	92	134	226	1.95	14	1	1.21
FR	288'032	164	223	387	1.34	70	2	2.43
SO	258'137	217	199	416	1.61	28	1	1.08
BS	186'840	237	540	777	4.16	74	3	3.96
BL	275'949	248	370	618	2.24	44	1	1.59
SH	77'547	74	79	153	1.97	13	2	1.68
AR	53'376	48	38	86	1.61	5	1	0.94
AI	15'730	11	6	17	1.08	1	1	0.64
SG	485'108	394	470	864	1.78	52	1	1.07
GR	193'654	187	148	335	1.73	43	2	2.22
AG	622'819	400	582	982	1.58	117	2	1.88
TG	254'093	188	190	378	1.49	25	1	0.98
TI	339'298	300	386	686	2.02	190	3	5.60
VD	730'150	625	1'122	1'747	2.39	247	3	3.38
VS	319'377	233	253	486	1.52	115	2	3.60
NE	173'869	153	197	350	2.01	55	3	3.16
GE	461'818	505	1'166	1'671	3.62	170	3	3.68
JU	70'742	55	55	110	1.55	20	2	2.83
CH	7'996'861	6'829	10'081	16'910	2.11	1'740	-	2.18

Datenstand: 14.1.14

- 1) Durchschnittliche Wohnbevölkerung in einem bestimmten Gebiet nach wirtschaftlichem Wohnsitz.
Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung.
- 2) Summe der Ärzte (mit Praxistätigkeit) mit Facharzttitel in Allgemeinmedizin und der Ärzte (mit Praxistätigkeit) ohne Facharzttitel.
Inklusiv Fachärzte für innere Medizin, die als Grundversorger tätig sind.
- 3) Ohne Fachärzte für innere Medizin, die als Grundversorger tätig sind.
- 4) Quelle: FMH, 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) Selbstdispensation (Medikamentenverkauf durch Ärzte): 1: flächendeckend im Kanton / 2: Mischformen / 3: reines Rezeptursystem.
Quelle: pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverein SAV.
- 8) Anzahl Apotheken (öffentliche Apotheken) pro 10'000 Einwohner.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 9.02 Entwicklung der Wohnbevölkerung, der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken ab 2002

Jahr	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Veränderung gegenüber Vorjahr	Anzahl Ärzte ¹	Ärzte-dichte ²	Veränderung ³ gegenüber Vorjahr	Anzahl Apotheken ¹	Apotheken-dichte ⁴	Veränderung ³ gegenüber Vorjahr
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%
2012	7'996'861	1.1%	16'910	2.11	3.1%	1'740	2.18	-1.2%

Datenstand: 14.1.14

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 9.03 KVG-Versicherer¹ : Spitalzusatzversicherungen seit 2002 in % der OKP-Versicherten

Jahr	Versicher- tenbestand 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
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%
2012	7'999'269	30.9%	7.5%	3.3%	4.3%	5.2%	1.1%	0.4%	0.5%

Datenstand: 5.7.13

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 EF3 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 EF3 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 Spitalaufenthalt, bei denen der Versicherte einen fixen Betrag pro Spitaltag erhält.
- Behandlungskostenversicherung bei Spitalaufenthalt mit einem definierten Maximalbetrag pro Jahr.

T 9.04 Entwicklung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 2002 (1996 = 100) ¹

Jahr	Medikamente	Ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalleistungen	Medizinische Apparate	Andere Gesundheitsleistungen	Gesundheitspflege (Total)	Landesindex der Konsumentenpreise (LIK)
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
2012	69.9	100.3	114.3	121.2	95.5	112.2	104.8	111.7

Vorjahresveränderung der Preisindizes für Gesundheitspflege

Jahr	Medikamente	Ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalleistungen	Medizinische Apparate	Andere Gesundheitsleistungen	Gesundheitspflege (Total)	Landesindex der Konsumentenpreise (LIK)
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%
2012	-2.7%	0.0%	0.3%	0.2%	-1.9%	1.2%	-0.3%	-0.7%

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 Spitez.

Quelle: BFS, Sektion Preise.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 9.05 Index der Krankenversicherungsprämien je versicherte Person nach Versicherungsart ab 2002 (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
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	171.5	165.9	195.0	155.4	142.7	123.8	145.6	155.3
2013	-	-	-	-	144.9	123.7	148.7	158.1

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	
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	2.3%	2.0%	4.4%	2.1%	1.0%	-0.7%	1.6%	1.4%	-0.2%
2013 ⁴	1.0%	-	-	-	1.5%	-0.1%	2.1%	1.8%	-0.1%

Datenstand: 18.11.13

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.

Werte der geschätzten Erhöhung der Prämien pro Altersgruppe für die ordentliche Franchise: vgl. T 12.01.

3) Quelle: BFS, Sektion Preise. Krankenversicherungsprämienindex (KVPI) [Medienmitteilung 11/13].

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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 ⁴	Veränderung gegenüber Vorjahr	Kostenbeteiligung OKP Index ⁵	Veränderung gegenüber Vorjahr	BFS-Lohnindex ⁶ (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%	154.8	2.9%	195.4	5.7%	195.3	6.0%	195.9	3.8%	120.7	0.9%	182.2	1.2%
2012	189.1	2.7%	-	-	199.9	2.3%	199.8	2.3%	200.7	2.5%	121.8	0.9%	187.2	2.7%

Datenstand: 11.12.13

- 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, 2012: Daten später verfügbar.
- 3) Quelle: T 9.07: OKP Ausgaben = Prämien + Kostenbeteiligung (berücksichtigt nur die beim Versicherer eingereichten Rechnungen).
- 4) Quelle: T 3.05: Entwicklung pro versicherte Person für alle Versicherungsmodelle.
- 5) Quelle: T 2.02: Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.
- 6) Quelle: BFS, Sektion Löhne und Arbeitsbedingungen.
- 7) Quelle: T 2.21: Entwicklung der Bruttoleistungen pro versicherte Person (erfasst ohne die Kostenbeteiligung der Versicherten).

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 9.07 Gesamtbeitrag je versicherte Person (Prämie + Kostenbeteiligung ¹) nach Versicherungsform ab 2002

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Alle Versicherte	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	3'999	4'211	3'342	3'132	3'541	2.3%

Datenstand: 5.7.13

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
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%
2012	1'033	2.0%	3'437	4.4%	4'209	2.0%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: T 3.05 + 2.02

1) Berücksichtigt nur die beim Versicherer eingereichten Rechnungen.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 9.08 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage ab 2002

Jahr	Erkrankte ¹	Veränderung gegenüber Vorjahr	Einweisungen	Veränderung gegenüber Vorjahr	Spitaltage	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	6'578'622	0.1%	1'235'537	0.3%	10'705'859	-2.7%

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 9.09 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spittage

2012

Merkmal	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder ⁵	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
Versicherte ¹	3'151'552	3'292'916	6'444'468	1'508'889	7'953'357	1.2%
Erkrankte ²	2'263'948	2'949'422	5'213'370	1'365'252	6'578'622	0.1%
Erkrankte je 100 Versicherte ²	71.8	89.6	80.9	90.5	82.7	-1.1%
Einweisungen ³	497'880	658'976	1'156'856	78'681	1'235'537	0.3%
Einweisungen je 100 Versicherte	15.8	20.0	18.0	5.2	15.5	-0.9%
Spittage ⁴	4'479'782	5'771'973	10'251'755	454'104	10'705'859	-2.7%
Spittage je 100 Versicherte	142.2	175.3	159.1	30.1	134.6	-3.8%
Spittage je Einweisung	9.0	8.8	8.9	5.8	8.7	-3.0%

Datenstand: 5.7.13

- 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 Spittage im Spital stationär; dazu zählen die Spittage in Spitälern zur kurzfristigen und zur langfristigen Behandlung körperlich Kranker sowie die Spittage 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).

Quelle: Formular EF 1.12, 3.7.1 und 3.7.2

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 9.10 Taggeldversicherung KVG / VVG ab 2002 in Mio. Fr.

Jahr	Prämien ⁴			Nettoleistungen ⁴			
	KVG-Versicherer		Privatversicherer	KVG-Versicherer		Privatversicherer	
	freiwillige Versicherung KVG ¹	Versicherung VVG ²	Versicherung VVG ³	freiwillige Versicherung KVG ¹	Versicherung VVG ²	Versicherung VVG ³	
						Total	
2002	370.9	248.8	1'946.0	329.1	227.1	1'701.0	2'257.2
2003	354.1	295.5	2'059.8	309.9	266.9	1'821.8	2'398.6
2004	354.1	466.0	2'199.5	277.9	341.4	1'729.0	2'348.4
2005	340.1	497.8	2'145.0	251.1	268.0	1'547.5	2'066.6
2006	315.8	549.0	2'152.4	220.6	347.8	1'471.9	2'040.3
2007	299.3	544.4	2'152.2	207.7	361.8	1'413.6	1'983.1
2008	279.1	601.7	2'165.6	198.3	376.5	1'588.3	2'163.2
2009	267.0	613.9	2'277.3	197.2	416.7	1'765.9	2'379.8
2010	247.7	635.5	2'210.9	191.6	422.6	1'869.4	2'483.6
2011	240.0	609.7	2'324.8	188.2	541.7	1'827.6	2'557.5
2012	245.0	663.4	2'402.9	188.3	575.4	1'956.4	2'720.1

Datenstand: 9.12.13

1) Quelle: T 6.04 Bruttoprämien [3000+3005+330] und bezahlte Leistungen [4000+4005] (->2011: T 6.04 Bruttoprämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33]). Mit Unfallversicherung.

2) Quelle: T 7.02 Krankentaggeld VVG (BAG, EF 1.12C). Mit Unfallversicherung.

3) Quelle: (2004->2011: Quelle: T 7.03 Krankentaggeld VVG (BAG). Mit Unfallversicherung / -> 2003: Bundesamt für Privatversicherungen [BPV]. Ohne Unfallversicherung)

(-> 2007: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (FINMA), Total der Tabelle AS03N, 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 inbegriffen (siehe Spalte 2).

4) Privatversicherer: Prämien = verdiente Prämien brutto; Leistungen = Zahlungen für Versicherungsfälle / KVG-Versicherer: Prämien = Bruttoprämien ; Nettoleistungen = bezahlte Leistungen.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 9.11 Krankenversicherung¹ (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 2002 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		
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
2012	24'303.7	1'409.6	5'012.3	30'725.6	22'196.0	1'078.1	2'953.7	26'227.8

Datenstand: 9.12.13

1) Krankenpflegeversicherung ohne Taggeldversicherung.

Privatversicherer: Prämien = verdiente Prämien brutto; Leistungen = Zahlungen für Versicherungsfälle / KVG-Versicherer: Prämien = Bruttoprämien; Nettoleistungen = bezahlte Leistungen.

2) Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (FINMA), Total der Tabelle AS03N, 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 7.02 Bruttoprämien [3020+335] und bezahlte Leistungen [4020-(4207+4217)] (BAG) - Krankentaggeld VVG [EF1.12C]

Ab 2012 inkl. Liechtenstein und Versicherte wohnhaft im Ausland.

Quelle: (->2011: T 7.03 Bruttoprämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33] (BAG) - Krankentaggeld VVG / -> 2003: Bundesamt für Privatversicherungen [BPV])

4) Quelle: T 1.02 Bruttoprämien [3010->16+331] und bezahlte Leistungen [4010->16-(4200->16-4210->16)] Mit Unfallversicherung.

Quelle: (->2001: T 1.02 Bruttoprämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33]) Mit Unfallversicherung.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 9.12 Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder ab 2002

A. in % des BIP

Land	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Australien	8.4%	8.3%	8.6%	8.5%	8.5%	8.6%	8.8%	9.0%	8.9%	-	-
Österreich	10.1%	10.3%	10.4%	10.4%	10.2%	10.3%	10.5%	11.2%	11.0%	10.8%	-
Belgien	8.5%	10.0%	10.0%	10.0%	9.5%	9.5%	9.9%	10.6%	10.5%	10.5%	-
Dänemark	9.3%	9.5%	9.7%	9.8%	9.9%	10.0%	10.2%	11.5%	11.1%	10.9%	-
Finnland	7.8%	8.2%	8.2%	8.4%	8.3%	8.0%	8.3%	9.2%	9.0%	9.0%	9.1%
Frankreich	10.6%	10.8%	11.0%	11.0%	11.0%	10.9%	11.0%	11.7%	11.7%	11.6%	-
Deutschland	10.7%	10.9%	10.7%	10.8%	10.6%	10.5%	10.7%	11.8%	11.5%	11.3%	-
Italien	8.2%	8.2%	8.5%	8.7%	8.8%	8.5%	8.9%	9.4%	9.4%	9.2%	9.2%
Japan	7.9%	8.0%	8.0%	8.2%	8.2%	8.2%	8.6%	9.5%	9.6%	-	-
Niederlande	8.9%	9.8%	10.0%	10.9%	10.7%	10.8%	11.0%	11.9%	12.1%	11.9%	-
Norwegen	9.8%	10.0%	9.6%	9.0%	8.6%	8.7%	8.6%	9.7%	9.4%	9.3%	9.4%
Spanien	7.3%	8.2%	8.2%	8.3%	8.4%	8.5%	8.9%	9.6%	9.6%	9.3%	-
Schweden	9.2%	9.3%	9.1%	9.1%	8.9%	8.9%	9.2%	9.9%	9.5%	9.5%	-
Grossbritannien	7.6%	7.8%	8.0%	8.3%	8.4%	8.5%	9.0%	9.9%	9.6%	9.4%	-
USA	15.2%	15.7%	15.8%	15.8%	15.9%	16.2%	16.6%	17.7%	17.7%	17.7%	-
Schweiz * 1	10.6%	10.9%	11.0%	10.9%	10.4%	10.2%	10.3%	11.0%	10.9%	11.0%	11.3%
* davon Kosten OKP 2	4.1%	4.3%	4.5%	4.6%	4.4%	4.3%	4.4%	4.5%	4.5%	4.5%	4.6%

B. in CHF pro Person 3

Land	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Australien	4'532	4'735	5'055	5'193	5'260	5'380	5'374	5'703	5'725	-	-
Österreich	5'462	5'731	6'008	6'106	6'199	6'252	6'463	6'635	6'714	6'582	-
Belgien	4'503	5'363	5'473	5'600	5'383	5'434	5'684	5'917	5'973	5'880	-
Dänemark	5'084	5'141	5'478	5'652	5'932	6'027	6'281	6'705	6'772	6'440	-
Finnland	3'807	4'000	4'300	4'511	4'586	4'655	4'899	4'977	4'879	4'884	4'980
Frankreich	5'173	5'247	5'419	5'671	5'703	5'764	5'829	6'050	6'050	5'961	-
Deutschland	5'213	5'500	5'554	5'861	5'918	5'961	6'153	6'394	6'551	6'507	-
Italien	3'909	3'957	4'105	4'309	4'456	4'361	4'595	4'627	4'547	4'360	4'373
Japan	3'791	3'966	4'123	4'341	4'324	4'400	4'477	4'620	4'840	-	-
Niederlande	5'018	5'505	5'802	6'657	6'786	7'015	7'305	7'437	7'575	7'382	-
Norwegen	6'426	6'814	7'150	7'495	7'647	7'814	8'124	8'094	8'155	8'206	8'402
Spanien	3'091	3'588	3'742	3'957	4'226	4'379	4'591	4'704	4'570	4'447	-
Schweden	4'785	5'032	5'180	5'164	5'298	5'490	5'662	5'655	5'599	5'682	-
Grossbritannien	3'881	4'141	4'526	4'814	4'977	4'954	5'070	5'277	5'155	4'930	-
USA	9'889	10'656	11'160	11'737	11'808	11'992	12'035	12'226	12'424	12'316	-
Schweiz * 1	6'505	6'713	6'903	6'998	7'052	7'312	7'640	7'875	7'984	8'169	8'420
* davon Kosten OKP 2	2'453	2'560	2'726	2'871	2'899	3'005	3'137	3'216	3'280	3'330	3'413

Datenstand: 9.12.13

1) 2012: 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 2013 Version: January 2014 (Werte 2002 -> 2012 teilweise revidiert). 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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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	23'206.7	11'311.1	19'945.4	5'484.8	1'122.8	2'813.5	689.8	64'574.0
2012	-	-	-	-	-	-	-	-

Datenstand: 5.12.13

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: 1996-2011: Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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	29'138.1	21'455.0	2'166.7	7'334.0	1'442.8	3'037.4	64'574.0
2012	-	-	-	-	-	-	-

Datenstand: 5.12.13

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: 1996-2011: Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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	2012 ²
<i>nach Finanzierungsregimes (BFS)³, in Mio. Fr.</i>																	
Total Kosten des Gesundheitswesens⁴	37'468.6	38'209.9	39'816.0	41'104.5	42'542.9	45'572.8	47'386.6	49'265.2	51'007.7	52'043.0	52'773.3	55'214.9	58'426.1	60'980.8	62'494.9	64'574.0	-
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	12'512.8	-
Bund	128.2	117.5	116.9	128.0	145.0	164.4	177.7	155.6	137.7	126.9	121.3	180.2	190.7	235.3	184.0	144.6	-
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	10'445.5	-
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	1'158.3	1'636.8	1'630.5	1'922.7	-
Sozialversicherungen																	
Krankenversicherung KV (Grundvers.) ⁶	11'739.7	12'260.3	12'798.7	13'282.2	14'059.1	14'886.7	15'483.3	16'304.2	17'379.8	18'272.7	18'616.2	19'476.6	20'552.3	21'382.8	22'025.1	22'567.0	-
Privatversicherungen	4'886.5	4'463.4	4'590.2	4'331.9	4'546.7	4'699.9	4'615.5	4'477.9	4'511.7	4'574.8	4'820.3	5'090.8	5'247.4	5'384.2	5'404.7	5'536.3	-
KVG-Versicherer (VG) ⁶	4'375.2	3'982.3	4'038.2	3'415.2	2'845.1	1'875.9	1'740.9	1'645.4	1'205.7	1'392.2	1'351.0	1'445.5	1'567.2	1'593.6	1'559.7	1'272.9	-
Private Versicherungseinrichtungen ⁶	521.3	571.1	552.0	916.7	1'900.6	2'824.0	2'874.6	2'832.5	3'006.0	3'282.5	3'469.3	3'645.3	3'680.3	3'790.6	3'844.9	4'263.4	-
Private Haushalte																	
Kostenbeteiligung, Sozialversicherung ⁷	1678.5	1776.0	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'632.3	2'695.0	3'038.7	3'155.1	3'280.5	3'382.5	3'408.7	3'575.1	-
Kostenbeteiligung, Privatversicherung ⁷	92.3	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	38.7	42.8	45.9	47.2	43.5	41.8	37.9	-
Übrige private Finanzierung⁸	360.3	367.4	376.3	388.7	420.2	442.7	456.3	462.2	460.5	481.0	500.3	555.5	600.9	589.4	619.9	602.7	-
Andere⁹	12'724.6	13'313.8	13'906.8	14'579.2	15'012.9	15'460.1	15'863.0	16'615.3	17'154.7	16'876.2	17'216.6	17'950.2	17'794.9	18'385.9	19'151.8	19'742.2	-
<i>aus der Sicht der Krankenversicherung (BAG), in Mio. Fr.</i>																	
Prämien Krankenversicherung¹⁰	16'013.1	16'937.3	17'695.3	17'814.4	18'507.0	19'132.2	20'687.0	22'046.5	23'360.4	23'865.6	24'818.0	25'247.3	25'543.4	25'752.8	27'979.8	29'826.6	30'756.6
Obligatorische Krankpflegeversicherung KV/G	11'035.2	11'824.8	12'664.2	12'945.5	13'546.7	13'654.7	15'266.2	16'759.7	17'979.6	18'442.7	19'234.9	19'629.6	19'921.4	20'057.6	21'955.7	23'513.7	24'303.7
Zusatzversicherungen VVG der KV-G-Versicherer	437.6	441.0	443.3	376.7	231.74	1'987.0	1'958.4	1'982.6	1'358.8	1'397.7	1'384.1	1'410.6	1'412.5	1'381.6	1'442.6	1'273.4	1'409.6
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	640.4	601.9	637.8	1'096.2	2'242.9	3'190.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	4'025.3	4'199.1	4'207.1	4'509.5	4'313.6	4'881.4	5'038.5	5'012.3
Nettoleistungen 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	21'308.9	21'538.3	22'651.5	23'800.9	24'661.9	25'369.4	26'006.8	26'227.8
Obligatorische Krankpflegeversicherung KV/G	10'760.5	11'360.5	11'926.9	12'430.6	13'190.3	13'866.3	14'926.8	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	22'166.0
Zusatzversicherungen VVG der KV-G-Versicherer	3'069.6	3'288.3	3'296.5	2'787.1	2'199.1	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	1'078.1
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	512.7	475.9	480.1	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	2'953.7
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	2'688.2	3'031.7	3'081.5	3'201.0	3'327.6	3'426.0	3'450.5	3'613.0	3'756.1
Obligatorische Krankpflegeversicherung KV/G ¹¹	1'678.5	1'778.0	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'632.3	2'695.0	3'038.7	3'155.1	3'280.5	3'382.5	3'408.7	3'575.1	3'705.2
Zusatzversicherungen VVG der KV-G-Versicherer ¹²	92.3	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	38.7	42.8	45.9	47.2	43.5	41.8	37.9	80.9
Bruttoleistungen Krankenversicherung¹³	16'360.9	16'533.2	17'381.4	17'467.3	17'732.5	17'991.2	18'556.1	19'317.1	20'216.2	21'528.8	21'728.7	22'794.7	24'010.5	24'929.1	25'615.8	25'948.7	27'030.2
Obligatorische Krankpflegeversicherung KV/G	12'459.0	13'138.5	14'024.1	14'620.5	15'479.3	16'386.5	17'095.6	17'824.7	19'139.8	20'347.7	20'602.6	21'578.7	22'721.9	23'656.3	24'292.5	24'931.5	25'901.2
Zusatzversicherungen VVG der KV-G-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	1'129.0
Prämienverbilgung KV/G¹⁴	1'815.6	2'087.1	2'263.2	2'476.6	2'532.8	2'671.6	2'846.4	2'961.1	3'025.3	3'119.6	3'230.0	3'432.2	3'388.3	3'542.4	3'975.8	4'070.3	3'967.7
Kosten des Gesundheitswesens in Franken pro Einwohner¹⁵																	
	5273.2	5371.4	5582.7	5735.4	5942.9	6277.0	6448.4	6552.9	6842.9	6937.9	6982.8	7247.4	7576.9	7816.8	7933.3	8161.1	-
Durchschnittliche Prämien in der OKP in Franken pro Versicherte¹⁶																	
	1'538.9	1'663.9	1'753.7	1'927.2	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	3'075.2

Datenstand: 5.12.13

- 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 Prämienverbilligungen und die Leistungen der OKP innerhab des Gesundheitswesens auszuweisen.
- 2) Seit 2012 publiziert die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETHZ keine Prognose mehr zur Kostentwicklung.
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 Direktzähler 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 (Spitalen), 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 Behinderte, Institutionen für Behinderte, Spitexorganisationen, Gesundheitsligen.
- 9) Andere Rubriken als die im Folgenden erwähnten. UV, IV, AHV, andere Régimes, soziale Leistungen, out of pocket (als Differenz berechnet).
- 10) Quelle T 9.11.
- 11) T 1.01 (-> 2011 T 1.02 [32]) ; erscheint auch als Privathaushalte in der Tabelle des BFS nach Finanzierungsregimes.
- 12) T 7.02 [4207-4217] (->2011 T 7.03 [32]) ; erscheint auch als Privathaushalte in der Tabelle des BFS nach Finanzierungsregimes. 2012-> inkl. Liechtenstein und Versicherte wohnhaft im Ausland.
- 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) Prämiensoff pro Versicherten in Fr. für alle Versicherungsformen (T 1.01).

Quelle: BAG ; T 1.01, 4.01, 7.02, 9.01, 9.11 (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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

10: Risikoausgleich in der OKP

10.01	Risikoausgleich: Nettozahler und Nettoempfänger ab 1996	157
10.02	Risikoausgleich: Bruttoumverteilung und Nettoumverteilung ab 1996	159
10.03	Risikoausgleich je versicherte Person und Versicherungsmonat nach Altersklasse und Geschlecht	160
10.04	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kanton (gemäss Definition des Risikoausgleichs)	161
10.05	Effektive Kosten nach Kanton (gemäss Definition des Risikoausgleichs)	162

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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%
2012	36	59.0%	25	41.0%	61	-3.2%

Datenstand: 30.1.14

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).

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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

Ausgleichs- jahr	Bruttoumverteilung ¹						Nettoumverteilung ²	
	nach Geschlecht ³	Veränderung gegenüber Vorjahr	nach Alter ⁴	Veränderung gegenüber Vorjahr	nach Aufenthalt ⁵	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%
2012	1'493	-0.3%	6'081	-0.4%	5'079	-	1'564	4.5%

Datenstand: 30.1.14

Quelle: Statistik des Risikoausgleichs - Gemeinsame Einrichtung KVG

- 1) Gesamtschweizerische theoretisch-statistische Grösse.
- 2) Effektiv erfolgte Umverteilung zwischen den Versicherern (von Nettozahlern zu Nettoempfängern; vgl. Tabelle 10.01).
- 3) Umverteilung von Männern zu Frauen.
- 4) Umverteilung von jüngeren Versicherten (19 – 55-jährige Personen) zu älteren Versicherten (56-jährige und ältere Personen).
- 5) Umverteilung von Versicherten ohne Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Dauer mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte) im Vorjahr zu Versicherten mit einem Aufenthalt (neuer Ausgleichsfaktor im 2012 eingeführt).

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

**T 10.03 Risikoausgleich ¹ in Fr. je versicherte Person
und Versicherungsmonat nach Altersklasse und Geschlecht**
2012

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	-196	8	-154	6	-175	7
26 - 30	-193	6	-105	4	-150	5
31 - 35	-182	7	-75	2	-129	4
36 - 40	-165	5	-85	1	-125	3
41 - 45	-145	4	-92	2	-119	3
46 - 50	-115	4	-66	2	-91	3
51 - 55	-74	1	-32	0	-54	0
56 - 60	-14	-2	7	-1	-3	-1
61 - 65	59	-7	63	-2	61	-4
66 - 70	156	-7	145	-3	150	-5
71 - 75	261	-14	235	-9	247	-11
76 - 80	387	-17	369	-7	377	-11
81 - 85	506	-18	534	-12	523	-15
86 - 90	650	-24	784	-21	740	-22
> 90	886	-51	1'174	-40	1'097	-44

Datenstand: 30.1.14

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

**T 10.04 Durchschnittlicher Versichertenbestand ¹ nach Kanton
(gemäss Definition des Risikoausgleichs ²)**
2012

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	davon Kinder männlich
ZH	254'036	555'704	579'701	1'135'407	1'389'442	130'447
BE	175'881	387'696	418'789	806'483	982'364	89'806
LU	75'012	151'228	157'202	308'431	383'443	38'542
UR	6'946	14'347	14'284	28'629	35'575	3'611
SZ	28'651	60'911	58'797	119'709	148'361	14'673
OW	7'155	14'727	14'476	29'206	36'362	3'658
NW	7'335	16'946	16'671	33'617	40'952	3'789
GL	7'205	16'087	16'046	32'133	39'338	3'724
ZG	21'903	46'745	46'359	93'103	115'005	11'209
FR	62'657	110'810	113'329	224'139	286'796	32'037
SO	46'650	103'691	107'989	211'681	258'332	23'953
BS	28'639	75'812	82'851	158'663	187'301	14'767
BL	49'099	109'723	116'762	226'489	275'588	25'194
SH	13'642	31'941	33'274	65'213	78'855	7'067
AR	10'296	21'728	21'926	43'652	53'948	5'397
AI	3'352	6'386	6'048	12'438	15'790	1'740
SG	94'911	191'878	196'958	388'839	483'750	48'388
GR	33'426	81'342	82'174	163'515	196'942	17'147
AG	119'326	252'121	255'159	507'283	626'608	61'508
TG	49'803	103'063	102'819	205'880	255'684	25'650
TI	59'030	132'303	145'062	277'369	336'399	30'293
VD	148'018	270'216	292'702	562'919	710'937	75'889
VS	60'557	128'419	132'353	260'774	321'331	31'032
NE	34'960	66'303	72'073	138'377	173'338	17'992
GE	88'267	161'866	178'510	340'377	428'644	45'117
JU	14'608	27'232	28'822	56'054	70'661	7'534
CH	1'501'365	3'139'225	3'291'136	6'430'380	7'931'746	770'164

Datenstand: 30.1.14

Quelle: Statistik des Risikoausgleichs - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand = Anzahl Versicherungsmonate dividiert durch 12.

2) Für die Zahl der Versicherten, die im Risikoausgleich berücksichtigt werden, gilt eine andere Definition als für die Versichertenbestände in den Formularen EF1345 (Anzahl OKP-Versicherte).

Folglich ergeben sich Differenzen zu den Beständen von EF1345 bei den Versicherern (vgl. insbesondere Kapitel 11).

Die genaue Definition der Versicherten, die dem Risikoausgleich unterstehen, findet man unter

<http://www.kvg.org/ra/default.htm> Rubrik Risikoausgleich

insbesondere was die Grenzgänger, die Empfänger einer schweizerischen Rente und die Asylsuchenden betrifft.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

**T 10.05 Effektive Kosten ¹ in Fr. nach Kanton
(gemäss Definition des Risikoausgleichs ²)**
2012

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene
ZH	242'532'267	1'439'970'169	2'054'735'750	3'494'705'919	3'737'238'186
BE	133'910'531	1'079'122'555	1'540'519'384	2'619'641'939	2'753'552'470
LU	54'852'573	354'227'834	490'245'725	844'473'559	899'326'132
UR	4'501'706	32'866'609	41'367'457	74'234'066	78'735'772
SZ	24'207'841	143'067'008	182'024'991	325'091'999	349'299'840
OW	5'784'750	33'771'810	42'453'776	76'225'586	82'010'336
NW	5'162'733	38'420'509	48'930'724	87'351'233	92'513'966
GL	5'447'349	39'650'316	50'770'817	90'421'133	95'868'482
ZG	17'088'450	102'310'588	139'822'260	242'132'848	259'221'298
FR	51'996'003	273'871'701	379'524'794	653'396'495	705'392'498
SO	40'757'356	274'287'805	367'555'005	641'842'810	682'600'166
BS	33'010'181	251'919'522	390'475'835	642'395'357	675'405'538
BL	48'692'006	313'212'872	449'379'093	762'591'965	811'283'971
SH	9'720'846	78'369'834	114'672'363	193'042'197	202'763'043
AR	7'275'120	50'452'502	68'082'851	118'535'353	125'810'473
AI	1'878'727	12'571'980	15'819'764	28'391'744	30'270'471
SG	78'216'599	456'145'239	629'248'231	1'085'393'470	1'163'610'069
GR	27'931'336	184'259'556	252'656'687	436'916'243	464'847'579
AG	104'643'581	631'363'542	845'742'239	1'477'105'781	1'581'749'362
TG	40'283'566	231'671'266	317'663'386	549'334'652	589'618'218
TI	52'534'531	379'593'464	537'166'180	916'759'644	969'294'175
VD	147'031'919	754'863'661	1'147'450'073	1'902'313'734	2'049'345'653
VS	48'987'061	313'238'846	430'942'655	744'181'501	793'168'562
NE	28'039'492	171'025'352	255'060'273	426'085'625	454'125'117
GE	104'547'766	534'929'399	838'455'768	1'373'385'167	1'477'932'933
JU	11'407'261	74'435'687	107'102'326	181'538'013	192'945'274
CH	1'330'441'551	8'249'619'626	11'737'868'407	19'987'488'033	21'317'929'584

Datenstand: 30.1.14

Quelle: Statistik des Risikoausgleichs - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

2) Für die Bestimmung der massgebenden Kosten wird neu auf das Behandlungsdatum für die Ausgleichsjahre 2012 und später abgestellt (bis 2011 war dagegen das Abrechnungsdatum massgebend).

Dieser Wechsel schlägt sich tendenziell in einer Verminderung der ausgewiesenen Kosten nieder.

Es handelt sich dabei jedoch lediglich um einen statistischen Effekt.

Für die Zahl der Versicherten, die im Risikoausgleich berücksichtigt werden, gilt eine andere Definition als für die Versichertenbestände in den Formularen EF1345 (Anzahl OKP-Versicherte). Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 10.04.

Auf diesem Grund kommt es zu Differenzen bei den Kosten gegenüber den Angaben im Formular EF1345 der Versicherer (Abrechnungsdatum massgebend, siehe insbesondere Kapitel 2).

11: Versicherte in der OKP

11.01 Durchschnittlicher Versichertenbestand ab 2002	163
11.02 Versichertenbestand per 31.12. ab 2002	164
11.03 Versichertenbestand nach Wohnkanton per 31.12.	165
11.04 Versichertenbestand und Wohnbevölkerung ab 1996	166
11.05 Versichertenbestand per 31.12 nach Versicherungsform ab 2002	167
11.06 Versichertenbestand nach Versicherungsform per 31.12.	168
11.07 Aufteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ab 2002	169
11.08 Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Versicherte ab 19 Jahren	170
11.09 Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Kinder 0 - 18 Jahre	171
11.10 Versicherteneintritte und Versichertenaustritte KVG nach Alter und Geschlecht	172
11.11 Zahlungsausstände für OKP-Prämien ab 2002	173
11.12 Versichertenbestand KVG nach Geschlecht im 2011, 2012 und 2013	174
11.13 Durchschnittlicher Versichertenbestand KVG und Durchschnittsalter der Versicherten	175
11.14 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kanton	176
11.15 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersklasse und Geschlecht	177
11.16 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherungsform	178
11.17 Anzahl Versicherte OKP, in %, nach Grösse der Versicherer ab 2002	179
11.18 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kanton ab 1996	180

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.01 Durchschnittlicher Versichertenbestand ¹ ab 2002

Jahr ²	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	3'151'552	3'292'916	6'444'468	1'508'889	7'953'357	1.2%

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.02 Versichertenbestand per 31.12 ab 2002

Jahr ²	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder ¹	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	3'155'476	3'291'504	6'446'980	1'552'289	7'999'269	1.2%

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.03 Versichertenbestand nach Wohnkanton per 31.12.

2012

Kanton	Männer	Frauen	Kinder	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	558'275	580'052	262'890	1'401'217	1.3%
BE	390'249	417'939	181'531	989'719	0.5%
LU	152'416	157'368	77'228	387'012	1.2%
UR	14'498	14'250	7'128	35'876	0.7%
SZ	61'634	59'038	29'590	150'262	1.4%
OW	14'859	14'474	7'353	36'686	0.9%
NW	17'136	16'668	7'535	41'339	0.6%
GL	16'260	16'025	7'408	39'693	0.8%
ZG	47'273	46'648	22'670	116'591	1.3%
FR	112'521	114'170	65'104	291'795	2.4%
SO	104'428	108'225	48'356	261'009	0.8%
BS	71'282	80'433	29'097	180'812	0.4%
BL	108'930	116'138	50'600	275'668	0.8%
SH	31'034	32'731	14'020	77'785	1.0%
AR	21'853	21'835	10'595	54'283	0.4%
AI	6'559	6'024	3'421	16'004	1.2%
SG	193'007	196'692	97'920	487'619	0.8%
GR	81'637	82'459	34'400	198'496	-0.1%
AG	251'748	254'994	123'173	629'915	1.3%
TG	102'563	102'440	51'216	256'219	1.7%
TI	132'862	144'599	61'036	338'497	0.9%
VD	274'184	294'521	154'409	723'114	1.8%
VS	130'065	133'292	63'135	326'492	1.5%
NE	67'069	72'136	36'255	175'460	1.0%
GE	162'643	178'002	90'306	430'951	1.2%
JU	27'525	28'839	15'127	71'491	0.5%
Schweiz	3'152'511	3'289'993	1'551'504	7'994'008	1.1%
Ausland ¹	2'965	1'511	785	5'261	53.2%
Total	3'155'476	3'291'504	1'552'289	7'999'269	1.2%

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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 Wohnbevölke- rung 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	7'860'791	7'907'019	7'912'398
2012	7'953'357	7'931'746	7'932'245	7'999'269	7'996'861

Datenstand: 30.1.14

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand im Formular EF1345: Stand aller Monate zusammengezählt und geteilt durch 12.

2) Für die Zahl der Versicherten, die im Risikoausgleich berücksichtigt werden, gilt eine andere Definition als für die Versichertenbestände in den Formularen EF1345 (Anzahl OKP-Versicherte). Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 10.04.

3) Versichertenbestand per 1.1 und per 31.12. im Formular EF1345. Werte 2011 revidiert.

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

Quelle: T 11.01, T 10.04, T 11.12, T 11.06, T 9.01

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.05 Versichertenbestand per 31.12. nach Versicherungsform ¹ ab 2002

Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
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%
2012	2'006'966	1'379'117	5'002	4'608'184	7'999'269	1.2%

Datenstand: 5.7.13

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

Quelle: T 11.06

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.06 Versichertenbestand nach Versicherungsform ¹ per 31.12.

2012

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränderung gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	631'654	812'773	562'539	2'006'966	25.1%	-7.3%
Wählbare Jahresfranchisen	697'491	625'689	55'937	1'379'117	17.2%	-9.9%
BONUS-Versicherung	3'275	1'704	23	5'002	0.1%	-4.7%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO) *	1'823'056	1'851'338	933'790	4'608'184	57.6%	9.6%
<i>* davon Versicherte, die gleichzeitig eine wählbare Franchise haben</i>	-	-	-	2'515'417	31.4%	-
Total	3'155'476	3'291'504	1'552'289	7'999'269	100.0%	1.2%

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.07 Verteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ¹ ab 2002

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
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%
2012	25.1%	17.2%	0.1%	57.6%	100.0%

Datenstand: 5.7.13

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

Quelle: T 11.05

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

2012

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	25.0%	8.2%	1.5%	4.7%	0.8%	6.7%	-	21.9%	18.7%	34.3%	53.0%	9.0%	28.6%	100.0%		
BE	15.0%	8.4%	1.1%	3.2%	0.5%	3.3%	-	16.6%	25.0%	43.4%	68.3%	7.9%	31.5%	100.0%		
LU	20.6%	4.2%	1.0%	3.3%	0.5%	4.0%	-	13.1%	28.9%	37.4%	66.3%	10.1%	45.9%	100.0%		
UR	19.4%	7.6%	1.1%	5.3%	1.0%	4.4%	-	19.5%	22.9%	38.2%	61.1%	6.6%	34.5%	100.0%		
SZ	23.7%	7.0%	1.4%	5.3%	0.8%	6.6%	-	21.3%	20.5%	34.4%	54.9%	2.5%	41.5%	100.0%		
OW	17.5%	5.9%	1.0%	3.5%	0.7%	3.8%	-	15.0%	29.1%	38.3%	67.4%	0.4%	52.2%	100.0%		
NW	22.1%	6.0%	1.5%	4.3%	0.8%	4.1%	-	16.7%	26.5%	34.5%	61.0%	0.8%	48.3%	100.0%		
GL	30.7%	7.6%	2.1%	7.4%	1.4%	7.4%	-	25.8%	17.6%	25.8%	43.3%	0.0%	30.0%	100.0%		
ZG	25.5%	7.4%	1.6%	5.3%	0.8%	6.3%	-	21.5%	19.7%	33.2%	52.9%	7.4%	33.7%	100.0%		
FR	22.4%	13.0%	1.8%	4.9%	1.0%	3.9%	-	24.6%	17.0%	35.9%	52.9%	0.3%	37.3%	100.0%		
SO	22.9%	9.7%	1.4%	4.2%	0.7%	4.0%	-	20.0%	20.9%	36.1%	57.0%	4.3%	32.3%	100.0%		
BS	29.4%	7.6%	1.3%	5.2%	0.5%	5.9%	-	20.6%	19.3%	30.8%	50.0%	15.5%	25.8%	100.0%		
BL	22.9%	9.2%	1.5%	4.9%	0.7%	5.5%	-	21.8%	20.2%	35.1%	55.2%	5.0%	35.5%	100.0%		
SH	20.3%	7.4%	1.4%	4.0%	0.9%	5.4%	-	19.1%	23.5%	37.0%	60.5%	1.9%	45.7%	100.0%		
AR	24.4%	5.5%	1.5%	4.4%	0.7%	4.2%	-	16.3%	21.3%	37.9%	59.2%	9.1%	37.3%	100.0%		
AI	21.5%	4.8%	1.1%	4.0%	0.6%	3.4%	-	14.0%	22.0%	42.5%	64.4%	1.8%	52.0%	100.0%		
SG	19.6%	4.6%	1.0%	3.6%	0.5%	3.7%	-	13.5%	26.1%	40.7%	66.8%	12.3%	43.0%	100.0%		
GR	32.8%	4.6%	1.3%	4.6%	0.7%	5.4%	-	16.7%	23.6%	26.8%	50.4%	2.0%	38.8%	100.0%		
AG	24.0%	6.2%	1.4%	4.4%	0.7%	4.7%	-	17.4%	24.6%	33.8%	58.4%	7.0%	38.7%	100.0%		
TG	18.5%	4.7%	1.2%	4.4%	0.7%	4.5%	-	15.4%	22.7%	43.2%	65.9%	13.5%	43.6%	100.0%		
TI	24.7%	11.8%	1.1%	5.0%	0.4%	6.9%	-	24.8%	17.2%	33.2%	50.5%	0.3%	28.8%	100.0%		
VD	19.1%	13.4%	2.0%	5.5%	0.6%	6.7%	-	28.1%	15.3%	37.5%	52.8%	2.0%	33.9%	100.0%		
VS	35.5%	13.2%	2.2%	4.7%	0.8%	4.6%	-	25.7%	16.2%	22.6%	38.8%	0.0%	25.1%	100.0%		
NE	22.3%	10.3%	1.0%	3.7%	0.4%	5.6%	-	21.0%	18.1%	38.6%	56.7%	1.9%	39.4%	100.0%		
GE	26.9%	15.3%	1.8%	5.5%	0.4%	7.2%	-	30.2%	14.2%	28.8%	42.9%	10.1%	19.6%	100.0%		
JU	19.9%	11.0%	1.1%	5.2%	0.6%	4.7%	-	22.7%	16.3%	41.0%	57.3%	0.0%	44.1%	100.0%		
Ausland ²	76.7%	5.7%	2.6%	6.5%	0.1%	7.9%	-	22.9%	0.2%	0.2%	0.4%	0.0%	0.4%	100.0%		
CH	22.8%	8.8%	1.4%	4.5%	0.6%	5.3%	-	20.7%	20.7%	35.7%	56.4%	6.6%	33.8%	100.0%		

Datenstand: 5.7.13

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).

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundessamt für Gesundheit

2012

T 11.08 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	42.0%	0.2%	0.8%	0.3%	0.5%	0.7%	0.6%	3.2%	0.0%	51.1%	3.6%	54.8%	8.7%	30.2%	100.0%	
BE	26.4%	0.1%	0.7%	0.2%	0.4%	0.4%	0.5%	2.4%	0.0%	64.4%	6.8%	71.2%	7.2%	31.0%	100.0%	
LU	25.3%	0.1%	0.2%	0.1%	0.8%	0.2%	0.5%	2.1%	0.4%	64.2%	8.4%	72.6%	8.2%	53.3%	100.0%	
UR	25.5%	0.1%	0.2%	1.9%	3.1%	0.4%	0.7%	6.5%	0.4%	59.8%	8.2%	68.0%	6.2%	42.4%	100.0%	
SZ	33.2%	0.1%	0.4%	0.3%	1.6%	1.0%	0.6%	4.0%	0.0%	55.9%	6.9%	62.8%	2.5%	49.7%	100.0%	
OW	22.6%	0.1%	0.2%	0.1%	1.3%	0.2%	0.4%	2.3%	0.0%	67.9%	7.2%	75.2%	0.1%	60.6%	100.0%	
NW	27.7%	0.1%	0.1%	0.3%	1.7%	0.4%	0.4%	3.0%	0.0%	62.3%	7.0%	69.3%	0.5%	56.9%	100.0%	
GL	44.6%	0.1%	0.4%	1.0%	1.3%	0.2%	1.9%	4.8%	0.0%	46.6%	4.0%	50.5%	0.0%	36.8%	100.0%	
ZG	37.4%	0.1%	0.6%	0.2%	1.1%	0.9%	0.7%	3.6%	0.0%	54.7%	4.4%	59.1%	9.3%	37.8%	100.0%	
FR	38.4%	0.1%	1.4%	0.5%	0.6%	0.4%	0.7%	3.8%	0.0%	53.5%	4.3%	57.8%	0.2%	41.1%	100.0%	
SO	35.6%	0.1%	0.5%	0.2%	0.6%	0.4%	1.0%	2.9%	0.0%	56.8%	4.7%	61.6%	4.9%	41.0%	100.0%	
BS	40.3%	0.1%	1.4%	0.3%	1.0%	0.4%	0.9%	4.1%	0.0%	50.6%	5.0%	55.6%	17.1%	28.3%	100.0%	
BL	35.1%	0.1%	0.9%	0.4%	1.0%	0.7%	0.9%	3.9%	0.0%	54.4%	6.6%	61.0%	4.5%	38.3%	100.0%	
SH	32.6%	0.1%	0.5%	0.4%	0.6%	1.0%	0.4%	2.9%	0.0%	59.1%	5.5%	64.6%	2.8%	45.2%	100.0%	
AR	31.9%	0.0%	0.4%	0.3%	0.6%	0.5%	0.8%	2.6%	0.0%	60.4%	5.1%	65.5%	9.4%	41.1%	100.0%	
AI	21.7%	0.1%	0.2%	0.1%	0.3%	0.4%	0.5%	1.5%	0.0%	68.5%	8.3%	76.8%	1.7%	66.0%	100.0%	
SG	25.7%	0.0%	0.3%	0.2%	0.2%	0.9%	0.6%	2.2%	0.0%	65.2%	6.9%	72.1%	15.0%	45.7%	100.0%	
GR	39.4%	0.1%	0.3%	0.1%	0.3%	0.4%	0.7%	1.9%	0.0%	55.6%	3.1%	58.6%	2.8%	45.2%	100.0%	
AG	38.6%	0.1%	0.6%	0.2%	0.5%	0.7%	0.4%	2.4%	0.0%	55.0%	3.9%	58.9%	7.8%	36.8%	100.0%	
TG	25.6%	0.1%	0.3%	0.2%	0.6%	0.6%	0.8%	2.7%	0.0%	61.5%	10.2%	71.7%	16.7%	45.1%	100.0%	
TI	41.2%	0.1%	1.5%	0.8%	0.8%	0.6%	0.5%	4.4%	0.0%	50.7%	3.8%	54.4%	0.1%	35.1%	100.0%	
VD	36.3%	0.4%	2.4%	1.0%	1.4%	0.6%	1.4%	7.3%	0.0%	48.9%	7.5%	56.4%	3.5%	34.0%	100.0%	
VS	54.5%	0.2%	2.6%	0.5%	0.5%	0.3%	0.7%	4.9%	0.0%	37.4%	3.2%	40.6%	0.0%	25.8%	100.0%	
NE	37.0%	0.1%	1.1%	0.6%	1.3%	0.6%	0.8%	4.3%	0.0%	53.5%	5.2%	58.7%	2.7%	42.3%	100.0%	
GE	54.6%	0.7%	2.0%	0.8%	1.0%	0.6%	1.0%	6.0%	0.0%	36.6%	2.8%	39.4%	10.2%	15.7%	100.0%	
JU	30.4%	0.2%	0.9%	0.6%	1.1%	0.5%	0.8%	4.3%	0.0%	57.2%	8.1%	65.3%	3.0%	51.5%	100.0%	
Ausland ²	84.1%	0.3%	6.6%	0.0%	5.6%	0.0%	3.5%	15.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
CH	36.6%	0.2%	1.0%	0.4%	0.8%	0.6%	0.7%	3.7%	0.0%	54.3%	5.4%	59.7%	6.9%	35.6%	100.0%	

Datenstand: 5.7.13

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 KVVG, aber ohne Versicherte, die dem Versicherungsobligatorium unterstehen und in einem EU- oder EFTA-Staat Wohnsitz haben (vgl. Fussnote 1 von Tabelle 11.03).

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.10 Versicherteneintritte und Versichertenaustritte KVG nach Alter und Geschlecht

2012

a. Versicherteneintritte

Alter	männlich	weiblich	Total	In % des durchschnittlichen Versichertenbestandes	
Kinder	128'264	120'625	248'889	16.5%	
Junge Erwachsene	67'238	63'821	131'059	19.6%	
Erwachsene	323'589	294'312	617'901	10.7%	
Total *	519'091	478'758	997'849	12.5%	E
* davon Neugeborene	37'831	35'649	73'480	0.9%	F
* davon Eintritte ¹ am 1.1.12	294'618	290'344	584'962	7.4%	C

b. Versichertenaustritte

Alter	männlich	weiblich	Total	In % des durchschnittlichen Versichertenbestandes	
Kinder	75'945	71'611	147'556	9.8%	
Junge Erwachsene	51'592	46'972	98'564	14.7%	
Erwachsene	276'712	260'194	536'906	9.3%	
Total *	404'249	378'777	783'026	9.8%	G
* davon gestorben	30'211	32'881	63'092	0.8%	H
* davon Austritte ¹ am 31.12.12	220'938	216'225	437'163	5.5%	J

Datenstand: 5.7.13

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

Siehe Grafik G 11d ↑

1) C und J: Schätzungen BAG.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.11 Zahlungsausstände für OKP-Prämien ab 2002

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
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
2012	449'053	2'049	54'476	2'109

Datenstand: 5.7.13

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 geliefert haben (<= 0; 2005 -> 2012: 70-75-82-79-75-79-59-57 Versicherer).
- 3) „Versicherte mit sistierten Leistungen“ sind Versicherte für die ein Leistungsstopp verhängt wurde, weil sie ihre Prämien nicht bezahlt haben. Inkrafttreten des neuen Artikels 64a KVG am 1.1.2012. Die Kantone können die Sistierung der Leistungen gemäss Artikel 64a, Abs. 7 KVG weiterführen. Daten teilweise unvollständig (siehe Punkt 4).
Personen, die Militärdienst leisten und deshalb sistiert wurden, sind in dieser Tabelle nicht aufgeführt.
- 4) Schätzungen aufgrund der Versicherer, die vollständige Angaben geliefert haben (<= 0; 2005 -> 2012: 22-50-56-53-57-60-44-37 Versicherer).

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.12 Versichertenbestand KVG nach Geschlecht 2011, 2012 und 2013

a. Versichertenbestand am 1.1.13

Alter	männlich	weiblich	Total ¹	
Kinder	756'974	717'928	1'474'902	
Junge Erwachsene	342'724	327'844	670'568	
Erwachsene	2'861'396	3'010'856	5'872'252	
Total *	3'961'094	4'056'628	8'017'722	L
* davon Eintritte ² am 1.1.13	229'709	225'907	455'616	K

b. Versichertenbestand am 31.12.11

	männlich	weiblich	Total ¹	
Total *	3'900'895	4'006'124	7'907'019	A
* davon Austritte am 31.12.11	284'352	275'384	559'736	B

c. Versichertenbestand am 31.12.12

	männlich	weiblich	Total ¹	
Total	3'952'323	4'046'946	7'999'269	I

d. Versichertenbestand am 1.1.12

	männlich	weiblich	Total ¹	
Total	3'911'161	4'021'084	7'932'245	D

Datenstand: 5.7.13

Siehe Grafik G 11d ↑

Quelle: EF 3.8.2 (a), T 11.12 c STAT 2011 oder EF 3.1 2011 (A), 3.8.5 (B), EF 3.8.6 (I), T 11.12 a STAT 2011 (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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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

2012

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	774'294	734'596	1'508'889	19.0%
Junge Erwachsene	339'778	328'960	668'737	8.4%
Erwachsene	2'811'775	2'963'956	5'775'731	72.6%
Total	3'925'846	4'027'512	7'953'357	100.0%
Durchschnittsalter	40.07	42.33	41.21	-

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

	Männer	Frauen	Kinder	Total
Total	18'833	11'087	3'587	33'508

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

	Männer	Frauen	Kinder	Total
Total	15'006	7'650	3'125	25'782

Datenstand: 5.7.13

- 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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.14 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kanton

2012

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	255'468	105'161	1'032'841	1'393'470	1.4%
BE	176'757	81'587	727'982	986'327	0.5%
LU	75'299	35'729	274'081	385'109	1.2%
UR	6'968	3'215	25'576	35'760	0.6%
SZ	28'799	12'705	107'670	149'174	1.2%
OW	7'178	3'427	25'941	36'547	1.2%
NW	7'361	3'617	30'207	41'185	0.7%
GL	7'225	3'722	28'660	39'607	1.0%
ZG	22'044	8'872	84'703	115'619	1.5%
FR	63'027	26'101	199'428	288'556	2.4%
SO	46'986	22'829	189'829	259'645	0.7%
BS	28'170	13'041	139'044	180'255	0.2%
BL	49'321	21'594	204'132	275'047	0.8%
SH	13'598	6'866	56'905	77'369	1.0%
AR	10'314	5'031	38'849	54'194	0.6%
AI	3'360	1'655	10'922	15'936	1.1%
SG	95'355	46'636	343'949	485'941	0.9%
GR	33'568	17'986	145'828	197'381	0.0%
AG	119'746	53'953	452'074	625'773	1.4%
TG	49'812	24'216	180'608	254'636	1.7%
TI	59'214	24'143	253'711	337'067	1.0%
VD	149'644	60'668	506'642	716'953	1.7%
VS	61'172	29'061	233'218	323'451	1.5%
NE	35'255	15'415	123'971	174'641	0.8%
GE	87'766	34'625	304'986	427'377	1.1%
JU	14'736	6'435	50'085	71'255	0.5%
Ausland ¹	747	448	3'891	5'085	26.2%
CH	1'508'889	668'738	5'775'731	7'953'358	1.2%

Datenstand: 5.7.13

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

Quelle: Formular EF 3.12

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.15 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersklasse und Geschlecht

2012

Altersklasse	Männlich absolut	Anteil in %	Weiblich absolut	Anteil in %	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
0 – 5	229'687	5.9%	217'987	5.4%	447'674	1.9%
6 – 10	198'779	5.1%	188'792	4.7%	387'571	0.9%
11 – 15	211'309	5.4%	200'248	5.0%	411'557	-1.4%
16 – 18	134'519	3.4%	127'568	3.2%	262'087	-0.2%
Total 0 – 18	774'294	19.7%	734'596	18.2%	1'508'889	0.3%
19 – 20	92'550	2.4%	89'361	2.2%	181'911	-1.7%
21 – 25	247'228	6.3%	239'599	5.9%	486'827	1.4%
Total 19 – 25	339'778	8.7%	328'960	8.2%	668'737	0.6%
26 – 30	269'480	6.9%	262'564	6.5%	532'044	1.4%
31 – 35	278'389	7.1%	272'593	6.8%	550'982	2.5%
36 – 40	279'593	7.1%	276'307	6.9%	555'900	-0.6%
41 – 45	313'947	8.0%	310'935	7.7%	624'882	-1.2%
46 – 50	334'990	8.5%	325'102	8.1%	660'092	1.9%
51 – 55	292'448	7.4%	286'188	7.1%	578'635	2.9%
56 – 60	248'208	6.3%	246'583	6.1%	494'791	2.7%
61 – 65	222'239	5.7%	228'913	5.7%	451'152	-0.6%
66 – 70	195'618	5.0%	209'402	5.2%	405'019	3.5%
71 – 75	140'864	3.6%	165'950	4.1%	306'814	2.9%
76 – 80	109'524	2.8%	144'325	3.6%	253'848	1.3%
81 – 85	73'635	1.9%	117'304	2.9%	190'939	1.6%
86 – 90	38'249	1.0%	77'607	1.9%	115'856	1.7%
91 – 95	12'308	0.3%	31'910	0.8%	44'219	7.8%
96 – 100	2'115	0.1%	7'347	0.2%	9'461	-1.1%
> 100	169	0.0%	927	0.0%	1'096	1.5%
Total > 25	2'811'775	71.6%	2'963'956	73.6%	5'775'731	1.4%
Total	3'925'846	100.0%	4'027'512	100.0%	7'953'357	1.2%

Datenstand: 5.7.13

Quelle: Formular EF 3.11

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.16 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherungsform

2012

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	552'430	137'365	1'331'429	2'021'223	1'275'190	1'468'793
Standardmodell mit wählbarer Jahresfranchise	F I (100 / 500)²	2'663	11'947	558'341	572'952	286'355	570'289
	F II (200 / 1000)²	15'320	7'741	85'173	108'234	57'366	92'914
	F III (300 / 1500)²	6'335	21'123	267'912	295'369	128'360	289'035
	F IV (400 / 2000)²	11'903	3'817	37'779	53'499	28'336	41'597
	F V (500 / 2500)²	8'914	31'360	308'862	349'136	142'766	340'223
	F VI (600 / -)²	10'595	-	-	10'595	10'038	-
	Total	55'729	75'989	1'258'068	1'389'786	653'219	1'334'056
BONUS-Versicherung		23	127	4'864	5'014	2'850	4'991
Andere Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell,...)	F O (0 / 300)²	822'643	178'356	1'164'130	2'165'128	1'255'576	1'342'485
	F I (100 / 500)²	2'909	38'606	470'380	511'895	224'330	508'986
	F II (200 / 1000)²	13'329	39'272	195'434	248'035	97'952	234'706
	F III (300 / 1500)²	11'314	91'846	546'374	649'534	209'055	638'220
	F IV (400 / 2000)²	23'088	28'209	180'961	232'257	82'360	209'169
	F V (500 / 2500)²	13'222	78'970	624'091	716'283	238'937	703'061
	F VI (600 / -)²	14'202	-	-	14'202	12'850	-
	Total *	900'707	455'258	3'181'370	4'537'335	2'121'060	3'636'628
	<i>* davon Versicherte mit HMO-Modell</i>	<i>103'840</i>	<i>56'537</i>	<i>366'796</i>	<i>527'173</i>	<i>247'468</i>	<i>423'333</i>
	<i>* davon Versicherte mit Hausarztmodell</i>	<i>537'891</i>	<i>257'798</i>	<i>1'922'916</i>	<i>2'718'605</i>	<i>1'402'490</i>	<i>2'180'714</i>
	<i>* davon Versicherte mit wählbarer Franchise</i>	<i>78'064</i>	<i>276'903</i>	<i>2'017'240</i>	<i>2'372'207</i>	<i>865'484</i>	<i>2'294'143</i>
Alle³		1'508'889	668'738	5'775'731	7'953'358	4'052'320	6'444'468

Datenstand: 5.7.13

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).

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 11.17 Anzahl Versicherte OKP, in %, nach Grösse der Versicherer ab 2002

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		
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
2012	0.4%	0.8%	4.0%	2.1%	51.8%	40.8%	100.0%	7'953'357

Datenstand: 5.7.13

Quelle: T 5.01

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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	2012
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	1'393
BE	954	956	956	958	964	953	955	957	958	958	960	958	962	972	976	981	986
LU	355	349	350	352	353	354	356	357	358	359	361	363	367	373	376	381	385
UR	36	36	36	36	36	36	36	35	35	35	35	35	35	35	35	36	36
SZ	123	126	127	129	130	131	133	135	136	137	139	140	142	145	146	147	149
OW	31	33	33	33	33	33	34	34	34	34	34	34	35	35	36	36	37
NW	35	37	37	37	38	38	39	39	39	39	40	40	40	40	41	41	41
GL	40	40	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38	38	39	39	39	40
ZG	93	95	96	98	99	100	101	102	104	105	107	108	109	111	112	114	116
FR	231	232	235	237	239	240	244	247	250	254	260	262	268	271	276	282	289
SO	243	246	247	247	247	247	248	249	249	250	250	251	252	255	256	258	260
BS	203	197	191	189	187	186	185	184	183	182	179	178	179	177	178	180	180
BL	253	257	259	261	262	262	264	265	266	266	267	268	270	271	273	273	275
SH	76	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	76	76	75	76	77	77
AR	55	55	55	55	54	54	54	54	54	53	53	53	53	54	54	54	54
AI	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	16	16	16	16
SG	449	451	452	454	455	456	459	461	462	463	465	466	470	475	478	482	486
GR	196	196	197	195	194	194	193	193	194	193	194	193	194	196	197	197	197
AG	540	542	550	555	558	563	563	566	570	574	579	583	592	601	609	617	626
TG	225	229	229	230	230	230	231	233	234	235	237	239	242	244	247	250	255
TI	306	307	308	310	311	313	314	315	316	318	319	321	324	328	331	334	337
VD	609	612	614	620	622	627	632	638	642	647	653	656	668	684	694	705	717
VS	280	280	281	283	283	284	287	291	293	296	299	301	305	311	314	319	323
NE	169	169	169	169	168	168	169	169	169	169	170	169	170	172	173	173	175
GE	381	379	382	384	386	389	396	396	399	401	406	407	410	414	418	423	427
JU	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	69	70	70	71	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	7'953

Datenstand: 5.7.13

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

12: Prämientarif in der OKP

12.01 Standardprämien ab 1996: CH	182
12.02 Standardprämien pro Kanton für Erwachsene pro Prämienregion 2014	183
12.03 Standardprämien pro Kanton für junge Erwachsene pro Prämienregion 2014	184
12.04 Standardprämien pro Kanton für Kinder pro Prämienregion 2014	185
12.05 Verteilung der Standardprämien pro Kanton für Erwachsene 2014	186
12.06 Verteilung der Standardprämien pro Kanton für junge Erwachsene 2014	187
12.07 Verteilung der Standardprämien pro Kanton für Kinder 2014	188

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

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%
2014	396.1	2.2%	363.6	3.0%	91.5	2.4%

Datenstand: 25.9.13

Quelle: T 12.02, 12.03, 12.04

1) Prämien publiziert in den OKP Prämienwegweisern 1996->2014 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 Prämienerrhöhung 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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

**T 12.02 Prämientarif: Standardprämien ¹ pro Prämienregion ² pro Kanton
für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2014**

Kanton	R1	R2	R3	RU	Alle Erwachsene ³	Veränderung gegenüber Vorjahr	Jahresdurchschnittliche Veränderung 1996 - 2014
ZH	435.3	391.1	362.7		394.1	2.2%	5.1%
BE	468.5	415.8	391.6		426.6	1.9%	5.4%
LU	375.3	348.9	333.6		355.1	3.2%	5.3%
UR				332.2	332.2	3.0%	4.9%
SZ				343.8	343.8	2.8%	5.1%
OW				325.4	325.4	3.3%	4.7%
NW				308.4	308.4	2.7%	4.7%
GL				344.5	344.5	2.4%	5.6%
ZG				337.4	337.4	2.2%	4.9%
FR	395.7	359.7			372.0	2.0%	4.2%
SO				376.8	376.8	2.4%	5.1%
BS				512.1	512.1	1.2%	5.4%
BL	429.2	398.4			420.8	1.7%	5.2%
SH	391.9	363.3			380.1	2.2%	5.6%
AR				332.8	332.8	3.8%	5.8%
AI				308.4	308.4	3.1%	5.5%
SG	389.0	355.3	343.7		362.2	3.4%	5.9%
GR	355.8	326.7	312.0		330.8	2.0%	5.7%
AG				373.2	373.2	2.5%	5.9%
TG				359.3	359.3	2.6%	5.8%
TI	420.1	391.6			415.8	1.1%	4.1%
VD	443.6	416.8			435.1	1.7%	3.0%
VS	349.7	325.3			342.4	2.4%	3.9%
NE				403.4	403.4	1.5%	4.4%
GE				483.0	483.0	2.8%	3.5%
JU				407.8	407.8	1.0%	4.4%
CH					396.1	2.2%	4.7%

Datenstand: 25.9.13

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 2014 vom BAG.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 12.03 Prämientarif: Standardprämien ¹ pro Prämienregion ² pro Kanton für junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken für 2014

Kanton	R1	R2	R3	RU	Alle junge Erwachsene ³	Veränderung gegenüber Vorjahr	Jahresdurchschnittliche Veränderung 1996 - 2014
ZH	405.6	362.5	334.4		362.1	2.8%	6.9%
BE	437.7	383.3	355.9		391.6	5.4%	7.4%
LU	345.9	320.9	304.3		324.1	3.6%	6.9%
UR				299.3	299.3	3.0%	6.3%
SZ				314.0	314.0	3.0%	6.6%
OW				296.7	296.7	4.0%	6.2%
NW				279.6	279.6	3.2%	6.2%
GL				308.2	308.2	2.7%	7.1%
ZG				308.7	308.7	2.7%	6.4%
FR	370.5	331.7			345.6	2.8%	5.8%
SO				343.4	343.4	2.8%	6.7%
BS				473.4	473.4	2.6%	7.4%
BL	393.1	362.2			383.8	2.6%	6.9%
SH	361.0	330.0			348.5	1.5%	7.3%
AR				307.6	307.6	3.7%	7.3%
AI				283.5	283.5	3.4%	6.8%
SG	360.7	328.7	316.8		334.7	4.0%	7.5%
GR	331.0	303.5	289.3		306.7	2.2%	7.4%
AG				339.7	339.7	3.1%	7.5%
TG				328.8	328.8	2.7%	7.4%
TI	389.0	361.0			384.8	1.4%	6.4%
VD	422.7	395.5			413.3	1.2%	5.3%
VS	325.9	289.6			315.0	2.5%	5.4%
NE				386.8	386.8	1.6%	6.1%
GE				447.3	447.3	2.6%	5.1%
JU				385.1	385.1	0.0%	6.1%
CH					363.6	3.0%	6.6%

Datenstand: 25.9.13

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 2014 vom BAG.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

T 12.04 Prämientarif: Standardprämien ¹ pro Prämienregion ² pro Kanton für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken für 2014

Kanton	R1	R2	R3	RU	Alle Kinder ³	Veränderung gegenüber Vorjahr	Jahresdurchschnittliche Veränderung 1996 - 2014
ZH	104.6	94.2	87.3		94.0	2.6%	4.3%
BE	106.0	94.3	88.9		96.2	1.9%	4.3%
LU	85.3	78.6	75.0		79.5	3.8%	4.4%
UR				77.3	77.3	3.3%	4.0%
SZ				79.1	79.1	3.2%	4.3%
OW				75.0	75.0	3.7%	3.9%
NW				71.2	71.2	4.3%	3.7%
GL				78.0	78.0	2.8%	4.5%
ZG				77.8	77.8	2.9%	4.0%
FR	91.7	82.1			85.4	1.9%	3.1%
SO				86.6	86.6	1.9%	4.4%
BS				123.0	123.0	1.1%	5.0%
BL	103.2	94.2			100.5	1.8%	4.7%
SH	91.1	84.5			88.1	2.8%	4.8%
AR				78.0	78.0	4.3%	4.7%
AI				72.9	72.9	3.4%	4.4%
SG	93.2	83.8	81.1		85.5	3.9%	4.9%
GR	85.9	80.0	75.1		80.2	2.6%	4.9%
AG				85.5	85.5	3.1%	5.0%
TG				85.8	85.8	3.2%	4.9%
TI	97.5	91.1			96.5	1.1%	2.4%
VD	103.8	97.1			101.6	2.2%	1.6%
VS	79.7	75.0			78.5	2.4%	2.5%
NE				87.1	87.1	0.4%	2.6%
GE				106.8	106.8	2.2%	1.9%
JU				85.7	85.7	0.8%	2.9%
CH					91.5	2.4%	3.7%

Datenstand: 25.9.13

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 2014 vom BAG.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

**T 12.05 Verteilung der Standardprämien pro Kanton ¹
für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2014**

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	331	367	390	413	470
BE	355	397	423	448	510
LU	288	337	358	383	400
UR	299	314	335	356	401
SZ	295	331	336	361	391
OW	290	308	327	341	348
NW	277	285	303	317	358
GL	290	318	339	378	390
ZG	300	324	331	356	395
FR	307	353	370	392	423
SO	323	356	377	400	411
BS	421	457	539	539	590
BL	354	379	417	460	483
SH	312	357	383	409	432
AR	267	317	326	351	385
AI	272	294	314	322	324
SG	307	341	357	379	421
GR	291	315	315	342	390
AG	319	351	367	401	428
TG	310	338	363	385	386
TI	370	389	407	446	465
VD	365	383	447	466	486
VS	304	316	343	357	390
NE	346	346	414	443	469
GE	386	495	498	507	545
JU	353	353	403	456	487
CH	315	355	387	433	507

Datenstand: 25.9.13

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 12.01.

Die Tabelle stellt eine hypothetische Verteilung der für das Jahr 2014 genehmigten Prämien für das Grundmodell (ordentliche Franchise inkl. Unfaldeckung) dar, basierend auf den Beständen des Jahres 2012.

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

**T 12.06 Verteilung der Standardprämien pro Kanton ¹
für junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken für 2014**

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	312	338	363	383	431
BE	338	362	391	415	460
LU	253	310	323	346	361
UR	244	283	307	320	325
SZ	264	309	309	325	371
OW	272	282	301	307	336
NW	248	265	279	286	318
GL	259	296	313	332	359
ZG	281	298	310	321	331
FR	313	330	337	362	384
SO	313	318	345	360	387
BS	421	447	485	488	523
BL	337	354	375	404	435
SH	307	325	346	369	409
AR	235	288	317	333	350
AI	239	264	289	306	306
SG	289	317	331	360	400
GR	277	290	298	318	358
AG	306	322	338	359	407
TG	272	304	324	348	366
TI	338	362	379	414	440
VD	380	384	412	430	472
VS	270	290	312	345	351
NE	346	346	396	410	428
GE	386	431	458	468	483
JU	353	357	375	420	429
CH	290	325	358	393	458

Datenstand: 25.9.13

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 12.01.

Die Tabelle stellt eine hypothetische Verteilung der für das Jahr 2014 genehmigten Prämien für das Grundmodell (ordentliche Franchise inkl. Unfaldeckung) dar, basierend auf den Beständen des Jahres 2012.

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 2014**

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	75	87	94	102	116
BE	77	86	97	103	119
LU	66	74	77	84	94
UR	61	71	80	85	88
SZ	66	74	81	83	98
OW	67	72	77	77	82
NW	62	67	73	73	80
GL	59	72	74	89	95
ZG	65	71	81	85	86
FR	77	79	85	89	100
SO	73	82	83	89	101
BS	97	104	131	135	142
BL	86	93	97	106	121
SH	67	81	89	96	105
AR	59	68	80	88	88
AI	60	69	73	81	81
SG	65	77	86	95	105
GR	67	78	79	86	92
AG	69	81	84	91	107
TG	71	79	84	95	96
TI	72	88	98	107	118
VD	80	96	102	108	125
VS	69	75	79	82	90
NE	66	66	91	101	114
GE	70	110	112	112	132
JU	67	67	88	100	112
CH	70	81	89	101	118

Datenstand: 25.9.13

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 12.01.

Die Tabelle stellt eine hypothetische Verteilung der für das Jahr 2014 genehmigten Prämien für das Grundmodell (ordentliche Franchise inkl. Unfaldeckung) dar, basierend auf den Beständen des Jahres 2012.

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.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit

Beilage B: Übergangsschlüssel Tabellen T 2011 -> 2012 / 2012 -> 2011

Publikation 2011		Publikation 2012		Publikation 2012		Publikation 2011				
Publikation 2011	Publikation 2012	Publikation 2011	Publikation 2012	Publikation 2012	Publikation 2011	Publikation 2012	Publikation 2011			
1.01	1.01	7.01	7.01	1.01	1.01	7.01	7.01			
1.02	1.02	7.02	-	1.02	1.02	7.02	-			
1.03	1.03	7.03	-	1.03	1.03	8.01	8.01			
1.04	1.04	7.04	-	1.04	1.04	8.02	8.02			
1.05	1.05	7.05	-	1.05	1.05	8.03	8.03			
1.06	1.06	8.01	8.01	1.06	1.06	8.04	8.04			
1.07	1.07	8.02	8.02	1.07	1.07	8.05	-			
1.08	1.08	8.03	8.03	1.08	1.08	8.06	-			
1.09	1.09	8.04	8.04	1.09	1.09	8.07	8.07			
1.10	1.10	8.05	-	1.10	1.10	8.08	8.08			
1.11	1.11	8.06	-	1.11	1.11	8.09	8.09			
1.12	1.12	8.07	8.07	1.12	1.12	8.10	8.10			
1.13	1.13	8.08	8.08	1.13	1.13	8.11	-			
2.01	2.01	8.09	8.09	2.01	2.01	9.01	*	9.01		
2.02	2.02	8.10	8.10	2.02	2.02	9.02		9.02		
2.03	2.03	8.11	-	2.03	2.03	9.03		9.03		
2.04	2.04	8.12	-	2.04	*	2.04		9.04		
2.05	2.05	9.01	9.01	2.05	*	2.05		9.05		
2.06	2.06	9.02	9.02	2.06	*	2.06		9.06		
2.07	2.07	9.03	9.03	2.07	*	2.07		9.07		
2.08	2.08	9.04	9.04	2.08		2.08		9.08		
2.09	2.09	9.05	9.05	2.09		2.09		9.09		
2.10	2.10	9.06	9.06	2.10	*	2.10		9.10		
2.11	2.11	9.07	9.07	2.11		2.11		9.11		
2.12	2.12	9.08	9.08	2.12	*	2.12		9.12		
2.13	2.13	9.09	9.09	2.13	*	2.13		9.13		
2.14	2.14	9.10	9.10	2.14		2.14		9.14		
2.15	2.15	9.11	9.11	2.15		2.15		9.15		
2.16	2.16	9.12	9.12	2.16		2.16		10.01		
2.17	2.17	9.13	9.13	2.17		2.17		10.02		
2.18	2.18	9.14	9.14	2.18		2.18		10.03		
2.19	2.19	9.15	9.15	2.19		2.19		10.04		
2.20	2.20	10.01	10.01	2.20		2.20		10.05		
2.21	2.21	10.02	10.02	2.21		2.21		*	10.05	
2.22	2.22	10.03	10.03	2.22		2.22		11.01	11.01	
2.23	2.23	10.04	10.04	2.23		2.23		11.02	11.02	
2.24	2.24	10.05	10.05	2.24		2.24		11.03	*	11.03
2.25	2.25	11.01	11.01	2.25	*	2.25		11.04		11.04
2.26	2.26	11.02	11.02	2.26	*	2.26		11.05		11.05
3.01	3.01	11.03	11.03	3.01		3.01		11.06		11.06
3.02	3.02	11.04	11.04	3.02		3.02		11.07		11.07
3.03	3.03	11.05	11.05	3.03		3.03		11.08	*	11.08
3.04	3.04	11.06	11.06	3.04	*	3.04		11.09	*	11.09
3.05	3.05	11.07	11.07	3.05		3.05		11.10		11.10
3.06	3.06	11.08	11.08	3.06	*	3.06		11.11		11.11
3.07	3.07	11.09	11.09	3.07		3.07		11.12		11.12
3.08	3.08	11.10	11.10	3.08	*	3.08		11.13		11.13
4.01	4.01	11.11	11.11	4.01		4.01		11.14	*	11.14
4.02	4.02	11.12	11.12	4.02	*	4.02		11.15		11.15
4.03	4.03	11.13	11.13	4.03		4.03		11.16		11.16
4.04	4.04	11.14	11.14	4.04	*	4.04		11.17	*	11.17
4.05	4.05	11.15	11.15	4.05	*	4.05		11.18		11.18
4.06	4.06	11.16	11.16	4.06	*	4.06		12.01		12.01
4.07	4.07	11.17	11.17	4.07	*	4.07		12.02	*	12.02
4.08	4.08	11.18	11.18	4.08	*	4.08		12.03	*	12.03
4.09	4.09	12.01	12.01	4.08	*	4.08		12.04	*	12.04
4.10	4.10	12.02	12.02	4.09	*	4.09		12.05	*	12.05
4.11	4.11	12.03	12.03	4.10	*	4.10		12.06	*	12.06
5.01	5.01	12.04	12.04	4.11		4.11		12.07	*	12.07
5.02	5.02	12.05	12.05	5.01		5.01		12.05	*	12.05
5.03	5.03	12.06	12.06	5.02		5.02		12.06	*	12.06
5.04	5.04	12.07	12.07	5.03		5.03		12.07	*	12.07
5.05	5.05	-	5.06	5.04		5.04		12.07	*	12.07
6.01	6.01	-	7.02	5.05	*	5.05				
6.02	6.02	-	8.05	5.06		-				
6.03	6.03	-	8.06	6.01		6.01				
6.04	6.04	-	8.11	6.02		6.02				
6.05	6.05			6.03		6.03				
6.06	6.06			6.04		6.04				
				6.05		6.05				
				6.06		6.06				

(128 Tabellen)

Neuheiten/Anderungen im Jahr 2012 (13)
neu im Jahr 2012 (5)

- nicht vorhanden

* Daten pro Kanton (34)

Übergangsschlüssel Tabellen 2012 -> 1996 : siehe Beilage B1 Version STAT KV 2012 Tabellen XLS auf dem www.

Beilage C: Übergangsschlüssel für die Grafiken G 2011 -> 2012 / 2012 -> 2011

Publikation 2011	Publikation 2012
G 1a	G 1a
G 1b	G 1b
G 1c	G 1c
G 1d	-
G 1e	-
G 1f	-
G 2a	G 2a
G 2b	G 2b
G 2c	G 2c
G 2d	G 2d
G 2e	G 2e
G 2f	G 2f
G 2g	G 2g
G 2h	G 2h
G 2i	G 2i
G 3a	G 3a
G 3b	G 3b
G 3c	G 3c
G 4a	G 4a
G 4b	G 4b
G 4c	G 4c
G 9a	G 9a
G 9b	G 9b
G 9c	G 9c
G 9d	G 9d
G 9e	G 9e
G 9f	G 9f
G 9g	G 9g
G 9h	G 9h
G 9i	G 9i
G 9j	G 9j
G 9k	G 9k
G 9l	G 9l
G 10a	G 10a
G 10b	G 10b
G 11a	G 11a
G 11b	G 11b
G 11c	G 11c
G 11d	G 11d
G 12a	G 12a
G 12b	G 12b
G 12c	G 12c
G 12d	G 12d
G 12e	G 12e
G 12f	G 12f
G 12g	G 12g
G 12h	G 12h
G 12i	G 12i
G 12j	G 12j
G 12k	G 12k
G 12l	G 12l
G 12m	G 12m
G 12n	G 12n

Publikation 2012	Quelle 2011	Publikation 2011
G 1a	T 1.01	G 1a
G 1b	T 1.02	G 1b
G 1c	T 1.02	G 1c
G 2a	* T 2.12, 2.13	G 2a
G 2b	T 2.09, 11.15	G 2b
G 2c	* T 2.18	G 2c
G 2d	T 2.11, 11.15	G 2d
G 2e	T 2.17	G 2e
G 2f	T 2.19	G 2f
G 2g	T 2.18	G 2g
G 2h	T 2.18	G 2h
G 2i	T 2.18	G 2i
G 3a	T 1.01	G 3a
G 3b	T 2.03, 3.08	G 3b
G 3c	T 1.01	G 3c
G 4a	* T 4.08	G 4a
G 4b	* T 4.02	G 4b
G 4c	* T 4.08, 3.08	G 4c
G 9a	T 9.07	G 9a
G 9b	T 9.11	G 9b
G 9c	T 9.12	G 9c
G 9d	T 9.04	G 9d
G 9e	T 9.06, 9.04	G 9e
G 9f	T 9.02, 2.18	G 9f
G 9g	* T 9.01	G 9g
G 9h	* T 9.01, 2.03	G 9h
G 9i	T 9.05	G 9i
G 9j	T 9.05	G 9j
G 9k	T 9.07	G 9k
G 9l	T 9.10	G 9l
G 10a	T 10.03	G 10a
G 10b	T 10.02	G 10b
G 11a	T 11.07	G 11a
G 11b	T 11.16	G 11b
G 11c	T 11.15	G 11c
G 11d	T 11.10, 11.12	G 11d
G 12a	T 12.05 -> 12.07	G 12a
G 12b	* T 12.02	G 12b
G 12c	T 12.02	G 12c
G 12d	* T 12.05	G 12d
G 12e	T 12.03	G 12e
G 12f	* T 12.06	G 12f
G 12g	T 12.04	G 12g
G 12h	* T 12.07	G 12h
G 12i	T 12.01, 3.05	G 12i
G 12j	T 12.01, 3.05	G 12j
G 12k	T 12.01, 3.05	G 12k
G 12l	* T 12.04	G 12l
G 12m	* T 12.03	G 12m
G 12n	F3	G 12n

(50 Grafiken)

Quelle 2011	Publikation 2012
T 1.01	G 1a
T 1.01	G 3a
T 1.01	G 3c
T 1.02	G 1b
T 1.02	G 1c
T 2.03, 3.08	G 3b
T 2.09, 11.15	G 2b
T 2.11, 11.15	G 2d
T 2.12, 2.13	G 2a
T 2.17	G 2e
T 2.18	G 2c
T 2.18	G 2g
T 2.18	G 2h
T 2.18	G 2i
T 2.18	G 2j
T 2.19	G 2f
T 4.02	G 4b
T 4.08	G 4a
T 4.08, 3.08	G 4c
T 9.01	G 9g
T 9.01, 2.03	G 9h
T 9.02, 2.18	G 9f
T 9.04	G 9d
T 9.05	G 9i
T 9.05	G 9j
T 9.06, 9.04	G 9e
T 9.07	G 9a
T 9.07	G 9k
T 9.10	G 9l
T 9.11	G 9b
T 9.12	G 9c
T 10.02	G 10b
T 10.03	G 10a
T 11.07	G 11a
T 11.10, 11.12	G 11d
T 11.15	G 11c
T 11.16	G 11b
T 12.01, 3.05	G 12i
T 12.01, 3.05	G 12j
T 12.01, 3.05	G 12k
T 12.02	G 12b
T 12.02	G 12c
T 12.02	G 12e
T 12.03	G 12f
T 12.03	G 12m
T 12.04	G 12g
T 12.04	G 12l
T 12.05	G 12d
T 12.05 -> 12.07	G 12a
T 12.06	G 12f
T 12.07	G 12h
F3	G 12n

Neuheiten im Jahr 2012 (1)

neu im Jahr 2012 (0)

* Daten pro Kanton (13)

- nicht vorhanden

Übergangsschlüssel für die Grafiken 2012 -> 1996 : siehe Beilage C1 Version STAT KV 2012 Grafiken XLS auf dem www.

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

The screenshot shows the BAG website interface. The top navigation bar includes 'Startseite | Übersicht | Kontakt | Index | Glossar | Häufige Fragen | Druckhilfe | Stellenangebote'. The main navigation menu has 'Aktuell', 'Themen', 'Dokumentation', 'Dienstleistungen', and 'Das BAG'. The left sidebar lists various categories, with 'Statistiken' selected. The main content area is titled 'Statistiken' and features a 'News' section with three items:

- Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung** (Ausgabe 2013)
 - Letzte Änderung: 28.01.2014 | Grösse: 491 kb | Typ: PDF
- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012** (Tabellen - XLS - vollständig: 128 / 128 T. - laufende Aufdatierung ab 9/2013)
 - Letzte Änderung: 18.03.2014 | Grösse: 2224 kb | Typ: XLS
- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2011** (PDF - 222 Seiten)
 - Letzte Änderung: 12.07.2013 | Grösse: 33350 kb | Typ: PDF

The screenshot shows the BAG website interface with the 'Wegleitung' section selected in the left sidebar. The main content area displays several articles:

- Wegleitung: Optimale Franchise für Ihren Krankenversicherer (2014 - XLS - nur auf französisch)**
 - Letzte Änderung: 03.12.2013 | Grösse: 1246 kb | Typ: XLS
- Zeitreihen Krankenversicherung 2012 (update 3/2014)**
 - Obligatorische Krankenversicherung:
 - Balkendiagramm nach Kanton oder Altersgruppe. Versichertenbestand, Anteil der Versicherungsformen, Prämienoll, Nettoleistungen, Kostenbeteiligung, Bruttoleistungen, Aufsichtsdaten, Standardprämien.
 - Aufbereitete Publikationen zur obligatorischen Krankenversicherung als Excel-Tabellen oder PDF-Dateien. (2013 verfügbar ~ im April 2015)
- Kartographische Darstellungen mit MAPresso**
 - Patientenwanderungen (2006-2008)
 - (Nächste Aktualisierung ~ Ende 2014)
- Monitoring Krankenversicherung-Kostenentwicklung**
 - Die aktuelle Entwicklung der Bruttokosten pro versicherte Person nach Wohnkanton und Kostengruppe. 4 Aktualisierungen pro Jahr.
- Pflegeheime**
 - Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime.
- Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenversicherung (Stand 2010)**
 - Einkommensabhängige Prämienbelastung, Kantonsdiagramme.
- Spitalstatistiken**
 - Informationen zum stationären Bereich

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

Office fédéral de la san... Bundesamt für Gesu... x

Bundesverwaltung admin.ch
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

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

Deutsch | Français
Italiano | English

Aktuell Themen Dokumentation Dienstleistungen Das BAG

Zeitreihen
Krankenversicherung

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

Daten betreffend die Versicherten

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

Daten pro Versicherer

- Aufsichtsdaten OKP

Standardprämien

- Ordentliche Franchise, Durchschnitt pro Monat

Dokumente zum Herunterladen

- Statistik der OKP
- Prämienwegweiser OKP
- Aufsichtsdaten der OKP
- Statistik Risikoausgleich in der OKP

Zeitreihen Krankenversicherung 2012 (Update: 3/2014)

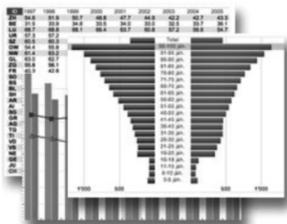
Wählen Sie im Menu links

Menu oberer Teil: Interaktive Zeitreihen

Balkendiagramme, Graphiken und Tabellen (ab 1996/97)

Obligatorische Krankenversicherung (OKP) meistens nach Kanton oder Altersgruppe

Bruttoleistungen nach Kostengruppen: Diese Daten aus dem Datenpool finden Sie neu auf der Seite "Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung". [zum Monitoring wechseln](#)



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: endo.ch

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

Office fédéral de la san... Bundesamt für Gesu... x

Bundesverwaltung admin.ch
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

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

Deutsch | Français
Italiano | English

Aktuell Themen Dokumentation Dienstleistungen Das BAG

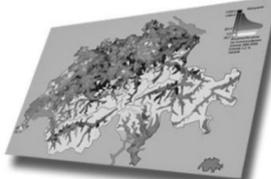
Dynamische Karten mit MAPresso
Interkantonale Patientenwanderungen 2006-2008

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

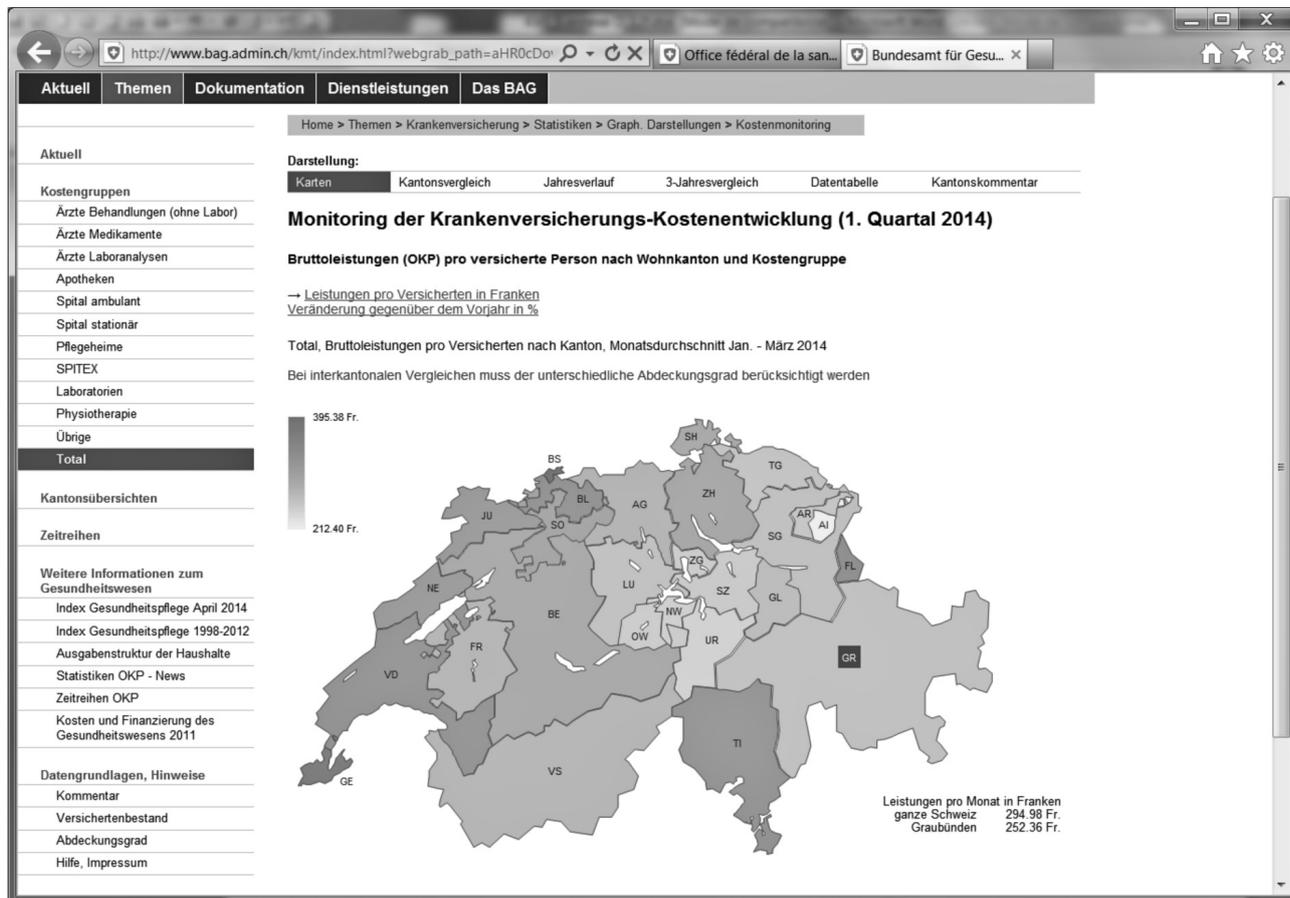
Dynamische Karten mit MAPresso

Was ist MAPresso?

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



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



http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/1464: Office fédéral de la san... Bundesamt für Gesu... x

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesverwaltung admin.ch
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

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

Deutsch | Français
Italiano | English

Aktuell | Themen | Dokumentation | Dienstleistungen | Das BAG

Statistik Pflegeheime

Kennzahlen

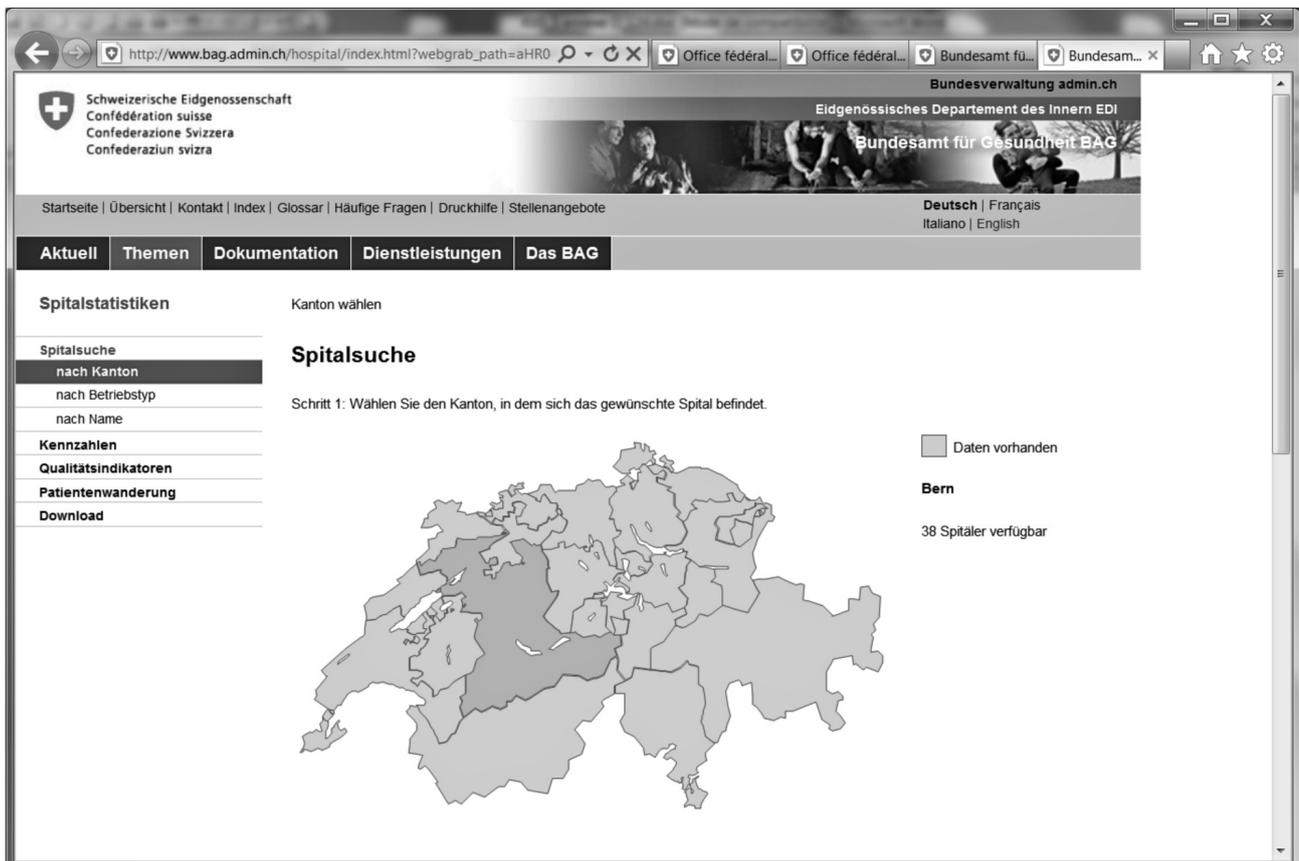
Das Bundesamt für Gesundheit ist beauftragt, Betriebskennzahlen der Schweizer Pflegeheime zu veröffentlichen. Sie basieren auf den Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), welche das Bundesamt für Statistik jährlich erhebt. Der Fokus liegt auf Kennzahlen, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung und des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) von Interesse sind. Sowohl das Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (SR 431.01) als insbesondere auch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vom 21.12.2007 (Art. 22a und Art. 23), welches am 01. Januar 2009 in Kraft getreten ist, bilden die Grundlage für diese administrative und statistische Erhebung. Die Kennzahlen basieren auf den **definitiven Daten 2012**.

Nachstehend sind die Kennzahlensets der einzelnen Pflegeheime sowie gesamtschweizerische und kantonale Kennzahlen jeweils als Excel- und pdf-Datei verfügbar.

Benutzen Sie die Rubrik **Pflegeheim suchen** um gezielt nach den Kennzahlen eines Betriebs zu suchen.

Beachten Sie auch die **Beschreibung der Kennzahlen** mit Erläuterungen und einer detaillierten Spezifikation der Kennzahlen.

- [Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2012](#) PDF | de (92 MB)
- [Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2012](#) Excel | de (14 MB)
- [Gesamtschweizerische und Kantonale Kennzahlen](#) PDF | de
- [Gesamtschweizerische und Kantonale Kennzahlen](#) Excel | de



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

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

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

Weitere Forderungen an die Bildung der Prämienregionen waren:

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

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

1. Bestimmung der prämierelevanten Kosten

Die Einflüsse der Variablen:

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

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

2. Erste Regioneneinteilung aufgrund der standardisierten Kosten

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

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

3. Einbezug der geografischen Kriterien

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

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

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

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

Detaildaten: Prämienregionen OKP 2004 -> 2014 auf www.praemien.admin.ch (2014: « Rubrik Prämien -> Prämienregionen » / 2004 -> 2013: « Rubrik Prämien -> Prämienarchiv » / Suche nach Postleitzahl, BFS-Nr. und Kanton)

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

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

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

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

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

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

jedoch höchstens Fr. pro Jahr (80% der Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise)

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

jedoch höchstens Fr. pro Jahr (80% der Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise)

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

jedoch höchstens Fr. pro Jahr (70% der Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise)

Datenstand: 15.1.14

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)

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%
		Jedoch höchstens Fr. pro Jahr (Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise)
		150
		300
		375

Kinder (0-18 Jahre)		2004
Selbstbehalt		10% max. 350.-
Franchise		maximaler Prämienrabatt in %
ordentlich 0.-		-
1) 150.-		21%
2) 300.-		37%
3) 375.-		43%
		Jedoch höchstens Fr. pro Jahr (80% der Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise)
		120
		240
		300

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%
		Jedoch höchstens Fr. pro Jahr (80% der Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise)
		80
		160
		240
		320
		400
		480

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%
		Jedoch höchstens Fr. pro Jahr (80% der Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise)
		80
		160
		240
		320
		400
		480

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%
		Jedoch höchstens Fr. pro Jahr (70% der Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise)
		70
		140
		210
		280
		350
		420

Datenstand: 15.1.14

Quelle: BAG

1) Ausnahme: Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 % für Originalpräparate, von welchen ein mindestens 20 % billigeres Generikum in der Spezialitätenliste angeführt ist (Art. 38a KLV).

(Änderungen grau)

Beilagen F3

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

Erwachsene (ab 26 Jahren) : effektive Zunahme 2014								
Durchschnittsprämie CH ² : 396.10			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.-	2.2%	1.8%	4'753	5'753	-	-	-	-
1) 500.-	2.2%	1.8%	4'613	5'813	140	2.9%	-60	-1.0%
2) 1000.-	2.4%	1.7%	4'263	5'963	490	10.3%	-210	-3.6%
3) 1500.-	2.7%	1.7%	3'913	6'113	840	17.7%	-360	-6.3%
4) 2000.-	2.9%	1.6%	3'563	6'263	1'190	25.0%	-510	-8.9%
5) 2500.-	3.2%	1.6%	3'213	6'413	1'540	32.4%	-660	-11.5%

Junge Erwachsene (19-25 Jahre) : effektive Zunahme 2014								
Durchschnittsprämie CH ² : 363.60			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.-	3.0%	2.4%	4'363	5'363	-	-	-	-
1) 500.-	3.1%	2.4%	4'223	5'423	140	3.2%	-60	-1.1%
2) 1000.-	3.3%	2.3%	3'873	5'573	490	11.2%	-210	-3.9%
3) 1500.-	3.7%	2.2%	3'523	5'723	840	19.3%	-360	-6.7%
4) 2000.-	4.1%	2.2%	3'173	5'873	1'190	27.3%	-510	-9.5%
5) 2500.-	4.7%	2.1%	2'823	6'023	1'540	35.3%	-660	-12.3%

Kinder (0-18 Jahre) : effektive Zunahme 2014								
Durchschnittsprämie CH ² : 91.50			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.-	2.4%	1.8%	1'098	1'448	-	-	-	-
1) 100.-	2.6%	1.8%	1'028	1'478	70	6.4%	-30	-2.1%
2) 200.-	2.8%	1.8%	958	1'508	140	12.7%	-60	-4.1%
3) 300.-	3.0%	1.7%	888	1'538	210	19.1%	-90	-6.2%
4) 400.-	3.3%	1.7%	818	1'568	280	25.5%	-120	-8.3%
5) 500.-	3.7%	1.7%	738	1'588	360	32.8%	-140	-9.7%
6) 600.-	4.0%	1.6%	678	1'628	420	38.2%	-180	-12.4%

Datenstand: 15.1.14

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. Ausgangslage

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) basiert auf dem Solidaritätsprinzip und wird mittels einer Einheitsprämie finanziert. Jeder Versicherte zahlt also unabhängig von seinem Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand bei der gleichen Krankenkasse im gleichen Kanton (oder der gleichen Prämienregion) für das gleiche Versicherungsmodell dieselbe Prämie.

Diese Prämie entspricht aber nicht dem effektiven Risiko, das heisst, dem Risiko, welches eine versicherte Person für den Versicherer mit sich bringt, dass sie erkrankt und Kosten zulasten der OKP verursacht.

Daher haben die Versicherer einen Anreiz, Risikoselektion zu betreiben. Sie werben einerseits gesunde Personen, sogenannte gute Risiken, gezielt an und versuchen andererseits, den kranken Personen, sogenannten schlechten Risiken, den Beitritt trotz der Aufnahmepflicht von Artikel 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zu erschweren oder sie als Versicherte loszuwerden.

Um der Entsolidarisierung entgegenzuwirken, wurde in der Schweiz ein Risikoausgleich zwischen Krankenversicherern implementiert. Damit wurde ein Ausgleich geschaffen zwischen jenen Versicherern, deren Versichertenbestand ein geringeres Krankheitsrisiko aufweist, und jenen, deren Bestand ein höheres Krankheitsrisiko aufweist. Der Risikoausgleich bezweckt einen Ausgleich der Unterschiede in der Struktur der Versichertenbestände, welche zu unterschiedlichen Krankheitskosten und damit zu unterschiedlichen Prämien führen. Der Risikoausgleich soll den Anreiz für die Versicherer, sich durch Risikoselektion einen Vorteil zu verschaffen, vermindern bzw. beseitigen.

2. Chronologischer Überblick

Der Risikoausgleich wurde mit dem Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung eingeführt und trat am 1. Januar 1993 in Kraft. Auf Anfang 1996 wurde er mit dem KVG in das ordentliche Recht überführt. Er wurde auf die Kriterien Alter und Geschlecht beschränkt und vorerst auf zehn Jahre befristet.

Das Parlament beschloss die Befristung vor allem in der Erwartung, dass sich die Unterschiede in der Risikostruktur zwischen den Versicherern durch die Freizügigkeit allmählich verringern sollten. Diese Annahme hat sich jedoch nicht bestätigt. Im Oktober 2004 verlängerte das Parlament die Geltungsdauer des Risikoausgleichs um fünf Jahre (bis Ende 2010), dies im Hinblick auf eine Verbesserung des Risikoausgleichs im Rahmen der Spitalfinanzierungsvorlage. Mit der Gesetzesänderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich) wurde einerseits der bisherige Risikoausgleich um ein weiteres Jahr bis Ende 2011 verlängert, und andererseits ein neuer Risikoausgleich beschlossen, der – auf fünf Jahre ab Inkrafttreten der Änderung befristet – als Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich) ins KVG kam.

Der revidierte Risikoausgleich gilt seit dem 1. Januar 2012. Neu wird für die Berechnung des Risikoausgleichs neben den Kriterien Alter und Geschlecht auch das erhöhte Krankheitsrisiko berücksichtigt. Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko ist der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, massgebend.

Am 21. März 2014 hat das Parlament beschlossen, dem Bundesrat die Kompetenz zu übertragen, weitere Indikatoren der Morbidität zur Abbildung des erhöhten Krankheitsrisikos festzulegen. Die Gesetzesänderung untersteht dem fakultativen Referendum. Das Inkrafttreten bestimmt der Bundesrat.

3. Funktionsweise des Risikoausgleichs

Die erwachsenen Versicherten werden für die Berechnung des Risikoausgleichs nach Alter (15 Altersklassen), Geschlecht und - seit dem Risikoausgleich 2012 - nach dem Vorhandensein eines erhöhten Krankheitsrisikos, in jedem Kanton in 60 Risikogruppen eingeteilt. D.h. es gibt total 1560 Risikogruppen in der Schweiz. Die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht berücksichtigt.

Für jeden Versicherten in einer Risikogruppe wird berechnet, ob der Versicherer für ihn einen Beitrag aus dem Risikoausgleich erhält oder eine Abgabe bezahlen muss. Dabei wird wie folgt pro Kanton vorgegangen: Zuerst werden in einer provisorischen Berechnung des Risikoausgleichs über alle Versicherten aller Kassen auf Basis der Vorjahresdaten die jährlichen Durchschnittskosten pro Kopf berechnet (=Gesamtdurchschnitt). Anschliessend werden – ebenfalls auf Basis der Vorjahresdaten - die jährlichen Durchschnittskosten pro Kopf

in jeder Risikogruppe ermittelt (=Gruppendurchschnitt). Berücksichtigt werden dabei alle Versicherten aller Kassen in dieser Risikogruppe. Die Differenz zwischen dem Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt ergibt den zu bezahlenden Abgabesatz bzw. den gutzuschreibenden Beitragssatz pro Versicherten in der entsprechenden Risikogruppe. Diese Abgabe- und Beitragssätze werden in der Folge mit den Beständen des Versicherers aus dem Vorjahr in den entsprechenden Risikogruppen multipliziert und summiert. Die so berechneten Zahlungen aufgrund des provisorischen Risikoausgleichs erfolgen im Ausgleichsjahr.

Im Folgejahr erfolgt die definitive Berechnung des Risikoausgleichs. Dabei werden die Abgabe- und Beitragssätze vom provisorischen Risikoausgleich für die Berechnung übernommen und mit den Beständen des Versicherers im Ausgleichsjahr multipliziert. Aufgrund der veränderten Bestände gleichen sich die Beiträge und die Abgaben nicht mehr wie im provisorischen Risikoausgleich automatisch auf null aus und es muss ein Korrekturverfahren erfolgen. Die eine Hälfte der Differenz zwischen der Summe der Abgaben und der Summe der Beiträge wird dabei von Versicherern, die Abgaben in den Risikoausgleich leisten übernommen, die andere Hälfte von den Versicherern, die Beiträge aus dem Risikoausgleich erhalten. Die Beteiligung der einzelnen Versicherer an der Korrektur richtet sich dabei nach der berechneten Höhe deren Abgaben und Beiträge im Risikoausgleich.

Das beschriebene Korrekturverfahren weist verschiedene Mängel aus, weshalb der Bundesrat am 27. Februar 2013 eine Änderung der Berechnungsmethode des Risikoausgleichs verabschiedete. Die Verordnungsänderung trat auf den 1. Januar 2014 in Kraft. Ab dem Risikoausgleich 2014 wird eine Berechnungsmethode angewandt, die das Gleichgewicht zwischen Abgaben und Beiträgen ohne anschließende Korrektur sicherstellt. Zudem wird auf die zweistufige Berechnung des Risikoausgleichs, d.h. eine provisorische Berechnung im Ausgleichsjahr und eine definitive Berechnung im Folgejahr, verzichtet.

In **Abbildung a** werden für den Kanton Zürich die jährlichen Durchschnittskosten 2011 für alle 60 Risikogruppen und die Gesamtdurchschnittskoten dargestellt, welche im Rahmen der Berechnung des provisorischen Risikoausgleichs 2012 ermittelt wurden. Es zeigt sich, dass sämtliche Risikogruppen mit einem Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr Durchschnittskosten aufweisen, die über dem Gesamtdurchschnitt liegen. Es wird deutlich, dass die Gruppendurchschnitte mit zunehmendem Alter tendenziell steigen. Der Einfluss des Geschlechtes ist aber je nach Alter und Vorhandensein eines Aufenthaltes in einem Spital oder Pflegeheim unterschiedlich:

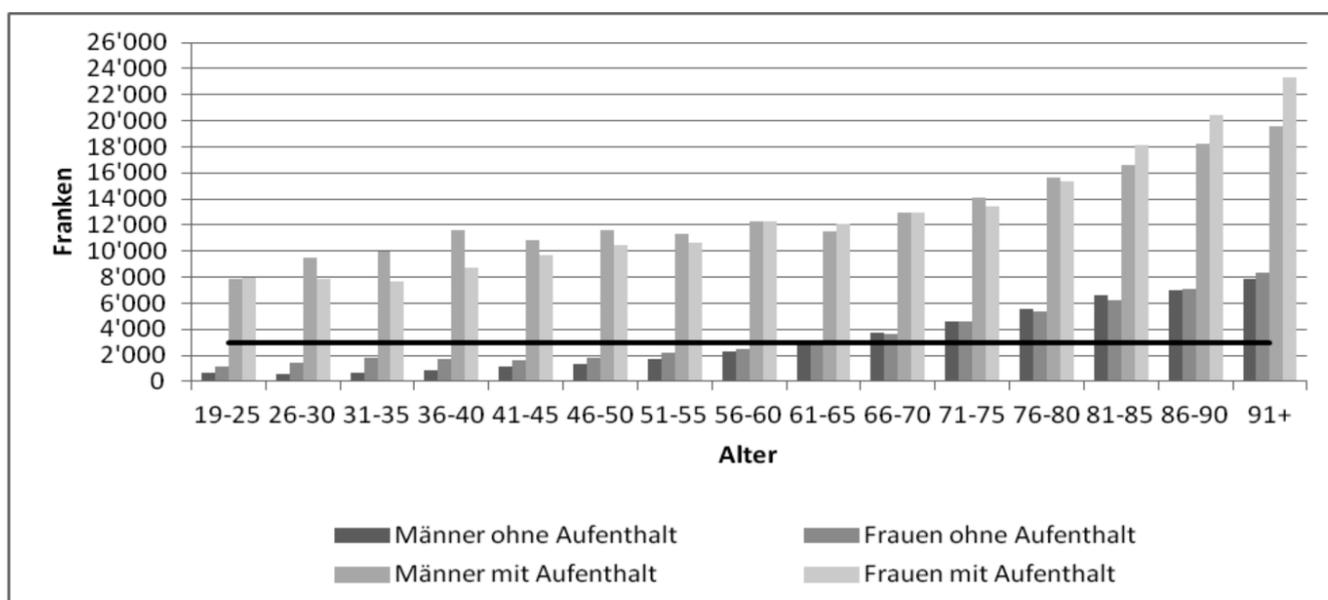
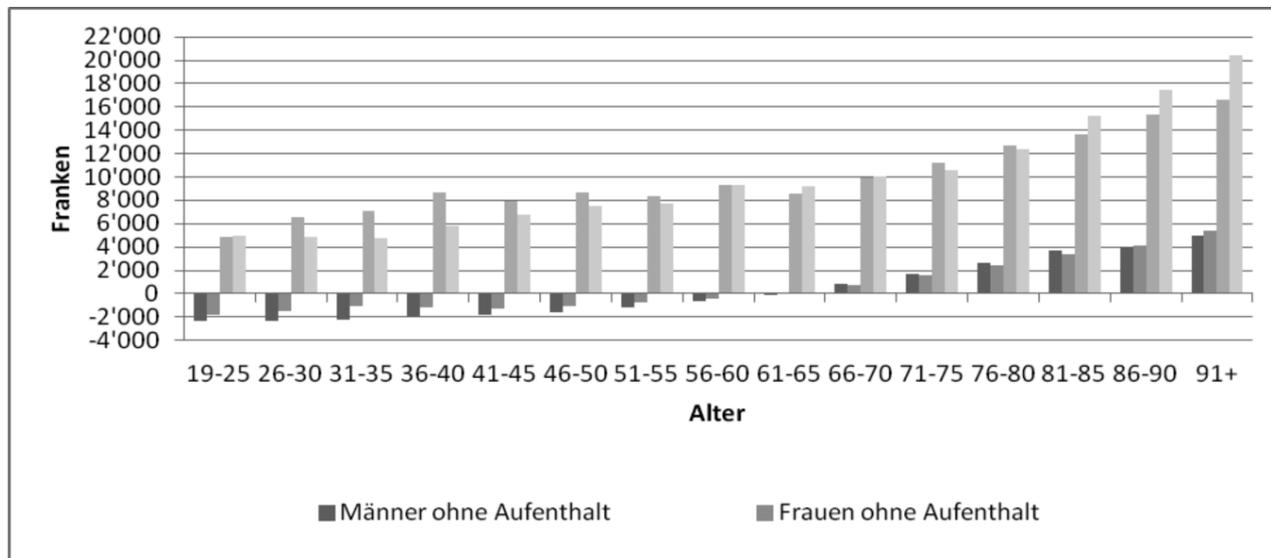


Abbildung b zeigt die Differenzen zwischen den oben aufgezeigten Gruppendurchschnitten und dem Gesamtdurchschnitt d.h. die Abgabe- und Beitragssätze nach Risikogruppe.

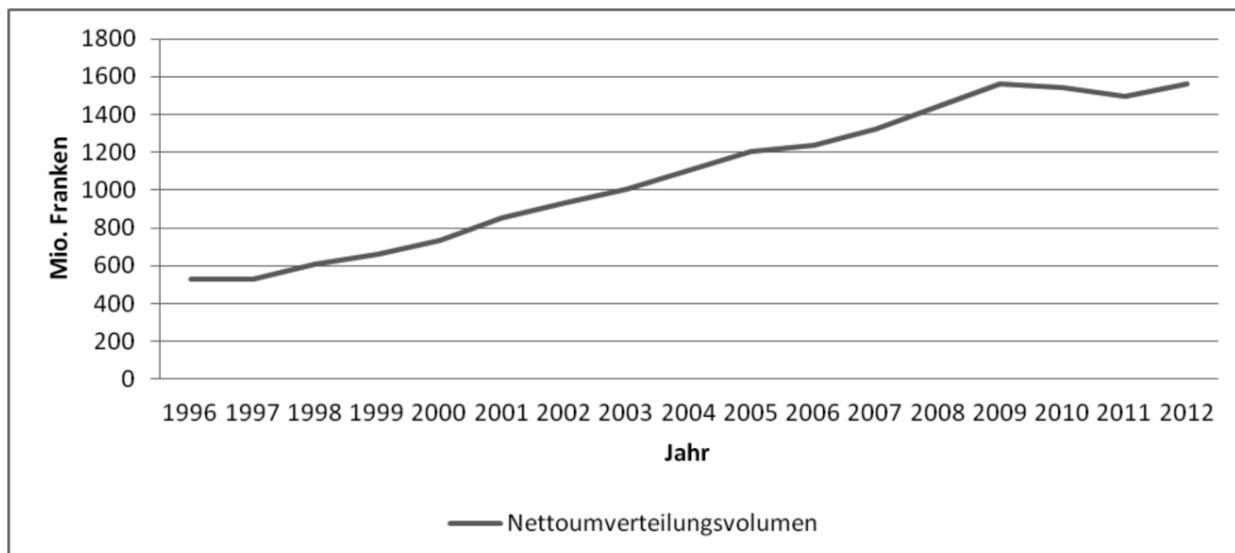


4. Entwicklung Umverteilungsvolumen im Risikoausgleich

Bis anhin wurde im Risikoausgleich zwischen dem Brutto- und dem Nettoumverteilungsvolumen unterschieden. Aufgrund der neuen Berechnungsmethode, die erstmals für den Risikoausgleich 2012 angewandt wurde, wird nun auf diese Unterscheidung verzichtet. Das Bruttoumverteilungsvolumen wird nicht mehr ausgewiesen.

Abbildung c zeigt die Entwicklung des Nettoumverteilungsvolumens d.h. der Umverteilung zwischen den Versicherern im definitiven Risikoausgleich. Auf 2012 ist aufgrund der Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit dem Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko Zunahme zu verzeichnen, wobei die Zunahme aber durch die gleichzeitig erfolgten Fusionenunter den Krankenversicherern gebremst wurde.

Abbildung c: Entwicklung Nettoumverteilungsvolumen im Risikoausgleich



Quelle: BAG, Aline Froidevaux 04/14

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 Prämiensoll und der Kostenbeteiligung), die Durchschnittsprämie für Erwachsene sowie der durchschnittliche Versichertenbestand erforderlich. Die Berechnungsdaten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Jahr	Prämiensoll Mio.	Kostenbeteiligung Mio.	Bruttokosten Mio.	Durchschnittsprämie für Erwachsene Franken/Mt.	Durchschnittlicher Versichertenbestand	Gerechnetes Prämientotal 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

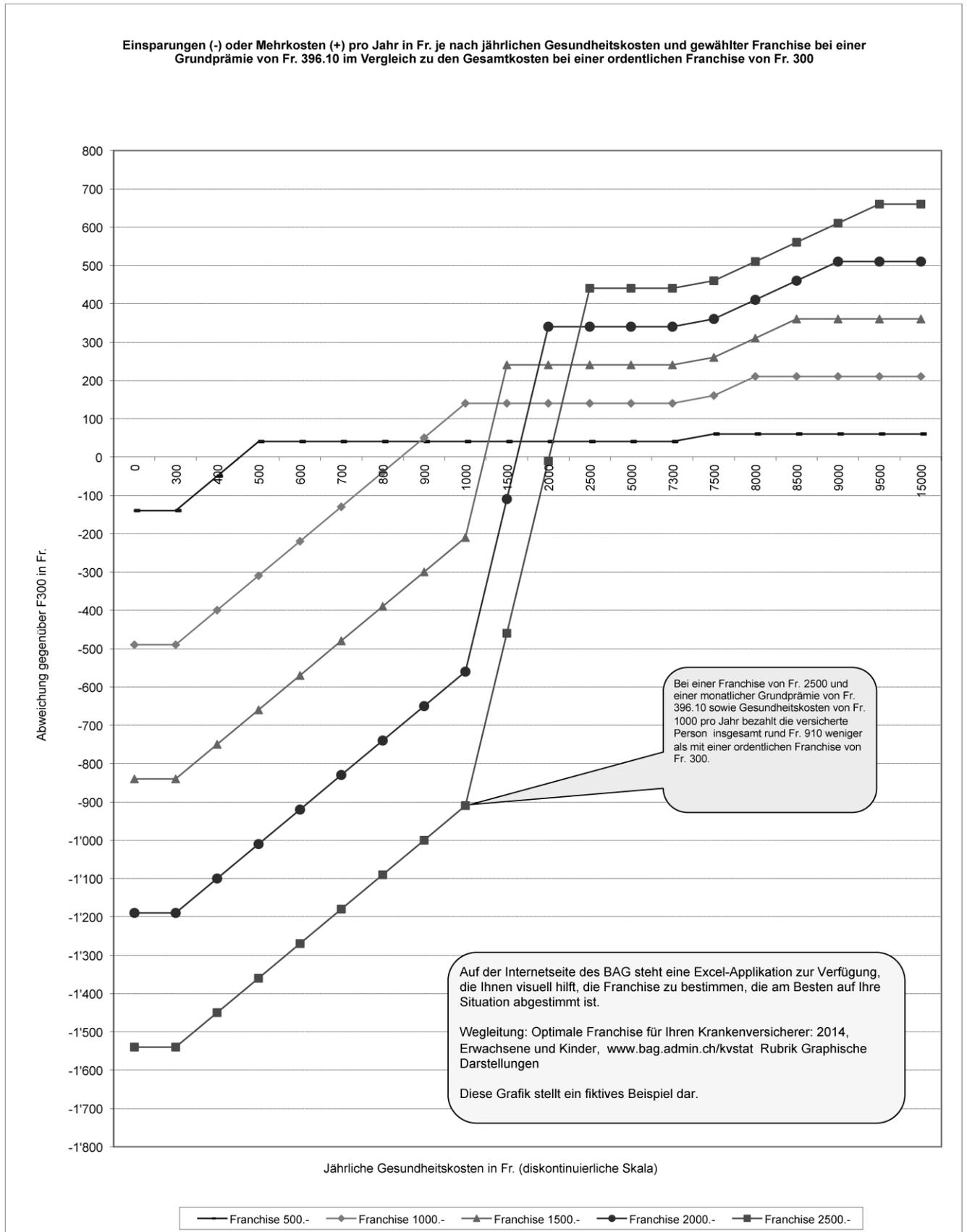
7. Kontrolle und statistische Auswertung

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 - 2014



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

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Veränderung 2011-12 in %	2013	2014
1 Versicherte	7'384	7'436	7'478	7'538	7'616	7'709	7'780	7'863	7'953	1.15%		
Schätzung	7'369	7'439	7'479	7'540	7'617	7'702	7'781	7'860	7'952		8'053	
Abweichung S	-0.20%	0.04%	0.01%	0.03%	0.01%	-0.08%	0.02%	-0.03%	-0.02%			
Prognose	7'362	7'463	7'592	7'673	7'691	7'722	7'651	7'808	7'901		8'016	8'157
2 Prämien	18'030	18'496	19'315	19'689	19'692	20'125	22'051	23'631	24'458	3.50%		
Schätzung	18'003	18'529	19'330	19'702	19'700	20'167	22'081	23'649	24'436		25'020	
Abweichung S	-0.15%	0.18%	0.08%	0.07%	0.04%	0.21%	0.13%	0.08%	-0.09%			
Prognose	18'075	18'735	19'932	20'116	20'016	20'398	22'023	23'627	24'323		24'917	25'894
3 Nettoleistungen	16'308	17'353	17'564	18'424	19'431	20'274	20'884	21'356	22'196	3.93%		
Schätzung	16'182	17'293	17'953	18'304	19'054	20'141	21'028	21'656	22'280		23'453	
Abweichung S	-0.77%	-0.34%	2.22%	-0.65%	-1.94%	-0.65%	0.69%	1.40%	0.38%			
Prognose	16'330	17'180	18'848	19'027	19'109	19'773	20'560	21'871	22'480		23'053	24'047
4 Kostenbeteiligung	2'832	2'995	3'039	3'155	3'290	3'382	3'409	3'575	3'705	3.64%		
Schätzung	2'901	3'099	3'117	3'179	3'292	3'461	3'540	3'582	3'737		3'883	
Abweichung S	2.43%	3.47%	2.58%	0.75%	0.03%	2.31%	3.84%	0.21%	0.85%			
Prognose	3'044	3'181	3'305	3'346	3'341	3'436	3'562	3'707	3'730		3'903	4'018
5 Verwaltungskosten	904	910	994	1'010	1'107	1'061	1'146	1'166	1'207	3.58%		
Schätzung	965	979	1'005	1'054	1'085	1'135	1'198	1'209	1'222		1'234	
Abweichung S	6.79%	7.54%	1.13%	4.43%	-2.05%	6.97%	4.55%	3.74%	1.20%			
Prognose	973	999	1'026	1'041	1'079	1'101	1'165	1'196	1'200		1'234	1'246
6 Reserven	2'968	3'184	3'749	3'970	3'252	2'863	3'116	3'711	6'504	75.27%		
Schätzung	2'984	3'152	3'543	4'165	3'702	2'439	2'861	3'660	6'033		6'688	
Abweichung S	0.52%	-1.02%	-5.50%	4.91%	13.84%	-14.79%	-8.17%	-1.36%	-7.24%			
Prognose	2'745	3'240	3'356	3'461	3'956	3'319	2'643	3'237	3'984		6'247	6'862
7 Rückstellungen	4'488	4'710	4'990	5'234	5'191	5'095	5'227	5'649	5'477	-3.04%		
Schätzung	4'547	4'697	4'866	5'170	5'299	5'336	5'329	5'489	5'237		5'546	
Abweichung S	1.30%	-0.28%	-2.48%	-1.22%	2.07%	4.72%	1.94%	-2.83%	-4.37%			
Prognose	4'529	4'824	4'891	5'045	5'284	5'365	5'508	5'601	5'665		5'402	5'646
8 Bruttoleistungen	19'140	20'348	20'603	21'579	22'722	23'656	24'292	24'932	25'901	3.89%		
Schätzung	19'083	20'392	21'069	21'483	22'346	23'602	24'567	23'649	26'017		27'337	
Abweichung S	-0.30%	0.22%	2.26%	-0.44%	-1.65%	-0.23%	1.13%	-5.14%	0.45%			
Prognose	19'373	20'361	21'753	22'373	22'450	23'208	24'122	25'578	24'323		26'957	28'065

Bemerkungen:

- 1 -> 4, 6 -> 8 : in der STAT KV publizierte Werte [T 1.01] aus den Formularen EF123/EF1345.
- 5 : in der STAT KV publizierte Werte [T 1.02] aus den Formularen EF123/EF1345 (Konten 40-47 / 500->517, ohne Abschreibungen).
- 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 Versicherers. 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 (vgl. T 1.01, 1.12, 5.01, 5.02, 5.06).

- 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. : 2012 [T 1.01] 3075 Fr. / 2013 [Schätzung J1] 3107 Fr. (+ 1.03%)

* Datenstand: 2013 (Schätzung) und 2014 (Prognose): 8.10.13

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit
Auszugsweiser Abdruck unter Quellenangabe
(Name der Publikation, Jahr, Nummer der Grafik) gestattet.
Publikationszeitpunkt: Juli 2014

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: 316.916.12d (deutsch) 316.916.12f (französisch)

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 7.14 240f 540d 2014-KUV-04

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier