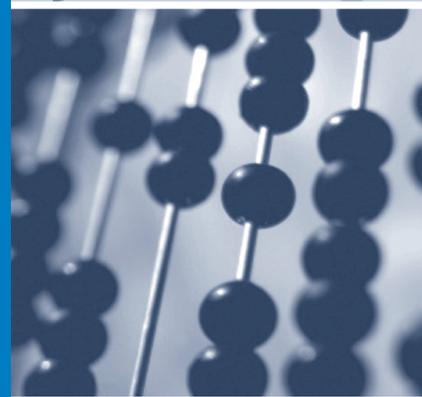
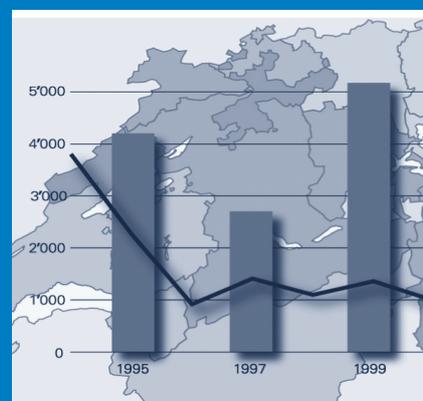


Statistiken zur Krankenversicherung

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Statistiken zur Krankenversicherung

Statistik der obligatorischen
Krankenversicherung 2008

Übersicht

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

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

Tabelle der Hauptindikatoren OKP

T 1.01 in den Anhängen, Teil A

Statistiken der obligatorischen Krankenversicherung 1996-2008 verfügbar im Internet:

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

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

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009

Laufende Aktualisierung der nächsten Publikation (Tabellen aus den gedruckten Versionen, im Excel-Format, nur auf Deutsch) für das Geschäftsjahr 2009 ab Juli 2010 verfügbar im Internet: www.bag.admin.ch/kvstat

Daneben werden in dieser Statistik weitere Datenquellen aufbereitet. Zu nennen sind dabei insbesondere die Angaben, die das BAG von den kantonalen Verwaltungsstellen zur Prämienverbilgung 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.

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 2009, weitere Informationen. Abkürzungen, Tabellenhinweise, männliche Form.

1. Einleitung	1
2. Aufbau der Statistik über die Krankenversicherung	3
2.1 Neuerungen in der Ausgabe 2008	3
2.2 Inhalt und Quellen	3
3. Wichtige Neuerungen in der Krankenversicherung ab 1996	5
4. Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2008	9
4.1 - 4.11: siehe Themen unter Beilage A	
5. Beilagen	
A Tabellen	57
A1 Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) 101-115	59
A2 Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP 201-223	77
A3 Prämien in der OKP 301-313	103
A4 Prämienverbilligung in der OKP 401-410	119
A5 Individuelle Daten pro Versicherter 501-504	131
A6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG 601-606	139
A7 Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer 701-705	147
A8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer 801-813	155
A9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen 901-921	171
A10 Risikoausgleich in der OKP 1001-1003	195
A11 Versicherte in der OKP 1101-1117	201
B Übergangsschlüssel Tabellen 2007 -> 2008 / 2008 -> 2007	220
C Übergangsschlüssel Grafiken 2007 -> 2008 / 2008 -> 2007	221
D Zusätzliche Informationen auf der Internetseite des BAG	222
E Prämienregionen in der OKP	229
E1 Prämienregionen in der OKP ab 2004: kurze Einführung	229
E2 Prämienregionen (R1, R2, R3, RU) ab 2010	230
F Entwicklung der Franchisen, Prämienrabatte und Selbstbehalte in der OKP	231
F1 Entwicklung ab 1996: Erwachsene ab 19 Jahren	231
F2 Entwicklung ab 1996: Kinder (0-18 Jahre)	232
F3 Zunahme der Gesamtausgaben der Versicherten nach Franchise im 2010	233
G Risikoausgleich in der OKP	234
H Individuelle Prämienverbilligung in der OKP ab 2008	237
I Datenpool von santésuisse: Abdeckungsgrad, Datenstand und Genauigkeit der Daten 1998-2008	240
I1 Auswertung der Daten	240
I2 Abdeckungsgrad nach Kanton	241
I3 Abdeckungsgrad nach Altersgruppen	241
I4 Schätzungen der Bruttoleistungen des Datenpools von santésuisse: Hauptkostengruppen CH	242
J Schätzungen aus dem Prämien genehmigungsverfahren 2000-2010	243
J1 Hauptwerte	243
J2 Hauptkostengruppen	244

Abkürzungen

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

Tabellenhinweise

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

Männliche Form

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

1. Einleitung

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

Der Bereich der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz wird seit dem 1. Januar 1996 durch das **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994** geregelt. Mit dem KVG wurde insbesondere ein Versicherungsobligatorium mit einem umfassenden und klar definierten Leistungskatalog für die Krankenpflege-Grundversicherung eingeführt. Auch verlangt das KVG von den Versicherern, dass sie innerhalb eines Kantons eine von Eintrittsalter und Geschlecht der Versicherten unabhängige Einheitsprämie anbieten. Als wichtige Systemmerkmale sind weiter die freie Wahl des Versicherers und der Versicherungsform sowie ein Risikoausgleichssystem zwischen den Versicherern zu nennen. Zu erwähnen ist zudem das Subventionierungssystem der Krankenversicherung, bei dem gezielt die Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verbilligt werden.

Institutionelle Änderungen seit Einführung des KVG im Jahr 1996

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

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

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

Die Rechtsvorschriften bezüglich der Mindestreserven der

Versicherer wurden ebenfalls angepasst. Sie sind in einer Übersicht innerhalb von Tabelle 5.02 zusammengefasst.

Der Versicherer kann innerhalb eines Kantons bis zu drei Prämienregionen (städtisch, halbstädtisch, ländlich) unterscheiden. Innerhalb einer Prämienregion ist keine Differenzierung nach Geschlecht gestattet. Bezüglich Alter werden die drei folgenden Gruppen unterschieden: Kinder (0 - 18 Jahre); Junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) und Erwachsene (26 Jahre und älter).

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

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

14 Jahre KGV und Reformen

Anlässlich eines runden Tisches zur Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich im Jahr 2009 wurden die verschiedenen Reformprojekte und Massnahmen in der Krankenversicherung von der Schweizerischen Depeschagentur (SDA) chronologisch erfasst. Sie werden dem Leser in der Folge zur Kenntnisnahme gebracht:

- Anfang 1996: Das von Bundesrätin Dreifuss aufgegleiste Krankenversicherungsgesetz (KVG) tritt in Kraft. Seine Hauptpunkte: Obligatorische Grundversicherung in der Krankenpflege, freie Kassenwahl, Prämiengleichheit, Kostendämpfungsmassnahmen durch mehr Wettbewerb, gezielte staatliche Prämienverbilligung.
- Anfang 2001: Die 1. KVG-Teilrevision bringt Prämienrabatte für junge Erwachsene, Ermöglichung eines Erlasses der Franchise, erleichterte Generika-Abgabe, Notbremse gegen Ärzteschwemme.
- 2001-2007: Vier Volksinitiativen zu den Gesundheitskosten werden an der Urne klar verworfen: Die Denner-Initiativen «für tiefere Spitalkosten» und «für tiefere Arzneimittelpreise», die SP- Gesundheitsinitiative «Ge-

- sundheit muss bezahlbar bleiben» und die linke Initiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse».
- 27. März 2001: Das BSV zieht eine durchgezogene Fünfjahres-Bilanz des KVG. Der Wettbewerb spielt nur beschränkt, Kassenwechsel sind selten. Sparmodelle wie HMO treten an Ort, und die Prämienverbilligung verfehlt häufig ihr Ziel.
 - 23. Mai 2002: Der Bundesrat beschliesst, durch wirtschaftliche Anreize und Korrektur von Fehlanreizen in der Krankenversicherung Kosten zu sparen. Auf Kinderrabatt und Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Kassen und Ärzten verzichtet er vorläufig.
 - 3. Juli 2002: Der Bundesrat beschliesst einen Zulassungsstopp für Ärzte - bis zur Aufhebung des Vertragszwangs. Der Zulassungsstopp wird mehrfach bis 2009 verlängert.
 - 17. Dez. 2003: Der Nationalrat bringt die 2. KVG-Teilrevision zum Scheitern - wegen Uneinigkeit in der Frage der Kinderrabatte.
 - Anfang 2004: Die neue Tarifstruktur Tarmed wird nach jahrelangen Verhandlungen flächendeckend angewendet. Sie bleibt umstritten und bringt nur unwesentliche Einsparungen.
 - 9. November 2005: Der Bundesrat will im Gesundheitswesen über 90 Mio. Franken einsparen, u. a. durch die Förderung von Generika.
 - 26. Jan. 2006: Bundesrat Couchepin kündigt an der 8. Nationalen Gesundheitsförderungs-Konferenz in Aarau ein neues Präventionsgesetz an, das u. a. kostensenkend wirken soll.
 - Dezember 2007: Im Neuanlauf zur 2. KVG-Teilrevision verabschiedet das eidgenössische Parlament eine «leistungsabhängige» Spitalfinanzierung, die mehr Wettbewerb bringen soll.
 - März 2008: Nach fast zehnjährigem Tauziehen verabschieden die Gesundheitsdirektoren eine Vereinbarung über Spitzenmedizin. Diese soll künftig «in wenigen universitären oder multidisziplinären Zentren» durchgeführt werden. Ein politisches Organ entscheidet, welche Leistung wo angeboten wird.
 - Juni 2008: Der Verfassungsartikel Krankenversicherung, ein indirekter Gegenvorschlag zur zurückgezogenen SVP-Initiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung», wird an der Urne mit 69,5 Prozent Nein verworfen. Er hätte mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, freie Arztwahl und «monistische» Spitalfinanzierung (aus einer Hand) bringen sollen.
 - April 2009: Schweizweit streiken tausende Ärzte gegen die revidierten tieferen Labortarife. Bundesrat Couchepin will sie gleichwohl in Kraft setzen.

(Quelle: sda, 4/2009)

2. Aufbau der Statistik über die Krankenversicherung

2.1 Neuerungen in der Ausgabe 2008

Seit der Ausgabe 2005 erfolgt die Unterteilung der Statistik nach Themengebieten. Diese Darstellung ist leserfreundlicher. Anhand von Übergangstabellen (auf dem Internet abrufbar) lassen sich die Tabellen und Grafiken der früheren Ausgaben bis 1996 zurück wiederfinden (analog zu Anhang B und C). Die neuen Nummern der Grafiken und Tabellen, ausgehend von der Publikation 2007, sind in den erwähnten Anhängen ersichtlich.

Zusätzlich zur Aktualisierung und Ergänzung der bereits in der Ausgabe 2007 vorhandenen Tabellen und Grafiken (siehe Anhang B und C) weist die vorliegende Ausgabe Änderungen in 22 Tabellen und 26 Grafiken auf und enthält zwei neue Tabellen und sechs neue Grafiken:

- T 3.13 Kantonale Durchschnittsprämien pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen
- T 4.10 KVG-Verteilmodell: Bundesbeiträge 2008 - 2010
- G 3r Zunahme der mittleren OKP-Prämie in % nach Franchisehöhe: Kinder (0-18 Jahre) CH
- G 3t Veränderung der Prämien für junge Erwachsene (19-25 Jahre) nach Kanton in Prozent (Schätzungen mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung)
- G 3u Veränderung der Prämien für Kinder (0-18 Jahre) nach Kanton in Prozent (Schätzungen mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung)
- G 3v Zunahme der mittleren OKP-Prämie in % nach Franchisehöhe: Erwachsene (ab 26 Jahren) CH
- G 3w Zunahme der mittleren OKP-Prämie in % nach Franchisehöhe: junge Erwachsene (19-25 Jahre) CH
- G 4c Beiträge pro Bezüger und kantonale jährliche Durchschnittsprämien in Fr. im Jahr 2008

Der Beilagenteil enthält neben der jährlichen Aktualisierung ebenfalls einige Neuerungen:

- D Schweizerische Gesundheitsbefragung (BFS): Detaillierte Ergebnisse für die Krankenversicherung
- F Neue Bestimmungen über die Franchisen seit 2010
- G Berechnungsbeispiel für den Risikoausgleich: Aktualisierte Zahlen für 2008
- H Individuelle Prämienverbilligung seit 2008

2.2 Inhalt und Quellen

Die Krankenversicherungsstatistik nutzt verschiedene Informationsquellen. Damit das BAG seine Aufsichtstätigkeit über die anerkannten Krankenversicherer wahrnehmen kann, sind die Versicherer verpflichtet, dem BAG im Sinne einer jährlichen Berichterstattung Informationen einzureichen (insbesondere die Formulare EF123). Die Daten aus diesen Formularen werden nach erfolgter Prüfung in der Krankenkassen-Datenbank des BAG erfasst. Die Tabellen der Statistik, die auf dieser Quelle beruhen geben den Informations- bzw. Datenstand vom Juli 2009 wieder. Nachstehend folgt eine kurze Übersicht über die verschiedenen Statistikeile und die verwendeten Datenquellen.

Tabellenteil 1: Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG

Gezeigt wird eine detaillierte Betriebsrechnung für die verschiedenen Versicherungsformen (ordentliche oder wählbare Franchise, Bonus-Versicherung oder Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer). Es finden sich ebenfalls Angaben zur Entwicklung der Reserven und Rückstellungen sowie eine Tabelle mit den wichtigsten OKP-Indikatoren ab 1998.

Tabellenteil 2: Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP

Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG, Prämien genehmigungsverfahren des BAG 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 einerseits eine Schätzung der durchschnittlichen KVG-Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung) pro Kanton aus, aufgeteilt nach Erwachsenen, jungen Erwachsenen und Kindern ab 1998. Ausgehend vom Datenpool von santésuisse werden andererseits die von den Versicherten tatsächlich bezahlten Prämien (für alle Versicherungsmodelle) dargestellt.

Tabellenteil 4: Prämienverbilligung in der OKP

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

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

Tabellenteil 5: Individuelle Daten pro Versicherer

Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG

Es handelt sich bei den "Aufsichtsdaten" gemäss Art. 28b KVV um ausgewählte Indikatoren der OKP wie Prämien, Leistungen, Verwaltungsaufwand, Rückstellungen und Reserven: Sie können auf der Stufe des einzelnen Versicherers eingesehen werden.

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

Tabellenteil 6: Freiwillige Taggeldversicherung KVG

Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG

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

Tabellenteil 7: Andere Versicherungen der anerkannten Krankenversicherer

Quelle: Krankenkassen-Datenbank des BAG

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

Tabellenteil 8: Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

Quelle: Krankenkassen-Datenbank BAG

Der Tabellenteil 8 beschreibt die vom Bund anerkannten Krankenversicherer hinsichtlich deren gesamten Ge-

schäftstätigkeit: 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, Bundesamt für Privatversicherungen (BPV), Krankenkassen-Datenbank des BAG und Datenpool santésuisse

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

Tabellenteil 10 : Risikoausgleich in der OKP

Quelle: Angaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG

Die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn vollzieht den Risikoausgleich gemäss KVG Artikel 105, verwaltet die entsprechenden 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 seit 1996

2009

- 1.1.2009** Änderung des KVG betreffend die Spitalfinanzierung.
- 1.1.2009** Änderung des KVG in Zusammenhang mit dem Erlass des Finanzmarktaufsichtsgesetz (FINMAG) (Art. 21 Abs. 2, Art. 99 Abs. 2).
- 1.1.2009** Änderung der KVV (Art. 28, 28a, 28b, 31, 37, 55a, 58a, 58b, 58c, 58d, 58e, 59, 59d, 59e). Aufhebung des Art. 30.
- 1.1.2009** Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).
- 1.1.2009** Änderung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).
- 1.1.2009** Änderung der Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK).
- 1.1.2009** Erlass der Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Minimalpramien 2009 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Gemeinschaft, in Island und in Norwegen.

2008

- 1.1.2008** Änderung der KVV, insbesondere bezüglich der beratenden Kommissionen (Art. 37a bis 37g);
- 1.1.2008** Änderung der KVV, insbesondere bezüglich der Spezialitätenliste (Art. 64, 65 Abs. 5bis);
- 1.1.2008** Änderung der KVV, insbesondere bezüglich der Bestimmungen zur Revision (Art. 86 bis 88).
- 1.1.2008** Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, 9a, 12, 12a, 12b, 12c, 12d, 12e, 13b).
- 1.1.2008** Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK, Totalrevision).
- 1.4.2008** Erlass der Verordnung des EDI über die technischen und grafischen Anforderungen an die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK-EDI).
- 14.6.2008** Änderung des KVG betreffend die bedarfsabhängige Zulassung (Art. 55a).
- 1.8.2008** Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

2007

- 1.1.2007** Änderung des KVG: Änderung der Verfahrensbestimmungen in Zusammenhang mit der Schaffung des Bundesverwaltungsgerichts (Art. 18 Abs. 8, 90a und 91). Aufhebung der Art. 53 und 90.
- 1.1.2007** Änderung des KVG: Änderung der Kriterien, um den für den Risikoausgleich massgebenden Versichertenbestand festzulegen (Art. 105a).
- 1.1.2007** Änderung der KVV: Änderung der 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). Pramienhebung 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 Originalpreparate, 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 Risikoaus-

gleich in der Krankenversicherung (VORA).

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

2004

1.1.2004 Änderung der KVV:

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

1.1.2004 Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

• Die vom BAG (bis 2003 BSV) festgelegten Prämienregionen müssen von den Krankenversicherern obligatorisch angewandt werden.

• Die Krankenversicherer werden beauftragt, die Lenkungsabgabe auf Benzin und Dieselöl mit einem Schwefelgehalt von mehr als 0.001% an die Bevölkerung zu verteilen (Abgabe erhoben ab 2004, erste Verteilung im Jahr 2006).

1.4.2004, 1.5.2004, 1.7.2004 und 1.8.2004 Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

2003

• Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) tritt in Kraft. Anpassungen des KVG und der Verordnungen an das ATSG.

• Inkraftsetzung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

• Änderung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Änderung der Anhänge 1 und 2).

• Änderung der Verordnung über die Beiträge des Bundes

zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (Art. 6, Auszahlung).

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

2002

1.1.2002 Aufhebung der Mitberücksichtigung des Prämienindex bei der Berechnung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung.

1.1.2002 Änderung des KVG infolge der neuen Fristenregelung (Art. 30).

1.1.2002 Dringliches Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die interkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Volksabstimmung vom 9. Februar 2003 infolge Referendum).

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

1.7.2002 Änderung der KVV im Arzneimittelbereich.

1.7.2002 Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. Bezeichnung von Leistungen, welche nur auf vorgängige Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes übernommen werden).

4.7.2002 Inkraftsetzung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

- Verabschiedung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung.

2001

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

1.1.2001 Inkrafttreten des Änderungspaketes im Zusammenhang mit dem Datenschutzrecht und der entsprechenden Anpassungen der KVV.

- Anpassungen bei Wahlfranchisen (betragsmässige Begrenzung der höchstzulässigen Rabatte sowie Einführung regionaler Prozentsätze für Prämienreduktionen).
- Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit: Heroinabgabe, Positron-Emissions-Tomographie PET).

2000

Verabschiedung der 1. Teilrevision des KVG und der Ausführungsbestimmungen in den Bundesratsverordnungen.

1.10.2000 Inkrafttreten der geänderten Bestimmungen über den Kassenwechsel.

- Anpassung des Leistungskatalogs in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. in-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie).
- Erweiterung der Anlagemöglichkeiten der Krankenkassen (finanzielle Reserven).

1999

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

1998

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

1997

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

1996

1.1.1996 Inkrafttreten des neuen KVG:

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

Datenstand: 8.3.2010
Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, BSV

4. Grafiken und Kommentare zum Berichtsjahr 2008

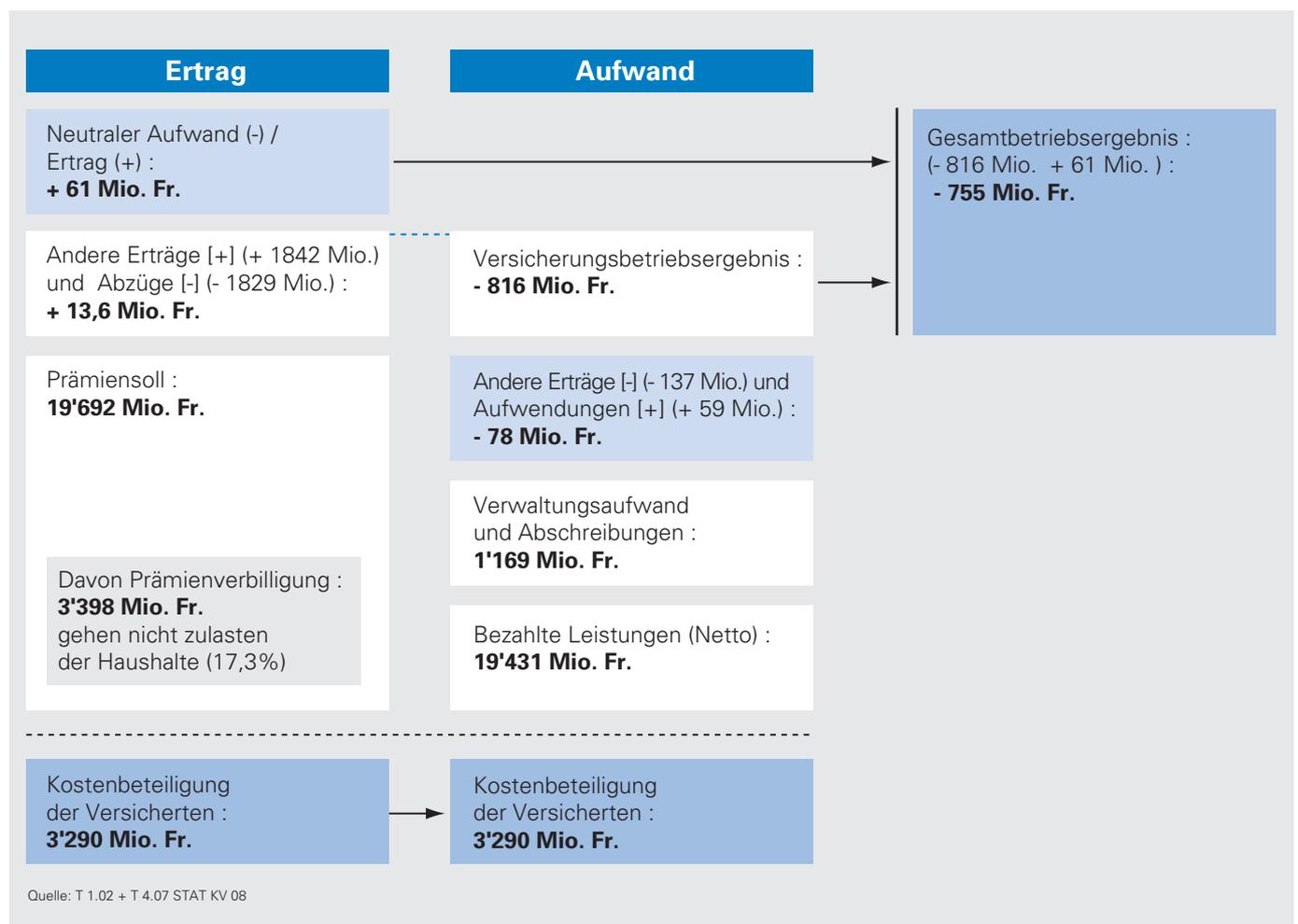
4.1 Finanzen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die von den Versicherern **bezahlten Leistungen** in Höhe von 19,4 Mrd. Franken im Jahr 2008 ergeben sich nach

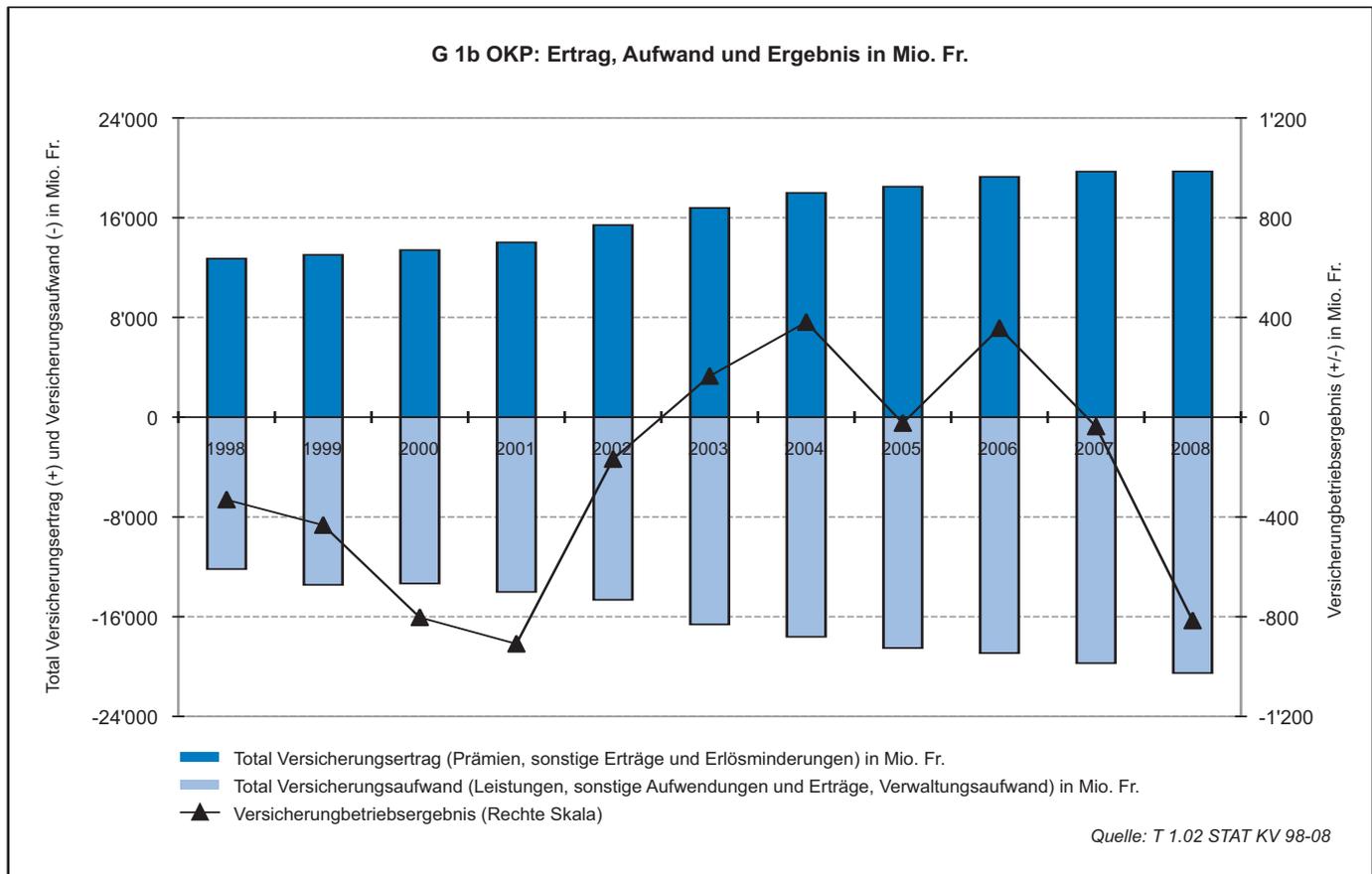
Abzug der **Kostenbeteiligung der Versicherten** von 3,3 Mrd. Franken. Zieht man vom **Prämiensoll** von 19,7 Mrd. Franken den übrigen Aufwand/Ertrag ab, so verbleibt ein negatives OKP-Betriebsergebnis von -816 Mio. Franken. Unter Berücksichtigung des neutralen Aufwandes und Ertrages resultiert somit ein negatives **Gesamtbetriebsergebnis** von -755 Mio. Franken (G 1d, T 1.02).

G 1d Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG insgesamt 2008



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 (-2,1 Mrd. Fr.) durch positive Ergebnisse für die Versicherungen mit wählbarer Franchise (+1,2 Mrd. Fr.), der BONUS-Versicherung und der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (+80 Mio. Fr.) wieder kompensiert (T 1.03 bis T 1.06).

Interessant ist die Entwicklung von **Aufwand, Ertrag und Betriebsergebnis** in den letzten zehn Jahren. Nach einer Phase von 1998 bis 2002 mit einem negativen Betriebsergebnis (Aufwand minus Versicherungsertrag) ergab sich für die Jahre 2005 und 2007 ein beinahe ausgeglichenes, für die Jahre 2003, 2004 und 2006 ein positives und für 2008 wiederum ein klar negatives Ergebnis (G 1b).



Werden zum Jahresbetriebsergebnis der neutrale Aufwand und Ertrag addiert (im Wesentlichen Einnahmen aus Kapitalanlagen), erhält man das Gesamtbetriebsergebnis, das seit 1998 grosse Schwankungen aufweist. Die jährliche Veränderung der Reserven verläuft ähnlich wie die des Gesamtbetriebsergebnisses, da die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die Versicherer keinen Gewinn abwerfen darf. Der Unterschied zwischen der Veränderung der Reserven und dem Gesamtbetriebsergebnis ergibt sich aufgrund der Auflösung von Spezialfonds und des Einfließens von externen Mitteln. Daraus erklärt sich, dass das Gesamtbetriebsergebnis immer unter der Veränderung der Reserven liegt (G 1c).

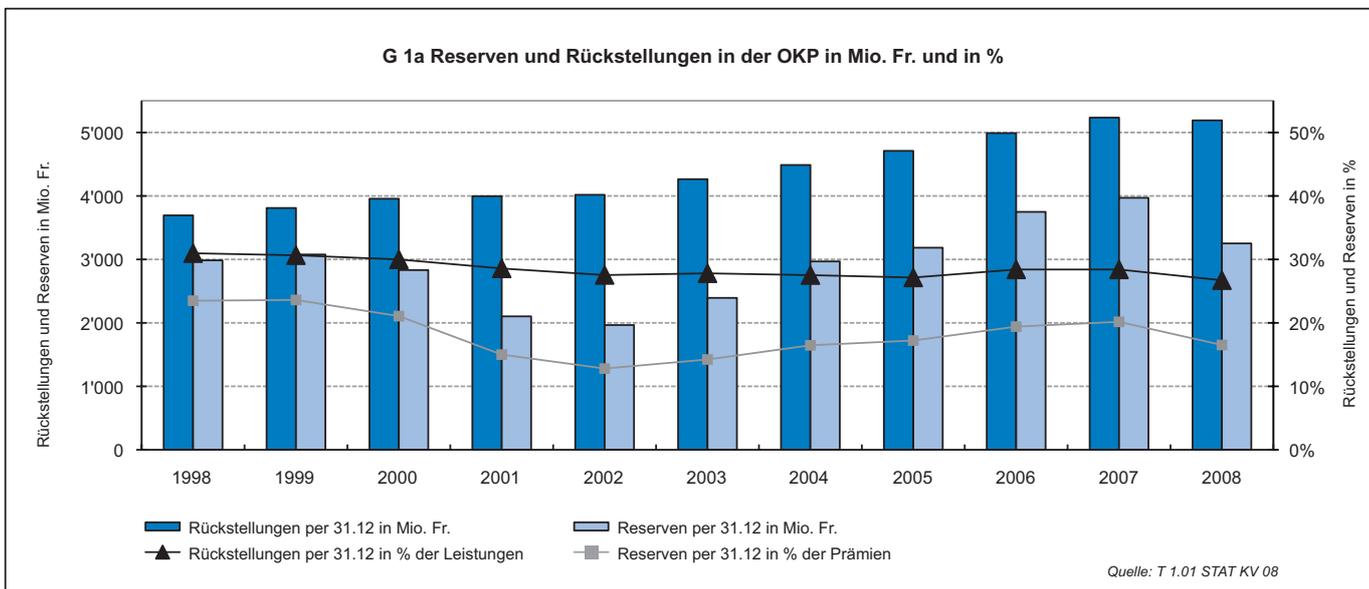
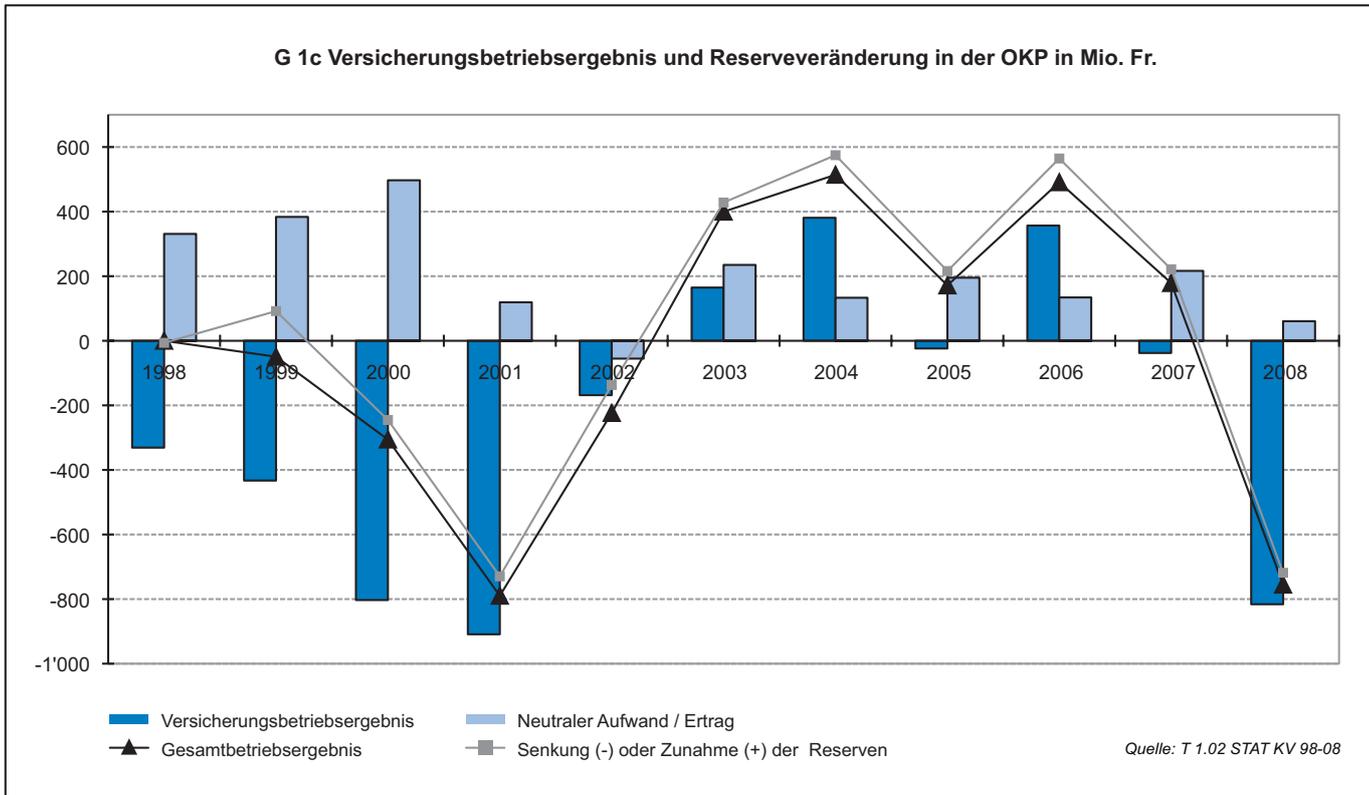
Die Versicherten, die in der Schweiz versicherungspflichtig sind und in einem EG-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen wohnen, sind in der Tabelle 1.07 erfasst. Ebenfalls in dieser Tabelle erfasst werden Versicherte, die früher dem Artikel 3 KVV unterstellt waren (Grenzgänger, die in der Schweiz eine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

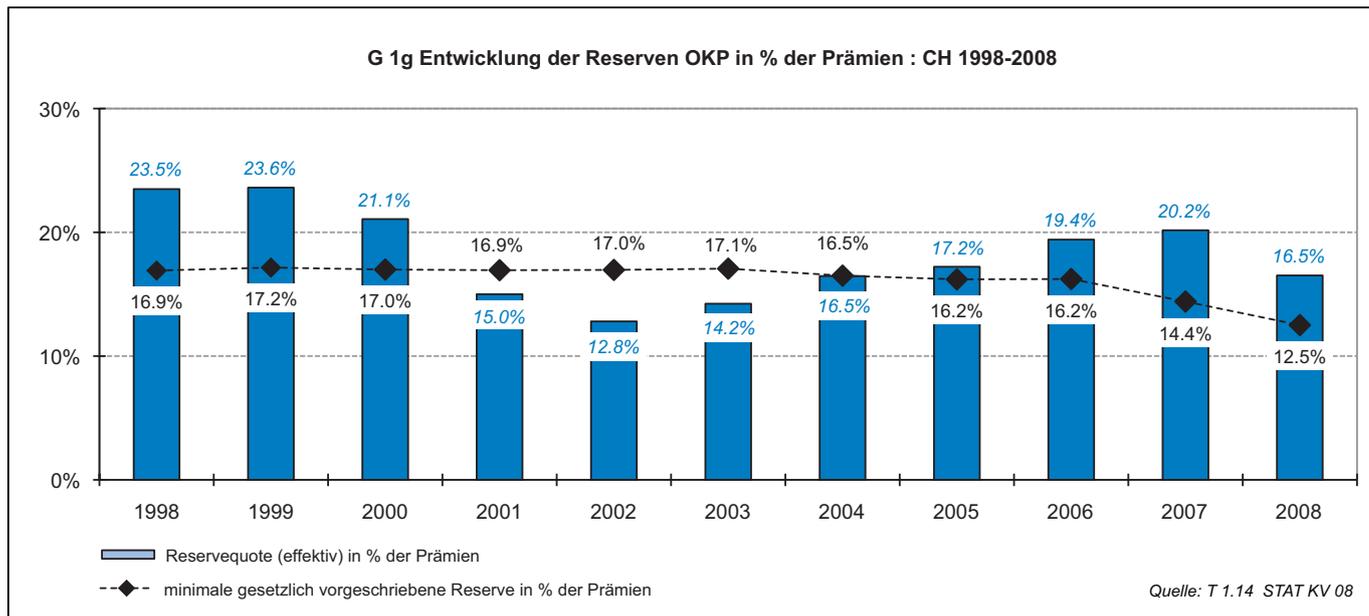
Reserven und Rückstellungen in der OKP

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

Betrachtet man zudem den Stand der Reserven im Verhältnis zum Prämien Soll desselben Jahres, so resultiert eine Abnahme dieser «Reservequote» von 23,5 % im Jahr 1998 auf 16,5 % im Jahr 2008 (G 1a). Die Reserven von 3,25 Mrd. Franken Ende 2008 entsprechen ungefähr den Leistungen von zwei Versicherungsmonaten.

Stabiler entwickelten sich die Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle. Ins Verhältnis gesetzt zu den von den Versicherern bezahlten Leistungen ergab sich ein Rückgang von 31,0 % im Jahr 1998 auf 26,7 % im Jahr 2008 (G 1a).





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

Senkung der Mindestreservequoten der Krankenkassen 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 Prozent (Art. 78 KVV):

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

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

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

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

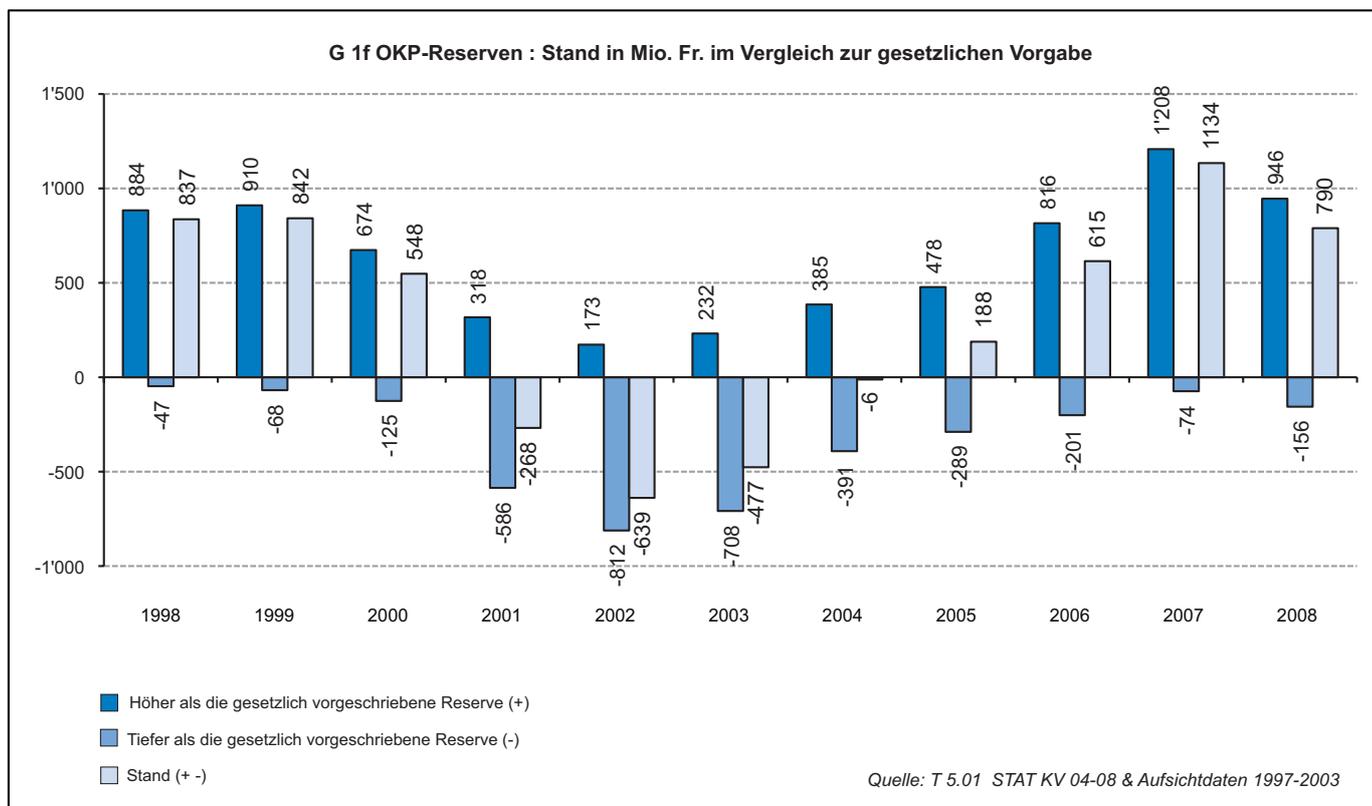
Aus der obigen Tabelle kann die Auswirkung auf die Prämien nach Grösse des Versicherers abgeschätzt werden. Allerdings handelt es sich dabei nicht um einen Automatismus, da die effektive Auswirkung der Reservequotensenkung auf die Prämien von der jeweiligen Situation der einzelnen Versicherer abhängig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

Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass in den gesetzlichen Bestimmungen nur Mindestquoten festgehalten sind. Es besteht keine zwingende gesetzliche Vorschrift zu den zulässigen Maximalreservequoten. Die Grafik G 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 % zugelas-

sen hätten. 2008 hingegen sank die effektive Reservequote auf 16,5 %.

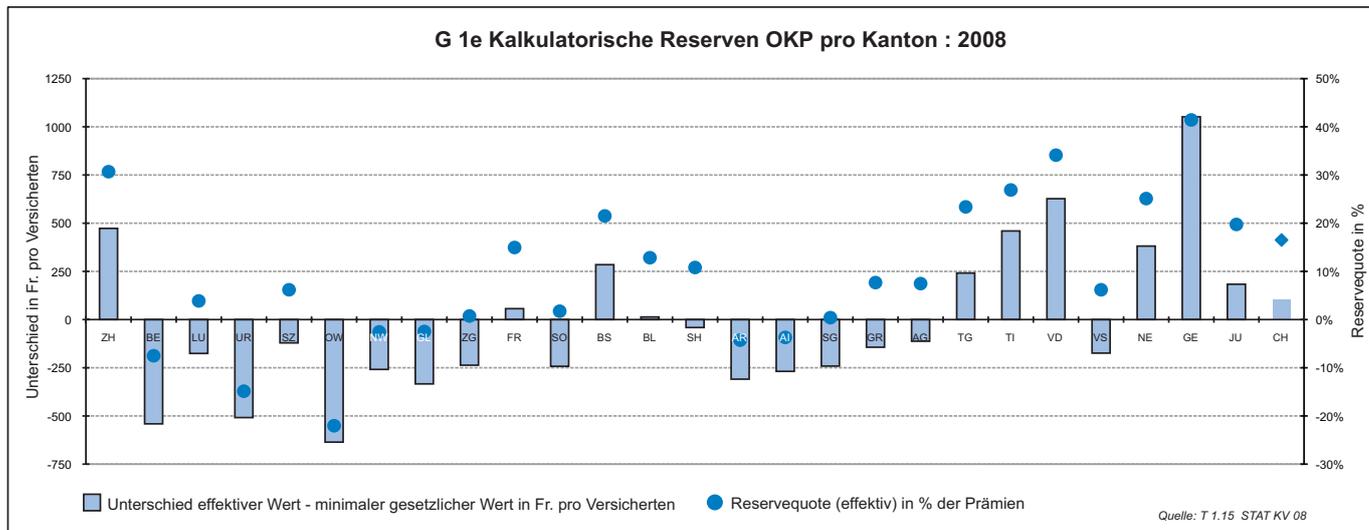
Allerdings sind die Unterschiede zwischen den Versicherern bei den Überschüssen und Fehlbeträgen im Vergleich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Reserven markant. Nach einer vierjährigen Periode zwischen 2001 und 2004 mit erheblichen Fehlbeträgen bei der Gesamtheit der Versicherer liegen die Reserven seit 2005 insgesamt über alle Versicherer wieder über den gesetzlichen

Vorgaben. Jedoch erfüllten im Jahr 2008 von 86 OKP-Versicherern 26 die gesetzlichen Anforderungen an die Reserven nicht, wobei sich deren Fehlbetrag auf 156 Mio. Franken belief. Der Saldo (Überschüsse abzüglich Fehlbeträge in Bezug auf die gesetzlichen Reserven) betrug im Jahr 2008 790 Mio. Franken, was ausreichen würde, um die Versicherungsleistungen von ungefähr zwei Wochen zu decken (G 1f). Mit Hilfe der Aufsichtsdaten kann die individuelle Situation der Versicherer überprüft werden (T 5.01).



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 1050 und 630 Franken pro Versicherten), während in den Kantonen BE, UR und OW im Vergleich zu den gesetzlich festgelegten Mindestwerten die höchsten Fehlbeträge verzeichnet wurden (Fehlbeträge von mehr als 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

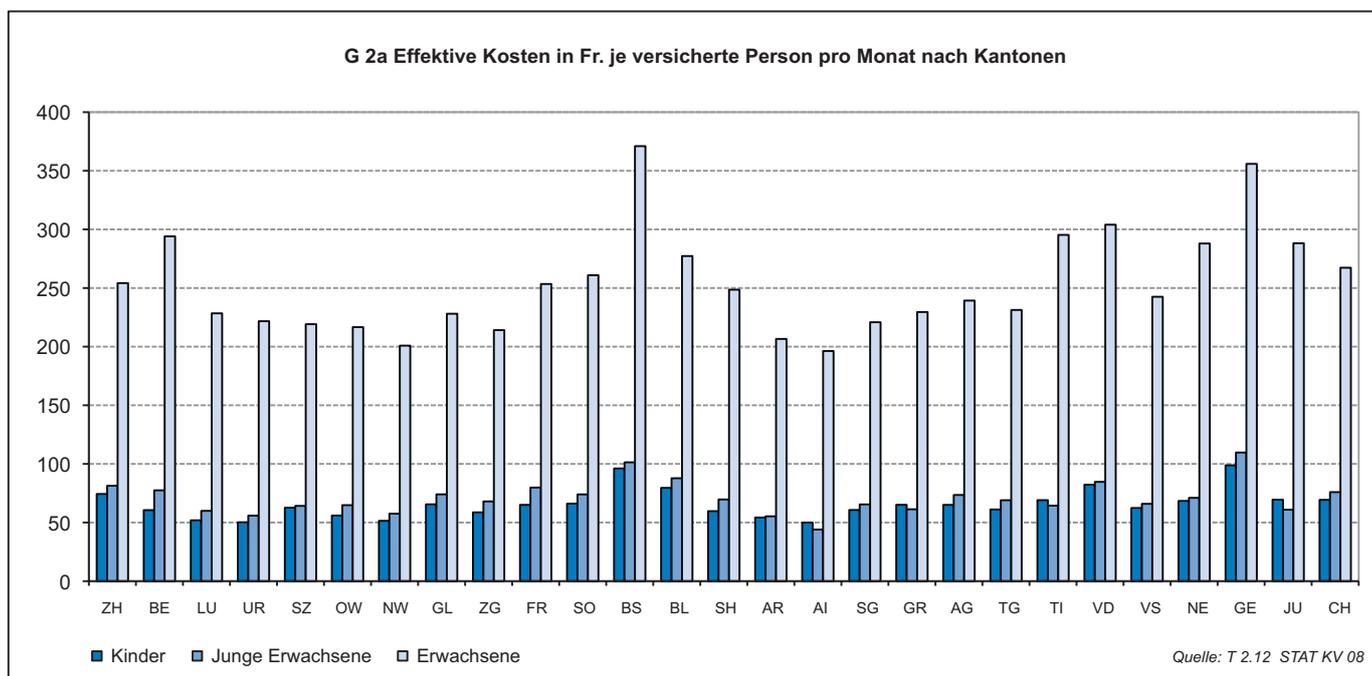


Prinzip gilt bei zu tiefen Reserven. Ein Ansatz für eine gestaffelte Korrektur scheint angemessener zu sein, denn es wäre beispielsweise für die Versicherten im Kanton Genf nur schwer zu akzeptieren und kaum verständlich, wenn ihre Durchschnittsprämien von rund 3550 Franken im Jahr 2008 einmalig auf 2500 Franken im Jahr 2009 sänke, um anschliessend im Jahr 2010 wieder auf über 3600 Franken zu steigen.

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).

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



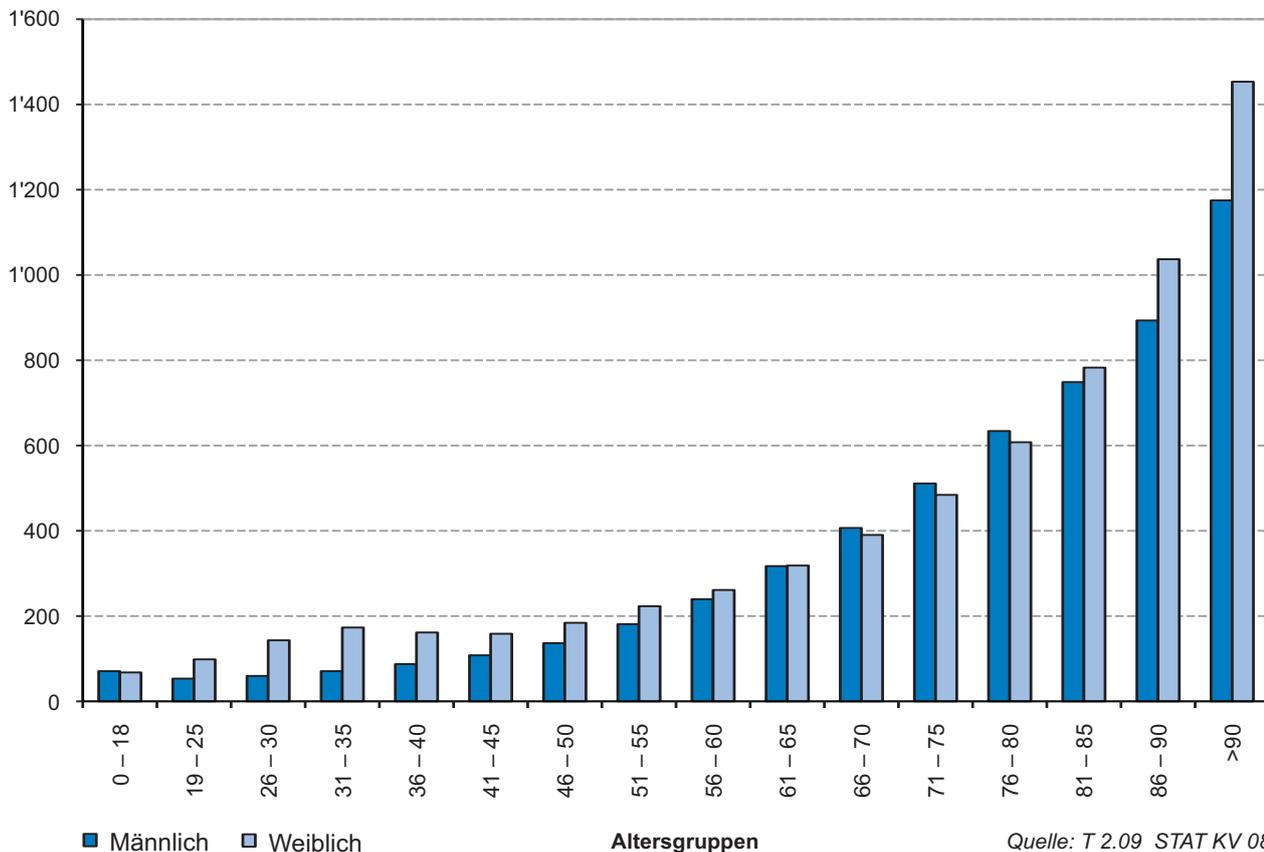
Eine Analyse der tatsächlichen monatlichen Versicherungskosten nach Alter und Geschlecht zeigt zwei deutliche Zusammenhänge: einerseits zwischen Kosten und Alter, andererseits zwischen Männern und Frauen, wobei die Kosten für die Frauen höher liegen (ausser im Alter zwischen 66 und 80 Jahren). Die etwa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

Bei der jährlichen Kostenbeteiligung nach Kanton und Altersgruppe belegen bei den Erwachsenen erneut die Kantone GE und BS die Spitzen- und LU und AI die Schlusspositionen. Die deutlich tieferen Werte bei den Kindern (der schweizerische Durchschnitt liegt bei 95

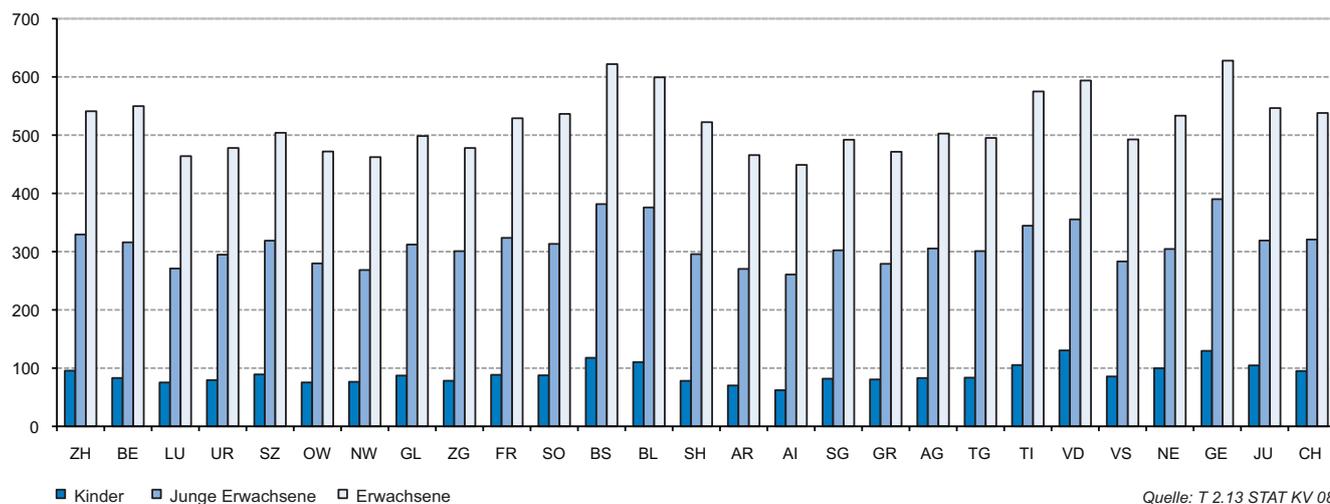
Franken im Vergleich zu 321 Franken für junge Erwachsene und 538 Franken für Erwachsene) sind darauf zurückzuführen, dass bei Kindern keine ordentliche Franchise erhoben wird und der maximale Selbstbehalt nur halb so hoch ist (G 2c und T 2.13).

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Kostenbeteiligungen in der Krankenversicherungsstatistik **unterschätzt** werden. Denn es werden im System des Tiers garant lediglich die Kostenbeteiligungen berücksichtigt, die von den Krankenversicherern registriert werden. Viele Versicherte mit hohen Wahlfranchisen bezahlen die Rechnungen für bezogene Leistungen direkt an die Leistungserbringer, ohne dass sie ihren Versicherer über diese Rechnungen in Kenntnis setzen, wenn ihr Franchisebetrag nicht erreicht wird. Deshalb sind diese Leistungen in der Statistik der

G 2b Effektive Kosten in Fr. je versicherte Person pro Monat nach Altersgruppen und Geschlecht 2008



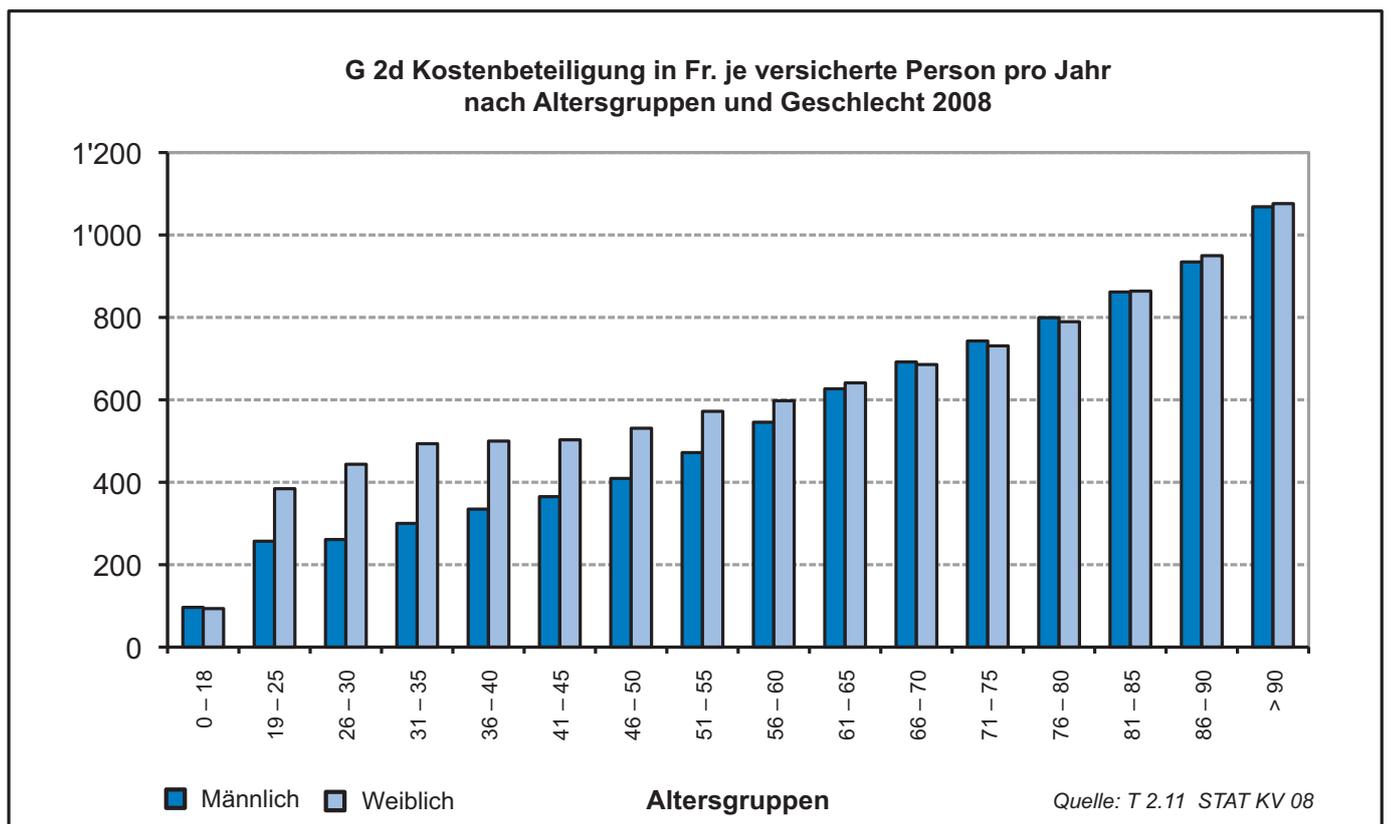
G 2c Kostenbeteiligung in Fr. je versicherte Person pro Jahr nach Kantonen 2008



OKP nicht erfasst. Ohne dass ihr Umfang und ihre Entwicklung abgeschätzt werden kann, sind diese von den Haushalten direkt bezahlten Beträge gesamthaft im Posten «Out of pocket» der Kosten des Gesundheitswesens enthalten (siehe T 9.06 und 9.07).

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

Bei der jährlichen Kostenbeteiligung sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den Altersgruppen 0-18



Leistungen OKP nach Kostengruppen

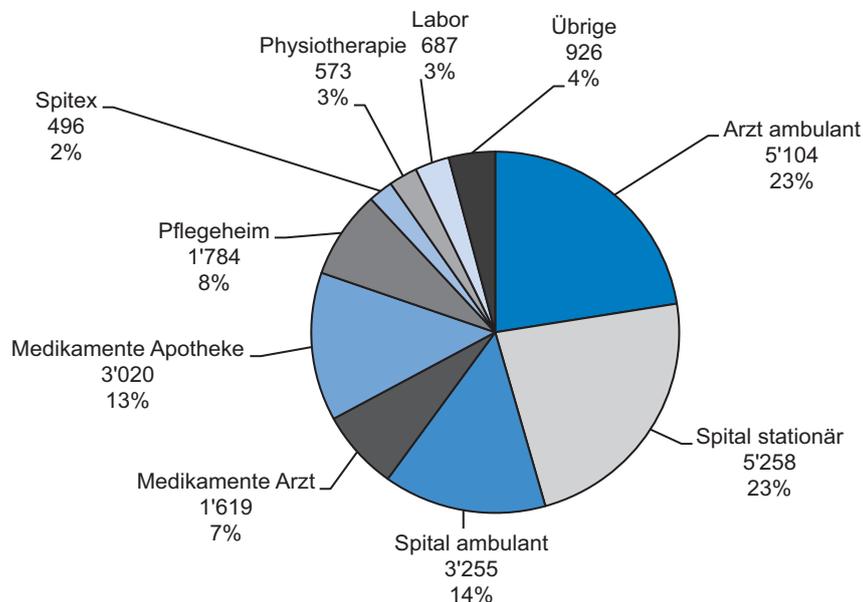
Bei der Aufteilung der Bruttoleistungen (d.h. inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten) eines Betriebsjahres nach **Kostengruppen** entfallen von der Gesamtsumme von 22,7 Mrd. Franken (+5,3 % gegenüber dem Vorjahr) 37 % auf die Spitäler (ambulant und stationär), 22 % auf Leistungen der Ärzte (ambulant), 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 Bruttoleistungen auf 2984 Franken, 4,2 % mehr als im Vorjahr. Die drei Kostengruppen mit den höchsten Kosten pro Versicherten sind stationäre Spitalaufenthalte (690.-), ambulante Behandlungen

beim Arzt (670.-) und im Spital (427.-) (T 2.19 und G 2f).

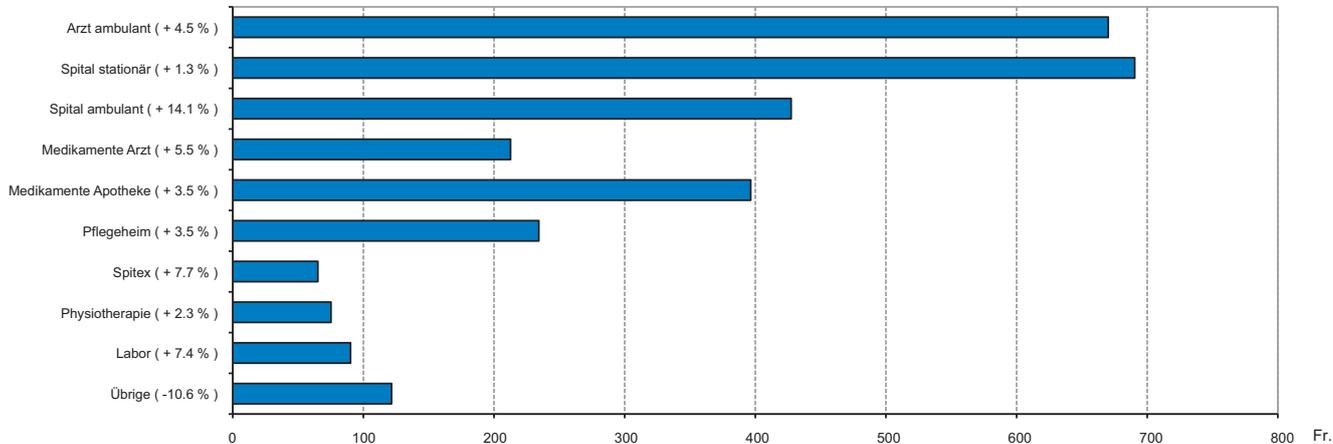
Die Zunahmen im Vergleich zum Vorjahr sind jedoch von begrenzter Aussagekraft; es ist sinnvoller, die Entwicklung der Kostengruppen über mehrere Jahre zu betrachten. So beträgt die jährliche Zunahme der Leistungen pro versicherte Person für den Zeitraum von 1998–2008 im Durchschnitt 4,4 %. Überschritten haben diesen Durchschnittswert in diesem Zeitraum namentlich folgende Kostengruppen: Mittel und Gegenstände (13,1 %), Spitex (7,7 %), Spitäler ambulant (9,0 %). Darunter lagen Spitäler stationär (3,4 %), Physiotherapie (2,7 %) und Chiropraktik (1,9 %). Ein Teil des erheblichen Anstiegs bei der Kostengruppe Labor ab 2003 ist auf eine bessere Erfassung der Laborkosten durch die Versicherer zurückzuführen (Einfluss von TARMED) (G 2g und T 2.18).

G 2e Leistungen OKP (brutto) in Millionen Fr. und in % des Totals nach Kostengruppen 2008

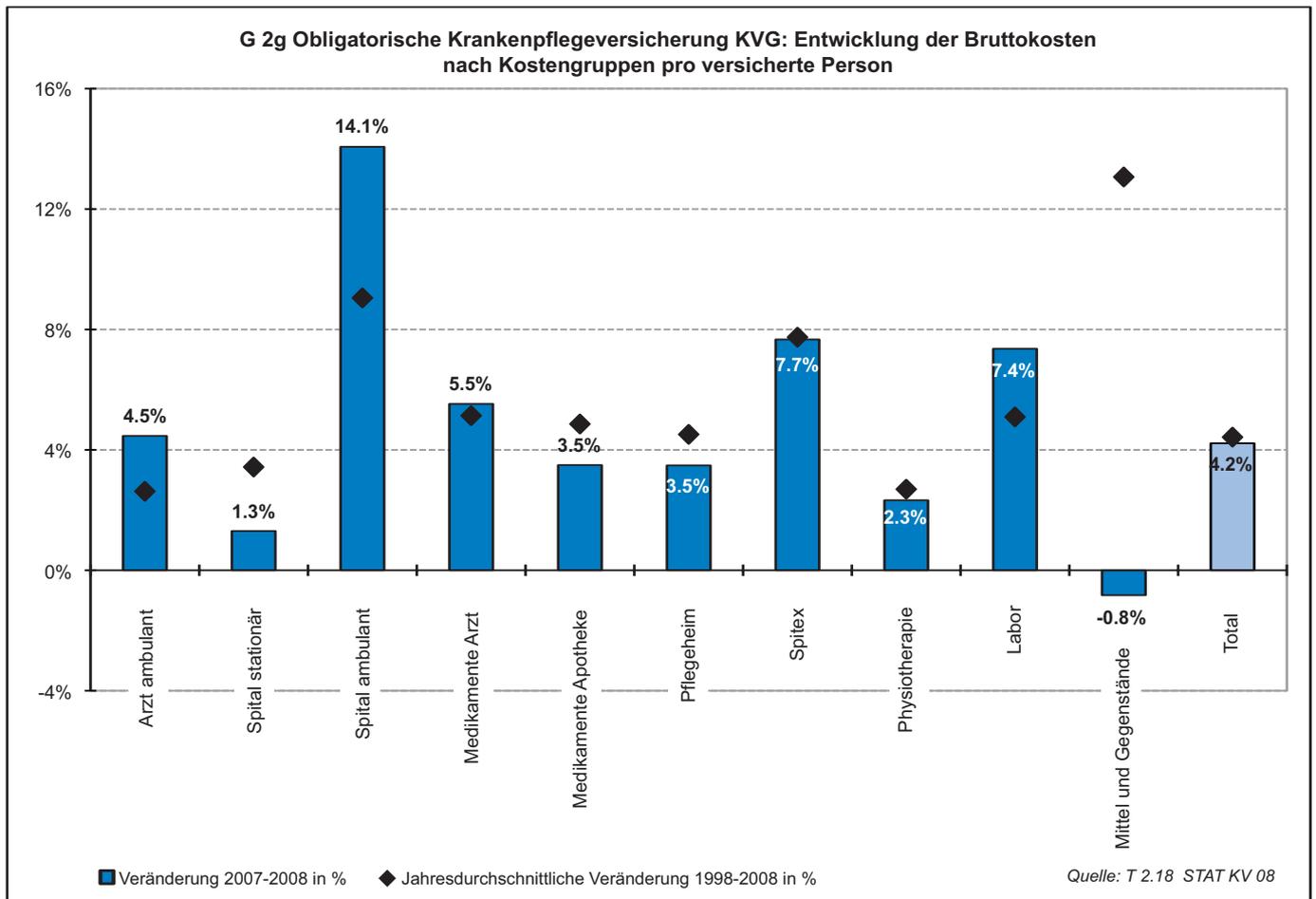


Total (100%) : 22722 Mio. Fr. Quelle: T 2.17 STAT KV 08

G 2f Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG: Bruttokosten nach Kostengruppen 2008



Veränderung 2007-2008 pro versicherte Person in % - Leistungen pro versicherte Person in Fr. - Total: 2'984 Fr. - Quelle: T 2.19 STAT KV 08



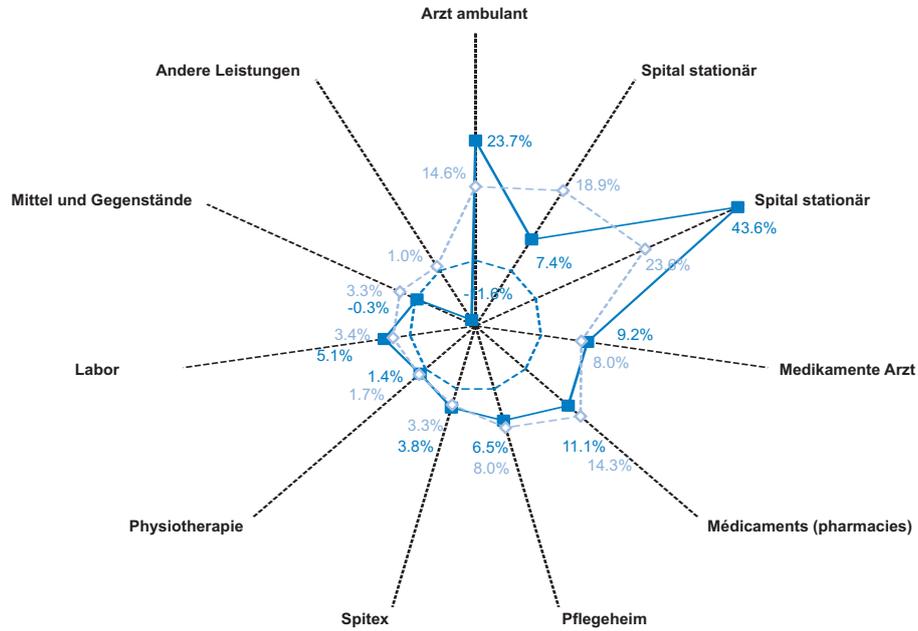
Interessant ist auch, die Wirkung der verschiedenen politischen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung der verschiedenen Kostengruppen zu untersuchen. Zu diesem Zweck wird die durchschnittliche Kostenentwicklung im Zeitraum 2007–2008 der Entwicklung im gesamten Zeitraum 1998–2008 gegenübergestellt. Zwischen 2007 und 2008 variieren verschiedene Kostengruppen in einer Grössenordnung, die ungefähr dem Durchschnitt der Jahre 1998–2008 entspricht, wohingegen die Kostengruppen Ärzte (ambulant), Spitäler (ambulant) und Labor um mehr als der Durchschnitt der letzten zehn Jahre gestiegen sind (G 2g).

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 13,1 % bei den Mitteln und Gegenständen zwischen 1998 und 2008 sich etwa fünf Mal weniger auf die

gesamte Entwicklung der Kosten auswirkt als eine mittlere jährliche Kostenveränderung von 3,4 % bei den Spitälern (stationär) im gleichen Zeitraum (Beitrag an die Zunahme: 3,3 % bzw. 18,9 %).

Die Grafik G 2g zeigt eine Zusammenfassung der wichtigsten Kostengruppen über mehrere Jahre. Interessant kann auch die spezifische Entwicklung der einzelnen Kostengruppen sein. Anhand der Medikamente (Apotheken, G 2i) können die grossen jährlichen Schwankungen aufgezeigt werden, die abgeschwächt werden, wenn die kumulierte durchschnittliche jährliche Veränderung sowie die gesamten Leistungen (G 2h) betrachtet werden. Die Grafiken zu allen wichtigen Kostengruppen werden vom BAG im Internet (www.bag.admin.ch/pyramiden) unter der Rubrik «Zeitreihen» zur Verfügung gestellt (siehe Anhang D).

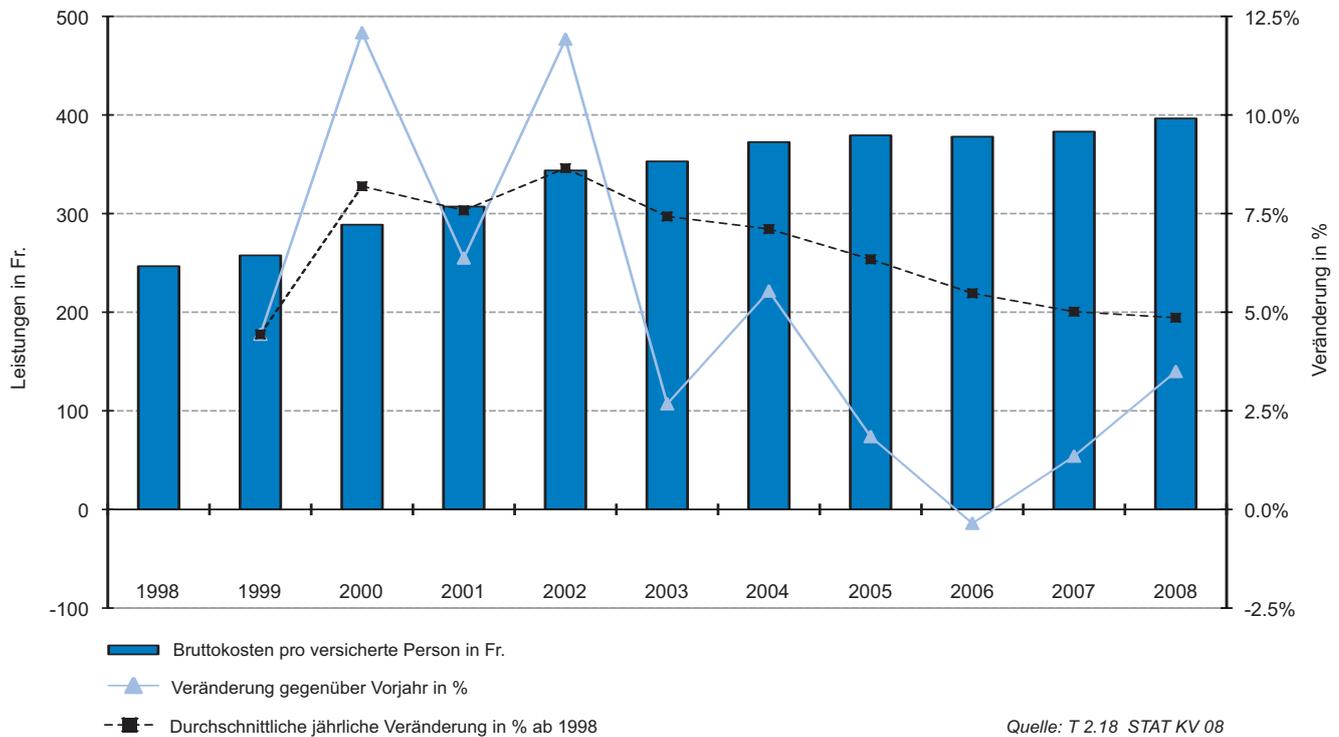
G 2j Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG: relatives Gewicht der Kostengruppe für die gesamte Entwicklung der Bruttokosten



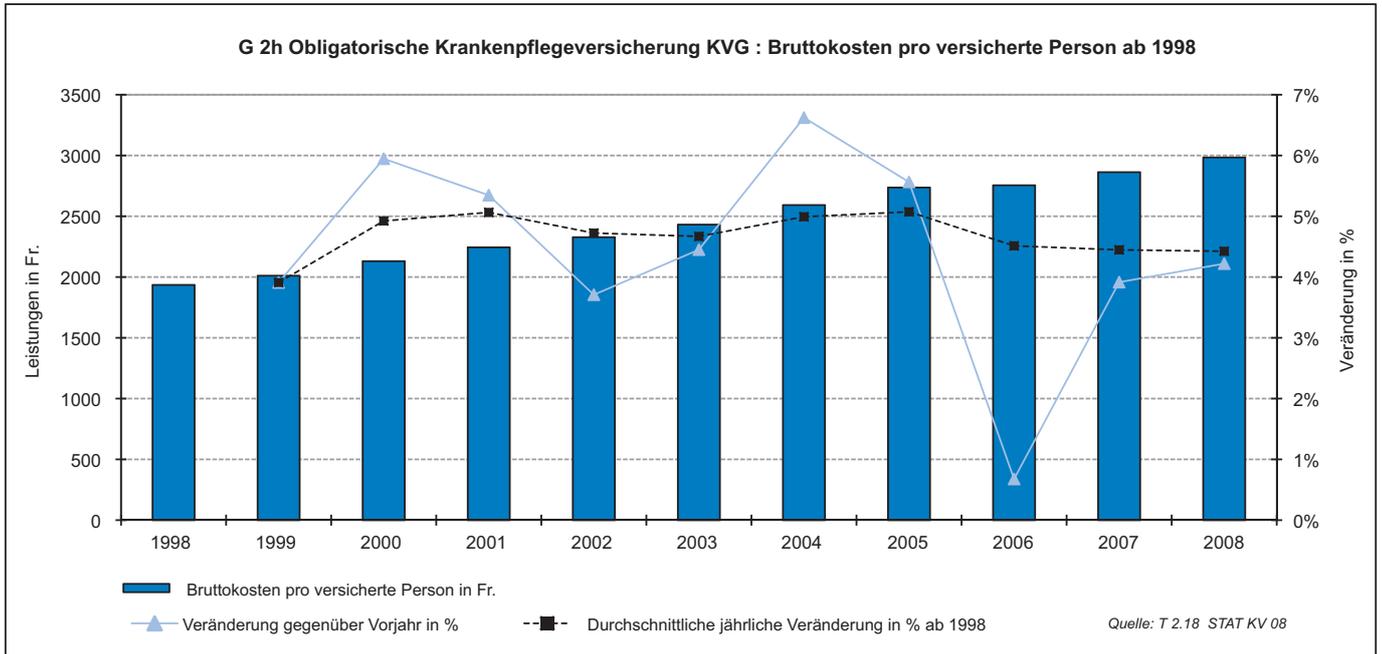
Quelle: T 2.18 STAT KV 08 - Beitrag in % an die Veränderung der Leistungen pro Person [100% für die Summe aller Kostengruppen]

■ Beitrag an die Veränderung 2007-2008 in % ◆ Beitrag an die Veränderung 1998-2008 in % - - - 0 %

G 2i Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG: Bruttokosten nach Kostengruppen pro versicherte Person ab 1998 : Medikamente (Apotheke)



Quelle: T 2.18 STAT KV 08



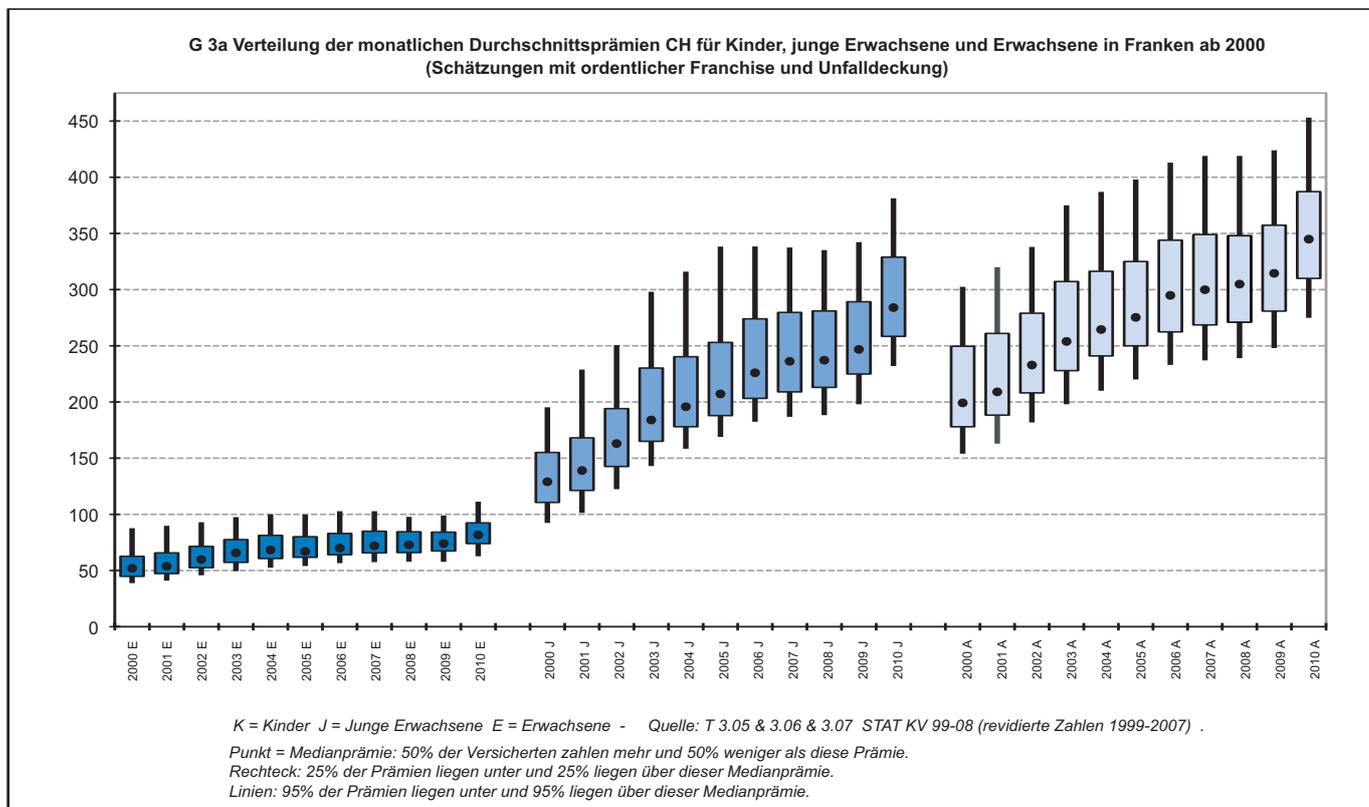
4.3 Prämientarife in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP

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

Monatliche Durchschnittsprämien bei ordentlicher Franchise

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

Dabei geben die berücksichtigten **monatlichen Durchschnittsprämien** lediglich die **wahrscheinliche 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 und da sie weniger als die Hälfte der effektiv gewählten Versicherungsmodelle betreffen. Die geschätzte Prämie für Erwachsene steigt demnach 2010 um durchschnittlich 8,7% an, die für junge Erwachsene um 13,7% und die für Kinder um 10,0%. Die grafische Darstellung der kumulierten durchschnittlichen jährlichen Veränderung seit 2000 relativiert das Ausmass punktuell starker jährlicher Prämienerrhöhungen (Erwachsene G 3c – junge Erwachsene G 3e – Kinder G 3g).

Die starken Schwankungen bei den jährlichen Prämiensteigerungen sind nicht nur auf die entsprechende Entwicklung bei den bezahlten Leistungen, sondern auch auf Gesetzes- und Verordnungsänderungen im Zusammenhang mit Franchise und Selbstbehalt zurückzuführen (Anhang F). Deshalb lassen sich die Prämienanstiege der verschiedenen Jahre nicht direkt vergleichen. Ein Vergleich zwischen den einzelnen Jahren ist nur über die Entwicklung der Gesamtausgaben der Versicherten möglich, d.h. über die Prämie und die Kostenbeteiligung (siehe Kapitel 9 und Anhang F3).

Anhand einer Boxplot-Darstellung lässt sich die schweizerische Entwicklung der geschätzten Durchschnittsprämien für die drei Alterskategorien seit 2000 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 aus-

geklammert.) 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 2009 bis 2010 sowie die durchschnittlichen jährlichen Veränderungen von 2000 bis 2010 in den verschiedenen Kantonen und gesamtschweizerisch liefern interessante Hinweise (Erwachsene G 3b – junge Erwachsene G 3t – Kinder G 3u).

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).

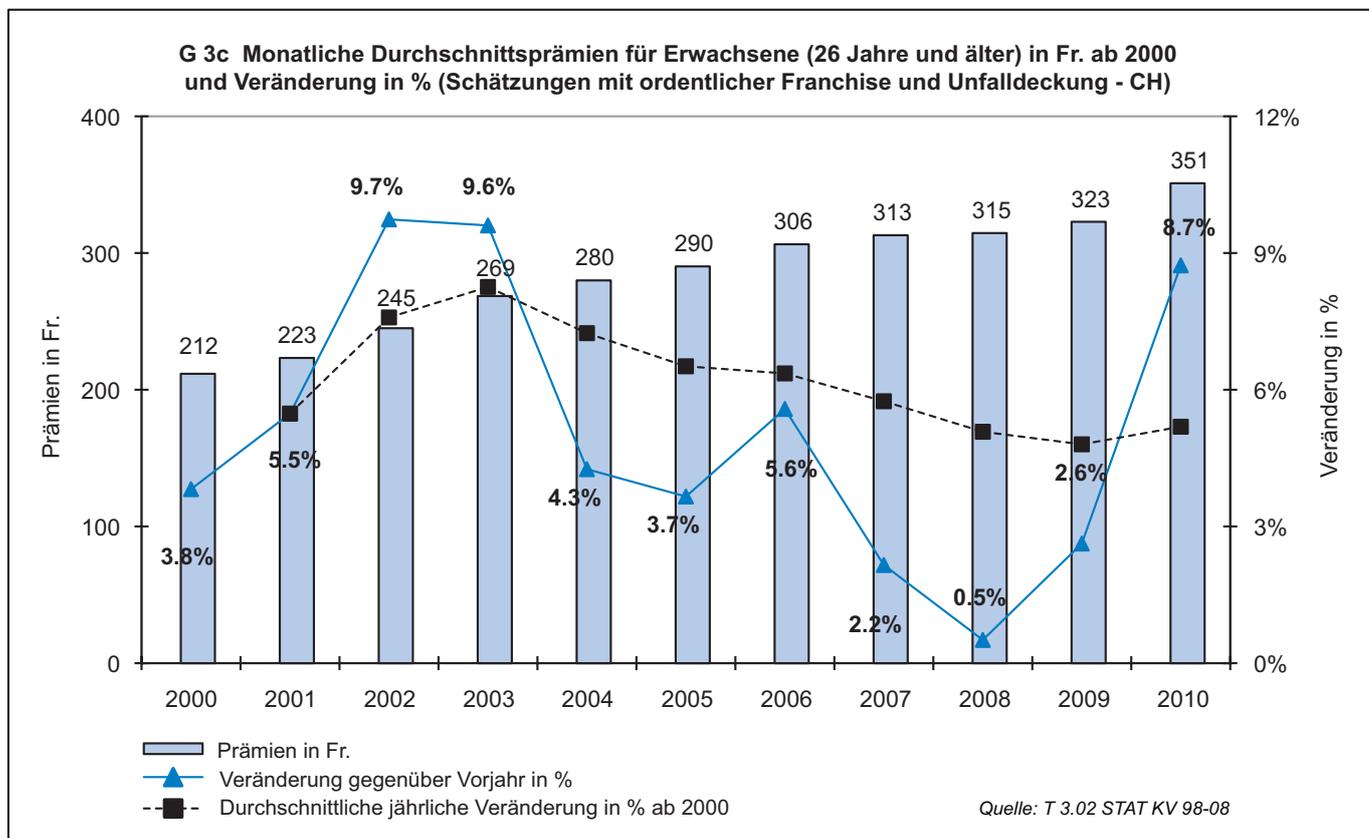
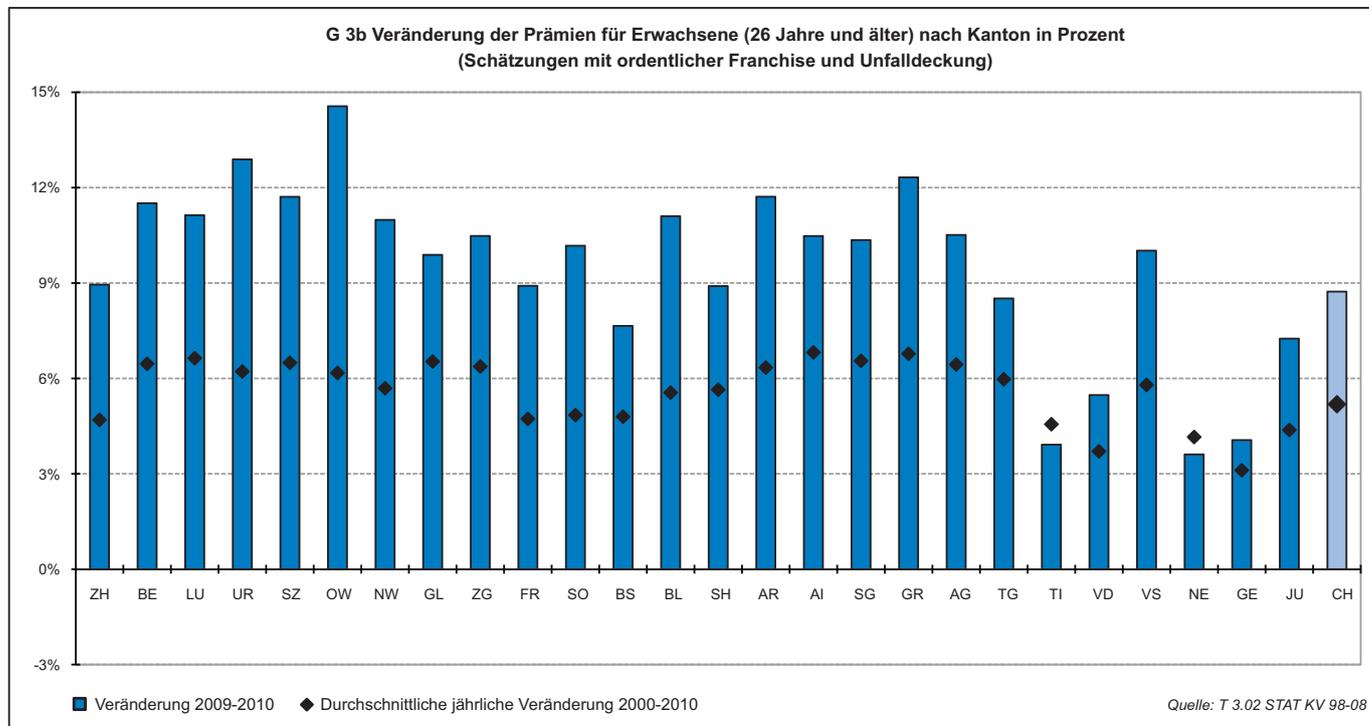
Aus den Daten geht hervor, dass viele Versicherte noch immer Krankenversicherer mit einem relativ hohen Prämienniveau wählen. Das individuelle Sparpotenzial bei der Wahl des Versicherers und des Versicherungsproduktes wird folglich nicht ausgeschöpft. Ein kritischer Vergleich ist in den Kantonen gerechtfertigt,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

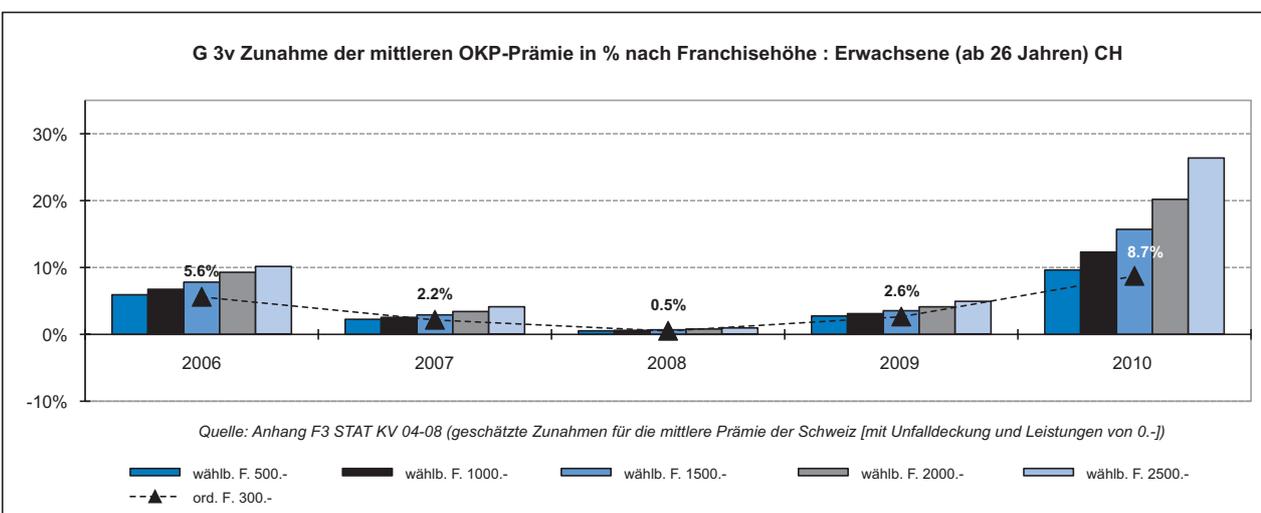
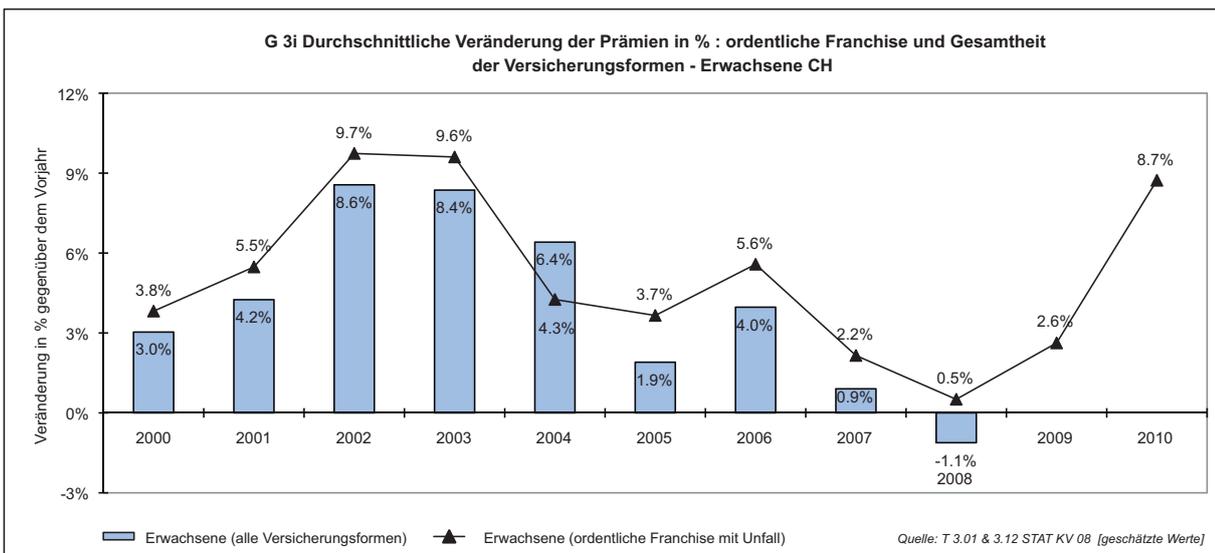
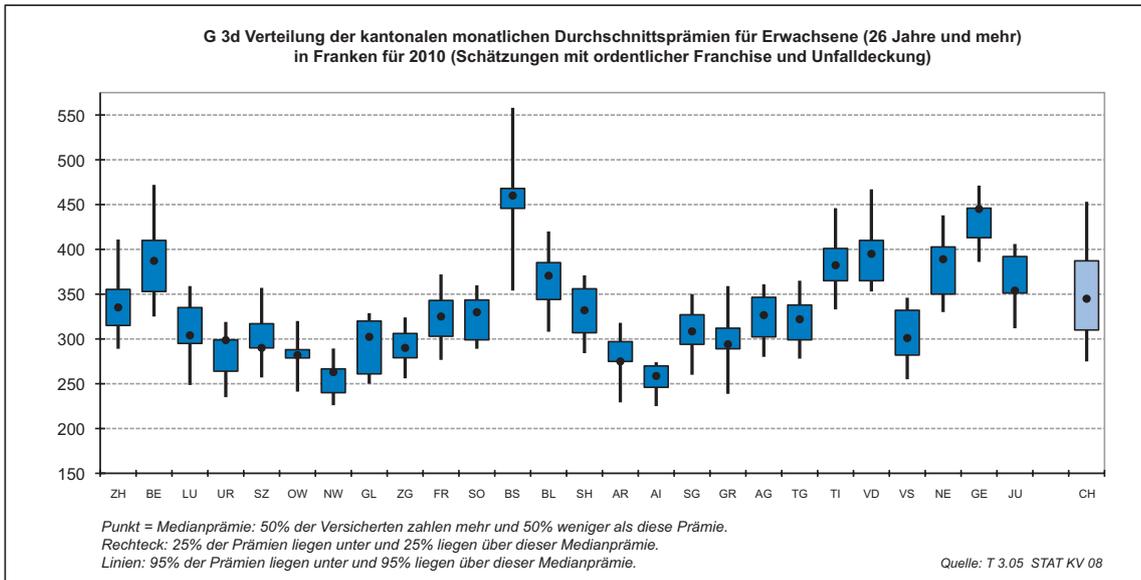
Zusammenfassend lässt sich aus den Grafiken im Allgemeinen auch ein Prämiengefälle zwischen der lateinischen und der deutschen Schweiz herauslesen, das durch das «Stadt-Land»-Gefälle überlagert wird.

Durchschnittliche Monatsprämien nach wählbarer Franchise

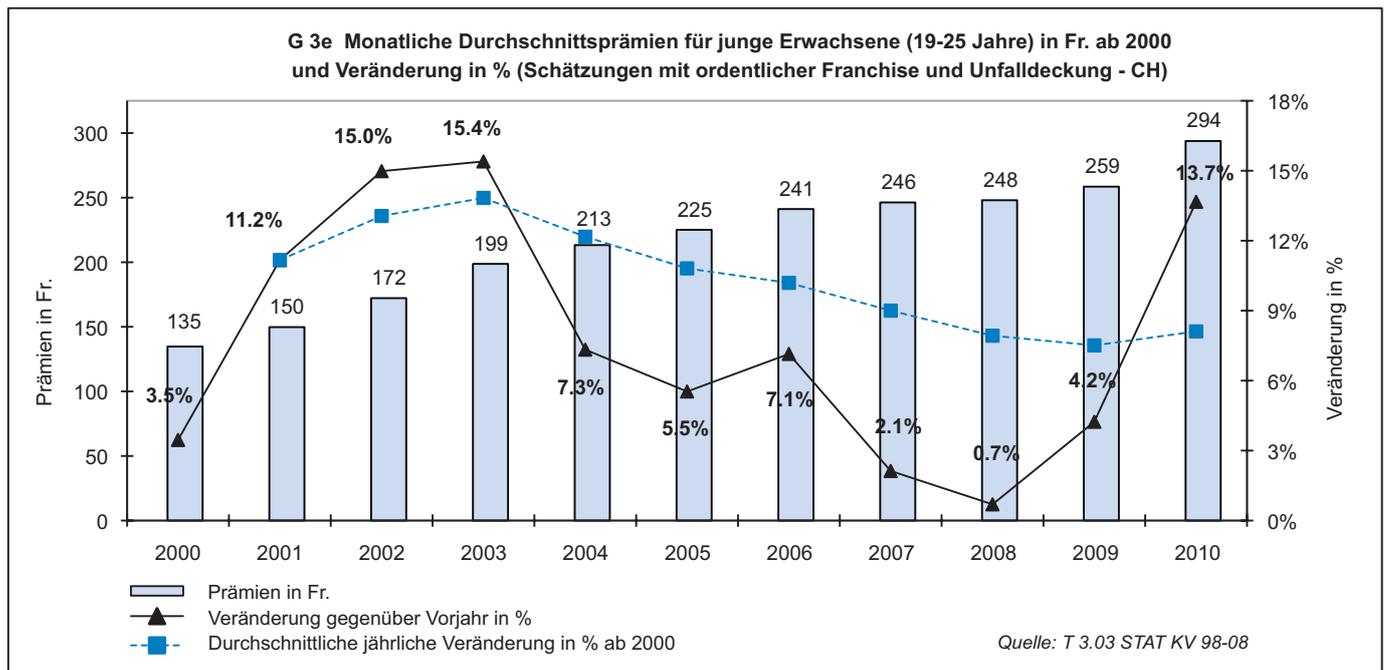
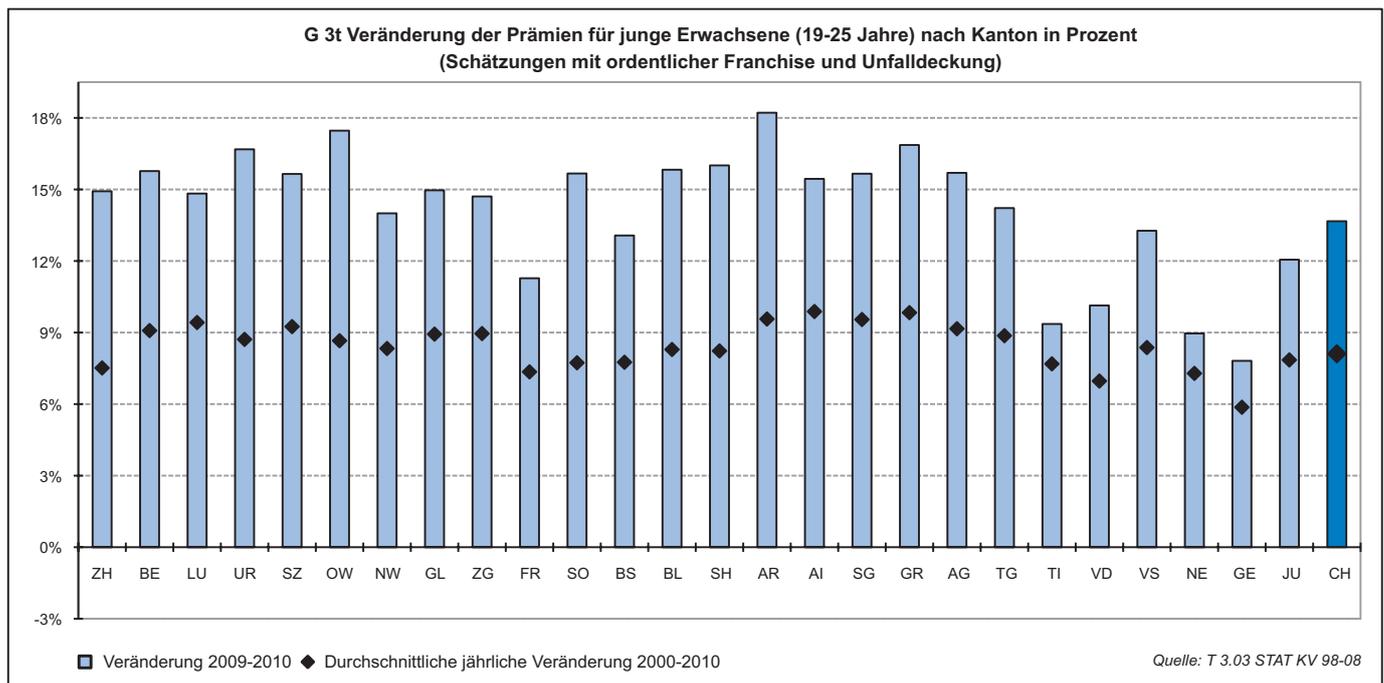
Als aufschlussreich erweist es sich, den Einfluss der geänderten Rabattierungsvorschriften bei den Wahlfranchisen seit 2006 (neue Franchisen ab diesem Zeitpunkt) auf die Prämienerrhöhungen zu untersuchen und mit den Prämienerrhöhungen bei der ordentlichen Franchise zu vergleichen. Je nach Franchise kann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

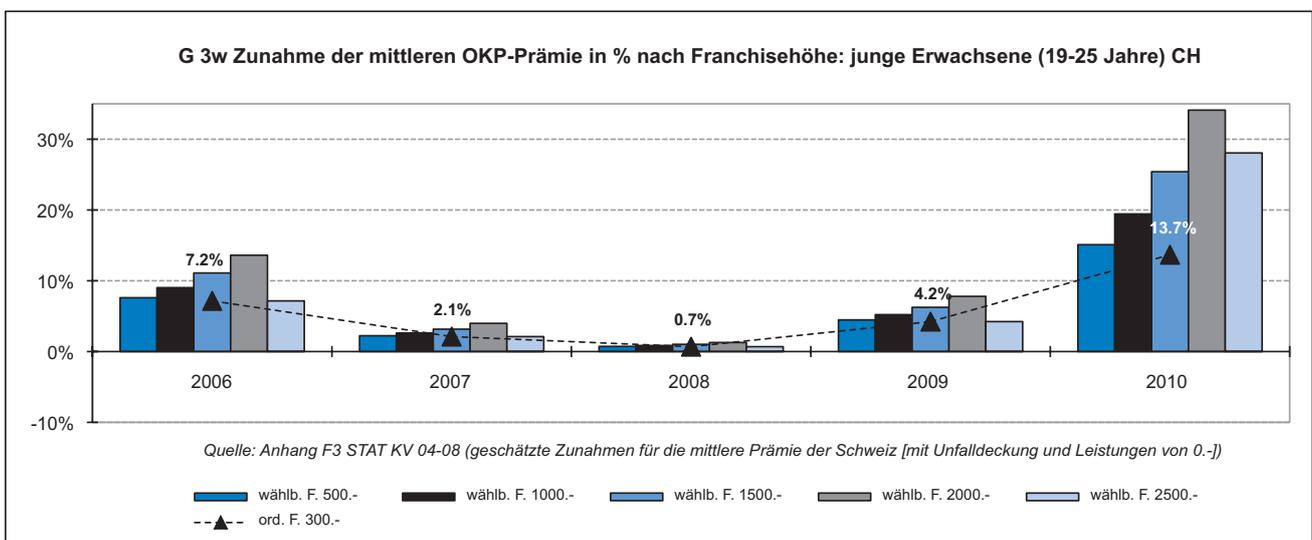
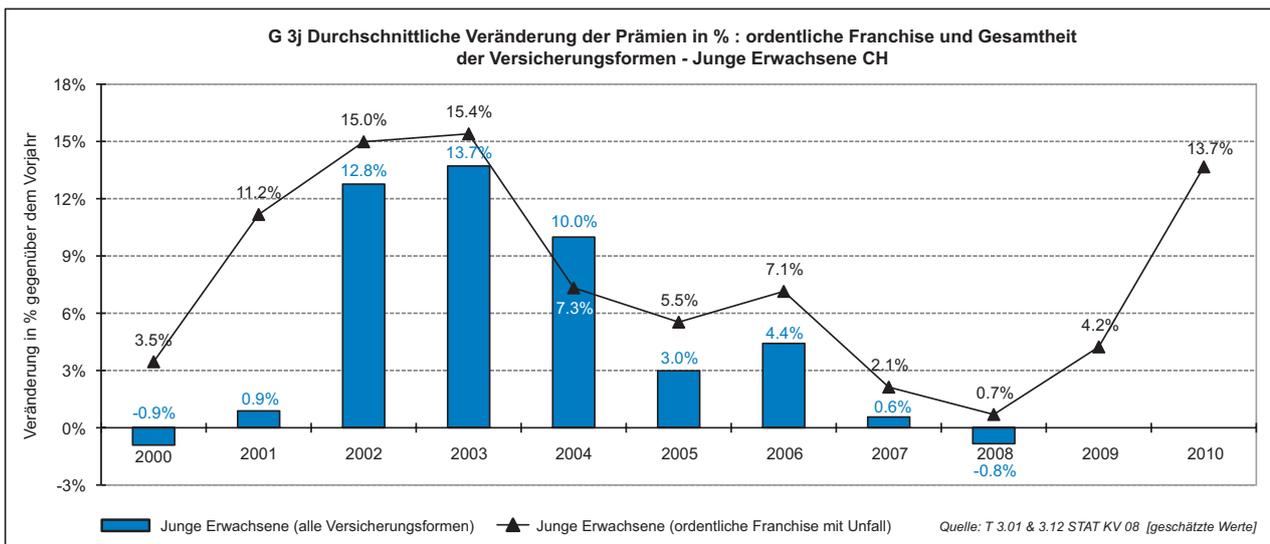
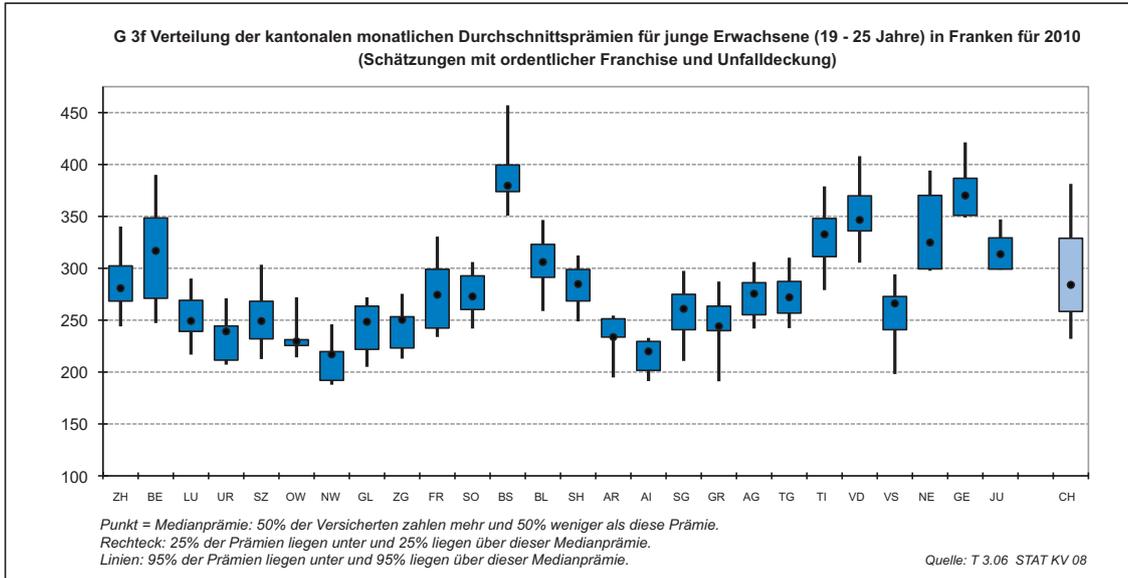
Erwachsene



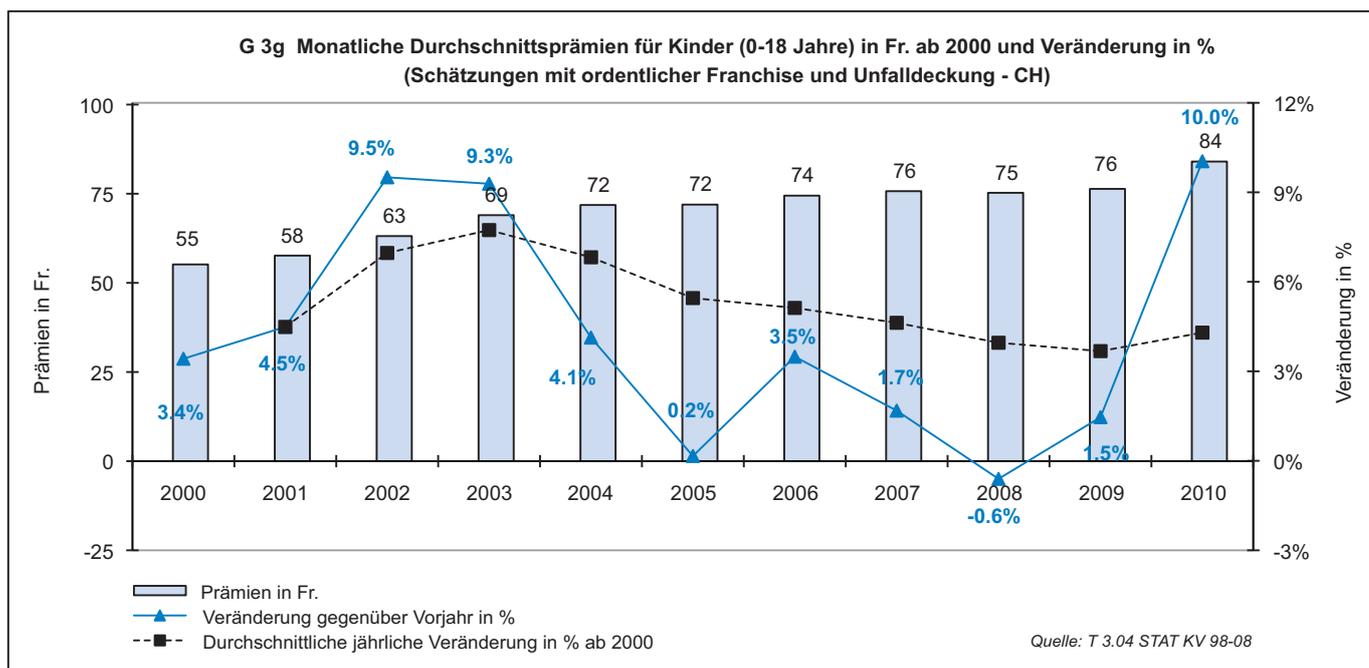
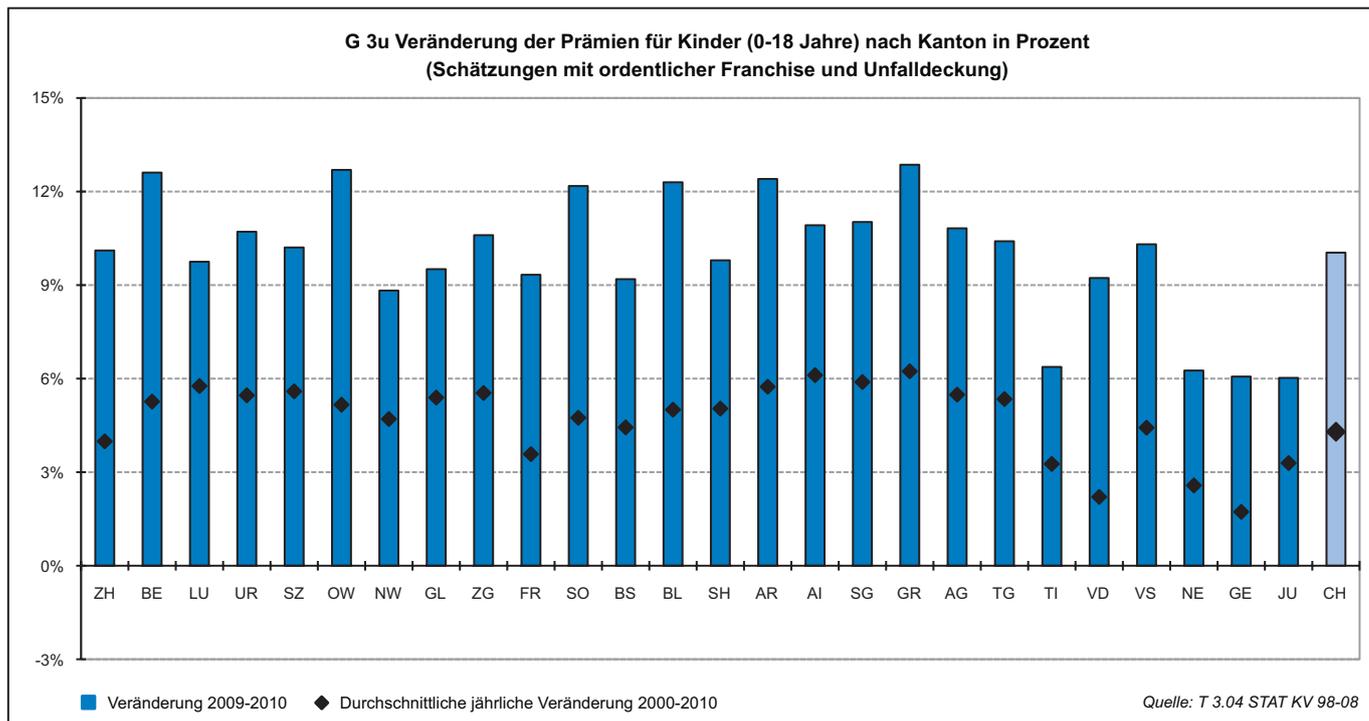


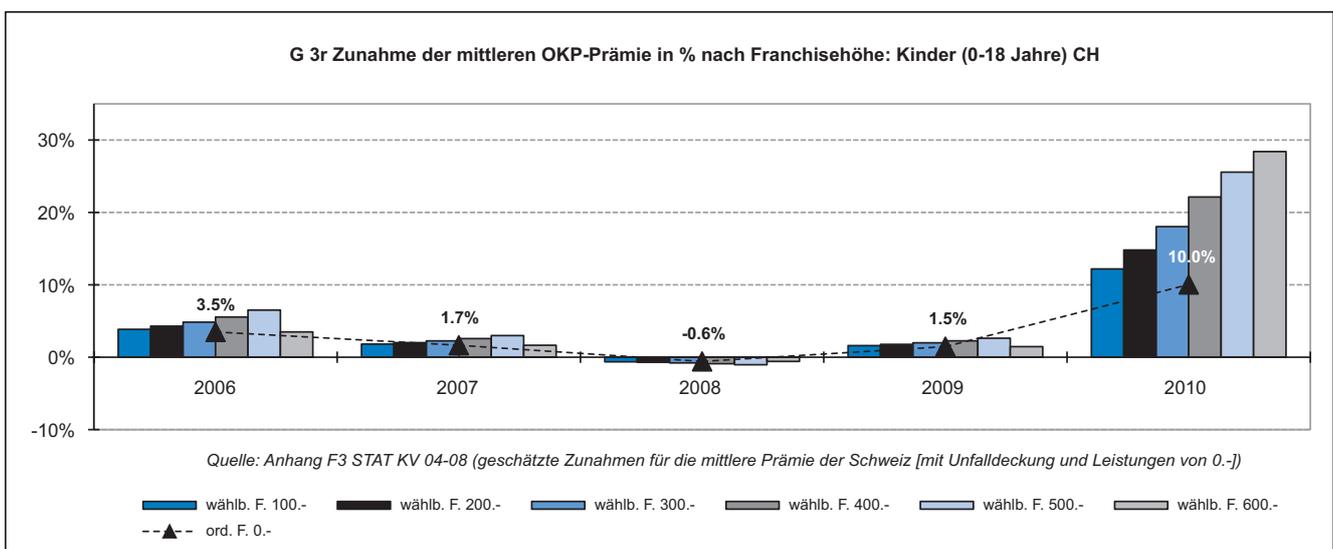
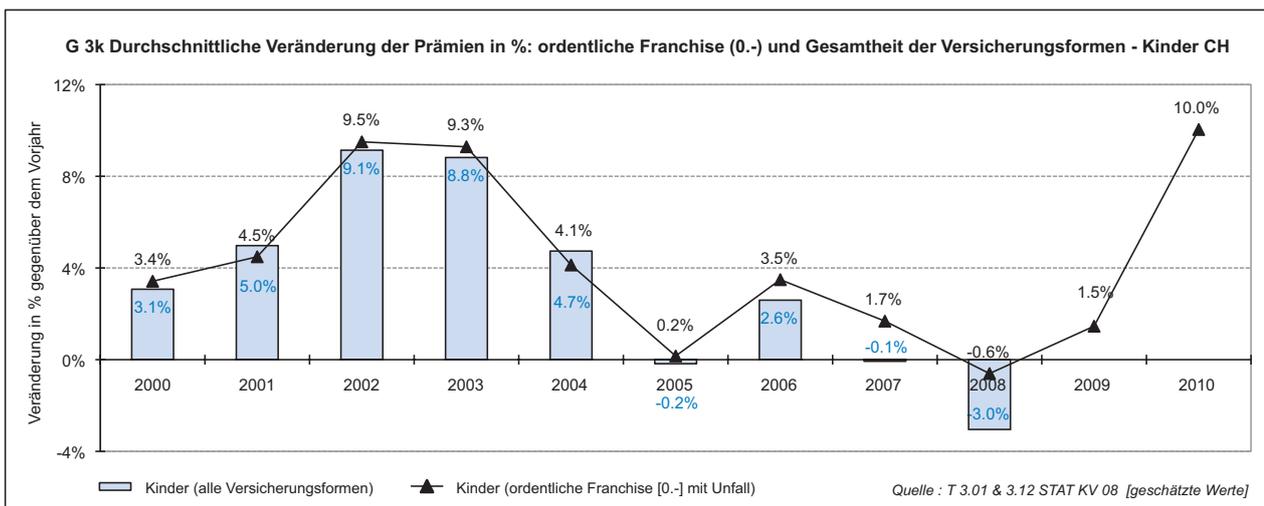
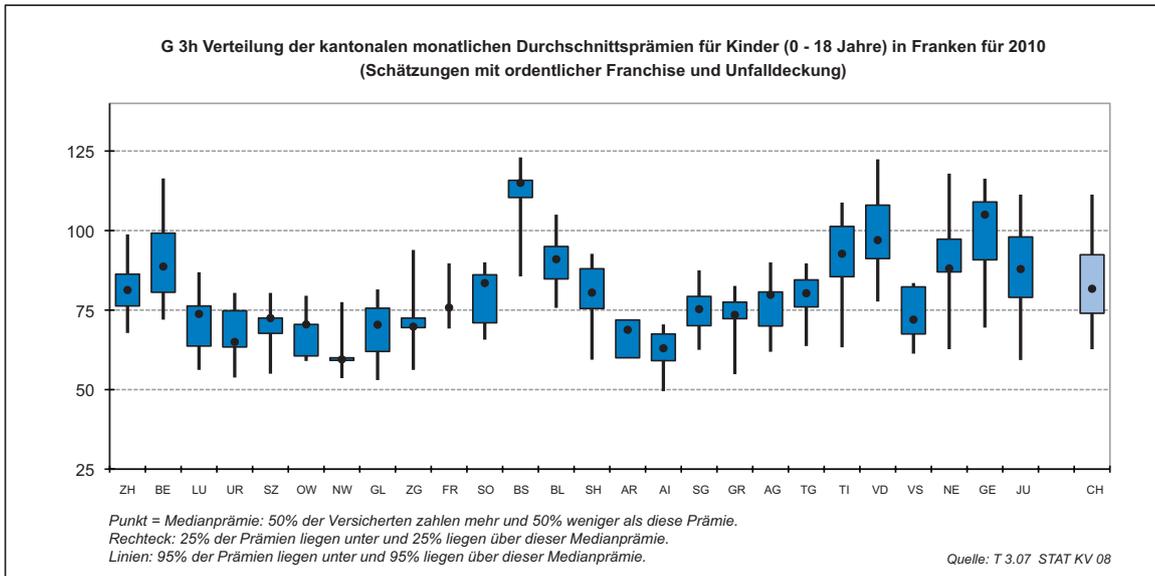
Junge Erwachsene





Kinder





Durchschnittliche Monatsprämien für alle Versicherungsmodelle

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

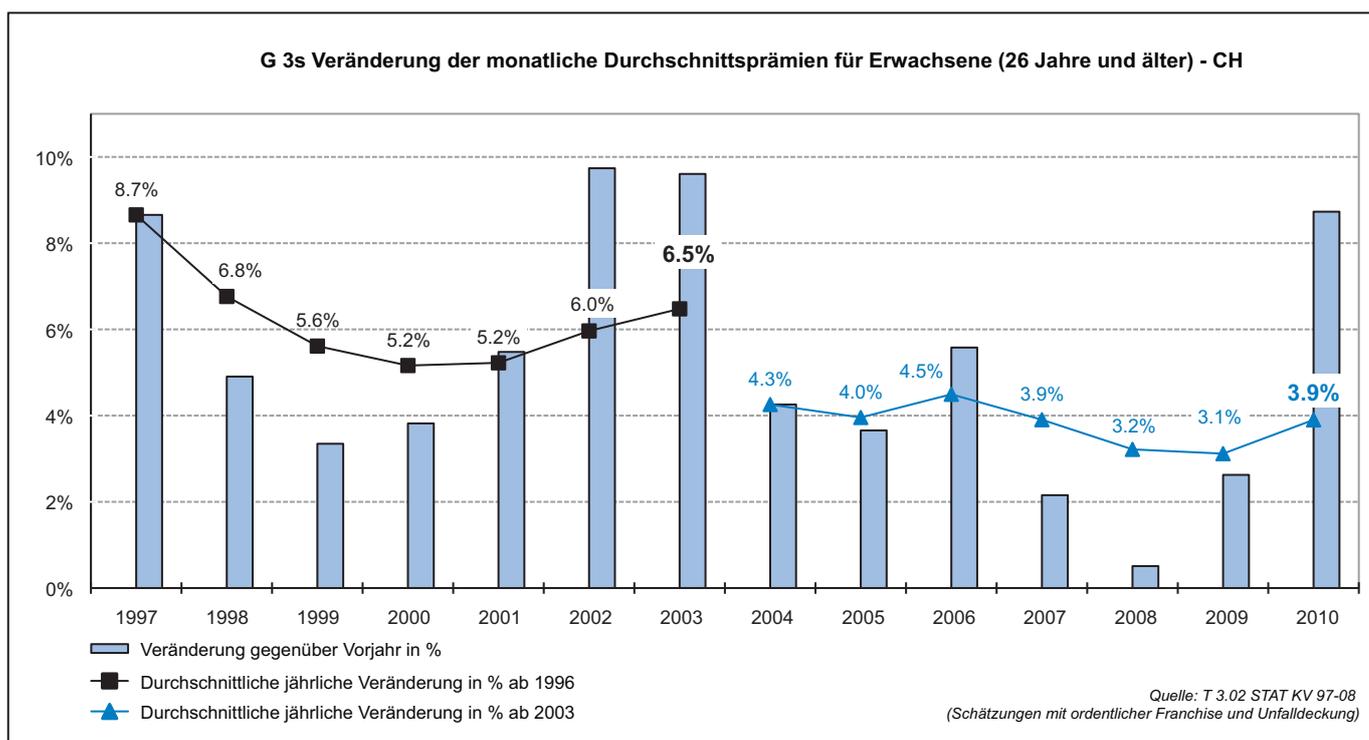
Die Grafiken G 3i, 3j und 3k zeigen die teilweise grossen Unterschiede zwischen den geschätzten monatlichen Durchschnittsprämien für die ordentliche Franchise (die als Referenz für die Mitteilung an die Medien und die Öffentlichkeit dienen) und jenen für die Gesamtheit der Versicherungsformen. Daraus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

Prämien pro Versicherten

Das durchschnittliche **Prämiensoll** pro versicherte Person und Jahr belief sich im Jahr 2008 auf **2586 Franken** (-1,0% im Vergleich zum Vorjahr). Für Versicherte mit ordentlicher Franchise betrug der Wert 2767 Franken, für Versicherte mit wählbarer Franchise 2815 Franken, für

Versicherte mit BONUS-Versicherungen 2511 Franken und für Versicherte mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers 2114 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–



2010 mit einer durchschnittlichen kumulierten Veränderung von 3,9 % pro Jahr. In der zweiten Phase fiel die Veränderung somit um mehr als ein Drittel geringer aus (G 3s).

Prämienregionen

Per 1.1.2004 wurden einheitliche **Prämienregionen** festgelegt. Vorher konnten die Versicherer ihre Prämienregionen selbst festlegen, weshalb auch keine Vergleichsmöglichkeiten gegeben waren. Seither sind die Prämienregionen nach Kanton oder gegebenenfalls nach Bezirk oder Gemeinde festgelegt. (Die Detailliste ist auf dem Internet verfügbar, siehe Anhang E2).

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

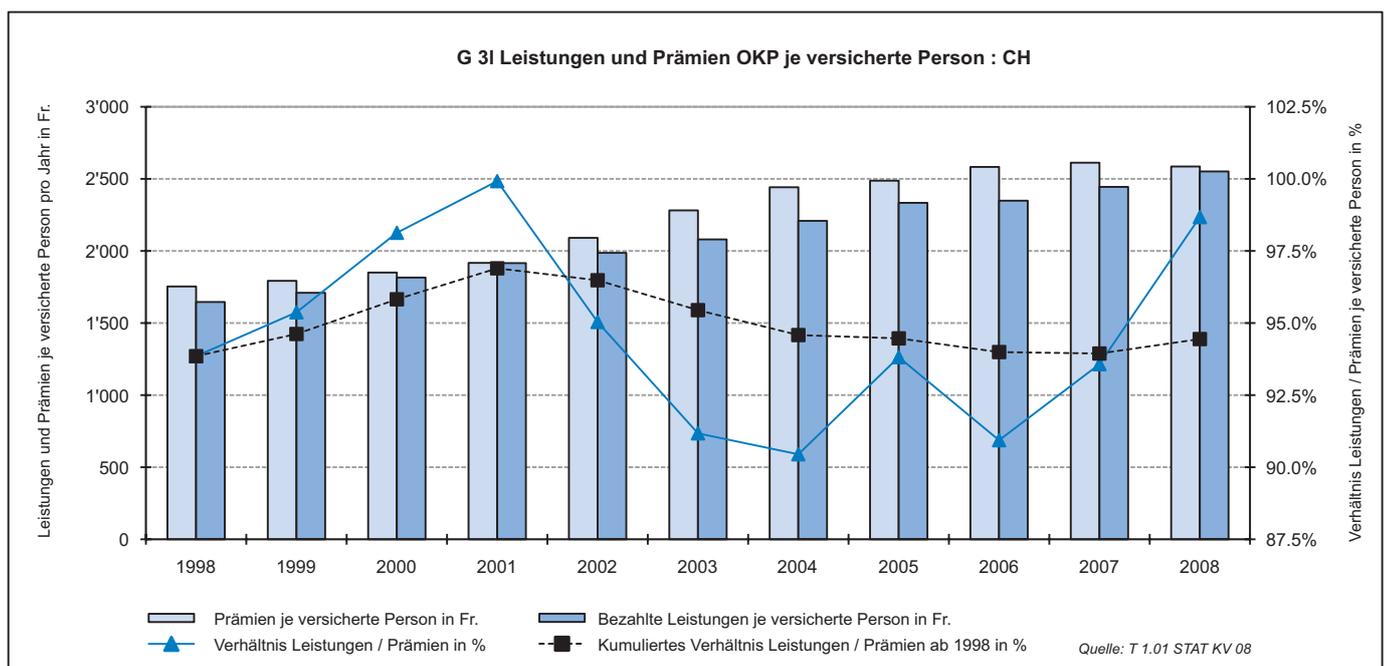
Im Anhang E1 findet sich eine ausführliche Liste mit Erklärungen zu den Kriterien für die einzelnen Prämienregionen. Der Anhang E2 enthält Hinweise auf eine kartografische Visualisierung der Unterteilung auf gesamtschweizerischer Ebene und auf eine Datei im Format XLS, mit der die BFS-Nummern der Gemeinden 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 E2) zur Verfügung.

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 1998 bis 2008 Schwankungen zwischen 90% und 100 % auf. Besonders interessante Hinweise liefert die Kurve des kumulierten Verhältnisses **Leistungen/Prämien** ab 1998. Dabei wird das Verhältnis aller Leistungen und der Prämien pro versicherte Person ab 1998 bis zum Jahr 2008 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 3I, Gesamtschweiz). Die Grafiken aller Kantone werden im Internet des BAG (www.bag.admin.ch/pyramiden) unter der Rubrik «Zeitreihen» zur Verfügung gestellt (siehe Anhang D).

Die Daten der Grafik G 3I beziehen sich auf die bezahlten Leistungen ausgehend vom Datum der Leistungsrückstattung. Ein anderes Vorgehen bestünde darin, vom

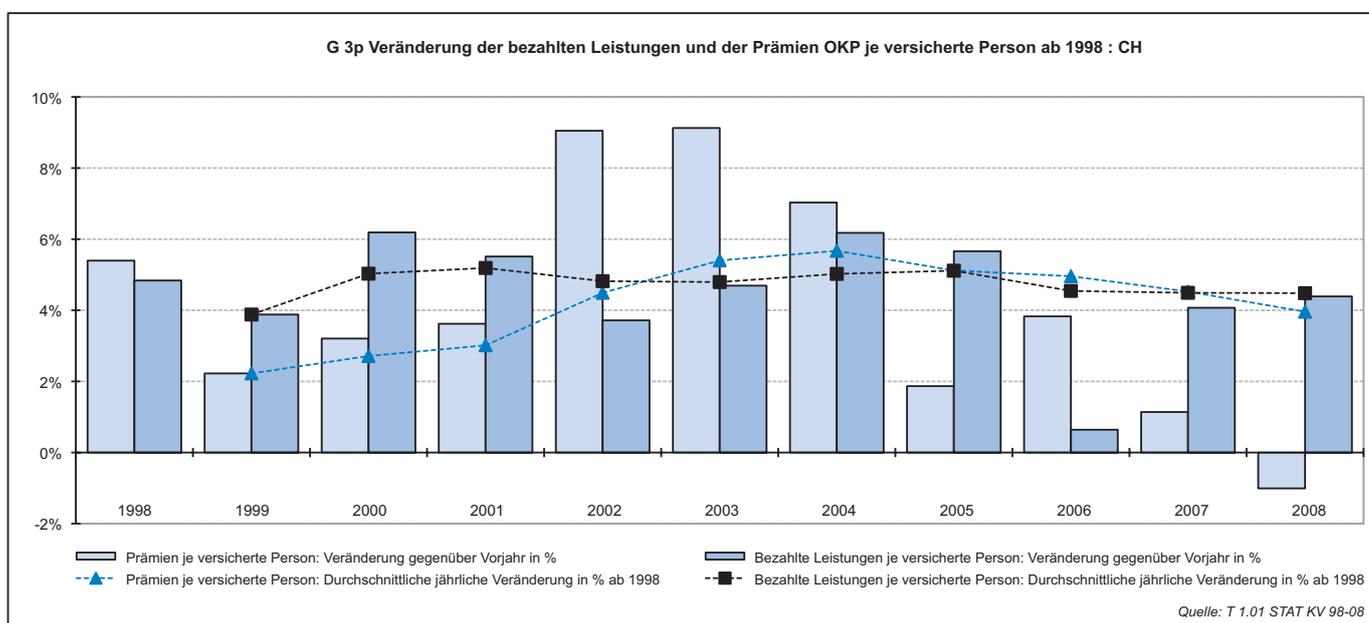


Behandlungsdatum auszugehen, um die Prämien und Leistungen einander gegenüberzustellen. Da diese Daten jedoch nicht zur Verfügung stehen, können sie in der Statistik des BAG nicht aufgeführt werden.

So kennen die Krankenkassen beispielsweise im Jahr 2006 die Kosten für das Jahr 2005 und müssen ihre Prämien für 2007 ausgehend von einer Vorausberechnung der Kosten und der Versicherten, die 2007 den Versicherer wechseln, festlegen. Erst im Jahr 2008, also zwei Jahre später, sind die tatsächlichen Kosten für 2007 bekannt, und es kann ein

Vergleich mit den vorausgerechneten Kosten vorgenommen werden. Eine kompensatorische Anpassung kann erst bei den Prämien des Jahres 2009 vorgenommen werden. Daher erfolgt die Korrektur aus dem Vergleich der geschätzten und der tatsächlichen Kosten mit zeitlicher Verzögerung.

Die Grafik G 3p zeigt, wenn auch nur auf nationaler Ebene, den Mechanismus für die Prämienangleichung auf. Die Schwierigkeit liegt darin, frühzeitig eine genaue Vorhersage der zukünftigen Entwicklung der Leistungen vorzunehmen.

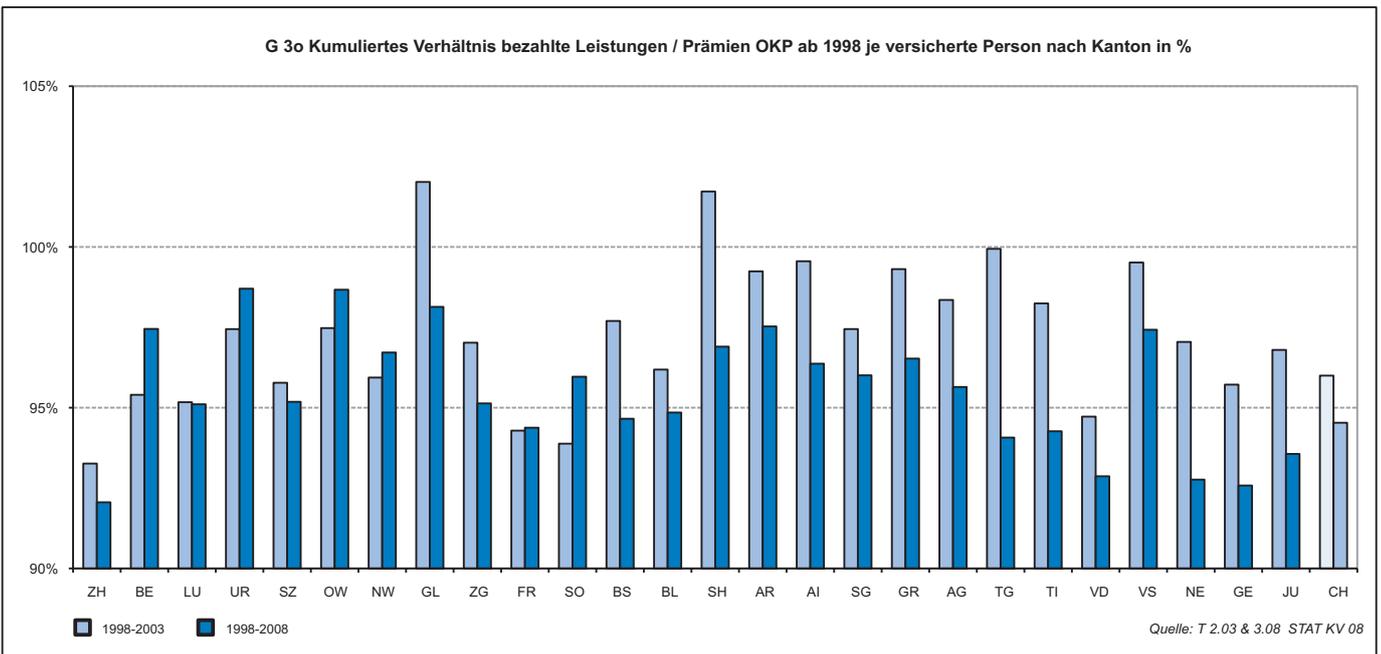
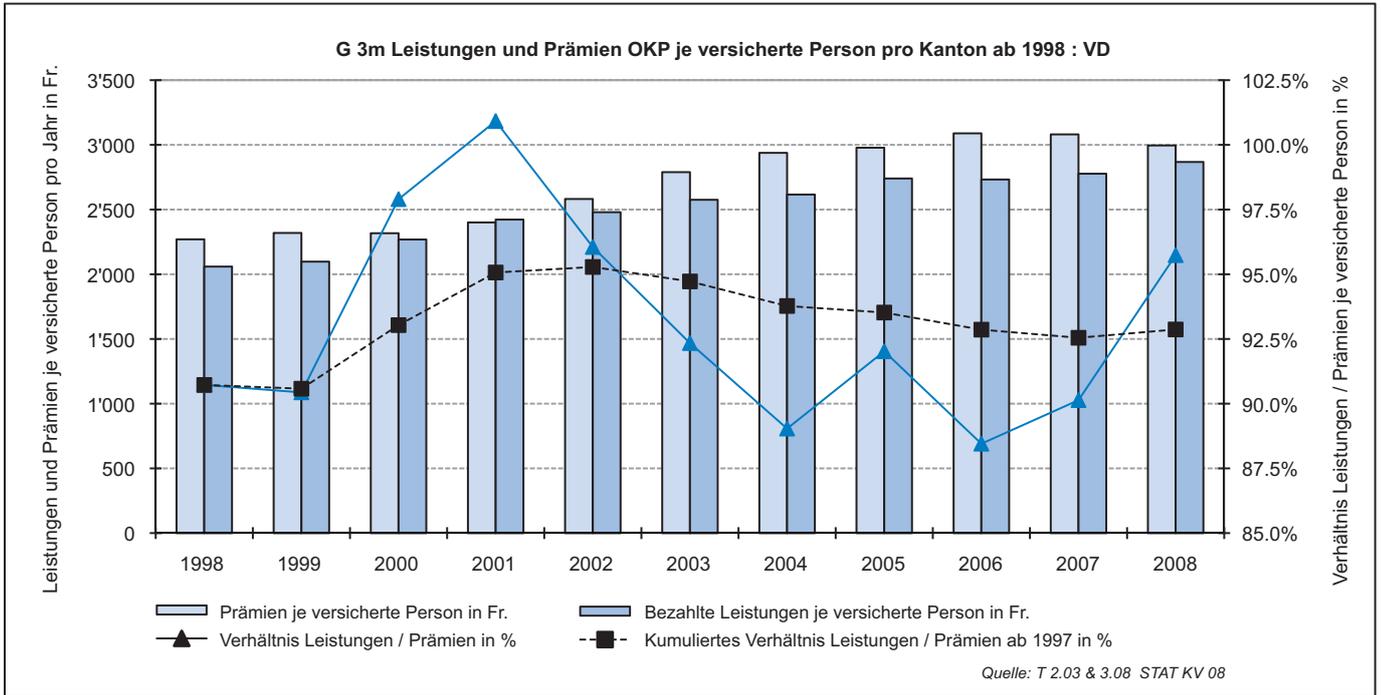


Oft sind zudem zum Zeitpunkt der Prämienfestlegung Änderungen des Gesetzes und der Verordnungen, die die Kostenentwicklung erheblich beeinflussen können, noch nicht bekannt.

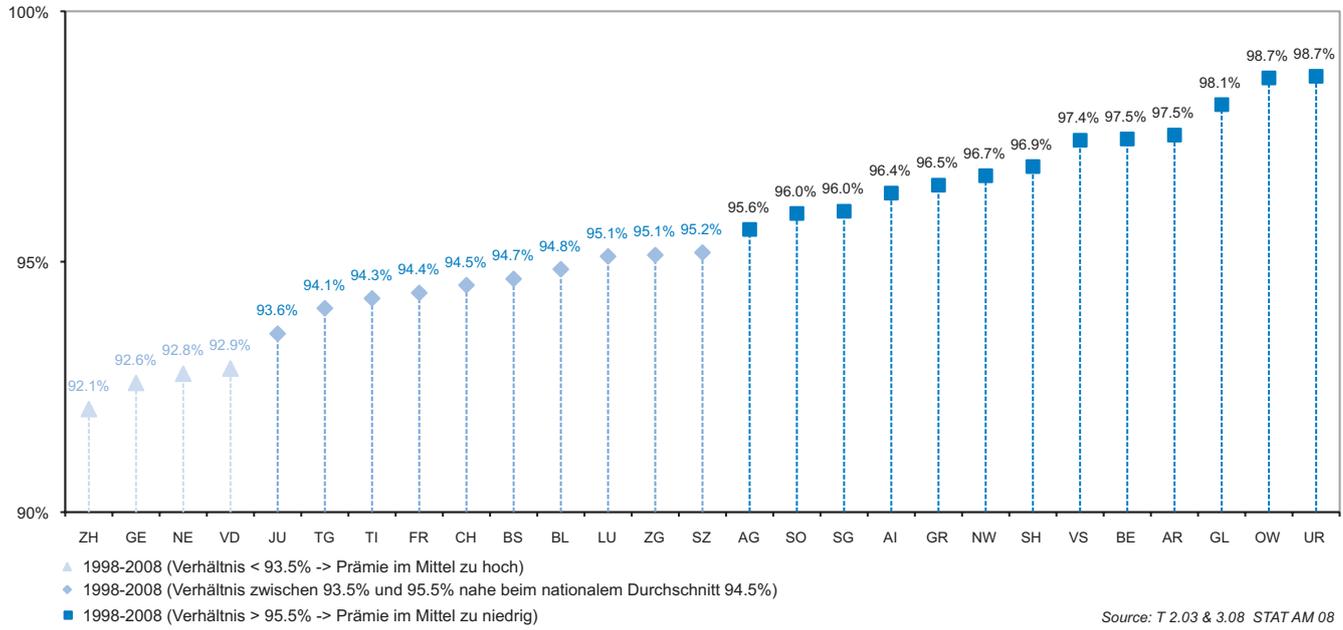
Grafik G 3l stellt das kumulierte Verhältnis Leistungen / Prämien für die Gesamtschweiz dar. Grafik G 3m zeigt die Entwicklung dieses Verhältnisses am Beispiel des Kantons Waadt. Betrachten wir nun besagtes Verhältnis in Bezug auf die Gesamtheit aller Kantone. In der Grafik G 3o sind zwei Zeiträume festgehalten: 1998–2003 und 1998–2008. Ganz allgemein ist eine Korrektur des Verhältnisses Leistungen / Prämien festzustellen, das zum landesweiten Durchschnittsverhältnis tendierte, welches sich im Zeitraum 1998–2008 auf 94,5 % belief. Die von 2003 bis 2008 erfolgten Korrekturen wurden durch eine Anpassung der Prämien realisiert. Diese Anpassung war insofern hei-

kel, 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.

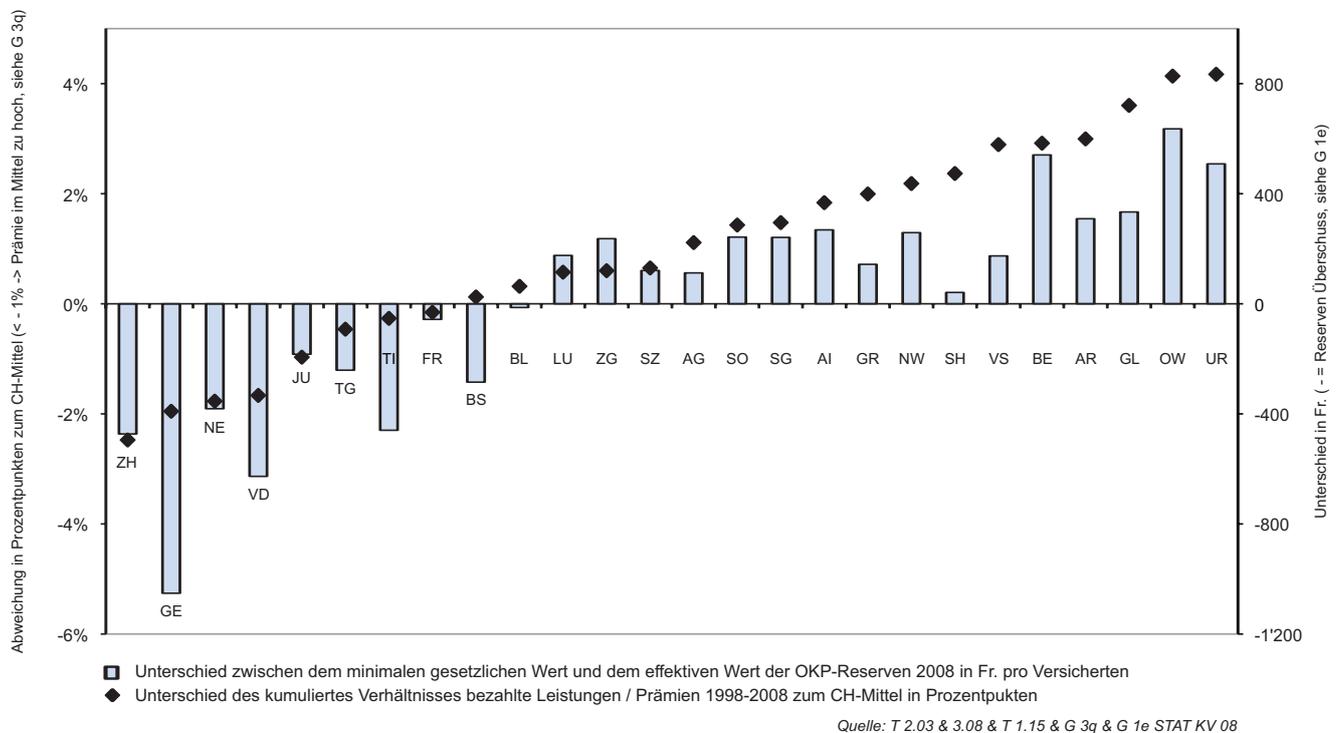
In gewissen Kantonen reichte die Korrektur noch nicht aus, um eine Annäherung an das schweizerische Durchschnittsverhältnis von 1998–2008 zu realisieren: So wiesen die Kantone AG, SO, SG, AI, GR, NW, SH, VS, BE, AR, GL, OW und UR durchschnittlich zu tiefe Prämien auf, während die Prämien in den Kantonen ZH, GE, NE und VD in dieser Sichtweise im Durchschnitt zu hoch waren (G 3q).



G 3q Kumuliertes Verhältnis zwischen bezahlte Leistungen/OKP-Prämien 1998-2008 je Versicherte Person nach Kanton in %



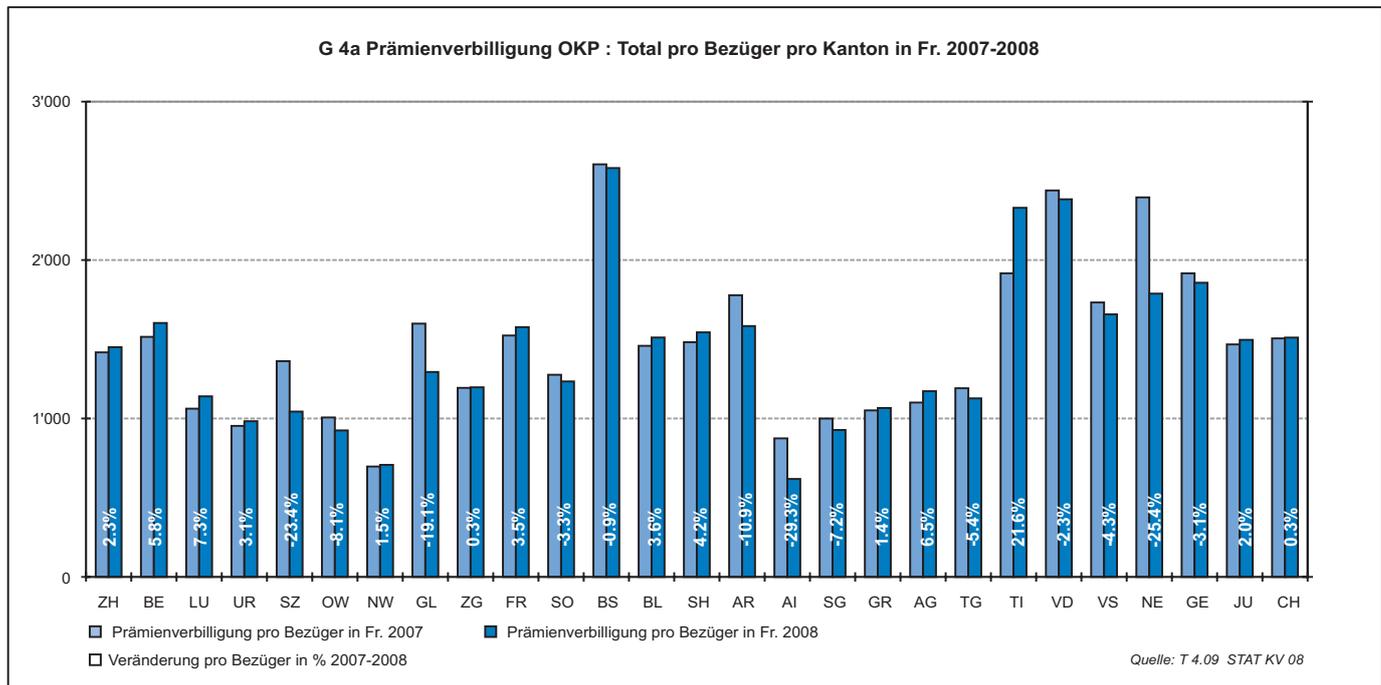
G 3n Verhältnis bezahlte Leistungen / Prämien und Reserven OKP nach Kanton



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 Prozentpunkten 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 3 % 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 540 Franken pro Versicherten). Im Gegensatz dazu wies beispielsweise der Kanton Genf, in dem tendenziell die Prämien seit 1998 durchschnittlich zu hoch waren (Verhältnis Nettoleistungen/Prämien 2,0 % 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 1050 Franken pro Versicherten).

Es ist kein leichtes Unterfangen, die durchschnittliche jährliche Prämienhöhung oder -senkung pro Kanton zu ermitteln, um das seit Inkrafttreten des KVG kumulierte Verhältnis Nettoleistungen/Prämien an das landesweite Durchschnittsverhältnis heranzuführen, da neben den hypothetischen Werten, die es in Bezug auf die Entwicklung der pro Kanton gezahlten Leistungen zu ermitteln gilt, auch berücksichtigt werden muss, inwieweit pro Kanton im Vergleich zu den gesetzlichen Vorgaben zu viel oder zu wenig Reserven gebildet wurden. Ausserdem ist der jeweiligen Finanzlage der einzelnen Versicherer Rechnung zu tragen.



4.4 Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP

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

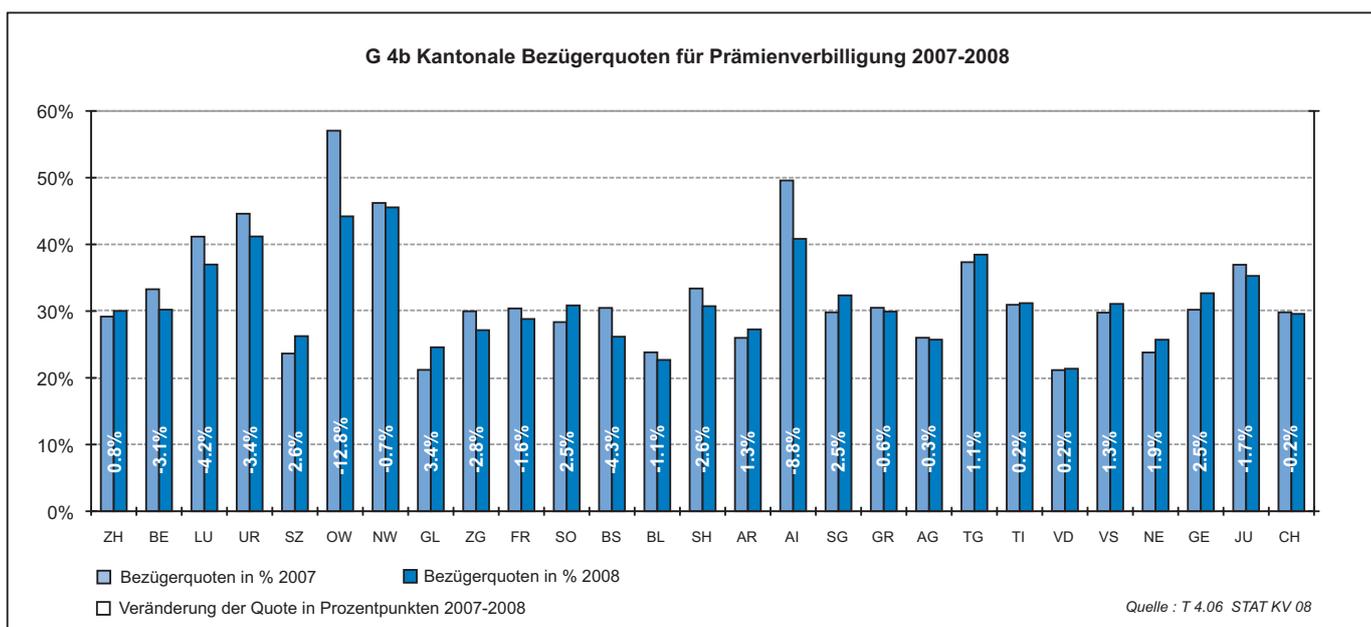
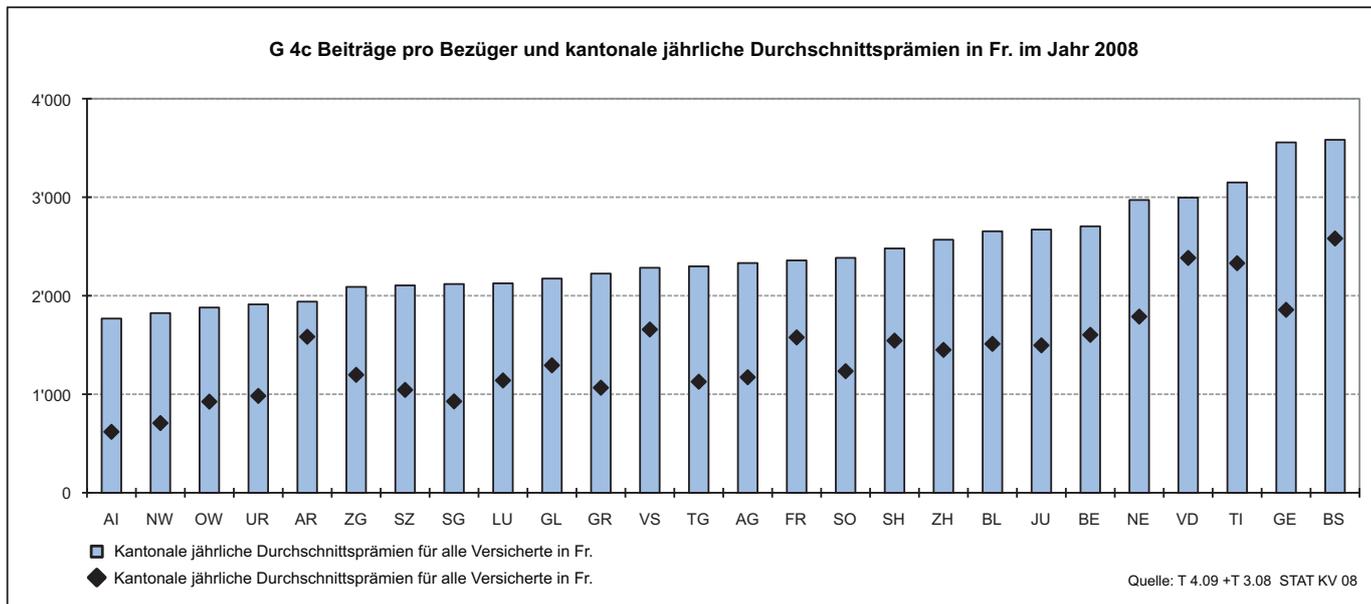
Im Jahr 2008 wurden die **Prämien der Bezüger** im nationalen Durchschnitt um 1511 Franken verbilligt; pro Monat ergibt dies einen Betrag von 126 Franken (T 4.01), wobei die Schwankungen nach Kanton bezüglich der ausgerichteten Beiträge auch im Vorjahresvergleich erheblich ausfallen (G 4a). Diese Grössen können ins Verhältnis gesetzt werden zum – gemäss der Betriebsrechnung der OKP – ausgewiesenen Prämien Soll pro versicherte Person von 2586 Franken pro Jahr oder von 216 Franken pro Monat im Bundesdurchschnitt (T 3.12). Grafik G 4c stellt das Verhältnis dieser Prämienverbilligungen / Prämien für die verschiedenen Kantone dar und zeigt eine relativ hohe Korrelation zwischen diesen beiden Variablen.

Seit Inkrafttreten des neuen Finanzausgleichs im Jahr 2008 haben die Kantone keine Möglichkeit mehr, die vom Bund bereitgestellten Beiträge zu kürzen. Somit beläuft sich das Total an Beiträgen zur Prämienverbilligung im Jahr 2008 auf 3,398 Mrd. Franken (T 4.07). Davon wurden von den Kantonen 1,619 Mrd. Franken finanziert (T 4.08).

Diese 3,398 Mrd. Franken an Prämienverbilligungen wurden an insgesamt 2,249 Mio. Bezüger ausgerichtet; dies sind 1 % weniger als im Vorjahr (T 4.01). Das entspricht 29,6 % des mittleren Versichertenbestands im Jahr 2008 und auf kantonaler Ebene Anteilen von 21,4 % [VD] bis 45,5 % [NW]. Der Rückgang der Bezügerquote im Jahr 2008 betrifft fünfzehn Kantone (G 4b).

Die separate Betrachtung nach Geschlecht ergibt für den weiblichen Bevölkerungsteil eine etwas höhere Quote als für den männlichen Teil (T 4.06). Im Jahr 2008 verteilten sich die 2,249 Mio. **Bezügerinnen und Bezüger** auf insgesamt 1,212 Mio. Haushalte; dies ergibt eine durchschnittliche Haushaltsgrösse von etwas weniger als zwei Personen. Bei detaillierterer Betrachtung erkennt man, dass es sich dabei in vielen Kantonen bei mehr als der Hälfte aller subventionierten Haushalte um Einpersonenhaushalte handelt (T 4.04).

Da der **Anspruch eines Haushalts auf Prämienverbilligung** von dessen wirtschaftlicher Situation abhängt,



muss letztere – ebenso wie die Höhe der dem Haushalt allfällig zustehenden Subvention – ausgehend von kantonalen Steuergrössen bestimmt werden. In den Kantonen wird hierzu das massgebende Einkommen der Versicherten ermittelt. Dieses setzt sich aus einer kantonal definierten Einkommensgrösse (oft steuerbares Einkommen) zuzüglich eines Anteils an einer kantonal definierten Vermögensgrösse zusammen. Die Vielfalt der kantonalen Steuergesetzgebungen fliesst in diese Berechnungen ein, weshalb direkte Vergleiche zwischen den einzelnen Kantonen nur unter Vorbehalt zulässig sind.

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

4.5 Individuelle Daten pro Versicherer

Seit Einführung des KVG im Jahr 1996 werden Aufsichtsdaten gemäss KVV publiziert (bis 2008 Art. 31 KVV, seit 2009 Art. 28b KVV). Es handelt sich dabei um ausgewählte Indikatoren der OKP wie Prämien, Leistungen, Verwaltungsaufwand, Rückstellungen und Reserven, welche auf der **Stufe des einzelnen Versicherers** eingesehen werden können. Die vollständige Zeitreihe dieser Daten im Format XLS steht auf der Internetseite des BAG zur Verfügung unter www.bag.admin.ch/pyramiden (siehe Anhang D).

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

4.6 Freiwillige Taggeldversicherung KVG

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

Für eine bessere Übersicht im Bereich der Taggeldversicherung (KVG und VVG) wird auf die zusammenfassende Tabelle T 9.17 oder auf die Grafik G 9I verwiesen.

Von Ende 1998 bis Ende 2008 ging die Versichertenzahl in der freiwilligen Taggeldversicherung KVG von 822 000 auf 314 000 Versicherte zurück (T 6.01).

Die **Betriebsrechnung** der freiwilligen Taggeldversicherung KVG ergibt im Berichtsjahr 2008 eine Abnahme des Ertrages (-10,7 %) sowie der Leistungen und des Aufwands (-7,0 %). Das Gesamtbetriebsergebnis beläuft sich auf 26 Mio. Franken (T 6.02).

4.7 Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

Die Unterstellung des Zusatzversicherungsbereichs unter privatrechtliche Regelungen hatte nach Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 zur Folge, dass auch die **vom BAG anerkannten Krankenversicherer** seit 1997 einen Teil der Zusatzversicherungen gemäss dem VVG durchführen (T 7.03).

Im Zusatzversicherungsmarkt können auch andere als die vom Bund anerkannten Krankenversicherer auftreten. Solche «private Versicherer» werden durch die vorliegende Statistik, die sich auf die KVG-Versicherer beschränkt, aber nicht erfasst.

Mit der fortschreitenden «Abspaltung» des Zusatzversicherungsbereichs in rechtlich eigenständige, dem VVG unterstellte unabhängige Unternehmungen hat das durch das KVG erfasste Geschäftsvolumen der Zusatzversicherung seit 1999 laufend abgenommen, bis es sich im Jahr 2002 bei etwa 30 % des Volumens von 1998 stabilisiert hat. Das Total der Einnahmen im Jahr 2008 belief sich auf 2,067 Mrd. Franken und jenes der Betriebskosten auf 2,053 Mrd. Franken (T 7.01). Das Betriebsergebnis fiel mit 13,6 Mio. Franken positiv aus.

4.8 Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

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

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

Für eine bessere Übersicht in den Bereichen

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

wird auf die zusammenfassenden Tabellen T 9.17 und 9.18 verwiesen.

Im Jahr 2008 waren in der Schweizer Krankenversicherung **91 vom BAG anerkannte Versicherer** tätig – einer weniger als im Vorjahr. Dabei boten 86 dieser Versicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG an. Acht Versicherer hatten keine Versicherten in der Taggeldversicherung gemäss KVG (T 8.01).

Insgesamt waren für die KVG-Versicherer im Jahr 2008 über 12 000 Beschäftigte tätig mit einem durchschnittlichen jährlichen Bruttosalar pro Vollzeitstelle in Höhe von 87'000 Franken für Mitarbeitende und 150 000 Franken für Kader (T 8.03).

Gemäss der **Gesamtbetriebsrechnung** nahmen die anerkannten Krankenversicherer im Jahr 2008 insgesamt 22,2 Mrd. Franken ein; dies waren 0,4 % mehr als im Vorjahr. Auf der Ausgabenseite stieg der Versicherungs- und Betriebsaufwand auf 23,0 Mrd. Franken an (+4,1 %). Das jährliche Betriebsergebnis (d.h. Gewinn der Gesamtbetriebsrechnung abzüglich Verlust der Gesamtbetriebsrechnung vor Fonds- und Reservezuweisung bzw. vor Fonds- und Reserveentnahme) wies einen Negativsaldo von 743 Mio. Franken aus (T 8.04).

4.9 Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

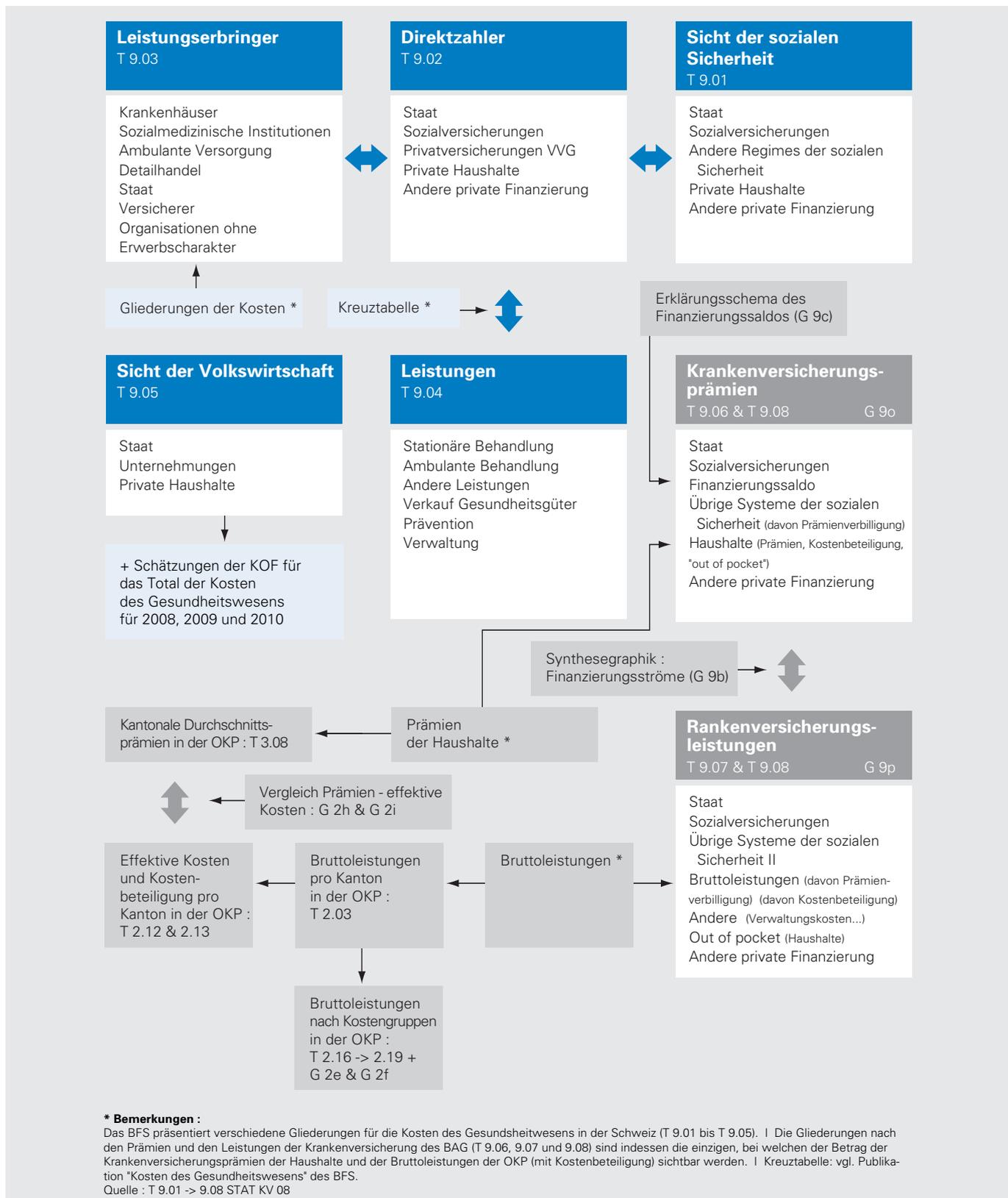
Das Thema der **Gesundheitskosten** wird von den Medien häufig aufgegriffen. Das erstaunt nicht, ist doch das Portemonnaie von uns allen davon betroffen. Doch was versteht man genau unter Gesundheitskosten? Um die Entwicklung chronologisch zu verfolgen und internationale Vergleiche zu ermöglichen, hat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

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

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

G 9a Darstellungen der Kosten des Gesundheitswesens der Schweiz



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

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

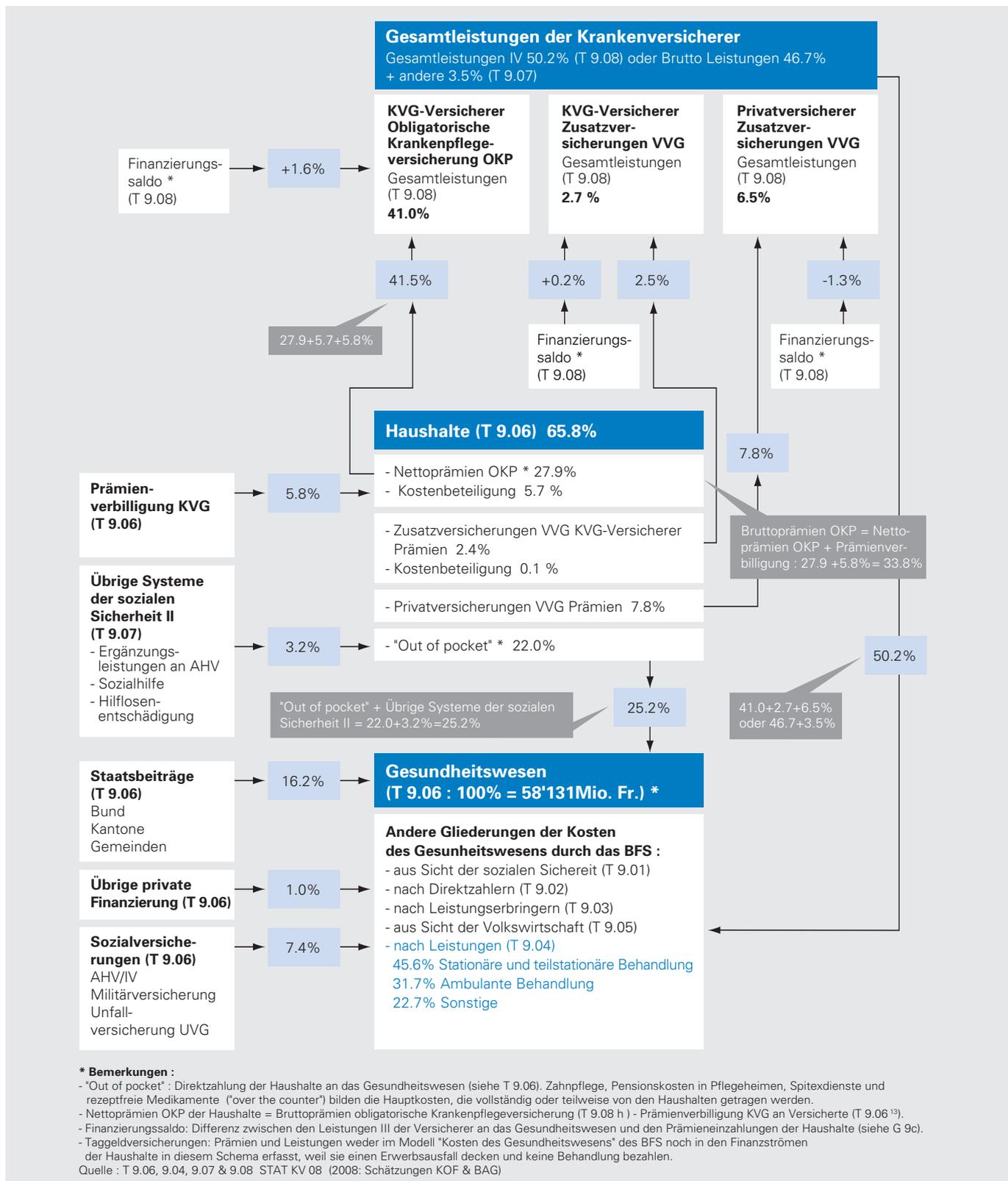
Die Modellberechnung beginnt 1996 mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG), welches das Versicherungsobligatorium, eine Leistungserweiterung und ein neues Subventionssystem mit sich brachte. Da die Bundesbeiträge neu nicht mehr den Versicherern für eine allgemeine Prämienverbilligung,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

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

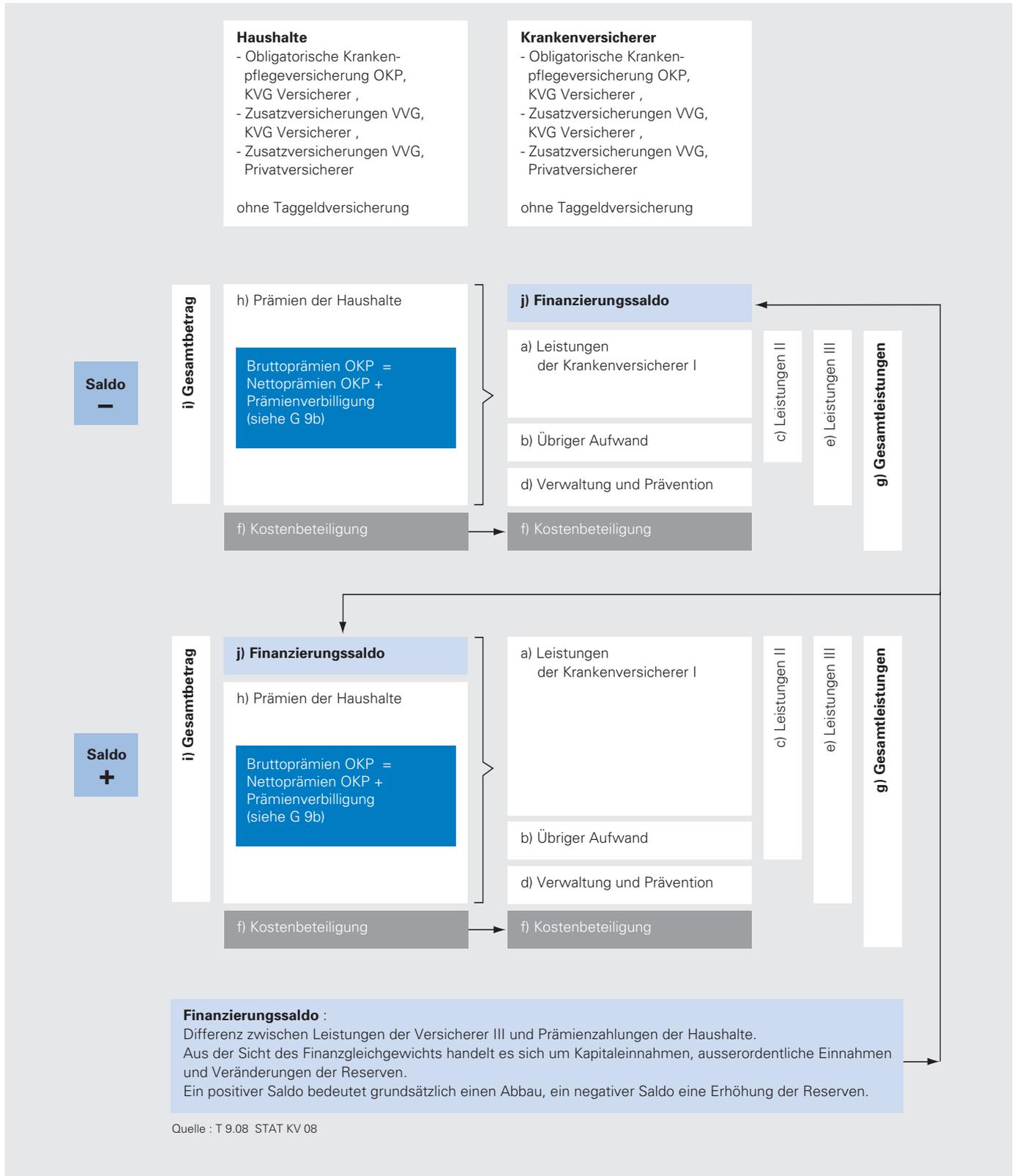
Die Grafik G 9b zeigt alle **Finanzströme**, die zwischen den verschiedenen Beteiligten in der Modellberechnung der ausgewerteten Daten zirkulieren, **in Prozent des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens»**, die von der Konjunkturforschungsstelle der ETHZ (KOF) für 2008 auf **58,1 Milliarden Franken** geschätzt wurden (+5,3 % im Vergleich zu 2007). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das BFS im Jahr 2008 eine neue Methode für die Berechnung der Gesundheitskosten einführte. Damit verbunden war eine Revision der Werte, die zuvor in dieser Statistik für den Zeitraum 1996–2006 veröffentlicht worden waren.

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

G 9b Finanzierungsströme im schweizerischen Gesundheitswesen in % des Totals der «Kosten der Gesundheitswesens» - 2008



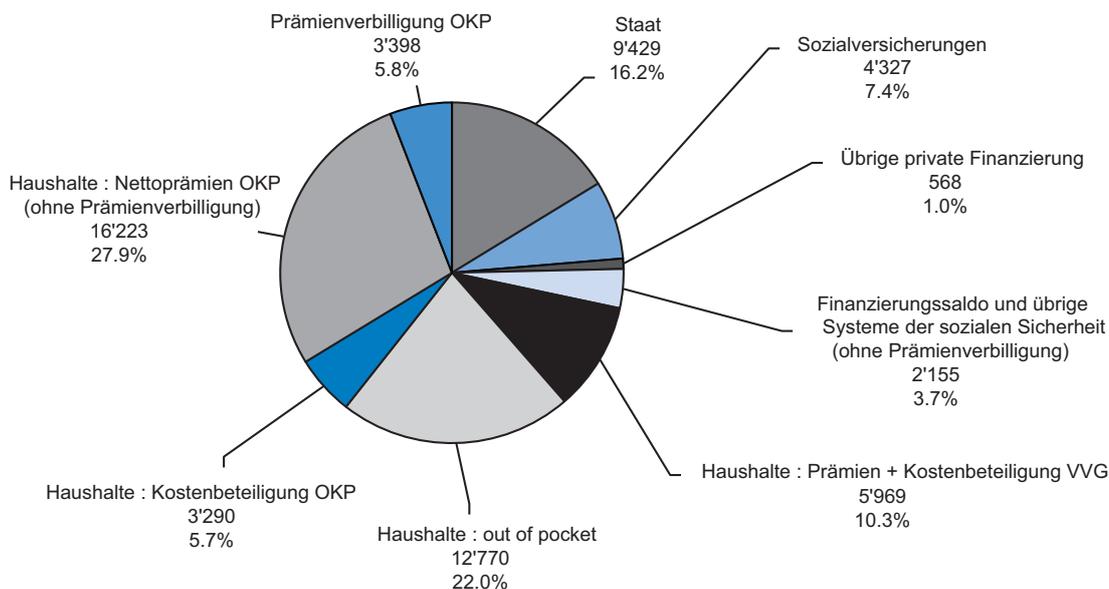
G 9c Erklärungsschema des Finanzierungssaldos



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 1998 einen durchschnitt-

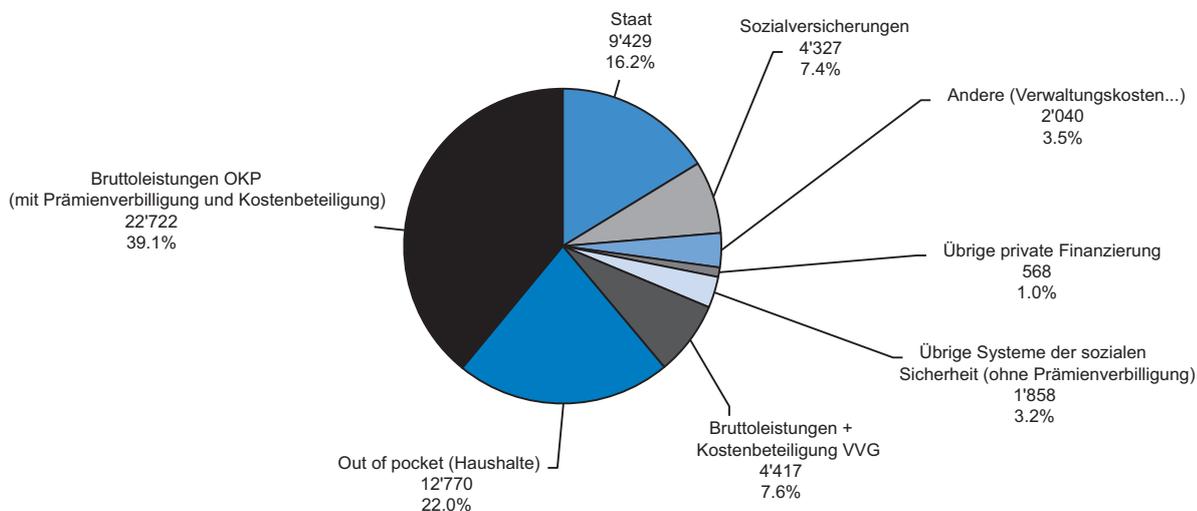
lichen jährlichen Rückgang um knapp 2 % auf, während die Indizes der zahnmedizinischen Leistungen und der Spitalleistungen über dem Gesamtindex der Gesundheitsversorgung lagen. Dieser wiederum wies ein deutlich höheres Wachstum auf als der gesamte Konsumentenpreisindex.

G 9o Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz 2008 aus der Sicht der Krankenversicherungsprämien in Mio. Fr. und in % des Totals

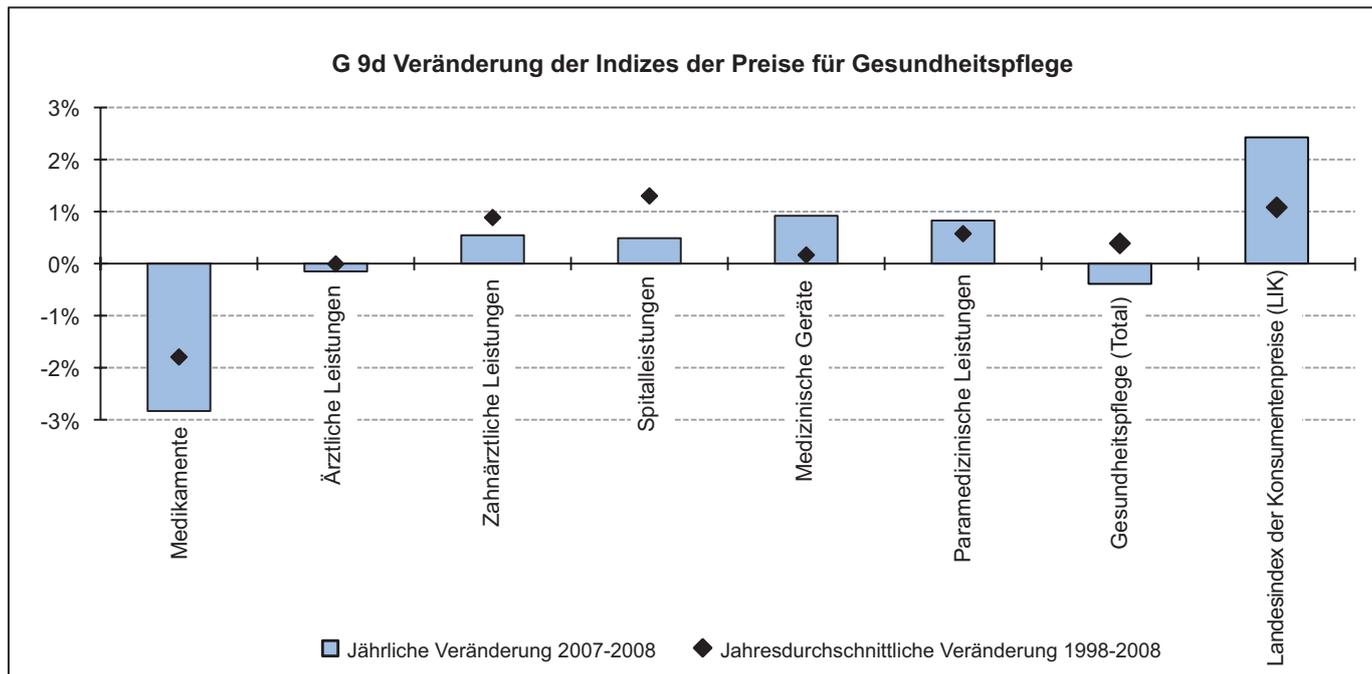


Quelle: T 9.06 STAT KV 08 / 2008: Total (100%) = 58'131 Mio. Fr. (Schätzungen KOF & BAG)

G 9p Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz 2008 aus der Sicht der Krankenversicherungsleistungen in Mio. Fr. und in % des Totals



Quelle: T 9.07 STAT KV 08 / 2007: Total (100%) = 58'131 Mio. Fr. (Schätzungen KOF & BAG)

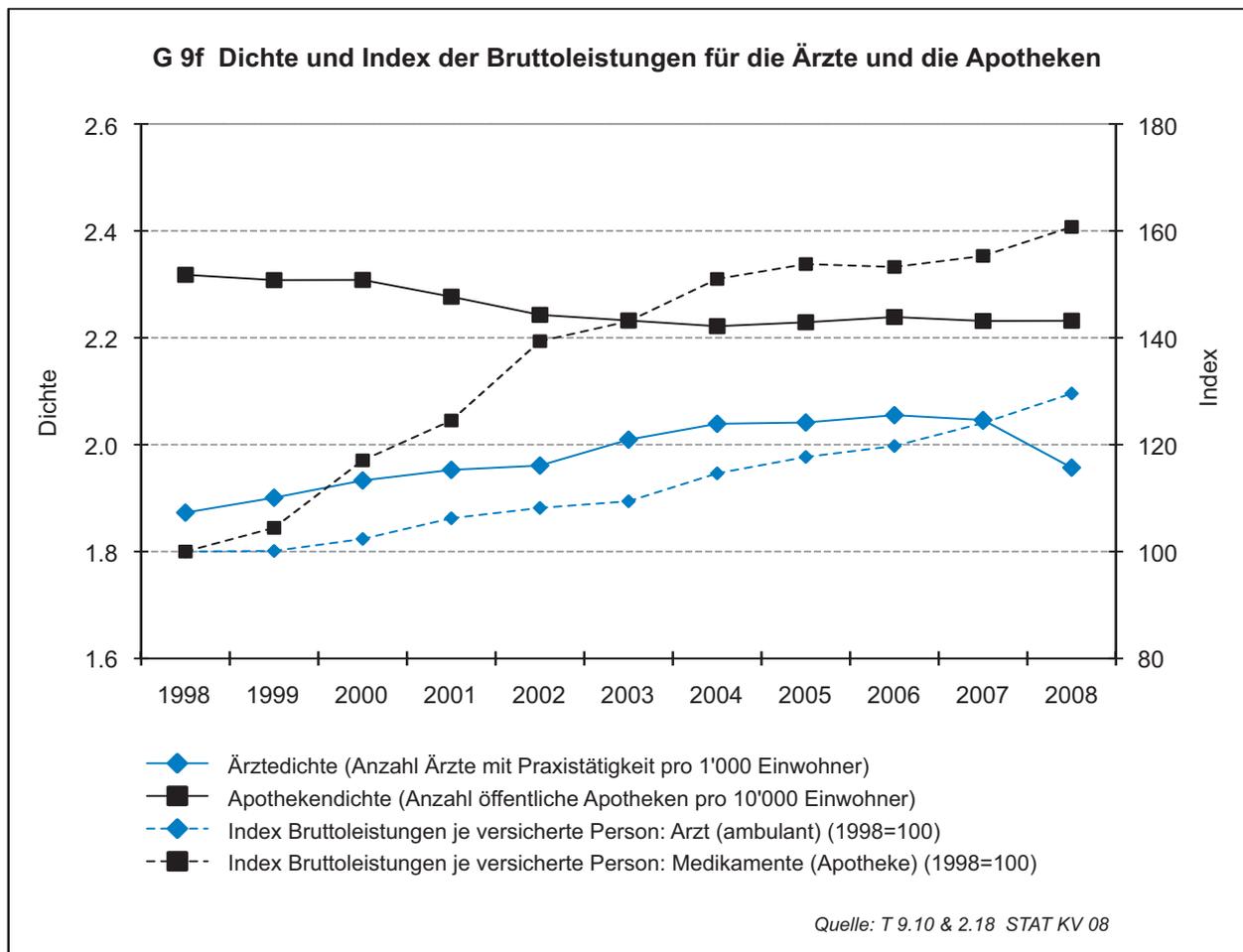
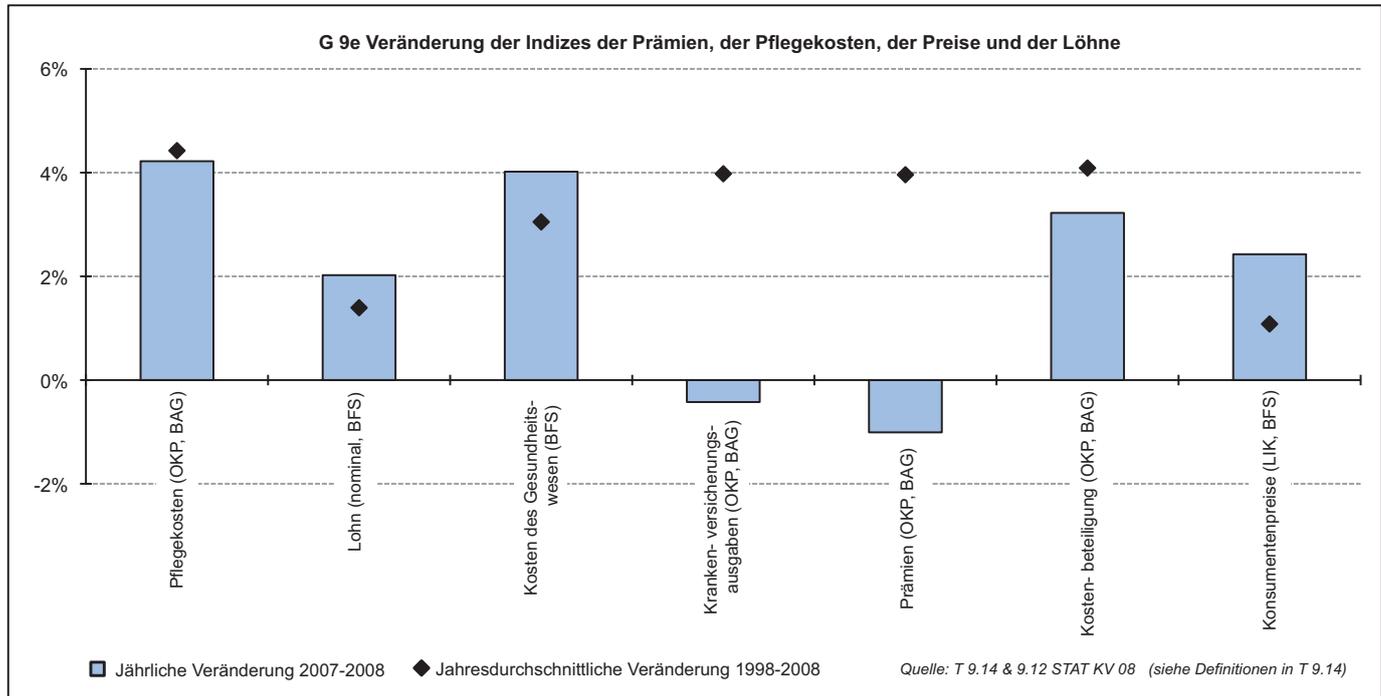


Ein Preisindex gibt allerdings weder Aufschluss über die Entwicklung der konsumierten Menge noch über die mit dem technologischen Fortschritt zusammenhängende Teuerung. Dies ist zu beachten, wenn man den Rückgang des Medikamentenpreisindex im Zeitraum 2007 bis 2008 (-2,8 %) mit der Veränderung der Kosten pro versicherte Person für in Apotheken abgegebene Medikamente vergleicht. Diese haben in der gleichen Zeitspanne um 3,5 % zugenommen (T 2.19).

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

Zwischen 1998 und 2008 haben sich einige Indikatoren der OKP sehr unterschiedlich entwickelt. Während der Lohnindex mit dem Konsumentenpreisindex im Betrachtungszeitraum praktisch gleichauf verlief (rund +1 % pro Jahr), haben die Gesundheitskosten pro versicherte Person im Jahresdurchschnitt um 3,1 % zugenommen, die OKP-Kosten (Bruttoleistungen pro versicherte Person) um 4,4 %, die Ausgaben der Versicherten in der OKP (Prämien + Kostenbeteiligung) um 4,0 % und die Kostenbeteiligung der Versicherten um 4,1 %! Erklärbar ist dieser Kostentransfer von den Prämien in Richtung Kostenbeteiligung durch franchise- bzw. rabattenspezifische Änderungen (siehe Anhänge F1, F2 und F3). Die Auswirkungen auf die Haushaltsbudgets sind beachtlich (G 9e).

Die **Ärztedichte in der Schweiz** hat zwischen 1998 und 2007 **zugenommen** (2200 zusätzliche Ärzte), während jene **der Apotheken** seit 1998 leicht rückläufig ist, wobei die Zahl der öffentlichen Apotheken seit 1998 praktisch unverändert blieb. Seit 2008 werden jene Ärzte, die ausserhalb des ambulanten oder stationären Bereichs tätig sind (Versicherungen, Bundesverwaltung, etc.), nicht mehr in der in T 9.09 und T 9.10 veröffentlichten Statistik berücksichtigt. Dies stellt einen Bruch in der Zeitreihe dar, der Vergleiche erschwert. Interessanterweise lässt sich ein enger Zusammenhang zwischen den Bruttoleistungen pro Versicherten für die Kostengruppe Ärzte (ambulante Pflegeleistungen) und der Ärztedichte von 1998 bis 2007



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, die ihrerseits im Betrachtungszeitraum rückläufig war (G 9f).

Eine kantonale Aufgliederung dieser Indikatoren für das Jahr 2008 macht zudem klar, **wie ungleich Ärzte und Apotheken auf die verschiedenen Kantone verteilt sind** (G 9g).

Die Ärztedichte liegt in fünf Kantonen (ZH, BL, BS, VD und GE) über dem schweizerischen Durchschnitt von 1,96 Ärzten pro 1000 Einwohner.

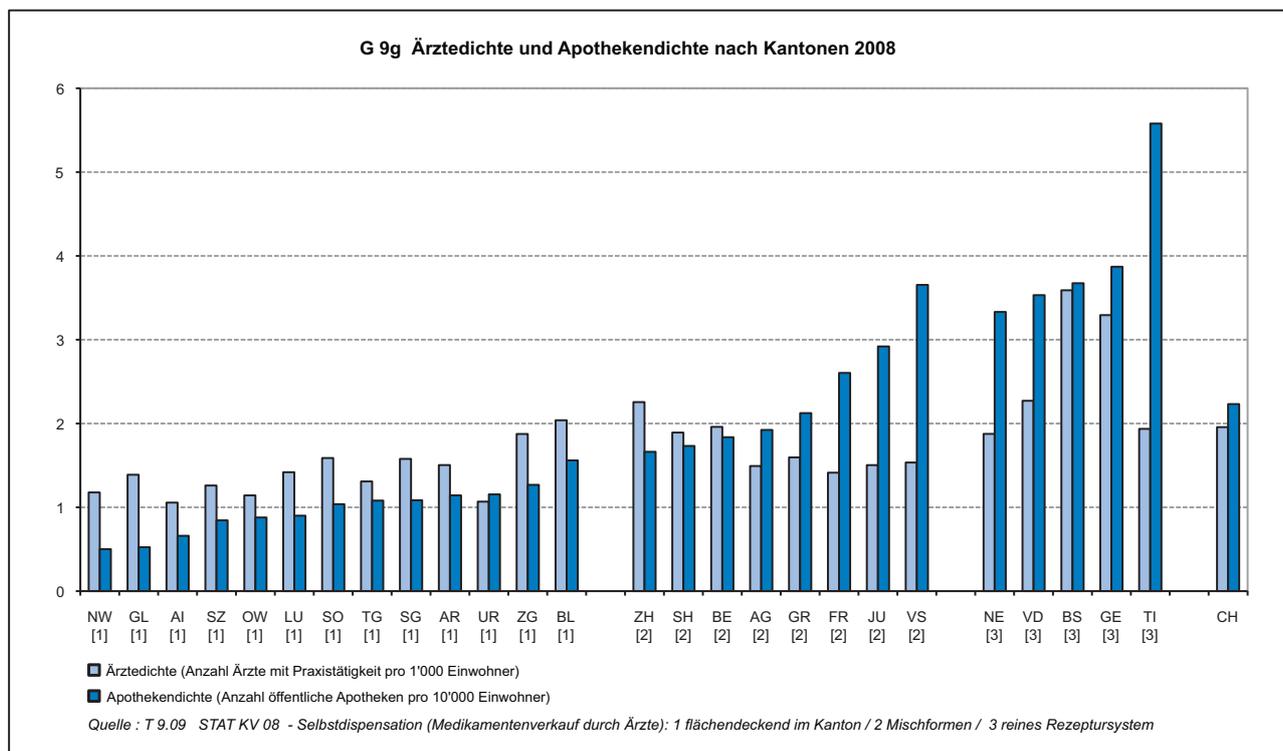
Die Apothekendichte liegt in acht Kantonen (FR, BS, TI, VD, VS, NE, GE und JU) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,23 öffentlichen Apotheken pro 10 000 Einwohner. Dieses Ergebnis muss indes relativiert werden, da die Selbstdispensation (Verkauf von Medikamenten durch den behandelnden Arzt) in diesen acht Kantonen nicht zugelassen ist; in allen anderen Kantonen ist der Direktmedikamentenverkauf durch Ärzte erlaubt (siehe T 9.09).

Bei solchen Vergleichen ist zu berücksichtigen, dass die ein-

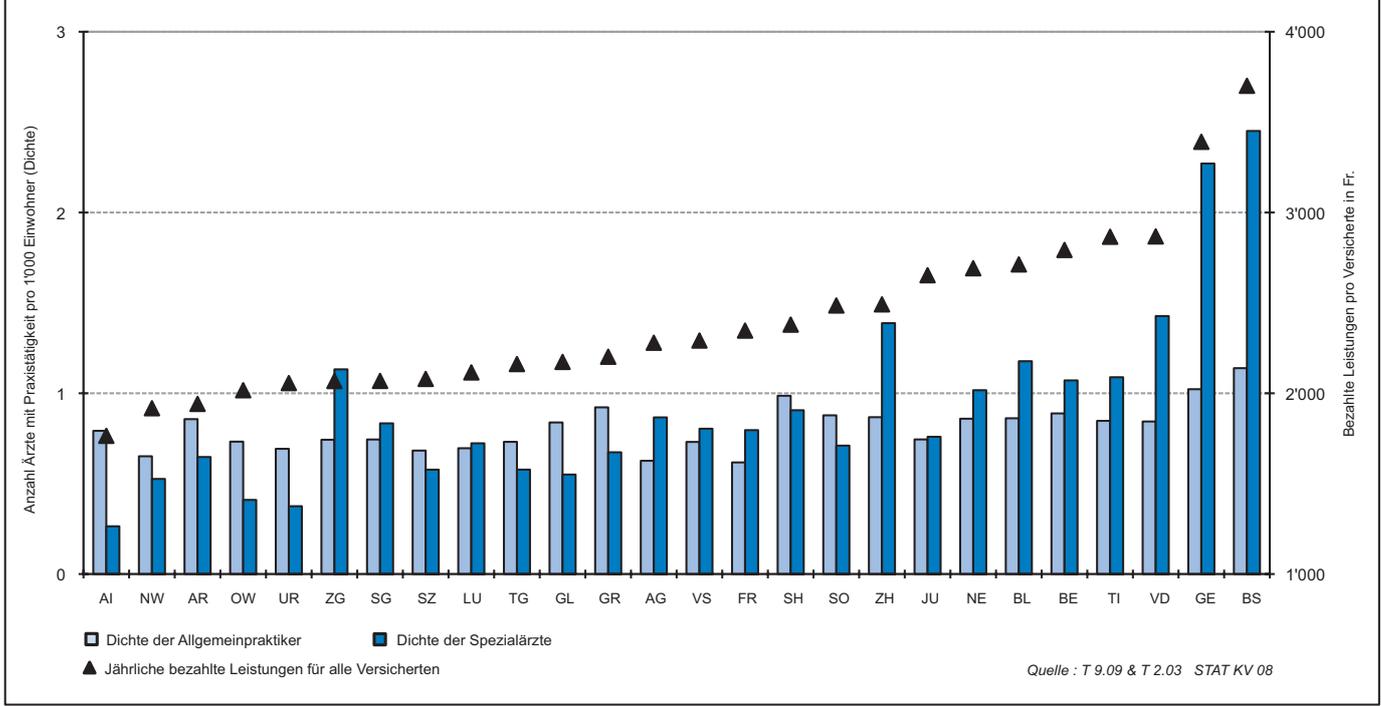
zelnen Kantone keine geschlossenen Systeme bilden: Güter und Dienstleistungen werden nicht immer im Wohnkanton nachgefragt.

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

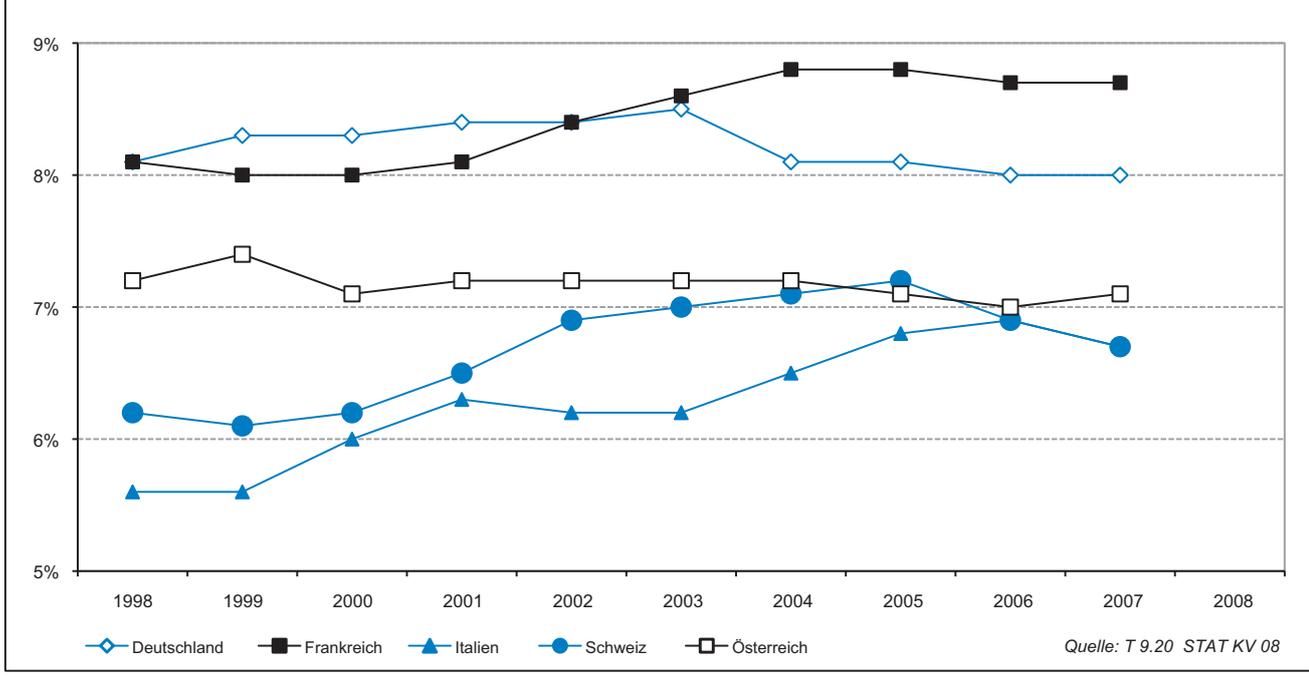
Das System der sozialen Sicherheit umfasst alle Massnahmen öffentlicher und privater Stellen, die darauf abzielen, Haushalte oder Einzelne vor bestimmten festgelegten Risiken zu schützen. Bei dem durch Eurostat erstellten internationalen Vergleich der Leistungen im Gesundheitsbereich (in Prozent des Bruttoinlandprodukts) ist zu beachten, dass in den Zahlen für die Schweiz weder die Kostenbeteiligung der Versicherten (in der Schweiz im



G 9h Dichte der Ärzte mit Praxistätigkeit und bezahlte Leistungen nach Kantonen im Jahr 2008



G 9i Sozialschutzleistungen für die Gesundheitsversorgung : internationaler Vergleich in % des BIP



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

Der gesamte **Taggeldversicherungssektor** setzt sich aus den KVG-Versicherern, welche die freiwillige Versicherung nach KVG und nach VVG anbieten, und den VVG-Privatversicherern zusammen. Seit 1998 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 9l).

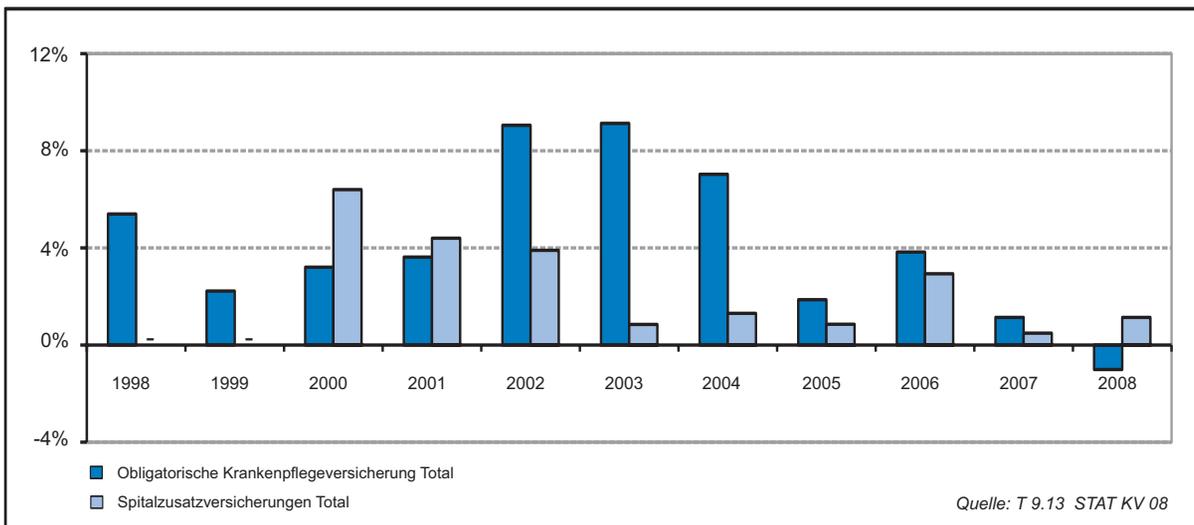
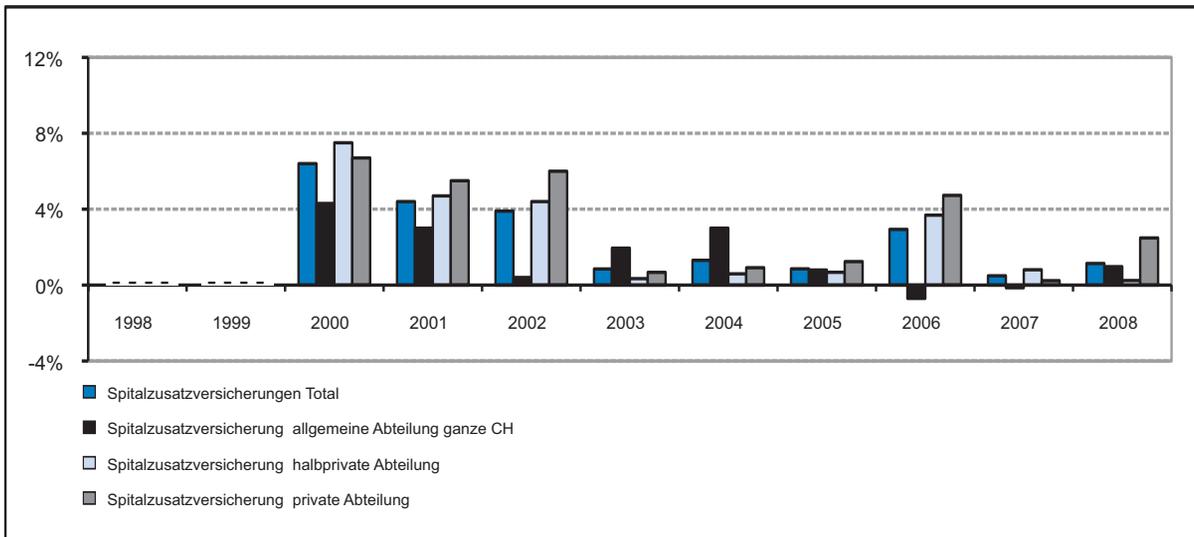
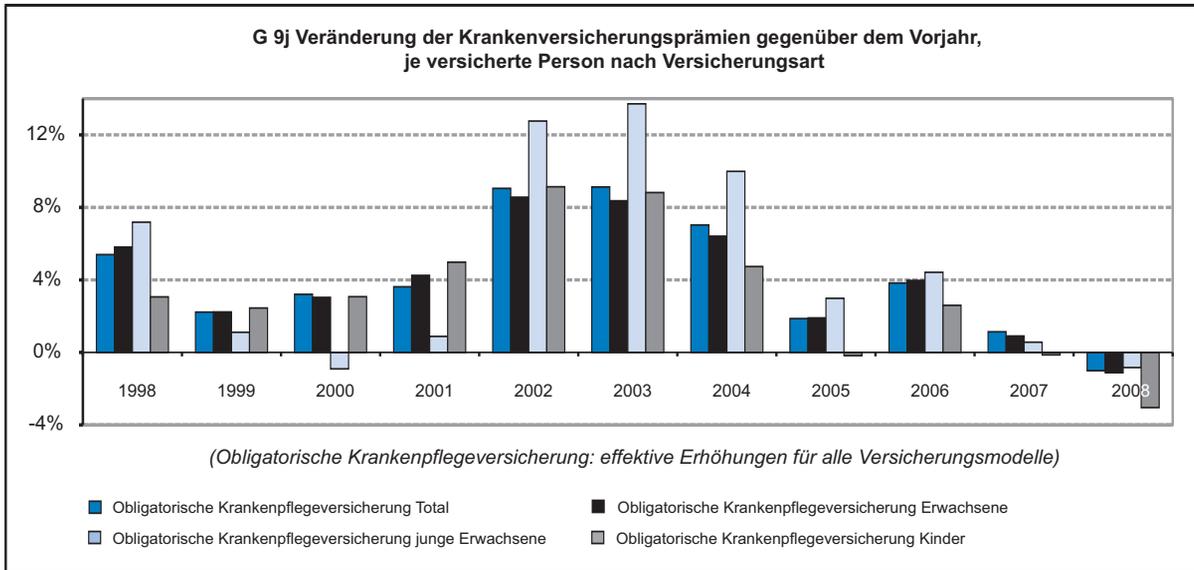
Der **Gesamtmarkt des Krankenversicherungsgeschäfts** setzt sich zusammen aus:

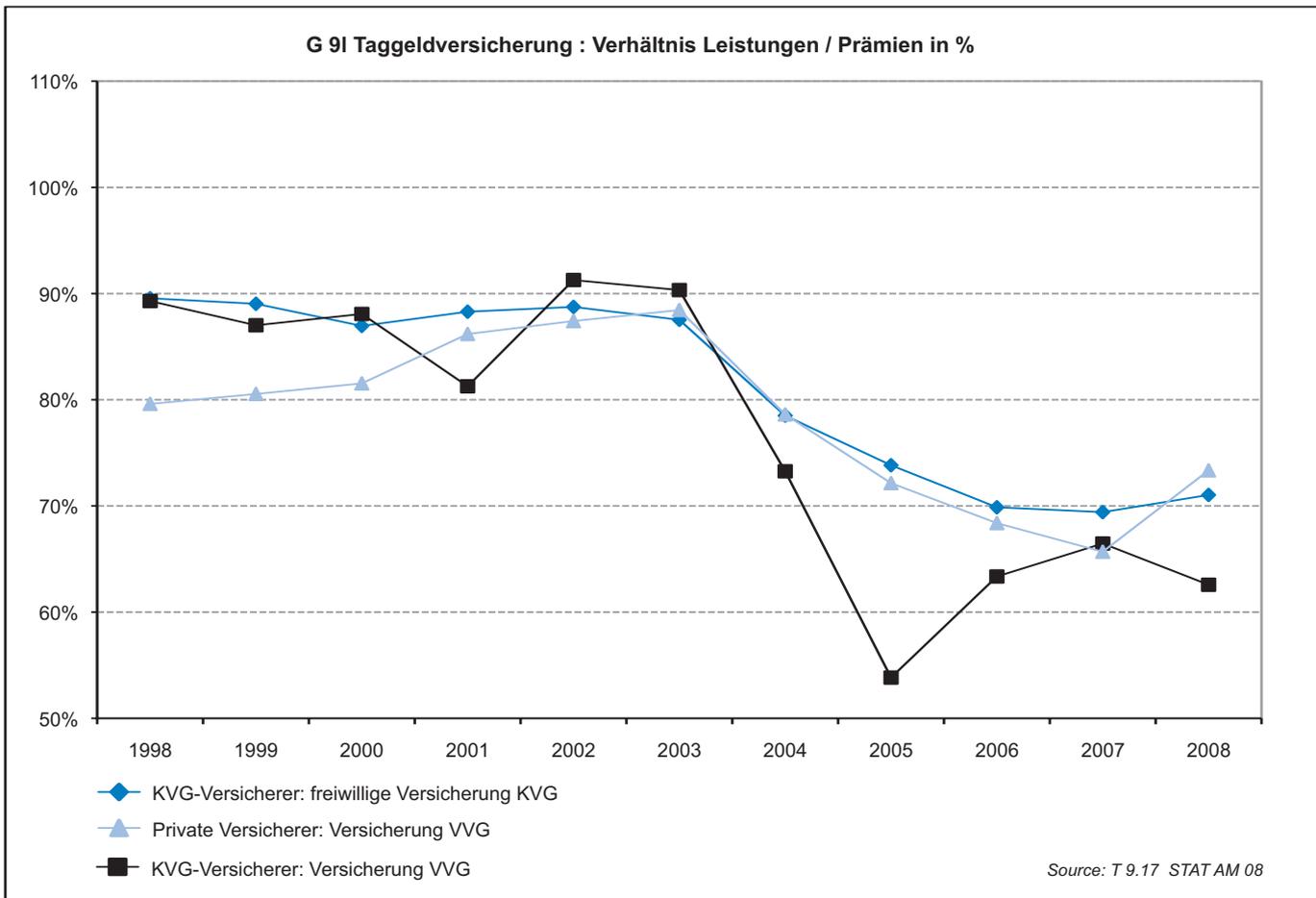
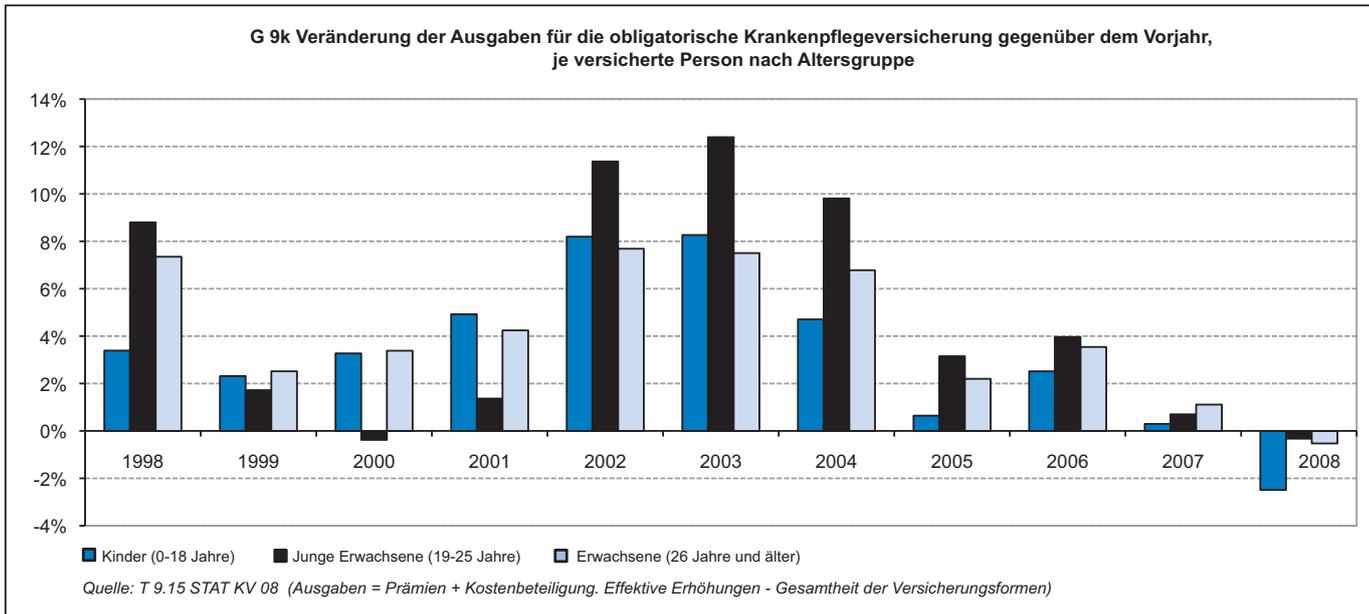
- der in der Schweiz seit 1996 obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die von den BAG-anerkannten Versicherern angeboten wird,
- den von den BAG-anerkannten Versicherern angebotenen Zusatzversicherungen (seit 1996 gemäss VVG),
- den von den Privatversicherern gemäss VVG angebotenen Zusatzversicherungen.

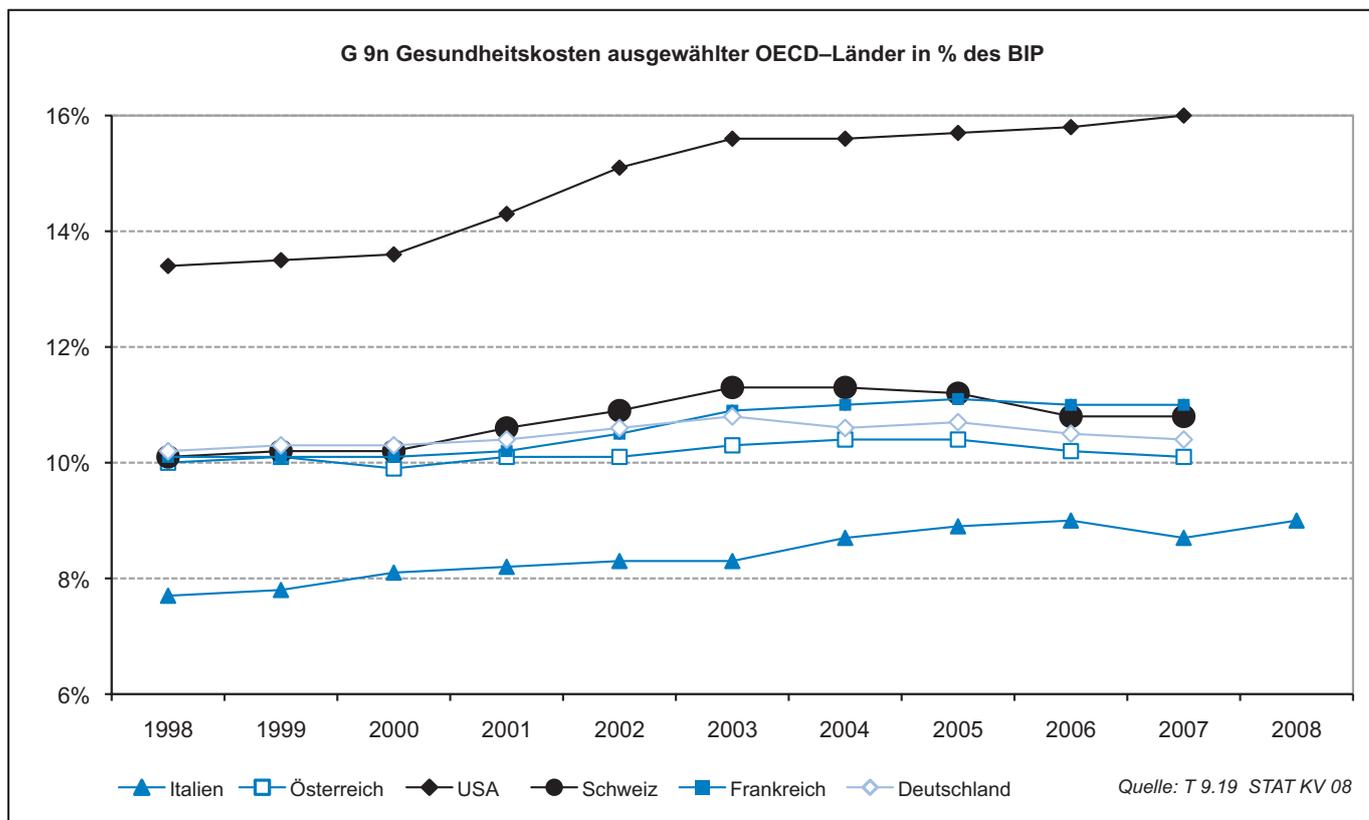
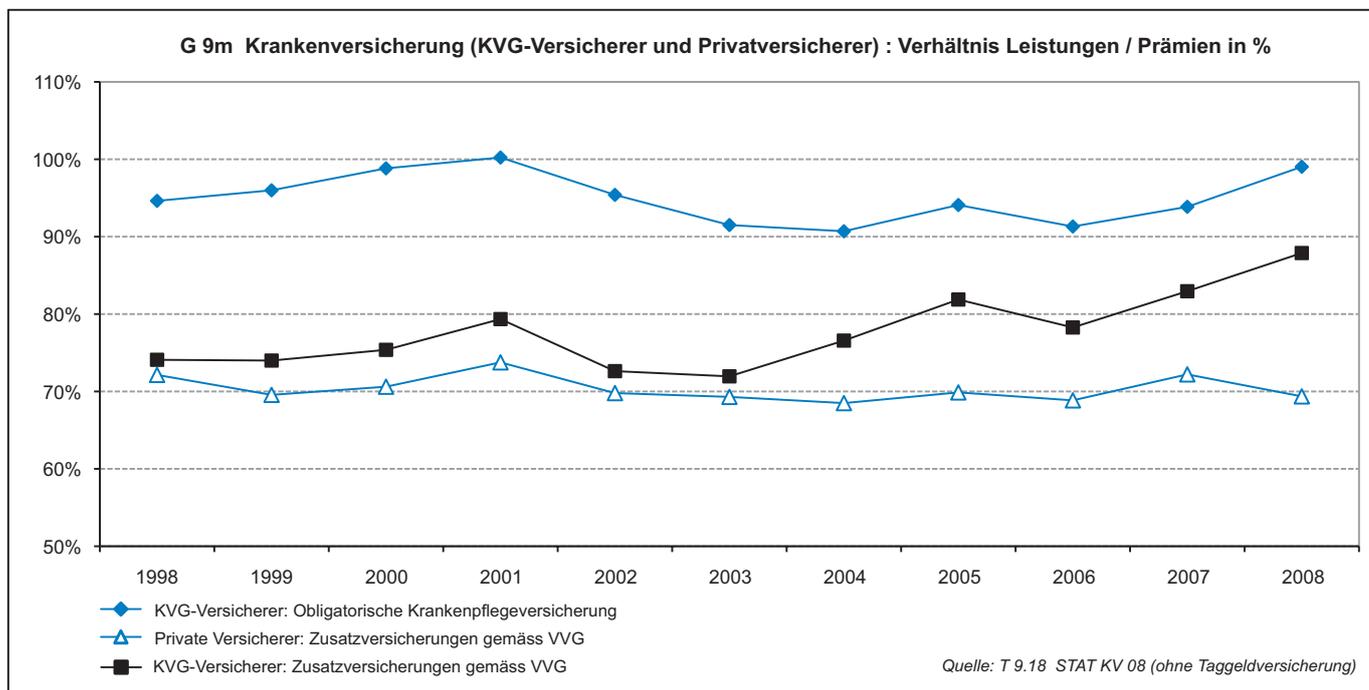
Nicht eingeschlossen sind die Taggeldversicherungen gemäss KVG oder VVG, da diese keine medizinischen Leistungen abdecken, sondern Verdienstausfälle.

Zu beachten ist, dass das Verhältnis Leistungen/Prämien in der Obligatorischen Krankenversicherung nach KVG seit 1998 zwischen 90 und 100 % pendelte. Dieser Prozentsatz liegt somit klar über der für die Versicherungen gemäss VVG festgestellten Bandbreite von 70 % bis 88 %. 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 1998 eher etwas über jenem der meisten Nachbarländer liegt, aber noch deutlich unter dem Niveau der USA, die den höchsten Anteil verzeichnen (G 9n). Es gilt allerdings zu beachten, dass die Definitionen der unter der Bezeichnung «Gesundheitskosten» zusammengefassten Elemente von Land zu Land unterschiedlich sind und zudem von Zeit zu Zeit geändert werden.







4.10 Risikoausgleich in der OKP

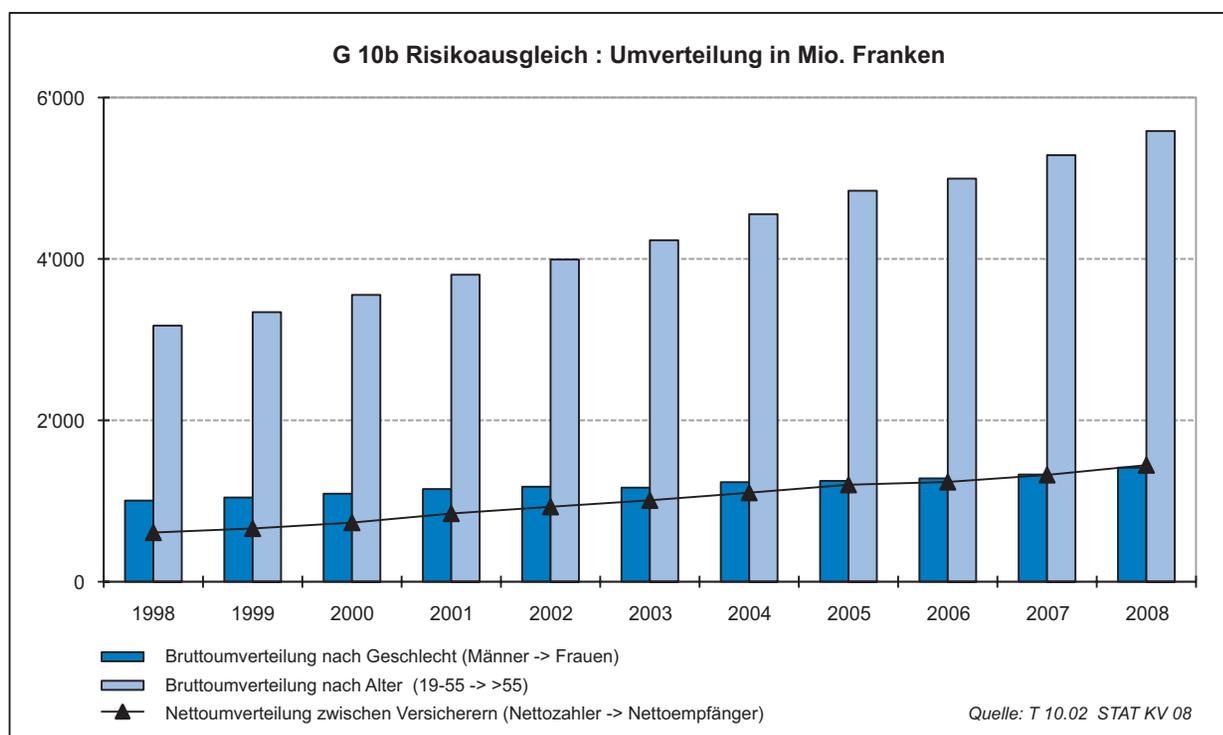
Mit dem Risikoausgleich soll die Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG geschaffen werden. Die je nach Alter und Geschlecht der Versicherten unterschiedlichen durchschnittlichen Kosten sollen innerhalb 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 1998 zugenommen, während die Zahl der Empfänger von Risikoausgleichszahlungen zurückgegangen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Versicherer insbesondere infolge von Unternehmenszusammenschlüssen abnahm (T 10.01).

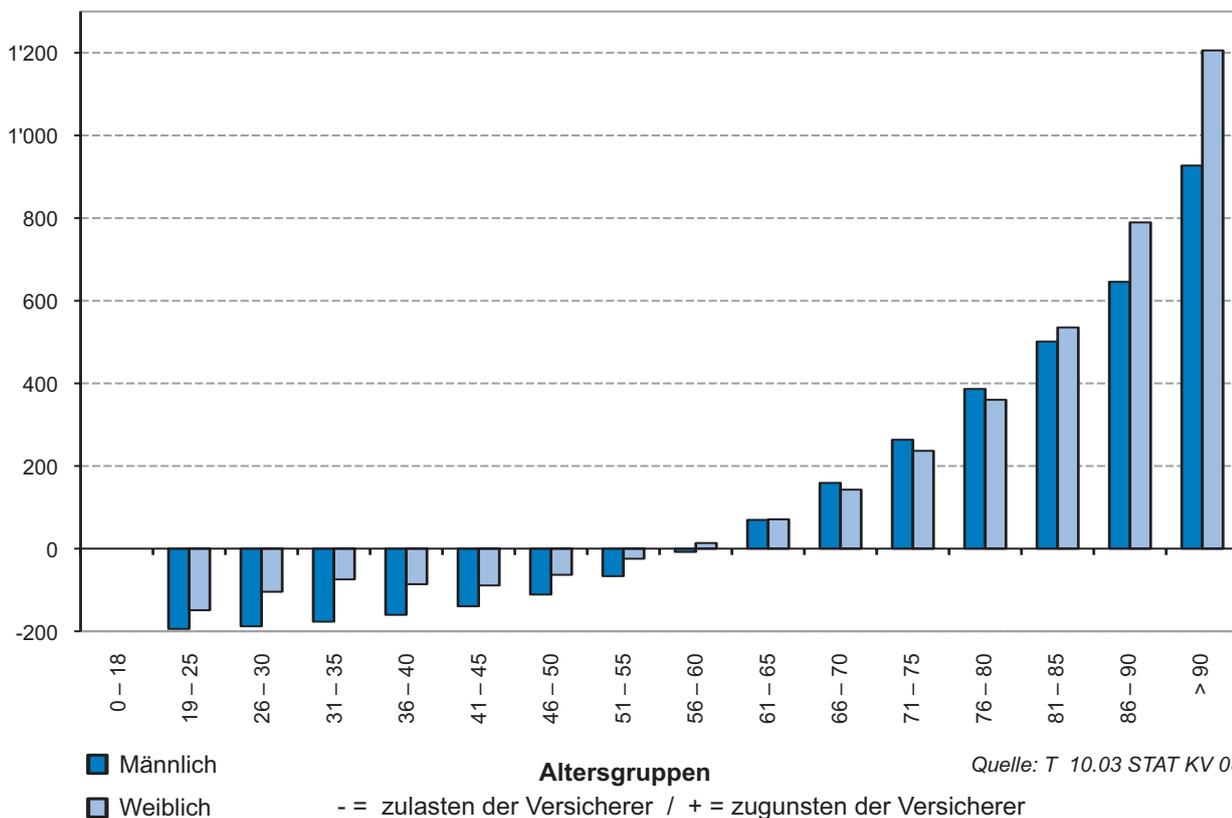
Für den Risikoausgleich 2008 lässt sich eine Umverteilung von 5,6 Mrd. Franken von den 19- bis 55-jährigen Versicherten zu den über 56-jährigen Versicherten und von 1,4 Mrd.

Franken von den Männern zu den Frauen ermitteln. Diese Daten werden wie folgt erhoben: Zur Berechnung dieser Zahlen wird die monatliche Differenz an effektiven Kosten der jeweiligen Gruppe (Versicherte zwischen 19 und 55 Jahren oder über 56-jährige Versicherte/Männer oder Frauen) zum Gesamtdurchschnitt der effektiven Kosten pro Monat innerhalb des Kantons mit der Anzahl Versicherungsmonate des Kantons multipliziert. Diese Volumina werden schliesslich über alle Kantone aufsummiert und ergeben so die gesamtschweizerische Bruttoumverteilung nach Alter oder nach Geschlecht. Die Umverteilung nimmt seit 1998 stetig zu. Diese Entwicklung ist unter anderem auf den allgemeinen Kostenanstieg in der OKP zurückzuführen (T 10.02 und G 10b).

Da ein Grossteil dieser Umverteilungen zwischen Altersgruppen und Geschlecht innerhalb des einzelnen Versicherers erfolgt, werden diese nicht über die Risikoausgleichsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG umverteilt. Über die Risikoausgleichsstelle fliessen nur diejenigen 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. 73 % der Versicherer) den 23 Nettoempfängern für das Ausgleichsjahr 2008 einen **Umverteilungsbetrag** von insgesamt 1445 Mio. Franken netto (T 10.01, T 10.02 und G 10b, siehe auch



G 10a Risikoausgleich in Fr. je versicherte Person pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht 2008



Absatz 3 des Anhangs G zu den Risikoausgleichszahlungen nach Kalenderjahr und nach Ausgleichsjahr).

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

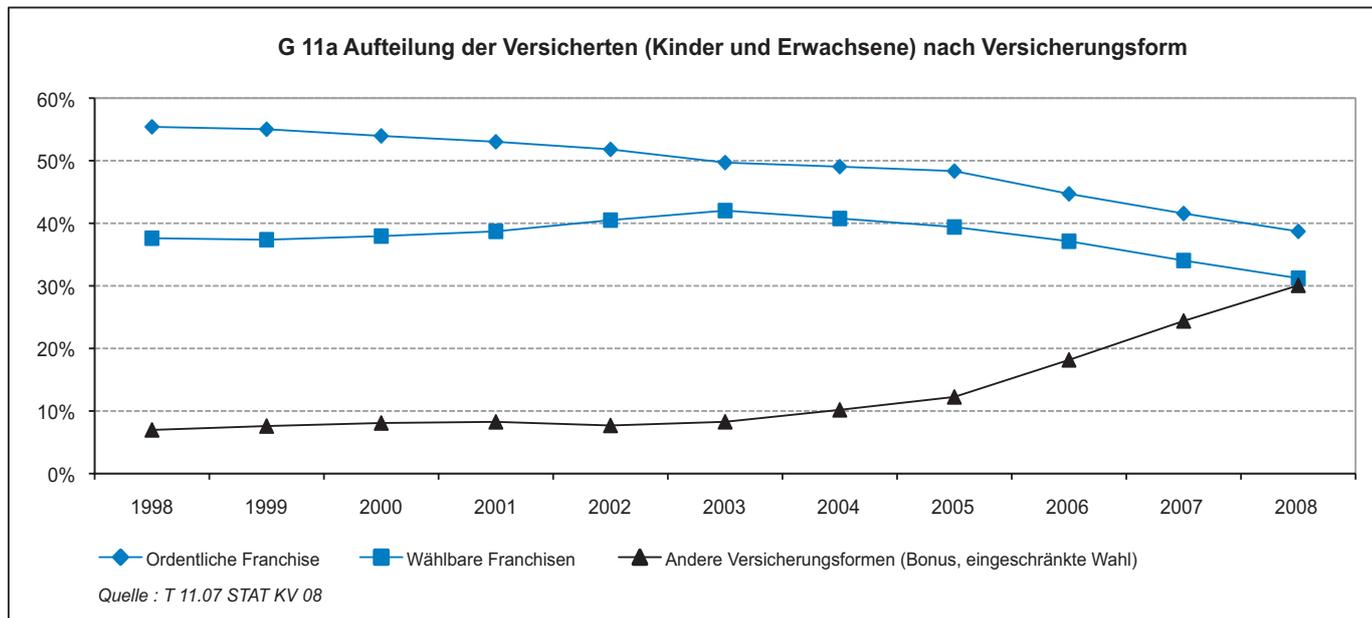
Wenn der Durchschnitt der effektiven Kosten der fraglichen Risikogruppe über dem Durchschnitt der Referenzgruppe liegt, erhält der Versicherer einen Beitrag (+) für jeden Versicherten dieser Risikogruppe. Im gegenteiligen Fall muss er eine Risikoabgabe bezahlen (-).

In Grafik G 10a ist der Risikoausgleich in Franken pro Versicherten und Versicherungsmonat nach Altersgruppe

und Geschlecht dargestellt (gesamtschweizerischer Durchschnitt). Betrachtet man die Höhe der Beträge (bis zu 1000 Franken pro Versicherten und Monat), so wird klar, dass diese Zahlungen das Verhalten der Versicherer beeinflussen können.

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

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



4.11 OKP-Versicherte

Aufteilung der Versicherten nach Versicherungsformen

Seit 1998 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 Hausarztmodelle), die 2008 einen Anteil von 30 % aufweisen. Der Anteil der BONUS-Versicherung blieb mit 0,1 % der Versicherten verschwindend klein (T 11.07 und G 11a).

Bedingt durch die Kombination von wählbarer Franchise mit anderen Versicherungsformen dürfte der Anteil an Versicherten mit wählbarer Franchise 2008 wohl eher nahe der 46%-Marke als bei 31 % liegen. 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 anderen Versicherungsformen kombinieren (vgl. T 11.06 und 11.08). Zur Vermeidung dieser Unterschiede wurden die Erhebungen des BAG und der santésuisse für die Daten ab 2009 vereinheitlicht.

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

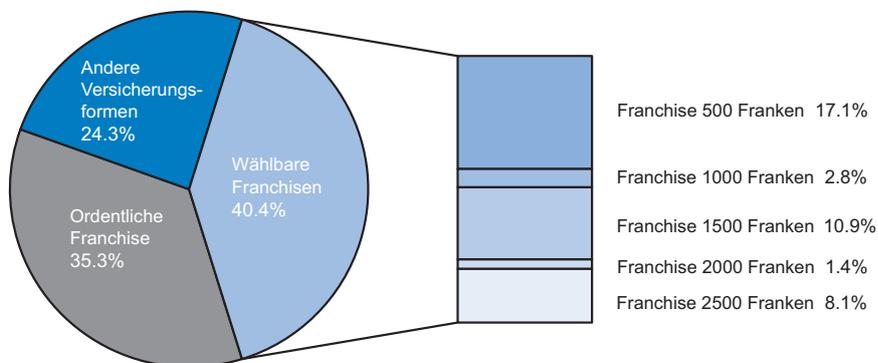
Von den 40,4 % der erwachsenen Versicherten mit wählbarer Franchise haben sich im Jahr 2008 am meisten für die Variante mit 500 Franken entschieden (17,1 %), was angesichts der geringen Sparmöglichkeit bei dieser Stufe erstaunen mag. Verbreitet war mit 10,9 % der Versicherten auch

die Franchise von 1500 Franken. Die Franchise von 2000 Franken wird dagegen weiterhin selten gewählt; nur gerade 1,4 % der Versicherten haben sich dafür entschieden. Die höchste wählbare Franchise von 2500 Franken weist mit 8,1 % der Versicherten eine verhältnismässig grosse Nachfrage auf (G 11b). Die individuelle Wahl der optimalen Franchise ist nicht einfach. Sie ist abhängig von verschiedenen Parametern wie der Prämie, der erwarteten Höhe der Leistungen sowie dem Prämienrabatt, den die Versicherer gewähren dürfen. Das BAG stellt den Versicherten eine elektronische Hilfe zur interaktiven grafischen Bestimmung der wirtschaftlich optimalen Franchise nach Versicherer zur Verfügung (Anhang D).

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

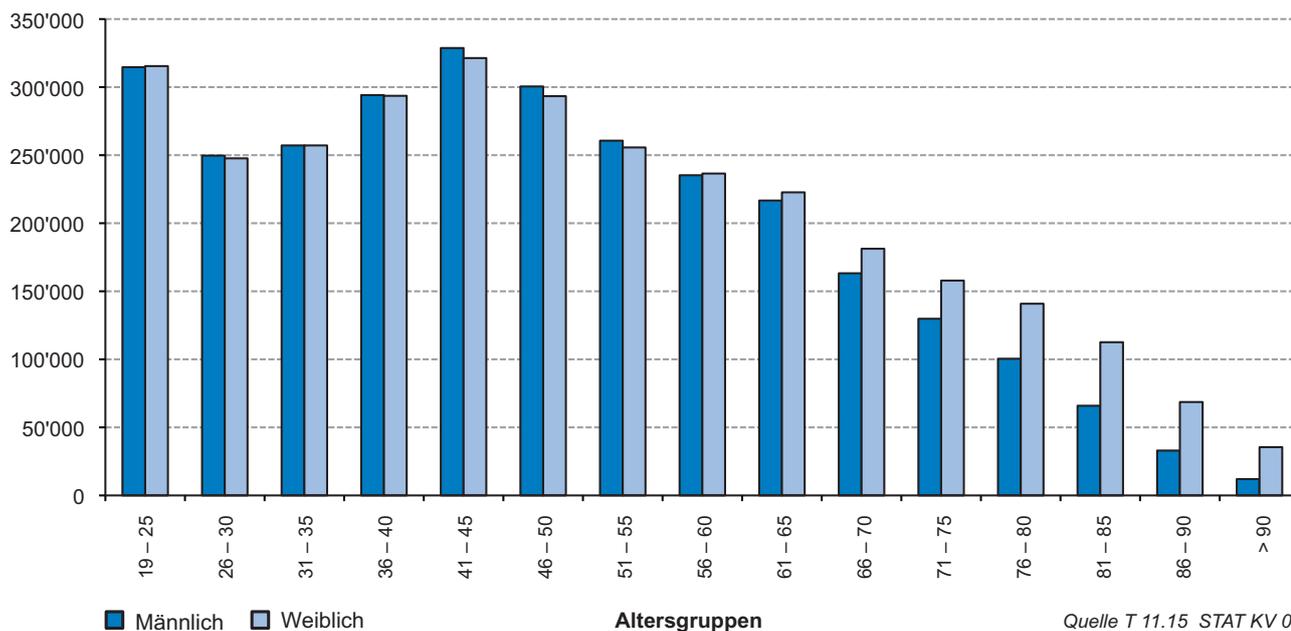
Aus Tabelle T 11.11 ist die Anzahl der Versicherten ersichtlich, deren OKP-Leistungen aufgrund ausstehender Prämienzahlungen und Betreibung eingestellt wurden. Diese Daten sind im Augenblick noch unvollständig. Sie zeigen jedoch die Bedeutung der Fälle für das Jahr 2008: Bei knapp 5 % der Versicherten kam es zur Betreibung und bei über 1 % wurden die Leistungen eingestellt. Ab 2010 treten neue gesetzliche Bestimmungen in Kraft (Art. 64a und 65 KVG), die genau festschreiben, wie die Versicherer und

G 11b Anteil der Versicherungsformen, erwachsene Versicherte ab 19 Jahren im Jahr 2008



Quelle: T 11.09 STAT KV 08

G 11c Durchschnittlicher Versichertenbestand Erwachsene ab 19 Jahren nach Altersgruppen und Geschlecht 2008



Quelle T 11.15 STAT KV 08

die kantonalen Instanzen mit solchen Fällen umzugehen haben, um die in der Praxis aufgetretenen Schwierigkeiten zu beseitigen.

Ausserdem ist festzuhalten, dass im Jahr 2008 rund 11 % der Versicherten von einem Versicherer neu aufgenommen wurden. Dabei war die Zahl der Kinder und jungen Erwachsenen um etwa 50 % höher als jene der Erwachsenen (T 11.10). Hieraus kann jedoch nicht direkt geschlossen werden, dass es sich um die Zahl der

Versicherten handelt, die den Versicherer wechselten. Abziehen sind insbesondere die Zahl der Neugeborenen (ungefähr 1 % der Versicherten) sowie die immigrierten Versicherten (rund 2 % der Versicherten). Zu berücksichtigen ist auch der Umstand, dass bei einem Zusammenschluss von Versicherern der Versicherte statistisch als Neueintritt erfasst wird, ohne dass er auf eigene Initiative aktiv einen Wechsel seines eigenen Versicherers vorgenommen hätte.

5. Beilagen

Tabellen A1

1: Finanzen und obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

1.01	Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 1998 : wichtigste Indikatoren	60
1.02	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG insgesamt	61
1.03	Betriebsrechnung der Versicherung mit ordentlicher Franchise	62
1.04	Betriebsrechnung der Versicherungen mit wählbarer Franchise	63
1.05	Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung	64
1.06	Betriebsrechnung der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers	65
1.07	Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Personen mit Wohnsitz in einem EG-Staat	66
1.08	Gesamtbetriebsergebnis nach Versicherungsform ab 1998	67
1.09	Gesamtbetriebsergebnis je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1998	68
1.10	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen nach Versicherungsform ab 1998	69
1.11	Verwaltungsaufwand / Abschreibungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1998	70
1.12	Stand der Reserven per 31.12. ab 1998	71
1.13	Stand der Rückstellungen per 31.12. für unerledigte Versicherungsfälle ab 1998	72
1.14	Kalkulatorische Reserven OKP pro Kanton in % der Prämien ab 1998	73
1.15	Kalkulatorische Reserven OKP pro Kanton in % der Prämien	74

T 1.01 Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 1998: wichtigste Indikatoren

Merkmale	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Veränderung 2007 - 2008 in %	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2007 - 2008 in %
1 - Anzahl Versicherter OKP	118	108	101	99	93	93	92	85	87	87	86	-1.1%	-3.1%
2 - Durchschnittlicher Versichertenbestand in 1'000	7'247	7'271	7'265	7'301	7'345	7'373	7'384	7'436	7'478	7'538	7'616	1.0%	0.5%
3A - Anzahl Erkrankte in 1'000	5'769	5'833	5'947	6'044	6'171	6'105	6'076	6'104	6'140	6'171	6'247	1.2%	0.8%
3B - Anzahl Erkrankte je 100 Versicherte	79.6	80.2	81.9	82.8	84.0	82.8	82.3	82.1	82.1	81.9	82.0	0.2%	0.3%
4 - Anzahl Spitalweisungen in 1'000	1'155	1'096	1'098	1'193	1'207	1'148	1'196	1'219	1'148	1'232	1'283	4.1%	1.1%
5 - Anzahl Spitaltage in 1'000	17'067	12'747	12'447	12'514	12'391	11'396	11'755	11'493	11'050	11'706	11'790	0.7%	-3.6%
6B - Prämien pro Versicherte(n) in Fr.	1'754	1'793	1'850	1'917	2'091	2'281	2'442	2'487	2'583	2'612	2'586	-1.0%	4.0%
7B - Leistungen (brutto) ¹ pro Versicherte(n) in Fr.	1'935	2'011	2'131	2'244	2'328	2'431	2'592	2'736	2'755	2'863	2'984	4.2%	4.4%
7C - davon ambulante Leistungen in Fr.	1'288	1'352	1'451	1'549	1'615	1'667	1'751	1'869	1'876	1'947	2'050	5.3%	4.8%
7D - davon stationäre Leistungen in Fr.	647	659	679	696	712	765	841	868	879	916	933	1.9%	3.7%
8B - Kostenbeteiligung pro Versicherten in Fr.	289	301	315	329	341	351	384	403	406	419	432	3.2%	4.1%
9B - Bezahlte Leistungen ² pro Versicherten in Fr.	1'646	1'710	1'816	1'916	1'987	2'080	2'209	2'334	2'349	2'444	2'552	4.4%	4.5%
10B - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen pro Versicherten in Fr.	118	117	119	124	126	129	134	134	144	142	153	7.9%	2.7%
12B - Rückstellungen pro 31.12. pro Versicherten in Fr.	510	524	545	547	547	578	608	633	667	694	682	-1.8%	2.9%
13B - Reserven pro 31.12. pro Versicherten in Fr.	412	423	390	288	268	325	402	428	501	527	427	-18.9%	0.4%
6A - Prämien in Mio. Fr.	12'708	13'034	13'442	13'997	15'355	16'820	18'030	18'496	19'315	19'689	19'692	0.0%	4.5%
7A - Leistungen (brutto) ¹ in Mio. Fr.	14'024	14'621	15'478	16'386	17'096	17'924	19'140	20'348	20'603	21'579	22'722	5.3%	4.9%
8A - Kostenbeteiligung in Mio. Fr.	2'097	2'190	2'288	2'400	2'503	2'588	2'832	2'995	3'039	3'155	3'290	4.3%	4.6%
9A - Bezahlte Leistungen ² in Mio. Fr.	11'927	12'431	13'190	13'986	14'593	15'336	16'308	17'353	17'564	18'424	19'431	5.5%	5.0%
10A - Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Mio. Fr.	855	854	863	909	924	949	987	999	1'078	1'072	1'169	9.0%	3.2%
11 - Gesamtergebnis in Mio. Fr.	0	-49	-306	-790	-224	400	514	171	491	179	-755	-	-
12A - Rückstellungen; Stand per 31.12. in Mio. Fr.	3'694	3'810	3'956	3'996	4'018	4'264	4'488	4'710	4'990	5'234	5'191	-0.8%	3.5%
12C - Rückstellungsquote ³ per 31.12. in %	31.0%	30.7%	30.0%	28.6%	27.5%	27.8%	27.5%	27.1%	28.4%	28.4%	26.7%	-	-
13A - Reserven; Stand per 31.12. in Mio. Fr.	2'986	3'077	2'832	2'103	1'966	2'394	2'968	3'184	3'749	3'970	3'252	-18.1%	0.9%
13C - Reservequote ⁴ per 31.12. in %	23.5%	23.6%	21.1%	15.0%	12.8%	14.2%	16.5%	17.2%	19.4%	20.2%	16.5%	-	-

Datenstand: 30.7.09

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

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

oder
Formulare EF123:

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

**T 1.02 Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG
insgesamt ¹**

2008

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	18'983'545'524	708'721'702	19'692'267'226
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-78'967'561	-2'880'540	-81'848'101
65 Andere Beitragsanteile	10'680'021	340'815	11'020'836
60-65 Brutto-Prämien	18'915'257'984	706'181'977	19'621'439'961
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-46'578'624	-1'830'912	-48'409'536
60-66 Eigene Versicherungsprämien	18'868'679'360	704'351'064	19'573'030'425
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	1'647'779'160	57'960'402	1'705'739'562
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-1'640'794'450	-57'506'317	-1'698'300'767
69 Sonstige Betriebserträge	121'539'172	3'884'406	125'423'579
6 Total Versicherungsertrag	18'997'203'243	708'689'555	19'705'892'798
31 Leistungen	21'967'218'425	754'693'059	22'721'911'484
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-3'163'308'303	-127'145'926	-3'290'454'229
30-33 Bezahlte Leistungen	18'803'910'122	627'547'133	19'431'457'255
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	49'848'243	222'689	50'070'931
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-56'950'899	8'040'867	-48'910'032
30-35 Brutto-Leistungen	18'796'807'465	635'810'689	19'432'618'154
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-73'390'228	-1'268'696	-74'658'924
37 Risikoausgleich	-104'842'876	91'267'454	-13'575'422
3 Total Versicherungsaufwand	18'618'574'361	725'809'447	19'344'383'808
40-47 Verwaltungsaufwand	1'064'253'456	43'038'559	1'107'292'015
48 Abschreibungen	58'818'583	2'506'907	61'325'490
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	8'447'508	399'423	8'846'931
4 Total Betriebsaufwand	1'131'519'547	45'944'889	1'177'464'436
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	19'750'093'908	771'754'336	20'521'848'244
Versicherungsbetriebsergebnis	-752'890'665	-63'064'780	-815'955'445
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	59'145'423	1'491'317	60'636'740
Gesamtbetriebsergebnis	-693'745'242	-61'573'463	-755'318'706

Datenstand : 30.7.09

1) Vgl. Fussnote 2) von Tabelle 11.02.

Quelle: Formular EF2 [Summe 2.2 bis 2.7]

T 1.03 Betriebsrechnung der Versicherung¹ mit ordentlicher Franchise

2008

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	7'794'919'758	359'155'694	8'154'075'451
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-31'462'560	-1'388'635	-32'851'195
65 Andere Beitragsanteile	5'387'500	201'260	5'588'760
60-65 Brutto-Prämien	7'768'844'697	357'968'319	8'126'813'015
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-23'192'360	-1'063'730	-24'256'090
60-66 Eigene Versicherungsprämien	7'745'652'336	356'904'589	8'102'556'925
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	900'404'217	36'613'673	937'017'889
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-885'390'077	-36'264'151	-921'654'228
69 Sonstige Betriebserträge	41'746'281	1'713'793	43'460'073
6 Total Versicherungsertrag	7'802'412'757	358'967'903	8'161'380'660
31 Leistungen	11'937'618'030	420'558'347	12'358'176'377
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'162'556'002	-57'149'268	-1'219'705'270
30-33 Bezahlte Leistungen	10'775'062'028	363'409'079	11'138'471'107
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	19'533'012	-147'269	19'385'743
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-80'813'209	293'398	-80'519'811
30-35 Brutto-Leistungen	10'713'781'831	363'555'208	11'077'337'039
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-55'852'858	-766'225	-56'619'083
37 Risikoausgleich	-1'250'298'453	-17'468'698	-1'267'767'151
3 Total Versicherungsaufwand	9'407'630'520	345'320'285	9'752'950'805
40-47 Verwaltungsaufwand	444'092'280	22'240'182	466'332'462
48 Abschreibungen	27'217'387	1'387'107	28'604'494
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	4'182'855	225'292	4'408'147
4 Total Betriebsaufwand	475'492'522	23'852'581	499'345'102
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	9'883'123'042	369'172'866	10'252'295'907
Versicherungsbetriebsergebnis	-2'080'710'285	-10'204'963	-2'090'915'248
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	24'524'871	1'161'660	25'686'532
Gesamtbetriebsergebnis	-2'056'185'414	-9'043'302	-2'065'228'716

Datenstand : 30.7.09

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [2.2]

T 1.04 Betriebsrechnung der Versicherungen ¹ mit wählbarer Franchise

2008

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	6'487'313'023	204'941'423	6'692'254'446
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-32'165'823	-991'303	-33'157'126
65 Andere Beitragsanteile	3'601'758	102'294	3'704'053
60-65 Brutto-Prämien	6'458'748'958	204'052'415	6'662'801'373
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-15'556'522	-543'476	-16'099'998
60-66 Eigene Versicherungsprämien	6'443'192'436	203'508'939	6'646'701'376
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	432'262'903	12'303'245	444'566'149
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-444'207'455	-12'289'221	-456'496'676
69 Sonstige Betriebserträge	51'513'463	1'383'350	52'896'813
6 Total Versicherungsertrag	6'482'761'348	204'906'313	6'687'667'662
31 Leistungen	5'823'424'852	180'406'632	6'003'831'484
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'220'920'627	-39'490'904	-1'260'411'531
30-33 Bezahlte Leistungen	4'602'504'225	140'915'728	4'743'419'953
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	9'533'885	94'564	9'628'449
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-71'347'266	3'694'535	-67'652'732
30-35 Brutto-Leistungen	4'540'690'844	144'704'826	4'685'395'670
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-11'000'094	-278'769	-11'278'863
37 Risikoausgleich	377'686'006	58'735'339	436'421'345
3 Total Versicherungsaufwand	4'907'376'756	203'161'396	5'110'538'152
40-47 Verwaltungsaufwand	350'839'989	12'341'473	363'181'462
48 Abschreibungen	16'474'855	594'890	17'069'745
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	2'133'469	93'642	2'227'110
4 Total Betriebsaufwand	369'448'312	13'030'004	382'478'317
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	5'276'825'068	216'191'400	5'493'016'468
Versicherungsbetriebsergebnis	1'205'936'280	-11'285'087	1'194'651'193
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	15'748'459	-260'134	15'488'325
Gesamtbetriebsergebnis	1'221'684'739	-11'545'221	1'210'139'518

Datenstand : 30.7.09

1) Siehe Fussnote 1) in T 1.02

Quelle: Formular EF2 [2.3]

T 1.05 Betriebsrechnung der BONUS-Versicherung ¹

2008

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61 Prämien	15'902'728	444'169	16'346'897
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-57'852	-1'570	-59'422
65 Andere Beitragsanteile	1'047	26	1'074
60-65 Brutto-Prämien	15'845'924	442'625	16'288'549
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-59	-1	-60
60-66 Eigene Versicherungsprämien	15'845'865	442'624	16'288'489
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	516'958	14'907	531'865
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-522'356	-15'082	-537'438
69 Sonstige Betriebserträge	143'396	3'570	146'966
6 Total Versicherungsertrag	15'983'863	446'019	16'429'882
31 Leistungen	9'821'646	354'923	10'176'569
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-1'362'466	-45'660	-1'408'126
30-33 Bezahlte Leistungen	8'459'180	309'263	8'768'443
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	5'638	203	5'841
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-79'563	-2'794	-82'357
30-35 Brutto-Leistungen	8'385'255	306'672	8'691'928
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37 Risikoausgleich	2'835'471	119'515	2'954'986
3 Total Versicherungsaufwand	11'220'727	426'187	11'646'914
40-47 Verwaltungsaufwand	957'194	28'683	985'877
48 Abschreibungen	30'887	911	31'798
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	19'777	614	20'391
4 Total Betriebsaufwand	1'007'858	30'208	1'038'066
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	12'228'585	456'395	12'684'980
Versicherungsbetriebsergebnis	3'755'278	-10'376	3'744'902
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	15'209	615	15'824
Gesamtbetriebsergebnis	3'770'487	-9'761	3'760'726

Datenstand : 30.7.09

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

2008

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61	Prämien	4'685'410'015	144'180'416	4'829'590'431
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-15'281'326	-499'032	-15'780'358
65	Andere Beitragsanteile	1'689'716	37'234	1'726'950
60-65	Brutto-Prämien	4'671'818'405	143'718'618	4'815'537'023
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-7'829'683	-223'705	-8'053'388
60-66	Eigene Versicherungsprämien	4'663'988'723	143'494'913	4'807'483'635
67	Prämienerbilligung / sonstige Beiträge	314'595'082	9'028'576	323'623'659
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-310'674'562	-8'937'863	-319'612'425
69	Sonstige Betriebserträge	28'136'032	783'694	28'919'726
6	Total Versicherungsertrag	4'696'045'276	144'369'320	4'840'414'595
31	Leistungen	4'196'353'896	153'373'158	4'349'727'054
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-778'469'208	-30'460'095	-808'929'303
30-33	Bezahlte Leistungen	3'417'884'688	122'913'063	3'540'797'751
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	20'775'708	275'190	21'050'898
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	95'289'139	4'055'729	99'344'868
30-35	Brutto-Leistungen	3'533'949'535	127'243'982	3'661'193'518
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-6'537'276	-223'702	-6'760'978
37	Risikoausgleich	764'934'100	49'881'298	814'815'397
3	Total Versicherungsaufwand	4'292'346'359	176'901'578	4'469'247'937
40-47	Verwaltungsaufwand	268'363'993	8'428'221	276'792'215
48	Abschreibungen	15'095'454	523'999	15'619'453
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	2'111'407	79'875	2'191'283
4	Total Betriebsaufwand	285'570'855	9'032'096	294'602'951
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	4'577'917'213	185'933'674	4'763'850'888
	Versicherungsbetriebsergebnis	118'128'062	-41'564'355	76'563'707
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	18'856'884	589'176	19'446'059
	Gesamtbetriebsergebnis	136'984'946	-40'975'179	96'009'767

Datenstand : 30.7.09

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

2008

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
61.1	Prämien für Effektivkosten	91'592'997	2'225'445	93'818'441
61.2	Prämien für Pauschalkosten	4'425'503	244'377	4'669'880
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-476'381	-15'874	-492'255
65	Andere Beitragsanteile	60'369	2'642	63'012
60-65	Brutto-Prämien	95'602'488	2'456'589	98'059'078
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-50'127	-1'034	-51'161
60-66	Eigene Versicherungsprämien	95'552'362	2'455'555	98'007'917
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	1'413'004	58'688	1'471'692
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-1'571'498	-59'956	-1'631'454
69	Sonstige Betriebserträge	56'563	1'937	58'500
6	Total Versicherungsertrag	95'450'431	2'456'224	97'906'655
31.1	Leistungen (Effektivkosten)	70'072'218	1'340'665	71'412'884
31.2	Leistungen (Pauschalkosten)	4'862'490	107'376	4'969'866
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-4'447'443	-106'402	-4'553'845
30-33	Bezahlte Leistungen	70'487'266	1'341'639	71'828'905
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	90'531	2'928	93'459
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	2'296'158	26'924	2'323'082
35.1	Rückstellungen für Pauschalkosten	-87'403	-39'240	-126'642
30-35	Brutto-Leistungen	72'786'552	1'332'252	74'118'804
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-15'741	-318	-16'059
37	Risikoausgleich	16'622'295	261'679	16'883'975
3	Total Versicherungsaufwand	89'393'106	1'593'614	90'986'720
40-47	Verwaltungsaufwand	6'643'172	153'621	6'796'793
48	Abschreibungen	168'349	4'288	172'637
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	122'290	1'674	123'964
4	Total Betriebsaufwand	6'933'811	159'583	7'093'394
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	96'326'917	1'753'197	98'080'113
	Versicherungsbetriebsergebnis	-876'486	703'027	-173'459
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	261'693	8'110	269'803
	Gesamtbetriebsergebnis	-614'793	711'137	96'344

Nur GrenzgängerInnen ²

Leistungen (31.1 + 31.2)	-	-	42'765'518
Kostenbeteiligung der Versicherten (32) (-)	-	-	-2'748'735
Bezahlte Leistungen (30-33)	-	-	40'016'784

Datenstand : 30.7.09

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 1998

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
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
2008	-2'065'228'716	1'210'139'518	3'760'726	96'009'767	-755'318'706

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 1.03, 1.04, 1.05, 1.06

T 1.09 Gesamtbetriebsergebnis in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1998

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
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
2008	-696	505	574	42	-98

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 1.08 / T 11.05

T 1.10 Verwaltungsaufwand / Abschreibungen in Franken nach Versicherungsform ab 1998

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	In % des Versicherungs- und Betriebsaufwands	Versicherungs- und Betriebsaufwand
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
2008	494'936'955	380'251'206	1'017'675	292'411'668	1'168'617'505	5.7%	20'521'848'244

Datenstand : 30.7.09

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 1998

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2008	167	159	155	127	152	7.7%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 1.10 / T 11.05

T 1.12 Stand der Reserven per 31.12. ab 1998

Jahr	Stand Reserven in Mio. Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	Reserven ¹ pro versicherte Person in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	Reservequote ²
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%
2008	3'252	-18.1%	427	-18.9%	16.5%

Datenstand : 30.7.09

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 1998

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
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%
2008	5'191	-0.8%	682	-1.8%	26.7%

Datenstand : 30.7.09

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 1998

Kanton	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ZH	20.3%	19.1%	18.7%	16.1%	14.1%	21.5%	25.1%	28.3%	32.2%	34.1%	30.7%
BE	23.0%	24.8%	22.2%	16.8%	14.2%	14.6%	10.0%	4.6%	2.1%	-1.7%	-7.5%
LU	31.5%	29.1%	23.9%	16.2%	14.8%	14.3%	12.8%	9.4%	10.7%	9.6%	3.9%
UR	39.1%	39.5%	36.0%	21.1%	21.6%	20.7%	21.0%	14.5%	9.1%	-2.2%	-14.9%
SZ	40.1%	37.8%	33.5%	19.0%	16.6%	15.8%	15.2%	14.7%	13.7%	11.6%	6.2%
OW	31.7%	30.4%	25.4%	21.2%	18.2%	14.3%	12.8%	7.0%	2.6%	-9.0%	-22.0%
NW	41.9%	44.4%	39.7%	33.3%	26.8%	24.0%	22.5%	19.9%	17.5%	9.9%	-2.6%
GL	21.5%	17.1%	8.5%	-4.9%	-6.8%	-2.2%	-0.5%	-1.9%	0.2%	0.5%	-2.5%
ZG	39.1%	36.2%	29.2%	14.3%	3.2%	3.1%	4.3%	5.9%	7.3%	6.7%	0.7%
FR	27.9%	25.0%	26.1%	21.8%	20.6%	23.3%	24.8%	24.2%	22.5%	20.4%	15.0%
SO	33.0%	30.9%	31.3%	30.3%	26.5%	22.7%	23.6%	19.5%	15.5%	12.2%	1.7%
BS	31.5%	31.1%	21.7%	11.9%	10.8%	14.4%	20.0%	21.0%	24.3%	25.1%	21.5%
BL	29.9%	28.1%	30.1%	18.9%	14.1%	15.4%	19.5%	20.4%	21.8%	22.3%	12.8%
SH	18.6%	8.1%	2.6%	-7.7%	-2.9%	1.0%	4.0%	5.2%	9.3%	11.7%	10.8%
AR	25.3%	21.6%	16.8%	10.1%	8.0%	4.5%	5.7%	4.4%	4.4%	1.6%	-4.3%
AI	35.7%	28.6%	22.0%	13.5%	1.6%	-3.2%	-1.9%	-4.1%	-0.9%	3.4%	-3.7%
SG	25.1%	22.0%	19.3%	15.7%	10.6%	5.9%	4.2%	3.4%	4.5%	4.1%	0.4%
GR	23.2%	29.6%	12.2%	5.2%	3.0%	7.3%	8.5%	11.2%	13.7%	11.6%	7.7%
AG	16.7%	11.2%	6.6%	1.5%	1.2%	5.3%	8.7%	9.6%	10.4%	11.1%	7.5%
TG	7.9%	5.4%	0.7%	-3.7%	-4.4%	-2.6%	5.8%	11.9%	18.6%	23.5%	23.4%
TI	26.8%	28.6%	25.6%	16.8%	10.9%	7.7%	12.4%	15.0%	20.5%	23.2%	26.9%
VD	25.9%	28.4%	29.2%	20.9%	22.3%	23.0%	26.5%	28.8%	34.0%	37.2%	34.1%
VS	47.2%	45.9%	41.6%	31.1%	22.0%	15.8%	16.9%	15.5%	13.1%	11.4%	6.2%
NE	8.0%	15.1%	6.5%	-1.2%	-3.3%	-5.6%	-7.1%	-1.0%	9.7%	18.2%	25.1%
GE	19.4%	19.4%	20.2%	14.3%	14.1%	19.6%	25.4%	29.5%	35.3%	42.1%	41.4%
JU	16.2%	10.1%	5.2%	0.9%	-1.3%	6.2%	11.2%	13.3%	20.3%	22.6%	19.7%
CH effektiv	23.5%	23.6%	21.1%	15.0%	12.8%	14.2%	16.5%	17.2%	19.4%	20.2%	16.5%
CH gesetzlich²	16.9%	17.2%	17.0%	16.9%	17.0%	17.1%	16.5%	16.2%	16.2%	14.4%	12.5%

Datenstand: CH: 30.7.09 / Kantone : 1.10.09

Quelle : Kantone: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien BAG / CH: T 5.01 STAT KV 04-08 und Aufsichtsdaten 1998-2003

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

2008

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	30.7%	12.2%	18.5%	473
BE	-7.5%	12.5%	-20.0%	-541
LU	3.9%	12.2%	-8.3%	-176
UR	-14.9%	11.9%	-26.7%	-508
SZ	6.2%	12.0%	-5.8%	-121
OW	-22.0%	11.7%	-33.7%	-636
NW	-2.6%	11.8%	-14.3%	-259
GL	-2.5%	13.0%	-15.5%	-334
ZG	0.7%	12.2%	-11.4%	-237
FR	15.0%	12.5%	2.4%	57
SO	1.7%	12.0%	-10.3%	-242
BS	21.5%	13.6%	8.0%	285
BL	12.8%	12.3%	0.5%	13
SH	10.8%	12.5%	-1.7%	-41
AR	-4.3%	11.8%	-16.0%	-309
AI	-3.7%	11.5%	-15.2%	-269
SG	0.4%	11.9%	-11.5%	-241
GR	7.7%	14.1%	-6.5%	-143
AG	7.5%	12.3%	-4.8%	-112
TG	23.4%	12.8%	10.6%	241
TI	26.9%	12.2%	14.7%	460
VD	34.1%	13.1%	21.0%	627
VS	6.2%	13.8%	-7.6%	-174
NE	25.1%	12.3%	12.8%	381
GE	41.4%	11.9%	29.6%	1'052
JU	19.7%	12.9%	6.9%	183
CH	16.5%	12.5%	4.0%	104

Datenstand: CH: 30.7.09 / Kantone : 1.10.09

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.

Tabellen A2

2: Leistungen und Kostenbeteiligung in der OKP

2.01 Kostenbeteiligung der Versicherten in Fr. nach Versicherungsform ab 1998	78
2.02 Kostenbeteiligung je versicherte Person in Fr. nach Versicherungsform ab 1998	79
2.03 Kantonale bezahlte Leistungen pro Versicherten pro Jahr in Franken ab 1998	80
2.04 Bruttokosten nach Kantonen	81
2.05 Bruttokosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen	82
2.06 Bruttokosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht	83
2.07 Effektive Kosten nach Kantonen	84
2.08 Effektive Kosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen	85
2.09 Effektive Kosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht	86
2.10 Kostenbeteiligung pro Versicherten pro Jahr nach Kantonen	87
2.11 Kostenbeteiligung pro Versicherten pro Jahr nach Altersgruppen und Geschlecht	88
2.12 Effektive Kosten pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen und Altersgruppen	89
2.13 Kostenbeteiligung pro Versicherten pro Jahr nach Kantonen und Altersgruppen	90
2.14 Leistungen (brutto) nach Versicherungsform ab 1998	91
2.15 Leistungen (brutto) je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1998	92
2.16 Leistungen (brutto) nach Kostengruppen ab 1998	93
2.17 Leistungen (brutto) nach Kostengruppen	94
2.18 Leistungen (brutto) je versicherte Person nach Kostengruppen ab 1998	95
2.19 Leistungen (brutto) je versicherte Person nach Kostengruppen	96
2.20 Bezahlte Leistungen nach Versicherungsform ab 1998	97
2.21 Bezahlte Leistungen je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1998	98
2.22 Leistungen (brutto) in Fr. nach Versicherungsform	99
2.23 Leistungen (brutto) in Fr. je versicherte Person nach Versicherungsform	100

T 2.01 Kostenbeteiligung der Versicherten in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1998

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2008	1'219.7	1'260.4	1.4	808.9	3'290.5	4.3%

Datenstand : 30.7.09

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

T 2.02 Kostenbeteiligung¹ je versicherte Person in Franken nach Versicherungsform ab 1998

Alle Versicherte ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
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%
2008	414	530	216	354	432	3.2%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 2.01 / T 11.01 & T 11.05

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe (Total)³

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränd. gegenüber Vorjahr
1998	68	6.3%	221	21.8%	370	17.2%
1999	69	1.1%	234	6.0%	385	4.2%
2000	72	5.0%	241	3.2%	406	5.4%
2001	75	4.4%	252	4.5%	423	4.2%
2002	75	0.0%	259	2.6%	435	2.8%
2003	77	3.0%	267	3.3%	445	2.5%
2004	81	4.4%	290	8.4%	486	9.1%
2005	88	8.9%	303	4.4%	505	4.0%
2006	90	1.8%	304	0.5%	510	1.0%
2007	93	3.6%	310	1.8%	522	2.4%
2008	95	2.5%	321	3.6%	538	3.0%

Datenstand (1997->2007) : siehe Beilage I / 2008: 1.7.09

Quelle: 1997->2007: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG ; Abdeckungsgrad der Erhebung : siehe Beilage I] / 2008: T 2.13

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

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

T 2.03 Kantonale bezahlte Leistungen ^{1,2} pro Versicherten pro Jahr in Franken ab 1998

Kanton	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ZH	1'712	1'767	1'854	1'946	1'998	2'041	2'205	2'263	2'280	2'381	2'492
BE	1'556	1'638	1'832	1'887	1'966	2'126	2'366	2'495	2'565	2'663	2'793
LU	1'247	1'320	1'425	1'530	1'580	1'687	1'800	1'961	1'926	2'026	2'115
UR	1'226	1'305	1'419	1'570	1'489	1'622	1'668	1'855	1'860	1'991	2'056
SZ	1'220	1'329	1'434	1'591	1'579	1'700	1'791	1'891	1'939	2'027	2'079
OW	1'264	1'290	1'397	1'432	1'455	1'568	1'619	1'745	1'794	1'937	2'017
NW	1'129	1'208	1'351	1'381	1'410	1'527	1'556	1'650	1'706	1'862	1'917
GL	1'340	1'481	1'589	1'657	1'720	1'748	1'866	1'970	1'960	2'032	2'174
ZG	1'230	1'291	1'396	1'564	1'652	1'696	1'773	1'867	1'886	2'019	2'068
FR	1'575	1'642	1'704	1'823	1'920	1'947	2'009	2'140	2'205	2'286	2'347
SO	1'482	1'548	1'646	1'724	1'839	2'005	2'081	2'190	2'260	2'381	2'486
BS	2'343	2'423	2'586	2'736	2'756	2'805	2'883	3'142	3'162	3'291	3'701
BL	1'649	1'770	1'894	2'012	2'085	2'167	2'197	2'359	2'387	2'508	2'713
SH	1'534	1'736	1'831	1'926	1'971	2'049	2'120	2'205	2'203	2'301	2'380
AR	1'201	1'317	1'421	1'480	1'519	1'649	1'698	1'774	1'776	1'869	1'941
AI	980	1'111	1'222	1'304	1'422	1'474	1'465	1'572	1'525	1'561	1'765
SG	1'269	1'372	1'447	1'519	1'603	1'748	1'829	1'892	1'899	1'993	2'068
GR	1'274	1'397	1'554	1'573	1'597	1'799	1'866	1'943	1'999	2'141	2'202
AG	1'368	1'484	1'600	1'689	1'760	1'854	1'912	2'044	2'097	2'167	2'280
TG	1'490	1'563	1'631	1'694	1'827	1'915	1'907	1'972	1'962	2'070	2'162
TI	1'985	2'048	2'244	2'359	2'511	2'652	2'633	2'810	2'816	2'892	2'866
VD	2'059	2'097	2'269	2'423	2'480	2'576	2'616	2'740	2'732	2'777	2'868
VS	1'392	1'477	1'625	1'716	1'795	1'906	1'912	2'033	2'087	2'216	2'292
NE	2'003	1'860	2'231	2'346	2'371	2'464	2'659	2'679	2'569	2'577	2'692
GE	2'570	2'550	2'672	2'916	3'016	2'872	2'998	3'227	3'181	3'238	3'391
JU	1'826	2'011	2'030	2'178	2'254	2'092	2'254	2'462	2'363	2'450	2'653
CH	1'648	1'717	1'847	1'947	2'014	2'109	2'212	2'330	2'351	2'442	2'548

Datenstand (1997->2007) : siehe Beilage I / 2008: 1.7.09

Quelle: 1997->2007: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG ; Abdeckungsgrad der Erhebung : siehe Beilage I] / 2008: T 2.08

1) Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen.

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

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

T 2.04 Bruttokosten¹ in Fr. nach Kantonen

2008

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	Veränd. gegenüber Vorjahr
ZH	240'278'806	1'470'619'404	2'151'708'474	3'622'327'878	3'862'606'684	6.3%
BE	145'729'199	1'219'582'521	1'748'365'639	2'967'948'160	3'113'677'359	4.7%
LU	53'423'004	353'206'335	504'301'741	857'508'076	910'931'080	5.4%
UR	4'962'661	34'142'497	46'475'115	80'617'612	85'580'273	2.8%
SZ	24'854'473	142'016'677	186'621'120	328'637'797	353'492'270	5.2%
OW	5'518'446	32'734'594	44'693'200	77'427'794	82'946'240	4.9%
NW	5'415'791	35'964'880	50'164'583	86'129'463	91'545'254	4.7%
GL	6'634'661	38'289'239	53'650'528	91'939'767	98'574'428	7.4%
ZG	16'796'570	103'762'186	147'905'051	251'667'237	268'463'807	5.1%
FR	52'984'506	282'573'288	402'163'196	684'736'484	737'720'990	5.2%
SO	42'840'915	292'480'494	400'631'361	693'111'855	735'952'770	5.8%
BS	35'598'361	283'852'860	437'239'064	721'091'924	756'690'285	6.2%
BL	52'972'969	338'486'110	473'456'967	811'943'077	864'916'046	7.2%
SH	11'085'905	81'062'222	120'823'599	201'885'821	212'971'726	4.5%
AR	7'944'377	48'079'356	67'202'029	115'281'385	123'225'762	5.7%
AI	2'387'183	13'398'648	16'723'631	30'122'279	32'509'462	13.8%
SG	79'949'838	445'473'732	627'823'477	1'073'297'209	1'153'247'047	5.5%
GR	30'708'020	194'042'010	277'216'913	471'258'923	501'966'943	4.1%
AG	102'629'927	621'153'557	862'741'141	1'483'894'698	1'586'524'625	7.1%
TG	41'934'897	244'072'606	330'917'254	574'989'860	616'924'757	6.4%
TI	54'097'677	426'692'079	601'058'728	1'027'750'807	1'081'848'484	1.0%
VD	160'336'577	819'796'537	1'252'328'960	2'072'125'497	2'232'462'074	4.7%
VS	50'702'852	325'740'427	441'812'672	767'553'099	818'255'951	4.9%
NE	32'748'370	196'766'267	299'537'016	496'303'283	529'051'653	5.0%
GE	114'719'542	579'528'323	903'136'484	1'482'664'807	1'597'384'349	5.9%
JU	14'257'035	82'635'877	118'295'391	200'931'268	215'188'303	4.1%
CH	1'391'512'562	8'706'152'726	12'566'993'334	21'273'146'060	22'664'658'622	5.4%

Datenstand: 1.7.09

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 Bruttokosten¹ in Fr. pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Kantonen

2008

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	Veränd. gegenüber Vorjahr
ZH	82	235	326	281	245	4.5%
BE	68	271	358	316	270	4.3%
LU	58	208	282	246	207	4.1%
UR	57	205	277	241	203	2.4%
SZ	70	207	279	243	207	3.4%
OW	62	200	272	236	199	3.7%
NW	58	185	261	223	191	4.0%
GL	73	211	286	249	214	6.9%
ZG	65	196	281	238	204	3.5%
FR	72	231	320	276	230	3.2%
SO	73	245	320	283	243	5.0%
BS	106	335	453	398	352	5.8%
BL	89	265	347	307	267	6.2%
SH	66	224	316	271	233	3.7%
AR	60	192	260	227	192	5.3%
AI	55	185	240	212	175	13.0%
SG	68	204	277	241	205	4.6%
GR	72	206	288	248	215	3.6%
AG	72	221	301	261	223	5.5%
TG	68	215	287	252	213	5.2%
TI	78	282	358	322	278	0.0%
VD	93	273	380	329	279	2.8%
VS	70	227	296	262	224	3.7%
NE	77	256	355	308	260	4.3%
GE	110	317	442	383	325	5.1%
JU	78	261	350	307	257	3.6%
CH	77	245	334	291	248	4.2%

Datenstand: 1.7.09

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

2008

Altersgruppen	Männlich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Weiblich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
0 - 18	79	3.5%	76	3.7%	77	3.6%
19 - 25	75	3.0%	131	5.2%	103	4.3%
26 - 30	81	3.4%	180	3.7%	131	3.5%
31 - 35	96	2.0%	214	4.8%	155	3.9%
36 - 40	115	3.1%	203	4.9%	159	4.2%
41 - 45	138	3.2%	200	4.0%	169	3.7%
46 - 50	171	3.3%	228	4.8%	199	4.1%
51 - 55	220	3.7%	271	3.4%	245	3.5%
56 - 60	285	3.6%	311	4.1%	298	3.9%
61 - 65	369	3.0%	372	3.2%	371	3.1%
66 - 70	464	4.1%	447	4.6%	455	4.4%
71 - 75	573	2.7%	545	3.3%	558	3.0%
76 - 80	701	4.2%	674	4.0%	685	4.1%
81 - 85	821	4.0%	855	3.9%	842	3.9%
86 - 90	971	3.3%	1'116	3.3%	1'069	3.3%
> 90	1'264	4.5%	1'543	2.5%	1'473	2.9%
Total	211	4.1%	285	4.3%	248	4.2%

Datenstand: 1.7.09

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

2008

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	Veränd. gegenüber Vorjahr
ZH	217'024'437	1'232'463'109	1'830'691'937	3'063'155'046	3'280'179'483	6.5%
BE	130'791'829	1'044'611'762	1'511'599'759	2'556'211'521	2'687'003'350	4.9%
LU	47'659'148	297'803'782	431'292'753	729'096'535	776'755'683	5.5%
UR	4'385'310	28'420'708	39'454'534	67'875'242	72'260'552	3.2%
SZ	22'218'386	117'102'102	156'911'866	274'013'968	296'232'354	5.1%
OW	4'961'549	27'245'540	37'897'966	65'143'506	70'105'055	4.8%
NW	4'818'919	29'685'521	42'203'097	71'888'618	76'707'537	4.5%
GL	5'972'555	31'896'490	45'411'231	77'307'721	83'280'276	7.7%
ZG	15'115'821	86'036'735	125'095'290	211'132'025	226'247'846	5.1%
FR	47'593'073	237'271'346	342'925'747	580'197'093	627'790'166	5.4%
SO	38'582'046	247'300'135	341'404'442	588'704'577	627'286'623	5.9%
BS	32'303'621	246'744'659	383'543'032	630'287'691	662'591'312	6.6%
BL	47'487'470	283'424'982	401'275'833	684'700'815	732'188'285	7.6%
SH	9'995'993	68'110'679	102'849'991	170'960'670	180'956'663	4.8%
AR	7'171'660	39'950'934	56'517'714	96'468'648	103'640'308	5.9%
AI	2'163'201	11'110'285	13'984'398	25'094'683	27'257'884	14.5%
SG	71'877'782	369'745'969	529'543'050	899'289'019	971'166'801	5.5%
GR	27'840'169	162'861'027	237'131'371	399'992'398	427'832'567	4.1%
AG	92'768'407	521'684'868	734'555'780	1'256'240'648	1'349'009'055	7.4%
TG	37'646'600	204'830'683	280'189'405	485'020'088	522'666'688	6.7%
TI	48'001'741	364'021'888	516'009'539	880'031'427	928'033'168	1.0%
VD	141'634'016	696'499'225	1'076'901'405	1'773'400'630	1'915'034'646	4.8%
VS	45'500'264	276'126'054	376'862'598	652'988'652	698'488'916	5.0%
NE	29'199'609	168'392'850	259'464'353	427'857'203	457'056'812	5.0%
GE	103'414'003	500'287'158	787'014'936	1'287'302'094	1'390'716'097	6.3%
JU	12'666'944	70'440'174	102'022'429	172'462'603	185'129'547	4.4%
CH	1'248'794'553	7'364'068'665	10'762'754'456	18'126'823'121	19'375'617'674	5.6%

Datenstand: 1.7.09

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 Kosten¹ in Fr. pro Versicherten pro
Versicherungsmonat nach Kantonen**

2008

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene
ZH	74	197	277	238	208
BE	61	232	309	272	233
LU	52	175	241	209	176
UR	50	170	235	203	171
SZ	63	171	234	202	173
OW	56	166	230	198	168
NW	51	153	220	186	160
GL	66	176	242	210	181
ZG	59	163	238	200	172
FR	65	194	273	234	196
SO	66	207	273	241	207
BS	96	291	397	348	308
BL	80	222	294	259	226
SH	60	188	269	229	198
AR	54	160	219	190	162
AI	50	153	201	177	147
SG	61	169	234	202	172
GR	65	173	246	210	184
AG	65	186	256	221	190
TG	61	181	243	212	180
TI	69	241	307	276	239
VD	82	232	327	282	239
VS	62	192	252	223	191
NE	68	219	308	266	224
GE	99	274	385	332	283
JU	69	222	302	263	221
CH	69	207	286	248	212

Datenstand: 1.7.09

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 Kosten¹ in Fr. pro Versicherten pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht

2008

Altersgruppen	Männlich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Weiblich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
0 - 18	71	3.7%	68	3.9%	69	3.8%
19 - 25	53	2.6%	98	5.5%	76	4.4%
26 - 30	60	3.5%	143	3.6%	101	3.5%
31 - 35	71	1.6%	173	5.1%	122	4.0%
36 - 40	87	3.0%	162	5.0%	124	4.3%
41 - 45	108	3.1%	159	4.1%	133	3.7%
46 - 50	136	3.3%	184	5.1%	160	4.3%
51 - 55	181	3.9%	223	3.5%	202	3.7%
56 - 60	240	3.8%	261	4.5%	250	4.2%
61 - 65	317	3.1%	319	3.4%	318	3.2%
66 - 70	407	4.3%	390	4.9%	398	4.6%
71 - 75	511	2.8%	484	3.5%	496	3.2%
76 - 80	634	4.5%	608	4.3%	619	4.4%
81 - 85	749	4.2%	783	4.2%	770	4.2%
86 - 90	893	3.5%	1'037	3.5%	990	3.5%
> 90	1'175	4.7%	1'453	2.6%	1'383	3.0%
Total	179	4.3%	244	4.5%	212	4.4%

Datenstand: 1.7.09

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

2008

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene
ZH	96	456	583	521	442
BE	83	467	581	526	443
LU	75	391	490	442	365
UR	79	412	503	457	379
SZ	89	436	533	484	402
OW	75	402	495	449	369
NW	76	388	497	442	371
GL	87	423	528	476	399
ZG	78	402	520	461	386
FR	88	444	566	506	411
SO	88	454	568	512	431
BS	118	526	668	601	526
BL	110	517	635	578	492
SH	78	429	564	498	421
AR	70	390	496	444	367
AI	62	379	472	425	340
SG	82	416	520	469	388
GR	81	398	500	449	382
AG	83	425	536	481	401
TG	84	416	528	472	390
TI	105	498	607	556	475
VD	130	493	640	570	475
VS	86	415	522	469	393
NE	100	443	571	510	424
GE	130	520	681	605	504
JU	105	462	578	522	431
CH	95	453	575	516	433

Datenstand: 1.7.09

Quelle: T 2.05 - T 2.08

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

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

2008

Altersgruppen	Männlich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Weiblich	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
0 - 18	97	1.5%	94	2.2%	95	1.8%
19 - 25	257	4.0%	384	4.2%	321	4.1%
26 - 30	261	3.2%	444	3.8%	352	3.5%
31 - 35	300	3.0%	494	3.8%	397	3.4%
36 - 40	335	3.5%	500	4.3%	417	3.9%
41 - 45	365	3.5%	503	3.9%	433	3.7%
46 - 50	409	3.3%	531	3.7%	469	3.5%
51 - 55	472	2.7%	572	2.8%	522	2.7%
56 - 60	546	2.8%	598	2.3%	572	2.5%
61 - 65	627	2.6%	641	1.9%	634	2.3%
66 - 70	692	2.8%	686	2.3%	689	2.6%
71 - 75	743	1.8%	731	1.8%	736	1.8%
76 - 80	799	1.7%	790	1.5%	794	1.6%
81 - 85	862	1.6%	864	1.6%	863	1.6%
86 - 90	935	1.2%	950	0.9%	945	1.0%
> 90	1'068	2.4%	1'076	0.8%	1'074	1.2%
Total	380	3.2%	484	3.1%	433	3.1%

Datenstand: 1.7.09

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
2008

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	74	81	254	208	4.7%
BE	61	77	294	233	4.4%
LU	52	60	228	176	4.2%
UR	50	56	222	171	2.8%
SZ	63	64	219	173	3.2%
OW	56	65	217	168	3.6%
NW	51	58	201	160	3.8%
GL	66	74	228	181	7.3%
ZG	59	68	214	172	3.6%
FR	65	80	253	196	3.4%
SO	66	74	261	207	5.2%
BS	96	101	371	308	6.2%
BL	80	88	277	226	6.6%
SH	60	70	249	198	4.1%
AR	54	55	207	162	5.6%
AI	50	44	196	147	13.7%
SG	61	65	221	172	4.7%
GR	65	61	230	184	3.6%
AG	65	74	239	190	5.8%
TG	61	69	231	180	5.5%
TI	69	64	295	239	-0.1%
VD	82	85	304	239	3.0%
VS	62	66	243	191	3.8%
NE	68	71	288	224	4.4%
GE	99	110	356	283	5.5%
JU	69	61	288	221	4.0%
CH	69	76	267	212	4.4%

Datenstand: 1.7.09

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

2008

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	96	329	541	442	3.4%
BE	83	316	550	443	3.4%
LU	75	271	464	365	3.6%
UR	79	295	478	379	0.5%
SZ	89	319	504	402	4.0%
OW	75	280	472	369	4.1%
NW	76	268	462	371	5.3%
GL	87	312	498	399	5.1%
ZG	78	301	478	386	3.3%
FR	88	324	529	411	2.0%
SO	88	313	537	431	4.4%
BS	118	382	622	526	3.2%
BL	110	376	599	492	4.0%
SH	78	296	522	421	1.8%
AR	70	270	466	367	4.1%
AI	62	261	449	340	9.6%
SG	82	302	492	388	4.4%
GR	81	279	471	382	3.4%
AG	83	305	503	401	3.9%
TG	84	301	495	390	3.7%
TI	105	344	575	475	0.0%
VD	130	355	594	475	1.8%
VS	86	283	493	393	2.9%
NE	100	305	533	424	4.2%
GE	130	390	628	504	2.6%
JU	105	319	546	431	1.4%
CH	95	321	538	433	3.1%

Datenstand: 1.7.09

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, Bundesamt für Gesundheit

T 2.14 Leistungen (brutto) in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1998

Jahr ¹	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränk- te Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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%
2008	12'358.2	6'003.8	10.2	4'349.7	22'721.9	5.3%

Datenstand : 30.7.09

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 1998

Alle Versicherte ¹	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber. Vorjahr
Jahr						
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%
2008	4'193	2'525	1'563	1'904	2'984	4.2%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 2.23

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe (Total) ²

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränd. gegenüber. Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränd. gegenüber. Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränd. gegenüber. Vorjahr
1998	620	7.2%	941	5.6%	2'462	7.5%
1999	635	2.5%	971	3.2%	2'570	4.4%
2000	670	5.5%	1'029	5.9%	2'754	7.2%
2001	702	4.8%	1'073	4.3%	2'898	5.2%
2002	716	1.9%	1'091	1.7%	2'995	3.3%
2003	742	3.7%	1'121	2.8%	3'118	4.1%
2004	782	5.5%	1'166	4.1%	3'296	5.7%
2005	842	7.7%	1'193	2.3%	3'457	4.9%
2006	853	1.2%	1'172	-1.8%	3'484	0.8%
2007	903	5.9%	1'191	1.6%	3'601	3.4%
2008	927	2.7%	1'232	3.5%	3'746	4.0%

Datenstand (1997->2007) : siehe Beilage I / 2008: 1.7.09

Quelle: T 2.02 & T 2.21

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

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

T 2.16 Leistungen (brutto) in Mio. Franken nach Kostengruppen ab 1998

Jahr ²	Ambulante ¹ Behandlung	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Arzt (ambulant)	davon Spital (ambulant)	davon Medikamente (Arzt)	davon Medikamente (Apothek)	davon Spälex	davon Physiotherapie	davon Labor	davon Chiropraktik	davon Mittel und Gegenstände	davon Betriebsbeihilfe an HMO's	davon Komplementär- medizin
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
2008	15'616	6.4%	5'104	3'265	1'619	3'020	496	573	687	72	375	56	11
Jahresdurchschnittliche Veränderung 1998-2008	5.3%	-	3.1%	9.6%	5.7%	5.4%	8.3%	3.2%	5.6%	2.4%	13.6%	-4.4%	-

Jahr ²	«intra-muros» ¹ Behandlung	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Pflegerheim	Total Leistungen	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1998	4'691	6.6%	3'570	1'092	14'024	6.7%
1999	4'794	2.2%	3'611	1'170	14'621	4.3%
2000	4'936	3.0%	3'696	1'215	15'478	5.9%
2001	5'078	2.9%	3'798	1'258	16'386	5.9%
2002	5'231	3.0%	3'784	1'392	17'096	4.3%
2003	5'637	7.8%	4'112	1'478	17'924	4.8%
2004	6'209	10.1%	4'569	1'573	19'140	6.8%
2005	6'451	3.9%	4'803	1'587	20'348	6.3%
2006	6'572	1.9%	4'893	1'627	20'603	1.3%
2007	6'903	5.0%	5'137	1'707	21'579	4.7%
2008	7'106	2.9%	5'268	1'784	22'722	5.3%
Jahresdurchschnittliche Veränderung 1998-2008	4.2%	-	3.9%	5.0%	4.9%	-

Datenstand: 30.7.09

1) Als «intra-muros»-Behandlung gelten die Kategorien «Spital stationär», «Pflegerheim» und «übrige Leistungen stationär»; als ambulante Kosten gelten alle übrigen Kategorien.
2) Werte 1997 teilweise geschätzt, Werte 1998 mit Datenstand Oktober 2001 revidiert.

Quelle: T 2.17

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, Bundesamt für Gesundheit

T 2.17 Leistungen (brutto) in Franken nach Kostengruppen

Kostengruppen	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüb. Vorjahr in 1000 Fr.	Veränd. gegenüb. Vorjahr in %
Arzt ambulant	1'734'350'167	2'809'660'817	559'870'108	5'103'881'092	22.5%	268'146	5.5%
Spital stationär ²	2'264'655'982	2'763'746'032	229'708'602	5'258'110'616	23.1%	120'962	2.4%
Spital ambulant	1'363'391'651	1'619'640'609	272'283'129	3'255'315'389	14.3%	430'628	15.2%
Medikamente Arzt	674'266'846	868'481'049	76'666'676	1'619'414'570	7.1%	100'520	6.6%
Medikamente Apotheke	1'273'979'331	1'646'438'473	99'150'658	3'019'568'462	13.3%	131'874	4.6%
Pflegeheim ²	459'368'744	1'324'720'033	262'199	1'784'350'975	7.9%	77'803	4.6%
Spitex	162'820'958	330'911'503	2'415'034	496'147'494	2.2%	40'038	8.8%
Physiotherapie	189'818'948	354'057'687	28'844'396	572'721'031	2.5%	18'794	3.4%
Labor	228'909'073	415'812'014	41'876'751	686'597'837	3.0%	53'556	8.5%
Chiropraktik	26'995'683	41'282'713	3'418'507	71'696'903	0.3%	468	0.7%
Mittel und Gegenstände	173'147'271	174'963'472	26'432'497	374'543'240	1.6%	740	0.2%
Betriebsbeiträge an HMO's ¹	20'105'064	32'307'646	3'132'909	55'545'619	0.2%	-8'575	-13.4%
Komplementärmedizin	2'857'304	7'544'740	427'583	10'829'627	0.0%	1'034	10.6%
Übrige Leistungen ambulant ⁵	121'581'981	173'068'958	54'753'806	349'404'745	1.5%	-97'247	-21.8%
Übrige Leistungen stationär ^{2,4}	29'733'690	29'269'851	4'780'341	63'783'881	0.3%	4'483	7.6%
Leistungen Total	8'725'982'692	12'591'905'596	1'404'023'194	22'721'911'483	100.0%	1'143'223	5.3%
davon Leistungen Mutterschaft	-	553'479'333	2'620'516	555'652'725	2.4%	52'300	10.4%
davon Medikamente Spital ambulant ³	235'289'302	247'387'006	9'961'275	492'637'582	2.2%	95'035	23.9%

Datenstand : 30.7.09

- 1) Sofern keine Aufteilung nach den anderen aufgeführten Kostengruppen möglich ist.
- 2) Intra-muros Behandlung; andere Gruppen = ambulante Behandlung.
- 3) Kategorie "Medikamente Spital ambulant": gehört zur Kategorie "Spital ambulant".
- 4) Zum Beispiel Heilbäder.
- 5) Zum Beispiel Logopädie, Ergotherapie, Transport-/Rettungsunternehmen.

Quelle: Formular EF3 [T 3.6]

T 2.18 Leistungen (brutto) in Franken je versicherte Person nach Kostengruppen ab 1998 ^{1,2}

Jahr	Ämbulante Behandlung	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Arzt (ambulante)	davon Spital (ambulante)	davon Medikamente (Arzt)	davon Medikamente (Apotheke)	davon Späx	Physiotherapie	Labor	Chiropraktik	Mittel und Betriebsbeiträge an HMO's	davon Komplementärmedizin
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
2002	1'615	4.3%	559	269	172	344	39	69	66	9	28	15
2003	1'667	3.2%	566	290	183	353	43	67	65	9	29	15
2004	1'751	5.1%	593	297	189	372	49	68	80	9	35	11
2005	1'869	6.7%	609	359	198	378	52	72	89	9	40	7
2006	1'876	0.4%	619	354	197	378	56	72	84	9	45	8
2007	1'947	3.8%	642	375	202	383	61	73	84	9	50	9
2008	2'051	5.3%	670	427	213	397	65	75	90	9	49	7
Jahresdurchschnittliche Veränderung 1998-2008	4.8%	-	2.8%	9.0%	5.1%	4.9%	7.7%	2.7%	5.1%	1.9%	13.1%	-4.9%

Jahr	«Intra-muros» Behandlung	Veränd. gegenüb. Vorjahr	davon Spital (stationär)	davon Pflegeheim
1998	647	6.4%	493	151
1999	659	1.8%	497	161
2000	679	3.0%	509	167
2001	696	2.4%	520	172
2002	712	2.4%	515	190
2003	765	7.4%	558	200
2004	841	10.0%	619	213
2005	868	3.2%	646	213
2006	879	1.3%	654	218
2007	916	4.2%	682	226
2008	933	1.9%	690	234
Jahresdurchschnittliche Veränderung 1998-2008	3.7%	-	3.4%	4.5%

Datenstand: 30.7.09

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

2) Werte neu berechnet anhand der mittleren Versichertenbestände vom 1998 bis 2005.

Quelle: T 2.18 / 11.01

Total Leistungen	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1935	6.6%
2011	3.9%
2'131	5.9%
2'244	5.3%
2'328	3.7%
2'431	4.5%
2'592	6.6%
2'736	5.6%
2'755	0.7%
2'863	3.9%
2'984	4.2%
4.4%	-

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

Kostengruppen	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr in %
Arzt ambulant	585	894	371	670	22.5%	29	4.5%
Spital stationär ²	763	880	152	690	23.1%	9	1.3%
Spital ambulant	460	516	181	427	14.3%	53	14.1%
Medikamente Arzt	227	276	51	213	7.1%	11	5.5%
Medikamente Apotheke	430	524	66	397	13.3%	13	3.5%
Pflegeheim ²	155	422	0	234	7.9%	8	3.5%
Spitex	55	105	2	65	2.2%	5	7.7%
Physiotherapie	64	113	19	75	2.5%	2	2.3%
Labor	77	132	28	90	3.0%	6	7.4%
Chiropraktik	9	13	2	9	0.3%	0	-0.4%
Mittel und Gegenstände	58	56	18	49	1.6%	0	-0.8%
Betriebsbeiträge an HMO's ¹	7	10	2	7	0.2%	-1	-14.3%
Komplementärmedizin	1	2	0	1	0.0%	0	9.2%
Übrige Leistungen ambulant ⁵	41	55	36	46	1.5%	-13	-22.6%
Übrige Leistungen stationär ^{2,4}	10	9	3	8	0.3%	1	6.5%
Leistungen Total	2'942	4'008	931	2'984	100.0%	121	4.2%

davon Leistungen Mutterschaft	-	176	2	-	-	-	-
davon Medikamente Spital ambulant ³	79	79	7	65	2.2%	12	22.6%

Datenstand : 30.7.09

- 1) Sofern keine Aufteilung nach den anderen aufgeführten Kostengruppen möglich ist.
- 2) Intra-muros Behandlung; andere Gruppen = ambulante Behandlung.
- 3) Kategorie "Medikamente Spital ambulant": gehört zur Kategorie "Spital ambulant".
- 4) Zum Beispiel Heilbäder.
- 5) Zum Beispiel Logopädie, Ergotherapie, Transport-/Rettungsunternehmen.

Quelle: T 2.17 / T 11.01

T 2.20 Bezahlte Leistungen ¹ in Mio. Franken nach Versicherungsform ab 1998

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2008	11'138.5	4'743.4	8.8	3'540.8	19'431.5	5.5%

Datenstand : 30.7.09

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

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

T 2.21 Bezahlte Leistungen ¹ in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1998

Alle Versicherte ²	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
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%
2008	3'779	1'995	1'347	1'550	2'552	4.4%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 2.20 / T 11.01 & T 11.05

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe (Total) ³

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränd. gegenüber Vorjahr
1998	552	7.3%	721	1.4%	2'092	6.0%
1999	566	2.6%	738	2.3%	2'185	4.4%
2000	598	5.6%	787	6.7%	2'348	7.5%
2001	627	4.9%	821	4.3%	2'475	5.4%
2002	640	2.1%	832	1.4%	2'560	3.4%
2003	664	3.7%	854	2.6%	2'673	4.4%
2004	702	5.6%	877	2.7%	2'811	5.1%
2005	754	7.5%	890	1.6%	2'952	5.0%
2006	763	1.2%	868	-2.5%	2'974	0.7%
2007	810	6.2%	881	1.6%	3'079	3.5%
2008	832	2.7%	911	3.4%	3'208	4.2%

Datenstand (1997->2007) : siehe Beilage I / 2008: 1.7.09

Quelle: 1997->2007: DATENPOOL santésuisse [Auswertung BAG ; Abdeckungsgrad der Erhebung : siehe Beilage I] / 2008: T 2.12

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

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

T 2.22 Leistungen (brutto) in Franken nach Versicherungsform

2008

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	4'561'382'546	6'866'149'552	930'644'277	12'358'176'374	54.4%	1.0%
Wählbare Jahresfranchisen	2'528'907'487	3'381'177'053	93'746'945	6'003'831'485	26.4%	-0.9%
BONUS-Versicherung	5'695'715	4'415'807	65'046	10'176'569	0.0%	12.9%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	1'629'996'944	2'340'163'183	379'566'927	4'349'727'054	19.1%	32.6%
Total	8'725'982'692	12'591'905'595	1'404'023'195	22'721'911'483	100.0%	5.3%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: Formular EF3 [T 3.5]

T 2.23 Leistungen (brutto) in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform**2008**

Versicherungsform ¹	Männer	Frauen	Kinder	Total	Abweichung vom Gesamtdurchschnitt	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	5'164	5'952	1'031	4'193	1'210	7.4%
Wählbare Jahresfranchisen	2'124	3'139	792	2'525	-458	7.0%
BONUS-Versicherung	1'353	1'963	845	1'563	-1'421	19.1%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	1'835	2'575	780	1'904	-1'079	6.3%
Total	2'942	4'008	931	2'984	0	4.2%

Datenstand : 30.7.09

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

Tabellen A3

3: Prämientarife in der OKP

3.01	Monatliche Durchschnittsprämien ab 1996 : CH	104
3.02	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für Erwachsene pro Prämienregion 2010	105
3.03	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für junge Erwachsene pro Prämienregion 2010	106
3.04	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien für Kinder pro Prämienregion 2010	107
3.05	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für Erwachsene 2010	108
3.06	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für junge Erwachsene 2010	109
3.07	Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für Kinder 2010	110
3.08	Kantonale Durchschnittsprämien pro Versicherten pro Jahr ab 1998	111
3.09	Prämiensoll nach Versicherungsform ab 1998	112
3.10	Prämiensoll nach Versicherungsform	113
3.11	Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform	114
3.12	Prämiensoll je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1998	115
3.13	Kantonale Durchschnittsprämien pro Versicherten nach Altersgruppen	116

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

Jahr	Erwachsene (26 J. und älter) ²	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre) ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Kinder (0-18 Jahre) ⁴	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1996	173.1	–	114.7	–	47.7	–
1997	188.1	8.7%	124.7	8.7%	51.9	8.7%
1998	197.3	4.9%	125.3	0.5%	51.8	-0.1%
1999	203.9	3.3%	130.2	3.9%	53.3	3.0%
2000	211.7	3.8%	134.7	3.5%	55.2	3.4%
2001	223.3	5.5%	149.8	11.2%	57.7	4.5%
2002	245.0	9.7%	172.2	15.0%	63.1	9.5%
2003	268.5	9.6%	198.7	15.4%	69.0	9.3%
2004	280.0	4.3%	213.3	7.3%	71.8	4.1%
2005	290.2	3.7%	225.1	5.5%	72.0	0.2%
2006	306.4	5.6%	241.2	7.1%	74.5	3.5%
2007	313.0	2.2%	246.3	2.1%	75.7	1.7%
2008	314.6	0.5%	248.0	0.7%	75.3	-0.6%
2009	322.9	2.6%	258.5	4.2%	76.4	1.5%
2010	351.1	8.7%	293.9	13.7%	84.0	10.0%

Datenstand: 1.10.09

Quelle: T 3.02, 3.03, 3.04

- 1) Prämien publiziert in den OKP Prämienwegweisern 1996->2010 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 Durchschnittsprämien¹ pro Prämienregion²
für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2010**

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2000 - 2010
ZH	378.6	335.6	310.5		339.6	8.9%	4.7%
BE	425.8	377.5	350.3		385.7	11.5%	6.5%
LU	326.3	303.4	290.9		309.2	11.1%	6.6%
UR				285.1	285.1	12.9%	6.2%
SZ				302.1	302.1	11.7%	6.5%
OW				282.9	282.9	14.6%	6.2%
NW				255.8	255.8	11.0%	5.7%
GL				296.4	296.4	9.9%	6.5%
ZG				291.2	291.2	10.5%	6.4%
FR	346.0	313.9			324.9	8.9%	4.7%
SO				326.4	326.4	10.2%	4.8%
BS				452.4	452.4	7.7%	4.8%
BL	376.5	347.1			368.4	11.1%	5.6%
SH	344.6	316.5			333.1	8.9%	5.6%
AR				276.8	276.8	11.7%	6.3%
AI				257.0	257.0	10.5%	6.8%
SG	333.3	305.4	293.6		310.7	10.4%	6.6%
GR	317.5	298.1	279.4		298.8	12.3%	6.8%
AG				326.2	326.2	10.5%	6.4%
TG				321.9	321.9	8.5%	6.0%
TI	390.7	364.7			386.7	3.9%	4.6%
VD	403.8	376.9			395.5	5.5%	3.7%
VS	310.6	276.0			300.0	10.0%	5.8%
NE				381.9	381.9	3.6%	4.2%
GE				435.4	435.4	4.1%	3.1%
JU				364.8	364.8	7.3%	4.4%
CH	-	-	-	-	351.1	8.7%	5.2%

Datenstand: 1.10.09

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 2010 vom BAG.

T 3.03 Kantonale monatliche Durchschnittsprämien¹ pro Prämienregion² für junge Erwachsene (19 -25 Jahre) in Franken für 2010

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2000 - 2010
ZH	326.9	284.9	262.6		286.8	14.9%	7.5%
BE	359.7	308.0	283.7		315.7	15.8%	9.1%
LU	271.7	250.8	238.7		254.2	14.8%	9.4%
UR				234.1	234.1	16.7%	8.7%
SZ				248.7	248.7	15.6%	9.2%
OW				232.5	232.5	17.5%	8.7%
NW				211.3	211.3	14.0%	8.3%
GL				244.7	244.7	15.0%	8.9%
ZG				243.7	243.7	14.7%	9.0%
FR	294.3	262.3			273.5	11.3%	7.4%
SO				275.2	275.2	15.7%	7.7%
BS				386.5	386.5	13.1%	7.8%
BL	314.6	288.6			306.8	15.8%	8.3%
SH	294.7	267.1			283.5	16.0%	8.2%
AR				235.6	235.6	18.2%	9.6%
AI				216.8	216.8	15.4%	9.9%
SG	281.0	255.1	244.7		259.9	15.7%	9.5%
GR	265.0	249.2	228.9		248.3	16.9%	9.8%
AG				274.0	274.0	15.7%	9.2%
TG				271.8	271.8	14.2%	8.9%
TI	335.3	308.4			331.1	9.4%	7.7%
VD	357.8	334.5			350.2	10.1%	7.0%
VS	268.0	220.8			253.1	13.3%	8.4%
NE				335.3	335.3	9.0%	7.3%
GE				374.0	374.0	7.8%	5.9%
JU				317.5	317.5	12.1%	7.9%
CH	-	-	-	-	293.9	13.7%	8.1%

Datenstand: 1.10.09

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 2010 vom BAG.

T 3.04 Kantonale monatliche Durchschnittsprämien ¹ pro Prämienregion ²
für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken für 2010

Kanton	R1	R2	R3	RU	Total ³	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Jahresdurch- schnittliche Veränderung 2000 - 2010
ZH	91.7	81.6	75.7		81.7	10.1%	4.0%
BE	101.8	88.9	81.6		90.5	12.6%	5.3%
LU	79.0	71.9	68.1		72.8	9.7%	5.8%
UR				68.1	68.1	10.7%	5.5%
SZ				71.5	71.5	10.2%	5.6%
OW				67.2	67.2	12.7%	5.2%
NW				61.1	61.1	8.8%	4.7%
GL				69.5	69.5	9.5%	5.4%
ZG				70.8	70.8	10.6%	5.5%
FR	83.4	75.1			77.9	9.3%	3.6%
SO				79.9	79.9	12.2%	4.7%
BS				110.8	110.8	9.2%	4.4%
BL	92.7	85.0			90.3	12.3%	5.0%
SH	83.4	76.8			80.3	9.8%	5.0%
AR				66.9	66.9	12.4%	5.7%
AI				62.5	62.5	10.9%	6.1%
SG	81.3	73.9	70.9		75.0	11.0%	5.9%
GR	77.7	73.4	66.7		72.8	12.9%	6.2%
AG				77.6	77.6	10.8%	5.5%
TG				78.9	78.9	10.4%	5.3%
TI	93.7	87.9			92.8	6.4%	3.3%
VD	101.1	93.3			98.5	9.2%	2.2%
VS	76.1	65.4			73.1	10.3%	4.4%
NE				87.9	87.9	6.3%	2.6%
GE				101.5	101.5	6.1%	1.7%
JU				85.3	85.3	6.0%	3.3%
CH	-	-	-	-	84.0	10.0%	4.3%

Datenstand: 1.10.09

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 2010 vom BAG.

**T 3.05 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien ¹
für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken für 2010**

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	289	315	335	355	411
BE	325	353	387	410	472
LU	249	295	304	335	359
UR	235	264	299	299	319
SZ	257	290	290	317	357
OW	241	279	282	288	320
NW	226	240	263	267	289
GL	250	261	302	320	329
ZG	256	279	290	306	324
FR	277	303	325	343	372
SO	289	299	330	344	360
BS	354	446	460	468	558
BL	308	344	371	385	420
SH	284	307	332	356	371
AR	229	275	275	297	318
AI	225	246	259	270	274
SG	260	294	308	327	350
GR	239	289	294	312	359
AG	280	302	327	347	361
TG	278	299	322	338	365
TI	333	365	382	401	446
VD	353	365	395	410	467
VS	255	282	301	332	346
NE	330	350	389	403	438
GE	386	413	445	446	471
JU	312	351	354	392	406
CH	275	310	345	387	453

Datenstand: 1.10.09

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

Schätzung basierend auf den Prämien 2010 und der Aufteilung der Versicherten 2008.

T 3.06 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien ¹ für junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken für 2010

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	244	268	281	302	340
BE	247	271	317	349	390
LU	217	239	249	269	290
UR	207	212	239	244	271
SZ	213	232	249	268	303
OW	214	226	230	231	272
NW	188	192	217	220	246
GL	205	222	248	264	272
ZG	213	223	250	253	275
FR	234	242	274	299	331
SO	242	260	273	293	306
BS	351	374	380	400	457
BL	259	291	306	323	347
SH	249	269	285	299	312
AR	195	234	234	251	254
AI	191	202	220	230	233
SG	211	241	261	275	298
GR	191	240	244	264	287
AG	242	255	276	286	306
TG	242	257	272	287	310
TI	279	311	333	348	379
VD	305	336	347	370	408
VS	198	241	266	273	294
NE	298	299	325	370	394
GE	349	351	370	387	421
JU	299	299	314	329	347
CH	232	258	284	329	381

Datenstand: 1.10.09

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.

Schätzung basierend auf den Prämien 2010 und der Aufteilung der Versicherten 2008.

T 3.07 Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien ¹ für Kinder (0 - 18 Jahre) in Franken für 2010

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	68	76	81	86	99
BE	72	81	89	99	116
LU	56	64	74	76	87
UR	54	63	65	75	80
SZ	55	68	73	73	80
OW	59	61	71	71	80
NW	54	59	60	60	78
GL	53	62	70	76	82
ZG	56	70	70	73	94
FR	69	74	76	82	90
SO	66	71	84	86	90
BS	86	110	115	116	123
BL	76	85	91	95	105
SH	59	76	81	88	93
AR	50	60	69	72	80
AI	50	59	63	68	71
SG	63	70	75	79	88
GR	55	72	74	78	83
AG	62	70	80	81	90
TG	64	76	80	85	90
TI	63	86	93	101	109
VD	78	91	97	108	122
VS	61	68	72	82	84
NE	63	87	88	97	118
GE	70	91	105	109	116
JU	59	79	88	98	111
CH	63	74	82	92	111

Datenstand: 1.10.09

Quelle: Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, BAG.

1) Vgl. Fussnote 1) von Tabelle 3.01.
Schätzung basierend auf den Prämien 2010 und der Aufteilung der Versicherten 2008.

T 3.08 Kantonale Durchschnittsprämien ¹ pro Versicherten pro Jahr in Franken ab 1998

Kanton	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ZH	1'800	1'859	1'932	2'001	2'176	2'367	2'495	2'512	2'597	2'607	2'568
BE	1'713	1'780	1'812	1'870	2'083	2'276	2'416	2'478	2'658	2'719	2'704
LU	1'377	1'373	1'446	1'525	1'681	1'833	1'965	2'019	2'090	2'143	2'126
UR	1'371	1'354	1'389	1'439	1'574	1'730	1'827	1'873	1'900	1'932	1'912
SZ	1'422	1'399	1'426	1'495	1'667	1'833	1'958	2'019	2'082	2'113	2'104
OW	1'338	1'335	1'367	1'424	1'534	1'625	1'734	1'788	1'846	1'883	1'880
NW	1'307	1'290	1'317	1'362	1'472	1'597	1'703	1'753	1'804	1'836	1'824
GL	1'402	1'416	1'453	1'515	1'686	1'874	1'994	2'060	2'140	2'194	2'174
ZG	1'396	1'376	1'417	1'477	1'629	1'805	1'966	2'020	2'089	2'121	2'090
FR	1'692	1'708	1'793	1'884	2'033	2'146	2'232	2'290	2'366	2'384	2'358
SO	1'672	1'675	1'733	1'799	1'933	2'102	2'242	2'287	2'349	2'378	2'384
BS	2'306	2'446	2'557	2'692	2'885	3'132	3'390	3'455	3'572	3'608	3'582
BL	1'850	1'846	1'899	1'967	2'140	2'335	2'504	2'542	2'625	2'668	2'654
SH	1'601	1'634	1'687	1'766	1'982	2'190	2'328	2'363	2'445	2'493	2'480
AR	1'329	1'316	1'346	1'415	1'544	1'704	1'786	1'841	1'925	1'948	1'940
AI	1'160	1'141	1'157	1'243	1'360	1'486	1'573	1'626	1'712	1'755	1'768
SG	1'384	1'410	1'446	1'515	1'649	1'790	1'926	1'988	2'078	2'110	2'119
GR	1'345	1'380	1'377	1'519	1'714	1'923	2'061	2'103	2'181	2'213	2'224
AG	1'393	1'472	1'544	1'657	1'838	2'014	2'146	2'188	2'271	2'322	2'332
TG	1'452	1'507	1'559	1'679	1'869	2'058	2'194	2'230	2'302	2'316	2'298
TI	2'212	2'198	2'220	2'272	2'467	2'677	2'936	3'024	3'164	3'188	3'150
VD	2'270	2'319	2'317	2'401	2'582	2'789	2'938	2'978	3'089	3'081	2'995
VS	1'545	1'554	1'580	1'622	1'747	1'912	2'070	2'155	2'234	2'290	2'284
NE	2'074	2'122	2'170	2'242	2'442	2'628	2'856	2'941	3'027	3'039	2'972
GE	2'601	2'619	2'755	2'907	3'137	3'318	3'499	3'546	3'664	3'642	3'556
JU	1'925	1'920	2'008	2'166	2'326	2'455	2'614	2'682	2'756	2'739	2'671
CH	1'763	1'801	1'853	1'932	2'106	2'296	2'444	2'494	2'596	2'623	2'596

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 1998

Jahr ¹	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versiche- rung	Einge- schränk- te Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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%
2008	8'154.1	6'692.3	16.3	4'829.6	19'692.3	0.0%

Datenstand : 30.7.09

1) Vgl. Fussnote 3) von Tabelle 11.02.

Quelle: T 3.10

T 3.10 Prämien soll in Franken nach Versicherungsform

2008

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	3'146'882'858	4'207'052'948	800'139'644	8'154'075'451	41.4%	-4.4%
Wählbare Jahresfranchisen	3'339'543'077	3'276'246'757	76'464'613	6'692'254'447	34.0%	-7.4%
BONUS-Versicherung	10'445'407	5'847'340	54'150	16'346'897	0.1%	-3.0%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	2'144'460'830	2'350'451'398	334'678'201	4'829'590'430	24.5%	23.5%
Total	8'641'332'173	9'839'598'443	1'211'336'608	19'692'267'224	100.0%	0.0%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: Formular EF3 [T 3.4]

T 3.11 Prämiensoll in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ¹**2008**

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Abweichung vom Gesamtdurchschnitt	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	3'563	3'647	886	2'767	181	1.6%
Wählbare Jahresfranchisen	2'805	3'042	646	2'815	229	-0.1%
BONUS-Versicherung	2'481	2'599	704	2'511	-75	2.3%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	2'415	2'586	688	2'114	-472	-1.0%
Total	2'913	3'132	803	2'586	0	-1.0%

Datenstand : 30.7.09

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 3.10

T 3.12 Prämienoll in Franken je versicherte Person nach Versicherungsform ab 1998

Alle Versicherte ¹ Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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%
2008	2'767	2'815	2'511	2'114	2'586	-1.0%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 3.11

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe (Total) ²

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränd. gegenüb. Vorjahr
1998	589	3.1%	1'564	7.2%	2'142	5.8%
1999	603	2.4%	1'581	1.1%	2'190	2.2%
2000	622	3.1%	1'567	-0.9%	2'257	3.0%
2001	653	5.0%	1'581	0.9%	2'353	4.2%
2002	712	9.1%	1'783	12.8%	2'554	8.6%
2003	775	8.8%	2'027	13.7%	2'768	8.4%
2004	812	4.7%	2'229	10.0%	2'945	6.4%
2005	810	-0.2%	2'296	3.0%	3'001	1.9%
2006	831	2.6%	2'397	4.4%	3'120	4.0%
2007	831	-0.1%	2'411	0.6%	3'148	0.9%
2008	806	-3.0%	2'391	-0.8%	3'113	-1.1%

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

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

**T 3.13 Kantonale Durchschnittsprämien ¹ pro Versicherten pro
 Versicherungsmonat nach Altersgruppen**

2008

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	67	198	253	214	-1.5%
BE	68	200	269	225	-0.5%
LU	55	164	215	177	-0.8%
UR	49	147	193	159	-1.0%
SZ	55	164	212	175	-0.4%
OW	50	148	191	157	-0.1%
NW	47	142	181	152	-0.7%
GL	57	164	217	181	-0.9%
ZG	56	166	207	174	-1.5%
FR	64	194	241	197	-1.1%
SO	61	182	237	199	0.3%
BS	88	264	345	299	-0.7%
BL	69	199	262	221	-0.5%
SH	64	183	246	207	-0.5%
AR	50	148	196	162	-0.4%
AI	46	137	184	147	0.7%
SG	55	161	215	177	0.4%
GR	58	170	220	185	0.5%
AG	61	182	233	194	0.4%
TG	61	176	233	192	-0.7%
TI	79	238	309	262	-1.2%
VD	79	241	303	250	-2.8%
VS	60	188	228	190	-0.3%
NE	76	232	300	248	-2.2%
GE	91	290	358	296	-2.4%
JU	71	209	273	223	-2.5%
CH	67	199	259	216	-1.0%

Datenstand : siehe Beilage I

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

1) Für alle Versicherungsformen.

Tabellen A4

4: Prämienverbilligung in der OKP

4.01 Anzahl Bezüger, subventionierte Haushalte sowie ausgerichtete Subventionen ab 1998	120
4.02 Anzahl Bezüger und ausbezahlter Betrag nach Kantonen	121
4.03 Anzahl Bezüger nach Geschlecht und Altersgruppen	122
4.04 Anzahl subventionierte Haushalte nach Haushaltstyp und Kantonen	123
4.05 Anzahl subventionierte Haushalte nach ausbezahlttem Jahresbetrag und Kantonen	124
4.06 Bezügerquoten nach Kantonen	125
4.07 Budgetierte und ausbezahlte Subventionen ab 1998	126
4.08 KVG-Verteilmodell: Berechnungsbasis sowie Bundes- und Kantonsbeiträge	127
4.09 Prämienverbilligung OKP : effektiv ausgerichtete Beiträge nach Kantonen	128
4.10 KVG-Verteilmodell: Bundesbeiträge 2008 - 2010	129

T 4.01 Anzahl Bezüger, Bezügerquoten, subventionierte Haushalte sowie ausgerichtete Subventionen nach KVG ab 1998 ¹

Jahr	Anzahl BezügerInnen	Veränd. gegenüber Vorjahr	BezügerInnenquote ²	Anzahl subventionierte Haushalte	Veränd. gegenüber Vorjahr	Subvention pro Haushalt in Fr.	Subvention pro Bezüger in Fr.
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
2008	2'249'481	-1.0%	29.6%	1'211'670	-1.1%	2'805	1'511

Datenstand : 26.10.09

Quelle: T 4.02 & 4.04 & 4.06 & 4.09

1) Bezüger: Angaben 2007 unvollständig für SO und TG und damit auch für CH.

Haushalte: Angaben 2008 unvollständig für BS und damit auch für CH.

2) 1996->2007: Anzahl Bezüger in Prozent der mittleren Wohnbevölkerung.

2008->: Anzahl Bezüger in Prozent des durchschnittlichen Versichertenbestandes.

T 4.02 Anzahl Bezüger und ausbezahlter Betrag nach Kantonen

2008

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	180'975	214'228	395'203	2.4%	47'859	43'642	91'501
BE	136'680	154'009	290'689	-9.9%	42'623	35'703	35'703
LU	65'200	70'592	135'792	-8.9%	16'775	9'244	26'019
UR	7'071	7'403	14'474	-5.8%	1'110	297	2'176
SZ	17'874	19'519	37'393	13.1%	3'658	1'664	6'068
OW	7'385	7'981	15'366	-20.3%	1'028	369	1'354
NW	8'866	9'357	18'223	-0.3%	712	497	-
GL	4'451	4'966	9'417	16.8%	1'057	507	1'564
ZG	13'855	15'848	29'703	-8.9%	2'088	1'769	-
FR	34'770	42'320	77'090	-4.0%	10'370	6'877	17'247
SO	36'711	41'150	77'861	10.3%	7'279	6'832	-
BS	20'835	26'004	46'839	-19.0%	11'656	10'004	-
BL	29'460	31'764	61'224	-3.8%	6'954	-	-
SH	11'278	12'099	23'377	-6.2%	-	1'729	1'729
AR	7'080	7'474	14'554	7.0%	-	-	-
AI	3'192	3'115	6'307	-15.4%	334	295	52
SG	73'769	78'177	151'946	9.4%	17'517	20'586	20'586
GR	27'269	30'866	58'135	-0.7%	5'053	2'387	165
AG	72'047	80'158	152'205	1.1%	17'662	8'681	3'654
TG	44'824	48'164	92'988	4.6%	6'902	2'950	-
TI	43'929	57'080	101'009	-0.4%	24'886	-	-
VD	63'618	79'038	142'656	-0.6%	30'452	21'358	90'846
VS	43'064	51'661	94'725	7.2%	8'507	3'608	-
NE	19'527	24'136	43'663	8.0%	10'118	8'506	-
GE	62'707	71'320	134'027	0.4%	27'279	18'835	-
JU	10'717	13'898	24'615	-2.4%	4'286	1'179	-
CH	1'047'154	1'202'327	2'249'481	-1.0%	-	-	-

Datenstand: 26.10.09

Quelle: Formular PV2 [2.1]

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

Anzahl Bezüger Männer/Frauen geschätzt für BS, SO und TG und damit auch für CH als Folge unvollständiger Angaben.

2) Angaben 2007 unvollständig für SO und TG und damit auch für CH.

T 4.03 Anzahl Bezüger nach Geschlecht ¹ und Altersgruppen

2008

Altersgruppe	männlich	weiblich	Total	Bezügerquoten pro Altersgruppe Total
0 – 18	332'773	315'049	647'822	43.2%
19 – 25	136'445	143'461	279'906	44.4%
26 – 30	69'357	83'059	152'416	30.6%
31 – 35	58'384	77'139	135'523	26.3%
36 – 40	69'684	90'683	160'367	27.3%
41 – 45	77'784	92'000	169'784	26.1%
46 – 50	63'939	67'735	131'674	22.2%
51 – 55	45'002	45'309	90'311	17.5%
56 – 60	33'978	36'078	70'056	14.8%
61 – 65	28'461	35'122	63'583	14.5%
66 – 70	24'625	33'695	58'320	16.9%
71 – 75	23'531	36'128	59'659	20.7%
76 – 80	20'436	35'605	56'041	23.2%
81 – 85	14'507	32'875	47'382	26.5%
86 – 90	8'231	23'687	31'918	31.4%
91 und mehr	3'613	15'290	18'903	39.8%
Alter unbekannt	36'404	39'412	75'816	-
Total	1'047'154	1'202'327	2'249'481	29.6%

Datenstand: 26.10.09

Quelle: Formular PV2 [2.1] & T 11.15

1) Anzahl Bezüger Männer/Frauen geschätzt für BS, SO und TG und damit auch für CH als Folge unvollständiger Angaben.

T 4.04 Anzahl subventionierte Haushalte¹ nach Haushaltstyp und Kantonen

2008

Kanton ³	Anzahl subventionierte Haushalte (gemäss Anzahl Personen pro Haushalt ²) [x Erwachsene + y Kinder]									Total Haushalte	Veränd. gegenüber Vorjahr
	1+0	1+1	1+2	1+≥3	2+0	2+1	2+2	2+≥3	Anzahl Personen unbekannt		
	ZH	195'823	11'650	5'866	1'365	23'364	8'940	12'154	5'840		
BE	85'612	7'681	5'250	1'611	13'197	5'395	11'494	7'600	0	137'840	-5.1%
LU	31'494	3'613	2'583	756	5'041	7'403	12'706	7'036	0	70'632	-6.5%
UR	2'691	142	93	52	1'322	574	1'055	669	0	6'598	-0.8%
SZ	5'912	921	627	365	1'149	894	2'118	1'489	4'705	18'180	-0.5%
OW	5'079	-	-	-	1'377	562	771	369	0	8'158	-16.1%
NW	4'354	355	224	58	1'051	732	1'160	484	0	8'418	0.1%
GL	2'706	234	129	78	584	215	301	266	0	4'513	9.5%
ZG	6'847	-	-	-	-	-	-	-	6'575	13'422	-4.4%
FR	22'575	-	-	-	-	-	-	-	17'379	39'954	-3.4%
SO	13'175	2'648	1'867	796	3'432	2'346	4'360	2'230	0	30'854	2.8%
BS	14'334	696	385	74	2'651	1'339	1'606	756	0	21'841	-37.0%
BL	19'955	2'751	2'334	3'317	1'668	580	1'232	760	0	32'597	-1.1%
SH	-	-	-	-	1'964	1'130	1'611	757	5'607	11'069	-4.5%
AR	2'559	-	-	-	795	661	1'061	533	238	5'847	13.2%
AI	662	107	47	14	308	265	409	273	0	2'085	-18.1%
SG	11'625	2'226	2'356	1'673	5'337	3'918	7'843	5'525	23'927	64'430	-0.6%
GR	14'226	-	-	-	-	-	-	-	13'561	27'787	-0.2%
AG	27'188	2'527	2'234	798	8'053	4'876	10'956	6'562	4'820	68'014	13.9%
TG	-	-	-	-	-	-	-	-	51'257	51'257	-1.4%
TI	34'488	3'120	1'495	323	7'959	3'632	4'914	1'588	0	57'519	-7.4%
VD	44'814	4'989	2'814	825	7'656	3'836	5'525	3'314	5'224	78'997	0.5%
VS	34'431	2'711	1'711	462	4'502	2'108	4'911	2'694	0	53'531	7.2%
NE	15'809	1'783	1'004	262	2'346	1'473	2'059	981	63	25'780	10.5%
GE	57'091	7'710	3'972	1'367	10'739	5'127	4'687	2'488	0	93'181	-0.6%
JU	8'662	647	425	158	1'627	442	792	799	612	14'164	0.7%
CH	-	-	-	-	-	-	-	-	133'968	1'211'670	-1.1%

Datenstand: 26.10.09

Quelle: Formular PV2 [2.2]

- 1) Anzahl subventionierte Haushalte im Sinne der kantonalen Regelungen zur Prämienverbilligung
- 2) Die Anzahl Personen pro Haushalt hängt von den kantonalen Regelungen zur Prämienverbilligung ab.
Beispiele: 1+0 = 1 Erwachsene + 0 Kind / 1+1 = 1 Erwachsene + 1 Kind (alleinerziehender Haushalt)
- 3) Anzahl Haushalte 2008 unvollständig für BS und damit auch für CH.

T 4.05 Anzahl subventionierte Haushalte ¹ nach ausbezahltem Jahresbetrag und Kantonen

2008

Kanton ²	Ausbezahlter 1 - 600 Fr.	Jahresbetrag 601 - 1'200 Fr.	1'201 - 2'400 Fr.	2'401 - 3'600 Fr.	3'601 - 4'800 Fr.	4'801 - 6'000 Fr.	6'001 - 12'000 Fr.	mehr als 12'000 Fr.	Jahresbetrag unbekannt
ZH	17'934	85'815	91'929	32'562	25'824	4'657	5'317	144	820
BE	44'211	38'477	34'178	12'945	5'042	2'348	635	4	0
LU	6'901	19'772	18'816	17'809	2'722	1'822	2'752	38	0
UR	1'007	1'066	1'771	1'902	396	329	127	0	0
SZ	1'758	2'628	4'733	3'041	758	276	281	0	4'705
OW	1'578	1'756	3'000	1'114	370	245	95	0	0
NW	1'838	2'751	2'978	675	106	38	32	0	0
GL	1'120	800	1'329	841	216	82	125	0	0
ZG	2'051	2'189	4'221	2'868	1'124	454	500	15	0
FR	491	4'243	11'744	12'806	6'138	1'830	2'662	40	0
SO	4'065	6'460	9'449	6'407	2'266	1'112	1'093	2	0
BS	1'067	1'679	2'915	3'452	3'303	6'382	2'873	170	0
BL	1'925	7'459	18'086	3'042	1'332	484	232	37	0
SH	1'385	1'406	4'935	1'676	881	483	301	2	0
AR	283	453	1'181	2'358	576	424	570	2	0
AI	783	501	582	159	46	11	3	0	0
SG	11'800	8'926	15'387	6'225	2'524	1'208	802	41	17'517
GR	3'485	5'374	7'667	8'220	1'516	707	813	5	0
AG	4'792	7'567	17'839	20'842	5'628	2'614	3'801	111	4'820
TG	6'532	12'619	24'320	5'493	1'792	395	106	0	0
TI	3'560	4'022	8'822	15'100	15'462	2'199	8'329	25	0
VD	5'623	6'456	9'556	12'821	27'996	4'389	11'807	349	0
VS	876	5'699	17'788	19'400	3'575	3'027	3'159	9	0
NE	3'350	3'661	4'846	2'427	8'391	1'115	1'938	52	0
GE	15'278	24'414	14'229	8'181	8'364	16'879	5'373	463	0
JU	3'013	2'557	3'280	1'257	2'895	336	777	49	0
CH	146'706	258'750	335'581	203'623	129'243	53'846	54'503	1'558	27'862

Datenstand: 26.10.09

Quelle: Formular PV2 [2.2]

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

2) Anzahl Haushalte 2008 unvollständig für BS und damit auch für CH.

T 4.06 Bezügerquoten nach Kantonen in %

2008

Kanton	Durchschnittlicher Versichertenbestand			Bezügerquoten		
	Männliche Personen	Weibliche Personen	Total Personen	Männliche Personen	Weibliche Personen	Total Personen
ZH	647'465	668'890	1'316'357	28.0%	32.0%	30.0%
BE	466'688	495'420	962'110	29.3%	31.1%	30.2%
LU	180'838	186'364	367'201	36.1%	37.9%	37.0%
UR	17'629	17'508	35'139	40.1%	42.3%	41.2%
SZ	72'224	70'231	142'457	24.7%	27.8%	26.2%
OW	17'360	17'404	34'761	42.5%	45.9%	44.2%
NW	20'232	19'773	40'007	43.8%	47.3%	45.5%
GL	19'065	19'251	38'316	23.3%	25.8%	24.6%
ZG	54'979	54'441	109'420	25.2%	29.1%	27.1%
FR	133'089	134'417	267'506	26.1%	31.5%	28.8%
SO	124'429	127'929	252'360	29.5%	32.2%	30.9%
BS	85'023	94'000	179'022	24.5%	27.7%	26.2%
BL	131'971	137'928	269'898	22.3%	23.0%	22.7%
SH	37'407	38'636	76'042	30.1%	31.3%	30.7%
AR	26'656	26'736	53'390	26.6%	28.0%	27.3%
AI	7'883	7'563	15'447	40.5%	41.2%	40.8%
SG	232'215	237'319	469'534	31.8%	32.9%	32.4%
GR	96'574	97'701	194'275	28.2%	31.6%	29.9%
AG	295'168	296'611	591'778	24.4%	27.0%	25.7%
TG	120'781	121'003	241'783	37.1%	39.8%	38.5%
TI	155'522	168'290	323'810	28.2%	33.9%	31.2%
VD	323'494	344'300	667'794	19.7%	23.0%	21.4%
VS	150'902	153'883	304'785	28.5%	33.6%	31.1%
NE	82'321	87'487	169'809	23.7%	27.6%	25.7%
GE	197'106	212'982	410'088	31.8%	33.5%	32.7%
JU	34'271	35'507	69'779	31.3%	39.1%	35.3%
CH	3'731'292	3'871'574	7'602'868	28.1%	31.1%	29.6%

Datenstand: 26.10.09

Quelle: T 11.16 & T 4.02

T 4.07 Budgetierte und ausbezahlte Subventionen ab 1998

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 %
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%
2008	3'398.3	-14.8%	-	-	-	3'398.3	47.6%

Datenstand : 26.10.09

Quelle: Fussnote 1) & T 4.08 & T 4.09

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. Vgl. Erläuterungen im Anhang.

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".

Neues System ab 1.1.2008: keine Kürzung mehr durch die Kantone.

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: Berechnungsbasis sowie Bundes- und Kantonsbeiträge

2008

Kanton	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Grenzgänger ¹	Mittlere Wohnbevölkerung und Grenzgänger	KVG-Verteilmodell 2008 Bundesbeiträge in Fr.	Kantonsbeiträge in Fr.	Kantonsbeiträge in % der Bundesbeiträge	Total Beiträge in Fr.
ZH	1'306'603	1'386	1'307'989	307'339'465	265'743'828	86.5%	573'083'293
BE	966'743	142	966'885	227'189'789	238'742'354	105.1%	465'932'143
LU	358'257	32	358'289	84'187'520	70'607'472	83.9%	154'794'992
UR	34'575	3	34'578	8'124'826	6'102'376	75.1%	14'227'202
SZ	138'160	25	138'185	32'469'491	6'558'533	20.2%	39'028'024
OW	33'405	4	33'409	7'850'041	6'360'245	81.0%	14'210'286
NW	39'374	1	39'375	9'252'040	3'634'351	39.3%	12'886'391
GL	38'001	4	38'005	8'929'973	3'252'319	36.4%	12'182'292
ZG	107'352	44	107'396	25'234'921	10'316'027	40.9%	35'550'948
FR	259'775	23	259'798	61'044'943	60'510'677	99.1%	121'555'620
SO	247'562	76	247'638	58'187'819	37'885'551	65.1%	96'073'370
BS	190'324	2'804	193'128	45'379'463	75'499'042	166.4%	120'878'505
BL	265'829	1'073	266'902	62'714'247	29'803'084	47.5%	92'517'331
SH	74'335	1'131	75'466	17'732'386	18'358'583	103.5%	36'090'969
AR	52'280	10	52'290	12'286'569	10'759'131	87.6%	23'045'700
AI	15'140	3	15'143	3'558'259	342'379	9.6%	3'900'638
SG	463'020	206	463'226	108'844'678	32'074'977	29.5%	140'919'655
GR	191'441	77	191'518	45'001'050	16'975'974	37.7%	61'977'024
AG	572'719	1'964	574'683	135'033'767	43'419'351	32.2%	178'453'118
TG	235'922	892	236'814	55'644'325	49'163'857	88.4%	104'808'182
TI	324'837	203	325'040	76'375'015	158'964'148	208.1%	235'339'163
VD	671'432	185	671'617	157'810'529	182'227'284	115.5%	340'037'813
VS	293'304	25	293'329	68'923'715	88'063'810	127.8%	156'987'525
NE	169'407	71	169'478	39'822'340	38'252'466	96.1%	78'074'806
GE	439'785	3'254	443'039	104'101'316	144'765'561	139.1%	248'866'877
JU	68'027	37	68'064	15'993'053	20'839'009	130.3%	36'832'062
CH	7'557'609	13'674	7'571'283	1'779'031'541	1'619'222'388	91.0%	3'398'253'929

Datenstand : 26.10.09

Quelle: Bundesbeiträge: Verteilungsmodell BAG für das Jahr 2008.

1) Mittlere Wohnbevölkerung 2006 [Durchschnittliche Wohnbevölkerung in einem bestimmten Gebiet nach wirtschaftlichem Wohnsitz; Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung] + versicherte Grenzgänger 2006 und deren Familienangehörige [Quelle: EF S{3} 2006].

T 4.09 Prämienverbilligung OKP : effektiv ausgerichtete Beiträge nach Kantonen

2008

Kanton	Beiträge nach KVG für 2008 in Fr.	Beiträge nach KVG für 2007 und früher in Fr.	Total Beiträge * nach KVG ¹ in Fr.	Veränd. gegenüber Vorjahr	* davon Anteil der Kantone in %	Total Beiträge pro Haushalt in Fr.	Total Beiträge pro Bezüger in Fr.
ZH	563'778'939	9'304'354	573'083'293	4.8%	46.4%	2'163	1'450
BE	424'839'108	41'093'035	465'932'143	-4.7%	51.2%	3'380	1'603
LU	151'006'020	3'788'972	154'794'992	-2.2%	45.6%	2'192	1'140
UR	14'090'031	137'171	14'227'202	-2.8%	42.9%	2'156	983
SZ	38'927'325	100'699	39'028'024	-13.3%	16.8%	2'147	1'044
OW	14'208'774	1'512	14'210'286	-26.7%	44.8%	1'742	925
NW	12'739'536	146'855	12'886'391	1.1%	28.2%	1'531	707
GL	12'182'292	0	12'182'292	-5.5%	26.7%	2'699	1'294
ZG	34'855'542	695'406	35'550'948	-8.7%	29.0%	2'649	1'197
FR	121'555'620	0	121'555'620	-0.7%	49.8%	3'042	1'577
SO	92'771'906	3'301'464	96'073'370	6.6%	39.4%	3'114	1'234
BS	122'208'944	-1'330'439	120'878'505	-19.8%	62.5%	5'534	2'581
BL	88'749'914	3'767'417	92'517'331	-0.4%	32.2%	2'838	1'511
SH	34'006'766	2'084'203	36'090'969	-2.2%	50.9%	3'261	1'544
AR	22'426'037	619'663	23'045'700	-4.7%	46.7%	3'941	1'583
AI	3'734'075	166'563	3'900'638	-40.1%	8.8%	1'871	618
SG	140'919'655	0	140'919'655	1.5%	22.8%	2'187	927
GR	56'310'284	5'666'740	61'977'024	0.8%	27.4%	2'230	1'066
AG	168'267'704	10'185'414	178'453'118	7.7%	24.3%	2'624	1'172
TG	101'095'970	3'712'212	104'808'182	-1.0%	46.9%	2'045	1'127
TI	233'388'799	1'950'364	235'339'163	21.1%	67.5%	4'092	2'330
VD	338'452'001	1'585'812	340'037'813	-2.9%	53.6%	4'304	2'384
VS	151'199'711	5'787'814	156'987'525	2.5%	56.1%	2'933	1'657
NE	77'314'025	760'781	78'074'806	-19.4%	49.0%	3'029	1'788
GE	215'544'364	33'322'513	248'866'877	-2.7%	58.2%	2'671	1'857
JU	33'777'737	3'054'325	36'832'062	-0.4%	56.6%	2'600	1'496
CH	3'268'351'079	129'902'850	3'398'253'929	-0.7%	47.6%	2'805	1'511

Datenstand : 26.10.09

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 4.10 KVG-Verteilmodell: Bundesbeiträge 2008 - 2010

Kanton	Bundesbeiträge in Franken			Berechnungsbasis 2010		
	2008	2009	2010	Mittlere Wohnbevölkerung ¹	Grenzgänger ¹	Mittlere Wohnbevölkerung und Grenzgänger
ZH	307'339'465	314'913'496	345'069'805	1'347'351	2'861	1'350'212
BE	227'189'789	230'617'608	249'114'571	974'591	161	974'752
LU	84'187'520	86'055'658	93'675'576	366'425	115	366'540
UR	8'124'826	8'190'705	8'856'168	34'648	5	34'653
SZ	32'469'491	33'262'080	36'307'400	142'033	33	142'066
OW	7'850'041	8'033'082	8'725'829	34'137	6	34'143
NW	9'252'040	9'407'233	10'201'473	39'913	4	39'917
GL	8'929'973	9'043'250	9'754'997	38'165	5	38'170
ZG	25'234'921	25'885'643	28'233'268	110'390	83	110'473
FR	61'044'943	62'801'587	68'707'178	268'830	12	268'842
SO	58'187'819	59'224'038	64'077'580	250'590	137	250'727
BS	45'379'463	45'835'330	49'548'077	190'531	3'344	193'875
BL	62'714'247	63'870'240	69'237'480	269'249	1'668	270'917
SH	17'732'386	18'048'698	19'552'674	75'045	1'462	76'507
AR	12'286'569	12'446'296	13'426'475	52'517	19	52'536
AI	3'558'259	3'573'270	3'872'353	15'147	5	15'152
SG	108'844'678	110'818'205	120'279'603	470'268	370	470'638
GR	45'001'050	45'644'661	49'348'479	193'035	59	193'094
AG	135'033'767	138'176'187	150'913'157	587'471	3'032	590'503
TG	55'644'325	56'885'364	61'848'012	240'656	1'347	242'003
TI	76'375'015	77'932'234	84'796'918	331'600	199	331'799
VD	157'810'529	161'265'502	176'630'110	690'870	260	691'130
VS	68'923'715	70'596'689	76'943'596	301'045	25	301'070
NE	39'822'340	40'407'906	43'747'981	171'095	85	171'180
GE	104'101'316	105'840'352	115'266'654	446'957	4'066	451'023
JU	15'993'053	16'229'255	17'511'204	68'497	22	68'519
CH	1'779'031'541	1'815'004'569	1'975'646'618	7'711'056	19'385	7'730'441

Datenstand : 26.10.09

Quelle: T 4.08 & Verteilungsmodelle BAG für 2009/2010.

1) Mittlere Wohnbevölkerung 2008 [Durchschnittliche Wohnbevölkerung in einem bestimmten Gebiet nach wirtschaftlichem Wohnsitz;
Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung] + versicherte Grenzgänger 2008 und deren Familienangehörige [Quelle: EF S{3} 2008].

Tabellen A5

5: Individuelle Daten pro Versicherer

5.01 Aufsichtsdaten der Krankenversicherer OKP	132
5.02 Erklärungen und Quellen für die Aufsichtsdaten	134
5.03 KVG-Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung	135
5.04 Mutationen bei den Krankenversicherern	137

T.5.01 Aufsichtsdaten OKP

BAG-Nr.	Name des OKP Versicherers	Durchschnittlicher Versichererbestand	Prämien je versicherte Person in Fr.	Nettoleistungen je versicherte Person in Fr.	Kostenbeteiligung je versicherte Person in Fr.	Bruttoleistungen je versicherte Person in Fr.	Risikoausgleich je versicherte Person in Fr.	Verwaltungsaufwand + Abschreibungen je versicherte Person in Fr.	Gesamtergebnis je versicherte Person in Fr.	Stand der Rückstellungen je versicherte Person in Fr.	Stand der Reserven je versicherte Person in Fr.	Verhältnis Nettoleistungen/Prämien in %	Risikoausgleich in %	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	920'776	2'446	2'576	421	2'997	-171	134	-49	683	373	105.3%	-6.9%	5.3%	15.3%
32	AQUILANA VERSICHERUNGEN	31'973	2'485	2'651	423	3'074	-139	125	-111	629	608	106.7%	-5.7%	4.9%	24.5%
57	Moove Sympany AG	8'774	3'746	4'400	539	4'940	-304	205	-187	1'108	786	117.5%	-7.7%	4.9%	21.0%
62	SUPRA CAISSE-MALADIE	41'701	3'798	4'565	614	5'180	-1'183	305	-189	1'592	1'588	120.2%	-35.3%	8.6%	41.8%
97	Krankenkasse Luchsingen	963	2'077	1'989	394	2'383	83	89	-20	363	619	95.7%	4.3%	4.6%	29.8%
134	Bezirkskrankenkasse Einsiedeln	3588	2'006	1'979	356	2'335	79	95	20	613	875	98.6%	4.1%	4.9%	43.6%
160	Caisse Maladie de la Fonction Publique	331'73	2'526	2'160	426	2'587	270	126	-98	564	509	85.5%	10.8%	4.9%	20.1%
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	60'000	2'191	1'991	397	2'388	190	130	-158	450	262	90.9%	8.7%	5.5%	11.9%
194	Sünswalder Kranken- und Unfallkasse	232'44	2'231	1'711	356	2'067	512	84	-115	415	370	76.7%	23.5%	3.6%	16.6%
216	Caisse-Maladie EOS	1'937	2'611	2'298	438	2'737	70	146	-71	790	1238	88.1%	2.9%	5.6%	47.4%
246	Krankenkasse Steffisburg	8'264	2'167	1'706	323	2'029	316	97	9	489	455	78.7%	14.8%	4.6%	21.0%
261	Carena Schweiz	21'287	2'162	1'757	371	2'128	361	198	-233	413	173	81.3%	16.9%	8.3%	8.0%
263	CMBB	70'680	2'914	2'702	483	3'185	235	160	-217	650	344	92.7%	8.1%	5.1%	11.8%
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung	523'560	2'435	2'564	413	2'977	-190	118	-105	655	488	105.3%	-8.0%	4.7%	20.0%
294	Krankenkasse Malters	5'265	2'063	1'743	356	2'099	179	197	24	523	142	84.5%	8.6%	9.6%	6.9%
312	ATUPRI	161'335	2'400	2'425	408	2'833	44	96	-211	802	349	101.0%	1.9%	3.7%	14.5%
343	Avenir Assurances	90'810	2'668	2'543	456	2'999	118	129	-201	664	582	95.3%	4.5%	4.6%	21.8%
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland	15'469	1'990	1'628	332	1'960	279	84	40	530	984	81.8%	13.9%	4.3%	49.5%
376	Krankenkasse KPT AG	301'394	2'756	2'607	442	3'050	-27	154	-80	908	348	94.6%	-1.0%	5.5%	12.6%
411	Xundheit	34'584	2'369	1'890	310	2'000	286	180	-247	542	-79	79.8%	12.8%	7.2%	-3.3%
445	Caisse-maladie Hermes	64'806	2'585	2'007	421	2'427	494	123	-130	534	560	77.6%	19.6%	4.6%	21.7%
455	OKK	146'676	2'200	2'012	361	2'373	177	168	-146	581	344	91.5%	8.0%	7.1%	15.6%
484	PANORAMA Kranken- und Unfallversicherung	20'992	2'813	3'065	456	3'522	-339	166	-48	686	398	109.0%	-12.0%	5.8%	14.1%
509	Vivao Sympany AG	134'312	3'102	3'355	404	3'760	-121	222	-96	951	579	108.2%	-3.6%	6.5%	18.7%
556	KKV St. Moritz	2824	2'661	2'371	321	2'692	158	221	-84	593	839	89.1%	6.0%	8.1%	31.5%
558	Krankenkasse Flaachthal	21'39	1'841	1'090	349	1'439	454	163	113	514	1'531	59.2%	24.9%	9.5%	63.1%
591	Krankenkasse Goms	6'005	2'069	2'007	344	2'351	192	65	-201	511	300	97.0%	9.3%	2.9%	14.5%
623	Krankenkasse Embrl	1'368	1'921	1'834	336	2'170	239	70	-440	305	-224	100.7%	13.0%	3.1%	-12.3%
627	Krankenkasse Lötschental	2'648	1'918	1'806	317	2'124	201	84	-237	547	1'061	94.2%	10.8%	4.0%	55.3%
749	La Caisse Vaudoise	62'700	2'798	2'392	448	2'840	381	142	-137	673	860	85.5%	13.7%	4.9%	30.7%
758	Krankenkasse Stalden	14'688	2'043	1'971	314	2'285	44	126	-153	603	898	96.5%	2.1%	5.7%	44.0%
762	Kolping Krankenkasse AG	34'681	2'341	2'169	393	2'561	113	142	-202	490	329	92.6%	5.1%	5.9%	14.0%
774	KK Easy Sana	23'029	2'045	1'410	356	1'767	517	122	-83	386	347	88.9%	25.6%	5.8%	17.0%
780	Krankenkasse Elm	41'46	1'718	1'216	334	1'550	354	69	2	326	512	70.8%	21.4%	4.2%	29.8%
790	Krankenkasse des Saastales	14'800	2'221	2'660	408	3'069	-27	149	-287	541	0	119.8%	-1.1%	5.3%	0.0%
820	CMP Lumnezia I	2'670	2'005	2'030	334	2'364	26	71	-72	955	449	101.2%	1.3%	3.4%	22.4%
829	KLuG Krankenkasse	18'575	1'605	1'605	313	1'918	129	96	-186	404	365	100.0%	7.9%	5.3%	22.8%
881	EKG-Gesundheitskasse	127'741	2'462	2'330	423	2'753	97	191	-90	583	393	94.6%	3.9%	7.4%	15.9%
895	Krankenkasse Staldenried	797	1'824	1'498	329	1'826	210	86	-72	753	1'931	82.1%	12.2%	4.8%	105.8%
901	Sanavals Oesundheitskasse	2'390	1'865	1'733	334	2'067	6	89	-7	753	1'490	92.9%	0.3%	4.9%	79.9%
923	Krankenkasse SLKK	12'372	2'491	2'759	482	3'241	-401	175	-26	1'063	1'554	110.8%	-15.9%	6.9%	62.4%
941	sodalis Krankenversicherer	14'825	1'977	1'901	353	2'254	230	51	-240	473	661	96.1%	11.9%	2.4%	33.4%
966	vita surelva	62'98	1'815	1'723	326	2'049	206	106	-28	407	343	94.9%	11.6%	5.9%	18.9%
979	Schattenberge	2335	1'795	1'646	317	1'963	121	128	-275	391	1'617	91.7%	7.4%	6.7%	90.1%
984	Prigräs Versicherungen AG	271'523	2'355	1'706	395	2'101	688	149	-53	370	239	72.4%	28.4%	6.0%	10.2%
1003	Krankenkasse Zeneggen	202	1'920	1'806	299	1'905	-216	177	112	1'311	6015	83.7%	-13.0%	11.4%	313.3%
1040	KKV	3064	1'702	1'324	303	1'626	339	96	-83	408	910	77.8%	20.1%	5.4%	53.5%
1048	KK Gondo-Zwischbergen	85	1'588	1'860	305	2'165	490	134	-221	706	4'956	117.2%	21.6%	5.4%	305.9%
1060	Wincare Versicherungen AG	245'766	2'820	3'361	486	3'847	-534	165	-192	708	427	119.2%	-19.0%	5.5%	15.1%
1097	AVANTIS Assureur maladie	13'344	1'928	1'205	343	1'548	544	105	-10	323	291	62.5%	28.7%	5.5%	15.1%
1113	CM de la Vallée d'Entremont	4'587	1'992	1'584	313	1'897	101	44	34	239	726	79.5%	10.4%	4.6%	36.4%
1142	KK INSTITUT INGENBOHL	955	3'472	7730	698	8'428	-4'661	189	541	2095	15'600	222.7%	-124.0%	5.9%	449.3%
1147	Krankenkasse Turbenthal	407	2'364	2'602	360	2'962	-523	217	118	1'437	2'632	110.1%	-22.0%	9.6%	111.3%
1159	Auxilia Kranken-Vers. AG	21'071	2'903	2'879	448	3'327	332	139	-34	759	496	99.2%	11.6%	4.8%	17.1%
1215	CM de Troistorrents	8921	2'521	2'064	414	2'478	389	189	-102	583	1'041	81.9%	15.5%	6.5%	41.3%
1318	KK Wädenswil	4428	2'428	2'437	449	2'886	-313	175	111	1'005	2'225	100.4%	-13.0%	7.6%	91.6%
1322	Krankenkasse Birchmeier	5'391	2'134	2'011	391	2'402	-86	127	-29	604	662	94.2%	-4.3%	6.2%	31.0%
1328	kmu-Krankenkasse	7'470	2'289	2'549	426	2'975	-155	189	-413	765	985	111.3%	-6.9%	7.1%	43.0%
1331	Krankenkasse Stoffel Mels KKS	1'233	1'838	1'538	330	1'868	140	186	-156	446	880	83.7%	8.0%	9.8%	46.8%
1362	Krankenkasse Simpton	604	1'795	1'321	275	1'596	270	78	185	422	2'354	73.6%	14.8%	4.8%	131.2%
1384	SWICA Krankenkasse	602'312	2'362	2'256	418	2'673	114	137	-153	445	283	95.5%	4.9%	5.5%	12.0%
1386	GALENOS	11'103	2'989	3'627	514	4'141	-1'052	262	-35	964	733	121.3%	-40.0%	9.8%	24.5%
1395	Vivao Sympany Schweiz AG	19'589	2'514	1'833	319	2'152	592	217	-243	578	313	72.9%	24.1%	8.1%	12.4%
1401	ihesusana	8'963	2'289	2'195	407	2'601	90	129	-2	636	520	95.9%	4.0%	5.6%	22.7%
1423	Publisana	4'876	2'225	1'950	360	2'309	259	119	-71	472	449	87.6%	11.7%	5.2%	20.2%
1442	Fondation Natura Assurances.ch	11'48	2'277	1'499	302	1'801	817	129	-55	374	571	85.9%	36.6%	5.6%	25.1%
1454	Krankenkasse Cervino	8'966	2'144	1'652	298	1'940	524	45	-92	520	497	77.0%	24.5%	2.0%	23.2%
1479	Mutuel Assurances	304'771	2'898	2'574	472	3'046	250	164	-144	615	433	88.8%	8.7%	5.4%	15.0%
1507	AMB	7'644	2'021	1'739	334	2'073	212	170	-98	569	692	86.0%	10.6%	8.1%	34.2%
1509	Sanitas Grundversicherungen AG	351'495	2'509	2'071	420	2'491	464	165	-116	515	235	82.5%	18.3%	6.2%	9.3%
1520	HOTELA	8'865	3'702	3'448	412	3'860	89	266	36	990	730	93.2%	2.4%	7.4%	19.7%
1529	Intras - Caisse Maladie	319'203	2'904	2'723	473	3'197	173	131	-134	560	216	93.8%	6.0%	4.3%	7.4%
1535	Philos Caisse-maladie et accident	102'139	3'031	3'183	500	3'682	-170	174	-176	785	666	105.0%	-5.6%	5.4%	22.0%
1542	ASSURA	389'736	2'402	1'522	340	1'862	637	157	-25	766	833	63.3%	27.1%	6.6%	34.7%
1551	Caisse-maladie Univera	67'746	2'622	2'407	444	2'850	261	126	-271	636	553	91.8%	10.2%	4.5%	21.1%
1552	aerosana versicherungen	81'717	1'940	1'550	312	1'863	620	80	5	426	146	79.9%	25.3%	3.3%	7.5%
1555	Visana	431'482	3'032	3'865	541	4'406	-812	171	1	1'204	579	127.5%	-28.0%	5.5%	19.1%
1560	Agrisano	93'383	1'856	1'448	324	1'771	363	124	-209	395	729	78.0%	20.7%	6.3%	39.3%
1562	Helsana Versicherungen AG	71'2622	3'155	3'884	538	4'422	-844	252	-79	990	396	123.1%	-28.9%	7.8%	12.6%
1563	innova Krankenversicherung AG	38'824	2'546	2'554	421	2'975	-54	204	-251	573	716	100.3%	-2.2%	7.7%	28.1%
1565	avanex Versicherungen AG	159'036	1'946	1'218	320	1'539	813	78	12	329	148	62.6%	35.4%		

T 5.01 Aufsichtsdaten OKP

2008

BAG-Nr.	Name des OKP Versicherers	Einnahmen Total in Mio. Fr.	Ausgaben Total in Mio. Fr.	Prämien in Mio. Fr.	Nettoleistungen in Mio. Fr.	Kostenbeteiligung in Mio. Fr.	Bruttoleistungen in Mio. Fr.	Risikoausgleich in Mio. Fr.	Stand der Rückstellungen in Mio. Fr.	Stand der Reserven in Mio. Fr.	VVG Zusatzversicherungen Prämien in Mio. Fr.	Gesetzlich vorgeschriebene Reserve in Mio. Fr.	Höher als die gesetzlich vorgeschriebene Reserve (+) in Mio. Fr.	Tiefer als die gesetzlich vorgeschriebene Reserve (-) in Mio. Fr.
0		2	14	3A	5A	13A	12A	4A	8A	9A	10	11A	11B	11C
8	CSS Kranken-Versicherung AG	2'287.0	2'331.9	2'252.1	2'371.5	387.9	2'759.4	-157.5	628.6	343.6	-	247.7	95.9	
32	AQUILANA VERSICHERUNGEN	78.4	82.0	79.5	84.8	13.5	98.3	-4.4	20.1	19.4	35.7	15.9	3.5	
57	Moore Sympny AG	34.7	36.4	32.9	38.6	4.7	43.3	-2.7	9.7	6.9	-	6.6	0.3	
62	SUPRA CAISSE-MALADIE	140.0	147.8	158.4	190.4	25.6	216.0	-49.3	66.4	66.2	-	31.7	34.5	
97	Krankenkasse Luchsingen	1.9	1.9	2.0	1.9	0.4	2.3	0.1	0.4	0.6	0.2	0.4	0.2	
134	Bezirkskrankenkasse Einsiedeln	7.0	6.9	7.2	7.1	1.3	8.4	0.3	2.2	3.1	-	1.4	1.7	
160	Caisse Maladie de la Fonction Publique	82.8	86.1	83.8	71.7	14.1	85.8	8.9	18.7	16.9	9.0	16.8	0.1	
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	130.9	140.4	131.5	119.5	23.8	143.3	11.4	27.0	15.7	-	21.0		-5.3
194	Burnswalder Kranken- und Unfallkasse	50.7	53.4	51.9	39.8	8.3	48.0	11.9	9.7	8.6	7.8	10.4		-1.8
216	Caisse-Maladie EOS	4.9	5.0	5.1	4.5	0.8	5.3	0.1	1.5	2.4	0.5	1.0		
246	Krankenkasse Steffisburg	17.7	17.6	17.9	14.1	2.7	16.8	2.6	3.9	3.8	1.4	3.6	0.2	
261	Carona Schweiz	45.5	50.5	46.0	37.4	7.9	45.3	7.7	8.8	3.7	13.4	9.2		-5.5
263	CMB	205.2	220.5	206.0	191.0	34.1	225.1	16.6	46.0	24.3	27.2	33.0		-8.6
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung	1'249.1	1'304.0	1'274.6	1'342.6	216.3	1'558.9	-99.5	343.1	255.4	464.6	140.2	115.2	
294	Krankenkasse Matters	11.0	10.8	10.9	9.2	1.9	11.1	0.9	2.9	0.7	-	2.2		-1.4
312	ATUPRI	384.9	419.0	387.2	391.2	65.9	457.1	7.1	129.3	56.3	104.4	45.5	9.8	
343	Avenir Assurances	236.8	255.0	242.2	230.9	41.4	272.3	10.7	60.3	52.8	27.4	38.8	14.1	
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland	31.1	30.5	30.8	25.2	5.1	30.3	4.3	8.2	15.2	5.9	6.2	9.1	
376	Krankenkasse KPT AG	817.6	841.7	830.5	785.8	133.3	919.1	-8.2	273.8	104.8	-	91.4	13.5	
411	Xundheit	77.6	86.1	81.9	65.4	10.7	76.1	9.9	18.7	-2.7	27.7	16.4		-19.1
445	Caisse-maladie Hermes	163.6	172.1	167.5	130.0	27.3	157.3	32.0	34.6	36.3	25.9	26.8	9.5	
455	OKK	325.1	346.5	322.7	295.1	53.0	348.1	26.0	85.2	50.4	-	51.6		-1.2
484	PANORAMA Kranken- und Unfallversicherung	59.0	60.1	59.0	64.3	9.6	73.9	-7.1	14.4	8.4	-	11.8		-3.5
509	Vivao Sympny AG	447.0	460.0	416.6	450.6	54.3	504.9	-16.3	127.8	77.8	22.2	66.7	11.1	
556	KKV St. Moritz	7.5	7.8	7.5	6.7	0.9	7.6	0.4	1.7	2.4	1.9	1.5	0.9	
558	Krankenkasse Flaachthal	3.9	3.7	3.9	2.3	0.7	3.1	1.0	1.1	3.3	-	0.8	2.5	
591	Krankenkasse Goms	16.6	18.2	16.6	16.1	2.8	18.8	1.5	4.1	2.4	2.6	3.3		-0.9
623	Krankenkasse Embd	2.5	3.1	2.5	2.5	0.5	3.0	0.3	0.4	-0.3	0.1	0.5		-0.8
627	Krankenkasse Löttschental	4.9	5.6	5.1	4.8	0.8	5.6	0.5	1.5	2.8	-	1.0	1.8	
749	La Caisse Valdoise	174.0	182.6	175.4	150.0	28.1	178.1	23.9	42.2	53.9	48.7	28.1	25.8	
758	Krankenkasse Stalden	3.0	3.2	3.0	2.9	0.5	3.4	0.1	0.9	1.3	-	0.6	0.7	
762	Kolping Krankenkasse AG	77.1	84.1	81.2	75.2	13.6	88.8	3.9	17.0	11.4	15.6	16.2		-4.8
774	KK Easy Sana	46.5	48.4	47.1	32.5	8.2	40.7	11.9	8.9	8.0	1.3	9.4		-1.4
780	Krankenkasse Elm	6.9	6.8	7.1	5.0	1.4	6.4	1.5	1.4	2.1	0.8	1.4	0.7	
790	Krankenkasse des Saastales	3.7	4.1	3.3	3.9	0.6	4.5	0.0	0.8	0.0	-	0.7		-0.7
820	CMP Lunnzital	5.4	5.6	5.4	5.4	0.9	6.3	0.1	2.6	1.2	0.6	1.1		0.1
829	KLUG Krankenversicherung	30.3	33.8	29.8	29.8	5.8	35.6	2.4	7.5	6.8	-	6.0	0.8	
881	EGK-Gesundheitskasse	317.8	329.3	314.5	297.6	54.1	351.7	12.4	74.4	50.1	83.4	50.3		-0.2
895	Krankenkasse Staldenried	1.4	1.4	1.5	1.2	0.3	1.5	0.2	0.6	1.5	-	0.3	1.2	
901	Sanavals Gesundheitskasse	4.4	4.4	4.5	4.1	0.8	4.9	0.0	1.8	3.6	1.3	0.9	2.7	
923	Krankenkasse SLKK	31.1	31.4	30.8	34.1	6.0	40.1	-5.0	13.2	19.2	-	6.2	13.1	
941	sodalis Krankenversicherer	28.6	32.2	29.3	28.2	5.2	33.4	3.4	7.0	9.8	7.1	5.9	3.9	
966	vita surselva	11.2	11.4	11.4	10.8	2.1	12.9	1.3	2.6	2.2	2.2	2.3		-0.1
979	Schattenberge	3.8	4.4	4.2	3.8	0.7	4.6	0.3	0.9	3.8	-	0.8	2.9	
994	Progrès Versicherungen AG	656.2	670.6	639.4	463.2	107.3	570.4	186.7	100.4	65.0	0.1	70.3		-5.4
1003	Krankenkasse Zeneggen	0.3	0.3	0.4	0.3	0.1	0.4	0.0	0.3	1.2	-	0.1	1.1	
1040	KKV	5.2	5.4	5.2	4.1	0.9	5.0	1.0	1.3	2.8	-	1.0	1.7	
1058	KK Gondo-Zwischbergen	0.2	0.2	0.1	0.2	0.0	0.2	0.0	0.1	0.4	-	0.0	0.4	
1060	Wincare Versicherungen AG	689.0	736.2	693.0	826.0	119.6	945.6	-131.1	174.1	104.9	-	83.2	21.7	
1097	AVANTIS Assureur maladie	25.3	25.4	25.7	16.1	4.6	20.7	7.3	4.3	3.9	0.4	5.1		-1.3
1113	CM de la Vallée d'Entremont	4.5	4.3	9.1	7.3	1.4	8.7	0.5	1.1	3.3	-	1.8	1.5	
1142	KK INSTITUT INGENBOHL	3.6	3.1	3.3	7.4	0.7	8.0	-4.5	2.0	14.9	-	0.7	14.2	
1147	Krankenkasse Turbenthal	1.0	0.9	1.0	1.1	0.1	1.2	-0.2	0.6	1.1	-	0.2	0.9	
1159	Auxilia Kranken-Vers. AG	60.2	61.0	61.2	60.7	9.4	70.1	7.0	16.0	10.5	-	12.2		-1.8
1215	CM de Troistorrens	22.4	23.3	22.5	18.4	3.7	22.1	3.5	5.2	9.3	1.0	4.5	4.8	
1318	KK Wädenswil	10.6	10.2	10.8	10.8	2.0	12.8	-1.4	4.5	9.9	0.9	2.2	7.7	
1322	Krankenkasse Birchmeier	10.9	11.1	11.5	10.8	2.1	12.9	-0.5	3.3	3.6	0.9	2.3	1.3	
1328	Imu-Krankenversicherung	16.7	19.8	17.1	19.0	3.2	22.2	-1.2	5.7	7.4	6.1	3.4	3.9	
1331	Krankenkasse Stoffel Meis IKCS	2.2	2.3	2.3	1.9	0.4	2.3	0.2	0.6	1.1	-	0.5	0.6	
1362	Krankenkasse Sionplon	1.1	1.0	1.1	0.8	0.2	1.0	0.2	0.3	1.4	-	0.2	1.2	
1384	SWICA Krankenversicherung	1'409.8	1'502.0	1'422.9	1'398.6	251.5	1'610.0	88.9	268.3	170.5	890.6	156.5	14.0	
1386	GALENOS	29.2	29.6	33.2	40.3	5.7	46.0	-11.7	10.7	8.1	14.4	6.6	1.5	
1395	Vivao Sympny Schweiz AG	48.1	52.9	49.3	35.9	6.3	42.2	11.6	11.3	6.1	-	9.9		-3.7
1401	rhenusana	20.5	20.5	20.5	19.7	3.6	23.3	0.8	5.7	4.7	12.3	4.1	0.6	
1423	Publisana	10.8	11.1	10.8	9.5	1.8	11.3	1.3	2.3	2.2	3.1	2.2	0.0	
1442	Fondation Natura Assurances.ch	2.6	2.6	2.6	1.7	0.3	2.1	0.9	0.4	0.7	-	0.5	0.1	
1454	Krankenkasse Cervino	14.9	15.5	14.9	11.5	2.0	13.5	3.7	3.6	3.5	2.4	3.0	0.5	
1479	Mutuel Assurances	873.7	917.5	883.3	784.4	143.9	928.4	76.3	187.4	132.1	122.0	97.2	34.9	
1507	AMB	15.2	16.0	15.5	13.3	2.6	15.8	1.6	4.4	5.3	-	3.1	2.2	
1509	Sanitas Grundversicherungen AG	891.4	932.3	881.8	727.9	147.6	875.5	163.2	181.2	82.4	-	97.0		-14.6
1520	HOTELA	25.0	24.7	25.4	23.7	2.8	26.5	0.6	6.8	5.0	0.1	5.1		-0.1
1529	Intras - Caisse Maladie	906.6	948.8	915.2	858.4	149.2	1007.6	54.6	176.4	68.1	-	100.7		-32.6
1535	Philos Caisse-maladie et accident	309.2	327.1	309.6	325.1	51.0	376.1	-17.4	80.1	68.0	27.9	49.5	18.5	
1542	ASSURA	916.4	926.2	936.2	593.0	132.5	725.5	248.1	298.5	324.7	-	103.0	221.7	
1551	Caisse-maladie Universa	173.4	191.7	177.6	163.0	30.1	193.1	17.7	43.1	37.5	30.4	28.4	9.1	
1552	aerosana versicherungen	200.5	200.1	158.6	126.7	25.5	152.2	60.7	34.8	11.9	0.4	25.4		-13.4
1555	Visana	1'345.6	1'345.1	1'308.3	1'667.6	233.4	1'901.0	-350.4	519.4	249.9	-	143.9	106.0	
1580	Agrisano	163.7	183.2	173.3	135.2	30.2	165.4	33.9	36.9	68.1	12.0	27.7	40.3	
1582	Helisana Versicherungen AG	2'240.7	2'286.9	2'248.1	2'767.9	383.4	3'151.4	-601.8	705.2	282.2	-	247.3	34.9	
1583	innova Krankenversicherung AG	93.8	103.5	98.9	99.2	16.4	115.5	-2.1	22.3	27.8	-	19.8	8.0	
1585	sansan Versicherungen AG	363.2	361.2	307.5	192.5	50.6	243.2	128.6	52.1	23.3	-	36.9		-13.6
1586	sansan Versicherungen AG	315.3	326.0	300.8	209.2	52.6	261.8	99.7	48.1	22.2	-	36.1		-13.9
1588	sana24	55.6	58.3	48.3	27.3	7.8	35.1	23.7	8.8	12.0	-	9.7	2.3	
1589	Arcosana AG	144.4	145.7	146.6	99.6	23.6	123.3	45.0	29.2	23.1	-	23.5		-0.3
1570	viacare	1.5	1.6	1.3	0.5	0.2	0.7	0.9	0.3	12.4	-	0.3	12.1	
1571	SanaTop Versicherungen AG	16.0	19.0	15.8	12.1	2.4	14.5	4.7	3.1	3.5	-	3.2	0.3	
Total: 86		19'766.5	20'521.8	19'692.3	19'431.5	3'290.5	22'721.9	-13.6	5'191.1	3'251.9	2'053.6	2'462.4	945.6	-156.0

Datenstand: 30.7.08

Quelle und Erklärungen: T 5.02

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008
Bundesamt für Gesundheit

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

2008

0) Nur OKP Versicherer

Name des Versicherers eventuell gekürzt, Name gültig 2008.

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand (nur OKP Versicherer)

Durchschnittsbestand = Mittelwert aller Monate

2) Einnahmen Total (in Mio. Fr.)

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

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

Prämienoll = Prämiensumme gemäss den genehmigten Prämientarifen.

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

Über den Risikoausgleich erhalten Versicherer mit überdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Frauen, ältere Personen) Beiträge, welche von den Versicherern mit unterdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Männer, jüngere Personen) finanziert werden. Eine positive Prozentzahl bedeutet, dass der Versicherer in den Risikoausgleich einzahlen muss, ein negativer Wert steht bei Versicherern, welche aus dem Risikoausgleich Mittel beziehen können.

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

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

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

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

7) Gesamtergebnis (je versicherte Person in Fr.)

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

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

Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle, welche am Ende des Jahres für diejenigen Leistungen gebildet werden müssen, welche von den Versicherten bereits in Anspruch genommen worden sind, für die sie aber noch keine Rechnungen erhalten haben. Es handelt sich hierbei um geschuldete Leistungen, welche die Versicherer im folgenden Jahr noch zu erbringen haben; sie stellen somit keine Reserven dar.

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

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

Versicherte	≤ 100	≤ 500	≤ 1'000	≤ 2'500	≤ 5'000	≤ 10'000	≤ 50'000	≤ 250'000	> 250'000
1996 -> 2003 **	162%	96%	73%	52%	42%	34%	24%	20%	15%

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

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

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

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

KVG-Versicherer, welche eigene VVG-Zusatzversicherungen anbieten.

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

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

Siehe auch 9A.

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

Bruttoleistungen = Leistungen der Versicherer an die Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Apotheken, usw.)

mit Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise / Selbstbehalt / Tagespauschale im Spital).

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

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

Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

14) Ausgaben Total (in Mio. Fr.)

Ausgaben = Total Versicherungs- und Betriebsaufwand.

15) Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %

Quelle: Formulare EF 1 2 3

0	BAG-Nr. nur wenn EF1.12A Total > 0	8B	= ([8A] / [1]) in %
1	EF1.12A Total nur wenn > 0	9A	EF1 Seite 5 Konten 290 + 290.9
2	EF2 Konten 6 + 7 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	9B	= ([9A] / [1]) in %
3A	EF2 Konto 61 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	9C	= ([9A] / [3]) in %
3B	= ([3A] / [1])	10	EF2 Seite 2.8 VVG Konto 63 Krankheit + Unfall
4A	EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	11A	Versicherte = [1], % gemäss Tabelle 9A
4B	(EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [1]	11B	wenn [9A] >= [11A]: [9A] - [11A]
4C	(EF2 Konto 37 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) / [2]	11C	wenn [9A] < [11A]: [9A] - [11A]
5A	EF2 Konto 30-33 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7	12A	= [5A] + [13A]
5B	= ([5A] / [1])	12B	= ([12A] / [1])
6A	(EF2 Konten 40-47 + 48 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7) /	13A	= - (EF2 Konto 32 Krankheit + Unfall Seiten 2.2 -> 2.7)
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: 30.7.09

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

T 5.03 KVG Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung

2008

BAG-Nr.	Name des KVG-Versicherers ¹	* : KVG-Versicherer nur mit freiwilliger Taggeldversicherung	Prämien in Tausend Fr.	Leistungen in Tausend Fr.	Verwaltungsaufwand + Abschreibungen in Tausend Fr.	Gesamtergebnis in Tausend Fr.	Stand der Rückstellungen in Tausend Fr.	Stand der Reserven in Tausend Fr.
0	1		2	3	4	5	6	7
8	CSS Kranken-Versicherung AG		1'122.8	854.3	62.0	221.5	2'000.0	9'487.5
32	AQUILANA VERSICHERUNGEN		1'782.6	858.5	141.4	74.7	1'500.0	895.9
57	Moove Sympany AG		32'943.4	23'486.9	5'663.1	4'537.6	2'400.0	34'377.0
97	Krankenkasse Luchsingen		51.1	51.5	0.0	-2.8	30.0	37.2
134	Bezirkskrankenkasse Einsiedeln		110.2	125.3	16.3	-25.4	100.0	344.2
160	Caisse Maladie de la Fonction Publique		1'351.9	834.9	209.4	339.7	80.0	2'242.8
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG		4.2	0.6	7.8	-4.3	0.0	370.8
194	Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse		1'317.4	876.8	216.2	133.8	550.0	1'446.7
216	Caisse-Maladie EOS		117.1	75.4	18.5	4.0	15.0	256.0
246	Krankenkasse Steffisburg		33.4	0.1	26.5	0.2	28.3	229.3
261	Carena Schweiz		252.6	137.4	113.4	200.2	100.0	1'188.5
263	CMBB		7'469.0	4'900.0	1'659.7	824.8	1'100.0	18'030.3
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung AG		10'141.4	7'585.3	2'579.0	-73.1	1'168.1	4'294.6
294	Krankenkasse Malters		69.6	24.6	26.0	18.9	51.0	128.5
312	ATUPRI		540.8	433.3	21.7	113.0	143.0	2'912.4
343	Avenir Assurances		1'291.7	560.4	200.0	378.4	115.0	8'148.2
360	Krankenkasse Luzerner Hinterland		1'089.3	786.6	47.0	225.9	523.6	2'117.6
376	Krankenkasse KPT AG		937.3	585.8	40.7	378.3	180.0	4'438.9
411	Xundheit		5'606.3	3'614.6	1'995.5	-424.3	705.0	626.9
445	Caisse-maladie Hermes		1'826.8	1'084.8	414.2	298.0	150.0	1'163.5
455	ÖKK		3'295.8	2'269.1	252.0	628.7	630.8	12'333.1
484	PANORAMA Kranken- und Unfallversicherung		10.1	40.7	1.8	-30.6	10.0	305.6
509	Vivao Sympany AG		21.1	3.9	151.5	1'244.3	127.1	4'572.5
556	KKV St. Moritz		404.4	256.9	85.1	83.0	37.0	1'255.9
558	Krankenkasse Flaachthal		10.2	1.0	0.6	7.2	24.6	139.0
591	Krankenkasse Goms		1'074.9	905.8	29.5	143.9	90.0	955.5
623	Krankenkasse Emmbd		44.9	0.1	3.9	5.6	0.0	0.0
627	Krankenkasse Lötschental		130.1	215.0	5.7	-30.0	10.0	-2.0
749	La Caisse Vaudoise		4'947.5	3'118.8	942.3	998.5	600.0	3'992.0
758	Krankenkasse Stalden		25.1	50.5	2.2	-1.4	20.0	83.7
762	Kolping Krankenkasse AG		306.2	108.7	83.6	6.0	200.0	1'363.2
774	KK Easy Sana		524.7	413.9	149.7	5.1	85.0	762.1
780	Krankenkasse Elm		147.4	96.5	40.9	-8.0	18.0	154.9
790	Krankenkasse des Saastales		63.0	21.9	36.5	-17.4	2.0	25.3
820	CMP Lumnezia I		323.9	362.4	20.0	-14.4	240.0	126.1
829	KLuG Krankenversicherung		664.5	-53.8	270.8	477.4	390.0	2'046.0
881	EGK-Gesundheitskasse		453.5	475.8	113.6	-57.7	136.5	5'180.6
895	Krankenkasse Staldenried		7.5	0.6	0.0	0.9	0.0	0.0
901	Sanavals Gesundheitskasse		253.5	126.0	21.0	106.4	50.0	604.6
923	Krankenkasse SLKK		135.5	28.5	1.5	103.8	10.0	3'955.7
941	sodalis Krankenversicherer		288.6	299.8	49.9	-800.0	83.2	634.9
966	vita surselva		990.9	517.9	282.1	-72.9	410.0	750.8
979	Schattenberge		10.0	26.8	1.3	-3.0	8.0	43.8
994	Progrès Versicherungen AG		732.6	335.8	93.6	334.8	401.0	1'550.8
1003	Krankenkasse Zeneggen		0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	5.7
1040	KKV		143.5	96.4	7.0	9.3	0.0	627.0
1060	Wincare Versicherungen AG		5'719.0	3'296.7	334.5	2'356.9	707.0	10'754.8
1097	AVANTIS Assureur maladie		83.7	0.1	13.9	57.1	10.0	364.5
1147	Krankenkasse Turbenthal		13.3	0.0	1.0	15.1	31.0	146.0
1179	Caisse-maladie du personnel communal de la Ville de Neuchâtel	*	857.1	1'096.9	84.1	-190.2	60.0	1'605.0
1215	CM de Troistorrens		80.8	51.3	13.8	5.0	10.0	269.4
1318	KK Wädenswil		38.5	4.8	3.4	29.2	20.0	232.7
1322	Krankenkasse Birchmeier		96.8	22.1	9.2	35.9	34.6	273.3
1328	kmu-Krankenversicherung		74.3	11.2	3.3	60.1	255.5	327.9
1331	Krankenkasse Stoffel Mels KKS		1.8	1.2	5.9	108.3	20.0	664.5
1362	Krankenkasse Simplon		15.8	2.2	0.0	1.4	1.5	16.1
1384	SWICA Krankenversicherung		4'678.1	3'601.4	1'532.6	-500.2	1'093.6	5'766.3
1386	GALENOS		1'100.3	871.4	55.1	40.5	100.0	284.2
1395	Vivao Sympany Schweiz AG		2.4	0.0	0.2	2.1	16.9	81.3
1401	rhenusana		43.4	45.3	23.7	-25.6	110.0	200.5
1402	Taggeldkasse bildende Künstler/Innen	*	0.0	117.0	1.4	133.0	20.0	1'409.1
1423	Publisana		64.5	0.0	1.7	46.9	120.0	346.9
1442	Fondation Natura Assurances.ch		45.5	30.1	8.0	10.0	10.0	304.3
1454	Krankenkasse Cervino		2'292.3	1'227.9	169.9	116.3	4'400.0	1'864.8
1479	Mutuel Assurances		15'990.8	10'460.3	3'755.6	690.6	1'680.0	29'889.0

T 5.04 Mutationen bei den Krankenversicherern

2008

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
178	Kranken- & Unfallkasse Rothenburg	01.01.08	x				360 Krankenkasse Luzerner Hinterland
901	ÖKK Lugnez II	01.01.08			Sanavals		
941	Sodalis Krankenversicherer	01.01.08				VS & BE	
1423	Allgemeine Krankenkasse Brugg	01.01.08			Publisana		
Total			1	0	2	1	1

Datenstand : 1.7.09

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

Quelle: Verzeichnisse der zugelassenen Krankenversicherer BAG 01/08 04/08 06/08 10/08 (www.bag.admin.ch)

Tabellen A6

6: Freiwillige Taggeldversicherung KVG

6.01 Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 1998	140
6.02 Ertrag, Aufwand und Ergebnis ab 1998	141
6.03 Versicherer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel- u. Kollektivverträgen	142
6.04 Betriebsrechnung der Einzel- und Kollektivversicherung insgesamt	143
6.05 Betriebsrechnung der Einzelversicherung	144
6.06 Betriebsrechnung der Kollektivversicherung	145

T 6.01 Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Versichererbestand ab 1998

Jahr	Prämiensoll in Mio. Fr.	Prämiensoll pro Versicherte(n) in Fr. ¹	Leistungen in Mio. Fr.	Leistungen pro Versicherte(n) in Fr. ¹	Versi- cherten- bestand ¹	Versi- cherer- bestand
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
2008	281.0	186	198.3	127	314'150	82

Datenstand: 30.7.09

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 1998

Jahr	Total des Gesamtertrags	Veränd. gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränd. gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2008	271'278'805	-10.7%	245'016'340	-7.0%	26'262'466	-34.9%

Datenstand: 30.7.09

Quelle: T 6.04

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

2008

Anzahl / Betrag	Einzel- versiche- rung	Kollektiv- versiche- rung ³	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Anzahl Versicherer	80	51	83	1.2%
Versichertenbestand ²				
Männlich	136'290	-	-	-8.3%
Weiblich	177'860	-	-	-8.0%
Total	314'150	-	-	-8.2%
Prämien Soll in Franken				
Männlich	36'399'526	157'598'683	193'998'209	-3.8%
Weiblich	21'996'417	65'003'861	87'000'278	-13.5%
Total	58'395'943	222'602'543	280'998'487	-7.0%
Prämien Soll in Franken pro Versicherte(n)				0.0%
Männlich	267	-	-	1.4%
Weiblich	124	-	-	-10.1%
Total	186	-	-	-3.3%
Leistungen in Franken				0.0%
Männlich	23'343'144	114'099'581	137'442'725	-8.9%
Weiblich	16'464'974	44'380'864	60'845'838	7.0%
Total	39'808'118	158'480'445	198'288'563	-4.5%
davon Mutterschaft	267'374	4'791'651	5'059'025	0.3%
Leistungen in Franken pro Versicherte(n)				
Männlich	171	-	-	-16.9%
Weiblich	93	-	-	5.0%
Total	127	-	-	-9.1%

Datenstand: 30.7.09

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

2008

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60 Prämien	268'425'000	12'573'483	280'998'484
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-2'006'680	-54'533	-2'061'212
65 Andere Beitragsanteile	209'269	1'227	210'496
60-65 Brutto-Prämien	266'627'590	12'520'178	279'147'768
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-1'296'223	-69'280	-1'365'503
60-66 Eigene Versicherungsprämien	265'331'367	12'450'897	277'782'265
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	171'081	43'634	214'715
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-25	-3	-28
69 Sonstige Betriebserträge	1'869'135	16'702	1'885'838
6 Total Versicherungsertrag	267'371'558	12'511'231	279'882'789
30 Leistungen	188'215'089	10'073'468	198'288'556
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33 Bezahlte Leistungen	188'215'089	10'073'468	198'288'556
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	600'944	16'580	617'524
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-2'380'505	-309'137	-2'689'642
30-35 Brutto-Leistungen	186'435'527	9'780'910	196'216'438
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-1'096'121	-9'737	-1'105'858
37 Risikoausgleich			
3 Total Versicherungsaufwand	185'339'406	9'771'173	195'110'579
40-47 Verwaltungsaufwand	46'791'932	2'214'177	49'006'109
48 Abschreibungen	565'298	61'311	626'609
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	259'446	13'596	273'042
4 Total Betriebsaufwand	47'616'676	2'289'084	49'905'760
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	232'956'082	12'060'257	245'016'340
Versicherungsbetriebsergebnis	34'415'476	450'973	34'866'449
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	-8'232'353	-371'631	-8'603'983
Gesamtbetriebsergebnis	26'183'123	79'343	26'262'466

Datenstand: 30.7.09

Quelle: Formular EF2 [2.0 & 2.1]

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, Bundesamt für Gesundheit

T 6.05 Betriebsrechnung der Einzelversicherung ¹**2008**

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60	Prämien	51'710'971	6'684'971	58'395'941
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-197'103	-12'050	-209'153
65	Andere Beitragsanteile	21'995	721	22'716
60-65	Brutto-Prämien	51'535'863	6'673'642	58'209'504
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-578'265	-60'718	-638'983
60-66	Eigene Versicherungsprämien	50'957'598	6'612'924	57'570'522
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	171'081	43'634	214'715
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	-25	-3	-28
69	Sonstige Betriebserträge	305'030	10'483	315'512
6	Total Versicherungsertrag	51'433'684	6'667'037	58'100'721
30	Leistungen	36'401'565	3'406'547	39'808'112
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33	Bezahlte Leistungen	36'401'565	3'406'547	39'808'112
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	267'890	10'233	278'123
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-4'336'098	-294'212	-4'630'310
30-35	Brutto-Leistungen	32'333'357	3'122'568	35'455'926
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-411'425	-8'488	-419'914
37	Risikoausgleich			
3	Total Versicherungsaufwand	31'921'932	3'114'080	35'036'012
40-47	Verwaltungsaufwand	8'491'891	1'103'331	9'595'222
48	Abschreibungen	171'144	25'442	196'586
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	29'427	8'054	37'481
4	Total Betriebsaufwand	8'692'462	1'136'827	9'829'289
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	40'614'394	4'250'907	44'865'301
	Versicherungsbetriebsergebnis	10'819'289	2'416'131	13'235'420
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	-2'128'500	-129'720	-2'258'221
	Gesamtbetriebsergebnis	8'690'789	2'286'410	10'977'199

Datenstand: 30.7.09

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 Kollektivversicherung¹

2008

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
60	Prämien	216'714'030	5'888'513	222'602'543
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-1'809'577	-42'483	-1'852'060
65	Andere Beitragsanteile	187'275	506	187'781
60-65	Brutto-Prämien	215'091'728	5'846'536	220'938'264
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-717'958	-8'562	-726'521
60-66	Eigene Versicherungsprämien	214'373'769	5'837'974	220'211'743
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	0	0	0
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	1'564'105	6'220	1'570'325
6	Total Versicherungsertrag	215'937'875	5'844'193	221'782'068
30	Leistungen	151'813'524	6'666'921	158'480'444
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)			
30-33	Bezahlte Leistungen	151'813'524	6'666'921	158'480'444
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	333'054	6'346	339'400
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	1'955'592	-14'925	1'940'668
30-35	Brutto-Leistungen	154'102'170	6'658'342	160'760'512
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-684'696	-1'249	-685'945
37	Risikoausgleich			
3	Total Versicherungsaufwand	153'417'474	6'657'093	160'074'567
40-47	Verwaltungsaufwand	38'300'041	1'110'847	39'410'887
48	Abschreibungen	394'154	35'868	430'023
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	230'019	5'542	235'561
4	Total Betriebsaufwand	38'924'214	1'152'257	40'076'471
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	192'341'688	7'809'351	200'151'039
	Versicherungsbetriebsergebnis	23'596'187	-1'965'157	21'631'029
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	-6'103'852	-241'910	-6'345'763
	Gesamtbetriebsergebnis	17'492'334	-2'207'068	15'285'266

Datenstand: 30.7.09

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).

Tabellen A7

7: Andere Versicherungen der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

7.01 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der anderen Versicherungen insgesamt ab 1998	148
7.02 Indikatoren der Betriebsrechnung der anderen Versicherungen	149
7.03 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG	150
7.04 Betriebsrechnung der Krankenpflegeversicherung Liechtenstein	151
7.05 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland	152

**T 7.01 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der anderen Versicherungen insgesamt ¹ in Franken
ab 1998**

Jahr ^{2, 3}	Total des Gesamt- ertrags	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total Ver- sicherungs- und Betriebs- aufwand	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Gesamt- betriebs- ergebnis	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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	-31.4%
2008	2'066'551'568	3.7%	2'052'929'240	3.6%	13'622'327	26.5%

Datenstand : 30.7.09

1) Zusammenschluss 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

2008

Kontengruppen	Zusatzversicherungen VVG	Kranken- pflegever- sicherung Liechten- stein	Zusatzver- sicherungen Versicherte wohnhafte im Ausland	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Versicherungsertrag	2'004'136'307	101'903'358	3'305'718	2'109'345'384	3.3%
davon Brutto-Prämien	2'014'188'943	60'583'627	3'305'355	2'078'077'926	3.1%
Neutraler Aufwand/Ertrag	-41'607'283	-1'145'002	-41'532	-42'793'817	13.9%
Total des Gesamtertrags	1'962'529'025	100'758'357	3'264'186	2'066'551'568	3.7%
Versicherungsaufwand	1'621'666'418	95'308'339	9'167'134	1'726'141'891	2.1%
davon Brutto-Leistungen	1'628'549'897	95'308'339	9'167'134	1'733'025'370	2.0%
Betriebsaufwand	320'649'123	5'807'531	330'696	326'787'350	12.5%
Total Vers. - und Betriebsaufwand	1'942'315'541	101'115'869	9'497'830	2'052'929'240	3.6%
Gesamtbetriebsergebnis	20'213'484	-357'513	-6'233'644	13'622'327	26.5%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 7.03, 7.04, 7.05

T 7.03 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen VVG ¹

2008

Kontengruppen	Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63 Prämien	1'972'367'967	81'199'072	2'053'567'039
64 Erlösminderungen für Prämien (-)	-38'919'945	-924'029	-39'843'973
65 Andere Beitragsanteile	620'029	-154'150	465'878
60-65 Brutto-Prämien	1'934'068'051	80'120'893	2'014'188'943
66 Prämienanteile der Rückversicherer (-)	-13'134'053	-1'191'163	-14'325'216
60-66 Eigene Versicherungsprämien	1'920'933'998	78'929'729	1'999'863'727
67 Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	-1'167'650	-100'394	-1'268'045
68 Prämienermässigung an Versicherte (-)	-3'289'026	0	-3'289'026
69 Sonstige Betriebserträge	7'060'202	1'769'449	8'829'651
6 Total Versicherungsertrag	1'923'537'523	80'598'784	2'004'136'307
33 Leistungen	1'613'394'688	51'702'717	1'665'097'405
32 Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-46'078'296	-1'100'759	-47'179'055
30-33 Bezahlte Leistungen	1'567'316'392	50'601'958	1'617'918'349
34 Sonstige Aufwendungen für Leistungen	12'624'403	362'938	12'987'341
35 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-2'268'961	-86'833	-2'355'793
30-35 Brutto-Leistungen	1'577'671'834	50'878'063	1'628'549'897
36 Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	-6'479'581	-403'898	-6'883'479
37 Risikoausgleich	0	0	0
3 Total Versicherungsaufwand	1'571'192'253	50'474'165	1'621'666'418
40-47 Verwaltungsaufwand	293'925'915	17'161'167	311'087'082
48 Abschreibungen	7'911'605	844'709	8'756'315
49 Sonstige Betriebsaufwendungen	749'208	56'519	805'726
4 Total Betriebsaufwand	302'586'728	18'062'395	320'649'123
3/4 Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	1'873'778'981	68'536'560	1'942'315'541
Versicherungsbetriebsergebnis	49'758'542	12'062'224	61'820'767
7 Neutraler Aufwand / Ertrag	-36'026'670	-5'580'613	-41'607'283
Gesamtbetriebsergebnis	13'731'873	6'481'611	20'213'484

davon Taggeldversicherung VVG

Brutto-Prämien (60-65)	-	-	601'738'376
Bezahlte Leistungen (30-33)	-	-	376'541'647

Datenstand : 30.7.09

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

2008

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	59'253'903	1'333'566	60'587'469
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-3'718	-123	-3'842
65	Andere Beitragsanteile	0	0	0
60-65	Brutto-Prämien	59'250'185	1'333'442	60'583'627
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
60-66	Eigene Versicherungsprämien	59'250'185	1'333'442	60'583'627
67	Prämienverbilligung / sonstige Beiträge	40'216'019	1'099'171	41'315'190
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	4'447	95	4'542
6	Total Versicherungsertrag	99'470'650	2'432'708	101'903'358
33	Leistungen	97'775'557	2'632'598	100'408'155
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-7'016'679	-100'751	-7'117'430
30-33	Bezahlte Leistungen	90'758'879	2'531'847	93'290'725
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	857'738	31'736	889'474
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	1'098'789	29'350	1'128'139
30-35	Brutto-Leistungen	92'715'405	2'592'933	95'308'339
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37	Risikoausgleich	0	0	0
3	Total Versicherungsaufwand	92'715'405	2'592'933	95'308'339
40-47	Verwaltungsaufwand	5'356'308	119'003	5'475'311
48	Abschreibungen	298'874	6'357	305'231
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	26'430	558	26'989
4	Total Betriebsaufwand	5'681'612	125'919	5'807'531
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	98'397'017	2'718'852	101'115'869
	Versicherungsbetriebsergebnis	1'073'633	-286'144	787'489
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	-1'120'769	-24'233	-1'145'002
	Gesamtbetriebsergebnis	-47'136	-310'377	-357'513

Datenstand : 30.7.09

Quelle: Formular EF2 [2.9]

T 7.05 Betriebsrechnung der Zusatzversicherungen Versicherte wohnhaft im Ausland ¹**2008**

Kontengruppen		Krankheit in Fr.	Unfall in Fr.	Total in Fr.
63	Prämien	3'252'416	152'898	3'405'314
64	Erlösminderungen für Prämien (-)	-95'645	-4'313	-99'959
65	Andere Beitragsanteile	0	0	0
60-65	Brutto-Prämien	3'156'771	148'584	3'305'355
66	Prämienanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
60-66	Eigene Versicherungsprämien	3'156'771	148'584	3'305'355
67	Prämienerbilligung / sonstige Beiträge	0	0	0
68	Prämienermässigung an Versicherte (-)	0	0	0
69	Sonstige Betriebserträge	347	16	363
6	Total Versicherungsertrag	3'157'118	148'600	3'305'718
33	Leistungen	9'295'990	93'195	9'389'185
32	Kostenbeteiligung der Versicherten (-)	-121'997	-2'457	-124'454
30-33	Bezahlte Leistungen	9'173'993	90'738	9'264'731
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	105'559	1'263	106'823
35	Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	-202'373	-2'047	-204'420
30-35	Brutto-Leistungen	9'077'179	89'955	9'167'134
36	Leistungsanteile der Rückversicherer (-)	0	0	0
37	Risikoausgleich	0	0	0
3	Total Versicherungsaufwand	9'077'179	89'955	9'167'134
40-47	Verwaltungsaufwand	312'113	14'834	326'947
48	Abschreibungen	3'584	166	3'749
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	0	0	0
4	Total Betriebsaufwand	315'697	14'999	330'696
3/4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	9'392'876	104'954	9'497'830
	Versicherungsbetriebsergebnis	-6'235'758	43'646	-6'192'112
7	Neutraler Aufwand / Ertrag	-39'726	-1'806	-41'532
	Gesamtbetriebsergebnis	-6'275'484	41'840	-6'233'644

Datenstand : 30.7.09

1) Ohne T 7.04

Quelle: Fomular EF2 [2.10]

Tabellen A8

8: Gesamtgeschäft der vom BAG anerkannten Krankenversicherer

8.01 Anzahl Versicherer ab 1998	156
8.02 Anzahl Versicherer OKP nach Grösse ab 1998	157
8.03 Stellen- und Personalbestand der Versicherer ab 1998	158
8.04 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der Versicherer ab 1998	159
8.05 Gesamtbetriebsrechnung: Ertrag der Versicherer	160
8.06 Gesamtbetriebsrechnung: Aufwand der Versicherer	161
8.07 Aktiven und Passiven der Versicherer ab 1998	162
8.08 Eigenkapital, Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude der Versicherer ab 1998	163
8.09 Bilanz: Aktiven der Versicherer per 31.12.	164
8.10 Bilanz: Passiven der Versicherer per 31.12.	165
8.11 Aufstellung über Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude per 31.12.	166
8.12 Ergebnisverteilung per 31.12.	167
8.13 Stellen, Personal und Löhne in der OKP	168

T 8.01 Anzahl KVG Versicherer ab 1998

Jahr	A			B		C	D
	Anzahl Versicherer KVG	Zuwachs	Abgang	Anzahl KVG-Versicherer ¹		Freiwillige Taggeldversicherung	OKP <i>und</i> Taggeldversicherung
1998	127	0	15	118	115	106	
1999	119	2	10	109	109	99	
2000	110	0	9	101	102	93	
2001	108	0	2	99	102	92	
2002	101	1	8	93	93	85	
2003	99	2	3	93	92	86	
2004	98	0	2	92	93	87	
2005	90	2	9	85	82	76	
2006	92	2	0	87	82	77	
2007	92	0	0	87	82	77	
2008	91	0	1	86	83	78	

Datenstand : 30.7.09

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 1998

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
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%
2008	26	13	19	9	15	4	86	-1.1%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 5.01

T 8.03 Stellen- und Personalbestand der Versicherer ab 1998

Jahr ¹	Verwaltung / Hauptsitz		Sektionen / Agenturen		Total		Veränd. gegenüb. Vorjahr ²
	Stellen	Personen	Stellen	Personen	Stellen	Personen	
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%
2008	7'012	8'068	2'796	3'914	9'808	11'982	3.3%

Datenstand : 30.7.09

1) Ab 2001, nur obligatorische Grundversicherung OKP.

2) Total Personen.

Quelle: Formular EF3 [3.10.3]

T 8.04 Ertrag, Aufwand und Ergebnis der Versicherer in Mio. Franken ab 1998

Jahr ¹	Total des Gesamtertrags	Veränd. gegenüber Vorjahr	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	Veränd. gegenüber Vorjahr	Gesamtbetriebsergebnis ²	Veränd. gegenüber Vorjahr
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%
2008	22'244	-0.4%	22'986	4.1%	-743	-414.5%

Datenstand : 30.7.09

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

2008

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
60 Freiwillige Taggeldversicherung KVG	280'998'484	1.3%
600 – Taggeld	295'887'868	1.3%
601 – Überschussbeteiligung auf Kollektivversicherung Taggeld	-14'889'384	-0.1%
61 Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG ¹	19'790'755'547	89.0%
63 Zusatzversicherungen VVG, inkl. Taggeld VVG ²	2'117'559'821	9.5%
60 – 63 Prämiensoll	22'189'313'852	99.8%
64 Erlösminderungen auf Prämien	-124'349'342	-0.6%
65 Andere Prämienanteile	11'760'222	0.1%
60 – 65 Brutto-Prämien	22'076'724'732	99.2%
66 Prämienanteile der Rückversicherer	-24'986'911	-0.1%
60 – 66 Eigene Versicherungsprämien	22'051'737'821	99.1%
67 Prämienverbilligung und sonstige Beiträge / Subventionen	1'747'473'115	7.9%
670 – Beiträge zur Prämienverbilligung (Art. 65 KVG)	1'688'736'572	7.6%
672 – Beiträge anderer Institutionen z.G. der Versicherten	48'118'945	0.2%
673 – Beiträge z.G. des Versicheres	20'726'771	0.1%
675 – Beiträge an Insolvenzfonds	-10'109'172	0.0%
68 Prämienermässigung an Versicherte	-1'703'221'276	-7.7%
67 – 68 Eigene Subventionen und Beiträge	44'251'839	0.2%
69 Sonstige Betriebserträge	136'282'912	0.6%
6 Total Versicherungsertrag	22'232'272'571	99.9%
70 Liegenschaftsrechnung	35'251'008	0.2%
701 – Liegenschaftsergebnis	35'251'008	0.2%
72 Neutraler Aufwand und Ertrag	-20'147'240	-0.1%
720 – Kapitalertrag	318'672'478	1.4%
721 – Kapitalaufwand	-330'845'070	-1.5%
722 – Wertberichtigung auf Wertschriften	-192'400'824	-0.9%
723 – Nicht rückzuerstattende Abgabeerträge VOC und HEL	819'688	0.0%
724 – Übriger neutraler Aufwand und Ertrag	183'606'488	0.8%
76 Einkommens-, Vermögens-, Ertrags- und Kapitalsteuer VVG	-3'752'108	0.0%
7 Total neutraler Aufwand/Ertrag	11'351'660	0.1%
6 / 7 Total des Gesamtertrages	22'243'624'231	100.0%
800 – 801 Rückschlag Gesamtbetriebsrechnung	754'046'372	–
Gesamt-Total	22'997'670'603	–

Datenstand : 30.7.09

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

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

Quelle: Formular EF1 [8,9]

T 8.06 Gesamtbetriebsrechnung: Aufwand der Versicherer

2008

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %	
30	Freiwillige Taggeldversicherung KVG	198'288'556	0.9%
31	Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG ¹	22'798'294'233	99.2%
32	Kostenbeteiligung der Versicherten	-3'349'429'013	-14.6%
33	Zusatzversicherungen VVG, inkl. Taggeld VVG ²	1'774'894'745	7.7%
30 – 33	Bezahlte Leistungen	21'422'048'522	93.2%
34	Sonstige Aufwendungen für Leistungen	64'765'552	0.3%
35	Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle / versicherungstechnische Rückstellungen	-50'935'308	-0.2%
30 – 35	Brutto-Leistungen	21'435'878'765	93.3%
36	Leistungsanteile der Rückversicherer	-15'040'731	-0.1%
37	Risikoausgleich	3'308'553	0.0%
3	Total Versicherungsaufwand	21'424'146'587	93.2%
400	– Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	1'261'203'163	5.5%
410	– Verwaltungsräumlichkeiten und Betriebseinrichtungen	125'699'840	0.5%
420	– EDV-Kosten	209'010'238	0.9%
430	– Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	48'324'879	0.2%
450	– Marketing und Werbung inkl. Provisionen KVG	111'026'970	0.5%
453	– Marketing und Werbung inkl. Provisionen VVG	51'765'342	0.2%
460	– Übriger Verwaltungsaufwand	317'829'371	1.4%
470	– Erhaltene Verwaltungsentschädigung	-644'009'048	-2.8%
40 – 47	Total Verwaltungsaufwand	1'480'850'754	6.4%
48	Abschreibungen	71'353'978	0.3%
49	Sonstige Betriebsaufwendungen	10'076'652	0.0%
4	Total Betriebsaufwand	1'562'281'384	6.8%
3 / 4	Total Versicherungs- und Betriebsaufwand	22'986'427'971	100.0%
800 – 801	Vorschlag Gesamtbetriebsrechnung	11'242'632	–
	Gesamt-Total	22'997'670'603	–

Datenstand : 30.7.09

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 1998

Jahr ¹	Aktiven Umlauf- vermögen	Anlage- vermögen	Passiven Fremd- kapital	Fonds und Reserven	Bilanz- summe	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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%
2008	7'264.3	10'486.3	13'652.8	4'097.8	17'750.7	-5.4%

Datenstand : 30.7.09

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 1998

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
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%
2008	4'080.9	-14.8%	18.4%	9'350.4	-9.9%	999.7	11.7%

Datenstand : 30.7.09

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.

2008

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
Umlaufvermögen	7'264'301'170	40.9%
10 Flüssige Mittel	2'444'631'587	13.8%
11 Forderungen bei Versicherten	2'894'773'574	16.3%
– Forderungen bei Versicherten brutto	3'141'287'751	17.7%
– Wertberichtigung / Delkredere	-246'514'177	-1.4%
12 Forderungen bei Partnern	1'233'594'369	6.9%
– Forderungen bei Partnern brutto	1'259'279'206	7.1%
– Wertberichtigung / Delkredere	-25'684'837	-0.1%
13 Forderungen bei Rückversicherern	5'581'067	0.0%
14 Forderungen von Subventionen, Prämienverbilligung, Risikoausgleich und anderen Beiträgen	328'321'875	1.8%
15 Vorausbezahlte Versicherungsleistungen, Regress und Rückerstattungsansprüche	45'274'748	0.3%
16 Übrige Forderungen und aktive Rechnungsabgrenzung	312'123'951	1.8%
Anlagevermögen	10'486'349'606	59.1%
17 Kapitalanlagen	9'350'363'090	52.7%
– Kapitalanlagen brutto	10'086'091'878	56.8%
– Wertberichtigung	-735'728'789	-4.1%
18 Grundstücke und Gebäude	999'651'967	5.6%
– Grundstücke und Gebäude brutto	1'465'539'699	8.3%
– Wertberichtigung	-465'887'733	-2.6%
19 Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge	136'334'550	0.8%
– Betriebseinrichtungen und Fahrzeuge brutto	845'219'789	4.8%
– Wertberichtigung	-708'885'239	-4.0%
1 Total Aktiven	17'750'650'777	100.0%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: Formular EF1 [3]

T 8.10 Bilanz: Passiven der Versicherer per 31.12.

2008

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
Fremdkapital	13'652'812'470	76.9%
20 Verbindlichkeiten aus Versicherungsleistungen	512'730'661	2.9%
21 Verbindlichkeiten bei Versicherten (ohne Konto.215)	3'829'894'691	21.6%
215 Noch zur Verrechnung gelangende Abgabeerträge VOC und HEL	744'587	0.0%
22 Verbindlichkeiten bei Partnern	944'134'336	5.3%
23 Verbindlichkeiten bei Rückversicherern	10'153'395	0.1%
24 Verbindlichkeiten bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG	47'613'526	0.3%
25 Verbindlichkeiten bei anderen Versicherern	21'173'146	0.1%
26 Übrige Verbindlichkeiten und passive Rechnungsabgrenzung	484'268'323	2.7%
27 Rückstellung für unerledigte Versicherungsfälle, Risikoausgleich, nicht versicherungstechn. Rückstellungen, Rücklagen aus Fusionen	7'802'099'805	44.0%
270 <i>Oblig. Krankenpflegevers. (ohne Kto. 270.2 und 270.3)</i>	5'191'050'172	29.2%
270.1 <i>Nicht versicherungstechnische Rückstellungen KVG</i>	482'116'159	2.7%
270.2 <i>Oblig. Krankenpflegevers. (effektive Kosten gemäss Verordnung (EWG) Nr. 574/72 Art. 93)</i>	37'639'720	0.2%
270.3 <i>Oblig. Krankenpflegevers. (Pauschalkosten gem. Verordnung (EWG) Nr. 574/72 Art. 94 und 95)</i>	2'380'167	0.0%
271 <i>– Freiwillige Taggeldversicherung nach KVG</i>	100'312'335	0.6%
272 <i>– Aktive Rückversicherung</i>	2'050'000	0.0%
273 <i>– Zusatzversicherungen inkl. Taggeld VVG</i>	1'504'168'709	8.5%
273.1 <i>– Nicht versicherungstechnische Rückstellungen VVG</i>	255'658'730	1.4%
274 <i>– Risikoausgleich</i>	222'990'550	1.3%
279 <i>– Zweckgebundene Rücklagen aus Fusionen</i>	3'733'263	0.0%
<i>Fonds und Eigenkapital</i>	4'097'838'307	23.1%
28 Fonds	16'927'983	0.1%
280 <i>– Reglementierte Fonds</i>	16'927'983	0.1%
281 <i>– Immobilien (Renovationen, Umbauten)</i>	0	0.0%
282 <i>– EDV-Projekte</i>	0	0.0%
29 Eigenkapital	4'080'910'324	23.0%
290 <i>Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung (ohne Konto 290.5)</i>	3'159'985'123	17.8%
290.5 <i>Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung EG und EFTA (ohne Liechtenstein)</i>	22'446'598	0.1%
290.9 <i>Aktienkapital</i>	91'939'544	0.5%
291 <i>– Reserven Taggeldversicherung nach KVG</i>	464'226'441	2.6%
292 <i>– Reserven Aktive Rückversicherung</i>	-34'998'327	-0.2%
293 <i>– Zusatzversicherung VVG, inkl. Taggeld VVG</i>	377'310'944	2.1%
299 <i>– Einkaufssummen fusionierter Versicherer</i>	0	0.0%
2 Total Passiven	17'750'650'777	100.0%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: Formular EF1 [4,5]

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

2008

Kontengruppen	Betrag in Fr.	Anteile in %
17 Kapitalanlagen		
170 Kapitalanlagen nach Art. 80 KVV ¹		
Anlagen bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften und bei Banken und Sparkassen	1'920'276'801	18.6%
Wertpapiere und andere an der Börse kotierte Anlagen	7'534'487'752	72.8%
Anlagen in grundpfandgesicherten Darlehen	332'262'728	3.2%
Anlagen und Guthaben von Betriebskrankenkassen im eigenen Betrieb	0	0.0%
Anlagen bei Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen	13'680'959	0.1%
Sonstige Wertschriften	285'383'638	2.8%
170 Total	10'086'091'878	97.5%
179 Wertberichtigung Kapitalanlagen	-735'728'789	-7.1%
17 Kapitalanlagen - Gesamttotal	9'350'363'090	90.3%
18 Grundstücke und Gebäude		
180 Grundstücke	133'454'803	1.3%
Gebäude für Verwaltungszwecke	488'358'260	4.7%
Gebäude für Wohn- und Geschäftszwecke	843'726'637	8.2%
180 Total	1'465'539'700	14.2%
189 Wertberichtigung Grundstücke und Gebäude	-465'887'733	-4.5%
18 Grundstücke / Gebäude - Gesamttotal	999'651'967	9.7%
17-18 Gesamttotal Kapitalanlagen, Grundstücke und Gebäude	10'350'015'056	100.0%

Datenstand : 30.7.09

1) Anschaffungswert = Buchwert

Quelle: Formular EF1 [11]

T 8.12 Ergebnisverteilung per 31.12.

2008

		Betrag in Fr.	Betrag in Fr.
Gesamtbetriebsrechnung:			
800	Vorschlag	-	11'242'632
800	Rückschlag	754'046'372	-
		<u>Zuweisungen</u>	<u>Entnahmen</u>
Fonds:			
280	Reglementierte Fonds	0	6'398'947
281	Immobilien	0	0
282	EDV-Projekte	0	0
Eigenkapital:			
290	Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung (ohne Kto. 290.5)	-100'255'695	649'208'977
290.5	Reserven Oblig. Krankenpflegeversicherung EG und EFTA (ohne Liechtenstein)	3'570'281	3'927'694
291	Reserven Freiw.Taggeldversicherung KVG	28'273'743	1'223'739
292	Reserven Aktive Rückversicherung nach KVG	1'536'799	29'002'970
293	Zusatzversicherung VVG, inkl. Taggeld VVG	15'767'546	1'934'088
Total		702'939'047	702'939'047

Datenstand : 30.7.09

Quelle: Formular EF1 [10]

T 8.13 Stellen, Personal und Löhne in der OKP

2008

	Stellen	Personen	Bruttogehälter in Mio. Fr. ²	Mittleres Brutto- gehalt pro Stelle in Fr. ²
Total (Hauptsitz und Agenturen)	9'808	11'982	578.1	87'495
- davon Kader ¹	543	630	62.0	150'904

Datenstand : 30.7.09

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

2) **Unvollständige Daten.**

Quelle: Formular EF3 [3.10.3]

Tabellen A9

9: Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

9.01	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der sozialen Sicherheit ab 1998	172
9.02	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Direktzahler ab 1998	173
9.03	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungserbringer ab 1998	174
9.04	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Leistungen ab 1998	175
9.05	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Volkswirtschaft und pro Einwohner ab 1998	176
9.06	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsprämien ab 1998	177
9.07	Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsleistungen ab 1998	178
9.08	Details des Finanzierungssaldos ab 1998	179
9.09	Wohnbevölkerung, Ärzte mit Praxistätigkeit und Apotheken nach Kantonen	180
9.10	Entwicklung der Wohnbevölkerung, der Ärzte mit Praxistätigkeit und der Apotheken ab 1998	181
9.11	Aufteilung der Versicherten nach Art der Spitalzusatzversicherungen ab 1998	182
9.12	Entwicklung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 1998	183
9.13	Index der Krankenversicherungsprämien nach Versicherungsart ab 1998	184
9.14	Index der Krankenpflegekosten, der Krankenversicherungsausgaben der Versicherten sowie der Löhne ab 1998	185
9.15	Totaler Beitrag je versicherte Person nach Versicherungsform in der OKP ab 1998	186
9.16	Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage in der OKP ab 1998	187
9.17	Taggeldversicherung KVG / VVG ab 1998	188
9.18	Krankenversicherung (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 1998	189
9.19	Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder in % des BIP ab 1998	190
9.20	Sozialleistungen für die Gesundheitsversorgung : Internationaler Vergleich in % des BIP ab 1998	191
9.21	Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage in der OKP	192

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, Bundesamt für Gesundheit

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

Jahr	Staat ¹	Sozialversicherungen ²	Andere Regimes der sozialen Sicherheit ³	Private Haushalte ⁴	Andere private Finanzierung ⁵	Total
1998	5'989.0	2'973.2	3'270.2	27'207.3	375.3	39'815.0
1999	6'272.8	3'109.7	3'620.5	27'712.7	388.7	41'104.5
2000	6'461.0	3'228.4	3'725.7	29'007.7	420.2	42'842.9
2001	7'635.1	3'421.0	3'837.6	30'236.4	442.7	45'572.8
2002	8'429.5	3'447.4	4'062.6	30'992.9	456.3	47'388.6
2003	8'778.1	3'663.1	4'268.5	32'093.3	462.2	49'265.2
2004	8'632.7	3'771.2	4'550.2	33'593.1	460.5	51'007.7
2005	8'704.8	3'968.7	4'782.4	34'106.1	481.0	52'043.0
2006	8'536.5	4'049.5	4'933.2	34'753.8	500.3	52'773.3
2007	8'960.8	4'185.9	5'178.7	36'354.0	535.5	55'214.9
2008 ⁷	9'429	-	-	-	568	58'131

Datenstand: 1.12.09

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 12/09]

Quelle: 1996-2007 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2008: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF

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

Jahr	Staat ¹	Sozialversicherungen ²	Privatversicherungen VVG ³	Private Haushalte ⁴	Andere private Finanzierung ⁵	Total
1998	5'989.0	15'771.9	4'590.2	13'088.6	375.3	39'815.0
1999	6'272.8	16'391.9	4'331.9	13'719.1	388.7	41'104.5
2000	6'461.0	17'287.5	4'546.7	14'127.6	420.2	42'842.9
2001	7'635.1	18'307.7	4'699.9	14'487.4	442.7	45'572.8
2002	8'429.5	18'930.7	4'615.5	14'956.7	456.3	47'388.6
2003	8'778.1	19'967.3	4'477.9	15'579.7	462.2	49'265.2
2004	8'632.7	21'151.0	4'511.7	16'251.7	460.5	51'007.7
2005	8'704.8	22'241.4	4'674.8	15'941.1	481.0	52'043.0
2006	8'536.5	22'665.7	4'820.3	16'250.6	500.3	52'773.3
2007	8'960.8	23'662.5	5'090.8	16'965.3	535.5	55'214.9
2008 ⁷	9'429	24'936	5'303	17'887	568	58'131

Datenstand: 1.12.09

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 12/09]

Quelle: 1996-2007 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2008: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF

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

Jahr	Krankenhäuser ¹	Sozialmedizinische Institutionen ²	Ambulante Versorgung ³	Detailhandel ⁴	Staat ⁵	Versicherer ⁶	Organisationen ohne Erwerbscharakter	Total
1998	13'726.9	6'517.6	12'534.7	3'814.8	825.8	1'952.6	442.5	39'815.0
1999	14'269.9	6'636.0	12'923.2	3'985.0	869.4	1'951.2	469.9	41'104.5
2000	14'895.5	7'041.5	13'440.7	4'130.5	886.6	1'968.0	480.1	42'842.9
2001	16'132.1	7'546.7	14'118.4	4'333.6	926.8	2'014.6	500.6	45'572.8
2002	16'982.8	8'067.7	14'430.5	4'415.9	981.4	2'000.8	509.5	47'388.6
2003	17'712.2	8'374.9	14'813.6	4'721.0	1'036.9	2'076.4	530.2	49'265.2
2004	18'211.9	8'629.9	15'519.8	4'885.8	1'016.4	2'188.6	555.2	51'007.7
2005	18'296.5	8'899.2	16'110.1	4'948.2	1'023.6	2'193.6	571.9	52'043.0
2006	18'526.1	9'005.2	16'448.3	4'888.0	1'015.4	2'305.0	585.2	52'773.3
2007	19'366.8	9'516.9	17'123.5	5'027.5	1'191.8	2'380.6	607.9	55'214.9
2008 ⁷	20'369	10'178	17'939	5'238	1'259	2'507	642	58'131

Datenstand: 1.12.09

- 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 12/09]
- 8) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996->2006.

Quelle: 1996-2007 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2008: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF

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

Jahr	Stationäre und teilstationäre Behandlung ¹	Ambulante Behandlung	Andere Leistungen ²	Verkauf Gesund- heitsgüter ³	Prävention ⁴	Verwaltung	Total
1998	18'551.9	11'874.4	1'356.6	4'913.4	983.2	2'135.6	39'815.0
1999	18'978.6	12'357.7	1'394.0	5'198.8	1'015.1	2'160.3	41'104.5
2000	19'786.7	12'926.3	1'430.2	5'475.4	1'014.1	2'210.2	42'842.9
2001	21'248.4	13'690.9	1'471.1	5'829.5	1'062.8	2'270.1	45'572.8
2002	22'418.8	14'164.3	1'526.2	5'899.2	1'052.6	2'327.5	47'388.6
2003	23'242.4	14'647.2	1'546.5	6'306.7	1'122.8	2'399.6	49'265.2
2004	23'945.2	15'193.4	1'704.7	6'531.3	1'122.8	2'510.3	51'007.7
2005	23'688.4	16'202.5	1'809.9	6'680.5	1'133.5	2'528.3	52'043.0
2006	24'062.9	16'588.2	1'788.3	6'561.2	1'141.4	2'631.4	52'773.3
2007	25'173.3	17'405.9	1'831.3	6'761.1	1'281.2	2'762.1	55'214.9
2008 ⁵	26'512	18'446	1'924	7'063	1'321	2'863	58'131

Datenstand: 1.12.09

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 12/09].

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

Quelle: 1996-2007 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2008: 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 1998

Jahr	Staat ¹	Unter- nehmungen ²	Private Haushalte ³	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Total pro Einwohner	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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	14'773.4	3'552.1	36'889.4	55'214.9	4.6%	7'247.4	3.8%
2008 ⁴	-	-	-	58'131	5.3%	7'538.6	4.0%
2009 ⁴	-	-	-	60'647	4.3%	-	-
2010 ⁴	-	-	-	62'081	2.4%	-	-

Datenstand: 1.12.09

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 12/09]

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

Quelle: 1996-2007 : Statistisches Lexikon BFS, Kosten des Gesundheitswesens / 2008: Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF / T 9.10.

T 9.06 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsprämien ¹⁵ in Millionen Franken ab 1998

Finanzierungsträger des Gesundheitswesens	1988	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Veränd. 2006-2007	Durchschnittl. jährli. Veränderung 1998-2007	Schätzung 2008 ¹⁴
Staat ¹	5'989.0	6'272.8	6'461.0	7'635.1	8'429.5	8'778.1	8'632.7	8'704.8	8'536.5	8'960.8	5.0%	4.6%	9'429
Bund	116.9	126.0	145.0	164.4	177.7	155.6	137.7	126.9	121.3	180.2	48.6%	4.9%	-
Kantone	4'705.6	4'970.9	5'115.7	6'059.3	6'623.5	7'117.8	7'117.8	7'387.4	7'524.2	7'771.8	3.3%	5.7%	-
Gemeinden	1'166.5	1'175.9	1'200.3	1'411.5	1'428.3	1'387.8	1'377.2	1'180.5	892.1	1'008.8	13.1%	-1.6%	-
Sozialversicherungen ²	2'973.2	3'109.7	3'228.4	3'421.0	3'447.4	3'663.1	3'771.2	3'968.7	4'049.5	4'185.9	3.4%	3.9%	4'327
Unfallversicherung UVG	1'263.9	1'376.5	1'422.4	1'413.6	1'517.5	1'537.8	1'537.8	1'654.4	1'635.4	1'685.0	3.0%	3.1%	-
AHV / IV ³	1'633.9	1'690.1	1'783.0	1'900.4	1'886.9	2'102.2	2'185.2	2'265.3	2'366.2	2'450.8	3.6%	4.5%	-
Milliärversicherung	35.4	41.1	43.0	45.2	46.9	48.4	48.2	49.0	47.9	50.2	4.7%	3.9%	-
Finanzierungssaldo für die Krankenversicherung ⁴	-306.4	-200.3	98.8	454.4	-589.2	-1'266.4	-1'468.8	-918.2	-1'381.5	-679.9	-	-	298
Ubrige Systeme der sozialen Sicherheit	3'270.2	3'620.5	3'725.7	3'837.6	4'063	4'268.5	4'550	4'782.4	4'933	5'178.7	5.0%	5.2%	5'256
Prämienverbiligung KVG ⁵	2'263.2	2'476.6	2'632.8	2'671.6	2'848.4	2'961.1	3'025.3	3'119.6	3'230.0	3'432.2	6.3%	4.7%	3'398.3
Ergänzungsleistungen ⁶	264.4	277.1	317.0	343.8	375.1	421.4	447.8	476.1	496.7	496.7	4.3%	7.3%	533
Sozialhilfe ⁷	266.2	375.1	378.5	314.9	319.7	367.7	381.7	412.4	405.9	394.2	-2.9%	4.5%	412
Hilflosenentschädigungen ⁷	476.4	491.7	497.4	536.1	550.7	564.6	721.8	802.6	821.2	895.6	4.2%	6.7%	913
Haushalte	27'513.7	27'913.0	28'908.9	29'782.0	31'581.0	33'359.7	35'061.9	35'024.3	36'136.3	37'033.9	2.5%	3.4%	38'263
Krankenversicherungsprämien	19'432.1	19'337.8	19'974.2	18'460.6	17'838.6	19'087.4	20'335.1	20'746.0	21'588.0	21'815.1	1.1%	3.9%	22'145.1
Netto Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) ⁸	10'941.0	10'472.9	10'813.8	11'283.1	12'447.8	13'798.6	14'364.3	15'323.1	16'004.8	16'197.4	1.2%	6.1%	16'223.2
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer ⁸	4'953.3	3'766.7	2'917.4	1'967.0	1'956.4	1'802.6	1'359.6	1'397.7	1'304.1	1'410.6	1.9%	-12.0%	1'412.5
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer ⁸	637.8	1'096.2	2'242.9	3'190.5	3'432.4	3'406.2	4'022.0	4'025.9	4'199.1	4'207.1	0.2%	23.3%	4'509.9
Kostenbeteiligung ¹¹	2'165.0	2'249.6	2'343.1	2'428.3	2'541.0	2'627.5	2'868.2	3'031.7	3'081.5	3'201.0	3.9%	4.5%	3'337.6
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'582.3	2'892.3	2'995.0	3'038.7	3'155.1	3.8%	4.6%	3'290.5
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	57.0	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.9	36.7	42.8	45.9	7.3%	-2.5%	47.2
Out of pocket ⁸	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	12'017.8	4.8%	2.1%	12'770
Ubrige private Finanzierung ⁹	375.3	388.7	420.2	442.7	456.3	462.2	460.5	481.0	500.3	535.5	7.0%	4.0%	568
Total Kosten des Gesundheitswesens ¹²	39'815.0	41'104.5	42'942.9	45'572.8	47'388.6	49'265.2	51'907.7	52'043.0	52'773.3	55'214.9	4.6%	3.7%	58'131

Datenstand: 14.1.10

Fussnoten T 9.06:

- 1) Subventionen oder direkte Leistungen an das Gesundheitswesen (an die Leistungserbringer (Spitäler), an die sozialmedizinischen Institutionen, an die Spieltex- und Rettungsdienste) und die Öffentliche Gesundheit, Verwaltung und Prävention. Quelle: Kosten des Gesundheitswesens (nach Direktzahlen), BFS. Schätzungen, KOF (Medienmitteilung 12/09).
- 2) Leistungen/Zahlungen nur an das Gesundheitswesen. Quelle: Kosten des Gesundheitswesens (aus der Sicht der sozialen Sicherheit), BFS. Schätzungen; BAG: Entwicklung gemäss jährli. Veränderung 2006-2007.
- 3) Individuelle Sachleistungen und Subventionen an die IV-Institutionen; von der AHV bezahlte Hilfsmittel. Quelle: T 9.08.
- 4) Quelle: T 9.08.
- 5) Ohne Prämien für Tagelöhler KVG oder VVG. Quelle: T 9.08.
- 6) Ohne Prämien für Tagelöhler für Verdienstaufschlag nach VVG. Quelle: T 9.08.
- 7) Quelle: Kosten des Gesundheitswesens (aus der Sicht der sozialen Sicherheit), BFS. Schätzungen; BAG: Entwicklung gemäss jährli. Veränderung 1998-2007.
- 8) Zahnpflege, Pensionskosten in Pflegeheimen, Spitexdienste und rezeptfreie Medikamente ("over the counter") bilden die Hauptkosten zur vollen oder teilweisen Last der Haushalte. Wert berechnet wie das Total der Kosten des Gesundheitswesens - Summe der anderen Positionen.
- 9) Spenden und Legate an Organisationen ohne Erwerbszweck wie Pflegeheime für Betagte, Institutionen für Behinderte, Spitexorganisationen, Gesundheitsligen. Quelle: Kosten des Gesundheitswesens (nach Direktzahlen), BFS. Schätzungen; KOF (Medienmitteilung 12/09).
- 10) Netto-Prämien der Haushalte = Bruttoprämien obligatorische Krankenpflegeversicherung (T 9.08 ⁸) - Prämienverbiligung KVG an Versicherte (T 9.06 ¹³).
- 11) Quelle: T 9.08.
- 12) Quelle: Kosten des Gesundheitswesens (nach Direktzahlen), BFS. Schätzungen; KOF (Medienmitteilung 12/09).
- 13) Quelle: T 4.07 (Subventionenbudget nach Kürzungen).
- 14) Schätzungen (kursiv) [KOF & BAG].
- 15) Neue BFS-Berechnungsmethode im 2008 -> vom BFS revidierte Werte für 1996-2006 [1.2.7.6.9.12].

T 9.07 Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der Krankenversicherungsleistungen¹⁶ in Millionen Franken ab 1998

Finanzierungsträger des Gesundheitswesens	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Veränd. 2006-2007	Durchschnittl. jährliche Veränderung 1998-2007	Schätzung 2008 ¹⁷
Staat¹	5'989.0	6'272.8	6'461.0	7'635.1	8'429.5	8'778.1	8'632.7	8'704.8	8'536.5	8'960.8	5.0%	4.0%	9'429
Sozialversicherungen²	2'973.2	3'109.7	3'228.4	3'421.0	3'447.4	3'663.1	3'771.2	3'965.7	4'049.5	4'185.9	3.4%	3.9%	4'327
Übrige Systeme der sozialen Sicherheit	1'007.0	1'143.9	1'192.9	1'166.0	1'214.2	1'307.4	1'524.9	1'662.8	1'703.2	1'746.5	2.5%	6.3%	1'858
Ergänzungleistungen ³	284.4	277.1	317.0	315.0	343.8	375.1	421.4	447.8	478.1	498.7	4.3%	7.3%	533
Sozialhilfe ⁷	266.2	375.1	378.5	314.9	319.7	367.7	331.7	412.4	405.9	394.2	-2.9%	4.5%	412
Hilflosentzuschlägen ⁴	476.4	491.7	497.4	536.1	550.7	564.6	721.8	802.6	821.2	855.6	4.2%	6.7%	913
Brutto Krankenversicherungsleistungen⁵	17'841.5	18'231.2	19'316.2	20'344.5	20'951.6	21'678.1	22'971.1	24'341.6	24'619.8	25'832.5	4.9%	4.2%	27'138.5
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG:	14'024.1	14'620.5	15'479.3	16'386.5	17'095.6	17'924.1	19'139.8	20'347.7	20'902.8	21'578.7	4.7%	4.9%	22'721.9
davon Kostenbeteiligung ¹¹	2'097.2	2'169.9	2'288.0	2'400.2	2'602.8	2'588.5	2'832.3	2'996.0	3'039.7	3'155.1	3.8%	4.6%	3'290.5
davon Prämienverbilligung KVG ¹⁶	2'283.2	2'478.6	2'532.8	2'871.6	2'848.4	2'981.1	3'025.3	3'119.6	3'230.0	3'432.2	8.3%	4.7%	3'988.3
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer ⁵	3'357.3	2'846.8	2'254.2	1'804.8	1'480.5	1'393.6	1'078.4	1'181.1	1'128.1	1'218.0	8.0%	-10.7%	1'288.6
davon Kostenbeteiligung ¹¹	57.6	59.7	55.1	28.1	38.2	39.0	35.8	36.7	42.8	45.9	7.3%	-2.5%	47.2
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer ⁸	480.1	763.9	1'583.8	2'353.3	2'385.5	2'360.4	2'755.0	2'812.7	2'891.1	3'037.8	5.1%	23.3%	3'128.1
Anderer¹⁶	1'702.4	1'632.5	1'632.7	1'670.3	1'688.3	1'731.5	1'788.6	1'637.6	1'898.2	1'935.9	2.0%	1.4%	2'040
Übriger Aufwand	106.8	50.4	32.7	42.1	72.2	58.4	57.6	-84.4	59.5	55.9	-6.1%	-6.9%	63
Verwaltungskosten (inkl. Prävention)	1'595.6	1'562.1	1'600.0	1'628.2	1'616.1	1'673.1	1'731.1	1'731.9	1'838.7	1'880.0	2.2%	1.8%	1'977
Out of pocket (Haushalte)⁹	9'926.6	10'325.6	10'591.6	10'893.2	11'201.5	11'644.8	11'858.6	11'246.6	11'465.8	12'017.8	4.8%	2.1%	12'770
Übrige private Finanzierung⁹	375.3	388.7	420.2	442.7	456.3	462.2	460.5	481.0	500.3	535.5	7.0%	4.0%	568
Total Kosten des Gesundheitswesens¹²	39'815.0	41'104.5	42'842.9	45'572.8	47'388.6	49'285.2	51'007.7	52'043.0	52'773.3	55'214.9	4.6%	3.7%	59'131

Datenstand: 14.1.10

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 1998-2006 [1,2,6,9,12].

T 9.08 Details des Finanzierungssaldos in Millionen Franken ab 1998

Krankenversicherung ¹	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Veränd. 2006-2007	Durchschnittl. jährli. Veränderung 1998-2007	Schätzung 2008 ¹²
Krankenversicherer													
a) Leistungen der Krankenversicherer²	15'886.9	15'981.6	16'973.1	17'916.3	18'410.6	19'050.6	20'102.9	21'308.9	21'538.3	22'831.5	5.1%	4.2%	23'800.9
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	11'926.9	12'430.6	13'190.3	13'866.3	14'592.8	15'336.6	16'307.5	17'352.7	17'563.9	18'423.6	4.9%	5.0%	19'431.5
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	3'299.5	2'787.1	2'199.1	1'576.7	1'422.3	1'356.6	1'040.5	1'144.4	1'083.3	1'170.1	8.0%	-10.9%	1'241.4
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	460.1	763.9	1'683.8	2'563.3	2'365.5	2'366.4	2'750.0	2'612.7	2'891.1	3'037.8	5.1%	23.3%	3'128.1
b) Übriger Aufwand³	106.8	50.4	32.7	42.1	72.2	58.4	57.6	-94.4	59.5	55.9	6.1%	-6.9%	63
c) Leistungen II⁴	15'793.3	16'032.0	17'005.8	17'958.4	18'482.7	19'109.0	20'160.5	21'215.5	21'597.8	22'687.4	5.0%	4.1%	23'864
d) Verwaltungskosten (inkl. Prävention)⁵	1'595.6	1'582.1	1'600.0	1'628.2	1'616.1	1'673.1	1'731.1	1'731.9	1'838.7	1'880.0	2.2%	1.8%	1'977
e) Leistungen III⁶	17'388.9	17'614.1	18'605.8	19'586.6	20'086.8	20'782.1	21'891.6	22'947.4	23'436.4	24'567.4	4.8%	3.9%	25'847
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	12'799.7	13'282.2	14'059.1	14'866.3	15'483.3	16'304.2	17'379.8	18'272.7	18'616.2	19'476.6	7.0%	-10.8%	20'939
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	4'089.2	3'415.2	2'646.1	1'875.9	1'740.9	1'645.4	1'205.7	1'392.2	1'351.0	1'445.5	7.0%	-10.8%	1'535
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	552.0	916.7	1'900.6	2'624.0	2'657.6	2'832.5	3'306.0	3'282.5	3'469.3	3'645.3	5.1%	23.3%	3'767
f) Kostenbeteiligung⁷	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.2	2'541.0	2'627.5	2'868.2	3'031.7	3'081.5	3'201.0	3.9%	4.5%	3'337.6
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'598.5	2'832.3	2'995.0	3'088.7	3'155.1	3.8%	4.6%	3'290.5
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	38.0	35.9	36.7	42.8	45.9	7.5%	-2.5%	47.2
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) Gesamtleistungen⁸	19'543.9	19'863.7	20'948.9	22'014.8	22'639.8	23'409.6	24'759.8	25'979.1	26'517.9	27'768.4	4.7%	4.0%	29'179
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	14'989.9	15'472.1	16'347.1	17'266.9	17'966.1	18'692.7	20'212.1	21'267.7	21'664.9	22'611.6	4.5%	4.8%	23'830
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	4'089.2	3'415.2	2'701.2	1'904.0	1'778.1	1'684.4	1'241.5	1'428.9	1'393.8	1'481.4	7.0%	-10.6%	1'582
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	552.0	916.7	1'900.6	2'824.0	2'874.6	2'932.5	3'306.0	3'282.5	3'469.3	3'645.3	5.1%	23.3%	3'767
h) Prämien der Haushalte⁹	17'895.3	17'814.4	18'507.0	19'132.2	20'687.0	22'048.5	23'380.4	23'865.6	24'818.0	25'247.3	1.7%	4.0%	25'543.4
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG ³	12'604.2	12'949.5	13'346.7	13'954.7	14'296.2	14'759.7	15'797.6	16'442.7	17'294.9	18'294.9	2.1%	5.0%	19'214.4
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	4'463.3	3'766.7	2'917.4	1'997.0	1'662.6	1'569.4	1'368.8	1'397.7	1'384.1	1'410.6	1.9%	-12.0%	1'412.5
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	637.8	1'098.2	2'242.9	3'190.5	3'429.4	3'466.2	4'022.0	4'025.3	4'189.1	4'237.1	0.2%	23.3%	4'609.5
i) Kostenbeteiligung⁷	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.2	2'541.0	2'627.5	2'868.2	3'031.7	3'081.5	3'201.0	3.9%	4.5%	3'337.6
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	2'097.2	2'189.9	2'288.0	2'400.2	2'502.8	2'598.5	2'832.3	2'995.0	3'088.7	3'155.1	3.8%	4.6%	3'290.5
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	57.8	59.7	55.1	28.1	38.2	38.0	35.9	36.7	42.8	45.9	7.5%	-2.5%	47.2
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
j) Finanzierungssaldo¹¹	-306.4	-200.3	98.8	454.4	-588.2	-1'266.4	-1'468.8	-918.2	-1'381.5	-679.9	-	-	298
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	194.5	332.7	712.4	932.0	187.1	-455.5	-599.8	-1'700.0	-818.7	-153.0	-	-	918
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	-415.1	-351.5	-217.3	-111.1	-217.5	-237.2	-153.0	-5.4	-33.1	34.9	-	-	122
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	-85.8	-181.5	-342.3	-366.5	-557.8	-573.7	-716.0	-742.8	-729.8	-561.7	-	-	-742

Datenstand: 14.11.10

Fussnoten T 9.08:

- 1) Ohne Tagelder (für Verdienstaustausch) 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 2007 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) + i)
- 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

2008

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	1'347'351	1'169	1'870	3'039	2.26	-0.6%	224	2	1.66	-2.7%
BE	974'591	866	1'044	1'910	1.96	-7.2%	179	2	1.84	0.1%
LU	366'425	255	265	520	1.42	-5.8%	33	1	0.90	-1.2%
UR	34'648	24	13	37	1.07	-14.5%	4	1	1.15	98.8%
SZ	142'033	97	82	179	1.26	-6.2%	12	1	0.84	-1.5%
OW	34'137	25	14	39	1.14	1.6%	3	1	0.88	-25.8%
NW	39'913	26	21	47	1.18	-2.9%	2	1	0.50	-0.9%
GL	38'165	32	21	53	1.39	-7.3%	2	1	0.52	-0.3%
ZG	110'390	82	125	207	1.88	1.5%	14	1	1.27	6.2%
FR	268'830	166	214	380	1.41	-8.0%	70	2	2.60	-0.3%
SO	250'590	220	178	398	1.59	-2.3%	26	1	1.04	-0.6%
BS	190'531	217	467	684	3.59	-7.3%	70	3	3.67	1.0%
BL	269'249	232	317	549	2.04	2.0%	42	1	1.56	1.7%
SH	75'045	74	68	142	1.89	-4.6%	13	2	1.73	-0.6%
AR	52'517	45	34	79	1.50	-18.0%	6	1	1.14	-0.3%
AI	15'147	12	4	16	1.06	-6.6%	1	1	0.66	-0.8%
SG	470'268	350	392	742	1.58	-4.4%	51	1	1.08	3.1%
GR	193'035	178	130	308	1.60	-7.8%	41	2	2.12	1.9%
AG	587'471	368	509	877	1.49	-2.4%	113	2	1.92	0.3%
TG	240'656	176	139	315	1.31	-4.1%	26	1	1.08	11.9%
TI	331'600	281	361	642	1.94	-5.2%	185	3	5.58	0.4%
VD	690'870	583	986	1'569	2.27	-7.5%	244	3	3.53	-1.0%
VS	301'045	220	242	462	1.53	-9.6%	110	2	3.65	-1.4%
NE	171'095	147	174	321	1.88	-11.0%	57	3	3.33	-0.7%
GE	446'957	457	1'015	1'472	3.29	-0.1%	173	3	3.87	0.6%
JU	68'497	51	52	103	1.50	-8.4%	20	2	2.92	4.9%
CH	7'711'056	6'353	8'737	15'090	1.96	-4.4%	1'721	-	2.23	0.0%

Datenstand: 6.1.10

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

Quelle: BFS Sektion Bevölkerungsentwicklung

2) Summe der Ärzte (mit Praxistätigkeit) mit Facharzttitel in Allgemeinmedizin und der Ärzte (mit Praxistätigkeit) ohne Facharzttitel. Inklusiv Fachärzte für innere Medizin, die als Grundversorger tätig sind (ab 2007).

3) Ohne Fachärzte für innere Medizin, die als Grundversorger tätig sind (ab 2007).

4) Quelle: FMH, Ärztestatistik.

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

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

6) 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 1998

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
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%
2008	7'711'056	1.2%	15'090	1.96	-4.4%	1'721	2.23	0.0%

Datenstand: 6.1.10

1) Quelle: T 9.09.

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

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

3) Veränderung der Dichte.

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

T 9.11 Versicherte mit einer Spitalzusatzversicherung ab 1998 in % der OKP-Versicherten

Jahr	Versichertenbestand OKP ³ per 31.12	KVG-Versicherer ²				KVG-Versicherer ⁴				Privatversicherer ¹		Total der Versicherer ⁶ Spital halbprivat, privat und gleichwertige Produkte
		Versicherte mit Grundversicherung		Besondere Angebote ⁵		Versicherte ohne Grundversicherung		Besondere Angebote ⁵		Spital halbprivat	Spital privat	
		Spital allgemein ganze CH	Spital halbprivat	Spital privat	Besondere Angebote ⁵	Spital allgemein ganze CH	Spital halbprivat	Spital privat	Besondere Angebote ⁵			
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%
2008	7'669'611	32.1%	7.3%	3.2%	1.6%	3.4%	0.8%	0.5%	0.5%	-	-	-

Datenstand: 14.1.10

1) Quelle (-> 2007): Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), detaillierte Fassung der Tabelle AS03N. Mit Vorsicht zu interpretieren. Es sind keine Informationen zu der Einteilung spezieller Versicherungsangebote vorhanden (vgl. Fussnote 5).
Ab 2008 werden zu diesem Thema keine Daten mehr durch die FINMA veröffentlicht.

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 halbprivate oder private Abteilung wählen können.
- Spitalzimmerversicherung für die freie Wahl von Ein- oder Zweibettzimmern in der allgemeinen Spitalabteilung
- Taggeldversicherung im Zusammenhang mit Spitalaufenthalt, bei denen der Versicherte einen fixen Betrag pro Spitaltag erhält.
- Behandlungskostenversicherung bei Spitalaufenthalt mit einem definierten Maximalbetrag pro Jahr.

6) KVG + Privatversicherer. Quelle (-> 2007): BPV: www.bpv.admin.ch > Themen > Krankenzusatzversicherung > Zahlen und Fakten. Mit Vorsicht zu interpretieren.
Ab 2008 werden zu diesem Thema keine Daten mehr durch die FINMA veröffentlicht.

T 9.12 Entwicklung der Preisindizes für Gesundheitspflege ab 1998 (1996 = 100) ¹

Jahr	Medikamente	Ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalleistungen	Medizinische Apparate	Andere Gesundheitsleistungen	Gesundheitspflege (Total)	Landes-index der Konsumentenpreise (LIK)
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
2008	80.9	100.3	110.6	117.2	100.1	106.4	105.3	112.0

Vorjahresveränderung der Preisindizes für Gesundheitspflege

Jahr	Medikamente	Ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalleistungen	Medizinische Apparate	Andere Gesundheitsleistungen	Gesundheitspflege (Total)	Landes-index der Konsumentenpreise (LIK)
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%
2008	-2.8%	-0.2%	0.5%	0.5%	0.9%	0.8%	-0.4%	2.4%

Datenstand: 8.1.10

1) Basis des Indexes der Konsumentenpreise: Dezember 2005 = 100. Indizes neu berechnet auf der Basis Jahresdurchschnitt 1996 = 100.

Methode zur Ermittlung des Index "Gesundheitspflege":

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

Quelle: BFS, Sektion Preise und Verbrauch.

**T 9.13 Index der Krankenversicherungsprämien je versicherte Person nach Versicherungsart ab 1998
(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
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	144.2	142.1	151.2	133.6	124.4	114.4	125.1	132.0
2009	-	-	-	-	126.6	114.3	127.8	135.6

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	
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	-1.0%	-1.1%	-0.8%	-3.0%	1.1%	1.0%	0.2%	2.5%	0.0%
2009 ⁴	1.3%	-	-	-	1.8%	-0.1%	2.2%	2.7%	-0.1%

Datenstand: 11.12.09

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 12/09].

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

T 9.14 Index der Krankenpflegekosten, der Krankenversicherungsausgaben der Versicherten sowie der Löhne ab 1998 (1996 = 100)

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 ⁵ (nominal)	Veränderung gegenüber Vorjahr
1998	112.3	6.6%	105.9	3.9%	115.4	7.0%	114.0	5.4%	124.7	17.8%	101.2	0.7%
1999	116.7	3.9%	108.8	2.7%	118.2	2.5%	116.5	2.2%	129.8	4.1%	101.5	0.3%
2000	123.7	5.9%	112.7	3.6%	122.3	3.4%	120.2	3.2%	135.7	4.6%	102.8	1.3%
2001	130.3	5.3%	119.0	5.6%	126.8	3.7%	124.6	3.6%	141.7	4.4%	105.3	2.4%
2002	135.1	3.7%	122.3	2.7%	137.3	8.3%	135.8	9.0%	146.8	3.7%	107.2	1.8%
2003	141.1	4.5%	126.2	3.2%	148.6	8.3%	148.2	9.1%	151.3	3.0%	108.7	1.4%
2004	150.5	6.6%	129.8	2.9%	159.5	7.3%	158.7	7.0%	165.3	9.3%	109.7	0.9%
2005	158.9	5.6%	131.6	1.4%	163.2	2.3%	161.6	1.9%	173.6	5.0%	110.7	1.0%
2006	159.9	0.7%	132.4	0.6%	168.8	3.4%	167.8	3.8%	175.1	0.9%	112.0	1.2%
2007	166.2	3.9%	137.4	3.8%	171.1	1.4%	169.7	1.1%	180.4	3.0%	113.9	1.6%
2008	173.2	4.2%	143.0	4.0%	170.4	-0.4%	168.0	-1.0%	186.2	3.2%	116.2	2.0%

Datenstand: 8.1.10

- 1) Quelle: T 2.15. Entwicklung der Leistungen pro Versicherten(n) (erfasst mit der Kostenbeteiligung der Versicherten)
- 2) Quelle: T 9.05. Entwicklung pro Einwohner, 2008: Schätzung [KOF, Medienmitteilung 12/09]
- 3) Quelle: T 9.15. OKP Ausgaben = Prämien + Kostenbeteiligung (berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen)
- 4) Quelle: T 2.02. Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen
- 5) Quelle: BFS, Sektion Löhne und Arbeitsbedingungen.
- 6) Quelle: T 3.12. Entwicklung pro versicherte Person für alle Versicherungsmodelle.

T 9.15 Totaler Beitrag je versicherte Person (Prämie + Kostenbeteiligung ¹) nach Versicherungsform ab 1998

Alle Versicherte	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
Jahr						
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%
2008	3'181	3'345	2'727	2'468	3'018	-0.4%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 3.12 + 2.02

Zusätzliche Angaben : nach Altersgruppe (Total)

Jahr	Kinder (0-18 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Veränd. gegenüber Vorjahr	Erwachsene (26 Jahre und mehr)	Veränd. gegenüber Vorjahr
1998	657	3.4%	1'784	8.8%	2'512	7.3%
1999	672	2.3%	1'815	1.7%	2'575	2.5%
2000	694	3.3%	1'808	-0.4%	2'662	3.4%
2001	728	4.9%	1'833	1.4%	2'775	4.2%
2002	787	8.2%	2'041	11.4%	2'989	7.7%
2003	853	8.3%	2'294	12.4%	3'213	7.5%
2004	893	4.7%	2'519	9.8%	3'431	6.8%
2005	898	0.6%	2'599	3.2%	3'506	2.2%
2006	921	2.5%	2'702	4.0%	3'630	3.5%
2007	924	0.3%	2'720	0.7%	3'671	1.1%
2008	901	-2.5%	2'712	-0.3%	3'651	-0.5%

Datenstand : siehe Beilage I

Quelle: T 3.12 + 2.02

1) Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

T 9.16 Erkrankte, Spitaleinweisungen und Spitaltage ab 1998

Jahr	Erkrankte ¹	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Einwei- sungen ²	Veränd. gegenüb. Vorjahr	Spitaltage ²	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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%
2008	6'246'788	1.2%	1'283'429	4.1%	11'789'734	0.7%

Datenstand : 30.7.09

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

Quelle: T 9.21

T 9.17 Taggeldversicherung KVG / VVG ab 1998 in Mio. Fr.

Jahr	Prämien				Total	Leistungen				Total
	KVG-Versicherer		Total	Privat-versicherer Versicherung VVG ³		KVG-Versicherer		Total	Privat-versicherer Versicherung VVG ³	
	freiwillige Versicherung KVG ¹	Versicherung VVG ²				freiwillige Versicherung KVG ¹	Versicherung VVG ²			
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
2008	279.1	601.7	880.9	2'165.6	3'046.5	198.3	376.5	574.8	1'588.3	2'163.2

Datenstand: 14.1.10

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

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

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

(-> 2003: Bundesamt für Privatversicherungen [BPV]. Ohne Unfallversicherung)

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

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

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

T 9.18 Krankenversicherung ¹ (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ab 1998 in Mio. Fr.

Jahr	Prämien			Total	Leistungen			Total
	KVG-Versicherer		Privatversicherer ² Versicherung VVG		KVG-Versicherer		Privatversicherer ² Versicherung VVG	
	Grundversicherung ⁴	Zusatzversicherung ³			Grundversicherung ⁴	Zusatzversicherung ³		
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
2008	19'621.4	1'412.5	4'509.5	25'543.4	19'431.5	1'241.4	3'128.1	23'800.9

Datenstand: 14.1.10

1) Krankenpflegeversicherung: Prämien und Leistungen ohne Taggeldversicherung.

2) Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (FINMA), Total der Tabelle AS03N [Ohne Unfallversicherung] - Total KVG Versicherer Versicherung VVG [Spalte 2].
(-> 2007: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), detaillierte Fassung der Tabelle AS03N, Ohne Unfallversicherung)
Die Zusatzversicherungen gemäss VVG der KVG-Versicherer (Krankenkassen) sind nicht in diesen Zahlen inbegriffen (siehe Spalte 2).3) VVG Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer (Krankenkassen). Mit Unfallversicherung.
Quelle: T 7.03 Brutto-Prämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33] (BAG) - Krankentaggeld VVG
(-> 2003: Bundesamt für Privatversicherungen [BPV]).

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

T 9.19 Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder in % des BIP ab 1998

Land	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Australien	7.8%	8.0%	8.3%	8.4%	8.6%	8.5%	8.8%	8.7%	8.8%	8.9%	-
Belgien	8.4%	8.6%	8.6%	8.7%	9.0%	10.2%	10.5%	10.3%	10.0%	10.2%	-
Dänemark	8.3%	8.5%	8.3%	8.6%	8.8%	9.3%	9.5%	9.5%	9.6%	9.8%	-
Deutschland	10.2%	10.3%	10.3%	10.4%	10.6%	10.8%	10.6%	10.7%	10.5%	10.4%	-
Finnland	7.4%	7.4%	7.2%	7.4%	7.8%	8.1%	8.2%	8.5%	8.3%	8.2%	-
Frankreich	10.1%	10.1%	10.1%	10.2%	10.5%	10.9%	11.0%	11.1%	11.0%	11.0%	-
Grossbritannien	6.7%	6.9%	7.0%	7.3%	7.6%	7.8%	8.1%	8.2%	8.5%	8.4%	-
Italien	7.7%	7.8%	8.1%	8.2%	8.3%	8.3%	8.7%	8.9%	9.0%	8.7%	9.0%
Japan	7.3%	7.5%	7.7%	7.9%	8.0%	8.1%	8.0%	8.2%	8.1%	-	-
Niederlande	8.1%	8.1%	8.0%	8.3%	8.9%	9.8%	10.0%	9.8%	9.7%	9.8%	-
Norwegen	9.3%	9.3%	8.4%	8.8%	9.8%	10.0%	9.7%	9.1%	8.6%	8.9%	8.6%
Österreich	10.0%	10.1%	9.9%	10.1%	10.1%	10.3%	10.4%	10.4%	10.2%	10.1%	-
Schweden	8.2%	8.3%	8.2%	9.0%	9.3%	9.4%	9.2%	9.2%	9.1%	9.1%	-
Spanien	7.3%	7.3%	7.2%	7.2%	7.3%	8.1%	8.2%	8.3%	8.4%	8.5%	-
USA	13.4%	13.5%	13.6%	14.3%	15.1%	15.6%	15.6%	15.7%	15.8%	16.0%	-
Schweiz	10.1%	10.2%	10.2%	10.6%	10.9%	11.3%	11.3%	11.2%	10.8%	10.8%	-

Datenstand: 30.12.09

Quelle: www.oecd.org/home/ Topics > Health > OECD Health Data 2009 -
Frequently Requested Data > Total expenditure on health, % gross domestic product

T 9.20 Sozialschutzleistungen für die Gesundheitsversorgung² : Internationaler Vergleich in % des BIP ab 1998

Land	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
UE-15 ¹	7.0%	7.0%	7.1%	7.3%	7.4%	7.6%	7.6%	7.7%	7.7%	7.6%	-
EUR-12 ¹	7.1%	7.2%	7.2%	7.3%	7.5%	7.6%	7.6%	7.6%	7.7%	7.6%	-
Belgien	6.1%	6.2%	6.0%	6.2%	6.3%	7.4%	7.6%	7.6%	7.4%	7.4%	-
Dänemark	5.6%	5.7%	5.7%	5.8%	6.0%	6.1%	6.1%	6.1%	6.2%	6.5%	-
Deutschland	8.1%	8.3%	8.3%	8.4%	8.4%	8.5%	8.1%	8.1%	8.0%	8.0%	-
Griechenland	5.1%	5.4%	6.0%	6.1%	6.1%	6.0%	6.1%	6.6%	6.8%	6.7%	-
Spanien	5.7%	5.7%	5.8%	5.8%	6.0%	6.2%	6.3%	6.3%	6.3%	6.4%	-
Frankreich	8.1%	8.0%	8.0%	8.1%	8.4%	8.6%	8.8%	8.8%	8.7%	8.7%	-
Irland	5.5%	5.6%	5.5%	6.1%	6.4%	6.6%	6.8%	6.9%	7.0%	7.2%	-
Italien	5.6%	5.6%	6.0%	6.3%	6.2%	6.2%	6.5%	6.8%	6.9%	6.7%	-
Luxemburg	5.1%	5.1%	4.8%	5.2%	5.4%	5.4%	5.5%	5.5%	5.0%	4.9%	-
Niederlande	7.3%	7.4%	7.3%	7.5%	7.9%	8.2%	8.1%	8.0%	8.8%	8.7%	-
Österreich	7.2%	7.4%	7.1%	7.2%	7.2%	7.2%	7.2%	7.1%	7.0%	7.1%	-
Portugal	5.9%	6.1%	6.2%	6.3%	6.7%	6.4%	7.0%	7.1%	6.9%	6.6%	-
Finnland	5.9%	5.9%	5.8%	5.9%	6.2%	6.4%	6.6%	6.7%	6.6%	6.5%	-
Schweden	7.5%	7.7%	8.0%	8.4%	8.7%	8.8%	8.3%	8.0%	7.8%	7.6%	-
Vereinigtes Königreich	6.4%	6.3%	6.5%	7.1%	7.1%	7.6%	7.7%	8.0%	8.0%	7.6%	-
Island	6.8%	7.4%	7.4%	7.4%	7.8%	8.2%	7.8%	7.4%	7.3%	8.8%	-
Norwegen	8.6%	8.6%	8.2%	8.6%	8.7%	9.2%	8.4%	7.5%	7.2%	7.3%	-
Schweiz ³	6.2%	6.1%	6.2%	6.5%	6.9%	7.0%	7.1%	7.2%	6.9%	6.7%	-

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 2009 : 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

2008

Merkmal	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder ⁵	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
Versicherte ¹	2'966'176	3'141'736	6'107'912	1'507'652	7'615'563	1.0%
Erkrankte ²	2'106'623	2'780'540	4'887'164	1'359'624	6'246'788	1.2%
Erkrankte je 100 Versicherte ²	71.0	88.5	80.0	90.2	82.0	0.2%
Einweisungen ³	512'213	688'099	1'200'312	83'117	1'283'429	4.1%
davon Mutterschaft		93'446	93'446	532	93'978	1.2%
Einweisungen je 100 Versicherte	17.3	21.9	19.7	5.5	16.9	3.1%
Spitaltage ⁴	4'884'416	6'435'364	11'319'780	469'954	11'789'734	0.7%
davon Mutterschaft		516'977	516'977	2'786	519'763	-2.6%
Spitaltage je 100 Versicherte	164.7	204.8	185.3	31.2	154.8	-0.3%
Spitaltage je Einweisung	9.5	9.4	9.4	5.7	9.2	-3.3%

Datenstand : 30.7.09

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).

Unvollständige Daten; geschätzte Werte.

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 1.12 & 3.7.1 & 3.7.2]

Tabellen A10

10: Risikoausgleich in der OKP

10.01	Risikoausgleich: Nettozahler und Nettoempfänger ab 1998	196
10.02	Risikoausgleich: Bruttoumverteilung und Nettoumverteilung ab 1998	197
10.03	Risikoausgleich pro Versicherten und Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht	198

T 10.01 Risikoausgleich: Nettozahler und Nettoempfänger ab 1998

Ausgleichs-jahr	Netto-zahler ¹	Anteil am Total	Netto-empfänger ¹	Anteil am Total	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1998	62	52.5%	56	47.5%	118	-8.5%
1999	59	54.1%	50	45.9%	109	-7.6%
2000	59	58.4%	42	41.6%	101	-7.3%
2001	64	64.6%	35	35.4%	99	-2.0%
2002	68	73.1%	25	26.9%	93	-6.1%
2003	70	75.3%	23	24.7%	93	0.0%
2004	72	77.4%	21	22.6%	93	0.0%
2005	65	76.5%	20	23.5%	85	-8.6%
2006	66	75.9%	21	24.1%	87	2.4%
2007	66	75.9%	21	24.1%	87	0.0%
2008	63	73.3%	23	26.7%	86	-1.1%

Datenstand: 1.7.09

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 1998

Ausgleichs-jahr	Bruttoumverteilung ¹		Nettoumverteilung ²			
	nach Geschlecht	Veränd. gegenüber Vorjahr	nach Alter	Veränd. gegenüber Vorjahr	zwischen Versicherern	Veränd. gegenüber Vorjahr
1998	1'005	5.7%	3'173	9.6%	609	14.5%
1999	1'043	3.8%	3'340	5.3%	660	8.3%
2000	1'090	4.5%	3'554	6.4%	732	11.0%
2001	1'148	5.3%	3'804	7.0%	845	15.4%
2002	1'177	2.5%	3'992	4.9%	928	9.9%
2003	1'166	-1.0%	4'231	6.0%	1'009	8.7%
2004	1'233	5.8%	4'555	7.6%	1'103	9.3%
2005	1'249	1.3%	4'845	6.4%	1'202	8.9%
2006	1'281	2.5%	4'995	3.1%	1'236	2.9%
2007	1'328	3.7%	5'286	5.8%	1'323	7.0%
2008	1'414	6.4%	5'585	5.7%	1'445	9.2%

Datenstand: 1.7.09

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

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

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

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

2008

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	-194	-4.6%	-149	-3.3%	-172	-4.1%
26 - 30	-188	-4.4%	-104	-4.9%	-146	-4.6%
31 - 35	-177	-5.3%	-74	-2.1%	-126	-4.4%
36 - 40	-160	-4.8%	-86	-2.6%	-123	-4.1%
41 - 45	-140	-5.0%	-89	-4.4%	-115	-4.7%
46 - 50	-111	-5.3%	-63	-1.7%	-88	-4.0%
51 - 55	-67	-5.0%	-24	-10.7%	-46	-6.6%
56 - 60	-8	-17.7%	14	10.4%	3	1.9%
61 - 65	70	-0.8%	71	0.7%	70	0.0%
66 - 70	159	4.5%	143	6.2%	151	5.3%
71 - 75	264	1.5%	237	2.7%	249	2.2%
76 - 80	386	4.7%	360	4.4%	371	4.6%
81 - 85	501	4.3%	535	4.1%	523	4.2%
86 - 90	646	3.2%	789	3.3%	743	3.2%
> 90	927	4.8%	1'206	2.3%	1'135	2.7%

Datenstand: 1.7.09

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.

Tabellen A11

11: Versicherte in der OKP

11.01	Durchschnittlicher Versichertenbestand ab 1998	202
11.02	Versichertenbestand ab 1998 per 31.12.	203
11.03	Versichertenbestand nach Wohnkanton per 31.12.	204
11.04	Versichertenbestand nach Alter und Geschlecht per 31.12.	205
11.05	Versichertenbestand per 31.12 nach Versicherungsform ab 1998	206
11.06	Versichertenbestand nach Versicherungsform per 31.12.	207
11.07	Aufteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ab 1998	208
11.08	Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Versicherte ab 19 Jahren	209
11.09	Verteilung der Versicherungsformen in % - Versicherte ab 19 Jahren seit 1998	210
11.10	Versicherteneintritte / Versicherungswechsler KVG nach Geschlecht	211
11.11	Zahlungsausstände für OKP-Prämien	212
11.12	Versichertenbestand nach Geschlecht am 1.1.	213
11.13	Durchschnittlicher Versichertenbestand KVG und Durchschnittsalter nach Geschlecht	214
11.14	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen und Altersgruppen	215
11.15	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersgruppen und Geschlecht	216
11.16	Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen	217
11.17	Anzahl Versicherte OKP nach Grösse der Versicherer ab 1998	218

T 11.01 Durchschnittlicher Versichertenbestand ¹ ab 1998

Jahr ²	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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	5'960'191	1'518'236	7'478'427	0.6%
2007	2'922'196	3'104'949	6'027'145	1'510'443	7'537'587	0.8%
2008	2'966'176	3'141'736	6'107'912	1'507'652	7'615'563	1.0%

Datenstand : 30.7.09

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 1998

Jahr ²	Männer	Frauen	Erwachsene	Kinder ¹	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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%
2008	2'977'802	3'143'748	6'121'550	1'548'061	7'669'611	1.2%

Datenstand : 30.7.09

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.

2008

Kanton	Männer	Frauen	Kinder	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
ZH	526'057	552'914	251'884	1'330'855	1.7%
BE	377'555	407'831	185'643	971'029	0.6%
LU	142'660	148'898	78'588	370'146	1.2%
UR	13'969	13'950	7'461	35'380	0.6%
SZ	57'530	55'927	30'400	143'857	1.7%
OW	13'758	13'706	7'563	35'027	1.4%
NW	16'360	16'042	8'003	40'405	0.9%
GL	15'261	15'598	7'810	38'669	0.6%
ZG	44'431	44'047	22'102	110'580	1.5%
FR	101'557	104'699	62'877	269'133	2.2%
SO	100'081	104'297	49'942	254'320	0.7%
BS	68'592	78'998	28'386	175'976	0.1%
BL	106'231	113'181	51'106	270'518	0.7%
SH	29'505	31'373	14'235	75'113	0.8%
AR	20'928	21'459	11'318	53'705	0.4%
AI	6'094	5'784	3'693	15'571	0.8%
SG	182'956	188'888	101'252	473'096	1.0%
GR	79'056	80'630	36'491	196'177	0.5%
AG	234'230	239'233	122'229	595'692	1.6%
TG	93'978	95'516	52'525	242'019	1.1%
TI	126'602	140'006	60'005	326'613	1.2%
VD	252'800	275'961	149'260	678'021	1.9%
VS	120'970	125'127	62'947	309'044	1.5%
NE	64'494	70'295	36'784	171'573	0.7%
GE	153'341	170'264	89'445	413'050	0.9%
JU	26'502	28'121	15'652	70'275	0.5%
Schweiz	2'975'499	3'142'745	1'547'601	7'665'845	1.2%
Ausland ¹⁾	2'303	1'003	460	3'766	-4.6%
unbekannt	1	0	0	1	0.0%
Total	2'977'802	3'143'748	1'548'061	7'669'611	1.2%

Datenstand : 30.7.09

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.

2008

Altersklassen	männlich		weiblich		Total	
	Anzahl Versicherte	Anteil am Gesamttotal in %	Anzahl Versicherte	Anteil am Gesamttotal in %	Anzahl Versicherte	Anteil am Gesamttotal in %
0 - 5	231'624	3.0%	219'869	2.9%	451'493	5.9%
6 - 10	202'001	2.6%	191'643	2.5%	393'644	5.1%
11 - 15	219'244	2.9%	208'277	2.7%	427'521	5.6%
16 - 18	141'288	1.8%	134'115	1.7%	275'403	3.6%
Total 0 - 18	794'157	10.4%	753'904	9.8%	1'548'061	20.2%
19 - 20	93'780	1.2%	89'696	1.2%	183'476	2.4%
21 - 25	238'452	3.1%	231'297	3.0%	469'749	6.1%
26 - 30	256'300	3.3%	252'362	3.3%	508'662	6.6%
31 - 35	260'787	3.4%	260'415	3.4%	521'202	6.8%
36 - 40	296'012	3.9%	295'656	3.9%	591'668	7.7%
41 - 45	329'001	4.3%	322'288	4.2%	651'289	8.5%
46 - 50	299'896	3.9%	293'684	3.8%	593'580	7.7%
51 - 55	259'737	3.4%	255'303	3.3%	515'040	6.7%
56 - 60	234'002	3.1%	235'839	3.1%	469'841	6.1%
61 - 65	215'253	2.8%	222'089	2.9%	437'342	5.7%
Total 19 - 65	2'483'220	32.4%	2'458'629	32.1%	4'941'849	64.4%
66 - 70	162'096	2.1%	180'742	2.4%	342'838	4.5%
71 - 75	128'459	1.7%	157'054	2.0%	285'513	3.7%
76 - 80	98'675	1.3%	139'486	1.8%	238'161	3.1%
81 - 85	63'716	0.8%	110'115	1.4%	173'831	2.3%
86 - 90	30'958	0.4%	65'718	0.9%	96'676	1.3%
91 - 95	8'998	0.1%	25'252	0.3%	34'250	0.4%
96 - 100	1'573	0.0%	6'147	0.1%	7'720	0.1%
> 100	106	0.0%	605	0.0%	711	0.0%
Total 66 und mehr	494'581	6.4%	685'119	8.9%	1'179'700	15.4%
unbekannt	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
Total	3'771'959	49.2%	3'897'652	50.8%	7'669'611	100.0%

Datenstand : 30.7.09

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 1998

Jahr	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS- Versicherung	Einge- schränkte Wahl (z.B. HMO)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
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%
2008	2'968'164	2'394'419	6'557	2'300'471	7'669'611	1.2%

Datenstand : 30.7.09

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

Quelle: T 11.06

T 11.06 Versichertenbestand nach Versicherungsform¹ per 31.12.

2008

Versicherungsform	Männer	Frauen	Kinder	Total	Anteil am Gesamttotal in %	Veränd. gegenüber Vorjahr
Ordentliche Jahresfranchise	886'783	1'154'417	926'964	2'968'164	38.7%	-5.8%
Wählbare Jahresfranchisen	1'195'162	1'077'729	121'528	2'394'419	31.2%	-7.2%
BONUS-Versicherung	4'227	2'251	79	6'557	0.1%	-5.0%
Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO) *	891'630	909'351	499'490	2'300'471	30.0%	25.0%
<i>* davon Versicherte, die gleichzeitig eine wählbare Franchise haben</i>	-	-	-	1'152'697	15.0%	-
Total	2'977'802	3'143'748	1'548'061	7'669'611	100.0%	1.2%

Datenstand : 30.7.09

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

Quelle: Formular EF3 [T3.3]

T 11.07 Verteilung der Versicherten (Kinder und Erwachsene) nach Versicherungsform ab 1998

Jahr	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen	BONUS-Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Total
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%
2008	38.7%	31.2%	0.1%	30.0%	100.0%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 11.05

T 11.08 Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton - Versicherte ab 19 Jahren ¹

2008

Kanton	Ordentl. Jahresfranchise 300 Fr.	Wählbare Jahresfranchisen					Total	Andere Versicherungsformen	Total
		500 Fr.	1000 Fr.	1500 Fr.	2000 Fr.	2500 Fr.			
ZH	36.8%	15.1%	2.8%	11.2%	1.7%	10.0%	40.9%	22.4%	100.0%
BE	28.4%	20.5%	3.2%	10.8%	1.7%	8.1%	44.3%	27.3%	100.0%
LU	37.1%	9.3%	1.9%	8.9%	1.0%	4.8%	25.8%	37.1%	100.0%
UR	34.6%	15.8%	3.0%	10.7%	1.1%	4.4%	34.9%	30.5%	100.0%
SZ	39.9%	13.8%	2.7%	12.1%	1.5%	6.6%	36.7%	23.4%	100.0%
OW	34.7%	13.8%	2.5%	8.8%	0.8%	4.2%	30.1%	35.2%	100.0%
NW	41.6%	12.7%	3.1%	11.2%	1.0%	5.5%	33.6%	24.9%	100.0%
GL	45.8%	14.2%	3.4%	13.2%	2.5%	4.9%	38.2%	16.0%	100.0%
ZG	39.1%	14.3%	2.9%	12.0%	1.6%	7.1%	37.9%	23.0%	100.0%
FR	33.7%	24.9%	3.2%	12.2%	2.5%	4.7%	47.6%	18.6%	100.0%
SO	38.1%	20.9%	2.9%	11.7%	2.1%	5.5%	43.2%	18.7%	100.0%
BS	39.9%	12.7%	2.2%	11.0%	0.8%	8.7%	35.5%	24.6%	100.0%
BL	34.4%	17.0%	2.8%	11.9%	1.6%	8.7%	42.0%	23.5%	100.0%
SH	32.2%	14.3%	2.7%	10.0%	2.1%	7.0%	36.2%	31.7%	100.0%
AR	40.9%	11.6%	3.0%	9.3%	1.3%	5.2%	30.5%	28.7%	100.0%
AI	41.9%	10.5%	2.8%	9.4%	1.2%	4.1%	27.9%	30.2%	100.0%
SG	34.8%	10.0%	2.2%	8.7%	1.1%	4.8%	26.9%	38.3%	100.0%
GR	49.8%	8.4%	2.5%	10.0%	1.2%	5.3%	27.3%	22.9%	100.0%
AG	37.5%	12.1%	2.6%	10.4%	1.4%	6.0%	32.4%	30.0%	100.0%
TG	30.5%	9.4%	2.4%	10.5%	1.5%	6.7%	30.5%	39.0%	100.0%
TI	37.0%	21.1%	2.1%	12.2%	0.8%	13.9%	50.1%	12.9%	100.0%
VD	27.4%	23.7%	3.7%	13.3%	1.2%	12.1%	53.9%	18.7%	100.0%
VS	48.9%	22.6%	2.7%	8.0%	1.5%	4.3%	39.0%	12.1%	100.0%
NE	34.0%	21.7%	2.6%	10.7%	1.1%	12.7%	48.9%	17.1%	100.0%
GE	33.8%	25.0%	2.8%	10.7%	0.6%	9.5%	48.6%	17.6%	100.0%
JU	28.1%	22.6%	2.6%	16.0%	1.6%	9.7%	52.4%	19.4%	100.0%
CH	35.3%	17.1%	2.8%	10.9%	1.4%	8.1%	40.4%	24.3%	100.0%

Datenstand : siehe Beilage I

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

1) Zusätzliche Angaben für Kinder: www.bag.admin.ch/pyramiden

T 11.09 Verteilung der Versicherungsformen in % - Versicherte ab 19 Jahren ab 1998

Jahr ¹	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchisen					Total	Andere Versicherungsformen	Total
		I	II	III	IV	V			
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%
2008	35.3%	17.1%	2.8%	10.9%	1.4%	8.1%	40.4%	24.3%	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.-
 2005-2008: ordentliche Jahresfranchise: 300.- ; wählbare Jahresfranchisen: 500.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.-

Quelle: T 11.08

T 11.10 Versicherteneintritte / Versicherungswechsler KVG nach Geschlecht

2008

Alter	männlich	weiblich	Total	Anteil in % am Total	In % am durchschnittlichen Versichertenbestand
Kinder	119'458	114'127	233'586	26.9%	15.5%
Junge Erwachsene	57'514	52'905	110'419	12.7%	17.3%
Erwachsene	267'562	256'560	524'121	60.4%	9.6%
Total	444'534	423'592	868'126	100.0%	11.4%
<i>davon Neugeborene</i>	<i>36'767</i>	<i>34'572</i>	<i>71'339</i>	<i>8.2%</i>	<i>0.9%</i>

Datenstand : 30.7.09

Quelle: Formular EF3 [3.8.3] & T 11.13

T 11.11 Zahlungsausstände für OKP-Prämien

2008

	Anzahl Versicherte	Prämienvolumen in Franken
Versicherte mit Betreuung ¹	366'771	575'246'930
Versicherte mit sistierten Leistungen ²	93'001	148'916'844

Datenstand: 18.9.09

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 11.12 Versichertenbestand KVG nach Geschlecht am 1.1.2009

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	756'581	718'127	1'474'708	19.1%
Junge Erwachsene	334'404	321'850	656'254	8.5%
Erwachsene	2'705'303	2'881'047	5'586'349	72.4%
Total	3'796'288	3'921'024	7'717'311	100.0%

Datenstand : 30.7.09

Quelle: Formular EF3 [T 3.8.2]

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

2008

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	773'255	734'395	1'507'650	19.8%
Junge Erwachsene	321'124	316'516	637'640	8.4%
Erwachsene	2'645'051	2'825'220	5'470'271	71.8%
Total	3'739'430	3'876'131	7'615'561	100.0%
Durchschnittsalter	39.71	41.77	40.56	-
<i>davon gestorben</i>	<i>29'950</i>	<i>34'923</i>	<i>64'873</i>	<i>0.9%</i>

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

	Männer	Frauen	Kinder	Total
Total	13'525	8'823	3'085	25'432

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

	Männer	Frauen	Kinder	Total
Total	10'654	6'045	2'788	19'487

Datenstand : 30.7.09

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

2008

Kanton	Kinder (0-18 Jahre)	Junge Erwachsene (19-25 Jahre)	Erwachsene (26 J. und älter)	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
ZH	243'196	101'568	971'593	1'316'357	1.7%
BE	179'850	78'596	703'664	962'110	0.4%
LU	76'502	33'503	257'196	367'201	1.2%
UR	7'273	3'147	24'719	35'139	0.4%
SZ	29'565	12'313	100'579	142'457	1.8%
OW	7'387	3'305	24'069	34'761	1.1%
NW	7'804	3'334	28'869	40'007	0.6%
GL	7'594	3'665	27'057	38'316	0.4%
ZG	21'469	8'463	79'488	109'420	1.5%
FR	60'940	23'063	183'503	267'506	2.0%
SO	48'602	21'991	181'767	252'360	0.7%
BS	27'997	13'021	138'004	179'022	0.3%
BL	49'722	21'061	199'115	269'898	0.9%
SH	13'949	6'642	55'451	76'042	0.7%
AR	11'013	4'728	37'649	53'390	0.3%
AI	3'606	1'531	10'310	15'447	0.7%
SG	98'647	44'820	326'067	469'534	0.8%
GR	35'623	18'328	140'324	194'275	0.4%
AG	118'817	51'203	421'758	591'778	1.5%
TG	51'313	22'412	168'058	241'783	1.1%
TI	57'892	22'504	243'414	323'810	1.0%
VD	143'411	53'077	471'306	667'794	1.8%
VS	60'754	27'020	217'011	304'785	1.2%
NE	35'557	13'856	120'396	169'809	0.6%
GE	87'241	30'976	291'871	410'088	0.8%
JU	15'196	5'981	48'602	69'779	0.4%
CH	1'500'920	630'108	5'471'840	7'602'868	1.1%

Datenstand : 1.7.09

Quelle: Statistik des Risikoausgleiches - Gemeinsame Einrichtung KVG

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand = Anzahl Versicherungsmonate dividiert durch 12

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

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

- Im Risikoausgleich zu berücksichtigen sind:

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

- Im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen sind:

Empfänger einer schweizerischen Rente und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen

Empfänger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen

Nicht erwerbstätige Familienangehörige von in der Schweiz erwerbstätigen und wohnenden Personen

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

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

2008

Altersgruppen	Männlich	in % des Totals Männlich	Weiblich	in % des Totals Weiblich	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
0 - 18	769'510	20.6%	731'412	18.9%	1'500'922	-0.1%
19 - 25	314'652	8.4%	315'456	8.1%	630'108	1.4%
26 - 30	249'679	6.7%	247'692	6.4%	497'371	2.8%
31 - 35	257'166	6.9%	257'172	6.6%	514'338	0.1%
36 - 40	294'153	7.9%	293'617	7.6%	587'770	-1.5%
41 - 45	328'730	8.8%	321'345	8.3%	650'075	0.8%
46 - 50	300'494	8.1%	293'358	7.6%	593'852	3.1%
51 - 55	260'660	7.0%	255'695	6.6%	516'355	2.4%
56 - 60	235'257	6.3%	236'507	6.1%	471'764	0.2%
61 - 65	216'670	5.8%	222'687	5.8%	439'357	2.1%
66 - 70	163'234	4.4%	181'258	4.7%	344'492	4.3%
71 - 75	129'793	3.5%	157'849	4.1%	287'642	0.4%
76 - 80	100'419	2.7%	140'855	3.6%	241'274	1.8%
81 - 85	65'905	1.8%	112'573	2.9%	178'478	1.2%
86 - 90	32'964	0.9%	68'632	1.8%	101'596	4.8%
> 90	12'006	0.3%	35'468	0.9%	47'474	0.5%
Total	3'731'292	100.0%	3'871'576	100.0%	7'602'868	1.1%

Datenstand : 1.7.09

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

2008

Kanton	Kinder	Männer	Frauen	Total Erwachsene	Total Kinder und Erwachsene	davon Kinder männlich
ZH	243'196	522'369	550'790	1'073'160	1'316'357	125'096
BE	179'850	374'810	407'448	782'261	962'110	91'878
LU	76'502	141'754	148'946	290'699	367'201	39'084
UR	7'273	13'893	13'971	27'865	35'139	3'736
SZ	29'565	57'118	55'772	112'892	142'457	15'106
OW	7'387	13'660	13'717	27'374	34'761	3'700
NW	7'804	16'184	16'017	32'202	40'007	4'048
GL	7'594	15'105	15'617	30'722	38'316	3'960
ZG	21'469	44'078	43'873	87'951	109'420	10'901
FR	60'940	101'940	104'626	206'566	267'506	31'149
SO	48'602	99'445	104'311	203'758	252'360	24'984
BS	27'997	70'600	80'426	151'025	179'022	14'423
BL	49'722	106'577	113'600	220'176	269'898	25'394
SH	13'949	30'199	31'895	62'093	76'042	7'208
AR	11'013	20'829	21'550	42'376	53'390	5'827
AI	3'606	6'037	5'803	11'841	15'447	1'846
SG	98'647	181'943	188'944	370'886	469'534	50'272
GR	35'623	78'431	80'221	158'652	194'275	18'143
AG	118'817	233'926	239'036	472'961	591'778	61'242
TG	51'313	94'424	96'047	190'470	241'783	26'357
TI	57'892	125'888	140'032	265'918	323'810	29'634
VD	143'411	250'064	274'319	524'382	667'794	73'430
VS	60'754	119'644	124'387	244'030	304'785	31'258
NE	35'557	64'032	70'219	134'252	169'809	18'289
GE	87'241	152'414	170'433	322'846	410'088	44'692
JU	15'196	26'418	28'164	54'584	69'779	7'853
CH	1'500'920	2'961'782	3'140'164	6'101'942	7'602'868	769'510

Datenstand : 1.7.09

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 Anzahl Versicherte OKP nach Grösse der Versicherer ab 1998

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)
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
2008	0.7%	1.3%	6.0%	8.6%	47.2%	36.2%	100.0%	7'615'563

Datenstand : 30.7.09

Quelle: T 5.01

Beilagen B

Beilage B: Übergangsschlüssel Tabellen T 2007 -> 2008 / 2008 -> 2007

Publikation 2007	Publikation 2008	Publikation 2007	Publikation 2008	Publikation 2008	Publikation 2007	Publikation 2008	Publikation 2007		
1.01	1.01	6.05	6.05	1.01	1.01	6.04	6.04		
1.02	1.02	6.06	6.06	1.02	1.02	6.05	6.05		
1.03	1.03	7.01	7.01	1.03	1.03	6.06	6.06		
1.04	1.04	7.02	7.02	1.04	1.04	7.01	7.01		
1.05	1.05	7.03	7.03	1.05	1.05	7.02	7.02		
1.06	1.06	7.04	7.04	1.06	1.06	7.03	7.03		
1.07	1.07	7.05	7.05	1.07	1.07	7.04	7.04		
1.08	1.08	8.01	8.01	1.08	1.08	7.05	7.05		
1.09	1.09	8.02	8.02	1.09	1.09	8.01	8.01		
1.10	1.10	8.03	8.03	1.10	1.10	8.02	8.02		
1.11	1.11	8.04	8.04	1.11	1.11	8.03	8.03		
1.12	1.12	8.05	8.05	1.12	1.12	8.04	8.04		
1.13	1.13	8.06	8.06	1.13	1.13	8.05	8.05		
1.14	1.14	8.07	8.07	1.14	*	1.14	8.06	8.06	
1.15	1.15	8.08	8.08	1.15	*	1.15	8.07	8.07	
2.01	2.01	8.09	8.09	2.01	2.01	8.08	8.08		
2.02	2.02	8.10	8.10	2.02	2.02	8.09	8.09		
2.03	2.03	8.11	8.11	2.03	2.03	8.10	8.10		
2.04	2.04	8.12	8.12	2.04	*	2.04	8.11	8.11	
2.05	2.05	8.13	8.13	2.05	*	2.05	8.12	8.12	
2.06	2.06	9.01	9.01	2.06	2.06	8.13	8.13		
2.07	2.07	9.02	9.02	2.07	*	2.07	9.01	9.01	
2.08	2.08	9.03	9.03	2.08	*	2.08	9.02	9.02	
2.09	2.09	9.04	9.04	2.09	2.09	9.03	9.03		
2.10	2.10	9.05	9.05	2.10	*	2.10	9.04	9.04	
2.11	2.11	9.06	9.06	2.11	2.11	9.05	9.05		
2.12	2.12	9.07	9.07	2.12	*	2.12	9.06	9.06	
2.13	2.13	9.08	9.08	2.13	*	2.13	9.07	9.07	
2.14	2.14	9.09	9.09	2.14	2.14	9.08	9.08		
2.15	2.15	9.10	9.10	2.15	2.15	9.09	*	9.09	
2.16	2.16	9.11	9.11	2.16	2.16	9.10	9.10		
2.17	2.17	9.12	9.12	2.17	2.17	9.11	9.11		
2.18	2.18	9.13	9.13	2.18	2.18	9.12	9.12		
2.19	2.19	9.14	9.14	2.19	2.19	9.13	9.13		
2.20	2.20	9.15	9.15	2.20	2.20	9.14	9.14		
2.21	2.21	9.16	-	2.21	2.21	9.15	9.15		
2.22	2.22	9.17	9.17	2.22	2.22	9.16	9.22		
2.23	2.23	9.18	9.18	2.23	2.23	9.17	9.17		
3.01	3.01	9.19	9.19	3.01	3.01	9.18	9.18		
3.02	3.02	9.20	9.20	3.02	*	3.02	9.19	9.19	
3.03	3.03	9.21	9.21	3.03	*	3.03	9.20	9.20	
3.04	3.04	9.22	9.16	3.04	*	3.04	9.21	9.21	
3.05	3.05	10.01	10.01	3.05	*	3.05	10.01	10.01	
3.06	3.06	10.02	10.02	3.06	*	3.06	10.02	10.02	
3.07	3.07	10.03	10.03	3.07	*	3.07	10.03	10.03	
3.08	3.08	11.01	11.01	3.08	*	3.08	11.01	11.01	
3.09	3.09	11.02	11.02	3.09	3.09	11.02	11.02		
3.10	3.10	11.03	11.03	3.10	3.10	11.03	11.03		
3.11	3.11	11.04	11.04	3.11	3.11	11.04	11.04		
3.12	3.12	11.05	11.05	3.12	3.12	11.05	11.05		
4.01	4.01	11.06	11.06	3.13	-	11.06	11.06		
4.02	4.02	11.07	11.09	4.01	4.01	11.07	11.11		
4.03	4.03	11.08	11.08	4.02	*	4.02	11.08	*	11.08
4.04	4.04	11.09	-	4.03	4.03	11.09	11.07		
4.05	4.05	11.10	-	4.04	*	4.04	11.10	11.17	
4.06	-	11.11	11.07	4.05	*	4.05	11.11	11.18	
4.07	4.07	11.12	11.12	4.06	*	4.11	11.12	11.12	
4.08	4.08	11.13	11.13	4.07	4.07	11.13	11.13		
4.09	-	11.14	11.14	4.08	*	4.08	11.14	*	11.14
4.10	4.09	11.15	11.15	4.09	*	4.10	11.15	11.15	
4.11	4.06	11.16	11.16	4.10	*	-	11.16	*	11.16
5.01	5.01	11.17	11.10	5.01	5.01	11.17	11.19		
5.02	5.02	11.18	11.11	5.02	5.02				
5.03	5.03	11.19	11.17	5.03	5.03				
5.04	5.04	-	3.13	5.04	5.04				
6.01	6.01			6.01	6.01				
6.02	6.02			6.02	6.02				
6.03	6.03			6.03	6.03				
6.04	6.04								

(130 Tabellen)

Neuheiten im Jahr 2008 (22)
neu im Jahr 2008 (2)

- nicht vorhanden

* Daten pro Kanton (27)

Übergangsschlüssel Tabellen 2008 -> 1996 : siehe Beilage B1 Version STAT KV 2008 Tabellen XLS auf dem www.

Beilagen C

Beilage C: Übergangsschlüssel für die Grafiken G 2007 -> 2008 / 2008 -> 2007

Publikation 2007	Publikation 2008	Publikation 2008	Quelle 2008	Publikation 2007	Quelle 2008	Publikation 2008
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	G 1e	T 1.15	G 1e	T 1.02	G 1c
G 1f	G 1f	G 1f	T 5.01	G 1f	T 1.02	G 1d
G 1g	G 1g	G 1g	T 1.14	G 1g	T 1.14	G 1g
G 2a	G 2a	G 2a	T 2.12	G 2a	T 1.15	G 1e
G 2b	G 2b	G 2b	T 2.09	G 2b	T 10.02	G 10b
G 2c	G 2c	G 2c	T 2.13	G 2c	T 10.03	G 10a
G 2d	G 2d	G 2d	T 2.11	G 2d	T 11.07	G 11b
G 2e	G 2e	G 2e	T 2.17	G 2e	T 11.07	G 11a
G 2f	G 2f	G 2f	T 2.19	G 2f	T 11.15	G 11c
G 2g	G 2g	G 2g	T 2.18	G 2g	T 2.03 & 3.08	G 3m
G 2h	G 2h	G 2h	T 2.18	G 2h	T 2.03 & 3.08	G 3o
G 2i	-	G 2i	T 2.18	G 2k	T 2.03 & 3.08	G 3q
G 2j	G 2j	G 2j	T 2.18	G 2j	T 2.03 & 3.08 & 1.15	G 3n
G 2k	G 2l	G 3a	T 3.058,3.068,3.07	G 3a	T 2.09	G 2b
G 3a	G 3a	G 3b	T 3.02	G 3b	T 2.11	G 2d
G 3b	G 3b-t-u	G 3c	T 3.02	G 3c	T 2.12	G 2a
G 3c	G 3c	G 3d	T 3.05	G 3d	T 2.13	G 2c
G 3d	G 3d	G 3e	T 3.03	G 3e	T 2.17	G 2e
G 3e	G 3e	G 3f	T 3.06	G 3f	T 2.18	G 2g
G 3f	G 3f	G 3g	T 3.04	G 3g	T 2.18	G 2h
G 3g	G 3g	G 3h	T 3.07	G 3h	T 2.18	G 2i
G 3h	G 3h	G 3i	T 3.01 & 3.12	G 3i	T 2.18	G 2j
G 3i	G 3i	G 3j	T 3.01 & 3.12	G 3j	T 2.19	G 2f
G 3j	G 3j	G 3k	T 3.01 & 3.12	G 3k	T 3.01 & 3.12	G 3i
G 3k	G 3k	G 3l	T 1.01	G 3l	T 3.01 & 3.12	G 3j
G 3l	G 3l	G 3m	T 2.03 & 3.08	G 3m	T 3.01 & 3.12	G 3k
G 3m	G 3m	G 3n	T 2.03 & 3.08 & 1.15	G 3n	T 3.02	G 3b
G 3n	G 3n	G 3o	T 2.03 & 3.08	G 3o	T 3.02	G 3c
G 3o	G 3o	G 3p	T 1.01	G 3p	T 3.02	G 3s
G 3p	G 3p	G 3q	T 2.03 & 3.08	G 3q	T 3.02	G 3t
G 3q	G 3q	G 3r	F3	-	T 3.02	G 3u
G 3r	-	G 3s	T 3.02	G 3s	T 3.03	G 3e
G 3s	G 3s	G 3t	T 3.02	G 3b	T 3.04	G 3g
G 4a	G 4a	G 3u	T 3.02	G 3b	T 3.05	G 3d
G 4b	G 4b	G 3v	F3	-	T 3.058,3.068,3.07	G 3a
G 4c	-	G 3w	F3	-	T 3.06	G 3f
G 4d	-	G 4a	T 4.09	G 4a	T 3.07	G 3h
G 5a	-	G 4b	T 4.06	G 4b	T 4.06	G 4b
G 6a	-	G 4c	T 4.09 & 3.08	-	T 4.09	G 4a
G 7a	-	G 9a	T 9.01 -> 9.08	G 9a	T 4.09 & 3.08	G 4c
G 8a	-	G 9b	T 9.06 -> 9.08	G 9b	T 5.01	G 1f
G 8b	-	G 9c	T 9.08	G 9c	T 9.01 -> 9.08	G 9a
G 9a	G 9a	G 9d	T 9.12	G 9d	T 9.06	G 9o
G 9b	G 9b	G 9e	T 9.14 & 9.12	G 9e	T 9.06 -> 9.08	G 9b
G 9c	G 9c	G 9f	T 9.10 & 2.18	G 9f	T 9.07	G 9p
G 9d	G 9d	G 9g	T 9.09	G 9g	T 9.08	G 9c
G 9e	G 9e	G 9h	T 9.09 & 3.08	G 9h	T 9.09	G 9g
G 9f	G 9f	G 9i	T 9.20	G 9i	T 9.09 & 3.08	G 9h
G 9g	G 9g	G 9j	T 9.13	G 9j	T 9.10 & 2.18	G 9f
G 9h	G 9h	G 9k	T 9.15	G 9k	T 9.12	G 9d
G 9i	G 9i	G 9l	T 9.17	G 9l	T 9.13	G 9j
G 9j	G 9j	G 9m	T 9.18	G 9m	T 9.14 & 9.12	G 9e
G 9k	G 9k	G 9n	T 9.19	G 9n	T 9.15	G 9k
G 9l	G 9l	G 9o	T 9.06	G 9o	T 9.17	G 9l
G 9m	G 9m	G 9p	T 9.07	G 9p	T 9.18	G 9m
G 9n	G 9n	G 10a	T 10.03	G 10c	T 9.19	G 9n
G 9o	G 9o	G 10b	T 10.02	G 10b	T 9.20	G 9l
G 9p	G 9p	G 11a	T 11.07	G 11a	F3	G 3r
G 10a	-	G 11b	T 11.07	G 11b	F3	G 3v
G 10b	G 10b	G 11c	T 11.15	G 11d	F3	G 3w
G 10c	G 10a					
G 11a	G 11a					
G 11b	G 11b					
G 11c	-					
G 11d	G 11c					
G 11e	-					
-	G 3r					
-	G 3t					
-	G 3u					
-	G 3v					
-	G 3w					

(64 Grafiken)

Neuheiten im Jahr 2008 (26) * Daten pro Kanton (18) - nicht vorhanden
 neu im Jahr 2008 (6)

Übergangsschlüssel für die Grafiken 2008 -> 1996 siehe Beilage C1 Version STAT KV 2008 Grafiken.XLS auf dem www

Beilagen D

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

The screenshot shows the 'Statistiken' (Statistics) page of the Swiss Federal Office of Health (BAG). The page is in German and features a navigation menu on the left with categories like 'Krankheiten und Medizin', 'Statistiken', and 'Spitäler'. The main content area is titled 'Statistiken' and lists several news items related to the 2008 mandatory health insurance statistics. Each item includes a title, a date of last update, and the file size and type (e.g., XLS or PDF). A search bar is located at the top right of the main content area.

Home > Themen > Krankenversicherung > Statistiken

Statistiken

News

- [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008 \(Tabellen - XLS - vollständig: 130 / 130 T. - laufende Aufdatierung ab 7/2009\)](#)
Letzte Änderung: 09.03.2010 | Grösse: 2265 kB | Typ: XLS
- [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008 \(Grafiken - XLS - farbig - A4 - vollständig: 64 / 64 G. - laufende Aufdatierung ab 8/2009\)](#)
Letzte Änderung: 09.03.2010 | Grösse: 1075 kB | Typ: XLS
- [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007 \(Teil Grafiken und Kommentare - PDF - 60 Seiten\)](#)
Letzte Änderung: 17.04.2009 | Grösse: 4999 kB | Typ: PDF
- [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007 \(Teil Tabellen und Beilagen - PDF - 173 Seiten\)](#)
Letzte Änderung: 29.04.2009 | Grösse: 2292 kB | Typ: PDF
- [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007 \(Tabellen - XLS - vollständig: 133 / 133 T. - laufende Aufdatierung ab 7/2008\)](#)

The screenshot shows the 'Links' (Links) page of the BAG website. The left sidebar contains a list of categories such as 'Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände', 'Ernährung und Bewegung', and 'Internationales'. The main content area lists various resources and publications, including a bar chart titled 'Zeitreihen Krankenversicherung (V. 2007)', a guide on optimal franchise, and a map showing patient migration. Each link is accompanied by a brief description and the date of the last update.

Links

- [Zeitreihen Krankenversicherung \(V. 2007\)](#)
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. (V. 2008 verfügbar - im Juni 2010)
- [Wegeleitung: Optimale Franchise für Ihren Krankenversicherer \(2010 - XLS - 1 MB - nur auf französisch\)](#)
Letzte Änderung: 12.10.2009 | Grösse: 1079 kB | Typ: XLS
- [Kartographische Darstellungen mit MAPresso 2009: 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.
- [Prämienvorbereitung in der obligatorischen Krankenversicherung](#)
Einkommensabhängige Prämienbelastung; Kantonsdiagramme
- [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung \(Bestellung vollständige Version 2005 oder 2006 oder 2007 auf Papier mit dem Suchbegriff "Krankenversicherung Statistik" - 14.50 SFr. + Versandkosten - BBL on line shop -\)](#)

Bestellung (und Abonnements) nur beim BBL!
Neueste Version (auf Papier): 2007 (2008 verfügbar ungefähr am Anfang Juni 2010)

Bundesamt für Gesundheit - Zeitreihen Krankenversicherung - Windows Internet Explorer

http://www.bag.admin.ch/pyramiden/index.html?lang=de&id2=0&id3=1&year=2007&nav=17a-6

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

Aktuell | Themen | Dokumentation | Dienstleistungen | Das BAG

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

Versichertenbestand

Anteil Versicherungsformen in %

Kantonale Durchschnittsprämien

Nettoleistungen

Kostenbeteiligung

Bruttoleistungen nach Versicherungstyp

Bruttoleistungen nach Kostengruppen

Leistungen und Prämien OKP

Aufsichtsdaten OKP

Dokumente zum Herunterladen

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

Prämien der obligatorischen Krankenversicherung pro Kanton, pro Versicherer, pro Monat, CH

Aufsichtsdaten der obligatorischen Krankenversicherung

Statistik Risikoausgleich in der obligatorischen Krankenversicherung

Prämienregionen in der obligatorischen Krankenversicherung

Zeitreihen Krankenversicherung (V. 2007)

Wählen Sie im Menu links

Menu oberer Teil: Interaktive Zeitreihen

Balkendiagramme, Graphiken und Tabellen (ab 1996/97)

Obligatorische Krankenversicherung (OKP) meistens nach Kanton oder Altersgruppe



Menu unterer Teil: Dokumente zum Herunterladen

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

Fachkontakt: kuv-sm@bag.admin.ch
 Entwurf: BAG (Sin) / Web-Anwendung: sno.ch

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

Bundesamt für Gesundheit - Zeitreihen Krankenversicherung - Windows Internet Explorer

http://www.bag.admin.ch/pyramiden/index.html?lang=de&webgrab_path=http://www.bag-arw.admin.ch/kuv/pyramiden/b...

Anteil Versicherungsformen in %

Kantonale Durchschnittsprämien

Nettoleistungen

Kostenbeteiligung

Bruttoleistungen nach Versicherungstyp

Bruttoleistungen nach Kostengruppen

Leistungen und Prämien OKP

Aufsichtsdaten OKP

Veränderung nach Versicherer (CH)

Durchschnittlicher Versichertenbestand

Bezahlte Leistungen je versicherte Person

Verhältnis Bezahlte Leistungen / (Prämien + Risikoausgleich) je versicherte Person

Reserven in % des Prämienolls & Rückstellungen in % der bezahlten Leistungen

Dokumente zum Herunterladen

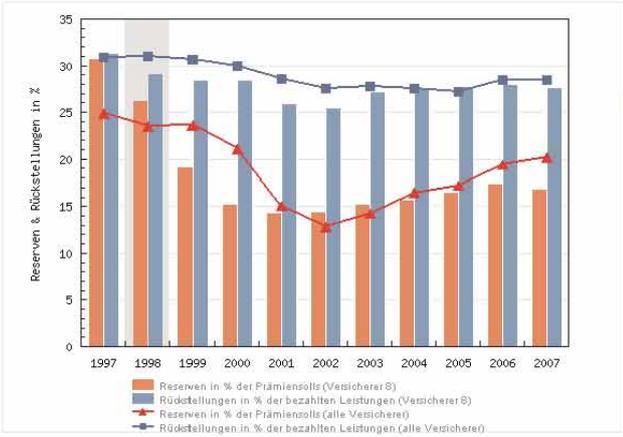
Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

Prämien der obligatorischen Krankenversicherung pro Kanton, pro Versicherer, pro Monat, CH

Aufsichtsdaten der obligatorischen Krankenversicherung

Zeitreihen Krankenversicherung (V. 2007)

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



Reserven & Rückstellungen in %

CSS Kranken-Versicherung AG 1998

- 26.3%
- 29.2%
- 23.5%
- 31.0%

Reserven in % der Prämienolls (Versicherer 8)

Rückstellungen in % der bezahlten Leistungen (Versicherer 8)

Reserven in % der Prämienolls (alle Versicherte)

Rückstellungen in % der bezahlten Leistungen (alle Versicherte)

BAG-Nummern der Versicherer

8	32	40	50	57	62	97	109	134	147	160	178	182	183	194	216	240	246	261	263	290
294	312	314	343	354	360	376	411	445	455	468	484	492	509	556	558	591	608	623	627	743
749	758	762	771	774	780	785	789	790	792	794	795	799	808	809	812	820	829	852	871	880

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

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

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

Dynamische Karten mit MAPresso

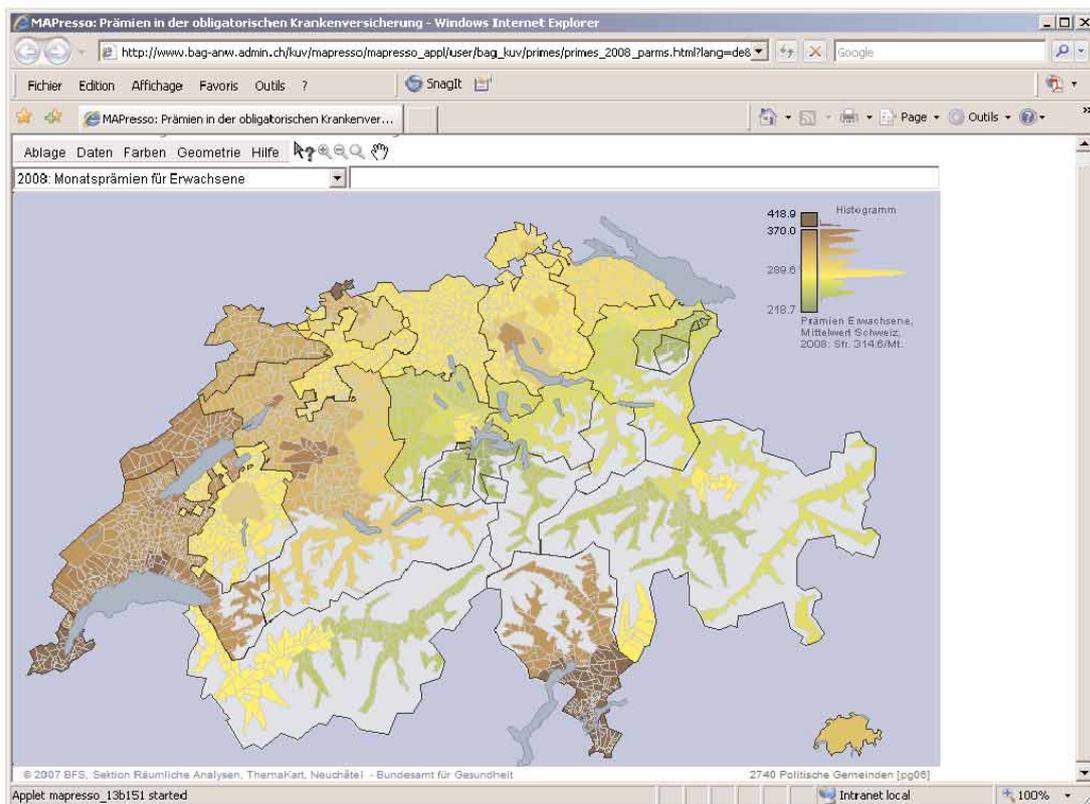
Was ist MAPresso?

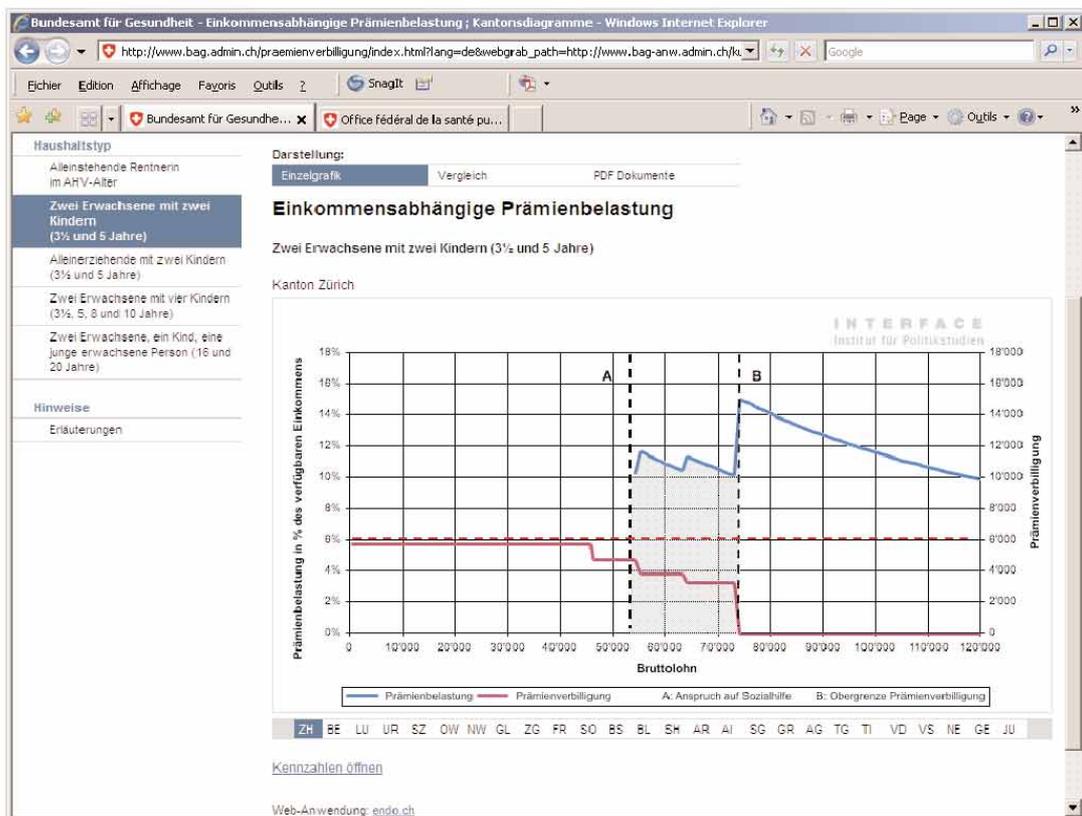
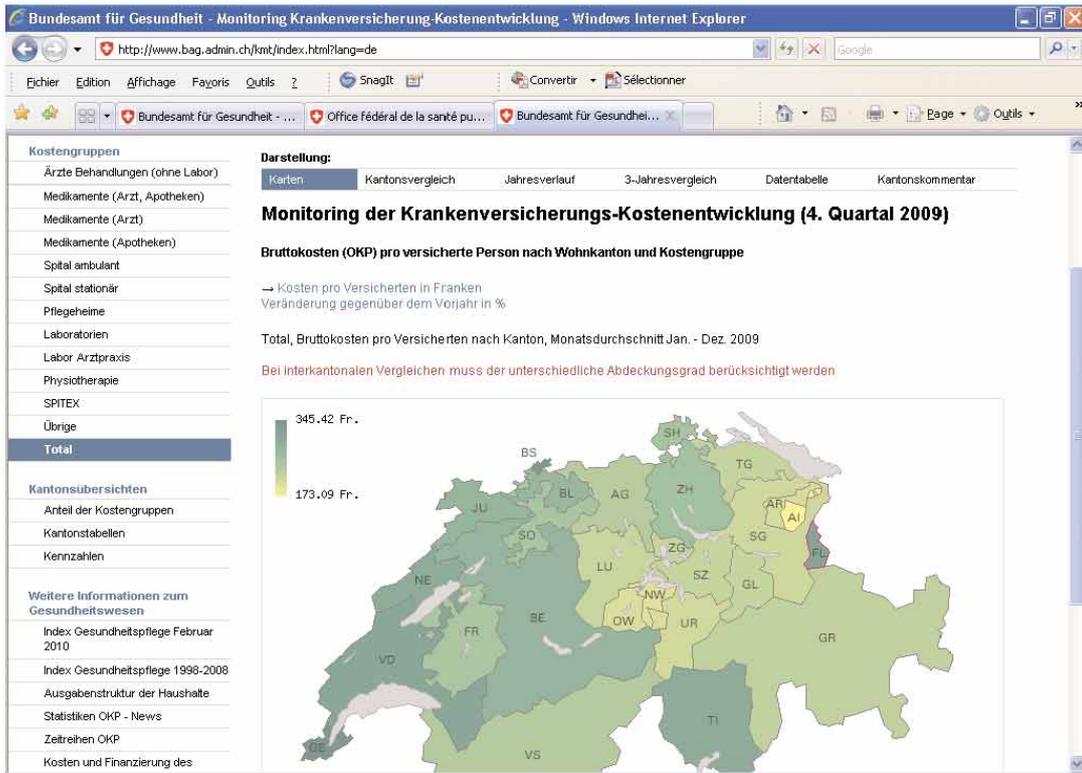
Die dynamischen Karten werden mit Hilfe der Java-Applikation **MAPresso**® in einem neuen Fenster gezeigt. Die Daten der Gebietseinheiten können interaktiv abgefragt werden. Mit Hilfe der Menüführung können verschiedene Einstellungen verändert werden.

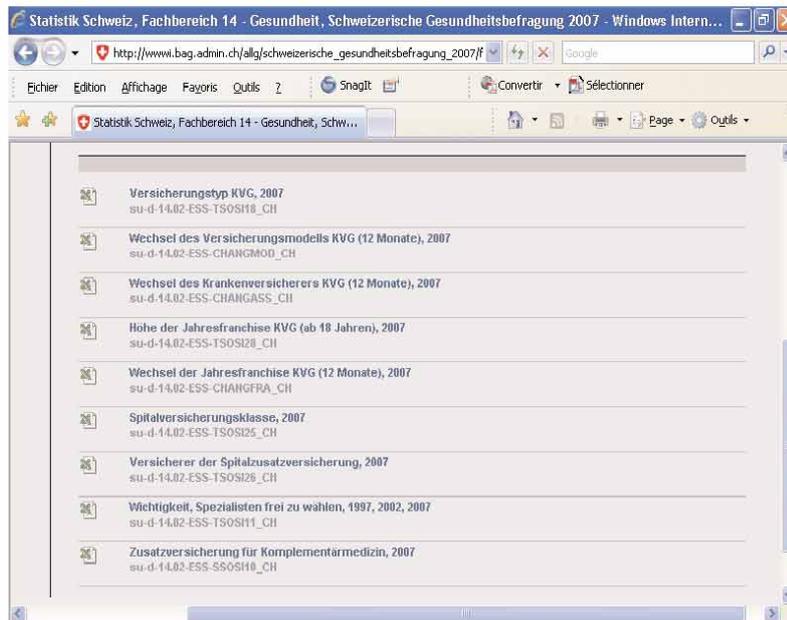
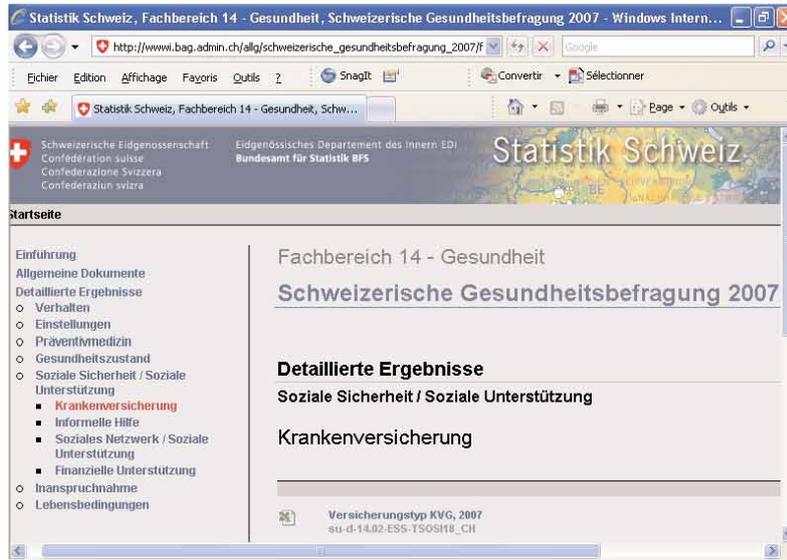
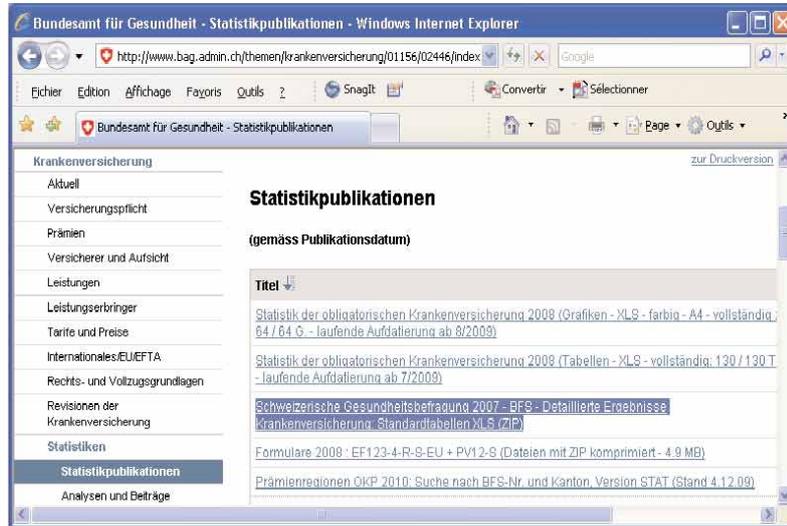
MAPresso funktioniert mit allen Java-Versionen ab Version 1.2 aus dem Jahr 1998. Unter java.com/de finden Sie weitere Informationen, um Java bei Bedarf kostenlos auf Ihrem Rechner zu installieren.

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: Menü «Themen» (nicht alle Anwendungen haben ein Themenmenü)
- Wechseln zwischen Geometrien: Das Menü «Geometrien» erlaubt verschiedene Flächen oder Kreisdarstellungen der Werte.
- Für Experimentierfreudige: 2 oder gar 3 Indikatoren können gleichzeitig betrachtet werden: Menü «Farben» > Bi-/Tivariate Karte

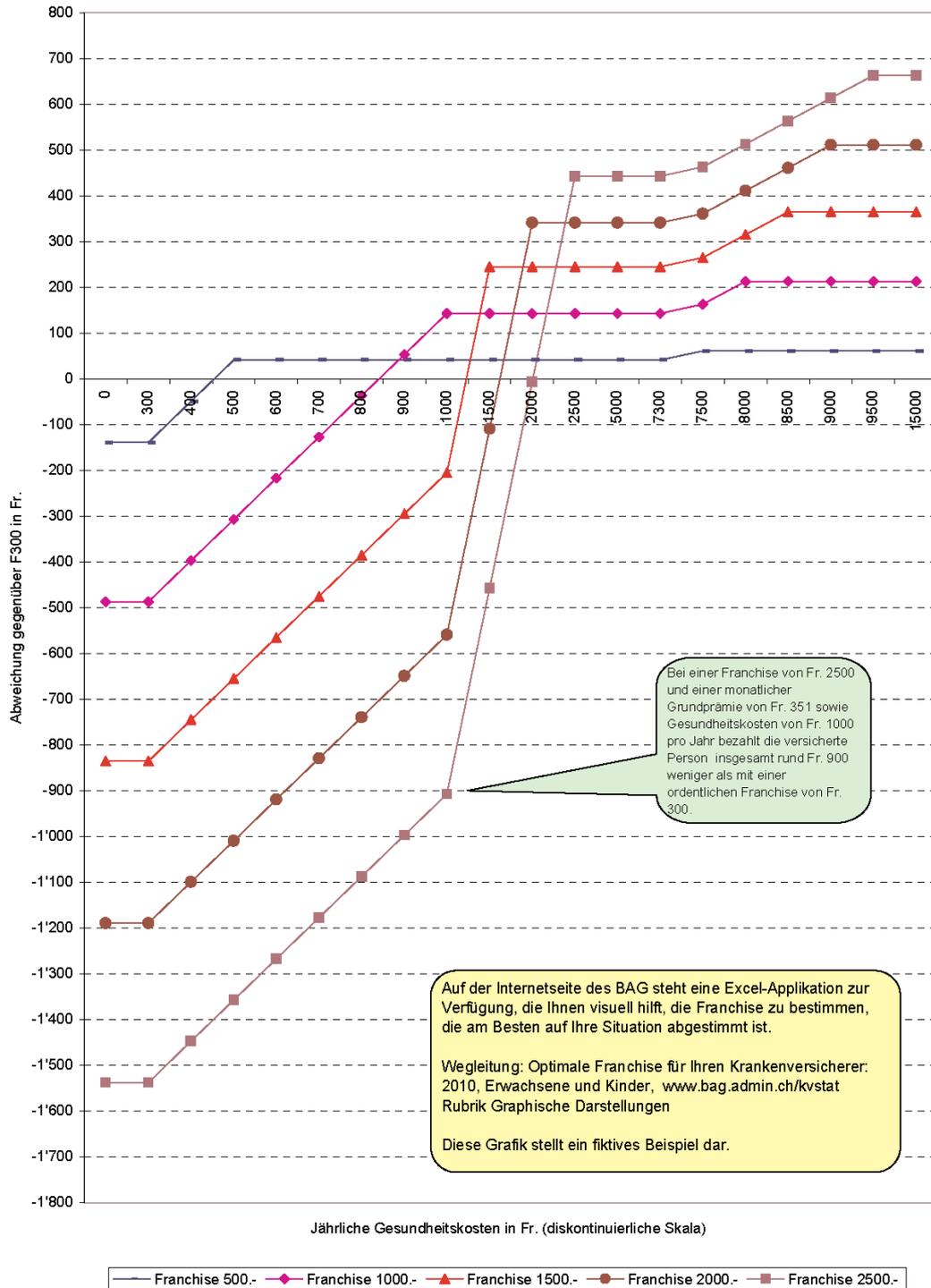






Optimale Franchise für die obligatorische Grundversicherung - 2010

Einsparungen (-) oder Mehrkosten (+) pro Jahr in Fr. je nach jährlichen Gesundheitskosten und gewählter Franchise bei einer Grundprämie von Fr. 351 im Vergleich zu den Gesamtkosten bei einer ordentlichen Franchise von Fr. 300



Beilagen E

Beilage E1

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

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

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

Weitere Forderungen an die Bildung der Prämienregionen waren :

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

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

1. Bestimmung der prämierelevanten Kosten

Die Einflüsse der Variablen :

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

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

2. Erste Regioneneinteilung aufgrund der standardisierten Kosten

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

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

3. Einbezug der geografischen Kriterien

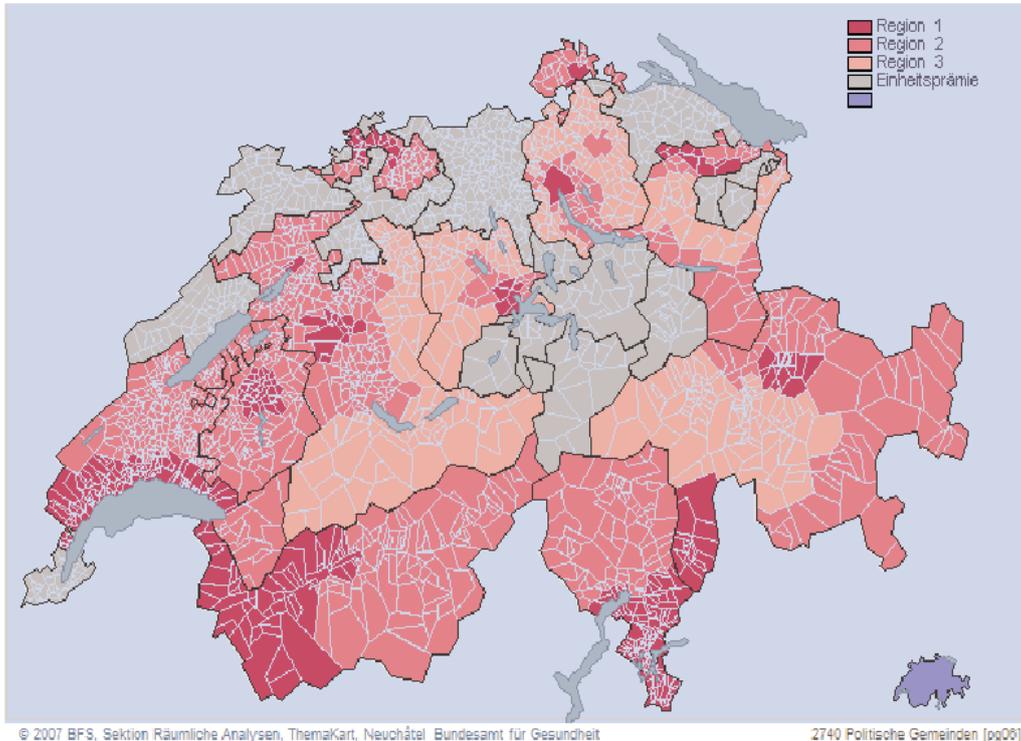
Deshalb werden neben dem Kriterium der Kostenhomogenität zusätzlich die drei eingangs erwähnten geografischen Kriterien mitberücksichtigt.

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

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

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

Beilage E2 Verteilung der Prämienregionen auf Gemeindeebene (R1, R2, R3, RU) ab 1.1.2010



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

Dateien XLS für die graphische Darstellungen Mapresso 2004-2009: www.bag.admin.ch/pyramiden
(Régions de primes dans l'assurance-maladie obligatoire) (STAT & MATH OFSP)

Detaildaten: Prämienregionen OKP 2010 auf www.praemien.admin.ch (Suche nach Postleitzahl, BFS-Nr. und Kanton)

	A	B	C	D	E	F
33	Prämienregionen gültig ab 1.1.2010 bis 31.12.2010					
34						
35						
36	BFS-Gemeindenummer = Primärschlüssel für die Region					
38	Die Kantone mit einer einzigen Region (0) sind: AG, AI, AR, BS, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SO, SZ, TG, UR, ZG					
39						
40						
41	MUT 09-10 : Mutationen 2009-2010 (BFS-Nr. bzw. PLZ)				(3 Seiten)	
42						
43	A_COM_2010 : BFS-Gemeindenummer, Gemeinde, Kanton, Bezirk und Region				(42 Seiten)	
44	Quelle: Amtliches Gemeindeverzeichnis der Schweiz BFS. (Datenstand: 05.04.2009)					
45						
46	B_NPA_2010 : Postleitzahl, Ortsbezeichnung, BFS-Gemeindenummer, Kanton und Region				(74 Seiten)	
47	Quellen: DIE POST Postleitzahlenverzeichnis PLZ light (Datenstand: 24.06.09), Ortschaftenverzeichnis der Schweiz – Ausgabe 2009 (Datenstand: 01.01.09)					
48	Das Gebiet einer Postleitzahl kann über die Fläche mehrerer Gemeinden erstrecken.					
49	+ vor PLZ -> Ortschaft befindet sich in mehreren politischen Gemeinden.					
50						
51	C_POP_2010 : BFS-Gemeindenummer, Kanton, Wohnbevölkerung und Region				(27 Seiten)	
52	Quelle: Mittlere Wohnbevölkerung nach Geschlecht und pro Gemeinde, 2008 & Wohnbevölkerung nach Altersgruppen und pro Gemeinde, VZ 2000 (Datei: VZ_2000_08.xls)					
53						
54	D_PRIM_2010 : BFS-Gemeindenummer, Kanton, Region und monatliche Durchschnittsprämie				(41 Seiten)	
55	Quelle: A_COM_2010 & BAG Sektion Finanzaufsicht KV (Datenstand 28.09.09)					
56						
57	Prämienregionen					
58	Abteilung Aufsicht BAG. (Datenstand: 28.09.09)					

Beilagen F

Beilage F1

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

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

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

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

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

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

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

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

Datenstand: 8.10.09

Quelle: BAG

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

(Änderungen grau)

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

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

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

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

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

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

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

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

Datenstand: 8.10.09

Quelle: BAG

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

(Änderungen grau)

Beilage F3

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

Erwachsene (ab 26 Jahren) : effektive Zunahme 2010							
Durchschnittsprämie CH ² : 351.05			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.-	8.7%	6.9%	4'213	5'213	-	-	-
1) 500.-	9.6%	7.3%	4'073	5'273	140	3.3%	-60
2) 1000.-	12.3%	8.1%	3'723	5'423	490	11.6%	-210
3) 1500.-	15.7%	9.0%	3'373	5'573	840	19.9%	-360
4) 2000.-	20.2%	9.7%	3'023	5'723	1'190	28.2%	-510
5) 2500.-	26.4%	10.5%	2'673	5'873	1'540	36.6%	-660

Junge Erwachsene (19-25 Jahre) : effektive Zunahme 2010							
Durchschnittsprämie CH ² : 293.85			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.-	13.7%	10.3%	3'526	4'526	-	-	-
1) 500.-	15.1%	10.7%	3'386	4'586	140	4.0%	-60
2) 1000.-	19.4%	11.7%	3'036	4'736	490	13.9%	-210
3) 1500.-	25.4%	12.5%	2'686	4'886	840	23.8%	-360
4) 2000.-	34.1%	13.4%	2'336	5'036	1'190	33.7%	-510
5) 2500.-	28.1%	9.2%	1'986	5'186	1'540	43.7%	-660

Kinder (0-18 Jahre) : effektive Zunahme 2010							
Durchschnittsprämie CH ² : 84.05			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.-	10.0%	7.3%	1'008	1'358	-	-	-
1) 100.-	12.2%	7.9%	938	1'388	70	6.9%	-30
2) 200.-	14.8%	8.6%	868	1'418	140	13.9%	-60
3) 300.-	18.0%	9.2%	798	1'448	210	20.8%	-90
4) 400.-	22.1%	9.8%	728	1'478	280	27.8%	-120
5) 500.-	25.6%	9.7%	648	1'498	360	35.7%	-140
6) 600.-	28.4%	9.2%	568	1'538	420	41.7%	-180

Datenstand: 30.12.2009

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->2009: siehe STAT KV 03->07 (Beilagen).

²) Es handelt sich um eine Schätzung der monatlichen Durchschnittsprämie in Franken ausgehend von den Versicherungstarifen mit ordentlicher Franchise einschliesslich Unfalldeckung und den Versichertenbeständen nach Kantonen und Prämienregion.

Beilagen G

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 durchmischte“ werden.

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

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

2. Funktionsweise des Risikoausgleichs

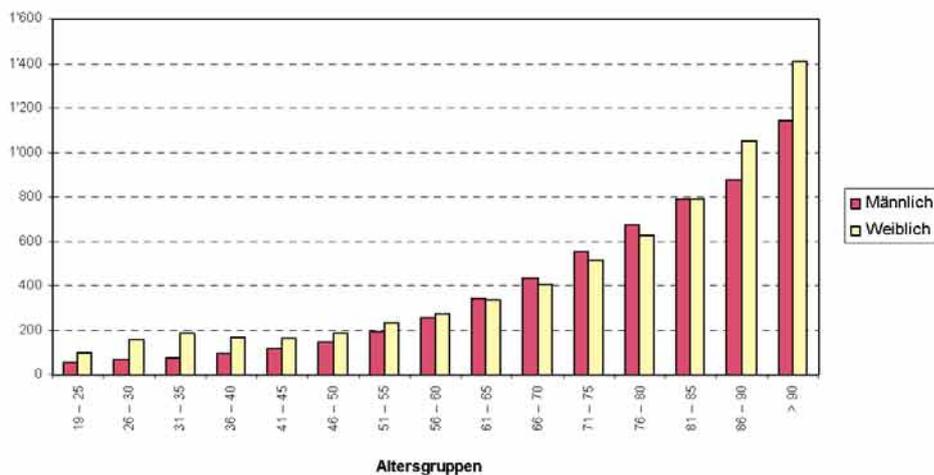
Die erwachsenen Versicherten werden für die Berechnung des Risikoausgleichs in Risikogruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfasst die Versicherten im Alter von 19 bis 25 Jahren. Die Versicherten im Alter zwischen 26 und 90 Jahren werden in Gruppen zu je fünf Jahren eingeteilt. Die letzte Risikogruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren. Es resultieren somit 15 Risikogruppen. Jede Altersgruppe wird zudem nach dem Geschlecht differenziert, so dass letztlich 30 Risikogruppen in die Berechnung des Risikoausgleichs eingehen. Die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht berücksichtigt.

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

Abbildungen a und b illustrieren die Verhältnisse für den definitiven Risikoausgleich 2008 im Kanton Bern. Als Illustrationsbeispiel wurde ein einzelner Kanton gewählt, weil der Risikoausgleich in allen Kantonen separat berechnet wird.

In **Abbildung a** werden die Durchschnittskosten pro Kopf für alle 30 Risikogruppen im Kanton Bern im Jahr 2008 dargestellt. Es wird deutlich, dass die Durchschnittskosten mit zunehmendem Alter steigen. Mit Ausnahme der Risikogruppen « 61 bis 65 », « 66 bis 70 », « 71 bis 75 » und « 76 bis 80 » lagen dabei die Durchschnittskosten der Frauen pro Kopf immer über denjenigen der Männer. Die durchschnittlichen effektiven Kosten über alle Versicherten und alle Kassen beliefen sich auf 272 Franken pro Monat oder auf 3268 Franken pro Jahr. Die Risikogruppen bis 60 Jahre wiesen pro Kopf tiefere Durchschnittskosten auf. Für Versicherte dieser Gruppen hatten die Kassen somit Abgaben zu bezahlen.

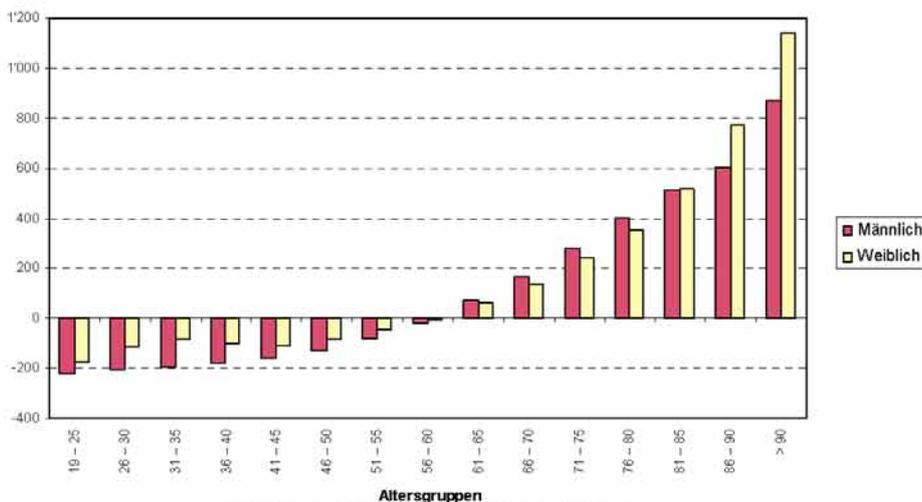
Grafik a Effektive Kosten in Fr. je versicherte Person pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Bern, 2008



Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG
Durchschnittskosten über alle Versicherten und alle Kassen: 272 Fr.

Abbildung b zeigt die Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen. Die grösste Abgabe hatten 2008 die Versicherten im Kanton Bern für die 19- bis 25-jährigen Männer zu bezahlen (218 Franken pro Monat). Den höchsten Beitrag erhielten sie für die über 90-jährigen Frauen (1139 Franken pro Monat). Der netto zu bezahlende oder vergütende Betrag entspricht einer Saldoberechnung: Für die jungen Versicherten hat der Versicherer Abgaben zu leisten, für die älteren erhält er Beiträge. Die Risikoausgleichsformel ist so angelegt, dass der Saldo über alle Versicherten Null ergibt. Das heisst, dass alle Versicherten, welche netto Abgaben zu bezahlen haben, genau dasjenige Volumen aufbringen, welches die Versicherer, welche netto Beiträge bekommen, insgesamt zugute haben („Nullsummenspiel“).

Grafik b Beiträge und Abgaben je versicherte Person pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Bern, 2008



- = zu Lasten der Versicherten / + = zugunsten der Versicherer
Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG

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

3. Zahlungsvolumen in der Risikoausgleich pro Risikoausgleich und pro Kalenderjahr

Die **Tabelle c** zeigt die Umverteilungs- bzw. Zahlungsvolumen pro Risikoausgleich und pro Kalenderjahr. Es fällt auf, dass sich das Umverteilungsvolumen pro Kalenderjahr jeweils deutlich vom Umverteilungsvolumen des Risikoausgleichs für das entsprechende Ausgleichsjahr unterscheidet (Bsp. Kalenderjahr 2004 / Risikoausgleich 2004). Der Grund für diese Differenzen liegt darin, dass sich die Zahlungen für den Risikoausgleich eines Ausgleichsjahres auf mehrere Kalenderjahre verteilen. Gemäss Art. 6 Abs. 2 der Verordnung über den Risikoausgleich (VORA) werden die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge im Ausgleichsjahr aufgrund einer provisorischen Berechnung festgelegt. Die so berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge sind im Ausgleichsjahr selbst zu leisten. Die definitiven Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden gemäss Art. 6 Abs. 3 VORA im Jahr, welches dem Ausgleichsjahr folgt, festgesetzt und sind in diesem auch zu leisten. In der Praxis können sich jedoch die Zahlungen für den Risikoausgleich eines Ausgleichsjahres über wesentlich mehr Kalenderjahre erstrecken, als in der Tabelle dargestellt. Noch Jahre nach der erstmaligen (ordentlichen) Berechnung eines Risikoausgleichs kann aufgrund von Datenlieferungsfehlern eine Neuberechnung des entsprechenden Risikoausgleichs erforderlich werden, welche erneut Zahlungen für diesen Risikoausgleich auslöst. So musste beispielsweise der definitive Risikoausgleich 2001, welcher im Jahr 2002 das erste Mal berechnet wurde, wegen festgestellten Datenlieferungsfehlern von Krankenversicherern im Jahre 2005 neu berechnet werden. Ausserdem führen unvollständige Zahlungen in den Risikoausgleich immer wieder zu verspäteten Auszahlungen aus dem Risikoausgleich. Vergütungszinszahlungen (Art. 12 Abs. 7 VORA), Auszahlungen von Zinseinnahmen des Risikoausgleichs an die Krankenversicherer (Art. 13a VORA) sowie Verzugszinszahlungen für verspätete Zahlungen im Risikoausgleich (Art. 12 Abs. 8 VORA) sind in der Tabelle ebenfalls nicht aufgeführt.

Tabelle c: Zahlungen des Risikoausgleichs pro Kalenderjahr und Risikoausgleich

Risikoausgleich	Umverteilungsvolumen im Kalenderjahr in Fr.						Total
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
2003	141'901'855						141'901'855
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	189'362'705	1'578'753'633
2009						1'517'143'836	1'517'143'836
Umverteilungs- volumen total	1'160'810'878	1'359'071'101	1'424'917'698	1'434'445'391	1'535'420'236	1'706'506'541	8'621'171'845

Quelle (§3): Gemeinsame Einrichtung KVG, Urs Wunderlin (7/09).

Beilagen H

Individuelle Prämienverbilligung nach Verabschiedung der NFA

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

1. Prämienverbilligung nach altem System

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

2. Prämienverbilligung nach neuem System

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

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

3. Welche Daten werden gebraucht?

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

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

4. Berechnung der NFA-Gelder

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

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

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

5. Datenquellen

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

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

6. Verteilung auf die Kantone

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

Kanton	Ausgaben gesamt 2007 ¹⁾	Bundesanteil 2007 ²⁾	Ausgaben gesamt 2008	Bundesanteil 2008
ZH	547'093'618	281'022'137	575'625'733	307'339'465
BE	489'071'611	373'789'237	465'932'143	227'189'789
LU	158'231'240	123'391'316	154'794'992	84'187'520
UR	14'644'180	12'885'030	14'227'202	8'124'826
SZ	45'029'390	27'861'304	39'028'024	32'469'491
OW	19'398'431	16'337'908	14'210'286	7'850'041
NW	12'740'079	7'200'398	12'886'391	9'252'040
GL	12'888'083	9'414'174	12'182'292	8'929'973
ZG	38'925'171	13'573'846	35'550'948	25'234'921
FR	122'361'886	103'937'833	121'555'620	61'044'943
SO	90'089'472	66'138'206	96'073'370	58'187'819
BS	150'628'439	46'499'766	122'180'447	45'379'463
BL	92'857'351	57'743'907	92'517'331	62'714'247
SH	36'907'873	24'750'068	36'090'969	17'732'386
AR	24'188'019	19'149'003	23'045'700	12'286'569
AI	6'516'193	5'158'694	4'541'000	3'558'259
SG	138'856'826	100'413'499	140'919'655	108'844'678
GR	61'510'444	49'436'558	61'977'024	45'001'050
AG	165'679'061	103'548'068	194'953'118	135'033'767
TG	105'895'787	73'928'277	104'808'182	55'644'325
TI	194'298'054	117'976'067	235'339'163	76'375'015
VD	350'019'711	225'100'763	340'037'813	157'810'529
VS	153'133'988	140'231'766	156'987'525	68'923'715
NE	96'873'160	70'653'765	78'100'000	39'822'340
GE	255'684'542	116'340'106	290'979'075	104'101'316
JU	36'997'451	32'251'458	36'832'062	15'993'053
CH	3'420'520'060	2'218'733'154	3'461'376'065	1'779'031'540

1) Ausgaben einschliesslich nicht subventionierte PV

2) Einschliesslich Übertrag vom Vorjahr

7. Kontrolle und statistische Auswertung

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

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

Quelle: BAG, Reinhold Preuck 09/09

Beilagen I

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)

Für den Risikoausgleich gelten im Vergleich zu den EF123-Formularen zum Teil unterschiedliche Regelungen in Bezug auf die Berücksichtigung einzelner Versichertengruppen. Es kommt zu Differenzen beim Versichertenbestand. Detaillierte Erklärungen in der Fussnote 2 von T 11.14.

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; 2008: 27.2.09

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.

Prämienoll pro versicherte Person				Kostenbeteiligung 2005			
	T 3.12 STAT KV	Datenpool	Abweichung Datenpool - STAT KV		T 2.13 STAT KV	Datenpool	Abweichung Datenpool - STAT KV
1997	1'664	1'668	0.2%	ZH	407	393	-3.5%
1998	1'754	1'763	0.5%	BE	406	391	-3.9%
1999	1'793	1'801	0.5%	LU	335	319	-4.9%
2000	1'850	1'853	0.2%	UR	341	320	-6.1%
2001	1'917	1'932	0.8%	SZ	361	339	-6.1%
2002	2'091	2'106	0.8%	OW	331	311	-6.1%
2003	2'281	2'296	0.6%	NW	325	310	-4.8%
2004	2'442	2'444	0.1%	GL	377	355	-6.0%
2005	2'487	2'494	0.3%	ZG	351	333	-5.3%
2006	2'583	2'596	0.5%	FR	388	371	-4.3%
				SO	389	367	-5.5%
				BS	492	446	-9.3%
				BL	444	415	-6.6%

Nettoleistungen 2005							
	T 2.09 STAT KV (*12)	Datenpool	Abweichung Datenpool - STAT KV				
0 - 18	747	754	0.9%	SH	395	375	-5.1%
19 - 25	896	890	-0.6%	AR	337	323	-4.0%
26 - 30	1'212	1'196	-1.3%	AI	295	276	-6.2%
31 - 35	1'397	1'387	-0.7%	SG	363	346	-4.6%
36 - 40	1'421	1'411	-0.7%	GR	360	351	-2.4%
41 - 45	1'517	1'514	-0.2%	AG	367	348	-5.3%
46 - 50	1'839	1'839	0.0%	TG	353	338	-4.1%
51 - 55	2'278	2'282	0.2%	TI	478	449	-6.1%
56 - 60	2'848	2'849	0.0%	VD	453	440	-3.0%
61 - 65	3'546	3'540	-0.2%	VS	364	349	-4.1%
66 - 70	4'388	4'373	-0.3%	NE	417	407	-2.5%
71 - 75	5'497	5'478	-0.4%	GE	502	480	-4.5%
76 - 80	6'759	6'737	-0.3%	JU	421	382	-9.3%
81 - 85	8'437	8'399	-0.5%	CH	404	386	-4.5%
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 *

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ZH	92.5%	92.2%	91.5%	91.0%	94.7%	94.1%	97.2%	97.0%	96.8%	97.5%	97.2%
BE	93.9%	92.6%	91.9%	93.1%	93.9%	92.3%	95.8%	95.7%	95.6%	97.3%	97.3%
LU	94.8%	94.8%	94.5%	95.1%	95.5%	95.8%	98.4%	97.4%	99.0%	99.3%	97.0%
UR	93.8%	93.8%	93.4%	94.9%	95.4%	94.9%	99.0%	98.9%	98.9%	99.2%	99.1%
SZ	92.9%	92.9%	91.2%	93.7%	95.4%	94.9%	98.4%	98.4%	98.2%	98.3%	98.1%
OW	91.7%	91.9%	91.7%	94.7%	95.3%	94.7%	97.9%	98.2%	98.0%	98.2%	98.4%
NW	92.9%	92.9%	92.5%	94.9%	95.7%	95.1%	97.8%	97.8%	97.4%	97.7%	97.9%
GL	89.6%	84.4%	82.2%	93.6%	95.0%	94.3%	96.8%	96.0%	96.4%	97.4%	97.5%
ZG	90.8%	91.1%	90.8%	92.2%	93.2%	93.0%	98.2%	98.2%	97.9%	97.6%	97.1%
FR	97.1%	97.0%	96.4%	96.1%	94.2%	97.4%	99.1%	98.7%	97.8%	98.1%	97.8%
SO	92.5%	92.5%	92.4%	94.9%	95.1%	94.9%	97.1%	96.8%	96.4%	96.7%	95.5%
BS **	101.6%	101.0%	100.3%	100.0%	100.4%	96.3%	96.4%	96.6%	97.9%	97.9%	97.3%
BL **	88.3%	88.8%	88.6%	89.6%	89.7%	93.5%	96.3%	96.5%	96.6%	96.9%	96.8%
SH	90.8%	90.3%	89.9%	90.3%	91.1%	89.4%	95.1%	95.7%	95.5%	95.4%	95.0%
AR	91.6%	90.1%	88.8%	88.8%	90.5%	89.1%	96.1%	95.8%	95.2%	95.2%	95.6%
AI	93.1%	92.9%	92.1%	93.3%	93.1%	91.0%	97.9%	97.7%	97.2%	97.7%	98.2%
SG	93.6%	94.2%	93.5%	93.8%	95.3%	94.5%	97.6%	97.5%	96.9%	96.8%	95.5%
GR	87.3%	88.2%	89.0%	90.8%	99.0%	94.1%	96.3%	96.5%	96.2%	97.6%	97.4%
AG	94.5%	92.8%	92.0%	92.3%	95.1%	94.5%	97.0%	96.7%	96.1%	96.6%	96.4%
TG	86.9%	90.8%	92.7%	92.9%	93.4%	92.1%	96.9%	96.9%	96.9%	97.1%	96.7%
TI	95.2%	95.0%	94.2%	95.5%	95.8%	96.3%	97.2%	97.7%	97.7%	97.9%	97.7%
VD	84.0%	83.7%	83.8%	82.4%	85.9%	93.0%	96.4%	96.9%	97.3%	98.7%	98.4%
VS	88.9%	88.3%	87.1%	90.8%	92.4%	94.0%	96.2%	96.7%	99.4%	97.9%	97.8%
NE	95.2%	92.1%	93.7%	92.2%	93.1%	97.3%	97.8%	99.0%	99.1%	100.0%	99.7%
GE	93.6%	93.7%	92.5%	91.4%	86.3%	91.9%	95.7%	96.8%	99.2%	99.3%	100.0%
JU	94.7%	94.0%	94.2%	90.5%	88.6%	91.9%	96.6%	94.6%	92.3%	93.5%	94.5%
CH	92.3%	91.9%	91.5%	91.9%	93.3%	93.9%	96.9%	96.9%	97.1%	97.7%	97.3%

* 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 *

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0-18 Jahre	91.1%	90.8%	90.5%	90.9%	92.4%	92.5%	96.8%	96.8%	97.1%	97.9%	97.5%
19-25 Jahre	92.0%	91.7%	91.3%	92.1%	92.9%	93.7%	96.9%	97.0%	97.2%	98.3%	97.9%
26-30 Jahre	91.3%	91.4%	90.8%	90.8%	92.1%	92.7%	97.3%	97.2%	96.9%	98.1%	97.7%
31-35 Jahre	90.9%	90.9%	90.3%	90.7%	92.3%	93.0%	97.2%	97.2%	97.2%	98.2%	97.7%
36-40 Jahre	93.7%	93.6%	93.0%	93.1%	94.7%	92.9%	96.6%	96.6%	96.8%	97.7%	97.4%
41-45 Jahre	89.0%	88.5%	87.9%	88.2%	89.8%	93.1%	96.2%	96.3%	96.4%	97.1%	96.7%
46-50 Jahre	95.4%	95.2%	94.4%	94.4%	95.5%	93.7%	96.3%	96.2%	96.3%	96.8%	96.4%
51-55 Jahre	90.8%	90.1%	89.8%	90.1%	91.5%	94.5%	96.6%	96.5%	96.6%	96.8%	96.5%
56-60 Jahre	96.5%	95.9%	95.5%	95.6%	96.7%	95.2%	96.9%	96.9%	97.1%	97.2%	96.8%
61-65 Jahre	91.3%	90.5%	90.2%	90.8%	92.1%	95.8%	97.2%	97.2%	97.4%	97.5%	97.2%
66-70 Jahre	97.1%	96.3%	95.9%	96.6%	97.9%	96.4%	97.5%	97.7%	97.8%	97.9%	97.6%
71-75 Jahre	91.4%	90.6%	90.3%	91.1%	92.7%	96.8%	97.6%	97.8%	98.0%	98.1%	97.9%
76-80 Jahre	96.3%	95.7%	95.4%	96.6%	98.2%	97.1%	97.6%	97.9%	97.9%	98.0%	97.9%
81-85 Jahre	91.1%	90.2%	89.8%	90.5%	92.4%	97.3%	97.6%	97.9%	98.1%	98.1%	97.9%
86-90 Jahre	95.7%	95.1%	94.7%	96.0%	97.9%	97.4%	97.6%	97.9%	98.0%	98.0%	97.8%
Total	92.3%	91.9%	91.5%	91.9%	93.3%	93.9%	96.9%	96.9%	97.1%	97.7%	97.3%

* 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	2008	Ver. 2007-08 in %
1 Total	1935	2011	2131	2244	2328	2431	2592	2736	2755	2863	2984	4.2%
e1 Zeitreihen	1942	2023	2168	2284	2360	2463	2598	2733	2758	2861	2975	4.0%
Abweichung e1	0.3%	0.6%	1.8%	1.8%	1.4%	1.3%	0.2%	-0.1%	0.1%	-0.1%	-0.3%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	-	2733	2758	2862	4.3%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-0.1%	0.1%	0.0%	2.0%	
2 Ärzte (ambulant)	517	518	529	549	559	566	593	609	619	642	670	4.5%
e1 Zeitreihen	508	512	538	567	571	574	610	627	636	656	685	4.5%
Abweichung e1	-1.9%	-1.1%	1.7%	3.2%	2.0%	1.5%	2.9%	3.0%	2.6%	2.2%	2.2%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	-	627	630	651	4.9%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	2.9%	1.7%	1.5%	3.4%	
3 Spitäler (stationär)	493	497	509	520	515	558	619	646	654	682	690	1.3%
e1 Zeitreihen	497	502	512	520	521	563	629	651	661	682	692	1.4%
Abweichung e1	0.8%	1.0%	0.6%	0.0%	1.2%	1.0%	1.6%	0.8%	0.9%	0.1%	0.2%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	-	656	661	686	1.9%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	1.5%	1.1%	0.7%	4.0%	
4 Spitäler (ambulant)	180	204	229	264	269	290	297	359	354	375	427	14.1%
e1 Zeitreihen	218	245	279	300	297	341	345	391	384	405	455	12.4%
Abweichung e1	21.0%	20.1%	21.6%	13.8%	10.8%	17.3%	16.1%	9.0%	8.5%	8.1%	6.5%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	-	399	393	421	10.6%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	11.1%	11.2%	12.5%	9.3%	
5 Medikamente (Ärzte)	129	142	157	174	172	183	189	198	197	202	213	5.5%
e1 Zeitreihen	140	151	175	174	172	176	185	191	190	194	203	4.9%
Abweichung e1	8.5%	6.5%	10.9%	-0.3%	0.3%	-3.6%	-2.3%	-3.5%	-3.6%	-3.8%	-4.4%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	-	190	187	192	5.4%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-4.2%	-4.8%	-4.7%	-1.3%	
6 Medikamente (Apotheken)	247	258	289	307	344	353	372	379	378	383	397	3.5%
e1 Zeitreihen	244	258	285	310	341	354	370	375	373	374	386	3.1%
Abweichung e1	-1.0%	0.1%	-1.4%	0.9%	-0.7%	0.4%	-0.7%	-1.2%	-1.4%	-2.3%	-2.7%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	-	380	382	388	4.0%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	0.2%	1.1%	1.2%	3.6%	
7 Alters- und Pflegeheime	151	161	167	172	190	200	213	213	218	226	234	3.5%
e1 Zeitreihen	144	157	167	178	198	202	198	217	225	231	234	1.6%
Abweichung e1	-4.7%	-2.3%	-0.4%	3.2%	4.5%	0.7%	-7.2%	1.7%	3.4%	1.9%	0.0%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	-	207	216	222	3.1%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-3.2%	-0.8%	-1.8%	1.4%	
8 Spitex	30.9	32.4	34.8	37.0	39.5	43.4	49.5	52.2	55.7	60.5	65.2	7.7%
e1 Zeitreihen	28.5	30.0	32.6	36.5	38.7	44.0	48.5	51.1	55.1	62.4	62.2	-0.3%
Abweichung e1	-7.8%	-7.3%	-6.4%	-1.4%	-2.0%	1.3%	-1.9%	-2.2%	-1.1%	3.1%	-4.6%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	-	51	55	59	5.7%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-2.9%	-1.5%	-2.7%	-0.9%	
9 Physiotherapie	57.6	60.1	61.5	65.8	68.9	66.6	68.4	71.5	72.1	73.5	75.2	2.3%
e1 Zeitreihen	53.1	56.2	57.5	64.6	64.5	63.8	64.2	66.6	67.8	69.6	71.2	2.3%
Abweichung e1	-7.9%	-6.5%	-6.5%	-1.8%	-6.4%	-4.3%	-6.2%	-6.9%	-6.0%	-5.3%	-5.4%	
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	-	66.0	66.9	69.2	3.2%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-7.8%	-7.2%	-5.9%	-3.4%	
10 Laboratorien	54.9	56.9	60.9	63.4	66.1	65.2	80.1	89.4	83.7	84.0	90.2	7.4%
e1 Zeitreihen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abweichung e1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
e2 Kostenmonitoring	-	-	-	-	-	-	-	-	63.7	59.6	62.8	9.3%
Abweichung e2	-	-	-	-	-	-	-	-28.8%	-28.8%	-25.3%	-24.0%	

Bemerkungen:

- 1 - 10: In der KV-Statistik (T 2.18) 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 unter: www.bag.admin.ch/pyramiden. Für Datenstand und Abdeckungsgrad siehe Anhänge I1 und I2
- Abweichung e1: Differenz zwischen den e1-Werten und den in der KV-Statistik des BAG publizierten Werten
- e2: Geschätzte Jahreswerte auf der Basis der Daten des Datenpools von santésuisse, die quartalsweise vom BAG im Rahmen des Kostenmonitorings publiziert werden publiziert werden unter: www.bag.admin.ch/kmt
- 2005-06-07: Datenstand am 30.12.08 unter www.bag.admin.ch/kmt, Abdeckungsgrad siehe Anhänge I1 und I2
- 2008: Datenstand am 30.12.08 unter www.bag.admin.ch/kmt, Abdeckungsgrad 92.4% (Details nach Kanton unter www.bag.admin.ch/kmt)
- Infolge der Änderung des Abdeckungsgrades zwischen 2007 und 2008 ist die Veränderung zwischen diesen Jahren nicht aussagekräftig.
- www.bag.admin.ch/kmt enthält für 2007 revidierte Werte mit einem ähnlichen Abdeckungsgrad wie 2008, die es erlauben, die obenstehenden korrigierten Veränderungsdaten zwischen 2007 und 2008 zu berechnen.
- 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.)
- Der Abdeckungsgrad, der von der Anzahl der Versicherer abhängt, die sich an der Erhebung von santésuisse beteiligen, hat einen wichtigen Einfluss auf die absoluten Beträge der Leistungen
- Der Einfluss des Abdeckungsgrads auf die jährlichen Veränderungen in % fällt weniger ins Gewicht, solange er von Jahr zu Jahr ähnlich bleibt.

Beilagen J

Beilage J1

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

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Veränder. 2007-08 in %	2009	2010
1 Versicherte	7'265	7'301	7'345	7'373	7'384	7'436	7'478	7'538	7'616	1.03%		
Schätzung	7'263	7'278	7'295	7'381	7'369	7'439	7'479	7'540	7'617	1.01%	7'702	
Abweichung S	-0.03%	-0.32%	-0.68%	0.12%	-0.20%	0.04%	0.01%	0.03%	0.01%			
Prognose	-	7'254	7'164	7'316	7'362	7'463	7'592	7'673	7'691		7'722	7'651
2 Prämien	13'442	13'997	15'355	16'820	18'030	18'496	19'315	19'689	19'692	0.02%		
Schätzung	13'390	13'989	15'274	16'841	18'003	18'529	19'330	19'702	19'700	-0.01%	20'167	
Abweichung S	-0.39%	-0.06%	-0.53%	0.12%	-0.15%	0.18%	0.08%	0.07%	0.04%			
Prognose	-	14'172	15'198	16'889	18'075	18'735	19'932	20'116	20'016		20'398	22'023
3 Nettoleistungen	13'190	13'986	14'593	15'336	16'308	17'353	17'564	18'424	19'431	5.47%		
Schätzung	13'263	13'869	14'546	15'382	16'182	17'293	17'953	18'304	19'054	4.10%	20'141	
Abweichung S	0.55%	-0.84%	-0.32%	0.30%	-0.77%	-0.34%	2.22%	-0.65%	-1.94%			
Prognose	-	13'874	14'376	15'461	16'330	17'180	18'848	19'027	19'109		19'773	20'560
4 Kostenbeteiligung	2'288	2'400	2'503	2'588	2'832	2'995	3'039	3'155	3'290	4.29%		
Schätzung	2'304	2'425	2'546	2'666	2'901	3'099	3'117	3'179	3'292	3.54%	3'461	
Abweichung S	0.70%	1.04%	1.73%	2.99%	2.43%	3.47%	2.58%	0.75%	0.03%			
Prognose	-	2'328	2'529	2'693	3'044	3'181	3'305	3'346	3'341		3'436	3'562
5 Verwaltungskosten	837	867	883	863	904	910	994	1'010	1'107	9.69%		
Schätzung	857	905	933	938	965	979	1'005	1'054	1'085	2.87%	1'135	
Abweichung S	2.39%	4.38%	5.75%	8.64%	6.79%	7.54%	1.13%	4.43%	-2.05%			
Prognose	-	884	909	979	973	999	1'026	1'041	1'079		1'101	1'165
6 Reserven	2'832	2'103	1'966	2'394	2'968	3'184	3'749	3'970	3'252	-18.10%		
Schätzung	2'856	2'349	1'977	2'260	2'984	3'152	3'543	4'165	3'702	-11.13%	2'439	
Abweichung S	0.84%	11.73%	0.57%	-5.59%	0.52%	-1.02%	-5.50%	4.91%	13.84%			
Prognose	-	2'814	2'348	2'216	2'745	3'240	3'356	3'461	3'956		3'319	2'643
7 Rückstellungen	3'956	3'996	4'018	4'264	4'488	4'710	4'990	5'234	5'191	-0.82%		
Schätzung	3'963	3'974	4'070	4'272	4'547	4'697	4'866	5'170	5'299	2.49%	5'336	
Abweichung S	0.17%	-0.56%	1.30%	0.19%	1.30%	-0.28%	-2.48%	-1.22%	2.07%			
Prognose	-	4'037	4'069	4'344	4'529	4'824	4'891	5'045	5'284		5'365	5'508
8 Bruttoleistungen	15'478	16'386	17'096	17'924	19'140	20'348	20'603	21'579	22'722	5.30%		
Schätzung	15'567	16'294	17'092	18'048	19'083	20'392	21'069	21'483	22'346	4.02%	23'602	
Abweichung S	0.57%	-0.56%	-0.02%	0.69%	-0.30%	0.22%	2.26%	-0.44%	-1.65%			
Prognose	-	16'202	16'905	18'154	19'373	20'361	21'753	22'373	22'450		23'208	24'122

Bemerkungen:

- 1-8: in der STAT KV publizierte Werte [T 1.01 & 1.02] aus den Formularen EF 123

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

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

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

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

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

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

- Zur Genauigkeit der geschätzten Werte **pro versicherte Person**: Sie berechnen sich, indem der absolute Wert der Abweichung zwischen

der Bevölkerung und der geschätzten Bevölkerung in % zum bzw. vom ebenfalls absoluten, für jede Kategorie aufgeführten Wert nach

folgendem Schema addiert oder subtrahiert werden:

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

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

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

* Datenstand: 2009 (Schätzung) & 2010 (Prognose): 6.10.09

Beilagen J

Beilage J2

Schätzungen aus dem Prämien genehmigungsverfahren: Hauptkostengruppen [in Mio. Fr.]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Veränder. 2007-08 in %	2009	2010
1 Ärzte (ambulant)	3846	4012	4109	4172	4378	4527	4631	4836	5104	5.55%		
Schätzung	3939	4050	4184	4318	4417	4463	4924	4886	5038	3.13%	5293	
Abweichung S	2.40%	0.97%	1.82%	3.50%	0.90%	-1.40%	6.32%	1.03%	-1.28%			
Prognose	-	4076	4193	4404	4599	4700	4980	5213	5113		5238	5460
2 Spitäler (ambulant)	1666	1926	1972	2141	2192	2671	2645	2825	3255	15.25%		
Schätzung	1851	1937	2072	2182	2180	2362	2544	2547	2781	9.16%	3117	
Abweichung S	11.14%	0.60%	5.08%	1.89%	-0.56%	-11.57%	-3.82%	-9.82%	-14.58%			
Prognose	-	1945	2033	2232	2356	2334	2524	2704	2674		2929	3256
3 Medikamente (Ärzte)	1143	1271	1261	1348	1399	1472	1472	1519	1619	6.62%		
Schätzung	1123	1296	1311	1392	1387	1421	1471	1496	1510	0.94%	1638	
Abweichung S	-1.74%	1.92%	4.00%	3.30%	-0.84%	-3.50%	-0.09%	-1.52%	-6.76%			
Prognose	-	1184	1362	1392	1414	1484	1505	1552	1559		1556	1642
4 Medikamente (Apotheken)	2098	2242	2525	2602	2750	2821	2827	2888	3020	4.57%		
Schätzung	2003	2169	2391	2669	2828	2920	2960	2935	3022	2.96%	3125	
Abweichung S	-4.54%	-3.28%	-5.28%	2.57%	2.83%	3.52%	4.71%	1.65%	0.09%			
Prognose	-	2102	2259	2530	2866	3030	3131	3141	3068		3118	3113
5 Spitex	253	270	290	320	365	388	417	456	496	8.78%		
Schätzung	235	248	285	311	343	385	405	435	470	8.14%	508	
Abweichung S	-7.34%	-8.34%	-1.84%	-2.86%	-6.07%	-0.87%	-2.83%	-4.70%	-5.26%			
Prognose	-	242	254	308	333	365	409	430	453		486	516
6 Physiotherapie	447	480	506	491	505	532	539	554	573	3.39%		
Schätzung	455	473	501	532	527	539	552	562	571	1.70%	596	
Abweichung S	1.81%	-1.52%	-1.02%	8.18%	4.27%	1.37%	2.33%	1.40%	-0.26%			
Prognose	-	468	491	531	562	564	575	590	584		593	611
7 Laboratorien	443	463	486	480	591	665	626	633	687	8.46%		
Schätzung	440	456	474	510	556	646	675	642	660	2.76%	725	
Abweichung S	-0.52%	-1.36%	-2.40%	6.21%	-5.97%	-2.86%	7.90%	1.46%	-3.87%			
Prognose	-	454	474	500	542	596	700	732	677		686	740
8 Chiropraktik	62	65	65	65	68	69	68	71	72	0.66%		
Schätzung	63	66	68	68	70	73	72	73	73	1.24%	74	
Abweichung S	1.04%	0.97%	4.48%	5.30%	2.57%	5.48%	5.24%	1.84%	2.43%			
Prognose	-	65	68	72	73	75	78	77	75		77	76
9 Mittel und Gegenstände	180	173	203	215	260	298	336	374	375	0.20%		
Schätzung	88	134	161	178	219	258	292	323	339	5.01%	346	
Abweichung S	-50.92%	-22.62%	-20.79%	-16.93%	-15.74%	-13.41%	-13.19%	-13.62%	-9.47%			
Prognose	-	92	139	169	192	239	276	313	337		354	352
10 Spitäler (stationär)	3696	3798	3784	4112	4569	4803	4893	5137	5258	2.35%		
Schätzung	3741	3792	3847	4016	4462	4859	4924	5068	5272	4.02%	5427	
Abweichung S	1.20%	-0.16%	1.66%	-2.34%	-2.34%	1.16%	0.63%	-1.35%	0.26%			
Prognose	-	3873	3983	4068	4334	4744	5174	5213	5294		5473	5561
11 Alters- und Pflegeheime	1215	1258	1392	1478	1573	1587	1627	1707	1784	4.56%		
Schätzung	1226	1254	1364	1472	1557	1507	1629	1668	1748	4.77%	1820	
Abweichung S	0.94%	-0.31%	-2.04%	-0.40%	-1.01%	-5.05%	0.12%	-2.26%	-2.06%			
Prognose	-	1284	1208	1462	1601	1651	1587	1722	1730		1803	1842

Bemerkungen:

- 1-11: publizierte Werte aus den Formularen EF123

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

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

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

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

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

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

- Zur Genauigkeit der geschätzten Werte pro versicherte Person: Sie berechnen sich nach dem gleichen Grundsatz wie auf der vorangehenden Seite erklärt.

* Datenstand: 2009 (Schätzung) & 2010 (Prognose): 6.10.09

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit
Auszugsweiser Abdruck unter Quellenangabe
(Name der Publikation, Jahr, Nummer der Grafik) gestattet.
Publikationszeitpunkt: Mai 2010

Redaktion: Nicolas Siffert, BAG, Bern
Layout: Jacques Berset Studio GmbH, Freiburg
Übersetzung aus dem Französischen (F -> D: alles ohne Beilagen E1, G und H):
Sektion Statistik und Mathematik, BAG

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

Bezugsquelle (Bestellungen nur schriftlich oder Internet):
Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch (Online Shop)
BBL-Artikelnummer: 316.916.08d (deutsch) 316.916.08f (französisch)

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 5.10 300f 600d 60EXT1007
ISBN 978-3-905235-73-9

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier