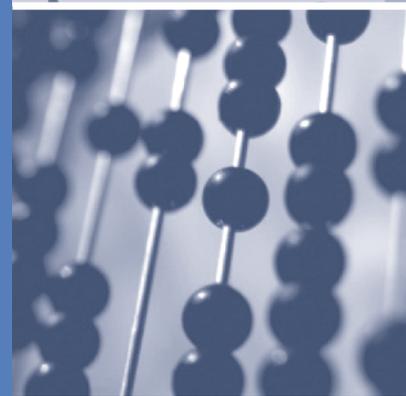
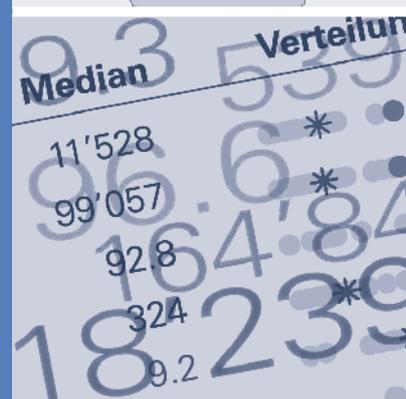


Statistiken zur Krankenversicherung

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Statistiken zur Krankenversicherung

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Aufsicht Krankenversicherung
Sektion Statistik und Mathematik

Übersicht

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

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

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

Tabelle der Hauptindikatoren OKP:

T 1.01 in den Anhängen, Teil A

Statistiken der obligatorischen Krankenversicherung 1996-2007 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: für 2004 im PDF-Format, 2005 im PDF und XLS-Format, seit 2006 im XLS-Format, nur auf Deutsch, farbig.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008:

Laufende Aktualisierung der nächsten Publikation (Tabellen aus den gedruckten Versionen, im Excel-Format, nur auf Deutsch) für das Geschäftsjahr 2008 ab Juli 2009 verfügbar im Internet:

www.bag.admin.ch/kvstat

Weitere Informationen:

BAG, Sektion Statistik und Mathematik, 3003 Bern.

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

Herbert Käenzig, Tel. +41 (0)31 322 91 48, herbert.kaenzig@bag.admin.ch (deutsch)

Weitere Informationen für Presse und Medien:

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

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

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

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung, Hauptindikatoren der OKP, Statistik der Krankenversicherung im Internet, Aktualisierung, Statistik 2008, weitere Informationen. Abkürzungen, Tabellenhinweise, männliche Form.

1. Einleitung	1
2. Aufbau der Statistik über die Krankenversicherung	2
2.1 Neuerungen in der Ausgabe 2007	2
2.2 Inhalt und Quellen	2
3. Wichtige Neuerungen in der Krankenversicherung ab 1996	4
4. Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2007	8
4.1 - 4.11: siehe Themen unter Beilage A: Tabellen A1 - A11	2
5. Beilagen	55
A Tabellen	
A1 Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) 101-115	57
A2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP 201-223	71
A3 Prämien in der OKP 301-312	95
A4 Prämienverbilligung in der OKP 401-411	107
A5 Individuelle Daten pro Versicherter 501-504	119
A6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG 601-606	127
A7 Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer 701-705	133
A8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer 801-813	139
A9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen 901-922	149
A10 Risikoausgleich in der OKP 1001-1003	173
A11 Versicherte in der OKP 1101-1119	177
B Übergangsschlüssel Tabellen 2006 -> 2007 / 2007 -> 2006	192
(unter Einbezug der neu erstellten Tabellen und jenen mit kantonalen Angaben)	
C Übergangsschlüssel Grafiken 2006 -> 2007 / 2007 -> 2006	193
(unter Quellenangabe, Einbezug der neu erstellten Grafiken und jenen mit kantonalen Angaben)	
D Ergänzende Literatur	194
E Prämienregionen in der OKP	195
E1 Prämienregionen in der OKP ab 2004: kurze Einführung	195
E2 Prämienregionen (R1, R2, R3, RU) ab 2009	196
E3 Änderungen der Prämienregionen von 2008 auf 2009	197
F Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte in der OKP	198
F1 Entwicklung ab 1996: Erwachsene ab 19 Jahren	198
F2 Entwicklung ab 1996: Kinder (0-18 Jahre)	199
F3 Zunahme der Gesamtausgaben der Versicherten nach Franchise im 2009	200
G Risikoausgleich in der OKP (Stefan Spycher und Urs Wunderlin)	201
H Zusätzliche Informationen auf der Internetseite des BAG	204
(Rubrik Statistiken, Zeitreihen, dynamische Karten MAPresso, Tabellen und Graphiken XLS, Kostenmonitoring, optimale Franchisen, Erfolgsrechnungen und Bilanzen der einzelnen Versicherer)	
I Datenpool von santésuisse : Abdeckungsgrad, Datenstand und Genauigkeit der Daten 1997-2007	210
I1 Auswertung der Daten	210
I2 Abdeckungsgrad nach Kanton	211
I3 Abdeckungsgrad nach Altersgruppen	211
I4 Schätzungen der Bruttoleistungen des Datenpools von santésuisse	212
J Schätzungen aus dem Prämien genehmigungsverfahren 2000-2009	213
J1 Hauptwerte	213
J2 Hauptkostengruppen	214

Abkürzungen

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

Tabellenhinweise

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

Männliche Form

Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter. Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dessen 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. Die Versicherer bieten die Leistungen der Grundversicherung zu Einheitsprämien an. Jeder Versicherer kann aber innerhalb eines Kantons maximal drei Prämienregionen (städtisch, halbstädtisch, ländlich) unterscheiden. Innerhalb einer Prämienregion ist keine Differenzierung nach Geschlecht gestattet. Bezüglich Alter werden die drei folgenden Gruppen unterschieden: Kinder (0 - 18 Jahre); Junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) und Erwachsene (26 Jahre und älter).

Institutionelle Änderungen seit Einführung des KVG im Jahr 1996

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.

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 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 H gibt einen Überblick über diese zusätzlichen Daten.

2 Aufbau der Statistik über die Krankenversicherung

2.1 Neuerungen in der Ausgabe 2007

Seit der Statistikausgabe 2005 erfolgt die Unterteilung nach Themengebieten. Diese Darstellung ist leserfreundlicher. Anhand von Übergangstabellen (auf dem Internet abrufbar) lassen sich die Tabellen und Grafiken der früheren Ausgaben bis 1996 wiederfinden (siehe Beilagen B und C). Die neuen Nummern der Grafiken und Tabellen, ausgehend von der Publikation 2006, sind in diesen Beilagen ersichtlich.

Zusätzlich zur Aktualisierung und Ergänzung der bereits in der Ausgabe 2006 vorhandenen Tabellen und Grafiken (siehe Anhang B und C) weist diese Ausgabe Änderungen in einer Tabelle und sechs Grafiken auf und enthält drei neue Tabellen und acht neue Grafiken:

- T 1.14 Kalkulatorische Reserven OKP pro Kanton in % der Prämien ab 1997
- T 1.15 Kalkulatorische Reserven OKP pro Kanton in % der Prämien
- T 8.13 Stellen, Personal und Löhne in der OKP
- G 1e Kalkulatorische Reserven OKP pro Kanton in % der Prämien
- G 1g Entwicklung der Reserven OKP in % der Prämien: CH 1997-2007
- G 3j Durchschnittliche Veränderung der Prämien in % (Junge Erwachsene): ordentliche Franchise und Gesamtheit der Versicherungsformen - CH 1998-2007
- G 3k Durchschnittliche Veränderung der Prämien in % (Kinder): ordentliche Franchise (0.-) und Gesamtheit der Versicherungsformen - CH 1998-2007
- G 3n Korrelation zwischen dem kumulierten Unterschied des Verhältnisses Nettoleistungen / Prämien und dem Unterschied zwischen minimalen und effektiven Reserven pro Kanton: 2007
- G 3q Kumuliertes Verhältnis zwischen Nettoleistungen/OKP-Prämien 1997-2007 je Versicherten und Kanton in %
- G 3r Theoretisch notwendige Veränderung der kantonalen Prämien für 2007-08-09, um das mittlere Verhältnis CH zwischen Nettoleistungen/OKP-Prämien zu erreichen (kumuliertes Mittel CH 1997-2007 = 94.1%)
- G 3s Veränderung der monatlichen Durchschnittsprämien für Erwachsene (26 Jahre und älter) ab 1996 (Schätzungen mit ordentlicher Franchise und Unfaldeckung - CH)

Der Beilagenteil enthält neben der jährlichen Aktualisierung ebenfalls einige Neuerungen:

- E3 Änderungen der Prämienregionen von 2008 auf 2009
- H Zusätzliche Informationen auf der Internetseite des BAG: Prämienverbilligung
- I4 Schätzungen der Bruttoleistungen des Datenpools von santésuisse: Hauptkostengruppen CH
- J Schätzungen aus dem Prämien genehmigungsverfahren 2000-2009

2.2 Inhalt und Quellen

Die Krankenversicherungsstatistik nutzt verschiedene Informationsquellen. Damit das BAG seine Aufsichtstätigkeit über die anerkannten Krankenversicherer wahrnehmen kann, sind die Versicherer verpflichtet, dem BAG im Sinne einer jährlichen Berichterstattung Informationen einzureichen (insbesondere Formulare EF123). Die Daten aus diesen Formularen werden nach erfolgter Prüfung in der Krankenkassen-Datenbank des BAG erfasst. Die Tabellen der Statistik beruhen auf dieser Quelle und sind so produziert, dass sie den Informations- bzw. Datenstand vom Juli 2008 wiedergeben.

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 ab 1997.

Tabellenteil 2: Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP

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

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

Tabellenteil 3: Prämientarife in der OKP

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

Die dem BAG von den Krankenversicherern zur Prämien genehmigung durch den Bundesrat gemäss Artikel 61 Absatz 4 KVG gelieferten Angaben werden auch für statistische Zwecke genutzt. Dieser Teil weist die geschätzten durchschnittlichen KVG-Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (mit ordentlicher Franchise und Unfaldeckung) pro Kanton aus, aufgeteilt nach Erwachsenen, jungen Erwachsenen und Kindern ab 1997. Ausgehend vom Datenpool von santésuisse werden die von den Versicherten tatsächlich bezahlten Prämien für alle Versicherungsmodelle gemeinsam dargestellt.

Tabellenteil 4: Prämienverbilligung in der OKP

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

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

Tabellenteil 5: Individuelle Daten pro Versicherer

Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG

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

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

Tabellenteil 6: Freiwillige Taggeldversicherung KVG

Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG

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

Tabellenteil 7: Andere Versicherungen der anerkannten Krankenversicherer

Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG

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

Tabellenteil 8: Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

Quelle: Krankenkassen-Datenbank BAG

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

Tabellenteil 9: Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

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

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

Tabellenteil 10: Risikoausgleich in der OKP

Quelle: Angaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG

Die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn vollzieht den Risikoausgleich gemäss KVG Artikel 105, verwaltet die entsprechenden 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 und Datenpool santésuisse

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.

3 Wichtigste Neuerungen in der Krankenversicherung ab 1996

- 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).
- 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.
 - 1.7.2007 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV): Art. 7 Abs. 2bis.
- 2006**
- 1.1.2006: Änderung des KVG: Änderung der Voraussetzungen, um die Kostenübernahme für Leistungen aufzuschieben, wenn die Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt werden (Art. 64a). Verbilligung der Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50% für untere und mittlere Einkommen (Art. 65).
 - 1.1.2006: Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung für die Jahre 2006 bis 2009.
 - 1.1.2006: Änderung der KVV: Der Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt kann während höchstens fünf Jahren erhoben werden. Wechselt die versicherte Person den Versicherer, hat der bisherige Versicherer den Zuschlag dem neuen Versicherer mitzuteilen (Art. 8). Prämienhebung und Folgen des Zahlungsverzugs (Art. 90). Das Departement bezeichnet die Arzneimittel, für die ein höherer Selbstbehalt zu entrichten ist (Art. 105 Abs. 1bis).
 - 1.1.2006: Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).
 - 1.1.2006 (Übergangsfrist bis 1.4.2006): Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 % für Originalpräparate, von welchen ein mindestens 20 % billigeres Generikum in der Spezialitätenliste angeführt ist (Art. 38a KLV).
 - 1.1.2006 und 10.5.2006: Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).
 - 1.5.2006: Änderung der KVV: Änderung des Verfahrens für die Sistierung der Versicherungspflicht bei Militär- und Zivildienst (Art. 10a).
 - 10.5.2006: Änderung der KVV: Transparenz der Angaben im Beitrittsformular (Art. 6a); Pilotprojekte zur Kostenübernahme für Leistungen im Ausland (Art. 36a); Überprüfung der Aufnahmebedingungen für Arzneimittel (Art. 65a, 65b und 65c); Senkung der Mindestreservesätze (Art. 78); Reihenfolge der Prämienermässigungen (Art. 90b); Mindestprämie (Art. 90c); Prämienreduktion bei anderweitiger 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 Pflgetarife (Übergangsbestimmung zum KVG, dringliches Bundesgesetz).
- 1.1.2005: Verlängerung der Geltung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen Behandlungen nach dem KVG (dringliches Bundesgesetz).
- 1.1.2005: Änderung der KVV: die Wahlfranchisen betragen neu Fr. 500, 1'000, 1'500, 2'000 und 2'500 Franken für Erwachsene und junge Erwachsene. Für Kinder betragen die Wahlfranchisen neu Fr. 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Die Prämie der Versicherung mit Wahlfranchise beträgt mindestens 50% der Prämie der Versicherung mit ordentlicher Franchise und Unfalleinschluss.
- 1.1.2005: Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).
- 1.1.2005 und 1.7.2005: Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

2004

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

2003

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

2002

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

2001

- 1.1.2001: Inkrafttreten des überwiegenden Teils der 1. Teilrevision des KVG und der Verordnungsänderungen (z.B. Sistierung der Versicherungspflicht bei längerdauernder Unterstellung unter die Militärversicherung, neues Abgeltungsmodell im Bereiche der Arzneimittel - Beratungsleistungen von Apothekern und selbstdispensierenden Ärzten sollen getrennt von den Medikamentenkosten, nach Tarifen vergütet werden -, keine Franchiseerhebung bei Screening-Mammographie, Sanktionen bei Ordnungswidrigkeiten durch einen Krankenversicherer sowie Verbesserungen im System der Prämienverbilligung).
- 1.1.2001: Inkrafttreten des Änderungspaketes im Zusammenhang mit dem Datenschutzrecht und der entsprechenden Anpassungen der KVV.

- Anpassungen bei Wahlfranchisen (betragsmässige Begrenzung der höchstzulässigen Rabatte sowie Einführung regionaler Prozentsätze für Prämienreduktionen).
 - Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit: Heroinabgabe, Positron-Emissions-Tomographie PET).
- 2000**
- Verabschiedung der 1. Teilrevision des KVG und der Ausführungsbestimmungen in den Bundesratsverordnungen.
 - 1.10.2000: Inkrafttreten der geänderten Bestimmungen über den Kassenwechsel.
 - Anpassung des Leistungskatalogs in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. in-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie).
 - Erweiterung der Anlagemöglichkeiten der Krankenkassen (finanzielle Reserven).
- 1999**
- Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (gewisse Gebiete der Alternativmedizin).
 - Teilrevision der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung VORA (Aktuellere Datenbasis und Beschleunigung der Zahlungsflüsse).
- 1998**
- Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
 - Erhöhung der ordentlichen Franchise auf 230.– Fr., Änderung der Prämienreduktionssätze bei wählbaren Franchisen.
 - Erleichterte Reservebestimmungen für grosse Versicherer.
 - Erlass von Tarifbestimmungen für den Spitex- und für den Pflegebereich.
 - Der Bundesrat setzt die folgenden Eidgenössischen Kommissionen ein: Grundsatzkommission (Vorsitz), Leistungskommission, Arzneimittelkommission, Analysenkommission, Kommission für Mittel und Gegenstände.
- 1997**
- Erweiterung der Pflichtleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
 - Zulassung der ärztlich verordneten Ernährungsberatung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- 1996**
- Inkrafttreten des neuen KVG am 1.1.1996:
 - Einführung des Versicherungsobligatoriums mit einem umfassenden Leistungskatalog in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
 - Einführung von Einheitsprämien für erwachsene Versicherte pro Versicherer und Region.
 - Garantie der freien Wahl der Kasse für alle Versicherten, volle Freizügigkeit in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
 - Freie Wahl der Versicherungsform; die neuen Versicherungsformen (z.B. HMO, Bonusversicherung, wählbare Franchise) werden definitiv eingeführt.
 - Individuelle Prämienverbilligung: Subventionierung der Versicherten in Abhängigkeit von deren wirtschaftlichen Verhältnissen.
 - Weiterführung des Risikoausgleichs (Ausgleich der Risiken Alter und Geschlecht) bis 2005.
 - Förderung des Wettbewerbs unter Leistungsanbietern und unter Krankenversicherern.

Datenstand: 18.11.2008

Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, BSV.

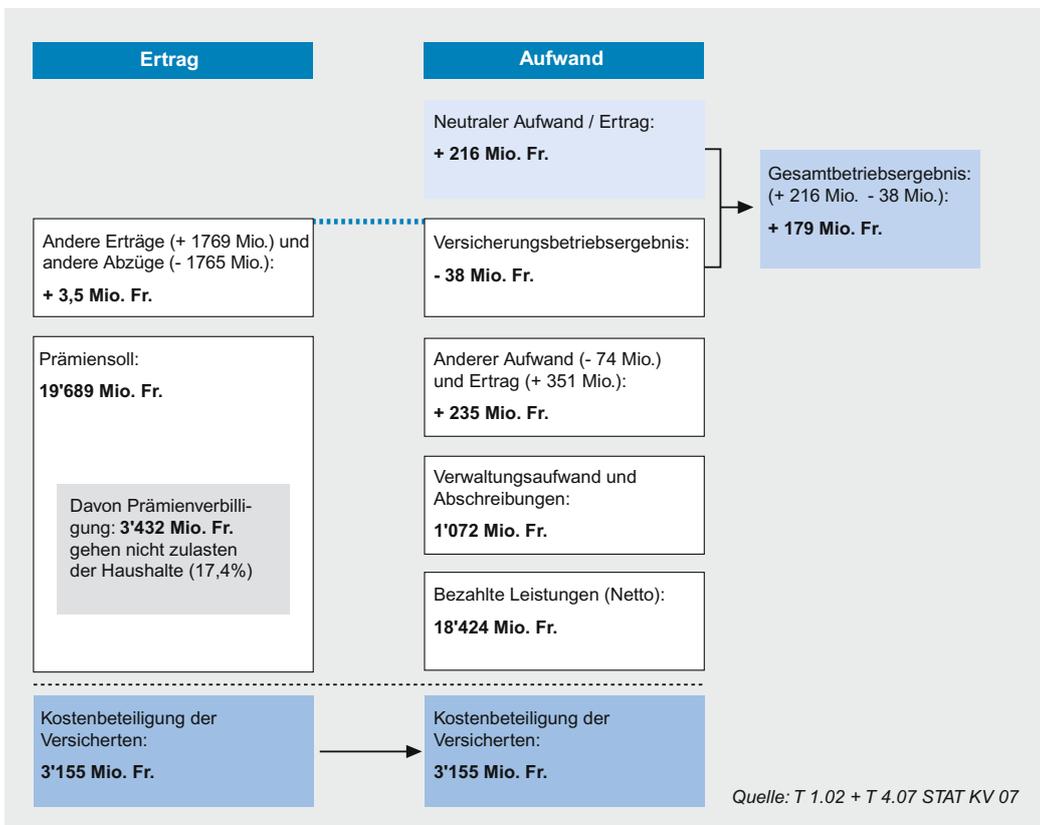
4 Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2007

4.1 Finanzen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die von den Versicherern **bezahlten Leistungen** in der Höhe von 18,4 Mrd. Franken im Jahr 2007 ergeben sich nach Abzug der **Kostenbeteiligung der Versicherten** von 3,2 Mrd. Franken. Zieht man vom **Prämiensoll** von 19,7 Mrd. Franken den übrigen Aufwand/Ertrag ab, so verbleibt ein negatives OKP-Betriebsergebnis von -38 Mio. Franken. Unter Berücksichtigung des neutralen Aufwandes und Ertrages resultiert somit ein positives **Gesamtbetriebsergebnis** von +179 Mio. Franken (G 1d, G 1b, G 1c).

G 1d Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG insgesamt 2007

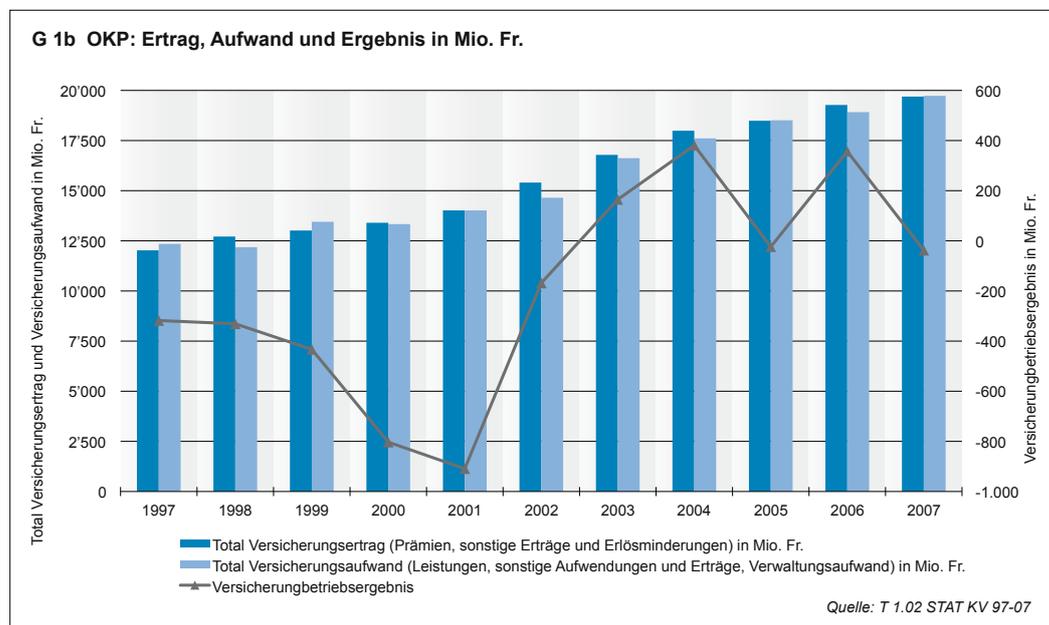


Dabei setzte sich dieses Gesamtbetriebsergebnis aus divergierenden Ergebnissen nach den einzelnen Versicherungsformen zusammen. So wurde das stark negative Ergebnis bei den Versicherungen mit ordentlicher Franchise (-1,6 Mrd. Fr.) durch positive Ergebnisse für die Versicherungen mit wählbarer Franchise (+1,5 Mrd. Fr.), der BONUS-Versicherung und der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (+336 Mio. Fr.) wieder kompensiert (T 1.03 bis T 1.06).

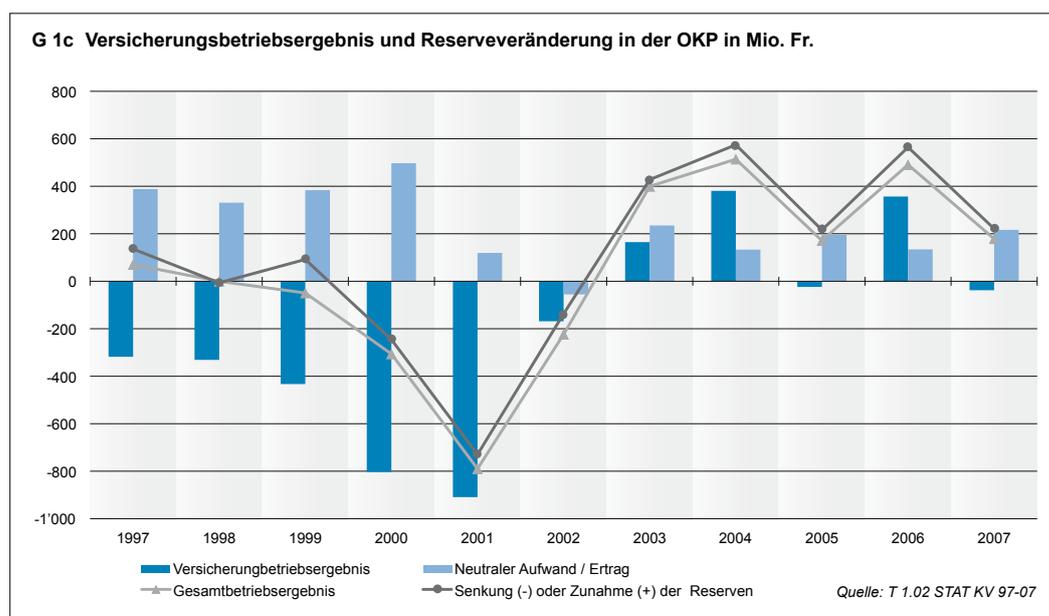
Allerdings handelt es sich hier nicht um eine Quersubventionierung der verschiedenen Versicherungsformen. Es sind eher die jungen und gesunden Versicherten, die eine Versicherung mit wählbarer Franchise, eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder die BONUS-Versicherung wählen und mit ihren Prämien nicht nur die Versicherungsleistungen decken, sondern auch den Risikoausgleichsfonds speisen. Die Versicherten mit ordentlicher Franchise sind hingegen in der Regel etwas älter und beziehen mehr Leistungen. Ihre Prämienzahlungen vermögen die bezogenen Leistungen nur dank dem Beitrag aus dem Risikoausgleichsfonds zu decken.

Interessant ist die Entwicklung von **Aufwand**, **Ertrag** und **Betriebsergebnis** seit 1997. Nach einer Phase von 1997 bis 2002 mit einem klar negativen Betriebsergebnis (Aufwand minus Versicherungs-

ertrag gemäss G 1d) ergab sich für die Jahre 2005 und 2007 ein beinahe ausgeglichenes und für die Jahre 2003, 2004 und 2006 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 1997 grosse Schwankungen aufweist. Die jährliche Veränderung der **Reserven** verläuft ähnlich wie diejenige des Gesamtbetriebsergebnisses, da die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die Versicherer keinen Gewinn abwerfen darf (G 1c).



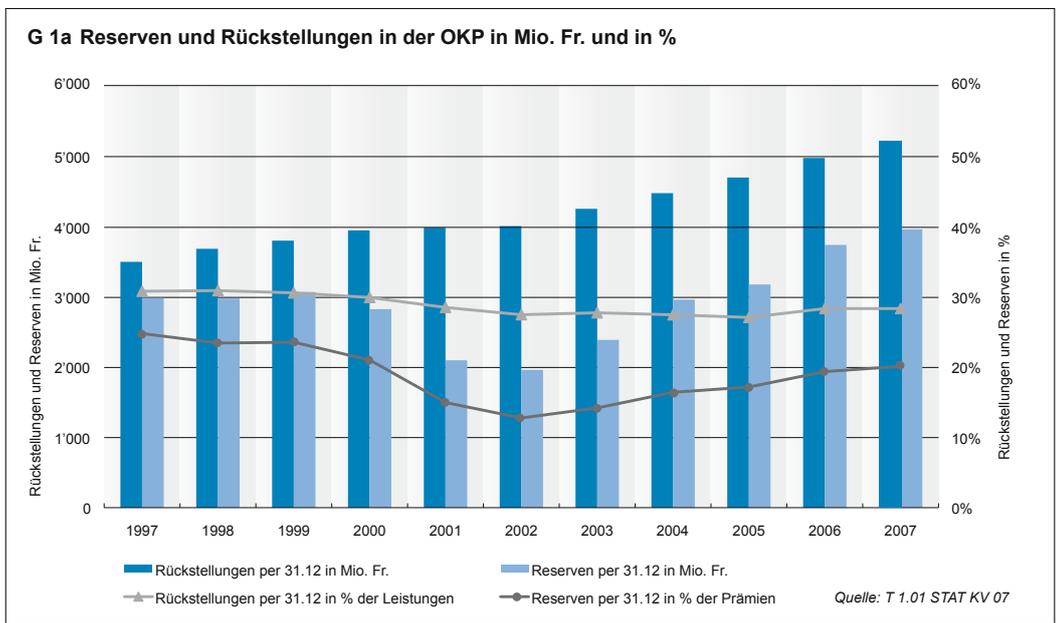
Die Versicherten, die in der Schweiz versicherungspflichtig sind und in einem EG-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen wohnen, sind in der Tabelle 1.07 erfasst. Ebenfalls in dieser Tabelle erfasst werden Versicherte, die früher dem Artikel 3 KVV unterstellt waren (Grenzgänger, die in der Schweiz eine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

Reserven und Rückstellungen in der OKP

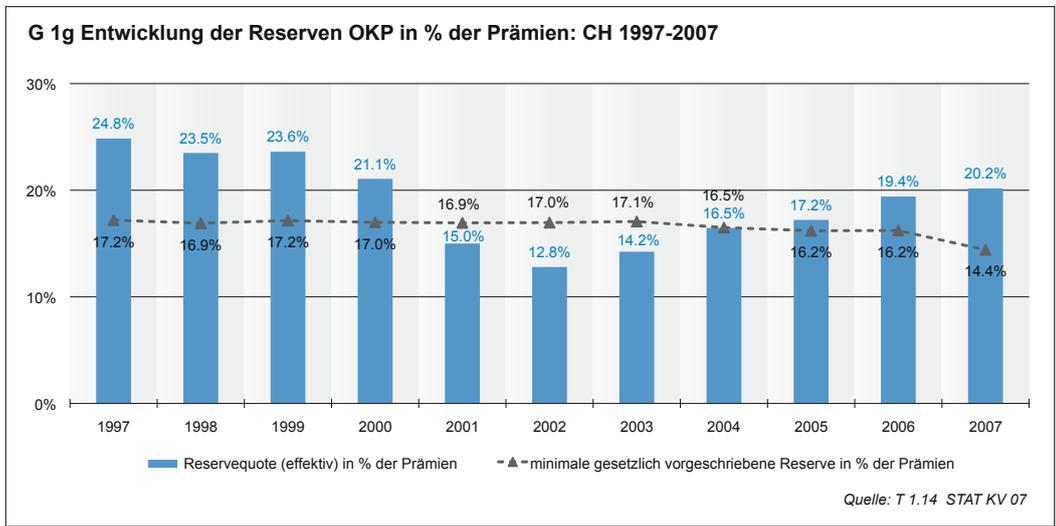
Wie oben dargelegt, wirkt sich das Gesamtbetriebsergebnis auf den **Reservenstand** in der OKP aus. So ist dieser von 2006 bis 2007 um rund 200 Mio. Franken angestiegen (G 1c). Die Reserven dienen den Versicherern zur Deckung unvorhergesehener Risiken.

Betrachtet man zudem den Stand der Reserven im Verhältnis zum Prämiensoll desselben Jahres, so resultiert eine Abnahme dieser «Reservequote» von 24,8% im Jahr 1997 auf 20,2% im Jahr 2007 (G 1a). Die Reserven von 4,0 Mrd. Franken Ende 2007 entsprechen ungefähr den Leistungen von zweieinhalb Versicherungsmonaten.

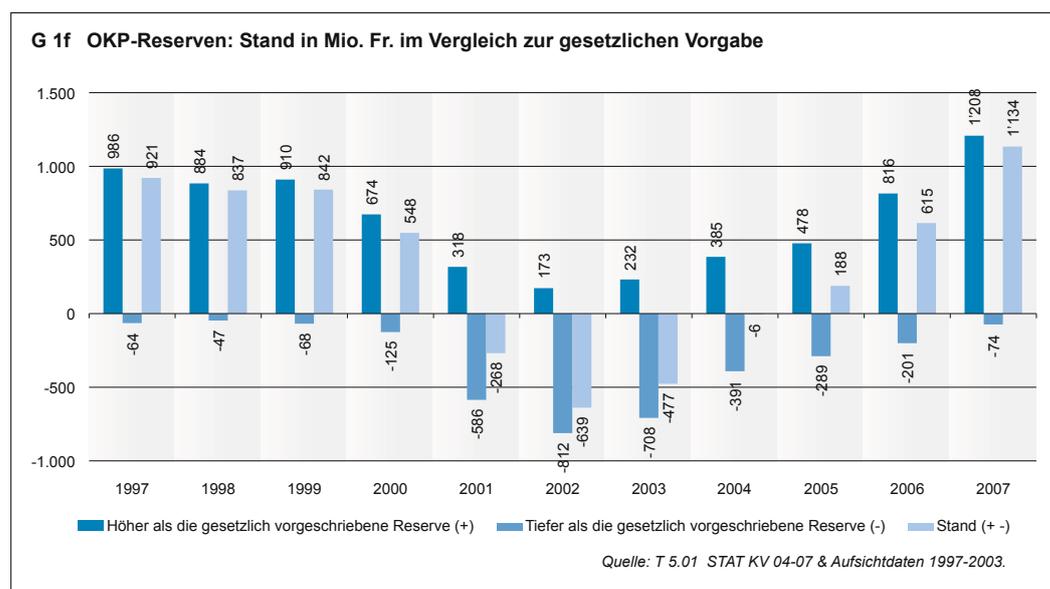
Stabiler entwickelten sich die **Rückstellungen** für unerledigte Versicherungsfälle. Ins Verhältnis gesetzt zu den von den Versicherern bezahlten Leistungen ergab sich ein Rückgang von 30,9% im Jahr 1997 auf 28,4% im Jahr 2007 (G 1a).



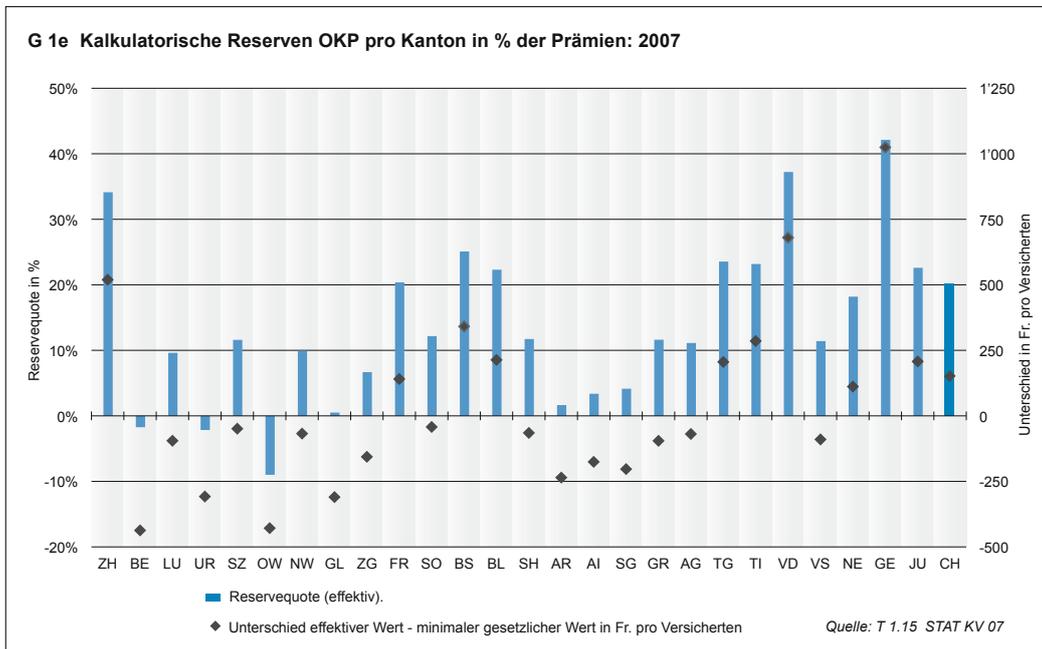
Die Grafik G 1g zeigt die Entwicklung der tatsächlichen Reservequote im Vergleich mit der gesetzlich festgelegten Mindestquote. Diese Mindestquoten hängen mit der Zahl der Personen zusammen, die bei den verschiedenen Versicherern versichert sind, und wurden seit 2004 gesenkt (siehe T 5.02).



Markant sind die Unterschiede auch bei den Überschüssen und Fehlbeträgen im Zusammenhang mit den gesetzlichen Reserven. Nach einer vierjährigen Periode mit erheblichen Fehlbeträgen bei allen Versicherern von 2001 bis 2004 erzielten seit 2005 bis 2007 mehrheitlich Überschüsse. Jedoch lagen die Reserven bei 13 von 87 OKP-Versicherern im Jahr 2007 immer noch unter den gesetzlichen Anforderungen. Der Fehlbetrag bei den Reserven belief sich gesamthaft auf 74 Mio. Franken. Der Saldo (Überschüsse abzüglich Fehlbeträge) betrug im Jahr 2007 1,13 Mrd. Franken, was ausreichen würde, um die Versicherungsleistungen von ungefähr drei Wochen zu decken (G 1f). Mit Hilfe der Aufsichtsdaten kann die individuelle Situation der Versicherer überprüft werden (T 5.01).



Es kann auch die Quote der kalkulatorischen Reserven pro Kanton dargestellt werden (G 1e). Dabei lassen sich sehr grosse Unterschiede zwischen den tatsächlichen Werten und den Mindestwerten feststellen (siehe Beschreibung der Berechnungsmethode in Prozent der Prämien in T 1.15). Diese Unterschiede werden in Franken pro Versicherten festgehalten, damit der Versichertenbestand in jedem Kanton berücksichtigt werden kann. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es sich um einen Durchschnittswert handelt und dass zwischen den Versicherern in einem bestimmten Kanton beträchtliche Unterschiede bestehen. Es ist jedoch ebenso eine Tatsache, dass erhebliche Unterschiede in Bezug auf die kantonalen Mindestwerte ein Hinweis darauf sind, dass die Durchschnittsprämien aller Versicherer innerhalb eines bestimmten Kantons entweder zu hoch oder zu niedrig sind. So wiesen beispielsweise die Kantone GE und VD in Bezug auf die gesetzlichen Mindestanforderungen die höchsten kalkulatorischen Reserven pro Versicherten in der OKP auf (Überschüsse in der Grössenordnung von 1000 und 700 Franken pro Versicherten), während in den Kantonen BE und OW im Vergleich zu den gesetzlich festgelegten Mindestwerten die höchsten Fehlbeträge verzeichnet wurden (Fehlbeträge in Höhe von rund 500 Franken pro Versicherten). Ein Reserveüberschuss darf nur verwendet werden, um die Jahresprämie eines Versicherten im gleichen Umfang zu reduzieren oder um künftige Prämien erhöhungen gestaffelt zu mildern. Ein analoges Prinzip gilt bei zu tiefen Reserven. Ein Ansatz für eine gestaffelte Korrektur scheint angemessener zu sein, denn es wäre beispielsweise für die Versicherten im Kanton Genf nur schwer zu akzeptieren und kaum verständlich, wenn ihre Durchschnittsprämien von rund 3600 Franken im Jahr 2007 einmalig auf 2600 Franken im Jahr 2008 sinken und anschliessend im Jahr 2009 wieder auf über 3600 Franken steigen würden.



Senkung der Mindestreservequoten der Krankenkassen ab 2007

Der Bundesrat hat beschlossen, ab 2007 die Mindestreservequoten der Versicherer zu senken. In den vergangenen Jahren haben die zunehmende Nutzung der EDV sowie die elektronische Fakturierung der Leistungen die Budgeterstellung der Versicherer erleichtert und somit das finanzielle Risiko verringert. Aus diesem Grund ermächtigte der Bundesrat die Versicherer mit über 150'000 Versicherten, einen stufenweisen Abbau ihrer Reservequoten gemäss untenstehender Tabelle vorzunehmen. Die Senkung der Quoten erfolgt seit 2007 schrittweise über drei Jahre. Kassen mit unter 50'000 Versicherten müssen weiterhin eine Mindestreserve von 20% aufweisen und sich rückversichern. Damit verfügen die Versicherer bei der Festsetzung der Prämien über einen grösseren Handlungsspielraum. *Minimale Sicherheitsreserve in % (Art. 78 KVV):*

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

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

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

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

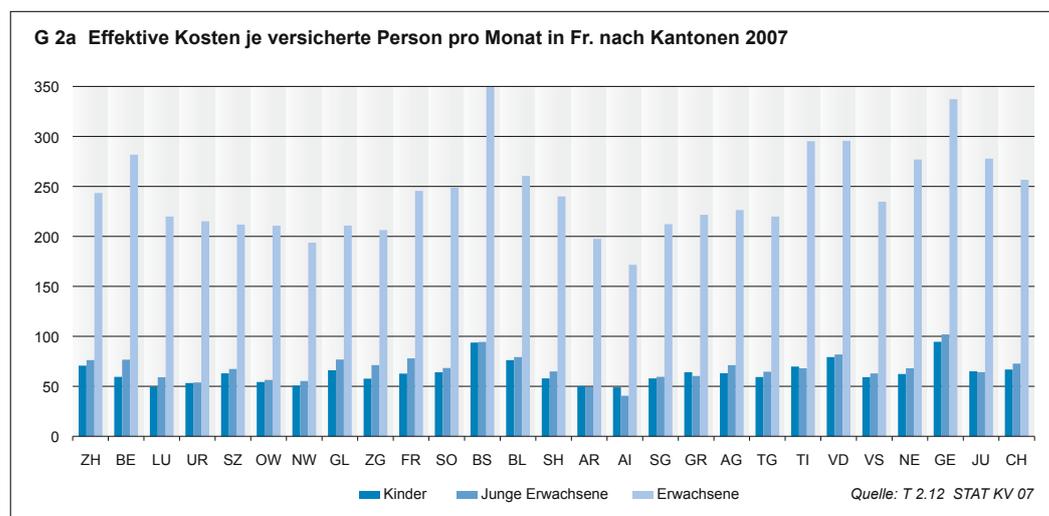
Aus der obigen Tabelle kann die Auswirkung auf die Prämien nach Grösse des Versicherers abgeschätzt werden. Allerdings handelt es sich dabei nicht um einen Automatismus, da die effektive Auswirkung der Reservequotensenkung auf die Prämien von der jeweiligen Situation der einzelnen Versicherer abhängig ist. Ein Versicherer, der beispielsweise bereits heute die gesetzlichen Reserveranforderungen nicht erfüllt, kann seine Reserven natürlich nicht senken. Zu erwähnen ist zudem, dass ein Teil der Reserven auf Finanzmärkten angelegt und damit von der Entwicklung der Börsenkurse abhängig ist, was zu Wertverlusten führen kann.

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

4.2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

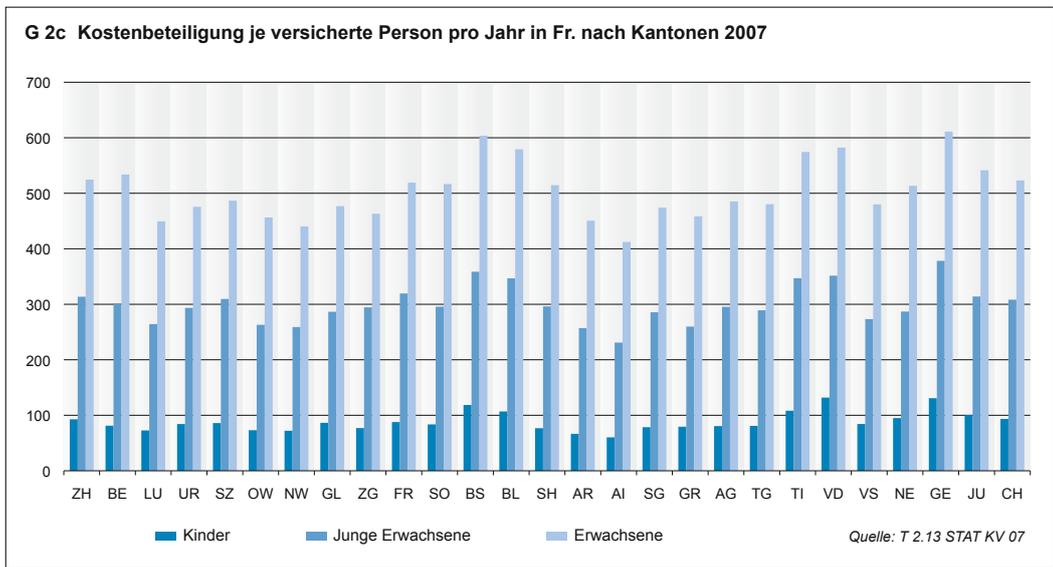
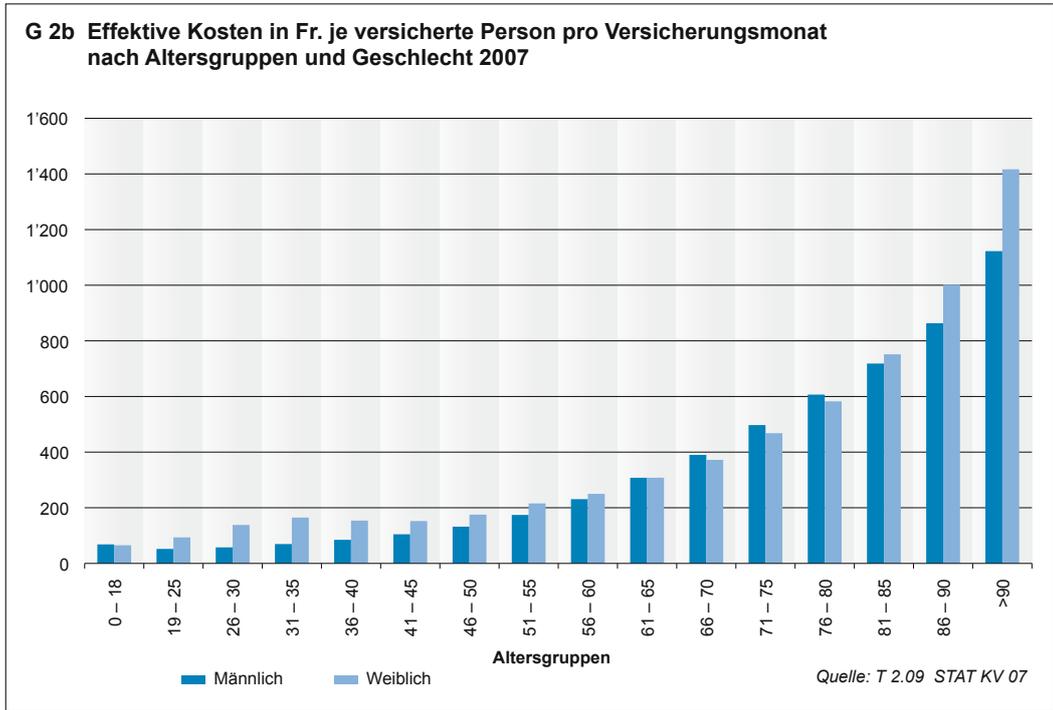
Im Krankenkassenwesen gibt es drei Beteiligte: Leistungserbringer, Patient (Versicherter) und Versicherer («Tiers»). Im System des **«Tiers garant»** vergütet der Patient die Leistung direkt an den Leistungserbringer und lässt sich die Kosten von seinem Versicherer («Tiers») rückerstatten. Im System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

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

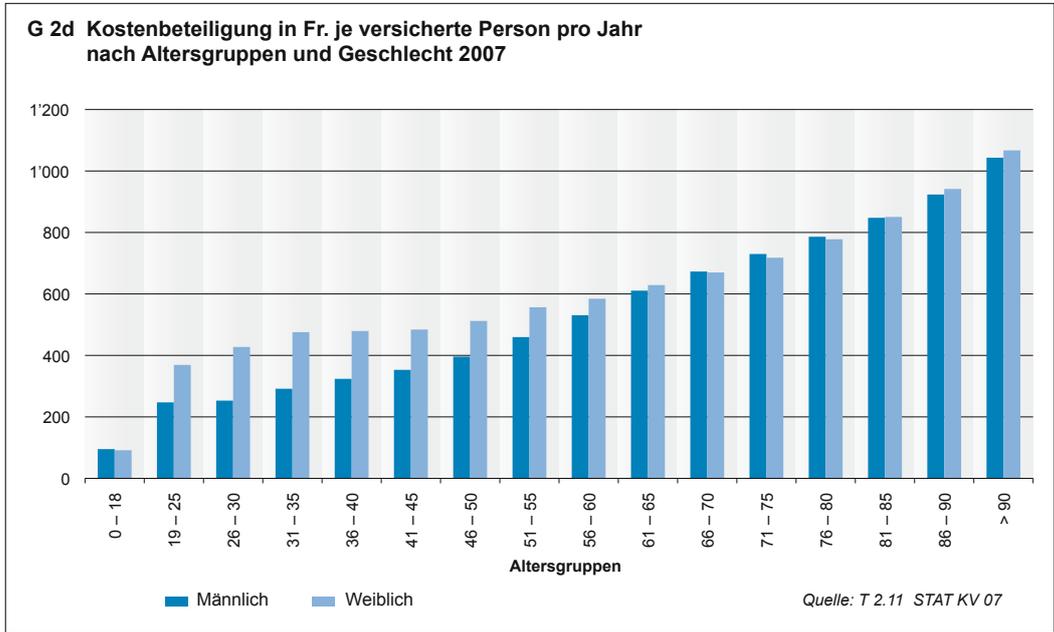


Eine Analyse der tatsächlichen monatlichen Versicherungskosten nach Alter und Geschlecht zeigt deutlich, dass zwischen Kosten und Alter einerseits und den höheren Kosten der Frauen und den tieferen Kosten der Männer andererseits (ausser im Alter zwischen 66 und 80 Jahren) eine Korrelation besteht. Die etwa doppelt so hohen Kosten bei den Frauen der Altersgruppen 19-25, 26-30, 31-35 und 36-40 Jahre sind hauptsächlich auf die Mutterschaft zurückzuführen (G 2b).

Bei der jährlichen Kostenbeteiligung nach Kanton und Altersgruppe belegen bei den Erwachsenen erneut die Kantone GE und BS die Spitzen- und NW und AI die Schlusspositionen. Die deutlich tieferen Werte bei den Kindern (der schweizerische Durchschnitt liegt bei 93 Franken im Vergleich zu 308 Franken für junge Erwachsene und 523 Franken für Erwachsene) sind darauf zurückzuführen, dass bei Kindern keine ordentliche Franchise erhoben wird und der maximale Selbstbehalt nur halb so hoch ist (G 2c und T 2.13).

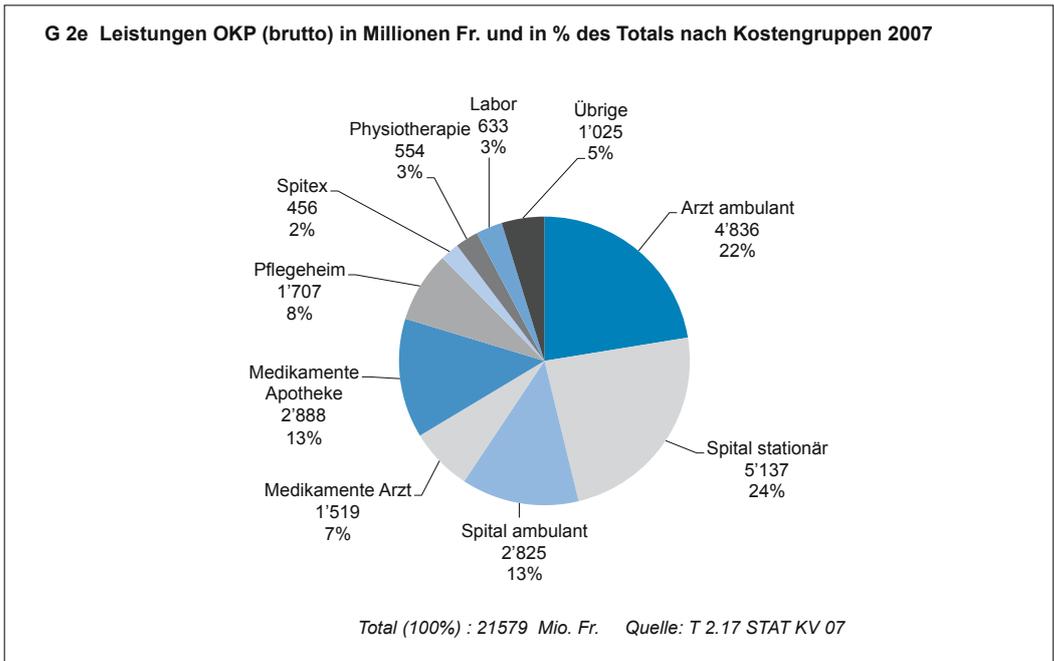


Es ist darauf hinzuweisen, dass die Kostenbeteiligungen in der Krankenversicherungsstatistik **unterschätzt** werden. Denn es werden im System des Tiers gar nicht lediglich die Kostenbeteiligungen berücksichtigt, die von den Krankenversicherern registriert werden. Viele Versicherte mit hohen Wahlfranchisen bezahlen die Rechnungen für bezogene Leistungen direkt an die Leistungserbringer, ohne dass sie ihren Versicherer über diese Rechnungen in Kenntnis setzen. Deshalb können diese Leistungen in der Statistik der OKP nicht erfasst werden. Ohne dass ihr Umfang und ihre Entwicklung abgeschätzt werden kann, sind diese von den Haushalten direkt bezahlten Beträge gesamthaft im Posten «Out of pocket» der Kosten des Gesundheitswesens enthalten (siehe T 9.06 und 9.07). Bei der jährlichen Kostenbeteiligung sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den Altersgruppen 0-18 Jahre und ab 61 Jahren sehr gering. Bei den übrigen Altersklassen liegt die jährliche Kostenbeteiligung der Frauen höher (G 2d).

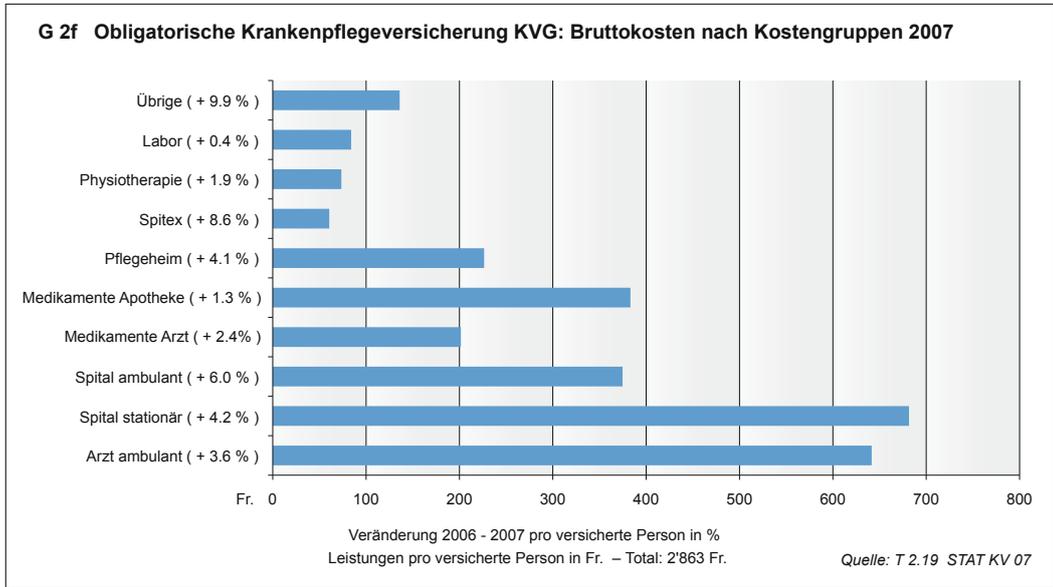


Leistungen OKP nach Kostengruppen

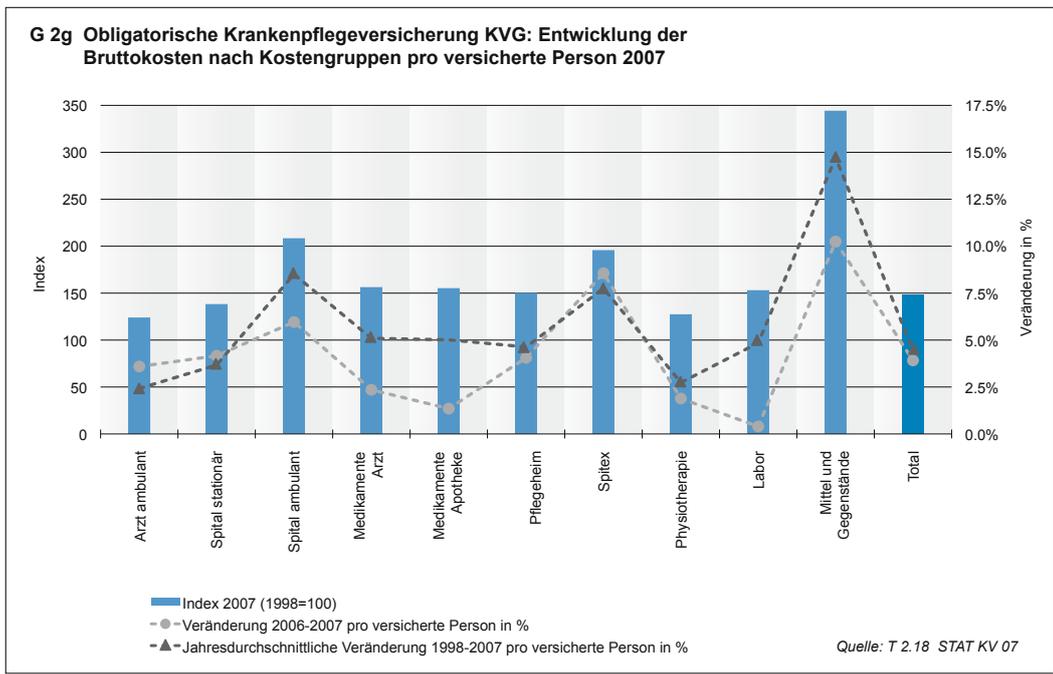
Bei der Aufteilung der Bruttoleistungen (d.h. inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten) eines Betriebsjahres nach **Kostengruppen** entfallen von der Gesamtsumme von 21,6 Mrd. Franken (+4,7% gegenüber dem Vorjahr) 37% auf die Spitäler (ambulant und stationär), 22% auf Leistungen der Ärzte (ambulant), 20% auf Medikamente (von Apotheken und Ärzten abgegeben), 8% auf Pflegekosten in Pflegeheimen sowie 13% auf übrige Leistungen wie Spitex, Physiotherapie, Chiropraktik, Labor sowie Mittel und Gegenstände (G 2e und T 2.17).



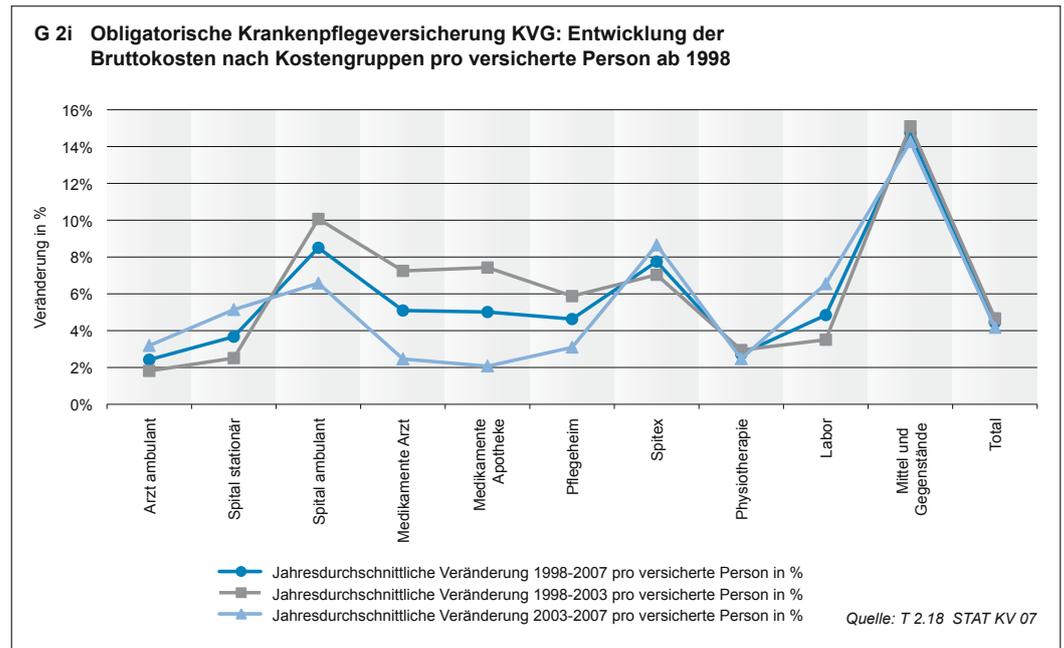
Pro versicherte Person beliefen sich die Bruttokosten auf 2863 Franken, 3,9% mehr als im Vorjahr. Die drei Kostengruppen mit den höchsten Kosten pro Versicherten sind stationäre Spitalaufenthalte (682.-), ambulante Behandlungen beim Arzt (642.-) und in Apotheken abgegebene Medikamente (383.-) (T 2.19 und G 2f).



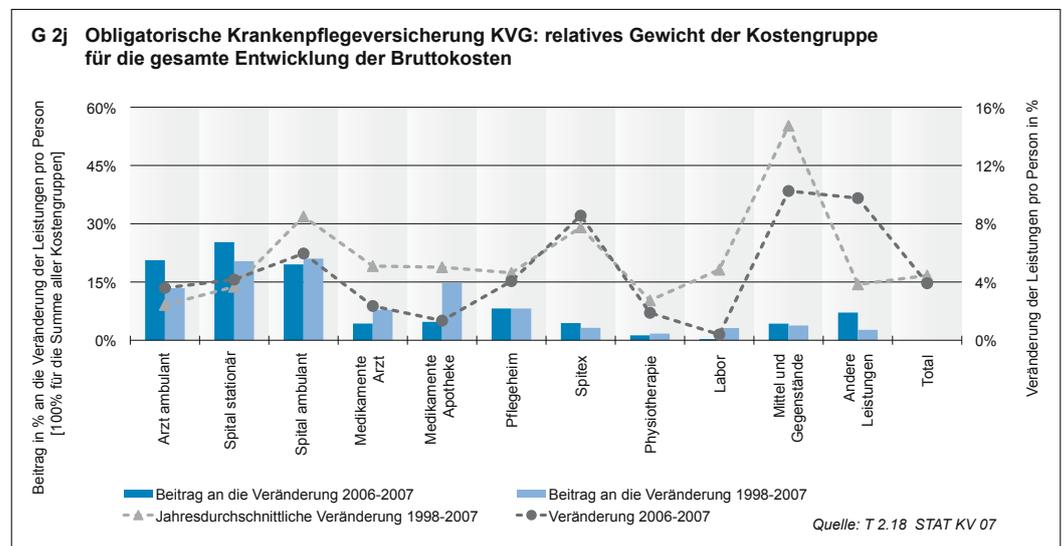
Die Zunahmen im Vergleich zum Vorjahr sind jedoch von begrenzter Aussagekraft; es ist sinnvoller, die Entwicklung der Kostengruppen über mehrere Jahre zu betrachten. So beträgt die jährliche Zunahme der Leistungen pro versicherte Person für den Zeitraum von 1998-2007 im Durchschnitt 4,4%. Überschritten haben diesen Durchschnittswert in diesem Zeitraum namentlich folgende Kostengruppen: Mittel und Gegenstände (14,7%), Spitex (7,8%), Spitäler ambulant (8,5%). Darunter lagen Spitäler stationär (3,7%), Physiotherapie (2,7%) und Chiropraktik (2,2%). Ein Teil des erheblichen Anstiegs bei der Kostengruppe Labor ab 2003 ist auf eine bessere Erfassung der Laborkosten durch die Versicherer zurückzuführen (Einfluss von TARMED) (G 2g).



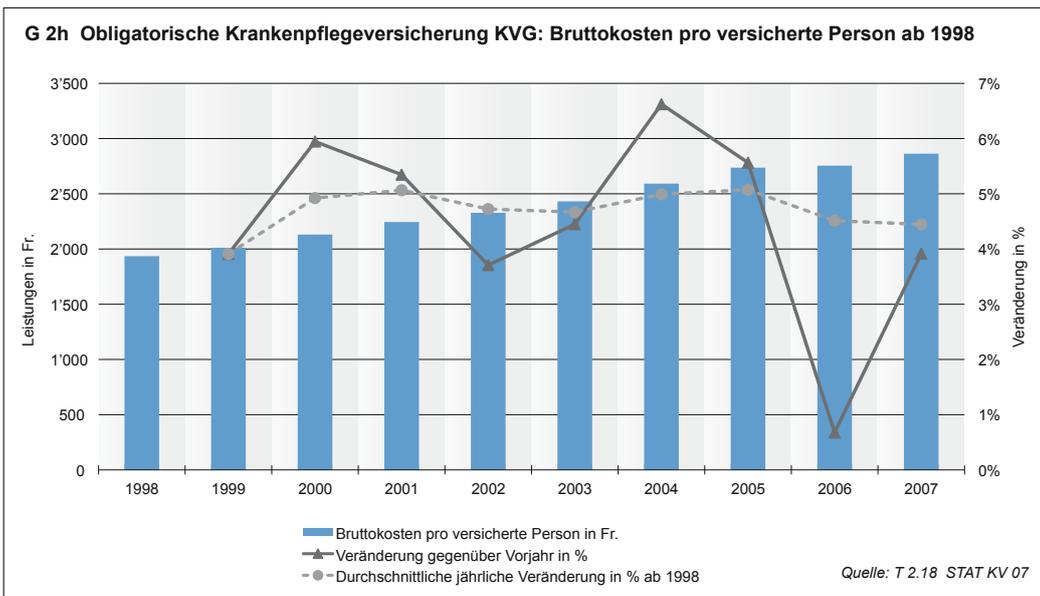
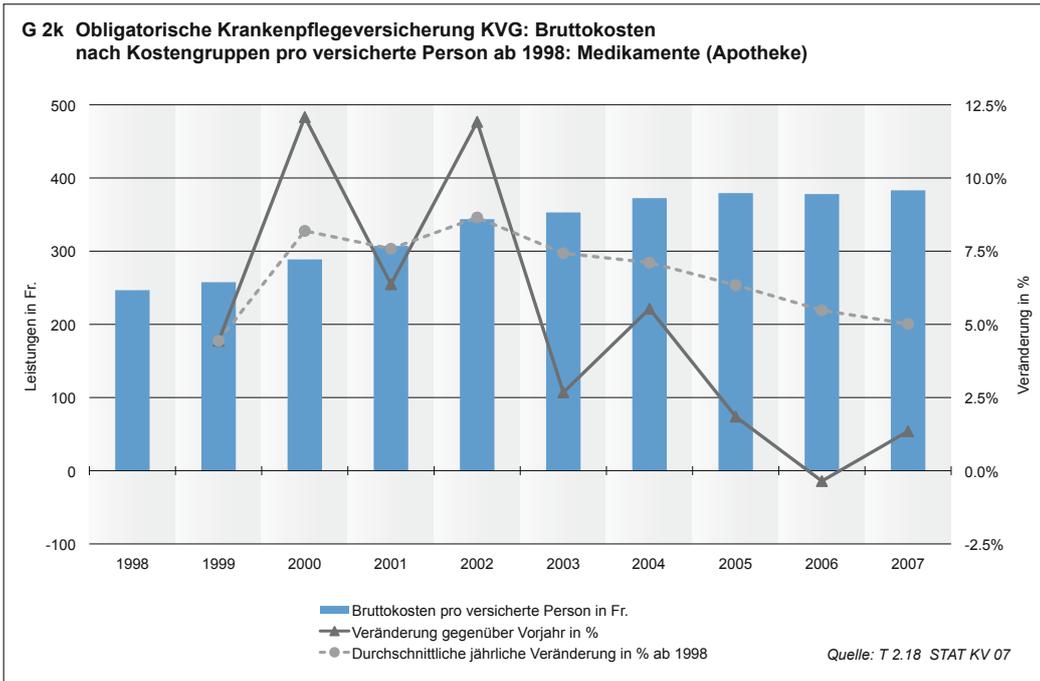
Interessant ist auch, die Wirkung der verschiedenen politischen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung der verschiedenen Kostengruppen zu untersuchen. Zu diesem Zweck wird die durchschnittliche Kostenentwicklung in den Zeiträumen 1998-2003 und 2003-2007 der Entwicklung im gesamten Zeitraum gegenübergestellt (G 2i). Dies ergibt einen deutlichen Rückgang der Kostenentwicklung für die verschiedenen Kostengruppen im Zeitraum 2003-2007 gegenüber dem Zeitraum 1998-2003, mit Ausnahme namentlich der Kostengruppen Spitex, Labor, Ärzte (ambulant) und Spitäler (stationär).



Neben der jährlichen oder durchschnittlichen Veränderung der Leistungen der verschiedenen Kostengruppen muss der Anteil der betrachteten Kostengruppe an den gesamten Leistungen berücksichtigt werden. Die Grafik G 2j zeigt, dass beispielsweise eine mittlere jährliche Kostenveränderung von 14,7% bei den Mitteln und Gegenständen zwischen 1998 und 2007 sich etwa fünf Mal weniger auf die gesamte Entwicklung der Kosten auswirkt als eine mittlere jährliche Kostenveränderung von 3,7% bei den Spitälern (stationär) im gleichen Zeitraum [Beitrag an die Zunahme: 3,8% bzw. 20,4%].



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



4.3 Prämientarife in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP

Die Krankenversicherer liefern dem BAG im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens die OKP-Prämien für das Folgejahr. Die Versicherten können die vom BAG genehmigten Prämien über die Internetadresse www.praemien.admin.ch abrufen oder eine Druckfassung bestellen (Prämienführer KVG pro Versicherer). Die Sektion Statistik und Mathematik stellt die Prämien der Versicherer auch auf der Internetseite des BAG (www.bag.admin.ch/pyramiden) in der Anwendung «Zeitreihen» zur Verfügung – seit 1996 als PDF- und seit 2004 auch als XLS-Dateien (siehe Anhang H).

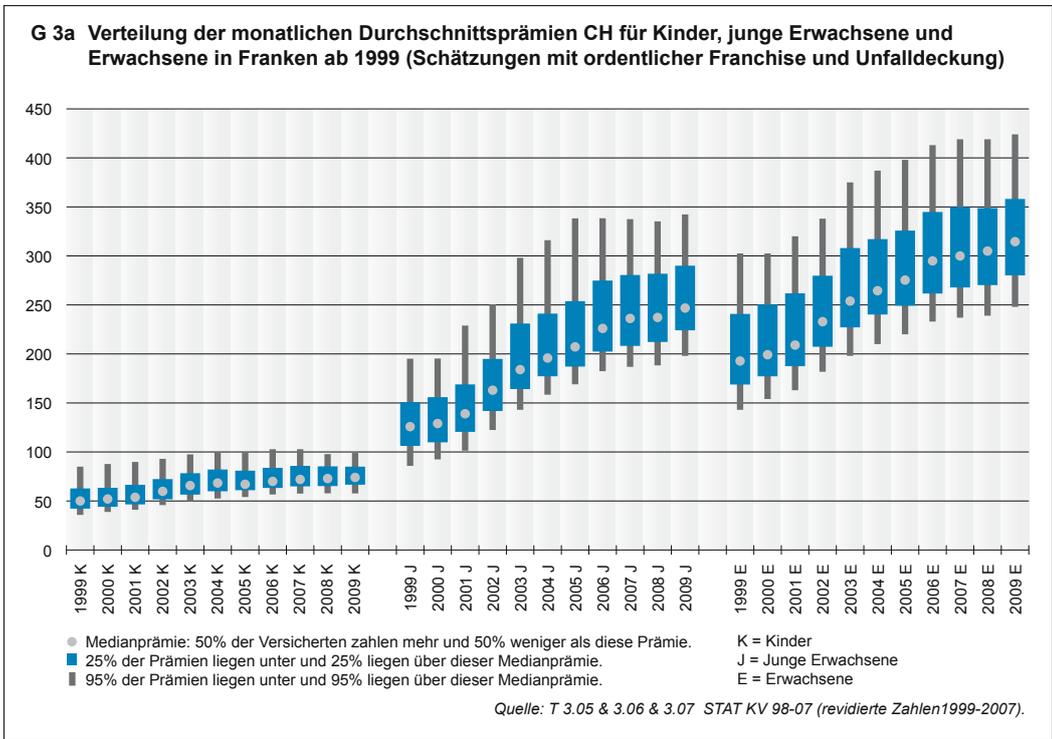
Monatliche Durchschnittsprämien bei ordentlicher Franchise

Bei den in den folgenden Grafiken dargestellten Prämien handelt es sich um die **monatlichen OKP-Durchschnittsprämien**, und zwar geschätzt für die Kategorien Erwachsene (ab 26 Jahre), junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) und Kinder (bis 18 Jahre) bei ordentlicher Franchise mit Unfalldeckung. Dabei geben die berücksichtigten **monatlichen** Durchschnittsprämien lediglich die **wahrscheinliche Entwicklung** der Prämien mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung wieder. Die Prämientarife der Versicherer sind zwar im Herbst bekannt, doch was die Verteilung der Versicherten auf die verschiedenen Versicherer im Folgejahr anbelangt, können nur Vermutungen angestellt werden. Die Durchschnittsprämien dienen auch als Referenz, um der Öffentlichkeit und den Medien die durchschnittlichen Veränderungen pro Kanton und auf schweizerischer Ebene bekanntzugeben. Auf der Internetseite des BAG [www.bag.admin.ch/kvstat, Rubrik Analysen und Beiträge, «Berechnung der Erhöhung der Durchschnittsprämien in der obligatorischen Krankenversicherung von Wolfram Fischer, 10/04»] steht eine technische Erläuterung der Berechnungsmethode zur Verfügung, die für diese Schätzungen verwendet wird. Es handelt sich folglich um einen **teilweisen geschätzten Wert**. Die Tarife der anderen Versicherungsmodelle (Wahlfranchise, Bonusversicherung, beschränkte Wahl der Leistungserbringer) werden bei der Berechnung nicht mitberücksichtigt.

Gesamtschweizerisch

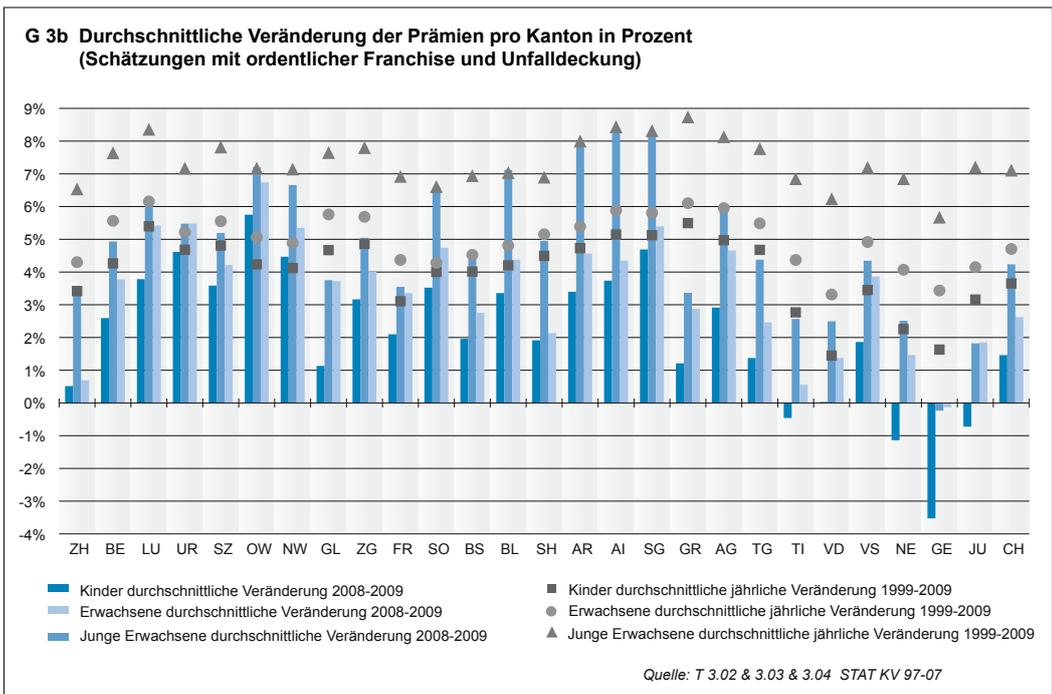
Die errechneten gesamtschweizerischen Durchschnittsprämien (mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung) sind nur bedingt aussagekräftig, da die Prämien in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich ausfallen. Die Prämie für Erwachsene dürfte 2009 um durchschnittlich 2,6% ansteigen, die für junge Erwachsene um 4,2% und die für Kinder um 1,5%. Die grafische Darstellung der kumulierten durchschnittlichen jährlichen Veränderung ab 1999 zeigt eine Relativierung der Auswirkungen der punktuellen starken jährlichen Anstiege (Erwachsene G 3c – Junge Erwachsene G 3e – Kinder G 3g). Die starken Schwankungen bei den jährlichen Prämiensteigerungen sind auf die Gesetzesänderungen im Zusammenhang mit Franchise und Selbstbehalt zurückzuführen (Anhang F). Deshalb lassen sich die Prämienanstiege der verschiedenen Jahre nicht direkt vergleichen. Ein Vergleich zwischen den einzelnen Jahren ist nur über die Entwicklung der Gesamtausgaben der Versicherten möglich, d.h. über die Prämie und die Kostenbeteiligung (siehe Kapitel 9 und Anhang F3).

Anhand einer Boxplot-Darstellung lässt sich die schweizweite Entwicklung der geschätzten Durchschnittsprämien für die drei Alterskategorien seit 1999 darstellen (G 3a). Man sieht anhand dieser Darstellung, ob die verschiedenen, von den Versicherten in einem Kanton bezahlten Prämien eines Jahres eher nahe beieinander oder weit auseinander liegen und ob es grosse Unterschiede zwischen den höchsten und tiefsten Prämientarifen gibt (ausschliesslich mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung). Dabei gibt der Punkt innerhalb der Rechtecke die Höhe der Medianprämie wieder – d.h. 50% der Versicherten im Kanton zahlen mehr und 50% weniger als diese Prämie. Die Höhe des Rechteckes bezieht sich auf die Prämienverteilung zu dieser Medianprämie (25% der Prämien liegen darunter und 25% liegen darüber). Die Linien ausserhalb des Rechteckes geben die Prämientarife der übrigen 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 2008 bis 2009 sowie die durchschnittlichen jährlichen Veränderungen von 1999 bis 2009 in den verschiedenen Kantonen und gesamtschweizerisch liefern interessante Hinweise (G 3b).



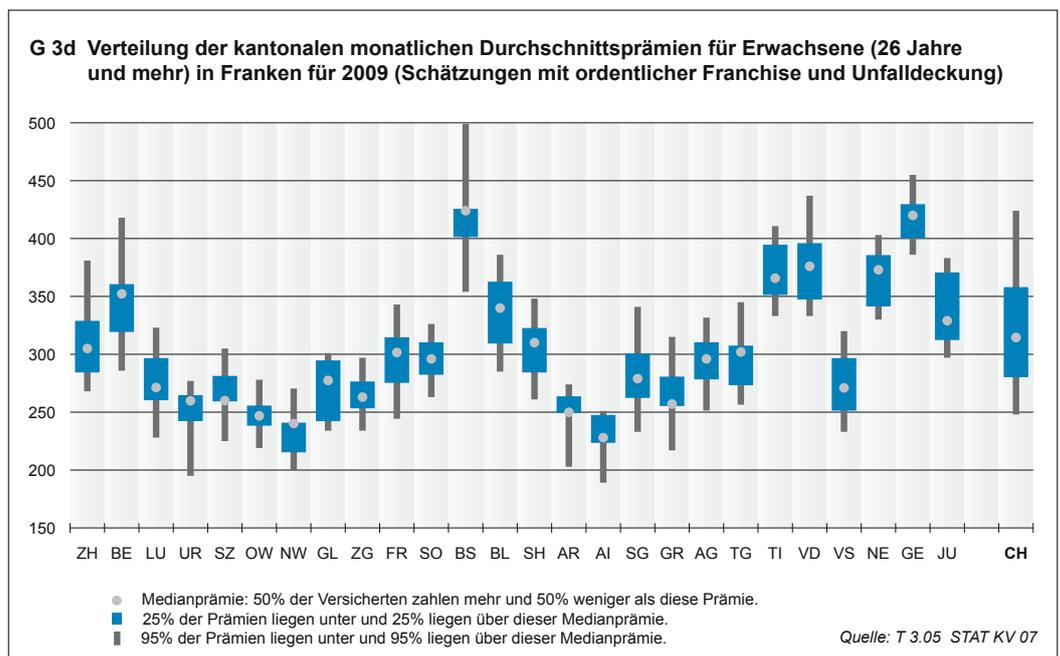
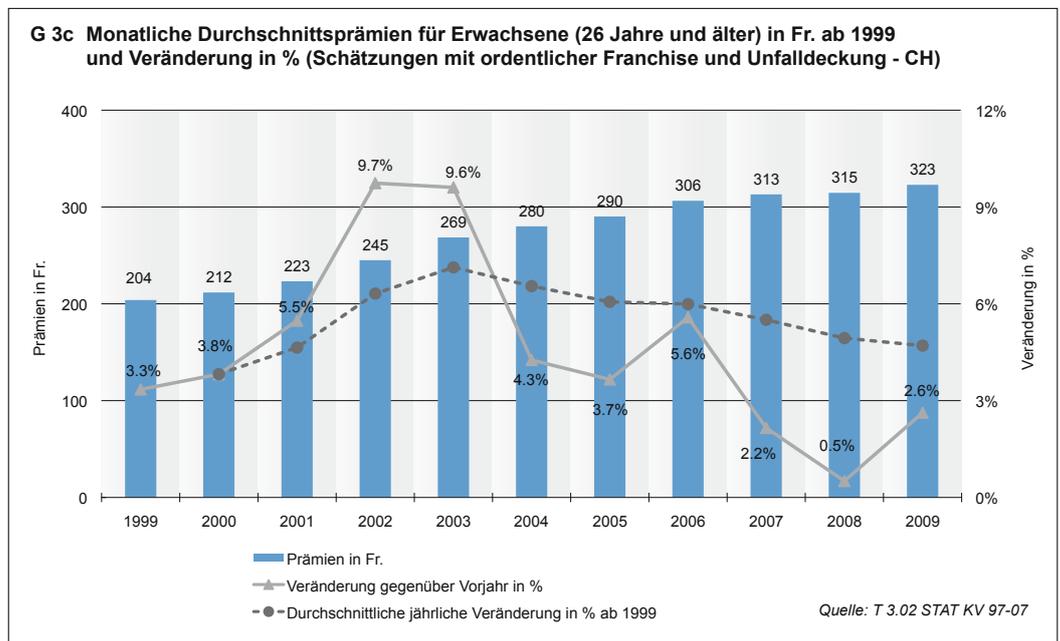
Die **Verteilung der Prämientarife innerhalb der Kantone** kann wiederum mit Hilfe einer Boxplot-Darstellung aufgezeigt werden (Erwachsene G 3d – Junge Erwachsene G 3f – Kinder G 3h).

Die Grafik illustriert die Bandbreite der jährlich von den Versicherten in einem Kanton bezahlten Prämien und gibt Hinweise darauf, ob es grosse Unterschiede zwischen den höchsten und tiefsten Prämien gibt (ausschliesslich mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung).

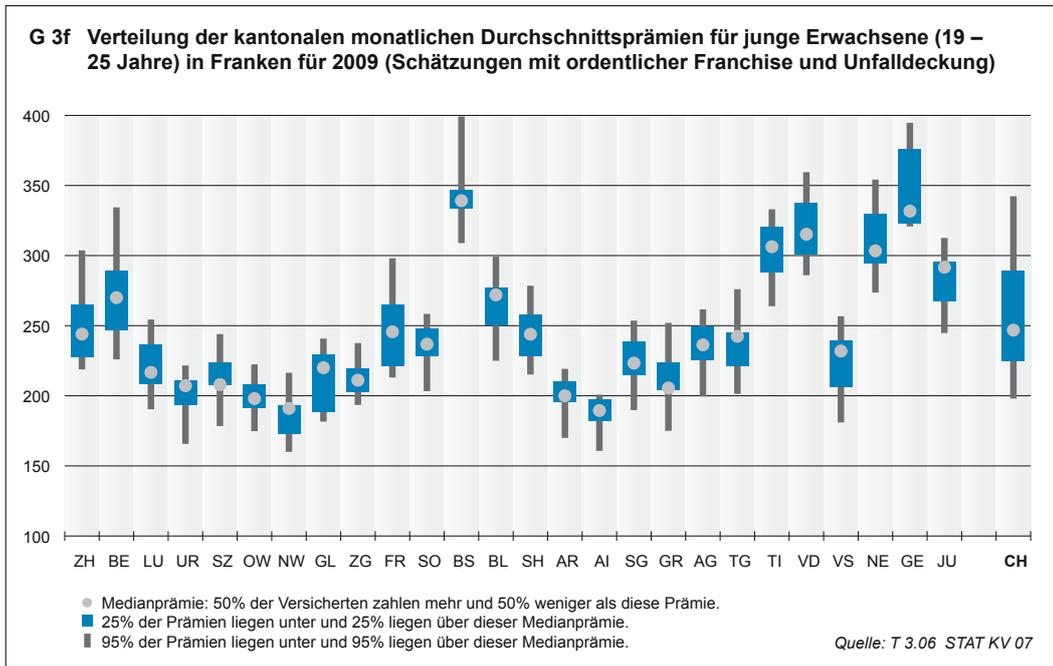
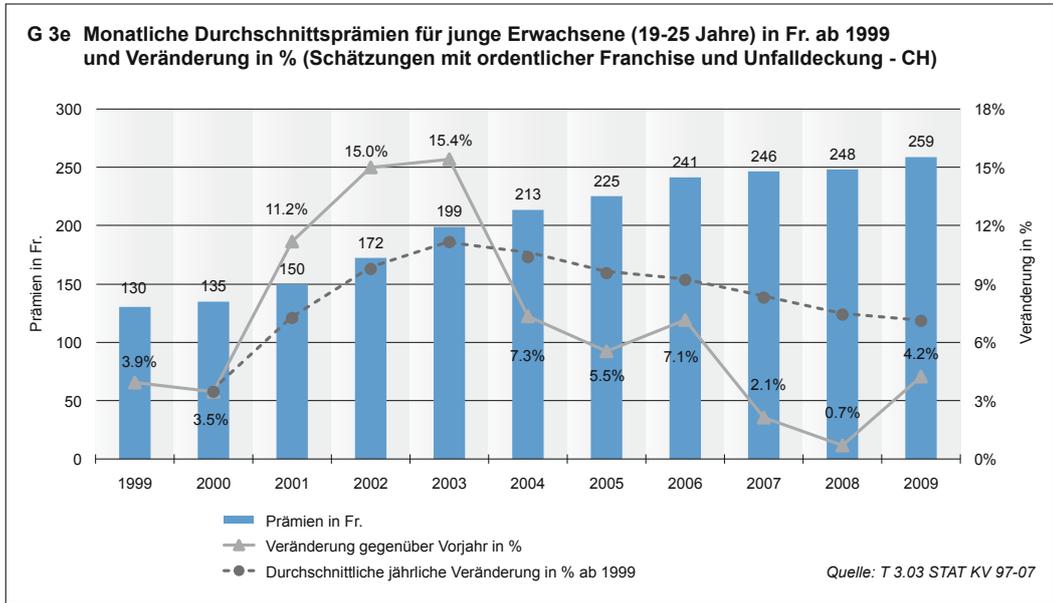
Aus den Daten geht hervor, dass viele Versicherte noch immer Krankenversicherer mit einem relativ hohen Prämienniveau wählen. Das individuelle Sparpotenzial bei der Wahl des Versicherers und des Versicherungsproduktes wird folglich nicht ausgeschöpft. Ein kritischer Vergleich ist in den Kantonen gerechtfertigt,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

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.

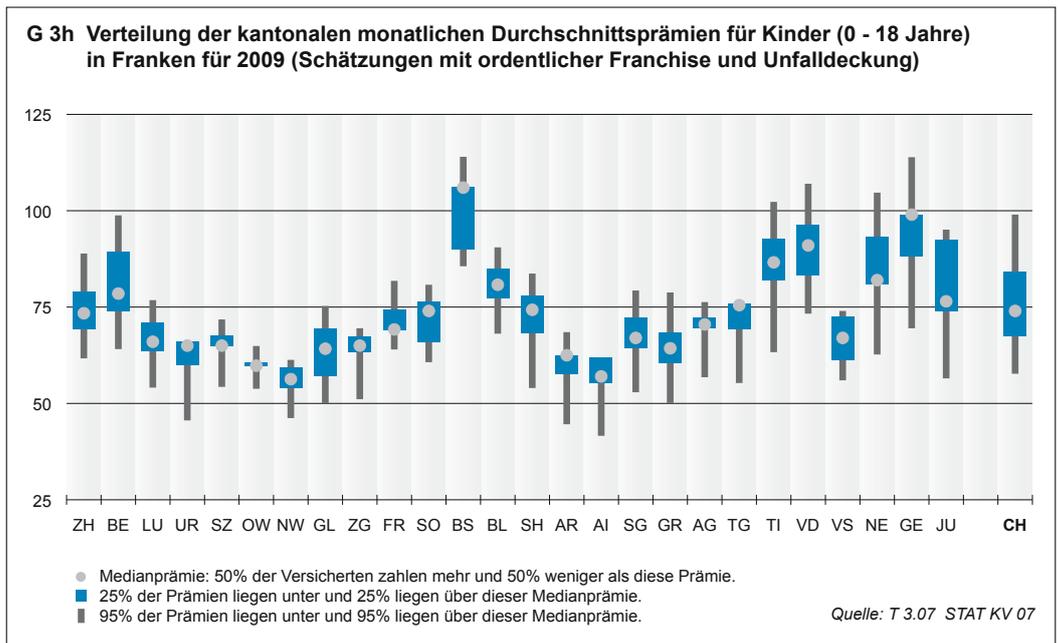
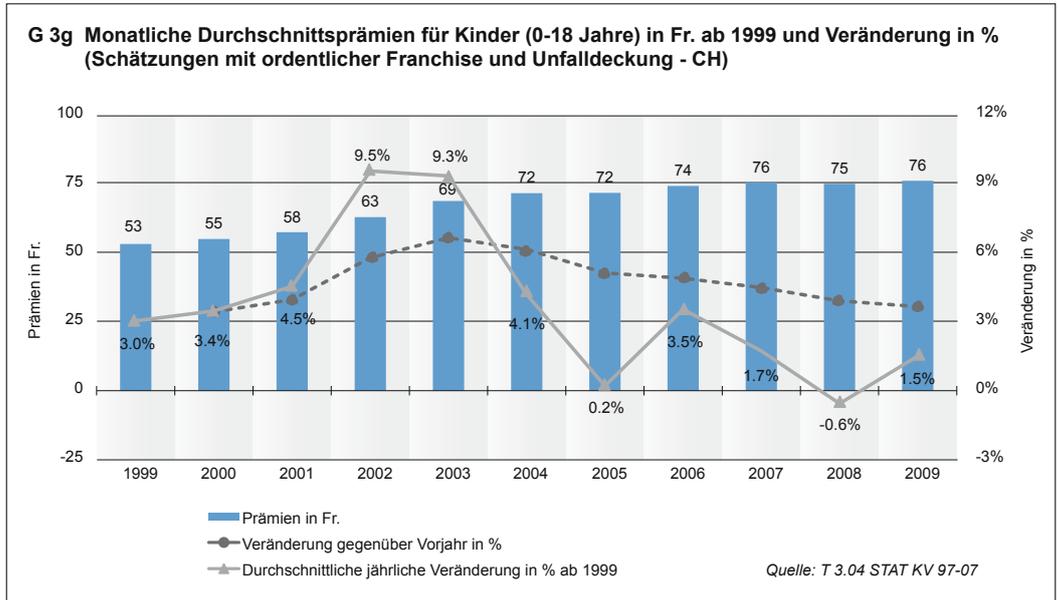
Erwachsene



Junge Erwachsene



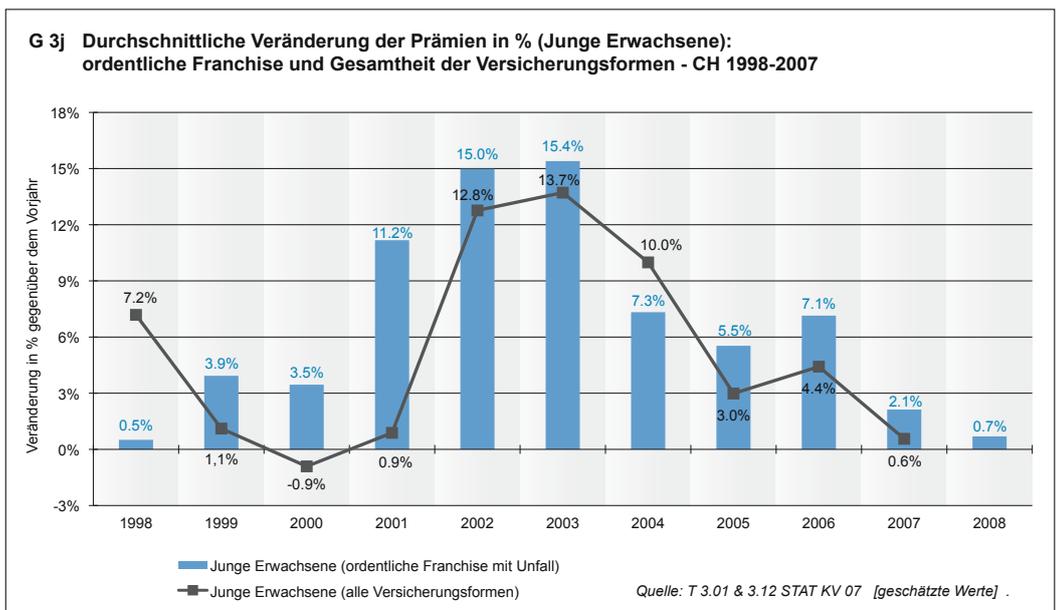
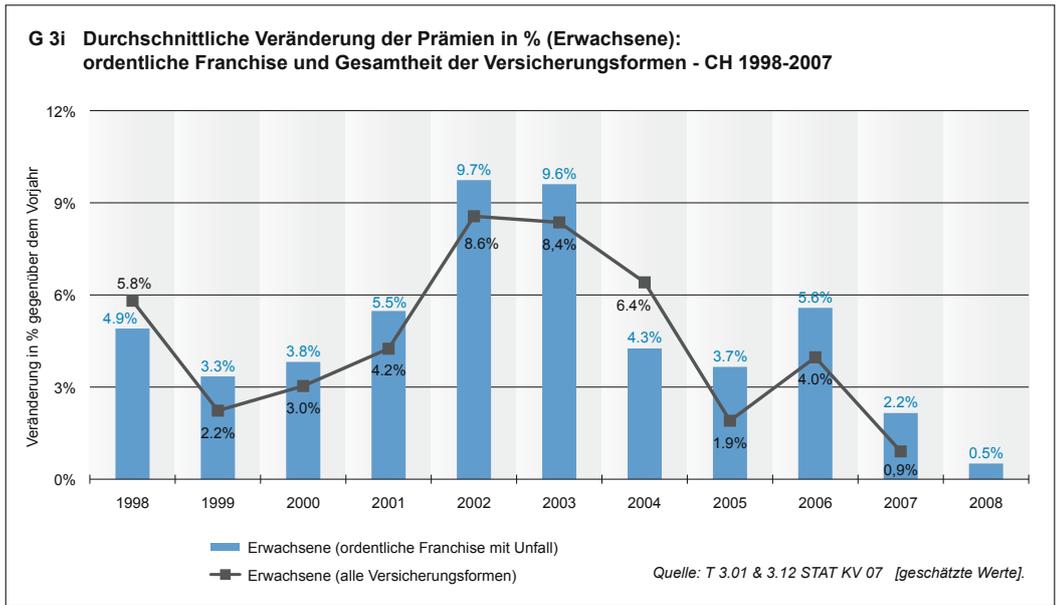
Kinder

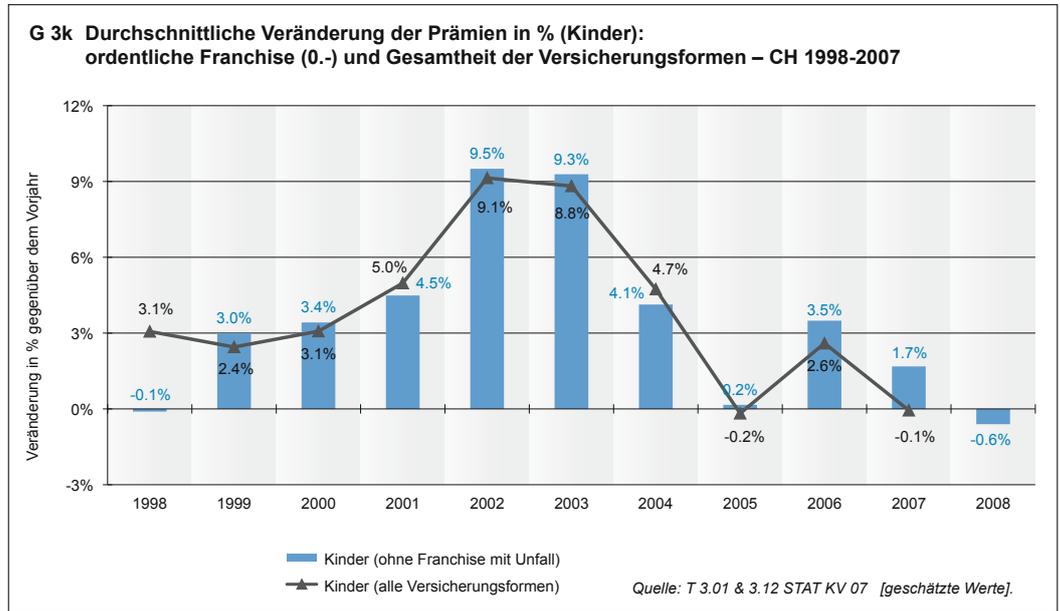


Durchschnittliche Monatsprämien für alle Versicherungsmodelle

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

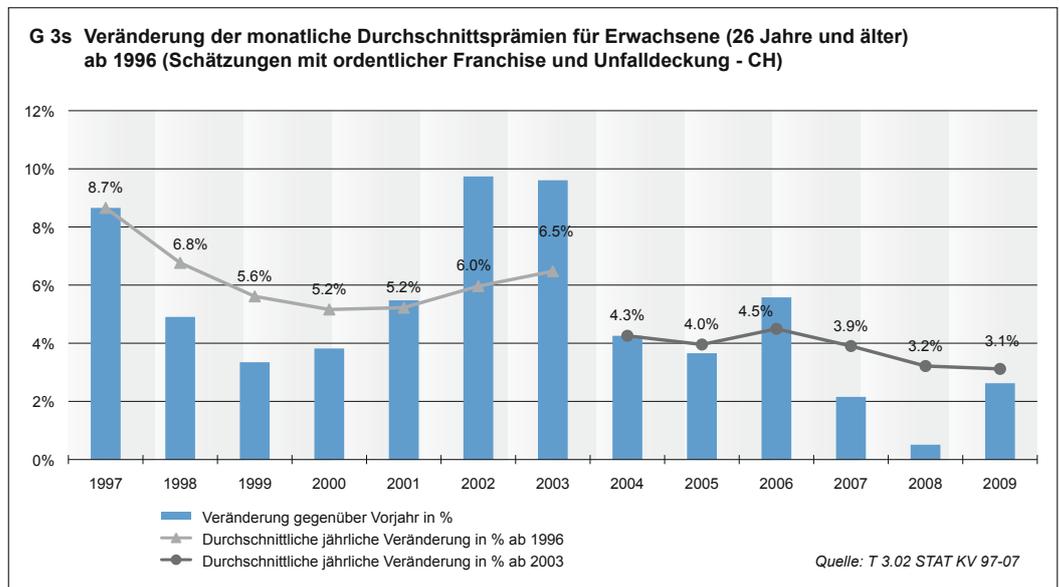
Die Grafiken G 3i, 3j und 3k zeigen die teilweise grossen Unterschiede zwischen den geschätzten monatlichen Durchschnittsprämien für die ordentliche Franchise (die als Referenz für die Mitteilung an die Medien und die Öffentlichkeit dienen) und jenen für die Gesamtheit der Versicherungsformen. Daraus geht hervor, dass die Veränderung der geschätzten monatlichen Durchschnittsprämien für die ordentliche Franchise nur bedingt verallgemeinert werden kann.





Prämien pro Versicherten

Das durchschnittliche **Prämiensoll** pro versicherte Person und Jahr belief sich im Jahr 2007 auf **2612 Franken** (+4,1% im Vergleich zum Vorjahr). Für Versicherte mit ordentlicher Franchise betrug der Wert 2723 Franken, für Versicherte mit wählbarer Franchise 2817 Franken, für Versicherte mit BONUS-Versicherungen 2454 Franken und für Versicherte mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers 2135 Franken (T 3.11). 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 11.06 geht hervor, dass ungefähr 2/3 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.



Interessant ist auch die Frage, wie sich die verschiedenen politischen Massnahmen seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 auf die durchschnittlichen jährlichen Prämienveränderungen ausgewirkt haben. Wenn man sich auf die Erwachsenen mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung beschränkt, können die folgenden zwei Hauptphasen festgehalten werden: 1996-2003 mit einer durchschnittlichen kumulierten Veränderung von 6,5% pro Jahr und 2003-2009 mit einer durchschnittlichen kumulierten Veränderung von 3,1% pro Jahr. In der zweiten Phase fiel die Veränderung somit weniger als halb so hoch aus (G 3s).

Prämienregionen

Per 1.1.2004 wurden einheitliche **Prämienregionen** festgelegt. Vorher konnten die Versicherten 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 H.)

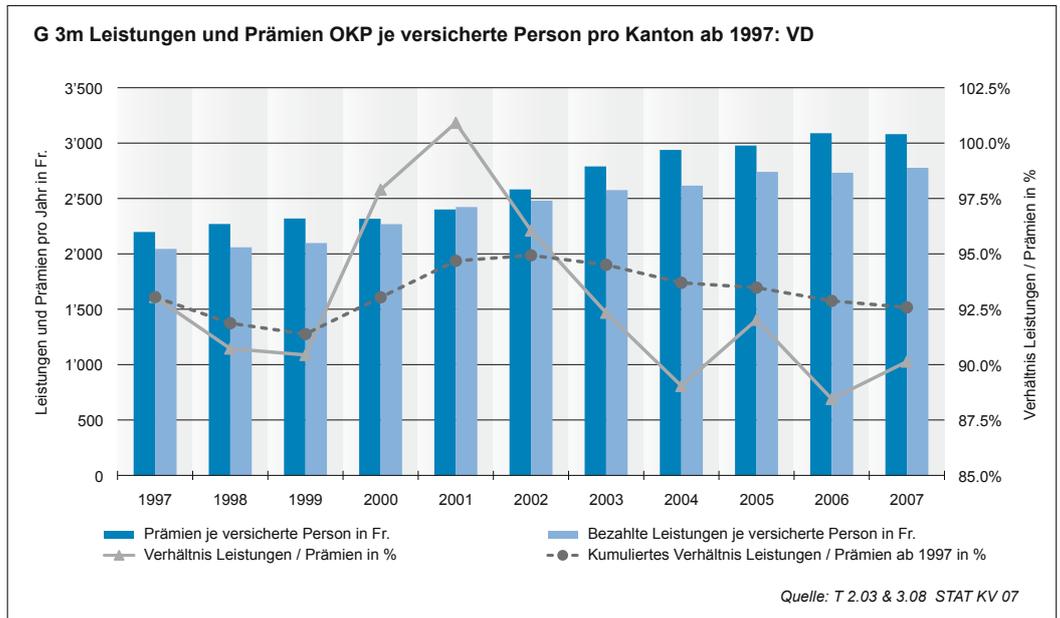
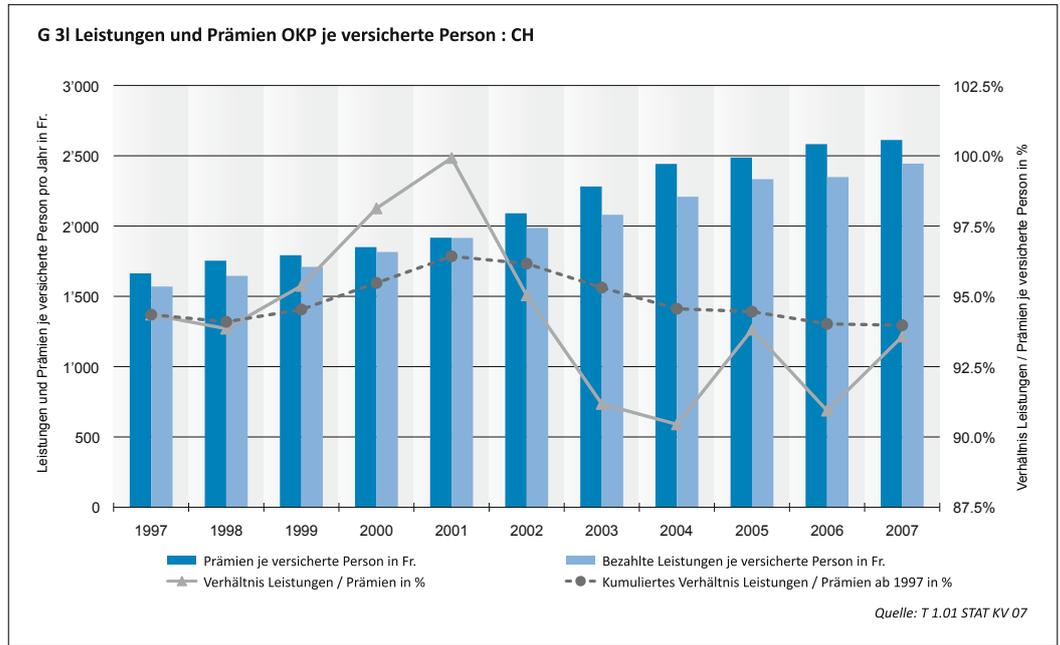
Die Krankenversicherer können bis zu drei regionale Tarife pro Kanton festlegen (R1, R2, R3). In Kantonen mit nur einer Tarifregion wenden die Versicherten eine Einheitsprämie an (RU) (vgl. T 3.02, 3.03 und 3.04).

Im Anhang E1 findet sich eine ausführliche Liste mit Erklärungen zu den Kriterien für die einzelnen Prämienregionen. Der Anhang E2 enthält eine kartografische Visualisierung der Unterteilung auf gesamtschweizerischer Ebene und eine Datei im Format XLS, mit der die BFS-Nummern der Gemeinden oder die Postleitzahlen in Beziehung zu den Prämienregionen und Prämien gebracht werden. Detaillierte Darstellungen – in chronologischer Reihenfolge seit 2004 – im Zusammenhang mit den Prämien auf der Ebene der Kantone und Gemeinden stehen in einer dynamischen Applikation auf der Internetseite des BAG www.bag.admin.ch/mapresso (siehe Anhang H) zur Verfügung. Im Anhang E3 werden die Änderungen der Prämienregionen zwischen 2008 und 2009 im Kanton Waadt veranschaulicht, die als Folge der Reduktion von drei auf zwei Prämienregionen erfolgten.

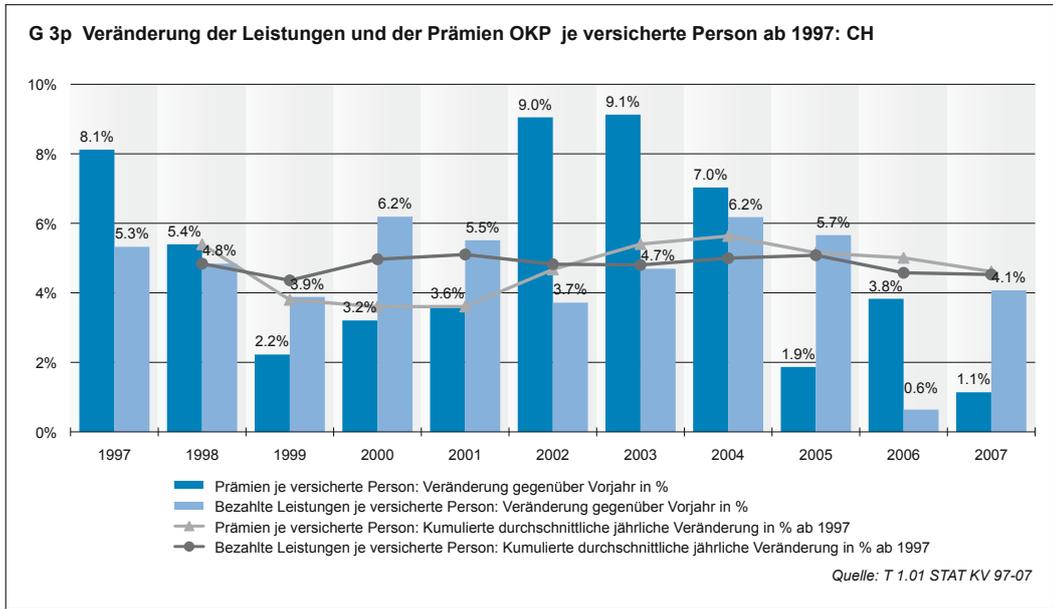
Prämien und Leistungen pro Versicherten in der OKP

Für einen Vergleich des Verhältnisses Leistungen / Prämien pro Versicherten in der OKP ist eine Betrachtung über mehrere Jahre erforderlich. Auf nationaler Ebene wies dieses Verhältnis von 1997 bis 2007 Schwankungen zwischen 90% und 100% auf. Besonders interessante Hinweise liefert die Kurve des kumulierten Verhältnisses **Leistungen / Prämien** ab 1997. Dabei wird das Verhältnis aller Leistungen und der Prämien pro versicherte Person ab 1997 bis zum Jahr 2007 betrachtet. Das Verhältnis liegt sehr nahe bei 95%. Dies bedeutet, dass von den Prämien eine Marge von etwa 5% für Verwaltungskosten, Veränderungen bei Rückstellungen und Reserven sowie für Gewinne und Verluste auf Kapitalanlagen verwendet wird. Jährliche Schwankungen des Verhältnisses können bedingt durch die Vorausberechnungen des künftigen Leistungsvolumens auftreten (G 3l, ganze Schweiz und Beispiel des Kantons Waadt: G 3m). Die Grafiken aller Kantone werden im Internet des BAG (www.bag.admin.ch/pyramiden) unter der Rubrik «Zeitreihen» zur Verfügung gestellt (siehe Anhang H).

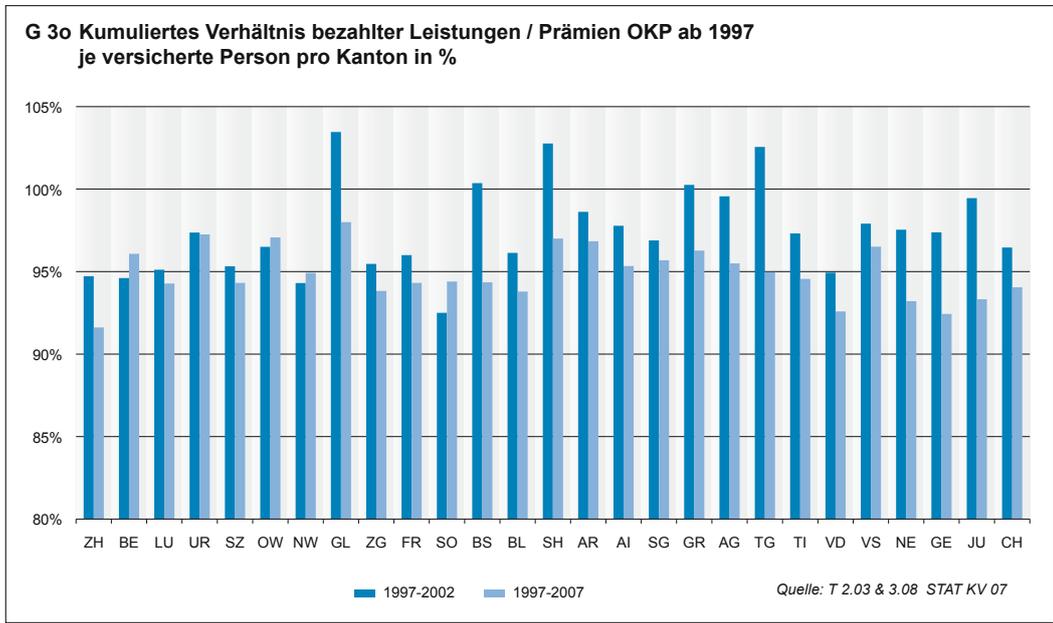
Die Daten der Grafiken G 3l und G 3m beziehen sich auf die bezahlten Leistungen ausgehend vom Datum der Leistungsrückerstattung. Ein anderes Vorgehen bestünde darin, vom Behandlungsdatum auszugehen, um die Prämien und Leistungen einander gegenüberzustellen. Da diese Daten jedoch nicht zur Verfügung stehen,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

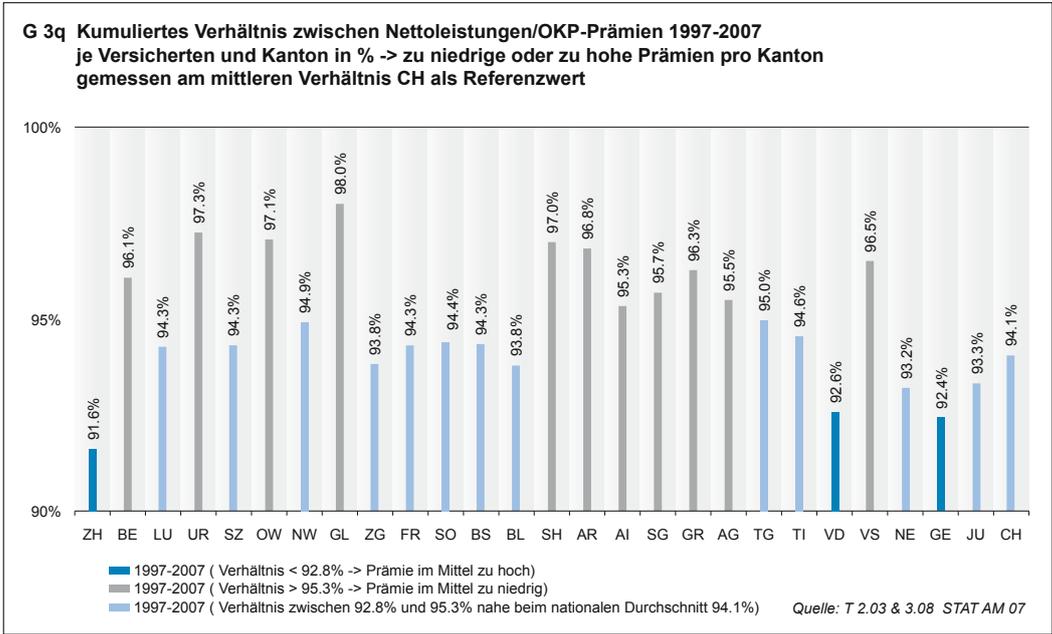


So kennen die Krankenkassen beispielsweise im Jahr 2004 die Kosten für das Jahr 2003 und müssen ihre Prämien für 2005 ausgehend von einer Vorausberechnung der Kosten und der Versicherten, die 2005 den Versicherer wechseln, festlegen. Erst im Jahr 2006, also zwei Jahre später, sind die tatsächlichen Kosten für 2005 bekannt, und es kann ein Vergleich mit den vorausberechneten Kosten vorgenommen werden. Eine kompensatorische Anpassung kann erst bei den Prämien des Jahres 2007 vorgenommen werden. Daher erfolgt die Korrektur aus dem Vergleich der geschätzten und der tatsächlichen Kosten mit zeitlicher Verzögerung. Die Grafik G 3p zeigt, wenn auch nur auf nationaler Ebene, den Mechanismus für die Prämienangleichung auf. Die Schwierigkeit liegt darin, frühzeitig eine genaue Vorhersage der zukünftigen Entwicklung der Leistungen vorzunehmen. Oft sind zudem zum Zeitpunkt der Prämienfestlegung Änderungen des Gesetzes und der Verordnungen, die die Kostenentwicklung erheblich beeinflussen können, noch nicht bekannt.

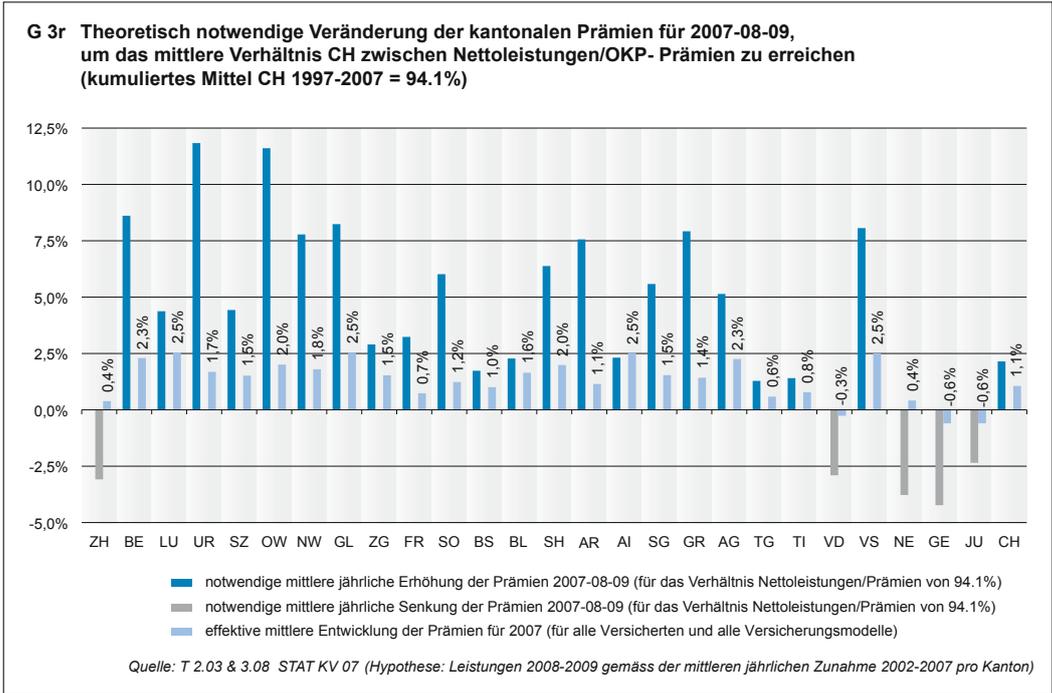


Betrachten wir nun das kumulierte Verhältnis Leistungen / Prämien pro Versicherten in der OKP auf **kantonalen Ebene**. In der Grafik G 3o sind zwei Zeiträume festgehalten: 1997-2002 und 1997-2007. Ganz allgemein ist eine Korrektur des Verhältnisses Leistungen / Prämien festzustellen, das zum landesweiten Durchschnittsverhältnis tendierte, welches sich im Zeitraum 1997-2007 auf 94,1% belief. Die von 2002 bis 2007 erfolgten Korrekturen wurden durch eine Anpassung der Prämien realisiert. Diese Anpassung war insofern heikel, als sie auf der *angenommenen* Entwicklung der künftigen Leistungen beruhte. Auf mathematischer Ebene wiesen die Kantone, bei denen das Verhältnis Leistungen / Prämien deutlich über dem landesweiten Durchschnittswert lag, durchschnittlich eine zu tiefe Prämie auf. Und in jenen Kantonen, bei denen das entsprechende Verhältnis deutlich unter dem landesweiten Durchschnittswert lag, war die Prämie im Durchschnitt zu hoch. In gewissen Kantonen reichte die Korrektur noch nicht aus, um eine Annäherung an das schweizerische Durchschnittsverhältnis von 1997-2007 zu realisieren: So wiesen die Kantone BE, UR, OW, GL, SH, AR, AI, SG, GR, AG und VS durchschnittlich zu tiefe Prämien auf, während die Prämien in den Kantonen ZH, VD und GE in dieser Sichtweise im Durchschnitt zu hoch waren (G 3q).

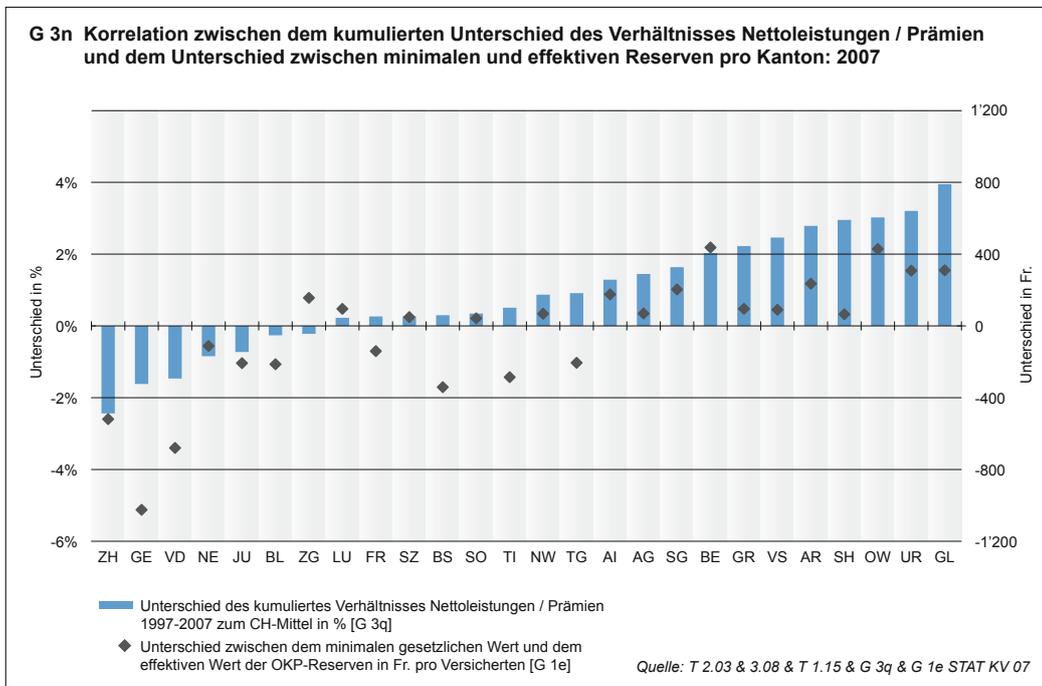




Diesbezüglich kann eine Simulation durchgeführt werden, welche die durchschnittliche jährliche Prämienhöhung oder -senkung ergibt, die während drei aufeinanderfolgenden Jahren erforderlich wäre (kantonaler Durchschnittswert aller Versicherer), um das seit 1997 kumulierte Verhältnis Nettoleistungen / Prämien zu egalisieren und zum landesweiten Durchschnittsverhältnis zu führen. Interessant ist insbesondere ein Vergleich der Ergebnisse dieser Simulation mit der tatsächlichen Veränderung, die im Jahr 2007 eintrat. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die hypothetischen Werte der Veränderungen der Leistungen und der Zeithorizont für einen Ausgleich zwischen den berücksichtigten Kantonen die Ergebnisse einer solchen Simulation signifikant verändern können. Aus diesem Grund ist diese Simulation mit Vorsicht zu interpretieren.

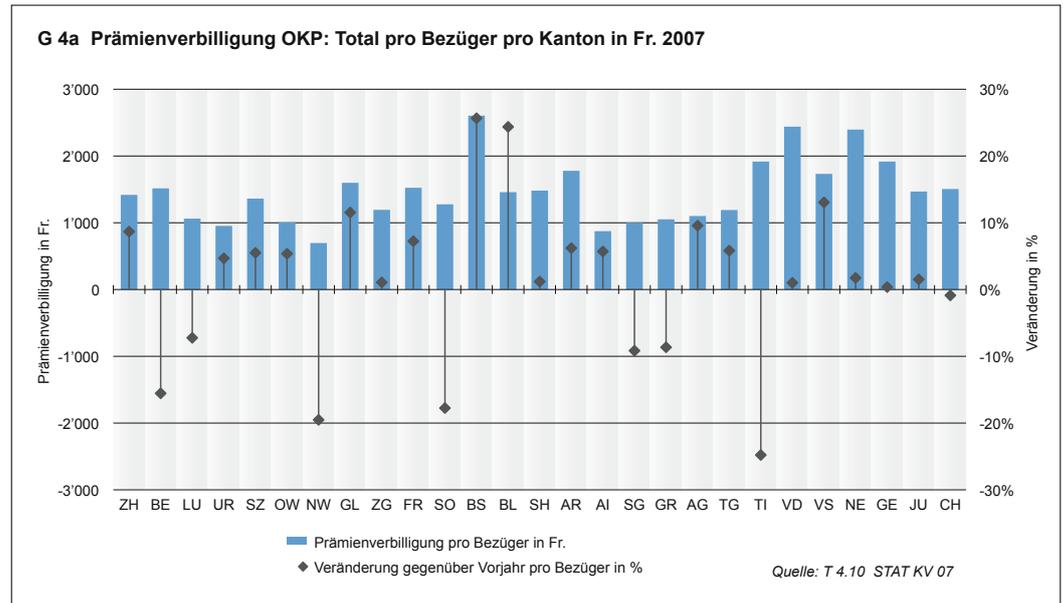


In der Grafik G 3q wurden die Kantone aufgezeigt, in denen die Prämien im Vergleich zum schweizerischen Durchschnittswert, der als Referenz dient, durchschnittlich zu hoch oder zu tief waren. Wir können diese Abweichung vom schweizerischen Durchschnitt in % zum Ausdruck bringen. Aus der Grafik G 1e geht der Unterschied zwischen dem gesetzlich festgelegten Mindestwert und dem tatsächlichen Wert der OKP-Reserven in Franken pro Versicherten und Kanton hervor. Es zeigt sich eine gewisse Korrelation zwischen diesen beiden Datenreihen (G 3n). So wies beispielsweise der Kanton Bern, in dem tendenziell die Prämien seit 1997 durchschnittlich zu tief waren (Verhältnis Nettoleistungen / Prämien 2% über dem schweizerischen Durchschnittsverhältnis), auch kalkulatorische Reserven pro Versicherten für die OKP auf, die sehr deutlich unter den gesetzlichen Mindestanforderungen lagen (Fehlbetrag in der Grössenordnung von 500 Franken pro Versicherten). Im Gegensatz dazu wies beispielsweise der Kanton Genf, in dem tendenziell die Prämien seit 1997 durchschnittlich zu hoch waren (Verhältnis Nettoleistungen / Prämien 1,7% unter dem schweizerischen Durchschnittsverhältnis), auch kalkulatorische Reserven pro Versicherten für die OKP auf, die sehr deutlich über den gesetzlichen Mindestanforderungen lagen (Überschuss in der Grössenordnung von 1000 Franken pro Versicherten).



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. Im Jahr 2007 wurden die **Prämien der Bezüger** im Durchschnitt 1506 Franken verbilligt; pro Monat ergibt dies einen Betrag von 126 Franken (T 4.01), wobei die Schwankungen nach Kanton bezüglich der ausgerichteten Beiträge im Vorjahresvergleich erheblich ausfallen (G 4a). Diese Grössen können ins Verhältnis gesetzt werden zum – gemäss der Betriebsrechnung der OKP – ausgewiesenen Prämienoll pro versicherte Person von 2612 Franken pro Jahr oder von 218 Franken pro Monat (T 3.12).

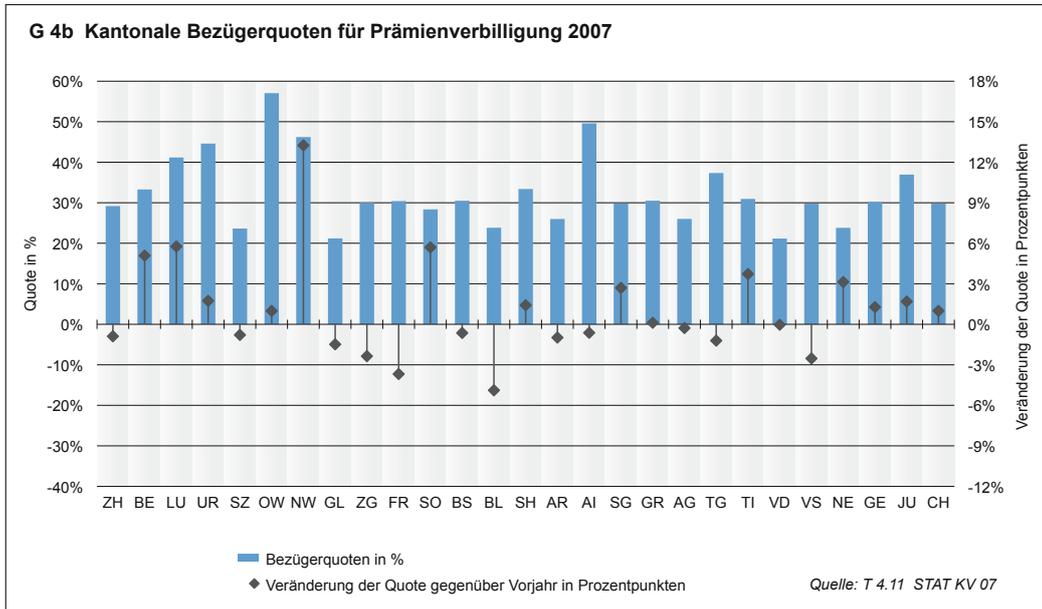


Bis zum Inkrafttreten des neuen Finanzausgleichs im Jahr 2008 mussten die Kantone einen Komplementärbeitrag im Umfang von insgesamt 50% des Bundesbeitrags leisten, wenn sie den Beitrag des Bundes ausschöpfen wollten (1996: 35%; 1997: 40%; 1998: 45%; ab 1999: 50%). Das KVG (Art. 66 Abs. 5) räumte den Kantonen das Recht ein, ihre Kostenbeteiligung auf höchstens 50% zu reduzieren, sofern die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewährleistet blieb. Der Beitrag des Bundes an diese Kantone wurde dann allerdings im gleichen Verhältnis gekürzt. Von der Kürzungsmöglichkeit machten 2007 (G 4c) insgesamt 15 Kantone Gebrauch (abgesehen von NE dieselben wie im Vorjahr), so dass das **tatsächliche Subventionsbudget** mit 3,432 Mrd. Franken um 13,9% niedriger ausfiel als das **ursprüngliche Subventionsziel** von 3,987 Mrd. Franken (T 4.07).

Das KVG (Art. 65 Abs. 2) verlangt von den mit dem Vollzug beauftragten Kantonen, dass die budgetierten Prämienverbilligungen grundsätzlich voll an die Versicherten ausbezahlt werden, wobei eine rückwirkende Anpassung der Budgets – im Bereich zwischen 50% und 100% des Subventionsziels des Kantons – zulässig ist. So betragen die im Jahr 2007 effektiv ausgerichteten Leistungen der Kantone 3,255 Mrd. Franken, womit das ursprüngliche Subventionsbudget um 177 Mio. Franken unterschritten wurde. Zusätzlich wurden im Jahr 2007 von den Kantonen 165 Mio. Franken an noch ausstehenden Prämien subventionen für Ansprüche aus dem Jahr 2006 und früher «nachbezahlt». Es resultierte somit im Jahr 2007 ein Total von **3,421 Mrd. Franken an ausbezahlten Prämienverbilligungen nach KVG** (T 4.09 und T 4.10).

Diese 3,421 Mrd. Franken an Prämienverbilligungen nach KVG wurden an insgesamt 2,271 Mio. **Bezüger** ausgerichtet; dies sind 4,3% mehr als im Vorjahr (T 4.01). Relativ zur mittleren Wohnbevölkerung lässt sich hieraus für 2007 eine gesamtschweizerische Bezügerquote von 29,8% berechnen, was auf kantonaler Ebene Anteilen von 21,2% [VD] bis 57,0% [OW] der mittleren Wohnbevölkerung entspricht. Der Rückgang der Bezügerquote im Jahr 2007 betrifft zwölf Kantone (G 4b).

Diese Bezügerquote entspricht rund 39% der Haushalte. Die separate Betrachtung nach Geschlecht ergibt für den weiblichen Bevölkerungsteil eine etwas höhere Quote als für den männlichen Teil (T 4.11). Im Jahr 2007 verteilten sich die genannten 2,271 Mio. **Bezügerinnen und Bezüger** auf insgesamt 1,225 Mio. **Haushalte**; dies ergibt eine durchschnittliche Haushaltsgrösse von etwas weniger als zwei Personen. Bei detaillierterer Betrachtung erkennt man, dass es sich bei mehr als der Hälfte aller subventionierten Haushalte um Einpersonenhaushalte handelt (T 4.04).



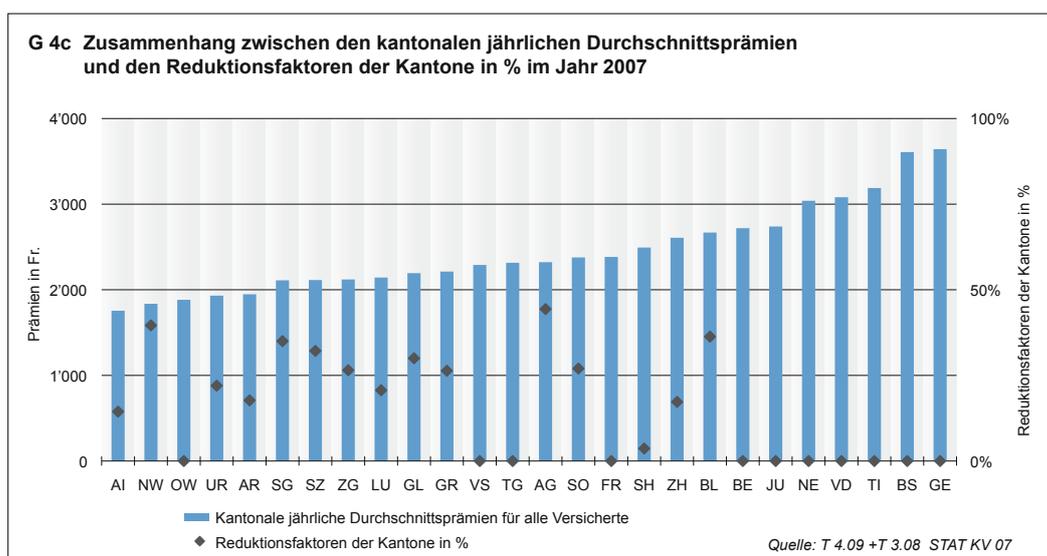
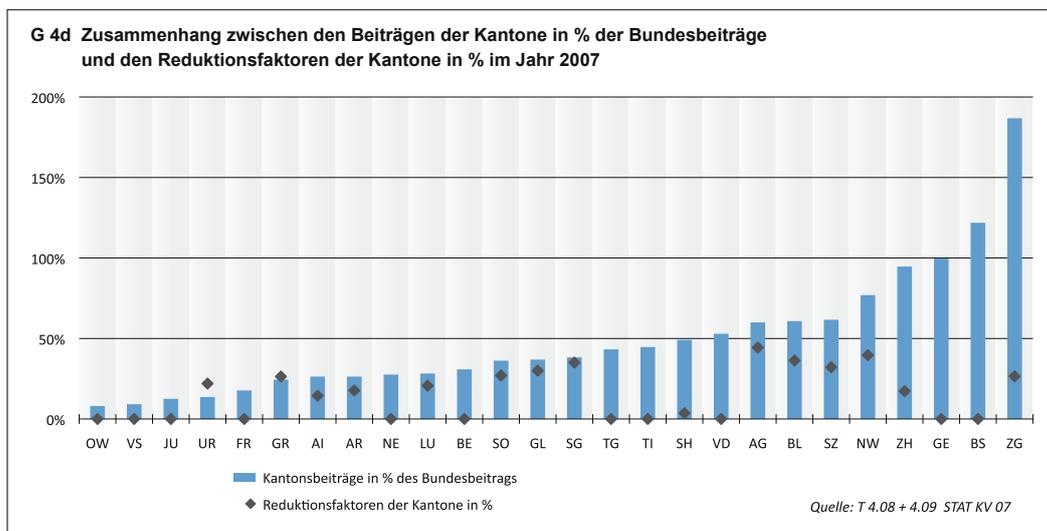
Da der **Anspruch eines Haushalts auf Prämienverbilligung** von dessen wirtschaftlicher Situation abhängt, muss letztere – ebenso wie die Höhe der dem Haushalt allfällig zustehenden Subvention – ausgehend von kantonalen Steuergrössen bestimmt werden. In den Kantonen wird hierzu das massgebende Einkommen 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 voll in diese Berechnungen ein, und direkte Vergleiche zwischen den einzelnen Kantonen sind oft nur unter mehreren Vorbehalten möglich. Die Übersicht in Tabelle 4.06 über die gültigen **kantonalen Obergrenzen** zum massgebenden Einkommen ist unter dieser Einschränkung zu betrachten.

Mit Hilfe einer Applikation werden auf der Internetseite des BAG die kantonalen Unterschiede bei der Prämienreduktion grafisch dargestellt (www.bag.admin.ch/praemienverbilligung: Prämienbelastung in Abhängigkeit vom Einkommen).

Weshalb kürzen einige Kantone ihren Kantonsbeitrag und sind folglich bereit, auf einen Teil des ihnen zustehenden Bundesbeitrags an die Prämienverbilligung zu verzichten? Die Kantone leisten je nach Finanzkraft und Bevölkerungsdichte einen proportional zum Bundesbeitrag variierenden Finanzbeitrag. Dieser liegt zwischen 8,1% (Kanton Obwalden) und 186,8% (Kanton Zug). Je höher also dieser Anteil liegt, desto grösser ist der Anreiz für den Kanton, seinen Komplementärbeitrag zu kürzen (G 4d).

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

Seit 2008 gilt ein neues System der Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung auf Grund des Inkrafttretens des neuen Finanzausgleichs. Detaillierte Informationen zu diesem System werden in der Ausgabe 2008 der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung erscheinen.

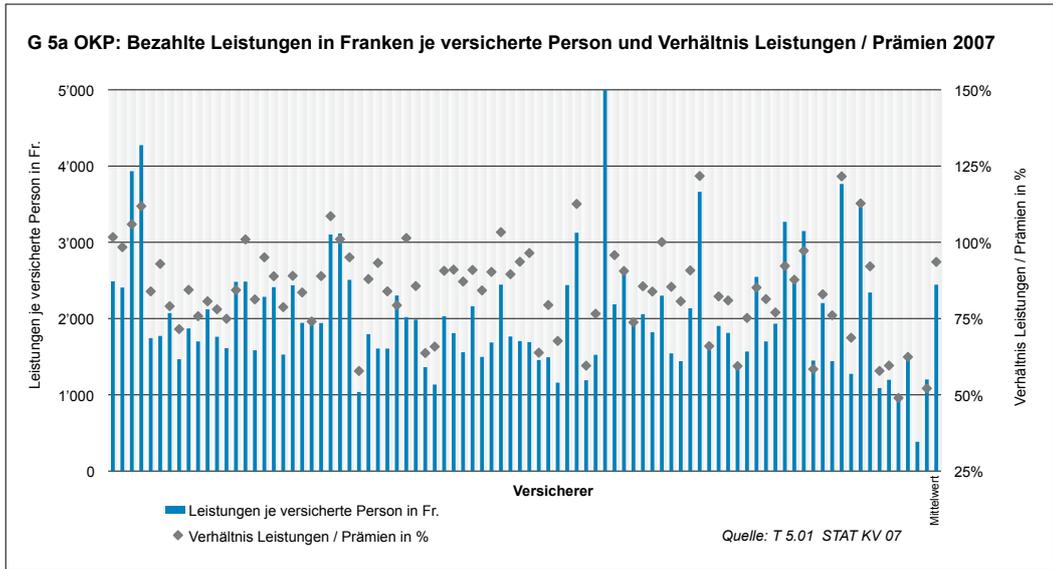


4.5 Individuelle Daten pro Versicherer

Seit Einführung des KVG im Jahr 1996 werden Aufsichtsdaten gemäss Art. 31 KVV publiziert. 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 Reihe dieser Daten im Format XLS steht auf der Internetseite des BAG zur Verfügung: www.bag.admin.ch/kvstat, Rubrik «Statistikpublikationen».

Grafik 5a und Tabelle T 1.01 stellen den Netto-Leistungsumfang pro versicherte Person dar, wobei im Jahr 2007 der Durchschnitt aller Versicherer bei 2444 Franken, das heisst 4,1% über dem Vorjahr, lag. Zwischen den einzelnen Versicherern bestehen indes grosse Unterschiede.

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

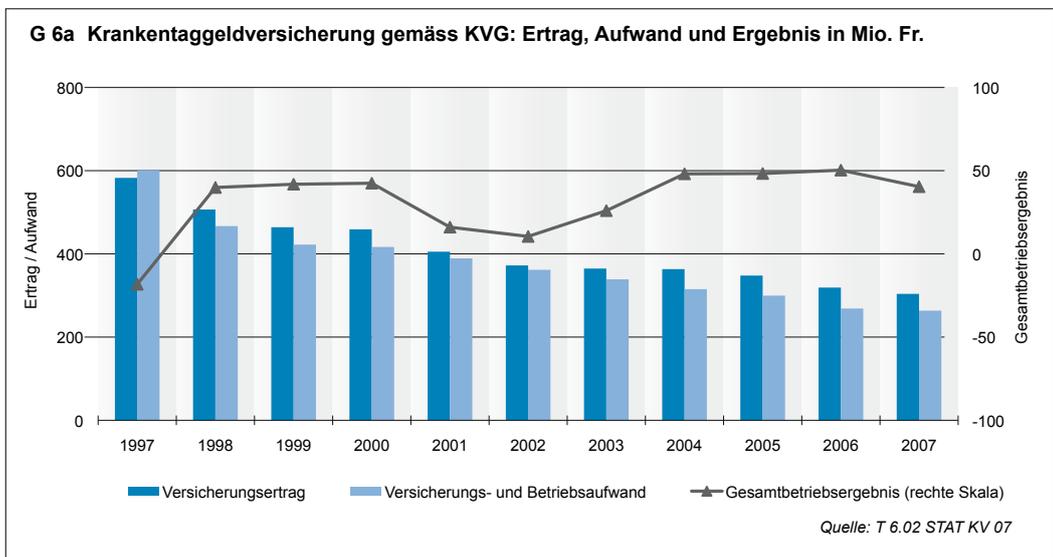


4.6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG

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

Von Ende 1997 bis Ende 2007 ging die Versichertenzahl in der freiwilligen Taggeldversicherung KVG von 1,0 Mio. auf 0,3 Mio. Versicherte zurück (T 6.01).

Auch in der **Betriebsrechnung** der freiwilligen Taggeldversicherung KVG lässt sich für das Berichtsjahr 2007 eine Abnahme des Ertrages (-4,7%) sowie der Leistungen und des Aufwands (-1,9%) feststellen. Das Gesamtbetriebsergebnis beläuft sich auf 40 Mio. Franken (G 6a).

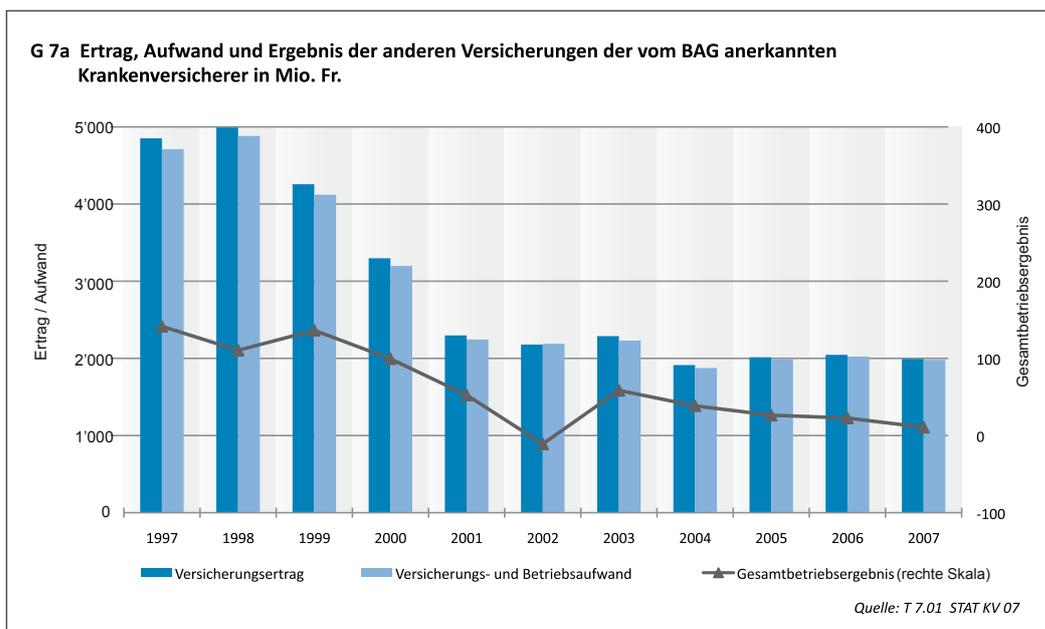


4.7 Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

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

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

Mit der fortschreitenden „Abspaltung“ des Zusatzversicherungsbereichs in rechtlich eigenständige, dem VVG unterstellte unabhängige Unternehmungen hat das durch das KVG erfasste **Geschäftsvolumen** der Zusatzversicherung seit 1999 laufend abgenommen, bis es sich im Jahr 2001 bei etwa 40% des Volumens von 1997-1998 stabilisiert hat. Das Total der Einnahmen im Jahr 2007 belief sich auf 1,992 Mrd. Franken und jenes der Betriebskosten auf 1,981 Mrd. Franken. Das Betriebsergebnis fiel mit 11 Mio. Franken positiv aus (G 7a).



4.8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

Drei Bereiche machen das Gesamtergebnis der vom BAG anerkannten Krankenversicherer aus:

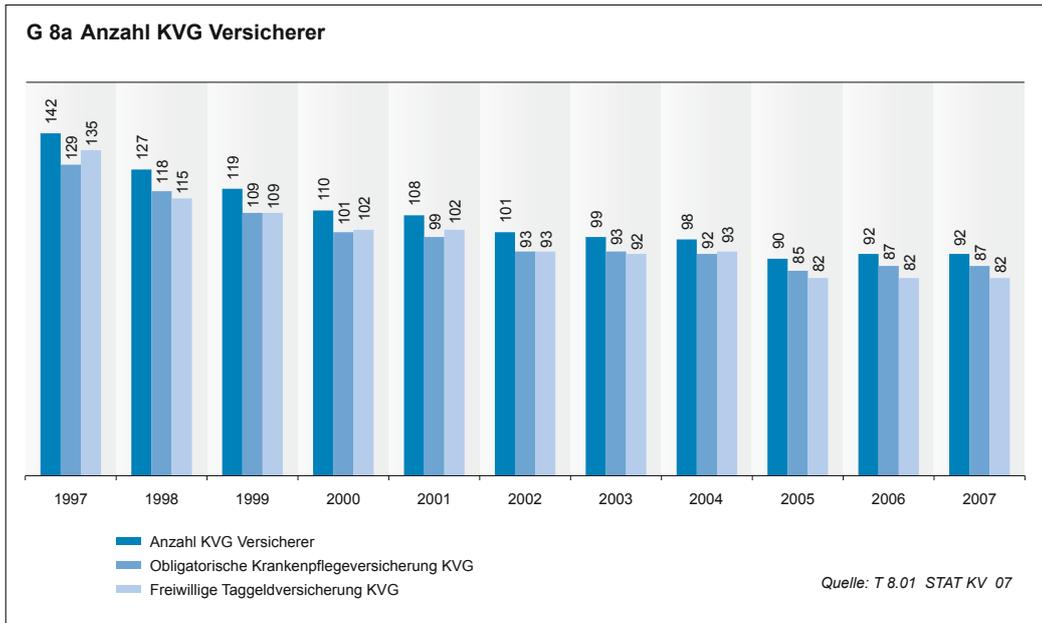
- Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP),
- Freiwillige Taggeldversicherung KVG,
- andere Versicherungen.

Für eine bessere Übersicht in den Bereichen

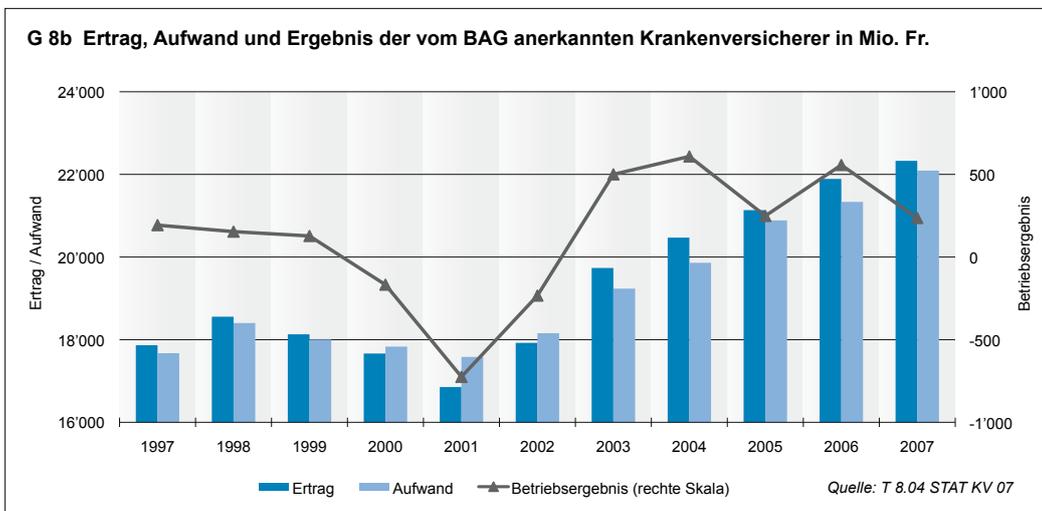
- Taggeldversicherung KVG/VVG und
- Krankenpflegeversicherung (OKP / Zusatzversicherungen VVG)

wird auf die zusammenfassenden Tabellen T 9.17 und 9.18 verwiesen.

Im Jahr 2007 waren in der Schweizer Krankenversicherung wie im Vorjahr **92 vom BAG anerkannte Versicherer** tätig. Dabei boten 87 dieser Versicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG an, 82 führten die freiwillige Taggeldversicherung gemäss KVG durch (G 8a und T 8.01). Daraus geht hervor, dass fünf Versicherer keine obligatorische Krankenpflegeversicherung und zehn Versicherer keine Versicherten in der Taggeldversicherung gemäss KVG hatten. Insgesamt waren für die KVG-Versicherer im Jahr 2007 über 11'000 Beschäftigte tätig (T 8.03).



Gemäss der **Gesamtbetriebsrechnung** nahmen die anerkannten Krankenversicherer im Jahr 2007 insgesamt 22,3 Mrd. Franken ein; dies waren 2,0% mehr als im Vorjahr. Auf der Ausgabenseite stieg der Versicherungs- und Betriebsaufwand auf 22,1 Mrd. Franken an (+3,5%). Das jährliche Betriebsergebnis (d.h. Gewinn der Gesamtbetriebsrechnung abzüglich Verlust der Gesamtbetriebsrechnung vor Fonds- und Reservezuweisung bzw. vor Fonds- und Reserveentnahme) fiel mit 236 Mio. Franken positiv aus (G 8b und T 8.04).



4.9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

Das Thema der **Gesundheitskosten** wird von den Medien häufig aufgegriffen. Das erstaunt nicht, ist doch das Portemonnaie von uns allen davon betroffen. Doch was versteht man genau unter Gesundheitskosten? Um die Entwicklung chronologisch zu verfolgen und internationale Vergleiche zu ermöglichen, hat das BFS in der Publikation «Kosten des Gesundheitswesens» eine Modellberechnung erstellt. Das **Gesundheitswesen** umfasst alle wirtschaftlichen Tätigkeiten, welche der Wiedererlangung, Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit dienen. Es geht also hauptsächlich um die Behandlung der Kranken oder um den Schutz der Personen vor einer Krankheit oder einem Unfall. Das Gesundheitswesen umfasst alle medizinischen und paramedizinischen Güter und Dienste, Behandlungen und Kostenübernahmen für Personen, die an einer Krankheit oder einer Behinderung leiden oder für Opfer von Unfällen, sowie alle Ausgaben für Prävention und Diagnosen durch zu diesem Zweck ausgebildetes Personal und/oder durch spezialisierte Institutionen.

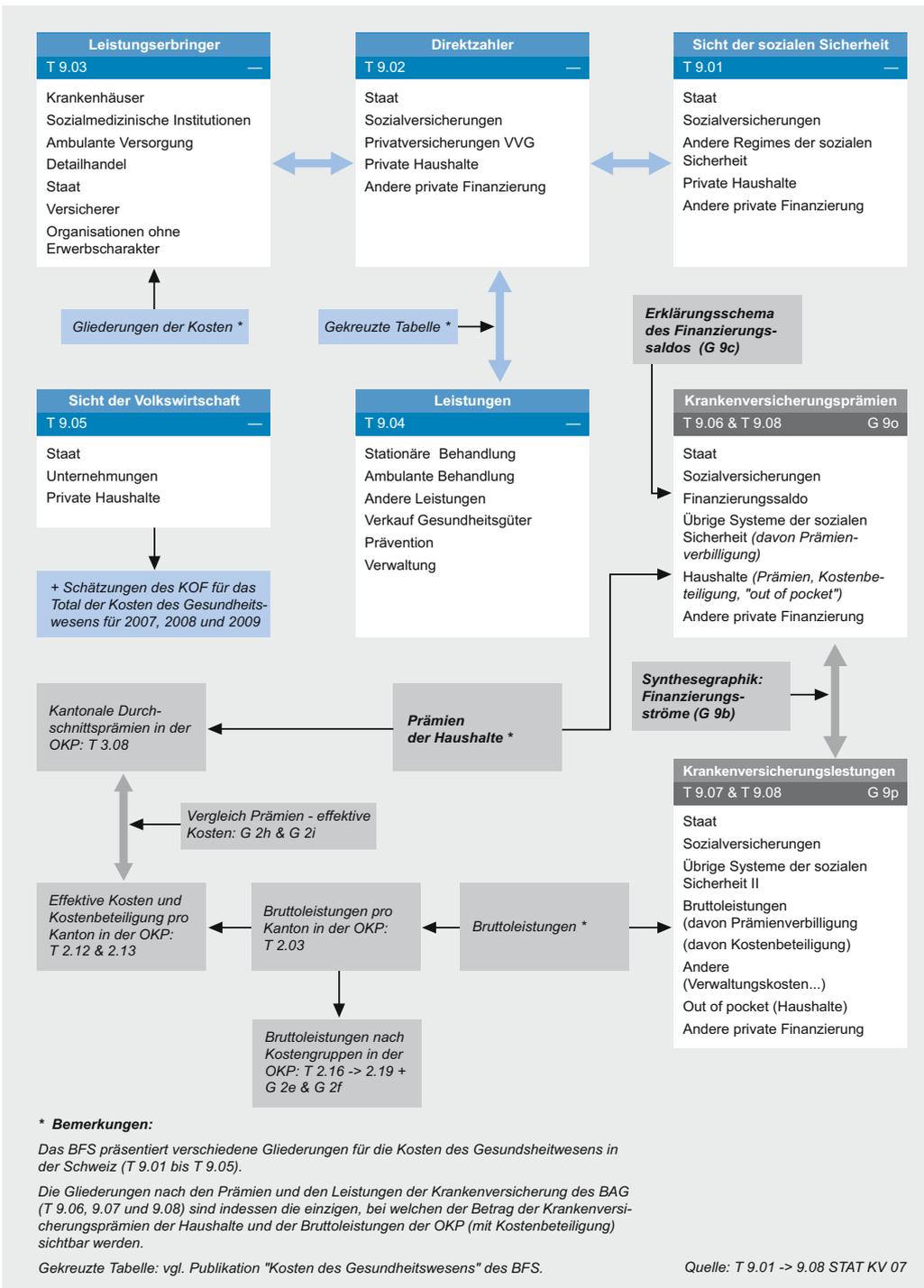
Die „**Kosten des Gesundheitswesens**“ umfassen alle Ausgaben von Institutionen und Personen, die medizinische oder paramedizinische Tätigkeiten ausüben, den Verkauf von Medikamenten und medizinischen Apparaten und die Kosten für den Betrieb des Gesundheitswesens sowie die Prävention. Nicht eingeschlossen sind hingegen Ausbildungskosten für Gesundheitsberufe, medizinische Forschungsarbeiten und Barleistungen der Versicherer, die nicht direkt der Heilung oder der Gesundheitserhaltung dienen, wie zum Beispiel die Renten und Taggelder bei Verdienstaussfall.

In diesem Schema (G 9a) werden die Gesundheitsausgaben nach **Leistungen, Leistungserbringern** und **Direktzahlern** aufgeschlüsselt, ohne dass auf die Finanzierung durch die Haushalte mittels der Krankenversicherungsprämien eingegangen wird. Die Diskussionen rund um die Gesundheitskosten konzentrieren sich aber auf die von den Haushalten direkt bezahlten Krankenversicherungsprämien und auf die Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Eine auf die Ausgaben der Haushalte ausgerichtete Übersicht über die Finanzströme zwischen den verschiedenen Beteiligten scheint deshalb für ein besseres Verständnis dieses Bereichs sinnvoll. Diese Analyse wurde ursprünglich von der Sektion Gesundheit des Bundesamtes für Statistik (BFS) durchgeführt: «Finanzströme im Gesundheitswesen, Reihe StatSanté, Nr. 2/02, BFS». Eine aktualisierte Übersicht ist hingegen nur noch in der vom BAG herausgegebenen Publikation «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung» enthalten. Darin werden zwei weitere Verteilaspekte der «Kosten des Gesundheitswesens» illustriert, die in der BFS-Publikation nicht enthalten waren: Die Verteilung nach **Prämienzahlungen an die Krankenversicherer** (G 9o) und die **Bruttoleistungen der OKP** (G 9p).

Die Grafik zeigt den Zusammenhang zwischen den **von den Haushalten einbezahlten Prämien** gemäss den Publikationen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Privatversicherungen (BPV, seit 2009: Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA) sowie den Leistungen der Versicherer im Gesundheitswesen. Die anderen Systeme der sozialen Sicherheit wie die Prämienverbilligung der Krankenversicherung, die Ergänzungsleistungen zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), die Sozialhilfe und die Hilflosenentschädigung AHV und Invalidenversicherung (IV) werden mit einbezogen. Die Modellberechnung beginnt 1996 mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG), welches das Versicherungsobligatorium, eine Leistungserweiterung und ein neues Subventionssystem mit sich brachte. Da die Bundesbeiträge neu nicht mehr den Versicherern für eine allgemeine Prämienverbilligung, sondern den Versicherten individuell aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation zukommen, ist das Modell für die früheren Jahre nicht anwendbar.

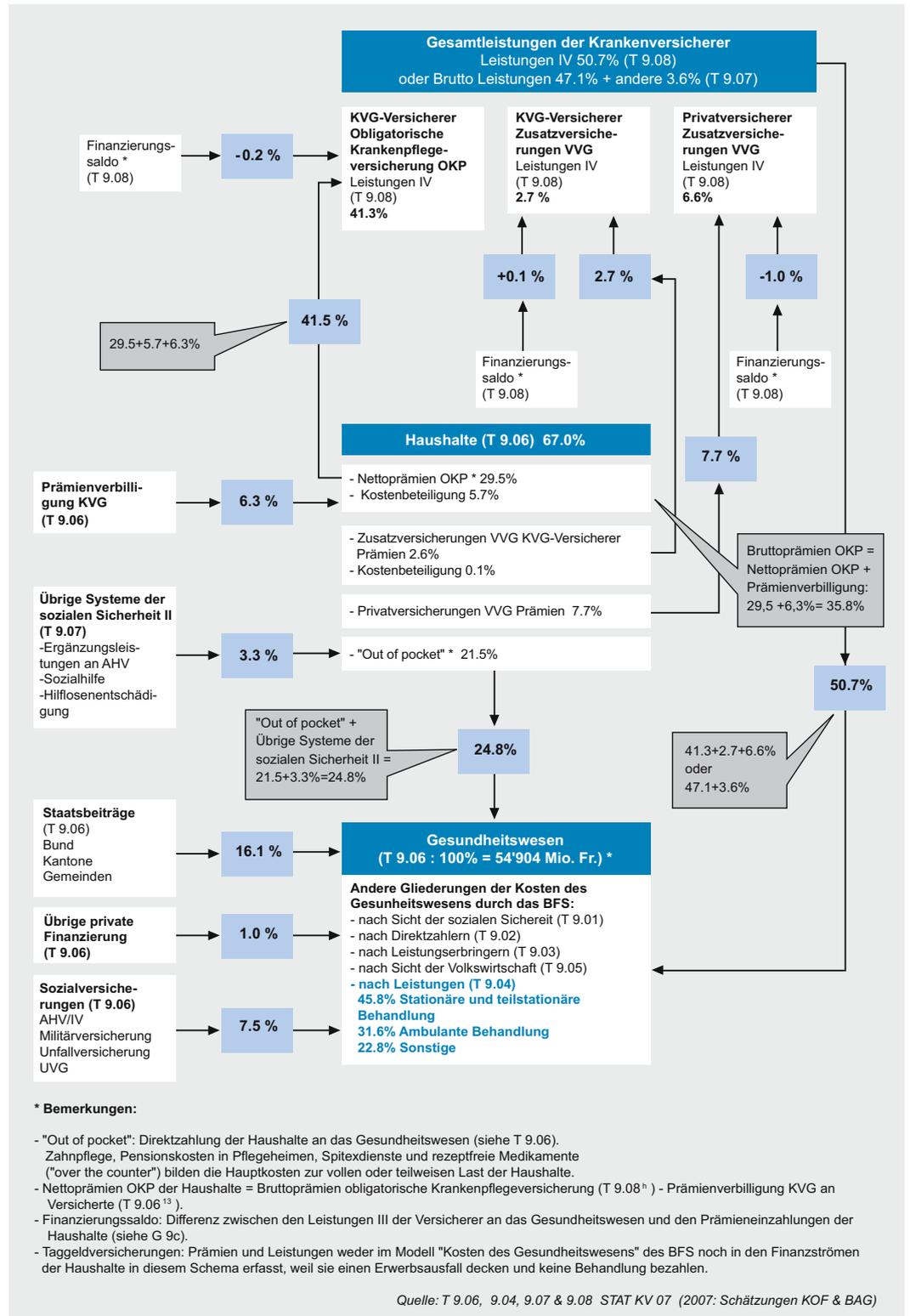
Dank dieser Struktur können **Geld- oder Finanzströme** zwischen der **Produktionsseite** (Spitäler, Ärzte, Apotheker usw.), den **Finanzierungsträgern** (Direktzahler wie Sozialversicherungen, Staat, Haushalte usw.) und den **Gesundheitsausgaben** (Beiträge, welche die Endkonsumierenden für den Erwerb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

G 9a Darstellungen der Kosten des Gesundheitswesens der Schweiz



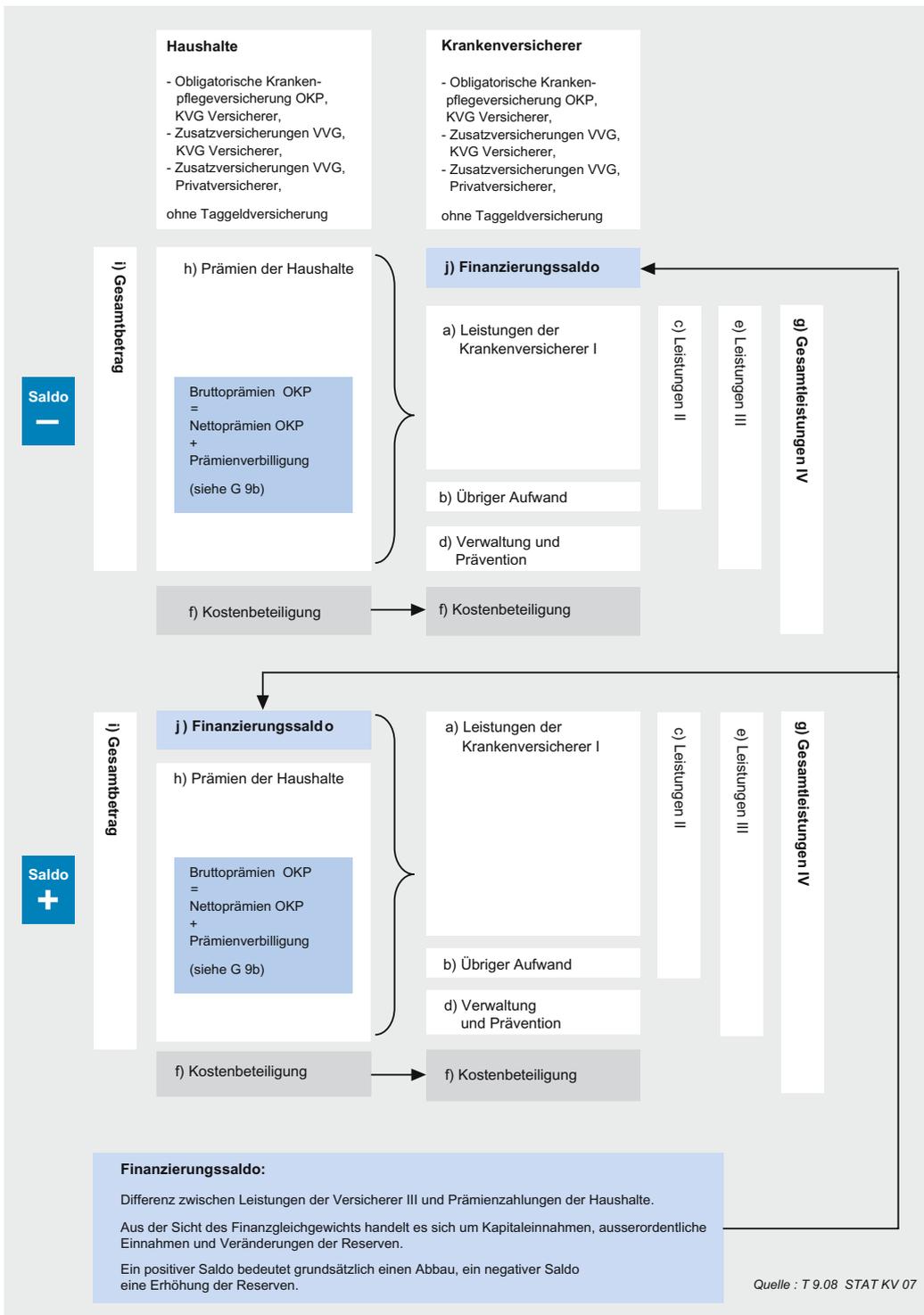
Die Grafik G 9b zeigt **alle Finanzströme**, die zwischen den verschiedenen Beteiligten in der Modellberechnung der ausgewerteten Daten zirkulieren, **in % des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens»**, die von der Konjunkturforschungsstelle der ETHZ (KOF) für 2007 auf **54,9 Milliarden Franken** geschätzt wurden (+ 4,0% im Vergleich zu 2006). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das BFS im Jahr 2008 eine neue Methode für die Berechnung der Gesundheitskosten einführte. Damit verbunden war eine Revision der Werte, die zuvor in dieser Statistik für den Zeitraum 1996-2006 veröffentlicht worden waren.

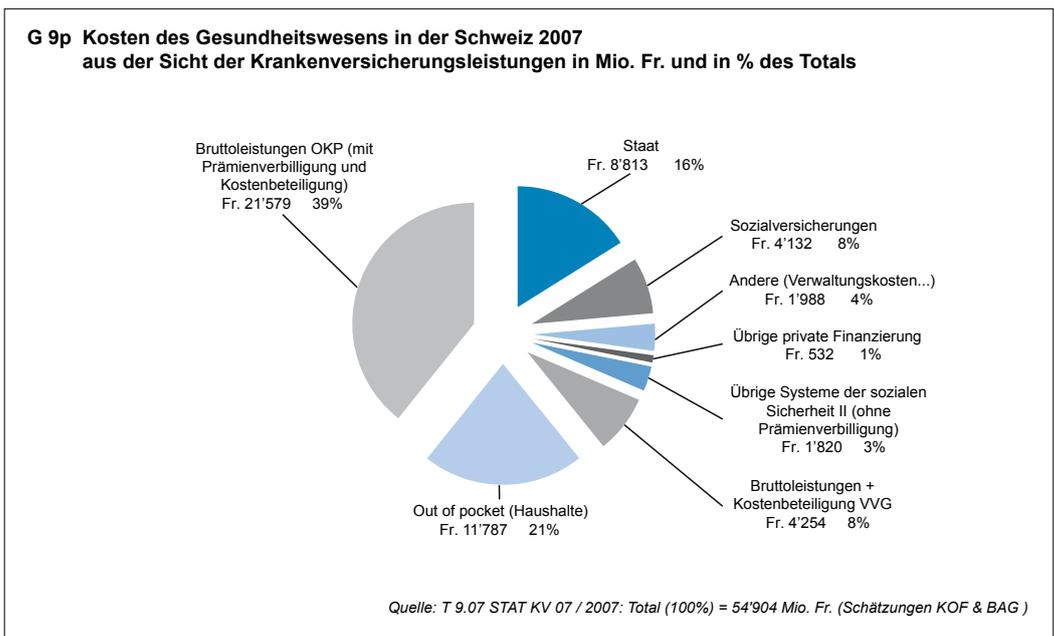
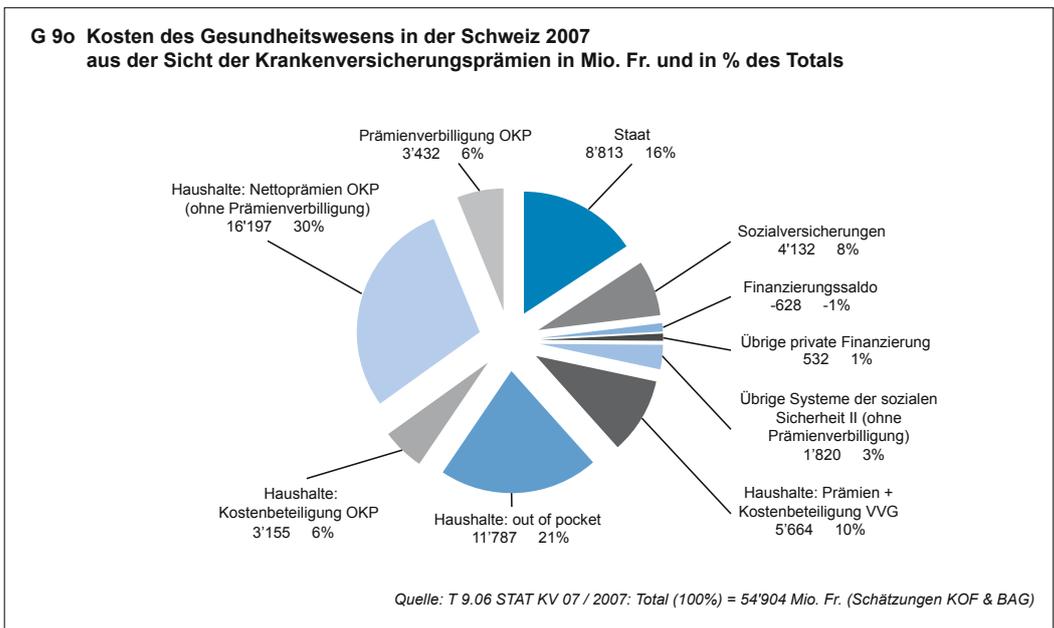
G 9b Finanzierungsströme im schweizerischen Gesundheitswesen in % des Totals der "Kosten der Gesundheitswesens" - 2006



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

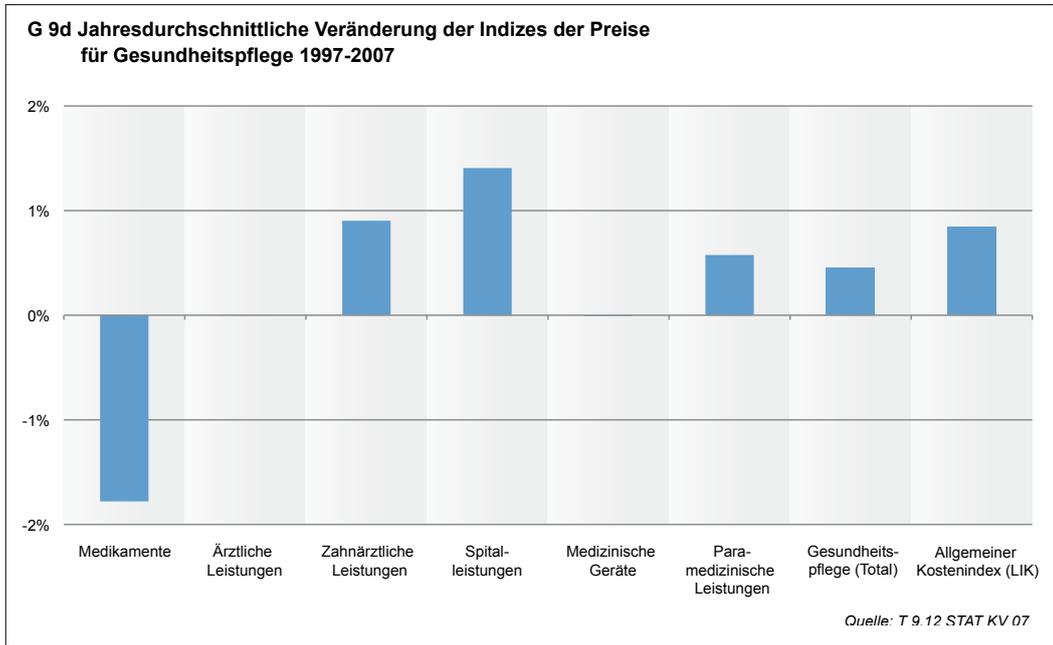
G 9c Erklärungsschema des Finanzierungssaldos



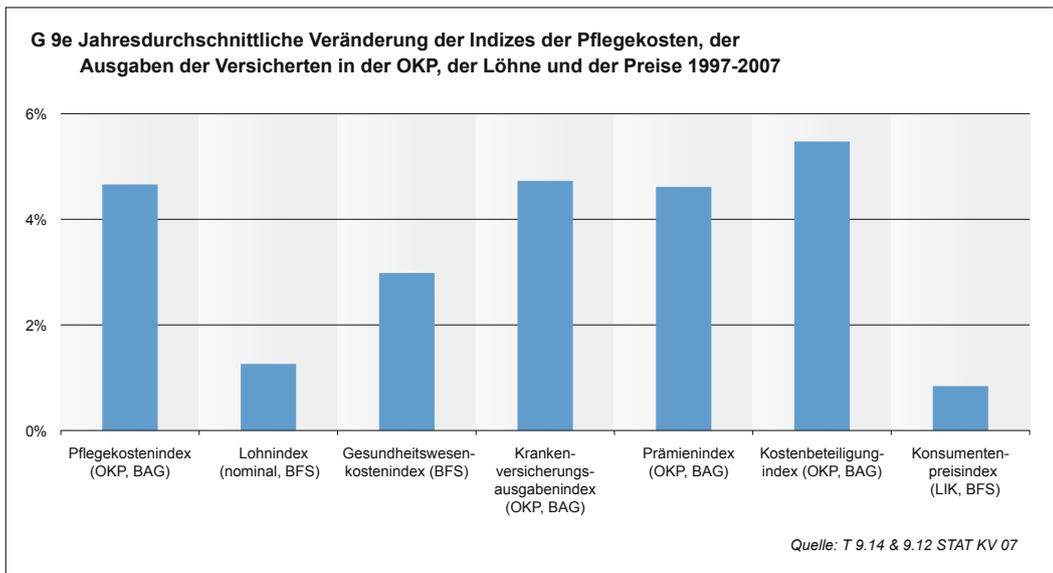


Die Preisentwicklung im schweizerischen **Gesundheitswesen** kann mit der durchschnittlichen jährlichen Veränderung der Preise in diesem Bereich auf der Grundlage der Indizes des BFS veranschaulicht werden (G 9d). Der Medikamentenpreisindex wies ab 1997 einen durchschnittlichen jährlichen Rückgang um knapp 2% auf, während die Indizes der zahnmedizinischen Leistungen und der Spitalleistungen über dem Gesamtindex der Gesundheitsversorgung lagen. Dieser wiederum wies ein deutlich höheres Wachstum auf als der gesamte Konsumentenpreisindex.

Ein Preisindex gibt allerdings nicht Aufschluss über die Entwicklung des Leistungsvolumens. Dies ist zu beachten, wenn man den Rückgang des Medikamentenpreisindex im Zeitraum 2006 bis 2007 (-4,0%) mit der Veränderung der Kosten pro versicherte Person für in Apotheken abgegebene Medikamente vergleicht. Diese haben in der gleichen Zeitspanne um 1,3% zugenommen (T 2.19).

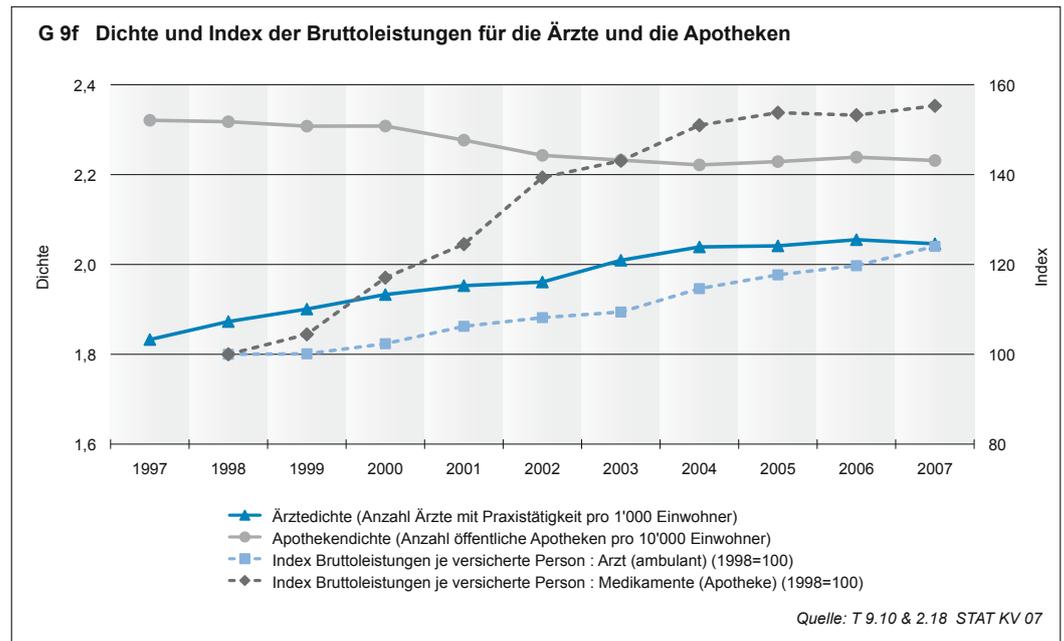


Seit 1997 haben sich einige Indikatoren der OKP sehr unterschiedlich entwickelt. Während der Lohnindex mit dem Konsumentenpreisindex praktisch gleichauf verlief (rund + 1% pro Jahr), haben die Gesundheitskosten pro versicherte Person im Jahresdurchschnitt um 3,0% zugenommen, die OKP-Kosten (Bruttoleistungen pro versicherte Person) um 4,7%, die Ausgaben der Versicherten in der OKP (Prämien + Kostenbeteiligung) um 4,7% und die Kostenbeteiligung der Versicherten um 5,5%! 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 1997 und 2007 **zugenommen** (+2200 Ärzte), während jene **der Apotheken** seit 1997 im Abnehmen begriffen ist, wobei die Zahl der öffentlichen Apotheken seit 1997 praktisch unverändert blieb. Interessanterweise lässt sich ein enger Zusammenhang zwischen den Bruttoleistungen pro Versicherten für die Kostengruppe Ärzte (ambulante Pflegeleistungen) und der Ärztedichte feststellen. Der Index für Bruttoleistungen pro Versicherten für die Kostengruppe Medikamente (von Apotheken abgegeben) ist von 1998 bis 2005 massiv angestiegen, und zwar

ohne Zusammenhang mit der Apothekendichte, was die **dominierende Rolle** der Mengenentwicklung zeigt, welche die rückläufige Entwicklung des Medikamentenpreisindex überkompensiert (G 9f). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass dieser vom BFS festgelegte Index auf einer Auswahl von Medikamenten in zehn verschiedenen therapeutischen Kategorien beruht, welche die grössten Umsätze aufweisen. Aus diesem Grund sind in diesem Index keine neuen Medikamente enthalten, die unter Umständen sehr kostspielig sind, aber für die Gesundheitsversorgung einen markanten Fortschritt bedeuten können.



Eine kantonale Aufgliederung dieser Indikatoren für das Jahr 2007 macht zudem klar, **wie ungleich Ärzte und Apotheken auf die verschiedenen Kantone verteilt sind** (G 9g).

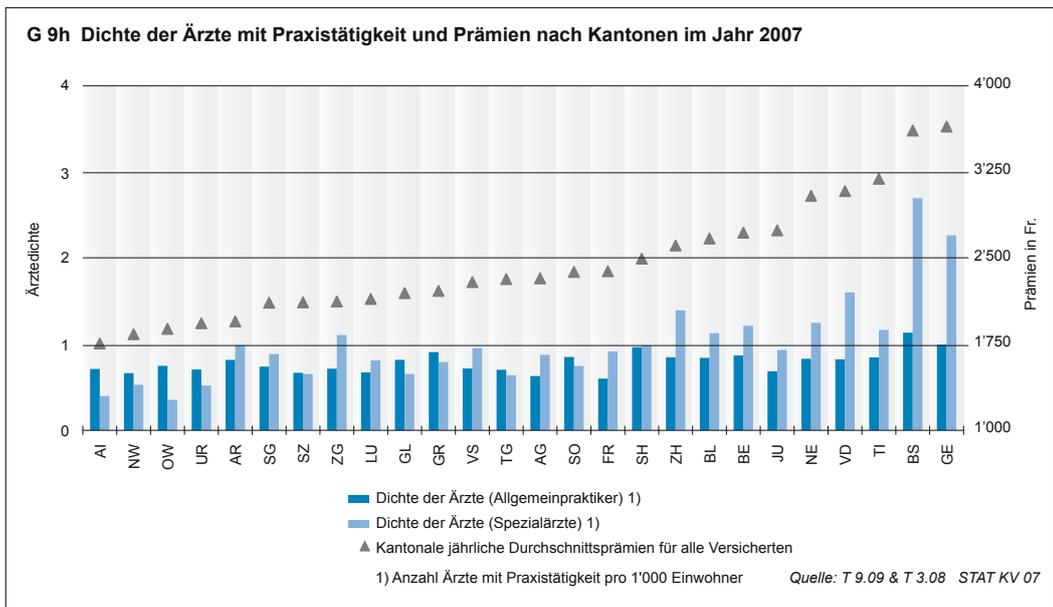
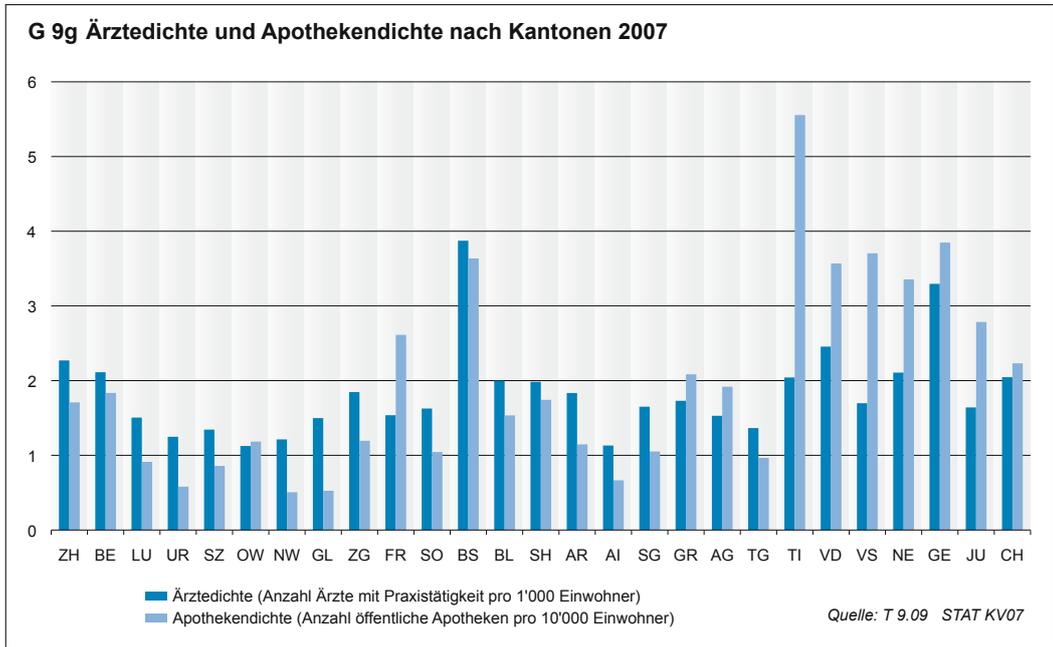
Die Ärztedichte liegt in sechs Kantonen (ZH, BE, BS, VD, NE und GE) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,05 Ärzten pro 1000 Einwohner.

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

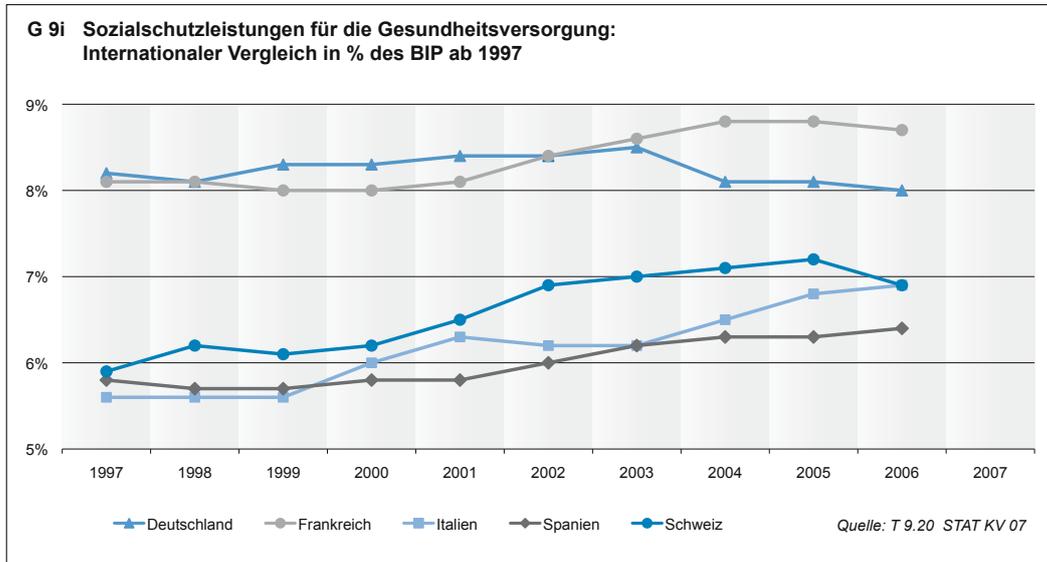
Bei solchen Vergleichen ist zu berücksichtigen, dass die einzelnen Kantone keine geschlossenen Systeme bilden: Güter und Dienstleistungen werden nicht immer im Wohnkanton nachgefragt.

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

Das System der sozialen Sicherheit umfasst alle Massnahmen öffentlicher und privater Stellen, die darauf abzielen, Haushalte oder Einzelne vor bestimmten festgelegten Risiken zu schützen. Bei dem durch Eurostat erstellten internationalen Vergleich der Leistungen im Gesundheitsbereich (in Prozent des Bruttoinlandsprodukts) ist zu beachten, dass in den Zahlen für die Schweiz weder die Kostenbeteiligung der Versicherten (in der Schweiz im Rahmen des KVG obligatorisch) noch die Prämienverbilligung berücksichtigt sind. Seit 1997 verzeichnet die Schweiz einen kontinuierlich steigenden Prozentsatz (G 9i).

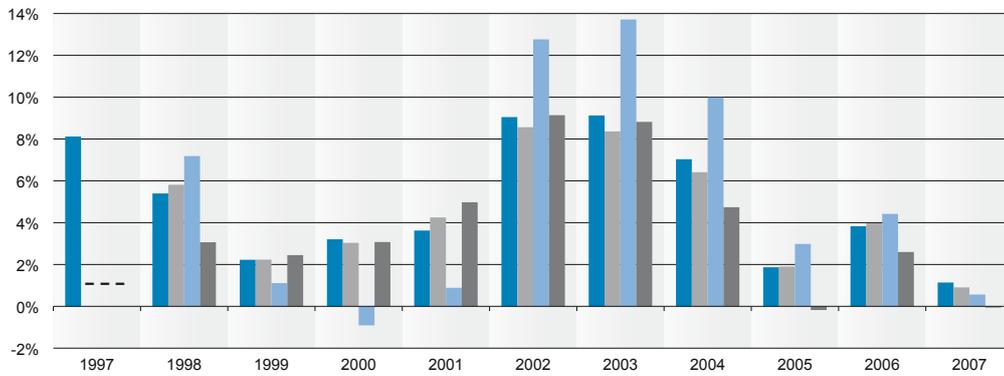


Der nachträglich **festgestellte effektive Prämienanstieg** pro versicherte Person für die Grundversicherung (OKP) – nicht nur für das Modell mit ordentlicher Franchise, sondern auch für die Modelle mit wählbarer Franchise, Bonus und eingeschränkter Wahl, nach Altersgruppen (Kinder, junge Erwachsene,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



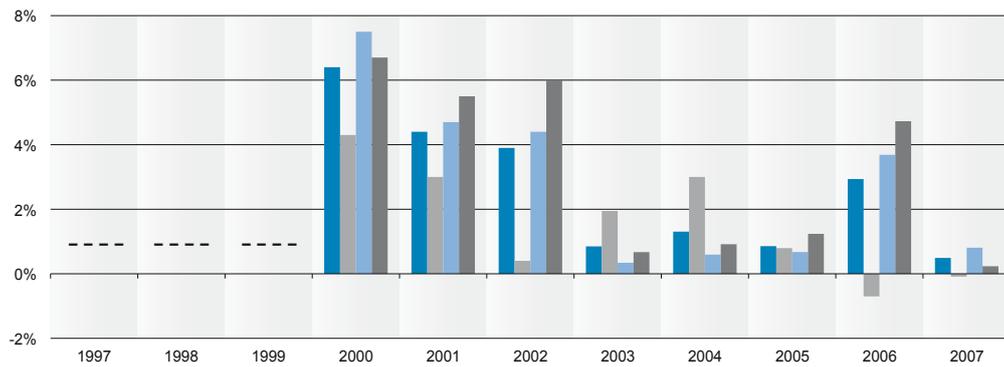
Bei diesen Prämienhöhungen handelt es sich um Richtwerte, die Änderungen bei der Kostenbeteiligung der Versicherten infolge anderer Franchisen und damit einhergehenden Prämienermäßigungen oder Änderungen bei den Selbstbehalten nicht Rechnung tragen (Selbstbehalt an Leistungsbezug gekoppelt, vgl. Anhang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

G 9j Veränderung gegenüber dem Vorjahr für die Krankenversicherungsprämien je versicherte Person nach Versicherungsart

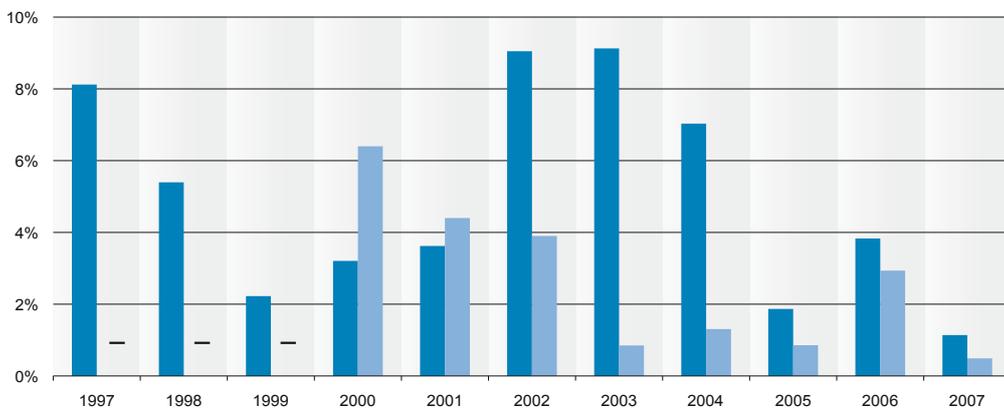


(Obligatorische Krankenpflegeversicherung: effektive Erhöhungen)

- Obligatorische Krankenpflegeversicherung Total
- Obligatorische Krankenpflegeversicherung Erwachsene
- Obligatorische Krankenpflegeversicherung junge Erwachsene
- Obligatorische Krankenpflegeversicherung Kinder

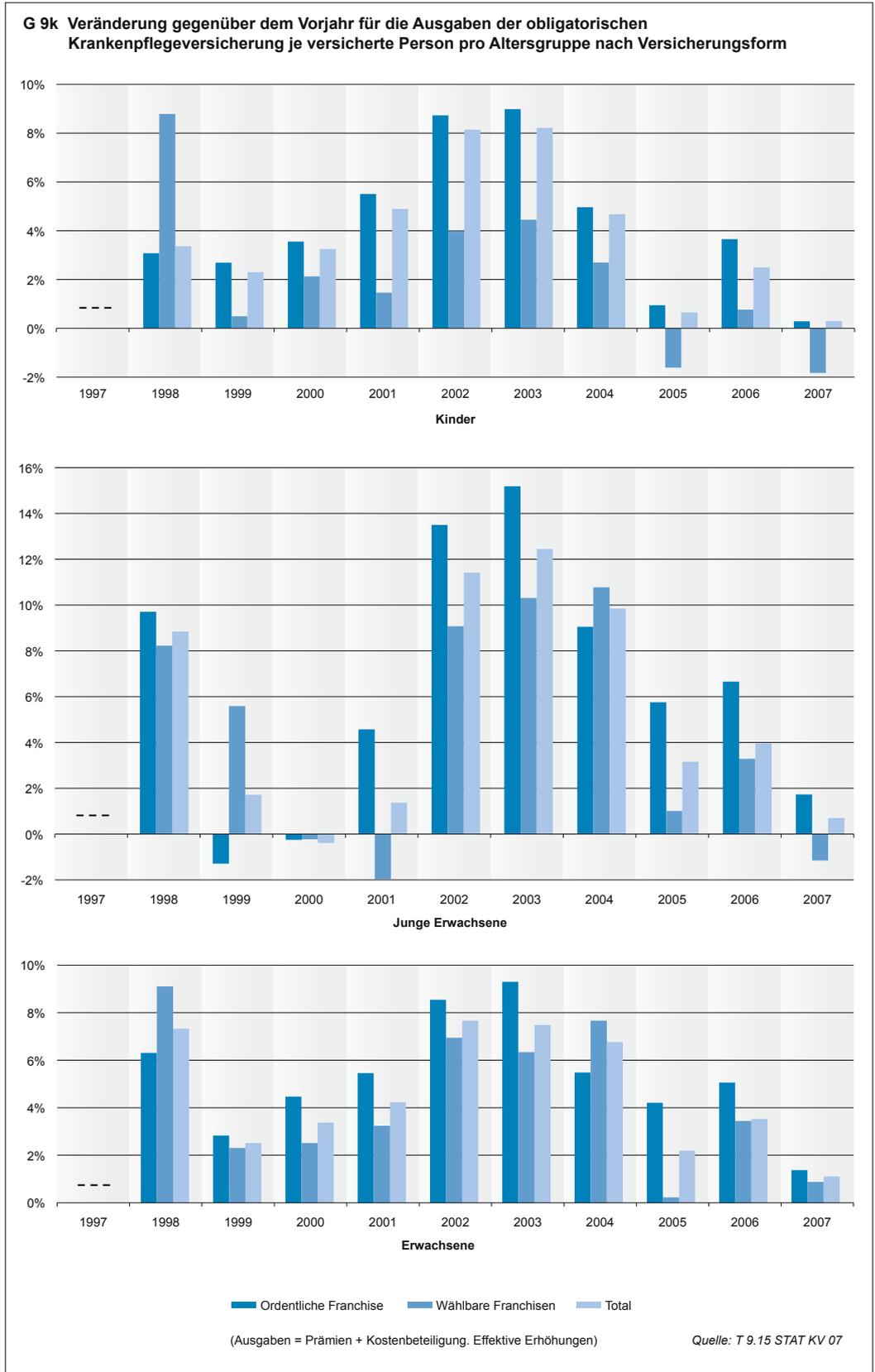


- Spitalzusatzversicherungen Total
- Spitalzusatzversicherung allgemeine Abteilung ganze CH
- Spitalzusatzversicherung halbprivate Abteilung
- Spitalzusatzversicherung private Abteilung

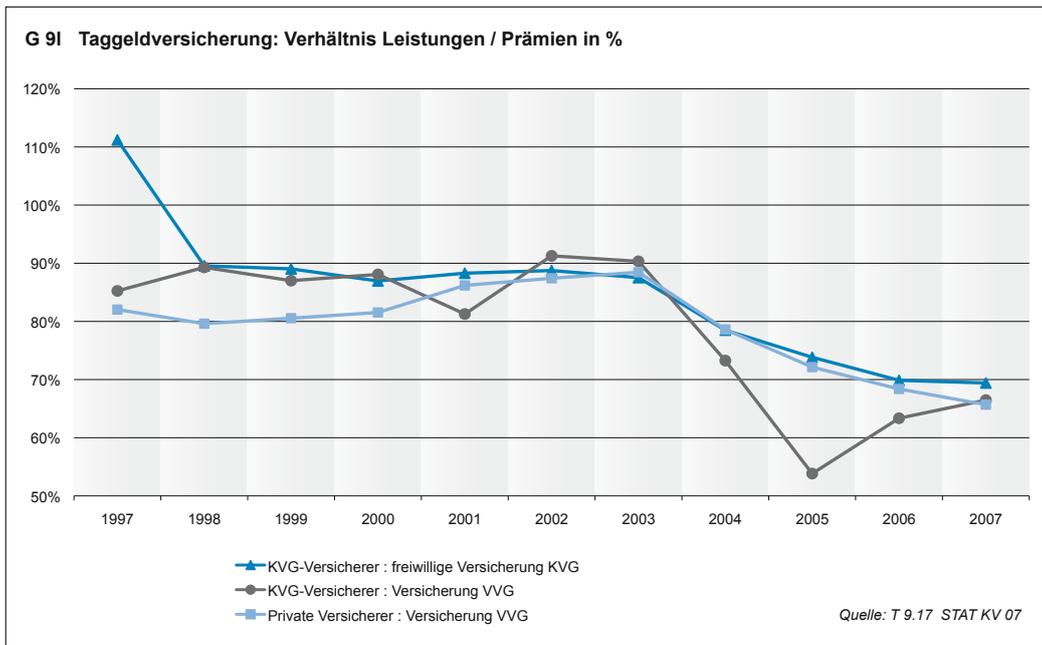


- Obligatorische Krankenpflegeversicherung Total
- Spitalzusatzversicherungen Total

Quelle: T 9.13 STAT KV 07



Der gesamte **Taggeldversicherungssektor** setzt sich aus den KVG-Versicherern, welche die freiwillige Versicherung seit 1997 nach KVG und nach VVG anbieten, und den VVG-Privatversicherern zusammen. Seit 1997 ist ein anhaltender Rückgang der freiwilligen Versicherung nach KVG zu verzeichnen (T 9.17), während die Versicherungsdeckung nach VVG zugenommen hat. Auffallend ist, dass das Verhältnis Leistungen/Prämien der drei Versicherungskategorien seit 1998 praktisch gleich geblieben ist (G 9I).

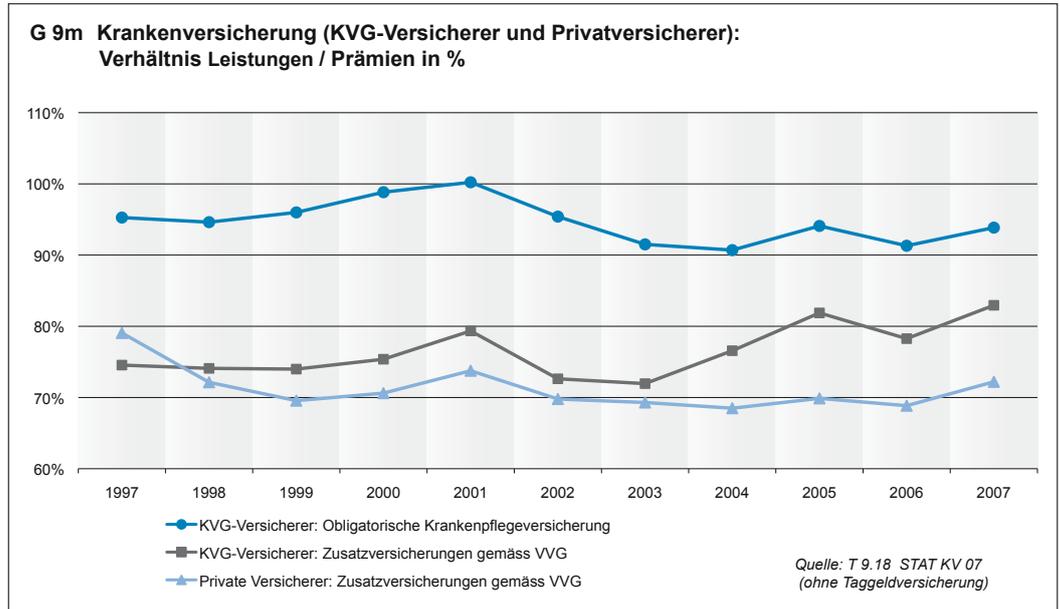


Der **Gesamtmarkt des Krankenversicherungsgeschäfts** setzt sich zusammen aus:

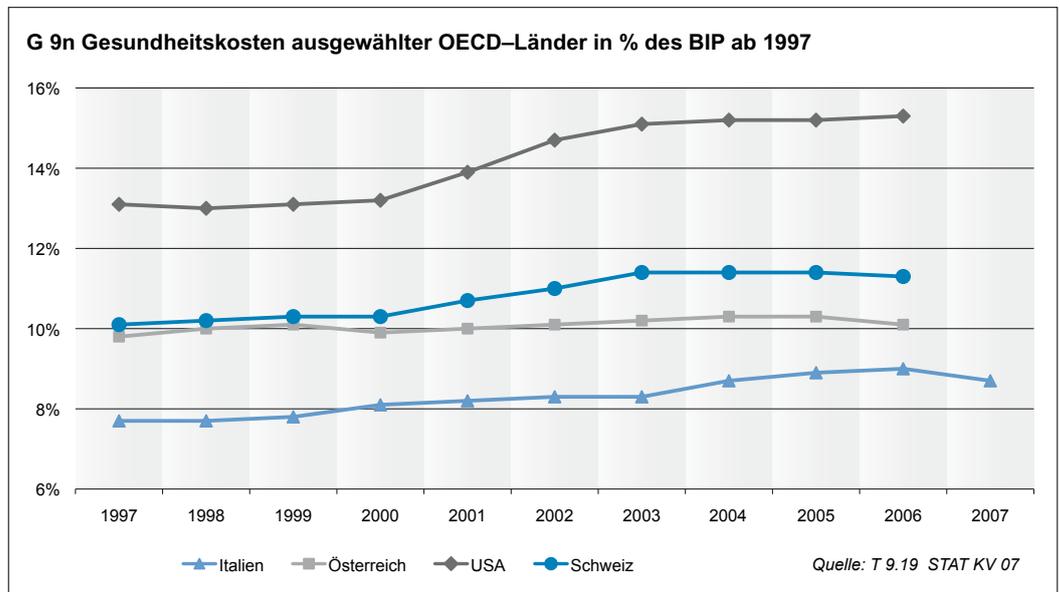
- der in der Schweiz seit 1996 obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die von den BAG-anerkannten Versicherern angeboten wird,
- den von den BAG-anerkannten Versicherern angebotenen Zusatzversicherungen (seit 1996 gemäss VVG),
- den von den Privatversicherern gemäss VVG angebotenen Zusatzversicherungen.

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

Zu beachten ist, dass das Verhältnis Leistungen/Prämien in der Obligatorischen Krankenversicherung nach KVG seit 1997 zwischen 90 und 100% pendelte. Dieser Prozentsatz liegt somit klar über der für die Versicherungen gemäss VVG festgestellten Bandbreite von 70% bis 85%. Diese erklärt sich durch die Gewinnmarge der Versicherungen nach VVG, die in der OKP gesetzlich ausgeschlossen ist (G 9m).

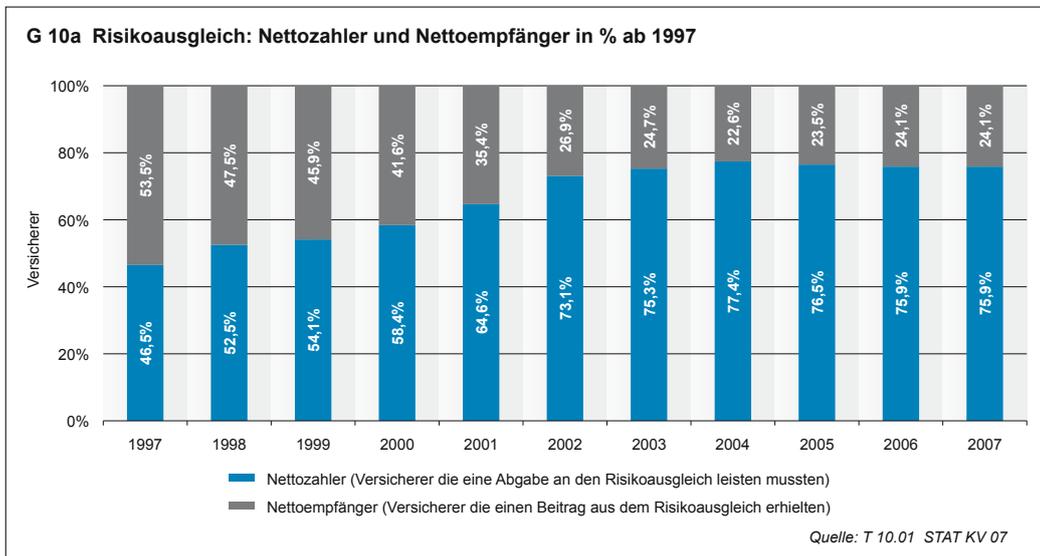


Schliesslich zeigt ein **internationaler** Vergleich der **Kosten des Schweizer Gesundheitswesens** mittels OECD-Daten, dass der Anteil der Gesundheitskosten gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP) in der Schweiz seit 1997 eher etwas über jenem der Nachbarländer liegt, aber noch deutlich unter dem Niveau der USA, die den höchsten Anteil verzeichnen (G 9n). Es gilt allerdings zu beachten, dass die Definitionen der unter der Bezeichnung «Gesundheitskosten» zusammengefassten Elemente von Land zu Land unterschiedlich sind und zudem von Zeit zu Zeit geändert werden.



4.10 Risikoausgleich in der OKP

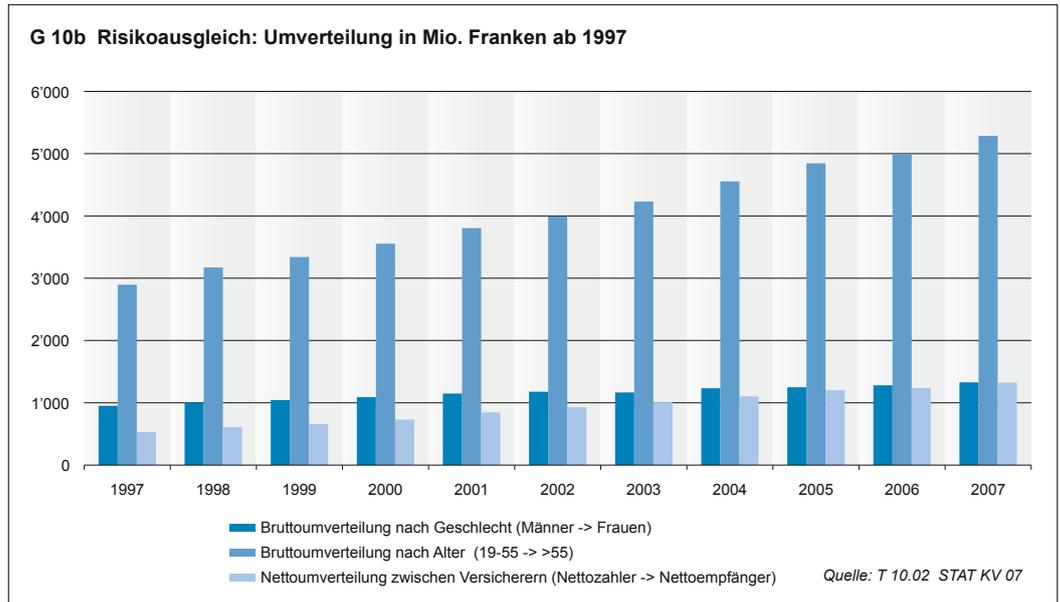
Mit dem **Risikoausgleich** soll die Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG geschaffen werden. Die je nach Alter und Geschlecht der Versicherten unterschiedlichen durchschnittlichen Kosten sollen innerhalb eines jeden Kantons mit Ausgleichszahlungen zwischen den Versicherern ausgeglichen werden. Die hierzu notwendigen Berechnungen der Gemeinsamen Einrichtung KVG basieren auf den effektiven Kosten, die sich aus den Bruttoleistungen der Versicherer abzüglich der Kostenbeteiligung der Versicherten ergeben (siehe Anhang G zur Berechnungsmethode des Risikoausgleichs). Was das Verhältnis zwischen den Nettozahlern und den Nettoempfängern anbelangt, hat die Zahl der Nettozahler seit 1997 zugenommen, während die Zahl der Empfänger von Risikoausgleichszahlungen zurückgegangen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Versicherer insbesondere infolge von Unternehmenszusammenschlüssen abnahm (G 10a).



Für den Risikoausgleich 2007 lässt sich eine Umverteilung von 5,3 Mrd. Franken von den 19- bis 55-jährigen Versicherten zu den über 56-jährigen Versicherten und von 1,3 Mrd. Franken von den Männern zu den Frauen ermitteln. Diese Daten werden wie folgt erhoben: Zur Berechnung dieser Zahlen wird die monatliche Differenz an effektiven Kosten der jeweiligen Gruppe (Versicherte zwischen 19 und 55 Jahren oder über 56-jährige Versicherte / Männer oder Frauen) zum Gesamtdurchschnitt der effektiven Kosten pro Monat innerhalb des Kantons mit der Anzahl Versicherungsmonate des Kantons multipliziert. Diese Volumina werden schliesslich über alle Kantone aufsummiert und ergeben so die gesamtschweizerische Bruttoumverteilung nach Alter oder nach Geschlecht. Die Umverteilung nimmt seit 1997 stetig zu. Diese Entwicklung ist hauptsächlich auf den allgemeinen Kostenanstieg in der OKP zurückzuführen (G 10b).

Da ein Grossteil dieser Umverteilungen zwischen Altersgruppen und Geschlecht *innerhalb* des einzelnen Versicherers erfolgt, werden diese nicht über die Risikoausgleichsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG umverteilt. Über die Risikoausgleichsstelle fliessen nur diejenigen 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 66 Nettozahler (d.h. 76% der Versicherer) den 21 Nettoempfängern für das Ausgleichsjahr 2007 einen **Umverteilungsbetrag** von insgesamt 1323 Mio. Franken **netto** (G 10a und G 10b, siehe auch Absatz 3 des Anhangs G zu den Risikoausgleichszahlungen nach Kalenderjahr und nach Ausgleichsjahr).

Für die Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden die durchschnittlichen effektiven Kosten jeder Risikogruppe mit den durchschnittlichen effektiven Kosten aller erwachsenen

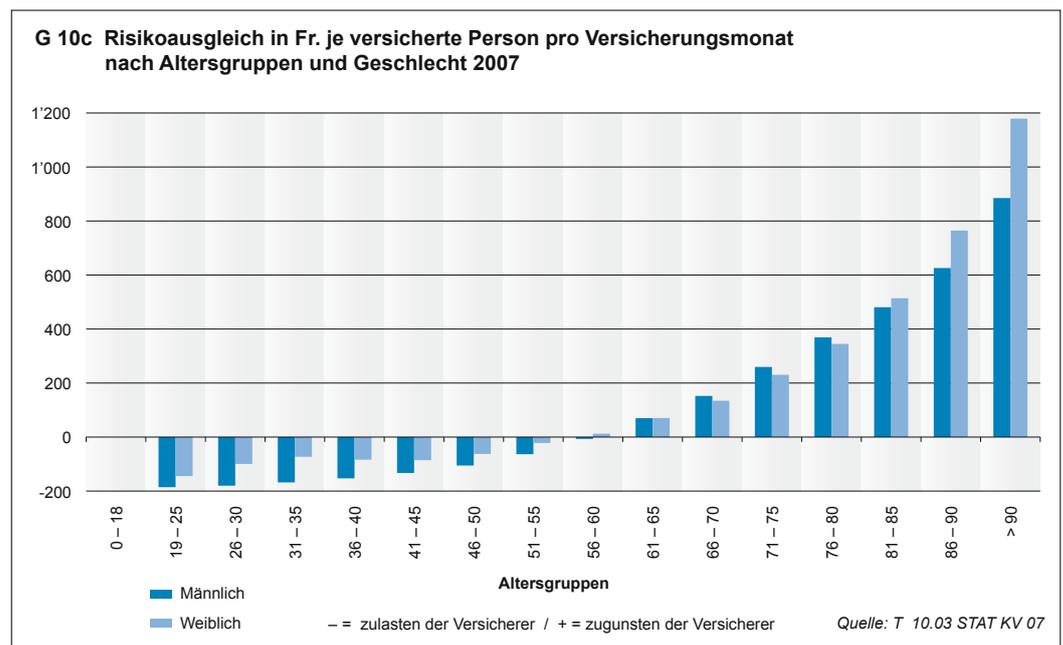


Versicherer ab 19 Jahren (Referenzgruppe) verglichen und zwar für jeden Kanton. Die Kinder (0 – 18 Jahre) werden bei der Berechnung des Risikoausgleichs nicht berücksichtigt.

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

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

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



4.11 OKP-Versicherte

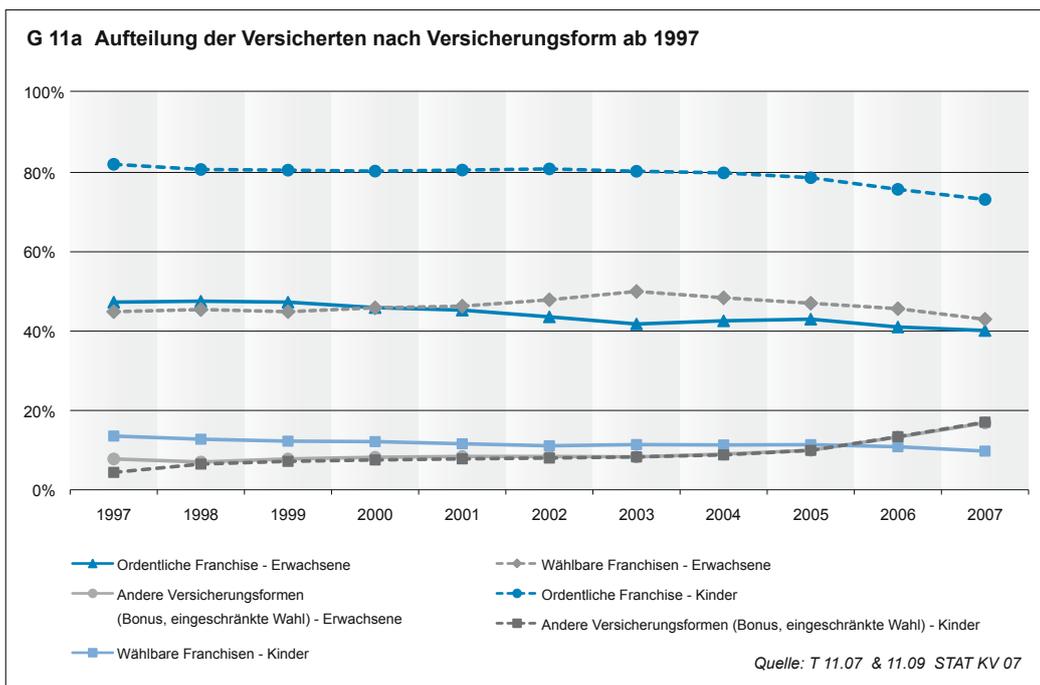
Aufteilung der Versicherten nach Versicherungsformen

Seit 1997 ist der Bestand an Erwachsenen ab 19 Jahren mit ordentlicher Franchise sowie der Versicherten mit wählbarer Franchise leicht zurückgegangen. Dies zu Gunsten anderer Versicherungsformen (vor allem HMO- oder Hausarztmodell), die 2007 einen Anteil von 16,9% aufweisen. Der Anteil der BONUS-Versicherung blieb mit 0,1% der Versicherten verschwindend klein (G 11a).

Bei den Kindern erfolgte seit 1997 ebenfalls eine leichte Abnahme des Anteils der Versicherten mit ordentlicher Franchise (ungefähr 75% der Versicherten) oder mit einer wählbaren Franchise (ungefähr 10% der Versicherten) zu Gunsten anderer Versicherungsformen (17,1% der Versicherten im Jahr 2007) (G 11a).

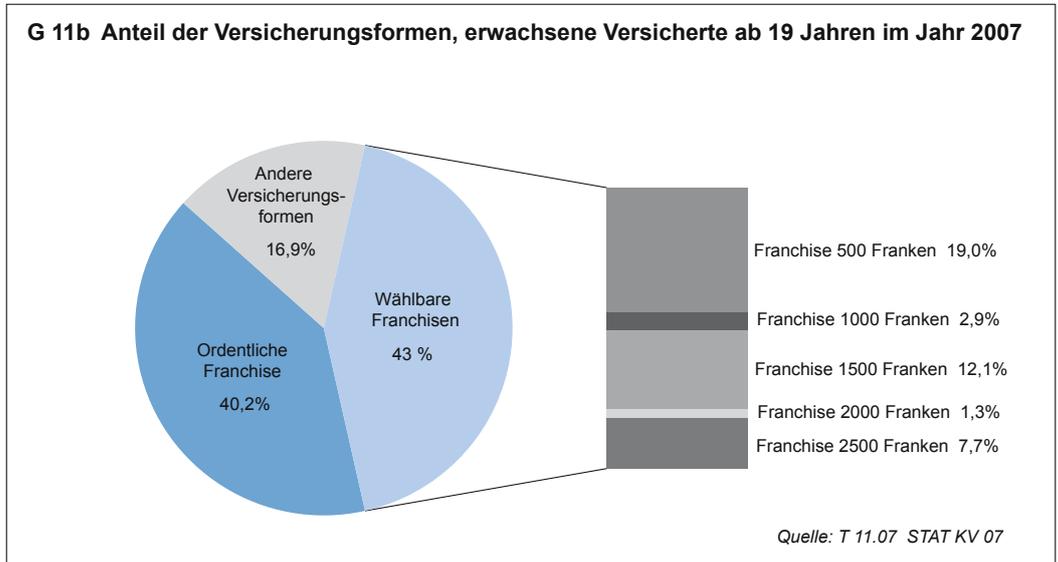
Versicherungen mit wählbarer Franchise sind in diesem Alterssegment finanziell deutlich weniger attraktiv.

Unterschiede hinsichtlich der Einteilung der Versicherten können vor allem aus dem Prinzip resultieren, das für die Zuteilung der Versicherten gewählt wird, die eine wählbare Franchise mit einer eingeschränkten Wahl des Leistungserbringers kombinieren (vgl. T 11.06, 11.07 und 11.08).



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

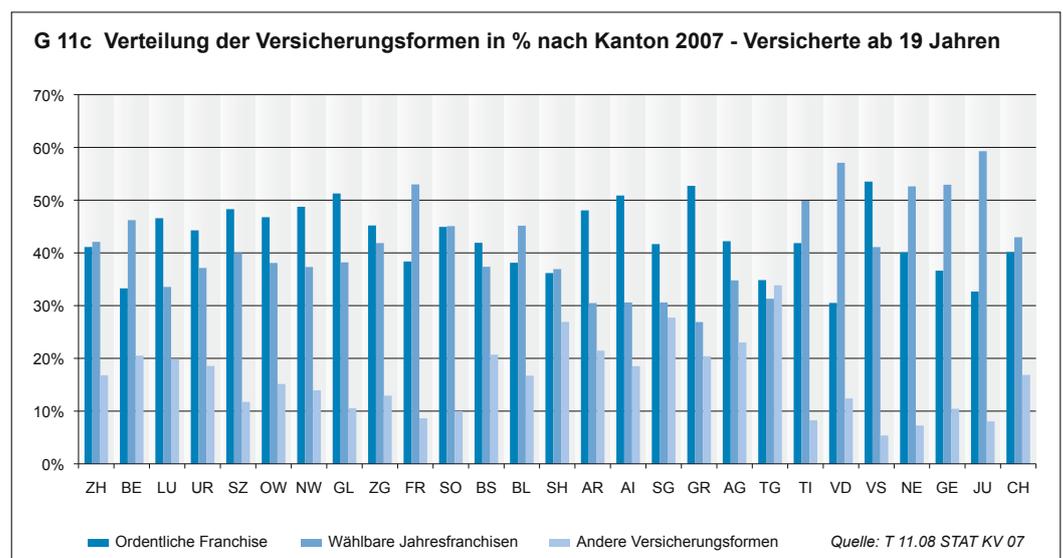
Von den 43,0% der Versicherten mit wählbarer Franchise haben sich im Jahr 2007 am meisten für die Variante mit 500 Franken entschieden (19,0%), was angesichts der geringen Sparmöglichkeit bei dieser Stufe erstaunen mag. 12,1% wählten 1500 Franken. Die Franchise von 2000 Franken ist weiter abgeschlagen; nur gerade 1,3% der Versicherten haben sich dafür entschieden. Die höchste wählbare Franchise von 2500 Franken weist mit 7,7% der Versicherten eine verhältnismässig grosse Nachfrage auf (G 11b). Die Wahl der Franchise ist nicht einfach. Sie ist abhängig von verschiedenen Parametern wie Prämie, Höhe der Leistungen, Rabatt der Versicherer. Das BAG stellt den Versicherten eine elektronische Hilfe zur interaktiven grafischen Bestimmung der wirtschaftlich optimalen Franchise nach Versicherer zur Verfügung (Anhang H).

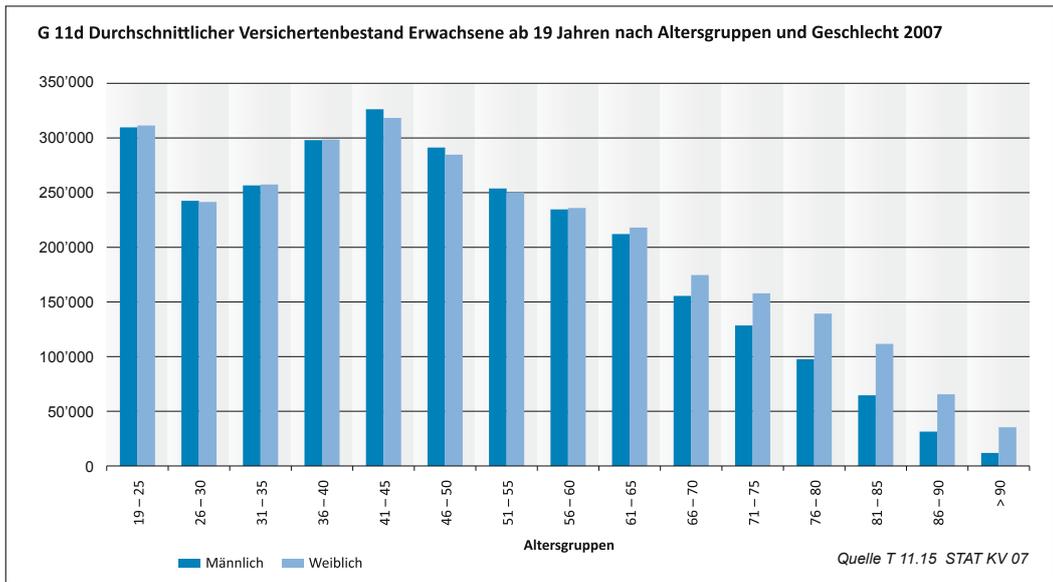
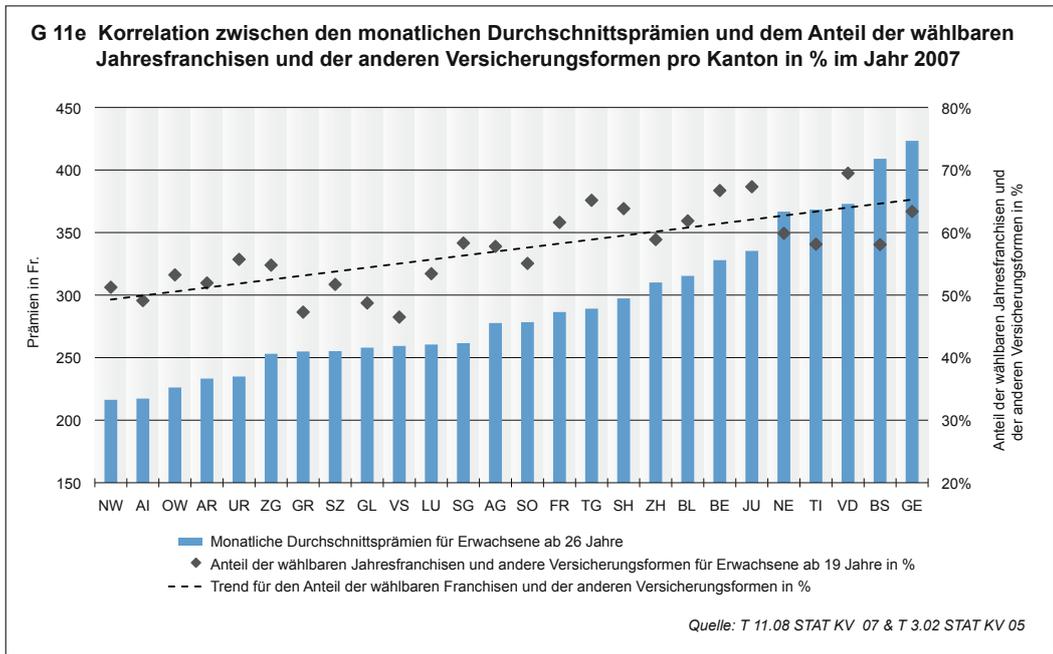


Anteil der Versicherungsformen nach Kanton für erwachsene Versicherte ab 19 Jahren

Zwischen den Kantonen lassen sich grosse Unterschiede feststellen: So bewegen sich die Anteile bei den wählbaren Franchisen zwischen 27% und 59%, bei den anderen Versicherungsformen zwischen 5% und 34% und bei der ordentlichen Franchise zwischen 31% und 53% (G 11c). Es besteht eine relativ gute Korrelation zwischen dem Niveau der kantonalen Durchschnittsprämien und dem Prozentanteil der wählbaren Franchisen und der anderen Versicherungsformen (G 11e).

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





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

Ausserdem ist festzuhalten, dass im Jahr 2007 rund 11% der Versicherten von einem Versicherer neu aufgenommen wurden. Dabei war die Zahl der Kinder und jungen Erwachsenen durchschnittlich um 50% höher als jene der Erwachsenen (T 11.17). Hieraus kann jedoch nicht direkt geschlossen werden, dass es sich um die Zahl der Versicherten handelt, die den Versicherer wechselten. Abzuziehen sind insbesondere die Zahl der Neugeborenen (ungefähr 1%) sowie die immigrierten Versicherten (rund 2%). Zu berücksichtigen ist auch der Umstand, dass bei einem Zusammenschluss von Versicherern der Versicherte zwar statistisch als Neueintritt erfasst wird, ohne dass er auf eigene Initiative aktiv einen Wechsel seines eigenen Versicherers vorgenommen hätte.

6 Beilagen

A 1 Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

1.01	Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 1997: wichtigste Indikatoren	58
1.02	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG insgesamt	59
1.03	Betriebsrechnung der Versicherung mit ordentlicher Franchise	60
1.04	Betriebsrechnung der Versicherungen mit wählbarer Franchise	61
1.05	Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung	62
1.06	Betriebsrechnung der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers	63
1.07	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Personen mit Wohnsitz in einem EG-Staat	64
1.08	Gesamtbetriebsergebnis nach Versicherungsform ab 1997	65
1.09	Gesamtbetriebsergebnis je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1997	65
1.10	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen nach Versicherungsform ab 1997	66
1.11	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1997	66
1.12	Stand der Reserven per 31.12. ab 1997	67
1.13	Stand der Rückstellungen per 31.12. für unerledigte Versicherungsfälle ab 1997	67
1.14	Kalkulatorische Reserven OKP pro Kanton in % der Prämien ab 1997	68
1.15	Kalkulatorische Reserven OKP pro Kanton in % der Prämien	69

T 1.01 Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 1997: wichtigste Indikatoren

2007

Merkmale	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Veränderung 2006 - 2007 in %	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1997 - 2007 in %
1 - Anzahl Versicherter OKP	129	118	109	101	99	93	93	92	85	87	87	0.0%	-3.9%
2 - Durchschnittlicher Versichertenbestand in 1'000	7'236	7'247	7'271	7'265	7'301	7'345	7'373	7'384	7'436	7'478	7'538	0.8%	0.4%
3A - Anzahl Erkrankte in 1'000	5'669	5'769	5'833	5'947	6'044	6'171	6'105	6'076	6'104	6'140	6'171	0.5%	0.9%
3B - Anzahl Erkrankte je 100 Versicherte	78.3	79.6	80.2	81.9	82.8	84.0	82.8	82.3	82.1	82.1	81.9	-0.3%	0.4%
4 - Anzahl Spitalweisungen in 1'000	1'150	1'155	1'096	1'098	1'193	1'207	1'148	1'196	1'219	1'148	1'232	7.4%	0.7%
5 - Anzahl Spitaltage in 1'000	18'988	17'067	12'747	12'447	12'514	12'391	11'396	11'755	11'493	11'050	11'706	5.9%	-4.7%
6B - Prämienoll pro Versicherte(n) in Fr.	1'664	1'754	1'793	1'850	1'917	2'091	2'281	2'442	2'487	2'583	2'612	1.1%	4.6%
7B - Leistungen ¹ pro Versicherte(n) in Fr.	1'816	1'935	2'011	2'131	2'244	2'328	2'431	2'592	2'736	2'755	2'863	3.9%	4.7%
7C - davon ambulante Leistungen in Fr.	1'207	1'288	1'352	1'451	1'549	1'615	1'667	1'751	1'869	1'876	1'947	3.8%	4.9%
7D - davon stationäre Leistungen in Fr.	608	647	659	679	696	712	765	841	868	879	916	4.2%	4.2%
8B - Kostenbeteiligung pro Versicherten in Fr.	246	289	301	315	329	341	351	384	403	406	419	3.0%	5.5%
9B - Bezahlte Leistungen ² pro Versicherten in Fr.	1'570	1'646	1'710	1'816	1'916	1'987	2'080	2'209	2'334	2'349	2'444	4.1%	4.5%
10B - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen pro Versicherten in Fr.	123	118	117	119	124	126	129	134	134	144	142	-1.4%	1.4%
12B - Rückstellungen per 31.12. pro Versicherten in Fr.	485	510	524	545	547	547	578	608	633	667	694	4.1%	3.7%
13B - Reserven per 31.12. pro Versicherten in Fr.	413	412	423	390	288	268	325	402	428	501	527	5.1%	2.5%
6A - Prämienoll in Mio. Fr.	12'041	12'708	13'034	13'442	13'997	15'355	16'820	18'030	18'496	19'315	19'689	1.9%	5.0%
7A - Leistungen ¹ in Mio. Fr.	13'138	14'024	14'621	15'478	16'386	17'096	17'924	19'140	20'348	20'603	21'579	4.7%	5.1%
8A - Kostenbeteiligung in Mio. Fr.	1'778	2'097	2'190	2'288	2'400	2'503	2'588	2'832	2'995	3'039	3'155	3.8%	5.9%
9A - Bezahlte Leistungen ² in Mio. Fr.	11'360	11'927	12'431	13'190	13'986	14'593	15'336	16'308	17'353	17'564	18'424	4.9%	5.0%
10A - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Mio. Fr.	893	855	854	863	909	924	949	987	999	1'078	1'072	-0.6%	1.8%
11 - Gesamtergebnis in Mio. Fr.	70	0	-49	-306	-790	-224	400	514	171	491	179	-	-
12A - Rückstellungen: Stand per 31.12. in Mio. Fr.	3'508	3'694	3'810	3'956	3'996	4'018	4'264	4'488	4'710	4'990	5'234	4.9%	4.1%
12C - Rückstellungenquote ³ per 31.12. in %	30.9%	31.0%	30.7%	30.0%	28.6%	27.5%	27.8%	27.5%	27.1%	28.4%	28.4%	-	-
13A - Reserven: Stand per 31.12. in Mio. Fr.	2'992	2'986	3'077	2'832	2'103	1'966	2'394	2'968	3'184	3'749	3'970	5.9%	2.9%
13C - Reservequote ⁴ per 31.12. in %	24.8%	23.5%	23.6%	21.1%	15.0%	12.8%	14.2%	16.5%	17.2%	19.4%	20.2%	-	-

Datenstand : 31.7.08

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

Quelle: T 8.02, 11.01, 9.25, 3.14, 3.15, 2.16, 2.18, 2.01, 2.02, 2.20, 2.21, 1.10, 1.08, 1.12, 1.13 oder

Formulare EF123:

1 - Anzahl Versicherter mit EF 1.12 A Total > 0	8B = [8A] / [2]
2 - Durchschnittlicher Versichertenbestand EF 1.12 A Total	9A = [7A] - [8A]
3A - EF3 T 3.7.1	9A = [7A] - [8A]
3B = [3A] / [2] * 100	9B = [7B] - [8B]
4 - EF3 T 3.7.2	10A - EF2 Konten 40.47 + 48 K+U Seiten 2.2 -> 2.7
5 - EF3 T 3.7.2	10B = [10A] / [2]
6A - EF3 T 3.4	11 - EF2 Konto Gesamtergebnis Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7
6B = [6A] / [2]	12A - EF 1.4 Konto 270
7A - EF3 T 3.6	12B = [12A] / [2]
7B = [7A] / [2]	12C = [12A] / [9A] * 100 in %
7C - EF3 T 3.6 / [2]	13A - EF 1.5 Konten 290 + 290.9
7D - EF3 T 3.6 / [2]	13B = [13A] / [2]
8A - EF2 Konto 32 K+U Seiten 2.2 -> 2.7	13C = [13A] / [6A] * 100 in %

T 1.02 Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG insgesamt ¹

2007

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61	Prämien	18'979'948'535	709'192'951	19'689'141'487
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-65'513'742	-2'485'041	-67'998'783
65	Andere Beitragsanteile	8'224'901	242'683	8'467'584
60-65	Brutto-Prämien	18'922'659'694	706'950'593	19'629'610'287
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-38'269'731	-1'537'314	-39'807'044
60-66	Eigene Versicherungsprämien	18'884'389'963	705'413'280	19'589'803'243
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	1'598'879'698	58'637'879	1'657'517'577
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-1'598'893'677	-58'425'341	-1'657'319'018
69	Sonstige Betriebserträge	99'538'350	3'099'044	102'637'394
6	Total Versicherungsertrag	18'983'914'335	708'724'861	19'692'639'196
31	Leistungen	20'907'829'181	670'859'685	21'578'688'865
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-3'069'116'135	-85'950'736	-3'155'066'871
30-33	Bezahlte Leistungen	17'838'713'046	584'908'948	18'423'621'995
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47'033'506	82'898	47'116'403
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	205'074'640	19'712'790	224'787'430
30-35	Brutto-Leistungen	18'090'821'191	604'704'636	18'695'525'828
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-43'632'203	-953'735	-44'585'937
37	Risikoausgleich	75'262'477	-85'518'096	-10'255'620
3	Total Versicherungsaufwand	18'122'451'465	518'232'805	18'640'684'270
40-47	Verwaltungsaufwand	971'427'572	38'087'347	1'009'514'918
48	Abschreibungen	59'349'963	2'837'444	62'187'407
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	17'133'780	909'218	18'042'999
4	Total Betriebsaufwand	1'047'911'315	41'834'009	1'089'745'324
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	19'170'362'780	560'066'814	19'730'429'595
	Versicherungsbetriebsergebnis	-186'448'445	148'658'047	-37'790'398
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	206'832'387	9'618'088	216'450'475
	Gesamtbetriebsergebnis	20'383'941	158'276'136	178'660'077

Datenstand : 31.7.08

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF2 [Summe 2.2 bis 2.7]

T 1.03 Betriebsrechnung der Versicherung ¹ mit ordentlicher Franchise

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61	Prämien	8'160'401'950	372'065'919	8'532'467'869
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-28'400'831	-1'298'464	-29'699'295
65	Andere Beitragsanteile	3'420'716	118'584	3'539'301
60-65	Brutto-Prämien	8'135'421'835	370'886'039	8'506'307'874
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-19'369'803	-884'970	-20'254'773
60-66	Eigene Versicherungsprämien	8'116'052'032	370'001'069	8'486'053'101
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	895'676'132	38'067'123	933'743'255
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-893'848'648	-37'830'833	-931'679'481
69	Sonstige Betriebserträge	35'768'233	1'371'379	37'139'613
6	Total Versicherungsertrag	8'153'647'750	371'608'739	8'525'256'489
31	Leistungen	11'842'675'291	387'222'538	12'229'897'829
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'220'866'444	-34'068'291	-1'254'934'734
30-33	Bezahlte Leistungen	10'621'808'847	353'154'247	10'974'963'095
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	19'397'917	-280'526	19'117'391
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	26'999'828	5'867'316	32'867'145
30-35	Brutto-Leistungen	10'668'206'593	358'741'038	11'026'947'631
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-30'131'872	-590'768	-30'722'641
37	Risikoausgleich	-1'138'987'999	-75'008'447	-1'213'996'446
3	Total Versicherungsaufwand	9'499'086'721	283'141'823	9'782'228'544
40-47	Verwaltungsaufwand	429'373'474	20'491'336	449'864'810
48	Abschreibungen	29'498'676	1'657'501	31'156'177
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	8'078'034	493'609	8'571'643
4	Total Betriebsaufwand	466'950'184	22'642'446	489'592'629
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	9'966'036'905	305'784'268	10'271'821'173
	Versicherungsbetriebsergebnis	-1'812'389'155	65'824'470	-1'746'564'685
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	93'501'125	5'342'884	98'844'009
	Gesamtbetriebsergebnis	-1'718'888'030	71'167'354	-1'647'720'676

Datenstand : 31.7.08

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [2.2]

T 1.04 Betriebsrechnung der Versicherungen ¹ mit wählbarer Franchise

2007

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	7'012'274'603	218'189'564	7'230'464'167
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-25'810'279	-809'890	-26'620'169
65 Andere Beitragsanteile	3'480'456	92'281	3'572'737
60-65 Brutto-Prämien	6'989'944'780	217'471'955	7'207'416'735
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-14'476'633	-522'375	-14'999'008
60-66 Eigene Versicherungsprämien	6'975'468'147	216'949'580	7'192'417'727
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	460'413'114	13'135'581	473'548'695
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-463'307'220	-13'213'997	-476'521'217
69 Sonstige Betriebserträge	47'027'914	1'267'789	48'295'703
6 Total Versicherungsertrag	7'019'601'955	218'138'952	7'237'740'907
31 Leistungen	5'884'648'035	173'874'133	6'058'522'169
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'249'222'397	-34'327'777	-1'283'550'174
30-33 Bezahlte Leistungen	4'635'425'639	139'546'356	4'774'971'995
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	9'105'011	72'857	9'177'868
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	20'541'961	7'984'590	28'526'551
30-35 Brutto-Leistungen	4'665'072'611	147'603'803	4'812'676'414
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-10'091'436	-241'659	-10'333'095
37 Risikoausgleich	654'905'864	-22'880'653	632'025'210
3 Total Versicherungsaufwand	5'309'887'038	124'481'491	5'434'368'529
40-47 Verwaltungsaufwand	345'161'693	11'500'666	356'662'359
48 Abschreibungen	18'505'176	768'335	19'273'511
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	5'207'128	252'008	5'459'135
4 Total Betriebsaufwand	368'873'997	12'521'008	381'395'005
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	5'678'761'035	137'002'499	5'815'763'534
Versicherungsbetriebsergebnis	1'340'840'920	81'136'453	1'421'977'373
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	65'532'561	2'713'200	68'245'762
Gesamtbetriebsergebnis	1'406'373'482	83'849'653	1'490'223'135

Datenstand : 31.7.08

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [2.3]

T 1.05 Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung ¹

2007

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61	Prämien	16'388'393	465'752	16'854'146
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-44'433	-1'257	-45'690
65	Andere Beitragsanteile	1'245	33	1'277
60-65	Brutto-Prämien	16'345'205	464'528	16'809'733
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
60-66	Eigene Versicherungsprämien	16'345'205	464'528	16'809'733
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	489'630	14'385	504'015
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-505'319	-14'838	-520'157
69	Sonstige Betriebserträge	139'287	3'592	142'879
6	Total Versicherungsertrag	16'468'804	467'667	16'936'470
31	Leistungen	8'687'644	324'939	9'012'582
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'298'031	-49'671	-1'347'702
30-33	Bezahlte Leistungen	7'389'613	275'267	7'664'880
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	4'547	174	4'722
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	93'065	2'938	96'003
30-35	Brutto-Leistungen	7'487'225	278'380	7'765'606
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37	Risikoausgleich	3'000'051	133'209	3'133'260
3	Total Versicherungsaufwand	10'487'276	411'589	10'898'865
40-47	Verwaltungsaufwand	656'497	19'109	675'605
48	Abschreibungen	53'586	1'658	55'244
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	60'527	1'912	62'439
4	Total Betriebsaufwand	770'609	22'679	793'288
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	11'257'885	434'268	11'692'153
	Versicherungsbetriebsergebnis	5'210'918	33'399	5'244'317
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	134'535	3'852	138'386
	Gesamtbetriebsergebnis	5'345'453	37'251	5'382'704

Datenstand : 31.7.08

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [2.4]

T 1.06 Betriebsrechnung der Versicherungen ¹ mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers

2007

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61	Prämien	3'790'883'589	118'471'716	3'909'355'305
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-11'258'199	-375'430	-11'633'629
65	Andere Beitragsanteile	1'322'483	31'786	1'354'269
60-65	Brutto-Prämien	3'780'947'874	118'128'072	3'899'075'946
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-4'423'295	-129'969	-4'553'264
60-66	Eigene Versicherungsprämien	3'776'524'578	117'998'103	3'894'522'682
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	242'300'822	7'420'790	249'721'612
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-241'232'490	-7'365'674	-248'598'164
69	Sonstige Betriebserträge	16'602'916	456'284	17'059'200
6	Total Versicherungsertrag	3'794'195'826	118'509'504	3'912'705'330
31	Leistungen	3'171'818'211	109'438'074	3'281'256'285
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-597'729'263	-17'504'997	-615'234'260
30-33	Bezahlte Leistungen	2'574'088'948	91'933'077	2'666'022'025
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	18'526'030	290'392	18'816'422
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	157'439'785	5'857'945	163'297'730
30-35	Brutto-Leistungen	2'750'054'763	98'081'415	2'848'136'178
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-3'408'894	-121'307	-3'530'201
37	Risikoausgleich	556'344'561	12'237'795	568'582'356
3	Total Versicherungsaufwand	3'302'990'430	110'197'902	3'413'188'332
40-47	Verwaltungsaufwand	196'235'908	6'076'236	202'312'144
48	Abschreibungen	11'292'525	409'951	11'702'476
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	3'788'092	161'689	3'949'782
4	Total Betriebsaufwand	211'316'526	6'647'876	217'964'402
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	3'514'306'955	116'845'779	3'631'152'734
	Versicherungsbetriebsergebnis	279'888'871	1'663'725	281'552'596
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	47'664'166	1'558'152	49'222'319
	Gesamtbetriebsergebnis	327'553'037	3'221'877	330'774'915

Datenstand : 31.7.08

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [Summe 2.5 bis 2.7]

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

2007

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61.1	Prämien für Effektivkosten	78'086'992	1'902'989	79'989'981
61.2	Prämien für Pauschalkosten	4'428'586	205'168	4'633'754
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-328'082	-9'001	-337'083
65	Andere Beitragsanteile	41'080	1'698	42'778
60-65	Brutto-Prämien	82'228'576	2'100'855	84'329'430
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-34'251	-786	-35'037
60-66	Eigene Versicherungsprämien	82'194'325	2'100'068	84'294'393
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	1'227'210	38'248	1'265'458
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-1'307'366	-39'489	-1'346'855
69	Sonstige Betriebserträge	47'045	1'614	48'659
6	Total Versicherungsertrag	82'161'214	2'100'442	84'261'656
31.1	Leistungen (Effektivkosten)	55'215'892	868'872	56'084'764
31.2	Leistungen (Pauschalkosten)	4'221'413	116'273	4'337'687
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-4'053'665	-78'095	-4'131'760
30-33	Bezahlte Leistungen	55'383'641	907'050	56'290'691
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	61'069	1'005	62'075
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	6'275'642	-69'157	6'206'485
35.1	Rückstellungen für Pauschalkosten	373'710	803	374'513
30-35	Brutto-Leistungen	62'094'063	839'701	62'933'764
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-39'499	-405	-39'904
37	Risikoausgleich	12'036'798	230'695	12'267'493
3	Total Versicherungsaufwand	74'091'362	1'069'991	75'161'353
40-47	Verwaltungsaufwand	5'087'047	117'456	5'204'504
48	Abschreibungen	259'355	5'187	264'542
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	250'382	3'763	254'145
4	Total Betriebsaufwand	5'596'784	126'406	5'723'191
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	79'688'147	1'196'397	80'884'544
	Versicherungsbetriebsergebnis	2'473'068	904'045	3'377'112
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	522'132	14'998	537'129
	Gesamtbetriebsergebnis	2'995'199	919'042	3'914'241

Nur GrenzgängerInnen ²

	Leistungen (31.1 + 31.2)	-	-	34'488'720
	Kostenbeteiligung der Versicherten (32) (-)	-	-	-2'429'270
	Bezahlte Leistungen (30-33)	-	-	32'059'450

Datenstand : 31.7.08

1) Ohne Liechtenstein. Versichertenbestand : siehe T 11.13.

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

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

T 1.08 Gesamtbetriebsergebnis in Franken nach Versicherungsform ab 1997

2007

Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
1997	-876'459'686	838'256'173	-2'030'295	110'405'696	70'171'888
1998	-430'866'451	357'976'738	4'544'767	68'311'649	-33'297
1999	-927'498'708	825'438'408	3'614'253	49'059'277	-49'386'770
2000	-1'105'229'685	733'255'418	3'877'651	62'142'503	-305'954'113
2001	-1'433'346'588	618'037'014	2'472'338	23'119'861	-789'717'375
2002	-1'276'900'302	976'642'735	4'263'893	72'321'312	-223'672'363
2003	-1'199'959'344	1'406'688'223	4'842'490	188'158'568	399'729'936
2004	-1'391'640'712	1'634'981'206	5'236'325	265'564'837	514'141'656
2005	-1'649'416'138	1'546'156'469	5'085'262	269'599'081	171'424'674
2006	-1'546'989'479	1'652'478'712	4'831'759	380'628'960	490'949'952
2007	-1'647'720'676	1'490'223'135	5'382'704	330'774'915	178'660'077

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 1.03, 1.04, 1.05, 1.06

T 1.09 Gesamtbetriebsergebnis in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1997

2007

Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
1997	-215	306	-177	288	10
1998	-107	131	384	138	0
1999	-232	304	352	91	-7
2000	-282	266	395	108	-42
2001	-369	218	265	39	-108
2002	-335	328	483	130	-30
2003	-327	453	582	312	54
2004	-382	541	647	355	69
2005	-457	526	659	298	23
2006	-461	593	669	281	65
2007	-523	578	780	180	24

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 1.08 / T 11.05

T 1.10 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Franken nach Versicherungsform ab 1997

2007

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	In % des Versicherungs- und Betriebsaufwands	Versicherungs- und Betriebsaufwand
1997	500'889'187	356'202'290	947'002	35'169'957	893'208'437	7.2%	12'344'736'444
1998	457'365'467	348'237'805	775'330	48'566'196	854'944'797	6.6%	13'044'627'279
1999	466'630'422	332'810'614	653'141	54'148'946	854'243'123	6.4%	13'448'357'261
2000	463'039'687	338'664'059	692'132	60'882'478	863'278'357	6.1%	14'203'722'035
2001	473'405'802	367'784'679	749'931	66'915'939	908'856'352	6.1%	14'927'903'776
2002	472'860'051	381'940'534	686'255	68'086'548	923'573'389	5.9%	15'573'087'950
2003	470'970'298	408'594'784	692'369	68'876'407	949'133'859	5.7%	16'621'620'848
2004	484'897'853	415'930'593	723'109	85'829'196	987'380'752	5.6%	17'610'315'937
2005	499'701'727	398'938'241	733'379	99'764'106	999'137'453	5.4%	18'511'249'366
2006	508'338'112	413'420'689	822'420	155'371'559	1'077'952'781	5.7%	18'918'654'349
2007	481'020'986	375'935'870	730'849	214'014'620	1'071'702'326	5.4%	19'730'429'595

Datenstand : 31.7.08

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

T 1.11 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1997

2007

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1997	123	130	82	92	124	-7.2%
1998	114	128	66	98	118	-4.7%
1999	117	123	64	100	118	-0.3%
2000	118	123	71	105	119	1.0%
2001	122	130	80	112	124	4.5%
2002	124	128	78	122	125	1.1%
2003	128	132	83	114	128	2.3%
2004	133	138	89	115	133	3.7%
2005	139	136	95	110	134	0.7%
2006	151	148	114	115	144	7.2%
2007	153	146	106	116	141	-1.5%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 1.10 / T 11.05

T 1.12 Stand der Reserven per 31.12. ab 1997

2007

Jahr	Stand Reserven in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	Reserven ¹ pro versicherte Person in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	Reservequote ²
1997	2'992	4.8%	413	4.7%	24.8%
1998	2'986	-0.2%	412	-0.4%	23.5%
1999	3'077	3.1%	423	2.7%	23.6%
2000	2'832	-8.0%	390	-7.9%	21.1%
2001	2'103	-25.8%	288	-26.1%	15.0%
2002	1'966	-6.5%	268	-7.1%	12.8%
2003	2'394	21.8%	325	21.3%	14.2%
2004	2'968	24.0%	402	23.8%	16.5%
2005	3'184	7.3%	428	6.5%	17.2%
2006	3'749	17.7%	501	17.1%	19.4%
2007	3'970	5.9%	527	5.1%	20.2%

Datenstand : 31.7.08

1) Vgl. Tabelle 11.13A.

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

Quelle: T 8.10 [290 + 290.9]; T 11.13A; T 3.10

T 1.13 Stand der Rückstellungen per 31.12. für unerledigte Versicherungsfälle ab 1997

2007

Jahr	Stand Rückstellungen in Mio. Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	Stand Rückstellungen pro versicherte Person in Fr. ¹	Veränd. gegenüber Vorjahr	Rückstellungen in % der bezahlten Leistungen ²
1997	3'508	1.5%	485	1.5%	30.9%
1998	3'694	5.3%	510	5.2%	31.0%
1999	3'810	3.1%	524	2.8%	30.7%
2000	3'956	3.8%	545	3.9%	30.0%
2001	3'996	1.0%	547	0.5%	28.6%
2002	4'018	0.5%	547	-0.1%	27.5%
2003	4'264	6.1%	578	5.7%	27.8%
2004	4'488	5.2%	608	5.1%	27.5%
2005	4'710	5.0%	633	4.2%	27.1%
2006	4'990	5.9%	667	5.3%	28.4%
2007	5'234	4.9%	694	4.1%	28.4%

Datenstand : 31.7.08

1) Vgl. Tabelle 11.13A.

2) Vgl. Tabelle 2.20.

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

T 1.14 Kalkulatorische Reserven OKP¹ pro Kanton in % der Prämien ab 1997

Kanton	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ZH	23.0%	20.3%	19.1%	18.7%	16.1%	14.1%	21.5%	25.1%	28.3%	32.2%	34.1%
BE	20.6%	23.0%	24.8%	22.2%	16.8%	14.2%	14.6%	10.0%	4.6%	2.1%	-1.7%
LU	31.3%	31.5%	29.1%	23.9%	16.2%	14.8%	14.3%	12.8%	9.4%	10.7%	9.6%
UR	31.0%	39.1%	39.5%	36.0%	21.1%	21.6%	20.7%	21.0%	14.5%	9.1%	-2.2%
SZ	32.6%	40.1%	37.8%	33.5%	19.0%	16.6%	15.8%	15.2%	14.7%	13.7%	11.6%
OW	30.1%	31.7%	30.4%	25.4%	21.2%	18.2%	14.3%	12.8%	7.0%	2.6%	-9.0%
NW	34.1%	41.9%	44.4%	39.7%	33.3%	26.8%	24.0%	22.5%	19.9%	17.5%	9.9%
GL	19.2%	21.5%	17.1%	8.5%	-4.9%	-6.8%	-2.2%	-0.5%	-1.9%	0.2%	0.5%
ZG	34.0%	39.1%	36.2%	29.2%	14.3%	3.2%	3.1%	4.3%	5.9%	7.3%	6.7%
FR	30.7%	27.9%	25.0%	26.1%	21.8%	20.6%	23.3%	24.8%	24.2%	22.5%	20.4%
SO	28.6%	33.0%	30.9%	31.3%	30.3%	26.5%	22.7%	23.6%	19.5%	15.5%	12.2%
BS	32.2%	31.5%	31.1%	21.7%	11.9%	10.8%	14.4%	20.0%	21.0%	24.3%	25.1%
BL	25.9%	29.9%	28.1%	30.1%	18.9%	14.1%	15.4%	19.5%	20.4%	21.8%	22.3%
SH	16.9%	18.6%	8.1%	2.6%	-7.7%	-2.9%	1.0%	4.0%	5.2%	9.3%	11.7%
AR	19.6%	25.3%	21.6%	16.8%	10.1%	8.0%	4.5%	5.7%	4.4%	4.4%	1.6%
AI	29.2%	35.7%	28.6%	22.0%	13.5%	1.6%	-3.2%	-1.9%	-4.1%	-0.9%	3.4%
SG	23.3%	25.1%	22.0%	19.3%	15.7%	10.6%	5.9%	4.2%	3.4%	4.5%	4.1%
GR	28.7%	23.2%	29.6%	12.2%	5.2%	3.0%	7.3%	8.5%	11.2%	13.7%	11.6%
AG	23.4%	16.7%	11.2%	6.6%	1.5%	1.2%	5.3%	8.7%	9.6%	10.4%	11.1%
TG	13.2%	7.9%	5.4%	0.7%	-3.7%	-4.4%	-2.6%	5.8%	11.9%	18.6%	23.5%
TI	23.7%	26.8%	28.6%	25.6%	16.8%	10.9%	7.7%	12.4%	15.0%	20.5%	23.2%
VD	22.2%	25.9%	28.4%	29.2%	20.9%	22.3%	23.0%	26.5%	28.8%	34.0%	37.2%
VS	41.4%	47.2%	45.9%	41.6%	31.1%	22.0%	15.8%	16.9%	15.5%	13.1%	11.4%
NE	13.0%	8.0%	15.1%	6.5%	-1.2%	-3.3%	-5.6%	-7.1%	-1.0%	9.7%	18.2%
GE	25.7%	19.4%	19.4%	20.2%	14.3%	14.1%	19.6%	25.4%	29.5%	35.3%	42.1%
JU	18.9%	16.2%	10.1%	5.2%	0.9%	-1.3%	6.2%	11.2%	13.3%	20.3%	22.6%
CH effektiv	24.8%	23.5%	23.6%	21.1%	15.0%	12.8%	14.2%	16.5%	17.2%	19.4%	20.2%
CH gesetzlich²	17.2%	16.9%	17.2%	17.0%	16.9%	17.0%	17.1%	16.5%	16.2%	16.2%	14.4%

Datenstand: CH: 31.7.08 / Kantone : 3.10.08

Quelle : Kantone: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG / CH : T 5.01

1) Effektive Werte.

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

T 1.15 Kalkulatorische Reserven OKP pro Kanton in % der Prämien

2007

Kanton	effektiver Wert	minimaler gesetzlich vorgeschriebener Wert ¹	Unterschied effektiver Wert - minimaler gesetzlicher Wert in %	Unterschied effektiver Wert - minimaler gesetzlicher Wert in Fr. pro Versicherten
ZH	34.1%	14.1%	20.0%	519
BE	-1.7%	14.4%	-16.1%	-437
LU	9.6%	14.1%	-4.5%	-95
UR	-2.2%	13.8%	-16.0%	-308
SZ	11.6%	13.9%	-2.3%	-49
OW	-9.0%	13.7%	-22.7%	-428
NW	9.9%	13.6%	-3.7%	-68
GL	0.5%	14.7%	-14.2%	-310
ZG	6.7%	14.1%	-7.4%	-156
FR	20.4%	14.5%	5.9%	141
SO	12.2%	14.0%	-1.8%	-42
BS	25.1%	15.6%	9.5%	341
BL	22.3%	14.3%	8.0%	214
SH	11.7%	14.3%	-2.6%	-65
AR	1.6%	13.9%	-12.2%	-235
AI	3.4%	13.4%	-10.0%	-175
SG	4.1%	13.8%	-9.7%	-203
GR	11.6%	15.9%	-4.3%	-95
AG	11.1%	14.1%	-3.0%	-69
TG	23.5%	14.6%	9.0%	206
TI	23.2%	14.2%	9.0%	286
VD	37.2%	15.1%	22.1%	680
VS	11.4%	15.3%	-3.9%	-90
NE	18.2%	14.5%	3.7%	112
GE	42.1%	13.8%	28.3%	1'025
JU	22.6%	15.0%	7.6%	208
CH	20.2%	14.4%	5.8%	150

Datenstand: CH: 31.7.08 / Kantone : 3.10.08

Quelle : Kantone: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG / CH : STAT KV 04-07 & Aufsichtsdaten 1997-2003

1) Berechnete Werte für den Mindestsatz der Reserven

CH: siehe T 5.01 & T 5.02

Kantone: für einen Kanton z summiert man die Beträge "(Verhältnis des Prämienvolumens im Kanton z des Versicherers y / Prämienvolumen CH des Versicherers y) * gesetzliche Mindestreserve CH des Versicherers y" über sämtliche im Kanton z tätigen Versicherer. Den minimalen gesetzlichen Reservesatz für den Kanton z erhält man, indem man die oben berechnete Summe durch die Summe der Prämien aller im Kanton z tätigen Versicherer dividiert.

A2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP

2.01	Kostenbeteiligung der Versicherten in Fr. nach Versicherungsform ab 1997	72
2.02	Kostenbeteiligung je versicherte Person in Fr. nach Versicherungsform ab 1997	73
2.03	Kantonale bezahlte Leistungen pro Versicherten pro Jahr in Franken ab 1997	74
2.04	Bruttokosten nach Kantonen	75
2.05	Bruttokosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen	76
2.06	Bruttokosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht	77
2.07	Effektive Kosten nach Kantonen	78
2.08	Effektive Kosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen	79
2.09	Effektive Kosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht	80
2.10	Kostenbeteiligung pro Versicherten pro Jahr nach Kantonen	81
2.11	Kostenbeteiligung pro Versicherten pro Jahr nach Altersgruppen und Geschlecht	82
2.12	Effektive Kosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen und Altersgruppen	83
2.13	Kostenbeteiligung pro Versicherten pro Jahr nach Kantonen und Altersgruppen	84
2.14	Leistungen (brutto) nach Versicherungsform ab 1997	85
2.15	Leistungen (brutto) je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1997	86
2.16	Leistungen (brutto) nach Kostengruppen ab 1997	87
2.17	Leistungen (brutto) nach Kostengruppen	88
2.18	Leistungen (brutto) je versicherte Person nach Kostengruppen ab 1997	89
2.19	Leistungen (brutto) je versicherte Person nach Kostengruppen	90
2.20	Bezahlte Leistungen nach Versicherungsform ab 1997	91
2.21	Bezahlte Leistungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1997	92
2.22	Leistungen (brutto) in Fr. nach Versicherungsform	93
2.23	Leistungen (brutto) in Fr. je versicherte Person nach Versicherungsform	93

T 2.01 Kostenbeteiligung der Versicherten in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1997

2007

Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1997	880.0	850.7	1.7	45.6	1'778.0	5.9%
1998	1'013.9	981.7	1.3	100.3	2'097.2	18.0%
1999	1'011.4	1'055.6	0.8	122.2	2'189.9	4.4%
2000	1'054.5	1'090.7	1.3	141.6	2'288.0	4.5%
2001	1'083.5	1'158.4	1.3	157.0	2'400.2	4.9%
2002	1'089.8	1'244.2	1.3	167.6	2'502.8	4.3%
2003	1'079.9	1'341.5	1.2	165.9	2'588.5	3.4%
2004	1'255.5	1'341.3	1.4	234.2	2'832.3	9.4%
2005	1'328.0	1'371.8	1.4	293.7	2'995.0	5.7%
2006	1'275.3	1'332.0	1.2	430.1	3'038.7	1.5%
2007	1'254.9	1'283.6	1.3	615.2	3'155.1	3.8%

Datenstand : 31.7.08

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

2007

T 2.02 Kostenbeteiligung¹ je versicherte Person in Franken nach Versicherungsform ab 1997

Alle Versicherte ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1997	215	310	148	119	246	5.9%
1998	253	360	109	203	289	17.8%
1999	253	388	77	225	301	4.1%
2000	269	396	128	245	315	4.6%
2001	280	410	136	264	329	4.4%
2002	286	418	143	301	341	3.7%
2003	295	433	147	276	351	3.0%
2004	347	446	171	315	384	9.3%
2005	369	468	182	325	403	5.0%
2006	381	480	174	318	406	0.9%
2007	401	500	196	336	419	3.0%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 2.01 / T 11.01 & T 11.05

Zusätzliche Angaben: nach Altersgruppe

Kinder (0-18 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1997	52	149	-	36	64	-
1998	55	163	32	44	68	6.3%
1999	56	166	38	47	69	1.1%
2000	58	178	33	50	72	5.0%
2001	62	182	41	52	75	4.4%
2002	62	182	41	56	75	0.0%
2003	65	182	41	58	77	3.0%
2004	68	184	41	64	81	4.4%
2005	74	202	42	70	88	8.9%
2006	76	209	39	72	90	1.8%
2007	77	202	56	98	93	3.6%

Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1996	-	-	-	-	-	-
1997	169	205	140	124	181	-
1998	207	241	126	172	221	21.8%
1999	214	264	129	192	234	6.0%
2000	221	274	119	199	241	3.2%
2001	230	287	-	212	252	4.5%
2002	237	287	-	231	259	2.6%
2003	244	297	-	231	267	3.3%
2004	275	312	-	258	290	8.4%
2005	299	320	185	255	303	4.4%
2006	300	324	170	265	304	0.5%
2007	294	318	191	326	310	1.8%

Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1997	310	334	142	190	315	-
1998	355	400	115	275	370	17.2%
1999	372	413	128	302	385	4.2%
2000	393	434	105	322	406	5.4%
2001	410	452	134	334	423	4.2%
2002	421	460	149	358	435	2.8%
2003	438	468	148	343	445	2.5%
2004	503	487	188	395	486	9.1%
2005	531	503	192	405	505	4.0%
2006	540	510	187	419	510	1.0%
2007	537	515	214	509	522	2.4%

Datenstand : siehe Beilage I

Quelle: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG ; Abdeckungsgrad der Erhebung : siehe Beilage I]

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

2) Schätzung des mittleren Versichertenbestandes (ausgenommen Spalte Total) aufgrund der Aufteilung der Versicherten per 31.12 in T 11.05

T 2.03 Kantonale bezahlte Leistungen ¹ pro Versicherten pro Jahr in Franken ab 1997

2007

Kanton	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ZH	1'575	1'712	1'767	1'854	1'946	1'998	2'041	2'205	2'263	2'280	2'381
BE	1'405	1'556	1'638	1'832	1'887	1'966	2'126	2'366	2'495	2'565	2'663
LU	1'185	1'247	1'320	1'425	1'530	1'580	1'687	1'800	1'961	1'926	2'026
UR	1'223	1'226	1'305	1'419	1'570	1'489	1'622	1'668	1'855	1'860	1'991
SZ	1'225	1'220	1'329	1'434	1'591	1'579	1'700	1'791	1'891	1'939	2'027
OW	1'181	1'264	1'290	1'397	1'432	1'455	1'568	1'619	1'745	1'794	1'937
NW	1'091	1'129	1'208	1'351	1'381	1'410	1'527	1'556	1'650	1'706	1'862
GL	1'304	1'340	1'481	1'589	1'657	1'720	1'748	1'866	1'970	1'960	2'032
ZG	1'160	1'230	1'291	1'396	1'564	1'652	1'696	1'773	1'867	1'886	2'019
FR	1'676	1'575	1'642	1'704	1'823	1'920	1'947	2'009	2'140	2'205	2'286
SO	1'324	1'482	1'548	1'646	1'724	1'839	2'005	2'081	2'190	2'260	2'381
BS	2'231	2'343	2'423	2'586	2'736	2'756	2'805	2'883	3'142	3'162	3'291
BL	1'605	1'649	1'770	1'894	2'012	2'085	2'167	2'197	2'359	2'387	2'508
SH	1'458	1'534	1'736	1'831	1'926	1'971	2'049	2'120	2'205	2'203	2'301
AR	1'156	1'201	1'317	1'421	1'480	1'519	1'649	1'698	1'774	1'776	1'869
AI	978	980	1'111	1'222	1'304	1'422	1'474	1'465	1'572	1'525	1'561
SG	1'221	1'269	1'372	1'447	1'519	1'603	1'748	1'829	1'892	1'899	1'993
GR	1'242	1'274	1'397	1'554	1'573	1'597	1'799	1'866	1'943	1'999	2'141
AG	1'261	1'368	1'484	1'600	1'689	1'760	1'854	1'912	2'044	2'097	2'167
TG	1'447	1'490	1'563	1'631	1'694	1'827	1'915	1'907	1'972	1'962	2'070
TI	1'955	1'985	2'048	2'244	2'359	2'511	2'652	2'633	2'810	2'816	2'892
VD	2'045	2'059	2'097	2'269	2'423	2'480	2'576	2'616	2'740	2'732	2'777
VS	1'416	1'392	1'477	1'625	1'716	1'795	1'906	1'912	2'033	2'087	2'216
NE	1'793	2'003	1'860	2'231	2'346	2'371	2'464	2'659	2'679	2'569	2'577
GE	2'354	2'570	2'550	2'672	2'916	3'016	2'872	2'998	3'227	3'181	3'238
JU	1'744	1'826	2'011	2'030	2'178	2'254	2'092	2'254	2'462	2'363	2'450
CH	1'557	1'648	1'717	1'847	1'947	2'014	2'109	2'212	2'330	2'351	2'442

Datenstand : siehe Beilage I

Quelle : DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG ; Abdeckungsgrad der Erhebung : siehe Beilage I]

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen.

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

T 2.04 Bruttokosten ¹ in Fr. nach Kantonen

2007

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	Veränd. gegenüber Vorjahr
ZH	226'648'572	1'377'985'542	2'029'177'697	3'407'163'239	3'633'811'811	5.3%
BE	144'166'653	1'164'952'511	1'664'097'015	2'829'049'526	2'973'216'179	4.9%
LU	51'140'787	335'460'865	477'470'963	812'931'828	864'072'615	6.0%
UR	5'312'404	33'929'628	43'995'656	77'925'284	83'237'688	7.3%
SZ	24'926'347	132'679'325	178'380'641	311'059'966	335'986'313	5.7%
OW	5'420'814	30'371'171	43'289'363	73'660'534	79'081'348	9.1%
NW	5'363'162	34'878'452	47'181'008	82'059'460	87'422'622	8.7%
GL	6'772'038	35'794'281	49'235'518	85'029'799	91'801'837	2.3%
ZG	16'443'873	96'546'873	142'560'092	239'106'965	255'550'838	8.0%
FR	50'637'187	268'299'909	382'089'934	650'389'843	701'027'030	5.2%
SO	41'881'166	278'938'077	374'915'852	653'853'929	695'735'095	5.4%
BS	34'948'644	263'167'117	414'512'640	677'679'757	712'628'401	3.8%
BL	50'873'583	312'260'066	444'031'917	756'291'983	807'165'566	5.5%
SH	10'933'502	76'170'780	116'783'649	192'954'429	203'887'931	4.3%
AR	7'524'687	45'662'187	63'429'705	109'091'892	116'616'579	5.2%
AI	2'370'544	11'734'371	14'466'364	26'200'735	28'571'279	2.2%
SG	77'221'361	422'304'856	593'798'118	1'016'102'974	1'093'324'335	4.3%
GR	30'667'658	185'314'535	266'324'123	451'638'658	482'306'316	7.1%
AG	99'758'321	583'145'562	798'539'632	1'381'685'194	1'481'443'515	4.2%
TG	41'104'621	227'566'150	311'155'345	538'721'495	579'826'116	5.9%
TI	54'336'843	421'746'505	595'272'330	1'017'018'835	1'071'355'678	3.1%
VD	153'649'713	784'495'001	1'194'649'524	1'979'144'525	2'132'794'238	2.8%
VS	48'386'390	309'357'294	422'227'345	731'584'639	779'971'029	4.8%
NE	29'994'248	187'324'111	286'501'809	473'825'920	503'820'168	-0.2%
GE	110'026'395	543'728'369	854'687'752	1'398'416'121	1'508'442'516	1.7%
JU	13'516'204	81'005'266	112'257'586	193'262'852	206'779'056	5.3%
CH	1'344'025'717	8'244'818'804	11'921'031'578	20'165'850'382	21'509'876'099	4.4%

Datenstand: 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

T 2.05 Bruttokosten ¹ in Fr. pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen

2007

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	Veränd. gegenüber Vorjahr
ZH	78	224	312	270	234	4.6%
BE	66	261	343	304	259	5.2%
LU	56	201	271	237	199	5.4%
UR	60	206	264	235	198	7.9%
SZ	70	198	272	235	200	4.7%
OW	60	188	268	228	192	8.3%
NW	57	182	248	215	183	8.3%
GL	73	199	265	233	200	2.8%
ZG	64	186	275	231	198	6.9%
FR	70	225	311	268	223	4.1%
SO	71	237	302	270	231	5.3%
BS	104	313	431	376	333	4.2%
BL	85	247	329	289	251	5.3%
SH	64	214	308	262	225	4.1%
AR	56	185	247	217	183	5.2%
AI	54	165	210	187	155	1.8%
SG	65	196	265	231	196	4.1%
GR	71	199	279	239	208	7.3%
AG	70	212	283	248	212	3.5%
TG	66	205	274	240	202	5.1%
TI	79	283	357	322	279	2.7%
VD	90	267	370	321	271	2.4%
VS	66	219	287	254	216	3.9%
NE	70	246	342	297	249	0.3%
GE	105	300	421	364	309	1.4%
JU	73	258	334	297	248	5.4%
CH	75	236	320	279	238	4.0%

Datenstand: 3.7.08

Quelle: T 2.04 / T 11.16

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

T 2.06 Bruttokosten¹ in Fr. pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht

2007

Altersgruppen	Männlich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Weiblich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
0 - 18	76	5.9%	73	6.1%	75	6.0%
19 - 25	73	0.0%	124	1.5%	98	1.1%
26 - 30	79	-0.6%	174	1.3%	126	0.6%
31 - 35	94	0.7%	204	2.7%	149	2.1%
36 - 40	112	1.4%	194	3.8%	153	2.9%
41 - 45	134	1.7%	193	3.6%	163	2.8%
46 - 50	165	1.7%	218	1.7%	191	1.8%
51 - 55	213	2.3%	262	4.2%	237	3.3%
56 - 60	275	2.0%	299	1.7%	287	1.9%
61 - 65	359	4.9%	361	3.5%	360	4.2%
66 - 70	446	4.1%	428	3.8%	436	3.9%
71 - 75	558	3.9%	528	4.3%	541	4.1%
76 - 80	672	3.9%	647	3.8%	658	3.9%
81 - 85	789	4.3%	823	3.3%	810	3.6%
86 - 90	940	2.9%	1'081	2.5%	1'035	2.6%
> 90	1'209	2.6%	1'506	2.9%	1'431	2.8%
Total	202	4.2%	273	3.9%	238	4.0%

Datenstand: 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

T 2.07 Effektive Kosten ¹ in Fr. nach Kantonen

2007

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	Veränd. gegenüber Vorjahr
ZH	204'304'187	1'152'431'654	1'723'333'872	2'875'765'526	3'080'069'713	5.4%
BE	129'431'256	996'587'965	1'436'161'130	2'432'749'095	2'562'180'351	5.1%
LU	45'565'037	282'595'391	407'973'436	690'568'827	736'133'864	6.1%
UR	4'693'891	28'226'174	37'115'748	65'341'922	70'035'813	7.1%
SZ	22'380'243	109'289'110	150'209'485	259'498'595	281'878'838	5.8%
OW	4'874'357	25'177'388	36'834'096	62'011'484	66'885'841	9.5%
NW	4'794'032	28'923'732	39'700'586	68'624'318	73'418'350	9.2%
GL	6'106'052	29'782'962	41'416'022	71'198'984	77'305'036	3.0%
ZG	14'798'510	79'657'157	120'834'138	200'491'295	215'289'805	8.5%
FR	45'348'173	225'054'678	324'969'892	550'024'570	595'372'743	5.3%
SO	37'773'452	235'893'576	318'665'909	554'559'485	592'332'937	5.6%
BS	31'617'391	227'629'151	362'515'405	590'144'556	621'761'947	4.0%
BL	45'551'048	259'880'211	375'163'120	635'043'331	680'594'379	5.6%
SH	9'847'289	63'566'477	99'256'810	162'823'287	172'670'576	4.5%
AR	6'775'652	37'914'172	53'178'542	91'092'714	97'868'366	5.5%
AI	2'150'170	9'638'449	12'020'914	21'659'363	23'809'533	1.7%
SG	69'381'578	350'264'741	500'642'978	850'907'719	920'289'297	5.1%
GR	27'800'051	155'500'445	227'627'163	383'127'608	410'927'659	8.3%
AG	90'172'307	489'053'631	677'042'190	1'166'095'821	1'256'268'128	4.3%
TG	36'907'028	190'339'788	262'661'335	453'001'123	489'908'151	6.1%
TI	48'114'937	360'220'897	510'779'647	871'000'544	919'115'481	3.4%
VD	134'936'668	666'034'764	1'025'676'801	1'691'711'565	1'826'648'233	2.8%
VS	43'250'200	262'195'166	359'545'502	621'740'668	664'990'868	5.0%
NE	26'614'732	160'563'739	247'976'130	408'539'869	435'154'601	-0.3%
GE	98'653'236	467'736'989	742'098'362	1'209'835'351	1'308'488'587	1.8%
JU	11'976'102	68'912'037	96'382'816	165'294'853	177'270'955	5.6%
CH	1'203'817'579	6'963'070'444	10'189'782'029	17'152'852'473	18'356'670'052	4.6%

Datenstand: 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

T 2.08 Effektive Kosten ¹ in Fr. pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen

2007

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene
ZH	71	188	265	228	198
BE	59	223	296	261	223
LU	50	169	232	201	169
UR	53	171	222	197	167
SZ	63	163	229	196	168
OW	54	156	228	192	162
NW	51	151	209	179	154
GL	66	166	223	195	169
ZG	58	154	233	193	166
FR	63	188	264	227	189
SO	64	200	257	229	197
BS	94	270	377	327	290
BL	76	206	278	243	212
SH	58	178	261	221	191
AR	50	154	207	181	153
AI	49	135	174	154	129
SG	58	163	223	194	165
GR	64	167	239	203	177
AG	63	178	240	209	180
TG	59	171	231	202	171
TI	70	242	307	276	239
VD	79	227	317	274	232
VS	59	186	244	216	184
NE	62	211	296	256	215
GE	95	258	366	315	268
JU	65	220	287	254	213
CH	67	199	274	238	203

Datenstand: 3.7.08

Quelle: T 2.07 / T 11.16

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

T 2.09 Effektive Kosten ¹ in Fr. pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht

2007

Altersgruppen	Männlich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Weiblich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
0 - 18	68	6.1%	65	6.4%	67	6.2%
19 - 25	52	-0.1%	93	1.3%	73	1.0%
26 - 30	58	-0.6%	138	1.2%	98	0.6%
31 - 35	70	0.0%	165	2.6%	117	1.8%
36 - 40	85	0.8%	154	3.7%	119	2.6%
41 - 45	105	1.4%	152	3.6%	128	2.7%
46 - 50	132	1.6%	175	1.5%	153	1.6%
51 - 55	174	2.2%	216	4.5%	195	3.5%
56 - 60	231	1.9%	250	1.7%	240	1.8%
61 - 65	308	5.2%	308	3.8%	308	4.5%
66 - 70	390	4.2%	372	4.0%	381	4.1%
71 - 75	497	4.1%	468	4.6%	481	4.4%
76 - 80	607	4.1%	583	4.0%	593	4.1%
81 - 85	718	4.6%	752	3.5%	739	3.8%
86 - 90	863	3.0%	1'002	2.6%	957	2.7%
> 90	1'122	2.7%	1'417	3.1%	1'343	2.9%
Total	172	4.4%	234	4.1%	203	4.2%

Datenstand: 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

T 2.10 Kostenbeteiligung ¹ pro Versicherten pro Jahr in Fr. nach Kantonen

2007

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene
ZH	93	441	565	505	428
BE	81	453	563	510	429
LU	73	380	474	428	353
UR	84	415	495	455	377
SZ	86	419	516	467	387
OW	73	386	480	433	355
NW	72	372	472	422	352
GL	86	402	505	454	380
ZG	77	391	503	447	373
FR	88	435	557	497	403
SO	84	439	544	493	413
BS	119	506	649	582	509
BL	107	497	612	557	473
SH	77	424	554	491	413
AR	67	377	479	429	352
AI	60	353	426	388	310
SG	79	402	498	451	371
GR	79	383	487	436	369
AG	81	411	517	465	386
TG	81	402	513	458	376
TI	108	495	609	555	475
VD	132	484	627	559	467
VS	84	401	511	457	382
NE	95	422	552	490	407
GE	131	503	666	589	491
JU	100	462	567	517	425
CH	93	440	558	501	419

Datenstand: 3.7.08

Quelle: T 2.05 - T 2.08

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

2007

T 2.11 Kostenbeteiligung¹ in Fr. pro Versicherten pro Jahr nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppen	Männlich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Weiblich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
0 - 18	95	3.9%	92	3.7%	93	3.8%
19 - 25	247	0.5%	369	2.0%	308	1.5%
26 - 30	253	-0.5%	427	1.7%	340	0.8%
31 - 35	291	2.5%	476	3.0%	384	2.8%
36 - 40	324	3.3%	479	4.3%	402	3.9%
41 - 45	353	2.9%	484	3.5%	418	3.2%
46 - 50	396	2.3%	512	2.5%	453	2.5%
51 - 55	460	2.8%	557	2.6%	508	2.6%
56 - 60	531	2.7%	584	1.7%	558	2.1%
61 - 65	611	3.3%	629	1.8%	620	2.5%
66 - 70	673	3.1%	670	2.3%	671	2.7%
71 - 75	730	2.4%	718	2.0%	723	2.2%
76 - 80	786	2.1%	778	1.7%	781	1.9%
81 - 85	848	1.5%	851	1.1%	850	1.3%
86 - 90	923	1.3%	942	0.9%	936	1.1%
> 90	1'043	1.3%	1'067	0.8%	1'061	0.9%
Total	368	3.2%	469	2.8%	419	3.0%

Datenstand: 3.7.08

Quelle: T 2.06 - T 2.09

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen

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

2007

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	71	76	243	198	4.7%
BE	59	77	282	223	5.4%
LU	50	59	220	169	5.5%
UR	53	54	215	167	7.8%
SZ	63	67	212	168	4.8%
OW	54	56	211	162	8.7%
NW	51	55	194	154	8.9%
GL	66	77	211	169	3.5%
ZG	58	71	206	166	7.4%
FR	63	78	246	189	4.2%
SO	64	68	249	197	5.5%
BS	94	94	349	290	4.5%
BL	76	79	260	212	5.4%
SH	58	65	240	191	4.3%
AR	50	49	197	153	5.6%
AI	49	41	172	129	1.4%
SG	58	60	212	165	4.9%
GR	64	60	222	177	8.4%
AG	63	71	226	180	3.5%
TG	59	65	220	171	5.3%
TI	70	68	295	239	3.0%
VD	79	82	296	232	2.4%
VS	59	63	235	184	4.2%
NE	62	68	277	215	0.2%
GE	95	102	337	268	1.5%
JU	65	64	278	213	5.7%
CH	67	73	257	203	4.2%

Datenstand: 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

2007

T 2.13 Kostenbeteiligung ¹ pro Versicherten pro Jahr nach Kantonen und Altersgruppen

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	93	314	525	428	4.0%
BE	81	300	534	429	4.0%
LU	73	264	449	353	4.8%
UR	84	293	476	377	8.8%
SZ	86	310	487	387	4.2%
OW	73	263	456	355	6.3%
NW	72	259	440	352	5.6%
GL	86	286	477	380	-0.9%
ZG	77	295	463	373	4.3%
FR	88	319	519	403	3.5%
SO	84	296	517	413	4.0%
BS	119	359	604	509	2.4%
BL	107	347	579	473	4.8%
SH	77	296	515	413	2.9%
AR	67	257	451	352	3.3%
AI	60	231	412	310	4.1%
SG	79	286	474	371	-0.1%
GR	79	260	459	369	1.0%
AG	81	295	485	386	3.2%
TG	81	289	480	376	4.1%
TI	108	347	574	475	1.1%
VD	132	352	582	467	2.4%
VS	84	273	480	382	2.4%
NE	95	287	513	407	0.5%
GE	131	378	611	491	0.7%
JU	100	314	541	425	3.5%
CH	93	308	523	419	3.0%

Datenstand: 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen

T 2.14 Leistungen (brutto) in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1997

2007

Jahr ¹	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränk- te Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1997	8'010.3	4'715.1	15.3	397.8	13'138.5	5.5%
1998	8'034.9	5'294.5	7.7	687.0	14'024.1	6.7%
1999	8'789.1	4'984.8	7.3	839.4	14'620.5	4.3%
2000	9'137.2	5'390.9	7.5	942.7	15'478.3	5.9%
2001	9'659.8	5'684.1	8.4	1'034.2	16'386.5	5.9%
2002	9'980.5	6'029.9	8.0	1'077.2	17'095.6	4.3%
2003	10'400.4	6'474.1	8.3	1'041.3	17'924.1	4.8%
2004	11'244.1	6'631.1	8.7	1'255.9	19'139.8	6.8%
2005	12'276.4	6'478.0	9.1	1'584.2	20'347.7	6.3%
2006	12'157.6	6'151.4	8.9	2'284.8	20'602.6	1.3%
2007	12'229.9	6'058.5	9.0	3'281.3	21'578.7	4.7%

Datenstand : 31.7.08

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: T 2.22

T 2.15 Leistungen (brutto) in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1997

2007

Alle Versicherte ¹	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1997	1'956	1'718	1'327	1'035	1'816	5.4%
1998	2'001	1'942	652	1'391	1'935	6.6%
1999	2'197	1'835	709	1'548	2'011	3.9%
2000	2'331	1'955	768	1'632	2'130	5.9%
2001	2'495	2'011	898	1'740	2'244	5.3%
2002	2'623	2'027	903	1'938	2'328	3.7%
2003	2'839	2'089	999	1'730	2'431	4.5%
2004	3'105	2'203	1'076	1'688	2'592	6.6%
2005	3'415	2'211	1'185	1'754	2'736	5.6%
2006	3'637	2'215	1'231	1'690	2'755	0.7%
2007	3'904	2'361	1'312	1'792	2'863	3.9%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 2.23

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe

Kinder (0-18 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1997	597	528	-	366	578	-
1998	638	590	395	454	620	7.2%
1999	652	605	400	489	635	2.5%
2000	688	651	361	506	670	5.5%
2001	723	675	494	533	702	4.8%
2002	736	675	456	569	716	1.9%
2003	769	671	485	575	742	3.7%
2004	816	675	457	616	782	5.5%
2005	890	686	446	640	842	7.7%
2006	933	697	645	866	900	6.8%
2007	934	690	661	893	903	0.4%

Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1997	998	765	-	527	892	-
1998	1'081	834	589	613	941	5.6%
1999	1'071	901	625	680	971	3.2%
2000	1'138	948	615	743	1'029	5.9%
2001	1'216	948	-	787	1'073	4.3%
2002	1'293	921	-	822	1'091	1.7%
2003	1'392	911	-	816	1'121	2.8%
2004	1'449	940	-	864	1'166	4.1%
2005	1'562	904	900	835	1'193	2.3%
2006	1'584	832	703	980	1'185	-0.6%
2007	1'578	826	725	1'041	1'191	0.5%

Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1997	2'864	1'824	-	1'189	2'290	-
1998	2'957	2'083	697	1'575	2'462	7.5%
1999	3'163	2'090	756	1'768	2'570	4.4%
2000	3'445	2'223	681	1'913	2'754	7.2%
2001	3'703	2'297	876	1'997	2'898	5.2%
2002	3'932	2'323	908	2'059	2'995	3.3%
2003	4'285	2'358	998	1'932	3'118	4.1%
2004	4'497	2'485	1'161	2'082	3'296	5.7%
2005	4'863	2'462	1'216	2'151	3'457	4.9%
2006	5'211	2'483	1'347	2'578	3'589	3.8%
2007	5'207	2'489	1'374	2'669	3'601	0.3%

Datenstand : siehe Beilage I

Quelle: T 2.02 & T 2.21 ; DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG ; Abdeckungsgrad der Erhebung : siehe Beilage I]

1) Schätzung des mittleren Versichertenbestandes (ausgenommen Spalte Total) aufgrund der Aufteilung der Versicherten per 31.12 in T 11.05

2007

T 2.16 Leistungen (brutto) in Mio. Franken nach Kostengruppen ab 1997

Jahr. ²	Ambulante Behandlung ¹	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Arzt (ambulant)	davon Spital (ambulant)	davon Medika (Arzt)	davon Medika (Apotheke)	davon Spitzex	davon Physiotherapie	davon Labor	davon Chiropraktik	davon Mittel und Gegenstände	davon Betriebsbeiträge an HMO's	davon Komplementärmedizin
1997	8'736	6.3%	-	-	-	-	-	-	-	56	-	-	-
1998	9'333	6.8%	3'748	1'303	934	1'788	224	418	398	56	104	87	-
1999	9'827	5.3%	3'765	1'485	1'032	1'873	235	437	414	61	125	88	-
2000	10'543	7.3%	3'846	1'666	1'143	2'098	253	447	443	62	180	115	-
2001	11'308	7.3%	4'012	1'926	1'271	2'242	270	480	463	65	173	106	20
2002	11'865	4.9%	4'109	1'972	1'261	2'525	290	506	486	65	203	113	22
2003	12'287	3.6%	4'172	2'141	1'348	2'602	320	491	480	65	215	113	30
2004	12'931	5.2%	4'378	2'192	1'399	2'750	365	505	591	68	260	79	26
2005	13'897	7.5%	4'527	2'671	1'472	2'821	388	532	665	69	298	53	24
2006	14'031	1.0%	4'631	2'645	1'472	2'827	417	539	626	68	336	62	12
2007	14'676	4.6%	4'836	2'825	1'519	2'888	456	554	633	71	374	64	10
Jahresdurchschnittliche Veränderung 1998-2007	5.2%	-	2.9%	9.0%	5.6%	5.5%	8.2%	3.2%	5.3%	2.6%	15.2%	-3.4%	-

Jahr. ²	«Intra-muros» Behandlung ¹	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Spital (stationär)	davon Pflegeheim	Total Leistungen	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1997	4'403	3.7%	-	-	-	13'138	5.5%
1998	4'691	6.6%	3'570	1'092	1'092	14'024	6.7%
1999	4'794	2.2%	3'611	1'170	1'170	14'621	4.3%
2000	4'936	3.0%	3'696	1'215	1'215	15'478	5.9%
2001	5'078	2.9%	3'798	1'258	1'258	16'386	5.9%
2002	5'231	3.0%	3'784	1'392	1'392	17'096	4.3%
2003	5'637	7.8%	4'112	1'478	1'478	17'924	4.8%
2004	6'209	10.1%	4'569	1'573	1'573	19'140	6.8%
2005	6'451	3.9%	4'803	1'587	1'587	20'348	6.3%
2007	6'903	5.0%	5'137	1'707	1'707	21'579	4.7%
Jahresdurchschnittliche Veränderung 1998-2007	4.4%	-	4.1%	5.1%	5.1%	4.9%	-

Datenstand : 31.7.08

1) Als «Intra-muros» Behandlung gelten die Kategorien "Spital stationär", "Pflegeheime" und "übrige Leistungen stationär"; als ambulante Kosten gelten alle übrigen Kategorien.

2) Werte 1997 teilweise geschätzt, Werte 1999 mit Datenstand Oktober 2001 revidiert.

Quelle : T 2.17

2007

T 2.17 Leistungen (brutto) in Franken nach Kostengruppen

Kostengruppen	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr in 1000 Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr in %
Arzt ambulant	1'645'758'196	2'659'646'133	530'330'661	4'835'734'990	22.4%	204'305	4.4%
Spital stationär ²	2'212'065'402	2'696'276'862	228'805'970	5'137'148'234	23.8%	244'063	5.0%
Spital ambulant	1'185'764'692	1'397'561'263	241'361'392	2'824'687'347	13.1%	179'697	6.8%
Medikamente Arzt	627'203'345	815'168'029	76'523'681	1'518'895'055	7.0%	46'529	3.2%
Medikamente Apotheke	1'210'352'136	1'577'865'000	99'477'349	2'887'694'485	13.4%	60'777	2.1%
Pflegeheim ²	439'436'669	1'266'776'713	334'843	1'706'548'226	7.9%	79'429	4.9%
Spitex	148'690'203	305'554'032	1'864'778	456'109'013	2.1%	39'297	9.4%
Physiotherapie	183'123'724	342'920'182	27'883'494	553'927'400	2.6%	14'518	2.7%
Labor	212'081'976	381'773'972	39'186'256	633'042'204	2.9%	7'442	1.2%
Chiropraktik	26'738'811	41'200'499	3'289'284	71'228'594	0.3%	2'811	4.1%
Mittel und Gegenstände	170'091'238	176'505'080	27'207'420	373'803'738	1.7%	37'429	11.1%
Betriebsbeiträge an HMO's ¹	23'415'783	37'126'923	3'578'091	64'120'797	0.3%	2'354	3.8%
Komplementärmedizin	2'533'304	6'872'926	389'488	9'795'718	0.0%	-1'973	-16.8%
Übrige Leistungen ambulant	156'094'597	221'721'839	68'835'266	446'651'703	2.1%	51'732	13.1%
Übrige Leistungen stationär ²	27'684'955	26'747'501	4'868'905	59'301'361	0.3%	7'652	14.8%
Leistungen Total	8'271'035'031	11'953'716'957	1'353'936'878	21'578'688'866	100.0%	976'062	4.7%
davon Leistungen Mutterschaft	-	500'808'470	2'544'019	503'352'489	2.3%	22'998	4.8%
davon Medikamente Spital ambulant ³	191'324'051	198'690'212	7'588'336	397'602'599	1.8%	51'309	14.8%

Datenstand : 31.7.08

- 1) Sofern keine Aufteilung nach den anderen aufgeführten Kostengruppen möglich ist.
- 2) Intra-muros Behandlung; andere Gruppen = ambulante Behandlung.
- 3) Kategorie "Medikamente Spital ambulant": gehört zur Kategorie "Spital ambulant".

Quelle: Formular EF3 [T 3.6]

T 2.18 Leistungen (brutto) in Franken je versicherte Person nach Kostengruppen ab 1997 ^{1,2} 2007

Jahr	Ambulante Behandlung	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Arzt (ambulant)	davon Spital (ambulant)	davon Medikamente (Arzt)	davon Medikamente (Apotheke)	davon Spitez	davon Physiotherapie	davon Labor	davon Chiropraktik	davon Mittel und Gegenstände	davon Be- triebsbeiträge an HMO's	davon Kom- plementär- medizin
1997	1'207	6.3%	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-
1998	1'288	6.7%	517	180	129	247	31	58	55	8	14	12	-
1999	1'352	4.9%	518	204	142	258	32	60	57	8	17	12	-
2000	1'451	7.4%	529	229	157	289	35	61	61	9	25	16	-
2001	1'549	6.7%	549	264	174	307	37	66	63	9	24	15	3
2002	1'615	4.3%	559	269	172	344	39	69	66	9	28	15	3
2003	1'667	3.2%	566	290	183	353	43	67	65	9	29	15	4
2004	1'751	5.1%	593	297	189	372	49	68	80	9	35	11	3
2005	1'869	6.7%	609	359	198	379	52	72	89	9	40	7	3
2006	1'876	0.4%	619	354	197	378	56	72	84	9	45	8	2
2007	1'947	3.8%	642	375	202	383	61	73	84	9	50	9	1
Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1998-2007	4.7%	-	2.4%	8.5%	5.1%	5.0%	7.8%	2.7%	4.8%	2.2%	14.7%	-3.8%	-

Jahr	«Intra-muros» Behandlung	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Pflegeheim	Total Leistungen	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1997	608	3.7%	-	-	1'816	5.4%
1998	647	6.4%	493	151	1'935	6.6%
1999	659	1.8%	497	161	2'011	3.9%
2000	679	3.0%	509	167	2'131	5.9%
2001	696	2.4%	520	172	2'244	5.3%
2002	712	2.4%	515	190	2'328	3.7%
2003	765	7.4%	558	200	2'431	4.5%
2004	841	10.0%	619	213	2'592	6.6%
2005	868	3.2%	646	213	2'736	5.6%
2006	879	1.3%	654	218	2'755	0.7%
2007	916	4.2%	682	226	2'863	3.9%
Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1998-2007	3.9%	-	3.7%	4.6%	4.4%	-

Datenstand : 31.7.08

1) Vgl. Fussnoten 1), 2) und 3), von Tabelle 2.16.

2) Werte neu berechnet anhand der mittleren Versichertenbestände vom 1997 bis 2005.

Quelle: T. 2.16 / 11.01

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

2007

Kostengruppen	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr in %
Arzt ambulant	563	857	351	642	22.4%	22	3.6%
Spital stationär ²	757	868	151	682	23.8%	27	4.2%
Spital ambulant	406	450	160	375	13.1%	21	6.0%
Medikamente Arzt	215	263	51	202	7.0%	5	2.4%
Medikamente Apotheke	414	508	66	383	13.4%	5	1.3%
Pflegeheim ²	150	408	0	226	7.9%	9	4.1%
Spitex	51	98	1	61	2.1%	5	8.6%
Physiotherapie	63	110	18	73	2.6%	1	1.9%
Labor	73	123	26	84	2.9%	0	0.4%
Chiropraktik	9	13	2	9	0.3%	0	3.3%
Mittel und Gegenstände	58	57	18	50	1.7%	5	10.2%
Betriebsbeiträge an HMO's ¹	8	12	2	9	0.3%	0	3.0%
Komplementärmedizin	1	2	0	1	0.0%	0	-17.2%
Übrige Leistungen ambulant	53	71	46	59	2.1%	6	12.2%
Übrige Leistungen stationär ²	9	9	3	8	0.3%	1	13.9%
Leistungen Total	2'830	3'850	896	2'863	100.0%	108	3.9%

<i>davon Leistungen Mutterschaft</i>	-	161	2	-	-	-	-
<i>davon Medikamente Spital ambulant³</i>	0	64	5	53	1.8%	6	13.9%

Datenstand : 31.7.08

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

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

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

Quelle: T 2.17 / T 11.01

T 2.20 Bezahlte Leistungen ¹ in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1997

2007

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1997	7'130.3	3'864.4	13.6	352.2	11'360.5	5.4%
1998	7'021.0	4'312.7	6.4	586.7	11'926.9	5.0%
1999	7'777.7	3'929.2	6.5	717.2	12'430.6	4.2%
2000	8'082.7	4'300.2	6.3	801.1	13'190.3	6.1%
2001	8'576.3	4'525.7	7.1	877.2	13'986.3	6.0%
2002	8'890.7	4'785.8	6.7	909.6	14'592.8	4.3%
2003	9'320.5	5'132.6	7.1	875.5	15'335.6	5.1%
2004	9'988.7	5'289.8	7.3	1'021.7	16'307.5	6.3%
2005	10'948.4	5'106.2	7.7	1'290.4	17'352.7	6.4%
2006	10'882.3	4'819.3	7.6	1'854.7	17'563.9	1.2%
2007	10'975.0	4'775.0	7.7	2'666.0	18'423.6	4.9%

Datenstand : 31.7.08

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

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

T 2.21 Bezahlte Leistungen¹ in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1997

2007

Alle Versicherte ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1997	1'741	1'408	1'179	917	1'570	5.3%
1998	1'749	1'582	543	1'188	1'646	4.8%
1999	1'944	1'446	631	1'323	1'710	3.9%
2000	2'062	1'560	641	1'387	1'816	6.2%
2001	2'215	1'601	761	1'476	1'916	5.5%
2002	2'337	1'609	760	1'636	1'987	3.7%
2003	2'544	1'657	852	1'455	2'080	4.7%
2004	2'758	1'757	905	1'373	2'209	6.2%
2005	3'046	1'743	1'003	1'428	2'334	5.7%
2006	3'255	1'736	1'057	1'372	2'349	0.6%
2007	3'503	1'861	1'116	1'456	2'444	4.1%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 2.20 / T 11.01 & T 11.05

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe

Kinder (0-18 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1997	545	379	-	330	514	-
1998	583	428	363	409	552	7.3%
1999	597	438	362	442	566	2.6%
2000	630	473	328	457	598	5.6%
2001	661	493	453	481	627	4.9%
2002	673	493	415	513	640	2.1%
2003	705	489	444	517	664	3.7%
2004	748	491	416	552	702	5.6%
2005	817	483	404	571	754	7.5%
2006	838	467	408	581	763	1.2%
2007	857	488	605	794	810	6.2%

Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1997	828	560	-	403	711	-
1998	874	594	463	440	721	1.4%
1999	857	637	496	489	738	2.3%
2000	917	674	496	544	787	6.7%
2001	986	661	-	576	821	4.3%
2002	1'056	634	-	591	832	1.4%
2003	1'148	614	-	585	854	2.6%
2004	1'174	628	-	606	877	2.7%
2005	1'263	585	715	580	890	1.6%
2006	1'287	543	485	576	868	-2.5%
2007	1'284	508	534	715	881	1.6%

Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1997	2'554	1'491	-	999	1'974	-
1998	2'602	1'683	581	1'300	2'092	6.0%
1999	2'791	1'677	628	1'466	2'185	4.4%
2000	3'052	1'789	576	1'592	2'348	7.5%
2001	3'293	1'846	742	1'663	2'475	5.4%
2002	3'511	1'862	759	1'701	2'560	3.4%
2003	3'847	1'890	850	1'588	2'673	4.4%
2004	3'993	1'997	973	1'687	2'811	5.1%
2005	4'332	1'959	1'024	1'746	2'952	5.0%
2006	4'558	1'915	1'085	1'767	2'974	0.7%
2007	4'671	1'974	1'161	2'159	3'079	3.5%

Datenstand : siehe Beilage I

Quelle: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG ; Abdeckungsgrad der Erhebung : siehe Beilage I]

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

2) Schätzung des mittleren Versichertenbestandes (ausgenommen Spalte Total) aufgrund der Aufteilung der Versicherten per 31.12 in T 11.05

T 2.22 Leistungen (brutto) in Franken nach Versicherungsform

2007

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	4'496'146'758	6'758'105'194	975'645'869	12'229'897'821	56.7%	0.6%
Wählbare Jahresfranchisen	2'530'985'749	3'424'587'238	102'949'189	6'058'522'176	28.1%	-1.5%
BONUS-Versicherung	5'221'281	3'729'870	61'432	9'012'582	0.0%	1.8%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	1'238'681'244	1'767'294'657	275'280'386	3'281'256'288	15.2%	43.6%
Total	8'271'035'031	11'953'716'959	1'353'936'877	21'578'688'867	100.0%	4.7%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: Formular EF3 [T 3.5]

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

2007

Versicherungsform ¹	Männer	Frauen	Kinder	Total	Abweichung vom Gesamtdurchschnitt	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	4'850	5'587	987	3'904	1'041	7.3%
Wählbare Jahresfranchisen	1'984	2'946	752	2'361	-502	6.6%
BONUS-Versicherung	1'181	1'580	552	1'312	-1'550	6.6%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	1'732	2'419	714	1'792	-1'071	6.0%
Total	2'830	3'850	896	2'863	0	3.9%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 2.22 / T 11.06 & T 11.01

1) Schätzung des mittleren Versichertenbestandes (ausgenommen Zeile Total) aufgrund der Aufteilung der Versicherten per 31.12 in T 11.06

A 3 Prämientarife in der OKP

3.01	Monatliche Durchschnittsprämien ab 1996: CH	96
3.02	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für Erwachsene pro Prämienregion	97
3.03	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für junge Erwachsene pro Prämienregion	98
3.04	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für Kinder pro Prämienregion	99
3.05	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für Erwachsene	100
3.06	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für junge Erwachsene	101
3.07	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für Kinder	102
3.08	Kantonale Durchschnittsprämien pro Versicherten pro Jahr ab 1997	103
3.09	Prämiensoll nach Versicherungsform ab 1997	104
3.10	Prämiensoll nach Versicherungsform	105
3.11	Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform	105
3.12	Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1997	106

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

Jahr	Erwachsene (26 J. und älter) ²	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Kinder (0 - 18 Jahre) ⁴	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	173.1	–	114.7	–	47.7	–
1997	188.1	8.7%	124.7	8.7%	51.9	8.7%
1998	197.3	4.9%	125.3	0.5%	51.8	-0.1%
1999	203.9	3.3%	130.2	3.9%	53.3	3.0%
2000	211.7	3.8%	134.7	3.5%	55.2	3.4%
2001	223.3	5.5%	149.8	11.2%	57.7	4.5%
2002	245.0	9.7%	172.2	15.0%	63.1	9.5%
2003	268.5	9.6%	198.7	15.4%	69.0	9.3%
2004	280.0	4.3%	213.3	7.3%	71.8	4.1%
2005	290.2	3.7%	225.1	5.5%	72.0	0.2%
2006	306.4	5.6%	241.2	7.1%	74.5	3.5%
2007	313.0	2.2%	246.3	2.1%	75.7	1.7%
2008	314.6	0.5%	248.0	0.7%	75.3	-0.6%
2009	322.9	2.6%	258.5	4.2%	76.4	1.5%

Datenstand: 3.10.08

Quelle: T 3.02, 3.03, 3.04

1) Prämien publiziert in den OKP Prämienwegweisern 1996->2009 vom BAG.

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.

Die Tarife der Versicherungsmodelle mit wählbarer Franchise, Bonus oder eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers wurden hier nicht berücksichtigt.

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

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

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

**T 3.02 Kantonale monatliche Durchschnittsprämien ¹ pro Prämienregion ²
für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2009**

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1999 - 2009
ZH	350.6	306.9	283.7		311.7	0.7%	4.3%
BE	380.9	338.6	314.8		345.9	3.8%	5.6%
LU	294.2	272.0	261.4		278.2	5.4%	6.2%
UR				252.6	252.6	5.5%	5.2%
SZ				270.4	270.4	4.2%	5.6%
OW				247.0	247.0	6.7%	5.1%
NW				230.4	230.4	5.3%	4.9%
GL				269.8	269.8	3.7%	5.8%
ZG				263.6	263.6	4.0%	5.7%
FR	317.5	288.2			298.4	3.4%	4.4%
SO				296.2	296.2	4.7%	4.3%
BS				420.3	420.3	2.8%	4.5%
BL	339.0	311.9			331.6	4.4%	4.8%
SH	316.1	290.9			305.9	2.1%	5.2%
AR				247.8	247.8	4.6%	5.4%
AI				232.6	232.6	4.3%	5.9%
SG	302.1	276.6	266.0		281.6	5.4%	5.8%
GR	283.1	266.8	245.1		266.0	2.9%	6.1%
AG				295.2	295.2	4.7%	6.0%
TG				296.7	296.7	2.5%	5.5%
TI	375.8	351.6			372.2	0.6%	4.4%
VD	382.3	358.3			375.0	1.4%	3.3%
VS	283.4	248.5			272.7	3.9%	4.9%
NE				368.6	368.6	1.5%	4.1%
GE				418.4	418.4	-0.1%	3.4%
JU				340.1	340.1	1.9%	4.1%
CH	-	-	-	-	322.9	2.6%	4.7%

Datenstand: 3.10.08

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

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

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

3) Prämien publiziert im OKP Prämienwegweiser 2009 vom BAG.

T 3.03 Kantonale monatliche Durchschnittsprämien ¹ pro Prämienregion ² für junge Erwachsene (19 -25 Jahre) in Franken für 2009

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1999 - 2009
ZH	286.6	247.2	227.8		249.6	3.4%	6.5%
BE	308.6	266.4	246.7		272.7	4.9%	7.6%
LU	236.1	217.6	208.8		221.4	6.3%	8.3%
UR				200.6	200.6	5.5%	7.2%
SZ				215.0	215.0	5.2%	7.8%
OW				197.9	197.9	7.2%	7.2%
NW				185.4	185.4	6.7%	7.1%
GL				212.8	212.8	3.7%	7.6%
ZG				212.5	212.5	5.0%	7.8%
FR	263.5	236.2			245.8	3.5%	6.9%
SO				237.9	237.9	6.6%	6.6%
BS				341.8	341.8	4.5%	6.9%
BL	271.3	249.9			264.9	7.1%	7.0%
SH	253.2	231.4			244.3	4.9%	6.9%
AR				199.3	199.3	7.9%	8.0%
AI				187.8	187.8	8.3%	8.4%
SG	242.2	220.9	212.0		224.7	8.2%	8.3%
GR	226.0	214.3	194.5		212.5	3.4%	8.7%
AG				236.8	236.8	6.1%	8.1%
TG				238.0	238.0	4.4%	7.8%
TI	306.1	284.9			302.8	2.6%	6.8%
VD	323.4	306.7			317.9	2.5%	6.2%
VS	236.4	195.8			223.5	4.3%	7.2%
NE				307.8	307.8	2.5%	6.8%
GE				346.9	346.9	-0.2%	5.7%
JU				283.3	283.3	1.8%	7.2%
CH	-	-	-	-	258.5	4.2%	7.1%

Datenstand: 3.10.08

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

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

3) Prämien publiziert im OKP Prämienwegweiser 2009 vom BAG.

**T 3.04 Kantonale monatliche Durchschnittsprämien ¹ pro Prämienregion ²
für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken für 2009**

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 1999 - 2009
ZH	83.8	74.2	68.4		74.2	0.5%	3.4%
BE	89.2	78.9	73.8		80.3	2.6%	4.3%
LU	71.0	65.6	62.7		66.3	3.8%	5.4%
UR				61.5	61.5	4.6%	4.7%
SZ				64.9	64.9	3.6%	4.8%
OW				59.7	59.7	5.8%	4.2%
NW				56.1	56.1	4.5%	4.1%
GL				63.4	63.4	1.1%	4.7%
ZG				64.0	64.0	3.2%	4.9%
FR	76.1	68.8			71.3	2.1%	3.1%
SO				71.3	71.3	3.5%	4.0%
BS				101.5	101.5	2.0%	4.0%
BL	82.6	75.6			80.4	3.4%	4.2%
SH	76.1	69.8			73.2	1.9%	4.5%
AR				59.5	59.5	3.4%	4.7%
AI				56.4	56.4	3.7%	5.1%
SG	73.2	66.5	64.0		67.6	4.7%	5.1%
GR	68.6	65.3	58.7		64.5	1.2%	5.5%
AG				70.0	70.0	2.9%	5.0%
TG				71.4	71.4	1.4%	4.7%
TI	88.1	82.6			87.2	-0.5%	2.8%
VD	92.1	86.3			90.2	0.0%	1.4%
VS	69.0	59.3			66.3	1.9%	3.5%
NE				82.7	82.7	-1.1%	2.3%
GE				95.7	95.7	-3.5%	1.6%
JU				80.5	80.5	-0.7%	3.2%
CH	-	-	-	-	76.4	1.5%	3.7%

Datenstand: 3.10.08

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

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

3) Prämien publiziert im OKP Prämienwegweiser 2009 vom BAG.

T 3.05 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien ¹ für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2009

Kanton	5% der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	25% der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	50% der Versicherten sind unterhalb und oberhalb dieser Prämie	25% der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie	5% der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie
ZH	268	285	305	328	381
BE	286	320	352	360	418
LU	228	261	271	296	323
UR	195	243	260	264	277
SZ	225	260	260	281	305
OW	219	239	247	255	278
NW	200	216	240	240	270
GL	234	243	277	294	301
ZG	234	254	263	276	297
FR	244	276	302	314	343
SO	263	283	296	310	326
BS	354	402	424	425	499
BL	285	310	340	362	386
SH	261	285	310	322	348
AR	203	250	250	263	274
AI	189	224	228	247	251
SG	233	263	279	300	341
GR	217	256	257	280	315
AG	251	279	296	310	332
TG	257	274	302	307	345
TI	333	352	366	394	411
VD	333	348	376	395	437
VS	233	252	271	296	320
NE	330	342	373	385	403
GE	386	401	420	429	455
JU	297	313	329	370	383
CH	248	281	315	357	424

Datenstand: 3.10.08

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

Schätzung basierend auf den Prämien 2009 und der Aufteilung der Versicherten 2007.

**T 3.06 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien ¹
für junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken für 2009**

Kanton	5%	25%	50%	25%	5%
	der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	der Versicherten sind unterhalb und oberhalb dieser Prämie	der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie	der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie
ZH	219	228	244	265	304
BE	226	247	270	289	334
LU	190	209	217	237	254
UR	166	194	207	211	222
SZ	178	208	208	224	244
OW	175	191	198	208	222
NW	160	173	191	193	216
GL	182	189	220	230	241
ZG	194	203	211	220	238
FR	213	221	246	265	298
SO	203	228	237	248	258
BS	309	333	339	346	399
BL	225	250	272	277	299
SH	215	228	244	258	279
AR	170	196	200	210	219
AI	161	182	190	198	201
SG	190	214	223	238	254
GR	175	204	206	224	252
AG	200	226	236	250	262
TG	201	222	242	245	276
TI	264	288	306	320	333
VD	286	301	315	337	360
VS	181	206	232	239	257
NE	274	295	303	330	354
GE	321	323	332	376	395
JU	245	268	292	296	313
CH	198	225	247	289	342

Datenstand: 3.10.08

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

Schätzung basierend auf den Prämien 2009 und der Aufteilung der Versicherten 2007.

T 3.07 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien¹ für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken für 2009

Kanton	5% der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	25% der Versicherten sind unterhalb dieser Prämie	50% der Versicherten sind unterhalb und oberhalb dieser Prämie	25% der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie	5% der Versicherten sind oberhalb dieser Prämie
ZH	62	69	73	79	89
BE	64	74	79	89	99
LU	54	64	66	71	77
UR	46	60	65	66	66
SZ	54	65	65	68	72
OW	54	60	60	61	65
NW	46	54	56	59	61
GL	50	57	64	69	75
ZG	51	63	65	67	70
FR	64	69	69	74	82
SO	61	66	74	76	81
BS	86	90	106	106	114
BL	68	77	81	85	91
SH	54	68	74	78	84
AR	45	58	63	63	69
AI	42	55	57	62	62
SG	53	64	67	72	79
GR	50	61	64	68	79
AG	57	70	71	72	76
TG	55	69	76	76	77
TI	63	82	87	93	102
VD	73	83	91	96	107
VS	56	61	67	73	74
NE	63	81	82	93	105
GE	70	88	99	99	114
JU	57	74	77	93	95
CH	58	67	74	84	99

Datenstand: 3.10.08

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

Schätzung basierend auf den Prämien 2009 und der Aufteilung der Versicherten 2007.

T 3.08 Kantonale Durchschnittsprämien ¹ pro Versicherten pro Jahr in Franken ab 1997

2007

Kanton	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ZH	1'688	1'800	1'859	1'932	2'001	2'176	2'367	2'495	2'512	2'597	2'607
BE	1'611	1'713	1'780	1'812	1'870	2'083	2'276	2'416	2'478	2'658	2'719
LU	1'311	1'377	1'373	1'446	1'525	1'681	1'833	1'965	2'019	2'090	2'143
UR	1'328	1'371	1'354	1'389	1'439	1'574	1'730	1'827	1'873	1'900	1'932
SZ	1'378	1'422	1'399	1'426	1'495	1'667	1'833	1'958	2'019	2'082	2'113
OW	1'312	1'338	1'335	1'367	1'424	1'534	1'625	1'734	1'788	1'846	1'883
NW	1'280	1'307	1'290	1'317	1'362	1'472	1'597	1'703	1'753	1'804	1'836
GL	1'315	1'402	1'416	1'453	1'515	1'686	1'874	1'994	2'060	2'140	2'194
ZG	1'391	1'396	1'376	1'417	1'477	1'629	1'805	1'966	2'020	2'089	2'121
FR	1'663	1'692	1'708	1'793	1'884	2'033	2'146	2'232	2'290	2'366	2'384
SO	1'529	1'672	1'675	1'733	1'799	1'933	2'102	2'242	2'287	2'349	2'378
BS	2'134	2'306	2'446	2'557	2'692	2'885	3'132	3'390	3'455	3'572	3'608
BL	1'756	1'850	1'846	1'899	1'967	2'140	2'335	2'504	2'542	2'625	2'668
SH	1'505	1'601	1'634	1'687	1'766	1'982	2'190	2'328	2'363	2'445	2'493
AR	1'258	1'329	1'316	1'346	1'415	1'544	1'704	1'786	1'841	1'925	1'948
AI	1'116	1'160	1'141	1'157	1'243	1'360	1'486	1'573	1'626	1'712	1'755
SG	1'298	1'384	1'410	1'446	1'515	1'649	1'790	1'926	1'988	2'078	2'110
GR	1'280	1'345	1'380	1'377	1'519	1'714	1'923	2'061	2'103	2'181	2'213
AG	1'298	1'393	1'472	1'544	1'657	1'838	2'014	2'146	2'188	2'271	2'322
TG	1'344	1'452	1'507	1'559	1'679	1'869	2'058	2'194	2'230	2'302	2'316
TI	2'095	2'212	2'198	2'220	2'272	2'467	2'677	2'936	3'024	3'164	3'188
VD	2'197	2'270	2'319	2'317	2'401	2'582	2'789	2'938	2'978	3'089	3'081
VS	1'575	1'545	1'554	1'580	1'622	1'747	1'912	2'070	2'155	2'234	2'290
NE	1'872	2'074	2'122	2'170	2'242	2'442	2'628	2'856	2'941	3'027	3'039
GE	2'491	2'601	2'619	2'755	2'907	3'137	3'318	3'499	3'546	3'664	3'642
JU	1'764	1'925	1'920	2'008	2'166	2'326	2'455	2'614	2'682	2'756	2'739
CH	1'668	1'763	1'801	1'853	1'932	2'106	2'296	2'444	2'494	2'596	2'623

Datenstand : siehe Beilage I

Quelle : DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG ; Abdeckungsgrad der Erhebung : siehe Beilage I]

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen.

T 3.09 Prämiensoll in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1997

2007

Jahr ¹	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränk- te Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1997	6'540.6	4'995.3	16.5	488.3	12'040.7	8.2%
1998	6'687.5	5'281.0	17.1	722.6	12'708.3	5.5%
1999	6'794.1	5'396.2	15.3	828.3	13'033.8	2.6%
2000	6'892.1	5'620.0	15.1	914.5	13'441.7	3.1%
2001	7'135.0	5'862.1	14.9	985.4	13'997.3	4.1%
2002	7'607.5	6'653.8	15.9	1'077.8	15'355.0	9.7%
2003	8'119.7	7'519.6	16.4	1'164.4	16'820.1	9.5%
2004	8'488.2	7'961.9	16.7	1'562.9	18'029.7	7.2%
2005	8'881.8	7'722.9	16.9	1'874.9	18'496.4	2.6%
2006	8'791.3	7'672.0	17.0	2'834.5	19'314.7	4.4%
2007	8'532.5	7'230.5	16.9	3'909.4	19'689.1	1.9%

Datenstand : 31.7.08

1) Vgl. Fussnote 3) von Tabelle 11.02.

Quelle: T 3.10

T 3.10 Prämiensoll in Franken nach Versicherungsform

2007

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	3'275'469'897	4'369'900'654	887'097'316	8'532'467'867	43.3%	-2.9%
Wählbare Jahresfranchisen	3'595'936'537	3'541'179'539	93'348'091	7'230'464'168	36.7%	-5.8%
BONUS-Versicherung	10'753'408	6'024'988	75'749	16'854'146	0.1%	-0.7%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	1'737'522'890	1'901'807'551	270'024'865	3'909'355'306	19.9%	37.9%
Total	8'619'682'733	9'818'912'732	1'250'546'022	19'689'141'486	100.0%	1.9%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: Formular EF3 [T 3.4]

T 3.11 Prämiensoll in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform¹

2007

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Abweichung vom Gesamtdurchschnitt	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	3'533	3'613	898	2'723	111	3.6%
Wählbare Jahresfranchisen	2'819	3'046	681	2'817	205	2.0%
BONUS-Versicherung	2'431	2'552	681	2'454	-158	4.0%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	2'429	2'604	701	2'135	-478	1.8%
Total	2'950	3'162	828	2'612	0	1.1%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 3.10 / T 11.01

1) Schätzung des mittleren Versichertenbestandes (ausgenommen Zeile Total) aufgrund der Aufteilung der Versicherten per 31.12 in T 11.05

T 3.12 Prämienoll in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1997

2007

Alle Versicherte ¹	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1997	1'597	1'820	1'429	1'271	1'664	8.1%
1998	1'666	1'937	1'448	1'463	1'754	5.4%
1999	1'698	1'986	1'494	1'528	1'793	2.2%
2000	1'758	2'038	1'535	1'583	1'850	3.2%
2001	1'843	2'074	1'595	1'658	1'917	3.6%
2002	1'999	2'237	1'808	1'939	2'091	9.0%
2003	2'216	2'427	1'977	1'935	2'281	9.1%
2004	2'344	2'645	2'076	2'100	2'442	7.0%
2005	2'471	2'636	2'194	2'075	2'487	1.9%
2006	2'630	2'763	2'359	2'097	2'583	3.8%
2007	2'723	2'817	2'454	2'135	2'612	1.1%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 3.11

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe ab 1996

Kinder (0-18 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1997	580	550	482	467	571	-
1998	596	598	487	475	589	3.1%
1999	613	598	530	499	603	2.4%
2000	635	603	557	514	622	3.1%
2001	669	611	580	545	653	5.0%
2002	733	642	644	600	712	9.1%
2003	803	679	685	639	775	8.8%
2004	843	700	714	676	812	4.7%
2005	846	668	679	696	810	-0.2%
2006	877	668	629	704	831	2.6%
2007	879	658	670	724	831	-0.1%

Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1997	1'482	1'451	1'026	1'192	1'459	-
1998	1'604	1'551	1'128	1'347	1'564	7.2%
1999	1'574	1'627	1'190	1'354	1'581	1.1%
2000	1'563	1'613	1'196	1'338	1'567	-0.9%
2001	1'634	1'563	1'090	1'329	1'581	0.9%
2002	1'878	1'731	1'098	1'513	1'783	12.8%
2003	2'191	1'928	-	1'700	2'027	13.7%
2004	2'379	2'151	-	1'884	2'229	10.0%
2005	2'507	2'169	1'852	1'945	2'296	3.0%
2006	2'692	2'246	2'056	1'999	2'397	4.4%
2007	2'749	2'223	2'080	2'056	2'411	0.6%

Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Jahr						
1997	2'127	1'958	1'505	1'683	2'025	-
1998	2'236	2'101	1'541	1'786	2'142	5.8%
1999	2'292	2'146	1'573	1'837	2'190	2.2%
2000	2'391	2'189	1'604	1'892	2'257	3.0%
2001	2'526	2'258	1'673	1'971	2'353	4.2%
2002	2'766	2'438	1'881	2'141	2'554	8.6%
2003	3'047	2'614	2'035	2'312	2'768	8.4%
2004	3'173	2'831	2'136	2'495	2'945	6.4%
2005	3'301	2'823	2'250	2'556	3'001	1.9%
2006	3'486	2'932	2'408	2'642	3'120	4.0%
2007	3'545	2'957	2'498	2'693	3'148	0.9%

Datenstand : siehe Beilage I

Quelle: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG ; Abdeckungsgrad der Erhebung : siehe Beilage I]

1) Schätzung des mittleren Versichertenbestandes (ausgenommen Spalte Total) aufgrund der Aufteilung der Versicherten per 31.12 in T 11.05

A 4 Prämienverbilligung in der OKP

4.01	Anzahl Bezüger, Bezügerquoten, subventionierte Haushalte sowie ausgerichtete Subventionen ab 1997	108
4.02	Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Kantonen	109
4.03	Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Altersgruppen	110
4.04	Anzahl subventionierte Haushalte nach Haushaltgrösse und Kantonen	111
4.05	Anzahl subventionierte Haushalte nach ausbezahltem Jahresbetrag und Kantonen	112
4.06	Kantonale Grenzbeträge für die Berechtigung: Massgebende Einkommen	113
4.07	Maximale, budgetierte und ausbezahlte Subventionen ab 1997	114
4.08	KVG-Verteilmodell: Berechnungsbasis sowie Bundes- und Kantonsbeiträge	115
4.09	Reduktionsfaktor und Subventionen nach Reduktion nach Kantonen	116
4.10	Prämienverbilligung OKP: ausgerichtete Leistungen nach Kantonen	117
4.11	Bezügerquoten nach Geschlecht und Kantonen und begünstigte Haushalte in %	118

T 4.01 Anzahl Bezüger, Bezügerquoten, subventionierte Haushalte sowie ausgerichtete Subventionen nach KVG ab 1997

2007

Jahr ¹	Anzahl Bezüger-Innen	Veränd. gegenüber Vorjahr	Bezüger-Innenquote ²	Anzahl subventionierte Haushalte	Veränd. gegenüber Vorjahr	Subvention pro Haushalt in Fr.	Subvention pro Bezüger in Fr.
1997	1'955'994	18.1%	27.5%	988'940	20.3%	2'017	1'020
1998	2'240'522	14.5%	31.4%	1'178'551	19.2%	2'076	1'092
1999	2'334'267	4.2%	32.6%	1'230'090	4.4%	2'187	1'152
2000	2'337'717	0.1%	32.4%	1'242'695	1.0%	2'048	1'089
2001	2'376'421	1.7%	32.7%	1'268'943	2.1%	2'094	1'118
2002	2'433'822	2.4%	33.1%	1'289'405	1.6%	2'243	1'188
2003	2'427'518	-0.3%	32.8%	1'287'365	-0.2%	2'381	1'263
2004	2'361'377	-2.7%	31.7%	1'245'875	-3.2%	2'544	1'342
2005	2'262'160	-4.2%	30.2%	1'215'989	-2.4%	2'633	1'415
2006	2'178'397	-3.7%	28.8%	1'182'675	-2.7%	2'798	1'519
2007	2'271'950	4.3%	29.8%	1'225'436	3.6%	2'791	1'506

Datenstand : 13.10.08

Quelle: T 4.02 & 4.04 & 4.10 & 4.11

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

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

T 4.02 Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Kantonen

2007

Kanton	Bezüger ¹		Total Personen	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Ergänzungs- Leistungs- Bezüger	davon Sozialhilfe- Bezüger	davon Bezüger, deren OKP Prämien vollumfänglich verbilligt werden
	Männliche Personen	Weibliche Personen					
ZH	176'113	209'844	385'957	-1.8%	46'571	45'969	92'540
BE	147'393	175'377	322'770	18.4%	41'983	35'970	35'970
LU	71'914	77'067	148'981	17.5%	16'755	8'465	25'220
UR	7'517	7'846	15'363	3.7%	1'050	342	-
SZ	15'765	17'300	33'065	-2.0%	3'574	1'829	5'403
OW	9'349	9'924	19'273	2.9%	1'006	361	1'326
NW	8'915	9'368	18'283	40.9%	711	470	-
GL	3'865	4'196	8'061	-6.5%	992	1'177	2'169
ZG	15'438	17'182	32'620	-6.0%	2'048	1'925	-
FR	36'366	43'936	80'302	-9.3%	9'976	6'742	16'718
SO	33'435	37'173	70'608	25.9%	-	7'167	-
BS	26'854	30'986	57'840	-2.3%	13'353	11'995	571
BL	30'890	32'770	63'660	-16.6%	-	-	-
SH	12'049	12'860	24'909	4.8%	-	1'856	1'856
AR	6'626	6'978	13'604	-3.5%	1'312	381	-
AI	3'827	3'624	7'451	-2.0%	295	157	1'777
SG	67'222	71'678	138'900	10.6%	17'646	21'110	-
GR	27'614	30'903	58'517	0.6%	4'748	2'447	235
AG	71'560	78'963	150'523	0.0%	15'991	-	3'078
TG	43'021	45'893	88'914	-2.2%	6'702	3'099	-
TI	44'508	56'884	101'392	14.7%	22'262	-	-
VD	64'122	79'368	143'490	0.8%	29'882	21'422	51'304
VS	39'635	48'760	88'395	-6.7%	8'051	4'329	-
NE	18'008	22'428	40'436	15.5%	9'241	8'335	17'576
GE	62'951	70'476	133'427	4.9%	27'095	20'487	-
JU	11'011	14'198	25'209	5.1%	4'249	1'132	-
CH	1'055'968	1'215'982	2'271'950	4.3%	-	-	-

Datenstand: 28.7.08

Quelle: Formular PV2 [2.1]

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

T 4.03 Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Altersgruppen

2007

Altersgruppe	männlich	weiblich	Total	Anteil am Gesamttotal
0 – 5	89'903	85'720	175'623	7.7%
6 – 10	96'908	91'347	188'255	8.3%
11 – 15	99'469	93'965	193'434	8.5%
16 – 18	55'870	53'096	108'966	4.8%
19 – 20	44'248	43'347	87'595	3.9%
20 – 25	93'599	101'460	195'059	8.6%
26 – 30	70'205	82'623	152'828	6.7%
31 – 35	60'787	80'050	140'837	6.2%
36 – 40	75'112	96'414	171'526	7.5%
41 – 45	81'169	94'102	175'271	7.7%
46 – 50	64'437	66'383	130'820	5.8%
51 – 55	45'533	44'924	90'457	4.0%
56 – 60	34'596	36'557	71'153	3.1%
61 – 65	28'538	35'583	64'121	2.8%
66 – 70	25'019	35'320	60'339	2.7%
71 – 75	24'852	38'950	63'802	2.8%
76 – 80	21'321	38'957	60'278	2.7%
81 – 85	15'547	36'551	52'098	2.3%
86 – 90	8'937	25'819	34'756	1.5%
91 – 95	3'282	13'318	16'600	0.7%
96 und mehr	818	4'484	5'302	0.2%
Alter unbekannt	15'818	17'012	32'830	1.4%
Total	1'055'968	1'215'982	2'271'950	100.0%

Datenstand: 28.7.08

Quelle: Formular PV2 [2.1]

T 4.04 Anzahl subventionierte Haushalte ¹ nach Haushaltgrösse und Kantonen

2007

Kanton	Haushaltgrösse gemäss Anzahl Haushaltsmitglieder					Haushalte Total	Veränd. gegenüber Vorjahr	davon alleiner- ziehende Haushalte ²
	1 Person	2 Perso- nen	3 Perso- nen	4 Perso- nen	5 Perso- nen und mehr			
ZH	192'054	33'278	14'303	13'124	6'127	258'886	-1.8%	17'730
BE	89'447	22'149	11'340	13'896	8'464	145'296	1.8%	14'606
LU	31'280	8'773	11'371	15'721	8'380	75'525	30.8%	2'104
UR	2'745	1'469	637	1'113	685	6'649	6.4%	227
SZ	12'626	1'319	1'444	1'791	1'086	18'266	-0.9%	1'360
OW	5'176	2'052	852	1'145	500	9'725	10.8%	488
NW	4'335	1'396	946	1'220	514	8'411	23.9%	573
GL	2'381	680	345	398	317	4'121	6.1%	389
ZG	7'065	2'578	1'540	2'016	835	14'034	-16.9%	994
FR	23'405	6'426	3'685	5'028	2'834	41'378	13.4%	4'518
SO	12'475	5'432	4'394	5'240	2'479	30'020	24.0%	5'002
BS	23'094	5'238	2'777	2'460	1'118	34'687	-2.9%	2'616
BL	19'668	4'165	3'121	4'177	1'845	32'976	-10.0%	3'458
SH	5'689	2'125	1'204	1'737	833	11'588	6.4%	1'201
AR	2'007	773	607	984	792	5'163	-3.1%	776
AI	801	510	283	475	477	2'546	-13.0%	123
SG	27'869	12'993	7'328	10'027	6'581	64'798	11.8%	8'584
GR	14'318	4'518	3'017	4'159	1'826	27'838	-4.7%	2'759
AG	24'918	11'279	7'010	10'738	5'789	59'734	3.0%	5'236
TG	30'573	12'617	4'444	2'665	1'687	51'986	-1.5%	3'461
TI	36'128	11'847	5'852	6'247	2'029	62'103	12.5%	5'323
VD	46'352	14'608	7'374	6'636	3'618	78'588	2.7%	8'592
VS	33'013	6'126	3'488	4'713	2'605	49'945	-5.6%	4'429
NE	14'952	3'527	2'085	1'885	875	23'324	9.2%	2'670
GE	57'444	18'363	9'256	5'817	2'899	93'779	6.4%	12'598
JU	9'091	2'244	897	968	870	14'070	5.3%	1'612
CH	728'906	196'485	109'600	124'380	66'065	1'225'436	3.6%	111'429

Datenstand: 28.7.08

Quelle: Formular PV2 [2.2]

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

2) Alleinerziehende Personen mit einem oder mehreren Kindern.

T 4.05 Anzahl subventionierte Haushalte ¹ nach ausbezahltem Jahresbetrag und Kantonen

2007

Kanton	Ausbezahlter Jahresbetrag						Jahresbetrag unbekannt	Haushalte Total
	1 - 600 Fr.	601 - 1'200 Fr.	1'201 - 2'400 Fr.	2'401 - 3'600 Fr.	3'601 - 4'800 Fr.	mehr als 4'800 Fr.		
ZH	30'479	76'307	84'158	29'371	29'149	8'672	750	258'886
BE	40'670	41'539	38'294	15'320	5'949	3'524		145'296
LU	8'234	21'131	20'327	18'285	2'920	4'628		75'525
UR	965	1'155	1'771	1'915	396	447		6'649
SZ	1'276	1'864	5'852	2'832	1'282	1'192	3'968	18'266
OW	1'844	1'941	3'689	1'437	577	237		9'725
NW	1'861	2'743	2'974	654	115	64		8'411
GL	780	607	1'325	892	234	283		4'121
ZG	2'021	2'231	4'562	3'102	1'128	990		14'034
FR	572	4'760	12'468	12'787	6'242	4'549		41'378
SO	4'124	7'346	9'084	5'737	1'955	1'774		30'020
BS	5'507	3'148	4'978	4'829	5'323	10'813	89	34'687
BL	1'918	7'381	18'175	3'246	1'464	792		32'976
SH	1'433	1'429	5'027	1'782	1'001	916		11'588
AR	254	295	660	1'958	521	1'475		5'163
AI	670	515	502	440	58	361		2'546
SG	12'219	9'546	31'149	6'644	2'748	2'492		64'798
GR	3'534	5'173	7'888	8'148	1'602	1'493		27'838
AG	4'541	7'472	17'155	19'651	5'060	5'855		59'734
TG	6'208	12'623	26'533	4'141	2'247	234		51'986
TI	21'362	4'082	10'135	16'108	3'194	7'222		62'103
VD	6'805	6'171	9'570	12'039	27'835	16'168		78'588
VS	756	5'106	16'409	18'547	3'230	5'897		49'945
NE	2'104	3'066	4'235	2'527	8'276	3'116		23'324
GE	15'700	23'034	14'053	8'472	8'125	23'739	656	93'779
JU	2'744	2'417	3'634	1'197	2'944	1'134		14'070
CH	178'581	253'082	354'607	202'061	123'575	108'067	5'463	1'225'436

Datenstand: 28.7.08

Quelle: Formular PV2 [2.2]

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

T 4.06 Kantonale Grenzbeträge für die Berechtigung: Massgebende Einkommen ¹

2007

Kanton	Obergrenze des massgebenden Einkommens in Fr.							
	Haushaltsvorstand alleinstehend/alleinerziehend				Haushaltsvorstand verheiratet			
	Keine Kinder	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder	Keine Kinder	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder
ZH	36'000	47'500	47'500	47'500	47'500	47'500	47'500	47'500
BE	36'200	50'500	60'500	70'500	47'000	57'000	67'000	77'000
LU ²	20'855	-	-	-	43'779	-	-	-
UR	27'700	70'000	70'000	70'000	55'500	70'000	71'100	78'800
SZ	30'000	48'000	52'500	64'000	40'000	72'000	76'500	82'000
OW	36'200	45'400	54'700	64'000	73'700	83'000	92'300	101'500
NW	32'300	36'600	40'650	44'700	64'850	69'150	73'200	77'250
GL	34'400	50'001	50'001	50'001	56'300	60'001	64'200	70'001
ZG	37'400	46'900	56'300	65'800	75'500	80'000	80'000	80'000
FR	37'400	56'200	66'500	76'800	55'400	65'700	76'000	86'300
SO	28'900	72'000	72'000	72'000	47'900	72'000	72'000	72'000
BS	39'000	74'000	82'000	88'000	64'000	74'000	82'000	88'000
BL	25'001	40'001	50'001	55'001	45'001	60'001	70'001	75'001
SH	25'750	32'000	38'250	44'500	51'750	58'000	64'250	70'500
AR	29'884	47'301	55'651	64'002	50'652	59'002	67'352	75'702
AI	34'900	43'600	52'200	60'800	69'800	78'400	87'100	95'700
SG	23'111	40'000	48'600	62'500	46'222	70'000	72'500	83'300
GR	33'000	80'001	80'001	80'001	60'000	80'001	80'001	82'000
AG	24'800	32'000	39'300	46'600	50'700	57'900	65'200	72'500
TG	27'400	41'900	41'900	41'900	41'900	41'900	41'900	41'900
TI	20'000	60'000	60'000	60'000	32'000	60'000	60'000	60'000
VD	30'000	52'000	59'000	66'000	45'000	52'000	59'000	66'000
VS	32'000	55'700	68'200	80'700	48'000	60'500	73'000	85'500
NE	29'600	54'600	63'600	71'600	44'400	69'400	78'400	86'400
GE	38'000	67'000	73'000	79'000	61'000	67'000	73'000	79'000
JU	33'000	47'000	51'000	57'000	38'000	47'000	51'000	57'000

Datenstand: 28.7.08

Quelle: Formular PV2 [2.3]

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

2) Keine Obergrenze mit Kind(ern).

T 4.07 Maximale, budgetierte und ausbezahlte Subventionen ab 1997

2007

Jahr	Subventionsziel ¹ in Mio. Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Reduktions- faktor ² : Durchschnitt CH in %	Subventions- budget nach Kürzungen ³ in Mio. Fr.	* davon Anteil der Kantone in %	Ausbezahlte Subventionen nach KVG ⁴ in Mio. Fr.	* davon Anteil der Kantone in %
1997	2'716.0	9.9%	23.2%	2'087.2	26.9%	1'994.2	32.5%
1998	2'972.5	9.4%	23.9%	2'263.3	29.3%	2'446.5	31.8%
1999	3'270.0	10.0%	24.3%	2'476.6	31.4%	2'689.7	33.1%
2000	3'319.5	1.5%	23.7%	2'532.8	31.3%	2'545.3	32.5%
2001	3'369.0	1.5%	20.7%	2'671.6	31.9%	2'657.2	32.3%
2002	3'420.0	1.5%	16.7%	2'848.4	32.8%	2'892.0	33.5%
2003	3'471.0	1.5%	14.7%	2'961.1	32.7%	3'065.5	35.0%
2004	3'523.5	1.5%	14.1%	3'025.3	32.8%	3'169.8	35.2%
2005	3'576.0	1.5%	12.8%	3'119.6	32.9%	3'201.8	35.6%
2006	3'780.0	5.7%	14.5%	3'230.0	32.8%	3'308.7	35.4%
2007	3'987.0	5.5%	13.9%	3'432.2	32.9%	3'420.5	35.1%

Datenstand : 15.10.08

Quelle: Fussnote 1) & T 4.09 & T 4.10

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

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

Ab 1.1.2008 wird die Prämienverbilligung nach der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) berechnet. Betrag von Bund für 2008: 1'779 Mio. Fr.

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

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

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

Die Werte für 1996 und 2004 wurden revidiert.

T 4.08 KVG-Verteilmodell ¹ : Berechnungsbasis sowie Bundes- und Kantonsbeiträge

2007

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung ²	Index der Finanzkraft 2006/2007	Prämienindex KV ³	KVG-Verteilmodell 2007				Veränd. gegenüber Vorjahr
				Bundesbeiträge in Fr.	Kantonsbeiträge in Fr.	Kantonsbeiträge in % der Bundesbeiträge ⁴	Totalbeiträge in Fr. : Ziel ⁵	
ZH	1'281'895	147	-	351'762'332	333'048'227	94.7%	684'810'559	5.4%
BE	961'695	68	-	392'653'719	121'100'439	30.8%	513'754'157	5.5%
LU	353'911	64	-	147'436'306	41'629'102	28.2%	189'065'408	5.5%
UR	34'768	40	-	16'342'484	2'231'185	13.7%	18'573'669	5.5%
SZ	135'185	110	-	44'684'009	27'534'207	61.6%	72'218'216	5.5%
OW	33'050	30	-	16'336'342	1'319'542	8.1%	17'655'884	5.5%
NW	38'743	128	-	11'697'569	8'999'614	76.9%	20'697'183	5.5%
GL	38'275	77	-	14'935'751	5'511'418	36.9%	20'447'169	5.5%
ZG	104'700	224	-	19'504'508	36'427'782	186.8%	55'932'290	5.5%
FR	251'956	47	-	114'332'764	20'266'239	17.7%	134'599'003	5.5%
SO	246'179	76	-	96'548'850	34'964'166	36.2%	131'513'016	5.5%
BS	193'131	173	-	46'499'766	56'673'903	121.9%	103'173'669	5.7%
BL	264'543	109	-	87'882'882	53'440'628	60.8%	141'323'510	5.5%
SH	74'795	94	-	26'794'515	13'162'085	49.1%	39'956'600	5.7%
AR	52'549	61	-	22'224'352	5'848'287	26.3%	28'072'640	5.5%
AI	14'678	61	-	6'207'757	1'633'557	26.3%	7'841'314	5.5%
SG	459'479	79	-	177'504'196	67'957'514	38.3%	245'461'710	5.5%
GR	191'658	58	-	82'289'516	20'097'561	24.4%	102'387'076	5.4%
AG	564'532	108	-	188'486'936	113'096'080	60.0%	301'583'015	5.5%
TG	233'382	86	-	87'040'017	37'636'769	43.2%	124'676'786	5.5%
TI	319'530	88	-	117'976'067	52'722'370	44.7%	170'698'436	5.5%
VD	656'609	99	-	229'382'267	121'389'773	52.9%	350'772'040	5.5%
VS	286'571	32	-	140'231'766	12'859'370	9.2%	153'091'136	5.5%
NE	168'749	63	-	70'653'765	19'494'723	27.6%	90'148'488	5.5%
GE	434'766	152	-	116'340'106	115'919'172	99.6%	232'259'278	5.6%
JU	67'927	38	-	32'251'457	4'036'288	12.5%	36'287'745	5.5%
CH	7'463'254	100	-	2'658'000'000	1'329'000'000	50.0%	3'987'000'000	5.5%

Datenstand : 15.10.08

Quelle: EFV - Bundes- und Kantonsbeiträge : Verteilungsmodell für das Jahr 2007.

- 1) vgl. Art. 66 Abs. 3 KVG: "Der Bundesrat setzt die Anteile der einzelnen Kantone am Bundesbeitrag nach deren Wohnbevölkerung und deren Finanzkraft fest. Er kann die durchschnittlichen Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den einzelnen Kantonen berücksichtigen".
- 2) Mittlere Wohnbevölkerung 2004 [Quelle: T 4.13 STAT KV 04]
+ versicherte Grenzgänger 2005 und deren Familienangehörige [Quelle: EF S{3} 2005].
- 3) Prämien-Index ist seit 2002 nicht mehr berücksichtigt.
- 4) Relativer Anteil des Kantonsbeitrages am Bundesbeitrag (vgl. Fussnote 1).
- 5) Maximaler Subventionsbetrag von Bund und Kantonen gemäss KVG-Verteilmodell (vgl. Art. 106 KVG).

T 4.09 Reduktionsfaktor und Subventionen nach Reduktion nach Kantonen

2007

Kanton	Reduktionsfaktor ¹	Bundesbeitrag nach Reduktion in Fr. ²	Kantonsbeitrag nach Reduktion in Fr. ²	Subventions-Budget nach Reduktion in Fr. ²	In % Total Beitrag vor Reduktion ³	Veränd. des Totals gegenüber Vorjahr
ZH	17.3%	291'048'153	275'564'103	566'612'256	82.7%	9.0%
BE	0.0%	392'653'719	121'100'438	513'754'157	100.0%	5.5%
LU	20.7%	116'972'460	33'027'540	150'000'000	79.3%	3.2%
UR	22.0%	12'747'137	1'740'325	14'487'462	78.0%	6.8%
SZ	32.2%	30'318'063	18'681'937	49'000'000	67.8%	2.1%
OW	0.0%	16'336'342	1'319'542	17'655'884	100.0%	5.5%
NW	39.6%	7'064'711	5'435'289	12'500'000	60.4%	10.1%
GL	30.0%	10'455'026	3'857'993	14'313'019	70.0%	5.5%
ZG	26.5%	14'331'912	26'767'134	41'099'046	73.5%	2.7%
FR	0.0%	114'332'764	20'266'239	134'599'003	100.0%	5.5%
SO	27.0%	70'480'661	25'523'841	96'004'502	73.0%	10.0%
BS	0.0%	46'499'766	56'673'903	103'173'669	100.0%	5.7%
BL	36.3%	55'967'046	34'032'954	90'000'000	63.7%	0.0%
SH	3.6%	25'817'733	12'682'267	38'500'000	96.4%	8.5%
AR	17.7%	18'286'309	4'812'000	23'098'309	82.3%	0.0%
AI	14.4%	5'312'126	1'397'874	6'710'000	85.6%	6.3%
SG	35.0%	115'377'728	44'172'384	159'550'112	65.0%	9.7%
GR	26.4%	60'595'557	14'799'247	75'394'804	73.6%	4.2%
AG	44.4%	104'873'637	62'926'363	167'800'000	55.6%	8.2%
TG	0.0%	87'040'017	37'636'769	124'676'786	100.0%	5.5%
TI	0.0%	117'976'067	52'722'370	170'698'437	100.0%	5.5%
VD	0.0%	229'382'267	121'389'773	350'772'040	100.0%	5.5%
VS	0.0%	140'231'766	12'859'370	153'091'136	100.0%	5.5%
NE	0.0%	70'653'765	19'494'723	90'148'488	100.0%	9.9%
GE	0.0%	116'340'106	115'919'172	232'259'278	100.0%	5.6%
JU	0.0%	32'251'458	4'036'288	36'287'746	100.0%	5.5%
CH ⁴	13.9%	2'303'346'298	1'128'839'836	3'432'186'134	86.1%	6.3%

Datenstand : 15.10.08

Quelle : EFV - Bundes- und Kantonsbeiträge nach Reduktion durch die Kantone für das Jahr 2007.

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

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

2) Budget. Wert in einigen Kantonen gerundet.

3) Benutzter Kantonsbeitrag in Prozent des maximalen Gesamtbeitrages.

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

T 4.10 Prämienverbilligung OKP : ausgerichtete Leistungen nach Kantonen

2007

Kanton	Leistungen nach KVG für 2007 in Fr.	Leistungen nach KVG für 2006 und früher in Fr.	Total Leistungen * nach KVG ¹ in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	* davon Anteil der Kantone in %	Total Leistungen pro Haushalt in Fr.	Total Leistungen pro Bezüger in Fr.
ZH	539'470'396	7'623'222	547'093'618	6.8%	48.6%	2'113	1'417
BE	432'105'562	56'966'049	489'071'611	0.0%	23.6%	3'366	1'515
LU	158'231'240	0	158'231'240	9.0%	22.0%	2'095	1'062
UR	14'132'044	512'136	14'644'180	8.5%	12.0%	2'202	953
SZ	44'058'674	970'716	45'029'390	3.4%	38.1%	2'465	1'362
OW	19'398'431	0	19'398'431	8.5%	15.8%	1'995	1'007
NW	12'596'455	143'624	12'740'079	13.4%	43.5%	1'515	697
GL	12'888'083	0	12'888'083	4.3%	27.0%	3'127	1'599
ZG	36'683'103	2'242'068	38'925'171	-5.0%	65.1%	2'774	1'193
FR	122'361'886	0	122'361'886	-2.7%	15.1%	2'957	1'524
SO	85'941'627	4'147'845	90'089'472	3.5%	26.6%	3'001	1'276
BS	150'462'670	165'769	150'628'439	22.7%	69.1%	4'343	2'604
BL	88'244'315	4'613'036	92'857'351	3.7%	37.8%	2'816	1'459
SH	35'710'062	1'197'811	36'907'873	6.0%	32.9%	3'185	1'482
AR	23'767'605	420'414	24'188'019	2.4%	20.8%	4'685	1'778
AI	6'411'442	104'751	6'516'193	3.6%	20.8%	2'559	875
SG	138'856'826	0	138'856'826	0.5%	27.7%	2'143	1'000
GR	55'364'406	6'146'038	61'510'444	-8.1%	19.6%	2'210	1'051
AG	158'762'054	6'917'007	165'679'061	9.6%	37.5%	2'774	1'101
TG	102'208'419	3'687'368	105'895'787	3.5%	30.2%	2'037	1'191
TI	192'579'581	1'718'473	194'298'054	-13.8%	39.3%	3'129	1'916
VD	346'754'920	3'264'791	350'019'711	1.9%	35.7%	4'454	2'439
VS	141'381'293	11'752'695	153'133'988	5.5%	8.4%	3'066	1'732
NE	85'685'636	11'187'524	96'873'160	17.5%	27.1%	4'153	2'396
GE	217'032'459	38'652'083	255'684'542	5.3%	54.5%	2'726	1'916
JU	34'149'926	2'847'525	36'997'451	6.7%	12.8%	2'630	1'468
CH	3'255'239'115	165'280'945	3'420'520'060	3.4%	35.1%	2'791	1'506

Datenstand : 15.10.08

Quelle: Formular PV1 & T 4.02 & T 4.04

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

T 4.11 Bezügerquoten nach Geschlecht und Kantonen und begünstigte Haushalte in %**2007**

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung ¹			Bezügerquoten (approximativ) ²			Privat- haushalte Total ³ 2000	Begünstigte Haushalte in % ⁴ (approximativ)
	Männliche Personen	Weibliche Personen	Total Personen	Männliche Personen	Weibliche Personen	Total Personen		
ZH	653'787	669'055	1'322'842	26.9%	31.4%	29.2%	567'573	46%
BE	473'354	496'553	969'907	31.1%	35.3%	33.3%	415'901	35%
LU	178'688	183'236	361'924	40.2%	42.1%	41.2%	140'594	54%
UR	17'478	16'969	34'447	43.0%	46.2%	44.6%	13'430	50%
SZ	71'105	68'769	139'874	22.2%	25.2%	23.6%	50'089	36%
OW	17'009	16'776	33'785	55.0%	59.2%	57.0%	12'445	78%
NW	20'219	19'347	39'566	44.1%	48.4%	46.2%	15'153	56%
GL	18'971	19'063	38'034	20.4%	22.0%	21.2%	15'382	27%
ZG	55'039	53'787	108'826	28.0%	31.9%	30.0%	40'819	34%
FR	131'100	133'051	264'151	27.7%	33.0%	30.4%	94'093	44%
SO	122'957	126'048	249'005	27.2%	29.5%	28.4%	102'584	29%
BS	90'434	99'343	189'777	29.7%	31.2%	30.5%	95'999	36%
BL	130'740	136'507	267'247	23.6%	24.0%	23.8%	111'675	30%
SH	36'627	37'971	74'598	32.9%	33.9%	33.4%	31'427	37%
AR	26'162	26'183	52'345	25.3%	26.7%	26.0%	21'572	24%
AI	7'711	7'317	15'028	49.6%	49.5%	49.6%	5'290	48%
SG	231'424	234'428	465'852	29.0%	30.6%	29.8%	183'750	35%
GR	95'413	96'465	191'878	28.9%	32.0%	30.5%	77'781	36%
AG	289'361	289'429	578'790	24.7%	27.3%	26.0%	224'128	27%
TG	118'953	119'188	238'141	36.2%	38.5%	37.3%	91'537	57%
TI	157'278	170'354	327'632	28.3%	33.4%	30.9%	134'916	46%
VD	329'989	348'154	678'143	19.4%	22.8%	21.2%	278'752	28%
VS	146'842	150'081	296'923	27.0%	32.5%	29.8%	107'378	47%
NE	82'397	87'498	169'895	21.9%	25.6%	23.8%	74'049	31%
GE	212'062	229'694	441'756	29.7%	30.7%	30.2%	181'611	52%
JU	33'487	34'746	68'233	32.9%	40.9%	36.9%	27'471	51%
CH	3'748'587	3'870'012	7'618'599	28.2%	31.4%	29.8%	3'115'399	39%

Datenstand : 13.10.08

Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung & T 4.02 & T 4.05

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

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

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

3) Gemäss eidgenössischer Volkszählung 2000.

4) Die Zahlen sind nur begrenzt vergleichbar, da

- Vergleich der Zahlen dieses Jahres mit den Haushalten von 2000,

- unterschiedliche Definition des Begriffes Haushalt.

A 5 Individuelle Daten pro Versicherer

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

T 5.01 Aufsichtsdaten OKP gemäss Art.31 KVV

BAG Name des OKP Versicherers Nr.	Durchschnittlicher Versicherter Bestand	Prämien je versicherte Person in Fr.	Leistungen des Versicherers je versicherte Person in Fr.	Kostenbeteiligung je versicherte Person in Fr.	Bruttoleistungen je versicherte Person in Fr.	Risikoausgleich je versicherte Person in Fr.	Verwaltungsaufwand + Abschreibungen je versicherte Person in Fr.	Gesamtergebnis je versicherte Person in Fr.	Stand der Rückstellungen je versicherte Person in Fr.	Stand der Reserven je versicherte Person in Fr.	Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %	Risikoausgleich in % der Einnahmen	Verwaltungsaufwand + Abschreibungen in % der Ausgaben	Reserven in % der Prämien
0	1	3B	5B	13B	12B	4B	6B	7	8B	9B	15	4C	6A	9C
8 CSS Kranken-Versicherung AG	939'684	2'447	2'489	408	2'897	-142	136	-9	689	413	101.7%	-5.7%	5.4%	16.9%
32 Krankenkasse Aquilana	32'411	2'446	2'407	395	2'802	-111	116	75	688	709	98.4%	-4.5%	4.8%	29.0%
57 Krankenkasse 57	10'828	3'713	3'932	520	4'452	-400	210	502	1'108	786	105.9%	-10.1%	6.1%	21.2%
62 SUPRA CAISSE-MALADIE	44'826	3'821	4'274	581	4'855	-1'050	276	144	1'479	1'653	111.9%	-30.7%	8.4%	43.3%
97 Krankenkasse Luchsingen-Hätzingen	938	2'078	1'744	350	2'094	133	91	73	373	657	83.9%	6.8%	4.9%	31.6%
134 Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln	3'604	1'907	1'772	342	2'114	40	81	70	721	851	92.9%	2.1%	4.5%	44.6%
160 Caisse Maladie de la Fonction Publique	31'183	2'620	2'072	414	2'486	262	137	170	568	646	79.1%	9.9%	5.6%	24.6%
178 Kranken- & Unfallkasse Rothenburg	980	2'050	1'467	312	1'779	388	123	74	561	734	71.6%	19.2%	6.3%	35.8%
182 PROVITA Gesundheitsversicherung AG	56'712	2'216	1'870	383	2'253	194	131	19	458	444	84.4%	8.8%	6.0%	20.0%
194 Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse	21'345	2'243	1'700	350	2'050	485	65	28	527	527	75.8%	21.5%	2.9%	23.5%
216 Caisse-Maladie EOS	2'046	2'629	2'121	413	2'534	114	150	246	684	1'240	80.7%	4.3%	6.3%	47.2%
246 Krankenkasse Steffisburg	7'079	2'256	1'761	353	2'115	297	111	71	512	520	78.1%	13.2%	5.1%	23.0%
261 Carena Schweiz	21'125	2'151	1'612	352	1'964	331	149	17	379	409	74.9%	15.5%	7.0%	19.0%
263 Bau- und Holzgewerbe SKBH	69'394	2'943	2'482	464	2'946	234	170	72	645	572	84.3%	7.9%	5.8%	19.4%
290 CONCORDIA	524'274	2'461	2'484	405	2'889	-161	134	-40	658	592	100.9%	-6.6%	5.4%	24.0%
294 Krankenkasse Mallers	6'952	1'949	1'584	320	1'904	254	120	12	454	89	81.3%	13.2%	6.3%	4.6%
312 Alupri Krankenkasse	164'611	2'404	2'285	396	2'681	58	89	-43	755	551	95.1%	2.4%	3.7%	22.9%
343 Avenir Assurances	90'062	2'714	2'412	439	2'851	93	138	39	648	789	88.9%	3.4%	5.2%	29.1%
360 Krankenkasse Luzerner Hinterland Zell	14'687	1'940	1'528	311	1'839	268	81	91	521	946	78.8%	13.7%	4.3%	48.8%
376 KPT CPT Krankenkasse	306'017	2'737	2'436	420	2'855	-15	154	-4	867	422	89.0%	-0.5%	5.6%	15.4%
411 Xundheit	36'490	2'326	1'943	312	2'256	252	170	49	406	159	83.6%	11.0%	7.6%	6.8%
445 Caisse-maladie Hermes	61'492	2'681	1'985	409	2'394	436	134	104	536	727	74.0%	16.3%	5.2%	27.1%
455 ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG	143'719	2'183	1'941	350	2'290	167	157	1	603	500	88.9%	7.1%	6.8%	22.9%
484 PANORAMA Kranken- und Unfallversicherung	21'365	2'856	3'101	456	3'557	-330	185	23	711	439	108.6%	-11.5%	6.5%	15.4%
509 Öffentliche Krankenkasse Basel	137'094	3'085	3'116	388	3'504	-56	196	2	977	662	101.0%	-1.7%	6.0%	21.5%
556 Versicherungsverein St. Moritz	2'769	2'637	2'507	317	2'824	100	233	0	614	941	95.1%	3.7%	8.6%	35.7%
558 Krankenkasse Flaachtal	2'488	1'793	1'037	309	1'346	519	117	45	442	1'219	57.8%	30.3%	7.0%	68.0%
591 Krankenkasse der Region Goms	8'397	2'041	1'795	322	2'117	167	63	47	487	478	87.9%	8.1%	3.1%	23.4%
623 Krankenkasse Embd	1'408	1'723	1'607	332	1'939	233	88	-202	231	132	93.2%	13.5%	4.6%	7.7%
627 Krankenkasse Lötschental	2'679	1'914	1'806	303	1'909	223	85	-60	541	1'283	83.9%	12.1%	4.4%	67.0%
749 La Caisse Vaudoise	63'480	2'902	2'302	439	2'741	346	134	191	673	985	79.3%	11.8%	4.9%	33.9%
758 Krankenkasse Stalden	1'487	1'991	2'019	305	2'324	-50	135	-88	528	1'038	101.4%	-2.5%	6.4%	52.1%
762 Kolping Krankenkasse AG	33'244	2'318	1'986	381	2'367	158	149	2	511	553	85.7%	6.9%	6.5%	23.9%
774 Krankenversicherung EASY SANA	17'780	2'140	1'363	345	1'707	460	141	97	422	557	63.7%	21.7%	7.0%	26.0%
780 Krankenkasse Elm	3'968	1'724	1'134	318	1'452	417	62	42	340	533	65.8%	24.7%	3.8%	30.9%
790 Krankenkasse des Saastales	1'514	2'239	2'030	374	2'405	-106	131	38	528	280	90.7%	-4.9%	6.1%	12.5%
820 Cassa da malsans publica Lumnezia I / Lugnez I	2'720	1'987	1'809	307	2'116	0	79	44	974	511	91.0%	0.0%	4.0%	25.7%
829 KLuG Krankenversicherung	16'366	1'789	1'559	334	1'892	99	119	64	501	626	87.1%	5.4%	6.6%	35.0%
881 "Die Eidgenössische" Gesundheitskasse	140'606	2'377	2'162	402	2'564	269	173	-54	540	439	90.9%	11.2%	7.1%	18.4%
895 Krankenkasse Staldenried	808	1'778	1'497	289	1'786	268	81	93	743	1'723	84.2%	13.8%	4.4%	96.9%
901 Öffentliche Kranken- und Unfallkasse Lugnez II	2'433	1'868	1'686	317	2'004	27	96	200	740	1'471	90.3%	1.4%	5.3%	78.7%
923 Krankenkasse SLKK	13'647	2'366	2'445	443	2'888	-197	148	-9	953	1'433	103.3%	-8.0%	6.0%	60.5%
941 sodalis Krankenversicherer	14'771	1'971	1'765	331	2'096	270	46	-64	474	817	89.5%	13.5%	2.2%	41.4%
966 Öffentliche Krankenkasse Surselva	6'297	1'821	1'705	304	2'009	127	97	-15	630	371	93.6%	6.6%	5.0%	20.4%
979 Krankenkasse Schaltenberge	2'278	1'753	1'691	309	2'000	129	126	-178	391	1'941	96.5%	7.3%	6.4%	110.8%
994 Progrès Versicherungen AG	312'521	2'281	1'456	358	1'814	689	123	27	375	254	63.8%	29.5%	5.3%	11.1%
1003 Krankenkasse Zenneggen	209	1'879	1'493	302	1'795	-270	139	568	1'266	5'701	79.4%	-13.9%	10.1%	303.4%
1040 Krankenkasse Visperterminen	2'988	1'713	1'159	287	1'446	342	98	21	418	1'016	67.7%	20.4%	5.9%	59.3%
1058 Krankenkasse Gondo/Zwischbergen	99	1'174	2'439	239	2'678	254	109	-782	606	4'359	207.7%	13.6%	4.1%	371.2%
1060 Wincare Versicherungen	261'289	2'776	3'126	463	3'589	-465	144	0	670	582	112.6%	-16.4%	5.1%	21.0%
1097 AVANTIS-Assureur maladie	10'708	1'999	1'191	331	1'522	483	127	106	346	375	59.6%	24.5%	6.8%	18.8%
1113 Caisse-maladie de la vallée d'Entremont	4'633	1'990	1'524	316	1'840	117	58	68	236	685	76.6%	11.5%	6.1%	34.4%
1142 Krankenkasse des Instituts Ingenbohl	10'13	3'510	7'311	738	8'049	-4'212	186	1'114	1'975	14'199	208.3%	-109.4%	6.8%	404.5%
1147 Krankenkasse Turbenthal	431	2'282	2'186	346	2'533	-281	201	217	1'357	2'374	95.8%	-12.3%	9.8%	104.0%
1159 AUXILIA Assurance-maladie	19'417	2'850	2'982	420	3'002	329	152	22	618	576	90.6%	11.6%	5.4%	20.2%
1215 Caisse-maladie de Troistorrens	8'252	2'599	1'518	401	2'319	343	174	94	618	1'236	73.8%	13.2%	7.0%	47.5%
1318 Stiftung Krankenkasse Wädenswil	4'823	2'405	2'058	428	2'486	-181	166	308	923	1'940	85.6%	-7.5%	8.0%	80.7%
1322 Betriebskrankenkasse Birchmeier	5'496	2'171	1'821	393	2'213	-4	140	156	567	679	83.9%	-0.2%	7.1%	31.3%
1328 kmu-Krankenversicherung	7'433	2'298	2'300	406	2'706	-162	179	1	690	1'317	100.1%	-7.0%	7.7%	57.3%
1331 Krankenkasse Stoffel	1'221	1'807	1'543	312	1'855	139	201	-37	371	1'027	85.4%	8.1%	11.4%	56.8%
1362 Krankenkasse Simplon	583	1'787	1'441	261	1'703	107	83	133	461	2'246	80.7%	5.8%	4.9%	125.7%
1384 SWICA Krankenversicherung	594'134	2'351	2'134	402	2'536	81	145	20	477	442	90.8%	3.4%	6.1%	18.8%
1386 Galenos Kranken- und Unfallversicherung	11'435	3'008	3'662	506	4'168	-892	227	58	1'102	745	121.7%	-29.7%	7.7%	24.8%
1395 ÖKK Öffentliche Krankenkasse Schweiz	21'325	2'482	1'638	302	1'939	620	199	-5	463	511	66.0%	25.0%	8.0%	20.6%
1401 Betriebskrankenkasse Heerbrugg	9'293	2'313	1'903	371	2'274	176	121	1	710	504	82.3%	7.6%	5.2%	21.8%
1423 publiSana Krankenversicherung	4'776	2'238	1'812	359	2'171	353	84	-2	419	531	80.9%	15.8%	3.8%	23.7%
1442 Fondation Natura Assurances.ch	1'272	2'264	1'345	314	1'658	813	190	-58	338	565	59.4%	37.3%	8.5%	25.0%
1454 Krankenkasse Cervino	7'008	2'084	1'567	276	1'843	482	49	-75	517	585	75.2%	23.8%	2.3%	28.1%
1479 Mutuel Assurances	287'943	2'990	2'546	467	3'013	218	170	75	635	611	85.2%	7.3%	5.8%	20.4%
1507 Fondation AMB	7'294	2'088	1'699	331	2'030	195	141	73	589	827	81.4%	9.1%	6.8%	39.6%
1509 Santas Grundversicherungen AG	357'529	2'510	1'933	403	2'335	445	148	-43	566	345	77.0%	17.6%	5.8%	13.7%
1520 Société suisse des hôteliers	8'224	3'543	3'268	388	3'656	243	219	44	961	580	92.2%	6.9%	6.3%	16.4%
1529 Intras - Caisse Maladie	329'043	2'898	2'542	429	2'992	229	122	7	561	335	87.7%	7.9%	4.2%	11.6%
1535 Caisse maladie-accident Philos	100'607	3'237	3'148	509	3'657	-179	163	209	784	864	97.2%	-5.4%	5.3%	26.7%
1542 Assura, assurance maladie et accident	369'912	2'480	1'449	326	1'775	639	150	151	716	904	58.4%	26.2%	6.5%	36.5%
1551 Caisse-maladie et accidents Universa	67'586	2'656	2'203	430	2'634	243	124	88	608	826	83.0%	9.1%	4.8%	31.1%
1552 aersana versicherungen	33'853	1'895	1'442	284	1'726	495	104	199	404	341	76.1%	19.9%	4.6%	18.0%
1555 Visana	434'603	3'096	3'765	535	4'299	-776	167	-1	1'301	574	121.6%	-23.9%	5.2%	18.5%
1560 Agrisano	91'977	1'855	1'275	297	1'572	335	122	74	375	952	68.7%	18.1%	6.9%	51.3%
1562 Helsana Versicherungen AG	782'797	3'069	3'461	503	3'964	-663	134	25	972	436	112.8%	-21.7%	4.4%	14.2%
1563 innova Krankenversicherung AG	40'738	2'542	2'342	402	2'744	-2	204	7	585	823	92.1%	-0.1%	8.0%	32.4%
1565 avanex Versicherungen AG	61'897	1'882	1'089	268	1'357	756	93	163	290	346	57.8%	33.8%	4.5%	18.4%
1566 sansan Versicherungen AG	132'998	2'009	1'197	317	1'515	647	104	60	287	247	59.6%	31.7%	5.2%	12.3%
15														

T 5.01 Aufsichtsdaten OKP gemäss Art.31 KVV

BAG- Nr.	Name des OKP Versicherers	Einnahmen Total in Mio. Fr.	Ausgaben Total in Mio. Fr.	Prämien in Mio. Fr.	Leistungen des Ver- sicherers in Mio. Fr.	Kosten- beteiligung in Mio. Fr.	Brutto- leistungen in Mio. Fr.	Risiko- ausgleich in Mio. Fr.	Stand der Rückstel- lungen in Mio. Fr.	Stand der Reserven in Mio. Fr.	VVG Zusatzer- sicherungen Prämien in Mio. Fr.	Gesetzlich vorgeschrie- bene Reserve in Mio. Fr.	Höher als die gesetzlich vorgeschrie- bene Reserve (+) in Mio. Fr.	Tiefer als die gesetzlich vorgeschrie- bene Reserve (-) in Mio. Fr.
0		2	14	3A	5A	13A	12A	4A	8A	9A	10	11A	11B	11C
8	CSS Kranken-Versicherung AG	2'347.1	2'355.8	2'299.1	2'338.5	383.7	2'722.2	-133.2	647.2	388.5	-	298.9	89.6	
32	Krankenkasse Aquilana	80.2	77.8	79.3	78.0	12.8	90.8	-3.6	22.3	23.0	34.7	15.9	7.1	
57	Krankenkasse 57	43.0	37.5	40.2	42.6	5.6	48.2	-4.3	12.0	8.5	-	8.0	0.5	
62	SUPRA CAISSE-MALADIE	153.5	147.0	171.3	191.6	26.0	217.6	-47.1	66.3	74.1	-	34.3	39.8	
97	Krankenkasse Luchsingen-Hätzingen	1.8	1.8	1.9	1.6	0.3	2.0	0.1	0.4	0.6	0.2	0.4	0.2	
134	Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln	6.7	6.5	6.9	6.4	1.2	7.6	0.1	2.6	3.1	-	1.4	1.7	
160	Caisse Maladie de la Fonction Publique	82.1	76.8	81.7	64.6	12.9	77.5	8.2	17.7	20.1	9.2	16.3	3.8	
178	Kranken- & Unfallkasse Rothenburg	2.0	1.9	2.0	1.4	0.3	1.7	0.4	0.6	0.7	0.3	0.4	0.3	
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	124.9	123.8	125.6	106.1	21.7	127.8	11.0	26.0	25.2	-	22.6	2.6	
194	Sumiswilder Kranken- und Unfallkasse	48.2	47.6	47.9	36.3	7.5	43.7	10.4	9.6	11.3	7.3	9.6	1.7	
216	Caisse-Maladie EOS	5.4	4.9	5.4	4.3	0.8	5.2	0.2	1.4	2.5	0.5	1.1	1.5	
246	Krankenkasse Steffisburg	16.0	15.5	16.0	12.5	2.5	15.0	2.1	3.6	3.7	1.4	3.2	0.5	
261	Carena Schweiz	45.3	44.9	45.4	34.1	7.4	41.5	7.0	8.0	8.6	11.8	9.1		-0.4
263	Bau- und Holzgewerbe SKBH	206.6	201.6	204.2	172.2	32.2	204.4	16.3	44.8	39.7	24.8	36.8	2.9	
290	CONCORDIA	1'279.3	1'300.0	1'290.3	1'302.5	212.3	1'514.8	-84.4	345.1	310.3	453.9	167.7	142.5	
294	Krankenkasse Malters	13.3	13.2	13.6	11.0	2.2	13.2	1.8	3.2	0.6	1.7	2.7		-2.1
312	Alupli Krankenkasse	395.4	402.6	395.7	376.2	65.2	441.3	9.6	124.3	90.7	103.0	63.3	27.4	
343	Avenir Assurances	244.7	241.1	244.4	217.2	39.6	256.8	8.4	58.4	71.1	28.1	44.0	27.1	
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland Zell	28.8	27.4	28.5	22.4	4.6	27.0	3.9	7.7	13.9	5.4	5.7	8.2	
376	KPT CPT Krankenkasse Basel	838.3	839.4	837.4	745.4	128.4	873.8	-4.6	265.3	129.0	-	108.9	20.1	
411	Xundheit	83.5	81.7	84.9	70.9	11.4	82.3	9.2	14.8	5.8	27.9	17.0		-11.2
445	Caisse-maladie Hermes	164.6	158.2	164.8	122.0	25.1	147.2	26.8	32.9	44.7	26.5	29.7	15.0	
455	ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG	335.1	334.9	313.7	278.9	50.2	329.2	23.9	86.6	71.8	-	56.5	15.3	
484	PANORAMA Kranken- und Unfallversicherung	61.6	61.1	61.0	66.3	9.7	76.0	-7.1	15.2	9.4	-	12.2		-2.8
509	Öffentliche Krankenkasse Basel	446.1	445.9	422.9	427.2	53.3	480.4	-7.6	134.0	90.7	22.6	76.1	14.6	
556	Versicherungsverein St. Moritz	7.5	7.5	7.3	6.9	0.9	7.8	0.3	1.7	2.6	1.8	1.5	1.1	
558	Krankenkasse Flaachthal	4.3	4.2	4.5	2.6	0.8	3.3	1.3	1.1	3.0	-	0.9	2.1	
591	Krankenkasse der Region Goms	17.4	17.0	17.1	15.1	2.7	17.8	1.4	4.1	4.0	2.5	3.4	0.6	
623	Krankenkasse Embd	2.4	2.7	2.4	2.3	0.5	2.7	0.3	0.3	0.2	0.1	0.5		-0.3
627	Krankenkasse Lötschental	4.9	5.1	5.1	4.3	0.8	5.1	0.6	1.5	3.4	-	1.0	2.4	
749	La Caisse Vaudoise	186.0	173.9	184.2	146.1	27.9	174.0	22.0	42.7	62.5	48.1	33.2	29.4	
758	Krankenkasse Stalden	3.0	3.1	3.0	3.0	0.5	3.5	-0.1	0.8	1.5	-	0.6	1.0	
762	Kolping Krankenkasse AG	76.1	76.0	77.1	66.0	12.7	78.7	5.3	17.0	18.4	15.4	15.4	3.0	
774	Krankenversicherung EASY SANA	37.7	36.0	38.0	24.2	6.1	30.4	8.2	7.5	9.9	1.4	7.6	2.3	
780	Krankenkasse Elm	6.7	6.5	6.8	4.5	1.3	5.8	1.7	1.4	2.1	0.8	1.4	0.7	
790	Krankenkasse des Saastales	3.3	3.2	3.4	3.1	0.6	3.6	-0.2	0.8	0.4	-	0.7		-0.3
820	Cassa da malsans publica Lumnezia I / Lugnez I	5.6	5.4	5.4	4.9	0.8	5.8	0.0	2.7	1.4	0.6	1.1	0.3	
829	KLuG Krankenversicherung	30.3	29.3	29.3	25.5	5.5	31.0	1.6	8.2	10.2	-	5.9	4.4	
881	"Die Eidgenössische" Gesundheitskasse	336.9	344.5	334.3	304.0	56.6	360.5	37.9	75.9	61.7	85.8	60.2	1.5	
895	Krankenkasse Staldenried	1.6	1.5	1.4	1.2	0.2	1.4	0.2	0.6	1.4	-	0.3	1.1	
901	Öffentliche Kranken- und Unfallkasse Lugnez II	4.9	4.4	4.5	4.1	0.8	4.9	0.1	1.8	3.6	1.2	0.9	2.7	
923	Krankenkasse SLKK	33.5	33.6	32.3	33.4	6.0	39.4	-2.7	13.0	19.6	-	6.5	13.1	
941	sodalis Krankenversicherer	29.6	30.5	29.1	26.1	4.9	31.0	4.0	7.0	12.1	6.8	5.8	6.2	
966	Öffentliche Krankenkasse Surselva	12.1	12.2	11.5	10.7	1.9	12.7	0.8	4.0	2.3	2.2	2.3	0.0	
979	Krankenkasse Schattenberge	4.0	4.5	4.0	3.9	0.7	4.6	0.3	0.9	4.4	-	0.8	3.6	
994	Progrès Versicherungen AG	728.9	720.5	713.0	455.0	111.9	566.9	215.2	117.3	79.4	0.1	92.7		-13.3
1003	Krankenkasse Zeneggen	0.4	0.3	0.4	0.3	0.1	0.4	-0.1	0.3	1.2	-	0.1	1.1	
1040	Krankenkasse Visperterminen	5.0	4.9	5.1	3.5	0.9	4.3	1.0	1.3	3.0	0.5	1.0	2.0	
1058	Krankenkasse Gondo/Zwischbergen	0.2	0.3	0.1	0.2	0.0	0.3	0.0	0.1	0.4	-	0.0	0.4	
1060	Wincare Versicherungen	739.0	739.0	725.4	816.7	121.1	937.7	-121.5	175.0	152.1	-	94.3	57.8	
1097	AVANTIS-Assureur maladie	21.1	20.0	21.4	12.7	3.5	16.3	5.2	3.7	4.0	0.4	4.3		-0.3
1113	Caisse-maladie de la vallée d'Entremont	4.7	4.4	9.2	7.1	1.5	8.5	0.5	1.1	3.2	-	1.8	1.3	
1142	Krankenkasse des Institutes Ingenbohl	3.9	2.8	3.6	7.4	0.7	8.1	-4.3	2.0	14.4	-	0.7	13.7	
1147	Krankenkasse Turbenthal	1.0	0.9	1.0	0.9	0.1	1.1	-0.1	0.6	1.0	-	0.2	0.8	
1159	AUXILIA Assurance-maladie	54.9	54.5	55.3	50.1	8.2	58.3	6.4	12.0	11.2	0.0	11.1	0.1	
1215	Caisse-maladie de Troistorrens	21.4	20.6	21.4	15.8	3.3	19.1	2.8	5.1	10.2	1.0	4.3	5.9	
1318	Stiftung Krankenkasse Wädenswil	11.6	10.1	11.6	9.9	2.1	12.0	-0.9	4.5	9.4	0.8	2.3	7.0	
1322	Betriebskrankenkasse Birchmeier	11.6	10.8	11.9	10.0	2.2	12.2	0.0	3.1	3.7	0.9	2.4	1.3	
1328	kmu-Krankenversicherung	17.4	17.4	17.1	17.1	3.0	20.1	-1.2	5.1	9.8	5.9	3.4	6.4	
1331	Krankenkasse Stoffel	2.1	2.2	2.2	1.9	0.4	2.3	0.2	0.5	1.3	-	0.4	0.8	
1362	Krankenkasse Simplon	1.1	1.0	1.0	0.8	0.2	1.0	0.1	0.3	1.3	-	0.2	1.1	
1384	SWICA Krankenversicherung	1'417.9	1'406.2	1'396.6	1'268.1	238.8	1'506.9	47.9	283.5	262.6	829.8	181.6	81.1	
1386	Galenos Kranken- und Unfallversicherung	34.3	33.7	34.4	41.9	5.8	47.7	-10.2	12.6	8.5	14.5	6.9	1.6	
1395	ÖKK Öffentliche Krankenkasse Schweiz	52.9	53.0	52.9	34.9	6.4	41.4	13.2	9.9	10.9	-	10.6	0.3	
1401	Betriebskrankenkasse Heerbrugg	21.5	21.5	21.5	17.7	3.4	21.1	1.6	6.6	4.7	12.1	4.3	0.4	
1423	publiSana Krankenversicherung	10.6	10.6	10.7	8.7	1.7	10.4	1.7	2.0	2.5	3.1	2.1	0.4	
1442	Fondation Natura Assurances.ch	2.8	2.8	2.9	1.7	0.4	2.1	1.0	0.4	0.7	0.0	0.6	0.1	
1454	Krankenkasse Cervino	14.2	14.7	14.6	11.0	1.9	12.9	3.4	3.6	4.1	2.3	2.9	1.2	
1479	Mutuel Assurances	864.6	843.2	860.8	733.1	134.4	867.5	62.9	182.8	175.8	119.9	111.9	63.9	
1507	Fondation AMB	15.6	15.1	15.2	12.4	2.4	14.8	1.4	4.3	6.0	-	3.0	3.0	
1509	Sanitas Grundversicherungen AG	903.5	918.9	897.4	690.9	143.9	834.9	159.3	202.4	123.3	-	116.7	6.7	
1520	Société suisse des hôteliers	29.0	28.6	29.1	26.9	3.2	30.1	2.0	7.9	4.8	0.1	5.8		-1.1
1529	Intras - Caisse Maladie	951.7	949.3	953.5	836.5	147.9	984.4	75.4	184.6	110.3	-	124.0		-13.6
1535	Caisse maladie-accident Philos	332.4	311.4	325.7	316.7	51.2	367.9	-18.0	78.9	86.9	29.1	58.6	28.3	
1542	Assura, assurance maladie et accident	902.6	846.6	917.4	536.0	120.7	656.6	236.4	264.7	334.5	0.3	119.3	215.2	
1551	Caisse-maladie et accidents Universa	180.1	174.2	179.5	148.9	29.1	178.0	16.5	41.1	55.8	31.5	32.3	23.5	
1552	aerosana versicherungen	84.1	77.3	64.1	48.8	9.6	58.4	16.7	13.7	11.5	1.2	12.8		-1.3
1555	Visana	1'409.2	1'409.8	1'345.4	1'636.2	232.3	1'868.5	-337.1	565.5	249.4	-	174.9	74.5	
1560	Agrisano	170.1	163.3	170.6	117.2	27.3	144.5	30.9	34.5	87.5	11.0	30.7	56.8	
1562	Helsana Versicherungen AG	2'392.4	2'373.1	2'402.7	2'709.2	393.7	3'102.8	-519.0	761.2	341.5	-	312.4	29.1	
1563	innova Krankenversicherung AG	103.7	103.4	103.5	95.4	16.4	111.8	-0.1	23.9	33.5	-	20.7	12.8	
1565	avanex Versicherungen AG	138.4	128.3	116.5	67.4	16.6	84.0	46.8	17.9	21.4	-	21.0	0.4	
1566	sansan Versicherungen AG	272.0	264.0	267.2	159.2	42.2	201.4	86.1	38.2	32.9	-	48.1		-15.2
1568	Sana24	12.0	12.4	12.1	5.9	1.7	7.7	4.7	2.6	2.7	-	2.4	0.2	
1569	Arcosana AG	95.2	95.7	97.4	60.8	14.5	75.3	28.5	14.7	7.4	-	19.5		-12.1
1570	Vivacare	0.3	0.3	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2	6.5	-	0.0	6.4	
1571	SanaTop Versicherungen AG	12.5	13.3	12.4	6.4	1.5	7.9	4.1	2.1	6.6	-	2.5	4.1	
Total:	87	19'909.1	19'730.4	19'689.1	18'423.6	3'155.1	21'578.7	-10.3	5'234.1	3'970.4	1'990.5	2'836.2	1'208.1	-73.9

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

0) Nur OKP Versicherer

Name des Versicherers eventuell gekürzt

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand (nur OKP Versicherer)

Durchschnittsbestand = Mittelwert aller Monate

2) Einnahmen Total (in Mio. Fr.)

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

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

Prämienoll = Prämiensumme gemäss den genehmigten Prämientarifen.

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

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

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

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

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

6A + 6B) Verwaltungsaufwand & Abschreibungen (in % der Ausgaben und je versicherte Person in Fr.)

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

7) Gesamtergebnis (je versicherte Person in Fr.)

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

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

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

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

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

Sicherheits- und Schwankungsreserven = Mittel, die dem Versicherer zur Sicherstellung der langfristigen eigenen Zahlungsfähigkeit dienen. Je nach Grösse des Versicherers müssen folgende Mindestsätze (Reserven in % des jährlichen Prämienolls) erreicht werden (Art. 78 KVV):

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

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

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

KVG-Versicherer, welche eigene VVG-Zusatzversicherungen anbieten.

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

(in Millionen Franken, Höher als die gesetzliche vorgeschriebene Reserve, Tiefer als die gesetzliche vorgeschriebene Reserve)
Siehe auch 9A.

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

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

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

Kostenbeteiligung der Versicherten : Franchise / Selbstbehalt / Tagespauschale im Spital.
Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

14) Ausgaben Total (in Mio. Fr.)

Ausgaben = Total Versicherungs- und Betriebsaufwand.

15) Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %

Quelle: Formulare EF 1 2 3

0	BAG-Nr. nur wenn EF1.12A Total > 0	8B	= ([8A] / [1]) in %
1	EF1.12A Total nur wenn > 0	9A	EF1 Seite 5 Konten 290 + 290.9
2	EF2 Konten 6 + 7 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	9B	= ([9A] / [1]) in %
3A	EF2 Konto 61 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	9C	= ([9A] / [3]) in %
3B	= ([3A] / [1])	10	EF2 Seite 2.8 VVG Konto 63 Krankheit + Unfall
4A	EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	11A	wenn [1] >= 250'000 : 15% von [3] ; wenn [1] < 250'000 : 20%
4B	(EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [1]	11B	wenn [9A] >= [11A] : [9A] - [11A]
4C	(EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [2]	11C	wenn [9A] < [11A] : [9A] - [11A]
5A	EF2 Konto 30-33 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	12A	= [5A] + [13A]
5B	= ([5A] / [1])	12B	= ([12A] / [1])
6A	(EF2 Konten 40-47 + 48 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) /	13A	= - (EF2 Konto 32 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7)
6B	(EF2 Konten 40-47 + 48 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [1] in %	13B	= ([13A] / [1])
7	EF2 Konten Gesamtbetriebsergebnis ohne Position	14	(EF2 Konto 3/4 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7)
	Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7 / ([1])	15	= ([5B] / [3B]) in %
8A	EF1 Seite 4 Konto 270		

Datenstand : 31.7.08

T 5.03 KVG Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung

2007

BAG-Nr.	Name des KVG-Versicherers 1	* : KVG-Versicherer nur mit freiwilliger Taggeldversicherung	Prämien	Leistungen	Verwaltungs- aufwand + Abschrei- bungen	Gesamt- ergebnis	Stand der Rückstel- lungen	Stand der Reserven
			in Tausend Fr.	in Tausend Fr.	in Tausend Fr.	in Tausend Fr.	in Tausend Fr.	in Tausend Fr.
0		1	2	3	4	5	6	7
8	CSS Kranken-Versicherung AG		1'469.4	1'167.1	81.6	246.1	2'000.0	9'266.0
32	Krankenkasse Aquilana		1'589.3	682.0	126.4	250.2	800.0	821.2
57	Krankenkasse 57		33'214.1	25'273.9	4'131.4	2'526.4	3'480.0	29'864.5
97	Krankenkasse Luchsingen-Hätzingen		54.6	11.2	0.3	8.7	30.0	40.0
134	Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln		112.8	144.0	15.6	-36.4	100.0	369.6
160	Caisse Maladie de la Fonction Publique		1'388.1	952.0	211.8	355.4	130.0	1'903.1
178	Kranken- & Unfallkasse Rothenburg		37.0	26.1	3.7	9.9	0.0	183.0
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG		5.8	2.7	7.4	6.1	0.0	375.1
194	Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse		1'242.8	980.0	153.8	121.7	550.0	1'312.9
216	Caisse-Maladie EOS		120.3	124.8	27.4	-23.9	15.0	252.0
246	Krankenkasse Steffisburg		35.0	14.1	22.6	-5.1	28.3	229.1
261	Carena Schweiz		250.9	120.1	97.4	33.5	300.0	988.3
263	Bau- und Holzgewerbe und verwandte Berufe SKBH		8'847.0	5'330.8	1'823.5	2'365.0	1'330.0	17'205.4
290	CONCORDIA		11'021.6	8'702.0	1'897.0	366.6	1'314.9	4'367.7
294	Krankenkasse Malters		77.4	55.3	31.2	-12.8	51.0	109.6
312	Atupri Krankenkasse		572.6	523.3	21.3	31.0	173.0	2'799.4
343	Avenir Assurances, Assurances maladie et accidents		1'447.4	690.6	241.3	546.1	165.0	7'769.8
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland Zell		983.2	639.6	34.7	187.0	523.6	1'708.6
376	KPT CPT Krankenkasse		1'047.9	614.0	46.0	389.5	259.5	4'060.6
411	Xundheit, Öffentliche Gesundheitskasse Schweiz AG		6'185.5	4'347.3	1'858.3	-159.6	690.0	1'051.2
445	Caisse-maladie Hermes		1'886.5	1'120.4	517.5	301.6	150.0	865.5
455	ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG		4'088.6	2'610.8	294.4	1'398.8	1'130.8	11'704.3
484	PANORAMA Kranken- und Unfallversicherung		11.3	13.5	1.7	10.3	10.0	336.2
509	Öffentliche Krankenkasse Basel		23.4	5.0	200.0	123.7	1'427.1	3'328.2
556	Kranken- und Unfall-Versicherungsverein St. Moritz		414.4	264.4	84.9	104.6	42.0	1'172.9
558	Krankenkasse Flaachthal		11.4	1.9	0.5	1.6	24.6	131.8
591	Krankenkasse der Region Goms		1'248.2	1'172.5	41.4	61.7	90.0	811.6
623	Krankenkasse Emdbd		49.6	9.4	2.0	5.4	4.0	7.2
627	Krankenkasse Lötschental		134.3	116.8	5.9	11.8	10.0	28.0
749	La Caisse Vaudoise		5'143.9	3'140.6	819.6	1'449.8	700.0	2'993.5
758	Krankenkasse Stalden		23.9	37.2	3.9	-0.8	20.0	85.1
762	Kolping Krankenkasse AG		339.5	122.9	84.2	104.4	250.0	1'357.1
774	Krankenversicherung EASY SANA		578.0	351.4	146.9	66.7	105.0	757.0
780	Krankenkasse Elm		143.1	81.2	35.5	17.5	18.0	162.9
790	Krankenkasse des Saastales		64.4	29.6	5.9	4.0	19.9	42.6
820	Cassa da malsauns publica Lumnezia I / Lugnez I		320.2	313.8	14.0	31.2	290.0	140.4
829	KLuG Krankenversicherung		645.6	294.1	274.5	164.5	390.0	1'568.7
881	"Die Eidgenössische" Gesundheitskasse		550.0	475.4	117.5	-132.7	242.0	5'238.3
895	Krankenkasse Staldenried		7.3	0.9	0.0	0.3	0.0	31.3
901	Öffentliche Kranken- und Unfallkasse Lugnez II		268.0	150.8	13.4	103.8	50.0	498.2
923	Krankenkasse SLKK		148.2	23.3	1.2	157.4	10.0	3'851.9
941	sodalis Krankenversicherer		315.1	397.9	53.4	-150.0	83.2	1'434.9
966	Öffentliche Krankenkasse Surselva (ÖKK Surselva)		919.0	811.7	240.0	-48.6	360.0	823.6
979	Krankenkasse Schattenberge		11.3	0.8	1.0	0.0	8.0	43.8
994	Progrès Versicherungen AG		786.0	530.6	66.3	-66.2	501.0	1'216.0
1003	Krankenkasse Zeneggen		0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	5.7
1040	Krankenkasse Visperterminen		148.0	54.0	6.4	53.7	0.0	627.0
1060	Wincare Versicherungen		6'333.9	3'956.1	2'380.8	88.4	1'000.0	8'398.0
1097	AVANTIS-Assureur maladie		81.5	9.5	11.1	35.9	10.0	307.4
1147	Krankenkasse Turbenthal		14.3	11.2	1.0	5.5	31.0	130.9
1179	Personnel communal de la Ville de Neuchâtel	*	990.1	899.3	107.0	-10.7	60.0	1'795.2
1215	Caisse-maladie de Troistorrents		77.5	45.3	13.6	2.1	10.0	264.4

T 5.03 KVG Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung

2007

BAG-Nr.	Name des KVG-Versicherers 1	* : KVG-Versicherer nur mit freiwilliger Taggeldversicherung	Prämien in Tausend Fr.	Leistungen in Tausend Fr.	Verwaltungsaufwand + Abschreibungen in Tausend Fr.	Gesamtergebnis in Tausend Fr.	Stand der Rückstellungen in Tausend Fr.	Stand der Reserven in Tausend Fr.
0		1	2	3	4	5	6	7
1318	Stiftung Krankenkasse Wädenswil		39.4	0.0	3.5	33.6	20.0	203.5
1322	Betriebskrankenkasse Birchmeier		113.6	44.7	11.2	38.6	34.6	237.3
1328	kmu-Krankenversicherung		79.9	20.1	3.9	57.7	255.5	267.8
1331	Krankenkasse Stoffel		1.8	1.6	7.6	-1.0	134.4	556.2
1362	Krankenkasse Simplon		15.8	2.3	0.2	1.2	1.5	0.0
1384	SWICA Krankenversicherung		6'193.0	4'516.8	1'578.8	182.7	1'093.6	6'266.5
1386	Galenos Kranken- und Unfallversicherung		1'207.7	1'178.5	64.3	7.1	100.0	243.7
1395	ÖKK Öffentliche Krankenkasse Schweiz		3.6	-13.8	0.3	31.1	16.9	79.1
1401	Betriebskrankenkasse Heerbrugg		47.7	34.5	24.6	8.3	110.0	226.1
1402	Taggeldkasse bildende KünstlerInnen	*	0.0	130.4	1.6	111.1	20.0	1'276.1
1423	publiSana Krankenversicherung		70.6	0.6	3.4	43.0	120.0	300.0
1442	Fondation Natura Assurances.ch		46.8	17.2	8.3	20.9	10.0	294.2
1454	Krankenkasse Cervino		2'262.1	1'415.6	157.1	48.9	3'750.0	1'748.5
1479	Mutuel Assurances		12'895.4	7'422.7	2'958.2	3'225.0	1'080.0	29'198.3
1491	Gewerbliche Krankenkasse Bern	*	1'656.4	1'434.4	191.9	132.1	0.0	2'372.1
1507	Fondation AMB		337.3	195.6	67.1	81.8	110.0	1'779.1
1509	Sanitas Grundversicherungen AG		6'777.5	4'027.6	436.3	2'375.7	3'848.0	15'478.6
1520	Caisse de maladie de la Société suisse des hôteliers		24'682.9	18'336.0	2'011.6	3'734.5	3'500.0	17'650.8
1522	Krankenkasse Schweizerischer Metallbauern	*	2'808.7	2'147.2	335.1	260.4	350.0	5'271.8
1529	Intras - Caisse Maladie		828.5	558.1	22.6	308.8	122.8	7'132.5
1535	Caisse maladie-accident Philos		20'314.7	13'069.8	3'527.0	4'661.5	1'551.0	34'493.2
1540	Mitarbeiter der fenaco-Mitgliedgenossenschaften (KGV)	*	2'593.5	2'227.7	130.4	362.0	26.0	2'750.8
1551	Caisse-maladie et accidents Universa		813.6	484.2	143.4	280.0	200.0	1'436.0
1552	aerosana versicherungen		0.4	0.0	0.0	0.2	0.0	1.7
1555	Visana		3'206.5	2'158.9	139.9	1'121.4	644.0	47'155.9
1560	Agrisano		15'482.3	11'211.1	1'232.3	3'586.4	2'709.5	29'443.6
1562	Helsana Versicherungen AG		102'727.3	68'875.0	17'107.7	8'242.3	64'029.0	95'315.3
1563	innova Krankenversicherung AG		1'346.5	689.4	571.8	227.9	111.0	2'233.5
1565	avanex Versicherungen AG		31.2	7.5	5.0	10.8	8.0	16.7
1566	sansan Versicherungen AG		190.3	72.8	30.8	74.4	63.4	208.1
Total 82		5	302'255.0	207'719.5	47'154.4	40'369.7	103'006.0	438'473.9

Datenstand : 31.7.08

1) Es gibt OKP-Versicherer, die in der freiwilligen KVG-Krankentaggeld keine Versicherten haben. Name des Versicherers eventuell gekürzt.

Quelle: Formular EF123

- 0 BAG-Nr. nur wenn [2] oder [3] > 0
- 1 * wenn EF 1.12A Total = 0
- 2 EF3 Total T 3.9.2
- 3 EF3 Total T 3.9.3
- 4 EF2 Konten 40-47 + 48 Krankheit + Unfall Seiten 2.0 -> 2.1
- 5 EF2 Konten Gesamtbetriebsergebnis ohne Position Krankheit + Unfall Seiten 2.0 -> 2.1
- 6 EF1 [1.4] Konto 271
- 7 EF1 [1.5] Konto 291

2/2

T 5.04 Mutationen bei den Krankenversicherern

2007

BAG-Nr.	Name des Versicherers	Datum	Nicht mehr in der BAG-Liste ¹	Neuer Versicherer	Neue Namen	Neues Tätigkeitsgebiet	Zusammenschluss oder Transfer mit BAG-Nr. / Versicherer
57	Krankenkasse 57	01.01.07			Moove Sympany AG		
290	Verein CONCORDIA	01.01.07			CONCORDIA AG		
376	KPT Krankenkasse	01.01.07			KPT Krankenkasse AG		
1040	Visperterminen	01.01.07				Prämienregion 2 des Kantons Wallis	
1159	Auxilia Assurance-maladie	01.01.07			Auxilia Assurance-maladie SA		
1395	öKK Schweiz AG	28.11.07			Vivao Sympany Schweiz AG		
Total			0	0	5	1	0

Datenstand : 1.7.08

1) Nach dem Entzug der Anerkennung als Krankenversicherer wurden die Leistungen durch den Insolvenzfonds (Gemeinsame Einrichtung) erbracht.

Quelle: Bulletin RKUV BAG 5/06 & Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer BAG 10/07

A 6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG

6.01	Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 1997	128
6.02	Ertrag, Aufwand und Ergebnis ab 1997	128
6.03	Versicherer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel- u. Kollektivverträgen	129
6.04	Betriebsrechnung der Einzel- und Kollektivversicherung insgesamt	130
6.05	Betriebsrechnung der Einzelversicherung	131
6.06	Betriebsrechnung der Kollektivversicherung	132

T 6.01 Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 1997

2007

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	Versicherten- bestand ¹	Versicherer- bestand
1997	560.6	178	621.5	219	962'507	134
1998	511.4	210	456.4	199	822'171	115
1999	464.5	209	412.1	193	727'206	109
2000	439.2	209	381.6	200	639'885	102
2001	400.7	222	352.0	197	561'848	102
2002	371.7	219	329.1	193	495'344	93
2003	357.1	231	309.9	197	439'082	92
2004	356.6	238	277.9	191	384'858	93
2005	342.3	203	251.1	158	409'989	82
2006	318.1	203	220.6	149	376'229	81
2007	302.3	192	207.7	139	342'047	81

Datenstand: 31.7.08

Quelle: T 6.03

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

Nur Einzelversicherung.**T 6.02 Ertrag, Aufwand und Ergebnis in Franken ab 1997**

2007

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

Datenstand: 31.7.08

Quelle: T 6.04

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

2007

Anzahl / Betrag	Einzelversicherung	Kollektivversicherung ³	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Anzahl Versicherer	79	44	81	0.0%
Versichertenbestand ²				
Männlich	148'688	-	-	-9.2%
Weiblich	193'359	-	-	-9.0%
Total	342'047	-	-	-9.1%
Prämiensoll in Franken				
Männlich	39'176'718	162'525'955	201'702'673	-5.8%
Weiblich	26'592'271	73'960'061	100'552'332	-3.3%
Total	65'768'989	236'486'015	302'255'005	-5.0%
Prämiensoll in Franken pro Versicherte(n)				
Männlich	263	-	-	-6.0%
Weiblich	138	-	-	-4.7%
Total	192	-	-	-5.5%
Leistungen in Franken				
Männlich	30'659'743	120'207'636	150'867'379	-3.8%
Weiblich	17'043'709	39'808'403	56'852'111	-10.9%
Total	47'703'452	160'016'039	207'719'491	-5.8%
davon Mutterschaft	353'367	4'690'175	5'043'542	-4.6%
Leistungen in Franken pro Versicherte(n)				
Männlich	206	-	-	-6.5%
Weiblich	88	-	-	-5.2%
Total	139	-	-	-6.1%

Datenstand: 31.7.08

Quelle: Formular EF3 [3.9]

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

2) Versichertenbestand am 31.12.

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

T 6.04 Betriebsrechnung der Einzel- und Kollektivversicherung insgesamt

2007

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60	Prämien	278'530'082	23'724'920	302'255'002
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-3'157'538	-193'874	-3'351'412
65	Andere Beitragsanteile	346'824	4'194	351'018
60-65	Brutto-Prämien	275'719'368	23'535'240	299'254'608
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-1'364'244	-67'294	-1'431'538
60-66	Eigene Versicherungsprämien	274'355'123	23'467'947	297'823'070
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	168'379	45'212	213'591
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-29	-3	-31
69	Sonstige Betriebserträge	1'873'290	15'550	1'888'840
6	Total Versicherungsertrag	276'396'765	23'528'705	299'925'470
30	Leistungen	190'692'353	17'027'138	207'719'491
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33	Bezahlte Leistungen	190'692'353	17'027'138	207'719'491
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	703'489	31'129	734'618
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	6'779'440	994'977	7'774'416
30-35	Brutto-Leistungen	198'175'282	18'053'243	216'228'525
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-927'368	-54'465	-981'834
37	Risikoausgleich			
3	Total Versicherungsaufwand	197'247'913	17'998'778	215'246'691
40-47	Verwaltungsaufwand	42'525'972	3'781'685	46'307'658
48	Abschreibungen	731'233	115'502	846'736
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	900'470	118'616	1'019'086
4	Total Betriebsaufwand	44'157'676	4'015'803	48'173'480
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	241'405'590	22'014'581	263'420'171
	Versicherungsbetriebsergebnis	34'991'175	1'514'124	36'505'299
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	3'574'286	290'154	3'864'440
	Gesamtbetriebsergebnis	38'565'461	1'804'279	40'369'739

Datenstand: 31.7.08

Quelle: Formular EF2 [2.0 & 2.1]

T 6.05 Betriebsrechnung der Einzelversicherung ¹

2007

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60	Prämien	59'269'141	6'499'846	65'768'987
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-381'655	-31'552	-413'208
65	Andere Beitragsanteile	71'390	1'707	73'098
60-65	Brutto-Prämien	58'958'876	6'470'001	65'428'877
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-611'567	-59'637	-671'205
60-66	Eigene Versicherungsprämien	58'347'309	6'410'363	64'757'672
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	168'245	45'212	213'457
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-29	-3	-31
69	Sonstige Betriebserträge	311'615	8'313	319'928
6	Total Versicherungsertrag	58'827'141	6'463'885	65'291'026
30	Leistungen	43'830'915	3'872'536	47'703'452
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33	Bezahlte Leistungen	43'830'915	3'872'536	47'703'452
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	92'865	4'718	97'584
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	20'169	106'925	127'094
30-35	Brutto-Leistungen	43'943'950	3'984'180	47'928'129
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-379'549	-47'310	-426'859
37	Risikoausgleich			
3	Total Versicherungsaufwand	43'564'401	3'936'870	47'501'270
40-47	Verwaltungsaufwand	10'398'581	1'080'883	11'479'464
48	Abschreibungen	170'361	25'694	196'055
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	96'116	16'084	112'200
4	Total Betriebsaufwand	10'665'058	1'122'661	11'787'719
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	54'229'459	5'059'530	59'288'989
	Versicherungsbetriebsergebnis	4'597'682	1'404'355	6'002'037
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	1'150'902	125'717	1'276'619
	Gesamtbetriebsergebnis	5'748'584	1'530'072	7'278'656

Datenstand: 31.7.08

Quelle: Formular EF2 [2.0]

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

T 6.06 Betriebsrechnung der Kollektivversicherung ¹

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60 Prämien	219'260'941	17'225'075	236'486'015
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-2'775'883	-162'321	-2'938'204
65 Andere Beitragsanteile	275'434	2'486	277'920
60-65 Brutto-Prämien	216'760'492	17'065'240	233'825'731
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-752'677	-7'656	-760'334
60-66 Eigene Versicherungsprämien	216'007'815	17'057'583	233'065'398
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	134	0	134
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69 Sonstige Betriebserträge	1'561'675	7'237	1'568'912
6 Total Versicherungsertrag	217'569'624	17'064'820	234'634'444
30 Leistungen	146'861'438	13'154'601	160'016'039
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33 Bezahlte Leistungen	146'861'438	13'154'601	160'016'039
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	610'624	26'410	637'034
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	6'759'270	888'052	7'647'322
30-35 Brutto-Leistungen	154'231'332	14'069'063	168'300'395
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-547'819	-7'155	-554'975
37 Risikoausgleich			
3 Total Versicherungsaufwand	153'683'513	14'061'908	167'745'421
40-47 Verwaltungsaufwand	32'127'391	2'700'803	34'828'194
48 Abschreibungen	560'872	89'808	650'681
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	804'354	102'531	906'886
4 Total Betriebsaufwand	33'492'618	2'893'143	36'385'761
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	187'176'131	16'955'051	204'131'181
Versicherungsbetriebsergebnis	30'393'493	109'769	30'503'262
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	2'423'384	164'437	2'587'821
Gesamtbetriebsergebnis	32'816'877	274'206	33'091'083

Datenstand: 31.7.08

Quelle: Formular EF2 [2.1]

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

A 7 Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

7.01	Ertrag, Aufwand und Ergebnis der anderen Versicherungen insgesamt ab 1997	134
7.02	Indikatoren der Betriebsrechnung der anderen Versicherungen	134
7.03	Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG	135
7.04	Betriebsrechnung der Krankenpflegeversicherung Liechtenstein	136
7.05	Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland	137

T 7.01 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der anderen Versicherungen insgesamt ¹ in Franken ab 1997

2007

Jahr ^{2,3}	Total des Gesamtertrags	Veränd. gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränd. gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis	Veränd. gegenüber Vorjahr
1997	4'851'626'656	5.5%	4'710'142'666	4.5%	141'483'990	54.3%
1998	4'992'640'210	2.9%	4'882'154'898	3.7%	110'485'312	-21.9%
1999	4'257'016'348	-14.7%	4'120'691'132	-15.6%	136'325'216	23.4%
2000	3'297'340'719	-22.5%	3'197'872'772	-22.4%	99'467'946	-27.0%
2001	2'297'775'178	-30.3%	2'245'296'158	-29.8%	52'479'020	-47.2%
2002	2'179'075'331	-5.2%	2'190'020'061	-2.5%	-10'944'730	-120.9%
2003	2'288'718'484	5.0%	2'230'195'620	1.8%	58'522'865	634.7%
2004	1'913'538'531	-16.4%	1'875'065'073	-15.9%	38'473'457	-34.3%
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	-31.4%
2007	1'992'425'090	-2.6%	1'981'658'420	-2.1%	10'766'669	-52.4%

Datenstand : 31.7.08

1) Zusammenzug der «Zusatzversicherungen VVG»,

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

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

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

Quelle: T 7.02

T 7.02 Indikatoren der Betriebsrechnung der anderen Versicherungen in Franken

2007

Kontengruppen	Zusatzversicherungen VVG	Krankenpflegeversicherung Liechtenstein	Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Versicherungsertrag	1'941'355'941	97'363'609	3'431'587	2'042'151'137	1.2%
davon Brutto-Prämien	1'955'030'717	56'585'432	3'431'170	2'015'047'319	1.2%
Neutraler Aufwand/Ertrag	-49'251'879	-362'593	-111'576	-49'726'048	-271.3%
Total des Gesamtertrags	1'892'104'062	97'001'016	3'320'011	1'992'425'090	-2.6%
Versicherungsaufwand	1'588'148'213	93'892'319	9'064'587	1'691'105'119	-2.9%
davon Brutto-Leistungen	1'596'299'737	93'892'319	9'064'587	1'699'256'643	-2.8%
Betriebsaufwand	283'974'748	6'243'210	335'343	290'553'301	3.0%
Total Vers.- und Betriebsaufwand	1'872'122'961	100'135'529	9'399'930	1'981'658'420	-2.1%
Gesamtbetriebsergebnis	19'981'101	-3'134'513	-6'079'919	10'766'669	-52.4%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 7.03, 7.04, 7.05

T 7.03 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG ¹

2007

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	1'908'048'609	82'415'911	1'990'464'520
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-33'325'213	-842'806	-34'168'020
65	Andere Beitragsanteile	-1'114'465	-151'318	-1'265'784
60-65	Brutto-Prämien	1'873'608'931	81'421'786	1'955'030'717
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-15'936'680	-1'442'472	-17'379'151
60-66	Eigene Versicherungsprämien	1'857'672'251	79'979'315	1'937'651'566
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	-1'159'915	-105'058	-1'264'973
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-3'337'448	0	-3'337'448
69	Sonstige Betriebserträge	6'559'718	1'747'079	8'306'796
6	Total Versicherungsertrag	1'859'734'606	81'621'335	1'941'355'941
33	Leistungen	1'530'666'454	47'190'023	1'577'856'478
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-44'939'008	-975'375	-45'914'383
30-33	Bezahlte Leistungen	1'485'727'447	46'214'648	1'531'942'095
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	8'610'836	179'437	8'790'273
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	53'483'985	2'083'385	55'567'369
30-35	Brutto-Leistungen	1'547'822'267	48'477'470	1'596'299'737
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-7'669'918	-481'606	-8'151'524
37	Risikoausgleich	0	0	0
3	Total Versicherungsaufwand	1'540'152'350	47'995'864	1'588'148'213
40-47	Verwaltungsaufwand	262'687'082	15'052'726	277'739'808
48	Abschreibungen	4'889'971	600'549	5'490'521
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	689'053	55'366	744'419
4	Total Betriebsaufwand	268'266'106	15'708'641	283'974'748
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	1'808'418'456	63'704'505	1'872'122'961
	Versicherungsbetriebsergebnis	51'316'150	17'916'830	69'232'980
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	-41'019'658	-8'232'221	-49'251'879
	Gesamtbetriebsergebnis	10'296'492	9'684'609	19'981'101

davon Taggeldversicherung VVG

	Brutto-Prämien (60-65)	-	-	544'407'509
	Bezahlte Leistungen (30-33)	-	-	361'814'790

Datenstand : 31.7.08

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

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

T 7.04 Betriebsrechnung der Krankenpflegeversicherung Liechtenstein

2007

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	55'337'435	1'251'422	56'588'857
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-3'310	-115	-3'425
65	Andere Beitragsanteile	0	0	0
60-65	Brutto-Prämien	55'334'126	1'251'307	56'585'432
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
60-66	Eigene Versicherungsprämien	55'334'126	1'251'307	56'585'432
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	39'680'367	1'087'059	40'767'426
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	10'525	225	10'750
6	Total Versicherungsertrag	95'025'018	2'338'590	97'363'609
33	Leistungen	96'077'868	2'584'037	98'661'905
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-6'830'517	-108'023	-6'938'540
30-33	Bezahlte Leistungen	89'247'351	2'476'015	91'723'365
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	1'159'167	31'533	1'190'700
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	952'746	25'508	978'254
30-35	Brutto-Leistungen	91'359'263	2'533'055	93'892'319
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37	Risikoausgleich	0	0	0
3	Total Versicherungsaufwand	91'359'263	2'533'055	93'892'319
40-47	Verwaltungsaufwand	5'908'936	127'938	6'036'874
48	Abschreibungen	182'455	3'898	186'352
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	19'569	416	19'985
4	Total Betriebsaufwand	6'110'959	132'251	6'243'210
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	97'470'222	2'665'307	100'135'529
	Versicherungsbetriebsergebnis	-2'445'204	-326'716	-2'771'920
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	-354'431	-8'161	-362'593
	Gesamtbetriebsergebnis	-2'799'635	-334'878	-3'134'513

Datenstand : 31.7.08

Quelle: Formular EF2 [2.9]

T 7.05 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland ¹

2007

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	3'372'280	157'690	3'529'970
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-94'553	-4'247	-98'800
65	Andere Beitragsanteile	0	0	0
60-65	Brutto-Prämien	3'277'727	153'443	3'431'170
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
60-66	Eigene Versicherungsprämien	3'277'727	153'443	3'431'170
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	0	0	0
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	399	18	418
6	Total Versicherungsertrag	3'278'126	153'461	3'431'587
33	Leistungen	9'209'867	89'228	9'299'095
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-173'915	-4'253	-178'168
30-33	Bezahlte Leistungen	9'035'952	84'975	9'120'927
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	66'491	691	67'182
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-122'821	-701	-123'522
30-35	Brutto-Leistungen	8'979'622	84'965	9'064'587
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37	Risikoausgleich	0	0	0
3	Total Versicherungsaufwand	8'979'622	84'965	9'064'587
40-47	Verwaltungsaufwand	316'094	14'855	330'949
48	Abschreibungen	4'046	182	4'228
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	160	6	166
4	Total Betriebsaufwand	320'300	15'043	335'343
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	9'299'922	100'008	9'399'930
	Versicherungsbetriebsergebnis	-6'021'796	53'453	-5'968'343
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	-106'747	-4'829	-111'576
	Gesamtbetriebsergebnis	-6'128'543	48'624	-6'079'919

Datenstand : 31.7.08

1) Ohne T 7.04

Quelle: Formular EF2 [2.10]

A 8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

8.01	Anzahl Versicherer ab 1997	140
8.02	Anzahl Versicherer OKP nach Grösse ab 1997	140
8.03	Stellen- und Personalbestand der Versicherer ab 1997	141
8.04	Ertrag, Aufwand und Ergebnis der Versicherer ab 1997	141
8.05	Gesamtbetriebsrechnung: Ertrag der Versicherer	142
8.06	Gesamtbetriebsrechnung: Aufwand der Versicherer	143
8.07	Aktiven und Passiven der Versicherer ab 1997	144
8.08	Eigenkapital, Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude der Versicherer ab 1997	144
8.09	Bilanz: Aktiven der Versicherer per 31.12.	145
8.10	Bilanz: Passiven der Versicherer per 31.12.	146
8.11	Aufstellung über Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude per 31.12.	147
8.12	Ergebnisverteilung per 31.12.	148
8.13	Stellen, Personal und Löhne in der OKP	148

T 8.01 Anzahl KVG Versicherer ab 1997

2007

Jahr	A			B	C	D
	Anzahl Versicherer KVG	Zuwachs	Abgang	Anzahl KVG-Versicherer ¹		
				Obligatorische Krankenpflegeversicherung	Freiwillige Taggeldversicherung	OKP und Taggeldversicherung
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

Datenstand : 31.7.08

1) Nur obligatorische Krankenpflegeversicherung = A - C ; nur freiwillige Taggeldversicherung = A - B

Quelle: T 5.01; T 5.03; T 5.04

T 8.02 Anzahl Versicherer OKP nach Grösse ab 1997

2007

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

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 5.01

T 8.03 Stellen- und Personalbestand der Versicherer ab 1997

2007

Jahr ¹	Verwaltung / Hauptsitz		Sektionen / Agenturen		Total		Veränd. gegenüb. Vorjahr ²
	Stellen	Personen	Stellen	Personen	Stellen	Personen	
1997	5'702	6'184	4'631	6'865	10'333	13'049	-3.3%
1998	5'440	5'884	4'852	6'728	10'292	12'612	-3.3%
1999	5'286	5'825	4'444	6'096	9'729	11'920	-5.5%
2000	4'367	4'846	5'837	7'246	10'204	12'092	1.4%
2001	4'317	4'736	3'995	4'942	8'312	9'678	-20.0%
2002	4'346	4'839	3'951	4'838	8'297	9'677	0.0%
2003	5'023	5'690	2'968	3'779	7'991	9'469	-2.1%
2004	5'428	6'333	2'801	3'511	8'229	9'844	4.0%
2005	5'554	6'193	3'178	3'889	8'732	10'082	2.4%
2006	5'770	6'389	3'049	3'717	8'819	10'106	0.2%
2007	7'087	7'977	3'002	3'628	10'089	11'605	14.8%

Datenstand : 31.7.08

1) Ab 2001, nur obligatorische Grundversicherung OKP.

2) Total Personen.

T 8.04 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der Versicherer in Mio. Franken ab 1997

2007

Jahr ¹	Total des Gesamt- ertrags	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total Ver- sicherungs- und Betriebs- aufwand	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Gesamt- betriebs- ergebnis ²	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1997	17'865	5.8%	17'672	2.8%	193	161.6%
1998	18'556	3.9%	18'403	4.1%	154	-20.3%
1999	18'130	-2.3%	18'003	-2.2%	127	-17.1%
2000	17'665	-2.6%	17'832	-0.9%	-167	-231.3%
2001	16'855	-4.6%	17'581	-1.4%	-725	-333.2%
2002	17'923	6.3%	18'156	3.3%	-233	67.8%
2003	19'735	10.1%	19'235	5.9%	500	314.3%
2004	20'469	3.7%	19'861	3.3%	608	21.7%
2005	21'135	3.3%	20'886	5.2%	249	-59.1%
2006	21'891	3.6%	21'334	2.1%	557	123.7%
2007	22'328	2.0%	22'091	3.5%	236	-57.6%

Datenstand : 31.7.08

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

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

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

T 8.05 Gesamtbetriebsrechnung: Ertrag der Versicherer

2007

Kontengruppen		Betrag in Fr.	Anteile in %
60	Freiwillige Taggeldversicherung KVG	302'255'002	1.4%
600	– Taggeld	313'686'567	1.4%
601	– Überschussbeteiligung auf Kollektivversicherung Taggeld	-11'431'565	-0.1%
61	Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG ¹	19'773'765'222	88.6%
63	Zusatzversicherungen VVG, inkl. Taggeld VVG ²	2'050'583'347	9.2%
60 – 63	Prämiensoll	22'126'603'571	99.1%
64	Erlösminderungen auf Prämien	-105'957'523	-0.5%
65	Andere Prämienanteile	7'595'597	0.0%
60 – 65	Brutto-Prämien	-28'699'338	-0.1%
66	Prämienanteile der Rückversicherer	-28'699'338	-0.1%
60 – 66	Eigene Versicherungsprämien	21'999'542'306	98.5%
67	Prämienverbilligung und sonstige Beiträge / Subventionen	1'698'499'080	7.6%
670	– Beiträge zur Prämienverbilligung (Art. 65 KVG)	1'651'932'020	7.4%
672	– Beiträge anderer Institutionen z.G. der Versicherten	42'778'472	0.2%
673	– Beiträge z.G. des Versicherten	24'137'195	0.1%
675	– Beiträge an Insolvenzfonds	-20'348'607	-0.1%
68	Prämienermässigung an Versicherte	-1'662'003'352	-7.4%
67 – 68	Eigene Subventionen und Beiträge	36'495'728	0.2%
69	Sonstige Betriebserträge	112'898'098	0.5%
6	Total Versicherungsertrag	22'148'936'132	99.2%
70	Liegenschaftsrechnung	22'665'059	0.1%
701	– Liegenschaftsergebnis	22'665'059	0.1%
72	Neutraler Aufwand und Ertrag	160'960'492	0.7%
720	– Kapitalertrag	521'957'028	2.3%
721	– Kapitalaufwand	-132'181'673	-0.6%
722	– Wertberichtigung auf Wertschriften	-217'846'348	-1.0%
723	– Nicht rückzuerstattende Abgabeerträge VOC und HEL	530'540	0.0%
724	– Übriger neutraler Aufwand und Ertrag	-11'499'055	-0.1%
76	Einkommens-, Vermögens-, Ertrags- und Kapitalsteuer VVG	-4'951'656	0.0%
7	Total neutraler Aufwand/Ertrag	178'673'896	0.8%
6 / 7	Total des Gesamtertrages	22'327'610'028	100.0%
800 – 801	Rückschlag Gesamtbetriebsrechnung	79'683'169	–
	Gesamt-Total	22'407'293'196	–

Datenstand : 31.7.08

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

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

Quelle: Formular EF1 [8,9]

T 8.06 Gesamtbetriebsrechnung: Aufwand der Versicherer

2007

Kontengruppen		Betrag in Fr.	Anteile in %
30	Freiwillige Taggeldversicherung KVG	207'719'491	0.9%
31	Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG ¹	21'639'111'316	98.0%
32	Kostenbeteiligung der Versicherten	-3'212'229'721	-14.5%
33	Zusatzversicherungen VVG, inkl. Taggeld VVG ²	1'685'817'477	7.6%
30 – 33	Bezahlte Leistungen	20'320'418'563	92.0%
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	57'961'251	0.3%
35	Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle / versicherungstechnische Rückstellungen	296'138'888	1.3%
30 – 35	Brutto-Leistungen	20'674'518'701	93.6%
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	-20'281'353	-0.1%
37	Risikoausgleich	2'011'873	0.0%
3	Total Versicherungsaufwand	20'656'249'221	93.5%
400	– Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	1'262'014'530	5.7%
410	– Verwaltungsräumlichkeiten und Betriebseinrichtungen	130'665'975	0.6%
420	– EDV-Kosten	201'710'132	0.9%
430	– Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	57'964'824	0.3%
450	– Marketing und Werbung inkl. Provisionen KVG	78'133'041	0.4%
453	– Marketing und Werbung inkl. Provisionen VVG	39'602'075	0.2%
460	– Übriger Verwaltungsaufwand	218'794'622	1.0%
470	– Erhaltene Verwaltungsentschädigung	-642'891'292	-2.9%
40 – 47	Total Verwaltungsaufwand	1'345'993'908	6.1%
48	Abschreibungen	69'087'399	0.3%
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	20'080'800	0.1%
4	Total Betriebsaufwand	1'435'162'107	6.5%
3 / 4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	22'091'411'327	100.0%
800 – 801	Vorschlag Gesamtbetriebsrechnung	315'881'869	–
	Gesamt-Total	22'407'293'196	–

Datenstand : 31.7.08

1) Mit Versicherten, die dem Versicherungsobligatorium unterstehen und in einem EU- oder EFTA-Staat Wohnsitz haben (EWG);

[T 1.02 + T 1.07].

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

Quelle: Formular EF1 [6,7]

T 8.07 Aktiven und Passiven der Versicherer in Mio. Franken ab 1997

2007

Jahr ¹	Aktiven Umlauf- vermögen	Anlage- vermögen	Passiven Fremd- kapital	Fonds und Reserven	Bilanz- summe	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1997	4'394.7	9'362.4	9'077.9	4'679.1	13'757.1	7.2%
1998	4'492.0	10'278.6	9'968.5	4'802.0	14'770.6	7.4%
1999	4'039.1	10'698.6	9'829.3	4'908.4	14'737.7	-0.2%
2000	4'332.0	10'499.4	10'459.1	4'372.4	14'831.4	0.6%
2001	4'480.2	9'101.4	10'583.5	2'998.1	13'581.6	-8.4%
2002	5'055.0	8'256.3	10'485.6	2'730.3	13'311.3	-2.0%
2003	6'067.2	8'398.5	11'252.0	3'213.7	14'465.7	8.7%
2004	6'542.9	8'401.5	11'192.0	3'752.4	14'944.4	3.3%
2005	6'906.5	9'245.4	12'133.8	4'018.2	16'152.0	8.1%
2006	7'617.7	10'441.2	13'475.8	4'583.1	18'058.9	11.8%
2007	7'365.9	11'399.1	13'954.6	4'810.3	18'764.9	3.9%

Datenstand : 31.7.08

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

Quelle: T 8.09; T 8.10

T 8.08 Eigenkapital, Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude der Versicherer ab 1997

2007

Jahr	Eigenkapital in Mio. Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Eigenkapital- quote ¹	Kapital- anlagen in Mio. Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Grundstücke und Gebäude in Mio. Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1997	4'017.4	0.2%	22.4%	8'314.2	8.9%	892.9	1.6%
1998	4'117.7	2.5%	22.0%	9'207.0	10.7%	910.2	1.9%
1999	4'531.0	10.0%	24.8%	9'587.4	4.1%	929.9	2.2%
2000	4'046.3	-10.7%	22.9%	9'383.1	-2.1%	935.2	0.6%
2001	2'721.5	-32.7%	16.3%	7'961.5	-15.2%	954.9	2.1%
2002	2'517.3	-7.5%	14.0%	7'106.5	-10.7%	984.7	3.1%
2003	3'007.5	19.5%	15.4%	7'378.0	3.8%	885.9	-10.0%
2004	3'581.8	19.1%	17.6%	7'386.4	0.1%	876.3	-1.1%
2005	3'869.5	8.0%	18.5%	8'227.3	11.4%	865.0	-1.3%
2006	4'510.5	16.6%	20.8%	9'466.7	15.1%	858.3	-0.8%
2007	4'787.9	6.1%	21.6%	10'372.8	9.6%	895.3	4.3%

Datenstand : 31.7.08

1) Eigenkapital in % des Prämiensolls.

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

T 8.09 Bilanz: Aktiven der Versicherer per 31.12.

2007

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
Umlaufvermögen	7'365'864'168	39.3%
10 Flüssige Mittel	2'343'304'565	12.5%
11 Forderungen bei Versicherten	3'345'994'128	17.8%
– Forderungen bei Versicherten brutto	3'599'820'843	19.2%
– Wertberichtigung / Delkredere	-253'826'716	-1.4%
12 Forderungen bei Partnern	935'501'838	5.0%
– Forderungen bei Partnern brutto	958'315'339	5.1%
– Wertberichtigung / Delkredere	-22'813'501	-0.1%
13 Forderungen bei Rückversicherern	6'422'740	0.0%
14 Forderungen von Subventionen, Prämienverbilligung, Risikoausgleich und anderen Beiträgen	276'759'180	1.5%
15 Vorausbezahlte Versicherungsleistungen, Regress und Rückerstattungsansprüche	21'560'840	0.1%
16 Übrige Forderungen und aktive Rechnungsabgrenzung	436'320'877	2.3%
Anlagevermögen	11'399'085'393	60.7%
17 Kapitalanlagen	10'372'833'240	55.3%
– Kapitalanlagen brutto	10'924'124'876	58.2%
– Wertberichtigung	-551'291'636	-2.9%
18 Grundstücke und Gebäude	895'337'422	4.8%
– Grundstücke und Gebäude brutto	1'361'485'777	7.3%
– Wertberichtigung	-466'148'355	-2.5%
19 Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge	130'914'732	0.7%
– Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge brutto	924'559'472	4.9%
– Wertberichtigung	-793'644'740	-4.2%
1 Total Aktiven	18'764'949'561	100.0%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: Formular EF1 [3]

T 8.10 Bilanz: Passiven der Versicherer per 31.12.

2007

Kontengruppen		Betrag in Fr.	Anteile in %
Fremdkapital		13'954'636'757	74.4%
20	Verbindlichkeiten aus Versicherungsleistungen	450'050'428	2.4%
21	Verbindlichkeiten bei Versicherten (ohne Konto.215)	3'934'539'191	21.0%
215	Noch zur Verrechnung gelangende Abgabeerträge VOC und HEL	-769'088	0.0%
22	Verbindlichkeiten bei Partnern	836'437'542	4.5%
23	Verbindlichkeiten bei Rückversicherern	8'394'291	0.0%
24	Verbindlichkeiten bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG	40'764'494	0.2%
25	Verbindlichkeiten bei anderen Versicherern	20'039'738	0.1%
26	Übrige Verbindlichkeiten und passive Rechnungsabgrenzung	556'420'152	3.0%
27	Rückstellung für unerledigte Versicherungsfälle, Risikoausgleich, nicht versicherungstechn. Rückstellungen, Rücklagen aus Fusionen	8'108'760'011	43.2%
270	<i>Oblig. Krankenpflegevers. (ohne Kto. 270.2 und 270.3)</i>	5'234'090'935	27.9%
270.1	<i>Nicht versicherungstechnische Rückstellungen KVG</i>	725'388'121	3.9%
270.2	<i>Oblig. Krankenpflegevers. (effektive Kosten gemäss Verordnung (EWG) Nr. 574/72 Art. 93)</i>	32'488'312	0.2%
270.3	<i>Oblig. Krankenpflegevers. (Pauschalkosten gem. Verordnung (EWG) Nr. 574/72 Art. 94 und 95)</i>	2'517'884	0.0%
271	<i>– Freiwillige Taggeldversicherung nach KVG</i>	103'005'977	0.5%
272	<i>– Aktive Rückversicherung</i>	2'150'000	0.0%
273	<i>– Zusatzversicherungen inkl. Taggeld VVG</i>	1'499'958'956	8.0%
273.1	<i>– Nicht versicherungstechnische Rückstellungen VVG</i>	313'894'366	1.7%
274	<i>– Risikoausgleich</i>	189'648'632	1.0%
279	<i>– Zweckgebundene Rücklagen aus Fusionen</i>	5'616'827	0.0%
<i>Fonds und Eigenkapital</i>		4'810'312'804	25.6%
28	Fonds	22'392'628	0.1%
280	<i>– Reglementierte Fonds</i>	22'392'628	0.1%
281	<i>– Immobilien (Renovationen, Umbauten)</i>	0	0.0%
282	<i>– EDV-Projekte</i>	0	0.0%
29	Eigenkapital	4'787'920'177	25.5%
290	<i>Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung (ohne Konto 290.5)</i>	3'877'605'304	20.7%
290.5	<i>Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung EG und EFTA (ohne Liechtenstein)</i>	22'148'504	0.1%
290.9	<i>Aktienkapital</i>	92'838'544	0.5%
291	<i>– Reserven Taggeldversicherung nach KVG</i>	438'562'429	2.3%
292	<i>– Reserven Aktive Rückversicherung</i>	-7'532'156	0.0%
293	<i>– Zusatzversicherung VVG, inkl. Taggeld VVG</i>	364'297'551	1.9%
299	<i>– Einkaufssummen fusionierter Versicherer</i>	0	0.0%
2	Total Passiven	18'764'949'561	100.0%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: Formular EF1 [4,5]

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

2007

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
17 Kapitalanlagen		
170 Kapitalanlagen nach Art. 80 KVV ¹		
Anlagen bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften und bei Banken und Sparkassen	2'852'276'797	25.3%
Wertpapiere und andere an der Börse kotierte Anlagen	7'369'572'266	65.4%
Anlagen in grundpfandgesicherten Darlehen	350'232'180	3.1%
Anlagen und Guthaben von Betriebskrankenkassen im eigenen Betrieb	0	0.0%
Anlagen bei Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen	30'751'790	0.3%
Sonstige Wertschriften	321'291'843	2.9%
170 Total	10'924'124'876	96.9%
179 Wertberichtigung Kapitalanlagen	-551'291'636	-4.9%
17 Kapitalanlagen - Gesamttotal	10'372'833'240	92.1%
18 Grundstücke und Gebäude		
180 Grundstücke	99'715'164	0.9%
Gebäude für Verwaltungszwecke	494'828'939	4.4%
Gebäude für Wohn- und Geschäftszwecke	766'941'674	6.8%
180 Total	1'361'485'778	12.1%
189 Wertberichtigung Grundstücke und Gebäude	-466'148'355	-4.1%
18 Grundstücke / Gebäude - Gesamttotal	895'337'422	7.9%
17-18 Gesamttotal Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude	11'268'170'662	100.0%

Datenstand : 31.7.08

1) Anschaffungswert = Buchwert

Quelle: Formular EF1 [11]

T 8.12 Ergebnisverteilung per 31.12.

2007

		Betrag in Fr.	Betrag in Fr.
Gesamtbetriebsrechnung:			
800	Vorschlag	-	315'881'869
800	Rückschlag	79'683'169	-
		Zuweisungen	Entnahmen
Fonds:			
280	Reglementierte Fonds	0	14'076'657
281	Immobilien	0	21'337'301
282	EDV-Projekte	0	12'484'137
Eigenkapital:			
290	Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung (ohne Kto. 290.5)	269'404'113	56'255'694
290.5	Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung EG und EFTA (ohne Liechtenstein)	5'654'962	1'850'354
291	Reserven Freiw. Taggeldversicherung KVG	39'675'813	-2'032'990
292	Reserven Aktive Rückversicherung nach KVG	8'195'992	5'708'018
293	Zusatzversicherung VVG, inkl. Taggeld VVG	23'965'412	1'018'420
Total		426'579'461	426'579'461

Datenstand : 31.7.08

Quelle: Formular EF1 [10]

T 8.13 Stellen, Personal und Löhne in der OKP

2007

	Stellen	Personen	Bruttogehälter in Mio. Fr.
Total (Hauptsitz und Agenturen)	10'089	11'606	832.8
- davon Kader ¹	702	689	99.7

Datenstand : 31.7.08

1) Mitglieder der Direktion und der Räte (Verwaltungsrat, Stiftungsrat...)

Quelle: Formular EF3 [3.10.3]

A 9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

9.01	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der sozialen Sicherheit ab 1997	150
9.02	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Direktzahler ab 1997	151
9.03	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungserbringer ab 1997	152
9.04	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungen ab 1997	153
9.05	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Volkswirtschaft und pro Einwohner ab 1997	154
9.06	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsprämien ab 1997	155
9.07	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsleistungen ab 1997	156
9.08	Details des Finanzierungssaldos ab 1997	157
9.09	Wohnbevölkerung, Ärzte mit Praxistätigkeit und Apotheken nach Kantonen	159
9.10	Entwicklung der Wohnbevölkerung, der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken ab 1997	160
9.11	Aufteilung der Versicherten nach Art der Spitalzusatzversicherungen ab 1997	161
9.12	Entwicklung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 1997	162
9.13	Index der Krankenversicherungsprämien nach Versicherungsart ab 1997	163
9.14	Index der Krankenpflegekosten, der Löhne sowie der Preise ab 1997	164
9.15	Totaler Beitrag je versicherte Person nach Versicherungsform in der OKP ab 1997	165
9.16	Krankenversicherung bei den privaten Versicherungsunternehmen ab 1997	166
9.17	Taggeldversicherung KVG /VVG ab 1997	167
9.18	Krankenversicherung (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 1997	168
9.19	Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder in % des BIP ab 1997	169
9.20	Sozialleistungen für die Gesundheitsversorgung: Internationaler Vergleich in % des BIP ab 1997	170
9.21	Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage in der OKP	171
9.22	Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage in der OKP ab 1997	172

T 9.01 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der sozialen Sicherheit ⁶ in Mio. Fr. ab 1997

Jahr	Staat ¹	Sozialversicherungen ²	Andere Regimes der sozialen Sicherheit ³	Private Haushalte ⁴	Andere private Finanzierung ⁵	Total
1997	5'920.5	2'815.7	3'024.9	26'081.2	367.4	38'209.9
1998	5'989.0	2'973.2	3'270.2	27'207.3	375.3	39'815.0
1999	6'272.8	3'109.7	3'620.5	27'712.7	388.7	41'104.5
2000	6'461.0	3'228.4	3'725.7	29'007.7	420.2	42'842.9
2001	7'635.1	3'421.0	3'837.6	30'236.4	442.7	45'572.8
2002	8'429.5	3'447.4	4'062.6	30'992.9	456.3	47'388.6
2003	8'778.1	3'663.1	4'268.5	32'093.3	462.2	49'265.2
2004	8'632.7	3'771.2	4'550.2	33'593.1	460.5	51'007.7
2005	8'704.8	3'968.7	4'782.4	34'106.1	481.0	52'043.0
2006	8'536.5	4'049.5	4'933.2	34'753.8	500.3	52'773.3
2007 ⁷	8'813	-	-	-	532	54'904

Datenstand: 24.11.08

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

2) Unfallversicherung UVG, AHV-IV und Militärversicherung.

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

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

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

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

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

7) Schätzung KOF Konjunkturforschungsstelle ETHZ [Medienmitteilung 11/08]

Quelle: 1996-2006 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2007: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF

T 9.02 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Direktzahler⁶ in Mio. Fr. ab 1997

Jahr	Staat ¹	Sozialversicherungen ²	Privatversicherungen VVG ³	Private Haushalte ⁴	Andere private Finanzierung ⁵	Total
1997	5'920.5	15'076.0	4'463.4	12'382.5	367.4	38'209.9
1998	5'989.0	15'771.9	4'590.2	13'088.6	375.3	39'815.0
1999	6'272.8	16'391.9	4'331.9	13'719.1	388.7	41'104.5
2000	6'461.0	17'287.5	4'546.7	14'127.6	420.2	42'842.9
2001	7'635.1	18'307.7	4'699.9	14'487.4	442.7	45'572.8
2002	8'429.5	18'930.7	4'615.5	14'956.7	456.3	47'388.6
2003	8'778.1	19'967.3	4'477.9	15'579.7	462.2	49'265.2
2004	8'632.7	21'151.0	4'511.7	16'251.7	460.5	51'007.7
2005	8'704.8	22'241.4	4'674.8	15'941.1	481.0	52'043.0
2006	8'536.5	22'665.7	4'820.3	16'250.6	500.3	52'773.3
2007 ⁷	8'813	23'795	5'032	16'733	532	54'904

Datenstand: 24.11.08

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

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

3) KVG-Versicherer & private Versicherer.

4) Kostenbeteiligung & "Out of pocket".

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

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

7) Schätzung KOF Konjunkturforschungsstelle ETHZ [Medienmitteilung 11/08]

Quelle: 1996-2006 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2007: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF

T 9.03 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungserbringer⁸ in Mio. Fr. ab 1997

Jahr	Krankenhäuser ¹	Sozialmedizinische Institutionen ²	Ambulante Versorgung ³	Detailhandel ⁴	Staat ⁵	Versicherer ⁶	Organisationen ohne Erwerbscharakter	Total
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 ⁷	19'113	9'627	17'035	5'043	1'062	2'416	611	54'904

Datenstand: 24.11.08

1) Allgemeine Krankenhäuser; Psychiatrische Kliniken; Rehabilitationskliniken; andere Spezialkliniken.

2) Institutionen für Betagte und Chronischkranke; Institutionen für Behinderte und andere Institutionen.

3) Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Spitexdienste, medizinische Labors, (usw.).

4) Apotheken, Drogerien und therapeutische Apparate.

5) Bund, Kantone, Gemeinden.

6) Krankenversicherer (KVG); Unfallversicherer (UVG); AHV-IV; Private Krankenversicherer (VVG).

7) Schätzung KOF Konjunkturforschungsstelle ETHZ [Medienmitteilung 11/08]

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

Quelle: 1996-2006 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2007: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF

T 9.04 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungen ⁶ in Mio. Fr. ab 1997

Jahr	Stationäre und teilstationäre Behandlung ¹	Ambulante Behandlung	Andere Leistungen ²	Verkauf Gesundheitsgüter ³	Prävention ⁴	Verwaltung	Total
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 ⁵	25'013	17'361	1'827	6'794	1'204	2'698	54'904

Datenstand: 24.11.08

1) Akutbehandlung inkl. Psychiatrie; Rehabilitation; Lagzeit; Andere.

2) Medizinische Laboruntersuchungen (in medizinischen Labors); Radiologie; Transport und Rettung; Andere.

3) Arzneimittel durch Detailhandel; Arzneimittel durch Ärzte; Therapeutische Apparate.

4) Alkohol- und Drogenmissbrauch; Schulgesundheit, usw.

5) Schätzung KOF Konjunkturforschungsstelle ETHZ [Medienmitteilung 11/08].

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

Quelle: 1996-2006 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2007: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF

T 9.05 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Volkswirtschaft ⁵ in Mio. Fr. und pro Einwohner in Fr. ab 1997

Jahr	Staat ¹	Unternehmungen ²	Private Haushalte ³	Total	Veränd. gegenüber. Vorjahr	Total pro Einwohner	Veränd. gegenüber. Vorjahr
1997	9'418.8	2'342.4	26'448.7	38'209.9	2.0%	5'371.4	1.9%
1998	9'740.5	2'492.0	27'582.6	39'815.0	4.2%	5'582.7	3.9%
1999	10'410.7	2'592.4	28'101.4	41'104.5	3.2%	5'735.4	2.7%
2000	10'738.1	2'677.0	29'427.9	42'842.9	4.2%	5'942.9	3.6%
2001	12'066.1	2'827.6	30'679.1	45'572.8	6.4%	6'277.0	5.6%
2002	13'119.4	2'820.0	31'449.2	47'388.6	4.0%	6'449.4	2.7%
2003	13'722.7	2'987.0	32'555.5	49'265.2	4.0%	6'652.9	3.2%
2004	13'782.3	3'171.8	34'053.6	51'007.7	3.5%	6'842.9	2.9%
2005	14'066.9	3'389.0	34'587.1	52'043.0	2.0%	6'937.9	1.4%
2006	14'084.9	3'434.4	35'254.0	52'773.3	1.4%	6'982.8	0.6%
2007 ⁴	-	-	-	54'904	4.0%	7'206.6	3.2%
2008 ⁴	-	-	-	57'225	4.2%	-	-
2009 ⁴	-	-	-	59'697	4.3%	-	-

Datenstand: 24.11.08

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

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

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

4) Schätzung KOF Konjunkturforschungsstelle ETHZ [Medienmitteilung 11/08]

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

Quelle: 1996-2006 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2007: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF / T 9.10.

T 9.06 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsprämien¹⁵ in Millionen Franken ab 1997

Finanzierungsträger des Gesundheitswesens	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Veränd. 2005-2006	Durchschnittl. jährli. Veränderung 1997-2006	Schätzung 2007 ¹⁴
Staat¹	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	-1.9%	4.1%	8'813
Bund	117.5	116.9	126.0	145.0	164.4	177.7	155.6	137.7	126.9	121.3	-4.5%	0.4%	-
Kantone	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	1.7%	5.3%	-
Gemeinden	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	-24.4%	-2.2%	-
Sozialversicherungen²	2'815.7	2'973.2	3'109.7	3'228.4	3'421.0	3'447.4	3'663.1	3'771.2	3'968.7	4'049.5	2.0%	4.1%	4'132
Unfallversicherung UVG	1'151.5	1'283.9	1'378.5	1'422.4	1'475.3	1'413.6	1'512.5	1'537.8	1'654.4	1'635.4	-1.2%	4.0%	-
AHV / IV ³	1'627.1	1'653.9	1'690.1	1'763.0	1'900.4	1'986.9	2'102.2	2'185.2	2'265.3	2'366.2	4.5%	4.2%	-
Militärversicherung	37.2	35.4	41.1	43.0	45.2	46.9	48.4	48.2	49.0	47.9	-2.3%	2.8%	-
Finanzierungssaldo für die Krankenversicherung⁴	-213.6	-306.4	-200.3	98.8	454.4	-588.2	-1'266.4	-1'468.8	-918.2	-1'381.5	-50.5%	-	-628
Übrige Systeme der sozialen Sicherheit	3'024.9	3'270.2	3'620.5	3'725.7	3'837.6	4'063	4'268.5	4'550	4'782.4	4'933	3.2%	5.6%	5'253
Prämienverbiligung KVG ¹³	2'087.1	2'263.2	2'476.6	2'532.8	2'671.6	2'848.4	2'961.1	3'025.3	3'119.6	3'230.0	3.5%	5.0%	3'432.2
Ergänzungsleistungen ⁷	237.5	264.4	277.1	317.0	315.0	343.8	375.1	421.4	447.8	476.1	6.3%	8.0%	514
Sozialhilfe ⁷	228.6	266.2	375.1	378.5	314.9	319.7	367.7	381.7	412.4	405.9	-1.6%	6.6%	433
Hilflosenentschädigungen ⁷	471.7	476.4	491.7	497.4	536.1	550.7	564.6	721.8	802.6	821.2	2.3%	6.4%	873
Haushalte	26'294.8	27'513.7	27'913.0	28'908.9	29'782.0	31'581.0	33'359.7	35'061.9	35'024.3	36'135.3	3.2%	3.6%	36'803
Krankenversicherungsprämien	14'850.2	15'432.1	15'337.8	15'974.2	16'460.6	17'838.6	19'087.4	20'338.1	20'746.0	21'588.0	4.1%	4.2%	21'815.1
Netto Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG ¹⁰	9'837.7	10'341.0	10'472.9	10'813.9	11'283.1	12'447.8	13'798.6	14'954.3	15'323.1	16'004.8	4.4%	5.6%	16'197.4
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer ⁵	4'410.6	4'453.3	3'766.7	2'917.4	1'987.0	1'958.4	1'882.6	1'358.8	1'397.7	1'384.1	-1.0%	-12.1%	1'410.6
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer ⁶	601.9	637.8	1'098.2	2'242.9	3'190.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	4'025.3	4'199.1	4.3%	24.1%	4'207.1
Kostenbeteiligung ¹¹	1'884.4	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.3	2'541.0	2'627.5	2'868.2	3'031.7	3'081.5	1.6%	5.6%	3'201.0
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	1'778.0	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	2'995.0	3'038.7	1.5%	6.1%	3'155.1
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	36.7	42.8	16.6%	-9.6%	45.9
Out of pocket ⁸	9'560.3	9'926.6	10'325.6	10'591.6	10'893.1	11'201.5	11'644.8	11'858.6	11'246.6	11'465.8	1.9%	2.0%	11'787
Übrige private Finanzierung⁹	367.4	375.3	388.7	420.2	442.7	456.3	462.2	460.5	481.0	500.3	4.0%	3.5%	532
Total Kosten des Gesundheitswesens¹²	38'209.9	39'815.0	41'104.5	42'842.9	45'572.8	47'388.6	49'265.2	51'007.7	52'043.0	52'773.3	1.4%	3.7%	54'904

Datenstand: 24.11.08

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

T 9.07 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsleistungen¹⁸ in Millionen Franken ab 1997

Finanzierungsträger des Gesundheitswesens	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Veränd. 2005-2006	Durchschnittl. jährl. Veränderung 1997-2006	Schätzung 2007 ¹⁷
Staat¹	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	-1.9%	4.1%	8'813
Sozialversicherungen²	2'815.7	2'973.2	3'109.7	3'228.4	3'421.0	3'447.4	3'663.1	3'771.2	3'968.7	4'049.5	2.0%	4.1%	4'132
Übrige Systeme der sozialen Sicherheit	937.8	1'007.0	1'143.9	1'192.9	1'166.0	1'214.2	1'307.4	1'524.9	1'662.8	1'703.2	2.4%	6.9%	1'820
Ergänzungsleistungen ⁷	237.5	264.4	277.1	317.0	315.0	343.8	375.1	421.4	447.8	476.1	6.3%	8.0%	514
Sozialhilfe ⁷	228.6	266.2	375.1	378.5	314.9	319.7	367.7	381.7	412.4	405.9	-1.6%	6.6%	433
Hilflosenentschädigungen ⁷	471.7	476.4	491.7	497.4	536.1	550.7	564.6	721.8	802.6	821.2	2.3%	6.4%	873
Brutto Krankenversicherungsleistungen¹⁵	17'009.1	17'841.5	18'231.2	19'316.2	20'344.5	20'951.6	21'678.1	22'971.1	24'341.6	24'619.8	1.1%	4.2%	25'832.5
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	13'138.5	14'024.1	14'620.5	15'478.3	16'386.5	17'095.6	17'924.1	19'139.8	20'347.7	20'602.6	1.3%	5.1%	21'578.7
davon Kostenbeteiligung ¹¹	1778.0	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	2'995.0	3'038.7	1.5%	6.1%	3'155.1
davon Prämienverbiligung KVG ¹³	2'087.1	2'263.2	2'476.6	2'532.8	2'671.6	2'848.4	2'961.1	3'025.3	3'119.6	3'230.0	3.5%	5.0%	3'432.2
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherter ⁵	3'394.7	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	-4.7%	-11.5%	1'216.0
davon Kostenbeteiligung ¹¹	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	36.7	42.8	16.6%	-9.6%	45.9
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherter ⁶	475.9	460.1	763.9	1'583.8	2'353.3	2'395.5	2'360.4	2'755.0	2'812.7	2'891.1	2.8%	22.2%	3'037.8
Anderer¹⁶	1'599.0	1'702.4	1'632.5	1'632.7	1'670.3	1'688.3	1'731.5	1'788.6	1'637.6	1'898.2	15.9%	1.9%	1'988
Übriger Aufwand	81.0	106.8	50.4	32.7	42.1	72.2	58.4	57.6	-94.4	59.5	-163.1%	-3.4%	56
Verwaltungskosten (inkl. Prävention)	1'518.0	1'595.6	1'582.1	1'600.0	1'628.2	1'616.1	1'673.1	1'731.1	1'731.9	1'838.7	6.2%	2.2%	1'932
Out of pocket (Haushalte)⁸	9'560.3	9'926.6	10'325.6	10'591.6	10'893.2	11'201.5	11'644.8	11'858.6	11'246.6	11'465.8	1.9%	2.0%	11'787
Übrige private Finanzierung⁹	367.4	375.3	388.7	420.2	442.7	456.3	462.2	460.5	481.0	500.3	4.0%	3.5%	532
Total Kosten des Gesundheitswesens¹²	38'209.9	39'815.0	41'104.5	42'842.9	45'572.8	47'388.6	49'265.2	51'007.7	52'043.0	52'773.3	1.4%	3.7%	54'904

Datenstand: 24.11.08

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

T 9.08 Details des Finanzierungssaldos in Millionen Franken ab 1997

Krankenversicherung ¹	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Veränd. 2005-2006	Durchschnittl. jährl. Veränderung 1997-2006	Schätzung 2007 ¹²
a) Leistungen der Krankenversicherer I²													
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	15'124.7	15'686.5	15'981.6	16'973.1	17'916.3	18'410.6	19'050.6	20'102.9	21'309.9	21'538.3	1.1%	4.0%	22'631.5
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	11'360.5	11'926.9	12'430.6	13'190.3	13'986.3	14'592.8	15'335.6	16'307.5	17'352.7	17'563.9	1.2%	5.0%	18'423.6
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	3'288.3	3'299.5	2'787.1	2'199.1	1'576.7	1'422.3	1'354.6	1'040.5	1'144.4	1'083.3	-5.3%	-11.6%	1'170.1
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	475.9	460.1	763.9	1'583.8	2'353.3	2'395.5	2'360.4	2'755.0	2'812.7	2'891.1	2.8%	22.2%	3'037.8
b) Übriger Aufwand³	81.0	106.8	50.4	32.7	42.1	72.2	58.4	57.6	-94.4	59.5	163.1%	-3.4%	56
c) Leistungen II⁴	15'205.7	15'793.3	16'032.0	17'005.8	17'958.4	18'482.7	19'109.0	20'160.5	21'215.5	21'597.8	1.8%	4.0%	22'687
d) Verwaltungskosten (inkl. Prävention)⁵	1'518.0	1'595.6	1'582.1	1'600.0	1'628.2	1'616.1	1'673.1	1'731.1	1'731.9	1'838.7	6.2%	2.2%	1'932
e) Leistungen III⁶	16'723.7	17'388.9	17'614.1	18'605.8	19'586.6	20'098.8	20'782.1	21'891.6	22'947.4	23'436.4	2.1%	3.8%	24'619
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	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	1.9%	4.8%	19'523
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	3'892.3	4'038.2	3'415.2	2'646.1	1'875.9	1'740.9	1'645.4	1'205.7	1'392.2	1'351.0	-3.0%	-11.1%	1'451
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	571.1	552.0	916.7	1'900.6	2'824.0	2'874.6	2'832.5	3'306.0	3'282.5	3'469.3	5.7%	22.2%	3'645
f) Kostenbeteiligung⁷	1'884.4	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.2	2'541.0	2'627.5	2'868.2	3'031.7	3'081.5	1.6%	5.6%	3'201.0
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	1'778.0	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	2'995.0	3'038.7	1.5%	6.1%	3'155.1
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	36.7	42.8	16.6%	-9.6%	45.9
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	0.0
g) Gesamtleistungen IV⁸	18'608.1	19'543.9	19'863.7	20'948.9	22'014.8	22'639.8	23'409.6	24'759.8	25'979.1	26'517.9	2.1%	4.0%	27'820
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	14'038.3	14'895.9	15'472.1	16'347.1	17'286.9	17'986.1	18'892.7	20'212.1	21'267.7	21'654.9	1.8%	4.9%	22'678
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	3'998.7	4'096.0	3'474.9	2'701.2	1'904.0	1'779.1	1'684.4	1'241.6	1'428.9	1'393.8	-2.5%	-11.1%	1'497
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	571.1	552.0	916.7	1'900.6	2'824.0	2'874.6	2'832.5	3'306.0	3'282.5	3'469.3	5.7%	22.2%	3'645
h) Prämien der Haushalte⁹	16'937.3	17'695.3	17'814.4	18'507.0	19'132.2	20'687.0	22'048.5	23'360.4	23'865.6	24'818.0	4.0%	4.3%	25'247.3
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG ³	11'924.8	12'604.2	12'949.5	13'346.7	13'954.7	15'296.2	16'759.7	17'979.6	18'442.7	19'234.9	4.3%	5.5%	19'629.6
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	4410.6	4453.3	3'766.7	2'917.4	1'987.0	1'958.4	1'882.6	1'358.8	1'397.7	1'384.1	-1.0%	-12.1%	1'410.6
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	601.9	637.8	1'098.2	2'242.9	3'190.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	4'025.3	4'199.1	4.3%	24.1%	4'207.1
f) Kostenbeteiligung⁷	1'884.4	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.2	2'541.0	2'627.5	2'868.2	3'031.7	3'081.5	1.6%	5.6%	3'201.0
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	1'778.0	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'588.5	2'832.3	2'995.0	3'038.7	1.5%	6.1%	3'155.1
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	106.4	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	36.7	42.8	16.6%	-9.6%	45.9
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	0.0
i) Gesamtbeitrag¹⁰	18'821.7	19'850.3	20'064.0	20'850.1	21'560.5	23'228.0	24'676.0	26'228.6	26'897.3	27'899.5	3.7%	4.5%	28'448.3
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	13'702.8	14'701.4	15'139.4	16'334.7	17'286.9	17'999.0	19'348.2	20'811.9	21'437.7	22'273.6	3.9%	5.5%	22'784.7
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	4'517.0	4'511.1	3'826.4	2'972.5	2'015.1	1'996.6	1'921.6	1'394.7	1'434.4	1'426.9	-0.5%	-12.0%	1'456.5
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	601.9	637.8	1'098.2	2'242.9	3'190.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	4'025.3	4'199.1	4.3%	24.1%	4'207.1
j) Finanzierungssaldo¹¹	-213.6	-306.4	-200.3	98.8	454.4	-588.2	-1'266.4	-1'468.8	-918.2	-1'381.5	-50.5%	-	-628
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	335.5	194.5	332.7	712.4	932.0	187.1	-455.5	-599.8	-170.0	-618.7	-263.9%	-	-106
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	-518.3	-415.1	-351.5	-271.3	-111.1	-217.5	-237.2	-153.0	-5.4	-33.1	-509.7%	-	40
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	-30.8	-85.8	-181.5	-342.3	-366.5	-557.8	-573.7	-716.0	-742.8	-729.8	1.8%	-	-562

Datenstand: 24.11.08

Fussnoten T 9.06:

- 1) Subventionen oder direkte Leistungen an das Gesundheitswesen (an die Leistungserbringer (Spitäler), an die sozialmedizinischen Institutionen, an die Spitex- und Rettungsdienste) und die Öffentliche Gesundheit, Verwaltung und Prävention.
Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Direktzahlern], BFS. Schätzungen: KOF [Medienmitteilung 11/08].
- 2) Leistungen/Zahlungen nur an das Gesundheitswesen.
Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [aus der Sicht der sozialen Sicherheit], BFS. Schätzungen: BAG: Entwicklung gemäss jährl. Veränderung 2005-2006.
- 3) Individuelle Sachleistungen und Subventionen an die IV-Institutionen; von der AHV bezahlte Hilfsmittel.
Quelle: T 9.08.
- 5) Ohne Prämien für Taggelder KVG oder VVG. Quelle: T 9.08.
- 6) Ohne Prämien für Taggelder für Verdienstausfall nach VVG.
Quelle: T 9.08.
- 7) Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [aus der Sicht der sozialen Sicherheit], BFS.
Schätzungen: BAG: Entwicklung gemäss jährl. Veränderung 1997-2006.
- 8) Zahnpflege, Pensionskosten in Pflegeheimen, Spitexdienste und rezeptfreie Medikamente („over the counter“) bilden die Hauptkosten zur vollen oder teilweisen Last der Haushalte. Wert berechnet wie das Total der Kosten des Gesundheitswesens - Summe der anderen Positionen.
- 9) Spenden und Legate an Organisationen ohne Erwerbszweck wie Pflegeheime für Betagte, Institutionen für Behinderte, Spite-xorganisationen, Gesundheitsligen.
Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Direktzahlern], BFS. Schätzungen: KOF [Medienmitteilung 11/08].
- 10) NettoPrämien der Haushalte = Bruttoprämien obligatorische Krankenpflegeversicherung (T 9.08^h) - Prämienverbilligung KVG an Versicherte (T 9.06¹³).
- 11) Quelle: T 9.08.
- 12) Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Direktzahlern], BFS. Schätzungen: KOF [Medienmitteilung 11/08].
- 13) Quelle: T 4.07 (Subventionsbudget nach Kürzungen).
- 14) Schätzungen (*kursiv*) KOF & BAG].
- 15) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006 [^{1, 2, 7, 8, 9, 12}].

Fussnoten T 9.07:

- 1) - 13) Vgl. Fussnoten von Tabelle 9.06.
- 14) Ohne Prämienverbilligung KVG (in den Bruttoprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung enthalten).
- 15) Leistungen I der Krankenversicherer [T 9.08 a)] + Kostenbeteiligung [T 9.08 f)].
- 16) Siehe T 9.08: b) Übriger Aufwand und d) Verwaltungskosten (inkl. Prävention).
- 17) Schätzungen (*kursiv*) [KOF & BAG].
- 18) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006 [^{1, 2, 8, 9, 12}].

Fussnoten T 9.08:

- 1) Ohne Taggelder (für Verdienstausfall) KVG oder VVG.
- 2) Quelle: T 1.02 [30-33] & T 7.03 [30-33] ohne Taggeld VVG-Prämien oder T 9.18.
- 3) = c) - a). Übriger Versicherungsaufwand gemäss Kosten des Gesundheitswesens, BFS. Schätzungen [BAG]: T 1.02 [34] / T 7.03 [34] / 0.
- 4) = e) - d). Schätzungen [BAG] = a) + b).
- 5) Verwaltungskosten (inkl. Prävention). Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Leistungserbringern und Direktzahlern, interne detaillierte Version BFS]. Schätzungen [BAG]: basierend auf dem 2005 festgestellten Verhältnis [d] / a)].
- 6) Quelle: Kosten des Gesundheitswesens [nach Direktzahlern], BFS. Schätzungen [BAG] = c) + d).
- 7) Quelle: T 1.02 [32]; T 7.03 [32], keine Informationen für Privatversicherer [0].
- 8) = e) + f)
- 9) Quelle: T 1.02 [60-65] (Bruttoprämien inklusive Prämienverbilligung KVG) & T 7.03 [60-65] ohne Taggeld VVG-Prämien oder T 9.18.
- 10) = h) + f)
- 11) Finanzierungssaldo: Differenz zwischen den Leistungen III der Versicherer an das Gesundheitswesen und den Prämieinzahlungen der Haushalte. Aus der Sicht des Finanzgleichgewichts handelt es sich um die Kapitaleinkommen, die ausserordentlichen Einkommen, die Gewinne und die Veränderungen von Reserven. Ein positiver Saldo bedeutet grundsätzlich einen Abbau, ein negativer Saldo eine Erhöhung der Reserven. = e) - h) oder g) - i).
- 12) Schätzungen (*kursiv*) [BAG].

T 9.09 Wohnbevölkerung, Ärzte mit Praxistätigkeit und Apotheken nach Kantonen

2007

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Ärzte: Allgemeinpraktiker ²	Ärzte: Spezialärzte FMH ³	Total Ärzte mit Praxistätigkeit ⁴	Dichte der Ärzte ⁵	Veränd. ⁶ gegenüber Vorjahr	Anzahl Apotheken ⁷	Medikamentenverkauf ⁹	Apothekendichte ⁸	Veränd. ⁶ gegenüber Vorjahr
ZH	1'322'842	1'151	1'852	3'003	2.27	-1.8%	226	2	1.71	1.0%
BE	969'907	866	1'183	2'049	2.11	-0.9%	178	2	1.84	-5.1%
LU	361'924	250	295	545	1.51	1.0%	33	1	0.91	-3.9%
UR	34'447	25	18	43	1.25	5.3%	2	1	0.58	0.4%
SZ	139'874	96	92	188	1.34	-0.7%	12	1	0.86	-1.2%
OW	33'785	26	12	38	1.12	-3.7%	4	1	1.18	-1.1%
NW	39'566	27	21	48	1.21	6.1%	2	1	0.51	-0.5%
GL	38'034	32	25	57	1.50	3.5%	2	1	0.53	-0.1%
ZG	108'826	80	121	201	1.85	1.7%	13	1	1.19	-1.4%
FR	264'151	163	243	406	1.54	-0.7%	69	2	2.61	4.4%
SO	249'005	218	187	405	1.63	-1.3%	26	1	1.04	-0.6%
BS	189'777	221	514	735	3.87	1.7%	69	3	3.64	0.3%
BL	267'247	231	303	534	2.00	-0.3%	41	1	1.53	2.0%
SH	74'598	74	74	148	1.98	-0.4%	13	2	1.74	-0.4%
AR	52'345	44	52	96	1.83	-2.2%	6	1	1.15	-0.1%
AI	15'028	11	6	17	1.13	-4.9%	1	1	0.67	0.7%
SG	465'852	354	415	769	1.65	1.0%	49	1	1.05	-0.6%
GR	191'878	179	153	332	1.73	-1.1%	40	2	2.08	2.3%
AG	578'790	375	510	885	1.53	1.2%	111	2	1.92	0.8%
TG	238'141	172	153	325	1.36	1.6%	23	1	0.97	-0.9%
TI	327'632	285	384	669	2.04	-0.1%	182	3	5.56	1.4%
VD	678'143	574	1'091	1'665	2.46	-0.4%	242	3	3.57	-0.2%
VS	296'923	219	285	504	1.70	-3.1%	110	2	3.70	-1.2%
NE	169'895	145	213	358	2.11	1.4%	57	3	3.36	-0.3%
GE	441'756	451	1'005	1'456	3.30	0.0%	170	3	3.85	-1.0%
JU	68'233	48	64	112	1.64	-2.9%	19	2	2.78	-0.3%
CH	7'618'599	6'317	9'271	15'588	2.05	-0.4%	1'700	-	2.23	-0.3%

Datenstand: 26.11.08

1) Quelle: T 4.11.

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

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

4) Quelle: FMH, Ärztestatistik;

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

6) Veränderung der Dichte.

7) Quelle: Schweizerischer Apothekerverein SAV.

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

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

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

T 9.10 Entwicklung der Wohnbevölkerung, der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken ab 1997

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

Datenstand: 26.11.08

1) Quelle: T 9.09.

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

3) Veränderung der Dichte.

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

T 9.11 Versicherte mit einer Spitalzusatzversicherung ab 1997 in % der OKP-Versicherten

Jahr	Versicher- tenbestand OKP ³ per 31.12	KVG-Versicherer ²				KVG-Versicherer ⁴				Privatversicherer ¹		Total der Versicherer ⁶
		Versicherte mit Grundversicherung		Versicherte ohne Grundversicherung		Spital allgemein ganze CH		Spital halbprivat privat		Spital halbprivat	Spital privat	
1997	7'214'805	-	17.1%	8.7%	-	-	-	-	-	2.2%	0.7%	-
1998	7'248'603	-	16.9%	8.0%	-	-	-	-	-	2.1%	0.7%	-
1999	7'266'534	-	15.5%	7.4%	-	-	-	-	-	3.5%	0.6%	-
2000	7'268'111	-	12.3%	6.2%	-	-	-	-	-	6.7%	2.3%	-
2001	7'321'287	-	11.9%	6.2%	-	-	-	-	-	9.1%	3.6%	-
2002	7'359'365	41.6%	10.7%	5.1%	-	-	-	-	-	9.5%	4.3%	-
2003	7'393'188	40.1%	10.3%	4.6%	-	-	-	-	-	9.4%	4.1%	23.6%
2004	7'419'974	41.5%	8.9%	3.9%	-	-	-	-	-	10.2%	4.7%	22.8%
2005	7'458'475	40.6%	8.8%	3.6%	-	-	-	-	-	10.0%	4.7%	22.3%
2006	7'507'545	35.2%	8.1%	3.4%	1.1%	2.8%	0.7%	0.3%	0.1%	10.1%	4.9%	21.9%
2007	7'577'132	35.0%	8.0%	3.4%	2.0%	3.1%	0.8%	0.5%	0.5%	9.8%	4.8%	21.8%

Datenstand: 28.11.08

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

Mit Vorsicht zu interpretieren. Es sind keine Informationen zu der Einteilung spezieller Versicherungsangebote vorhanden (vgl. Fussnote 5).

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

Es können nur Versicherte berücksichtigt werden, 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 [3.7.3].

Nur Versicherte, welche die Zusatzversicherung beim 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 gehörigen Franchise bzw. Kostenbeteiligung für Halb-privat oder Privat-Abteilung wählen können.

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

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

- Behandlungskostenversicherung bei Spitalaufenthalten mit einem definierten Maximalbetrag pro Jahr.

6) KVG + Privatversicherer. Quelle : BPV: www.bpv.admin.ch > Themen > Krankenzusatzversicherung > Zahlen und Fakten. Mit Vorsicht zu interpretieren.

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

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

Vorjahresveränderung der Preisindizes für Gesundheitspflege

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

Datenstand: 3.12.08

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

Methode zur Ermittlung des Index "Gesundheitspflege":

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

Quelle: BFS, Sektion Preise und Verbrauch.

T 9.13 Index der Krankenversicherungsprämien je versicherte Person nach Versicherungsart ab 1997 (Basis 1999 = 100)

Jahr	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ²				Spitalzusatzversicherungen ³			
	Total	Erwachsene	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Kinder	Total	Spital allgemein (ganze CH)	Spital halbprivat	Spital privat
1997	92.8	92.4	92.3	94.7	-	-	-	-
1998	97.8	97.8	98.9	97.6	-	-	-	-
1999	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2000	103.2	103.0	99.1	103.1	106.4	104.3	107.5	106.7
2001	106.9	107.4	100.0	108.2	111.1	107.5	112.5	112.5
2002	116.6	116.6	112.7	118.1	115.4	107.9	117.5	119.3
2003	127.3	126.4	128.2	128.5	116.4	110.0	117.9	120.1
2004	136.2	134.5	141.0	134.6	117.9	113.3	118.6	121.2
2005	138.8	137.0	145.2	134.4	118.9	114.2	119.4	122.7
2006	144.1	142.5	151.6	137.8	122.4	113.4	123.8	128.5
2007	145.7	143.7	152.5	137.8	123.0	113.3	124.8	128.8
2008	-	-	-	-	124.4	114.4	125.1	132.0

Veränderung gegenüber dem Vorjahr

Jahr	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ²				Spitalzusatzversicherungen ³				Einfluss auf das verfügbare Einkommen in % ¹
	Total	Erwachsene	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Kinder	Total	Spital allgemein (ganze CH)	Spital halbprivat	Spital privat	
1997	8.1%	-	-	-	-	-	-	-	-
1998	5.4%	5.8%	7.2%	3.1%	-	-	-	-	-
1999	2.2%	2.2%	1.1%	2.4%	-	-	-	-	-
2000	3.2%	3.0%	-0.9%	3.1%	6.4%	4.3%	7.5%	6.7%	-0.3%
2001	3.6%	4.2%	0.9%	5.0%	4.4%	3.0%	4.7%	5.5%	-0.4%
2002	9.0%	8.6%	12.8%	9.1%	3.9%	0.4%	4.4%	6.0%	-0.5%
2003	9.1%	8.4%	13.7%	8.8%	0.8%	1.9%	0.3%	0.7%	-0.5%
2004	7.0%	6.4%	10.0%	4.7%	1.3%	3.0%	0.6%	0.9%	-0.4%
2005	1.9%	1.9%	3.0%	-0.2%	0.9%	0.8%	0.7%	1.2%	-0.2%
2006	3.8%	4.0%	4.4%	2.6%	2.9%	-0.7%	3.7%	4.7%	-0.3%
2007	1.1%	0.9%	0.6%	-0.1%	0.5%	-0.1%	0.8%	0.2%	0.0%
2008 ⁴	-1.0%	-	-	-	1.1%	1.0%	0.2%	2.5%	0.0%

Datenstand: 6.11.08

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

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

Werte der effektiven Erhöhung der Prämien nach Altersgruppen und Versicherungsform: vgl. T 3.12.Werte der geschätzten Erhöhung der Prämien pro Kanton und Altersgruppen für die ordentliche Franchise: vgl. T 3.01.

3) Quelle: BFS, Sektion Preise und Verbrauch. Krankenversicherungsprämienindex (KVPI) [Medienmitteilung 11/08].

4) OKP: *Schätzung*: Quelle: Siehe 3). Siehe auch Beilage J (Schätzung 1, pro Versicherte Person).

T 9.14 Index der Krankenpflegekosten, der Krankenversicherungsausgaben der Versicherten sowie der Löhne ab 1997

Jahr	Pflegekostenindex OKP ¹	Veränderung gegenüber Vorjahr	Gesundheitswesen Kostenindex ²	Veränderung gegenüber Vorjahr	Krankenversicherungsausgaben OKP Index ³	Veränderung gegenüber Vorjahr	OKP-Prämien Index ⁶	Veränderung gegenüber Vorjahr	Kostenbeteiligung OKP Index ⁴	Veränderung gegenüber Vorjahr	BFS-Lohnindex (nominal)	Veränderung gegenüber Vorjahr
1997	105.4	5.4%	101.9	1.9%	107.8	7.8%	108.1	8.1%	105.9	5.9%	100.5	0.5%
1998	112.3	6.6%	105.9	3.9%	115.4	7.0%	114.0	5.4%	124.7	17.8%	101.2	0.7%
1999	116.7	3.9%	108.8	2.7%	118.2	2.5%	116.5	2.2%	129.8	4.1%	101.5	0.3%
2000	123.7	5.9%	112.7	3.6%	122.3	3.4%	120.2	3.2%	135.7	4.6%	102.8	1.3%
2001	130.3	5.3%	119.0	5.6%	126.8	3.7%	124.6	3.6%	141.7	4.4%	105.3	2.4%
2002	135.1	3.7%	122.3	2.7%	137.3	8.3%	135.8	9.0%	146.8	3.7%	107.2	1.8%
2003	141.1	4.5%	126.2	3.2%	148.6	8.3%	148.2	9.1%	151.3	3.0%	108.7	1.4%
2004	150.5	6.6%	129.8	2.9%	159.5	7.3%	158.7	7.0%	165.3	9.3%	109.7	0.9%
2005	158.9	5.6%	131.6	1.4%	163.2	2.3%	161.6	1.9%	173.6	5.0%	110.7	1.0%
2006	159.9	0.7%	132.4	0.6%	168.8	3.4%	167.8	3.8%	175.1	0.9%	112.0	1.2%
2007	166.2	3.9%	136.7	3.2%	171.1	1.4%	169.7	1.1%	180.4	3.0%	113.9	1.6%

Datenstand: 24.11.08

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

2) Quelle: T 9.05. Entwicklung pro Einwohner. 2007: Schätzung [KOF, Medienmitteilung 11/08].

3) Quelle: T 9.15. OKP Ausgaben = Prämien + Kostenbeteiligung.

4) Quelle: T 2.02.

5) Quelle: BFS, Sektion Löhne und Arbeitsbedingungen.

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

T 9.15 Totaler Beitrag je versicherte Person (Prämie + Kostenbeteiligung) nach Versicherungsform ab 1997

Alle Versicherte	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1997	1'812	2'130	1'577	1'390	1'910	7.8%
1998	1'918	2'298	1'558	1'666	2'043	7.0%
1999	1'951	2'374	1'571	1'753	2'094	2.5%
2000	2'027	2'434	1'663	1'828	2'165	3.4%
2001	2'123	2'484	1'731	1'922	2'246	3.7%
2002	2'286	2'655	1'951	2'240	2'431	8.3%
2003	2'511	2'860	2'124	2'210	2'633	8.3%
2004	2'691	3'091	2'247	2'415	2'825	7.3%
2005	2'840	3'104	2'376	2'401	2'890	2.3%
2006	3'011	3'243	2'533	2'415	2'989	3.4%
2007	3'124	3'318	2'651	2'471	3'031	1.4%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 3.12 + 2.02

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe ab 1997

Kinder (0-18 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1997	632	699	-	503	635	-
1998	651	761	519	519	657	3.4%
1999	669	765	568	546	672	2.3%
2000	693	781	589	563	694	3.3%
2001	731	792	621	597	728	4.9%
2002	795	824	685	655	787	8.2%
2003	867	861	726	697	853	8.3%
2004	911	884	755	740	893	4.7%
2005	919	870	721	766	898	0.6%
2006	953	877	668	776	921	2.5%
2007	956	861	726	823	924	0.3%

Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1997	1'651	1'656	1'166	1'316	1'640	-
1998	1'811	1'792	1'254	1'519	1'784	8.8%
1999	1'788	1'891	1'319	1'545	1'815	1.7%
2000	1'783	1'887	1'315	1'537	1'808	-0.4%
2001	1'865	1'851	-	1'541	1'833	1.4%
2002	2'115	2'018	-	1'744	2'041	11.4%
2003	2'435	2'225	-	1'932	2'294	12.4%
2004	2'654	2'463	-	2'143	2'519	9.8%
2005	2'806	2'488	2'037	2'199	2'599	3.2%
2006	2'992	2'570	2'225	2'264	2'702	4.0%
2007	3'043	2'541	2'271	2'382	2'720	0.7%

Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
1997	2'437	2'292	1'647	1'873	2'340	-
1998	2'591	2'501	1'656	2'061	2'512	7.3%
1999	2'664	2'559	1'701	2'139	2'575	2.5%
2000	2'784	2'624	1'709	2'214	2'662	3.4%
2001	2'936	2'709	1'807	2'305	2'775	4.2%
2002	3'188	2'898	2'030	2'499	2'989	7.7%
2003	3'485	3'082	2'183	2'655	3'213	7.5%
2004	3'677	3'319	2'324	2'890	3'431	6.8%
2005	3'832	3'327	2'442	2'960	3'506	2.2%
2006	4'026	3'442	2'594	3'061	3'630	3.5%
2007	4'082	3'472	2'711	3'203	3'671	1.1%

Datenstand : siehe Beilage I

Quelle: T 3.12 + 2.02

T 9.16 Krankenversicherung bei den privaten Versicherungsunternehmen ab 1997 in Mio. Fr.

Jahr	Prämien ¹			Total mit Taggeld- versicherung	Leistungen ¹			Total mit Taggeld- versicherung
	Krankenpflegeversicherung ²				Krankenpflegeversicherung ²			
	Einzel- krankenver- sicherung	Kollektiv- krankenver- sicherung	Total		Einzel- krankenver- sicherung	Kollektiv- krankenver- sicherung	Total	
1997	513.5	88.3	601.8	1'921.8	395.3	80.6	475.9	1'558.7
1998	544.6	93.2	637.8	2'066.2	381.4	78.6	460.1	1'597.2
1999	841.1	257.1	1'098.2	2'436.0	558.6	205.3	763.9	1'841.4
2000	1'843.2	399.8	2'242.9	3'879.1	1'257.5	326.3	1'583.8	2'917.9
2001	2'676.6	513.8	3'190.5	5'041.2	1'941.5	411.8	2'353.3	3'948.5
2002	2'798.4	634.0	3'432.4	5'378.3	1'909.5	485.9	2'395.5	4'096.4
2003	2'790.9	615.3	3'406.2	5'466.0	1'892.2	468.3	2'360.4	4'182.2
2004	3'283.3	738.7	4'022.0	6'221.5	2'205.5	549.5	2'755.0	4'484.0
2005	3'264.5	760.8	4'025.3	6'170.3	2'229.0	583.7	2'812.7	4'360.3
2006	3'413.7	785.3	4'199.1	6'351.5	2'298.0	593.0	2'891.1	4'362.9
2007	3'389.9	817.2	4'207.1	6'359.2	2'405.1	632.7	3'037.8	4'451.4

Datenstand: 28.11.08

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

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

2) Prämien und Leistungen ohne Taggeldversicherung und ohne Unfallversicherung.

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

T 9.17 Taggeldversicherung KVG / VVG ab 1997 in Mio. Fr.

Jahr	Prämien			Privat- versicherer Versiche- rung VVG ⁴	Total ³	Leistungen			Privat- versicherer Versiche- rung VVG ⁴	Total ³
	KVG-Versicherer		Total ³			KVG-Versicherer		Total ³		
	freiwillige Versiche- rung KVG ¹	Versiche- rung VVG ²				freiwillige Versiche- rung KVG ¹	Versiche- rung VVG ²			
1997	558.9	393.8	952.7	1'319.9	2'272.6	621.5	335.7	957.2	1'082.8	2'040.0
1998	509.6	508.1	1'017.7	1'428.4	2'446.1	456.4	453.7	910.1	1'137.1	2'047.2
1999	462.9	442.7	905.6	1'337.8	2'243.4	412.1	385.2	797.3	1'077.5	1'874.8
2000	438.9	339.7	778.6	1'636.2	2'414.8	381.6	299.2	680.8	1'334.1	2'014.9
2001	398.7	248.4	647.0	1'850.8	2'497.8	352.0	201.9	553.8	1'595.2	2'149.0
2002	370.9	248.8	619.7	1'946.0	2'565.6	329.1	227.1	556.2	1'701.0	2'257.2
2003	354.1	295.5	649.6	2'059.8	2'709.4	309.9	266.9	576.8	1'821.8	2'398.6
2004	354.1	466.0	820.0	2'199.5	3'019.5	277.9	341.4	619.3	1'729.0	2'348.4
2005	340.1	497.8	837.9	2'145.0	2'982.9	251.1	268.0	519.1	1'547.5	2'066.6
2006	315.8	549.0	864.8	2'152.4	3'017.2	220.6	347.8	568.4	1'471.9	2'040.3
2007	299.3	544.4	843.7	2'152.2	2'995.8	207.7	361.8	569.5	1'413.6	1'983.1

Datenstand: 28.11.08

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

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

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

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

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

4) Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), detaillierte Fassung der Tabelle AS03N. Für 1996 sind keine Zahlen verfügbar.
Der Anteil der Kollektivversicherung (Prämien und Leistungen) umfasst mehr als 90 %. Ohne Unfallversicherung. 1996: *Schätzungen BSV.*

T 9.18 Krankenversicherung¹ (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 1997 in Mio. Fr.

Jahr	Prämien			Total	Leistungen			Total
	KVG-Versicherer		Privat- versicherer ² Versicherung VVG		KVG-Versicherer		Privat- versicherer ² Versicherung VVG	
	Grund- versicherung ⁴	Zusatzver- sicherung ³			Grund- versicherung ⁴	Zusatzver- sicherung ³		
1997	11'924.8	4'410.6	601.9	16'937.3	11'360.5	3'288.3	475.9	15'124.7
1998	12'604.2	4'453.3	637.8	17'695.3	11'926.9	3'299.5	460.1	15'686.5
1999	12'949.5	3'766.7	1'098.2	17'814.4	12'430.6	2'787.1	763.9	15'981.6
2000	13'346.7	2'917.4	2'242.9	18'507.0	13'190.3	2'199.1	1'583.8	16'973.2
2001	13'954.7	1'987.0	3'190.5	19'132.2	13'986.3	1'576.7	2'353.3	17'916.3
2002	15'296.2	1'958.4	3'432.4	20'687.0	14'592.8	1'422.3	2'395.5	18'410.6
2003	16'759.7	1'882.6	3'406.2	22'048.5	15'335.6	1'354.6	2'360.4	19'050.6
2004	17'979.6	1'358.8	4'022.0	23'360.4	16'307.5	1'040.5	2'755.0	20'102.9
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

Datenstand: 28.11.08

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

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

Quelle: T 9.16. Ohne Unfallversicherung.

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

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

Bundesamt für Privatversicherungen [BPV]).

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

T 9.19 Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder in % des BIP ab 1997

Land	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Australien	7.6%	7.8%	8.0%	8.3%	8.4%	8.6%	8.6%	8.8%	8.8%	8.7%	-
Belgien	8.3%	8.4%	8.6%	8.6%	8.7%	9.0%	10.5%	10.7%	10.6%	10.3%	-
Dänemark	8.2%	8.3%	8.5%	8.3%	8.6%	8.8%	-	-	-	-	-
Deutschland	10.2%	10.2%	10.3%	10.3%	10.4%	10.6%	10.8%	10.6%	10.7%	10.6%	-
Finnland	7.4%	7.2%	7.2%	7.0%	7.2%	7.6%	8.0%	8.1%	8.3%	8.2%	-
Frankreich	10.2%	10.1%	10.1%	10.1%	10.2%	10.5%	10.9%	11.0%	11.1%	11.0%	-
Grossbritannien	6.8%	6.8%	7.1%	7.2%	7.5%	7.6%	7.7%	8.0%	8.2%	8.4%	-
Italien	7.7%	7.7%	7.8%	8.1%	8.2%	8.3%	8.3%	8.7%	8.9%	9.0%	8.7%
Japan	7.0%	7.3%	7.5%	7.7%	7.9%	8.0%	8.1%	8.0%	8.2%	8.1%	-
Niederlande	7.9%	8.1%	8.1%	8.0%	8.3%	8.9%	9.4%	9.5%	-	-	-
Norwegen	8.4%	9.3%	9.3%	8.4%	8.8%	9.8%	10.0%	9.7%	9.1%	8.7%	-
Österreich	9.8%	10.0%	10.1%	9.9%	10.0%	10.1%	10.2%	10.3%	10.3%	10.1%	-
Schweden	8.1%	8.2%	8.3%	8.2%	9.0%	9.3%	9.4%	9.2%	9.2%	9.2%	-
Spanien	7.3%	7.3%	7.3%	7.2%	7.2%	7.3%	8.1%	8.2%	8.3%	8.4%	-
USA	13.1%	13.0%	13.1%	13.2%	13.9%	14.7%	15.1%	15.2%	15.2%	15.3%	-
Schweiz	10.1%	10.2%	10.3%	10.3%	10.7%	11.0%	11.4%	11.4%	11.4%	11.3%	-

Datenstand: 3.12.08

Quelle: www.oecd.org/home/ Topics > Health > OECD Health Data 2008 -

Frequently Requested Data > Total expenditure on health, % gross domestic product

**T 9.20 Sozialschutzleistungen für die Gesundheitsversorgung ² :
Internationaler Vergleich in % des BIP ab 1997**

Land	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UE-15 ¹	-	-	-	7.2%	7.3%	7.4%	7.6%	7.6%	7.6%	7.7%	-
EUR-12 ¹	7.2%	7.1%	7.2%	7.2%	7.3%	7.5%	7.6%	7.6%	7.7%	7.7%	-
Belgien	6.1%	6.1%	6.2%	6.0%	6.2%	6.3%	7.4%	7.7%	7.7%	7.4%	-
Dänemark	5.3%	5.6%	5.7%	5.7%	5.8%	6.0%	6.1%	6.1%	6.1%	6.1%	-
Deutschland	8.2%	8.1%	8.3%	8.3%	8.4%	8.4%	8.5%	8.1%	8.1%	8.0%	-
Griechenland	5.1%	5.1%	5.4%	6.0%	6.1%	6.1%	6.1%	6.1%	6.6%	6.8%	-
Spanien	5.8%	5.7%	5.7%	5.8%	5.8%	6.0%	6.2%	6.3%	6.3%	6.4%	-
Frankreich	8.1%	8.1%	8.0%	8.0%	8.1%	8.4%	8.6%	8.8%	8.8%	8.7%	-
Irland	5.8%	5.5%	5.6%	5.5%	6.1%	6.4%	6.6%	6.8%	6.9%	7.0%	-
Italien	5.6%	5.6%	5.6%	6.0%	6.3%	6.2%	6.2%	6.5%	6.8%	6.9%	-
Luxemburg	5.3%	5.1%	5.1%	4.8%	5.2%	5.4%	5.4%	5.5%	5.5%	5.1%	-
Niederlande	7.4%	7.3%	7.4%	7.3%	7.5%	7.9%	8.2%	8.1%	8.0%	8.7%	-
Österreich	7.1%	7.2%	7.4%	7.1%	7.2%	7.2%	7.2%	7.2%	7.1%	7.1%	-
Portugal	5.7%	5.9%	6.1%	6.2%	6.3%	6.7%	6.4%	7.0%	7.1%	6.9%	-
Finnland	6.2%	5.9%	5.9%	5.8%	5.9%	6.2%	6.4%	6.6%	6.7%	6.6%	-
Schweden	7.3%	7.5%	7.7%	8.0%	8.4%	8.7%	8.8%	8.3%	8.0%	7.8%	-
Vereinigtes Königreich	6.2%	6.4%	6.3%	6.5%	7.1%	7.1%	7.6%	7.8%	8.0%	8.2%	-
Island	6.8%	6.8%	7.4%	7.4%	7.4%	7.8%	8.2%	7.8%	7.4%	7.3%	-
Norwegen	7.7%	8.6%	8.6%	8.2%	8.6%	8.7%	9.2%	8.4%	7.5%	7.2%	-
Schweiz ³	5.9%	6.2%	6.1%	6.2%	6.5%	6.9%	7.0%	7.1%	7.2%	6.9%	-

Datenstand: 3.12.08

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

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

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

3) Für die Definition der für die Schweiz ausgewiesenen Leistungen siehe

Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit: Methoden und Konzepte, BFS, Neuenburg, 2002.

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

Werte in der Schweiz in 2001 :

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

Quelle: Eurostat, European social statistics - Data 2008 : epp.eurostat.ec.europa.eu

Topics > Database > Browse > Population and social conditions > Living conditions and welfare > Social protection > Social protection expenditure >

Expenditure - Tables by benefits and currency, by function > Tables by benefits and currency - sickness/health care function

T 9.21 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage

2007

Merkmal	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder ⁵	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Versicherte ¹	2'922'196	3'104'949	6'027'145	1'510'443	7'537'587	0.8%
Erkrankte ²	2'094'755	2'671'769	4'766'524	1'404'426	6'170'950	0.5%
Erkrankte je 100 Versicherte	71.7	86.1	79.1	93.0	81.9	-0.3%
Einweisungen ³	494'846	654'343	1'149'189	83'253	1'232'442	7.4%
davon Mutterschaft	-	92'376	92'376	532	92'908	8.2%
Einweisungen je 100 Versicherte	16.9	21.1	19.1	5.5	16.4	6.9%
Spitaltage ⁴	4'843'968	6'309'583	11'153'551	552'455	11'706'006	5.9%
davon Mutterschaft	-	529'360	529'360	4'159	533'519	8.2%
Spitaltage je 100 Versicherte	165.8	203.2	185.1	36.6	155.3	5.1%
Spitaltage je Einweisung	9.8	9.6	9.7	6.6	9.5	-1.0%

Datenstand : 31.7.08

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; zu zählen sind Einweisungen in Spitäler zur kurzfristigen und zur langfristigen Behandlung körperlich Kranker sowie Einweisungen in psychiatrische Kliniken; nicht zu zählen sind hingegen Einweisungen in Pflegeheime. Sobald zwischen zwei Spitalaufenthalten eine Lücke besteht, zählen diese als zwei Einweisungen.

4) Anzahl Spitaltage im Spital stationär; zu zählen sind die Spitaltage in Spitälern zur kurzfristigen und zur langfristigen Behandlung körperlich Kranker sowie die Spitaltage in psychiatrischen Kliniken; nicht zu zählen sind hingegen die Tage in Pflegeheimen.

5) Personen, die das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben (vgl. Art. 61 Abs. 3 KVG); bei der "Mutterschaft" von "Kindern" ist die Mutterschaft von noch nicht 18-jährigen Frauen gemeint.

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

T 9.22 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spittage ab 1997

Jahr	Erkrankte ¹	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Einwei- sungen ²	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Spittage ²	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1997	5'669'325	1.2%	1'150'122	3.0%	18'987'651	0.9%
1998	5'768'621	1.8%	1'154'759	0.4%	17'067'058	-10.1%
1999	5'833'167	1.1%	1'096'033	-5.1%	12'747'160	-25.3%
2000	5'947'035	2.0%	1'097'932	0.2%	12'447'351	-2.4%
2001	6'043'905	1.6%	1'193'315	8.7%	12'514'126	0.5%
2002	6'170'788	2.1%	1'207'239	1.2%	12'391'461	-1.0%
2003	6'105'077	-1.1%	1'148'028	-4.9%	11'395'671	-8.0%
2004	6'076'231	-0.5%	1'196'146	4.2%	11'754'955	3.2%
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%

Datenstand : 31.7.08

1) Anzahl versicherte Personen, welche im Berichtsjahr mindestens einmal ambulante oder stationäre Kosten verursacht haben.

2) Die Zeitreihen der Einweisungen und besonders der Spittage sind von beschränkter Aussagekraft;

der Grund liegt darin, dass vor 1999 nicht von allen Versicherern die Einweisungen und Tage in Pflegeheime(n) vollständig aus-
geschieden werden konnten. So ist insbesondere auch die starke Abnahme der Spittage zwischen 1998 und 1999 auf diese
"Nicht-mehr-Berücksichtigung" von Pflegeheimtagen durch grosse Versicherer zurückzuführen und darf somit nicht als echte
Abnahme der Spittage im Spital stationär fehlinterpretiert werden.

Quelle: T 9.21

A 10 Risikoausgleich in der OKP

10.01	Risikoausgleich: Nettozahler und Nettoempfänger ab 1997	174
10.02	Risikoausgleich: Bruttoumverteilung und Nettoumverteilung ab 1997	174
10.03	Risikoausgleich pro Versicherten und Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht	175

T 10.01 Risikoausgleich: Nettozahler und Nettoempfänger ab 1997

2007

Ausgleichs-jahr	Netto-zahler ¹	Anteil am Total	Netto-empfänger ¹	Anteil am Total	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%

Datenstand: 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

T 10.02 Risikoausgleich: Bruttoumverteilung und Nettoumverteilung in Mio. Fr. ab 1997

2007

Ausgleichs-jahr	Bruttoumverteilung ¹				Nettoumverteilung ²	
	nach Geschlecht	Veränd. gegenüber Vorjahr	nach Alter	Veränd. gegenüber Vorjahr	zwischen Versicherern	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%

Datenstand: 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

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

2007

T 10.03 Risikoausgleich ¹ in Fr. pro Versicherten und Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppen	Männlich	Veränd. gegenüber Vorjahr	Weiblich	Veränd. gegenüber Vorjahr	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
0 - 18	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
19 - 25	-186	-5.0%	-144	-5.5%	-165	-5.1%
26 - 30	-180	-5.3%	-99	-7.7%	-140	-6.2%
31 - 35	-168	-5.4%	-73	-6.5%	-120	-5.8%
36 - 40	-153	-5.5%	-84	-4.0%	-118	-5.0%
41 - 45	-133	-5.7%	-85	-4.2%	-109	-5.2%
46 - 50	-105	-6.7%	-62	-10.7%	-84	-8.1%
51 - 55	-63	-8.4%	-22	3.0%	-43	-5.3%
56 - 60	-7	-182.9%	12	-26.6%	3	-60.8%
61 - 65	70	10.4%	70	3.7%	70	6.8%
66 - 70	152	4.9%	134	4.3%	143	4.6%
71 - 75	260	4.5%	230	5.4%	244	5.0%
76 - 80	369	4.4%	345	4.2%	355	4.3%
81 - 85	481	4.9%	514	3.3%	502	3.9%
86 - 90	626	2.7%	764	2.2%	720	2.3%
> 90	885	2.5%	1'179	2.9%	1'105	2.7%

Datenstand: 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

A 11 Versicherte in der OKP

11.01	Durchschnittlicher Versichertenbestand ab 1997	178
11.02	Versichertenbestand ab 1997 per 31.12.	178
11.03	Versichertenbestand nach Wohnkanton per 31.12.	179
11.04	Versichertenbestand nach Alter und Geschlecht per 31.12.	180
11.05	Versichertenbestand per 31.12 nach Versicherungsform ab 1997	181
11.06	Versichertenbestand nach Versicherungsform per 31.12.	181
11.07	Verteilung der Versicherungsformen in % -Versicherte ab 19 Jahren seit 1997	182
11.08	Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton -Versicherte ab 19 Jahren	183
11.09	Verteilung der Versicherungsformen in % -Versicherte 0-18 Jahre seit 1997	184
11.10	Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton -Versicherte 0-18 Jahre	185
11.11	Aufteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ab 1997	186
11.12	Versichertenbestand nach Geschlecht am 1.1.	186
11.13	Durchschnittlicher Versichertenbestand KVG und Durchschnittsalter nach Geschlecht	187
11.14	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen und Altersgruppen	188
11.15	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersgruppen und Geschlecht	189
11.16	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen	190
11.17	Versicherteneintritte /Versicherungswechsler KVG nach Geschlecht	191
11.18	Zahlungsausstände für OKP-Prämien	191
11.19	Anzahl Versicherte OKP nach Grösse der Versicherer ab 1997	191

T 11.01 Durchschnittlicher Versichertenbestand ¹ ab 1997

2007

Jahr ²	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1997	2'750'986	2'929'423	5'680'409	1'556'062	7'236'471	0.1%
1998	2'746'839	2'927'739	5'674'578	1'572'038	7'246'616	0.1%
1999	2'760'031	2'940'891	5'700'922	1'569'600	7'270'522	0.3%
2000	2'758'998	2'947'662	5'706'660	1'558'453	7'265'113	-0.1%
2001	2'778'660	2'968'477	5'747'137	1'553'913	7'301'050	0.5%
2002	2'803'463	2'992'002	5'795'465	1'549'167	7'344'632	0.6%
2003	2'880'411	2'950'352	5'830'763	1'541'742	7'372'505	0.4%
2004	2'832'331	3'021'580	5'853'911	1'529'663	7'383'574	0.2%
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	5'960'190	1'518'236	7'478'426	0.6%
2007	2'922'196	3'104'949	6'027'145	1'510'443	7'537'588	0.8%

Datenstand : 31.7.08

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

2) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF1 [1.12 A]

T 11.02 Versichertenbestand per 31.12 ab 1997

2007

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

Datenstand : 31.7.08

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

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

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

Quelle: T 11.03

T 11.03 Versichertenbestand nach Wohnkanton per 31.12.

2007

Kanton	Männer	Frauen	Kinder	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	515'298	543'894	249'355	1'308'547	1.4%
BE	373'678	404'526	186'790	964'994	0.4%
LU	140'067	146'840	78'843	365'750	1.1%
UR	13'803	13'852	7'520	35'175	0.0%
SZ	56'164	54'778	30'446	141'388	1.3%
OW	13'443	13'436	7'652	34'531	0.6%
NW	16'105	15'854	8'097	40'056	1.0%
GL	15'054	15'468	7'933	38'455	0.2%
ZG	43'544	43'319	22'066	108'929	1.4%
FR	98'780	102'438	62'194	263'412	1.5%
SO	98'613	103'390	50'563	252'566	0.6%
BS	68'473	78'871	28'486	175'830	-0.2%
BL	105'135	112'274	51'206	268'615	0.6%
SH	28'982	31'117	14'404	74'503	0.1%
AR	20'643	21'358	11'469	53'470	0.5%
AI	5'965	5'742	3'738	15'445	1.0%
SG	179'553	186'549	102'162	468'264	0.6%
GR	78'348	79'917	37'032	195'297	0.0%
AG	229'150	235'063	122'257	586'470	1.1%
TG	92'288	94'134	53'024	239'446	1.0%
TI	124'604	138'733	59'399	322'736	0.8%
VD	247'118	270'793	147'309	665'220	1.3%
VS	118'386	123'182	63'040	304'608	1.3%
NE	63'711	69'803	36'807	170'321	1.1%
GE	151'461	168'568	89'224	409'253	0.8%
JU	26'249	27'906	15'748	69'903	0.3%
Schweiz	2'924'616	3'101'805	1'546'764	7'573'185	0.9%
Ausland ¹⁾	2'406	1'041	500	3'947	12.0%
unbekannt	1	0	0	1	-
Total	2'927'022	3'102'846	1'547'264	7'577'132	0.9%

Datenstand : 31.7.08

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

Quelle: Formular EF3 [T 3.2]

T 11.04 Versichertenbestand ¹ nach Alter und Geschlecht per 31.12.

Altersklassen	männlich Anzahl Versicherte	Anteil am Gesamt- total in %	weiblich Anzahl Versicherte	Anteil am Gesamt- total in %	Total Anzahl Versicherte	Anteil am Gesamt- total in %
0 - 5	228'086	3.0%	216'979	2.9%	445'065	5.9%
6 - 10	203'965	2.7%	193'658	2.6%	397'623	5.2%
11 - 15	221'745	2.9%	210'798	2.8%	432'543	5.7%
16 - 18	139'433	1.8%	132'600	1.8%	272'033	3.6%
Total 0 - 18	793'229	10.5%	754'035	10.0%	1'547'264	20.4%
19 - 20	90'060	1.2%	87'929	1.2%	177'989	2.3%
21 - 25	234'430	3.1%	228'815	3.0%	463'245	6.1%
26 - 30	248'335	3.3%	245'768	3.2%	494'103	6.5%
31 - 35	260'105	3.4%	260'449	3.4%	520'554	6.9%
36 - 40	299'861	4.0%	300'447	4.0%	600'308	7.9%
41 - 45	326'696	4.3%	319'254	4.2%	645'950	8.5%
46 - 50	290'866	3.8%	284'898	3.8%	575'764	7.6%
51 - 55	252'864	3.3%	249'756	3.3%	502'620	6.6%
56 - 60	233'310	3.1%	235'211	3.1%	468'521	6.2%
61 - 65	210'608	2.8%	217'332	2.9%	427'940	5.6%
Total 19 - 65	2'447'135	32.3%	2'429'859	32.1%	4'876'994	64.4%
66 - 70	154'421	2.0%	174'160	2.3%	328'581	4.3%
71 - 75	127'151	1.7%	157'030	2.1%	284'181	3.8%
76 - 80	95'835	1.3%	137'936	1.8%	233'771	3.1%
81 - 85	62'449	0.8%	109'228	1.4%	171'677	2.3%
86 - 90	29'435	0.4%	62'641	0.8%	92'076	1.2%
91 - 95	9'026	0.1%	25'454	0.3%	34'480	0.5%
96 - 100	1'459	0.0%	5'958	0.1%	7'417	0.1%
> 100	111	0.0%	580	0.0%	691	0.0%
Total 66 und mehr	479'887	6.3%	672'987	8.9%	1'152'874	15.2%
unbekannt	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	3'720'251	49.1%	3'856'881	50.9%	7'577'132	100.0%

Datenstand : 31.7.08

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF3 [T 3.1]

T 11.05 Versichertenbestand per 31.12. nach Versicherungsform ¹ ab 1997

2007

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber. Vorjahr
1997	4'083'854	2'736'364	11'494	383'093	7'214'805	0.3%
1998	4'016'267	2'726'468	11'828	494'040	7'248'603	0.5%
1999	3'998'744	2'715'642	10'258	541'890	7'266'534	0.2%
2000	3'921'920	2'758'539	9'811	577'841	7'268'111	0.0%
2001	3'882'191	2'833'816	9'341	595'939	7'321'287	0.7%
2002	3'812'675	2'980'820	8'835	557'035	7'359'365	0.5%
2003	3'674'270	3'107'097	8'317	603'504	7'393'188	0.5%
2004	3'639'287	3'024'823	8'098	747'766	7'419'974	0.4%
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%

Datenstand : 31.7.08

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

Quelle: T 11.06

T 11.06 Versichertenbestand nach Versicherungsform ¹ per 31.12.

2007

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber. Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	928'525	1'208'804	1'012'102	3'149'431	41.6%	-6.2%
Wählbare Jahresfranchisen	1'277'700	1'161'731	140'320	2'579'751	34.0%	-7.5%
BONUS-Versicherung	4'430	2'359	114	6'903	0.1%	-4.4%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO) *	716'367	729'952	394'728	1'841'047	24.3%	35.7%
<i>* davon Versicherte, die gleichzeitig eine wählbare Franchise haben</i>	-	-	-	876'249	11.6%	-
Total	2'927'022	3'102'846	1'547'264	7'577'132	100.0%	0.9%

Datenstand : 31.7.08

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

Quelle: Formular EF3 [T3.3]

T 11.07 Verteilung der Versicherungsformen in % - Versicherte ab 19 Jahren ab 1997

Jahr ¹	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen					Total	Andere Versicherungsformen	Total
		I	II	III	IV	V			
1997	47.3%	29.2%	8.3%	2.1%	5.2%	-	44.9%	7.8%	100.0%
1998	47.6%	30.8%	7.6%	3.2%	3.9%	-	45.4%	7.0%	100.0%
1999	47.3%	29.2%	8.3%	2.1%	5.2%	-	44.9%	7.8%	100.0%
2000	45.9%	27.9%	8.9%	2.2%	6.8%	-	45.9%	8.2%	100.0%
2001	45.3%	26.1%	9.2%	2.3%	8.8%	-	46.3%	8.4%	100.0%
2002	43.6%	24.2%	9.9%	2.5%	11.4%	-	47.9%	8.4%	100.0%
2003	41.8%	22.1%	10.2%	2.6%	15.0%	-	50.0%	8.3%	100.0%
2004	42.6%	19.0%	9.9%	2.4%	17.0%	-	48.4%	9.0%	100.0%
2005	43.0%	24.1%	2.8%	15.0%	0.8%	4.4%	47.0%	10.0%	100.0%
2006	41.0%	21.2%	3.0%	13.5%	1.2%	6.8%	45.7%	13.3%	100.0%
2007	40.2%	19.0%	2.9%	12.1%	1.3%	7.7%	43.0%	16.9%	100.0%

Datenstand : siehe Beilage I

1) 1997: ordentliche Jahresfranchise: 150.- ; wählbare Jahresfranchisen: 300.- 600.- 1200.- 1500.-

1998-2003: ordentliche Jahresfranchise: 230.- ; wählbare Jahresfranchisen: 400.- 600.- 1200.- 1500.-

2004: ordentliche Jahresfranchise: 300.- ; wählbare Jahresfranchisen: 400.- 600.- 1200.- 1500.-

2005-2007: ordentliche Jahresfranchise: 300.- ; wählbare Jahresfranchisen: 500.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.-

Quelle: T 11.08

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

2007

Kanton	Ordentl. Jahres- franchise 300 Fr.	Wählbare Jahresfranchisen					Total	Andere Versiche- rungsformen	Total
		500 Fr.	1000 Fr.	1500 Fr.	2000 Fr.	2500 Fr.			
ZH	41.1%	16.7%	2.9%	11.7%	1.6%	9.2%	42.1%	16.8%	100.0%
BE	33.3%	22.9%	3.3%	11.2%	1.5%	7.3%	46.2%	20.5%	100.0%
LU	46.6%	11.5%	2.1%	13.2%	1.1%	5.6%	33.5%	19.9%	100.0%
UR	44.3%	17.2%	3.0%	11.5%	0.9%	4.6%	37.1%	18.6%	100.0%
SZ	48.3%	15.7%	2.7%	13.5%	1.2%	6.9%	40.0%	11.7%	100.0%
OW	46.8%	17.4%	3.0%	12.2%	0.8%	4.7%	38.1%	15.1%	100.0%
NW	48.7%	14.6%	3.3%	12.7%	0.8%	6.0%	37.3%	13.9%	100.0%
GL	51.3%	15.5%	3.4%	12.8%	2.0%	4.6%	38.2%	10.5%	100.0%
ZG	45.2%	16.4%	3.0%	13.6%	2.1%	6.7%	41.9%	12.9%	100.0%
FR	38.4%	28.5%	3.5%	14.3%	2.1%	4.7%	53.0%	8.6%	100.0%
SO	44.9%	23.0%	2.9%	12.1%	1.7%	5.5%	45.1%	10.0%	100.0%
BS	41.9%	13.9%	2.3%	12.3%	0.8%	8.1%	37.4%	20.7%	100.0%
BL	38.1%	18.9%	3.0%	13.3%	1.7%	8.4%	45.2%	16.7%	100.0%
SH	36.2%	16.0%	2.7%	10.0%	1.7%	6.6%	36.9%	26.9%	100.0%
AR	48.1%	12.7%	2.9%	9.1%	1.1%	4.7%	30.5%	21.5%	100.0%
AI	50.9%	11.2%	2.4%	11.8%	0.8%	4.5%	30.6%	18.5%	100.0%
SG	41.7%	11.7%	2.3%	10.3%	1.1%	5.2%	30.6%	27.7%	100.0%
GR	52.7%	8.8%	2.3%	10.0%	0.9%	4.9%	26.9%	20.4%	100.0%
AG	42.2%	13.5%	2.7%	11.4%	1.3%	5.9%	34.8%	23.0%	100.0%
TG	34.8%	10.2%	2.4%	10.8%	1.4%	6.5%	31.3%	33.8%	100.0%
TI	41.9%	22.6%	2.0%	12.6%	0.8%	12.0%	49.9%	8.3%	100.0%
VD	30.5%	25.6%	3.9%	14.9%	1.2%	11.6%	57.1%	12.4%	100.0%
VS	53.5%	24.6%	2.7%	8.5%	1.2%	4.2%	41.1%	5.4%	100.0%
NE	40.1%	24.4%	2.9%	12.4%	1.2%	11.8%	52.6%	7.3%	100.0%
GE	36.6%	27.1%	3.0%	12.7%	0.8%	9.3%	52.9%	10.4%	100.0%
JU	32.7%	26.2%	2.8%	19.5%	1.7%	9.0%	59.3%	8.0%	100.0%
CH	40.2%	19.0%	2.9%	12.1%	1.3%	7.7%	43.0%	16.9%	100.0%

Datenstand : siehe Beilage I

Quelle: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG ; Abdeckungsgrad der Erhebung : siehe Beilage I]

T 11.09 Verteilung der Versicherungsformen in % - Versicherte 0-18 Jahre ab 1997

Jahr ¹	Ordentl. Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen						Total	Andere Versicherungsformen	Total
		I	II	III	IV	V	VI			
1997	82.1%	9.9%	2.5%	1.2%	-	-	-	13.6%	4.4%	100.0%
1998	80.8%	8.9%	2.1%	1.7%	-	-	-	12.8%	6.5%	100.0%
1999	80.6%	8.1%	2.0%	2.2%	-	-	-	12.3%	7.2%	100.0%
2000	80.3%	7.6%	1.9%	2.7%	-	-	-	12.1%	7.5%	100.0%
2001	80.6%	7.1%	1.6%	2.9%	-	-	-	11.6%	7.8%	100.0%
2002	80.9%	6.5%	1.5%	3.2%	-	-	-	11.1%	8.0%	100.0%
2003	80.3%	6.1%	1.4%	4.0%	-	-	-	11.4%	8.3%	100.0%
2004	79.9%	5.4%	1.3%	4.6%	-	-	-	11.3%	8.8%	100.0%
2005	78.7%	1.1%	4.4%	1.3%	3.5%	0.2%	0.9%	11.4%	9.9%	100.0%
2006	75.7%	1.1%	3.8%	1.2%	3.0%	0.3%	1.3%	10.9%	13.4%	100.0%
2007	73.2%	1.0%	3.2%	1.1%	2.7%	0.4%	1.2%	9.8%	17.1%	100.0%

Datenstand : siehe Beilage I

1) 1997-2004: ordentliche Jahresfranchise: 0.- ; wählbare Jahresfranchisen: 150.- 300.- 375.-

2005-2007: ordentliche Jahresfranchise: 0.- ; wählbare Jahresfranchisen: 100.- 200.- 300.- 400.- 500.- 600.-

Quelle: T 11.10

T 11.10 Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Versicherte 0-18 Jahre

2007

Kanton	Ordentl. Jahres- franchise 0 Fr.	Wählbare Jahresfranchisen						Total	Andere Versiche- rungsformen	Total
		100 Fr.	200 Fr.	300 Fr.	400 Fr.	500 Fr.	600 Fr.			
ZH	74.4%	0.9%	2.4%	0.9%	1.6%	0.6%	0.8%	7.3%	18.3%	100.0%
BE	71.8%	1.0%	3.5%	0.9%	1.5%	0.6%	0.7%	8.2%	20.0%	100.0%
LU	69.6%	0.5%	0.8%	0.7%	6.2%	0.2%	0.7%	9.0%	21.5%	100.0%
UR	65.4%	0.4%	0.8%	1.7%	7.7%	0.1%	0.4%	11.2%	23.5%	100.0%
SZ	74.6%	0.3%	1.5%	0.7%	5.8%	0.3%	0.7%	9.2%	16.2%	100.0%
OW	76.7%	0.5%	1.0%	0.8%	2.0%	0.1%	0.6%	5.1%	18.2%	100.0%
NW	69.8%	0.6%	0.8%	0.6%	4.2%	0.0%	0.8%	7.1%	23.1%	100.0%
GL	79.1%	0.5%	1.5%	0.7%	1.7%	0.2%	1.5%	6.0%	14.8%	100.0%
ZG	75.2%	0.6%	1.7%	0.7%	3.7%	0.3%	0.6%	7.7%	17.1%	100.0%
FR	80.8%	0.7%	4.2%	1.4%	2.2%	0.6%	1.0%	10.0%	9.2%	100.0%
SO	80.7%	0.6%	2.2%	1.0%	2.2%	0.4%	1.0%	7.3%	12.0%	100.0%
BS	66.5%	1.6%	2.5%	0.7%	3.4%	0.4%	1.6%	10.2%	23.3%	100.0%
BL	72.4%	1.5%	2.3%	0.7%	3.0%	0.6%	1.5%	9.7%	17.9%	100.0%
SH	69.6%	1.9%	1.1%	0.4%	2.3%	0.3%	0.6%	6.6%	23.8%	100.0%
AR	71.6%	0.6%	1.0%	1.0%	1.5%	0.3%	0.5%	4.9%	23.5%	100.0%
AI	73.7%	0.3%	0.5%	1.0%	1.4%	0.0%	0.8%	3.9%	22.4%	100.0%
SG	65.5%	0.7%	1.0%	0.7%	4.5%	0.2%	0.8%	7.7%	26.7%	100.0%
GR	72.6%	0.6%	0.9%	0.3%	0.9%	0.2%	1.1%	4.0%	23.4%	100.0%
AG	76.7%	1.0%	1.7%	0.6%	1.4%	0.3%	0.5%	5.6%	17.7%	100.0%
TG	59.1%	1.3%	1.1%	0.6%	2.2%	0.5%	1.8%	7.3%	33.6%	100.0%
TI	78.6%	0.9%	4.7%	1.0%	2.6%	0.4%	2.0%	11.6%	9.9%	100.0%
VD	64.6%	1.8%	7.8%	3.1%	4.5%	0.5%	3.2%	20.9%	14.6%	100.0%
VS	85.6%	0.6%	5.5%	0.9%	1.1%	0.8%	0.6%	9.4%	4.9%	100.0%
NE	80.5%	1.3%	4.3%	1.4%	3.2%	0.7%	2.8%	13.7%	5.9%	100.0%
GE	79.8%	1.2%	6.5%	1.9%	3.0%	0.3%	1.7%	14.6%	5.5%	100.0%
JU	75.5%	0.7%	3.7%	1.9%	4.7%	0.8%	3.4%	15.3%	9.2%	100.0%
CH	73.2%	1.0%	3.2%	1.1%	2.7%	0.4%	1.2%	9.8%	17.1%	100.0%

Datenstand : siehe Beilage I

Quelle: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG ; Abdeckungsgrad der Erhebung : siehe Beilage I]

T 11.11 Verteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ab 1997**2007**

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

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 11.05

T 11.12 Versichertenbestand KVG nach Geschlecht am 1.1.2008**Versichertenbestand KVG, Personen mit Wohnsitz in der Schweiz und schweizerischer Prämie (inkl. Versicherte gemäss Art. 4 und 5 KVV)**

Alter	männlich	weiblich	Total	Anteil in % am Total
Kinder	754'663	717'528	1'472'191	19.3%
Junge Erwachsene	325'060	315'695	640'755	8.4%
Erwachsene	2'658'071	2'840'215	5'498'286	72.2%
Total	3'737'794	3'873'438	7'611'232	100.0%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: Formular EF3 [T 3.8.2]

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

2007

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

Alter	männlich	weiblich	Total	Anteil in % am Total
Kinder	774'311	736'118	1'510'429	20.0%
Junge Erwachsene	315'877	312'929	628'806	8.3%
Erwachsene	2'606'325	2'792'025	5'398'349	71.6%
Total	3'696'513	3'841'071	7'537'585	100.0%
Durchschnittsalter	39.18	41.65	40.44	-
<i>davon gestorben</i>	<i>25'599</i>	<i>28'018</i>	<i>53'617</i>	<i>0.7%</i>

B. KVG-Versicherte mit Wohnsitz in einem EG-Staat, in Island oder in Norwegen, inklusive GrenzgängerInnen ²

	Männer	Frauen	Kinder	Total
Total	11'353	7'695	2'684	21'731

C. KVG-Versicherte mit Wohnsitz in einem EG-Staat, in Island oder in Norwegen, nur GrenzgängerInnen ³

	Männer	Frauen	Kinder	Total
Total	8'655	5'098	2'360	16'113

Datenstand : 31.7.08

1) Versichertenbestand per 31.12: siehe T 11.02.

Durchschnittsbestand = Stand aller Monate zusammengezählt und geteilt durch 12.

2) Betriebsrechnung: siehe T 1.07.

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

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

T 11.14 Durchschnittlicher Versichertenbestand^{1,2} nach Kantonen und Altersgruppen

2007

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	240'889	100'069	953'240	1'294'198	0.7%
BE	181'381	78'158	698'385	957'924	-0.2%
LU	76'674	33'302	252'731	362'707	0.6%
UR	7'340	3'122	24'535	34'997	-0.6%
SZ	29'614	12'093	98'249	139'956	1.0%
OW	7'472	3'242	23'661	34'375	0.7%
NW	7'883	3'293	28'573	39'749	0.3%
GL	7'705	3'628	26'827	38'160	-0.5%
ZG	21'383	8'349	78'090	107'822	1.0%
FR	60'260	22'483	179'524	262'267	1.1%
SO	49'149	21'619	179'830	250'598	0.1%
BS	28'103	13'095	137'236	178'434	-0.4%
BL	49'802	20'967	196'782	267'551	0.2%
SH	14'158	6'567	54'775	75'500	0.2%
AR	11'249	4'701	37'267	53'217	0.0%
AI	3'656	1'531	10'159	15'346	0.3%
SG	99'741	44'243	321'801	465'785	0.2%
GR	36'114	18'165	139'129	193'408	-0.1%
AG	119'064	50'650	413'415	583'129	0.7%
TG	51'870	21'980	165'238	239'088	0.8%
TI	57'489	22'302	240'722	320'513	0.4%
VD	141'915	51'338	462'669	655'922	0.4%
VS	60'887	26'633	213'680	301'200	0.8%
NE	35'592	13'515	119'634	168'741	-0.5%
GE	86'964	30'191	289'838	406'993	0.3%
JU	15'348	5'919	48'220	69'487	-0.1%
CH	1'501'702	621'155	5'394'210	7'517'067	0.4%

Datenstand : 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand = Anzahl Versicherungsmonate dividiert durch 12.

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

- Im Risikoausgleich zu berücksichtigen sind:

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

- Im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen sind:

Empfänger einer schweizerischen Rente und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen;

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

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

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

T 11.15 Durchschnittlicher Versichertenbestand ^{1,2} nach Altersgruppen und Geschlecht

2007

Altersgruppen	Männlich	in % des Totals Männlich	Weiblich	in % des Totals Weiblich	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
0 - 18	769'623	20.9%	732'078	19.1%	1'501'701	-1.2%
19 - 25	309'719	8.4%	311'436	8.1%	621'155	0.2%
26 - 30	242'535	6.6%	241'436	6.3%	483'971	1.2%
31 - 35	256'596	7.0%	257'441	6.7%	514'037	-2.0%
36 - 40	298'042	8.1%	298'547	7.8%	596'589	-2.2%
41 - 45	326'268	8.9%	318'353	8.3%	644'621	1.3%
46 - 50	291'230	7.9%	284'713	7.4%	575'943	2.2%
51 - 55	253'807	6.9%	250'291	6.5%	504'098	2.2%
56 - 60	234'686	6.4%	235'991	6.2%	470'677	-0.9%
61 - 65	212'137	5.8%	218'078	5.7%	430'215	3.3%
66 - 70	155'528	4.2%	174'647	4.6%	330'175	2.6%
71 - 75	128'525	3.5%	157'909	4.1%	286'434	1.0%
76 - 80	97'616	2.6%	139'369	3.6%	236'985	1.1%
81 - 85	64'634	1.8%	111'656	2.9%	176'290	1.1%
86 - 90	31'375	0.9%	65'543	1.7%	96'918	6.9%
> 90	11'874	0.3%	35'382	0.9%	47'256	1.1%
Total	3'684'195	100.0%	3'832'870	100.0%	7'517'065	0.4%

Datenstand : 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand = Anzahl Versicherungsmonate dividiert durch 12.

2) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.14.

T 11.16 Durchschnittlicher Versichertenbestand ^{1,2} nach Kantonen

2007

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene
ZH	240'889	511'565	541'743	1'053'309	1'294'198
BE	181'381	371'803	404'741	776'543	957'924
LU	76'674	139'282	146'752	286'033	362'707
UR	7'340	13'753	13'906	27'657	34'997
SZ	29'614	55'772	54'567	110'341	139'956
OW	7'472	13'452	13'452	26'904	34'375
NW	7'883	16'005	15'863	31'866	39'749
GL	7'705	14'958	15'497	30'455	38'160
ZG	21'383	43'243	43'196	86'439	107'822
FR	60'260	99'516	102'492	202'007	262'267
SO	49'149	98'109	103'340	201'449	250'598
BS	28'103	70'172	80'159	150'332	178'434
BL	49'802	105'296	112'454	217'750	267'551
SH	14'158	29'701	31'644	61'342	75'500
AR	11'249	20'556	21'411	41'968	53'217
AI	3'656	5'944	5'745	11'690	15'346
SG	99'741	179'129	186'915	366'043	465'785
GR	36'114	77'769	79'522	157'294	193'408
AG	119'064	228'951	235'111	464'064	583'129
TG	51'870	92'626	94'587	187'218	239'088
TI	57'489	124'218	138'806	263'024	320'513
VD	141'915	244'672	269'337	514'007	655'922
VS	60'887	117'553	122'760	240'312	301'200
NE	35'592	63'411	69'739	133'148	168'741
GE	86'964	150'962	169'066	320'029	406'993
JU	15'348	26'154	27'987	54'139	69'487
CH	1'501'702	2'914'572	3'100'792	6'015'363	7'517'067

Datenstand : 3.7.08

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand = Anzahl Versicherungsmonate dividiert durch 12.

2) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.14.

T 11.17 Versicherteneintritte / Versicherungswechsler KVG nach Geschlecht

2007

Alter	männlich	weiblich	Total	Anteil in % am Total	In % am durch- schnittlichen Versicherten- bestand
Kinder	115'602	109'287	224'890	27.8%	14.9%
Junge Erwachsene	50'220	47'774	97'994	12.1%	15.6%
Erwachsene	250'761	235'761	486'522	60.1%	9.0%
Total	416'583	392'822	809'405	100.0%	10.7%
<i>davon Neugeborene</i>	35'063	33'478	68'541	8.5%	0.9%

Datenstand : 31.7.08

Quelle: Formular EF3 [3.8.3] & T 11.13

T 11.18 Zahlungsausstände für OKP-Prämien

2007

	Anzahl Versicherte	Prämienvolumen in Franken
Versicherte mit Betreuung ¹	379'340	544'093'295
Versicherte mit sistierten Leistungen ²	89'884	123'959'408

Datenstand : 31.7.08

Quelle: Formular EF3 [3.10.4]

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

Unvollständige Daten.

- 2) „Versicherte mit sistierten Leistungen“ sind Versicherte für die ein Leistungsstopp verhängt wurde, weil sie ihre Prämien nicht bezahlt haben. Angegeben ist auch das Total der ausstehenden Prämien dieser Versicherten in Franken.

Unvollständige Daten.

Personen, die Militärdienst leisten und deshalb sistiert wurden, sind in dieser Tabelle nicht aufgeführt.

T 11.19 Anzahl Versicherte OKP nach Grösse der Versicherer ab 1997

2007

Jahr	1 – 5'000	5'001 – 10'000	10'001 – 50'000	50'001 – 100'000	100'001 – 500'000	mehr als 500'000	Total (in %)	Total (Durchschnittlicher Versichertenbestand)
1997	1.7%	1.5%	8.0%	3.5%	34.2%	51.0%	100.0%	7'236'471
1998	1.5%	1.0%	7.6%	5.6%	34.2%	50.0%	100.0%	7'246'652
1999	1.2%	1.2%	7.0%	7.6%	36.1%	47.0%	100.0%	7'270'524
2000	1.1%	1.2%	6.8%	8.7%	36.4%	45.8%	100.0%	7'265'113
2001	1.0%	0.8%	7.1%	8.5%	38.8%	43.8%	100.0%	7'301'050
2002	0.7%	0.8%	8.3%	8.7%	46.5%	35.0%	100.0%	7'344'636
2003	0.7%	0.9%	9.1%	9.2%	39.4%	40.7%	100.0%	7'372'519
2004	0.8%	1.0%	8.4%	8.7%	40.6%	40.5%	100.0%	7'383'608
2005	0.7%	1.3%	6.2%	7.7%	44.8%	39.5%	100.0%	7'435'865
2006	0.7%	1.4%	6.2%	6.5%	46.6%	38.7%	100.0%	7'478'427
2007	0.7%	1.2%	6.7%	7.5%	46.1%	37.7%	100.0%	7'537'587

Datenstand : 31.7.08

Quelle: T 5.01

Beilage B: Übergangsschlüssel Tabellen T 2006 -> 2007 / 2007 -> 2006

Publikation 2006	Publikation 2007	Publikation 2006	Publikation 2007	Publikation 2007	Publikation 2006	Publikation 2007	Publikation 2006
1.01	1.01	7.01	7.01	1.01	1.01	6.05	6.05
1.02	1.02	7.02	7.02	1.02	1.02	6.06	6.06
1.03	1.03	7.03	7.03	1.03	1.03	7.01	7.01
1.04	1.04	7.04	7.04	1.04	1.04	7.02	7.02
1.05	1.05	7.05	7.05	1.05	1.05	7.03	7.03
1.06	1.06	8.01	8.01	1.06	1.06	7.04	7.04
1.07	1.07	8.02	8.02	1.07	1.07	7.05	7.05
1.08	1.08	8.03	8.03	1.08	1.08	8.01	8.01
1.09	1.09	8.04	8.04	1.09	1.09	8.02	8.02
1.10	1.10	8.05	8.05	1.10	1.10	8.03	8.03
1.11	1.11	8.06	8.06	1.11	1.11	8.04	8.04
1.12	1.12	8.07	8.07	1.12	1.12	8.05	8.05
1.13	1.13	8.08	8.08	1.13	1.13	8.06	8.06
2.01	2.01	8.09	8.09	1.14	*	8.07	8.07
2.02	2.02	8.10	8.10	1.15	*	8.08	8.08
2.03	2.03	8.11	8.11	2.01		8.09	8.09
2.04	2.04	8.12	8.12	2.02		8.10	8.10
2.05	2.05	9.01	9.01	2.03		8.11	8.11
2.06	2.06	9.02	9.02	2.04	*	8.12	8.12
2.07	2.07	9.03	9.03	2.05	*	8.13	-
2.08	2.08	9.04	9.04	2.06		9.01	9.01
2.09	2.09	9.05	9.05	2.07	*	9.02	9.02
2.10	2.10	9.06	9.06	2.08	*	9.03	9.03
2.11	2.11	9.07	9.07	2.09		9.04	9.04
2.12	2.12	9.08	9.08	2.10	*	9.05	9.05
2.13	2.13	9.09	9.09	2.11		9.06	9.06
2.14	2.14	9.10	9.10	2.12	*	9.07	9.07
2.15	2.15	9.11	9.11	2.13	*	9.08	9.08
2.16	2.16	9.12	9.12	2.14		9.09	* 9.09
2.17	2.17	9.13	9.13	2.15		9.10	9.10
2.18	2.18	9.14	9.14	2.16		9.11	9.11
2.19	2.19	9.15	9.15	2.17		9.12	9.12
2.20	2.20	9.16	9.16	2.18		9.13	9.13
2.21	2.21	9.17	9.17	2.19		9.14	9.14
2.22	2.22	9.18	9.18	2.20		9.15	9.15
2.23	2.23	9.19	9.19	2.21		9.16	9.16
3.01	3.01	9.20	9.20	2.22		9.17	9.17
3.02	3.02	9.21	9.21	2.23		9.18	9.18
3.03	3.03	9.22	9.22	3.01		9.19	9.19
3.04	3.04	10.01	10.01	3.02	*	9.20	9.20
3.05	3.05	10.02	10.02	3.03	*	9.21	9.21
3.06	3.06	10.03	10.03	3.04	*	9.22	9.22
3.07	3.07	11.01	11.01	3.05	*	10.01	10.01
3.08	3.08	11.02	11.02	3.06	*	10.02	10.02
3.09	3.09	11.03	11.03	3.07	*	10.03	10.03
3.10	3.10	11.04	11.04	3.08	*	11.01	11.01
3.11	3.11	11.05	11.05	3.09		11.02	11.02
3.12	3.12	11.06	11.06	3.10		11.03	11.03
4.01	4.01	11.07	11.07	3.11		11.04	11.04
4.02	4.02	11.08	11.08	3.12		11.05	11.05
4.03	4.03	11.09	11.09	4.01		11.06	11.06
4.04	4.04	11.10	11.10	4.02	*	11.07	11.07
4.05	4.05	11.11	11.11	4.03	*	11.08	* 11.08
4.06	4.06	11.12	11.12	4.04	*	11.09	11.09
4.07	4.07	11.13	11.13	4.05	*	11.10	* 11.10
4.08	4.08	11.14	11.14	4.06	*	11.11	11.11
4.09	4.09	11.15	11.15	4.07		11.12	11.12
4.10	4.10	11.16	11.16	4.08	*	11.13	11.13
4.11	4.11	11.17	11.17	4.09	*	11.14	* 11.14
5.01	5.01	11.18	11.18	4.10	*	11.15	11.15
5.02	5.02	11.19	11.19	4.11	*	11.16	* 11.16
5.03	5.03	-	1.14	5.01		11.17	11.17
5.04	5.04	-	1.15	5.02		11.18	11.18
6.01	6.01	-	8.13	5.03		11.19	11.19
6.02	6.02			5.04			
6.03	6.03			6.01			
6.04	6.04			6.02			
6.05	6.05			6.03			
6.06	6.06			6.04			

(133 Tabellen)

 Neuheiten im Jahr 2007 (1)
 - nicht vorhanden
 * Daten pro Kanton (29)

 neu im Jahr 2007 (3)

Übergangsschlüssel Tabellen 2007 -> 1996 : siehe Beilage B1 Version STAT KV 2007 Tabellen XLS auf dem www.

Beilage C: Übergangsschlüssel für die Grafiken G 2006 -> 2007 / 2007 -> 2006

Publikation 2006	Publikation 2007	Publikation 2007	Quelle 2007	Publikation 2006	Quelle 2007	Publikation 2007
G 1a	G 1a	G 1a	T 1.01	G 1a	T 1.01	G 1a
G 1b	G 1b	G 1b	T 1.02	G 1b	T 1.01	G 3l
G 1c	G 1c	G 1c	T 1.02	G 1c	T 1.01	G 3p
G 1d	G 1d	G 1d	T 1.02	G 1d	T 1.02	G 1b
G 1e	-	G 1e	* T 1.15	-	T 1.02	G 1c
G 2a	G 2a	G 1f	T 5.01	G 5b	T 1.02	G 1d
G 2b	G 2b	G 1g	T 1.14	-	T 1.14	G 1g
G 2c	G 2c	G 2a	* T 2.12	G 2a	T 1.15	G 1e
G 2d	G 2d	G 2b	T 2.09	G 2b	T 2.03 & 3.08	G 3m
G 2e	G 2e	G 2c	* T 2.13	G 2c	T 2.03 & 3.08	G 3o
G 2f	G 2f	G 2d	T 2.11	G 2d	T 2.03 & 3.08	G 3q
G 2g	G 2g	G 2e	T 2.17	G 2e	T 2.03 & 3.08	G 3r
G 2h	G 3l	G 2f	T 2.19	G 2f	T 2.03 & 3.08 & 1.15	G 3n
G 2i	G 3o	G 2g	T 2.18	G 2g	T 2.09	G 2b
G 2j	G 3p	G 2h	T 2.18	G 2m	T 2.11	G 2d
G 2k	G 2k	G 2i	T 2.18	G 2n	T 2.12	G 2a
G 2l	G 3m	G 2j	T 2.18	G 2o	T 2.13	G 2c
G 2m	G 2h	G 2k	T 2.18	G 2k	T 2.17	G 2e
G 2n	G 2i	G 3a	T 3.05&3.06&3.07	G 3a	T 2.18	G 2g
G 2o	G 2j	G 3b	* T 3.02&3.03&3.04	G 3b	T 2.18	G 2h
G 2p	-	G 3c	T 3.02	G 3c	T 2.18	G 2i
G 3a	G 3a	G 3d	* T 3.05	G 3d	T 2.18	G 2j
G 3b	G 3b	G 3e	T 3.03	G 3e	T 2.18	G 2k
G 3c	G 3c	G 3f	* T 3.06	G 3f	T 2.19	G 2f
G 3d	G 3d	G 3g	T 3.04	G 3g	T 3.01 & 3.12	G 3i
G 3e	G 3e	G 3h	* T 3.07	G 3h	T 3.01 & 3.12	G 3j
G 3f	G 3f	G 3i	T 3.01 & 3.12	G 3i	T 3.01 & 3.12	G 3k
G 3g	G 3g	G 3j	T 3.01 & 3.12	G 3i	T 3.02	G 3c
G 3h	G 3h	G 3k	T 3.01 & 3.12	G 3i	T 3.02	G 3s
G 3i	G 3i-j-k	G 3l	T 1.01	G 2h	T 3.02&3.03&3.04	G 3b
G 4a	G 4a	G 3m	T 2.03 & 3.08	G 2l	T 3.03	G 3e
G 4b	G 4b	G 3n	* T 2.03 & 3.08 & 1.15	-	T 3.04	G 3q
G 4c	G 4c	G 3o	* T 2.03 & 3.08	G 2i	T 3.05	G 3d
G 4d	G 4d	G 3p	T 1.01	G 2j	T 3.05&3.06&3.07	G 3a
G 5a	G 5a	G 3q	* T 2.03 & 3.08	-	T 3.06	G 3f
G 5b	G 1f	G 3r	* T 2.03 & 3.08	-	T 3.07	G 3h
G 6a	G 6a	G 3s	T 3.02	-	T 4.08 & 4.09	G 4d
G 7a	G 7a	G 4a	* T 4.10	G 4a	T 4.09 & 3.08	G 4c
G 8a	G 8a	G 4b	* T 4.11	G 4b	T 4.10	G 4a
G 8b	G 8b	G 4c	* T 4.09 & 3.08	G 4c	T 4.11	G 4b
G 9a	G 9a	G 4d	* T 4.08 & 4.09	G 4d	T 5.01	G 1f
G 9b	G 9b	G 5a	T 5.01	G 5a	T 5.01	G 5a
G 9c	G 9c	G 6a	T 6.02	G 6a	T 6.02	G 6a
G 9d	G 9d	G 7a	T 7.01	G 7a	T 7.01	G 7a
G 9e	G 9e	G 8a	T 8.01	G 8a	T 8.01	G 8a
G 9f	G 9f	G 8b	T 8.04	G 8b	T 8.04	G 8b
G 9g	G 9g	G 9a	T 9.01 -> 9.08	G 9a	T 9.01 -> 9.08	G 9a
G 9h	G 9h	G 9b	T 9.06 -> 9.08	G 9b	T 9.06	G 9o
G 9i	G 9i	G 9c	T 9.08	G 9c	T 9.06 -> 9.08	G 9b
G 9j	G 9j	G 9d	T 9.12	G 9d	T 9.07	G 9p
G 9k	G 9k	G 9e	T 9.14 & 9.12	G 9e	T 9.08	G 9c
G 9l	G 9l	G 9f	T 9.10 & 2.18	G 9f	T 9.09	G 9g
G 9m	G 9m	G 9g	* T 9.09	G 9g	T 9.09 & 3.08	G 9h
G 9n	G 9n	G 9h	* T 9.09 & 3.08	G 9h	T 9.10 & 2.18	G 9f
G 9o	-	G 9i	T 9.20	G 9i	T 9.12	G 9d
G 9p	-	G 9j	T 9.13	G 9j	T 9.13	G 9j
G 9q	-	G 9k	T 9.15	G 9k	T 9.14 & 9.12	G 9e
G 9r	G 9o	G 9l	T 9.17	G 9l	T 9.15	G 9k
G 9s	G 9p	G 9m	T 9.18	G 9m	T 9.17	G 9l
G 10a	G 10a	G 9n	T 9.19	G 9n	T 9.18	G 9m
G 10b	G 10b	G 9o	T 9.06	G 9r	T 9.19	G 9n
G 10c	G 10c	G 9p	T 9.07	G 9s	T 9.20	G 9i
G 11a	G 11a	G 10a	T 10.01	G 10a	T 10.01	G 10a
G 11b	G 11b	G 10b	T 10.02	G 10b	T 10.02	G 10b
G 11c	G 11c	G 10c	T 10.03	G 10c	T 10.03	G 10c
G 11d	G 11d	G 11a	T 11.07	G 11a	T 11.07	G 11b
G 11e	G 11e	G 11b	T 11.07	G 11b	T 11.07	G 11a
-	G 1e	G 11c	* T 11.08	G 11c	T 11.08	G 11c
-	G 1g	G 11d	T 11.15	G 11d	T 11.08 & 3.08	G 11e
-	G 3n	G 11e	* T 11.08 & 3.08	G 11e	T 11.15	G 11d
-	G 3q					
-	G 3r					
-	G 3s					

(70 Grafiken)

Neuheiten im Jahr 2007 (6)
neu im Jahr 2007 (8)

* Daten pro Kanton (19)

- nicht vorhanden

Übergangsschlüssel für die Grafiken 2007 -> 1996 : siehe Beilage C1 Version STAT KV 2007 Grafiken XLS auf dem www.

Beilage D: Ergänzende Literatur

BSV & BAG Publikationen:

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, erscheint seit 1996 jährlich, BSV & BAG.

Statistik über die Krankenversicherung, erscheint seit 1936 jährlich, BSV.

Statistik der wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung 1999, BSV.

Die Franchisen 1997-, eine Längsschnittanalyse über die Entwicklung der wählbaren Jahresfranchisen, 2003 BSV & 2005 BAG.

„Soziale Sicherheit CHSS“, vom BSV seit 1993 im Zweimonatsrhythmus herausgegebene Zeitschrift.

Prämienübersicht in der Krankenpflegeversicherung, BSV & BAG, erscheint seit 1996 jährlich. (Tipps für die Versicherten; Prämien nach Versicherer, nach Kanton und nach Altersgruppe; Sparmöglichkeiten; Durchschnittsprämien).

Aufsichtsdaten OKP gemäss Art. 31 KVV, erscheint seit 1996 jährlich, BSV & BAG.

Kommentierte Grafiken zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, jährlich, 1999-2002, 2004, BSV & BAG.

Grafiken und Tabellen zur Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, jährlich ab 2001, BSV & BAG.

Forschungsberichte:

Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung, BSV Nr. 1/98.

Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung, BSV Nr. 3/00.

Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG, BSV Nr. 4/00.

Der Einfluss des neuen KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, 1998, BFS-BSV Nr. 15/98.

Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit, 2000 BFS-BSV Nr. 5/00.

Auswirkungen des KVG im Tarifbereich, BSV Nr. 7/00.

Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, BSV Nr. 11/00.

Analyse des effets de la LAMal : le « catalogue des prestations » est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité, BSV Nr. 12/00.

Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, BSV Nr. 15/00.

Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen, BSV, Nr. 21/98, 2/01, 5/01 und 20/03.

Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten, BSV Nr. 3/01.

Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten, BSV Nr. 4/01.

Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung, BSV Nr. 5/01.

Auswirkungen des KVG auf die Versicherer, BSV Nr. 6/01.

Bestandsaufnahme zu den Managed-Care-Modellen 2004, BSB (R. Baur) & BAG.

Weitere Publikationen:

Rossel Raymond, Kosten des Gesundheitswesens, erscheint jährlich, BFS.

Rossel Raymond und Siffert Nicolas, Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960 bis 2000, 2003, BFS.

Siffert Nicolas, Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen, 2002, BFS.

Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz, erscheint jährlich, BPV.

Beilage E1: Kurzfassung der von der ETHZ verwendeten Methodik zur Bildung der Prämienregionen 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

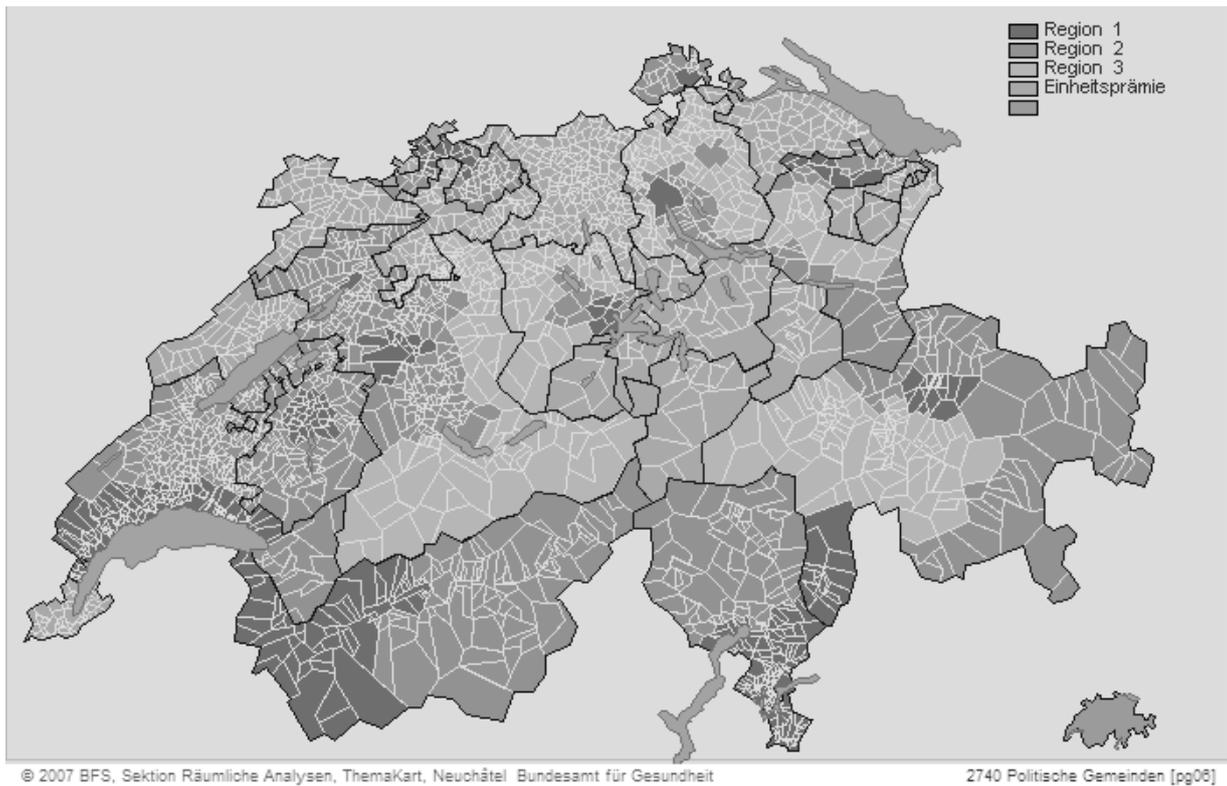
Deshalb werden neben dem Kriterium der Kostenhomogenität zusätzlich die drei eingangs erwähnten geografischen Kriterien mitberücksichtigt.

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)

Beilage E2 Verteilung der Prämienregionen auf Gemeindeebene (R1, R2, R3, RU) ab 1.1.2009



Quelle und dynamische Darstellung der Prämienregionen : www.bag.admin.ch/mapresso (STAT & MATH BAG)

Detaildaten : Prämienregionen 2009 auf www.bag.admin.ch/kvstat Rubrik Statistikpublikationen (STAT & MATH BAG)

Microsoft Excel - regions de primes LAMal 2009_www_fd_v101208def.xls					
Eichier Edition Affichage Insertion Format Outils Données Fenêtre Adobe PDF Tapez une question					
A61					
A	B	C	D	E	F
32	Prämienregionen gültig ab 1.1.2009 bis 31.12.2009			(STAT & MATH)	
33					
34	BFS-Gemeindenummer = Primärschlüssel für die Region				
35					
36	Die Kantone mit einer einzigen Region (0) sind: AG, AI, AR, BS, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SO, SZ, TG, UR, ZG				
37					
38	MUT 08-09 : Mutationen 2008-2009 (BFS-Nr.)			(7 Seiten)	
39					
40	A_COM_2009 : BFS-Gemeindenummer, Gemeinde, Kanton, Bezirk und Region			(35 Seiten)	
41	Quelle: Ortschaftenverzeichnis der Schweiz Ausgabe 2008 & Amtliches Gemeindeverzeichnis der Schweiz BFS. (Datenstand : 1.1.08)				
42					
43	B_NPA_2009 : Postleitzahl, Ortsbezeichnung, BFS-Gemeindenummer, Kanton und Region			(87 Seiten)	
44	Quelle: DIE POST MAIL[CH] ZIP Postleitzahlenverzeichnis PLZ PLZ_PLUS PLZ_P1 (Datenstand 1.10.08)				
45	& Gemeindeverzeichnis BFS (Datenstand 1.1.08) & Amtliches Gemeindeverzeichnis der Schweiz BFS. (Datenstand : 1.1.08)				
46	Das Gebiet einer Postleitzahl kann über die Fläche zweier oder mehrerer Gemeinden erstrecken.				
47	+ vor PLZ -> Ortschaft befindet sich in mehreren politischen Gemeinden.				
48					
49	C_POP_2009 : BFS-Gemeindenummer, Kanton, Wohnbevölkerung und Region			(28 Seiten)	
50	Quelle: Wohnbevölkerung 2000 (Volkszählung) & 2007 (mittlere) BFS (Datenstand 13.10.08) & Gemeindeverzeichnis BFS (Datenstand 1.1.08)				
51					
52	D_PRIM_2009 : BFS-Gemeindenummer, Kanton, Region und monatliche Durchschnittsprämie			(42 Seiten)	
53	Quelle: A_COM_2009 & T 3.02-3.03-3.04 STAT KV 07 (Datenstand 15.10.08)				
54					
55	Prämienregionen				
56	Abteilung Aufsicht, BAG. (Datenstand : 23.5.08)				
57					
58	Datenvorbereitung (A-B-C-D-MUT-Info): Sektion STAT & MATH, BAG mit aggtool BAG und rechercheH/V EQUIV (XLS)				
Info / MUT 08-09 / A_COM_2009 / B_NPA_2009 / C_POP_2009 / D_PRIM_2009 /					
Prêt NUM					

Beilage E3: Änderungen der Prämienregionen von 2008 auf 2009

Kanton VD : Stand 2008



© 2007 BFS, Sektion Räumliche Analysen, ThemaKart, Neuchâtel Bundesamt für Gesundheit

2740 Politische Gemeinden [pg06]

Kanton VD : Stand 2009



© 2007 BFS, Sektion Räumliche Analysen, ThemaKart, Neuchâtel Bundesamt für Gesundheit

2740 Politische Gemeinden [pg06]

VD: Änderungen der Regionen 08-09 in % des Totals der mittleren Wohnbevölkerung 2006

R1->R1	R2->R2	R2->R1	R3->R2	R1->R2	R3->R1
30.3%	5.4%	39.0%	25.3%	0.0%	0.0%

Quelle : www.bag.admin.ch/mapresso und Prämienregionen 2009 auf www.bag.admin.ch/kvstat Rubrik Statistikpublikationen (STAT & MATH BAG)

Beilage F1: Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte ab 1996

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

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

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

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

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

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

Datenstand: 2.12.06

Quelle: BAG

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

(Änderungen grau)

Beilage F2: Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte ab 1996

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

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

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

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

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

Datenstand: 2.12.06

Quelle: BAG

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

(Änderungen grau)

Beilage F3: Zunahme der Gesamtausgaben¹ der Versicherten (Prämien + Kostenbeteiligung) als Folge der Änderungen der Franchisen, der Prämienrabatte und des Selbstbehalts

Erwachsene (ab 26 Jahren) : effektive Zunahme 2009								
Durchschnittsprämie CH² : 322.90			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.-	2.6%	2.1%	3'875	4'875	-	-	-	-
1) 500.-	2.8%	2.1%	3'715	4'915	160	4.1%	-40	-0.8%
2) 1000.-	3.1%	2.0%	3'315	5'015	560	14.5%	-140	-2.9%
3) 1500.-	3.5%	2.0%	2'915	5'115	960	24.8%	-240	-4.9%
4) 2000.-	4.1%	1.9%	2'515	5'215	1'360	35.1%	-340	-7.0%
5) 2500.-	4.9%	1.9%	2'115	5'315	1'760	45.4%	-440	-9.0%

Junge Erwachsene (ab 26 Jahren) : effektive Zunahme 2009								
Durchschnittsprämie CH² : 258.50			Gesamtausgaben in Fr. :		Max. Gewinn (+) / Verlust (-) in Fr. / % gegenüber der ordentlichen Franchise :			
Franchise	mit Leistungen von 0.-	mit Leistungen von 9500.-	mit Leistungen von 0.-	mit Leistungen von 9500.-	mit Leistungen von 0.-		mit Leistungen von 9500.-	
ordentlich 300.-	4.2%	3.2%	3'102	4'102	-	-	-	-
1) 500.-	4.5%	3.1%	2'942	4'142	160	5.2%	-40	-1.0%
2) 1000.-	5.2%	3.1%	2'542	4'242	560	18.1%	-140	-3.4%
3) 1500.-	6.3%	3.0%	2'142	4'342	960	30.9%	-240	-5.9%
4) 2000.-	7.8%	2.9%	1'742	4'442	1'360	43.8%	-340	-8.3%
5) 2500.-	4.2%	1.3%	1'551	4'751	1'551	50.0%	-649	-15.8%

Kinder (0-18 Jahre) : effektive Zunahme 2009								
Durchschnittsprämie CH² : 76.35			Gesamtausgaben in Fr. :		Max. Gewinn (+) / Verlust (-) in Fr. / % gegenüber der ordentlichen Franchise :			
Franchise	mit Leistungen von 0.-	mit Leistungen von 4100.-	mit Leistungen von 0.-	mit Leistungen von 4100.-	mit Leistungen von 0.-		mit Leistungen von 4100.-	
ordentlich 300.-	1.5%	1.1%	916	1'266	-	-	-	-
1) 100.-	1.6%	1.0%	836	1'286	80	8.7%	-20	-1.6%
2) 200.-	1.8%	1.0%	756	1'306	160	17.5%	-40	-3.2%
3) 300.-	2.0%	1.0%	676	1'326	240	26.2%	-60	-4.7%
4) 400.-	2.3%	1.0%	596	1'346	320	34.9%	-80	-6.3%
5) 500.-	2.6%	1.0%	516	1'366	400	43.7%	-100	-7.9%
6) 600.-	1.5%	0.5%	458	1'408	458	50.0%	-142	-11.2%

Datenstand: 23.12.2008

Quelle: T 3.01; Anhang F1 & F2.

1) Der tatsächliche Anstieg ist abhängig von der Prämienhöhe und den Leistungen. Hier wird er angegeben für die schweizerische Durchschnittsprämie für null Leistungen (0.-) und maximale Leistungen (ab diesem Betrag nehmen die Ausgaben der Versicherten mit der höchsten Franchise nicht mehr zu).

Es wird von der Hypothese ausgegangen, dass der gesetzlich maximale Prämienrabatt für die wählbaren Franchisen gewährt wird.

Ist dem nicht so, sieht der tatsächliche Anstieg anders aus.

Berechnungsmethode:

- Man berechnet den Gesamtanstieg (Prämie + Kostenbeteiligung, d.h. Franchise + Selbstbehalt [10 % vereinfacht gesagt]) für jede Franchisenhöhe gemäss Leistungen;

- danach wird der effektive Anstieg in % im Vergleich zum Vorjahr bestimmt;

- der maximale Gewinn oder Verlust für das laufende Jahr berechnet sich aus dem Gesamtanstieg für die ordentliche Franchise.

Anstieg 1996-2007 : siehe STAT KV 03-04-05-06 (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.

Beilage G: Risikoausgleich in der obligatorischen Krankenversicherung

1. Chronologischer Überblick

Der dringliche Bundesbeschluss, der den Risikoausgleich auf den 1. Januar 1993 einführt, verstand sich als „befristete Massnahme gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung“. Unter Entsolidarisierung wurde insbesondere die Entwicklung verstanden, dass Kassen mit einer finanziell günstigen Versichertenstruktur tiefe Prämien anbieten konnten und damit weitere Zuwanderungen von für sie vorteilhaften Versicherten auslösten. Auf der anderen Seite verblieben Versicherer mit relativ ungünstigen Kostenstrukturen („schlechten Risiken“) und damit höheren Prämien. Die Solidarität zwischen Jung und Alt bzw. zwischen Gesunden und Kranken wurde dadurch zunehmend in Frage gestellt.

Die Einführung des Risikoausgleichs war mit der Absicht verbunden, dass sich die Prämien der Kassen mit günstigen Strukturen verteuern und jene mit ungünstigen Risiken verbilligen. Die Angleichung der Prämien sollte die Wanderung der Versicherten beeinflussen. Die Wanderungen sollten sich – so die Absicht des Gesetzgebers – mittel- bis langfristig derart ändern, dass sich die Risikostrukturen der einzelnen Versicherer annähern (oder zumindest nicht mehr weiter auseinander entwickeln) und in der Folge der Risikoausgleich vielleicht auch nicht mehr notwendig wäre. Die Versichertenkollektive sollten also bei allen Versicherern letztlich in Bezug auf die Risikostrukturen „besser durchmischt“ werden.

Das 1996 eingeführte Krankenversicherungsgesetz (KVG) führte den Risikoausgleich ins ordentliche Recht über und verankerte für die konkrete Ausgestaltung wichtige Rahmenbedingungen. Insbesondere soll der Risikoausgleich den kostensenkenden Wettbewerb zwischen den Kassen möglichst wenig verzerren und behindern. Die Geltungsdauer des Risikoausgleichs ist befristet bis Ende 2005.

Die Wissenschaft formuliert die Ziele für den Risikoausgleich etwas anders. Sie fordert insbesondere, dass die Kassen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgrund des Risikoausgleichs keinen Anreiz zur Risikoselektion (bewusstes Auswählen kostengünstiger Versicherter) mehr haben. Risikoselektionen sind deshalb unerwünscht, weil sie Personen, welche schlechte Risiken darstellen, benachteiligen, weil sie Ressourcen binden, die für die Kostensenkungen eingesetzt werden könnten, und weil dadurch lediglich Kosten zwischen Versicherern verschoben, statt Kosten gesenkt werden.

2. Funktionsweise des Risikoausgleichs

Die erwachsenen Versicherten werden für die Berechnung des Risikoausgleichs in Risikogruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfasst die Versicherten im Alter von 18 bis 25 Jahren. Die Versicherten im Alter zwischen 26 und 90 Jahren werden in Gruppen zu je fünf Jahren eingeteilt. Die letzte Risikogruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren. Es resultieren somit 15 Risikogruppen. Jede Altersgruppe wird zudem nach dem Geschlecht differenziert, so dass letztlich 30 Risikogruppen in die Berechnung des Risikoausgleichs eingehen. Die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht berücksichtigt.

Für jeden Versicherten / jede Versicherte in einer Risikogruppe wird berechnet, ob der Versicherer für ihn/ sie einen Beitrag aus dem Risikoausgleich erhält oder eine Abgabe bezahlen muss. Dabei wird wie folgt pro Kanton vorgegangen: Zuerst werden über alle Versicherten aller Kassen die Durchschnittskosten pro Kopf berechnet. Anschliessend werden die Durchschnittskosten pro Kopf in jeder Risikogruppe ermittelt. Berücksichtigt werden dabei alle Versicherten aller Kassen in dieser Risikogruppe. Die Differenz zwischen dem Durchschnittswert über alle Versicherten ergibt die zu bezahlende Abgabe (bei einem negativen Vorzeichen) bzw. den gutzuschreibenden Beitrag (bei einem positiven Vorzeichen) pro Versicherten. Sind die Abgaben und Beiträge pro Kopf für jede Risikogruppe festgelegt, kann für jede Versicherung bestimmt werden, ob sie per Saldo in den Risikoausgleich einzahlt oder ob sie etwas bekommt.

Abbildungen a und b illustrieren die Verhältnisse für den definitiven Risikoausgleich 1997 im Kanton Bern. Als Illustrationsbeispiel wurde ein einzelner Kanton gewählt, weil der Risikoausgleich in allen Kantonen separat berechnet wird. In **Abbildung a** werden die Durchschnittskosten pro Kopf für alle 30 Risikogruppen dargestellt. Es wird deutlich, dass die Durchschnittskosten mit zunehmendem Alter steigen. Mit Ausnahme von zwei Risikogruppen („66 bis 70“ und „71 bis 75“) lagen dabei die Durchschnittskosten der Frauen pro Kopf immer über denjenigen der Männer. Die Durchschnittskosten über alle Versicherten und alle Kassen beliefen sich auf 154 Franken pro Monat oder auf 1845 Franken pro Jahr. Die Risikogruppen bis 55 Jahre wiesen pro Kopf tiefere Durchschnittskosten auf. Für Versicherte dieser Gruppen hatten die Kassen somit Abgaben zu bezahlen. In der Gruppe „56 bis 60“ findet die Wende statt: Die Durchschnittskosten der Frauen liegen bereits über dem allgemeinen Durchschnitt, diejenigen der Männer noch knapp darunter.

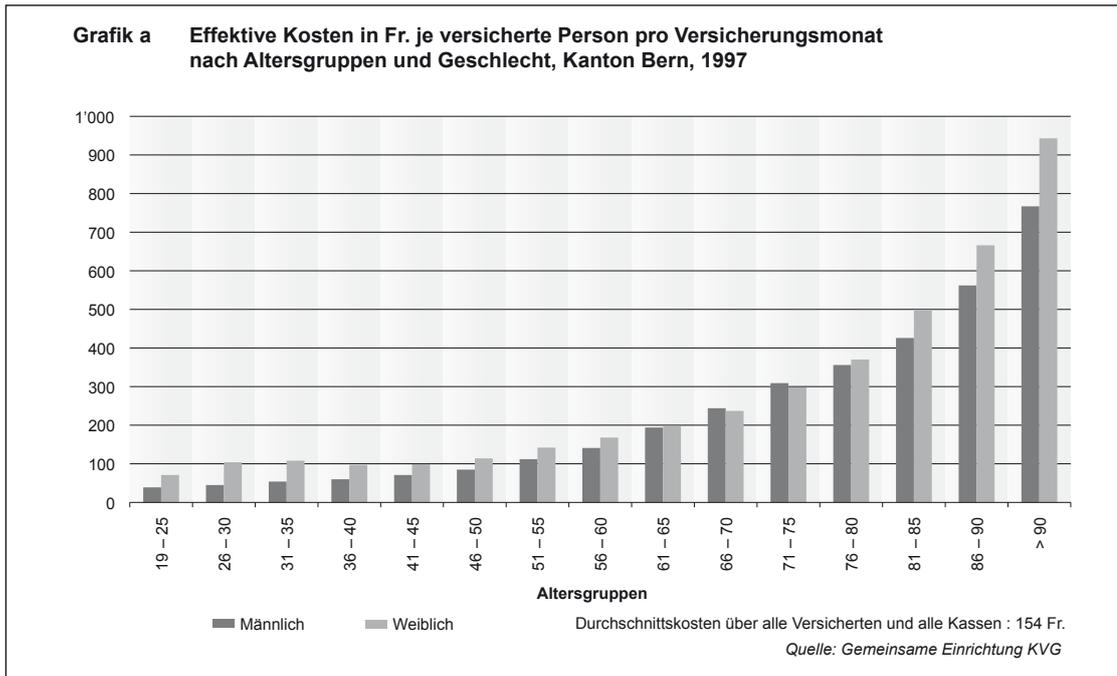
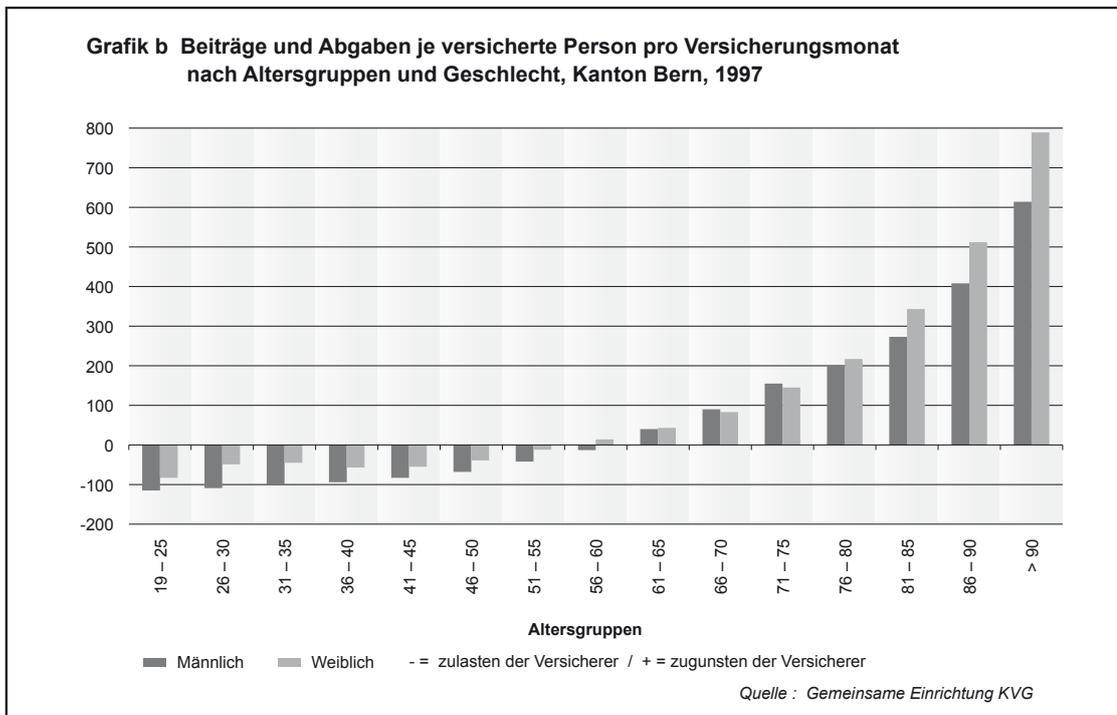


Abbildung b zeigt die Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen. Die grösste Abgabe hatten die Versicherer 1997 im Kanton Bern für die 18- bis 25-jährigen Männer zu bezahlen (115 Fr.). Den höchsten Beitrag erhielten sie für die über 90-jährigen Frauen (789 Fr.). Der netto zu bezahlende oder vergütende Betrag entspricht einer Saldoberechnung: Für die jungen Versicherten hat der Versicherer Abgaben zu leisten, für die älteren erhält er Beiträge. Die Risikoausgleichsformel ist so angelegt, dass der Saldo über alle Versicherten Null ergibt. Das heisst, dass alle Versicherer, welche netto Abgaben zu bezahlen haben, genau dasjenige Volumen aufbringen, welches die Versicherer, welche netto Beiträge bekommen, insgesamt zugute haben („Nullsummenspiel“).



Quelle (§1 & §2): Unterschätze Wirkungen des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung, Stefan Spycher [Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bern], Zeitschrift Soziale Sicherheit CHSS 2/1999.

3. Zahlungsvolumen in der Risikoausgleich pro Risikoausgleich und pro Kalenderjahr

Die Tabelle c zeigt die Umverteilungs- bzw. Zahlungsvolumen pro Risikoausgleich und pro Kalenderjahr. Es fällt auf, dass sich das Umverteilungsvolumen pro Kalenderjahr jeweils deutlich vom Umverteilungsvolumen des Risikoausgleichs für das entsprechende Ausgleichsjahr unterscheidet (Bsp. Kalenderjahr 2003 / Risikoausgleich 2003). Der Grund für diese Differenzen liegt darin, dass sich die Zahlungen für den Risikoausgleich eines Ausgleichsjahres auf mehrere Kalenderjahre verteilen. Gemäss Art. 6 Abs. 2 der Verordnung über den Risikoausgleich (VORA) werden die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge im Ausgleichsjahr aufgrund einer provisorischen Berechnung festgelegt. Die so berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge sind im Ausgleichsjahr selbst zu leisten. Die definitiven Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden gemäss Art. 6 Abs. 3 VORA im Jahr, welches dem Ausgleichsjahr folgt, festgesetzt und sind in diesem auch zu leisten. In der Praxis können sich jedoch die Zahlungen für den Risikoausgleich eines Ausgleichsjahres über wesentlich mehr Kalenderjahre erstrecken, als in der Tabelle dargestellt. Noch Jahre nach der erstmaligen (ordentlichen) Berechnung eines Risikoausgleichs kann aufgrund von Datenlieferungsfehlern eine Neuberechnung des entsprechenden Risikoausgleichs erforderlich werden, welche erneut Zahlungen für diesen Risikoausgleich auslöst. So musste beispielsweise der definitive Risikoausgleich 2001, welcher im Jahr 2002 das erste Mal berechnet wurde, wegen festgestellten Datenlieferungsfehlern von Krankenversicherern im Jahre 2005 neu berechnet werden. Ausserdem führen unvollständige Zahlungen in den Risikoausgleich immer wieder zu verspäteten Auszahlungen aus dem Risikoausgleich. Vergütungszinszahlungen (Art. 12 Abs. 7 VORA), Auszahlungen von Zinseinnahmen des Risikoausgleichs an die Krankenversicherer (Art. 13a VORA) sowie Verzugszinszahlungen für verspätete Zahlungen im Risikoausgleich (Art. 12 Abs. 8 VORA) sind in der Tabelle ebenfalls nicht aufgeführt.

Tabelle c : Zahlungen des Risikoausgleichs pro Kalenderjahr und Risikoausgleich

Risikoausgleich	Umverteilungsvolumen im Kalenderjahr						Total
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
2002	150'938'484						150'938'484
2003	930'960'652	141'901'855					1'072'862'507
2004		1'018'909'023	195'986'195				1'214'895'218
2005			1'163'084'906	162'896'125			1'325'981'031
2006				1'262'021'573	148'789'792		1'410'811'365
2007					1'285'655'599	146'029'308	1'431'684'907
2008						1'389'390'928	1'389'390'928
Umverteilungsvolumen total	1'081'899'136	1'160'810'878	1'359'071'101	1'424'917'698	1'434'445'391	1'535'420'236	7'996'564'440

Quelle (§3) : Gemeinsame Einrichtung KVG, Urs Wunderlin (7/08).

Beilage H: Zusätzliche Informationen auf der Internetseite des BAG www.bag.admin.ch/kvstat (Rubrik Statistiken - News, Zeitreihen, dynamische Karten MAPresso, Prämienvervilligung, Kostenmonitoring, optimale Franchisen, Betriebsrechnungen der einzelnen Versicherer, Tabellen und Graphiken XLS)

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/0156/index.html?lang=de>

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 |

Deutsch | Français
Italiano | English

Aktuell | Themen | Dienstleistungen | Dokumentation | Das BAG

Home > Themen > Krankenversicherung > Statistiken

Suchen im BAG

[zur Druckversion](#) [erweiterte Suche](#)

Statistiken

News

-  [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007 \(Tabellen - XLS - vollständig : 133 / 133 T. - laufende Aufdatierung ab 7/2008\)](#)
Letzte Änderung: 26.01.2009 | Grösse: 2289 kB | Typ: XLS
-  [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007 \(Teil Beilagen - PDF - 173 Seiten\)](#)
Letzte Änderung: 28.01.2009 | Grösse: 2304 kB | Typ: PDF
-  [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007 \(Grafiken - XLS - farbig - A4 - vollständig : 70 / 70 G. - laufende Aufdatierung ab 7/2008\)](#)
Letzte Änderung: 05.02.2009 | Grösse: 1242 kB | Typ: XLS
-  [Wegleitung: Optimale Franchise für Ihren Krankenversicherer \(2009 - XLS - 1 MB - nur auf französisch\)](#)
Letzte Änderung: 14.10.2008 | Grösse: 994 kB | Typ: XLS

 [Zeitreihen Krankenversicherung 2006](#)
Obligatorische Krankenversicherung:
Balkendiagramm nach Kanton oder Altersgruppe. Versichertenbestand, Anteil der Versicherungsformen, Durchschnittsprämien, Nettoleistungen, Kostenbeteiligung, Bruttoleistungen nach Kostengruppen, Aufsichtsdaten. Aufbereitete Publikationen zur obligatorischen Krankenversicherung als Excel-Tabellen oder PDF-Dateien. (2007 verfügbar ~im Juni 2009)

-  [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2006 \(Vollständige Version PDF - 230 Seiten\)](#)
Letzte Änderung: 21.02.2008 | Grösse: 7594 kB | Typ: PDF

 [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2006 \(Bestellung vollständige Version auf Papier : 14.50 SFr - BBL on line shop\)](#)
Bestellung (und Abonnements) nur beim BBL !
Neuste Version (auf Papier) : 2006 (2007 verfügbar ungefähr am Anfang April 2009)
Alte Versionen (auf Papier) : 2002-03-04-05 : siehe <http://www.bundespublikationen.admin.ch/de/publikationen/artikelsuche.html>
mit dem Suchbegriff "Krankenversicherung Statistik"

-  [Kartographische Darstellungen mit MAPresso 2008: Prämien pro Gemeinde und Kanton, Prämienregionen, Patientenwanderungen](#)
-  [Monitoring Krankenversicherung-Kostenentwicklung](#)
Die aktuelle Entwicklung der Bruttokosten pro versicherte Person nach Wohnkanton und Kostengruppe.

4 Aktualisierungen pro Jahr.
-  [Prämienvervilligung in der obligatorischen Krankenversicherung](#)
Einkommensabhängige Prämienbelastung ; Kantonsdiagramme

Direkter Zugang auf dieser Seite : www.bag.admin.ch/kvstat

Anfrage zum Thema: KUV-SM@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
[Kontakt](#) | [Rechtliche Grundlagen](#)

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

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

Aktuell | Themen | Dienstleistungen | Dokumentation | Das BAG

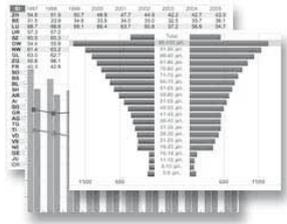
Home > Themen > Krankenversicherung > Statistiken > Graphische Darstellungen > Zeitreihen

Zeitreihen Krankenversicherung 2006

Wählen Sie im Menu links

Menu oberer Teil:
Interaktive Zeitreihen 1997-2006 (* -2008)

Balkendiagramme und Tabellen
Obligatorische Krankenversicherung (OKP)
meistens nach Kanton oder Altersgruppe



Menu unterer Teil:
Dokumente zum Herunterladen 1996-2006 (* -2008)

Aufbereitete Publikationen zur obligatorischen Krankenversicherung als Excel-Tabellen oder PDF-Dateien.

Fachkontakt: KUV-SM@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
[Kontakt](#) | [Rechtliche Grundlagen](#)

Dokumente zum Herunterladen

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

Prämien der obligatorischen Kranken
pro Versicherer, pro Monat, CH*

Aufsichtsdaten der obligatorischen Krankenversicherung

Statistik Risikoausgleich in der obligatorischen Krankenversicherung

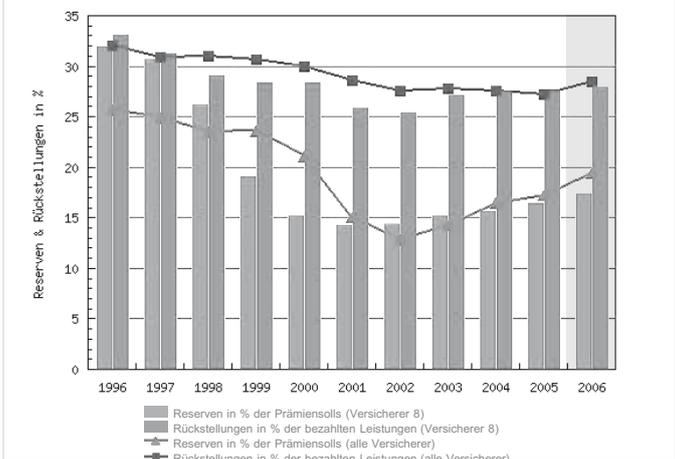
Startseite | Übersicht | Kontakt | Index | Glossar | Häufige Fragen | Druckhilfe | Deutsch | Français
Italiano | English

Aktuell | Themen | Dienstleistungen | Dokumentation | Das BAG

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

Zeitreihen Krankenversicherung 2006

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



Legend:
 - Light grey bar: +17.4%
 - Dark grey bar: +28.0%
 - Triangle: +19.4%
 - Square: +28.4%

BAG-Nummern der Versicherer

8	32	40	50	57	58	62	97	109	134	147	160	178	182	183	194	216	240	246	261	263
290	294	303	312	314	343	354	360	376	411	445	455	468	484	488	492	499	509	556	558	591
608	623	627	743	749	758	762	771	774	780	785	788	789	790	792	794	795	799	808	809	812
820	829	852	871	880	881	887	895	901	915	923	925	941	966	972	979	992	994	1003	1007	1033
1040	1058	1060	1063	1065	1079	1093	1096	1097	1113	1126	1131	1142	1143	1147	1159	1167	1198	1215	1245	1250
1277	1283	1305	1310	1318	1322	1328	1331	1362	1366	1375	1384	1386	1389	1395	1401	1413	1420	1423	1442	1448
1454	1463	1479	1484	1507	1509	1519	1520	1529	1535	1542	1545	1549	1551	1552	1553	1555	1558	1560	1562	1563
1564	1565	1566	1568	1569	1570	1571														

BAG-Nummern und (aktuellste) Namen der Versicherer

[Datentabelle anzeigen](#)

Quelle: Aufsichtsdaten BAG

Fachkontakt: KUV-SM@bag.admin.ch
Web-Anwendung: endo.ch

Dokumente zum Herunterladen

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

Prämien der obligatorischen Kranken
pro Versicherer, pro Monat, CH*

Aufsichtsdaten der obligatorischen Krankenversicherung

Statistik Risikoausgleich in der obligatorischen Krankenversicherung

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



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 |

Deutsch | Français
Italiano | English

Aktuell

Themen

Dienstleistungen

Dokumentation

Das BAG

Dynamische Karten mit MAPresso 2008

Monatliche Durchschnittsprämien pro Gemeinde und Prämienregionen 2004-2008

Monatliche Durchschnittsprämien und Veränderung, nach Kanton, 2004-2008

Monatliche Durchschnittsprämien nach Kanton 1996-2008

Interkantonale Patientenwanderungen

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.



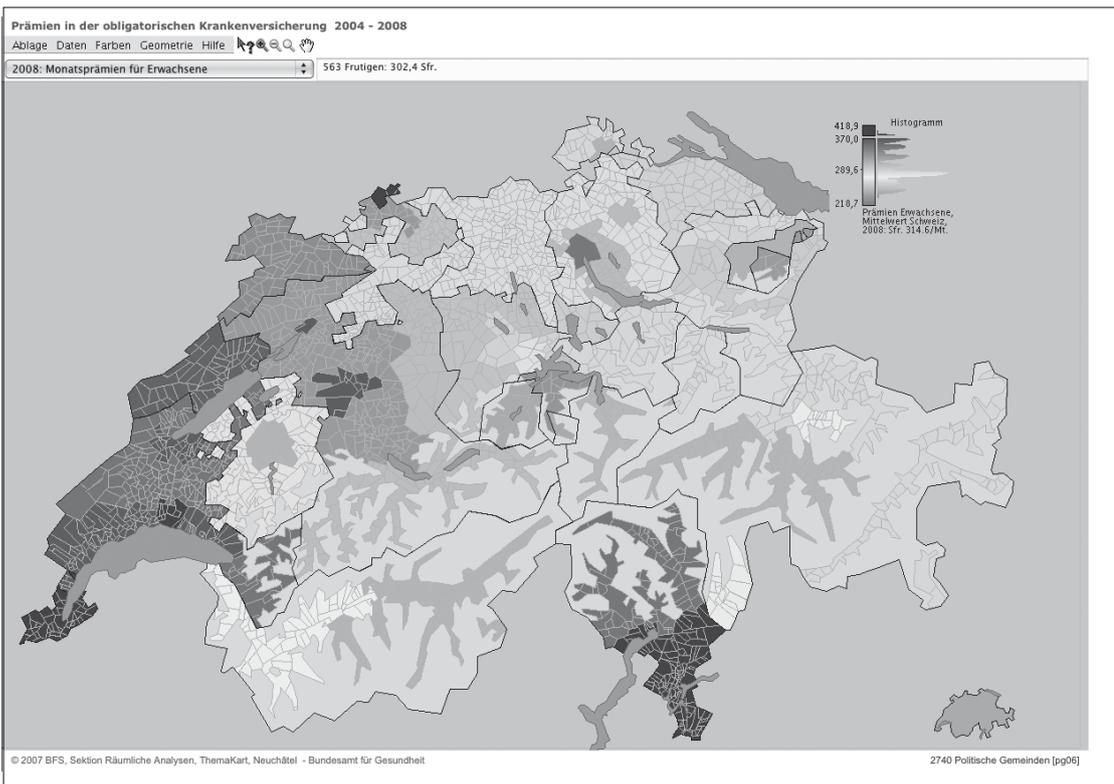
MAPresso funktioniert mit allen Java-Versionen ab Version 1.2 aus dem Jahr 1998. Unter java.com/de finden Sie weitere Informationen, um Java bei Bedarf kostenlos auf Ihrem Rechner zu installieren.

Tipps zur Bedienung

- Wechseln zwischen den einzelnen Indikatoren: Klicken auf die Auswahlliste mit dem Titel der aktuellen Variablen. Für schnelles Wechseln: drücken der Cursorstasten 'rauf' und 'runter', vorher irgendwo in den Kartenhintergrund klicken
- Identifizieren der Werte einzelner Gebietseinheiten: Überstreichen der Karte mit der Maus: Regionsname und Indikatorwert werden in einem Feld oberhalb der Karte angezeigt. Klicken auf eine Gebietseinheiten: es erscheint ein Fenster mit allen Indikatorwerten der Region.
- Wechseln zwischen den Themen: Menu «Themen» (nicht alle Anwendungen haben ein Themenmenu)
- Wechseln zwischen Geometrien: Das Menu «Geometrien» erlaubt verschiedene Flächen oder Kreisdarstellungen der Werte.
- Für Experimentierfreudige: 2 oder gar 3 Indikatoren können gleichzeitig betrachtet werden: Menu «Farben > Bi-/Trivariate Karte»



MAPresso



<http://www.bag.admin.ch/kmt/index.html?lang=de>

Startseite Übersicht Kontakt Index Glossar Häufige Fragen Druckhilfe						Deutsch Français Italiano English			
Aktuell		Themen		Dienstleistungen		Dokumentation		Das BAG	

Home > Themen > Krankenversicherung > Statistiken > Graph. Darstellungen > Kostenmonitoring

Darstellung:
 Karten | **Kantonsvergleich** | Jahresverlauf | 3-Jahresvergleich | Datentabelle | Kantonskommentar

Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (3. Quartal/2008)

Bruttokosten (OKP) pro versicherte Person nach Wohnkanton und Kostengruppe

→ Kosten pro Versicherten in Franken
 Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %

Ärzte Behandlungen, Bruttokosten pro Versicherten nach Kanton, Monatsdurchschnitt Jan. - Sept. 2008

Kartengrundlage: BFS, ThemaKart

Kosten pro Monat in Franken
 ganze Schweiz 57.13 Fr.
 ganze Schweiz 57.13 Fr.

Die Bruttokosten umfassen alle von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckten Kosten, inklusive Kostenbeteiligung der Versicherten. Bei den Bruttokosten pro Versicherten handelt es sich um die Durchschnittskosten pro versicherte Person nach Kanton und nicht um die effektiven Fallkosten pro erkrankte Person. Massgebend für die Zuordnung der Kosten ist das Abrechnungsdatum der Krankenversicherer.

<http://www.bag.admin.ch/praemienverbiligung/index.html?lang=de>

Startseite Übersicht Kontakt Index Glossar Häufige Fragen Druckhilfe						Deutsch Français Italiano English			
Aktuell		Themen		Dienstleistungen		Dokumentation		Das BAG	

Home > Themen > Krankenversicherung > Statistiken > Graph. Darstellungen > Prämienbelastung

Darstellung:
 Einzelgrafik | Vergleich | PDF Dokumente

Einkommensabhängige Prämienbelastung

Zwei Erwachsene mit zwei Kindern (3½ und 5 Jahre)

Kanton Zürich

Prämienbelastung in % des verfügbaren Einkommens

Prämienverbiligung

Bruttolohn

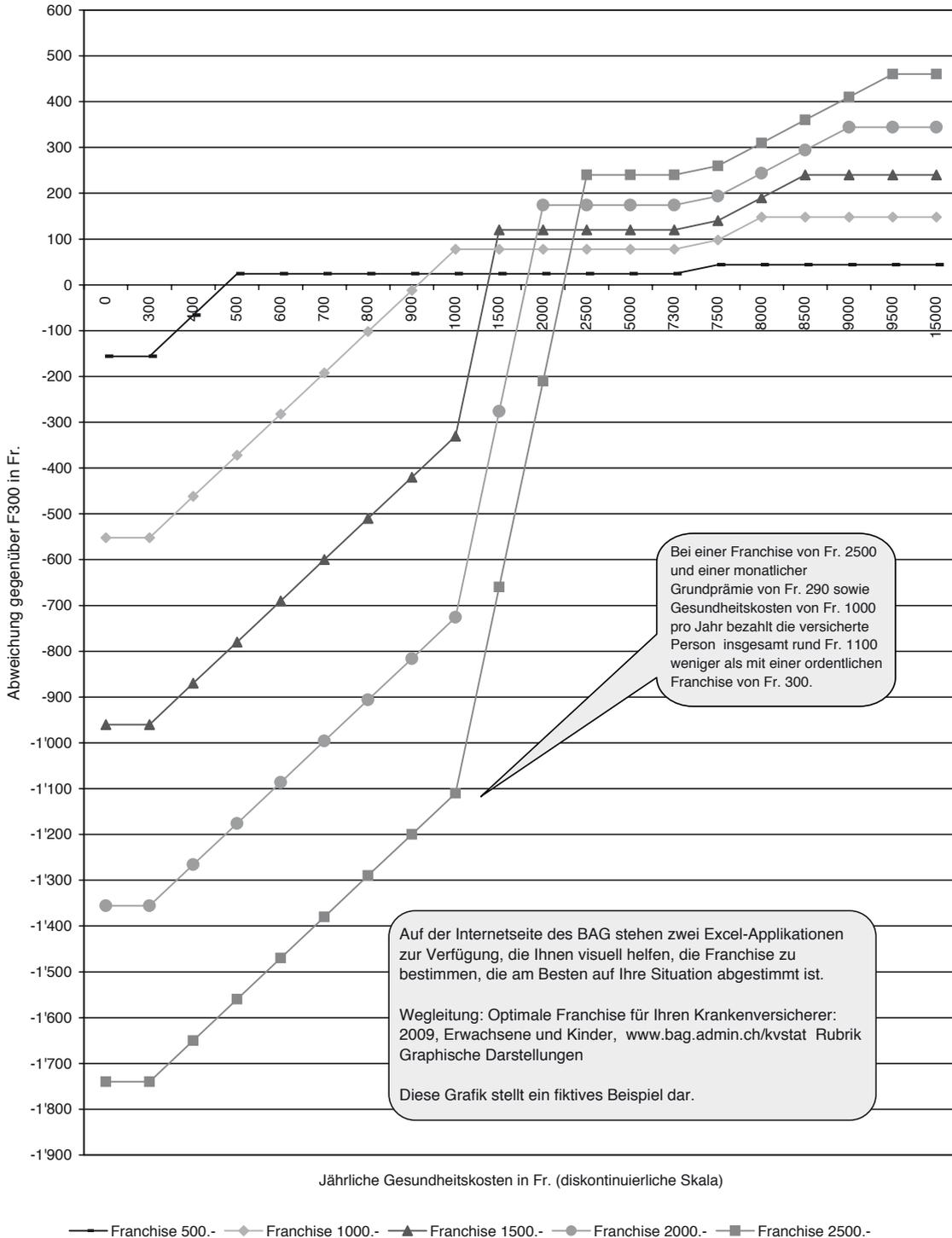
A: Anspruch auf Sozialhilfe B: Obergrenze Prämienverbiligung

ZH BE LU UR SZ OW NW GL ZG FR SO BS BL SH AR AI SG GR AG TG TI VD VS NE GE JU

Kennzahlen öffnen

Optimale Franchisen für die obligatorische Grundversicherung

Einsparungen (-) oder Mehrkosten (+) pro Jahr in Fr. je nach jährlichen Gesundheitskosten und gewählter Franchise bei einer Grundprämie von Fr. 290 im Vergleich zu den Gesamtkosten bei einer ordentlichen Franchise von Fr. 300.



Betriebsrechnungen und Bilanzen der OKP Krankenversicherer - 2007

"Erfolgsrechnungen und Bilanzen der einzelnen Versicherer" für die 87 OKP-Versicherer in alphabetischer Reihenfolge:
 nur auf www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/

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

Erklärungen zu den Positionen der Betriebsrechnungen und Bilanz

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

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

Quelle: BAG, Formular EF123, Sektion Aufsicht Krankenversicherung

Datenstand : 10.9.08

Beilage I1

Auswertung der Daten des DATENPOOLS von santésuisse durch das BAG für die Statistik der Krankenversicherung (STAT KV)

Das BAG wertet die jährlichen Daten des DATENPOOLS von santésuisse aus, insbesondere um Daten nach Kanton oder Altersgruppe, die auf den Formularen EF 123 nicht verfügbar sind, in der STAT KV und im Internet, zur Verfügung zu stellen. (Zeitreihen nach Kanton oder Altersgruppe: www.bag.admin.ch/pyramiden).

Der gewählte Ansatz ist jener der Auswertung der Jahresdaten des DATENPOOLS nach Leistungsart und Wohnort der versicherten Person (im Gegensatz zu den Monatsdaten für das Kostenmonitoring, das nach Leistungserbringer und Wohnort der versicherten Person erstellt wird und somit verschieden ist: www.bag.admin.ch/kmt).

Diese Auswertung basiert auf der Gesamtheit der Versicherten, für die Alter, Geschlecht, Kanton, Versicherungsform und Franchisenhöhe bekannt sind. Es werden nur die im Berichtsjahr gültigen Höhen der Wahlfranchisen ausgewiesen. -> Diese Abgrenzung der Gesamtheit der Versicherten kann zu Abweichungen im Vergleich zu anderen Auswertungen führen. Da die Daten von santésuisse nicht auf einer Vollerhebung basieren (siehe nachfolgende Berechnung des Deckungsgrades), sind nur die durchschnittlichen Werte pro versicherte Person für Vergleiche relevant und werden vom BAG veröffentlicht.

Berechnung des Abdeckungsgrades in %

- nach Kanton (siehe I2)

Anzahl der im Datenpool erfassten Versicherten (gemäss der oben definierten Gesamtheit der Versicherten) / durchschnittlicher Versichertenbestand (Quelle: Risikoausgleich, T 11.14)

- nach Altersgruppe (siehe I3)

Anzahl der im Datenpool erfassten Versicherten (gemäss der oben definierten Gesamtheit der Versicherten) / durchschnittlicher Versichertenbestand (Quelle: Risikoausgleich, T 11.15)

Stand der Daten:

1997 - 2000 : 16.4.02 ; 2001-2002 : 24.4.03 ; 2003 : 28.4.04 ; 2004 : 4.6.05 ; 2005 : 16.5.06 ; 2006 : 25.4.07 ; 2007 : 25.4.08
Die Daten entsprechen der Version der Jahresdaten des Datenpools, die für die Auswertung des BAG verwendet wurde. Das BAG nimmt keine Revision der veröffentlichten Daten vor, wenn santésuisse ihre Daten im Nachhinein korrigiert.

Genauigkeit der Daten:

Die Tatsache, dass der Datenpool nicht auf der Gesamtheit der Versicherten und Versicherer basiert, kann eine gewisse Ungenauigkeit der Daten zur Folge haben. Intuitiv kann man verstehen, dass diese Ungenauigkeit grundsätzlich zunimmt, je schwächer der Abdeckungsgrad und je kleiner die Zahl der für die Berechnung eines Wertes berücksichtigten Versicherten ist. Die Genauigkeit der Daten des Datenpools in Funktion des Abdeckungsgrads analytisch einzuschätzen, ist jedoch kein triviales Problem.

Wir beschränken uns hier darauf, im Sinne eines Beispiels die Genauigkeit von 3 Serien darzustellen, für die „Referenzwerte“ vorliegen, da sie aus der abschliessenden Vollerhebung mit den Formularen EF 123 oder dem Risikoausgleich stammen.

Prämiensoll pro versicherte Person			
	T 3.12 STAT KV	Datenpool	Abweichung Datenpool - STAT KV
1997	1'664	1'668	0.2%
1998	1'754	1'763	0.5%
1999	1'793	1'801	0.5%
2000	1'850	1'853	0.2%
2001	1'917	1'932	0.8%
2002	2'091	2'106	0.8%
2003	2'281	2'296	0.6%
2004	2'442	2'444	0.1%
2005	2'487	2'494	0.3%
2006	2'583	2'596	0.5%

Kostenbeteiligung 2005			
	T 2.13 STAT KV	Datenpool	Abweichung Datenpool - STAT KV
ZH	407	393	-3.5%
BE	406	391	-3.9%
LU	335	319	-4.9%
UR	341	320	-6.1%
SZ	361	339	-6.1%
OW	331	311	-6.1%
NW	325	310	-4.8%
GL	377	355	-6.0%
ZG	351	333	-5.3%
FR	388	371	-4.3%
SO	389	367	-5.5%
BS	492	446	-9.3%
BL	444	415	-6.6%
SH	395	375	-5.1%
AR	337	323	-4.0%
AI	295	276	-6.2%
SG	363	346	-4.6%
GR	360	351	-2.4%
AG	367	348	-5.3%
TG	353	338	-4.1%
TI	478	449	-6.1%
VD	453	440	-3.0%
VS	364	349	-4.1%
NE	417	407	-2.5%
GE	502	480	-4.5%
JU	421	382	-9.3%
CH	404	386	-4.5%

Nettoleistungen 2005			
	T 2.09 STAT KV (*12)	Datenpool	Abweichung Datenpool - STAT KV
0 - 18	747	754	0.9%
19 - 25	896	890	-0.6%
26 - 30	1'212	1'196	-1.3%
31 - 35	1'397	1'387	-0.7%
36 - 40	1'421	1'411	-0.7%
41 - 45	1'517	1'514	-0.2%
46 - 50	1'839	1'839	0.0%
51 - 55	2'278	2'282	0.2%
56 - 60	2'848	2'849	0.0%
61 - 65	3'546	3'540	-0.2%
66 - 70	4'388	4'373	-0.3%
71 - 75	5'497	5'478	-0.4%
76 - 80	6'759	6'737	-0.3%
81 - 85	8'437	8'399	-0.5%
86 - 90	11'040	10'988	-0.5%
> 90	15'284	-	-
Total	2'329	2'330	0.1%

Im Anhang I4 werden die Abweichungen für die Hauptkostengruppen (Bruttokosten je versicherte Person) der OKP zwischen den Werten des Datenpools von santésuisse (Jahresdaten der Zeitreihen und Jahreszusammenfassung des Kostenmonitorings) und den Werten der KV-Statistik dargestellt.

Beilage I2

Abdeckungsgrad des Datenpools von santésuisse nach Kanton *

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ZH	91.9%	92.5%	92.2%	91.5%	91.0%	94.7%	94.1%	97.2%	97.0%	96.8%	97.5%
BE	92.6%	93.9%	92.6%	91.9%	93.1%	93.9%	92.3%	95.8%	95.7%	95.6%	97.3%
LU	92.7%	94.8%	94.8%	94.5%	95.1%	95.5%	95.8%	98.4%	97.4%	99.0%	99.3%
UR	93.4%	93.8%	93.8%	93.4%	94.9%	95.4%	94.9%	99.0%	98.9%	98.9%	99.2%
SZ	91.1%	92.9%	92.9%	91.2%	93.7%	95.4%	94.9%	98.4%	98.4%	98.2%	98.3%
OW	91.1%	91.7%	91.9%	91.7%	94.7%	95.3%	94.7%	97.9%	98.2%	98.0%	98.2%
NW	92.4%	92.9%	92.9%	92.5%	94.9%	95.7%	95.1%	97.8%	97.8%	97.4%	97.7%
GL	89.5%	89.6%	84.4%	82.2%	93.6%	95.0%	94.3%	96.8%	96.0%	96.4%	97.4%
ZG	90.3%	90.8%	91.1%	90.8%	92.2%	93.2%	93.0%	98.2%	98.2%	97.9%	97.6%
FR	81.4%	97.1%	97.0%	96.4%	96.1%	94.2%	97.4%	99.1%	98.7%	97.8%	98.1%
SO	91.9%	92.5%	92.5%	92.4%	94.9%	95.1%	94.9%	97.1%	96.8%	96.4%	96.7%
BS **	98.8%	101.6%	101.0%	100.3%	100.0%	100.4%	96.3%	96.4%	96.6%	97.9%	97.9%
BL **	87.1%	88.3%	88.8%	88.6%	89.6%	89.7%	93.5%	96.3%	96.5%	96.6%	96.9%
SH	90.1%	90.8%	90.3%	89.9%	90.3%	91.1%	89.4%	95.1%	95.7%	95.5%	95.4%
AR	91.9%	91.6%	90.1%	88.8%	88.8%	90.5%	89.1%	96.1%	95.8%	95.2%	95.2%
AI	93.3%	93.1%	92.9%	92.1%	93.3%	93.1%	91.0%	97.9%	97.7%	97.2%	97.7%
SG	93.0%	93.6%	94.2%	93.5%	93.8%	95.3%	94.5%	97.6%	97.5%	96.9%	96.8%
GR	86.6%	87.3%	88.2%	89.0%	90.8%	99.0%	94.1%	96.3%	96.5%	96.2%	97.6%
AG	93.6%	94.5%	92.8%	92.0%	92.3%	95.1%	94.5%	97.0%	96.7%	96.1%	96.6%
TG	85.8%	86.9%	90.8%	92.7%	92.9%	93.4%	92.1%	96.9%	96.9%	96.9%	97.1%
TI	93.5%	95.2%	95.0%	94.2%	95.5%	95.8%	96.3%	97.2%	97.7%	97.7%	97.9%
VD	81.8%	84.0%	83.7%	83.8%	82.4%	85.9%	93.0%	96.4%	96.9%	97.3%	98.7%
VS	82.0%	88.9%	88.3%	87.1%	90.8%	92.4%	94.0%	96.2%	96.7%	99.4%	97.9%
NE	94.1%	95.2%	92.1%	93.7%	92.2%	93.1%	97.3%	97.8%	99.0%	99.1%	100.0%
GE	89.3%	93.6%	93.7%	92.5%	91.4%	86.3%	91.9%	95.7%	96.8%	99.2%	99.3%
JU	93.9%	94.7%	94.0%	94.2%	90.5%	88.6%	91.9%	96.6%	94.6%	92.3%	93.5%
CH	90.2%	92.3%	91.9%	91.5%	91.9%	93.3%	93.9%	96.9%	96.9%	97.1%	97.7%

* Werte vom BAG berechnet

** Fehler im Datenpool für BS und BL 1997 – 2002 (1 Gemeinde von BL wurde BS zugeordnet [betrifft Münchenstein])

Beilage I3

Abdeckungsgrad des Datenpools von santésuisse nach Altersgruppen *

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0-5 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6-10 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11-15 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16-18 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19-20 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21-25 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26-30 Jahre	88.6%	91.3%	91.4%	90.8%	90.8%	92.1%	92.7%	97.3%	97.2%	96.9%	98.1%
31-35 Jahre	88.4%	90.9%	90.9%	90.3%	90.7%	92.3%	93.0%	97.2%	97.2%	97.2%	98.2%
36-40 Jahre	91.5%	93.7%	93.6%	93.0%	93.1%	94.7%	92.9%	96.6%	96.6%	96.8%	97.7%
41-45 Jahre	87.4%	89.0%	88.5%	87.9%	88.2%	89.8%	93.1%	96.2%	96.3%	96.4%	97.1%
46-50 Jahre	94.0%	95.4%	95.2%	94.4%	94.4%	95.5%	93.7%	96.3%	96.2%	96.3%	96.8%
51-55 Jahre	89.4%	90.8%	90.1%	89.8%	90.1%	91.5%	94.5%	96.6%	96.5%	96.6%	96.8%
56-60 Jahre	95.2%	96.5%	95.9%	95.5%	95.6%	96.7%	95.2%	96.9%	96.9%	97.1%	97.2%
61-65 Jahre	89.9%	91.3%	90.5%	90.2%	90.8%	92.1%	95.8%	97.2%	97.2%	97.4%	97.5%
66-70 Jahre	95.6%	97.1%	96.3%	95.9%	96.6%	97.9%	96.4%	97.5%	97.7%	97.8%	97.9%
71-75 Jahre	89.6%	91.4%	90.6%	90.3%	91.1%	92.7%	96.8%	97.6%	97.8%	98.0%	98.1%
76-80 Jahre	94.6%	96.3%	95.7%	95.4%	96.6%	98.2%	97.1%	97.6%	97.9%	97.9%	98.0%
81-85 Jahre	88.6%	91.1%	90.2%	89.8%	90.5%	92.4%	97.3%	97.6%	97.9%	98.1%	98.1%
86-90 Jahre	92.6%	95.7%	95.1%	94.7%	96.0%	97.9%	97.4%	97.6%	97.9%	98.0%	98.0%
91-95 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
96-100 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
101-105 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
106-110 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111-115 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
116-120 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	90.2%	92.3%	91.9%	91.5%	91.9%	93.3%	93.9%	96.9%	96.9%	97.1%	97.7%
0-18 Jahre	88.8%	91.1%	90.8%	90.5%	90.9%	92.4%	92.5%	96.8%	96.8%	97.1%	97.9%
19-25 Jahre	89.6%	92.0%	91.7%	91.3%	92.1%	92.9%	93.7%	96.9%	97.0%	97.2%	98.3%

* Werte vom BAG berechnet

Beilage I4

Schätzungen der Bruttoleistungen des Datenpools von santésuisse: Hauptkostengruppen CH [in Franken je versicherte Person]

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Ver. 2006-07 in %
1 Total	1935	2011	2131	2244	2328	2431	2592	2736	2755	2863	3.9%
e1 Zeitreihen	1942	2023	2168	2284	2360	2463	2598	2733	2758	2861	3.7%
Abweichung e1	0.3%	0.6%	1.8%	1.8%	1.4%	1.3%	0.2%	-0.1%	0.1%	-0.1%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	2733	2758	2862	3.8%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-0.1%	0.1%	0.0%	
2 Ärzte (ambulant)	517	518	529	549	559	566	593	609	619	642	3.6%
e1 Zeitreihen	508	512	538	567	571	574	610	627	636	656	3.1%
Abweichung e1	-1.9%	-1.1%	1.7%	3.2%	2.0%	1.5%	2.9%	3.0%	2.6%	2.2%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	627	630	651	3.4%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	2.9%	1.7%	1.5%	
3 Spitäler (stationär)	493	497	509	520	515	558	619	646	654	682	4.2%
e1 Zeitreihen	497	502	512	520	521	563	629	651	661	682	3.3%
Abweichung e1	0.8%	1.0%	0.6%	0.0%	1.2%	1.0%	1.6%	0.8%	0.9%	0.1%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	656	661	686	3.8%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	1.5%	1.1%	0.7%	
4 Spitäler (ambulant)	180	204	229	264	269	290	297	359	354	375	6.0%
e1 Zeitreihen	218	245	279	300	297	341	345	391	384	405	5.5%
Abweichung e1	21.0%	20.1%	21.6%	13.8%	10.8%	17.3%	16.1%	9.0%	8.5%	8.1%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	399	393	421	7.1%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	11.1%	11.2%	12.5%	
5 Medikamente (Ärzte)	129	142	157	174	172	183	189	198	197	202	2.4%
e1 Zeitreihen	140	151	175	174	172	176	185	191	190	194	2.1%
Abweichung e1	8.5%	6.5%	10.9%	-0.3%	0.3%	-3.6%	-2.3%	-3.5%	-3.6%	-3.8%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	190	187	192	2.5%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-4.2%	-4.8%	-4.7%	
6 Medikamente (Apotheken)	247	258	289	307	344	353	372	379	378	383	1.3%
e1 Zeitreihen	244	258	285	310	341	354	370	375	373	374	0.4%
Abweichung e1	-1.0%	0.1%	-1.4%	0.9%	-0.7%	0.4%	-0.7%	-1.2%	-1.4%	-2.3%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	380	382	388	1.4%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	0.2%	1.1%	1.2%	
7 Alters- und Pflegeheime	151	161	167	172	190	200	213	213	218	226	4.1%
e1 Zeitreihen	144	157	167	178	198	202	198	217	225	231	2.6%
Abweichung e1	-4.7%	-2.3%	-0.4%	3.2%	4.5%	0.7%	-7.2%	1.7%	3.4%	1.9%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	207	216	222	3.1%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-3.2%	-0.8%	-1.8%	
8 Spitzex	30.9	32.4	34.8	37.0	39.5	43.4	49.5	52.2	55.7	60.5	8.5%
e1 Zeitreihen	28.5	30.0	32.6	36.5	38.7	44.0	48.5	51.1	55.1	62.4	13.2%
Abweichung e1	-7.8%	-7.3%	-6.4%	-1.4%	-2.0%	1.3%	-1.9%	-2.2%	-1.1%	3.1%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	51	55	59	7.2%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-2.9%	-1.5%	-2.7%	
9 Physiotherapie	57.6	60.1	61.5	65.8	68.9	66.6	68.4	71.5	72.1	73.5	1.9%
e1 Zeitreihen	53.1	56.2	57.5	64.6	64.5	63.8	64.2	66.6	67.8	69.6	2.6%
Abweichung e1	-7.9%	-6.5%	-6.5%	-1.8%	-6.4%	-4.3%	-6.2%	-6.9%	-6.0%	-5.3%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	66.0	66.9	69.2	3.3%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-7.8%	-7.2%	-5.9%	
10 Laboratorien	54.9	56.9	60.9	63.4	66.1	65.2	80.1	89.4	83.7	84.0	0.4%
e1 Zeitreihen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abweichung e1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	63.7	59.6	62.8	5.3%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-28.8%	-28.8%	-25.3%	

Bemerkungen:

- 1 - 10: In der KV-Statistik (T2.18) publizierte Werte basierend auf den Formularen EF123 (Vollerhebung)
- e1: Geschätzte Werte auf der Basis der Auswertungen der Jahresangaben des Datenpools von santésuisse, die in der Applikation „Zeitreihen“ des BAG präsentiert werden.
- Abweichung e1: Differenz zwischen den e1-Werten und den in der KV-Statistik des BAG publizierten Werten
- Geschätzte Jahreswerte auf der Basis der Daten des Datenpools von santésuisse, die quartalsweise vom BAG im Rahmen des Kostenmonitorings publiziert werden
- Abweichung e2: Differenz zwischen den e2-Werten und den in der KV-Statistik des BAG publizierten Werten

Differenzen zwischen den Zahlen der verschiedenen Datenquellen entstehen aufgrund unterschiedlicher Auswertungskonzepte:

Die Daten des Kostenmonitorings werden nach Leistungserbringer ausgewertet, die Daten der EF-Formulare und Jahresdaten Datenpool hingegen nach Leistungsart, allerdings nicht immer nach den gleichen Kriterien (z.B. Arzt ambulant mit oder ohne Laborkosten, Physio etc.).

Beilage J1

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

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Veränder. 2006-07 in %	2008	2009
1 Versicherte	7'265	7'301	7'345	7'373	7'384	7'436	7'478	7'538	0.79%		
Schätzung 1	7'263	7'278	7'295	7'381	7'369	7'439	7'479	7'540	0.81%	7'617	
Abweichung S1	-0.03%	-0.32%	-0.68%	0.12%	-0.20%	0.04%	0.01%	0.03%			
Schätzung 2	-	7'254	7'164	7'316	7'362	7'463	7'592	7'673		7'691	7'722
2 Prämien	13'442	13'997	15'355	16'820	18'030	18'496	19'315	19'689	1.94%		
Schätzung 1	13'390	13'989	15'274	16'841	18'003	18'529	19'330	19'702	1.93%	19'700	
Abweichung S1	-0.39%	-0.06%	-0.53%	0.12%	-0.15%	0.18%	0.08%	0.07%			
Schätzung 2	-	14'172	15'198	16'889	18'075	18'735	19'932	20'116		20'016	20'398
3 Nettoleistungen	13'190	13'986	14'593	15'336	16'308	17'353	17'564	18'424	4.89%		
Schätzung 1	13'263	13'869	14'546	15'382	16'182	17'293	17'953	18'304	1.95%	19'054	
Abweichung S1	0.55%	-0.84%	-0.32%	0.30%	-0.77%	-0.34%	2.22%	-0.65%			
Schätzung 2	-	13'874	14'376	15'461	16'330	17'180	18'848	19'027		19'109	19'773
4 Kostenbeteiligung	2'288	2'400	2'503	2'588	2'832	2'995	3'039	3'155	3.83%		
Schätzung 1	2'304	2'425	2'546	2'666	2'901	3'099	3'117	3'179	1.98%	3'292	
Abweichung S1	0.70%	1.04%	1.73%	2.99%	2.43%	3.47%	2.58%	0.75%			
Schätzung 2	-	2'328	2'529	2'693	3'044	3'181	3'305	3'346		3'341	3'436
5 Verwaltungskosten	837	867	883	863	904	910	994	1'010	1.58%		
Schätzung 1	857	905	933	938	965	979	1'005	1'054	4.90%	1'085	
Abweichung S1	2.39%	4.38%	5.75%	8.64%	6.79%	7.54%	1.13%	4.43%			
Schätzung 2	-	884	909	979	973	999	1'026	1'041		1'079	1'101
6 Reserven	2'832	2'103	1'966	2'394	2'968	3'184	3'749	3'970	5.91%		
Schätzung 1	2'856	2'349	1'977	2'260	2'984	3'152	3'543	4'165	17.57%	3'702	
Abweichung S1	0.84%	11.73%	0.57%	-5.59%	0.52%	-1.02%	-5.50%	4.91%			
Schätzung 2	-	2'814	2'348	2'216	2'745	3'240	3'356	3'461		3'956	3'319
7 Provisionen	3'956	3'996	4'018	4'264	4'488	4'710	4'990	5'234	4.89%		
Schätzung 1	3'963	3'974	4'070	4'272	4'547	4'697	4'866	5'170	6.25%	5'299	
Abweichung S1	0.17%	-0.56%	1.30%	0.19%	1.30%	-0.28%	-2.48%	-1.22%			
Schätzung 2	-	4'037	4'069	4'344	4'529	4'824	4'891	5'045		5'284	5'365
8 Bruttoleistungen	15'478	16'386	17'096	17'924	19'140	20'348	20'603	21'579	4.74%		
Schätzung 1	15'567	16'294	17'092	18'048	19'083	20'392	21'069	21'483	1.96%	22'346	
Abweichung S1	0.57%	-0.56%	-0.02%	0.69%	-0.30%	0.22%	2.26%	-0.44%			
Schätzung 2	-	16'202	16'905	18'154	19'373	20'361	21'753	22'373		22'450	23'208

Bemerkungen:

- 1-8: in der STAT KV publizierte Werte [T 1.01 & 1.02] aus den Formularen EF123
- Schätzung 1: geschätzte Werte aus dem Prämien genehmigungsverfahren des BAG *, Schätzung für das laufende Jahr
Beispiel: Schätzung von 2006 für 2006 / Schätzung von 2007 für 2007
- Schätzung 2: geschätzte Werte aus dem Prämien genehmigungsverfahren des BAG *, Schätzung für das Folgejahr
Beispiel: Schätzung von 2006 für 2007 / Schätzung von 2007 für 2008
- Im Allgemeinen ist die Schätzung 1 genauer als die (eher grobe) Schätzung 2.
- Es ist lediglich die Abweichung zwischen der Schätzung 1 und dem in der STAT KV publizierten Wert (Abweichung S1 in %) aufgeführt.
- Zur Genauigkeit der geschätzten Werte **pro versicherte Person**: Sie berechnen sich, indem der absolute Wert der Abweichung zwischen der Bevölkerung und der geschätzten Bevölkerung in % zum bzw. vom ebenfalls absoluten, für jede Kategorie aufgeführten Wert nach folgendem Schema addiert oder subtrahiert werden:

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

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

Beispiel: Reserven pro versicherte Person im Jahr 2004 mit der Schätzung 1: -0.2% + 0.52% = Abweichung pro versicherte Person von + 0.72%

* Datenstand: 2008 (e1) & 2009 (e2) : 3.10.08

Beilage J2

Schätzungen aus dem Prämien genehmigungsverfahren: Hauptkostengruppen [in Mio. Fr.]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Veränder. 2006-07 in %	2008	2009
1 Ärzte (ambulant)	3846	4012	4109	4172	4378	4527	4631	4836	4.41%		
Schätzung 1	3939	4050	4184	4318	4417	4463	4924	4886	-0.78%	5038	
Abweichung S1	2.40%	0.97%	1.82%	3.50%	0.90%	-1.40%	6.32%	1.03%			
Schätzung 2	-	4076	4193	4404	4599	4700	4980	5213	4.68%	5113	5238
2 Spitäler (ambulant)	1666	1926	1972	2141	2192	2671	2645	2825	6.79%		
Schätzung 1	1851	1937	2072	2182	2180	2362	2544	2547	0.13%	2781	
Abweichung S1	11.14%	0.60%	5.08%	1.89%	-0.56%	-11.57%	-3.82%	-9.82%			
Schätzung 2	-	1945	2033	2232	2356	2334	2524	2704		2674	2929
3 Medikamente (Ärzte)	1143	1271	1261	1348	1399	1472	1472	1519	3.16%		
Schätzung 1	1123	1296	1311	1392	1387	1421	1471	1496	1.69%	1510	
Abweichung S1	-1.74%	1.92%	4.00%	3.30%	-0.84%	-3.50%	-0.09%	-1.52%			
Schätzung 2	-	1184	1362	1392	1414	1484	1505	1552		1559	1556
4 Medikamente (Apotheken)	2098	2242	2525	1325	1414	2821	2827	2888	2.15%		
Schätzung 1	2003	2169	2391	2669	2828	2920	2960	2935	-0.83%	3022	
Abweichung S1	-4.54%	-3.28%	-5.28%	2.57%	2.83%	3.52%	4.71%	1.65%			
Schätzung 2	-	2102	2259	2530	2866	3030	3131	3141		3068	3118
5 Spitex	253	270	290	320	365	388	417	456	9.43%		
Schätzung 1	235	248	285	311	343	385	405	435	7.32%	470	
Abweichung S1	-7.34%	-8.34%	-1.84%	-2.86%	-6.07%	-0.87%	-2.83%	-4.70%			
Schätzung 2	-	242	254	308	333	365	409	430		453	486
6 Physiotherapie	447	480	506	491	505	532	539	554	2.69%		
Schätzung 1	455	473	501	532	527	539	552	562	1.76%	571	
Abweichung S1	1.81%	-1.52%	-1.02%	8.18%	4.27%	1.37%	2.33%	1.40%			
Schätzung 2	-	468	491	531	562	564	575	590		584	593
7 Laboratorien	443	463	486	480	591	665	626	633	1.19%		
Schätzung 1	440	456	474	510	556	646	675	642	-4.85%	660	
Abweichung S1	-0.52%	-1.36%	-2.40%	6.21%	-5.97%	-2.86%	7.90%	1.46%			
Schätzung 2	-	454	474	500	542	596	700	732		677	686
8 Chiropraktik	62	65	65	65	68	69	68	71	4.11%		
Schätzung 1	63	66	68	68	70	73	72	73	0.75%	73	
Abweichung S1	1.04%	0.97%	4.48%	5.30%	2.57%	5.48%	5.24%	1.84%			
Schätzung 2	-	65	68	72	73	75	78	77		75	77
9 Mittel und Gegenstände	180	173	203	215	260	298	336	374	11.13%		
Schätzung 1	88	134	161	178	219	258	292	323	10.58%	339	
Abweichung S1	-50.92%	-22.62%	-20.79%	-16.93%	-15.74%	-13.41%	-13.19%	-13.62%			
Schätzung 2	-	92	139	169	192	239	276	313		337	354
10 Spitäler (stationär)	3696	3798	3784	4112	4569	4803	4893	5137	4.99%		
Schätzung 1	3741	3792	3847	4016	4462	4859	4924	5068	2.92%	5272	
Abweichung S1	1.20%	-0.16%	1.66%	-2.34%	-2.34%	1.16%	0.63%	-1.35%			
Schätzung 2	-	3873	3983	4068	4334	4744	5174	5213		5294	5473
11 Alters- und Pflegeheime	1215	1258	1392	1478	1573	1587	1627	1707	4.88%		
Schätzung 1	1226	1254	1364	1472	1557	1507	1629	1668	2.39%	1748	
Abweichung S1	0.94%	-0.31%	-2.04%	-0.40%	-1.01%	-5.05%	0.12%	-2.26%			
Schätzung 2	-	1284	1208	1462	1601	1651	1587	1722		1730	1803

Bemerkungen:

- 1-11: publizierte Werte aus den Formularen EF123

- Schätzung 1: geschätzte Werte aus dem Prämien genehmigungsverfahren des BAG *, Schätzung für das laufende Jahr
Beispiel: Schätzung von 2006 für 2006 / Schätzung von 2007 für 2007

- Schätzung 2: geschätzte Werte aus dem Prämien genehmigungsverfahren des BAG *, Schätzung für das Folgejahr
Beispiel: Schätzung von 2006 für 2007 / Schätzung von 2007 für 2008

Im Allgemeinen ist die Schätzung 1 genauer als die (eher grobe) Schätzung 2.

Es ist lediglich die Abweichung zwischen der Schätzung 1 und dem in der STAT KV publizierten Wert (Abweichung S1 in %) aufgeführt.

- Zur Genauigkeit der geschätzten Werte pro versicherte Person: Sie berechnen sich nach dem gleichen Grundsatz wie auf der vorangehenden Seite erklärt.

* Datenstand: 2008 (e1) & 2009 (e2) : 3.10.08

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit

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

Publikationszeitpunkt: Mai 2009

Redaktion: Nicolas Siffert, BAG, Bern.

Übersetzung aus dem Französischen (F -> D: alles ohne Beilagen E1 und G):

BAG-Übersetzungsdienst

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.bbl.admin.ch/ Rubrik Produkte und Dienstleistungen – Online Shop

BBL-Artikelnummer : 316.916.07d (deutsch) 316.916.07f (französisch)

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 5.09 270f 570d 60EXT0901

ISBN 978-3-905235-71-5

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier