

Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit

Bericht des Bundesamtes für Statistik zuhanden des Bundesamtes für Sozialversicherung

Neuchâtel, im März 2000.

Koordination: Siffert Nicolas

Autoren: Greppi Spartaco, Ritzmann Heiner,
Rossel Raymond, Siffert Nicolas

Bundesamt für Statistik
Abteilung Bevölkerung und Beschäftigung
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel

Inhaltsverzeichnis	1
Zusammenfassung (deutsch / französisch)	5
1. Einleitung.....	17
2. Analyserahmen.....	19
2.1 Die KVG-Versicherer	20
2.2 Das Gesundheitssystem.....	20
2.3 Der Krankenversicherung vorgelagerte Systeme der sozialen Sicherung.....	21
3. Auswirkungen auf die Krankenversicherung	23
3.1 Kosten- und Finanzierungsansatz	23
3.2 Die konsolidierte Betriebsrechnung der KVG-Versicherer	24
3.3 Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Grundversicherung	27
3.4 Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Taggeldversicherung gemäss KVG.....	29
3.5 Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer	31
3.6 Entwicklung der Kostenbeteiligung der Versicherten.....	32
3.7 Entwicklung der Finanzreserven.....	34
3.8 Entwicklung der Franchisen.....	36
3.9 Entwicklung der KVG-Versicherer nach Grösse	41
3.10 Preis- und mengenbedingte Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben	42
4. Auswirkungen auf kantonaler Ebene	45
4.1 Durchschnittliche, gemäss KVG erhobene Monatsprämien von 1996 bis 2000.....	45
4.2 Kostenbeteiligung der Versicherten	48
4.3 Jährliche Nettoleistungen der KVG-Versicherer	50

4.4	Prämienverbilligung	52
4.5	Anzahl der privat praktizierenden Ärzte	55
4.6	Anzahl der Apotheken.....	57
5.	Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung des Gesundheitswesens.....	59
5.1	Gesamtkosten des Gesundheitssystems seit 1985	59
5.2	Kosten des Gesundheitssystems und Gesundheitsausgaben	62
5.2.1	Kosten des Gesundheitssystems nach den wichtigsten Leistungserbringern	62
5.2.2	Ausgaben nach der Art der beanspruchten Güter und Dienstleistungen.....	63
5.3	Finanzierung des Gesundheitssystems	64
5.3.1	Finanzierung des Gesundheitssystems nach Wirtschaftseinheit	64
5.3.2	Finanzierung nach dem Träger der wirtschaftlichen Belastung	65
5.4	Kosten und Finanzierung der Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Dienste	67
6.	Auswirkungen des KVG auf die Ergänzungsleistungen	73
6.1	Einleitung	57
6.2	Zusammenhang von KVG und Ergänzungsleistungen	57
6.2.1	Die Situation unter dem KUVG.....	57
6.2.2	Die Situation unter dem KVG.....	60
6.2.3	Die finanziellen Auswirkungen des KVG auf das System der Ergänzungsleistungen	62
6.3	Detaillierte Abschätzung der Minderausgaben im Jahr 1996 nach Ursachen.....	68
7.	Zusammenhang von KVG und Sozialhilfe	87
7.1	Der allgemeine Rahmen	87
7.1.1	Einige Hinweise zur Sozialhilfe in der Schweiz	87
7.1.2	Die Sozialhilfe vor dem Hintergrund der Statistik der öffentlichen Finanzen.....	87
7.2	Die finanziellen Auswirkungen des KVG auf das System der Sozialhilfe	89
7.2.1	Analyse der Statistik der öffentlichen Finanzen	89
7.2.2	Die betroffenen Bereiche	96

7.2.3	Die Situation in einigen Kantonen	98
7.2.4	Schätzung der gesamtschweizerischen Gesundheitsausgaben, die in der Sozialhilfe enthalten sind	99
8.	Wichtigste quantifizierbare Ergebnisse des KVG	101
8.1	Kosten und Finanzierung der Krankenpflegegrundversicherung	101
8.2	Finanzierung des Gesundheitssystems	103
8.2.1	Finanzierung des Gesundheitssystems – Gesamtübersicht	104
8.2.2	Finanzierung durch die öffentliche Hand	105
8.2.3	Die Finanzierung durch die privaten Haushalte	106
	Schlussfolgerung	107
	Bibliographie	109
	Anhang	113
	Anhang A: Indexzahlen zur Entwicklung der Arzt-, Medikamenten- und Spitalkosten (10 S.)	
	Anhang B: Tabellen und Grafiken (110 S.)	

Zusammenfassung (deutsch)

Die vorliegende Studie untersucht die Auswirkungen des neuen, im Jahre 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetzes.

Gegenstand der Untersuchung sind die Kosten und die Finanzierung der KVG-Versicherer, die Entwicklung der Finanzreserven und der Franchisen sowie die Konsequenzen, die Preis und Menge auf die Gesundheitsausgaben zeitigen.

Auf Kantonsebene werden die Entwicklung der Prämien pro Versichertenkategorie, die Kostenbeteiligungen, die von den Versicherern erbrachten Leistungen sowie die Prämienverbilligungen aufgezeigt.

Daneben wird die zwischen der Ärzte- bzw. Apothekendichte und der Prämienhöhe bestehende Korrelation verdeutlicht.

Die Kosten des Gesundheitssystems werden nach den wichtigsten Leistungserbringern aufgeschlüsselt, während die Darstellung der Ausgaben nach der Art der beanspruchten Leistungen und Güter erfolgt. Die Finanzierung des Gesundheitssystems wird nach Kostenträger aufgezeigt sowie nach der jeweiligen Einheit, die für die wirtschaftliche Belastung aufzukommen hat. Im Besonderen dargestellt sind die Kosten und die Finanzierung der Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Dienste.

Im Anschluss an die Aufschlüsselung der neuen, von den KVG-Versicherern bereitzustellenden Leistungen und die Einführung des neuen Prämienverbilligungssystems werden die erwarteten Einsparungen bei den Ergänzungsleistungen und der Sozialhilfe aufgezeigt.

Ein Grossteil der in dieser Studie vorgelegten Kapitel wird jeweils ergänzt durch eine Fragestellung, die das im betreffenden Kapitel erörterte Thema präsentiert und eine Schlussfolgerung, im Rahmen derer die wesentlichen Punkte zusammengefasst sind. Beide – Fragestellung und Schlussfolgerung – werden durch entsprechende Umrandungen hervorgehoben. Sie finden sich zusammengefasst im nachfolgenden Text, neben einer entsprechenden Übersetzung.

§

3. Auswirkungen auf die Krankenversicherung

- 3.1 *Während der Referendumskampagne zum KVG wurden verschiedene Schätzwerte zu den zusätzlichen Kosten und zur neuen Finanzierungsumlage der Krankenversicherung vorgebracht. Inwieweit stimmen Realität und Prognosen überein?* Die während der Referendumskampagne vorgenommenen Schätzungen zu den zusätzlichen Ausgaben der KVG-Versicherer erwiesen sich als zu hoch angesetzt für das Jahr 1996. Die Werte für 1997 und 1998 hingegen nähern sich – mit Ausnahme einer leichten Divergenz bei den Kostenbeteiligungen der Versicherten – den Schätzwerten.
- 3.2 *Welche Entwicklung weist die Kosten- und Finanzierungsstruktur der KVG-Versicherer insgesamt auf (alle Versicherungsarten)?* Die Überprüfung der konsolidierten Betriebsrechnung der Krankenkassen lässt folgende Entwicklung erkennen :
Was die Kosten (Ausgaben) anbelangt, so nimmt der Anteil der Leistungen zu. Dies ist zum Teil auf die Ausweitung des Leistungskatalogs in der Grundversicherung zurückzuführen, die ihrerseits zu höheren Kosten im Zusammenhang mit den Krankenpflegeleistungen führt. Die Ausgaben für die im KVG vorgesehenen Leistungen im Bereich der Taggeldversicherung konnten seit 1996 um nahezu 50% gemindert werden (Umleitung der Taggeldleistungen gemäss VVG - Gesetz über den Versicherungsvertrag - in die Ergänzungsleistungen). Die Verwaltungskosten weisen in absoluten Zahlen deutliche Zuwachsraten auf, bleiben jedoch prozentual, gemessen an den Gesamtaufwendungen, stabil.
Im Bereich der Finanzierungen (Einnahmen) fällt insbesondere der seit 1996 mit der "Umleitung" der öffentlichen Beitragsströme

- verknüpfte buchhaltungstechnische Effekt auf. Der Finanzierungsanteil "Prämien" steigt zwischen 1995 und 1998 um knapp 10% bei der Grundversicherung, bleibt in Bezug auf die Ergänzungsleistungen jedoch stabil. Die "Kostenbeteiligung" nimmt erheblich zu und steigt von Fr. 1.4 Mrd. im Jahr 1995 auf Fr. 2.2 Mrd. im Jahr 1998. Dies entspricht der Absicht des Gesetzgebers, der damit die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen eindämmen wollte.
- 3.3 *Wurde das finanzielle Gleichgewicht der Grundversicherung durch das Inkrafttreten des KVG wesentlich beeinflusst?* Die Nettomarge (Bruttomarge abzüglich Verwaltungskosten) gilt als Indikator des finanziellen Gleichgewichts in der Grundversicherung; im Jahre 1998 bewegt sie sich – nach deutlich negativen Werten im Jahre 1996 – nahe dem Ausgleich.
- 3.4 *Hat die Taggeldversicherung gemäss KVG einen wesentlichen Einfluss auf das finanzielle Gleichgewicht der KVG-Versicherer?* Die defizitäre Lage der KVG-Versicherer im Bereich der Taggeldversicherung gemäss KVG erfuhr in den Jahren 1994 bis 1997 eine erhebliche Verschärfung, um sich dann 1998 wieder zu stabilisieren. Dies zeitigt allerdings keinen wesentlichen Einfluss auf das finanzielle Gleichgewicht der KVG-Versicherer. Hervorzuheben ist das zwischen 1996 und 1998 in dieser Sparte beobachtete Absinken des Prämienvolumens um 50% ; es ist in Verbindung zu sehen mit dem gemäss VVG von den KVG-Versicherern angebotenen Taggeldleistungen.
- 3.5 *Weisen die Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer im Bereich der Kosten und der Finanzierung eine Entwicklung auf, die sich als Auswirkung des KVG interpretieren liesse?* Es ist noch ungewiss, welche Entwicklung die Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer nehmen werden. Die erwartete Abnahme der von den Zusatzversicherungen übernommenen Leistungsdeckung kommt in den Statistiken der Jahre 1996 – 1998 nicht zum Ausdruck. Der Anteil der Verwaltungskosten stieg von 8% im Jahr 1995 auf 14% im Jahr 1998. Der Anteil der sonstigen Kosten blieb in den genannten zwei Jahren bei 8.4%, was auf eine gewisse Stabilität der Reserven hindeutet.
- 3.6 *Mit dem KVG wurden höhere Franchisen und eine Erhöhung der Selbstbehalte im Bereich Spitalbehandlung eingeführt. Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Finanzierung der Krankenversicherung aus?* Die mit dem KVG eingeführte Erhöhung der Franchisen und der Selbstbehalte zeitigten erste Auswirkungen. Im Jahr 1996 stieg die durchschnittliche Kostenbeteiligung pro Versicherter Person um 30%. Bedingt durch eine Erhöhung der Franchisen kam es 1998 zu einem weiteren Anstieg um 18%; der Finanzierungsanteil an den Gesamteinnahmen der Grundversicherung beläuft sich in diesem Jahr auf 13.9%.
- 3.7 *Weisen die finanziellen Reserven der KVG-Versicherer eine dem KVG entsprechende Entwicklung auf?* Die Tendenz, die Reserven auf die vom Gesetzgeber vorgesehene Mindesthöhe abzubauen, setzt sich im Bereich der Grundversicherung fort. Die KVG-Versicherer wälzten die Kostenerhöhungen nicht immer voll auf die Prämien ab. Die Analyse der für die Jahre 1994 bis 1998 verfügbaren Daten lässt einen Abbau der Reserven erkennen, der - bei KVG-Versicherern mit mehr als 5'000 Versicherten - von 27.0% der Prämien im Jahr 1994 bis auf 22.9% im Jahr 1998 zurückging.
- 3.8 *Inwieweit ist die finanzielle Beitragsleistung des Versicherten insgesamt (Prämie, Franchise und 10%iger Selbstbehalt) von der frei wählbaren Franchise beeinflusst?* Die vom Versicherten zu erbringende finanzielle Gesamtbeitragsleistung ist zum einen bedingt durch die Prämien, zum anderen aber auch durch die von ihm gewählte Franchise und die von ihm abgerechneten jährlichen Kosten. Aufgrund dieser Parameter kann die Gesamtbeitragsleistung im Betrachtungszeitraum von 1996 bis 2000 innerhalb einer Bandbreite von - 40% bis knapp + 40% schwanken im Vergleich zu jenen Beitragsleistungen, die ein Versicherter mit normaler Franchise im selben Zeitraum zu tragen hat.
- 3.9 *Inwieweit wird die Entwicklung eines KVG-Versicherers durch seine Grösse, bzw. durch die Anzahl der von ihm betreuten Versicherten beeinflusst?* Der bei den KVG-Versicherern realisierte Konzentrationsprozess führte zu einem zahlenmässigen Rückgang bei den Leistungsanbietern. Versicherer mit mehr als 5000 Versicherten betreuten im Jahr 1998 über 98.7% aller Versicherungsnehmer.

- 3.10 *Lässt sich die Entwicklung der Gesundheitsausgaben unter dem Blickwinkel der preis- und mengenbedingten Abweichungen betrachten?* Die Erhöhung der Gesundheitskosten lässt sich nach Multiplikatoreffekten aufschlüsseln, die verknüpft sind mit dem (positiven oder negativen) Abweichungseffekt der Preise und der Mengen. Da es im Jahr 1998 zu keinen Tarifänderungen kam, ist die Kostensteigerung bei den Ärzten in Verbindung mit der mengenmässigen Zunahme zu sehen. Bei den Preisen für Medikamente lässt sich seit 1996 zwar ein Rückgang feststellen, allerdings stiegen im selben Zeitraum die konsumierten Mengen.

4. Auswirkungen auf kantonaler Ebene

- 4.1 *Ist es mit der Einführung des KVG zu deutlichen Schwankungen in Bezug auf die Prämien und ihre Entwicklung gekommen?* Aus dem untersuchten Datenmaterial wird ersichtlich, dass die festgestellten Höchst- bzw. Mindestprämiensätze und –jahreschwankungen sowohl bei den Kindern und Jugendlichen, als auch bei den Auszubildenden und Erwachsenen immer in denselben Kantonen auftreten. Zwischen den Kantonen kommt es zu erheblichen Abweichungen, und zwar sowohl in Bezug auf die Prämienhöhe (Verhältnis 1 zu 2.4 zwischen AI und GE), als auch in Bezug auf die jährliche Abweichung in % (Verhältnis 1 zu 32 zwischen VS und AG).
- 4.2 *Hat die Einführung des KVG bei der Kostenbeteiligung der Versicherten zu erheblichen Schwankungen geführt?* Gemessen am gesamtschweizerischen Durchschnitt kommt es in den Jahren 1996 (+25.4%), 1997 (+10.4%) und 1998 (+16.2%) zu markanten Erhöhungen in Bezug auf die Kostenbeteiligungen der Versicherten. In den Kantonen nimmt die Kostenbeteiligung zwischen 1994 und 1998 in ähnlichen Ausmass zu: im Durchschnitt sind es 13.2%; die Abweichungen betragen +2.8%.
- 4.3 *Hat die Einführung des KVG grosse Schwankungen bei den von den KVG-Versicherten erbrachten Nettoleistungen bewirkt?* Das Jahr 1996 zeigt eine deutliche Erhöhung der von den Versicherern im Jahresdurchschnitt an die einzelnen Versicherten gezahlten Nettoleistungen (10.4%). Zwischen 1997 und 1998 reduziert sich die Erhöhung auf ein Niveau, das in etwa dem des Jahres 1995 entspricht (~+5%). Zwischen den einzelnen Kantonen sind erhebliche Unterschiede zu verzeichnen, dies sowohl in Bezug auf die gezahlten Leistungen (AI und GE : Verhältnis 1 zu 2.5 im Jahre 1998), als auch bezüglich der jährlichen Schwankung in % (OW und TG: Verhältnis 1 zu 3.3 im Betrachtungszeitraum 1994-98).
- 4.4 *Ist es im Zusammenhang mit der Einführung des KVG bei den vom Bund und den Kantonen für die Prämienverbilligung zu leistenden Beiträgen zu Schwankungen gekommen?* In Bezug auf die von den Kantonen und vom Bund gezahlten Beiträge zur Prämienverbilligung lassen sich erhebliche Unterschiede feststellen. In den Jahren 1996-98 gewährten die Kantone im Durchschnitt nur 75.6% der verfügbaren Beiträge; einige beschränkten sich dabei auf das im KVG vorgesehene Minimum von 50%. Für den einzelnen Bezüger beläuft sich die Prämienverbilligung im Durchschnitt auf Fr. 88.1, mit deutlichen kantonalen Unterschieden (-49% à + 95%).
- 4.5 *Ist es im Zusammenhang mit der Einführung des KVG zu Schwankungen in der Anzahl der privat praktizierenden Ärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte) gekommen?* Seit 1996 nimmt der Ärztebestand zahlen- und dichtemässig weniger schnell zu. In Bezug auf die Ärztedichte lassen sich auf Kantonsebene erhebliche Unterschiede ausmachen (Verhältnis 1:3); diese sind im Wesentlichen bedingt durch die Fachärzte (BS 3.27 und AI 0.78 Ärzte pro 1'000 Einwohner im Zeitraum 1994-98). Daneben zeigt sich eine markante Korrelation zwischen der Anzahl der Fachärzte und der Höhe der Prämie in den Kantonen. Ein Ursache-Wirkung-Zusammenhang lässt sich daraus jedoch noch nicht ableiten.
- 4.6 *Ist es mit der Einführung des KVG zu Schwankungen in Bezug auf die Anzahl der Apotheken gekommen?* Die Anzahl der Apotheken ist seit 1996 praktisch unverändert, so dass eine stabile Dichte gewährleistet ist, die sich jedoch auf Kantonsebene unterschiedlich gestaltet (Verhältnis 1:10: TI 5.66 und NW 0.56 Apotheken pro 10'000 Einwohner für den Zeitraum 1994-98). Daneben zeigt sich eine markante Korrelation zwischen der Anzahl der Apotheken und der Höhe der Prämie in den Kantonen. Ein Ursache-Wirkung-Zusammenhang lässt sich daraus jedoch noch nicht ableiten.

5. Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung des Gesundheitswesens

- 5.1 *Hatte das KVG Auswirkungen auf die Gesamtkosten des Gesundheitssystems?* Die derzeit vorliegenden Zahlen und Erkenntnisse lassen vermuten, dass das KVG keine messbaren Auswirkungen auf die Gesamtentwicklung der Kosten im Gesundheitssystem gehabt hat. Zum einen wiesen die Preise keine ausserordentlichen Schwankungen auf (abgesehen von den Preissenkungen bei den Medikamenten und den medizinisch-therapeutischen Geräten) und zum anderen ist der seit 1996 beobachtete Kostenanstieg im Gesundheitssystem vergleichbar mit dem Anstieg früherer Jahre. Bislang existieren noch keine Zahlen, die aufzeigen würden, dass die auf eine Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen abzielenden Bestimmungen des KVG bereits eine positive Wirkung entfaltet hätten.
- 5.2.1 *Wird die Kostenstruktur des Gesundheitssystems entsprechend der Kategorien von Leistungserbringern durch das KVG beeinflusst?* Das KVG hat hinsichtlich der Kostenstruktur des Gesundheitssystems keine spezifische Veränderung hervorgerufen. Die Entwicklung hin zu mehr ambulanten Diensten und weg von der Hospitalisierung lässt sich nämlich schon seit 1994 beobachten.
- 5.2.2 *Hatte das KVG Auswirkungen auf die Struktur der Gesundheitsausgaben?* Das KVG hat bislang keine Auswirkungen auf die Struktur der Gesundheitsausgaben, sieht man vom Anstieg der Verwaltungskosten der Krankenversicherer im Jahr 1996 ab. Es handelte sich dabei eher um einen punktuellen, unbeabsichtigten Effekt; bei den besagten Kosten wird ab 1997 erneut eine Tendenz zur Stabilisierung sichtbar.
- 5.3.1 *Welche Auswirkungen zeitigte das KVG auf die Direktzahler (Wirtschaftseinheiten) des Gesundheitssystems?* Aus der Analyse geht hervor, dass sich die Einführung des KVG wie erwartet auf die Entwicklung der finanzierenden Wirtschaftseinheit auswirkte. Der Zahlungsanteil der Privathaushalte ging im Jahr 1996 deutlich zurück und parallel dazu stieg der Anteil der Krankenversicherung – hauptsächlich bedingt durch die Ausweitung des Leistungskatalogs – an. Die Zahlen für die Jahre 1997 und 1998 lassen eine Stabilisierung auf dem Niveau von 1996 erkennen. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden nimmt – wie bereits vor Inkrafttreten des KVG - tendenziell langsam weiter ab.
- 5.3.2 *Hat das KVG Auswirkungen auf die Finanzierungsstruktur des Gesundheitssystems, wenn nach den Trägern der wirtschaftlichen Belastung unterschieden wird?* Die finanzielle Belastung der Privathaushalte nahm geringfügig 65.1% im Jahr 1995 auf 66.2% im Jahr 1996 zu. Die Erhöhung rührt daher, dass die Prämien und Kostenbeteiligungen in der Krankenversicherung weiter angestiegen sind, obschon bei den direkt bezahlten Waren und Dienstleistungen ein Rückgang zu verzeichnen war. Wäre das Modell für die Verteilung der Bundesbeiträge voll zum Tragen gekommen, so hätte sich der Anteil der Privathaushalte vermindert.
- 5.4.1 *Hatte die KVG Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung der Spitäler?* Die von den KVG-Versicherern an die Spitäler vergüteten Leistungen legten im Jahr 1996 deutlich zu (+9%), während der Anteil der Privathaushalte im Anschluss an das Inkrafttreten des KVG um 50% zurückging. Dieser durch die Einführung des KVG bedingte Effekt wurde in den Jahren 1997 und 1998 wieder korrigiert: Die Finanzierungsanteile bewegen sich nun wieder auf dem Niveau des Jahres 1996. Die Korrektur erklärt sich aus dem Rückgang der von den KVG-Versicherern im Rahmen der Zusatzversicherung angebotenen Ergänzungsleistungen.
- 5.4.2 *Hatte das KVG Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung der Pflegeheime?* Angesichts des bis zum Jahr 1997 nur lückenhaft vorliegenden statistischen Materials
 – dies gilt sowohl für die Pflegeheime als auch für die Krankenkassen
 – ist es nicht möglich, allgemein gültige Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen des KVG in diesem Bereich zu ziehen.
 Hinsichtlich der Finanzierungsstruktur lassen sich einige Zahlen ins Feld führen:
 - Die KVG-Versicherer nahmen eine stufenweise Erhöhung ihrer Leistungen vor. Der Leistungsumfang erreichte Fr. 1.1 Mrd. im Jahr

1998. Dies kommt einem Finanzierungsanteil von 26% gleich.

- Der Finanzierungsanteil der Gebietskörperschaften ist seit mehreren Jahren im Abnehmen begriffen. Offensichtlich hat das Inkrafttreten des KVG diese Tendenz noch verstärkt.

- Der Finanzierungsanteil der Heimbewohnerinnen und -bewohner ging von 74.4% im Jahr 1995 auf 67.0% im Jahr 1998 zurück. Dieser Anteil wird mit AHV-Renten, IV-Renten, 3. Säule wie auch mit EL getragen. Allerdings tragen die Heimbewohnerinnen und -bewohner immer noch die Hauptlast der Finanzierung.

5.4.3 *Hatte das KVG Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung der häuslichen Pflege?*

Angesichts des bis zum Jahr 1997 nur lückenhaft vorliegenden statistischen Materials – dies gilt sowohl für die Spitex-Dienste als auch für die Krankenkassen – ist es nicht möglich, allgemein gültige Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen des KVG in diesem Bereich zu ziehen.

Innerhalb der Finanzierungsstruktur nimmt der Anteil der Haushalte seit 1996 stark ab, während der Anteil der KVG-Versicherer im Anstieg begriffen ist. Der in den Jahren 1997 und 1998 von den Gebietskörperschaften geleistete Beitragsanteil blieb in etwa gleich wie zu Beginn der 90er Jahre.

6. Auswirkungen des KVG auf die Ergänzungsleistungen

6.2.2 *Inwiefern hat sich die Situation der Bezüger von Ergänzungsleistungen durch das KVG verändert?*

Unter dem KUVG hatten die Ergänzungsleistungen die Funktion, nicht versicherten AHV-Rentnern die Krankheitskosten und allgemein von den Krankenkassen nicht gedeckte Krankheitskosten rückzuerstatten. Das KVG sieht demgegenüber vor, dass der zu Lasten der Versicherten gehende Selbstbehalt (bis zu einem bestimmten Maximalbetrag) und die tiefstmögliche Franchise im Rahmen der Ergänzungsleistungen übernommen werden. Hinzu kommen noch bereits unter dem KUVG gebräuchliche Rückerstattungen wie Hauspflege, Erholungsaufenthalte und Zahnarztkosten. Als entscheidender Faktor erwies sich die Einführung des Prämienverbilligungs-Systems, bei dem der Bund den Kantonen bis zu zwei Dritteln der Ausgaben rückerstattet (während es bei den Ergänzungsleistungen nur 10-35% sind). Diese Neuerung verleitete die meisten Kantone dazu, die Prämien der Bezüger von Ergänzungsleistungen voll zu übernehmen, umgekehrt aber die Krankenversicherungsbeiträge bei der Berechnung der individuellen Ergänzungsleistungen nicht mehr als Ausgabenposten zu berücksichtigen. Mit Ausnahme von Zürich und Tessin verzichteten die Kantone zugleich darauf, das für den Bezug von Ergänzungsleistungen berechtigende Maximaleinkommen höher anzusetzen. Nachdem dies dazu geführt hatte, dass zahlreiche Personen ihren Anspruch auf den Bezug von Ergänzungsleistungen nicht mehr geltend machen konnten, zwang der Bund den Kantonen 1997 ein neues Berechnungssystem auf dem Verordnungsweg auf.

6.2.3 *Inwieweit hat das KVG bei den Ergänzungsleistungen zu einer finanziellen Entlastung beigetragen?*

Sowohl die Kantone als auch der Bund haben 1996 bei den Ergänzungsleistungen Einsparungen verzeichnet. Bei den Kantonen belief sich die Entlastung auf fast Fr. 185 Mio.; erwartet worden war lediglich ein Betrag von Fr. 85 Mio. Sieht man von Zürich, Obwalden und Graubünden ab, reduzierten sich die Ausgaben in allen Kantonen um mehr als 10%. Bei den periodisch erbrachten Ergänzungsleistungen für Pflegeheime und für zu Hause gepflegte Personen wurde hierbei erheblich mehr eingespart als bei den vom KVG nicht gedeckten Krankheitskosten. 1997 sorgte die Einführung einer neuen Einkommensgrenze und das Inkrafttreten der Verordnung über die kantonalen Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für einen erneuten Anstieg der Kosten, der sich 1998 fortgesetzt hat.

- 6.3 *Woher stammt das Geld, das 1996 bei den Ergänzungsleistungen aufgrund der Einführung des KVG eingespart werden konnte?* Infolge der Prämienverbilligungen konnten bei den EL Fr. 270 Mio. eingespart werden, und zwar Fr. 204 Mio. bei zu Hause wohnenden und Fr. 66 Mio. bei in Heimen wohnenden Bezüglern. Zusätzliche Einsparungen von Fr. 71 Mio. ergaben sich, weil die Leistungen der KV im Bereich der Altersheime ausgebaut wurden. Eine Minderbelastung von ungefähr Fr. 10 Mio. kam noch dadurch zustande, dass die Kassen auch einen Teil der Kosten für Spitex-Leistungen übernehmen mussten. Der bei den EL insgesamt eingesparte Betrag belief sich demgemäss auf Fr. 351 Mio. Er liegt um fast Fr. 100 Mio. höher als der für den Bund und die Kantone ausgewiesenen Minderbetrag. Dies einerseits deswegen, weil die Versicherten seit 1996 einen grösseren Anteil der Krankenversicherungskosten übernehmen müssen. Wichtiger ist indessen, dass in dieser Rechnung bei den für die EL-Berechnung relevanten Kosten wie Miete, Heimtaxen und Renten eine konstante Entwicklung vorausgesetzt wurde.

7. Zusammenhang von KVG und Sozialhilfe

- 7.1 *Wie ist die Sozialhilfe geregelt und wie lassen sich die im Rahmen der Sozialhilfe anfallenden Ausgaben und speziell die Krankheitskosten erfassen?* Die Sozialhilfe der Kantone und Gemeinden ist nach 26 kantonalen Gesetzgebungen geregelt. Für die Höhe der Sozialhilfeleistungen sind die jeweiligen finanziellen Verhältnisse massgebend; für die zu entrichtenden Beträge existieren Richtlinien der SKOS. Die Entwicklung der Sozialhilfekosten lässt sich in der Statistik der öffentlichen Finanzen verfolgen, wobei aber die kantonalen Daten nur bedingt miteinander vergleichbar sind. Die Krankenpflegekosten können leider nicht separat erfasst werden.
- 7.2 *Welche Wirkung hatte das KVG und speziell das mit ihm verbundene neue Prämienverbilligungssystem auf die Höhe der Sozialhilfe-Ausgaben gemäss der Statistik der öffentlichen Finanzen?* Die öffentliche Finanzstatistik weist für 1996 eine rückläufige Entwicklung der Sozialhilfekosten aus, die aber bereits 1997 wieder von einer Aufwärtsbewegung abgelöst wird. Bei den Armenunterstützungs-Ausgaben, wo man am ehesten eine Entlastung vermutet hätte, war die Kostenreduktion nicht sehr ausgeprägt; zudem lässt sich zeigen, dass der Einbruch bei dieser Rubrik praktisch ausschliesslich das Resultat der Entwicklung in den bernischen Gemeinden darstellt. Es ist anzunehmen, dass primär die steigende Zahl der Sozialhilfeempfänger den entlastenden Effekt der Prämienverbilligungen neutralisiert hat. Immerhin lässt sich dieser entlastende Effekt für 1996 auf insgesamt mindestens Fr. 120 Mio. veranschlagen. Der grösste Teil dieser Summe dürfte sich der Übernahme des Prämienverbilligungs-Systems verdanken.

1. Einleitung

Das zum 1. Januar 1996 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zeitigt tiefgreifende Auswirkungen auf die einzelnen Ebenen des sozialen und wirtschaftlichen Lebens in unserem Land. Generell wird die Solidarität erheblich verstärkt: Freizügigkeit im Rahmen der Pflichtversicherung, Risikoausgleich, Altersunabhängigkeit der Prämien und Prämienverbilligung für Versicherte in wirtschaftlich weniger guten Verhältnissen. Das Gesetz und die entsprechenden Verordnungen sehen neben den Massnahmen zur Eindämmung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen vor, dass die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der erbrachten Leistungen gewährleistet ist. Die Erhöhung der Franchise und der Ausbau der Kostenbeteiligung im Bereich der stationären Pflege (10%) dürften ebenfalls zur Eindämmung des Kostenwachstums beitragen. Eine teilweise Neuverteilung der Kompetenzen zur Tarifgenehmigung wird grundsätzlich einen vorteilhaften Preisdruck im Gesundheitssystem zur Folge haben. Auch der Wettbewerb dürfte letztlich positive Auswirkungen zeitigen und insbesondere im Bereich der privaten Pflegeleistungen –d.h., bei jenen Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der Grundsatzversicherung enthalten sind – zur Entwicklung eines echten Marktes führen, parallel zum Markt im Bereich der zusatzversicherten Leistungen.

Aus Sicht der Krankenversicherer zeigen sich die Wirkungen des KVG sowohl vor- als auch nachgelagert. Nachgelagert steht das Gesundheitswesen, d.h., die Leistungserbringer, deren Finanzierung in grossen Teilen durch die KVG-Versicherer gewährleistet wird. Vorgelagert sind all jene Akteure, die mit der Finanzierung der Krankenversicherung befasst sind. Dies sind in der Hauptsache die prämienzahlenden Versicherten und zum anderen der Bund und die Kantone, welche direkt oder indirekt zur Unterstützung der Haushalte beitragen und diese damit in die Lage versetzen, die finanzielle Last der Prämien schultern zu können.

Mit dem KVG wurde ein System zur direkten Prämienverbilligung eingeführt, dessen Unterhalt von den Kantonen zu gewährleisten ist, um so die finanzielle Belastung der wirtschaftlich schwächer gestellten Haushalte zu mindern. Zwei weitere Systeme der sozialen Sicherheit wirken indirekt auf die Finanzierung der Krankenversicherung und des Gesundheitssystems:

- Mit den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV werden Bezüger von Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenrenten unter Berücksichtigung ihrer Eigenmittel unterstützt; diese Leistungen richten sich insbesondere auf die Pflege in Altersheimen, die Dienstleistungen der Spitex-Organisationen und jene Pflegeleistungen, die von der Pflichtversicherung nicht übernommen werden (insbesondere zahnärztliche Behandlungen). Vor Inkrafttreten des KVG wurden die Krankenversicherungsprämien ebenfalls in die Ermittlung des Leistungsanspruchs einbezogen.

- Die Sozialhilfe ist in diesem Kontext ebenfalls als System der sozialen Sicherheit zu betrachten, da sie indirekt einen Teil der Refinanzierung der Krankenversicherung und der Leistungen des Gesundheitssystems übernimmt. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist im Sozialversicherungsrecht verankert und ausdrücklich in den Bestimmungen zum Existenzminimum festgeschrieben.

Mit der vorliegenden Untersuchung sollen auf der Grundlage der Daten aus drei Jahren, die seit dem Inkrafttreten des KVG zur Verfügung stehen, all jene Veränderungen aufgezeigt werden, die im Zusammenhang mit der Finanzierung der Krankenversicherung und des Gesundheitssystems aufgetreten sind. Ein erster Bericht mit dem Titel ‚Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens‘ wurde im Jahre 1998 veröffentlicht und beschrieb erste Auswirkungen auf der Grundlage vorläufiger Daten für das Jahr 1996.

Die Behörden, Sozialpartner und anderen Akteure des Gesundheitswesens dürften hiermit über ausreichendes Zahlenmaterial verfügen, um gegebenenfalls notwendige Korrekturen im Hinblick auf ein ausgewogenes Management des Gesundheitssystems und der sozialen Sicherheit vornehmen zu können.

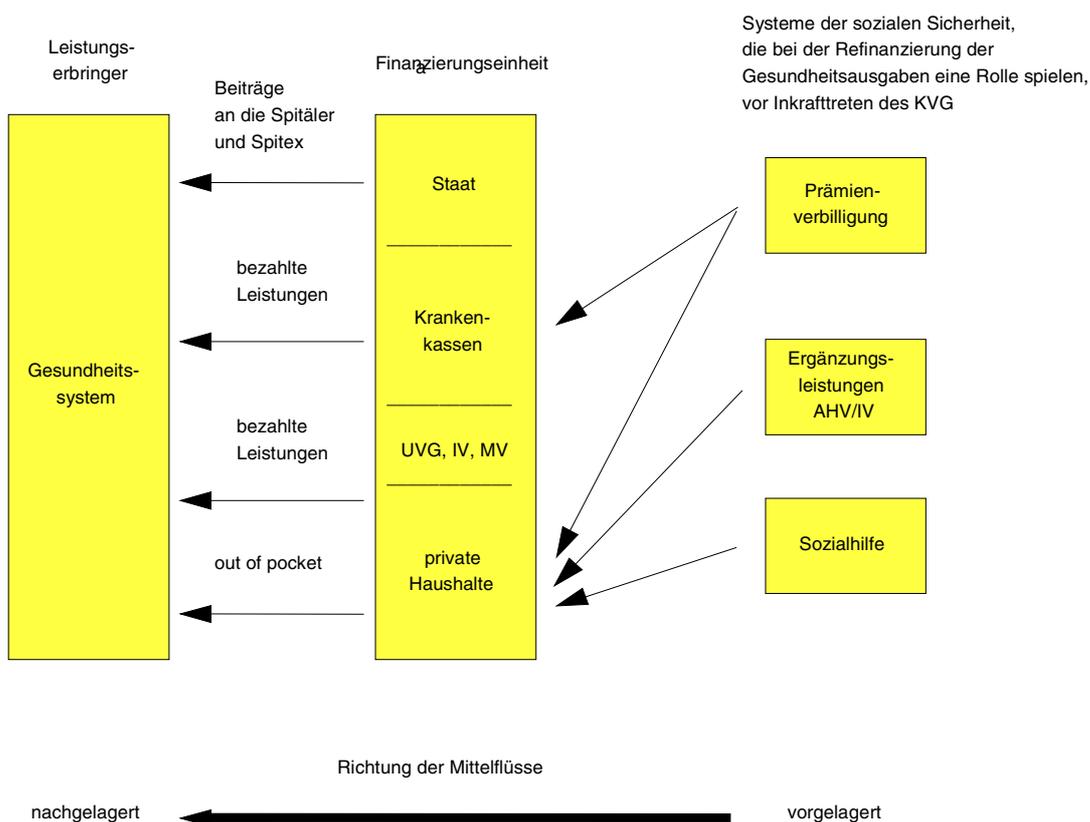
Die Untersuchungsergebnisse werden anhand von Abbildungen und Zahlentabellen verdeutlicht. In der Regel finden sich die Tabellen im Anhang und die Abbildungen im fortlaufenden Text. Für die leichtere Zuordnung der zu einem Abschnitt gehörigen Abbildungen und Tabellen im Anhang B sind diese mit derselben fortlaufenden Zahl versehen wie der jeweilige Abschnitt (Beispiel: Tabelle T 3.1 und Abbildung G 3.1 sind dem Abschnitt 3.1 zugeordnet).

2. Analyserahmen

Der in Bezug auf die Untersuchung gewählte Analyserahmen ist in **Abbildung 2** in vereinfachter Form dargestellt. Er zeigt die der Krankenversicherung vor- und nachgelagerten Mittelflüsse. Der Krankenversicherung vorgelagert sind weitere Systeme der sozialen Sicherheit, die direkt oder indirekt in die Finanzierung der Krankenversicherung oder des Gesundheitssystems eingreifen. Zum einen stellen die öffentlichen Beiträge zur Prämienverbilligung de facto einen sozialpolitischen Eingriff dar. Ihre Höhe und Verteilung auf Bund und Kantone wird im Rahmen periodischer Anpassungen des KVG definiert.

Zum anderen wurde vor Inkrafttreten des KVG bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV die durch die Krankenversicherungsprämien bedingte Belastung berücksichtigt und die Prämie zurückerstattet. Es gilt, die daraus resultierende Kostenminderung zu ermitteln. Und schliesslich kommt im Bereich der Gesundheitsausgaben die Sozialhilfe – das letzte Auffangnetz in der sozialen Sicherung – zum Tragen, sollte der/die Betroffene nicht über ausreichende Finanzmittel verfügen. Zudem dürfte auch die Einführung des Prämienverbilligungssystems grundsätzlich zu einem Rückgang dieser Ausgabenkategorie führen.

G 2 Der Krankenversicherung vor- und nachgelagerte Mittelflüsse



Quelle: BFS

Der Krankenversicherung nachgelagert ist das aus den verschiedenen Leistungserbringern zusammengesetzte Gesundheitssystem. Der von der Krankenversicherung und den Haushalten zu erbringende Finanzierungsanteil wird zum einen global analysiert und zum anderen in Bezug auf jene Leistungserbringer, die von der Ausweitung des Leistungskatalogs besonders betroffen sind.

2.1 Die KVG-Versicherer

Der Begriff KVG-Versicherer steht für jene Gruppe von Versicherern, die der Bund als Betreiber der zozialen Krankenversicherung anerkennt. In der Regel zählen auch die freiwilligen Taggeldversicherungen bei Erwerbsausfall als Folge von Krankheit oder Mutterschaft (KVG, Art. 67 ff.) sowie dem Privatversicherungsgesetz (PVG) unterstellte Zusatzversicherungen zu ihrer Angebotspalette. Häufig werden die KVG-Versicherer terminologisch noch nach altem Recht mit dem Begriff "Krankenkassen" bezeichnet. Für die Finanzanalyse der KVG-Versicherer gilt es daher zunächst, jene Ausgaben- und Einnahmeströme so weit als möglich auszuschliessen, die mit diesen freiwilligen und zusätzlichen Versicherungsarten im Zusammenhang stehen.

Gegenstand erster Finanzanalysen ist die Struktur und die gemäss Statistik des BSV realisierte Entwicklung der konsolidierten Betriebsrechnung der KVG-Versicherer. Dabei gelten die KVG-Versicherer wie die anderen Sozialversicherungszweige (Unfallversicherung UVG, Invalidenversicherung, Militärversicherung), der Staat (in der Hauptsache Beiträge an die Spitäler) und die Haushalte als direkt finanzierende Einheiten (Zahler).

Die KVG-Versicherer zählen zudem zu jenen Institutionen, die zur Risikoeinschätzung stets Finanzrücklagen bilden müssen. Auch die Höhe und die Entwicklung dieser Rücklagen sind Gegenstand der Untersuchung, spielen sie doch eine potentiell wichtige Rolle bei der Finanzierung der Krankenkassen.

2.2 Das Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem setzt sich aus den verschiedenen Leistungserbringern (Spitäler, Ärzte, Apotheker, etc.) zusammen und ist der Krankenversicherung nachgelagert. Letztere tritt insbesondere als Institution zur Vergütung erbrachter Leistungen in Erscheinung und übt somit einen grundsätzlichen Einfluss auf das Gesundheitssystem aus. Als wichtigster Partner bei den Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern kommt den Krankenkassen eine bedeutende Rolle zu. In der Statistik des BFS werden sie übrigens als Akteure des Gesundheitssystems geführt. Ihre Kosten bemessen sich anhand der Höhe des Verwaltungsaufwandes, der für sie anfällt.

Die Finanzierung der vorgenannten Kategorien von Leistungsträgern kann im Prinzip auf der Basis einer Zeitreihe ab 1985 analysiert werden. An dieser Stelle gilt es zudem, ein besonderes Augenmerk auf die dem Staat zukommende Rolle im Hinblick auf die verschiedenen Kategorien von Leistungserbringern zu richten. Der Staat (Kantone und Gemeinden) greift häufig in erheblichem Masse ein, indem er Beiträge leistet, um die Preise bestimmter Leistungen deutlich zu senken: Spitaltaxen, Tagespauschalen in Pflegeheimen, Preise für die Pflege zu Hause und für die Haushaltshilfe.

Im Jahre 1994 beliefen sich diese Unterstützungszahlungen einschliesslich Investitionen auf insgesamt nahezu 4.8 Mrd. CHF, während die seitens des Bundes und der Kantone an die Krankenversicherung geleisteten Beiträge nur etwa 1.9 Mrd. ausmachten. Parallel dazu müssen auch die vom Staat geleisteten Ausgaben für das Gesundheitssystem und für die Verbilligung der Krankenversicherungsprämien in Betracht gezogen werden. Da bei der Ausrichtung der Prämienverbilligung die Finanzsituation der Haushalte berücksichtigt wird, steht das KVG für eine deutliche Verlagerung in Richtung einer bedürfnisorientierten Sozialpolitik; die Beiträge an das Gesundheitssystem hingegen werden nach wie vor nach dem "Giesskannenprinzip" ausgerichtet.

Angesichts des erweiterten Leistungskatalogs und der neuen Tarifgrundsätze ist die hinsichtlich der Kosten und der Finanzierung bestimmter Arten von Leistungserbringern gegebene Entwicklung besonders zu untersuchen.

2.2.1 Spitäler

Mit Artikel 49 KVG wurde der Grundsatz eingeführt, dass die in der Pflichtversicherung vereinbarten Tagespauschalen maximal 50% der anrechenbaren Kosten – d.h. der Betriebskosten – decken, wobei Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionen sowie Lehre und Forschung nicht angerechnet werden. Dieser Artikel zur Finanzierung der Spitäler steht derzeit im Mittelpunkt der Debatte über die Anwendung des KVG (Entscheid des EVG K 38/97 vom 16.12.97).

Die Analysemöglichkeiten werden jedoch durch zwei wesentliche Vorbehalte erheblich eingeschränkt. Zum einen ist dies die Tatsache, dass es gegenwärtig nicht möglich ist, zwischen den Aufwendungen für private und halbprivate Leistungen zu unterscheiden, zum anderen der Umstand, dass Investitionen sowie Forschung und Lehre nicht hinreichend genau abrechnungsmässig und statistisch definiert und die derzeit verfügbaren Zahlen somit äusserst ungenau sind.

2.2.2 Pflegeheime

Artikel 50 KVG legt fest, dass die Deckung der stationären Pflege gewährleistet ist und die Möglichkeit besteht, einen pauschalen Vergütungsmodus mit den Pflegeheimen zu vereinbaren. Während der Referendumskampagne waren die zusätzlichen Ausgaben mit 685 Mio. CHF veranschlagt worden und stellten somit nahezu 40% der aus der Erweiterung des Leistungskataloges erwachsenden Finanzbelastung dar. Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des KVG stellt diese Ausgabenkategorie daher einen besonders heiklen Punkt dar.

In Kostenstatistik des Gesundheitswesens kann die Finanzierung der Pflegeheime nicht umfassend dargelegt werden, da die Statistiken der Grundversicherung Lücken aufweisen und sonstige statistische Quellen nicht ausreichend verfügbar sind. Die Statistik der spitalexternen Institutionen dürfte ab dem Jahre 1999 die erforderlichen Informationen liefern. Allerdings bleibt die Ungewissheit in Bezug auf die Vergleichbarkeit der chronologischen Reihe bestehen.

2.2.3 Pflege zu Hause

Artikel 50 KVG sieht vor, dass der Versicherer für die Pflege zu Hause in vergleichbarer Weise zuständig ist, wie für die Leistungen in den Pflegeheimen. Dabei war es das Ziel des Gesetzgebers, für beide Kategorien von Leistungserbringern gleiche Voraussetzungen zu schaffen. Es bleibt jedoch anzumerken, dass der Leistungsumfang in diesem Bereich auf relativ bescheidenem Niveau liegt. Schätzungen des BSV zufolge dürfte sich der Zusatzaufwand der Krankenversicherung für die Pflege zu Hause auf 120 Mio. CHF belaufen; dies entspricht nur etwa 7% der KVG-bedingt neu anfallenden Finanzlasten oder etwa fünfmal weniger als für die Leistungen in den Pflegeheimen vorgesehen.

In der BFS-Statistik der Kosten für das Gesundheitssystem weist die Schätzung des Leistungsumfangs und der Finanzierungsstruktur der Spitex-Organisationen gewisse, auf eine lückenhafte Grundlagenstatistik zurückzuführende Ungenauigkeiten auf. Bis ins Jahr 1997 waren zu diesem Segment der ambulanten Dienste des Gesundheitssystems keine umfassenden statistischen Angaben verfügbar. Dieser Mangel wurde zwar vom BSV behoben, dennoch bleibt der Wert der chronologischen Reihe weiterhin schwach.

2.3 Der Krankenversicherung vorgelagerte Systeme der sozialen Sicherung

Vor 1996 wurde die soziale Krankenversicherung aus drei Hauptquellen finanziert. Bei den Versicherten waren dies die Prämien und Kostenbeteiligungen und beim Staat die öffentlichen Beiträge. Die Prämien und Kostenbeteiligungen wurden von den Versicherten - den Haushalten - bezahlt, während die Beiträge von der öffentlichen Hand direkt an die Krankenkassen überwiesen wurden. Mit der Einführung des KVG muss dieser vereinfachte Analyserahmen erheblich erweitert und verfeinert werden, um die der Krankenversicherung vorgelagerte Finanzierung beschreiben zu können. Insbesondere gilt es zu erläutern, wie die anderen Systeme der sozialen Sicherung zugunsten wirtschaftlich schwächer gestellter Haushalte eingreifen.

Das KVG sieht ein System zur Prämienverbilligung unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse der einzelnen Haushalte vor. Die Kantone sind zwar zur Anwendung eines solchen Systems verpflichtet, verfügen jedoch in Bezug auf die administrative Organisation und die Wahl der einzelnen Komponenten der angestrebten sozialen Solidarität über einen grossen Spielraum.

Die Beiträge des Bundes und der Kantone werden gemäss KVG den Haushalten und nicht mehr den Krankenversicherten ausgerichtet. Die anderen Systeme der sozialen Sicherung (Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und Sozialhilfe), die den Krankenkassenprämien Rechnung trugen, passten ihre Bedingungen für die Ausrichtung von Leistungen an die neue Situation an, mit der Folge, dass die ihnen entstandenen Ausgaben zurückgingen.

2.3.1 Prämienverbilligungssystem

Die einzelnen Kantone führten jeweils eigene Systeme ein, deren Merkmale in der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung vorgesehenen Analyse weitgehend unberücksichtigt bleiben. In diesen Punkten wird auf die Studie von Andreas Balthasar (1998) Bezug genommen. Indes sind die finanziellen Aspekte auf der Basis der Statistik der öffentlichen Finanzen und der Abrechnungen des BSV ausreichend dokumentiert, um Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen der Einführung des KVG ziehen zu können.

2.3.2 Ergänzungsleistungen der AHV und IV

Durch die Einführung des Prämienverbilligungssystems im Rahmen des KVG war es innerhalb des Systems der Ergänzungsleistungen (EL) nicht länger erforderlich, bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs die Krankenversicherungsprämien miteinzubeziehen. Die Prämien mussten 1997 zwar erneut in die Kategorie der anerkannten Ausgaben aufgenommen werden, wurden aber von da im Rahmen des neuen Prämienverbilligungssystems zurückerstattet. Die Erweiterung des Leistungskatalogs (Pflegeheime, Pflege zu Hause, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, unbeschränkte Leistungsdauer bei Spitalaufenthalt, Auflösung der Rückstellungen) zeitigt zudem sekundäre Auswirkungen auf das System, da jene Gesundheitskosten vergütet wurden, die unter bisheriger Gesetzgebung nicht von der Krankenversicherung übernommen wurden. Die von der Krankenversicherung übernommenen neuen Leistungen bedingen eine entsprechenden Abnahme bei den Ergänzungsleistungen. Umgekehrt könnte die Erweiterung der Kostenbeteiligung auf 10% der stationären Pflegekosten zu einer Ausgabensteigerung in diesem System führen.

Der wichtigste Effekt des KVG – nämlich der Rückgang in der Anzahl der Leistungsbezüger und den Ausgaben, wobei 1996 eine markante Diskontinuität in den Zeitreihen zu beobachten ist – lässt sich mit Hilfe der Basisdaten und der BSV-Schätzungen eruieren. Die sekundären, auf die Erweiterung des Angebots an KVG-Leistungen zurückzuführenden Auswirkungen lassen sich im Bereich der Pflegeheime und der Pflege zu Hause detailliert untersuchen, während die Bereiche der anderen Leistungen, die neu zu Lasten der Krankenversicherung gehen, nur im Rahmen einer Übersicht erfassbar sind.

2.3.3 Sozialhilfe

Analog zum System der Ergänzungsleistungen der AHV und IV kann die Sozialhilfe Personen, die keine AHV- oder IV-Rente beziehen, unter Berücksichtigung ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse bei der Bezahlung der Krankenversicherungsprämien und der von den Sozialversicherungen nicht vergüteten Gesundheitskosten unterstützen. Allerdings ist dieser Bereich der sozialen Unterstützung sehr uneinheitlich geregelt. Letztlich könnte jede Gemeinde über ein eigenes System verfügen, da dieser Sektor unter ihre Zuständigkeit fällt. Leider stehen in diesem Bereich praktisch keine auswertbaren statistischen Daten zur Verfügung, die eine Untersuchung der Auswirkungen des KVG ermöglichen würden. Untersucht werden indes die Statistiken der öffentlichen Finanzen, in der Hoffnung, dieselben markanten chronologischen Diskontinuitäten wie bei den Ergänzungsleistungen finden zu können.

Im übrigen wurden die Kantone direkt angefragt, um so eine noch umfassendere Schätzung der Auswirkungen des KVG auf die Sozialhilfe erstellen zu können.

3. Auswirkungen auf die Krankenversicherung

3.1 Kosten- und Finanzierungsansatz

Grundlage der Analyse sind die Betriebsrechnungen aller Krankenkassen gemäss Statistik des BSV. Der 1994 eingeführte Kontenplan erlaubt keinen ausreichend differenzierten Vergleich mit den Vorjahren, eröffnet jedoch neue Analysemöglichkeiten, insbesondere im Hinblick auf eine striktere Unterscheidung zwischen den Mittelflüssen der obligatorischen Krankenversicherung und jenen der Zusatzversicherungen.

Fragestellung 3.1:

Während der Referendumskampagne zum KVG wurden verschiedene Schätzwerte zu den zusätzlichen Kosten und zur neuen Finanzierungsumlage der Krankenversicherung vorgebracht. Inwieweit stimmen Realität und Prognosen überein?

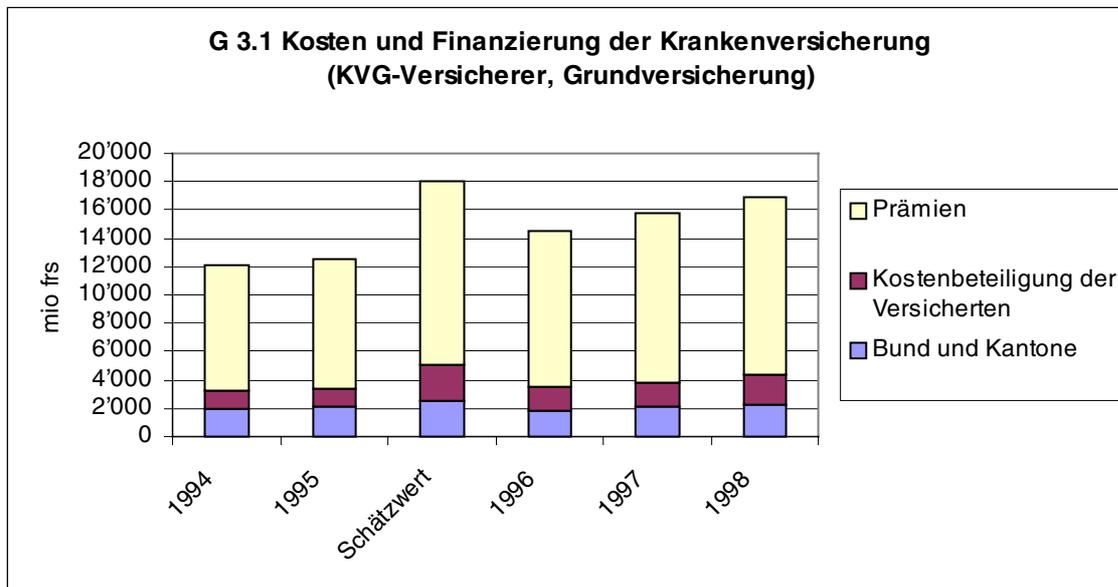
In der Regel wird übersehen, dass die KVG-Versicherer insgesamt ein System der sozialen Sicherheit bilden, dessen finanzielles Gleichgewicht nicht automatisch gegeben ist.

Angesichts der Ungenauigkeit der während der Referendumskampagne verfügbaren Schätzwerte war es sicherlich gerechtfertigt, dass die Kosten und die Finanzierung nur grob skizziert wurden. Für das Jahr 1996, d.h. das Jahr des Inkrafttretens des neuen Gesetzes, beliefen sich die für Pflegeleistungen im Rahmen der Grundversicherung erbrachten Aufwendungen der KVG-Versicherer etwa auf Fr. 14.5 Mrd., während der Schätzwert bei Fr. 18 Mrd. gelegen hatte. Diese insgesamt beträchtliche Differenz lässt sich rückblickend auf verschiedene Faktoren zurückführen:

- Zum einen handelte es sich bei den für die Referendumskampagnen vorgenommenen Schätzungen nicht um Prognosen für das Jahr 1996; sie dienten vielmehr dem Ziel, die finanziellen Auswirkungen des KVG aufzuzeigen. Im ersten Jahr war es nicht möglich, alle Auswirkungen des neuen Gesetzes in vollem Umfang festzustellen. Die entsprechenden Konsequenzen müssen über einen längeren Zeitraum erfasst und ausgewertet werden.
- Zum anderen basierten die während der Referendumskampagne vorgebrachten Schätzungen auf Statistiken der Krankenversicherung von 1992 und auf einer angenommenen jährlichen Progression von 7%, die in Wirklichkeit nur bei etwa 5% anzunehmen war.
- Und schliesslich richtete sich die Prämienhöhe nach einer Schätzung der Ausgaben. Ein solches Vorgehen führt unweigerlich zu Ungenauigkeiten bei den Verwaltungskosten, der Rückversicherung, der Bildung von Reserven und Rückstellungen sowie bei den übrigen Betriebskosten.

Die 1998 beobachteten Abweichungen zu den Schätzungen sind jedoch nicht mehr so signifikant wie noch im Jahr 1996. Die öffentlichen Beiträge (Bund und Kantone) waren auf Fr. 2.5 Mrd. (13.7% des gesamten Finanzierungsbetrags, der vom Bund und den Kantonen sowie aus der Kostenbeteiligung der Versicherten und den Prämien aufzubringen ist) geschätzt worden und erreichten im Jahr 1998 Fr. 2.3 Mrd. (13.3%). Bei der Kostenbeteiligung der Versicherten ging man von einem geschätzten Finanzierungsanteil von 14.4% aus, dabei wurde 1998 jedoch nur ein Anteil von 12.4% ausgewiesen. Dieser Anteil dürfte indes noch ansteigen, da die von den Versicherten direkt an die Leistungserbringer ausgerichteten Beträge (ohne dass die zugehörigen Rechnungen über die KVG-Versicherer abgerechnet werden) nicht in den Betriebsrechnungen erscheinen; dieses Phänomen steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der im Jahr 1998 eingetretenen Erhöhung der Franchisen. Bemerkenswert ist zudem die gestiegene Anzahl jener Versicherten, die sich für die Option Franchise (vgl. § 3.6) entschieden. Die Finanzierung durch die Prämien sollte laut Schätzung auf 71.9% zurückgehen. Tatsächlich belief sich ihr Anteil 1998

jedoch auf 74.3%, wodurch der Finanzierungsanteil der anderen Quellen (öffentliche Hand und Kostenbeteiligung der Versicherten) entsprechend geringer ausfiel (vgl. **Grafik 3.1** und **Tabelle 3.1** im Anhang).



Folgerung 3.1:

Die während der Referendumskampagne vorgenommenen Schätzungen zu den zusätzlichen Ausgaben der KVG-Versicherer erwiesen sich als zu hoch angesetzt für das Jahr 1996. Die Werte für 1997 und 1998 hingegen nähern sich – mit Ausnahme einer leichten Divergenz bei den Kostenbeteiligungen der Versicherten – den Schätzwerten.

3.2 Die konsolidierte Betriebsrechnung der KVG-Versicherer

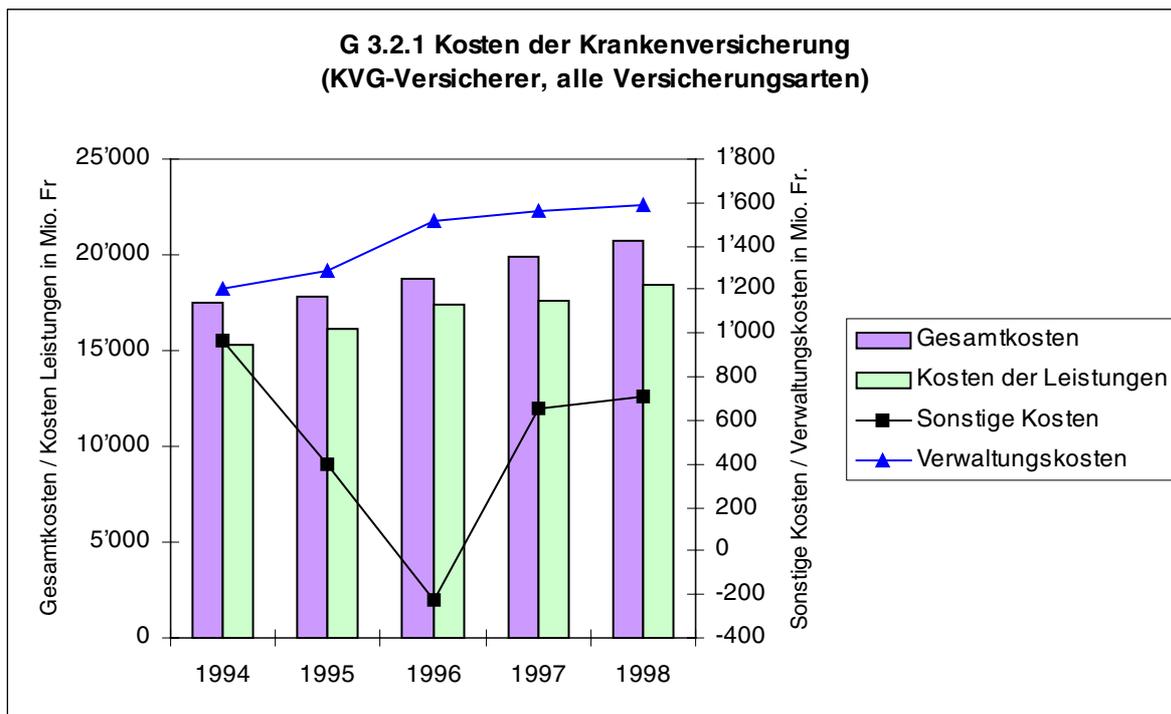
Fragestellung 3.2:

Welche Entwicklung weist die Kosten- und Finanzierungsstruktur der KVG-Versicherer insgesamt auf (alle Versicherungsarten)?

Die Finanzaufgaben der BSV-Statistik sind gemäss den in **Tabelle 3.2** (vgl. Anhang) ausgewiesenen analytischen Kategorien unterteilt.

3.2.1 Analyse nach Kostenarten (Grafik 3.2.1)

Die Ausgaben in der Krankenversicherung werden in den folgenden drei Kostenkategorien ausgewiesen: Leistungskosten, Verwaltungskosten und sonstige Kosten. Zwar weisen die sonstigen Kosten nur einen geringen prozentualen Anteil an den Gesamtkosten auf, doch dürfen sie – wegen der jährlichen Schwankungen – nicht ausser Acht gelassen werden, da anhand besagter Schwankungen die Zeitunterschiede zwischen dem Anstieg der Gesundheitskosten und der Erhöhung der Versicherungsprämien erklärt werden können. Die sonstigen Kosten setzen sich zusammen aus den Erhöhungen der Rückstellungen und Reserven, den Nettokosten der Rückversicherung, dem Risikoausgleichsfonds sowie dem Nettoergebnis (Gewinne abzüglich Verluste der Betriebsrechnung) der KVG-Versicherer.



Leistungskosten

Im Jahr 1998 beliefen sich die Leistungskosten auf Fr. 18.5 Mrd.. Die Erhöhung im Vergleich zum Vorjahr liegt bei 4.7%, während sie 1997 bei 1.2%, 1996 bei 8.0% und 1995 bei 5.8% gelegen hatte. Die höhere Kostenprogression im Jahre 1996 resultiert aus der Einführung des KVG. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch der deutliche Abbau der Leistungen der Taggeldversicherung (-28.2% im Jahr 1997, -27% im Jahr 1998). Die Zusatzversicherungen verzeichneten im Jahr 1997 einen leichten Rückgang von -4.4%.

Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten zeigen eine steigende Tendenz. 1994 beliefen sie sich auf Fr. 1.2 Mrd. und 6.9% der Gesamtkosten. Im Jahr 1998 lagen sie über der 1.5 Mrd.-Grenze, mit einem Anstieg von 18% im Jahr 1996, 2.9% im Jahr 1997 und 1.6% im Jahr 1998. Der Anstiegsrückgang lässt sich möglicherweise auf eine punktuelle, unbeabsichtigte Konsequenz des KVG zurückführen; diese trat im Jahr 1996 auf und hatte eine leichte Erhöhung zur Folge. Auf Grund der ihnen vom Gesetz zugewiesenen neuen Rolle sahen sich die Krankenversicherer mit einer Zunahme der administrativen Aufgaben konfrontiert (freier Versicherungswechsel, etc.).

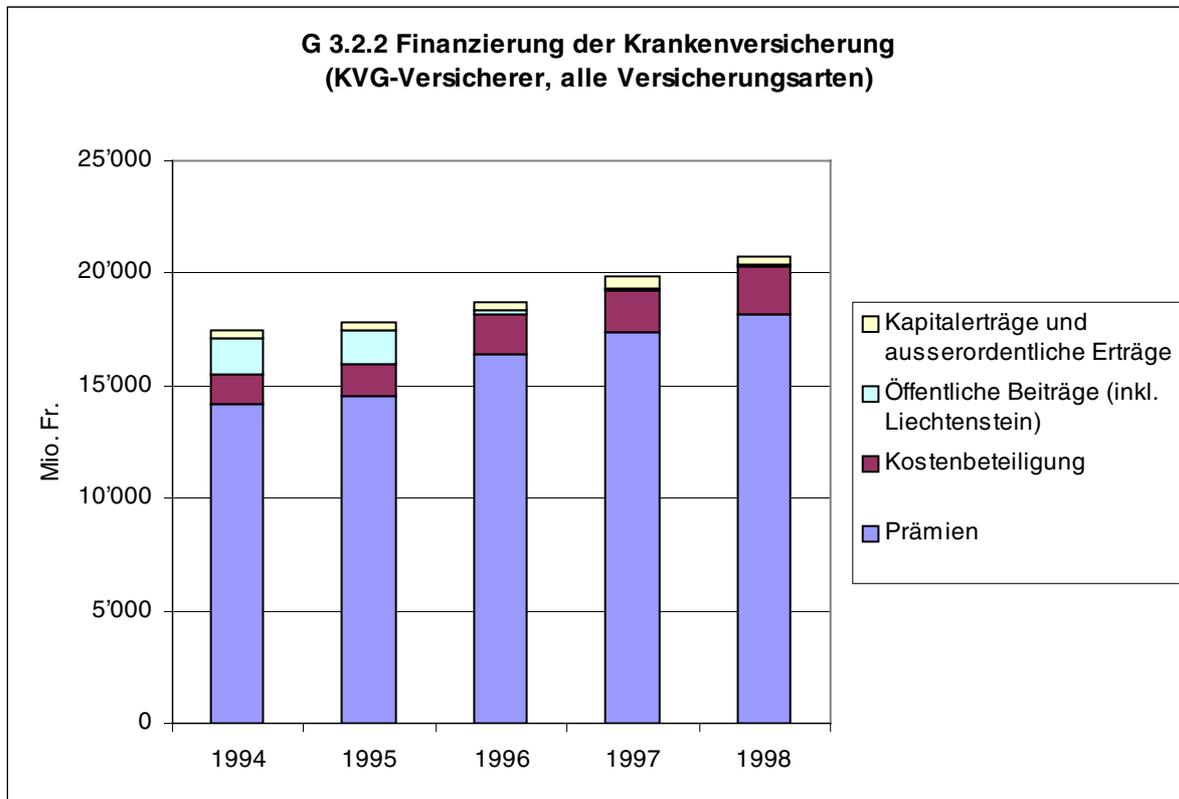
Sonstige Kosten

Die sonstigen Kosten entsprechen dem gesamten Betriebsergebnis, d.h., der Summe aus den Veränderungen der Reserven und Rückstellungen, dem Nettoergebnis der Rückversicherung, dem Risikoausgleich sowie dem aus dem Betriebsergebnis resultierenden Betriebsgewinn oder -verlust.

Die sonstigen Kosten gingen von Fr. 967 Mio. im Jahr 1994 auf 651 Mio. im Jahr 1997 und Fr. 710 Mio. in 1998 zurück. 1996 wurden sie mit Fr. - 227 Mio. negativ ausgewiesen. Eine Vereinfachung der Kostenanalyse macht deutlich, dass die Bildung von Reserven insgesamt zurückgeht. Dieser Rückgang lässt sich nicht in erster Linie als Konsequenz des KVG interpretieren, da das neue Gesetz keine zusätzlichen Bestimmungen zu den Reserven und zum finanziellen Gleichgewicht der KVG-Versicherer vorsieht.

3.2.2 Analyse nach Finanzierungsarten (Grafik 3.2.2)

Die auf der Einnahmenseite verbuchten Beträge reflektieren in vier Kategorien aufgeteilte Finanzierungsarten: Versicherungsprämien, Kostenbeteiligungen der Versicherten, öffentliche Beiträge sowie Kapitalerträge oder ausserordentliche Erträge. Im vorliegenden Analyserahmen werden die Kostenbeteiligungen den Finanzierungen zugerechnet. In der Buchhaltung und den Statistiken des BSV sind sie abzüglich der Leistungskosten ausgewiesen. Sie sind Gegenstand einer getrennten Betrachtung (§ 3.6).



Prämien

Die Prämien stellen die bei weitem wichtigste Finanzierungsquelle dar. Vor Inkrafttreten des KVG reflektieren sie 1995 einen Finanzierungsanteil von 81%. 1996 kam es zu einem sprunghaften Anstieg auf nahezu 88%. Auf diesem Niveau stabilisierten sie sich in den Folgejahren 1997 und 1998. Die beschriebene Progression ist vor allem auf die vorgenannte "Umleitung" der öffentlichen Beitragsströme zurückzuführen.

Kostenbeteiligung

Die Kostenbeteiligung nimmt tendenziell zu. Das KVG brachte den vom Gesetzgeber zur Eindämmung des Kostenanstieges im Gesundheitswesen beabsichtigten Effekt (+27%). Im Jahr 1997 kam es zu einem Anwachsen der Kostenbeteiligungen um 6.2%; durch die 1998 bei der Grundversicherung realisierte neuerliche Erhöhung der Franchisen auf Fr. 1.9 Mrd. nahmen sie ein weiteres Mal um 14.4% zu und wuchsen auf Fr. 2.2 Mrd. an.

Öffentliche Beiträge

Seit 1996 ist die Finanzierungsstruktur durch ein praktisch vollständiges Verschwinden der öffentlichen Beiträge aus der konsolidierten Betriebsrechnung der KVG-Versicherer gekennzeichnet (Fr. 117 Mio. im Jahr 1998, bzw. 0.6% der Gesamteinnahmen). Dieser eher buchhaltungstechnische denn finanzielle Effekt ist die Folge der "Umleitung" der öffentlichen Beitragsströme, die zuvor in der Regel über die Krankenkassen flossen und nun seit 1996 direkt an die Versicherten ausgeschüttet werden.

Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge

In den Jahren 1994 bis 1998 belief sich der Anteil der Kapitalerträge und der ausserordentlichen Erträge auf etwa 2% der Gesamteinnahmen. Grundsätzlich sollte dieser Finanzierungsanteil durch das am Kapitalmarkt herrschende Zinsniveau und die Höhe der Guthaben der Krankenkassen (Reserven, Kapital, Rückstellungen) beeinflusst werden.

Folgerung 3.2:

Die Überprüfung der konsolidierten Betriebsrechnung der Krankenkassen lässt folgende Entwicklung erkennen :

Was die Kosten (Ausgaben) anbelangt, so nimmt der Anteil der Leistungen zu. Dies ist zum Teil auf die Ausweitung des Leistungskatalogs in der Grundversicherung zurückzuführen, die ihrerseits zu höheren Kosten im Zusammenhang mit den Krankenpflegeleistungen führt. Die Ausgaben für die im KVG vorgesehenen Leistungen im Bereich der Taggeldversicherung konnten seit 1996 um nahezu 50% gemindert werden (Umleitung der Taggeldleistungen gemäss VVG - Gesetz über den Versicherungsvertrag - in die Ergänzungsleistungen). Die Verwaltungskosten weisen in absoluten Zahlen deutliche Zuwachsraten auf, bleiben jedoch prozentual, gemessen an den Gesamtaufwendungen, stabil.

Im Bereich der Finanzierungen (Einnahmen) fällt insbesondere der seit 1996 mit der "Umleitung" der öffentlichen Beitragsströme verknüpfte buchhaltungstechnische Effekt auf. Der Finanzierungsanteil "Prämien" steigt zwischen 1995 und 1998 um knapp 10% bei der Grundversicherung, bleibt in Bezug auf die Ergänzungsleistungen jedoch stabil. Die "Kostenbeteiligung" nimmt erheblich zu und steigt von Fr. 1.4 Mrd. im Jahr 1995 auf Fr. 2.2 Mrd. im Jahr 1998. Dies entspricht der Absicht des Gesetzgebers, der damit die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen eindämmen wollte.

3.3 Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Grundversicherung

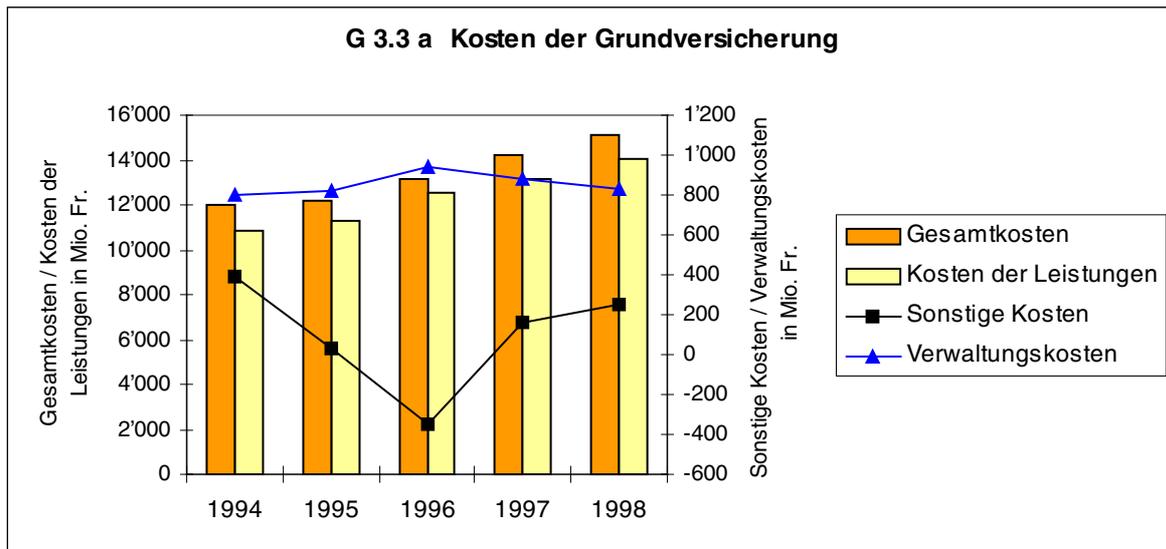
Fragestellung 3.3:

Wurde das finanzielle Gleichgewicht der Grundversicherung durch das Inkrafttreten des KVG wesentlich beeinflusst?

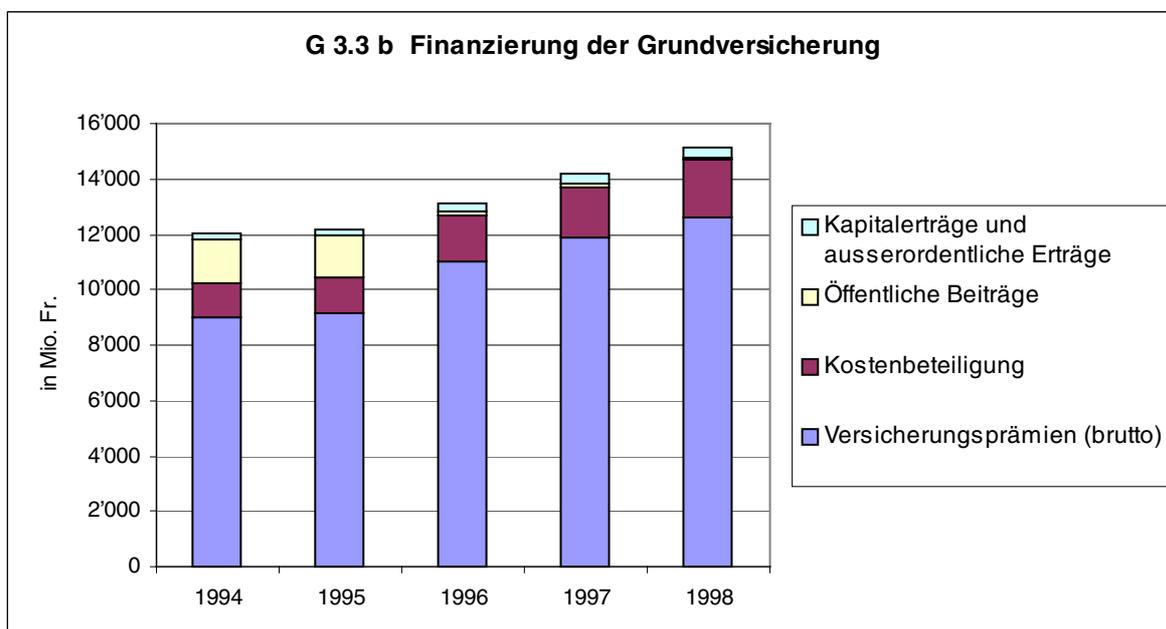
Die Grundversicherung ist die von den Versicherern angebotene obligatorische und soziale Versicherung, deren gesetzliche Grundlage das KVG ist. Das Gesetz sieht vor, dass die Versicherer eine freiwillige Taggeldversicherung gemäss KVG für den Krankheitsfall sowie Zusatzversicherungen gemäss VVG für jene Behandlungskosten anbieten können, die über den von der Grundversicherung abgedeckten Leistungskatalog hinausgehen.

Der derzeit angewandte Kontenplan setzt getrennte Konten für die Leistungen und die Prämien der verschiedenen Versicherungsarten voraus. Die Krankenversicherungsstatistik der Jahre 1994 bis 1998 ermöglicht diese Unterscheidung indes nicht für die gesamte Kosten- und Finanzierungsstruktur. Die verschiedenen kleinen Unterschiede zwischen der konsolidierten Betriebsrechnung der KVG-Versicherer und den Konten der verschiedenen Versicherungsarten (Grundversicherung, Taggeldversicherung und Zusatzversicherungen) stellen die Ergebnisanalyse nach Versicherungsart jedoch nicht in Frage.

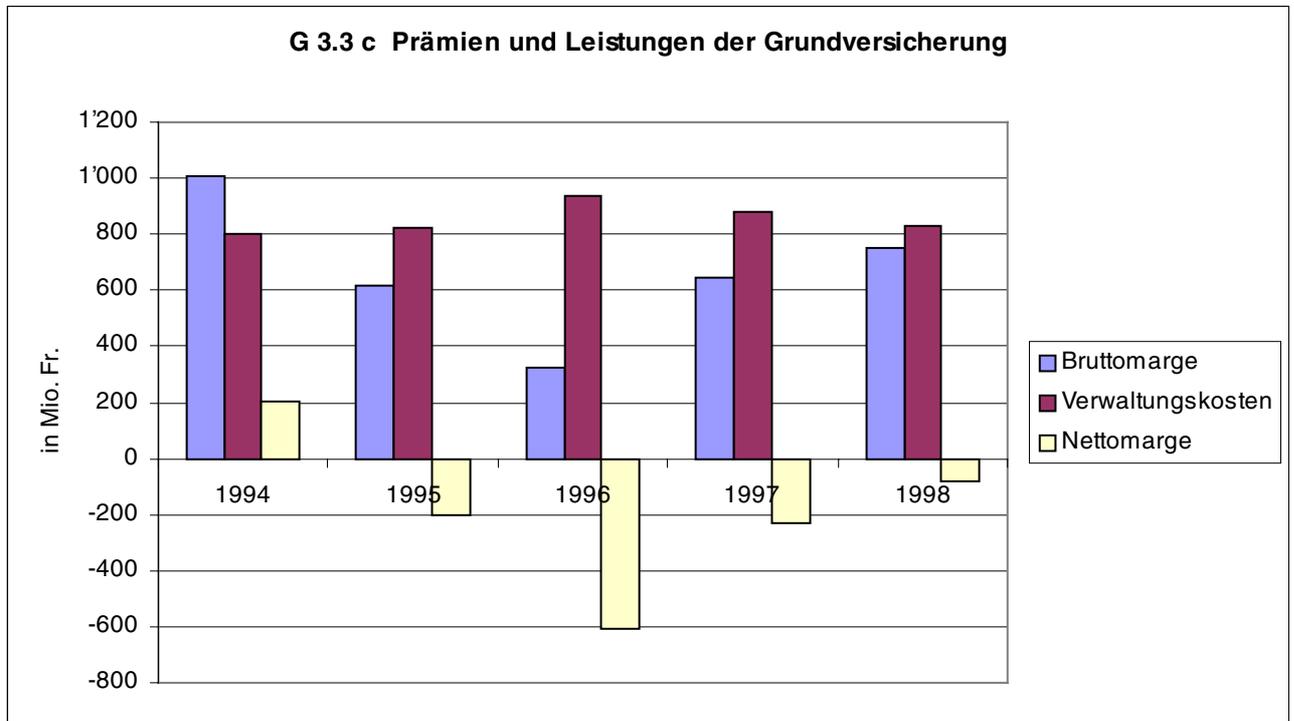
Da die Grundversicherung die Haupttätigkeit der KVG-Versicherer darstellt, liegt es auf der Hand, dass in der Analyse der Kosten- und Finanzierungsstruktur mehrere Elemente behandelt werden, die in der konsolidierten Betriebsrechnung bereits aufgezeigt wurden. Auf der Kostenseite handelt es sich hierbei um die Zunahme des Leistungsanteils, den deutlichen Rückgang der sonstigen Kosten (sie wurde im Jahre 1996 negativ: Abbau der Reserven) sowie den Anstieg der Verwaltungskosten. Auf der Finanzierungsseite bedingt der Rückgang der öffentlichen Beiträge in den Betriebsrechnungen der KVG-Versicherer einen deutlichen Anstieg der Prämien (Bruttoprämien). Die Kostenbeteiligung der Versicherten nimmt zu, während die Kapitalerträge und die ausserordentlichen Erträge stabil bleiben (vgl. **Grafiken 3.3 a, b** und **Tabelle 3.3 a, b** im Anhang).



Die Analyse der Finanzergebnisse lässt sich noch weiter vereinfachen, indem ausschliesslich die Prämien und Leistungen betrachtet werden. Dafür spricht nicht nur, dass sich die politische Diskussion auf diese beiden Punkte konzentriert, sondern auch eine häufige Vermischung beider Parameter. Der Unterschied zwischen den Prämien und der Kostenbeteiligung auf der einen und den Leistungen auf der anderen Seite, entspricht einer Bruttomarge, die bei jeder Versicherungsart wichtige Informationen über die Entwicklung der Gewinne bzw. der Verluste der KVG-Versicherer liefert. In der Grundversicherung hat sich die Bruttomarge von 1994 bis 1998 erheblich verschlechtert; sie ging von nahezu einer Milliarde Franken auf Fr. 753 Mio. zurück.



1994 konnten in der Grundversicherung dank der Bruttomarge noch Reserven gebildet werden, denn die Verwaltungskosten (Fr. 800 Mio.) waren gedeckt. 1995 nahm die Bruttomarge jedoch deutlich ab, und im Rahmen der Grundversicherung wurde mit dem Abbau der Reserven begonnen; dabei fiel ein theoretisches Defizit von ca. Fr. 200 Mio. an. Die Nettomarge – sie definiert sich als Bruttomarge abzüglich Verwaltungskosten – verdeutlicht das Defizit dieser Versicherungsart, das allerdings nach einen Höchststand von Fr. 610 Mio. im Jahr 1996 auf 231 Mio. (1997) und 78 Mio. (1998) abgenommen hat (vgl. **Grafik 3.3 c** und **Tabelle 3.3 c** im Anhang).



Folgerung 3.3:

Die Nettomarge (Bruttomarge abzüglich Verwaltungskosten), die als Indikator des finanziellen Gleichgewichts in der Grundversicherung gilt, bewegt sich – nach deutlich negativen Werten im Jahre 1996 – im Jahr 1998 wieder auf ein Gleichgewicht zu.

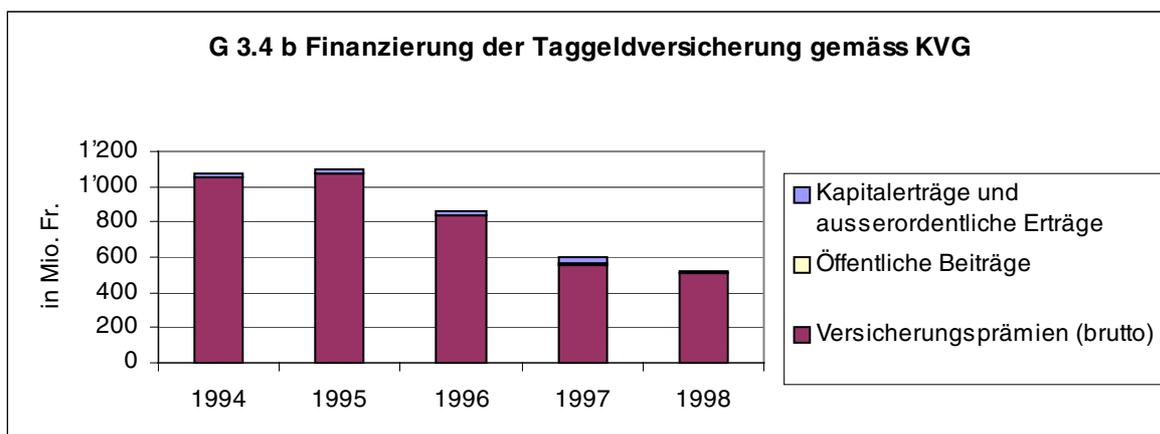
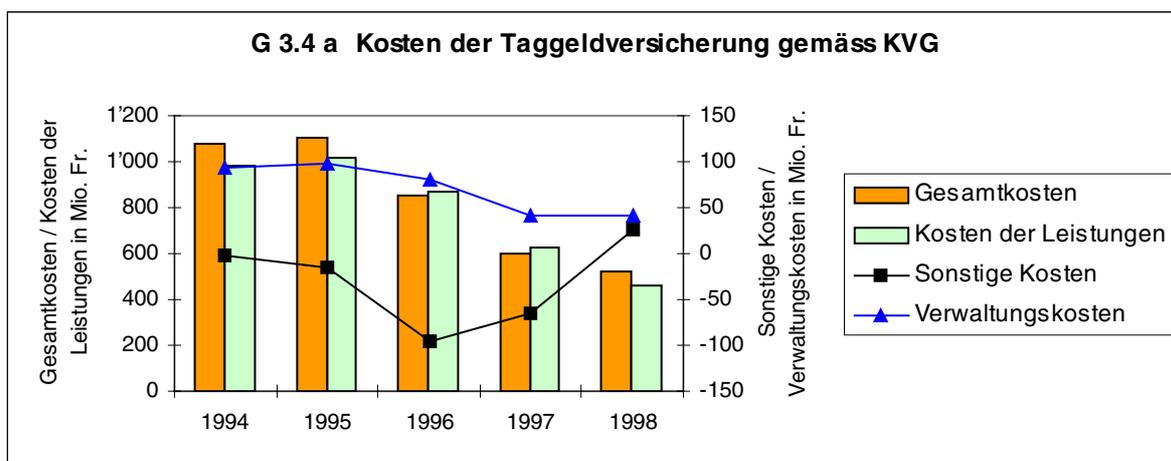
3.4 Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Taggeldversicherung gemäss KVG

Fragestellung 3.4:

Hat die Taggeldversicherung gemäss KVG einen wesentlichen Einfluss auf das finanzielle Gleichgewicht der KVG-Versicherer?

Die Betriebsrechnung der Sparte Taggelder gemäss KVG weist zwischen 1995 und 1998 einen Rückgang der Bruttoprämien um 50% aus. Es handelt sich hierbei wohl um eine indirekte

Auswirkung des KVG, da die neue Gesetzgebung in Bezug auf diese Versicherungsart keine direkten Umgestaltungen vorsieht. Seit 1996 sind die KVG-Versicherer in der Lage, im Rahmen der Zusatzversicherungsleistungen gemäss VVG (Gesetz über den Versicherungsvertrag) – sie erlauben ihnen grössere Freiheit in der Festlegung der Deckungssummen und der Vertragsbedingungen – Taggeldleistungen in ihre Angebotspalette aufzunehmen. Es lässt sich eine deutliche Verschiebung in Richtung dieser Deckungsleistungen gemäss VVG ausmachen. Das finanzielle Gleichgewicht ist gestört: von 1996 bis 1997 liegen die Prämiensummen unter dem Niveau der Leistungen. 1998 ist das finanzielle Gleichgewicht wieder hergestellt und die Prämien decken die Leistungen und die Verwaltungskosten. Die sonstigen Kosten - sie dienen als Indikator für die Gewinnmarge – bewegten sich entsprechend in die Negativzone. Die Verwaltungskosten sind dabei in keiner Weise gedeckt. Das finanzielle Gleichgewicht der KVG-Versicherer wird durch die Taggeldversicherung jedoch nur unwesentlich berührt, da diese Einnahmen seit 1996 weniger als 5% der Gesamtfinanzierung ausmachen (vgl. **Grafiken 3.4 a, b** und **Tabelle 3.4** im Anhang).



Folgerung 3.4:

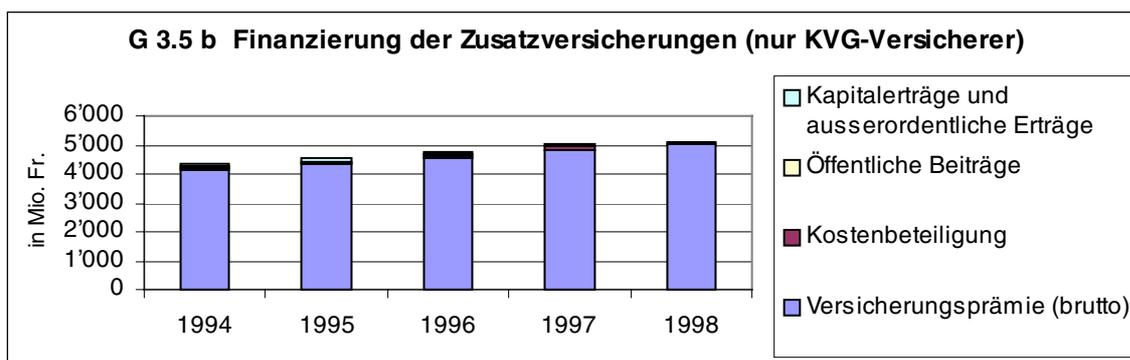
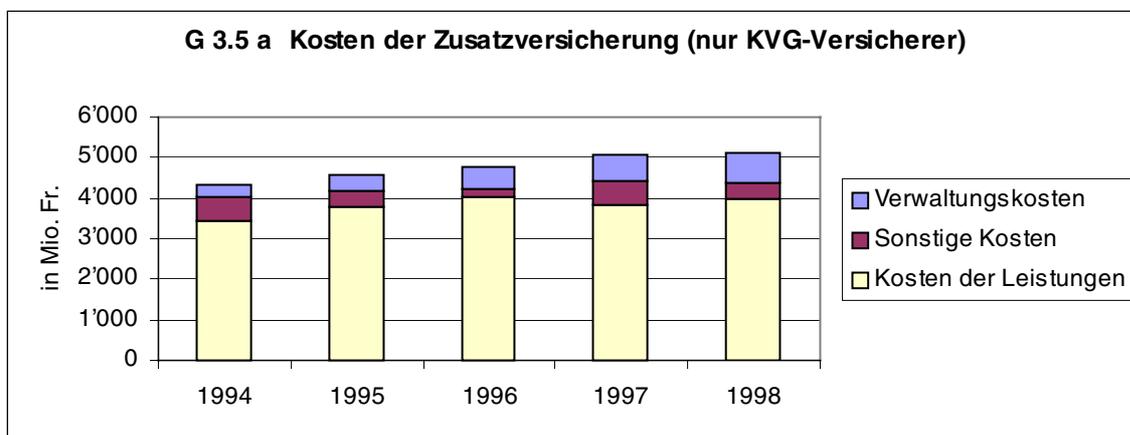
Die defizitäre Lage der KVG-Versicherer im Bereich der Taggeldversicherung gemäss KVG erfuhr in den Jahren 1994 bis 1997 eine erhebliche Verschärfung, um sich dann 1998 wieder zu stabilisieren. Dies zeitigt allerdings keinen wesentlichen Einfluss auf das finanzielle Gleichgewicht der KVG-Versicherer. Hervorzuheben ist das zwischen 1996 und 1998 in dieser Sparte beobachtete Absinken des Prämienvolumens um 50%; es ist in Verbindung zu sehen mit dem gemäss VVG von den KVG-Versicherern angebotenen Taggeldleistungen.

3.5 Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer

Fragestellung 3.5:

Weisen die Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer im Bereich der Kosten und der Finanzierung eine Entwicklung auf, die sich als Auswirkung des KVG interpretieren liesse?

Im Gegensatz zu den anderen Versicherungsarten lassen sich für die Zusatzversicherungen im Jahr 1996 keine Diskontinuitäten festmachen. Im Betrachtungszeitraum (1994-1998) stiegen die Prämien jährlich um weniger als 5%. In Bezug auf die Kosten war zwischen 1996 und 1998 eine Fluktuation zu beobachten. Die sonstigen Kosten (Bildung von Reserven) gingen im Jahr 1996 auf Fr. 206 Mio. zurück, um dann 1998 wieder auf Fr. 427 Mio. anzusteigen. Die Anbindung der Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer an das VVG (Gesetz über den Versicherungsvertrag) konnte in ihrer vollständigen Rechtswirkung jedoch erst zum 1. Januar 1997 wirksam werden; 1996 galt noch als Übergangsjahr, in dem die KVG-Versicherer noch bestehende Zusatzversicherungen gemäss KVG anbieten konnten. Mit den bis dato verfügbaren Zahlen kann die erwartete, vom KVG indirekt ausgelöste Auswirkung - nämlich die durch die Ausweitung des Leistungskatalogs in der Grundversicherung bedingte Einschränkung des Marktes der Zusatzversicherungen - nicht bestätigt werden. In Bezug auf die Kostenstruktur ist festzuhalten, dass die Verwaltungskosten hohe Zuwachsraten aufweisen und nahezu doppelt so hoch liegen wie die Verwaltungskosten der Grundversicherung. Im Bereich der Finanzierung ist die Struktur durch grosse Stabilität gekennzeichnet. Öffentliche Beiträge sind praktisch nicht vorhanden und die Kostenbeteiligung hält sich sehr in Grenzen (vgl. Grafiken 3.5 a, b und Tabelle 3.5 im Anhang).



Folgerung 3.5:

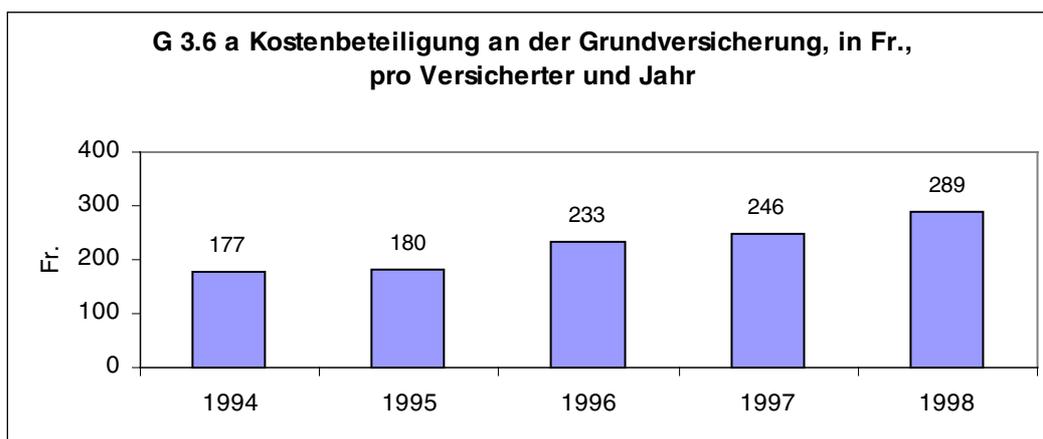
Es ist noch ungewiss, welche Entwicklung die Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer nehmen werden. Die erwartete Abnahme der von den Zusatzversicherungen übernommenen Leistungsdeckung kommt in den Statistiken der Jahre 1996 – 1998 nicht zum Ausdruck. Der Anteil der Verwaltungskosten stieg von 8% im Jahr 1995 auf 14% im Jahr 1998. Der Anteil der sonstigen Kosten blieb in den genannten zwei Jahren bei 8.4%, was auf eine gewisse Stabilität der Reserven hindeutet.

3.6 Entwicklung der Kostenbeteiligung der Versicherten**Fragestellung 3.6:**

Mit dem KVG wurden höhere Franchisen und eine Erhöhung der Selbstbehalte im Bereich Spitalbehandlung eingeführt. Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Finanzierung der Krankenversicherung aus?

Die Kostenbeteiligung spielt bei der Finanzierung der Grundversicherung eine wichtige Rolle (13.9% im Jahr 1998). Bei der Taggeldversicherung gemäss KVG gibt es keine Kostenbeteiligung und bei den Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer kommt ihnen keine grosse Bedeutung zu (1.2% im Jahr 1998).

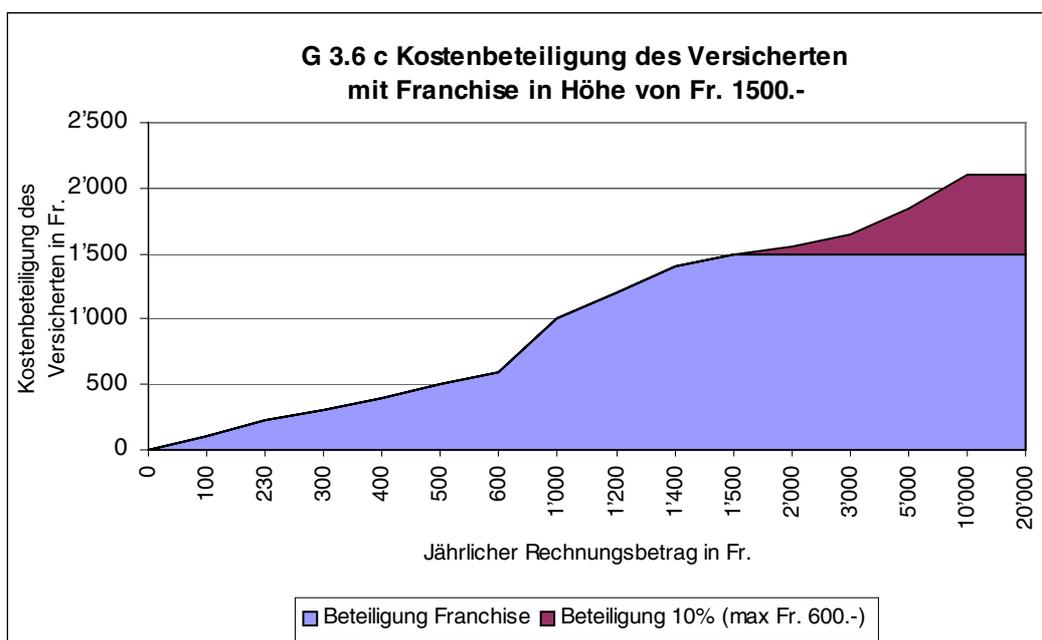
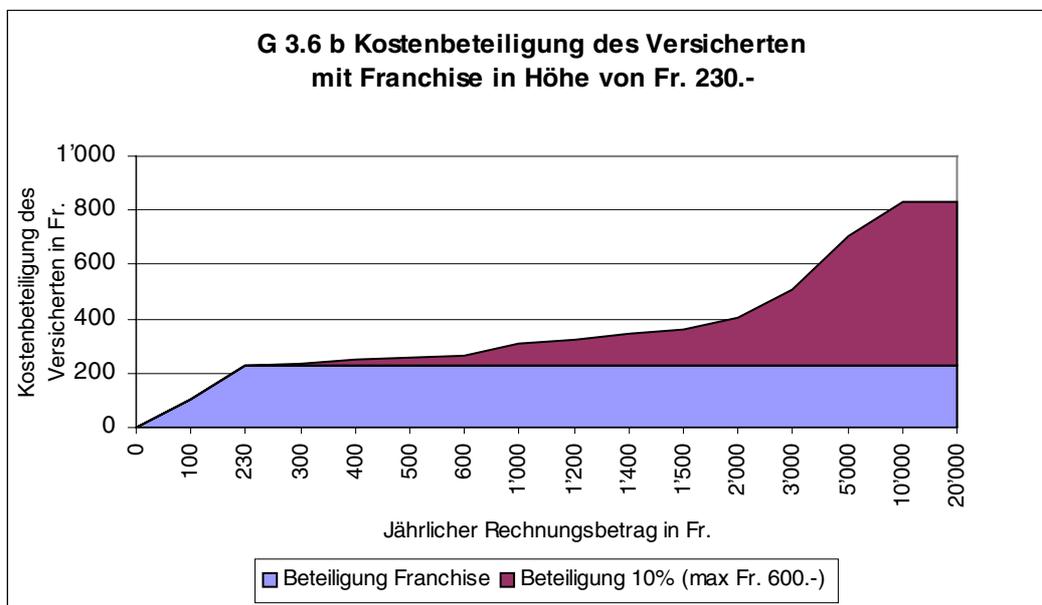
Gemäss KVG besteht die Kostenbeteiligung der Versicherten zum einen aus der Franchise (bis in Höhe von Fr. 600) und zum anderen aus einem Selbstbehalt in Höhe von 10% jener Kosten, die über der Franchise liegen. Mit dem neuen Gesetz wurde insbesondere eine Ausweitung des Selbstbehalts auf die stationäre Pflege eingeführt, während die Versicherten zuvor nur bei ambulanten Behandlungen einen Selbstbehalt zu übernehmen hatten. Die Entwicklung der Kostenbeteiligung ist mit Vorsicht zu analysieren, da die zu bewertenden Zahlen durch mehrere Faktoren nach oben bzw. nach unten verzerrt werden können. Für alle Versicherten, die sich einer guten Gesundheit erfreuen und für die daher während des Jahres keine Gesundheitskosten anfallen, ist die Kostenbeteiligung gleich Null. Da hier jedoch nur die von den Versicherern registrierten Rechnungen berücksichtigt werden, haben auch jene Versicherten eine Kostenbeteiligung gleich Null, deren Kosten unter dem Franchisebetrag liegen und die daher darauf verzichten, ihre Rechnungen bei den KVG-Versicherern einzureichen. Dies ist in der Realität nicht der Fall. Da 37% der Versicherten 1998 für eine frei wählbare Franchise optierten, sollten die daraus erwachsenden Folgen nicht unberücksichtigt bleiben. Der 10%ige Selbstbehalt für die Kosten der stationären Pflege und die Entwicklung der frei wählbaren Franchise könnten die Zahlen jedoch in die Höhe treiben, wenn die Versicherten ihren Krankenkassen hohe Kosten zu melden haben (vgl. **Grafik 3.6 a** und **Tabelle 3.6 a** im Anhang).



Die Einführung von frei wählbaren, immer höheren Franchisen in den letzten Jahren muss daher bei der Analyse berücksichtigt werden. 1995 gab es etwa 700'000 (10% der Gesamtheit aller Versicherten) nach diesen Konditionen versicherte Personen. 1996 schnellte die Zahl der dergestalt Versicherten in die Höhe und erreichte 2.3 Mio. im Jahr 1997 (32%) und schliesslich 2.7 Mio. im Jahr 1998 (37%).

Der zwischen 1995 und 1996 erwartete Anstieg ist gut zu erkennen. Die obligatorischen und frei wählbaren Franchisen nahmen im Jahr 1998 zu und hatten eine 18%ige Steigerung der Kostenbeteiligung zur Folge. Allerdings gilt es, die Kostenbeteiligung entsprechend ihrer Bedeutung in der Finanzierungsstruktur der Grundversicherung zu würdigen, da ihr Finanzierungsanteil nur von 10.6% der Gesamteinnahmen im Jahr 1995 und auf 13.9% im Jahr 1998 angestiegen ist (Tabelle 3.3).

Die Grafiken 3.6 b und c zeigen die Kostenbeteiligung eines Versicherten nach der Höhe der von ihm im Betrachtungszeitraum von 1996 – 2000 jährlich eingereichten Rechnungen bei Franchisen von Fr. 230 oder Fr. 1500 . Die Kostenbeteiligung gliedert sich in zwei Teile: partielle oder volle Kostenbeteiligung mit Franchise und Kostenbeteiligung in Höhe von 10% jener Kosten, die über die Franchise hinausgehen, maximal jedoch bis zu einem Betrag von Fr. 600. Diese Kostenbeteiligung wird den vom Versicherten gezahlten Prämien hinzugefügt.



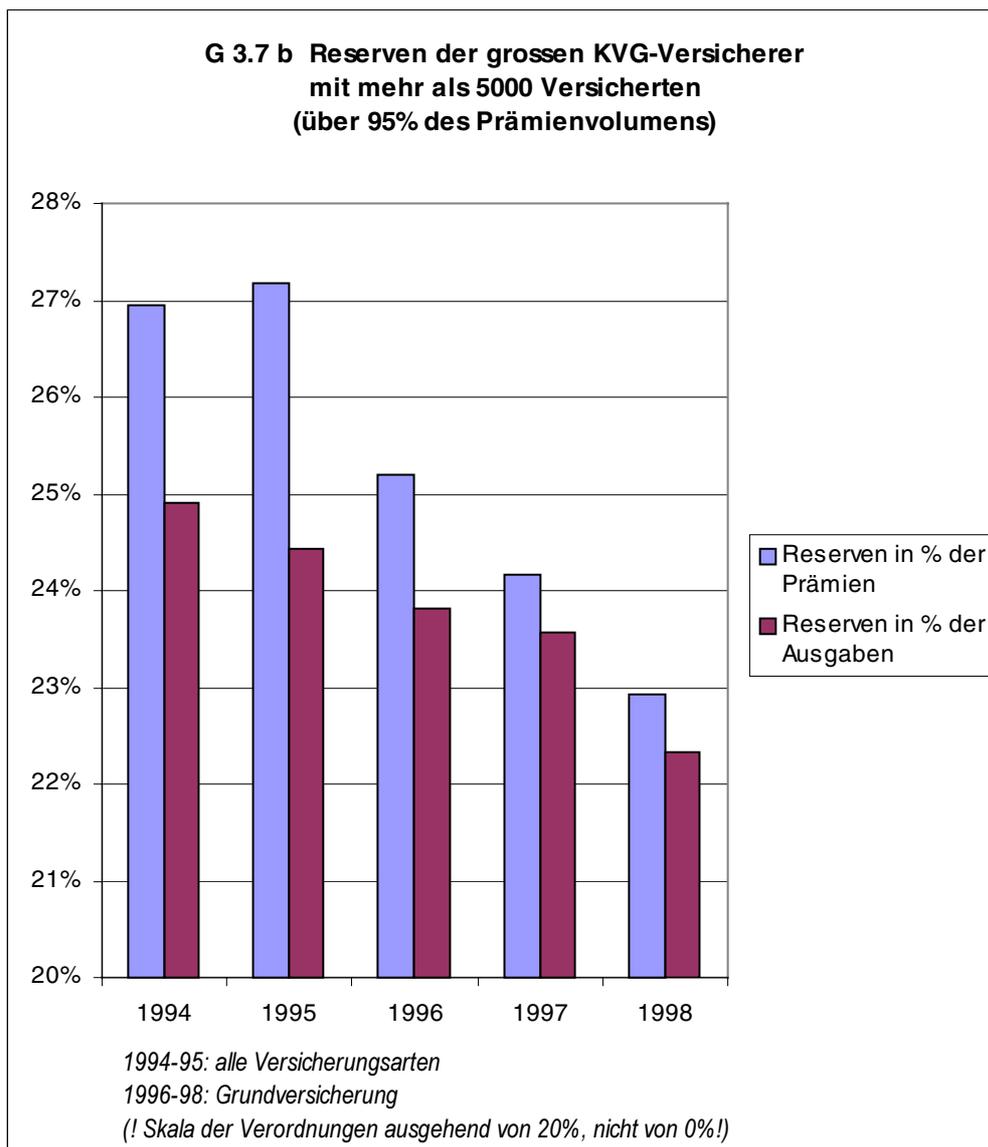
Folgerung 3.6:

Die mit dem KVG eingeführte Erhöhung der Franchisen und der Selbstbehalte zeitigen erste Auswirkungen. Im Jahr 1996 stieg die durchschnittliche Kostenbeteiligung pro Versicherter Person um 30%. Bedingt durch eine Erhöhung der Franchisen kam es 1998 zu einem weiteren Anstieg um 18%; der Finanzierungsanteil an den Gesamteinnahmen der Grundversicherung beläuft sich in diesem Jahr auf 13.9%.

3.7 Entwicklung der Finanzreserven**Fragestellung 3.7:**

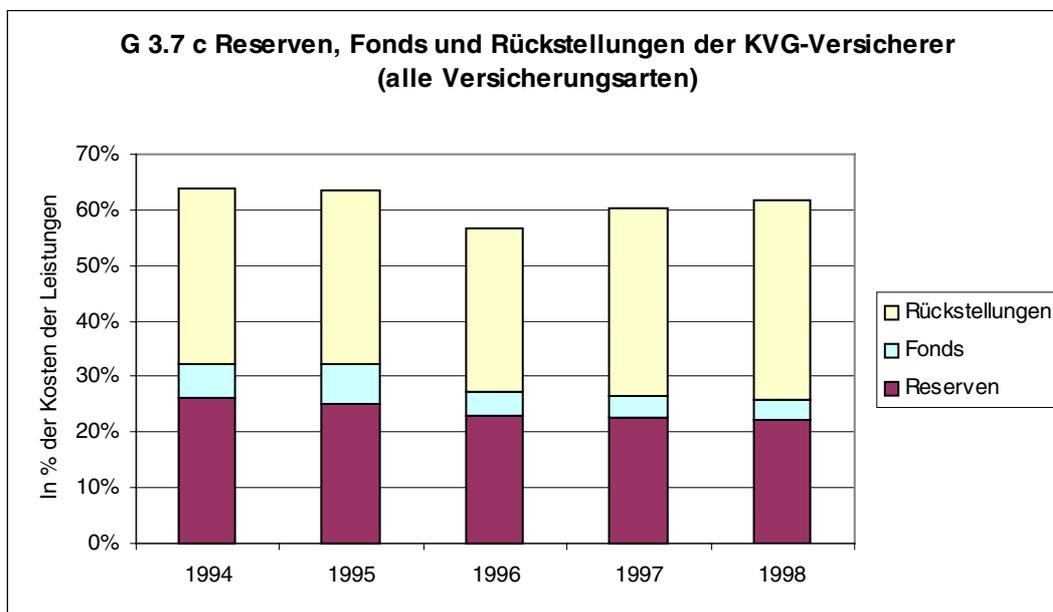
Weisen die finanziellen Reserven der KVG-Versicherer eine dem KVG entsprechende Entwicklung auf?

Die Grafik 3.7 b und die Tabelle 3.7 b im Anhang illustrieren deutlich das seit 1994 feststellbare Absinken des Reserveniveaus für KVG-Versicherer mit mehr als 5'000 Versicherten. Der KVG-bedingte, spürbare Rückgang der Reservequote unterscheidet sich deutlich von der in den vergangenen drei Jahrzehnten beobachteten langsamen Erosion der Reserven.



Das KVG sieht vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert wird. Die Versicherten müssen "für bereits eingetretene Krankheiten und zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit ausreichende Reserven" bilden. Das KVV (Verordnung über die Krankenversicherung) sieht gesetzliche Mindestreserven vor, die sich zum einen aus einer Sicherheitsreserve und zum andern aus einer Fluktuationsreserve zusammensetzen und nach Anzahl der Versicherten festgelegt werden. So sind beispielsweise KVG-Versicherer mit mehr als 50'000 Versicherten verpflichtet, eine Mindestreserve in Höhe von 20% der eingehenden Prämienzahlungen zu führen. Bis ins Jahr 1995 wurden die gesetzlichen Mindestreserven in % der Ausgaben angegeben; daher wurde in **Tabelle 3.7 a** im Anhang die Entwicklung der Reserven nach Ausgaben und Prämien spezifiziert.

Die Krankenversicherungsstatistik der Jahre 1994 bis 1996 enthält keine Bilanzen, die nach Grundversicherung und Zusatzversicherung einerseits sowie Taggeldversicherung andererseits getrennt sind. Die nachfolgende Analyse bezieht sich somit auf alle Reserven der KVG-Versicherer, ohne dass zwischen den einzelnen Versicherungsarten unterschieden wird. Abgesehen von den in der KVV spezifizierten Bedingungen über die Höhe der Reserven ist es aufschlussreich, die "wirtschaftlichen Reserven" in einem weiter gefassten Sinn zu betrachten, indem die verschiedenen Mittel und die Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle miteinbezogen werden. Der im Verhältnis zu den Leistungen verzeichnete Rückgang der Reservequote setzte sich auch in den Jahren 1994 bis 1998 fort. Die Quote fiel von 26.2% im Jahr 1994 auf 22.3% im Jahr 1998. Bei Berücksichtigung aller Reserven, der verschiedenen Mittel und der Rückstellungen, hätte ihr Anteil in Bezug auf die Leistungen im Jahr 1994 bei 64% gelegen und bei 61.8% in 1998 (vgl. **Grafik 3.7 c** und **Tabelle 3.7 c** im Anhang).



Folgerung 3.7:

Die Tendenz, die Reserven auf die vom Gesetzgeber vorgesehene Mindesthöhe abzubauen, setzt sich im Bereich der Grundversicherung fort. Die KVG-Versicherer wälzten die Kostenerhöhungen nicht immer voll auf die Prämien ab. Die Analyse der für die Jahre 1994 bis 1998 verfügbaren Daten lässt einen Abbau der Reserven erkennen, der - bei KVG-Versicherern mit mehr als 5'000 Versicherten - von 27.0% der Prämien im Jahr 1994 bis auf 22.9% im Jahr 1998 zurückging.

3.8 Entwicklung der Franchisen

Fragestellung 3.8:

Inwieweit ist die finanzielle Beitragsleistung des Versicherten insgesamt (Prämie, Franchise und 10%iger Selbstbehalt) von der frei wählbaren Franchise beeinflusst?

Das KVG bietet dem Versicherten die Möglichkeit der Prämienreduzierung, indem dieser sich anstelle der normalen, gesetzlich vorgesehenen Franchise für eine frei wählbare entscheiden kann. **Tabelle 3.8 a** verdeutlicht die seit 1996 vorgeschlagenen Preisabschläge (eine Modifizierung der Franchisen und/oder der damit verknüpften Preisabschläge wurde im Jahr 1998 eingeführt - *kursiv* -):

T 3.8 a Preisabschläge für frei wählbare Franchisen in den Jahren 1996 bis 2000

<i>Erwachsene</i> 1996-1997		<i>Erwachsene</i> 1998-2000	
<i>Franchise</i>	<i>max. Preisnachlass auf die Prämie in %</i>	<i>Franchise</i>	<i>max. Preisnachlass auf die Prämie in %</i>
normal 150.-	-	normal 230.-	-
1) 300.-	10%	1) 400.-	8%
2) 600.-	20%	2) 600.-	15%
3) 1200.-	35%	3) 1200.-	30%
4) 1500.-	40%	4) 1500.-	40%

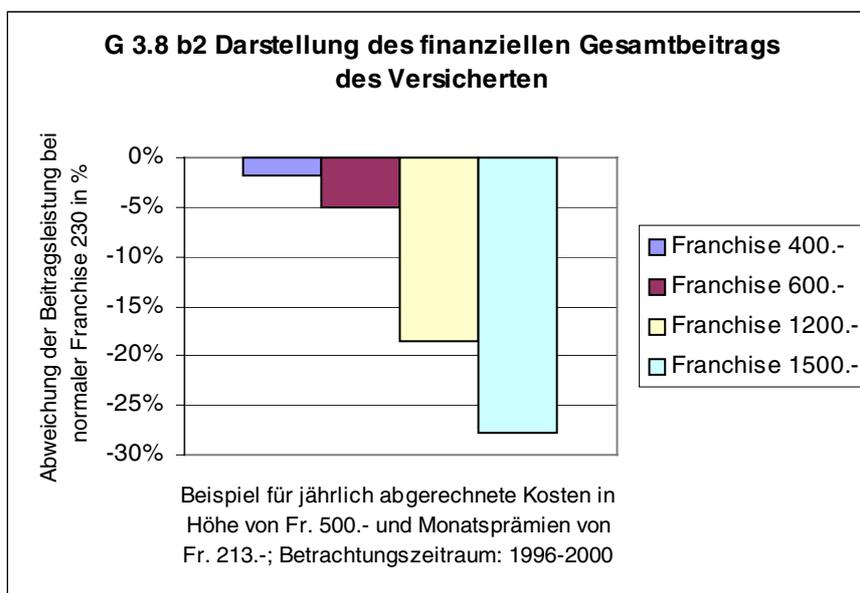
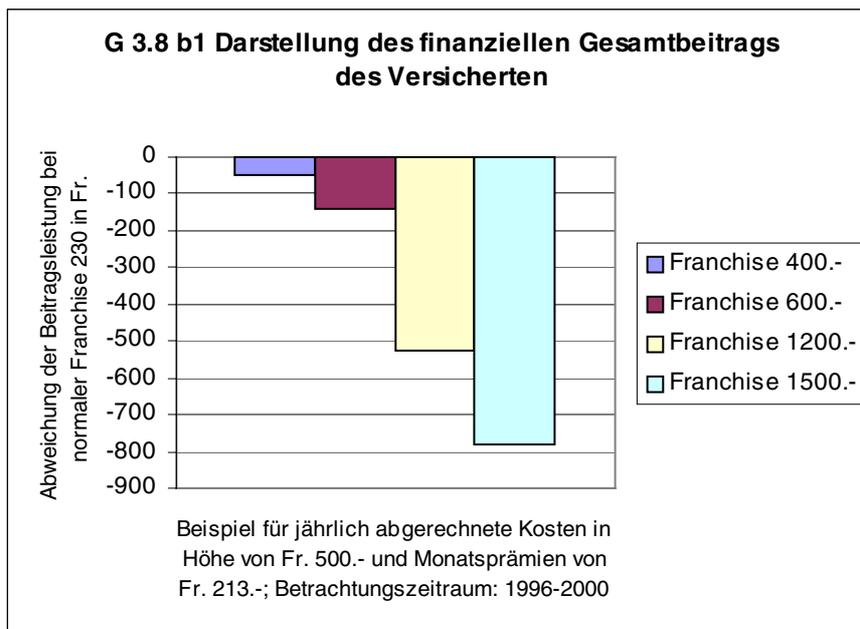
<i>Kinder</i> 1996-1997		<i>Kinder</i> 1998-2000	
<i>Franchise</i>	<i>max. Preisnachlass auf die Prämie in %</i>	<i>Franchise</i>	<i>max. Preisnachlass auf die Prämie in %</i>
normal 0.-	-	normal 0.-	-
1) 150.-	20%	1) 150.-	15%
2) 300.-	35%	2) 300.-	30%
3) 375.-	40%	3) 375.-	40%

Die Tabelle **3.8 b** und die Grafiken **3.8 b1** und **b2** verdeutlichen die insgesamt vom Versicherten zu erbringende finanzielle Beitragsleistung. Sie setzt sich zusammen aus der auf ihn zugeschnittenen Prämie und seiner Kostenbeteiligung. In diesem Zusammenhang ist es interessant, den jährlich vom Versicherten zu tragenden Differenzbetrag zur normalen, gesetzlichen Franchise in % und anhand der zwei Parameter – Monatsprämie und Jahresrechnungsbetrag - zu ermitteln:

T 3.8 b Darstellung der insgesamt vom Versicherten zu erbringenden finanziellen Beitragsleistung

Beispiel eines Erwachsenen mit einem Jahresrechnungsbetrag in Höhe von Fr. 500 und einer Monatsprämie von Fr. 213, Betrachtungszeitraum: 1998-2000

Franchisen in CHF	230.-	400.-	600.-	1'200.-	1'500.-
Preisabschlag auf die Prämie in %	0%	8%	15%	30%	40%
Kostenbeteiligung Franchise in CHF.	230	400	500	500	500
Selbstbehalt von 10% in CHF (max. 600.-)	27	10	-	-	-
Jahresprämie in CHF	2'556	2'352	2'173	1'789	1'534
finanz. Beitragsleistung insgesamt	2'813	2'762	2'673	2'289	2'034
Differenz in CHF zur Franchise von 230.-	-	-51	-140	-524	-779
Differenz in % zur Franchise von 230.-	-	-1.8%	-5.0%	-18.6%	-27.7%



Die Tabelle **3.8 c** und die Grafiken **3.8 c1 bis 3.8 h2** im Anhang verdeutlichen die Kostensituation auf der Basis des beschriebenen Beispiels für folgende Parameter: Monatsprämie in Höhe von Fr. 120, 213 und 376 (sie entsprechen den niedrigsten und den höchsten Sätzen sowie dem von den Kantonen im Zeitraum von 1996-2000 angesetzten Prämiedurchschnitt); Jahresrechnung, verteilt auf 18 Beträge zwischen Fr. 0 und 20'000; Franchisen und Preisabschläge für Erwachsene in den Zeiträumen 1996-97 und 1998-2000.

Im Betrachtungszeitraum 1996-97 schneidet der Versicherte mit einem Prämiedurchschnitt von Fr. 120 und einer frei wählbaren Franchise in Höhe von Fr. 300 gegenüber einer vergleichbaren Situation mit einer normalen Franchise von Fr. 150 besser ab. Mit einem Prämiedurchschnitt von Fr. 213 und einer frei wählbaren Franchise von Fr. 300 oder 600, liegt der Versicherte immer noch mit Fr. 150 über der normalen Franchise. Und mit einem Durchschnitt von Fr.- 376 liegt er im Vergleich zur normalen Franchise von Fr. 150 mit allen frei wählbaren Franchisen noch besser (vgl. **Grafiken 3.8 c1 bis 3.8 d2** im Anhang).

Im Betrachtungszeitraum 1998-2000 schneidet der Versicherte mit einem Prämiedurchschnitt von Fr. 120.- je nach gewählter Franchise für Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 300 bis 900 im Vergleich zur normalen Franchise in Höhe von Fr. 230 schlechter ab (vgl. Grafik **3.8 f1** im Anhang). Mit einer durchschnittlichen Prämie von Fr. 213 und einer frei wählbaren Franchise von Fr. 400 oder 600 liegt der Versicherte im Vergleich zur normalen Franchise von Fr. 230

höher (vgl. **Grafik 3.8 g1**), während er mit einem Prämiedurchschnitt von Fr. 376 im Vergleich zur normalen Franchise in Höhe von Fr. 230 mit allen frei wählbaren Franchisen besser steht (vgl. **Grafik 3.8 h1** im Anhang).

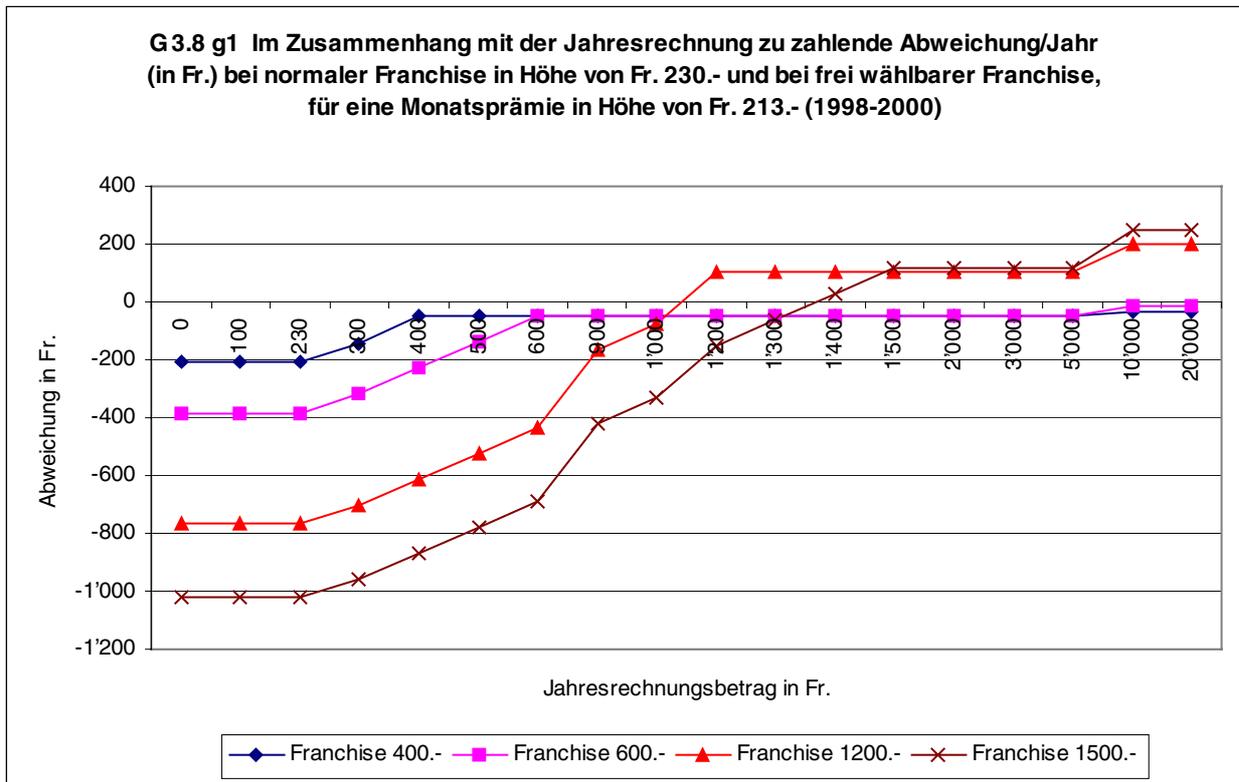
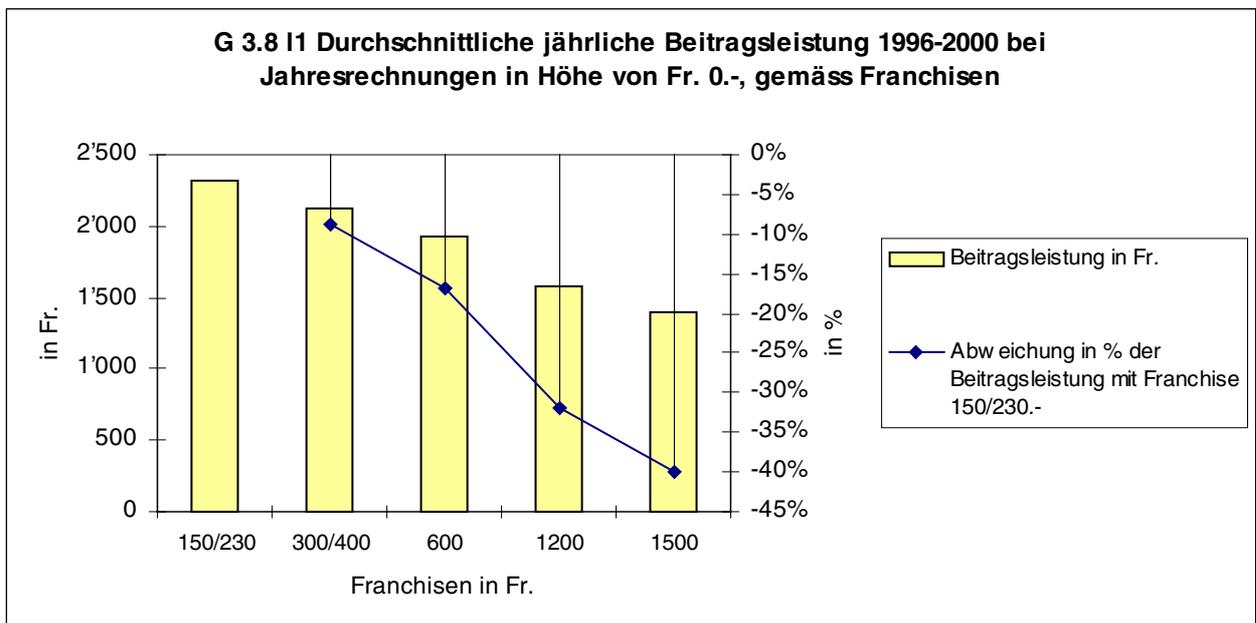
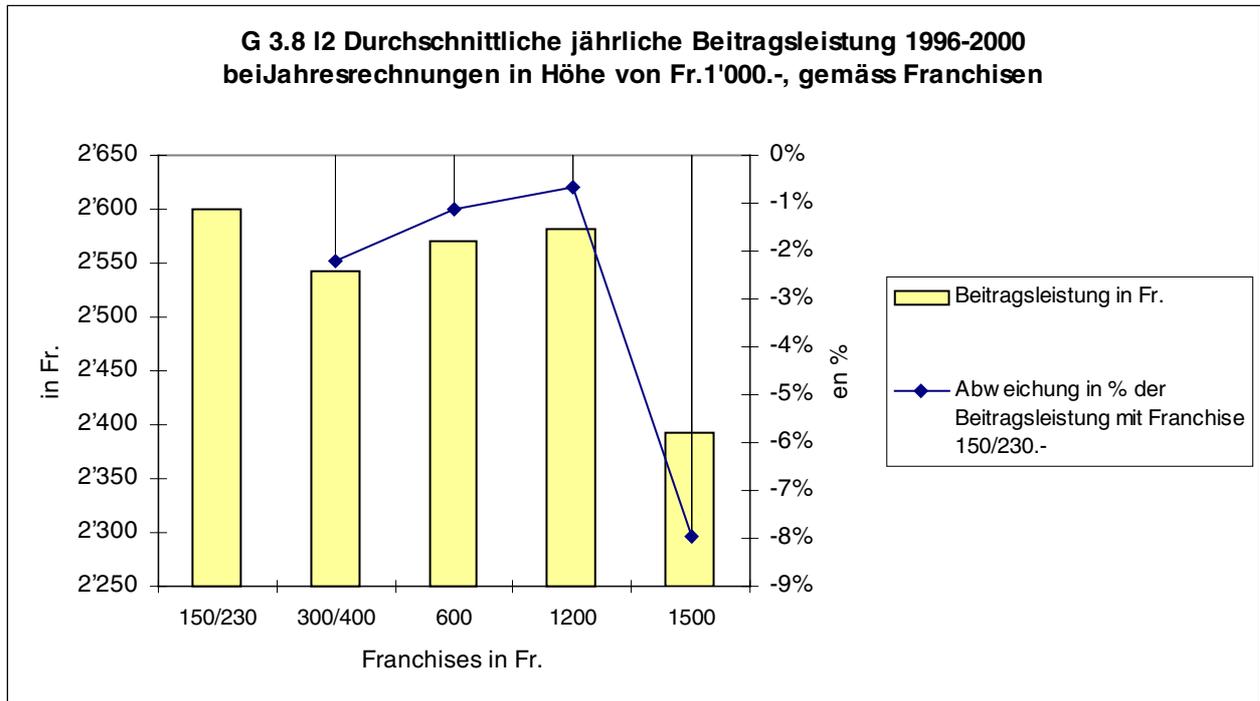


Tabelle 3.8 I im Anhang ermöglicht den Entwicklungsvergleich der gesamten finanziellen Beitragsleistungen eines erwachsenen Versicherten unter Zugrundelegung des schweizerischen Prämiedurchschnitts für die Jahre 1996 bis 2000 anhand folgender Parameter: normale oder frei wählbare Franchise, durchschnittliche Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 0, 1'000 oder 10'000. Sofern sich der Versicherte bei guter Gesundheit befindet und während des Jahres keine Kosten verursacht, kann er von 1996 bis 2000 im Vergleich zu den über die normale Franchise hinaus zu erbringenden Beitragsleistungen von Fr. 150 in den Jahren 1996-97 und Fr. 230 in den Jahren 1998-2000 mit Hilfe der frei wählbaren Franchisen Einsparungen zwischen 8.7% und 40% realisieren (in diesem Fall in Höhe der Prämien, vgl. **Grafik 3.8 I1**).



Bei jährlichen Kosten in Höhe von Fr. 1'000 lassen sich im Vergleich zur normalen Franchise zwischen 0.7 und 7.9% Einsparungen realisieren, je nach frei gewählter Franchise (vgl. **Grafik 3.8 12**).



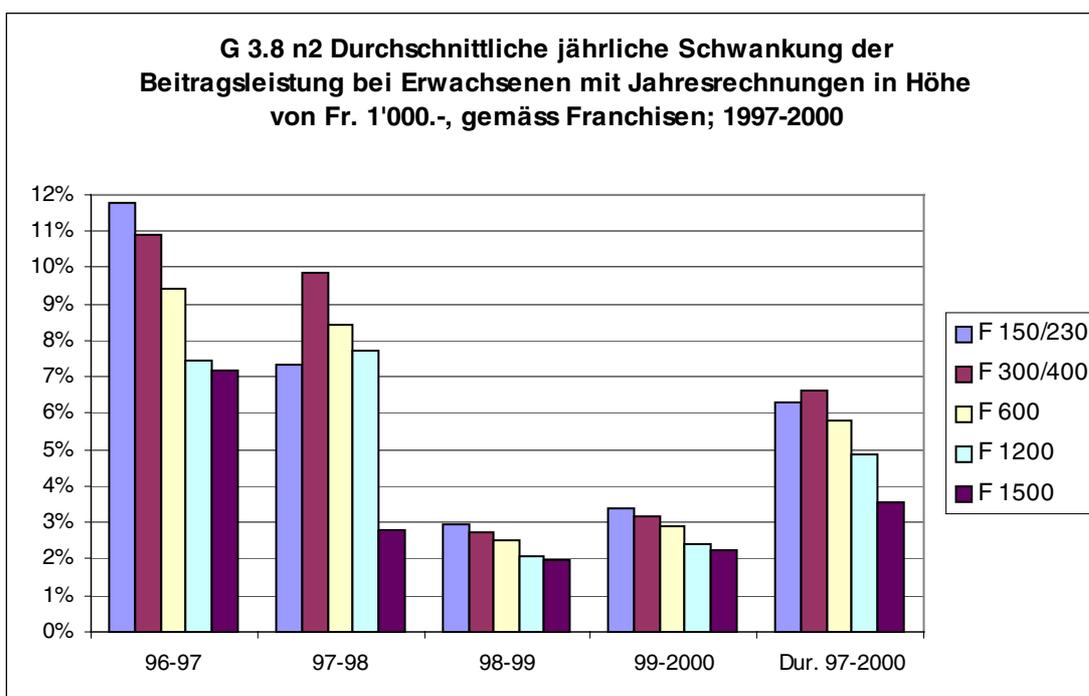
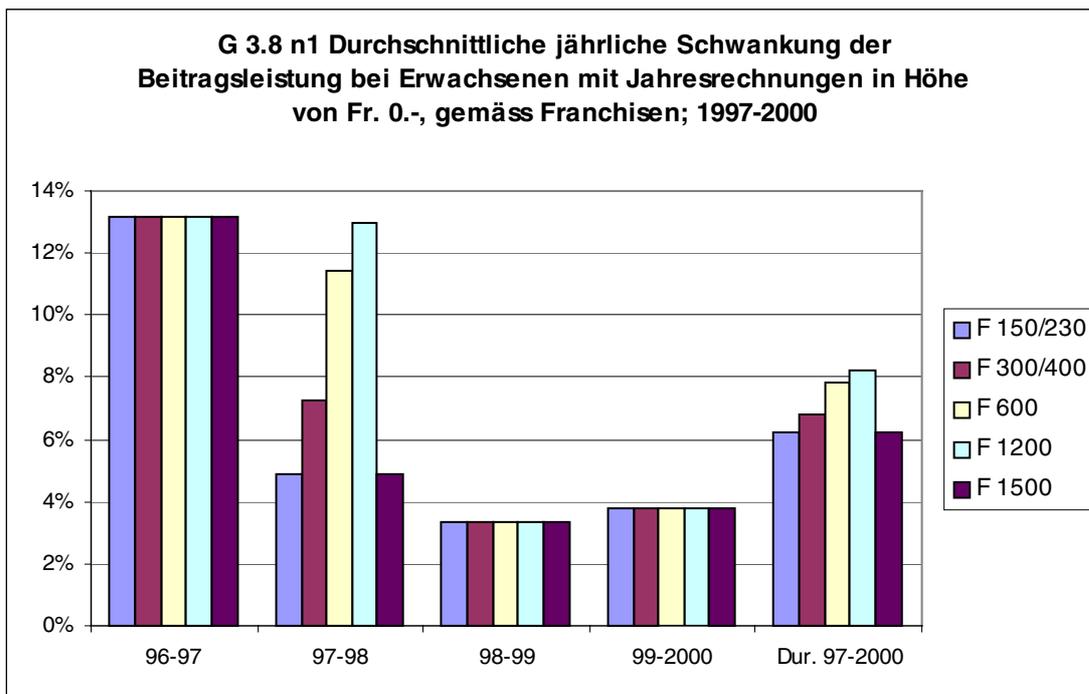
Bei jährlichen Kosten in Höhe von Fr. 10'000 sind Einsparungen im Vergleich zur normalen Franchise nur für die frei wählbaren Beträge in Höhe von Fr. 300/400 möglich. In den anderen Fällen ergeben sich Mehrkosten zwischen 0.4 und 12 % (vgl. **Grafik 3.8 13** im Anhang).

Tabelle 3.8 m im Anhang verdeutlicht die mit der erwähnten Beitragsentwicklung verknüpften Indizes. Je nach frei gewählter Franchise und einem Jahresrechnungsbetrag von Fr. 0, 1'000 oder 10'000, lässt sich für das Jahr 2000 eine Abweichung von -10.5% bis +7.7% im Vergleich zu den mit der normalen Franchise verknüpften Indizes aufzeigen.

Tabelle 3.8 n im Anhang illustriert die durchschnittliche Jahresentwicklung der gesamten finanziellen Beitragsleistungen eines erwachsenen Versicherten für den Zeitraum 1997 bis 2000 anhand folgender Parameter: normale oder frei wählbare Franchise, durchschnittliche Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 0, 1'000 oder 10'000.

Bei Versicherten, die keine Kosten abgerechnet haben, lassen sich aus der je nach Franchise unterschiedlichen Abweichung die in Verbindung mit den Anpassungen der Franchisen und den damit verknüpften Preisabschlägen im Jahr 1998 erwachsenen Auswirkungen ablesen: erreicht die durchschnittliche Abweichung der Prämien für Erwachsene bundesweit 4.9% für die normale Franchise, so liegt sie für die Versicherten mit frei wählbarer Franchise in Höhe von Fr. 1200 bei 13.0 % (vgl. **Grafik 3.8 n1**).

Bei Rechnungshöhen von Fr. 1'000 und 10'000 bleibt der Durchschnitt der monatlichen Abweichung der Beitragsleistungen für einen Erwachsenen im Zeitraum von 1996 bis 2000 unter der durchschnittlichen normalen Franchise in Höhe von Fr. 150/230. Er liegt jedoch leicht darüber für Franchisen in Höhe von Fr. 300/400 und 600 (vgl. **Grafik 3.8 n2 und n3** im Anhang).



Folgerung 3.8:

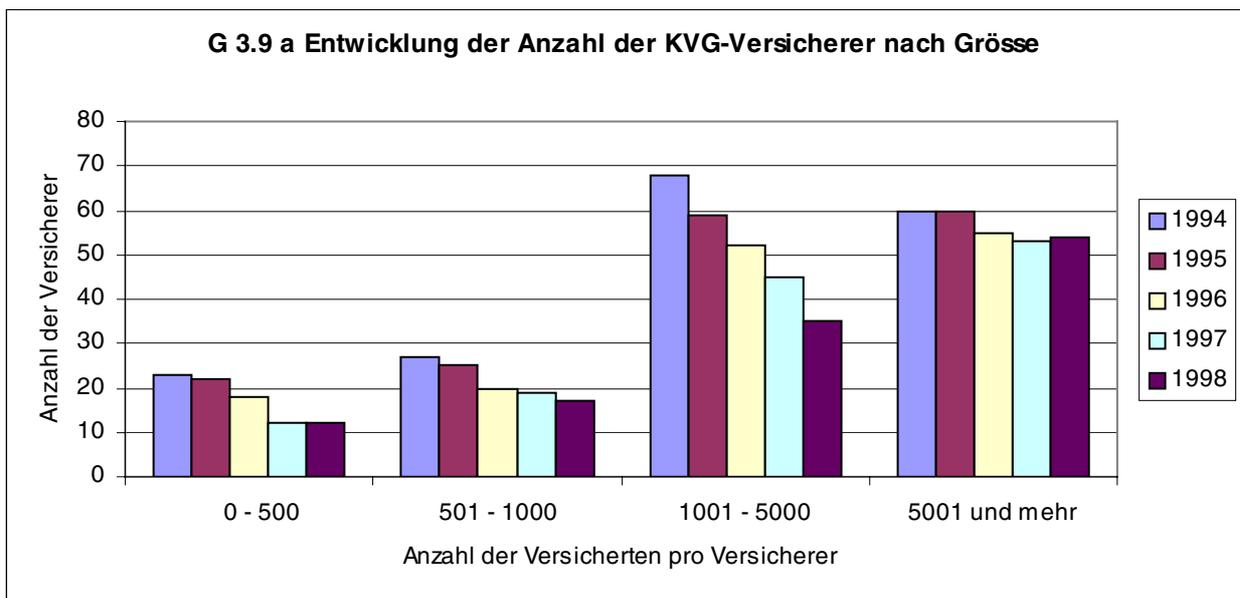
Die vom Versicherten zu erbringende finanzielle Gesamtbeitragsleistung ist zum einen bedingt durch die Prämien, zum anderen aber auch durch die von ihm gewählte Franchise und die von ihm abgerechneten jährlichen Kosten. Aufgrund dieser Parameter kann die Gesamtbeitragsleistung im Betrachtungszeitraum von 1996 bis 2000 innerhalb einer Bandbreite von - 40% bis knapp + 40% schwanken im Vergleich zu jenen Beitragsleistungen, die ein Versicherter mit normaler Franchise im selben Zeitraum zu tragen hat.

3.9 Entwicklung der KVG-Versicherer nach Grösse

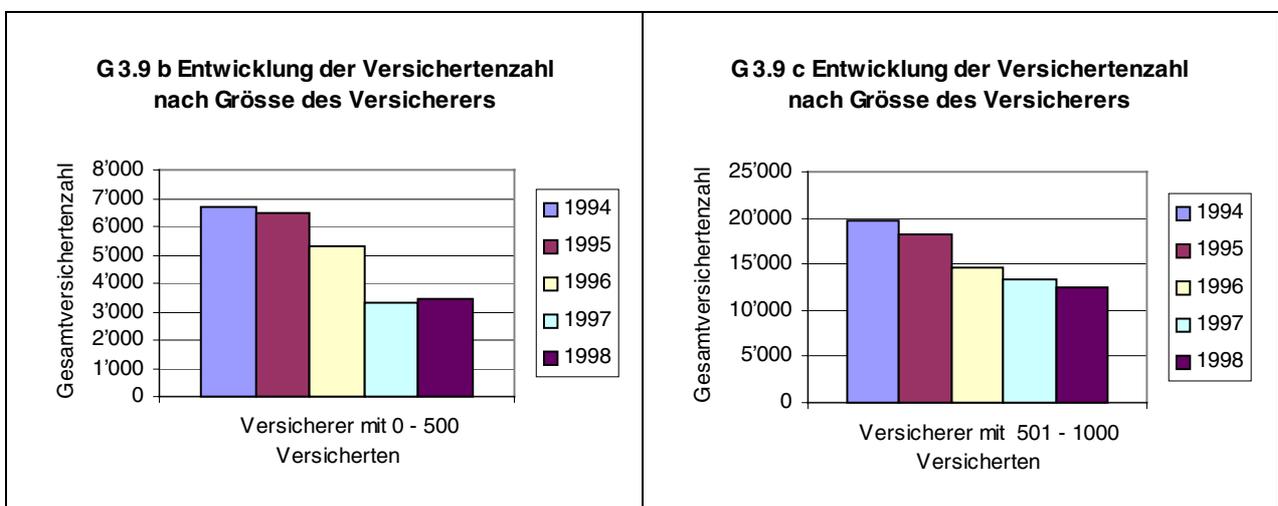
Fragestellung 3.9:

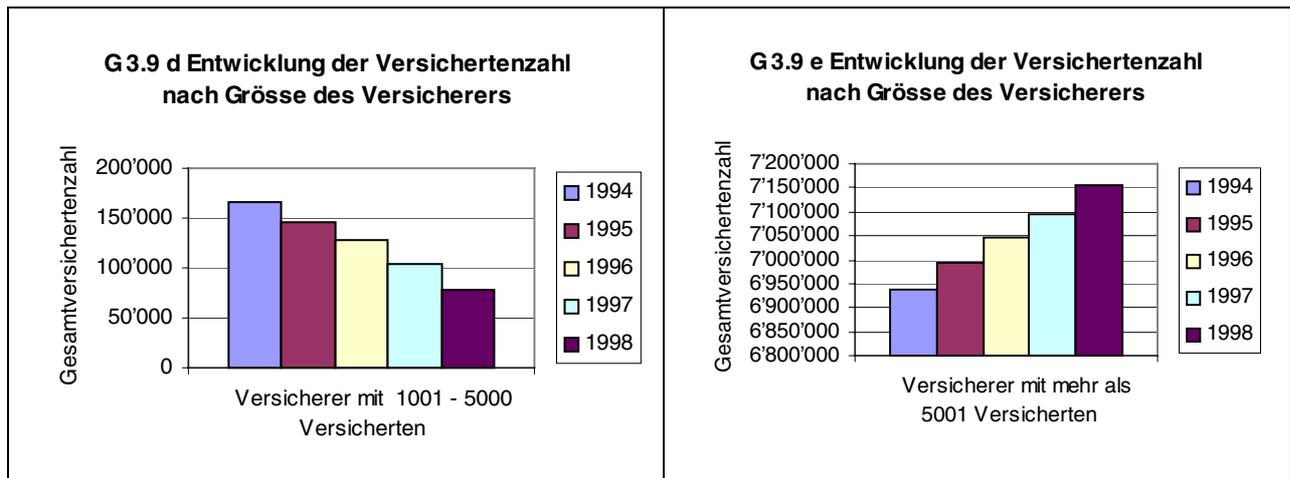
Inwieweit wird die Entwicklung eines KVG-Versicherers durch seine Grösse, bzw. durch die Anzahl der von ihm betreuten Versicherten beeinflusst?

Zwischen 1994 und 1998 geht die Anzahl der KVG-Versicherer deutlich zurück (von 178 auf 118); von diesem Rückgang sind insbesondere jene Versicherer betroffen, deren Versichertenzahl unter 5000 liegt. Während die Versicherungsgesellschaften mit mehr als 5000 Versicherten im Jahr 1994 nur 33% aller Versicherer ausmachten, stieg ihre Zahl im Jahr 1998 auf über 45%, und sie betreuten 98.7% aller Versicherungsnehmer (vgl. **Tabelle 3.9** im Anhang und **Grafik 3.9 a**).



Die **Grafiken 3.9 b bis e** zeigen die Entwicklung der Gesamtzahl aller Versicherten nach Grösse des Versicherers; nur Versicherer mit mehr als 5'000 Versicherten konnten die Anzahl der von ihnen betreuten Versicherungsnehmer erhöhen.





Folgerung 3.9:

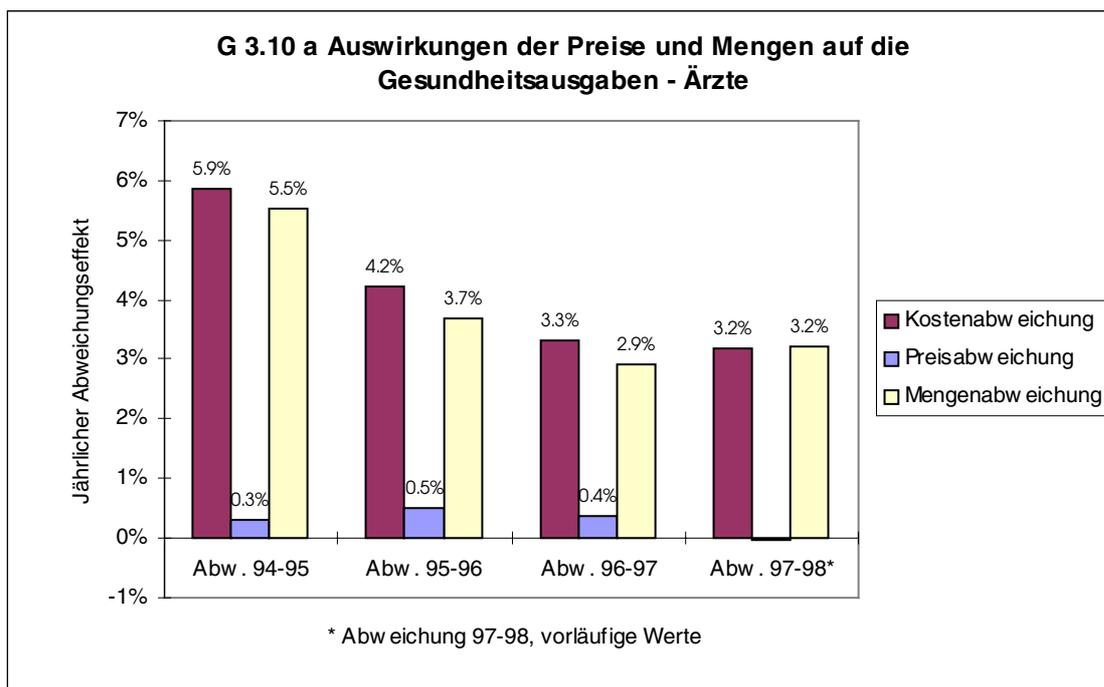
Der bei den KVG-Versicherern realisierte Konzentrationsprozess führte zu einem zahlenmässigen Rückgang bei den Leistungsanbietern. Versicherer mit mehr als 5000 Versicherten betreuten im Jahr 1998 über 98.7% aller Versicherungsnehmer.

3.10 Preis- und mengenbedingte Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben

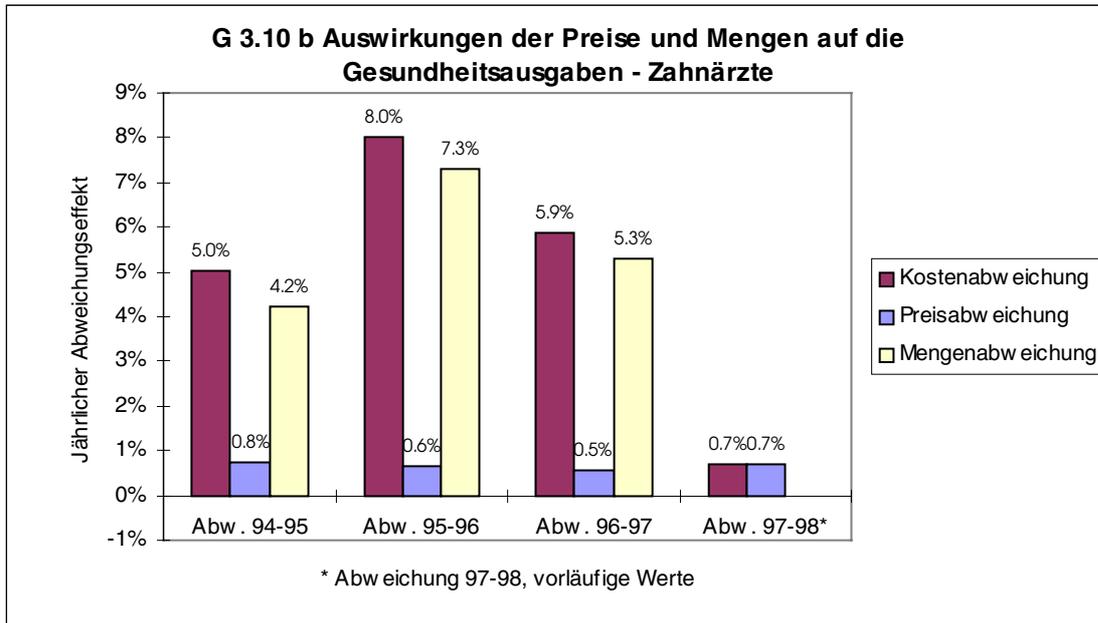
Fragestellung 3.10:

Lässt sich die Entwicklung der Gesundheitsausgaben unter dem Blickwinkel der preis- und mengenbedingten Abweichungen betrachten?

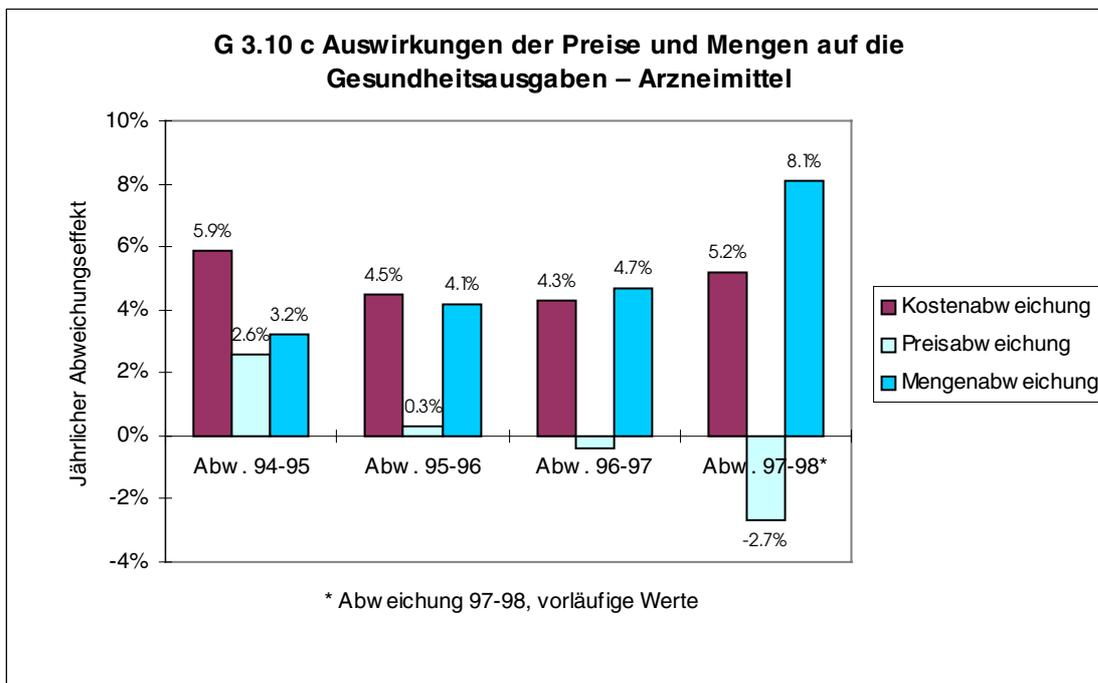
Die für die **Arztbehandlung** (ambulant oder medikamentös) aufgebrauchten Ausgaben stiegen zwischen 1994 und 1998 um 17.5% auf Fr. 5.9 Mrd.. Für diesen Zeitraum lässt sich feststellen, dass die kumulierte Erhöhung der Ausgaben in Verbindung steht mit dem Multiplikatoreffekt der Preissteigerung (+1.2%) und der mengenmässigen Zunahme (+16.2%) (vgl. **Tabelle 3.10 a** im Anhang und **Grafik 3.10 a**).



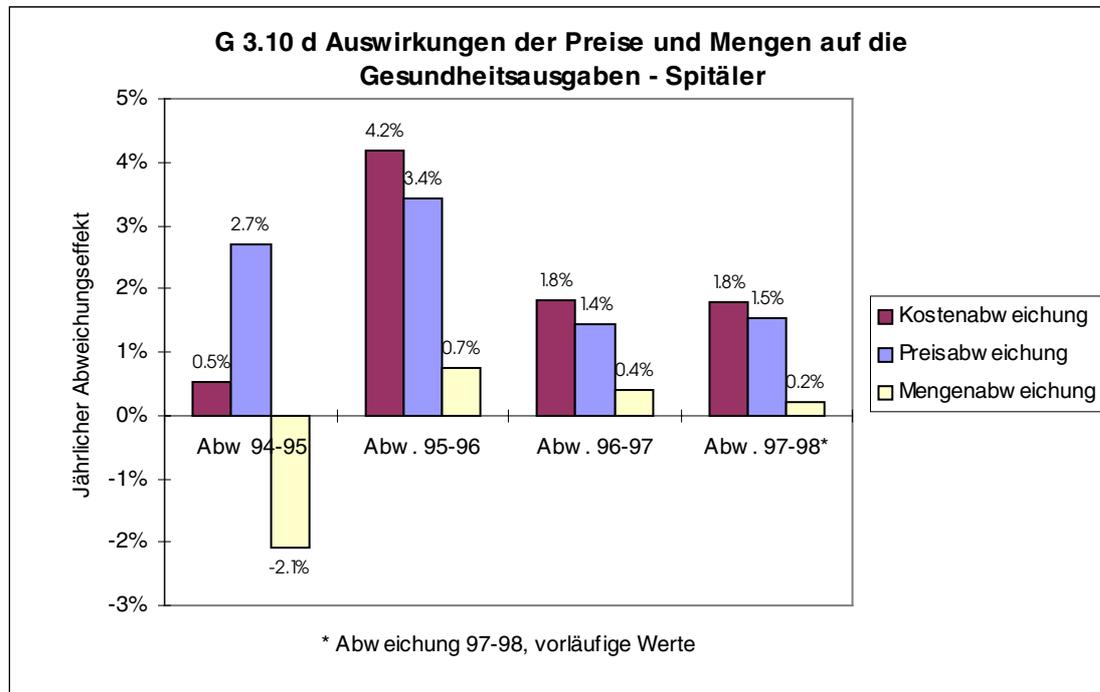
Die Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen stiegen zwischen 1994 und 1998 um 20.9 % auf Fr. 3.3 Mrd. Für diesen Zeitraum lässt sich feststellen, dass die kumulierte Erhöhung der Ausgaben in Verbindung steht mit dem Multiplikatoreffekt der Preissteigerung (+2.7%) und der mengenmässigen Zunahme (+17.7%) (vgl. **Tabelle 3.10 b** im Anhang und **Grafik 3.10 b**).



Die für Medikamente aufgebrauchten Ausgaben stiegen zwischen 1994 und 1998 um 21.4% auf Fr. 4.5 Mrd.. Für diesen Zeitraum lässt sich feststellen, dass die kumulierte Erhöhung der Ausgaben in Verbindung steht mit dem Multiplikatoreffekt der Preissenkung (-0.2%) und der mengenmässigen Zunahme (+21.6%) (vgl. **Tabelle 3.10 c** im Anhang und **Grafik 3.10 c**).



Die Ausgaben für Spitalaufenthalte (lange oder kurze Behandlungsdauer – ambulante oder medikamentöse Behandlung) stiegen zwischen 1994 und 1998 um 8.6 % auf Fr. 16.3 Mrd. Für diesen Zeitraum lässt sich feststellen, dass die kumulierte Erhöhung der Ausgaben in Verbindung steht mit dem Multiplikatoreffekt der Preissteigerung (+9.4%) und der mengenmässigen Abnahme (-0.76%) (vgl. **Tabelle 3.10 b** im Anhang und **Grafik 3.10 b**).



Folgerung 3.10:

Die Erhöhung der Gesundheitskosten lässt sich nach Multiplikatoreffekten aufschlüsseln, die verknüpft sind mit dem (positiven oder negativen) Abweichungseffekt der Preise und der Mengen. Da es im Jahr 1998 zu keinen Tarifänderungen kam, ist die Kostensteigerung bei den Ärzten in Verbindung mit der mengenmässigen Zunahme zu sehen. Bei den Preisen für Medikamente lässt sich seit 1996 zwar ein Rückgang feststellen, allerdings stiegen im selben Zeitraum die konsumierten Mengen.

4. Auswirkungen auf kantonaler Ebene

Im vorliegenden Kapitel beschäftigen wir uns mit der Entwicklung jener Daten, für die uns Informationen auf kantonaler Ebene vorliegen.

4.1 Durchschnittliche, gemäss KVG erhobene Monatsprämien von 1996 bis 2000

Fragestellung 4.1:

Ist es mit der Einführung des KVG zu deutlichen Schwankungen in Bezug auf die Prämien und ihre Entwicklung gekommen?

Tabelle 4.1 a im Anhang zeigt die durchschnittlichen, von 1996 bis 2000 erhobenen monatlichen Prämien. Sie wurden auf der Datengrundlage der 25 grössten Krankenkassen eines jeden Kantons nach den gewichteten Prämien der Tarifzonen 1, 2 und 3 (hohe, mittlere und niedrige Zone) der einzelnen Kassen ermittelt, mit normaler Franchise und Deckungsleistung für die Unfallversicherung sowie unter Berücksichtigung der Schwankung in Bezug auf den nationalen Durchschnitt für das Jahr 2000 und den Zeitraum von 1996 bis ins Jahr 2000. **Grafik 4.1 a** im Anhang illustriert diese Durchschnittsprämien für den Zeitraum 1996-2000.

Tabelle 4.1 b im Anhang verdeutlicht die monatlichen Abweichungen zwischen dem Prämien Durchschnitt auf Kantonsebene und demjenigen auf Bundesebene.

Tabelle 4.1 c im Anhang zeigt die Indizes der Prämienentwicklung mit dem Jahr 1996 als Basis 100.

Tabelle 4.1 d im Anhang illustriert die jährlichen Abweichungen der Prämien sowie den jährlichen Abweichungsdurchschnitt von 1997 bis 2000. **Grafik 4.1 d** im Anhang verdeutlicht die durchschnittliche jährliche Abweichung für den Zeitraum 1997-2000.

4.1.1 Kinder und Jugendliche im Alter von 0-18 Jahren

Für den Zeitraum 1996-2000 lässt sich zwischen der niedrigsten durchschnittlichen Monatsprämie im Kanton Appenzell I (Fr. 34.4) und der höchsten im Kanton Genf (Fr. 80.8) ein Unterschied von mehr als dem doppelten Prämienbetrag feststellen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von Fr. 51.6 bewegen sich die anderen Kantone in einer Bandbreite zwischen -33.4% (AI) und +56.6% (GE). In Bezug auf die Entwicklung der Prämien im Jahr 2000 wurde für den Kanton Wallis der niedrigste Index (97.61) festgestellt und für den Kanton Aargau der höchste (159.13); der Index für den Kanton Zürich ist bei 120.42 angesiedelt. Als Berechnungsgrundlage gilt 1996 = 100. Die jährliche Schwankung der Prämien belief sich im Bundesdurchschnitt in den Jahren 1997-2000 auf 4.8%, mit einer Schwankungsspitze von +13.17% zwischen 1996 und 1997 und einem Minimum von **-0.11% (Prämienverbilligung)** von 1997 bis 1998.

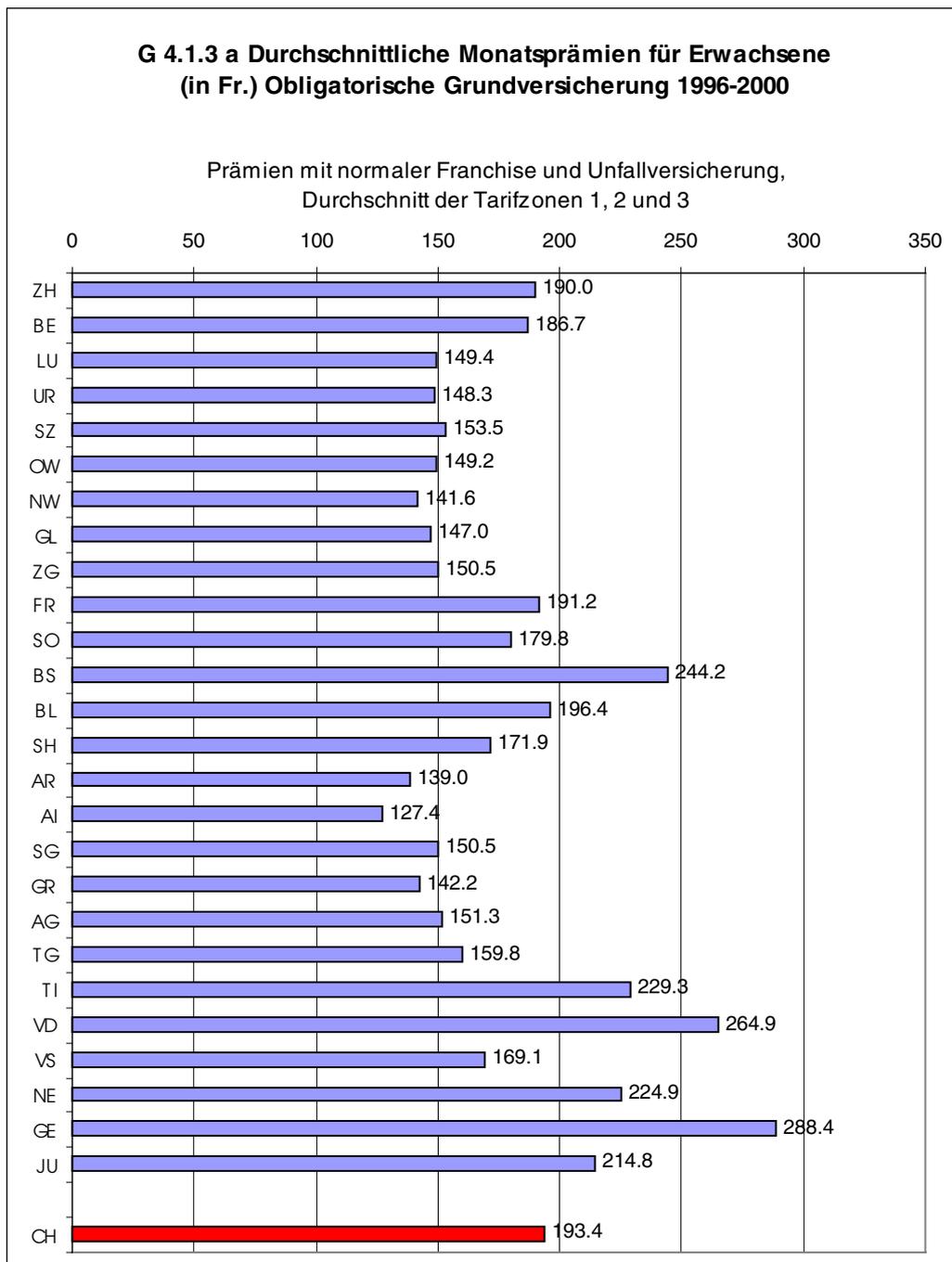
4.1.2 Auszubildende im Alter von 19-25 Jahren

Für den Zeitraum 1996-2000 lässt sich zwischen der niedrigsten durchschnittlichen Monatsprämie im Kanton Appenzell I (Fr. 86) und der höchsten im Kanton Genf (Fr. 195) ein Unterschied von mehr als dem doppelten Prämienbetrag feststellen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von Fr. 125 bewegen sich die anderen Kantone in einer Bandbreite zwischen -31.2% (AI) und +55.9% (GE). In Bezug auf die Entwicklung der Prämien im Jahr 2000 wurde für den Kanton Wallis der niedrigste Index (95.48) festgestellt und für den Kanton Aargau der höchste (152.95); der Index für den Kanton Zürich ist bei 122.31 angesiedelt. Als Berechnungsgrundlage gilt 1996 = 100. Die jährliche Schwankung der Prämien belief sich im Bundesdurchschnitt in den Jahren 1997-2000 auf 5.2%, mit einer Schwankungsspitze von +13.17% zwischen 1996 und 1997 und einem Minimum von 0.51% von 1997 bis 1998.

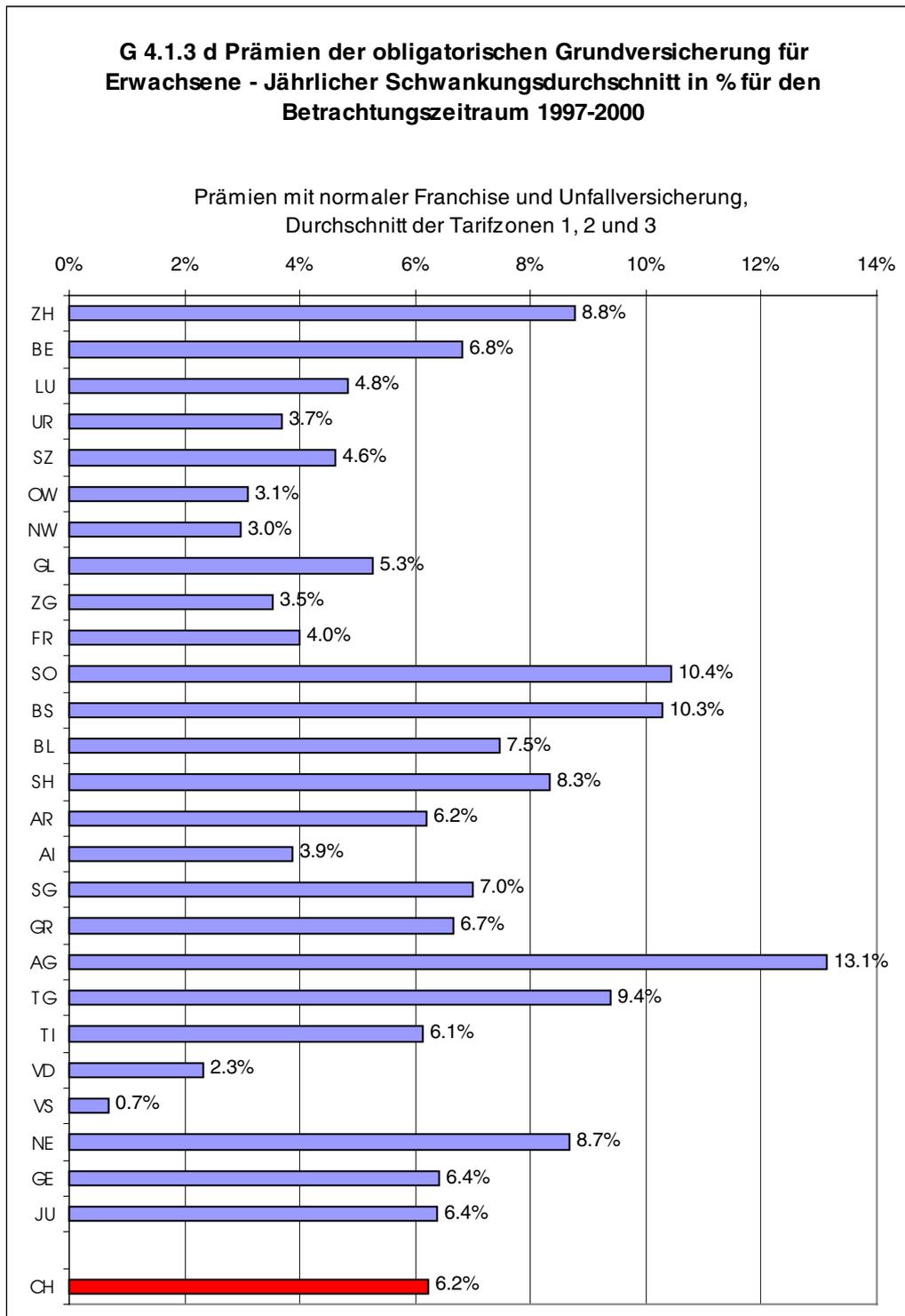
4.1.3 Erwachsene

Für den Zeitraum 1996-2000 lässt sich zwischen der niedrigsten durchschnittlichen Monatsprämie im Kanton Appenzell I (Fr. 127.4) und der höchsten im Kanton Genf (Fr. 288) ein Unterschied von mehr als dem doppelten Prämienbetrag feststellen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von Fr. 193 bewegen sich die anderen Kantone in einer Bandbreite zwischen -34.1% (AI) und +49.1% (GE). In Bezug auf die Entwicklung der Prämien im Jahr 2000 wurde für den Kanton Wallis der niedrigste Index (102.72) festgestellt und für den Kanton Aargau der höchste (163.83); der Index für den Kanton Zürich ist bei 127.39 angesiedelt. Als Berechnungsgrundlage gilt 1996 = 100. Die jährliche Schwankung der Prämien belief sich im Bundesdurchschnitt in den Jahren 1997-2000 auf 6.2%, mit einer Schwankungsspitze von +13.17% zwischen 1996 und 1997 und einem Minimum von 3.35% von 1998 bis 1999.

Grafik 4.1.3 a zeigt den Prämierendurchschnitt für die Jahre 1996-2000.



Aus der **Grafik 4.1.3 d** lässt sich der jährliche Schwankungsdurchschnitt für die Jahre 1997-2000 entnehmen.



4.1.4 Gesamtheit aller Versicherten

Analog zur vorhergehenden Analyse lässt sich für den Zeitraum 1996-2000 zwischen der niedrigsten durchschnittlichen Monatsprämie im Kanton Appenzell I (Fr. 99.8) und der höchsten im Kanton Genf (Fr. 239) ein Unterschied von mehr als dem doppelten Prämienbetrag ausmachen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von Fr. 158 bewegen sich die anderen Kantone in einer Bandbreite zwischen -36.9% (AI) und +51.11% (GE). In Bezug auf die Entwicklung der Prämien im Jahr 2000 wurde für den Kanton Wallis der niedrigste Index (101.46) festgestellt und für den Kanton Aargau der höchste (162.14); der Index für den Kanton

Zürich ist bei 126.21 angesiedelt. Als Berechnungsgrundlage gilt 1996 = 100. Die jährliche Schwankung der Prämien belief sich im Bundesdurchschnitt in den Jahren 1997-2000 auf 6.0%, mit einer Schwankungsspitze von +13.17% zwischen 1996 und 1997 und einem Minimum von 3.3% von 1998 bis 1999.

Folgerung 4.1:

Aus dem untersuchten Datenmaterial wird ersichtlich, dass die festgestellten Höchst- bzw. Mindestprämienätze und –jahresschwankungen sowohl bei den Kindern und Jugendlichen, als auch bei den Auszubildenden und Erwachsenen immer in denselben Kantonen auftreten. Zwischen den Kantonen kommt es zu erheblichen Abweichungen, und zwar sowohl in Bezug auf die Prämienhöhe (Verhältnis 1 zu 2.4 zwischen AI und GE), als auch in Bezug auf die jährliche Abweichung in % (Verhältnis 1 zu 32 zwischen VS und AG).

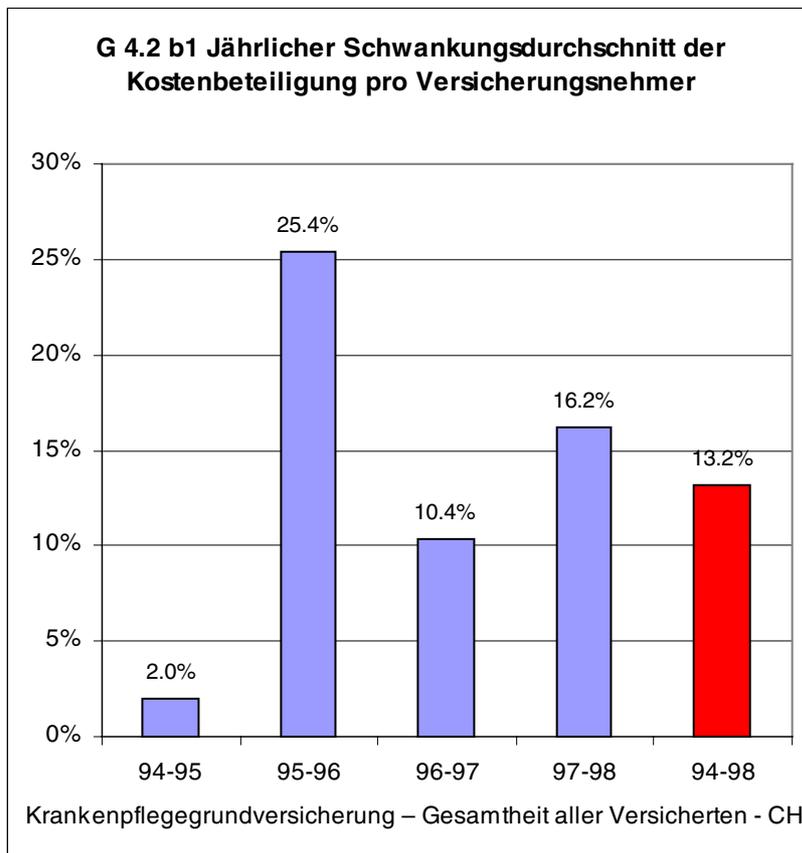
4.2 Kostenbeteiligung der Versicherten

Fragestellung 4.2:

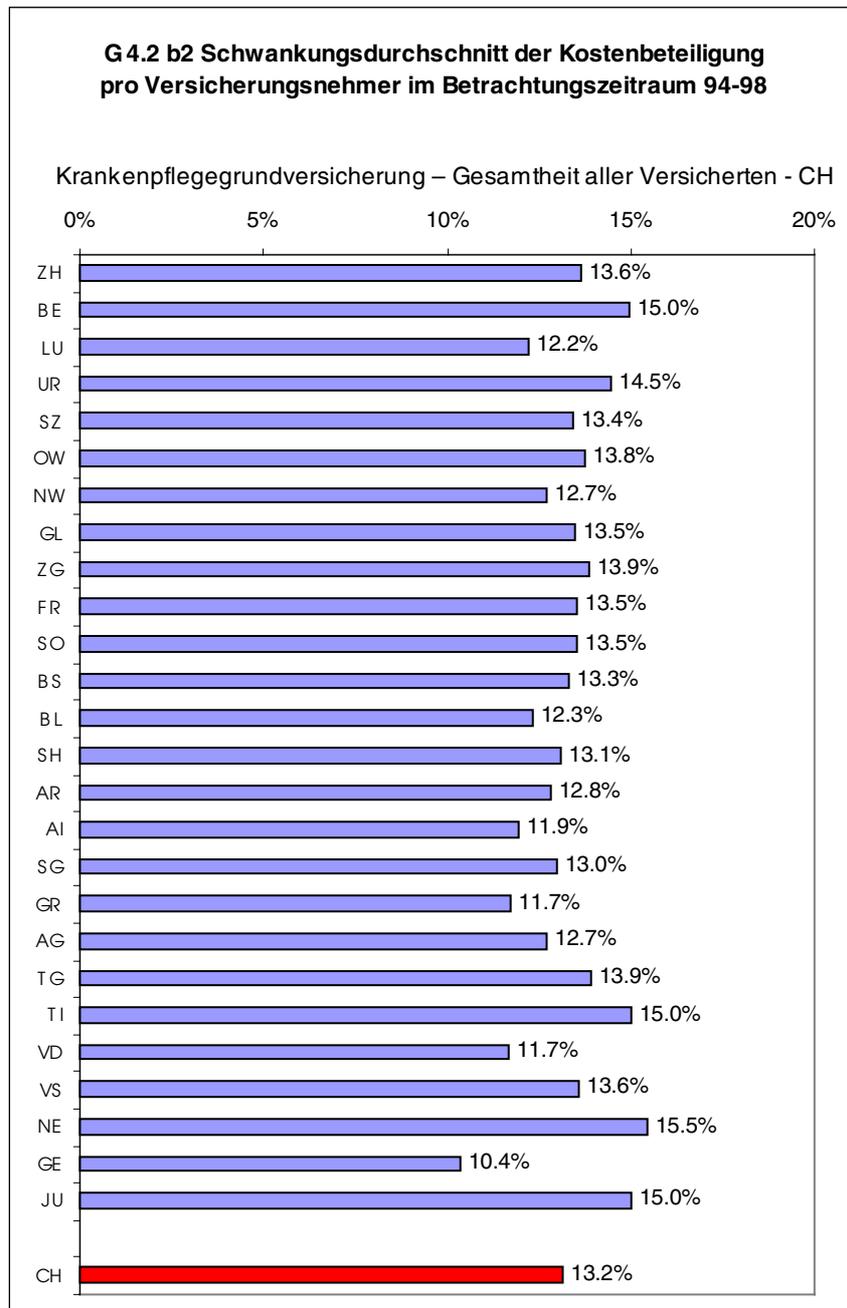
Hat die Einführung des KVG bei der Kostenbeteiligung der Versicherten zu erheblichen Schwankungen geführt?

Tabelle 4.2 a im Anhang illustriert die auf der Basis aller Versicherten pro Versicherungsnehmer entstandene Kostenbeteiligung im Jahresdurchschnitt von 1994 bis 1998. Wie in Kapitel 3 erläutert, umfasst die Kostenbeteiligung die Zahlung der Franchise und den Selbstbehalt in Höhe von 10% jener Kosten, die den jeweiligen Franchisebetrag übersteigen, bis max. Fr. 600 (seit 1996 mit Einführung des KVG).

Tabelle 4.2 b im Anhang sowie die Grafiken **4.2 b1** und **b2** verdeutlichen die jährlichen Abweichungen der Kostenbeteiligung pro Versicherungsnehmer.



Auf gesamtschweizerischer Ebene lässt sich für das Jahr 1996 eine durch die Einführung des KVG bedingte Spitzenbeteiligung (Erhöhung der Franchisen, Änderung der Bestimmungen in Verbindung mit jenen Beteiligungskosten, die über die Franchise hinausgehen, Beteiligung bei stationärer Behandlung) von 25.4% feststellen. Ein weiterer Anstieg von 16.2% zeigt sich zwischen 1997 und 1998 (erneute Erhöhung der Franchisen). Der Anstieg bei der Kostenbeteiligung der Versicherten fiel um einiges deutlicher aus als die Erhöhung der Prämien. Auf Kantonsebene sind keine grossen Abweichungen vom Landesdurchschnitt zu beobachten. Alle Kantone wiesen für den Berichtszeitraum 1995 bis 1998 eine durchschnittliche Erhöhung von 10.4 bis 15.5% pro Jahr aus.



Folgerung 4.2:

Gemessen am gesamtschweizerischen Durchschnitt kommt es in den Jahren 1996 (+25.4%), 1997 (+10.4%) und 1998 (+16.2%) zu markanten Erhöhungen in Bezug auf die Kostenbeteiligungen der Versicherten. In den Kantonen nimmt die Kostenbeteiligung zwischen 1994 und 1998 in ähnlichen Ausmass zu: im Durchschnitt sind es 13.2%; die Abweichungen betragen +2.8%.

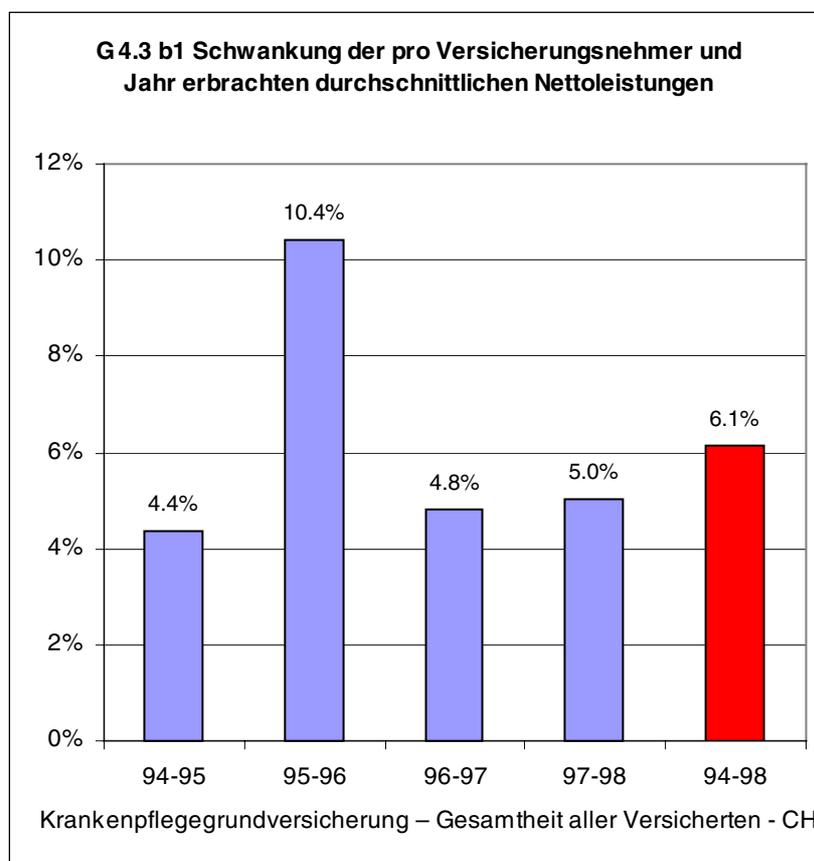
4.3 Jährliche Nettoleistungen der KVG-Versicherer

Fragestellung 4.3:

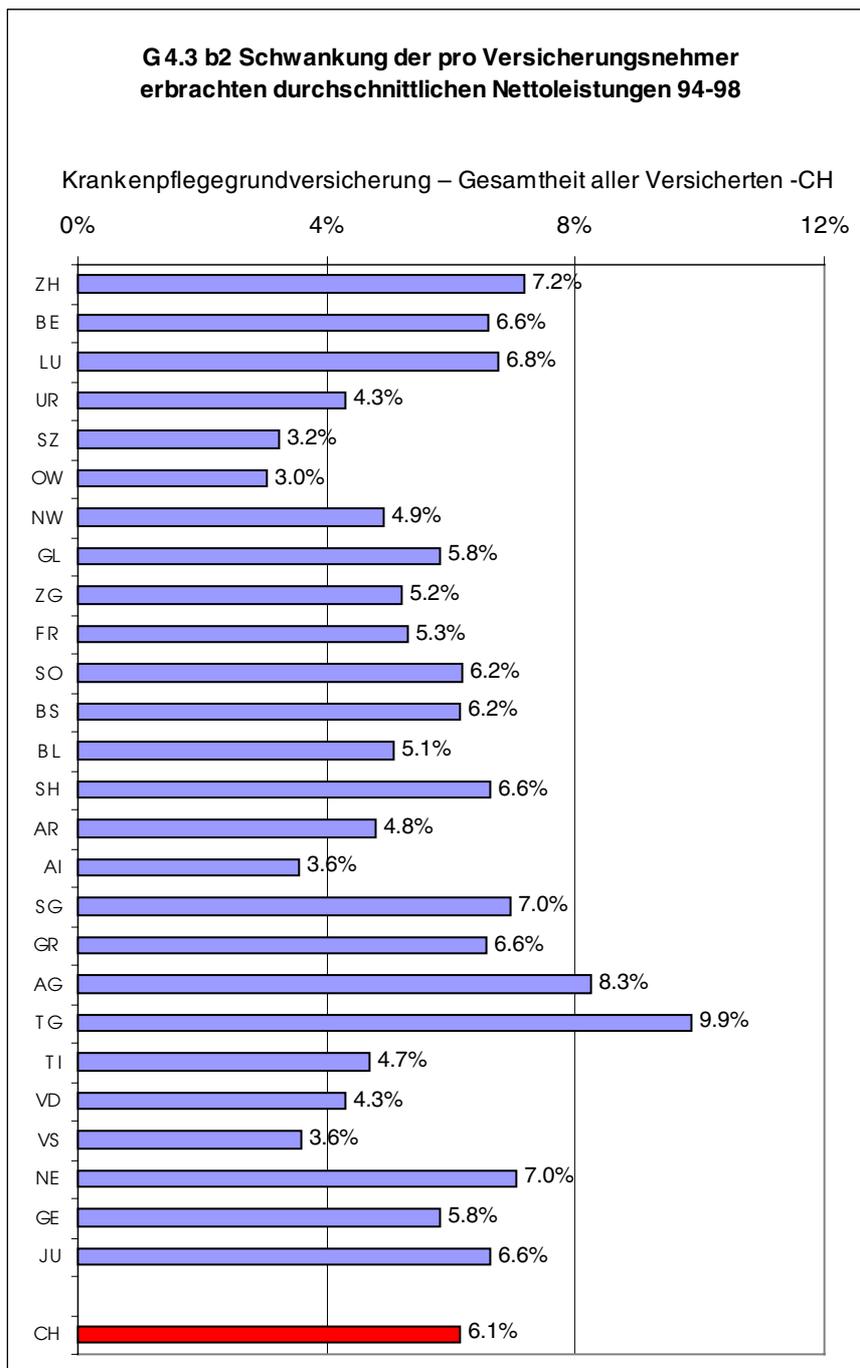
Hat die Einführung des KVG grosse Schwankungen bei den von den KVG-Versicherern erbrachten Nettoleistungen bewirkt?

Tabelle 4.3 a im Anhang zeigt die von 1994 bis 1998 im Jahresdurchschnitt von den KVG-Versicherern an die Versicherten gezahlten Nettoleistungen auf. Die ermittelten Werte beziehen sich auf die Gesamtheit aller Versicherten. Die durchschnittlichen jährlichen Nettoleistungen errechnen sich aus den durchschnittlichen monatlichen Bruttoleistungen abzüglich der Kostenbeteiligungen (gemäss Risikoausgleichsstatistik).

Tabelle 4.3 b im Anhang sowie die **Grafiken 4.3 b1** und **b2** zeigen die Schwankungen der durchschnittlichen monatlichen Nettoleistungen pro Versicherungsnehmer.



Auf Bundesebene zeigt sich in Verbindung mit der Einführung des KVG im Jahre 1996 eine deutliche, möglicherweise auf die Ausweitung des Leistungskatalogs in der Grundversicherung zurückzuführende Erhöhung von 10.4%. In den Jahren 1997 und 1998 kommt es zu geringeren Erhöhungen von 4.8 bzw. 5%. Sie liegen leicht unter den Prämienenerhöhungen, die sich für die selben Jahre im Durchschnitt beim gesamten Versichertenbestand in der Grundversicherung 8.5% ergeben. Auf Kantonsebene zeigen sich erhebliche Unterschiede. Der jährliche Leistungsdurchschnitt schwankt beispielsweise im Jahr 1998 in einer Bandbreite von 1 bis 2.5 (AI: Fr. 999 und GE: Fr. 2543). Von 1995-98 beträgt die Erhöhung im Jahresdurchschnitt zwischen 3.0% (OW) und 9.9% (TG) beträgt.

**Folgerung 4.3:**

Das Jahr 1996 zeigt eine deutliche Erhöhung der von den Versicherern im Jahresdurchschnitt an die einzelnen Versicherten gezahlten Nettoleistungen (10.4%). Zwischen 1997 und 1998 reduziert sich die Erhöhung auf ein Niveau, das in etwa dem des Jahres 1995 entspricht (~+5%). Zwischen den einzelnen Kantonen sind erhebliche Unterschiede zu verzeichnen, dies sowohl in Bezug auf die gezahlten Leistungen (AI und GE : Verhältnis 1 zu 2.5 im Jahre 1998), als auch bezüglich der jährlichen Schwankung in % (OW und TG: Verhältnis 1 zu 3.3 im Betrachtungszeitraum 1994-98).

4.4 Prämienverbilligung

Fragestellung 4.4:

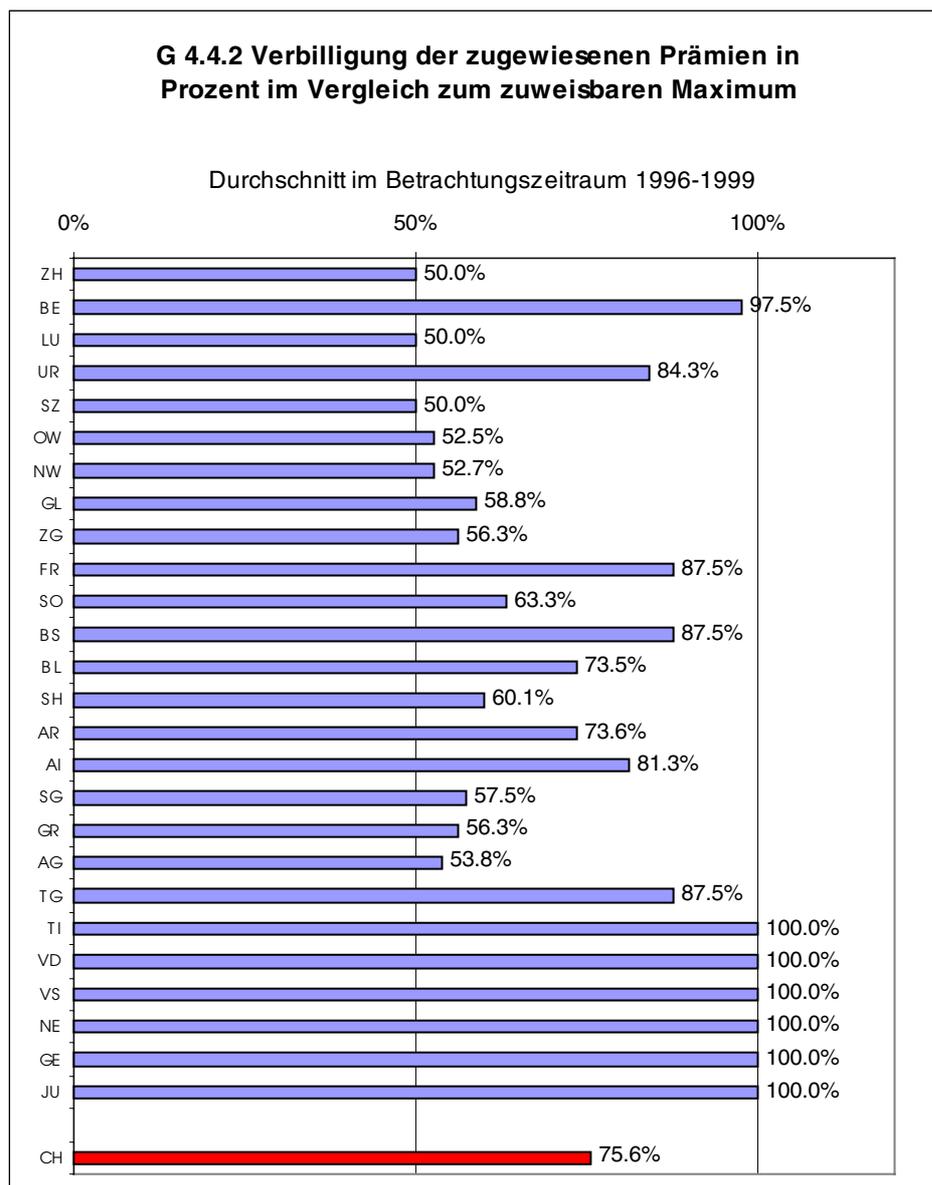
Ist es im Zusammenhang mit der Einführung des KVG bei den vom Bund und den Kantonen für die Prämienverbilligung zu leistenden Beiträgen zu Schwankungen gekommen?

4.4.1 Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenversicherung

Tabelle 4.4.1 im Anhang verdeutlicht für einige Kantone die im Zeitraum 1996-99 die von den Kantonen und vom Bund gewährten Verbilligungen bei den Versicherungsprämien in Mio. Fr. nach Minderung des zuweisbaren Beitragsmaximums.

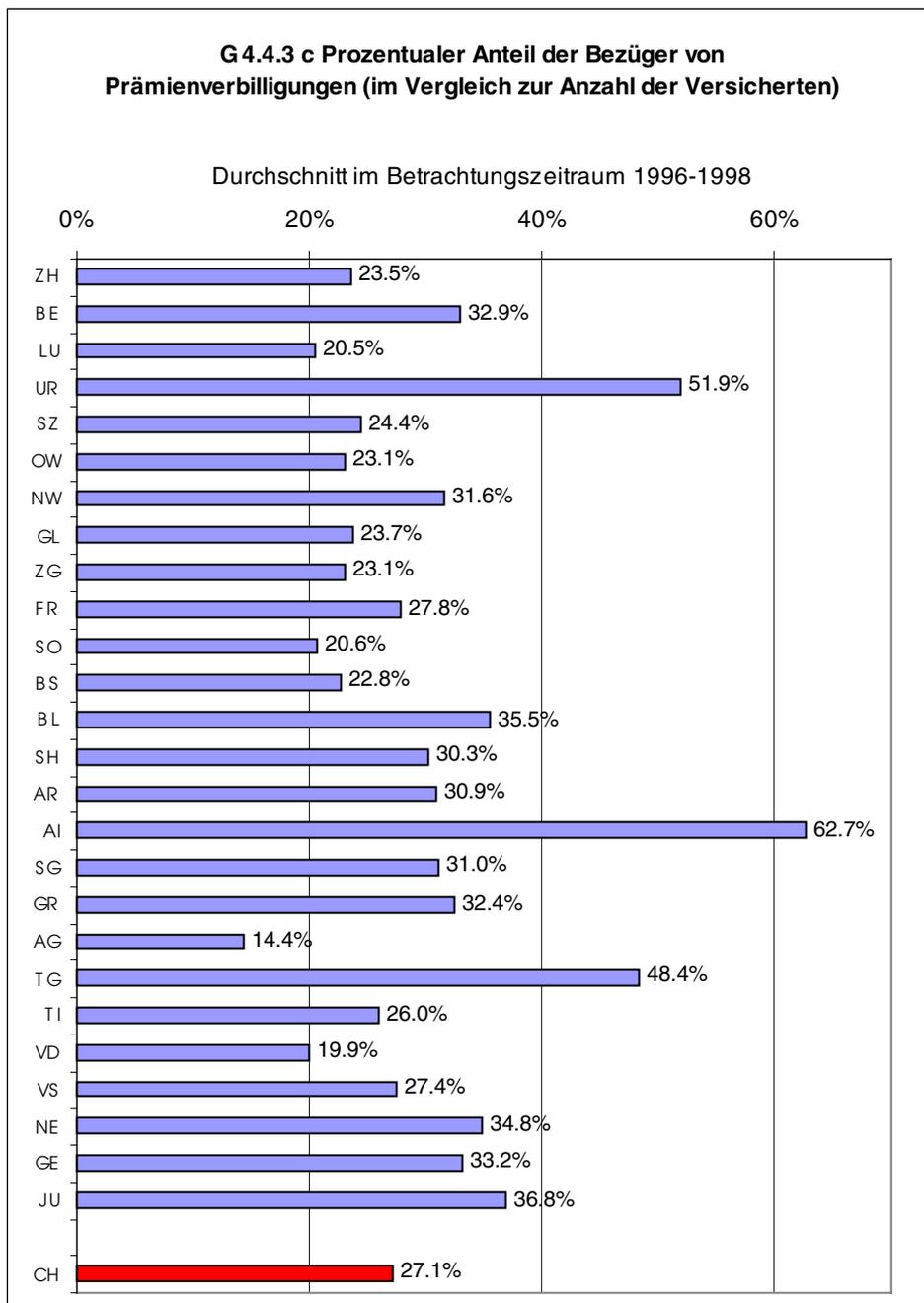
4.4.2 Prozentualer Anteil der Prämienverbilligungen im Vergleich zum zuweisbaren Beitragsmaximum

Tabelle 4.4.2 im Anhang zeigt den prozentualen Anteil der Prämienverbilligungen im Vergleich zum zuweisbaren Beitragsmaximum. Nach Art. 66, Absatz 5 KVG darf ein Kanton den von ihm zu übernehmenden Beitrag um maximal 50% kürzen. Der Bundesbeitrag reduziert sich dann im gleichen Verhältnis. **Grafik 4.4.2** zeigt die durchschnittlichen prozentualen Anteile für den Zeitraum 1996-99.



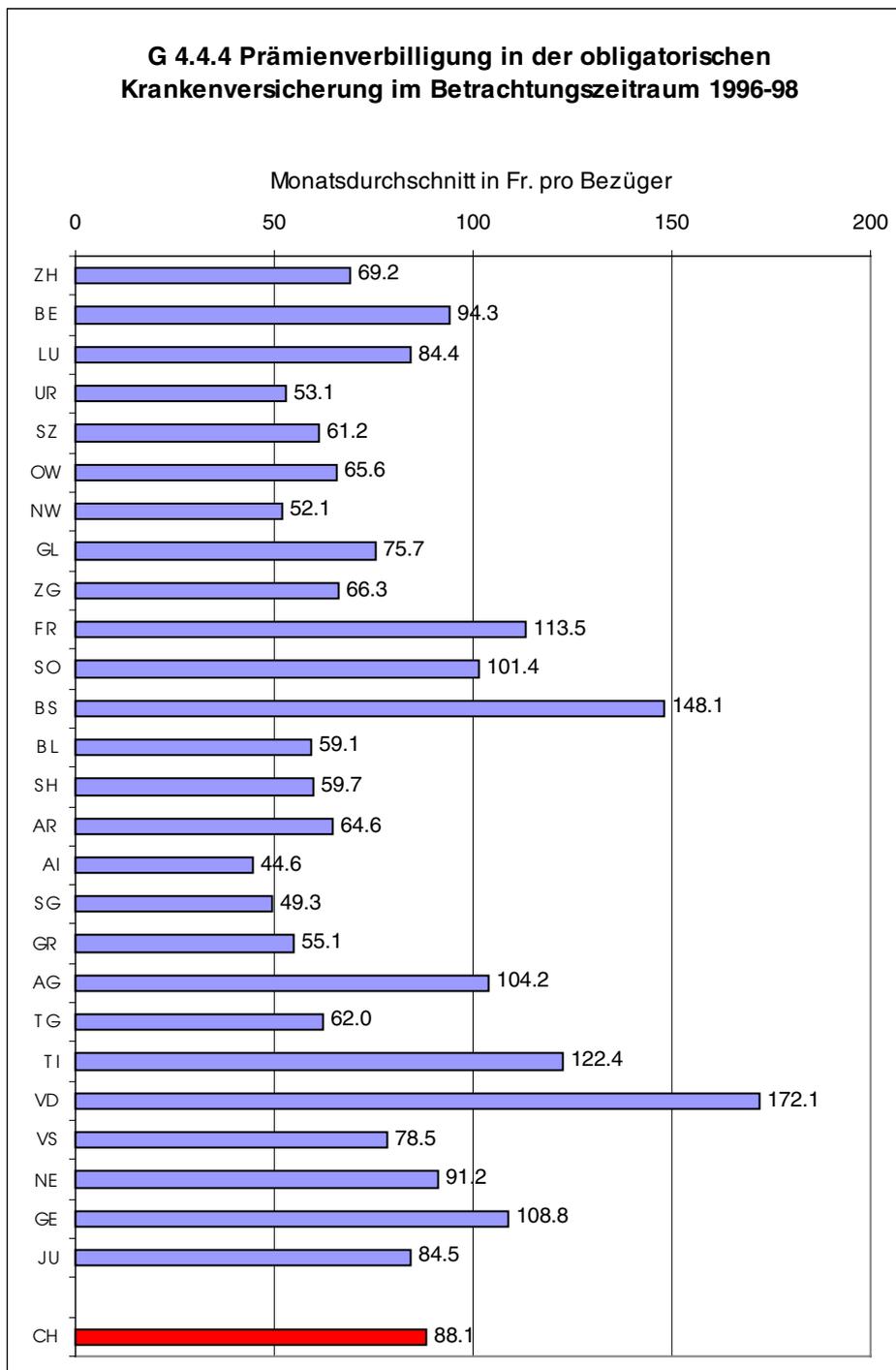
4.4.3 Anzahl der Bezüger von Prämienverbilligungen

Die **Tabellen 4.4.3 a** und **b** im Anhang zeigen die Anzahl der Bezüger von Prämienverbilligungen sowie die Anzahl der durch die Grundversicherung gedeckten Versicherten. Aus diesen Zahlen ergibt sich der Prozentsatz der Bezüger von Prämienverbilligungen im Vergleich zur Gesamtheit aller Versicherten (vgl. **Tabelle 4.4.3 c** im Anhang und **Grafik 4.4.3 c** für die Periode 1996-98). Es lassen sich erhebliche Abweichungen unter den Kantonen feststellen; so hat der Kanton Aargau beispielsweise nur 14.4% Bezüger aufzuweisen, während Appenzell I im selben Betrachtungszeitraum 62.7% ausweist.



4.4.4 Durchschnittliche Prämienverbilligung pro Monat und pro Bezüger in Fr.

Tabelle 4.4.4 im Anhang sowie **Grafik 4.4.4** zeigen die durchschnittliche monatliche Prämienverbilligung pro Bezüger. In den Jahren 1996-98 kommt es zu erheblichen Abweichungen zwischen den Kantonen (Verhältnis 1 zu 3.9: AI Fr. 44.6 und VD Fr. 172.1).



Folgerung 4.4:

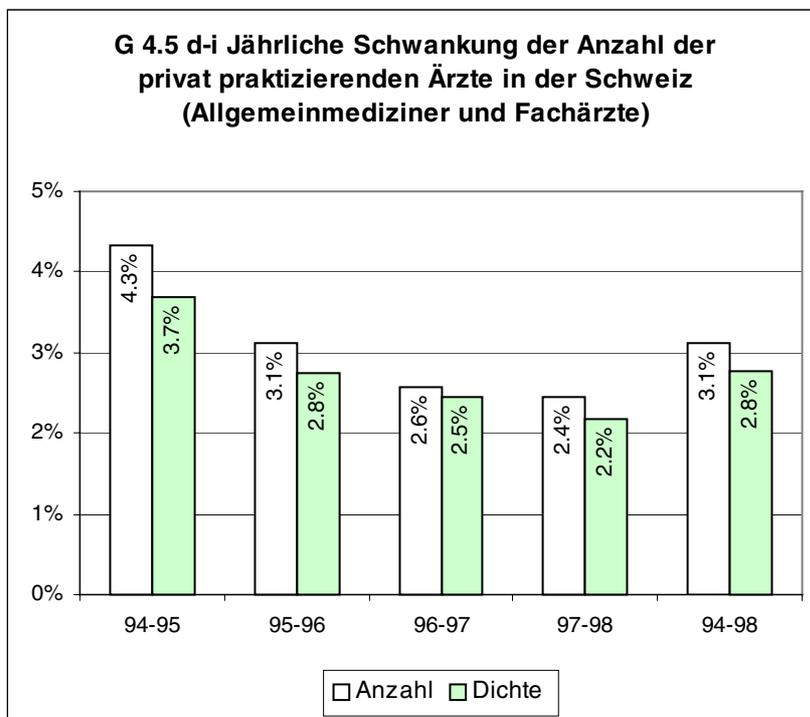
In Bezug auf die von den Kantonen und vom Bund gezahlten Beiträge zur Prämienverbilligung lassen sich erhebliche Unterschiede feststellen. In den Jahren 1996-98 gewährten die Kantone im Durchschnitt nur 75.6% der verfügbaren Beiträge; einige beschränkten sich dabei auf das im KVG vorgesehene Minimum von 50%. Für den einzelnen Bezüger beläuft sich die Prämienverbilligung im Durchschnitt auf Fr. 88.1, mit deutlichen kantonalen Unterschieden (-49% à + 95%).

4.5 Anzahl der privat praktizierenden Ärzte

Fragestellung 4.5:

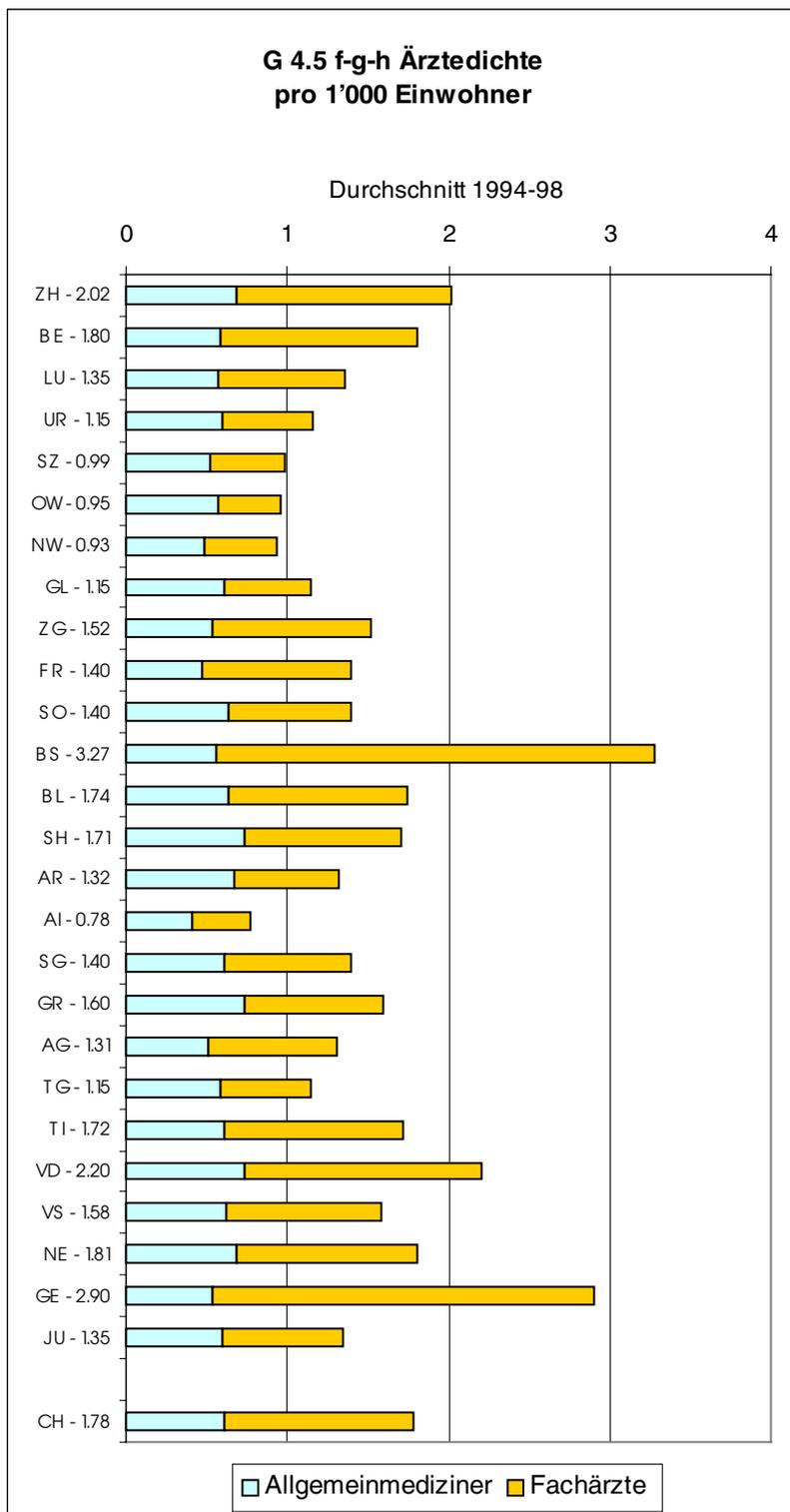
Ist es im Zusammenhang mit der Einführung des KVG zu Schwankungen in der Anzahl der privat praktizierenden Ärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte) gekommen?

Die **Tabellen 4.5 a b c** im Anhang verdeutlichen die Entwicklung der Anzahl der in den verschiedenen Kantonen praktizierenden Allgemeinmediziner und Fachärzte. **Tabelle 4.5 d** im Anhang zeigt – in % ausgedrückt - die Schwankungen in Bezug auf den Effektivbestand im Betrachtungszeitraum 1994-98. Definiert man den Begriff Ärztedichte als Anzahl der Ärzte pro 1'000 Einwohner, so lässt sich in den Jahren 1994 bis 1998 für die Gesamte Schweiz eine Progression von 10% ausmachen. Detaillierte Angaben dazu - mit Angaben der jährlichen Schwankungen – finden sich in den **Tabellen 4.5 f g h i** im Anhang. **Tabelle 4.5 e** im Anhang orientiert über die mittlere jährliche Wohnbevölkerung. **Grafik 4.5 d-i** vergleicht die Entwicklung der Ärztezahl mit der Entwicklung der Ärztedichte im Betrachtungszeitraum 1994-98 und zeigt eine rückläufige Ärztezahl auf, mit einem Rückgang von + 4.3% im Jahr 1995 auf + 2.4% in 1998. Gleichzeitig lassen sich jedoch starke kantonale Unterschiede beobachten. Die Schwankung der Ärztedichte geht im gleichen Zeitraum von + 3.7% auf + 2.2% zurück.



Grafik 4.5 f-g-h zeigt die markanten kantonalen Unterschiede in Bezug auf ein für den Zeitraum 1994-98 berechnetes Mittel (Verhältnis 1:3). Diese Unterschiede sind im Wesentlichen durch die Fachärzte bedingt, während die Dichte der Allgemeinmediziner in den verschiedenen Kantonen relativ stabil bei etwa 0.6 Ärzten pro 1'000 Einwohner liegt.

Aus der **Tabelle 4.5 j** und den **Grafiken 4.5 j1 j2** im Anhang wird der Bezug zwischen den Prämien und Ärztedichten auf Kantonsebene im Vergleich zum gesamtschweizerischen Durchschnitt deutlich. Es wird eine deutliche Korrelation von 0.82 zwischen Fachärzten und Prämien und eine sehr viel weniger deutliche von nur 0.26 zwischen Allgemeinmediziner und Prämien für den Betrachtungszeitraum 1996-98 angezeigt. Ermittelt man das Bestimmtheitsmass R^2 in Verbindung mit einer einfachen linearen Regression für die Beziehung zwischen Ärztedichte und Prämienhöhe, so lässt sich sagen, dass 66% der Schwankung im Prämienniveau durch die Schwankung in der Fachärztedichte und nur 7% durch die Schwankung in der Dichte der Allgemeinmediziner bedingt ist. Das Vorhandensein einer statistischen Korrelation zwischen diesen Variablen ist jedoch nicht ausreichend, um eine Kausalität nachweisen zu können.

**Folgerung 4.5:**

Seit 1996 nimmt der Ärztebestand zahlen- und dichtemässig weniger schnell zu. In Bezug auf die Ärztedichte lassen sich auf Kantonsebene erhebliche Unterschiede ausmachen (Verhältnis 1:3); diese sind im Wesentlichen bedingt durch die Fachärzte (BS 3.27 und AI 0.78 Ärzte pro 1'000 Einwohner im Zeitraum 1994-98). Daneben zeigt sich eine markante Korrelation zwischen der Anzahl der Fachärzte und der Höhe der Prämie in den Kantonen. Ein Ursache-Wirkung-Zusammenhang lässt sich daraus jedoch noch nicht ableiten.

4.6 Anzahl der Apotheken

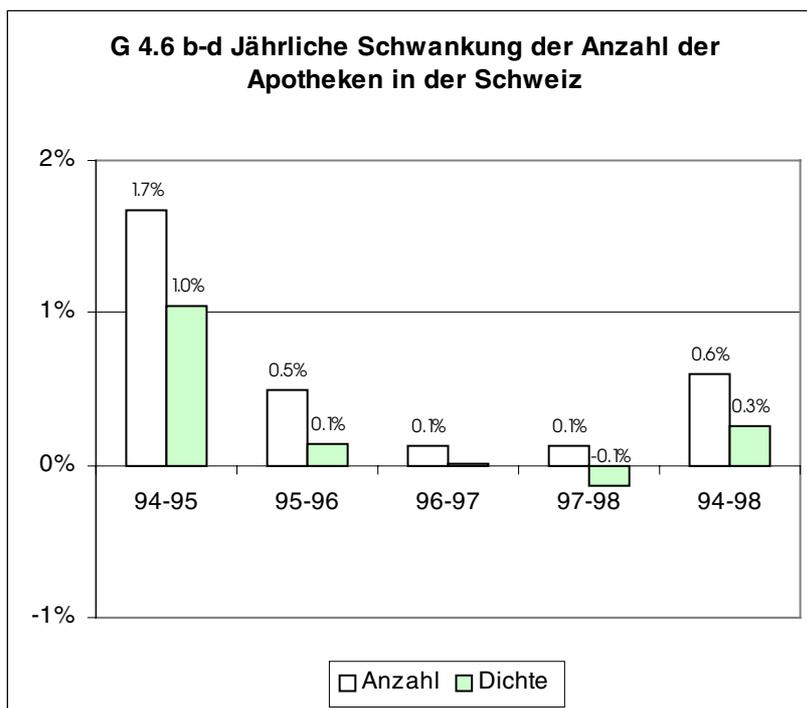
Fragestellung 4.6:

Ist es mit der Einführung des KVG zu Schwankungen in Bezug auf die Anzahl der Apotheken gekommen?

Tabelle 4.6 a im Anhang illustriert die Entwicklung der Ärztezahl in den verschiedenen Kantonen. **Tabelle 4.6 b** im Anhang zeigt – in % ausgedrückt - die Schwankungen im Apothekenbestand im Betrachtungszeitraum 1994-98. Zahlenmässig gibt es bei den Apotheken nur sehr geringe Veränderungen zu verzeichnen; zwischen 1995 und 1998 resultiert ein Unterschied von 40 Einheiten und zwischen 1996 und 1998 einer von 10. Das KVG scheint zu einer Stabilisierung der Apothekenzahl beigetragen zu haben.

Definiert man den Begriff Apothekendichte als Anzahl der Apotheken auf 10'000 Einwohner, so lässt sich feststellen, dass sich diese Dichte zwischen 1994 und 1998 im Landesdurchschnitt bei ca. 2.3 Einheiten eingependelt hat. Die jährlichen Schwankungen in den Kantonen sind in **Tabellen 4.6 c d** im Anhang dargestellt.

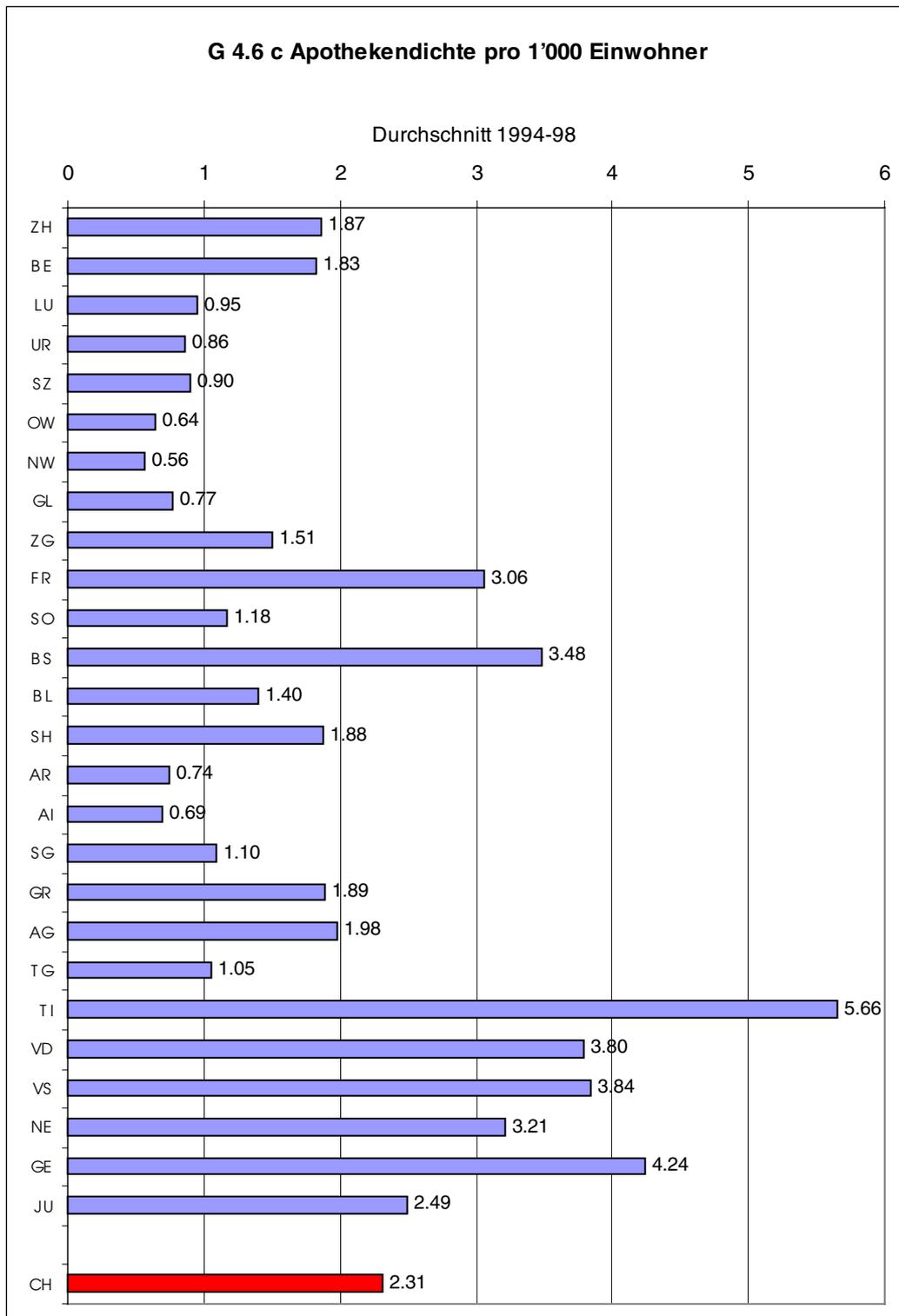
Grafik 4.6 b-d vergleicht die Entwicklung der Apothekenzahl mit der Entwicklung der Apothekendichte im Betrachtungszeitraum 1994-98 und zeigt eine rückläufige Apothekenzahl auf, mit einem Rückgang von + 1.7 im Jahr 1995 auf + 0.1% in 1998. Gleichzeitig lassen sich nur geringe kantonale Unterschiede beobachten. Die Schwankung der Apothekendichte geht im gleichen Zeitraum von + 1.0% auf – 0.12% zurück.



Grafik 4.6 c zeigt die markanten kantonalen Unterschiede in Bezug auf ein für den Zeitraum 1994-98 berechnetes Mittel (Verhältnis 1:10).

Aus der **Tabelle 4.6 e** und den **Grafiken 4.6 e1 e2** im Anhang wird der Bezug zwischen den Prämien und Apothekendichten auf Kantonsebene im Vergleich zum gesamtschweizerischen Durchschnitt deutlich. Es wird eine deutliche Korrelation von 0.83 zwischen Apotheken und Prämien für den Betrachtungszeitraum 1996-98 angezeigt. Ermittelt man das Bestimmtheitsmass R^2 in Verbindung mit einer einfachen linearen Regression für die Beziehung zwischen Apothekendichte und Prämienhöhe, so lässt sich sagen, dass 69% der Schwankung im Prämienniveau durch die Schwankung in der Apothekendichte bedingt ist. Das Vorhandensein

einer statistischen Korrelation zwischen diesen Variablen ist jedoch nicht ausreichend, um eine Kausalität nachweisen zu können.



Folgerung 4.6:

Die Anzahl der Apotheken ist seit 1996 praktisch unverändert, so dass eine stabile Dichte gewährleistet ist, die sich jedoch auf Kantonsebene unterschiedlich gestaltet (Verhältnis 1:10: TI 5.66 und NW 0.56 Apotheken pro 10'000 Einwohner im Zeitraum 1994-98). Daneben zeigt sich eine markante Korrelation zwischen der Anzahl der Apotheken und der Höhe der Prämie in den Kantonen. Ein Ursache-Wirkung-Zusammenhang lässt sich daraus jedoch noch nicht ableiten.

5. Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung des Gesundheitswesens

Das Gesundheitssystem steht für die Gesamtheit aller Erbringer von Gesundheitsleistungen, d.h. für jene Personen und Einrichtungen, die Güter und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich (Pflegeleistungen in Pflegeeinrichtungen, ambulante Gesundheitsversorgung, Medikamente, kollektive Prävention und Verwaltungskosten des Staates und der Sozialversicherungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Gesundheitsleistungen stehen) bereitstellen.

Die Kosten des Gesundheitswesens werden vom BFS seit 1993 erfasst. Die Zeitreihe setzt im Jahr 1985 ein und die Kosten werden im Rahmen dieser Statistik gleich den Ausgaben behandelt. In diesem Kapitel wird die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen zunächst in einem breiteren Kontext untersucht, indem ihr die allgemeine Konjunktorentwicklung gegenübergestellt wird. In der Folge werden Kosten und Ausgaben dann nach Leistungserbringer und Art der beanspruchten Güter und Dienstleistungen analysiert. Die Finanzierung des Gesundheitssystems wird zum einen unter dem Gesichtspunkt der finanzierenden Wirtschaftseinheiten betrachtet; zum anderen wird nach den Trägern der wirtschaftlichen Belastung unterschieden. Schliesslich wird der Versuch unternommen, die Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung jener drei Kategorien von Leistungsträgern aufzuzeigen, die von der Leistungsausweitung besonders betroffen sind: die Spitäler, die Pflegeheime und die Spitex-Dienste (Pflege zu Hause).

Bei der Analyse der Zahlen ist es geboten eine gewisse Vorsicht walten zu lassen, da die Einführung des KVG auch zu einigen Turbulenzen in den Statistiken der Verwaltungen geführt hat, die dem BFS als Datengrundlage dienen. Unerwartete jährliche Abweichungen sind daher gelegentlich auch auf ein technisches oder interpretatorisches Element der zugrundeliegenden Statistik zurückzuführen. Bei den Zahlen des Jahres 1998 handelt es sich noch um vorläufige Werte, die daher mit der gebotenen Zurückhaltung zu interpretieren sind. Die Basisdaten für die Schätzung der Kosten der Arztleistungen und der Ausgaben der Gemeinden (Quelle: EFV, Statistik der öffentlichen Finanzen der Schweiz) standen beim Abschluss dieses Berichts noch nicht zur Verfügung. Auch die auf Bundesebene ermittelten Daten zur Finanzierung der öffentlichen Gesundheit sowie die Schätzwerte bezüglich der Aufwendungen für Spitalbehandlungen im Ausland wohnhafter Personen waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht vollständig verfügbar.

5.1 Gesamtkosten des Gesundheitssystems seit 1985

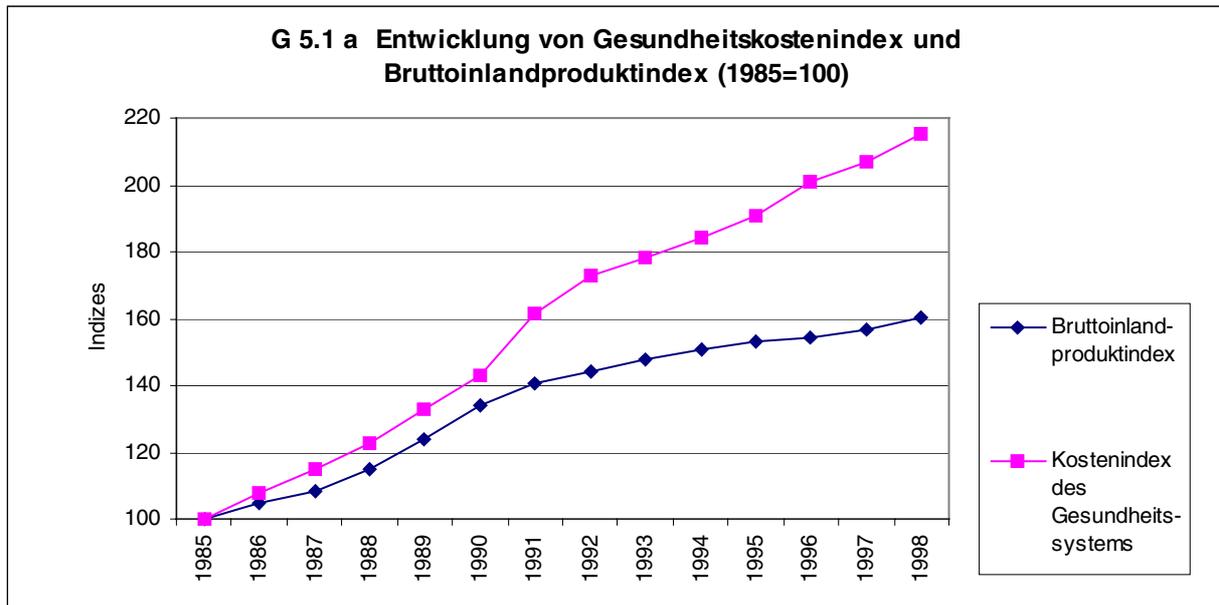
Fragestellung 5.1:

Hatte das KVG Auswirkungen auf die Gesamtkosten des Gesundheitssystems?

Ein allgemeiner Indikator für die Abschätzung der in den Gesundheitssektor investierten ökonomischen Ressourcen ist das Verhältnis der Kosten zum Bruttoinlandprodukt (BIP). 1985 belief sich dieser Wert auf 7.8%, während im Jahre 1995 nicht weniger als 9.6% der wirtschaftlichen Ressourcen des Landes für das Gesundheitssystem aufgewendet wurden. Die Quote überstieg im Jahr 1996 die 10%-Marke und lag 1997 bei 10.2%. Nach den neuesten Schätzungen –sowohl für das BIP als auch für die Gesundheitskosten –erreicht die Quote im Jahr 1998 10.4%.

In der **Tabelle 5.1 a** im Anhang und der **Grafik 5.1 a** wird die Entwicklung des BIP und der Kosten des Gesundheitssystems seit 1985 anhand von Indizes dargestellt. Auffallend ist insbesondere die Tatsache, dass die Gesundheitskosten strukturell deutlich stärker gestiegen sind als das nominale BIP. Die im vorausgehenden Absatz erläuterte Relation zwischen Gesundheitskosten und BIP wird demnach bestätigt. Das seit 1991 deutlich verstärkte Auseinanderdriften von Gesundheitskosten und BIP ist indes ein Phänomen, das mit der konjunkturellen Entwicklung im Zusammenhang steht. Es ist davon auszugehen, dass die Zunahme des Angebots und des Konsums von Gesundheitsleistungen nicht unmittelbar durch

das wirtschaftliche Klima beeinflusst wird und die erheblichen Abweichungen zwischen den beiden Parametern vor allem durch die Verlangsamung der Konjunktur, die sich in einer geringeren Zunahme des nominalen BIP niederschlägt, bedingt sind.



Diese Beobachtungen illustrieren im übrigen die Rolle, die dem Wirtschaftswachstum bei der Finanzierung der Ausgaben für die soziale Sicherheit im Allgemeinen und des Gesundheitssystems im Besonderen zukommt. Können erhöhte Ausgaben nicht mehr mit Produktivitätsgewinn (Wachstum) finanziert werden, so steigt der Bedarf an zusätzlichen ökonomischen Ressourcen rasch an, mit dem Risiko, dass sich das Ausmass, in dem die Finanzierungseinheiten – private Haushalte, Sozialversicherung und öffentliches Gemeinwesen – wirtschaftlich belastet werden, verändert.

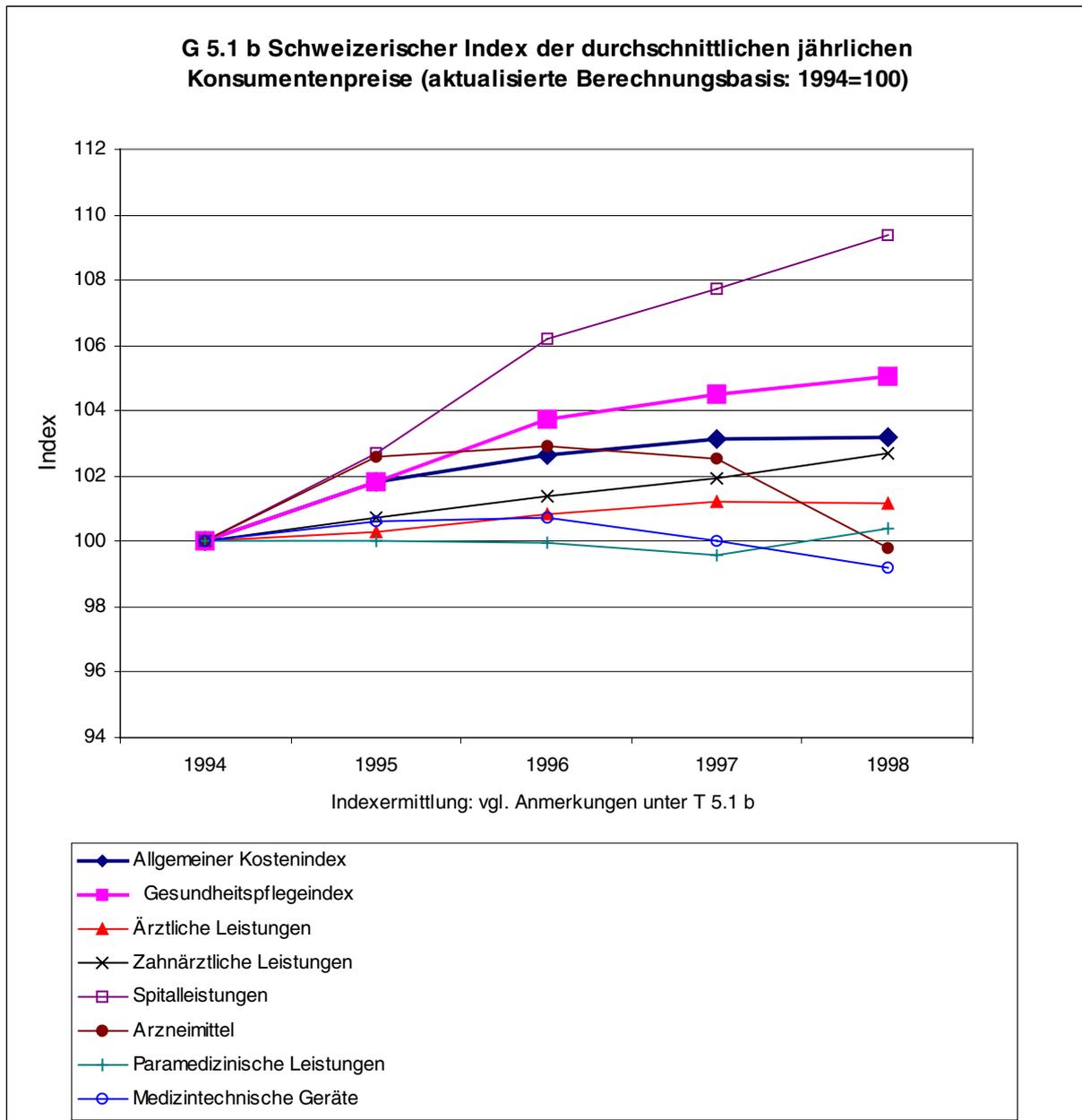
Die Prüfung der jährlichen Kostenzunahmen im Gesundheitssystem ergibt für 1996 eine Steigerung um 5.4%, für 1997 eine solche von 2.9% und für 1998 eine solche von 3.9%. Dies kommt einer durchschnittlichen Steigerung um 4.1% gleich. In den beiden Jahren vor Einführung des KVG waren die Zuwachsraten mit 3.4% (1994) und 3.6% (1995) geringer. Sie müssen im übrigen im Zusammenhang mit der Preiserhöhung bei den Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen betrachtet werden, da die Gesundheitsausgaben durch das Preisniveau und die Menge der in Anspruch genommenen Güter und Dienstleistungen beeinflusst wird. Die Preise für besagte Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen stiegen von 1996 bis 1998 mit einem Jahresdurchschnitt von 1% (vgl. **Grafik 5.1 b** und **Tabelle 5.1 b** im Anhang) - 1,9% im Jahr 1996, 0,8% im Jahr 1997 und 0,5% im Jahr 1998 – hatten jedoch in den Jahren 1994 und 1995 einen deutlich stärkeren Anstieg erfahren (2,0% bzw. 1,8%).

Zur Beurteilung der Frage, ob die Erhöhungen bzw. deren Ausmass als Auswirkung des KVG zu betrachten sind, müssen an dieser Stelle aufgrund der nur dürftigen Datenlage zwei Bemerkungen genügen:

1. Was die Preise anbelangt, so sind die Jahre 1996 bis 1998 durch eine Entwicklung gekennzeichnet, die insgesamt vergleichbar ist mit jener früherer Jahre. Die jährliche Preissteigerung im Gesundheitswesen liegt immer noch über dem Gesamtindex. Eine detaillierte Betrachtung führt zu der Erkenntnis, dass der "Index des Gesundheitssystems" durch die Spitaltarife systematisch nach oben getrieben wird, während die Steigerung bei den Gütern und Dienstleistungen des ambulanten Bereichs im Allgemeinen deutlich tiefer liegt. Das KVG hat somit – abgesehen von den Medikamenten und, in geringerem Umfang, von den paramedizinischen Leistungen und den medizinischen Geräten - keine erkennbaren Auswirkungen auf die Preise (Preisrückgang zwischen 1997 und 1998). Die Ausgaben für diese Kategorien machen jedoch ungefähr 12% der Gesundheitskosten aus. Eine

"Anpassung" der Preise nach dem dreijährigen Preisstopp (Dringlicher Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerungen bei der Krankenversicherung für die Jahre vor Einführung des KVG) ist nicht eingetreten.

2. An dieser Stelle ist zudem darauf hinzuweisen, dass ein Grossteil der Kosten für die ambulante Pflege mit Hilfe eines Kostenindikators pro Versicherter als Schätzwert ermittelt wurde. Dieses Berechnungsverfahren birgt das Risiko, dass die Kosten des Gesundheitssystems zu hoch angesetzt werden.



Folgerung 5.1:

Die derzeit vorliegenden Zahlen und Erkenntnisse lassen vermuten, dass das KVG keine messbaren Auswirkungen auf die Gesamtentwicklung der Kosten im Gesundheitssystem gehabt hat. Zum einen wiesen die Preise keine ausserordentlichen Schwankungen auf (abgesehen von den Preissenkungen bei den Medikamenten und den medizinisch-therapeutischen Geräten) und zum anderen ist der seit 1996 beobachtete Kostenanstieg im Gesundheitssystem vergleichbar mit dem Anstieg früherer Jahre. Bislang existieren noch keine Zahlen, die aufzeigen würden, dass die auf eine Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen abzielenden Bestimmungen des KVG bereits eine positive Wirkung entfaltet hätten.

5.2 Kosten des Gesundheitssystems und Gesundheitsausgaben

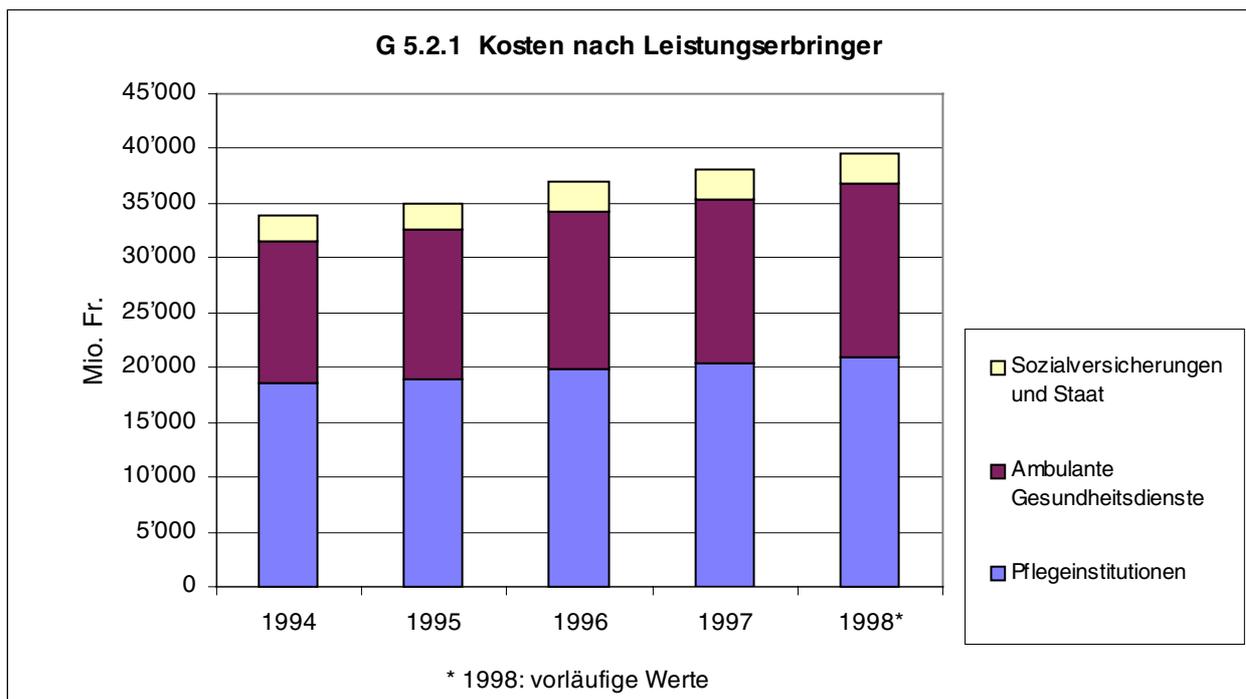
Im Rahmen der Analyse des Gesundheitssystems sprechen wir von Kosten, wenn auf die Leistungserbringer Bezug genommen wird (z. B.: Die Spitäler verursachen Kosten in Höhe von Fr. X Mrd.). Von Ausgaben hingegen wird im Zusammenhang mit dem Konsum gesprochen (z. B.: Die Schweizer haben Fr. X Mrd. für Medikamente ausgegeben). Die Kosten im Gesundheitssystem stehen synonym für die Gesundheitsausgaben.

5.2.1 Kosten des Gesundheitssystems nach den wichtigsten Leistungserbringern

Fragestellung 5.2.1:

Wird die Kostenstruktur des Gesundheitssystems entsprechend der Kategorien von Leistungserbringern durch das KVG beeinflusst?

Mit der Einführung des KVG scheint sich die Entwicklung hin zu mehr ambulanten Diensten und weg von Hospitalisierungen zu bestätigen (**Grafik 5.2.1** und **Tabelle 5.2.1** im Anhang). Nach einer über weite Strecken unspektakulären Entwicklung findet seit 1994 eine Verschiebung statt. Die Einführung des KVG vermag daran nichts wesentliches zu ändern.



Folgerung 5.2.1:

Das KVG hat hinsichtlich der Kostenstruktur des Gesundheitssystems keine spezifische Veränderung hervorgerufen. Die Entwicklung hin zu mehr ambulanten Diensten und weg von der Hospitalisierung lässt sich nämlich schon seit 1994 beobachten.

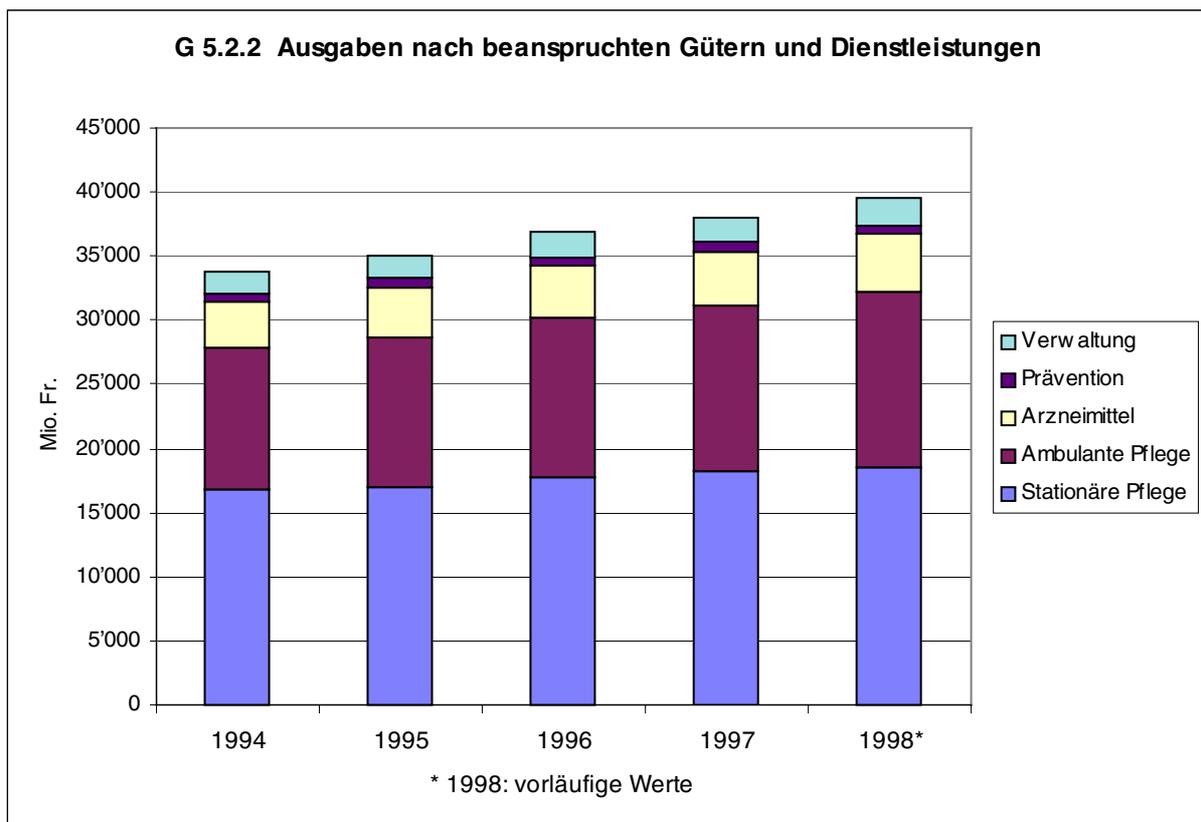
5.2.2 Ausgaben nach der Art der beanspruchten Güter und Dienstleistungen

Fragestellung 5.2.2:

Hatte das KVG Auswirkungen auf die Struktur der Gesundheitsausgaben?

Was die Analyse nach der Art der beanspruchten Güter und Dienstleistungen anbelangt, so wird die oben festgestellte Entwicklung – anteilmässige Zunahme des ambulanten Sektors und Rückgang des Spitalsektors – noch offenkundiger, da die ambulanten Leistungen der Pflegeinstitutionen von der stationären Pflege abgezogen und den ambulanten Diensten zugeordnet werden. Der Ausgabenanteil für stationäre Pflegedienste ging von 49.6% im Jahr 1994 auf 46.8% in 1998 zurück, wohingegen der Anteil für ambulante Dienste im gleichen Zeitraum von 32.7% auf 34.8% anstieg. Der Konsum von Medikamenten blieb stabil.

Die im KVG vorgesehene Förderung der Prävention wirkt sich noch nicht auf die Ausgaben aus. Insgesamt erweist sich der für die Prävention beanspruchte Ausgabenanteil eher als leicht rückläufig. Die Verwaltungskosten der Sozialversicherungen und des Staates haben sich – nach dem starken Anstieg der Verwaltungsaufwendungen der Krankenkassen (KVG-Versicherer seit 1996) im Jahr 1996 – stabilisiert und liegen nun im Jahr 1998 bei 3.9% der Gesamtausgaben des Gesundheitssektors. Bei der Krankenversicherung könnte es sich um eine indirekte, punktuelle Auswirkung des KVG handeln. Durch die neue Rolle, die das Gesetz den Krankenversicherern zuweist, sind gewisse Verwaltungsaufgaben mit einem grösseren Aufwand verbunden. Die Verwaltungsausgaben der anderen Sozialversicherungen und der öffentlichen Haushalte sind in der Regel stabil (**Grafik 5.2.2** und **Tabelle 5.2.2** im Anhang).



Folgerung 5.2.2:

Das KVG hat bislang keine Auswirkungen auf die Struktur der Gesundheitsausgaben, sieht man vom Anstieg der Verwaltungskosten der Krankenversicherer im Jahr 1996 ab. Es handelte sich dabei eher um einen punktuellen, unbeabsichtigten Effekt; bei den besagten Kosten wird ab 1997 erneut eine Tendenz zur Stabilisierung sichtbar.

5.3 Finanzierung des Gesundheitssystems

Bei der Analyse der Finanzierung des Gesundheitssystems lassen sich zwei Ebenen unterscheiden: zum einen die der direkten Leistungsvergütung (entsprechend der finanzierenden Wirtschaftseinheit) und zum anderen die der Vergütung nach dem Träger der tatsächlichen wirtschaftlichen Belastung.

Die wichtigsten Finanzierungseinheiten sind die Gebietskörperschaften (Staat), die Sozialversicherungen und die Privathaushalte. Letztere umfassen jene Finanzströme, die grundsätzlich durch die Budgets der natürlichen Personen fließen.

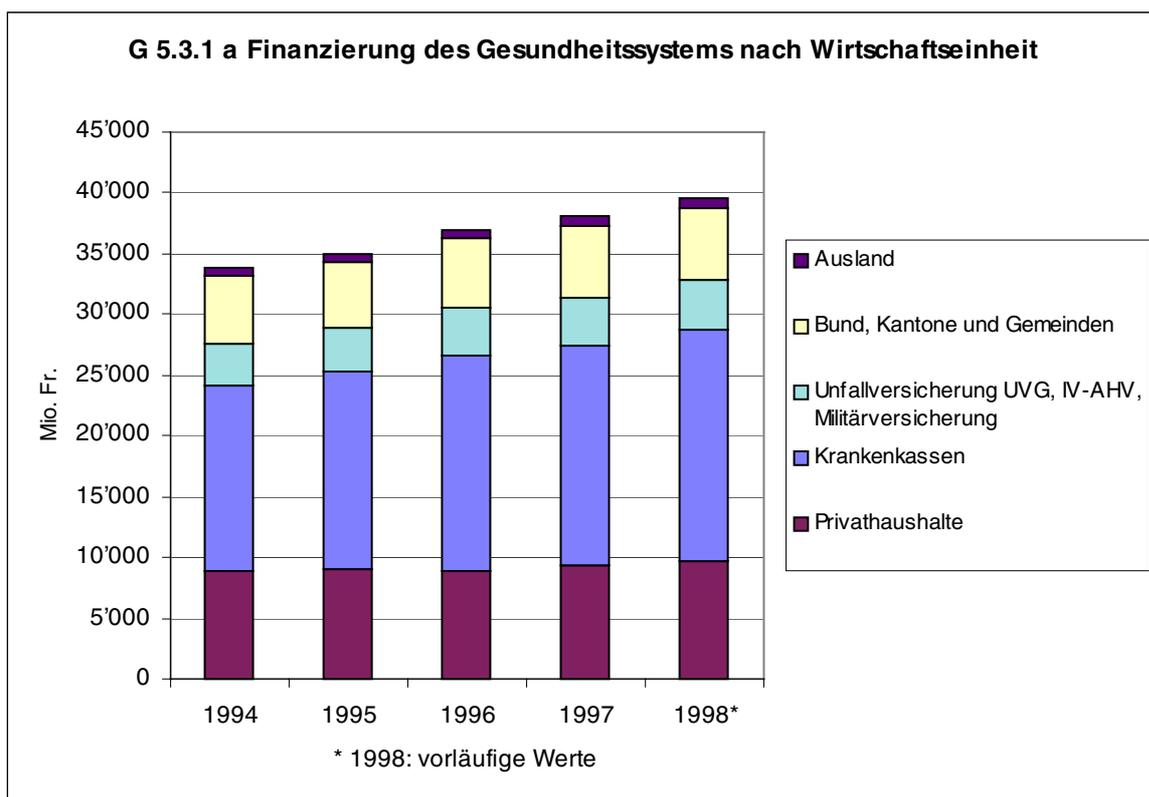
5.3.1 Finanzierung des Gesundheitssystems nach Wirtschaftseinheit

Auf dieser Analyseebene dürften die Auswirkungen des KVG am deutlichsten zu erkennen sein. Allerdings sind hinsichtlich der Finanzierungsanteile der Krankenversicherung einerseits und der Privathaushalte andererseits zwei Vorbehalte anzubringen. Zum einen entsprechen die Zahlungen der Krankenkassen den Bruttobetragen der für die Versicherten erfassten Rechnungen. Darin sind auch jene Zahlungen enthalten, die zu Lasten der Haushalte gehen (Franchisen, Kostenbeteiligung). Zum anderen enthalten die Zahlungen der Privathaushalte einen Betrag in Höhe von ca. 300 bis 400 Mio. Franken, der jenen Leistungen entspricht, die von privaten Versicherungen (Privatunternehmen) ausgerichtet wurden.

Fragestellung 5.3.1:

Welche Auswirkungen zeitigte das KVG auf die Direktzahler (Wirtschaftseinheiten) des Gesundheitssystems?

Im Jahr 1996 ging der Finanzierungsanteil der Privathaushalte zurück, während der Anteil der Krankenversicherung einen Anstieg zu verzeichnen hatte (**Grafik 5.3.1** und **Tabelle 5.3.1** im Anhang). Die anfänglich beobachteten Auswirkungen des KVG werden jedoch durch die Entwicklung in den Jahren 1997 und 1998 wieder leicht korrigiert.



Die Tendenz zu einem steigenden Finanzierungsanteil der KVG-Versicherer und einem im Prinzip parallel dazu rückgängigen Anteil der Privathaushalte war bereits seit einigen Jahren zu erkennen. Mit dem Inkrafttreten des KVG stellt das Jahr 1996 jedoch einen evidenten Bruch dar. 1996 gingen die Zahlungen der Privathaushalte auf 23.8% zurück, während er im Vorjahr noch bei 25.9% gelegen hatte. Bei den Zahlungen der Krankenkassen stieg der Anteil auf 48.4% gegenüber 46.3% im Jahr 1995. Die Zahlen von 1997 zeigen eine Erholung, und für das Jahr 1998 scheint sich eine Stabilisierung auf dem Niveau des Jahres 1996 anzukündigen.

Bei der Finanzierung durch die Gebietskörperschaften ist der Anteil der Kantone und Gemeinden weiterhin gesunken und macht im Jahr 1998 nur noch 14.4% der Zahlungen innerhalb des Gesundheitssystems aus (Kantone 12.1% und Gemeinden 2.3%).

Folgerung 5.3.1:

Aus der Analyse geht hervor, dass sich die Einführung des KVG wie erwartet auf die Entwicklung der finanzierenden Wirtschaftseinheit auswirkte. Der Zahlungsanteil der Privathaushalte ging im Jahr 1996 deutlich zurück und parallel dazu stieg der Anteil der Krankenversicherung – hauptsächlich bedingt durch die Ausweitung des Leistungskatalogs – an. Die Zahlen für die Jahre 1997 und 1998 lassen eine Stabilisierung auf dem Niveau von 1996 erkennen. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden nimmt – wie bereits vor Inkrafttreten des KVG – tendenziell langsam weiter ab.

5.3.2 Finanzierung nach dem Träger der wirtschaftlichen Belastung

Fragestellung 5.3.2:

Hat das KVG Auswirkungen auf die Finanzierungsstruktur des Gesundheitssystems, wenn nach den Trägern der wirtschaftlichen Belastung unterschieden wird?

Bei der Analyse nach dem Träger der wirtschaftlichen Belastung gilt es zunächst, die tatsächliche wirtschaftliche Belastung zu ermitteln, die von den Privathaushalten (inkl. Krankenversicherungsprämien und Kostenbeteiligung) einerseits und den Gebietskörperschaften (Bund, Kantone, Gemeinden) andererseits getragen wird. Die finanzielle Belastung der letzteren besteht in Dienstleistungen im Bereich der Prävention und der Verwaltung, Subventionen zu Gunsten der Leistungserbringer (Spitäler, etc.) und Beiträgen für die Verbilligung der Krankenversicherungsprämien. Der Schwerpunkt der Analyse liegt dabei auf der finanziellen Belastung der Privathaushalte und des Staates (Bund, Kantone und Gemeinden).

Die Belastung der Privathaushalte - sie setzt sich zusammen aus den Krankenversicherungsprämien, den Kostenbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) und den von den Krankenkassen nicht gedeckten Kosten (zahnärztliche Behandlungen, Pensionskosten in Pflegeheimen, Pflege zu Hause usw.) – ändert sich in den Jahren zwischen 1994 und 1998 nur geringfügig. Im Jahr 1998 macht sie 65.6% der für das Gesundheitswesen eingesetzten Mittel aus.

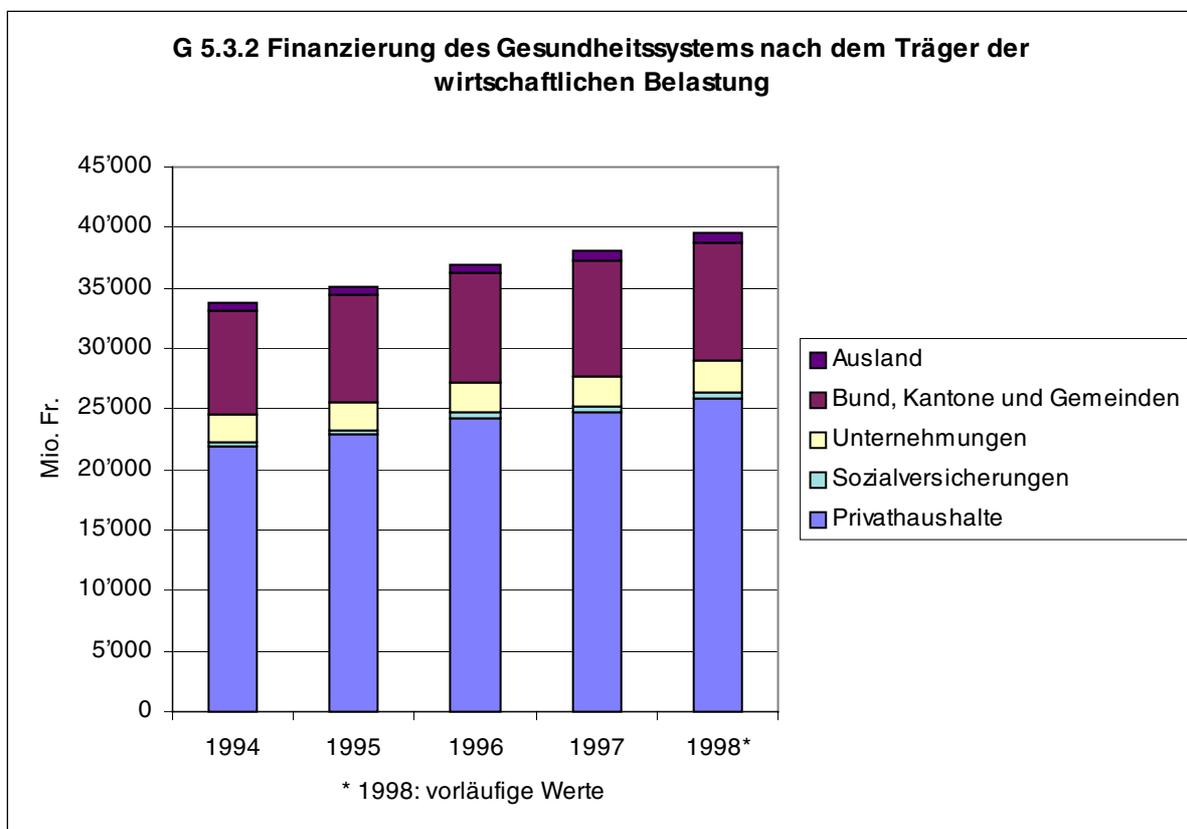
Die Entwicklung des vom Staat übernommenen Anteils – er umfasst in der Hauptsache die Belastungen für die Prämienverbilligung der Krankenversicherung und die Beiträge für die Pflegeheime – verläuft uneinheitlich und liegt im Jahr 1998 insgesamt bei 24.3% (Bund: 7.1%; Kantone: 14.6% und Gemeinden: 2.6%)(**Grafik 5.3.2** und **Tabelle 5.3.2** im Anhang).

In diesen aggregierten Finanzströmen kommen verschiedene, zum Teil widersprüchliche Schwankungen einzelner Finanzierungselemente jedoch nicht zum Ausdruck. Bei der von den Privathaushalten zu tragenden Belastung wirkte sich die KVG unmittelbar in Form einer Minderung der Direktzahlungen (out of pocket) und einer Erhöhung der Zahlungen an die Krankenkassen (Prämien) aus – dies als Folge der Ausweitung des Leistungskatalogs der Grundversicherung. Die Entwicklung in den Jahren 1997 und 1998 lässt sich nicht genau

beschreiben. Die erste, durch das KVG ausgelöste "Schockwelle" ist inzwischen wieder leicht korrigiert. Offenkundig erleben wir gegenwärtig eine Stabilisierung der jeweiligen Anteile an der wirtschaftlichen Belastung: die der direkten Zahlungen auf einem Niveau unterhalb des Anteilsniveaus der Jahre 1994 und 1995 und die der Prämienbelastung auf einem höheren.

Die Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchisen und Selbstbehalte) steigt weiter an, womit sich die bereits 1996 verzeichnete Steigerung weiter aus. 1998 werden 5.5% der Kosten des Gesundheitssystems in Form einer Beteiligung an den Kosten der Krankenversicherung von den Privathaushalten getragen. In den Jahren 1994 und 1995 lag dieser Anteil noch bei 4%.

Was die Finanzierung durch den Staat anbelangt, so ist der Anteil des Gesundheitswesens (inkl. Subventionen für Pflegeinstitutionen) ander Gesamtbelastung im Rückgang begriffen – dies gilt bereits für den Zeitraum von 1994 bis 1998 -, während der für die AHV/IV bestimmte Anteil zunimmt. Hingegen weisen die Ausgaben für die Krankenversicherung ausserordentliche Schwankungen auf, die sich auf Änderungen bei der Subventionierung der Prämienverbilligung zurückführen lassen. Im Vergleich mit der Situation der Jahre 1994 und 1995 sind die Beiträge zur Krankenversicherung im Jahr 1998 auf etwa demselben Niveau anzusiedeln (6.1%).



Zu erwähnen sind auch die laut Statistik der öffentlichen Finanzen extremen Abweichungen bei den Finanzierungsströmen der Kantone in den Jahren 1995 und 1996. Diese Instabilität in den Jahresrechnungen der Kantone ist hauptsächlich mit den Gleichzeitigkeit verschiedene Prämienverbilligungssysteme in den Jahren 1994 bis 1996 zu erklären. Der im Jahr 1996 verzeichnete Rückgang der vom Bund zu schulternden Belastung um insgesamt 24% resultiert unmittelbar aus einer strikten Umsetzung des Prämienverbilligungssystems seitens einiger Kantone. Die Bundesbeiträge werden nämlich nur unter der Bedingung ausgeschüttet, dass sich der betreffende Kanton mit weiteren 35% beteiligt. 1998 nahmen die durch das Prämienverbilligungssystem bedingten Belastungen jedoch gleichwohl zu, blieben aber mit ca. Fr. 700 Mio. unter dem vom Gesetzgeber vorgesehenen Betrag.

Folgerung 5.3.2:

Die finanzielle Belastung der Privathaushalte nahm geringfügig 65.1% im Jahr 1995 auf 66.2% im Jahr 1996 zu. Die Erhöhung rührt daher, dass die Prämien und Kostenbeteiligungen in der Krankenversicherung weiter angestiegen sind, obschon bei den direkt bezahlten Waren und Dienstleistungen ein Rückgang zu verzeichnen war. Wäre das Modell für die Verteilung der Bundesbeiträge voll zum Tragen gekommen, so hätte sich der Anteil der Privathaushalte vermindert.

5.4 Kosten und Finanzierung der Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Dienste

Im Rahmen der Kostenanalyse des Gesundheitssystems lassen sich drei Leistungserbringer identifizieren, für die das KVG im Bereich der Finanzierung einige Auswirkungen haben könnte: die Spitäler, die Pflegeheime und die Spitex-Dienste. Die Finanzierungsstruktur (nach den finanzierenden Wirtschaftseinheiten) dieser drei Kategorien von Leistungserbringern ist in der Folge Gegenstand einer detaillierten Untersuchung.

Vor einer Analyse der Zahlen ist jedoch auf die Unsicherheit der Schätzwerte hinzuweisen; sie ist darauf zurückzuführen, dass sich die Kosten und Finanzierungen aus zahlreichen Komponenten zusammensetzen. Einige Finanzströme wurden nicht auf der Grundlage regulärer Statistiken geschätzt; dazu zählen die Kosten der Pflegeheime, die der häuslichen Pflege sowie die Zahlungen (und Rückerstattungen) der Krankenkassen und Haushalte. In der Regel werden die von den Haushalten geleisteten Zahlungen anhand der Differenz zwischen den bekannten Kosten und den Finanzierungen geschätzt. Die Zahlungen und Rückerstattungen der Krankenversicherung für Leistungen im Pflegeheim werden seit 1994 geschätzt und von der Finanzierung der Spitäler abgezahlt. Ausserdem ist innerhalb der Krankenversicherung keine Unterscheidung zwischen den Leistungen der Grundversicherung und jenen der Zusatzversicherungen möglich.

5.4.1 Kosten und Finanzierung der Spitäler

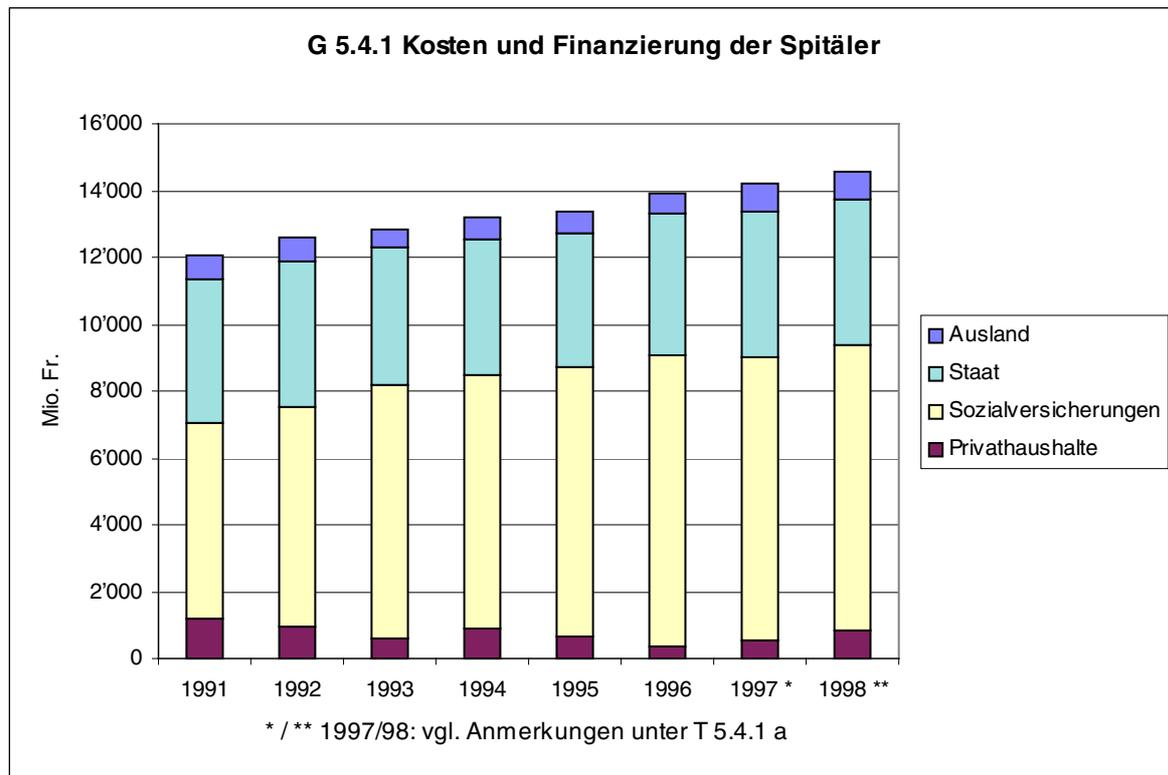
Fragestellung 5.4.1:

Hatte die KVG Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung der Spitäler?

Die Kosten der Spitäler stiegen im Jahr 1996 etwa im gleichen Umfang wie in den Vorjahren. Was die Finanzierung anbelangt, so nahm der Anteil der Krankenkassen von 54.8% im Jahr 1995 auf 57.3% im Jahr 1996 zu, während der Anteil der Privathaushalte von 5.0% auf 2.4% zurückging. Die Auswirkungen des KVG (allgemeine Krankenversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung und Aufhebung der Grenzen und Vorbehalte bei der Leistungsdeckung) sind in diesem Bereich eindeutig festzumachen. Die Entwicklung der Finanzierungsanteile in den Jahren 1997 und 1998 korrigiert die im Jahr 1996 aufgetretenen punktuellen Effekte ganz oder teilweise. Der von den Privathaushalten und den Krankenkassen zu schulternde Anteil bewegt sich im Jahr 1998 in etwa wieder auf dem jeweiligen Niveau des Jahres 1995. Die Ursachen dieser relativ überraschenden Ergebnisse liegen in dem deutlichen Leistungsrückgang bei den Zusatzversicherungen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sich der Effekt von 1996 bedingt durch Ungenauigkeiten in den Statistiken der KVG-Versicherer (unzulässiger Miteinbezug von Taggeldleistungen in die Zusatzversicherungen) übersteigert darstellt. Ganz generell sehen wir uns veranlasst, bei der Ergebnisinterpretation auf Grund mangelnder Transparenz bei den „privaten und halbprivaten“ Leistungen in den Spitälern und den Leistungen der Zusatzversicherung gemäss VVG (Gesetz über den Versicherungsvertrag) grosse Vorsicht walten zu lassen.

Bei den anderen finanzierenden Wirtschaftseinheiten (sonstige Sozialversicherungen, Gebietskörperschaften, Ausland) zeigt sich Entwicklung relativ stabil. Hervorzuheben ist jedoch

die Tatsache, dass die Subventionierung durch die Kantone und Gemeinden tendenziell zurückgeht. Der entsprechende Anteil nahm von 35.5% im Jahr 1991 auf 29.7% im Jahr 1998 ab (**Grafik 5.4.1** und **Tabelle 5.4.1** im Anhang).



Folgerung 5.4.1:

Die von den KVG-Versicherern an die Spitäler vergüteten Leistungen legten im Jahr 1996 deutlich zu (+9%), während der Anteil der Privathaushalte im Anschluss an das Inkrafttreten des KVG um 50% zurückging. Dieser durch die Einführung des KVG bedingte Effekt wurde in den Jahren 1997 und 1998 wieder korrigiert: Die Finanzierungsanteile bewegen sich nun wieder auf dem Niveau des Jahres 1996. Die Korrektur erklärt sich aus dem Rückgang der von den KVG-Versicherern im Rahmen der Zusatzversicherung angebotenen Ergänzungsleistungen.

5.4.2 Kosten und Finanzierung der Pflegeheime

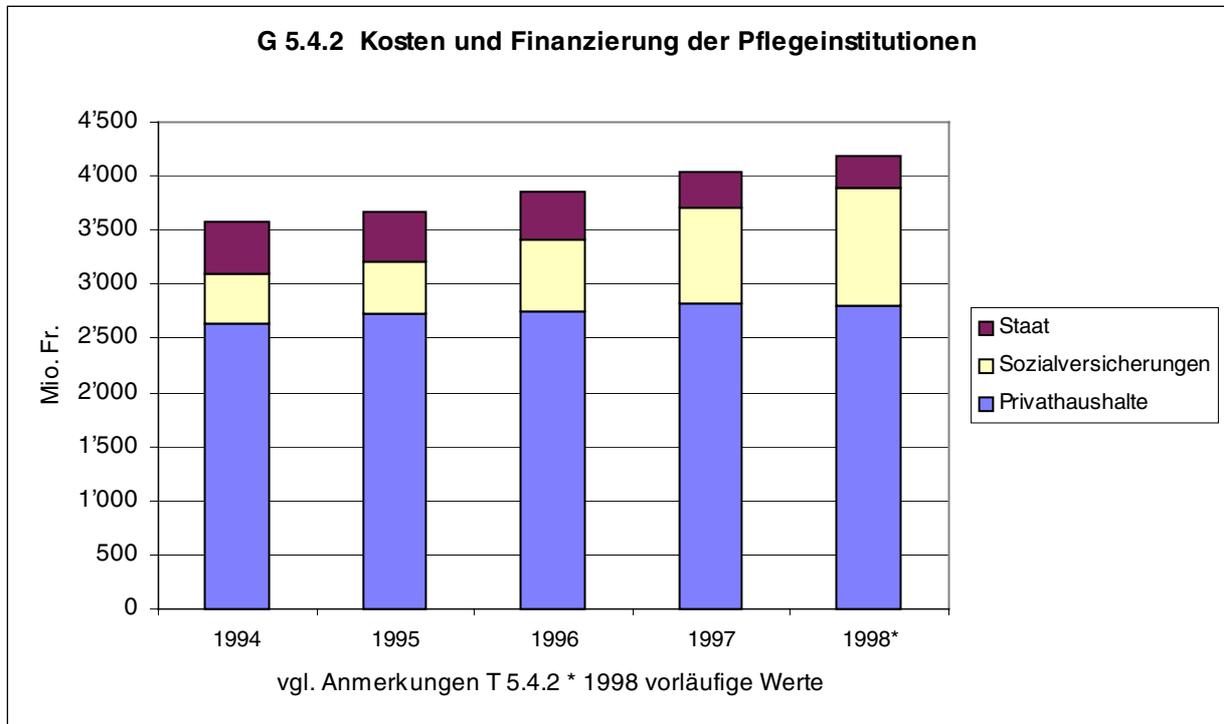
Fragestellung 5.4.2:

Hatte das KVG Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung der Pflegeheime?

Da sich die Abschätzung der Kosten für sozialmedizinische Einrichtungen (SME) in der Hauptsache auf Kostenindikatoren pro beschäftigte Person innerhalb dieses pflegeintensivsten Bereichs stützt, ist es illusorisch, eine aussagekräftige Analyse der Kostenentwicklung für die Jahre 1991 bis 1998 vornehmen zu wollen. Erste Hinweise aus der BFS-Statistik zu den Pflegeinstitutionen bestätigen jedoch das starke Wachstum dieses Segments aus der Angebotspalette des stationären Leistungskatalogs: In den Jahren 1997 und 1998 nahmen die Ausgaben für sozialmedizinische Einrichtungen jährlich um etwa 7% zu, während die der Spitäler nur um 3% zulegten.

Sicherlich kommt es bei diesen beiden Sektoren zu einer Veränderung der Belastung, der Einfluss des KVG in diesem Prozess lässt sich dabei jedoch nicht feststellen.

Was die Finanzierung anbelangt, so sind die Ausgaben der Gebietskörperschaften bekannt (öffentliche Finanzen); allerdings sind Schätzungen der Krankenkassenausgaben für die Jahre 1994 und 1995 extrem schwierig (**Grafik 5.4.2** und **Tabelle 5.4.2** im Anhang).



Seit 1994 ist der von den Haushalten zu übernehmende Finanzierungsanteil im Sinken begriffen. Die Entwicklung lässt sich indes nur ungenau verfolgen, da sie unmittelbar mit den notorisch unbefriedigenden Schätzungen der von den Krankenkassen geleisteten Zahlungen zusammenhängt: Fr. 450 Mio. im Jahr 1994, Fr. 480 Mio. in 1995 und Fr. 660 Mio. in 1996. Die Anteilserhöhung im Jahr 1996 ist jedoch deutlich genug, um der KVG-bedingten Ausweitung des Leistungskatalogs zugeschrieben werden zu können. In der Tat lässt sich die Auswirkung der Leistungsausweitung in derselben Grössenordnung auch noch in den zwei Folgejahren erkennen. Insgesamt verdoppelt sich der Finanzierungsanteil und steigt von 13.1% im Jahr 1995 auf 26.0% in 1998. Es wird also deutlich, dass sich die Anpassung der Tarifvereinbarungen und die Erhöhung der Belastung der Krankenversicherung in diesem Bereich auf mindestens drei Jahre erstrecken. Im Jahr 1998 zahlten die KVG-Versicherer Leistungen für die SME in Höhe von Fr. 1.1 Mrd. über die obligatorische Pflegeversicherung. Fest steht, dass den Zahlungsleistungen für Privatverträge (Zusatzversicherungen) nur geringe Bedeutung zukam.

Über den gesamten Zeitraum von 1991 bis 1998 geht die öffentliche Finanzierung stetig zurück. Auf der Grundlage der Daten für das Jahr 1997 und – in geringerem Masse – den vorläufigen Daten für das Jahr 1998 lässt sich die Vermutung aufstellen, dass das Inkrafttreten des KVG in Bezug auf die sozialmedizinischen Einrichtungen zu einem beschleunigten Rückgang des seitens der Kantone und Gemeinden eingegangenen Engagements geführt hat.

Die Finanzierung durch die Privathaushalte reflektiert den Einfluss des KVG ebenso deutlich. So ging der Finanzierungsanteil der Heimbewohnerinnen und -bewohner von 74.4% im Jahr 1995 auf 67.0% im Jahr 1998 zurück. Allerdings wird durch die insgesamt rückläufige Finanzbelastung keine komplette Änderung in der Finanzierungsstruktur der von den Pflegeeinrichtungen bereitgestellten Leistungen bewirkt. Die Heimbewohnerinnen und -bewohner tragen auch weiterhin die Hauptlast der Finanzierung; das KVG sieht jedoch vor, dass die KVG-Versicherer an die zweite Stelle treten, während sich die Gebietskörperschaften auf den dritten Platz zurückziehen.

Folgerung 5.4.2:

Angesichts des bis zum Jahr 1997 nur lückenhaft vorliegenden statistischen Materials – dies gilt sowohl für die Pflegeheime als auch für die Krankenkassen – ist es nicht möglich, allgemein gültige Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen des KVG in diesem Bereich zu ziehen.

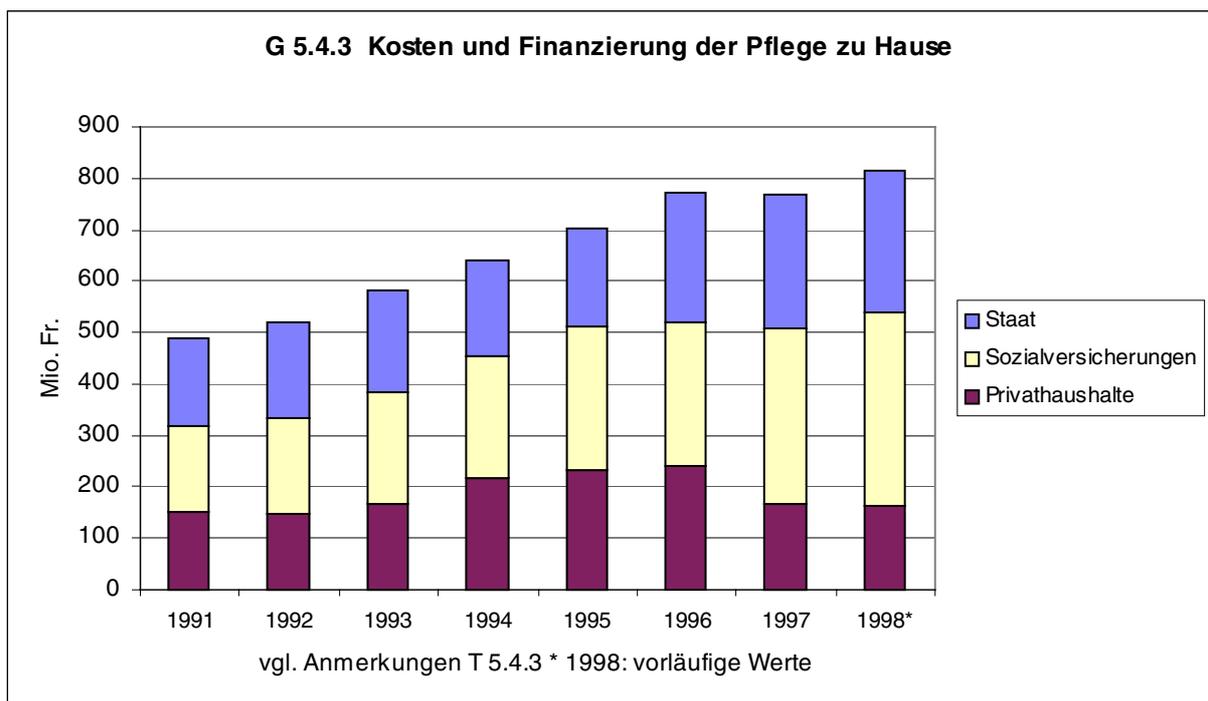
Hinsichtlich der Finanzierungsstruktur lassen sich einige Zahlen ins Feld führen:

- Die KVG-Versicherer nahmen eine stufenweise Erhöhung ihrer Leistungen vor. Der Leistungsumfang erreichte Fr. 1.1 Mrd. im Jahr 1998. Dies kommt einem Finanzierungsanteil von 26% gleich.
- Der Finanzierungsanteil der Gebietskörperschaften ist seit mehreren Jahren im Abnehmen begriffen. Offensichtlich hat das Inkrafttreten des KVG diese Tendenz noch verstärkt.
- Der Finanzierungsanteil der Heimbewohnerinnen und -bewohner ging von 74.4% im Jahr 1995 auf 67.0% im Jahr 1998 zurück. Dieser Anteil wird mit AHV-Renten, IV-Renten, 3. Säule wie auch mit EL getragen. Allerdings tragen die Heimbewohnerinnen und -bewohner immer noch die Hauptlast der Finanzierung.

5.4.3 Kosten und Finanzierung der Pflege zu Hause**Fragestellung 5.4.3:**

Hatte das KVG Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung der häuslichen Pflege?

In Ermangelung regulärer Statistiken zu den über mehrere Jahre laufenden Spitex-Diensten, wurden die Kosten auf der Grundlage jener Untersuchung geschätzt, die das BSV im Jahr 1992 bei den privaten Organisationen der Altershilfe durchgeführt hat. In diesem Zusammenhang wurde von einer jährlichen Progression von 10% ausgegangen. Ab dem Jahr 1997 sind dank der regulären Statistik des BSV präzise und zuverlässige Schätzwerte zu den Leistungen und Organismen der häuslichen Pflege und zu ihrer Finanzierung möglich (**Grafik 5.4.3** und **Tabelle 5.4.3** im Anhang).



Bei der Analyse der Finanzierung dieser Leistungen sind die Schätzwerte bis zum Jahr 1996 mit äusserster Vorsicht einzusetzen, da die statistischen Grunddaten in der Regel nur unzureichend sind (ausgenommen im Bereich der öffentlichen Finanzen). Wir gehen implizit davon aus, dass die Zusatzversicherungen vor 1996 einen Grossteil dieser Leistungen übernommen haben. Für das Jahr 1998 besteht noch eine relative Ungenauigkeit in Bezug auf die Leistungen der Zusatzversicherungen. Allerdings deuten die neuen Zahlen des Bundesamtes für Privatversicherungswesen (BPV) eher auf einen sehr geringen Betrag. Es besteht die Möglichkeit, dass das KVG die Zusatzversicherungen stufenweise entlastet hat und diese Entwicklung parallel zu einer Erhöhung der KVG-Leistungen erfolgte. Die von den Krankenkassen und Privathaushalten zu tragenden Finanzierungsanteile bieten sich – angesichts der Unsicherheit in Bezug auf die Schätzwerte - nur schlecht an für eine Analyse ihrer jeweiligen Entwicklung über den gesamten Zeitraum.

Die Entwicklung der öffentlichen Finanzierung verdient einige Anmerkungen. Im Zeitraum 1992-1995 lässt sich ein Rückgang des öffentlichen Finanzierungsanteils (Kantone und Gemeinden) feststellen. Im Jahr 1996 hingegen wiesen die Ausgaben der Kantone einen unerklärlichen Anstieg auf, und die Zahlen für das Jahr 1997 und 1998 geben Anlass zu der Vermutung, dass sich der öffentliche Finanzierungsanteil im Bereich von 33% stabilisieren könnte. Im Gegensatz zu den sozialmedizinischen Einrichtungen scheinen die Gebietskörperschaften (Kantone und Gemeinden) ihre finanzielle Beitragsleistung nach dem Inkrafttreten des KVG nicht verringert zu haben.

Was die Entwicklung der von den Privathaushalten und den Krankenkassen geschulterten Finanzierung angeht, so bleibt nur festzustellen, dass die Haushalte im Jahr 1998 nur noch 20% für die häusliche Pflege aufbringen, während der Anteil im Jahr 1996 noch bei 31% gelegen hatte. Dagegen nahm der Finanzierungsanteil der KVG-Versicherer von 20.7% im Jahr 1996 auf 27.5% in 1998 zu.

Folgerung 5.4.3:

Angesichts des bis zum Jahr 1997 nur lückenhaft vorliegenden statistischen Materials – dies gilt sowohl für die Spitex-Dienste als auch für die Krankenkassen – ist es nicht möglich, allgemein gültige Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen des KVG in diesem Bereich zu ziehen.

Innerhalb der Finanzierungsstruktur nimmt der Anteil der Haushalte seit 1996 stark ab, während der Anteil der KVG-Versicherer im Anstieg begriffen ist. Der in den Jahren 1997 und 1998 von den Gebietskörperschaften geleistete Beitragsanteil blieb in etwa gleich wie zu Beginn der 90er Jahre.

6. Auswirkungen des KVG auf die Ergänzungsleistungen

6.1 Einleitung

Mit der Untersuchung sollen die Auswirkungen des KVG auf die Entwicklung der Finanzierungsstruktur der Krankenversicherung, des Gesundheitssystems und der wichtigsten Leistungserbringer sowie auf die anderen Systeme der sozialen Sicherheit (Ergänzungsleistungen AHV/IV und Sozialhilfe) aufgezeigt werden. Die Untersuchung dieser Systeme ist notwendig, da sie im Bereich des Gesundheitssystems - unabhängig vom "Risiko", zu dessen Deckung sie beitragen - als refinanzierende Institutionen agieren.

Die Analyse beruht auf den Daten, die das BSV bei den zuständigen kantonalen Stellen erhoben hat. Obwohl in der Statistik der öffentlichen Finanzen die Rubriken 530 (EL-AHV) und 531 (EL-IV) enthalten sind, eignet sich diese Statistik aufgrund des hohen Aggregationsniveaus nicht für eine Analyse der Auswirkungen des KVG. Zudem stimmen die Daten der öffentlichen Finanzstatistik auch auf dieser hohen Aggregationsebene nicht genau mit den Zahlen des BSV überein, da es sich um eine unterschiedliche Optik handelt: zum einen um die des öffentlichen Rechnungswesens und zum andern um die der Aufsichtsfunktion. Die Verarbeitung der Daten der öffentlichen Finanzen liefert indessen interessante Informationen, die den verhältnismässig starken Rückgang der Gesamtausgaben in diesem Bereich zwischen 1995 und 1996 bestätigen.

Auf den folgenden Seiten sollen in erster Linie die Beziehungen verdeutlicht werden, die zwischen dem KVG einerseits und den Ergänzungsleistungen andererseits bestehen. In einem zweiten Schritt geht es darum, einen Katalog der Auswirkungen zu erstellen, die das KVG auf diesen Zweig der sozialen Sicherheit hat, und Methoden festzulegen, mit denen diese Auswirkungen ermittelt werden können.

6.2 Zusammenhang von KVG und Ergänzungsleistungen

6.2.1 Die Situation unter dem KUVG

Vor einigen Jahren waren noch etwa 5% der AHV-Rentner und Bezüger von Ergänzungsleistungen (EL) keiner Krankenkasse angeschlossen. Diese Lücke wurde mit den EL ausgeglichen, indem mit diesen die Krankheitskosten der nicht versicherten AHV-Rentner gedeckt wurden. Ausserdem wurden jetzt auch versicherten Personen, die von den Krankenkassen nicht gedeckte Krankheitskosten zu tragen hatten, diese Kosten rückerstattet. In der Verordnung über den Abzug von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV) und in der Wegleitung über die Ergänzungsleistungen werden die zu erstattenden Krankheitskosten festgelegt.

Dabei ist beispielsweise zu erwähnen, dass die Rückerstattung der Kosten eines Spitalaufenthalts auf die in der allgemeinen Abteilung entstandenen Kosten beschränkt war. Doch die Rückerstattung der Krankheitskosten konnte nicht unbegrenzt erfolgen. Die Grenze bildet der frei verfügbare Teil. Dieser entsprach dem Unterschied zwischen der um zwei Drittel erhöhten Einkommensgrenze und der monatlich ausgerichteten EL. Die Kosten, die aus einem längeren Spitalaufenthalt resultierten, konnten nicht vollständig gedeckt werden.

Seit dem 1. Januar 1996 übernehmen die EL diese Rolle nicht mehr. Als erstes erstatten sie künftig den zu Lasten des Versicherten gehenden Selbstbehalt sowie die tiefstmögliche Franchise, die sich aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ergeben. Hinzu kommen

noch einige andere **Rückerstattungsmöglichkeiten (Pflege zu Hause, Zahnarzt)**, wie dies unter dem KUVG (Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13.6.1911) der Fall war. Es erfolgten somit keine grundlegenden Änderungen, sondern es wurde vielmehr eine Anpassung an den neuen Leistungskatalog des KVG vorgenommen.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Krankenversicherungsbeiträge vor dem Inkrafttreten des KVG bei der Berechnung der EL berücksichtigt wurden. Seit Anfang 1996 werden sie jedoch nicht mehr im Rahmen der EL, sondern durch das Prämienverbilligungssystem erstattet. In **Tabelle 6.2.1 a** und **Tabelle 6.2.1 b** ist je ein Beispiel für die Berechnung einer jährlichen EL vor und nach dem Inkrafttreten des KVG enthalten. Die Mehrheit der Kantone hatte 1996 das in **Tabelle 6.2.1 a** erläuterte Berechnungssystem übernommen, ohne aber die Krankenkassenprämien bei der Berechnung der Haushaltsausgaben weiterhin zu berücksichtigen. Weil zugleich davon abgesehen wurde, das für den Bezug von Ergänzungsleistungen berechtigte Maximaleinkommen höher anzusetzen, führte dies dazu, dass eine gewisse Anzahl von Personen keinen Anspruch mehr auf den Bezug von Ergänzungsleistungen geltend machen konnte. Dies veranlasste den Bund 1997, das in **Tabelle 6.2.1 c** erläuterte Berechnungssystem in allen Kantonen auf dem Verordnungsweg einzuführen.

T 6.2.1 a: Beispiel für die Berechnung einer jährlichen Ergänzungsleistung für eine alleinstehende Person zu Hause (gültig seit 1.1.1995)

Ausgaben		
Lebensbedarf (Einkommensgrenze)		16'660
Netto-Mietzins	5'800	
Nebenkosten	600	
Selbstbehalt	-800	
Mietabzug		5'600
Krankenkassenprämien		2'000
Diätkosten		2'100
Total		26'360
Einnahmen		
AHV-Rente		18'000
Pensionskasse		3'000
Vermögen	10'000	
Freibetrag	-25'000	
Restbetrag	0	
Vermögensverzehr		0
Vermögensertrag		400
Total		21'400
Ergänzungsleistung		
Ausgaben	26'360	
Einnahmen	-21'400	
Jährlich		4'960
Monatlich		413

Quelle: BSV

T 6.2.1 b: Beispiel für die Berechnung einer jährlichen Ergänzungsleistung für eine alleinstehende Person zu Hause (Stand 1997)

Ausgaben		
Lebensbedarf (Einkommensgrenze)		17'090*
Netto-Mietzins	8'100	
Nebenkosten	600	
Selbstbehalt	<u>-800</u>	
Mietabzug		7'900
Diätkosten		<u>2'100</u>
Total		<u>27'090</u>
Einnahmen		
AHV-Rente		18'816
Pensionskasse		3'600
Vermögen	10'000	
Freibetrag	<u>-25'000</u>	
Restbetrag	0	
Vermögensverzehr		0
Vermögensertrag		<u>400</u>
Total		<u>22'816</u>
Ergänzungsleistung		
Ausgaben	27'090	
Einnahmen	<u>-22'816</u>	
Jährlich		4'274*
Monatlich		357

* Diesem Betrag muss die kantonale Durchschnittsprämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche den EL-Bezüglern vollumfänglich zurückerstattet wird, angefügt werden.

T 6.2.1 c: Beispiel für die Berechnung einer jährlichen Ergänzungsleistung für eine alleinstehende Person zu Hause (gültig seit 1.1.1998)

Ausgaben	
Lebensbedarf (Einkommensgrenze)	16'290
Netto-Mietzins	8'000
Obligatorische Krankenpflegeversicherung*	2'300
Total	<u>26'590</u>
Einnahmen	
AHV/IV-Rente	16'200
Sonstige Renten	720
Sonstige Einnahmen	970
Total	<u>17'890</u>
Ergänzungsleistung**	
Ausgaben	26'590
Einnahmen	17'890
Jährlich	8'700
Monatlich	725

* Vom Bund für jeden Kanton festgesetzter Pauschalbetrag

** Einschliesslich der Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Quelle: BSV

6.2.2 Die Situation unter dem KVG

Fragestellung 6.2.2:

Inwiefern hat sich die Situation der Bezüger von Ergänzungsleistungen durch das KVG verändert?

Selbstbehalt und Franchise

Gemäss der neuen Regelung von 1996 wird der Selbstbehalt, der von den Versicherten zu übernehmen ist, im Rahmen der EL bis zu einem Betrag von Fr. 600 bei Erwachsenen und Fr. 300 bei Kindern erstattet. Im weiteren erstatten die EL die tiefste Franchise, d.h. Fr. 150 (seit 1998 : Fr. 230). Was die Erstattung des Selbstbehalts und der Franchise anbelangt, erhält ein EL-Bezüger somit maximal Fr. 750 (bzw. seit 1998 Fr. 800).

Begrenzung bei den Grundleistungen

Unter dem KUVG wurde zwischen obligatorischen und freiwilligen Leistungen unterschieden. Für Personen, die nicht bei einer Krankenkasse versichert waren, wurden im Rahmen der EL auch die freiwilligen Leistungen übernommen. So wurden beispielsweise Medikamente bezahlt, die nicht zu den obligatorischen Leistungen der Krankenkassen gehörten. Unter dem neuen Gesetz erstreckt sich der Leistungskatalog der Krankenkassen auch auf Bereiche, die zuvor von den EL abgedeckt waren. Für diese Bereiche müssen somit keine zusätzlichen Vergütungen mehr ausgerichtet werden.

Spitalaufenthalt

Je nach Kategorie, der die Patienten angehören, müssen sie während eines Spitalaufenthalts eine Kostenbeteiligung von Fr. 10 pro Tag übernehmen. Dieser Betrag kann im Rahmen der EL nicht übernommen werden, da er in der für die Ausrichtung der EL massgebenden Einkommensgrenze (die dem Lebensbedarf entspricht) bereits enthalten ist und damit mit der ordentlichen monatlichen EL bezahlt wird. Bei dieser Kostenbeteiligung geht es insbesondere um die Kosten von Mahlzeiten, die während des Spitalaufenthalts eingenommen werden.

Spezielle Rückerstattungsmöglichkeiten

Im Rahmen der EL werden weiterhin Kosten übernommen, die nicht im Zusammenhang mit den Grundleistungen der Krankenversicherung stehen, jedoch Personen mit bescheidenem Einkommen vor finanzielle Probleme stellen.

Im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause handelt es sich in erster Linie um

- die Hilfe und Pflege zu Hause durch gemeinnützige Institutionen;
- Aufenthalte in Tageszentren;
- Erholungsaufenthalte oder vorübergehende Aufenthalte in Altersheimen, Pflegeinstitutionen, Erholungs- oder Behindertenheimen (der maximale Rückerstattungsbetrag hängt hier von der kantonsweise variierenden maximalen Höhe der Aufenthaltstaxe in Heimen ab);
- Elektrobetten (Mietkosten).

Was die Kosten für Zahnbehandlungen anbelangt, die bislang im Rahmen der EL übernommen wurden, ist es seit dem 1. Januar 1997 notwendig, einen Kostenvoranschlag für jene Behandlungen einzureichen, deren Kosten Fr. 3'000 überschreitet. Die zuständige EL-Stelle lässt einen Vertrauenszahnarzt nachprüfen, ob es sich um eine einfache und zweckmässige Behandlung handelt, und legt dann den Rückerstattungsbetrag fest.

Verbilligung der Krankenkassenprämien

1996 stellte der Bund den Kantonen Fr. 1'830 Mio. für die Prämienverbilligung zur Verfügung. Die Kantone ihrerseits sollten einen Beitrag von Fr. 640.5 Mio. leisten. Damit sollte sich die Summe der Beiträge des Bundes und der Kantone für die Prämienverbilligung in der Schweiz auf Fr. 2'470.5 Mio. belaufen. Doch zahlreiche Kantone haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, einen weniger hohen Beitrag zu leisten. Dies hatte zur Folge, dass sich der Anteil der Bundesbeiträge im gleichen Verhältnis reduzierte und von den ursprünglich vorgesehenen Fr. 1'830 Mio. nur Fr. 1'362 Mio. abgerufen wurden. Der ursprünglich veranschlagte Betrag von Fr. 2'470.5 Mio. für die Verbilligung der Prämien von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verminderte sich damit auf Fr. 1'813 Mio.

Seit Anfang 1996 werden die Krankenversicherungsprämien nicht mehr im Rahmen der EL übernommen und gehören bei der Berechnung der EL auch nicht mehr zur Kategorie der anerkannten Ausgaben. Um den Wegfall des Ausgabenpostens "Krankenkassenprämien" zu kompensieren, sah der Bund eine Erhöhung der für den Anspruch auf eine EL massgebenden Einkommensgrenze vor, und zwar um den Betrag der jährlichen Nettoprämie, die nach der Prämienverbilligung zu Lasten der EL-Bezüger geht. Viele Kantone haben indessen auf eine Erhöhung der Einkommensgrenze verzichtet und stattdessen beschlossen, die Prämien der EL-Bezüger im Rahmen der Prämienverbilligungssysteme voll zu übernehmen. Sie taten dies deshalb, weil ihnen der Bund bis zu zwei Dritteln der für die Prämienverbilligung aufgewendeten Beträge vergütet, während es bei den EL bloss 10-35% sind (Tabelle 6.2.3 b im Anhang). Nur in den Kantonen Zürich und Tessin 1996 wurde die Einkommensgrenze (für alleinstehende Personen) um Fr. 1'200 erhöht.

Nach dem Wegfall des Abzugs der Krankenkassenprämien - d.h. Anfang 1996 - verloren viele Personen, deren Ergänzungsleistung unter dem Betrag der Prämie lag, ihren Anspruch auf EL und mussten versuchen, mithilfe der kantonalen Prämienverbilligungssysteme zu überleben. Manche von ihnen konnten aber auch auf eine Prämienverbilligung keinen Anspruch erheben, weil die dafür relevante Einkommensgrenze zu tief angesetzt war. Deshalb verabschiedete der Bundesrat im Anschluss an die Einführung der Prämienverbilligung im Rahmen des KVG die Verordnung vom 17. Juni 1996 über die Erhöhung der Einkommensgrenzen, in der festgehalten wird, dass das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) bis spätestens Ende November 1996 massgebliche Beträge für die Erhöhung der Einkommensgrenzen im darauffolgenden Jahr festsetzt. Daraus folgte die Verordnung vom 21. November in bezug auf die Berechnung der Ergänzungsleistungen im Jahr 1997. Mit der neuen Verordnung wurde die Einkommensgrenze (Fr. 16'660 im Jahre 1996, Fr. 17'090 im Jahre 1997) gemäss einer technischen Lösung, deren Ausgestaltung den Kantonen überlassen bleibt, um den Betrag der Durchschnittsprämie erhöht.

Diese Änderung führte 1997 zu einer deutlichen Zunahme der Bezügerzahl und Ausgaben. Mit der 10. AHV-Revision trat 1997 eine weitere gesetzliche Änderung in Kraft, welche die EL tangierte, nämlich die Aufhebung der ausserordentlichen Renten mit Einkommensgrenzen. Anstelle der ausserordentlichen Renten wird nun neu entweder eine ordentliche Rente, die kleiner ist, oder gar keine Rente ausgerichtet. Die Reduktion bzw. der Wegfall der Rente wird durch einen höheren EL-Betrag ausgeglichen, was bei den EL gemäss Berechnungen des BSV [BSV (1998)] zu Mehraufwendungen von rund 42 Millionen Franken führte.

Die dritte Revision des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen, die am 1. Januar 1998 in Kraft getreten ist, bringt keine grundlegenden Änderungen und sollte sich daher weder auf die Krankenkassenprämien noch auf die Finanzströme oder die Zahl der Leistungsbezüger auswirken.

Folgerung 6.2.2:

Unter dem KUVG hatten die Ergänzungsleistungen die Funktion, nicht versicherten AHV-Rentnern die Krankheitskosten und allgemein von den Krankenkassen nicht gedeckte Krankheitskosten rückzuerstatten. Das KVG sieht demgegenüber vor, dass der zu Lasten der Versicherten gehende Selbstbehalt (bis zu einem bestimmten Maximalbetrag) und die tiefstmögliche Franchise im Rahmen der Ergänzungsleistungen übernommen werden. Hinzu kommen noch bereits unter dem KUVG gebräuchliche Rückerstattungen wie Hauspflege, Erholungsaufenthalte und Zahnarztkosten. Als entscheidender Faktor erwies sich die Einführung des Prämienverbilligungs-Systems, bei dem der Bund den Kantonen bis zu zwei Dritteln der Ausgaben rückerstattet (während es bei den Ergänzungsleistungen nur 10-35% sind). Diese Neuerung verleitete die meisten Kantone dazu, die Prämien der Bezüger von Ergänzungsleistungen voll zu übernehmen, umgekehrt aber die Krankenversicherungsbeiträge bei der Berechnung der individuellen Ergänzungsleistungen nicht mehr als Ausgabenposten zu berücksichtigen. Mit Ausnahme von Zürich und Tessin verzichteten die Kantone zugleich darauf, das für den Bezug von Ergänzungsleistungen berechtigende Maximaleinkommen höher anzusetzen. Nachdem dies dazu geführt hatte, dass zahlreiche Personen ihren Anspruch auf den Bezug von Ergänzungsleistungen nicht mehr geltend machen konnten, zwang der Bund den Kantonen 1997 ein neues Berechnungssystem auf dem Verordnungsweg auf.

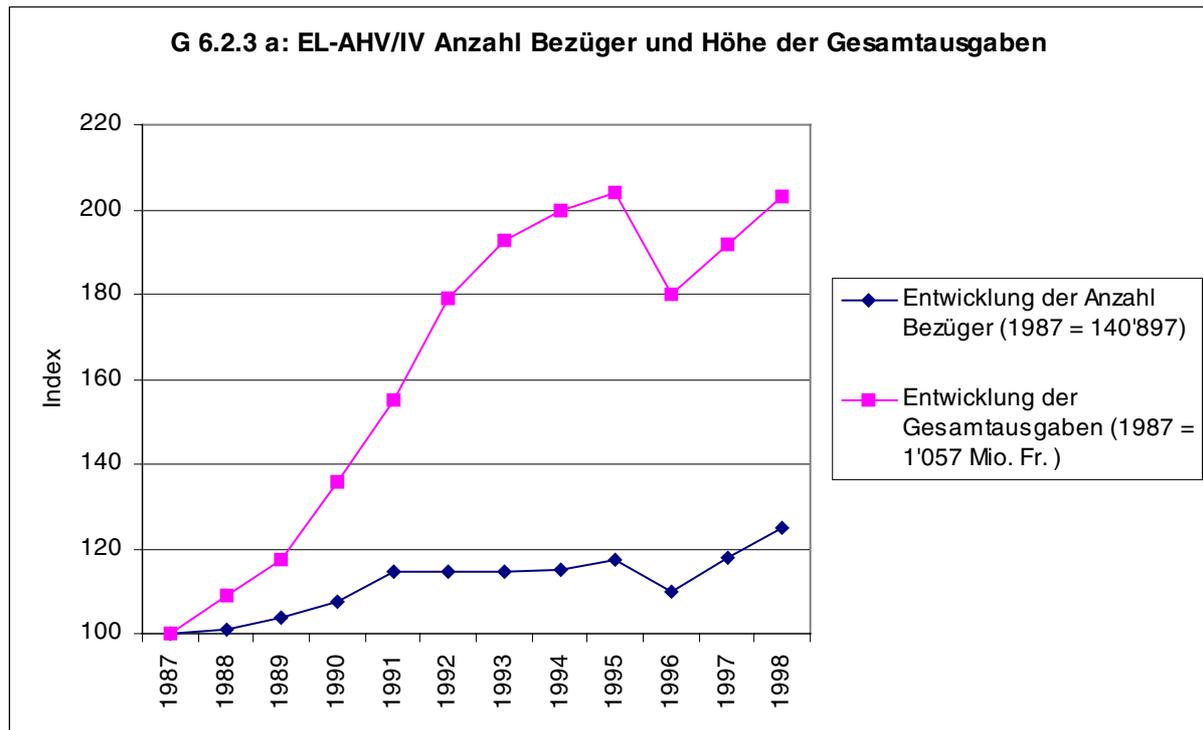
6.2.3 Die finanziellen Auswirkungen des KVG auf das System der Ergänzungsleistungen

Fragestellung 6.2.3:

Inwieweit hat das KVG bei den Ergänzungsleistungen zu einer finanziellen Entlastung beigetragen?

Dank der Untersuchung des BSV, die auf den Daten der ausführenden EL-Organen der Kantone (und zum Teil der Gemeinden) beruht, liegt für den Bereich der Ergänzungsleistungen eine verhältnismässig umfangreiche statistische Basis vor. Bei diesen EL-Organen handelt es sich in der Regel um die kantonalen Ausgleichskassen. Die erwähnte Untersuchung wird seit 1987 durchgeführt und basiert auf der Zahlung der jährlichen EL im März. Sie umfasst ungefähr 150'000 Personen, für die bezüglich der Rückerstattung der Krankheitskosten leider keine Informationen zur Verfügung stehen. Erst seit 1995 stellen die vier Kantone Bern, Luzern, Aargau und Neuenburg sowie seit 1998 auch noch Basel-Stadt Daten über die Krankheitskosten zur Verfügung, die sehr detailliert sind. Der Kanton Zug hat sich diesem System 1996 angeschlossen, um es jedoch kurz danach wieder aufzugeben und das System des Kantons St. Gallen zu übernehmen. Die Zusammenstellung der Krankheitskosten erfolgt nicht im Rahmen des Registers der Leistungsbezüger, sondern beruht auf einer Software, die von einem privaten Unternehmen entwickelt wurde (Mathieu-System). Der Kanton St. Gallen benutzt sein eigenes System, das auch von 15 weiteren Kantonen eingesetzt wird. Es verwendet einen recht groben Raster zur Erfassung der Krankheitskosten; die entsprechenden Daten werden vom BSV nicht verwertet. In den übrigen sechs Kantonen kommen individuelle Lösungen zum Einsatz. Der Kanton St. Gallen ist gegenwärtig dabei, sein System zu überarbeiten.

Zeitreihen über die Leistungsbezüger und die aufgewendeten Beträge, 1987 - 1998



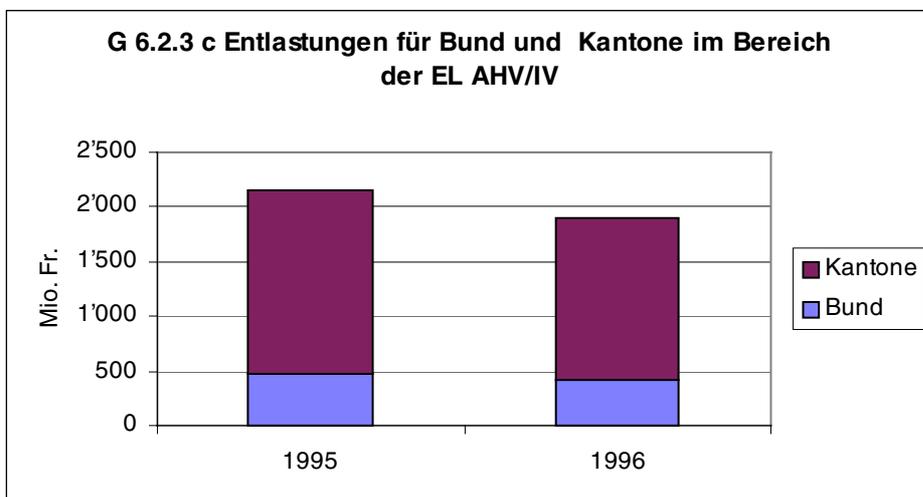
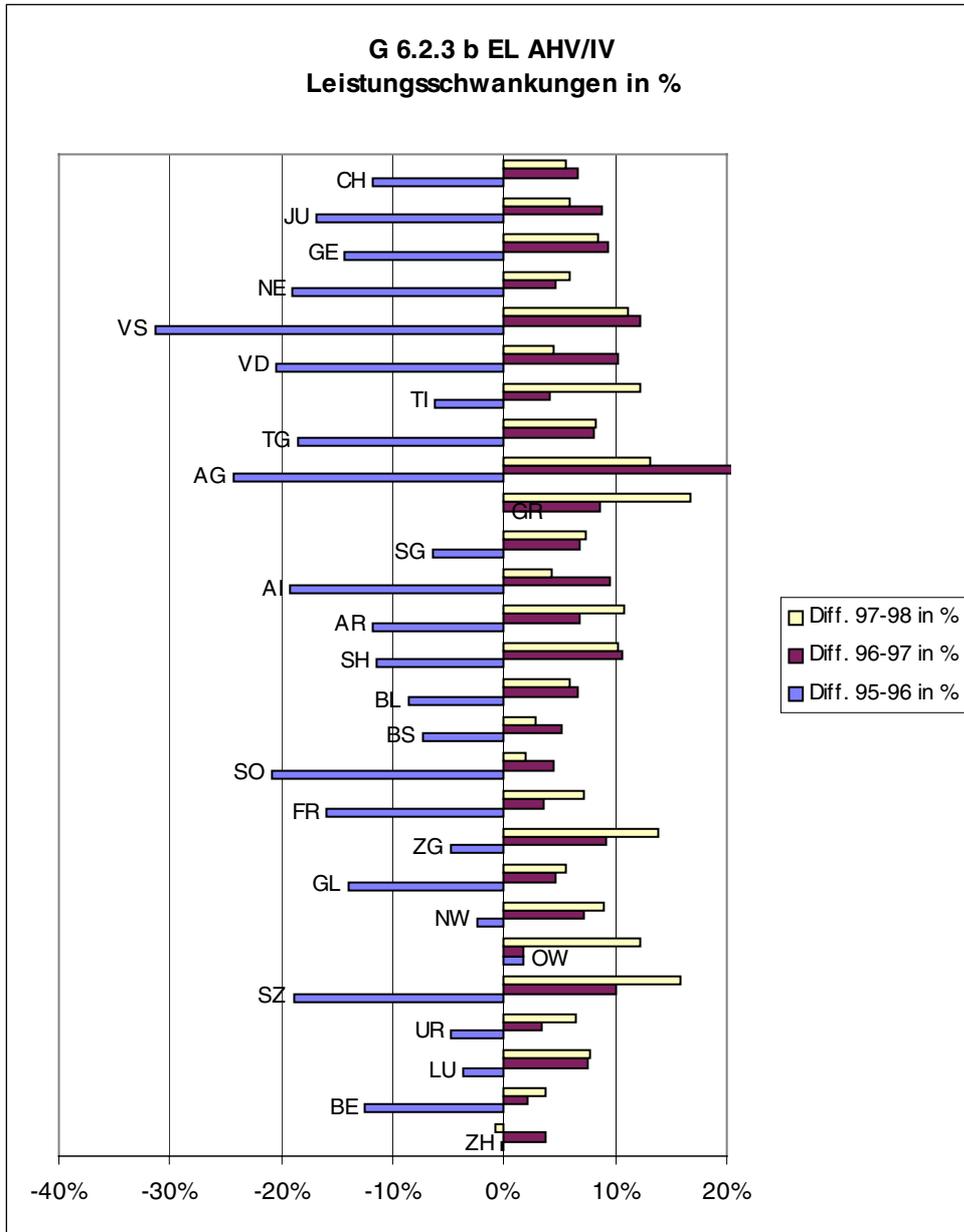
Wie **Tabelle 6.2.3 a** im Anhang und **Grafik G 6.2.3 a** illustrieren, waren von 1995 bis 1996 ein deutlicher Rückgang der Zahl der Bezüger von EL-AHV/IV (6.6%) und eine Reduktion der (mit den EL identischen) Gesamtausgaben in Höhe von Fr. 253.1 Mio. (11.7%) zu verzeichnen. 1996 wendeten Bund und Kantone für die EL Fr. 1'904.5 Mio. auf, während sich der entsprechende Betrag 1995 noch auf Fr. 2'157.6 Mio. belaufen hatte.

Auf Kantonebene wird einzig für Obwalden eine Zunahme der Kosten ausgewiesen; in allen anderen Kantonen wurden 1996 weniger EL als 1995 ausgerichtet. Bei Zürich und Graubünden waren die Einsparungen zwar kaum der Rede wert; in 13 weiteren Kantonen belief sich der Rückgang indessen auf mehr als 10%. In den Kantonen Solothurn, Aargau und Waadt reduzierten sich die EL um 20-25%, im Wallis gar um über 30% (**Tabelle 6.2.3 b** im Anhang und **Grafik 6.2.3 b**).

Die Entlastungen, die für die Kantone mit der Einführung des neuen KVG im Bereich der EL verbunden waren, hätten sich gemäss der in der Dokumentation zum KVG enthaltenen Schätzung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz und der Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren auf Fr. 85 Mio. belaufen sollen [BSV (1994)]. Das erste Jahr unter dem neuen KVG hat dann für die Kantone sogar eine höhere Entlastung gebracht als erwartet, nämlich eine Einsparung von fast Fr. 185 Mio. Eine Entlastung von Fr. 68,6 Mio. konnte im weiteren auch der Bund verbuchen (**Tabelle 6.2.3 c** im Anhang und **Grafik 6.2.3 c**).

Allerdings sollte die rückläufige Bewegung bei Bezüger und Kosten nicht lange anhalten. Bei den Kosten war 1997 wieder der Stand von 1993 und 1998 fast schon wieder jener von 1995 erreicht. Noch stärker haben sich in der jüngsten Vergangenheit die Bezügerzahlen erhöht: Bereits ein Jahr nach der Einführung des neuen KVG lagen sie schon wieder auf der Höhe von 1995, und 1998 erklommen sie gar einen neuen historischen Höchststand (nahezu 176'500 Personen). Der für 1996 dokumentierte Rückgang der Ausgaben und der Bezügerzahlen stellt demzufolge ein vorübergehendes Phänomen dar; bedingt durch die erneute starke Zunahme an EL beziehenden Personen hat seither auch die Kostenschraube eine weitere Drehung erfahren. Dass die neue KV höhere und zeitliche unbefristete Beiträge für Aufenthalte in Pflegeheimen

gewährt und die EL damit noch zusätzlich entlastet, hat diese Entwicklung nicht verhindern können.



Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung für Personen in Pflegeheimen und für zu Hause gepflegte Personen in den Jahren 1995 und 1996

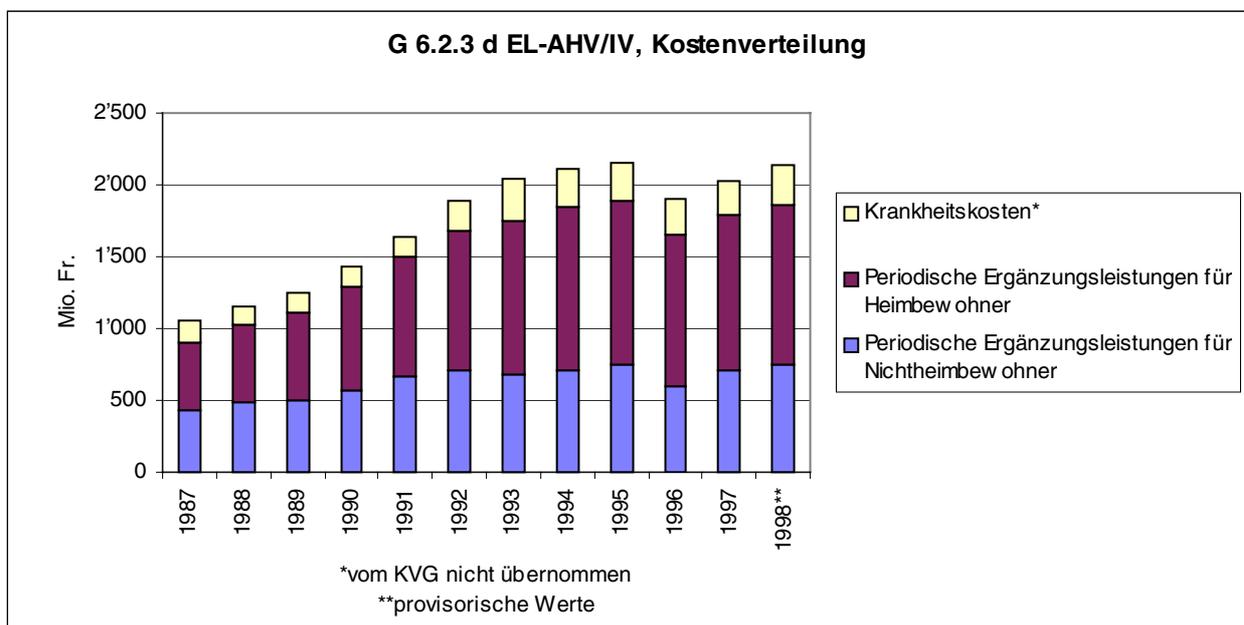
Die Ausgaben für Personen, die in Pflegeheimen leben, gingen zwischen 1995 und 1996 um Fr. 82.4 Mio. zurück. Abgesehen vom Prämienverbilligungssystem steht dieser Rückgang mit der Ausrichtung von höheren und zeitlich unbefristeten Beiträgen für Aufenthalte in Heimen im Zusammenhang. Die Beiträge der Krankenkassen sind von Fr. 2'300 im Jahre 1995 auf Fr. 4'000 im Jahre 1996 angestiegen (Durchschnittswerte pro Jahr). Die zusätzlichen Fr. 1'700, die von den Krankenkassen übernommen wurden, bedeuteten für die EL eine Entlastung in gleicher Höhe.

Bei den Leistungsbezügern, die zu Hause leben, betrug der Rückgang 154.3 Mio. Franken. Bei dieser Kategorie von EL-Bezügern erwies sich das Prämienverbilligungssystem in Verbindung mit dem Rückgang der Zahl der Leistungsbezüger als ausschlaggebend für die Senkung der Ausgaben.

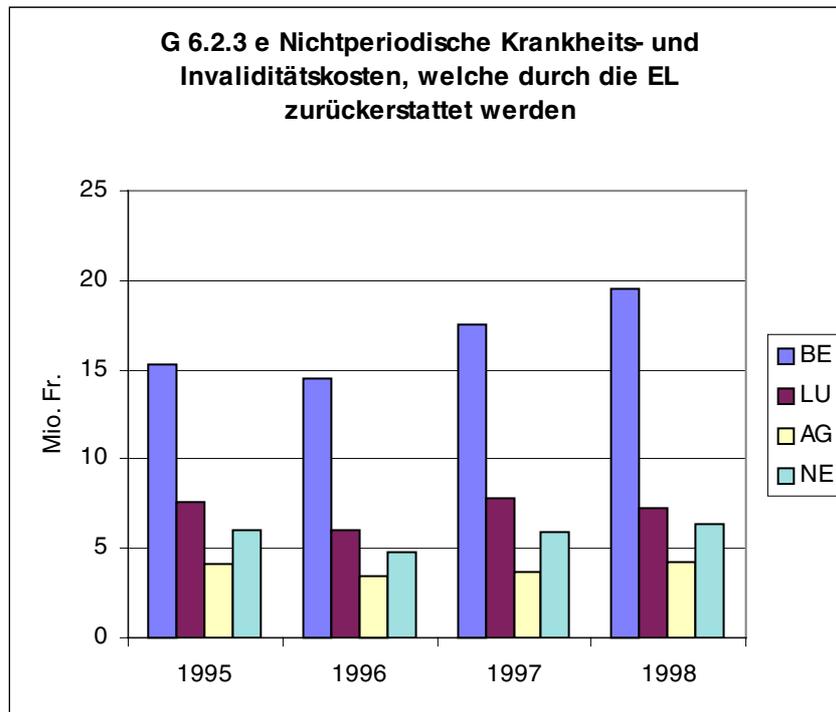
Die übrigen Kosten, die von der Krankenpflegegrundversicherung ausgeschlossen sind und in den Jahren 1995 und 1996 im Rahmen der Ergänzungsleistungen übernommen wurden

Seit der Einführung des KVG werden von den Kassen weitaus mehr Leistungen übernommen als zuvor. Dies ermöglichte es, die im Rahmen der EL erstatteten Krankheitskosten zu begrenzen. 1996 gingen diese Kosten um Fr. 16.3 Mio. zurück, was höchstwahrscheinlich eine direkte Folge der Ausweitung des Leistungskatalogs auf unbefristete Leistungen bei Spitalaufenthalt, Auflösung der Versicherungsreserven, therapeutische Apparate und zahnärztliche Behandlungen im Anschluss an eine Erkrankung war.

Bei der Interpretation dieser Daten ist zwar eine gewisse Vorsicht geboten, denn die Krankheitskosten weisen eine grosse Schwankungsbreite auf. Dies ist vor allem auf rückwirkende Zahlungen zurückzuführen, die sich nicht unbedingt auf das Geschäftsjahr beziehen, in dem sie erfasst wurden. So stiegen die Krankheitskosten zwischen 1991 und 1993 von Fr. 135.8 Mio. auf Fr. 280.7 Mio. an, nahmen jedoch bereits 1994 wieder etwas ab. Der Rückgang setzte sich bis 1997 fort; in diesem Jahr beliefen sich die Kosten auf weniger als Fr. 240 Mio. Für 1998 weist die Statistik aber wieder eine höhere Zahl aus. Die uneinheitliche Entwicklung hängt sehr wahrscheinlich mit der Unregelmässigkeit der Ausgaben und mit den in der Wegleitung vorgesehenen Fristen für die Einreichung von Rückerstattungsgesuchen zusammen. Die Kosten werden erstattet, wenn die betroffenen Personen ihren Anspruch innerhalb von 15 Monaten nach dem Zeitpunkt geltend machen, in dem diese Kosten in Rechnung gestellt wurden (**Tabelle 6.2.3 d** im Anhang und **Grafik 6.2.3 d**).



Für die Jahre ab 1995 sind auch für die Kantone Bern, Luzern, Aargau und Neuenburg, für 1998 ausserdem noch für Basel-Stadt Angaben vorhanden. Die kantonalen Zahlen zeigen lediglich für Bern ab 1996 ein neuerliches signifikantes Wachstum an (**Tabelle 6.2.3 e** im Anhang und **Grafik 6.2.3 e**).

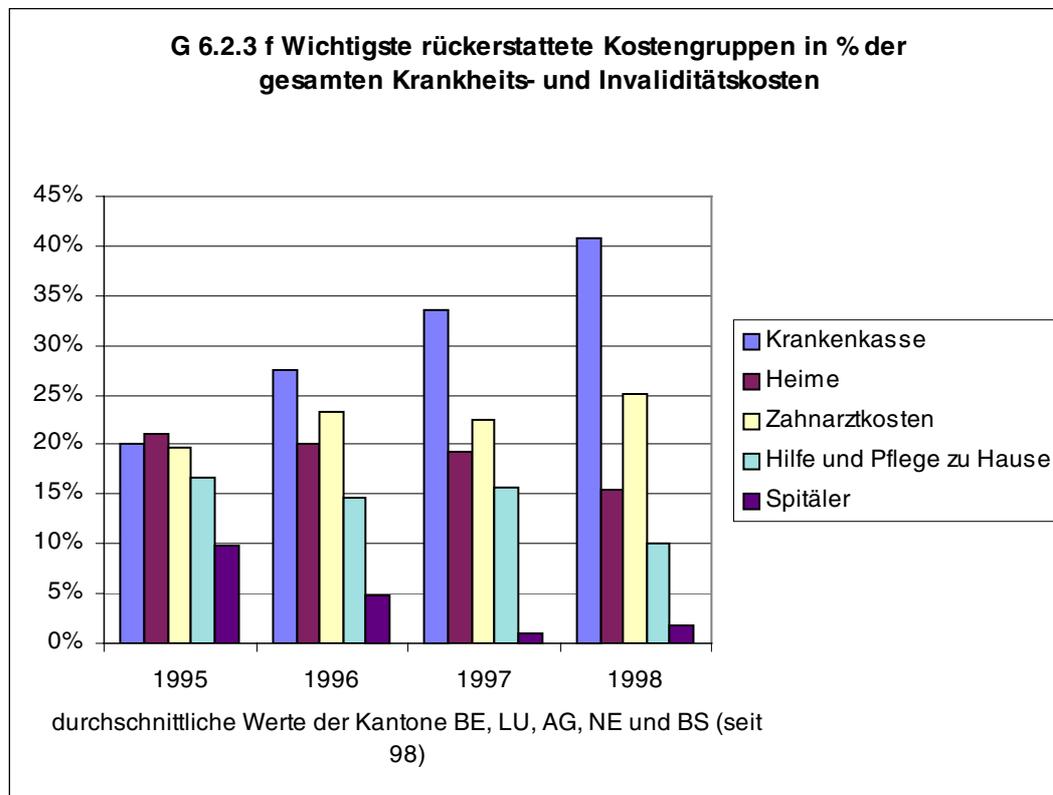


Zu den Krankheitskosten werden auch der Selbstbehalt und die Franchise gezählt, die zu Lasten des Versicherten gehen. Diese Rubriken gehören aber bei weitem nicht zu den bedeutendsten Kostenfaktoren. Wie die von den Kantonen Bern, Luzern, Aargau und Neuenburg ab 1995 und von Basel-Stadt für das Jahr 1998 bereitgestellten Daten belegen, kommt den Krankenkassenbeiträgen, den Zahnarztkosten sowie den Kosten für Hilfe und Pflege zu Hause und in Heimen erheblich mehr Gewicht zu. Im Vergleich der Jahre 1995 und 1998 werden dabei allerdings interessante Verschiebungen sichtbar: Im Durchschnitt der vier (fünf) Kantone ergab sich mit einem Anstieg von 20 auf 41% eine Verdoppelung des Anteils, mit dem die Kosten für den Krankenkassen-Selbstbehalt an den gesamten Krankheitskosten beteiligt waren. Um 5% erhöhte sich das relative Gewicht der Zahnarztkosten, während bei den Heimunterbringungen, der Hauspflege und den Spitalaufenthalten ein Rückgang um insgesamt 48% (Heimunterbringungen 21%, Hauspflege 17%, Spitalaufenthalte 10%) angezeigt wird. Krankenkassen und Zahnärzte haben 1995 bloss zwei Fünftel, 1998 dagegen fast zwei Drittel der Krankheitskosten beansprucht. Da die Datenbasis die beiden grossen Kantone Bern und Aargau miteinschliesst, kommt diesen Angaben eine gewisse Aussagekraft zu (**Tabelle 6.2.3 f** im Anhang und **Grafik 6.2.3 f**).

Die Situation in den Jahren 1997 und 1998

Aus den Daten von 1997 und 1998 ist ein neuerlicher Anstieg der Ausgaben ersichtlich, der auf die Einführung einer neuen Einkommensgrenze (Lebensbedarf), auf das Inkrafttreten der Verordnung über die kantonalen Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung von 1997 für die Berechnung der Ergänzungsleistungen und auf die 10. AHV-Revision, die eine Erhöhung der EL-Beiträge mit sich brachte, zurückzuführen ist. Jene Personen, die Anfang 1996 ihren Anspruch auf EL infolge der Einführung des Prämienverbilligungssystems verloren haben, können seit 1997 wieder EL beziehen und dabei von allen Vorteilen profitieren, die mit der Rückerstattung der Krankheitskosten im Zusammenhang stehen (Selbstbehalt, Franchise, Kosten der Pflege zu Hause usw.). Das KVG hat aber immerhin einen dauerhaften Entlastungseffekt auf

die EL, da die Prämien jeweils im Rahmen des Prämienverbilligungssystems bezahlt werden. Geht man von einer Durchschnittsprämie von Fr. 2'100 (1997) bzw. Fr. 2'300 (1998) und von insgesamt 155'000 EL-Bezüger aus, ergibt sich für die EL - bei gleichbleibenden sonstigen Bedingungen - ein Entlastungseffekt von maximal Fr. 325 Mio. bzw. 360 Mio. pro Jahr.



Folgerung 6.2.3:

Sowohl die Kantone als auch der Bund haben 1996 bei den Ergänzungsleistungen Einsparungen verzeichnet. Bei den Kantonen belief sich die Entlastung auf fast Fr. 185 Mio.; erwartet worden war lediglich ein Betrag von Fr. 85 Mio. Sieht man von Zürich, Obwalden und Graubünden ab, reduzierten sich die Ausgaben in allen Kantonen um mehr als 10%. Bei den periodisch erbrachten Ergänzungsleistungen für Pflegeheime und für zu Hause gepflegte Personen wurde hierbei erheblich mehr eingespart als bei den vom KVG nicht gedeckten Krankheitskosten. 1997 sorgten die Einführung einer neuen (höheren) Einkommensgrenze, das Inkrafttreten der Verordnung über die kantonalen Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der EL sowie die 10. AHV-Revision (Kompensation der Rentenkürzung bzw. des Rentenwegfalls durch erhöhte EL) für einen erneuten Anstieg der Kosten, der sich 1998 fortgesetzt hat.

6.3 Detaillierte Abschätzung der Minderausgaben im Jahr 1996 nach Ursachen

Fragstellung 6.3:

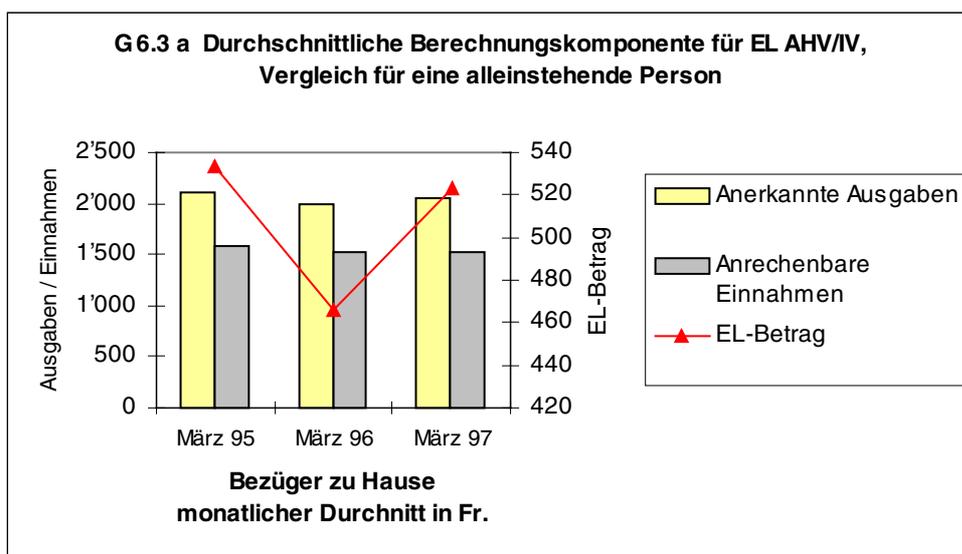
Woher stammt das Geld, das 1996 bei den Ergänzungsleistungen aufgrund der Einführung des KVG eingespart werden konnte?

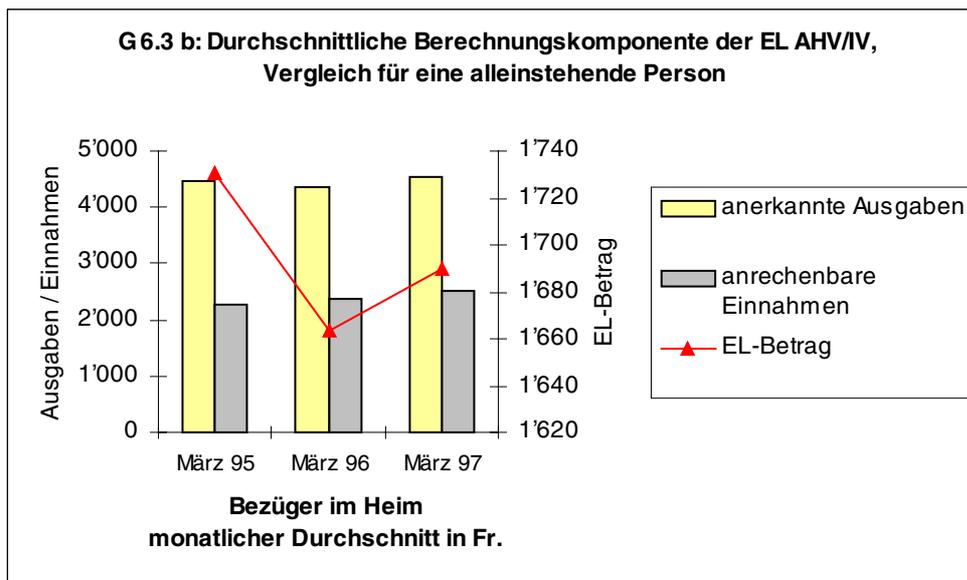
Der für das Jahr 1996 festgestellte Rückgang der Zahl der Leistungsbezüger und der Ausgaben im Bereich der Ergänzungsleistungen ist auf zwei Hauptgründe zurückzuführen. Zum einen begannen sich die kantonalen Prämienverbilligungssysteme in der Praxis auszuwirken. Die AHV- und IV-Rentner, die Ergänzungsleistungen bezogen, hatten keinen Anspruch mehr darauf, dass die Krankenversicherungsprämien bei der Berechnung der EL berücksichtigt würden. Zum andern bürdete das KVG die Kosten der Aufenthalte in Heimen (Altersheime, Behindertenheime) und in gleichem Ausmass auch der Leistungen der Spitex-Dienste mehrheitlich den Kassen auf, wodurch sich die Kosten für die Unterbringung in einem Heim bzw. die Pflege zu Hause – Kosten, die bei der individuellen Überprüfung eines Leistungsanspruchs jeweils als Ausgaben gerechnet werden - reduzierten. Die Folge war eine zusätzliche Entlastung der EL.

Der signifikante Rückgang der EL-Beträge im Jahr 1996 ist damit hauptsächlich auf zwei Faktoren zurückzuführen:

- 1996 wurden die Krankenversicherungsprämien nicht mehr zu den Ausgaben gezählt, weswegen sich die Zahl der EL-Bezüger rückläufig entwickelte;
- Die Leistungen der Krankenkassen für Personen, die in Heimen leben und für solche, die zu Hause gepflegt werden, haben markant zugenommen.

Aus **Tabellen 6.3 a** und **b** im Anhang und **Grafiken 6.3 a** und **b** ist ersichtlich, wie sich diese Faktoren auf die Berechnung einer Ergänzungsleistung auswirkten.

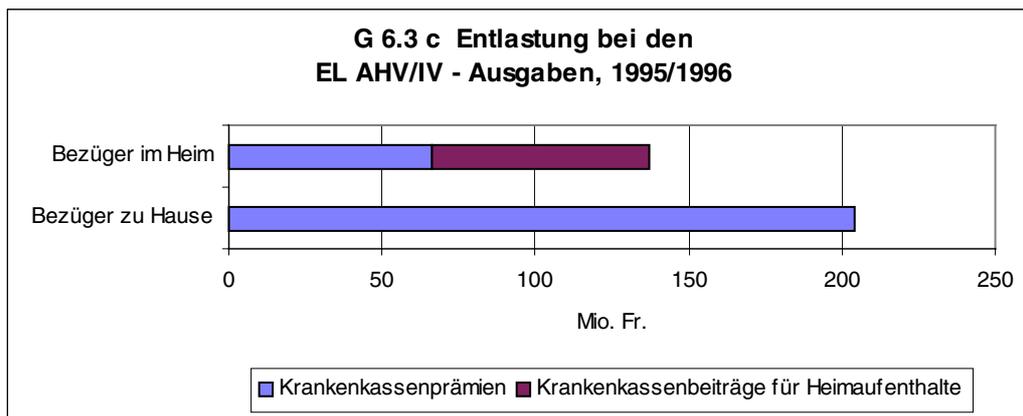




Um den Wegfall der Krankenversicherungsprämien zu kompensieren, hatte man ursprünglich geplant, die EL-Berechnung durch eine Erhöhung der Einkommensgrenzen (bei den Heimbewohnern der persönlichen Ausgaben) entsprechend anzupassen. Dies sollte gemäss der jährlichen kantonalen Nettoprämie geschehen, die nach Abzug der Prämienverbilligung noch von den EL-Bezügern zu entrichten ist. Abgesehen von den Kantonen Zürich und Tessin haben indessen alle Kantone auf eine Erhöhung der Einkommensgrenze verzichtet und im Rahmen der Prämienverbilligungssysteme beschlossen, die Prämien der EL-Bezüger voll zu übernehmen. Aus diesem Grund wurde die Einkommensgrenze im nationalen Durchschnitt nur ganz geringfügig erhöht, nämlich um Fr. 20 pro Monat (bei den persönlichen Ausgaben von Heimbewohnern beträgt der Anstieg Fr. 17 pro Monat).

Im weiteren ist darauf hinzuweisen, dass bei den Heimbewohnern die Senkung der anerkannten Ausgaben bei gleichzeitigem Anstieg des massgeblichen Einkommens dazu geführt hat, dass der Restbetrag, der im Rahmen der EL nicht berücksichtigt wird, von Fr. 463 im Jahr 1995 auf Fr. 339 im Jahr 1996 gesunken ist. 1997 erfolgte ein nochmaliges Absinken dieses Betrages auf Fr. 302. Gleichzeitig stieg auch das massgebliche Einkommen wiederum an, was diesmal allerdings mit einer Erhöhung der anerkannten Ausgaben verbunden war. Es bestehen gute Gründe für die Annahme, dass der Rückgang der von den EL nicht gedeckten Restbeträge eine finanzielle Entlastung der Kantone bewirkt hat, weil die Deckung dieses Saldos hauptsächlich mit einkommensabhängigen Leistungen sichergestellt wird (insbesondere spezifische Hilfe für Personen, die in Pflegeheimen leben und/oder Sozialhilfe beziehen). Ausgehend von der Zahl der Personen, die in Heimen leben, kann die maximale Einsparung, die mit dem von den EL nicht berücksichtigten Betrag erzielt wird, pro 1996 auf ungefähr Fr. 80 Mio. geschätzt werden. Ein grosser Teil dieser Summe dürfte der - im folgenden Kapitel einer spezifischen Analyse unterzogenen - Sozialhilfe zugute gekommen sein, indem diese finanziell entlastet wurde.

Die verschiedenen internen Statistiken des BSV ermöglichen spezifische Schätzungen der Ausgaben, die 1996 den Prämienverbilligungssystemen und den Krankenversicherungen übertragen wurden (**Tabelle 6.3 c** im Anhang und **Grafik 6.3 c**). Dank der Prämienverbilligung konnten bei den Ergänzungsleistungen Fr. 270 Mio. eingespart werden: Fr. 204 Mio. bei den Leistungsbezügern, die zu Hause lebten, und Fr. 66 Mio. bei den Leistungsbezügern, die in Heimen wohnhaft waren. Diese Schätzungen beruhen auf Angaben zur durchschnittlichen finanziellen Belastung durch die Krankenversicherungsprämien und zur Zahl der Bezüger von Ergänzungsleistungen im Jahr 1995.



Der Ausbau der Leistungen im Bereich der Altersheime ermöglichte die Einsparung von Ausgaben in Höhe von Fr. 71 Mio. Die durchschnittlichen Monatszahlungen der Krankenkassen pro Bezüger von Ergänzungsleistungen sind 1996 um 78% (Fr. 146 pro Monat) angestiegen.

Bei den AHV- und IV-Rentnern, die zu Hause leben, sind die 1996 im Spitex-Bereich erzielten Einsparungen schwieriger abzuschätzen. Auf der Grundlage einer Analyse der von den Ausgleichskassen der Kantone Aargau, Bern, Luzern und Neuenburg gesammelten Daten zu den im Jahr 1996 bezahlten Krankheitskosten kann dieser Betrag jedoch auf Fr. 10 Mio. veranschlagt werden. Es muss allerdings betont werden, dass der Bereich der häuslichen Pflege durch eine grosse Dynamik und durch ein tendenzielles Wachstum gekennzeichnet ist.

Alles in allem belaufen sich die 1996 im Bereich der Ergänzungsleistungen erzielten Einsparungen gemäss den internen Erhebungen des BSV auf Fr. 351 Mio., d.h. auf einen erheblich höheren Betrag als die Fr. 250 Mio., die man erhält, wenn man die Differenz zwischen den Gesamtausgaben in den Jahren 1995 und 1996 bildet. Der Unterschied zwischen den beiden Zahlenwerten ist zum Teil auf die markant gestiegene Beteiligung der Versicherten an den Kosten der Krankenversicherung (Franchise und Selbstbehalt von 10%) zurückzuführen, die auf Fr. 28 Mio. geschätzt werden. Der Hauptgrund für die Einsparungen ist jedoch in der Tatsache zu suchen, dass der genannte Betrag von Fr. 351 Mio. auf einer statischen Betrachtungsweise beruht, die mit der Zahl der Leistungsbezüger im März 1995 und den 1996 nicht mehr zu den Ausgaben gerechneten Krankenversicherungsprämien operiert (wie erinnerlich wurden die Einkommensgrenzen nur in den Kantonen Zürich und Tessin um Fr. 1'200 angehoben). Der dynamische Aspekt wird vernachlässigt, indem die übrigen Komponenten, die bei der EL-Berechnung eine Rolle spielen (Miete, Heimtaxen, Renten usw.) als konstant angenommen werden, obwohl sich diese Komponenten 1996 verändert haben.

Folgerung 6.3:

Gemäss internen Berechnungen des BSV konnten bei den EL infolge der Prämienverbilligungen Fr. 270 Mio. eingespart werden, und zwar Fr. 204 Mio. bei zu Hause wohnenden und Fr. 66 Mio. bei in Heimen wohnenden Bezüger. Zusätzliche Einsparungen von Fr. 71 Mio. ergaben sich, weil die Leistungen der KV im Bereich der Altersheime ausgebaut wurden. Eine Minderbelastung von ungefähr Fr. 10 Mio. kam noch dadurch zustande, dass die Kassen auch einen Teil der Kosten für Spitex-Leistungen übernehmen mussten. Der bei den EL insgesamt eingesparte Betrag belief sich demgemäss auf Fr. 351 Mio. Er liegt um fast Fr. 100 Mio. höher als der für den Bund und die Kantone ausgewiesenen Minderbetrag. Dies einerseits deswegen, weil die Versicherten seit 1996 einen grösseren Anteil der Krankenversicherungskosten übernehmen müssen. Wichtiger ist indessen, dass in dieser Rechnung bei den für die EL-Berechnung relevanten Kosten wie Miete, Heimtaxen und Renten eine konstante Entwicklung vorausgesetzt wurde.

7. Zusammenhang von KVG und Sozialhilfe

7.1 Der allgemeine Rahmen

Fragestellung 7.1:

Wie ist die Sozialhilfe geregelt und wie lassen sich die im Rahmen der Sozialhilfe anfallenden Ausgaben und speziell die Krankheitskosten erfassen?

In diesem Bereich der sozialen Unterstützungsleistungen bestehen grosse Unterschiede, da es in die Zuständigkeit der Kantone fällt, welche Ebene - in der Regel die Gemeinden - mit der Durchführung der Sozialhilfe beauftragt wird. Für eine Untersuchung der Auswirkungen des KVG stehen noch keine ausreichenden Daten zur Verfügung. Das Bild, das die Daten der öffentlichen Finanzstatistik vermitteln, lässt keine gesicherten Schlussfolgerungen zu.

7.1.1 Einige Hinweise zur Sozialhilfe in der Schweiz

Die Sozialhilfe, die insbesondere in der Statistik der öffentlichen Finanzen auch Fürsorge genannt wird, ist das letzte Auffangnetz im Bereich der sozialen Sicherheit. Im Bundesgesetz über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger vom 24. Juni 1977 werden die Bedürftigen, die Leistungen der Sozialhilfe, der Bereich der Sozialhilfe, die Sozialhilfe für Ausländer und die Verfahren definiert. Festgelegt wird ebenfalls, welcher Kanton für die Unterstützung einer in der Schweiz wohnhaften bedürftigen Person zuständig ist. Im weiteren wird in diesem Gesetz die Rückerstattung der Sozialhilfekosten zwischen den Kantonen geregelt. Die Unterstützung von Flüchtlingen und Asylbewerbern sowie die Unterstützung von Auslandschweizern ist Sache des Bundes.

Die Sozialhilfe beruht damit hauptsächlich auf 26 kantonalen Gesetzgebungen, in denen die Organisation, die Zuständigkeiten und die Finanzierung geregelt werden. Zudem bestehen in den Kantonen zusätzliche Unterstützungsleistungen, die sich an bestimmte Zielgruppen richten (junge Eltern, Kinder, Drogenabhängige usw.) oder die an die Stelle der Sozialversicherungen treten (beispielsweise die Unterstützung von ausgesteuerten Arbeitslosen). In diesem Bereich herrschen zwischen den einzelnen Kantonen erhebliche Unterschiede: je nach Kanton wird dieselbe Leistung im Rahmen von zusätzlichen Unterstützungsleistungen oder auf der Basis der eigentlichen Sozialhilfe ausgerichtet.

Wie die Ergänzungsleistungen werden die Sozialhilfeleistungen in Abhängigkeit von den finanziellen Verhältnissen ausgerichtet. Die Höhe dieser Leistungen ist nicht gesetzlich festgelegt. Die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) veröffentlicht jedoch Normen für die Berechnung der Sozialhilfe. Dabei handelt es sich zwar lediglich um Empfehlungen, doch in der Praxis werden diese weitgehend berücksichtigt. In die Berechnung der Sozialhilfe nach den Normen der SKOS wird auch die Rubrik Krankenpflegekosten einbezogen. Die im Zusammenhang mit der Gesundheit und der Krankheit stehenden Ausgaben können jedoch in der Regel nicht einzeln erfasst werden.

7.1.2 Die Sozialhilfe vor dem Hintergrund der Statistik der öffentlichen Finanzen

Der Bereich "Soziale Wohlfahrt" der öffentlichen Finanzstatistik, über den die **Tabelle 7.1.2** einen Überblick vermittelt, umfasst die folgenden Aufgaben und Aufgabengruppen: Alters- und Hinterlassenenversicherung, Invalidenversicherung, Krankenversicherung, andere

Sozialversicherungen, Jugendschutz, Invalidität, Wohnbauförderung, Altersheime, Sozialhilfe und Hilfsaktionen.

T 7.1.2 Funktionale Gliederung im Bereich Soziale Wohlfahrt

50	Alters- und Hinterlassenenversicherung	58	Fürsorge
51	Invalidenversicherung	580	Altersfürsorge
52	Krankenversicherung Beiträge an Krankenkassen (ohne Arbeitgeberanteil) Prämienverbilligung, Beiträge an Krankenkassen für Armutbetroffene		Prozess- und Rechtshilfe, Abonnement für Betagte, Pro Senectute, zusätzliche Altersfürsorge Hinterbliebenenfürsorge, Altershilfe, Stiftungen für das Alter
53	Sonstige Sozialversicherungen	581	Armenunterstützung
530	Ergänzungsleistungen AHV		Kommission für Armenunterstützung, Armenunterstützung, Hilfe für Mittellose, öffentliche Fürsorge
531	Ergänzungsleistungen IV	582	Arbeitsämter
532	Arbeitslosenversicherung		Arbeitnehmerschutz, Gewerkschaften, Arbeitsamt, Arbeitslosenhilfe, Vermittlung Arbeitsloser, Umschulung Arbeitsloser, Arbeitssuche, Reserve für Schaffung von Arbeitsplätzen, Arbeitsbewilligungen, Kontrolle Arbeit am Wohnsitz, Krisenhilfe, Fonds Arbeitslosenhilfe, Beschwerdekommision für die Arbeitslosenversicherung
533	Familienausgleichskassen	583	Auslandschweizerhilfe
534	Unfallversicherung		Auslandschweizerhilfe, Rückführungshilfe
535	Erwerbsersatzordnung (nur Bund)	589	Übrige Fürsorge
54	Jugendschutz z. B.: Jugendämter, Jugendhilfen, Jugendzentren, Jugendherbergen, Jugendsekretariat		Eheberatung, Familienschutz, Ferien für alle, Flüchtlingshilfe, Frauenschutz, Wohltätigkeitsvereine und -gesellschaften, Hilfe für Feueropfer, Hilfe bei Naturkatastrophen, versch. Hilfsorganisationen, Schutz entlassener Strafgefangener, Volkssuppen, Hilfsaktionen, Winterhilfe, Inkasso-Hilfen, Berghilfe, Familienhilfe, Hilfe für Ausländer in der Schweiz, Service Mahlzeiten zu Hause, gemeinnützige Gesellschaften
55	Invalidität z. B.: Blinde, Wiedereingliederung, geschützte Werkstätten, Behinderteneinrichtungen und -heime	59	Hilfsaktionen
56	Wohnungsbau		
57	Altersheime Alterssiedlungen, Heime (ohne Chronischkranke), Altersheime, Pflegeheime, Bürgerheime		

Quelle: Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren (1982)

Unsere Aufmerksamkeit gilt der Aufgabengruppe "Fürsorge". Dabei handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe, welche die folgenden Aufgaben umfasst: Unterstützung von Betagten, Hilfeleistungen für Bedürftige, Arbeitsamt, Unterstützungsleistungen für Schweizer im Ausland, weitere Unterstützungsaufgaben. Aufgrund der unterschiedlichen Anwendung des öffentlichen Rechnungswesens in den Kantonen und teilweise sogar in den Gemeinden ein und desselben Kantons ist eine gewisse Vorsicht angebracht: je nach Kanton und Gemeinde kann der gleiche finanzielle Aufwand unterschiedlichen Posten zugeordnet sein. Diese Anmerkung gilt insbesondere für interkantonale Vergleiche, die auf einem niedrigen Aggregationsniveau angesiedelt sind. In einer Untersuchung, die von den Mitgliedskantonen der Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) in Auftrag gegeben worden war, zeigen Rossini und Martignoni (1998), dass die funktionale Gliederung unterschiedlich angewendet wird. Im weiteren weisen sie darauf hin, dass auch die Inhalte der einzelnen Rubriken in den verschiedenen Kantonen unterschiedlich sind. Die Autoren nahmen für das Jahr 1995 eine

Harmonisierung der Aufgabengruppe 58 vor und gelangten damit zu korrigierten Daten, die recht deutliche Abweichungen zu den Daten der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) aufweisen. Bei der Analyse von Daten, die aus der Statistik der EFV stammen, sollte man daher eine gewisse Vorsicht walten lassen.

Folgerung 7.1:

Die Sozialhilfe der Kantone und Gemeinden ist nach 26 kantonalen Gesetzgebungen geregelt. Für die Höhe der Sozialhilfeleistungen sind die jeweiligen finanziellen Verhältnisse massgebend; für die zu entrichtenden Beträge existieren Richtlinien der SKOS. Die Entwicklung der Sozialhilfekosten lässt sich in der Statistik der öffentlichen Finanzen verfolgen, wobei aber die kantonalen Daten nur bedingt miteinander vergleichbar sind. Die Krankenpflegekosten können leider nicht separat erfasst werden.

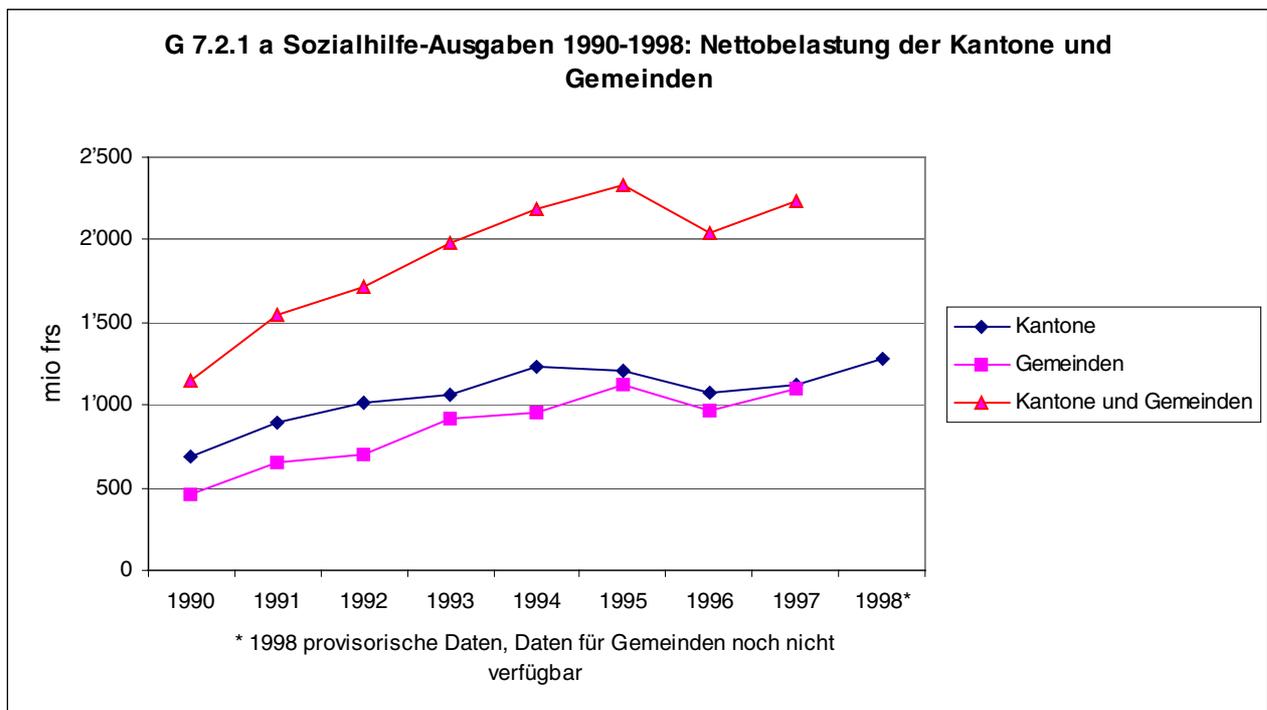
7.2 Die finanziellen Auswirkungen des KVG auf das System der Sozialhilfe

Fragestellung 7.2:

Welche Wirkung hatte das KVG und speziell das mit ihm verbundene neue Prämienverbilligungssystem auf die Höhe der Sozialhilfe-Ausgaben gemäss der Statistik der öffentlichen Finanzen?

7.2.1. Analyse der Statistik der öffentlichen Finanzen

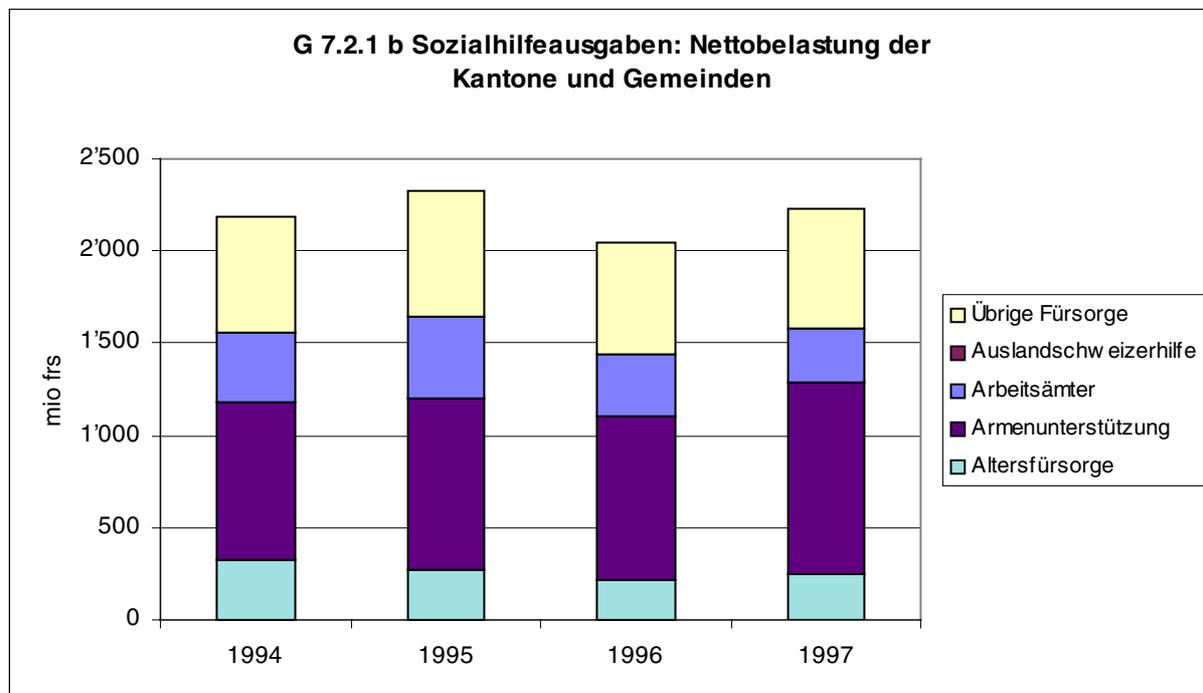
Die zum gegenwärtigen Zeitpunkt vorliegenden EFV-Daten reichen bis zum Jahr 1997 (Kantone und Gemeinden) bzw. 1998 (Kantone). In **Tabelle 7.2.1 a** im Anhang und **Grafik 7.2.1 a** ist die Entwicklung der Nettobelastung – der Differenz zwischen den Ausgaben und den Einnahmen des Laufenden Rechnung und der Investitionsrechnung – im gesamten Fürsorgewesen abgebildet.



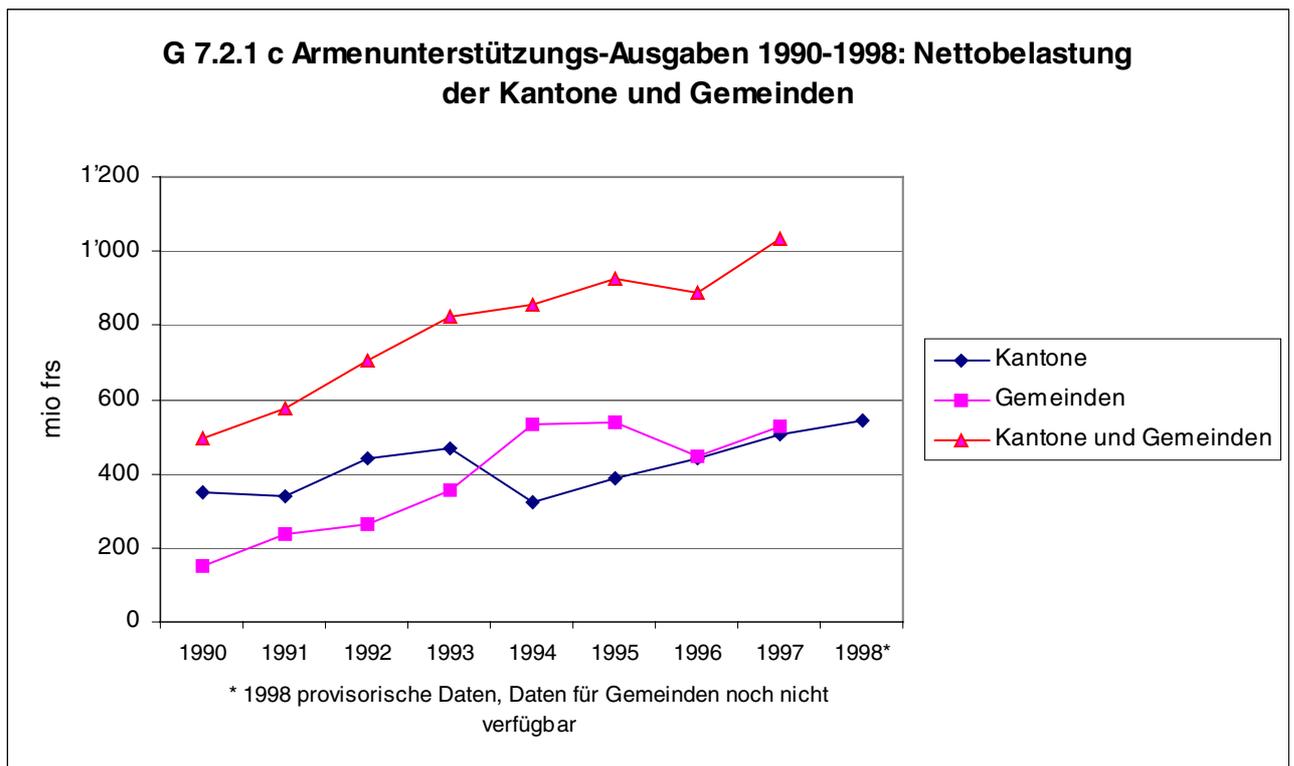
Die Kurve, in der Kantone und Gemeinden zusammengefasst sind, zeigt seit 1990 einen massiven Anstieg der Nettobelastung, der 1996 abrupt in einen Rückgang übergeht, gefolgt von einem neuerlichen Anstieg um 1997. Bei Kantonen und Gemeinden ist ein relativ ähnlicher

Kurvenverlauf auszumachen, so dass man vermuten darf, dass der verstärkte Anstieg im Jahr 1998, wie er für die Kantone dokumentiert ist, auch bei den Gemeinden stattgefunden hat. Das Bild scheint auf den ersten Blick zu bestätigen, dass das KVG durch die Einführung des Prämienverbilligungs-Systems, bei dem grundsätzlich keine Beteiligung der Sozialhilfebehörden vorgesehen ist und zudem ein Teil der Sozialhilfeausgaben für in Pflegeheimen untergebrachte Personen auf die Versicherer übertragen wird, den Kantonen und Gemeinden eine wenn auch nur vorübergehende finanzielle Entlastung gebracht hat. Durch eine vertiefte Analyse der Finanzdaten lässt sich freilich nachweisen, dass diese Aussage der Relativierung bedarf.

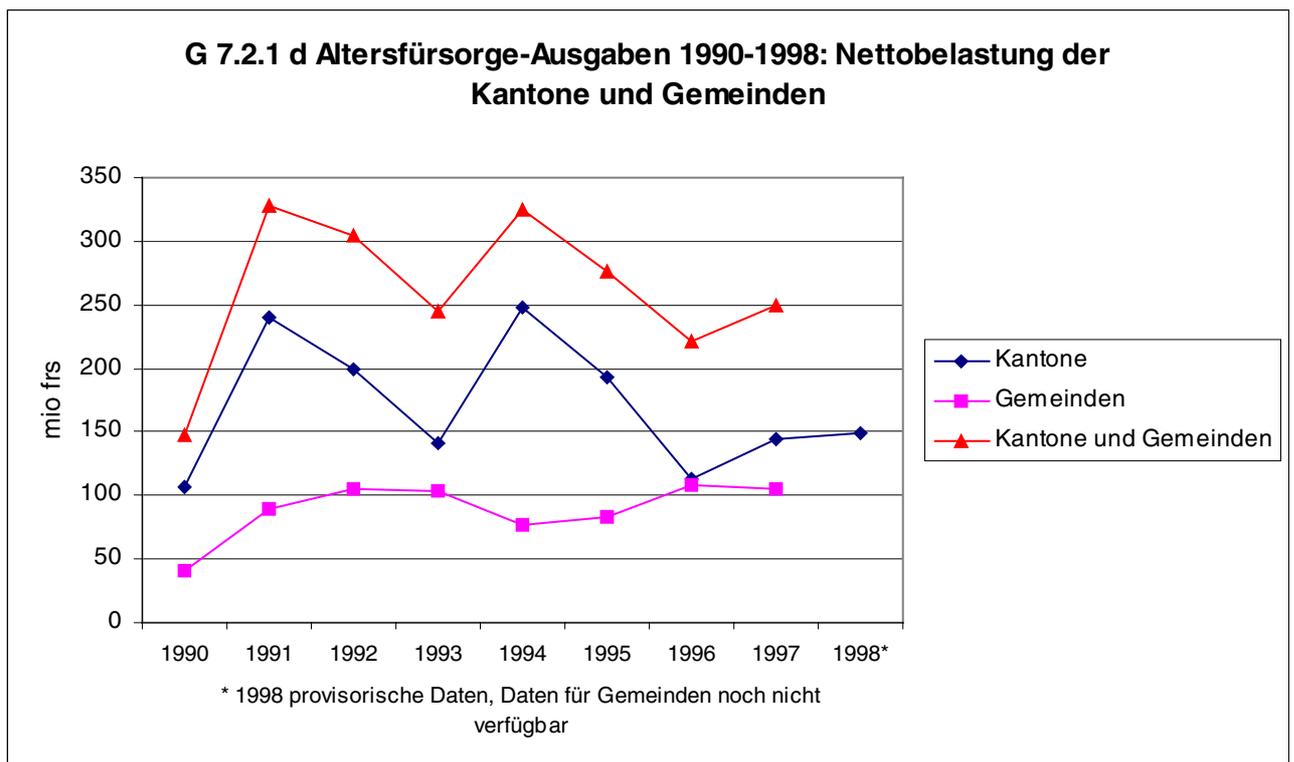
Tabelle 7.2.1 b im Anhang und **Grafik 7.2.1 b** unterrichten über die Entwicklung der Nettobelastung in den verschiedenen Fürsorgerubriken zwischen 1994 und 1997, wobei sich die Angaben jeweils auf das Total der Kantone und Gemeinden beziehen. Es wird deutlich, dass der wichtigste Bereich der Sozialhilfe, die Armenunterstützung, in den letzten Jahren an Bedeutung eher noch zugenommen hat – gegenwärtig beansprucht diese Rubrik nahezu die Hälfte der Fürsorgeausgaben. Demgegenüber hat die Bedeutung der Altersfürsorge im Verlauf der 1990er Jahre eher abgenommen. Im Jahr der Einführung des neuen KVG, 1996, hat sich die Nettobelastung in sämtlichen Rubriken der Aufgabengruppe 58 verringert; dies allerdings, wie noch zu zeigen sein wird, in unterschiedlichem Grad.



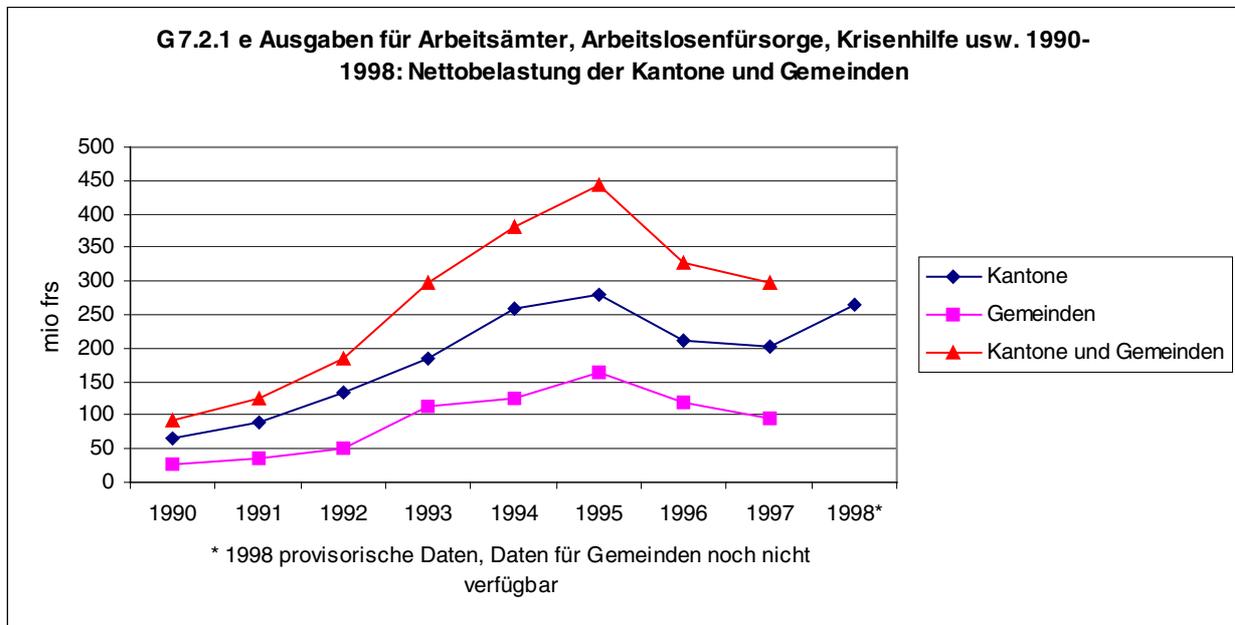
Wie erwähnt, bildet die Armenunterstützung in finanzieller Hinsicht die mit Abstand wichtigste Rubrik der Sozialausgaben. Zugleich liegt die Vermutung nahe, dass die Ausgaben für die Unterstützung von Bedürftigen nach der Einführung des Prämienverbilligungs-Systems in überproportionalem Ausmass abgenommen haben. Aus **Tabelle 7.2.1 c** im Anhang und **Grafik 7.2.1 c** geht jedoch hervor, dass die Nettobelastung bei dieser Rubrik um 1996 weniger stark zurückgegangen ist als bei den übrigen Sozialausgaben. Im weiteren fällt auf, dass es nur bei den Gemeinden zu einem Einbruch gekommen ist, während die Nettobelastung der kantonalen Armenunterstützung, die bereits 1994 einen starken Rückgang erfahren hatte, seither kontinuierlich gewachsen ist und 1998 schon fast die Marke von 550 Mio. Fr. erreicht hat.



Eine weitere Rubrik, von der man erwarten würde, dass sie von der Einführung des Prämienverbilligungs-Systems finanziell profitiert haben muss, stellt die Altersfürsorge dar (**Tabelle 7.2.1 d** im Anhang und **Grafik 7.2.1 d**). In der Tat nahm hier der Einbruch von 1996 sehr viel ausgeprägtere Züge an als bei den Armenunterstützungs-Ausgaben. Trotzdem kann die These, die Prämienverbilligungs-System habe die Nettobelastung bei der Altersfürsorge signifikant reduziert, aufgrund des von der Finanzstatistik gezeichneten Bildes nicht als einwandfrei bestätigt gelten, denn erstens wird der Einbruch nur für die Kantone, nicht aber für die Gemeinden dokumentiert, und zweitens haben sich die Ausgaben für die Altersfürsorge schon einmal, nämlich 1993, in ähnlichem Ausmass reduziert.



In der in **Tabelle 7.2.1 e** im Anhang und **Grafik 7.2.1 e** abgebildeten Rubrik sind verschiedene Arten von Sozialausgaben zusammengefasst, von denen nur wenige durch das Prämienverbilligungs-System in Mitleidenschaft gezogen werden sein können. Insofern erscheint es paradox, dass ausgerechnet bei dieser Rubrik sowohl bei den Kantonen als auch bei den Gemeinden für 1996 ein überaus massiver Einbruch der Ausgaben angezeigt wird, nachdem diese Ausgaben in den fünf vorangegangenen Jahren massiv zugenommen hatten. In abgeschwächtem Ausmass setzte sich der Rückgang im Folgejahr noch weiter fort, verkehrte sich dann aber bei den Kantonen im Jahr 1998 in einen neuerlichen signifikanten Anstieg.



Auch die letzte der von der Finanzstatistik unterschiedenen Fürsorgerubriken deckt eine ganze Reihe von Einzelposten ab, darunter Alimentenvorschüsse, Berghilfe, Ehe- und Familienberatung, Hilfe bei Naturkatastrophen, Speiseanstalten und Schutzaufsicht entlassener Sträflinge (**Tabelle 7.2.1 f** im Anhang und **Grafik 7.2.1 f**). Es ist unklar, bei welchen Einzelposten die Einführung des Prämienverbilligungs-Systems die Ausgabenhöhe beeinflusst haben kann. Festhalten lässt sich lediglich, dass sich die für diesen Sammelposten getätigten Ausgaben 1996 leicht verringert haben, nachdem sie seit 1990 ununterbrochen zugenommen hatten.

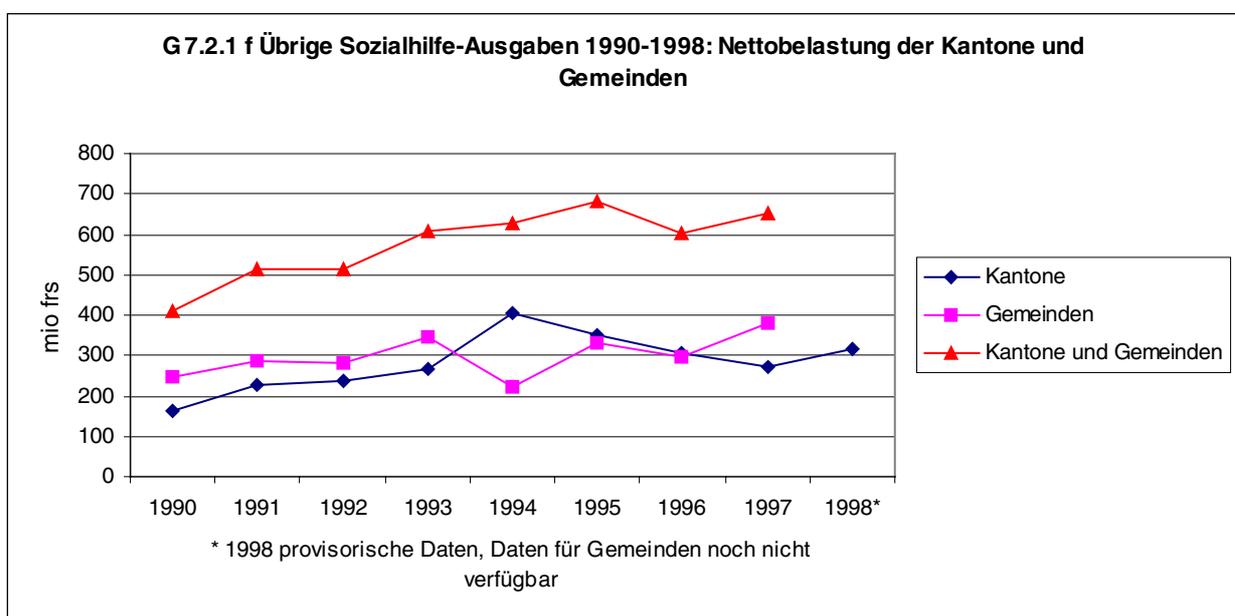
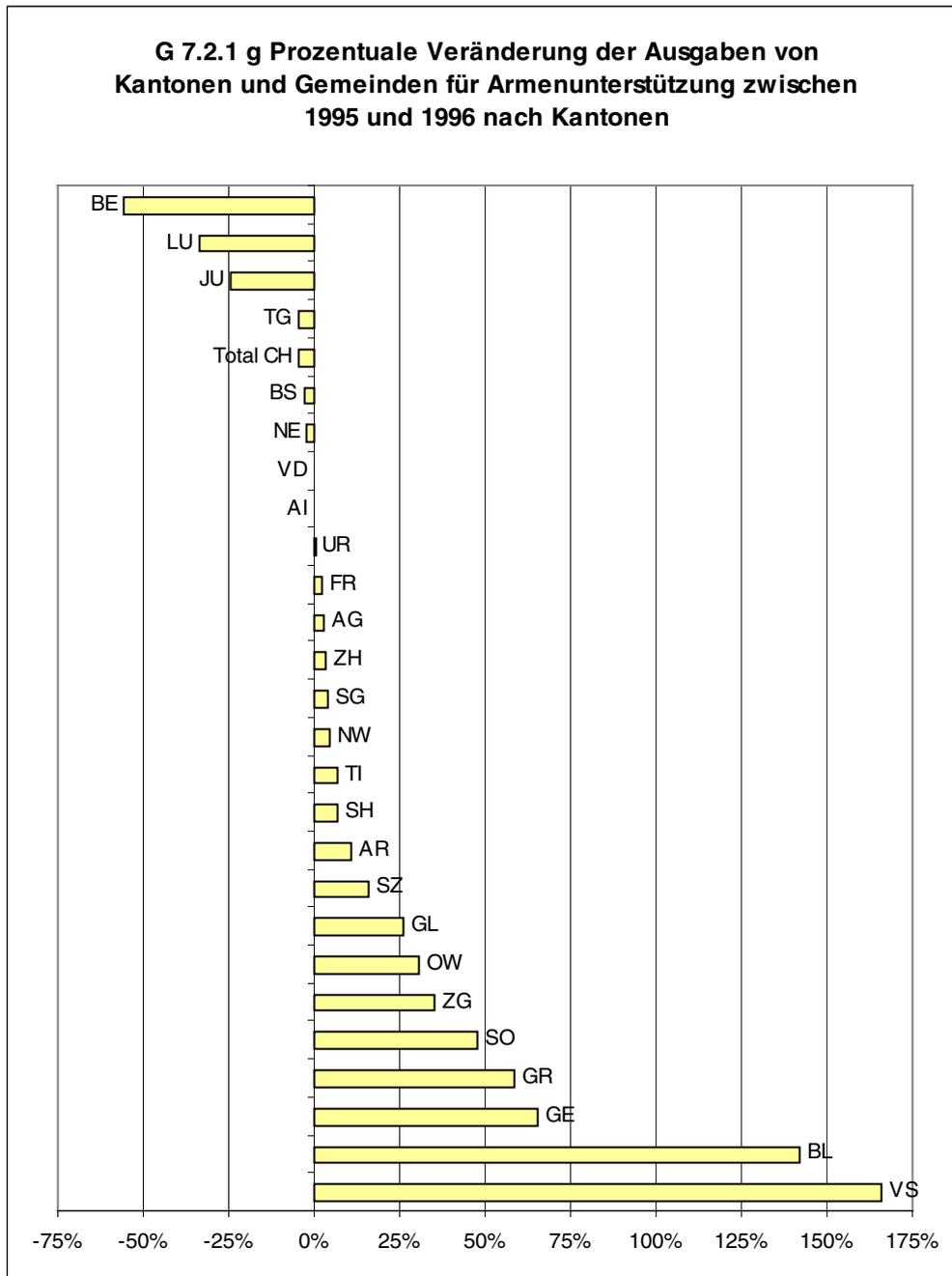
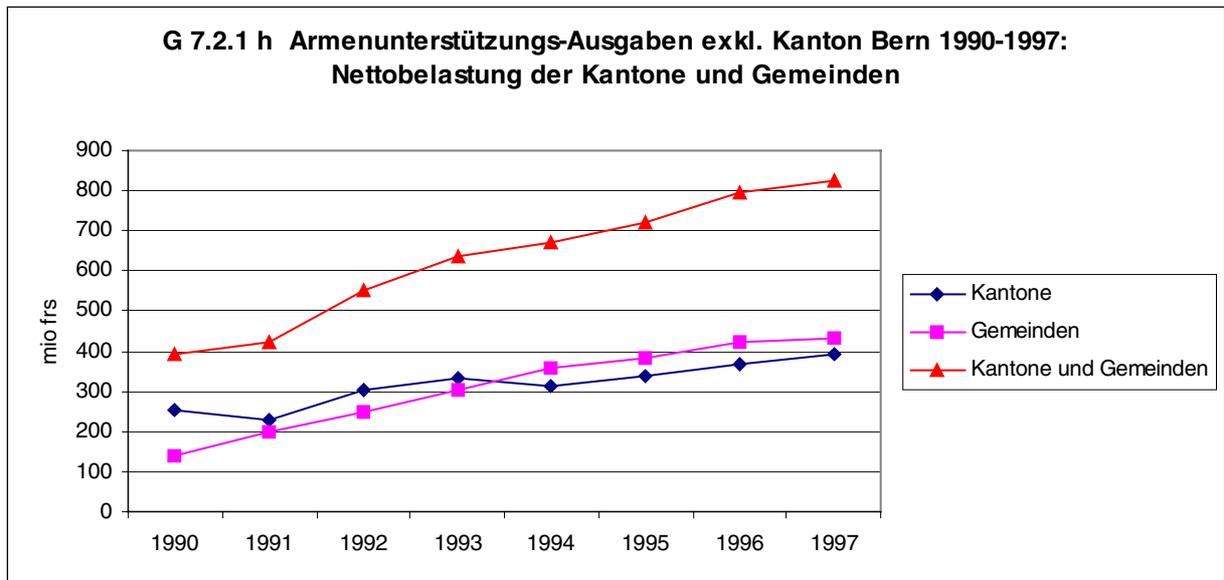


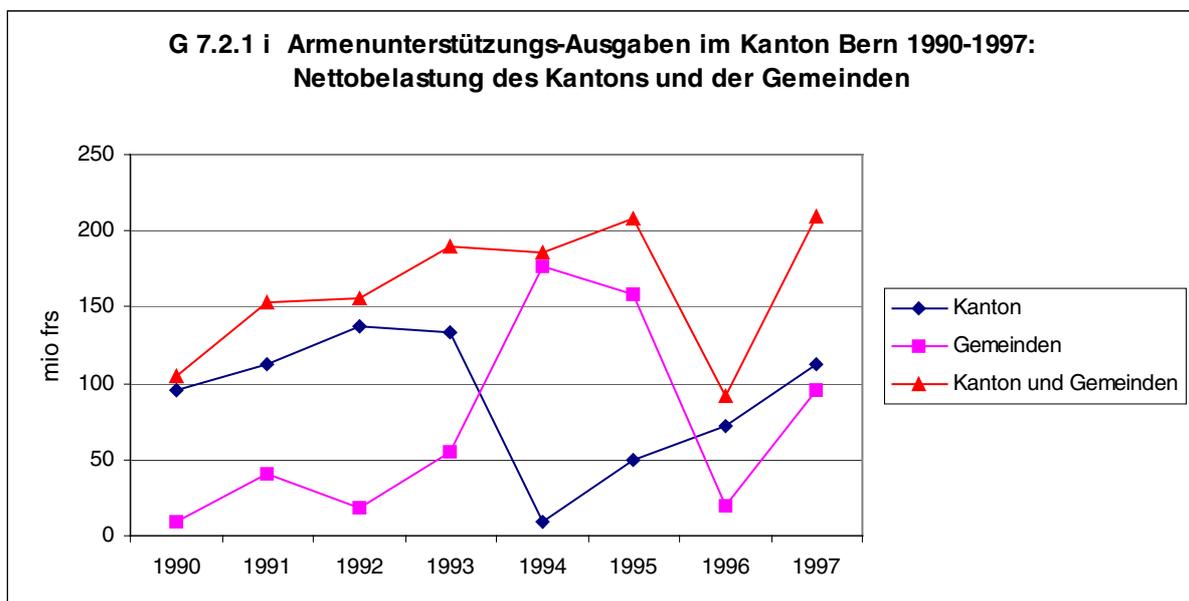
Tabelle 7.2.1 g im Anhang und **Grafik 7.2.1 g** unterrichtet darüber, wie sich die kantonalen und kommunalen Nettoausgaben für die Armenunterstützung zwischen 1995 und 1996 bei den einzelnen Kantonen eingetreten verändert haben. Ein eindeutig entlastender Effekt des Prämienverbilligungs-Systems ist nur in ganz wenigen Fällen festzustellen. Für einige Kantone, so insbesondere für Wallis und Basellandschaft, in geringerem Grad aber auch für Genf, Graubünden und Solothurn, weist die Statistik gar einen hohen prozentualen Zuwachs aus. Für mehr als die Hälfte der Kantone wird bloss eine minimale Veränderung angezeigt. Ein Rückgang um mehr als 5% lässt sich lediglich bei den Kantonen Jura, Luzern und Bern nachweisen. Erklärungsbedürftig erscheint hierbei vor allem die über 50prozentige Abnahme der Ausgaben im Kanton Bern.



Verzichtet man bei der Analyse der Armenunterstützungs-Ausgaben auf den Einbezug des Kantons Bern, erhält man für den Zeitraum 1990-1997 im Total von Kantonen und Gemeinden einen ständigen Anstieg der Nettobelastung (**Tabelle 7.2.1 h** im Anhang und **Grafik 7.2.1 h**). Die Differenzierung zwischen kantonalen und kommunalen Ausgaben fördert keine wesentlichen Unterschiede zutage, sieht man von der leicht rückläufigen Bewegung bei den Kantonen in den Jahren 1991 und 1994 ab. Interessanter ist die Beobachtung, dass für das Jahr 1996 nunmehr überhaupt kein Einbruch mehr angezeigt wird. Daraus lässt sich folgern, dass sich der für das gesamte Fürsorgewesen ausgewiesene Rückgang der Ausgaben im Jahr 1996 primär der Entwicklung im Kanton Bern verdankt.

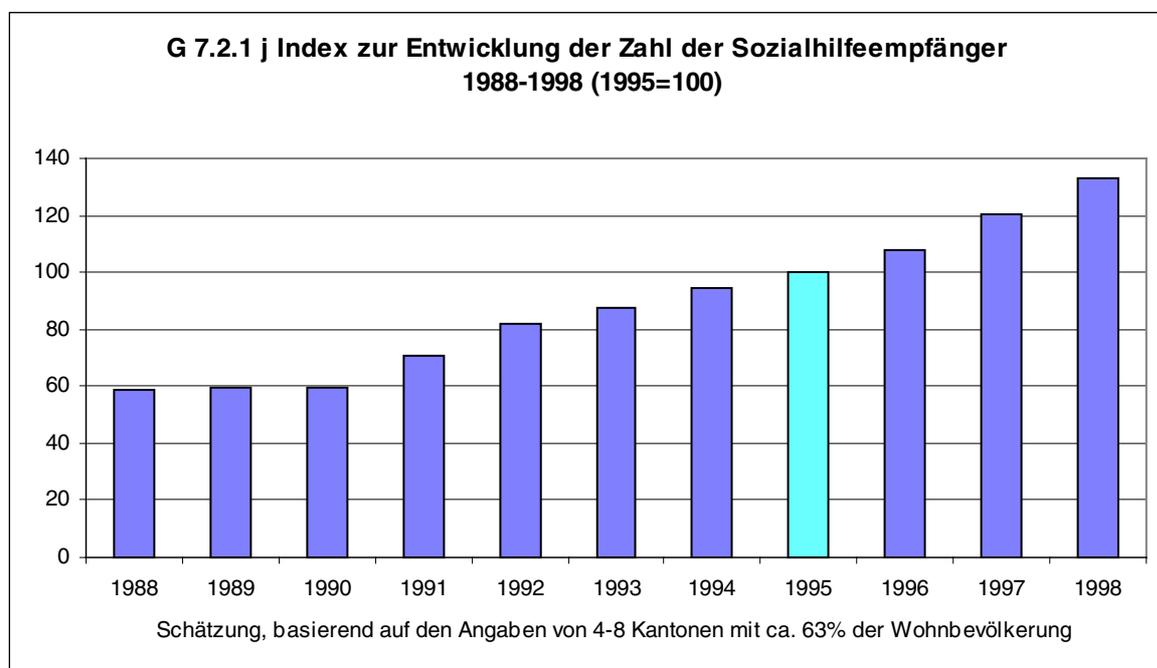


Richtet man das Augenmerk auf die Entwicklung der Armenunterstützungs-Ausgaben im Kanton Bern, wird erkennbar, dass der markante Einbruch im Jahr 1996 ausschliesslich die Verhältnisse in den bernischen Gemeinden reflektiert, wo die Nettobelastung von über 150 Mio. Franken im Vorjahr auf unter 25 Mio. Franken absackte – um 1997 wieder auf fast 100 Mio. Franken emporzuschnellen! Beim Kanton kam es bereits zwischen 1993 und 1994 zu einem Absturz in dieser ausserordentlichen Grössenordnung; hernach setzte dann ein stetiger Aufwärtstrend ein, der auch die Inkraftsetzung des KVG im Jahr 1996 überdauerte (**Tabelle 7.2.1 i** im Anhang und **Grafik 7.2.1 i**).



Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die eidgenössische Finanzstatistik für die wichtigste Rubrik der Sozialhilfe-Ausgaben, bei der man am ehesten eine Entlastung durch das Prämienverbilligungs-System vermuten würde, nämlich die Armenunterstützungs-Ausgaben, pro 1996 bloss einen geringen Rückgang dokumentiert, während die übrigen Ausgaben in diesem Jahr offenbar stärker abgenommen haben. Dazu kommt noch, dass der leichte Einbruch bei den Armenunterstützungs-Ausgaben praktisch ausschliesslich die Ausgabenentwicklung in den bernischen Gemeinden widerspiegelt. Somit kann man sagen, dass die Entlastung, die das Prämienverbilligungs-System den Kantonen und Gemeinden nachweislich gebracht hat (Mitteilungen einzelner kantonaler Sozialhilfestellen), in der eidgenössischen Finanzstatistik keinen sichtbaren Niederschlag gefunden hat.

Letzteres könnte u.a. damit zusammenhängen, dass die allgemeine Verschlechterung der Wirtschaftslage in den frühen 1990er Jahren auch die Zahl der Sozialhilfeempfänger in die Höhe schnellen liess. Dies kann anhand von **Tabelle 7.2.1 j** im Anhang und **Grafik 7.2.1 j** belegt werden, die eine auf den Angaben von 8 grösseren Kantonen basierende Schätzung für die Jahre 1988-1998 enthält. Setzt man das Jahr 1995 gleich hundert, resultiert für die Jahre 1988-1990 ein Indexwert von weniger als 60, für 1998 dagegen ein solcher von mehr als 130. Auch zwischen 1995 und 1996 hat die Zahl der Sozialhilfeempfänger signifikant zugenommen, und diese Zunahme dürfte wohl zu einem Teil erklären, weshalb der – auch in den Statistiken der erwähnten 8 Kantone zum Vorschein tretende - Trend zu einer ständigen Erhöhung der Sozialhilfe-Ausgaben durch die Einführung des Prämienverbilligungs-Systems nicht wirklich gebrochen werden konnte. Es muss an dieser Stelle allerdings auch noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die von der Eidgenössischen Finanzverwaltung gelieferten Daten zur Sozialhilfe die tatsächlichen Verhältnisse nur ungenau wiedergeben, da sie sich nicht ausreichend desaggregieren lassen und die ihnen zugrunde liegenden kantonalen Angaben nicht vollumfänglich miteinander vergleichbar sind.



7.2.2 Die betroffenen Bereiche

Wie schon erwähnt, zeichnet sich das schweizerische Sozialhilfesystem durch eine hohe Komplexität aus. Die Struktur und die Organisation der Sozialhilfe ist in jedem Kanton anders ausgestaltet; dasselbe gilt auch für das System zur Bedarfsberechnung und für den Kreis der Bezugsberechtigten. Es ist daher schwierig, sich eine Gesamtübersicht zu verschaffen. Dies umso mehr, als die Kantone zusätzlich zu den Sozialhilfeleistungen, die gemäss dem Sozialhilfegesetz ausgerichtet werden, eine Reihe von weiteren Sozialleistungen vorsehen, die auf einer Bedarfsberechnung beruhen. Die im Zusammenhang mit dem Bedarf stehenden Sozialleistungen, die in den Kantonen an bestimmte Bevölkerungsgruppen oder beim Auftreten gewisser Risiken ausgerichtet werden, können als Sozialhilfeleistungen im weiteren Sinne bezeichnet werden. Entsprechend den Ergänzungsleistungen besteht die Funktion dieser Sozialhilfeleistungen im weiteren Sinne in einer Refinanzierung des Gesundheitssystems, da sie auch Beiträge beinhalten, die speziell für die Deckung von Gesundheitskosten vorgesehen sind. Nachfolgend sind die wichtigsten Bereiche aufgeführt, in denen die öffentliche Hand Leistungen zur Deckung von Gesundheitsausgaben der Sozialhilfebezüger ausrichtet. Diese Leistungsart, die an den jeweiligen Leistungsbezüger gebunden ist, darf nicht mit der Unterstützung verwechselt werden, welche die öffentliche Hand den Erbringern von Gesundheitsleistungen gewährt, wie beispielsweise im Rahmen der Pauschalvereinbarungen oder der Beiträge zur Finanzierung der Betriebskosten von Institutionen (z. B. bei Pflegeheimen).

Sozialhilfe und KVG: Allgemeines

Ganz allgemein kann festgehalten werden, dass die obligatorische Krankenversicherung in bezug auf das Sozialhilfesystem zwei wesentliche Verbesserungen gebracht hat. Zum einen führte sie zu einer finanziellen Entlastung, da nun alle in der Schweiz wohnhaften Personen obligatorisch versichert sind und damit die Versicherung einen Teil der früher von den Sozialhilfebehörden getragenen Kosten übernimmt; zum anderen trägt sie dazu bei, dass für die unterstützten Personen weiterhin Leistungen gewährleistet sind, und dies ohne Einschränkungen. Es trifft zwar zu, dass ausstehende Prämien eine Aufhebung der Leistungen zur Folge haben können, doch die Nichtbezahlung von Prämien darf in keinem Fall zu einem Ausschluss aus der obligatorischen Versicherung führen.

Prämienverbilligung

Die Systeme zur Ausrichtung von Prämienverbilligungen sind in den verschiedenen Kantonen unterschiedlich ausgestaltet. In einigen Kantonen wird die Prämienverbilligung direkt von den Versicherern in Abzug gebracht, wobei ihnen der entsprechende Betrag vom Kanton erstattet wird. In anderen Kantonen wird die Prämienverbilligung direkt bei den Bezugsberechtigten realisiert. Wie immer die Regelung im einzelnen aussieht, die mit der Sozialhilfe betrauten Behörden müssen jedenfalls keinen Beitrag zur Finanzierung der Prämien der Grundversicherung leisten. Abgesehen von gewissen Ausnahmefällen werden die Krankenversicherungsprämien von Sozialhilfebezügern im Rahmen des Prämienverbilligungssystems übernommen. In Übereinstimmung mit der Praxis bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV werden die Gesundheitskosten, die von den Sozialhilfe beziehenden Versicherten zu übernehmen sind (Jahresfranchise, Selbstbehalt von 10%, Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten), innerhalb des KVG-Beitragssystems nicht erstattet.

Zusatzversicherungen

Die Sozialhilfeleistungen können grundsätzlich nicht zur Deckung der Kosten einer Taggeldversicherung herangezogen werden. Es ist indessen möglich, dass die für die Sozialhilfe zuständigen Behörden die Kosten von Zusatzversicherungen übernehmen, sofern die letzteren als unerlässlich betrachtet werden.

Spitex

Dieser Bereich befindet sich in einer Übergangsphase. Im Spitex-Bereich wird sich für die Sozialhilfe und für die Kantone eine geringfügige finanzielle Entlastung ergeben.

Pflegeheime

In diesem Bereich erfolgt die Finanzierung durch die Leistungen der Krankenversicherung und der Zusatzversicherungen (beispielsweise für Chronischkranke) sowie durch die Renten der Sozialversicherungen (IV, UV, BV), die Ergänzungsleistungen und das persönliche Vermögen. Auch Unterstützungsbeiträge der Familie und andere Finanzierungsformen spielen eine Rolle. Die Sozialhilfe kommt zum Tragen, wenn die oben genannten Finanzierungsformen ausgeschöpft sind und ein Restbetrag verbleibt, der zu Lasten der in einem Pflegeheim lebenden Person geht. Im Kapitel über die Ergänzungsleistungen wurde gezeigt, dass dieser Restbetrag für eine alleinstehende Person zwischen 1995 und 1996 um durchschnittlich Fr. 124 pro Monat zurückgegangen ist, was gesamthaft einer Summe von ungefähr Fr. 80 Mio. entspricht. Für das Sozialhilfesystem, das den grössten Teil des zu begleichenden Restbetrags übernimmt, ergab sich somit eine verhältnismässig grosse finanzielle Entlastung. Was die Kostenbeteiligungen anbelangt, welche die Bezüger von Sozialhilfeleistungen für erbrachte Pflegeleistungen zu übernehmen haben (Jahresfranchise, Selbstbehalt in Höhe von 10% der Kosten, Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten), ist ihre Rückerstattung gemäss den Weisungen des BSV im Rahmen des Beitragssystems des KVG ausgeschlossen. Diese Praxis stimmt mit der geltenden Regelung bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV überein.

Ausserkantonale Spitalaufenthalte

Grundsätzlich müssen die für die Sozialhilfe zuständigen Behörden die Deckung von ausserkantonalen Spitalkosten nicht gewährleisten.

Andere individuelle, bedarfsabhängige Unterstützungsleistungen

Das KVG hatte auch Auswirkungen auf andere individuelle, bedarfs- oder von den finanziellen Verhältnissen abhängige Unterstützungsleistungen. Abgesehen von den Ergänzungsleistungen, die in Kapitel 6 behandelt wurden, sind in diesem Zusammenhang die Hilfsleistungen für ausgesteuerte Arbeitslose und die Unterstützungsleistungen für die Unterbringung von Betagten (sofern diese Unterstützungsleistungen bestehen, wie beispielsweise im Kanton Waadt) zu erwähnen.

Diese finanziellen Entlastungen, die Änderungen der jeweiligen Finanzierungsquelle in gleichem Ausmass entsprechen, erfolgten in einem Gesamtfeld, das sich für die Kantone (und die Gemeinden) kaum verbessert hat (**Tabelle 7.2.2**).

T 7.2.2: Finanzielle Entlastung in den Kantonen

Leistung	Entlastung	Übertragung an
Sozialhilfe	ja	Prämienverbilligung / Krankenversicherer
Spitex	ja	Krankenversicherer
Pflege von Betagten in Heimen	ja	Krankenversicherer
Ergänzungsleistungen	ja	Prämienverbilligung / Krankenversicherer

7.2.3 Die Situation in einigen Kantonen

Da für die meisten Kantone keine aussagekräftigen Daten zur Verfügung stehen, ist eine quantitative Analyse auf gesamtschweizerischer Ebene praktisch ausgeschlossen. Um die Thematik möglichst gut abdecken zu können, wurden Fragebögen an die kantonalen Sozialhilfedienste gesandt. Die Umfrage spiegelt die unterschiedliche Situation in den Kantonen wider: Nur für einige wenige Kantone ist es möglich, die auf die Sozialhilfe entfallenden Gesundheits- und Krankheitskosten von den übrigen Kosten abzugrenzen und die Auswirkungen des KVG ungefähr abzuschätzen. In den übrigen Kantonen konnten die Kontaktpersonen lediglich darauf hinweisen, dass die Einführung des KVG mit einer finanziellen Entlastung verbunden war, die ihrerseits auf das Prämienverbilligungssystem und auf die stärkere Beteiligung der Krankenversicherer bei der Finanzierung gewisser Aufgaben zurückzuführen war. Bei den letzteren handelt es sich um Leistungen, die mit dem Betrieb von Pflegeheimen oder mit dem Spitex-System im Zusammenhang stehen.

Auf der Grundlage der uns derzeit zur Verfügung stehenden Daten kann man daher festhalten, dass sich die in der vom BSV zusammengestellten Dokumentation zum KVG [BSV (1994)] enthaltenen Erwartungen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz und der Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren bestätigt haben. Im Bereich der Sozialhilfe führte die Einführung des KVG zu einer finanziellen Entlastung der Kantone, die in der Eidgenössischen Finanzstatistik allerdings kaum Spuren hinterlassen hat. Was das Ausmass dieser Entlastung anbelangt, wird nachfolgend trotz einer äusserst schmalen kantonalen Datenbasis versucht, eine Schätzung vorzunehmen.

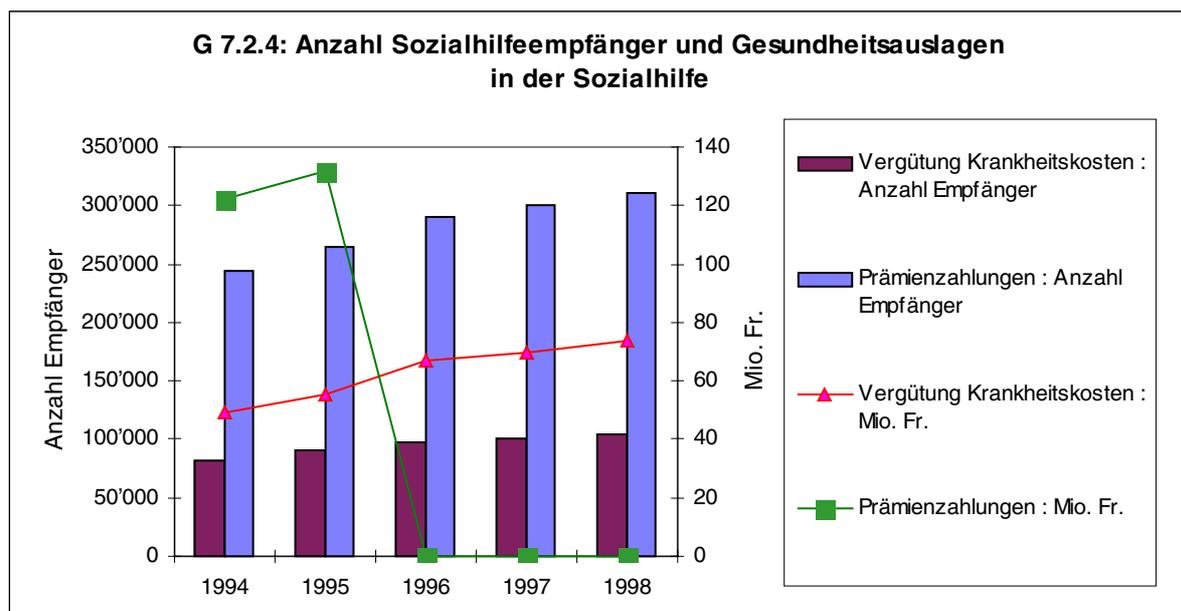
Im Kanton Waadt bewirkte die Einführung des KVG im Bereich der waadtländischen Sozialhilfe (ASV), der Sozialhilfe im Zusammenhang mit Spitalaufenthalten und der kantonalen Unterstützungsleistungen für die Unterbringung (LAPRHEMS) eine finanzielle Entlastung in Höhe von ungefähr Fr. 11.5 Mio. Der kantonale Beitrag für die Pflege zu Hause (Organisme Médico-Social Vaudois) ist im Anschluss an die Einführung des KVG ebenfalls zurückgegangen: von Fr. 37'251 im Jahre 1995 auf Fr. 29'968 im Jahre 1996.

Im Kanton Zürich wird die finanzielle Entlastung für die Sozialhilfe von der Fürsorgedirektion auf insgesamt etwa Fr. 30 Mio. veranschlagt. Im Kanton Bern dagegen belief sich die Übertragung der finanziellen Belastung von der Sozialhilfe auf das Prämienverbilligungssystem auf ungefähr Fr. 34 Mio.

Auch von anderen Kantonen wurde angegeben, dass es im Bereich der Sozialhilfe zu einer finanziellen Entlastung gekommen ist. Im Kanton Wallis betrug die Entlastung der Sozialhilfe infolge der Einführung des Prämienverbilligungssystems etwa Fr. 3 Mio. Im Kanton Jura führte die Übernahme von Krankenversicherungsprämien im Rahmen des Prämienverbilligungssystems zu einer finanziellen Entlastung in Höhe von ca. Fr. 1 Mio. Bei diesem Kanton ist ausserdem eine Übertragung der finanziellen Belastung von den Kantonen und Gemeinden auf die Krankenkassen zu beobachten. Dies ist auf die Ausweitung des Leistungskatalogs zurückzuführen, welche durch die Einführung des KVG im Bereich der Grundversorgung (Gesundheitsdienste, Pflege zu Hause und Pflegeheime) zu Lasten der Krankenkassen vorgenommen wurde. Was jedoch die ausserkantonalen Spitalaufenthalte (Hospitalisierungen aus medizinischer Notwendigkeit, d.h. medizinische Versorgung in Universitätsspitalern, Spitzenmedizin und Notfälle) anbelangt, erfolgte eine Übertragung der finanziellen Belastung von den Krankenkassen auf die öffentliche Hand. Wenn man im weiteren auch die Übertragung von finanziellen Lasten berücksichtigt, welche im Bereich der Ergänzungsleistungen erfolgte, und etwaige - noch nicht feststehende - Auswirkungen des KVG auf die finanzielle Lage der Altersheime ausschliesst, ergibt sich für den Kanton Jura in den Bereichen Hilfe und Pflege zu Hause, Pflege von Betagten, Spitäler, ausserkantonale Spitalaufenthalte und Ergänzungsleistungen eine finanzielle Entlastung in Höhe von ungefähr Fr. 1.1 Mio.

7.2.4 Schätzung der gesamtschweizerischen Gesundheitsausgaben, die in der Sozialhilfe enthalten sind

Geht man in bezug auf die Anzahl der Personen, welche Leistungen der Sozialhilfe beziehen, sowie bezüglich der pro Leistungsbezüger ausgerichteten Prämien und der pro Leistungsbezüger erstatteten Krankheitskosten von zurückhaltenden Annahmen aus, können die im Bereich der Sozialhilfe anfallenden Gesundheitsausgaben ungefähr abgeschätzt werden. Bei den in der untenstehenden **Grafik 7.2.4 (Tabelle 7.2.4 im Anhang)** enthaltenen Werten ist jedoch eine gewisse Zurückhaltung geboten, denn die statistischen Grundlagen sind ausserordentlich lückenhaft. Als Berechnungsgrundlage standen lediglich die Schätzungen der SKOS und die von einigen Kantonen vorgelegten Zahlen zur Verfügung. Es handelt sich somit um Minimalwerte, die auf der Grundlage der von einigen Kantonen zur Verfügung gestellten Informationen und der Schätzungen der SKOS bezüglich der Anzahl der Bezüger von Sozialhilfeleistungen in der Schweiz berechnet wurden. Gemäss Mitteilungen der kantonalen Sozialhilfestellen werden die Prämien seit 1996 nicht mehr im Rahmen des Sozialhilfebudgets, sondern innerhalb des mit dem KVG eingeführten Prämienverbilligungssystems übernommen. Nach den Angaben einzelner Kantone hatte dies 1996 für die Sozialhilfe einen entlastenden Effekt von insgesamt mindestens Fr. 120 Mio. zur Folge. Seither übernimmt die Sozialhilfe nur noch die von den Krankenkassen nicht abgedeckten Krankheitskosten, so dass von einer dauerhaften finanziellen Entlastung gesprochen werden kann.



Folgerung 7.2:

Die öffentliche Finanzstatistik weist für 1996 eine rückläufige Entwicklung der Sozialhilfekosten aus, die aber bereits 1997 wieder von einer Aufwärtsbewegung abgelöst wird. Bei den Armenunterstützungs-Ausgaben, wo man am ehesten eine Entlastung vermutet hätte, war die Kostenreduktion nicht sehr ausgeprägt; zudem lässt sich zeigen, dass der Einbruch bei dieser Rubrik praktisch ausschliesslich das Resultat der Entwicklung in den bernischen Gemeinden darstellt. Es ist anzunehmen, dass primär die steigende Zahl der Sozialhilfeempfänger den entlastenden Effekt der Prämienverbilligungen neutralisiert hat. Immerhin lässt sich dieser entlastende Effekt für 1996 auf insgesamt mindestens Fr. 120 Mio. veranschlagen. Der grösste Teil dieser Summe dürfte sich der Übernahme des Prämienverbilligungs-Systems verdanken.

8. Wichtigste quantifizierbare Ergebnisse des KVG

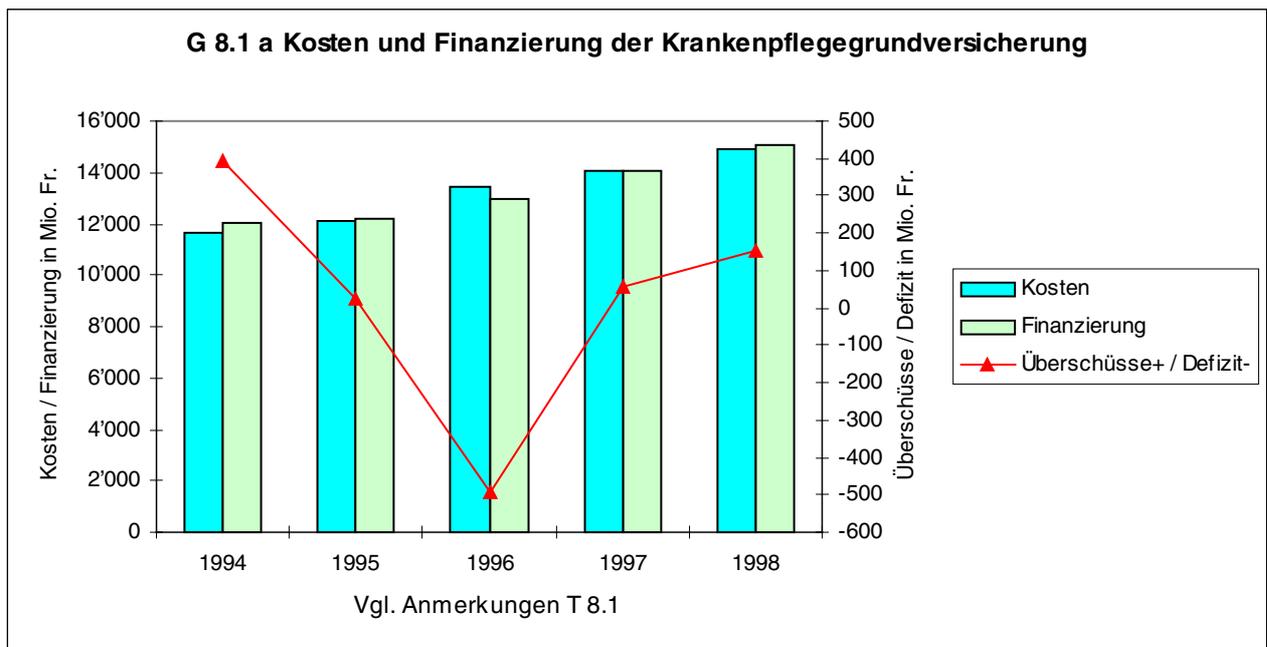
Das neue, zu Beginn des Jahres 1996 in Kraft getretene Bundesgesetz zur Krankenversicherung (KVG) führt zu erheblichen Veränderungen im Gesundheitswesen und im Bereich der sozialen Sicherheit. Erste Auswirkungen beginnen sich abzuzeichnen und erste quantitative Analysen können vorgelegt werden. Anhand der Daten aus den ersten drei Jahren der Gesetzesanwendung lassen sich die Ausgaben und Einnahmen der Krankenpflegegrundversicherung einerseits und die Finanzierung des Gesundheitswesens andererseits, als wichtigste quantifizierbare Ergebnisse vorweisen. Der Einfluss der neuen Gesetzgebung ist indes bei weitem noch nicht vollständig zum Tragen gekommen und dürfte auch noch mittel- bis langfristig Auswirkungen auf das Gesundheitssystem zeitigen.

Die zentrale Frage, die sich in der Öffentlichkeit stellt, lautet wie folgt: Hat das KVG bereits Auswirkungen auf die Kosten des Gesundheitssystems gezeitigt? Mit den gegenwärtig verfügbaren Daten lässt sich diese Frage aus zweierlei Gründen nur schwer beantworten. Zum einen wurden die auf eine Kostendämmung zielenden Bestimmungen des KVG – Spitalplanung in den Kantonen, analytische Rechnungsführung in den Pflegeeinrichtungen, vereinheitlichte Tarife, etc. – nur stufenweise und mit Verspätung umgesetzt. Zum anderen sind die den Kostenschätzungen im Gesundheitswesen zugrundeliegenden statistischen Werte jeweiligen Veränderungen unterworfen, die die Vergleichbarkeit zwischen den Daten der 90er Jahre stark erschweren könnten.

Auf der Grundlage vorhandener Daten und Kenntnisse ist die Einschätzung auf die Feststellung zu beschränken, dass die Einführung des KVG zwar nicht zu einem Kostenanstieg im Gesundheitswesen geführt hat, positive Auswirkungen im Sinne einer Kostendämmung jedoch noch nicht quantifizierbar sind.

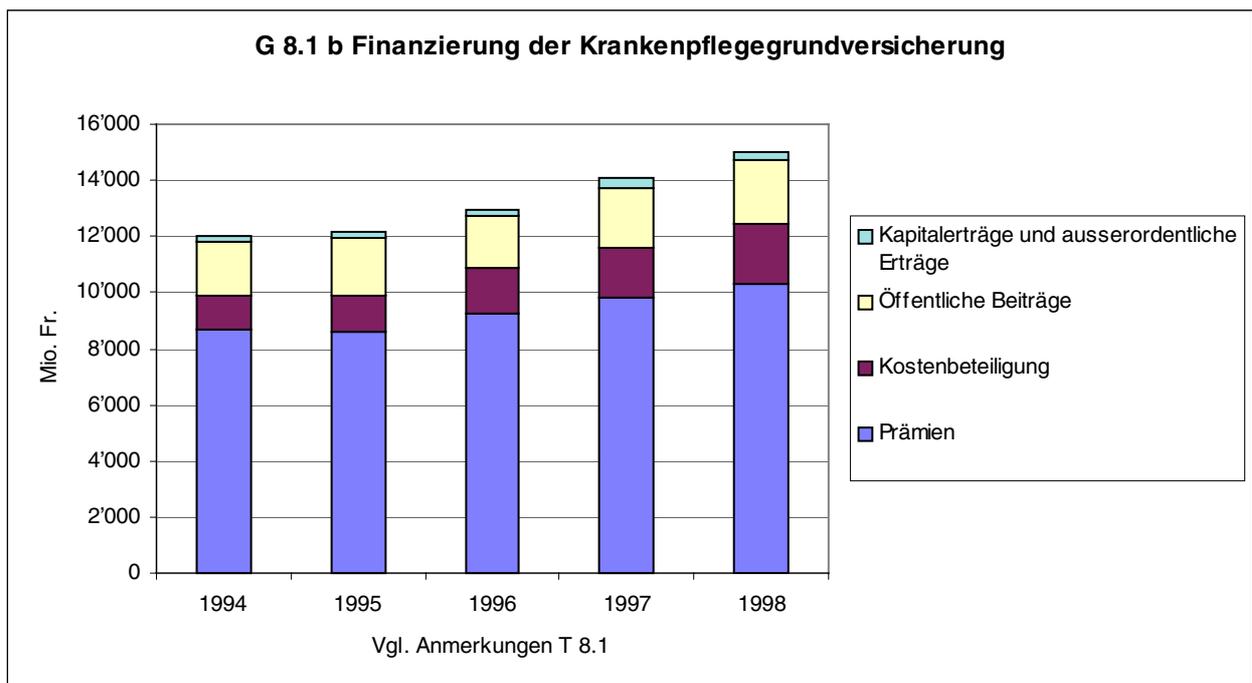
8.1 Kosten und Finanzierung der Krankenpflegegrundversicherung

Die wichtigsten Ergebnisse zu den Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung der Krankenpflegegrundversicherung sind in **Tabelle 8.1** im Anhang zusammengefasst. Die Kosten (bezahlte Leistungen und Verwaltungskosten) bilden die Ausgangsgrösse. 1996 beliefen sie sich auf Fr. 13.5 Mrd. Dies entsprach einem Anstieg um Fr. 1.3 Mrd. (+10.8%), was deutlich mehr ist als die Zunahme im Jahre 1995 von Fr. 520 Mio. (+4.5%). Bei detaillierter Betrachtung fällt auf, dass die Verwaltungskosten im Jahr 1996 deutlich stärker gestiegen sind. Dieser punktuelle, augenfällige Effekt war verknüpft mit dem Inkrafttreten des KVG. Mit +4.2% im Jahr 1997 und +6.0% im Jahr 1998 lag die Kostenerhöhung in etwa wieder bei den Werten der Jahre 1990 bis 1995, ja sogar darunter. Die Verwaltungskosten gingen in den letzten beiden Jahren sogar zurück. Vor der Überprüfung der Mittelflüsse muss das Rechnungsergebnis, d.h. die Differenz zwischen Kosten und Finanzierung, aufgezeigt werden. 1994 wies die Grundversicherung einen Einnahmeüberschuss von Fr. 394 Mio. auf; dies kam im Prinzip einer Erhöhung der Reserven gleich. Im Jahr 1995 wurde dieser Überschuss (Fr. 26 Mio.) nahezu vollständig abgebaut und 1996 wies die Rechnung schliesslich ein Defizit von Fr. 491 Mio. auf. Im Bereich der Grundversicherung erfolgte 1996 damit ein Abbau der Finanzreserven in der Grössenordnung von Fr. 500 Mio.. In den Jahren 1997 und 1998 gelang es den KVG-Versicherern, den Abbau ihrer Reserven insgesamt zu stoppen und wieder positive Zahlen vorzuweisen. Allerdings bleiben die Überschüsse weiterhin auf relativ niedrigem Niveau (**Grafik 8.1 a**).



1996 wurden die Kostenzunahme in Höhe von Fr 1.3 Mrd. und der Beitragsrückgang um ca. F. 270 Mio. in der Hauptsache aus der Erhöhung der Prämien (+650 Mio.) und einer vermehrten Kostenbeteiligung der Versicherten (+390 Mio.) finanziert. Hinzu kommt der erwähnte Abbau der Reserven um Fr. 500 Mio. Die "Anstiegswelle" des Jahres 1996 wurde in den nachfolgenden zwei Jahren vor allem durch die Prämienanpassung, die Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten und ein gewisses Aufstocken der Beiträge zur Prämienverbilligung kompensiert. Dennoch bleiben die von den KVG-Versicherern gebildeten Reserven deutlich unter dem Niveau der Jahre 1994 und 1995.

Die Finanzierung der Grundversicherung ruht traditionell auf drei Säulen: den Prämien der Versicherten, den Kostenbeteiligungen und den Beiträgen der öffentlichen Hand. Die Kapitalerträge und die ausserordentlichen Erträge sind nur von geringer Bedeutung (**Grafik 8.1 b**).



In den vergangenen zwei Jahren ging der Anteil der Prämien tendenziell zurück (69.8% im Jahr 1997 und 68.8% im Jahr 1998), während er im Jahre 1996 infolge des generellen Rückgangs der öffentlichen Beiträge zur Prämienverbilligung einen Anstieg auf 71.1% erfahren hatte.

Bedingt durch den bei der stationären Behandlung der Versicherten eingeführten Selbstbehalt von 10% nahm der Anteil der Kostenbeteiligungen deutlich zu, um im Jahr 1998 infolge der Anhebung der jährlichen Grundfranchise ein weiteres Mal anzusteigen. Besagte Franchise ist nun bei 14.0% angesiedelt, während sie im Jahr 1995 noch bei 10.6% gelegen hatte.

Der Anteil der öffentlichen Beiträge an der Prämienverbilligung ging im Jahr 1996 deutlich zurück (14.0%); im Vorjahr hatte er noch bei 17.1% gelegen. In den Jahren 1997 und 1998 ist mit 14.8% bzw. 15.1% wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen, was hauptsächlich darauf zurückzuführen ist, dass die Kantone bei der Ausrichtung von öffentlichen Geldern für die Prämienverbilligung eine restriktive Praxis verfolgen.

Abschliessend ist der Problembereich Gesundheitskosten auch unter dem Gesichtspunkt zu behandeln, wie er in der Bevölkerung wahrgenommen wird, insbesondere was die durch die Krankenversicherungsprämien verursachte finanzielle Belastung der Budgets der privaten Haushalte betrifft. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des KVG, also am 1. Januar 1996, führten drei Massnahmen dazu, dass ein deutlicher Anstieg der Prämien zu erwarten war: die Änderung des Beitragssystems für die Prämienverbilligung, die zur Folge hatte, dass den Versicherten künftig Bruttoprämien (ohne Abzug der öffentlichen Beiträge) in Rechnung gestellt wurden (+14%), die auf Fr. 1.7 Mrd. (+15%) veranschlagte Ausweitung des Leistungskatalogs und der im Vergleich zum Vorjahr erfolgte Kostenanstieg (+5%). Die Statistik der KVG-Versicherer aus dem Jahre 1996 zeigt jedoch, dass der Anstieg der Bruttoprämien in der Grundversicherung nicht 34%, sondern nur 21% betrug. Diese deutliche Abweichung lässt sich auf folgende vier Ursachen zurückführen:

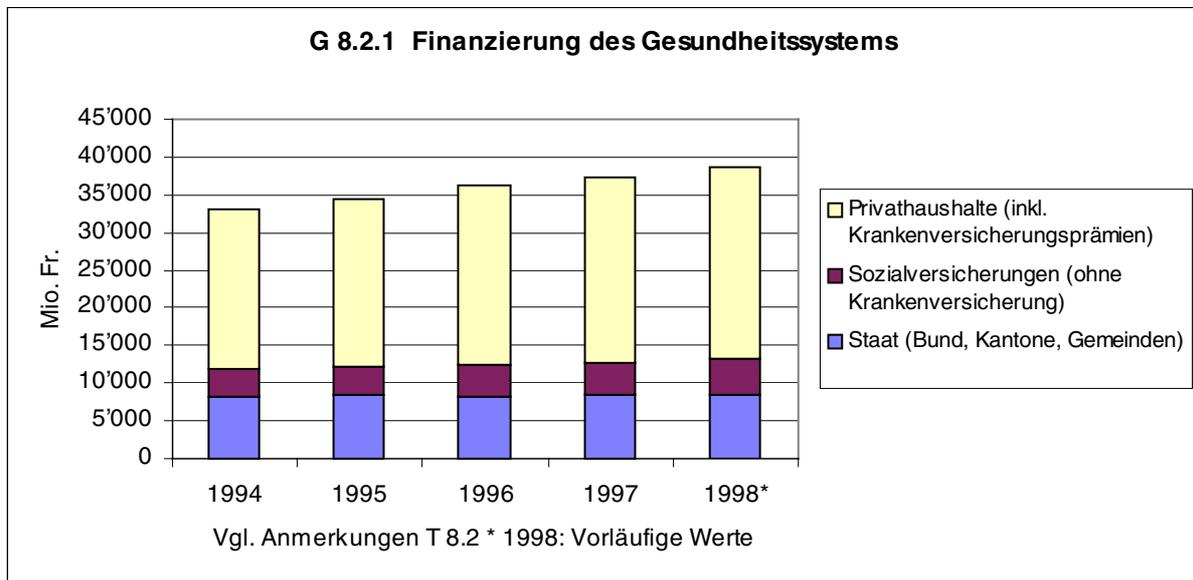
- Die Erhöhung der Kostenbeteiligungen der Versicherten (insbesondere bei Spitalaufenthalten) verursachte 1996 einen Anstieg um 30%. Dies entspricht ungefähr einem Betrag von Fr. 400 Mio.
- Die Kosten der neuen Leistungen wurden überschätzt: Die Leistungen in der Grundversicherung einschliesslich der Verwaltungskosten stiegen von Fr. 12.2 Mrd. im Jahre 1995 auf Fr. 13.5 Mrd. in 1996, was einer Zunahme von Fr. 1.3 Mrd. gleichkommt. Die Gesamtkosten des Leistungsausbaus waren hingegen mit Fr. 1.7 Mrd. veranschlagt worden
- Um den Prämienanstieg zu begrenzen, verringerten die Versicherer 1996 ihre Reserven um ca. Fr. 500 Mio.
- Die Zahl der Versicherten, die im Hinblick auf eine Reduktion ihrer Prämie eine höhere Jahresfranchise wählten, nahm im Jahr 1996 explosionsartig zu. Während sie 1995 noch bei 700'000 gelegen hatte, stieg sie im Folgejahr auf 2.3 Mio. an. Durch die entsprechenden Prämienreduktionen wurde die Auswirkung der Prämien erhöhungen in den Krankenversicherungsstatistiken ebenfalls gemindert. Das Ausmass dieser Abschwächung lässt sich indes nicht beziffern und sollte im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligung der Versicherten analysiert werden.

8.2 Finanzierung des Gesundheitssystems

Die Auswirkungen des KVG gehen weit über den Bereich der Krankenversicherung hinaus. Das KVG entfaltet "nachgelagerte" Effekte auf das gesamte Gesundheitssystem und auf sämtliche Kategorien von Leistungserbringern. "Vorgelagert" sind Effekte auf die anderen Systeme der sozialen Sicherheit (Prämienverbilligung, Ergänzungsleistungen AHV/IV und Sozialhilfe) und der direkten Leistungen der öffentlichen Hand (Subventionierung der Spitäler, Prävention und Verwaltung des Gesundheitswesens). Um die finanziellen Auswirkungen des KVG quantifizieren zu können, gilt es daher, die Evolution der einzelnen Mittelströme im Betrachtungszeitraum (1994 bis 1998) zu analysieren - unter Berücksichtigung der drei genannten Systeme zum Schutz der sozialen Sicherheit -, um so die Entscheidungsfindung bei der Finanzierung des Gesundheitswesens und der sozialen Sicherheit zu erleichtern.

8.2.1 Finanzierung des Gesundheitssystems – Gesamtübersicht

Die Finanzierung des Gesundheitssystems lässt sich anhand der drei beteiligten Wirtschaftseinheiten (Staat, Sozialversicherungen und Privathaushalte) erläutern. **Grafik 8.2.1** und **Tabelle 8.2** im Anhang bieten eine Gesamt- und eine Detailsicht dieser Finanzierung.



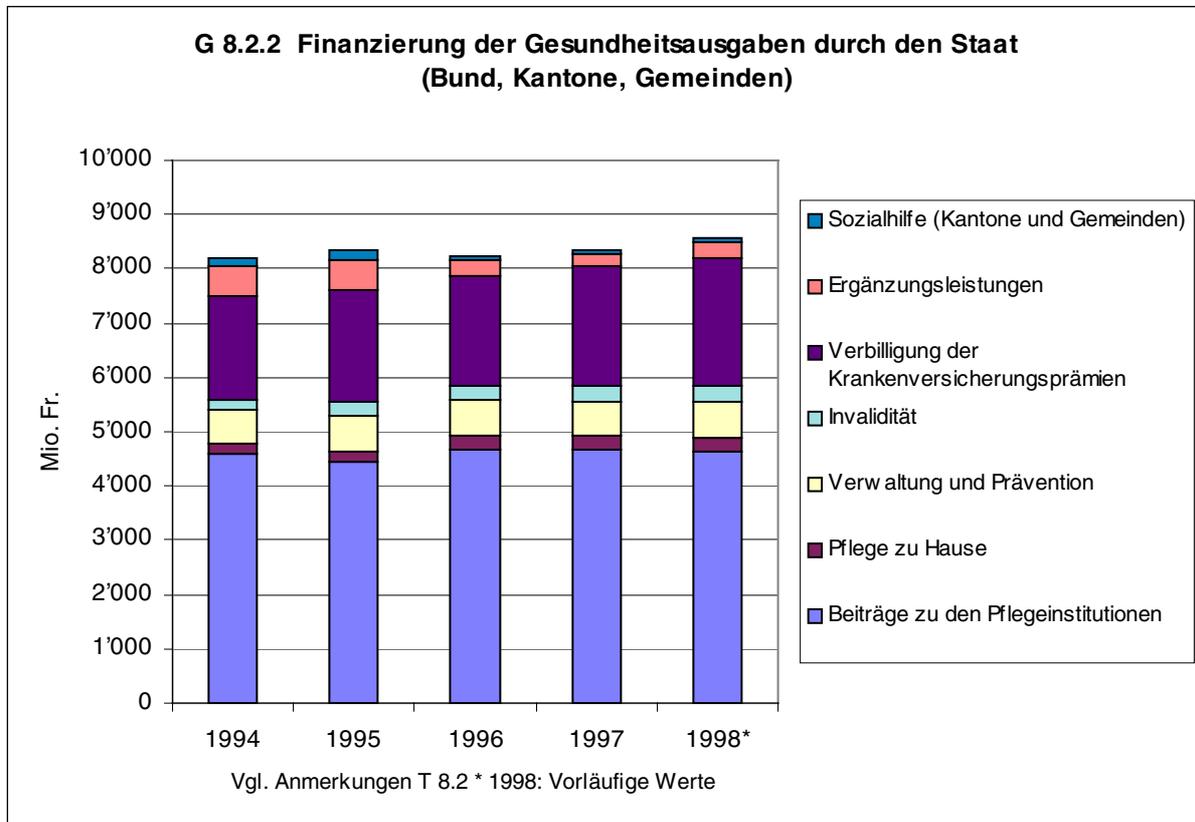
Im Jahr 1996 geht der vom **Staat** getragene Anteil deutlich von 24.3% (1995) auf 22.7% zurück. Dieser relative Rückgang setzt sich – wenngleich in geringerer Masse – in den Jahren 1997 (22.4%) und 1998 (22.2%) fort. Der Staat tritt auf unterschiedliche Weise als Finanzierungseinheit auf. Im Bereich Gesundheitswesen geschieht dies durch Subventionierung der Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen. Im Bereich der sozialen Sicherheit agiert der Staat über die Beiträge für die Prämienverbilligung in der Grundversicherung, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, die Sozialhilfe sowie verschiedene Hilfswerke für Behinderte; daneben übernimmt er Aufgaben im Bereich der allgemeinen öffentlichen Gesundheit, der Prävention und der Verwaltung.

Die Sozialversicherungen – Unfallversicherung, AHV/IV und Militärversicherung – werden als eigenständige Finanzierungseinheit betrachtet, obwohl auch der Staat zu ihrer Finanzierung beiträgt (20% der AHV, 50% der IV, 100% der Militärversicherung). Die Krankenversicherung – sie wird hauptsächlich durch die Prämien der Haushalte finanziert – ist in dieser Rubrik nur in Bezug auf ihre Finanzierung durch den aus den Reserven der KVG-Versicherer (Krankenkassen) erwirtschafteten Ertrag berücksichtigt. Die Entwicklung von 1994 bis 1998 ist durch Stabilität gekennzeichnet.

Die privaten Haushalte beteiligen sich an der Finanzierung des Gesundheitssystems hauptsächlich durch Zahlung der Krankenversicherungsprämien (Grundversicherung und Zusatzversicherungen), Beteiligung an den Kosten der Krankenversicherung (Franchisen und Selbstbehalte) sowie direkte Bezahlung jener Leistungen, die von den Sozialversicherungen bzw. der öffentlichen Hand nicht übernommen werden (zahnärztliche Behandlungen, Pensionskosten in Pflegeheimen, Hilfe zu Hause, etc.). Im Betrachtungszeitraum 1994 bis 1998 steigt die Belastung der privaten Haushalte insgesamt; ihr Finanzierungsanteil erhöht sich von 64.0% im Jahr 1994 auf 66.1% in 1998, mit einer deutlichen Steigerung im Jahr 1996. Diese Entwicklung steht zweifellos im Zusammenhang mit der Einführung des KVG; um jedoch die verschiedenen Auswirkungen der neuen Gesetzgebung identifizieren und gewichten zu können, bedarf es einer detaillierten Prüfung der jeweiligen Finanzierungselemente (vgl. nachstehend, Finanzierung durch die öffentliche Hand und Finanzierung durch die privaten Haushalte).

8.2.2 Finanzierung durch die öffentliche Hand

Die Finanzierung des Gesundheitssystems durch Bund, Kantone und Gemeinden erfolgt in erster Linie durch die Beiträge an Pflegeinstitutionen und die Verbilligung der Krankenkassenprämien. 1998 beliefen sich diese Gelder auf insgesamt Fr. 7.0 Mrd. und machten damit mehr als 80% der öffentlichen Beiträge aus. (**Grafik 8.2.2** und **Tabelle 8.2** im Anhang).



Die Beiträge zur stationären Versorgung (Spitäler, Pflegeheime) erreichten 1998 dasselbe Niveau wie 1994, und die Schwankungen in den dazwischenliegenden Jahren hielten sich in Grenzen. Anteilsmässig nimmt diese Finanzierungs-kategorie indes weiterhin ab. 1994 lag ihr Anteil noch bei 13.9% der Gesundheitsausgaben, 1998 nur noch bei 11.9%.

Die von den Kantonen (inkl. Gemeinden) und dem Bund zur Verbilligung der Prämien aufgebrachtten Nettogeldmittel wiesen im Betrachtungszeitraum grosse Schwankungen auf, die in der Hauptsache auf Änderungen bei der Verteilung der Bundesbeiträge zurückzuführen sind. Die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit den statistischen Grundlagen werden in Kapitel 3 dieses Berichts erläutert.

Der für die Verbilligung der Krankenkassenprämien bestimmte Finanzierungsanteil des Bundes und der Kantone scheint sich 1998 bei 6,2% stabilisiert zu haben, d.h. in etwa auf dem Niveau des Jahres 1995. Der Rückgang des Bundesanteils um 24% im Jahr 1996 resultiert unmittelbar aus der seitens mehrerer Kantone erfolgten restriktiven Umsetzung der Prämienverbilligungssysteme. Zwar steigen die Ausgaben für die Prämienverbilligung seit 1997, dennoch bleiben sie im Jahr 1998 um etwa Fr. 600 Mio. unter dem vom Gesetzgeber vorgesehenen Ziel. Der Bundesbeitrag für 1998 kann in der Tat nur dann fliessen, wenn der Beitrag der Kantone 45% der Bundesbeiträge erreicht.

Die Einführung neuer kantonaler Systeme zur Verbilligung der Krankenversicherungsprämien für wirtschaftlich schwächer gestellte Personen führte 1996 zum erwarteten Abbau bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sowie bei der Sozialhilfe. Dieser Rückgang erfolgte hauptsächlich in Form einer Verschiebung der Prämienlast. Die entsprechenden Ausgaben

gingen bei den Ergänzungsleistungen um ca. Fr. 250 Mio. und bei der Sozialhilfe um etwa Fr. 120 Mio. zurück. Die Zahlen der Jahre 1997 und 1998 scheinen bei beiden Systemen zur sozialen Sicherung auf eine Stabilisierung hinzuweisen. Die Schätzwerte der Sozialhilfe sollten jedoch vorsichtig interpretiert werden, da die statistischen Grundlagen erhebliche Lücken aufweisen. (vgl. Kap. 7).

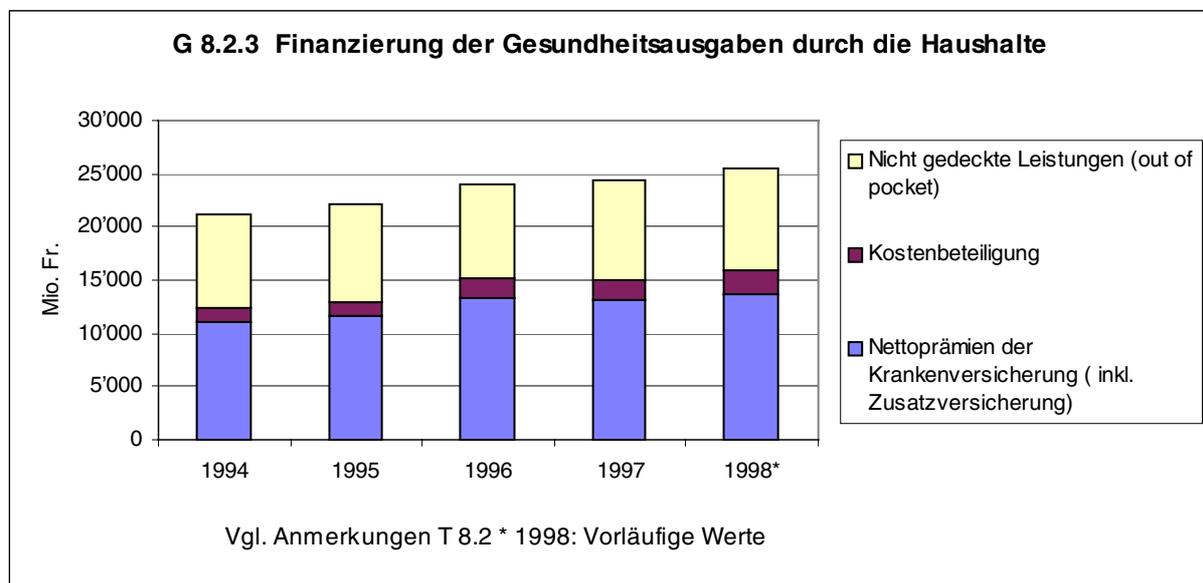
8.2.3 Die Finanzierung durch die privaten Haushalte

Mit der Einführung des KVG im Jahr 1996 kam es in Bezug auf die Finanzbelastung der privaten Haushalte zu einer ersten "Anstiegswelle" (**Grafik 8.2.3** und **Tabelle 8.2** im Anhang).

Die Nettoprämien der Krankenversicherung stiegen um über Fr. 1.7 Mrd. an, und die Kostenbeteiligungen der Versicherten nahmen um ca. Fr. 400 Mio. zu, während die direkten Zahlungen – sie entsprechen den von den Sozialversicherungen nicht erstatteten Leistungen – um etwa Fr. 300 Mio. zurückgingen.

Im Jahr 1997 werden die starken Schwankungen des Vorjahres wieder etwas korrigiert: Die Nettoprämien gehen zurück (- 230 Mio.) und die nicht gedeckten Leistungen (out of pocket) steigen erneut an, während der bei den Kostenbeteiligungen verzeichnete Anstieg verhältnismässig gering ausfällt.

Im Jahr 1998 scheint es zu einer Stabilisierung der einzelnen Komponenten dieser Finanzierungskategorie zu kommen: Die Erhöhungen der Nettoprämien und der nicht gedeckten Leistungen sind nicht mehr weit entfernt von den Erhöhungen bei den Gesundheitsausgaben. Bedingt durch die Erhöhung der Grundfranchise bei der obligatorischen Krankenversicherung und die wachsende Anzahl, frei wählbarer hoher Franchisen, zeichnet sich bei den Kostenbeteiligungen jedoch ein deutlicher Anstieg ab.



Interessant sind auch die Auswirkungen des neuen Gesetzes auf die Entwicklung der Finanzierungsanteile: Die für die Nettoprämien aufzuwendenden Ausgaben stiegen von 33,8% im Jahr 1995 auf 35,5% im Jahr 1998, nachdem sie im Jahr 1996 eine deutliche Spitze von 36,7% erreicht hatten. Der Rückgang im Vergleich zum Jahr 1996 lässt sich teilweise auf einen Rückgang bei den Zusatzversicherungen zurückführen. Die Ausgaben für nicht gedeckte Leistungen (out of pocket) gingen 1995 um 26,4% zurück und erreichten - nach einem Tiefstand von 24,2% im Jahr 1996 - 25,0% im Jahr 1998. Der Anteil der Kostenbeteiligungen nimmt seit 1995 (4,0%) stetig zu und erreicht im Jahr 1998 5,6%.

Schlussfolgerung

Mithilfe der für den Betrachtungszeitraum (1994 bis 1998) verfügbaren Statistiken konnten zum Zeitpunkt der Untersuchung (2. Halbjahr 1999) die allgemeinen Auswirkungen des KVG auf die Ausgaben und Einnahmen der Krankenversicherer und auf das gesamte Gesundheitssystem identifiziert und quantifiziert werden. Da die statistischen Grundlagen jedoch beträchtliche Lücken aufweisen, ist bei den aus diesen Ergebnissen zu ziehenden Schlussfolgerungen erhebliche Vorsicht geboten. Zudem hat die Gesetzesrevision ihre vollständige Wirkung bei weitem noch nicht entfaltet.

Während die ersten erwarteten Auswirkungen des KVG auf die Entwicklung der Finanzierungsstruktur der Grundversicherung, des Gesundheitssystems und der anderen sozialen Sicherungssysteme (Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe) erkennbar sind, lassen sich die weniger direkten Effekte, insbesondere die Senkung der Gesundheitskosten, erst zu einem späteren Zeitpunkt untersuchen. Die strukturellen Veränderungen bei den von der Anwendung des neuen Gesetzes besonders betroffenen Leistungserbringern (Spitäler, Pflegeheime, Pflege zu Hause) können zwar beziffert werden, allerdings ist in Bezug auf die Vergleichbarkeit der Zahlen der Zeitserie 1994-1998 Vorsicht angebracht, da die den Schätzungen zugrundeliegenden Datenquellen im Laufe der letzten Jahre Veränderungen erfahren haben.

Die Einführung der neuen kantonalen Systeme zur Verbilligung der Krankenversicherungsprämien führte seit 1996 zu finanziellen Entlastungen – insbesondere in Form einer Verlagerung der Prämienlast - im Bereich der Ergänzungsleistungen der AHV und IV sowie in der Sozialhilfe. Allerdings ist den Schätzungen im Bereich Sozialhilfe mit Vorsicht zu begegnen, da die statistischen Grundlagen - auf kantonaler wie auf Bundesebene - noch erhebliche Lücken aufweisen. Diese Seite der vorliegenden Untersuchung kann jedoch noch weiter entwickelt werden, wobei es insbesondere von der Statistik der Sozialhilfeempfänger, die zur Zeit vom BFS erarbeitet wird, zu profitieren gilt.

Die Einführung der frei wählbaren Franchise erlaubt es dem Versicherten, bis zu 40% des Prämienbetrages einzusparen. In Zukunft sollte aber auch darüber nachgedacht werden, inwieweit dies zu einer Umleitung der Solidaritätsflüsse führt und welche Auswirkungen auf die Prämien mit normaler Franchise und die allgemeinen Finanzbeträge der Versicherten zu gewärtigen sind.

Was auf Kantonsebene über die Prämien, Beiträge, Kostenbeteiligungen, Prämienverbilligungen und die Ärzte- und Apothekendichte in Erfahrung gebracht werden konnte, lässt deutliche interregionale Unterschiede zutage treten. Um diese erklären zu können, bedarf es weitergehender Untersuchungen.

Aufgrund des gesetzlichen Auftrages muss die Untersuchung fortgesetzt werden. Damit bietet sich die Gelegenheit, die mittel- bis langfristigen Veränderungen bei der Finanzierung der Krankenversicherung, des Gesundheitswesens und der anderen Systeme der sozialen Sicherheit über einen längeren Zeitraum und detaillierter zu untersuchen.

Bibliographie

Bundesamt für Sozialversicherung, 1998, Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, Forschungsbericht Nr. 15/98 im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG, BSV: Bern.

Kapitel 1

Bundesamt für Sozialversicherung, 1996, Statistik, in: *EL-Aktuell*, 2/96.

Coullery, Pascal und Ralf Kocher, 1997, Der Rechtsbegriff der "bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse" nach Artikel 65 KVG, in: *Soziale Sicherheit*, 1/1997, 24-29.

Botschaft über die Revision der Krankenversicherung 6. November 1991.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1998, *Statistik der Krankenversicherung, Vom Bund anerkannte Versicherungsträger*, BSV: Bern.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1994, Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz, Bundesamt für Sozialversicherung: Bern.

Kapitel 2

Office fédéral de la statistique, 1999, Neuchâtel, *Coûts du système de santé, résultats détaillés 1997 et évolution depuis 1960*.

Bandi, Till et al., 1997, Die Entwicklung der Krankenversicherung in den Jahren 1994/95, in: *Soziale Sicherheit*, 3/1997, 152-155.

Camenzind Paul, Statistik über die Krankenversicherung 1998: Provisorische Ergebnisse, in *Soziale Sicherheit*, 4/1999, 206-208.

Kocher, Ralf, 1996, Die Wirkung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, in: *Soziale Sicherheit*, 3/1996, 134-139.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Maurer, Alfred, 1996, Das neue Krankenversicherungsrecht, Helbing und Lichtenhahn: Basel (Das Recht in Theorie und Praxis).

Bundesamt für Sozialversicherung, 1994, Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz, Bundesamt für Sozialversicherung: Bern.

Kapitel 3

Eidg. Finanzverwaltung, 1999, *Öffentliche Finanzen der Schweiz 1997*, EFV: Bern.

Bundesamt für Sozialversicherung, *Statistik über die Krankenversicherung 1994/1995, 1996, 1997, 1998* BSV: Bern.

Kapitel 4

Bundesamt für Sozialversicherung, 1996, Prämien 1997 der Krankenpflege-Grundversicherung genehmigt, in: *Soziale Sicherheit*, 6/1996, 317-319.

Donini, F. und G. Sottas, 1997, Die wählbare Franchise unter der Lupe, in: *Soziale Sicherheit*, 2/97, 77-80.

BSV, 1998, Die Prämienverbilligung des KVG: Erste Erfahrungen in: *Soziale Sicherheit*, 1/98, 10-12.

Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (Hrsg.), 1997, Prämienverbilligung in der Krankenversicherung: Überblick über die kantonalen Regelungen für 1997, Fassung vom 5.09.1997, SDK: Bern.

Kapitel 5

Office fédéral de la statistique, 1993, Bern, *Coûts du système de santé, Conception et résultats*.

Kapitel 6

Eidgenössisches Departement des Innern, Verordnung vom 21. November 1996 über die Durchschnittsprämien 1997 in der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen., in: *AHI-Praxis*, 1/1997.

Huber, François, Auswirkungen des neuen KVG auf die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, in: *Soziale Sicherheit*, 1/1996, 29-31.

Kocher, Ralf, 1996, Die Wirkung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, in: *Soziale Sicherheit*, 3/1996, 134-139.

Neue Zürcher Zeitung, 1997, Rückforderung von Zusatzleistungen zur AHV/IV. Eine Folge der Verbilligung von Krankenkassenprämien, Nr. 67, 21. März 1997.

Bundesamt für Sozialversicherung, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, BSV: Bern, 1998.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1999, Nichtperiodische Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 1995-98, *EL-Aktuell*, 1/1999.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1997, Die Vergütung von Krankheitskosten innerhalb der EL 1995/1996, in: *EL-Aktuell*, 1/1997.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1997, Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (WEL), BSV: Bern.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1996, Zahlen und Trends bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, *EL-Aktuell*, 2/1996.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1996, Krankheitskosten-Statistik 1996, unveröffentlichte Daten aus den AK's Aargau, Bern, Luzern, Neuenburg, BSV: Bern.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1994, Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz, Bundesamt für Sozialversicherung: Bern.

Portmann, Urs, 1996, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und Verbilligung der Krankenkassenprämie, in: *Soziale Sicherheit*, 4/1996, 195-198.

Kapitel 7

Balthasar, Andreas (1998): Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. (Forschungsberichte 21/98 d). Bern (BSV)

Conférence des directeurs cantonaux des finances, 1982, Manuel de comptabilité publique, Haupt: Bern.

SKOS, 1997, Schätzung der zahlenmässigen Entwicklung in der Sozialhilfe von 1990 bis 1996, SKOS: Bern.

Département de la prévoyance sociale et des assurances du canton de Vaud, 1996, Directives sur les subsides aux primes d'assurance-maladie, et participation aux frais requis par les bénéficiaires de l'aide sociale vaudoise.

Département de la prévoyance sociale et des assurances du canton de Vaud, 1995, Aides individuelles 1995. Nombre de dossiers et catégories de bénéficiaires, dépenses et structure des recettes (internes Dokument).

Département de la prévoyance sociale et des assurances du canton de Vaud, 1996, Aides individuelles 1996. Nombre de dossiers et catégories de bénéficiaires, dépenses et structure des recettes (internes Dokument).

Bundesamt für Sozialversicherung, 1998, Inventar der bedarfsabhängigen Sozialhilfeleistungen in den Kantonen der Schweiz, BSV: Bern. (erscheint in Kürze)

Bundesamt für Sozialversicherung, 1994, Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz, Bundesamt für Sozialversicherung: Bern.

République et canton du Jura, 1997, Bilan comptable 1996 de l'application de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) vu sous l'angle des finances de l'Etat, Service de la santé: Delémont.

Rossini, Stéphane et Yves-Laurent Martignoni, 1997, Système d'information intercantonal en matière d'aide sociale, cantons de la CRASS 1995. Dépenses d'aide sociale comparées des cantons de Bern, Fribourg, Tessin, Vaud, Valais, Neuchâtel, Genève, Jura, Rapport final de recherche, Haute-Nendaz.

Rüst, Hanspeter, 1997, Individuelle Prämienverbilligung nach KVG und Prämienübernahme im Kanton Zürich 1996, Statistische Erhebung im Auftrag der Direktion des Gesundheitswesens des Kt. Zürich.

Witschard, Jean-Pierre, 1998, Les budgets de la Confédération, des cantons et des communes pour 1998, in: La vie économique. Revue de politique économique, 2/1998

Kapitel 8

Bandi, T., 1997, Entscheidungsgrundlagen in der Krankenversicherung - Verbesserungen in Sicht?, in: *Soziale Sicherheit*, 5/97, 282-285.

Anhang

Anhang A:

Indexzahlen zur Entwicklung der Arzt-, Medikamenten- und Spitalkosten

Anhang B:

Tabellen T et Grafiken G

- T 3.1 Kosten und Finanzierung der Krankenversicherung (KVG-Versicherer, Grundversicherung)
- T 3.2 Analytische Betriebsrechnung der Krankenkasse (KVG-Versicherer)
- T 3.3 a b Kosten und Finanzierung der Grundversicherung
- T 3.3 c Prämien und Leistungen der Grundversicherung
- T 3.4 Kosten und Finanzierung der Taggeldversicherung gemäss KVG
- T 3.5 Kosten und Finanzierung der Zusatzversicherungen (nur KVG-Versicherer)
- T 3.6 a Kostenbeteiligung der Versicherten an der Grundversicherung
- T 3.7 a b Reserven nach Anzahl der Versicherten (KVG-Versicherer)
- T 3.7 b Reserven der grossen KVG-Versicherer mit einem Bestand von mehr als 5000 Versicherten (mehr als 95% des Prämienvolumens)
- T 3.7 c Reserven, Fonds und Rückstellungen der KVG-Versicherer (alle Versicherungsarten)
- T 3.8 c Jährliche Abweichung in Fr. /in % zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 150.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 120.- Betrachtungszeitraum: 1996-1997
- G 3.8 c1 Jährliche Abweichung in Fr. zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 150.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 120.- (1996-1997)
- G 3.8 c2 Jährliche Abweichung in % zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 150.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 120.- (1996-1997)
- G 3.8 d1 Jährliche Abweichung in Fr. zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 150.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 213.- (1996-1997)
- G 3.8 d2 Jährliche Abweichung in % zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 150.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 213.- (1996-1997)
- G 3.8 e1 Jährliche Abweichung in Fr. zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 150.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 376.- (1996-1997)
- G 3.8 e2 Jährliche Abweichung in % zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 150.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 376.- (1996-1997)
- G 3.8 f1 Jährliche Abweichung in Fr. zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 230.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 120.- (1998-2000)
- G 3.8 f2 Jährliche Abweichung in % zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 230.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 120.- (1998-2000)

- G 3.8 g1 Jährliche Abweichung in Fr. zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 230.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 213.- (1998-2000)
- G 3.8 g2 Jährliche Abweichung in % zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 230.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 213.- (1998-2000)
- G 3.8 h1 Jährliche Abweichung in Fr. zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 230.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 376.- (1998-2000)
- G 3.8 h2 Jährliche Abweichung in % zur Gesamtbeitragsleistung/Jahr bei normaler Franchise von Fr. 230.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 376.- (1998-2000)
- T 3.8 l Durchschnittliche Beitragsleistung/Jahr für Erwachsene; Bundesdurchschnitt in Fr.
- G 3.8 l1 Durchschnittliche jährliche Beitragsleistung 1996-2000, bei jährlich abgerechneten Kosten in Höhe von Fr. 0.-. gemäss Franchisen
- G 3.8 l2 Durchschnittliche jährliche Beitragsleistung 1996-2000, bei Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 1'000.-. gemäss Franchisen
- G 3.8 l3 Durchschnittliche jährliche Beitragsleistung 1996-2000, bei Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 10'000.-. gemäss Franchisen
- T 3.8 m Index der Beitragsentwicklung für Erwachsene (Basis 1996=100)
- T 3.8 n Beitragsschwankungen/Jahr in % für Erwachsene
- G 3.8 n1 Durchschnittliche jährliche Schwankung der Beitragsleistung bei Erwachsenen mit Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 0.-, gemäss Franchisen; 1997-2000
- G 3.8 n2 Durchschnittliche jährliche Schwankung der Beitragsleistung bei Erwachsenen mit Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 1'000.-, gemäss Franchisen; 1997-2000
- G 3.8 n3 Durchschnittliche jährliche Schwankung der Beitragsleistung bei Erwachsenen mit Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 10'000.-, gemäss Franchisen; 1997-2000
- T 3.9 KVG-Versicherer nach der Zahl der Versicherten 1994-1998
- T 3.10 Auswirkung der Mengen/Preise auf die Gesundheitsausgaben

- T 4.1.1 a Durchschnittliche Monatsprämien für Kinder (in Fr.) 1996-2000
- G 4.1.1 a Durchschnittliche Monatsprämien für Kinder (in Fr.)
- T 4.1.1 b Abweichung der Krankenversicherungsprämie für Kinder auf Kantonebene zum Prämien-durchschnitt auf Bundesebene (in Fr.)
- T 4.1.1 c Index der Prämienentwicklung für Kinder (Berechnungsbasis 1996=100)
- T 4.1.1 d Jährliche Schwankung der Prämien für Kinder in %
- G 4.1.1 d Prämien der obligatorischen Grundversicherung für Kinder - Jährlicher Schwankungsdurchschnitt in % für den Betrachtungszeitraum 1997-2000
- T 4.1.2 a Durchschnittliche Monatsprämien für Jugendliche in Ausbildung (in Fr.) 1996-2000
- G 4.1.2 a Durchschnittliche Monatsprämien für Jugendliche in Ausbildung (in Fr.)
- T 4.1.2 b Abweichung der Prämien für in Ausbildung befindliche Jugendliche auf Kantonebene zum Prämien-durchschnitt auf Bundesebene (in Fr.)
- T 4.1.2 c Index der Prämienentwicklung für Jugendliche in der Ausbildung (Berechnungsbasis 1996=100)
- T 4.1.2 d Jährliche Schwankung der Prämien für Jugendliche in Ausbildung (in Fr.)
- G 4.1.2 d Prämien der obligatorischen Grundversicherung für Jugendliche in Ausbildung - Jährlicher Schwankungsdurchschnitt in % für den Betrachtungszeitraum 1997-2000
- T 4.1.3 a Durchschnittliche Monatsprämien für Erwachsene (in Fr.) 1996-2000
- T 4.1.3 b Abweichung der Krankenversicherungsprämie für Erwachsene auf Kantonebene zum Prämien-durchschnitt auf Bundesebene (in Fr.)
- T 4.1.3 c Index der Prämienentwicklung für Erwachsene (Berechnungsbasis 1996=100)
- T 4.1.3 d Jährliche Schwankung der Prämien für Erwachsene in %
- T 4.1.4 a Durchschnittliche Monatsprämien für alle Versicherten (in Fr.) 1996-2000

- G 4.1.4 a Durchschnittliche Monatsprämien für die Gesamtheit aller Versicherten (in Fr.)
- T 4.1.4 b Abweichung der Krankenversicherungsprämie für alle Versicherten auf Kantonsebene zum Prämienindex auf Bundesebene (in Fr.)
- T 4.1.4 c Index der Prämienentwicklung für alle Versicherten (Berechnungsbasis 1996=100)
- T 4.1.4 d Jährliche Schwankung der Prämien aller Versicherten in %
- G 4.1.4 d Prämien der obligatorischen Grundversicherung für die Gesamtheit aller Versicherten - Jährlicher Schwankungsdurchschnitt in % für den Betrachtungszeitraum 1997-2000
- T 4.2 a Durchschnittliche Kostenbeteiligung pro Jahr und pro Versicherungsnehmer (in Fr.) Krankenpflegegrundversicherung – Gesamtheit aller Versicherten
- T 4.2 b Schwankung der durchschnittlichen Kostenbeteiligung pro Jahr und pro Versicherungsnehmer Krankenpflegegrundversicherung – Gesamtheit aller Versicherten
- T 4.3 a Durchschnittliche Nettoleistungen pro Jahr und pro Versicherungsnehmer (in Fr.) Krankenpflegegrundversicherung – Gesamtheit aller Versicherten
- T 4.3 b Schwankung der durchschnittlichen Nettoleistungen pro Jahr und pro Versicherungsnehmer Krankenpflegegrundversicherung – Gesamtheit aller Versicherten
- T 4.4.1 Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenversicherung (in Tausend Fr.)
- T 4.4.2 Prozentuale Verbilligung der zugewiesenen Prämien im Vergleich zum zuweisbaren Maximum
- T 4.4.3 a Anzahl der Bezüger von Prämienverbilligungen (in Tausend)
- T 4.4.3 b Anzahl von Versicherten der Grundversicherung (in Tausend)
- T 4.4.3 c Prozentualer Anteil der Bezüger von Prämienverbilligungen im Vergleich zur Anzahl der Versicherten
- T 4.4.4 Prämienverbilligungen in der obligatorischen Krankenversicherung. Monatsdurchschnitt in Fr. pro Bezüger
- T 4.5 a Anzahl der privat praktizierenden Ärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte)
- T 4.5 b Anzahl der privat praktizierenden Ärzte (Fachärzte)
- T 4.5 c Anzahl der privat praktizierenden Ärzte (Allgemeinmediziner)
- T 4.5 d Schwankung der Ärztedichte (Allgemeinmediziner und Fachärzte)
- T 4.5 e Durchschnittliche Einwohnerzahl (in Tausend)
- T 4.5 f Ärztedichte (Allgemeinmediziner und Fachärzte)
- T 4.5 g Ärztedichte - Fachärzte
- T 4.5 h Ärztedichte - Allgemeinmediziner
- T 4.5 i Abweichung in der Ärztedichte (Allgemeinmediziner und Fachärzte)
- T 4.5 j Korrelation zwischen Ärztedichte und Prämienhöhe 1996-98
- G 4.5 j1/2 Korrelation zwischen Ärztedichte und Prämienhöhe 1996-98
- T 4.6 a Anzahl der Apotheken
- T 4.6 b Abweichung in der Anzahl der Apotheken
- T 4.6 c Apothekendichte
- T 4.6 d Abweichung der Apothekendichte
- T 4.6 e Korrelation zwischen Apothekendichte und Prämienhöhe 1996-98
- G 4.6 e1/2 Korrelation zwischen Apothekendichte und Prämienhöhe 1996-98

- T 5.1 a Entwicklung der Kosten im Gesundheitssystem und des Bruttoinlandprodukts
- T 5.1 b Schweizerischer Konsumentenpreisindex: Allgemeiner Kostenindex und Gesundheitskostenindex
- T 5.2.1 a Kosten nach Leistungserbringer (in Mio. Fr.)
- T 5.2.1 b Kosten nach Leistungserbringer (in %)
- T 5.2.2 a Ausgaben nach beanspruchten Gütern und Dienstleistungen (in Mio. Fr.)
- T 5.2.2 b Ausgaben nach beanspruchten Gütern und Dienstleistungen (in %)
- T 5.3.1 a Finanzierung des Gesundheitssystems nach Wirtschaftseinheiten (in Mio. Fr.)
- T 5.3.1 b Finanzierung des Gesundheitssystems nach Wirtschaftseinheiten (in %)
- T 5.3.2 a Finanzierung des Gesundheitssystems nach dem Träger der wirtschaftlichen Belastung (in Mio. Fr.)

- T 5.3.2 b Finanzierung des Gesundheitssystems nach dem Träger der wirtschaftlichen Belastung (in %)
- T 5.4.1 a Kosten und Finanzierung der Spitäler (in Mio. Frs)
- T 5.4.1 b Kosten und Finanzierung der Spitäler (in %)
- T 5.4.2 a Kosten und Finanzierung der Pflegeheime (in Mio. Fr.)
- T 5.4.2 b Kosten und Finanzierung der Pflegeheime (in %)
- T 5.4.3 a Kosten und Finanzierung der Pflege zu Hause (in Mio. Fr.)
- T 5.4.3 b Kosten und Finanzierung der Pflege zu Hause (in %)

- T 6.2.3 a EL-AHV/IV, Anzahl Bezüger und Höhe der Ausgaben
- T 6.2.3 b EL-AHV/IV, Anzahl Bezüger, Leistungen (in Mio. Fr.), Leistungsschwankung in % und Finanzierung nach Kantonen
- T 6.2.3 c Entlastungen für Bund und Kantone im Bereich der Ergänzungsleistungen (in Mio. Fr.)
- T 6.2.3 d EL- AHV/IV, Kostenverteilung (in Mio. Fr.)
- T 6.2.3 e Nichtperiodische Krankheits- und Invaliditätskosten, welche durch die EL zurückerstattet werden
- T 6.2.3 f Wichtigste rückerstattete Kostengruppen in % der gesamten Krankheits- und Invaliditätskosten
- T 6.3 a b Durchschnittliche Berechnungskomponenten für Ergänzungsleistungen, Vergleich für eine alleinstehende Person
- T 6.3 c Entlastung bei den Ergänzungsleistungs-Ausgaben (EL) 1995/1996

- T 7.2.1 a Sozialhilfe-Ausgaben 1990-1998: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.
- T 7.2.1 b Sozialhilfe-Ausgaben 1994-1998: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.
- T 7.2.1 c Armenunterstützungs-Ausgaben 1990-1998: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.
- T 7.2.1 d Altersfürsorge-Ausgaben 1990-1998: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.
- T 7.2.1 e Ausgaben für Arbeitsämter, Arbeitslosenfürsorge, Krisenhilfe usw. 1990-1998: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.
- T 7.2.1 f Übrige Sozialhilfe-Ausgaben 1990-1998: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.
- T 7.2.1 g Armenunterstützung-Ausgaben 1994-1997: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.
- T 7.2.1 h Armenunterstützungs-Ausgaben exkl. Kanton Bern 1990-1997: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.
- T 7.2.1 i Armenunterstützungs-Ausgaben im Kanton Bern 1990-1997: Nettobelastung des Kantons und der Gemeinden in Mio. Fr.
- T 7.2.1 j Index zur Entwicklung der Zahl der Sozialhilfeempfänger 1988-1998 (1995=100)
- T 7.2.4 a Anzahl Sozialhilfeempfänger
- T 7.2.4 b Gesundheitsauslagen in der Sozialhilfe in Mio. Fr.

- T 8.1 Kosten und Finanzierung der Krankenpflegegrundversicherung
- T 8.2 a Übersicht über die Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Finanzierungsträger in Mio. Fr.
- T 8.2 b Übersicht über die Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Finanzierungsträger in %

Indexzahlen zur Entwicklung der Arzt-, Medikamenten- und Spitalkosten

Hugo Huber, dipl. math. und Aktuar SAV, Inhaber der Huber Consulting AG, 1735 Giffers

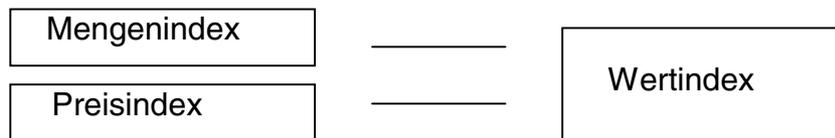
1. Einleitung

Der Index gibt uns Fingerzeige über den Ablauf von Entwicklungen, die sich auf zeitliche, räumliche oder sachliche Merkmale beziehen. Interessant ist, dass Zeigefinger im Englischen und Französischen index heisst. Indexziffern haben sich unter anderem bei der Darstellung von Bevölkerungsentwicklungen und vor allem bei der Messung von Preisbewegungen als sehr nützlich erwiesen.

Wir unterscheiden zwischen Mengen-, Preis- und Wertindizes. Dabei gilt:

$$\text{Mengenindex} \times \text{Preisindex} = \text{Wertindex}.$$

Diese Komponentenerlegung wollen wir uns bildhaft veranschaulichen:



Wir interessieren uns für die Indizes der Dienstleistungs- und Warengruppen der ärztlichen Leistungen, zahnärztlichen Leistungen, Spitalleistungen und Medikamente. Im Gesundheitswesen zeigt der Wertindex die Kostenentwicklung an; man spricht von Kosten und nicht von Werten. Das Bundesamt für Statistik (BFS) berechnet monatlich Preisindizes für verschiedenste Warengruppen. Auf die Vorgehensweise zur Ermittlung der Preisindizes im Gesundheitswesen wurde bereits im Kapitel 5 des Hauptberichts eingegangen. Den Mengenindex bestimmen wir aus der Beziehung $\text{Mengenindex} \times \text{Preisindex} = \text{Wertindex}$.

Es gibt verschiedene Vertreter von Preis- und damit auch von Mengenindizes. Weiter existieren innere Beziehungen und Zusammenhänge. So nimmt z.B. der Mengenindex der Medikamentenkosten ab, wenn bei gleicher Struktur oder relativen Häufigkeit der globale Medikamentenkonsum zurückgeht. Bleibt der globale Medikamentenkonsum hingegen konstant und werden häufiger teurere Medikamente gebraucht, so nehmen die Medikamentenkosten zu. – Auf diese Begriffe und Zusammenhänge wird in Abschnitt 2 eingegangen. Die Formeln werden dann in Abschnitt 3 weiter interpretiert und an Beispielen illustriert.

Schliesslich erfolgt in Abschnitt 4 die Anwendung auf Sachverhalte im Gesundheitswesen; dabei wird der Interpretation der Ergebnisse besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die Analyse behandelt die Entwicklung der Jahre 1985-1997. 1997 brechen wir die Analyse ab, weil gewisse Zahlen des Jahres 1998 strukturell nicht mehr mit den Werten der früheren Jahre vergleichbar sind. So konnten die Arztkosten des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassensversicherer (KSK) 1998 nicht vollständig erfasst werden; weiter wurde die BSV-Statistik modernisiert.

Bei den ärztlichen Leistungen, Medikamenten und Spitalleistungen unterscheiden wir nach den Werten insgesamt (das heisst den Kosten des gesamten

Gesundheitswesen) und den Kosten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Wichtige Ergebnisse für den Bereich der OKP sind:

- Die **Arztkosten** sind am stärksten angestiegen. Die Kostensteigerung wurde dabei zur Hauptsache durch Mengen- und Strukturveränderungen (Mengenindex) verursacht.
- Auch der Anstieg **Medikamentenkosten** ging vor allem auf den Mengenindex (zunehmender Konsum der teureren Medikamente und Mengenausweitung) zurück.
- Hingegen wirkte der Preisindex zur Hauptsache auf den Kostenindex der **Spalleistungen**.

2. Begriffe und Zusammenhänge

Fragestellung:

Was sind Indizes? Welche kommen vor? Wie sind sie definiert? Wo gibt es Zusammenhänge?

Indizes sind Beziehungszahlen; die Preise und Mengen bestimmter Güter einer Beobachtungssituation werden auf jene der gleichen Güter in einer Basissituation bezogen. Wird der Preisindex verfolgt, muss man die Mengen unverändert belassen; sollen hingegen die Mengenveränderungen festgehalten werden, müssen die Preise gleich belassen werden. Indizes, die Preisentwicklungen aufzeigen, nennt man Preisindizes. Demgegenüber zeigen die Mengenindizes Mengenentwicklungen an.

Im Laufe der Zeit hat sich eine Vielfalt von Mengen- und Preisindizes herausgebildet, siehe Vogt (1997) Seiten 9 ff. Am häufigsten werden diejenigen der beiden Nationalökonominnen Laspeyres und Paasche verwendet. Diese sind für uns besonders wichtig; denn der Preisindex der Konsumentenpreise des BFS ist ein Laspeyres-Index und dieser steht mit dem Index von Paasche in einem besonderen Zusammenhang. Zudem bilden beide Indizes **Eckformeln**, d.h. die Werte der weiteren hier erwähnten Indexformeln liegen zwischen denen von Laspeyres und Paasche.

Um die Sache genauer in den Griff zu bekommen, brauchen wir **Bezeichnungen**: Der Warenkorb enthalte n Güter mit den einzelnen Mengen $q(i)$ und den Preisen $p(i)$, $i=1,2 \dots n$. Die Mengen und Preise der Basissituation bezeichnen wir mit $q_0(i)$ und $p_0(i)$; in Anlehnung an zeitliche Vergleiche spricht man auch von alten Mengen und alten Preisen. – Analog sind $q_1(i)$ und $p_1(i)$ die Mengen und Preise der Beobachtungssituation. Hier sprechen wir von neuen Mengen und neuen Preisen.

Das n -Tupel $(q_0(1), q_0(2), \dots, q_0(n))$ ist ein Vektor. Dafür schreiben wir im folgenden **q_0** (Fettdruck!); analog **q_1** , **p_0** und **p_1** . Das Skalarprodukt **$q_0 p_0$** stellt allgemein die Summe $q_0(1)p_0(1)+q_0(2)p_0(2)+\dots+q_0(n)p_0(n)$ dar. Das ist auch gerade der Wert der Güter der Basissituation. Analog stellt **$q_1 p_1$** den Wert der Güter der Beobachtungssituation dar.

Jetzt kann der **Wertindex** V definiert werden: Er ist das Verhältnis Wert der Güter der Beobachtungssituation : Wert der Güter der Basissituation; formal:

$$V = \mathbf{q_1 p_1} / \mathbf{q_0 p_0}.$$

V lässt sich in das Produkt **Mengenverhältnis** \times **Verhältnis der Durchschnittspreise** zerlegen. Zur Herleitung benötigen wir weitere Bezeichnungen:

N_0 sei die Summe der Güter in der Basissituation: $N_0 = q_0(1)+q_0(2)+\dots+q_0(n)$.

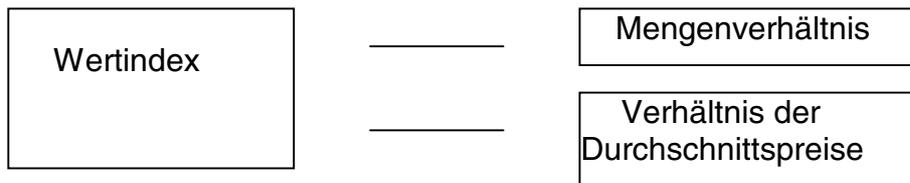
N_1 sei die entsprechende Summe in der Beobachtungssituation.

$D_0 = \mathbf{q_0 p_0} / N_0$ = durchschnittlicher Preis eines Gutes der Basissituation.

$D_1 = \mathbf{q_1 p_1} / N_1$ = durchschnittlicher Preis eines Gutes der Beobachtungssituation.

Damit gilt für den Wertindex: $V = (N_1/N_0)(D_1/D_0)$.

Diese Komponentenzerlegung sei auch schematisch veranschaulicht:



Laspeyres hat 1864 seinen **Preisindex** wie folgt vorgeschlagen:

$$P_L = \mathbf{q_0 p_1} / \mathbf{q_0 p_0}.$$

Dies ist das Verhältnis alte Mengen \times neue Preise : alte Mengen \times alte Preise.

Demgegenüber ist der 1874 von Paasche entwickelte Preisindex gleich dem Verhältnis neue Mengen \times neue Preise : neue Mengen \times alte Preise, also

$$P_P = \mathbf{q_1 p_1} / \mathbf{q_1 p_0}.$$

Zwischen den Indizes von Laspeyres und Paasche existiert eine Reihe von "Kreuzungen": 1887 haben Edgeworth und Marshall einen Index mit dem arithmetischen Mittel der Warenkörbe der zu vergleichenden Situationen vorgeschlagen. 1901 nahm Walsh die entsprechenden geometrischen Mittel.

Neben diesen beiden "Kreuzungen der Gewichte" gibt es auch "Kreuzungen der Indizes": 1871 verwendete Drobisch das arithmetische Mittel und 1922 Fisher das geometrische Mittel von P_L und P_P .

Zu jedem Preisindex kann durch Vertauschen von p und q der zugehörige **Mengenindex** Q angegeben werden. So gilt für den Mengenindex von Laspeyres: neue Mengen \times alte Preise : alte Mengen \times alte Preise oder

$$Q_L = \mathbf{q_1 p_0} / \mathbf{q_0 p_0},$$

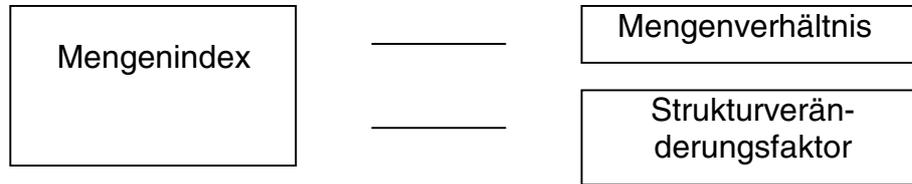
und für den Mengenindex von Paasche:

neue Mengen \times neue Preise : alte Mengen \times neue Preise oder

$$Q_P = \mathbf{q_1 p_1} / \mathbf{q_0 p_1}.$$

Beim Mengenindex gilt eine analoge Zerlegung wie für den Wertindex: Bezeichnen $g_0 = q_0(i)/N_0$ der Anteil des Gutes i an der gesamten Gütermenge der Basissituation und $g_1 = q_1(i)/N_1$ das Gewicht des Gutes i in der Beobachtungssituation, so ist $\mathbf{g_1 p_1}$ der durchschnittliche oder mittlere Preis eines Gutes der Beobachtungssituation (D_1). Der Ausdruck $D = \mathbf{q_0 p_1}$ unterscheidet sich von D_1 darin, dass die Güter der Basissituation mit den Mengen der Beobachtungssituation gewichtet sind. Das Verhältnis $S = D_1/D$ misst somit die Veränderung der Gewichtsstrukturen zwischen der Beobachtungs- und der Basissituation. Wir nennen dieses Verhältnis hier **Strukturveränderungsfaktor**.

Ändert die Struktur der Gewichte zwischen Beobachtungs- und Basissituation wenig, so ist S nahe bei 1. Man überzeugt sich leicht, dass für den Mengenindex gilt: $Q_P = S \times N_1/N_0$. Das heisst, der Mengenindex Q_P lässt sich in das Produkt **Mengenverhältnis** \times **Strukturveränderungsfaktor** zerlegen. Diesen Sachverhalt wollen wir auch schematisch veranschaulichen:



Der Index von Fisher wird auch Idealformel genannt. Dieser erfüllt bestimmte vorgegebene Bedingungen, sogenannte Tests. Insbesondere lässt sich der Wertindex als $V = P_F Q_F$ Produkt darstellen. Für die Indizes von Laspeyres und Paasche gilt: $V = P_L Q_P = P_P Q_L$. Es sei vermerkt, dass in den meisten Fällen - siehe auch nächstes Unterkapitel - P_L und P_P sowie Q_L und Q_P wertermässig **sehr nahe** sind; damit umso mehr auch alle Kreuzungen.

Folgerung 1:

Indizes sind Beziehungszahlen. Der Wertindex V ist das Verhältnis des Wertes der Güter der Beobachtungssituation zum Wert der Güter der Basissituation. Neben dem Wertindex gibt es eine Palette von Mengen- und Preisindizes. Wichtige Vertreter sind diejenigen von Laspeyres und Paasche. Dabei gilt: $V = P_L Q_P$.

Die Preisindizes der Konsumentenpreise sind nach Laspeyres berechnet.

Der Wertindex lässt sich auch in das Produkt von Mengenverhältnis und Verhältnis der Durchschnittspreise zerlegen.

Für den Mengenindex gilt: $Q_P = \text{Mengenverhältnis} \times \text{Strukturveränderungsfaktor}$.

3. Interpretation und numerische Illustration

Fragestellung:

Wie wirken sich die verschiedenen Indexdefinitionen aus? Wann ergeben sich Unterschiede? Wie können die Indizes weiter interpretiert werden?

Die Begriffe werden nun numerisch illustriert und Besonderheiten zwischen den Preisindizes von Laspeyres und Paasche aufgedeckt. Dabei werden wir die Sachverhalte unabhängig vom speziellen Beispiel abhandeln. Tabelle 1 gibt fünf Beispiele (A, B, C, D und E) von Mengen und Preisen im Zwei-Situationen-Fall an; die entsprechenden Indexwerte folgen in Tabelle 2. In den Beispielen wird von 5 Gütern ausgegangen. Zum Vergleich: die Liste des neuen Arzttarifs TarMed enthält über 4000 Leistungseinheiten. Die Beispiele A und B sind fiktiv; diese werden zuerst abschliessend behandelt. Dabei werden die Unterschiede zwischen Laspeyres und Paasche weiter interpretiert: Es lassen sich Zusammenhänge zum Konsumverhalten herstellen. Wir zeigen auch, dass wertemässig die Differenzen klein sind. Deshalb werden wir (in Übereinstimmung mit

dem Landesindex) im nächsten Abschnitt nur noch den **Preisindex von Laspeyres** und den **Mengenindex von Paasche** betrachten.

Die Beispiele C, D und E kommen aus der Krankenversicherungspraxis. In diesen 3 Beispielen werden die Instrumente der Indextheorie auf Sachverhalte angewendet, in denen die Begriffe Menge und Preis nicht explizit vorkommen. Auch die Wichtigkeit des Strukturveränderungsfaktors wird sichtbar. Das Mengenverhältnis N_1/N_0 kann dabei auch als Standardisierungsfaktor gedeutet werden.

Tabelle 1: Mengen und Preise im Zwei-Situationen-Fall

Beispiel	Güter (i)	1	2	3	4	5
Basissituation						
A	alte Mengen	20	30	40	50	60
A	alte Preise	10	9	8	7	6
B	alte Mengen	20	30	40	50	60
B	alte Preise	10	9	8	7	6
C	alte Mengen	1558375	1145450	1757652	1713623	1036444
C	alte Preise	637	1090	1364	2238	5363
D	alte Mengen	1558375	1145450	1757652	1713623	1036444
D	alte Preise	637	1090	1364	2238	5363
E	alte Mengen	1558375	1145450	1757652	1713623	1036444
E	alte Preise	637	1090	1364	2238	5363
Beobachtungssituation						
A	neue Mengen	30	40	50	60	70
A	neue Preise	11	10	9	8	7
B	neue Mengen	70	60	50	40	30
B	neue Preise	11	10	9	8	7
C	neue Mengen	1977779	1179199	1584175	1416853	1053536
C	neue Preise	372	658	806	1551	3380
D	neue Mengen	1519787	1121391	1786997	1798946	984422
D	neue Preise	1030	1741	2263	3262	7894
E	neue Mengen	1747110	1209237	1801038	1567302	886856
E	neue Preise	608	1128	1343	2327	5789

In den **Beispielen A und B** sind die Mengen und Preise der Basissituation identisch. In der Beobachtungssituation werden die Preise überall um eine Einheit erhöht. Die Mengen steigen in Beispiel A je um 10 Einheiten und werden zudem in B so vertauscht, dass gilt: je teurer die Ware, je häufiger wird sie konsumiert.

Zuerst gehen wir auf die **Preisindizes** ein. Diejenigen von Laspeyres sind in A und B identisch, weil die Vektoren \mathbf{p}_0 , \mathbf{p}_1 und \mathbf{q}_1 gleich sind. - Die Preisindizes von Paasche sind kleiner, allerdings in A nur geringfügig. Wie lässt sich dies erklären? Als erstes stelle man fest, dass bei proportionalem Verhalten der Preise zwischen Beobachtungs- und Basissituation, das heisst falls $\mathbf{p}_1 = \lambda \mathbf{p}_0$, gilt: $P_L = \lambda = P_P$.

Werden die Waren unproportional verteuert, so unterscheiden wir zwei Fälle: Erstens Der Verbrauch nach den Gütern mit stärkerer Teuerung sinkt. (Hier weicht der Konsument auf Güter aus, die sich weniger stark verteuert haben.) Zweitens die Nachfrage nach den Gütern mit stärkerer Teuerung steigt.

Im ersten Fall ist P_L grösser als P_P , weil in der Formel von Paasche die "neuen Mengen" einen Teil der Teuerung auffangen. Im zweiten Fall verhalten sich die Indizes umgekehrt. In den Beispielen A und B werden die Waren nicht proportional verteuert. Die Erhöhung um eine Einheit bewirkt bei den teuersten Gütern ($i = 1$) eine Preissteigerung von 10%

und bei den billigsten ($i=5$) von 17%. Je tiefer die Preise, umso grösser ist die Teuerung. Die Mengen steigen in Beispiel A je um 10 Einheiten. Dies bewirkt bei den Gütern mit der tiefsten Preissteigerung ($i = 1$) eine Mengenzunahme von 50% und bei denen mit der höchsten Preissteigerung eine Mengenzunahme von rund 12%. Hier entspricht der Sachverhalt dem ersten Fall. Der Preisindex von Laspeyres ist jedoch nur geringfügig grösser, trotz des eindeutigen Konsumverhaltens. Auch in Beispiel B liegt dieser Sachverhalt vor. Nur ist die Änderung des Konsumverhaltens extrem: Die Güter mit der tiefsten Preissteigerung nehmen um das 3,5fache zu. Aber die Differenz zwischen Laspeyres und Paasche - und erst recht zwischen den übrigen Preisindizes - bleibt klein.

Nun analysieren wir den **Wertindex**. Wir wissen, dass sich dieser als Produkt Mengenverhältnis \times Verhältnis der Durchschnittspreise darstellen lässt. In Beispiel A steigen die Mengen von 200 auf 250 Einheiten (Mengenverhältnis=1,25). Die Durchschnittspreise betragen 7,5 in der Basis- und 8,6 in der Beobachtungssituation (Faktor 1,1467). Der Wertindex ist $1,43 = 1,25 \times 1,1467$. Eine einfache Rechnung ergibt für die Beispiele A und B folgende Strukturveränderungsfaktoren: 1,01 und 1,11. Wie erwartet ist der Wert in Beispiel B deutlich höher.

Tabelle 2: Indizes

Beispiel	A	B	C	D	E
Wertindex (V)	1.4333	1.5667	0.6090	1.5109	0.9710
Preisindizes (P)					
Laspeyres	1.1333	1.1333	0.6350	1.5214	1.0395
Paasche	1.1316	1.1190	0.6318	1.5216	1.0360
Edgeworth + Marshall	1.1324	1.1250	0.6334	1.5215	1.0378
Walsh	1.1325	1.1259	0.6334	1.5215	1.0378
Drobisch	1.1325	1.1262	0.6334	1.5215	1.0378
Fisher	1.1325	1.1262	0.6334	1.5215	1.0378
Mengenindizes (Q)					
Laspeyres	1.2667	1.4000	0.9640	0.9930	0.9373
Paasche	1.2647	1.3824	0.9591	0.9931	0.9341
Edgeworth + Marshall	1.2656	1.3906	0.9621	0.9930	0.9356
Walsh	1.2657	1.3912	0.9616	0.9930	0.9357
Drobisch	1.2657	1.3912	0.9616	0.9930	0.9357
Fisher	1.2657	1.3911	0.9616	0.9930	0.9357

Die Beispiele C, D und E sind aus der Praxis.: Die Güter i sind die Dienstleistungen und Waren des Leistungskatalogs der Krankenversicherung für die Altersklassen 0-18, 19-30, 31-45, 46-65 und 66-; die Preise sind Durchschnittskosten, die Mengen Personen. Die Basissituation ist für C, D und E identisch und entspricht dem gesamtschweizerischen Sachverhalt gemäss Risikoausgleichsstatistik 1998. Die Beobachtungssituationen geben die Zustände der Kantone AI, GE und FR wider, nur dass die Bestände jeweils um die Faktoren N_0/N_1 erweitert sind. Die Erweiterungsfaktoren betragen für AI: 483,9, für GE: 18,9 und für FR: 30,7. Nach dieser Umrechnung gibt **V** direkt **das Verhältnis der Durchschnittskosten** und **Q** den **Strukturveränderungskoeffizienten S** an. In den drei Kantonen wirkt die Struktur kostendämpfend. Am meisten in FR, wo die Durchschnittskosten 3% unter dem schweizerischen Schnitt liegen; ohne Strukturverschiebung wären sie knapp 4% darüber. Führen wir uns den Mechanismus der Strukturverschiebung nochmals vor Augen: FR hat Durchschnittskosten von 1889,50 Franken; würde man hingegen die

Bevölkerungsstruktur CH zugrunde legen, so ergäbe dies Durchschnittskosten von 2022,80 Franken; 1889,50 geteilt durch 2022,80 gibt 0,9341.

Ohne die Division mit dem Mengenverhältnis N_1/N_0 wäre die Interpretation der jeweiligen Werte von V in den Beispielen sehr schwierig. N_1/N_0 ist ein Standardisierungsfaktor.

Folgerung 2:

In der Praxis sind die Unterschiede zwischen den verschiedenen Preis- und Mengenindizes meistens gering.

In gewissen Fällen ist es sinnvoll, V mittels N_1/N_0 zu standardisieren.

4. Anwendungen auf die Entwicklung der Arzt-, Medikamenten- und Spitalkosten

Fragestellung:

Wie haben sich bei den Arzt-, Medikamenten- und Spitalkosten die Wert-, Preis- und Mengenindizes entwickelt?

Gibt es in der Entwicklung spezifische Unterschiede zwischen den Kosten der OKP im speziellen und den Kosten des Gesundheitswesens im allgemeinen?

In diesem Abschnitt wird die Theorie auf das Gesundheitswesen angewendet. Der Wertindex zeigt die Kostenentwicklung an. Wird dieser mit dem entsprechenden Preisindex des BFS geteilt, so erhält man den zugehörigen Mengenindex. – Ab 1998 sind gewisse Daten strukturell nicht mehr mit den Werten der früheren Jahre vergleichbar. Deshalb analysieren wir hier die Komponenten ärztliche Leistungen, zahnärztliche Leistungen, Spitalleistungen und Medikamente für den Beobachtungszeitraum 1985-1997. Um **spezifische Unterschiede** in der Entwicklung zwischen den Kosten der OKP im speziellen und den Kosten des Gesundheitswesens im allgemeinen zu erkennen, werden Statistiken ähnlichen Inhaltes miteinander verglichen. So werden zur Analyse der **ärztlichen Leistungen** die Statistiken des KSK (Rechnungsstellerstatistik) des BSV (Statistik über die Krankenversicherung) und des BFS (Statistik der Kosten des Gesundheitswesens) herangezogen. 1995 betragen die Arztkosten beim KSK 3.2, beim BSV 5.17 und beim BFS 5.37 Milliarden Franken. Dabei betrachtet das KSK nur die direkten Arztkosten; beim BSV wird unter Ärztlicher Behandlung die Ambulante Behandlung der OKP ohne Medikamente zusammengefasst (also z.B. inklusive Labors, Physio...); beim BFS sind nur Arztkosten (ohne Labors...) aller Versicherungsarten (also inklusive Militärversicherung, SUVA,...) zu verstehen. Interessant ist, dass trotz dieser inhaltlichen Unterschiede die Mengenindizes bei der OKP praktisch den gleichen Verlauf haben, siehe Tabellen 3 und 4. Bei den globalen Kosten des Gesundheitswesens (Tabelle 7) ist der Wertindex weniger stark gestiegen.

Tabelle 3: Analyse der direkten Arztkosten (OKP; KSK)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Wertindex	100	109.0	121.0	125.9	139.6	150.8	165.3	182.5	190.6	196.4	205.0	210.3	225.6
Preisindex	100	103.6	105.9	106.4	109.2	111.5	115.8	121.3	121.4	121.4	121.8	122.4	122.9

Mengenindex	100	105.2	114.3	118.3	127.8	135.3	142.8	150.5	157.1	161.8	168.3	171.8	183.6
-------------	-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Dem Wertindex 100 entsprechen im Jahre 1985 1.55 Milliarden Franken. Es sind die direkten Arztkosten, jeweils hochgerechnet auf 100% des Erfassungsgrades. Der effektive Erfassungsgrad der Rechnungsstellerstatistik KSK lag jeweils über 96%. 1995 beträgt der Wertindex 205 Punkte, dem entsprechenden 3.19 Milliarden Franken.

Beim Preisindex handelt es sich um den Landesindex der Konsumentenpreise für ärztliche Leistungen. Dieser ist seit 1992 praktisch unverändert geblieben. Begründung: Dringliche Bundesbeschlüsse (DBB), Einfrieren der Arzttarife.

Verglichen mit dem Preisindex ist der Mengenindex massiv stärker gestiegen. Der Preisindex respektive die Erhöhung der Arzttarife hat die Kosten nur in geringem Masse beeinflusst.

Tabelle 4: Analyse der Leistungen für ärztliche Behandlung (OKP; BSV)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Wertindex	100	108.5	118.0	125.7	139.0	147.1	163.7	180.5	190.8	201.6	204.9	219.7	220.8
Preisindex	100	103.6	105.9	106.4	109.2	111.5	115.8	121.3	121.4	121.4	121.8	122.4	122.9
Mengenindex	100	104.7	111.4	118.1	127.2	132.0	141.3	148.8	157.2	166.1	168.3	179.5	179.7

1995 beträgt der Wertindex 204.9 Prozentpunkte; diesem entsprechen 5.17 Milliarden Franken, siehe Tabelle B.09 - A der BSV-Statistik über die Krankenversicherung.

1985 lagen die Kosten bei 2.52 Milliarden Franken oder 391 Franken je Versicherten.

- Hier geht es nicht allein um die direkten Arztkosten. Ausgenommen Medikamente, sind alle veranlassten Leistungen wie Röntgen- und Laboruntersuchungen... der ambulanten Behandlung inbegriffen. Trotz des unterschiedlichen Kostenbegriffs sind die Indizes mit denen von Tabelle 3 gut vergleichbar.

Die starke Zunahme des Mengenindex von 1995 auf 1996 kann mit dem Leistungsausbau im Zuge der Einführung des neuen KVG begründet werden.

Tabelle 5: Analyse der Medikamentenkosten (OKP; BSV)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Wertindex	100	107.0	115.7	121.3	130.7	136.8	150.2	161.8	169.5	175.0	184.3	199.5	211.5
Preisindex	100	102.4	104.7	106.4	108.3	110.5	114.9	118.2	120.5	122.1	125.3	125.7	125.2
Mengenindex	100	104.5	110.4	114.1	120.7	123.8	130.7	136.9	140.7	143.3	147.1	158.7	168.9

1995 beträgt der Wertindex 184.3 Prozentpunkte; diesem entsprechen 2.17 Milliarden Franken (Tabelle B.09 - A). 1985 lagen die Kosten bei 1.18 Milliarden Franken oder 182 Franken pro Versicherten. Beim Preisindex handelt es sich um den Landesindex der Konsumentenpreise für Medikamente. Die Indizes sind im globalen mit denen der Tabellen 3 und 4 vergleichbar; in den einzelnen Jahre ergeben sich Unterschiede.

Tabelle 6: Analyse der Spitalleistungen (OKP; BSV)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Wertindex	100	107.2	117.6	124.4	126.9	139.5	160.2	176.2	196.0	216.3	234.4	227.0	227.9
Preisindex	100	102.9	108.0	115.0	118.7	126.1	139.8	153.9	165.1	171.1	175.7	181.7	184.3
Mengenindex	100	104.1	108.9	108.2	106.9	110.6	114.6	114.5	118.7	126.4	133.4	124.9	123.6

1995 beträgt der Wertindex 234.4 Prozentpunkte. Diesem entsprechen 3.91 Milliarden Franken (alle Leistungen für die stationäre Behandlung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; siehe Tabelle B.09-A). 1985 lagen die Kosten bei 1.67 Milliarden Franken oder 259 Franken je Versicherten.

Der Wertindex ist 1995 am höchsten.

Beim Preisindex handelt es sich um den Landesindex der Konsumentenpreise für Spitalleistungen. Im Gegensatz zu den Arzt- und Medikamententarifen sind in den letzten Jahren die Spitaltarife angestiegen.

Im Spitalsektor ist das Preiswachstum bedeutend ausgeprägter als das Wachstum der Mengen. Der Grund: Es wird mit Tagespauschalen verrechnet, und Spitaltage sind anzahlmässig rückläufig.

Tabelle 7: Indizes der ärztlichen, zahnärztlichen und Spitalleistungen sowie der Medikamentenkosten der Statistik Kosten des Gesundheitswesens

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Wertindizes													
Zahnärztl. Leist.	100	107.6	115.5	121.3	130.3	136.8	148.6	159.8	162.9	169.2	177.8	191.9	203.3
Aerztliche Leist.	100	104.7	120.0	123.2	131.5	137.7	150.8	162.2	162.1	172.4	182.5	190.2	196.5
Spitalleistungen	100	107.2	115.9	125.2	135.8	145.7	165.6	174.3	179.0	181.3	182.6	190.1	193.0
Medikamente	100	111.0	102.8	113.0	118.6	130.3	141.0	144.6	154.5	160.3	169.8	177.4	184.9
Landesindizes der Konsumentenpreise													
Index Total	100	100.8	102.2	104.1	107.4	113.2	119.8	124.7	128.8	129.9	132.2	133.3	134.0
Zahnärztl. Leist.	100	100.0	101.9	107.6	107.6	113.5	120.3	125.1	130.7	132.5	133.5	134.4	135.1
Aerztliche Leist.	100	103.6	105.9	106.4	109.2	111.5	115.8	121.3	121.4	121.4	121.8	122.4	122.9
Spitalleistungen	100	102.9	108.0	115.0	118.7	126.1	139.8	153.9	165.1	171.1	175.7	181.7	184.3
Medikamente	100	102.4	104.7	106.4	108.3	110.5	114.9	118.2	120.5	122.1	125.3	125.7	125.2
Mengenindizes													
Zahnärztl. Leist.	100	107.6	113.4	112.7	121.1	120.5	123.6	127.7	124.7	127.7	133.1	142.8	150.4
Aerztliche Leist.	100	101.1	113.3	115.8	120.4	123.5	130.2	133.7	133.6	142.0	149.9	155.4	159.9
Spitalleistungen	100	104.1	107.3	108.9	114.4	115.5	118.4	113.3	108.4	106.0	103.9	104.6	104.7
Medikamente	100	108.5	98.1	106.2	109.5	117.9	122.7	122.4	128.2	131.2	135.5	141.1	147.7

Hier geht es um das gesamte Gesundheitswesen. Anders als bei der OKP müssen die Kostendaten zum Teil geschätzt werden. So wurde für die Schätzung der Spitalleistungen vor allem auf die Veska- und H⁺-Statistik und bei den Medikamenten auf die Pharma-Info abgestellt.

Den Wertindizes der Komponenten Zahnärzte, Aerzte, Spitäler und Medikamente entsprechen 1985 (1995) folgende Beträge in Milliarden Franken: 1.61 (2.87), 2.94 (5.37), 8.52 (15.55), 2.31 (3.92). Die Zahlen basieren auf der Statistik Kosten des Gesundheitswesens. Sie sind aber auf die Bedürfnisse dieser Analyse folgendermassen angepasst: Bei den Aerzten wurden die Medikamente und bei den Spitälern die ambulante Behandlung abgezogen.

Die **Wertindizes** für ärztliche und zahnärztliche Leistungen liegen nahe beieinander. Die Steigerungen der globalen Werte sind schwächer als bei der OKP.

Die jeweiligen **Preisindizes** sind die gleichen wie bei der OKP. Daraus folgt, dass auch die Steigerungen der **Mengenindizes** kleiner als bei der OKP sind.

Abschliessend sei festgehalten, dass die Indextheorie im Gesundheitswesen zunehmend Aufmerksamkeit findet. So beginnt das Kapitel 5 des OECD-Berichtes

Health Data wie folgt: "There is growing concern among policy'makers and statisticians that the difficult task of price and volume measurement in medical services needs more attention and that a greater share of statistical resources has to be devoted to this task. The fact that a proper understanding of the constituents of medical care inflation is crucial to health policy is in sharp contrast to the weak empirical and methodological basis of price indices for medical services, in general. Reported time series on medical care prices are seriously deficient in many instances."

Folgerung 3:

Die Arztkosten sind am stärksten angestiegen. Die Kostensteigerung wurde dabei zur Hauptsache durch Mengen- und Strukturveränderungen verursacht.

Bei den Aerzten und Medikamenten der OKP ist die Kostensteigerung vor allem mengenbedingt. Dabei spielt die Verlagerung von der stationären auf die ambulante Behandlung keine grosse Rolle.

Falls die Tarife die Kosten nur in geringem, Masse beeinflussen, erscheint eine generelle Globalbudgetierung als Kostendämpfungsmassnahme prüfenswert.

Bei den Spitalleistungen wirkte zur Hauptsache der Preisindex (Anpassung der Spaltarife) auf die Kostensteigerung.

Generell ist das Mengenwachstum bei den Krankenpflegekosten stärker als bei den globalen Kosten des Gesundheitswesens. Dies gilt auch für die Zeit vor der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes.

5. Literatur

Billeter E, Vlach V.: Grundlagen der statistischen Methodenlehre; Fischer - Verlag 1982.

Bundesamt für Statistik, Kosten des Gesundheitswesens, verschiedene Jahrgänge.

Bundesamt für Sozialversicherung, Statistik über die Krankenversicherung, verschiedene Jahrgänge.

Bundesamt für Sozialversicherung, Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, Bern 1998.

Huber H.: Zu den dynamischen Methoden in der Versicherungsmathematik.- Neue Bedingungen, die das Bestehen relativer finanzieller Beharrungszustände gewährleisten | Anwendung in der Krankenversicherung; Mitteilungen der Schweizerischen Vereinigung der Versicherungsmathematiker 1992.

OECD: Health Data; DEELSA/ELSA/WP1(98)4/ANNI, Oktober 1998.

Swoboda H.: Knaurs Buch der modernen Statistik; Droemer - Verlag 1971.

Vogt A., Barta J.: The Making of Tests for Index Numbers; Physica - Verlag 1997.

(Für einschlägige Fragen sei auch auf die ausgedehnte Bibliografie verwiesen.)

Anhang B:

Tabellen T und Grafiken G

T 3.1 Kosten und Finanzierung der Krankenversicherung (KVG-Versicherer, Grundversicherung)

Wichtigste Kostenträger	Schätzung KVG-Referendum für das Jahr 1996 3)		Effektive Zahlen gemäss BSV- und EFV-Statistik				
	altes Recht	neues Recht	1994	1995	1996	1997	1998
In Mio. Fr.							
Bund und Kantone 1)	2 030	2 470	1 932	2 085	1 816	2 087	2 263
Kostenbeteiligung der Versicherten	1 850	2 590	1 259	1 290	1 678	1 778	2 097
Prämien 2)	12 410	12 970	8 986	9 126	11 035	11 925	12 604
Total	16 290	18 030	12 177	12 501	14 529	15 790	16 965
In %							
Bund und Kantone 1)	12,5%	13,7%	15,9%	16,7%	12,5%	13,2%	13,3%
Kostenbeteiligung der Versicherten	11,4%	14,4%	10,3%	10,3%	11,5%	11,3%	12,4%
Prämien 2)	76,2%	71,9%	73,8%	73,0%	76,0%	75,5%	74,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1) Statistik der öffentlichen Finanzen, Nettofinanzbedarf; budgetierte öffentliche Beiträge seit 1996 nach Abrechnungen BSV

2) Bruttoprämien, vgl. T 3.3

3) Im Jahr 1994 prognostizierte Schätzwerte für ein fiktives, auf die Zeit nach dem Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung (1996) angesetztes Jahr, in dem die Auswirkungen dieser Gesetzgebung ersichtlich werden.

Quelle: BSV, EFV

T 3.2 Analytische Betriebsrechnung der Krankenkasse (KVG-Versicherer)

	1994	1995	1996	1997	1998	Veränderung von 1997-98 in %
in Mio. Fr.						
1 - Kosten						
<i>Leistungen</i>						
Taggelder	983,2	1 017,4	872,0	625,8	456,8	-27,0%
Grundversicherung	10 834,3	11 332,0	12 528,7	13 157,5	14 050,4	6,8%
Zusatzversicherung	3 455,7	3 807,4	4 043,0	3 863,3	3 961,8	2,5%
Kosten der Leistungen	15 273,2	16 156,8	17 443,7	17 646,6	18 469,0	4,7%
<i>Veränderung der Rückstellungen und Reserven</i>						
Rückversicherung (netto)	49,6	35,8	64,8	86,3	59,4	-31,2%
Risikoausgleich	80,8	-8,1	-50,2	-25,0	66,5	366,0%
Gewinn der Betriebsrechnung	522,0	254,1	160,7	288,7	279,9	-3,0%
./ Verlust der Betriebsrechnung	-48,1	-135,7	-474,1	-95,7	-126,2	-31,9%
Sonstige Kosten	966,6	395,8	-226,9	651,1	709,9	9,0%
<i>Verwaltungskoten</i>						
Amortisationen	18,2	24,3	40,0	73,3	81,4	11,1%
Sonstige Betriebskosten	8,3	17,2	3,8	20,4	20,0	-2,0%
Sonstige Betriebsprodukte	-32,0	-32,3	-39,2	-18,7	-49,0	-162,0%
Verwaltungskosten	1 208,4	1 288,0	1 519,6	1 563,0	1 587,6	1,6%
Total	17 448,2	17 840,6	18 736,4	19 860,7	20 766,5	4,6%
2 - Finanzierung						
<i>Versicherungsprämien (brutto)</i>						
Taggeldversicherung	1 052,2	1 073,1	834,3	558,9	509,6	-8,8%
Grundversicherung, medizinisch-pharmazeutisc	8 986,2	9 125,8	11 035,2	11 924,8	12 604,2	5,7%
Zusatzversicherung	4 150,9	4 331,2	4 550,1	4 872,3	5 017,6	3,0%
Prämien	14 189,3	14 530,1	16 419,6	17 356,0	18 131,4	4,5%
<i>Kostenbeteiligung der Versicherten</i>						
Grundversicherung, medizinisch-pharmazeutisc	1 259,3	1 290,2	1 678,5	1 778,0	2 097,2	18,0%
Zusatzversicherung	87,2	104,8	99,0	109,2	61,5	-43,7%
Kostenbeteiligung	1 346,5	1 395,0	1 777,5	1 887,2	2 158,7	14,4%
Öffentliche Beiträge (inkl. Liechtenstein)	1 614,9	1 548,7	161,0	121,0	116,8	-3,5%
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	297,7	366,9	378,2	496,6	359,6	-27,6%
Total	17 448,4	17 840,7	18 736,3	19 860,8	20 766,5	4,6%

Quelle: BSV

T 3.2 Analytische Betriebsrechnung der Krankenversicherung (KVG-Versicherer)

	1994	1995	1996	1997	1998
In %					
1 - Kosten					
<i>Leistungen</i>					
Taggelder	5,6%	5,7%	4,7%	3,2%	2,2%
Grundversicherung	62,1%	63,5%	66,9%	66,2%	67,7%
Zusatzversicherung	19,8%	21,3%	21,6%	19,5%	19,1%
Kosten der Leistungen	87,5%	90,6%	93,1%	88,9%	88,9%
Veränderung der Rückstellungen und Reserven	2,1%	1,4%	0,4%	2,0%	2,1%
Rückversicherung (netto)	0,3%	0,2%	0,3%	0,4%	0,3%
Risikoausgleich	0,5%	0,0%	-0,3%	-0,1%	0,3%
Gewinn der Betriebsrechnung	3,0%	1,4%	0,9%	1,5%	1,3%
./. Verlust der Betriebsrechnung	-0,3%	-0,8%	-2,5%	-0,5%	-0,6%
Sonstige Kosten	5,5%	2,2%	-1,2%	3,3%	3,4%
Verwaltungskosten	7,0%	7,2%	8,1%	7,5%	7,4%
Amortisationen	0,1%	0,1%	0,2%	0,4%	0,4%
Sonstige Betriebskosten	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Sonstige Betriebsprodukte	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,1%	-0,2%
Verwaltungskosten	6,9%	7,2%	8,1%	7,9%	7,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2 - Finanzierung					
<i>Versicherungsprämien (brutto)</i>					
Taggeldversicherung	6,0%	6,0%	4,5%	2,8%	2,5%
Grundversicherung, medizinisch-pharmazeutisc	51,5%	51,2%	58,9%	60,0%	60,7%
Zusatzversicherung	23,8%	24,3%	24,3%	24,5%	24,2%
Prämien	81,3%	81,4%	87,6%	87,4%	87,3%
<i>Kostenbeteiligung der Versicherten</i>					
Grundversicherung, medizinisch-pharmazeutisc	7,2%	7,2%	9,0%	9,0%	10,1%
Zusatzversicherung	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%	0,3%
Kostenbeteiligung	7,7%	7,8%	9,5%	9,5%	10,4%
Öffentliche Beiträge (inkl. Liechtenstein)	9,3%	8,7%	0,9%	0,6%	0,6%
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	1,7%	2,1%	2,0%	2,5%	1,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: BSV

T 3.3 Kosten und Finanzierung der Grundversicherung

	1994	1995	1996	1997	1998	Veränderung von 1997-98 in %
In Mio. Fr.						
a - Kosten						
Kosten der Leistungen	10 834,3	11 332,0	12 528,7	13 157,1	14 046,9	6,8%
Sonstige Kosten	393,7	26,9	-349,9	157,0	252,8	61,0%
Verwaltungskosten	800,7	822,9	936,6	879,0	831,8	-5,4%
Total	12 028,7	12 181,8	13 115,4	14 193,1	15 131,5	6,6%
b - Finanzierung						
Versicherungsprämien (brutto)	8 986,2	9 125,8	11 035,2	11 924,8	12 604,2	5,7%
Kostenbeteiligung	1 259,3	1 290,2	1 678,5	1 778,0	2 097,2	18,0%
Öffentliche Beiträge	1 594,7	1 535,4	141,0	102,0	99,0	-2,9%
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	188,5	230,4	260,7	388,3	331,1	-14,7%
Total	12 028,7	12 181,8	13 115,4	14 193,1	15 131,5	6,6%
In %						
a - Kosten						
Kosten der Leistungen	90,1%	93,0%	95,5%	92,7%	92,8%	
Sonstige Kosten	3,3%	0,2%	-2,7%	1,1%	1,7%	
Verwaltungskosten	6,7%	6,8%	7,1%	6,2%	5,5%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
b - Finanzierung						
Versicherungsprämie (brutto)	74,7%	74,9%	84,1%	84,0%	83,3%	
Kostenbeteiligung	10,5%	10,6%	12,8%	12,5%	13,9%	
Öffentliche Beiträge	13,3%	12,6%	1,1%	0,7%	0,7%	
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	1,6%	1,9%	2,0%	2,7%	2,2%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Quelle: BSV

T 3.3 c Prämien und Leistungen der Grundversicherung

Jahr	Prämien, Kostenbeteiligung und Beiträge	Leistungen	Bruttomarge	Verwaltungskosten	Nettomarge
In Mio. Fr.					
1994	11 840,3	10 834,3	1 006,0	800,7	205,3
1995	11 951,4	11 332,0	619,4	822,9	-203,5
1996	12 854,7	12 528,7	326,0	936,6	-610,6
1997	13 804,8	13 157,2	647,6	879,0	-231,4
1998	14 800,4	14 046,9	753,5	831,8	-78,3

In Fr. pro Versicherter	Anzahl der Versicherten					
1994	7 131 653	1 660	1 519	141	112	29
1995	7 166 317	1 668	1 581	86	115	-28
1996	7 194 754	1 787	1 741	45	130	-85
1997	7 214 805	1 913	1 824	90	122	-32
1998	7 248 603	2 042	1 938	104	115	-11

Quelle: BSV

T 3.4 Kosten und Finanzierung der Taggeldversicherung gemäss KVG

	1994	1995	1996	1997	1998	Veränderung 1997-98 in %
In Mio. Fr.						
a - Kosten						
Kosten der Leistungen	985,0	1 019,0	872,5	622,0	456,8	-26,6%
Sonstige Kosten	-1,2	-15,3	-96,5	-65,2	26,2	140,2%
Verwaltungskosten	93,8	98,9	80,0	41,4	41,7	0,7%
Total	1 077,6	1 102,6	856,0	598,2	524,7	-12,3%
b - Finanzierung						
Versicherungsprämie (brutto)	1 052,2	1 073,1	834,3	558,9	509,6	-8,8%
Kostenbeteiligung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Öffentliche Beiträge	3,3	2,4	2,5	1,5	0,3	-80,0%
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	22,1	27,1	19,2	37,8	14,8	-60,8%
Total	1 077,6	1 102,6	856,0	598,2	524,7	-12,3%
In %						
a - Kosten						
Kosten der Leistungen	91,4%	92,4%	101,9%	104,0%	87,1%	
Sonstige Kosten	-0,1%	-1,4%	-11,3%	-10,9%	5,0%	
Verwaltungskosten	8,7%	9,0%	9,3%	6,9%	7,9%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
b - Finanzierung						
Versicherungsprämie (brutto)	97,6%	97,3%	97,5%	93,4%	97,1%	
Kostenbeteiligung	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Öffentliche Beiträge	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,1%	
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	2,0%	2,5%	2,2%	6,3%	2,8%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Quelle: BSV

T 3.5 Kosten und Finanzierung der Zusatzversicherungen (nur KVG-Versicherer)

	1994	1995	1996	1997	1998	Veränderung 1997-98 in %
In Mio. Fr.						
a - Kosten						
Kosten der Leistungen	3 455,7	3 807,4	4 043,0	3 857,4	3 964,7	2,8%
Sonstige Kosten	572,3	382,3	205,7	556,0	427,6	-23,1%
Verwaltungskosten	313,7	366,1	515,7	640,2	713,7	11,5%
Total	4 341,7	4 555,8	4 764,4	5 053,6	5 106,0	1,0%
b - Finanzierung						
Versicherungsprämie (brutto)	4 150,9	4 331,1	4 550,1	4 855,9	5 016,6	3,3%
Kostenbeteiligung	87,2	104,4	99,0	109,2	60,9	-44,2%
Öffentliche Beiträge	16,5	10,9	17,5	15,1	17,5	15,9%
Kapitalerträge und ausserordentliche Ertrag	87,1	109,4	97,8	73,4	11,0	-85,0%
Total	4 341,7	4 555,8	4 764,4	5 053,6	5 106,0	1,0%
in %						
a - Kosten						
Kosten der Leistungen	79,6%	83,6%	84,9%	76,3%	77,6%	
Sonstige Kosten	13,2%	8,4%	4,3%	11,0%	8,4%	
Verwaltungskosten	7,2%	8,0%	10,8%	12,7%	14,0%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
b - Finanzierung						
Versicherungsprämien (brutto)	95,6%	95,1%	95,5%	96,1%	98,2%	
Kostenbeteiligung	2,0%	2,3%	2,1%	2,2%	1,2%	
Öffentliche Beiträge	0,4%	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%	
Kapitalerträge und ausserordentliche Ertrag	2,0%	2,4%	2,1%	1,5%	0,2%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Quelle: BSV

T 3.6 a Kostenbeteiligung der Versicherten an der Grundversicherung

Jahr	Anzahl Versicherte	Kostenbeteiligung der Versicherten		Jährliche Veränderung in %
		Mio. Fr.	in Fr.	
		Total	pro Versicherter	
1994	7 131 653	1 259	177	-
1995	7 166 317	1 290	180	2,0%
1996	7 194 754	1 679	233	29,6%
1997	7 214 805	1 778	246	5,6%
1998	7 248 603	2 097	289	17,4%

Quelle: BSV

T 3.7 a Reserven nach Anzahl der Versicherten (KVG-Versicherer)

1994 (Alle Versicherungsarten)

Anzahl Versicherte pro Kasse	Prämien in Mio. Fr.	Ausgaben inn Mio. Fr.	Reserven in Mio. Fr.	Reserven in % der Ausgaben	Reserven in % der Prämien	Mindestreserven nach KVG Art. 10, in % der Ausgaben
0 - 100	0	0	0	–	–	160
101 - 200	1 867	1 635	3 936	240,7%	210,8%	120
201 - 300	1 612	1 797	2 784	154,9%	172,7%	96
301 - 400	2 094	2 136	4 500	210,6%	214,9%	80
401 - 500	2 440	2 421	2 973	122,8%	121,8%	68
501 - 1000	25 968	24 911	26 174	105,1%	100,8%	56
1001 - 2000	50 228	47 350	41 278	87,2%	82,2%	48
2001 - 3000	64 368	61 147	37 189	60,8%	57,8%	40
3001 - 4000	62 997	65 295	40 195	61,6%	63,8%	36
4001 - 5000	61 820	67 908	34 209	50,4%	55,3%	32
5001 - 20000	455 872	480 642	225 638	46,9%	49,5%	28
20001 - 40000	599 068	643 255	146 301	22,7%	24,4%	24
40001 et plus	12 961 199	14 049 098	3 405 760	24,2%	26,3%	20
Total	14 289 534	15 447 597	3 970 937	25,7%	27,8%	

1995 (Alle Versicherungsarten)

Anzahl Versicherte pro Kasse	Prämien in Mio. Fr.	Ausgaben in Mio. Fr.	Reserven in Mio. Fr.	Reserven in % der Ausgaben	Reserven in % der Prämien	Mindestreserven nach KVG Art. 10, in % der Ausgaben
0 - 100	0	0	0	–	–	160
101 - 200	1 139	1 367	3 235	236,6%	284,0%	120
201 - 300	1 672	1 765	2 918	165,3%	174,5%	96
301 - 400	2 095	2 202	4 212	191,3%	201,1%	80
401 - 500	2 452	2 683	2 654	98,9%	108,2%	68
501 - 1000	22 686	22 706	22 049	97,1%	97,2%	56
1001 - 2000	45 930	48 471	32 343	66,7%	70,4%	48
2001 - 3000	44 646	43 618	26 789	61,4%	60,0%	40
3001 - 4000	43 915	48 017	20 219	42,1%	46,0%	36
4001 - 5000	69 652	76 644	50 231	65,5%	72,1%	32
5001 - 20000	454 297	487 144	218 226	44,8%	48,0%	28
20001 - 40000	518 119	575 280	126 852	22,1%	24,5%	24
40001 et plus	13 391 788	14 913 805	3 557 609	23,9%	26,6%	20
Total	14 598 391	16 223 703	4 067 338	25,1%	27,9%	

1996 (Grundversicherung)

Anzahl Versicherte pro Kasse	Prämien in Mio. Fr.	Ausgaben in Mio. Fr.	Reserven in Mio. Fr.	Reserven in % der Ausgaben	Reserven in % der Prämien	Mindestreserven nach KVG Art. 78, in % der Prämien
0 - 100	0	0	0	–	–	182
101 - 500	5 840	5 899	10 602	179,7%	181,5%	96
501 - 1000	16 849	17 814	17 310	97,2%	102,7%	73
1001 - 2500	64 538	63 801	58 940	92,4%	91,3%	52
2501 - 5000	87 149	86 191	45 933	53,3%	52,7%	42
5001 - 10000	148 448	151 696	79 188	52,2%	53,3%	34
10001 - 50000	775 914	785 766	238 671	30,4%	30,8%	24
50001 et plus	10 032 645	10 649 729	2 442 275	22,9%	24,3%	20
Total	11 131 384	11 760 896	2 892 918	24,6%	26,0%	

1997 (Grundversicherung)

Anzahl Versicherte pro Kasse	Prämien in Mio. Fr.	Ausgaben in Mio. Fr.	Reserven in Mio. Fr.	Reserven in % der Ausgaben	Reserven in % der Prämien	Mindestreserven nach KVG Art. 78, in % der Prämien
0 - 100	0	0	0	–	–	182
101 - 500	3 824	3 777	8 330	220,6%	217,8%	96
501 - 1000	16 262	15 879	17 185	108,2%	105,7%	73
1001 - 2500	58 990	58 528	55 752	95,3%	94,5%	52
2501 - 5000	69 791	67 545	36 324	53,8%	52,0%	42
5001 - 10000	148 733	149 697	79 182	52,9%	53,2%	34
10001 - 50000	924 121	942 260	251 867	26,7%	27,3%	24
50001 et plus	10 818 962	11 107 050	2 543 239	22,9%	23,5%	20
Total	12 040 684	12 344 736	2 991 880	24,2%	24,8%	

1998 (Grundversicherung)

Anzahl Versicherte pro Kasse	Prämien in Mio. Fr.	Ausgaben in Mio. Fr.	Reserven in Mio. Fr.	Reserven in % der Ausgaben	Reserven in % der Prämien	Mindestreserven nach KVG Art. 78, in % der Prämien
0 - 100	0	0	0	–	–	182
101 - 500	4 069	4 341	8 683	200,0%	213,4%	96
501 - 1000	15 773	15 440	17 565	113,8%	111,4%	73
1001 - 2500	52 637	51 318	50 755	98,9%	96,4%	52
2501 - 5000	48 436	43 917	21 883	49,8%	45,2%	42
5001 - 10000	138 836	139 294	81 646	58,6%	58,8%	34
10001 - 50000	926 115	939 761	250 406	26,6%	27,0%	24
50001 et plus	11 522 404	11 850 558	2 554 593	21,6%	22,2%	20
Total	12 708 270	13 044 627	2 985 531	22,9%	23,5%	

Quelle: BSV

**T 3.7 b Reserven der grossen KVG-Versicherer mit einem Bestand von mehr als 5000 Versicherten
(mehr als 95% des Prämienvolumens)**

Jahr	Prämien in Mio. Fr.	Ausgaben in Mio. Fr.	Reserven in Mio. Fr.	Reserven in % der Ausgaben	Reserven in % der Prämien
1994	14 016 140	15 172 995	3 777 700	24,9%	27,0%
1995	14 364 204	15 976 229	3 902 687	24,4%	27,2%
1996	10 957 008	11 587 191	2 760 134	23,8%	25,2%
1997	11 891 816	12 199 007	2 874 289	23,6%	24,2%
1998	12 587 355	12 929 612	2 886 645	22,3%	22,9%

1994-95: Alle Versicherungsarten - 1996-98: Grundversicherung

Quelle: BSV

Zu beachten: Änderung der gesetzlichen Mindestreserven im Jahre 1996, sowie Reduzierung des Versichertenbestandes.

T 3.7 c Reserven, Fonds und Rückstellungen der KVG-Versicherer (alle Versicherungsarten)

Jahr	Kosten der Leistungen (nach T 3.2) Mio Fr.	Reserven		Fonds		Rückstellungen		Gesamtbetrag Reserven, Fonds und Rückstellungen	
		Mio. Fr.	in % der Leistungen	Mio. Fr.	in % der Leistungen	Mio. Fr.	in % der Leistungen	Mio. Fr.	in % der Leistungen
1994	15 273,2	3 996,0	26,2%	927,4	6,1%	4 846,4	31,7%	9 769,8	64,0%
1995	16 156,8	4 080,0	25,3%	1 166,8	7,2%	4 999,4	30,9%	10 246,2	63,4%
1996	17 443,7	4 007,8	23,0%	781,5	4,5%	5 113,0	29,3%	9 902,3	56,8%
1997	17 646,6	4 017,4	22,8%	661,8	3,8%	5 941,2	33,7%	10 620,4	60,2%
1998	18 469,0	4 117,7	22,3%	684,4	3,7%	6 614,7	35,8%	11 416,8	61,8%

Quelle: BSV

T 3.8 c Jährliche Abweichung in Fr. /in % zur Gesamtbeitragsleistung / Jahr bei normaler Franchise von Fr. 150.- entsprechend der pro Jahr abgerechneten Kosten und bei frei wählbarer Franchise und einer Monatsprämie von Fr. 120. Betrachtungszeitraum: 1996-97 1)

Kostenbeitrag

Rechnungen Franchisen

<u>in Fr.</u>	150	300	600	1200	1500
0	1 440	1 296	1 152	936	864
150	1 590	1 446	1 302	1 086	1 014
230	1 598	1 526	1 382	1 166	1 094
300	1 605	1 596	1 452	1 236	1 164
400	1 615	1 606	1 552	1 336	1 264
500	1 625	1 616	1 652	1 436	1 364
600	1 635	1 626	1 752	1 536	1 464
900	1 665	1 656	1 782	1 836	1 764
1 000	1 675	1 666	1 792	1 936	1 864
1 200	1 695	1 686	1 812	2 136	2 064
1 300	1 705	1 696	1 822	2 146	2 164
1 400	1 715	1 706	1 832	2 156	2 264
1 500	1 725	1 716	1 842	2 166	2 364
2 000	1 775	1 766	1 892	2 216	2 414
3 000	1 875	1 866	1 992	2 316	2 514
5 000	2 075	2 066	2 192	2 516	2 714
10 000	2 190	2 196	2 352	2 736	2 964
20 000	2 190	2 196	2 352	2 736	2 964

Abweichung in Fr. bei F 150

Abweichung in % bei F 150

Rechnungen

Franchisen

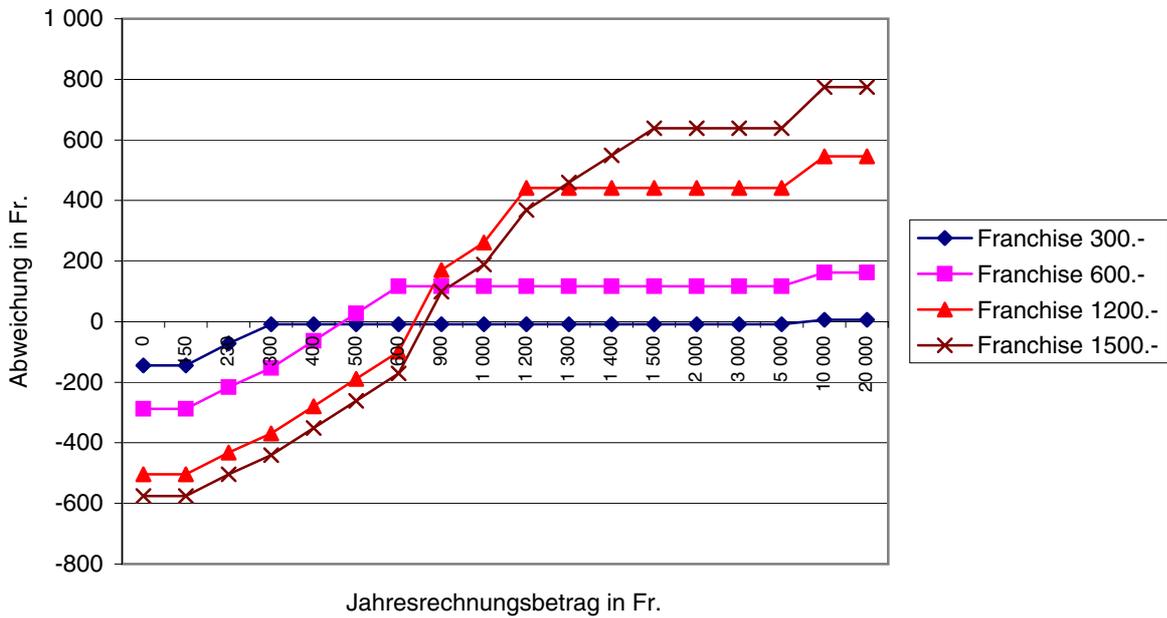
Franchises

<u>in Fr.</u>	300	600	1200	1500	300	600	1200	1500
0	-144	-288	-504	-576	-10,0%	-20,0%	-35,0%	-40,0%
150	-144	-288	-504	-576	-9,1%	-18,1%	-31,7%	-36,2%
230	-72	-216	-432	-504	-4,5%	-13,5%	-27,0%	-31,5%
300	-9	-153	-369	-441	-0,6%	-9,5%	-23,0%	-27,5%
400	-9	-63	-279	-351	-0,6%	-3,9%	-17,3%	-21,7%
500	-9	27	-189	-261	-0,6%	1,7%	-11,6%	-16,1%
600	-9	117	-99	-171	-0,6%	7,2%	-6,1%	-10,5%
900	-9	117	171	99	-0,5%	7,0%	10,3%	5,9%
1 000	-9	117	261	189	-0,5%	7,0%	15,6%	11,3%
1 200	-9	117	441	369	-0,5%	6,9%	26,0%	21,8%
1 300	-9	117	441	459	-0,5%	6,9%	25,9%	26,9%
1 400	-9	117	441	549	-0,5%	6,8%	25,7%	32,0%
1 500	-9	117	441	639	-0,5%	6,8%	25,6%	37,0%
2 000	-9	117	441	639	-0,5%	6,6%	24,8%	36,0%
3 000	-9	117	441	639	-0,5%	6,2%	23,5%	34,1%
5 000	-9	117	441	639	-0,4%	5,6%	21,3%	30,8%
10 000	6	162	546	774	0,3%	7,4%	24,9%	35,3%
20 000	6	162	546	774	0,3%	7,4%	24,9%	35,3%

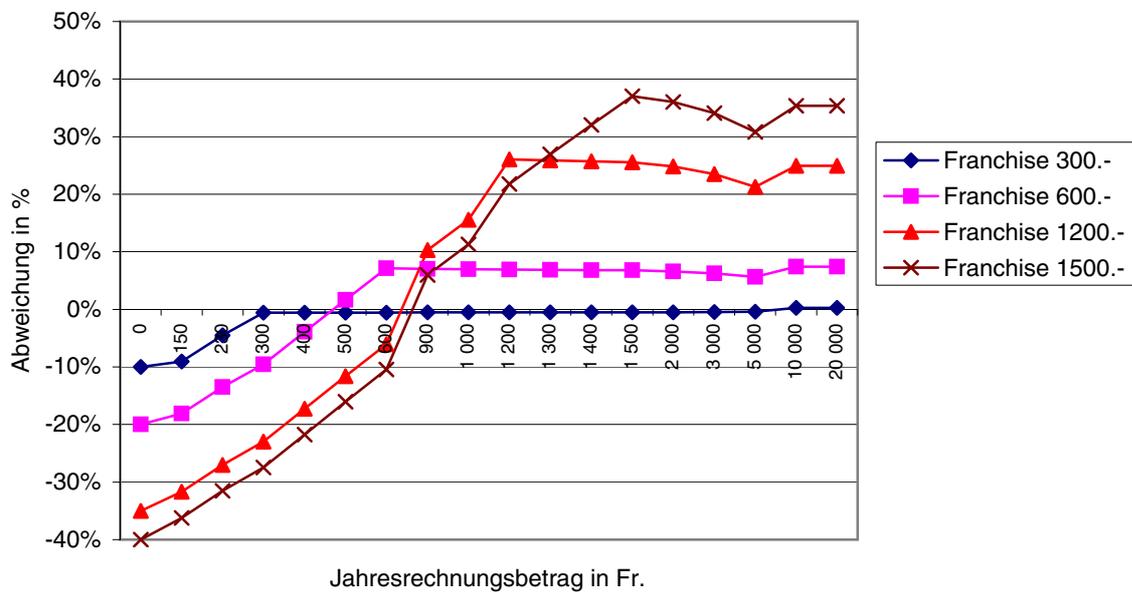
1) Die jährlich vom Versicherten zu tragende Gesamtbeitragsleistung umfasst die Prämie, die Kostenbeteiligung mit Franchise und die Kostenbeteiligung in Höhe von 10% des die Franchise bis max. Fr. 600.- übersteigenden Betrages.

Quelle: BSV

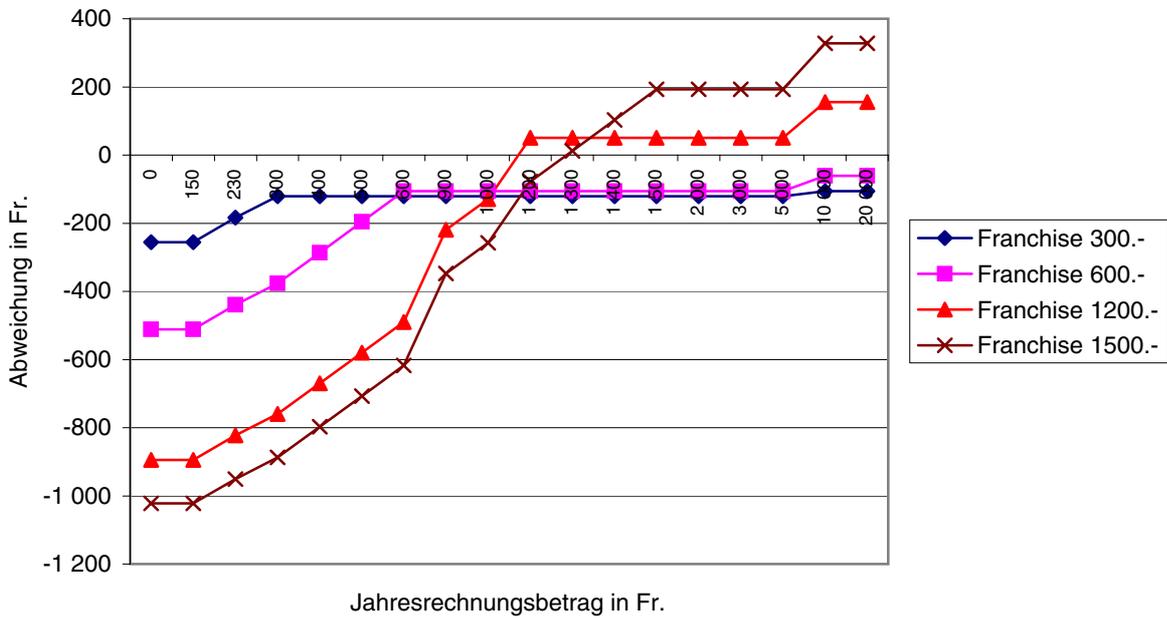
G 3.8 c1 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in Fr.) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 150.- und bei frei wählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 120.- (1996-1997)



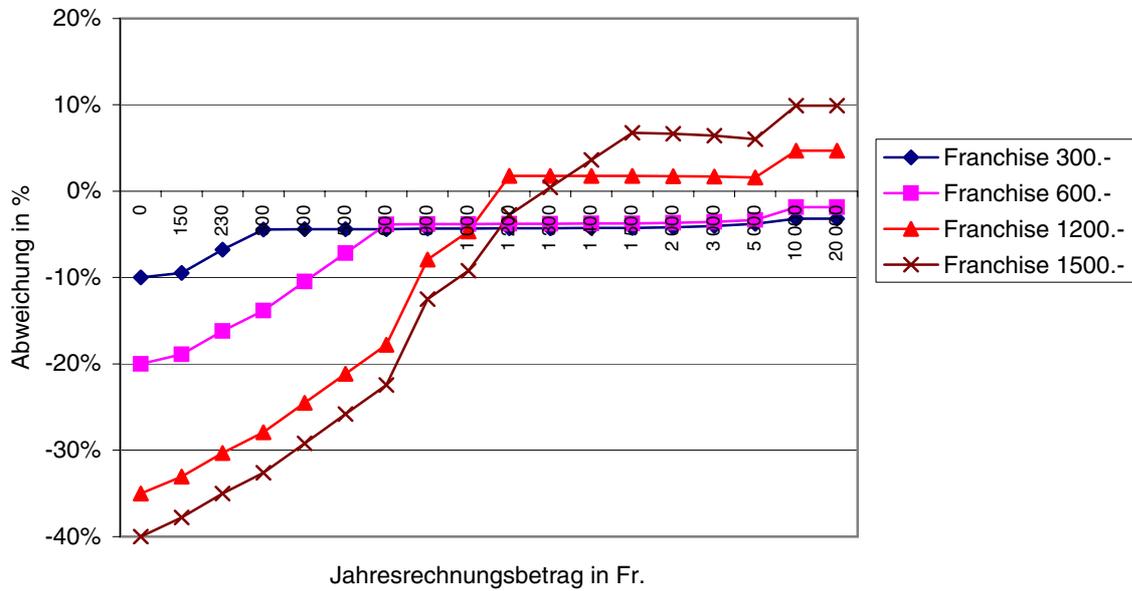
G 3.8 c2 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in %) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 150.- und bei frei wählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 120.- (1996-1997)



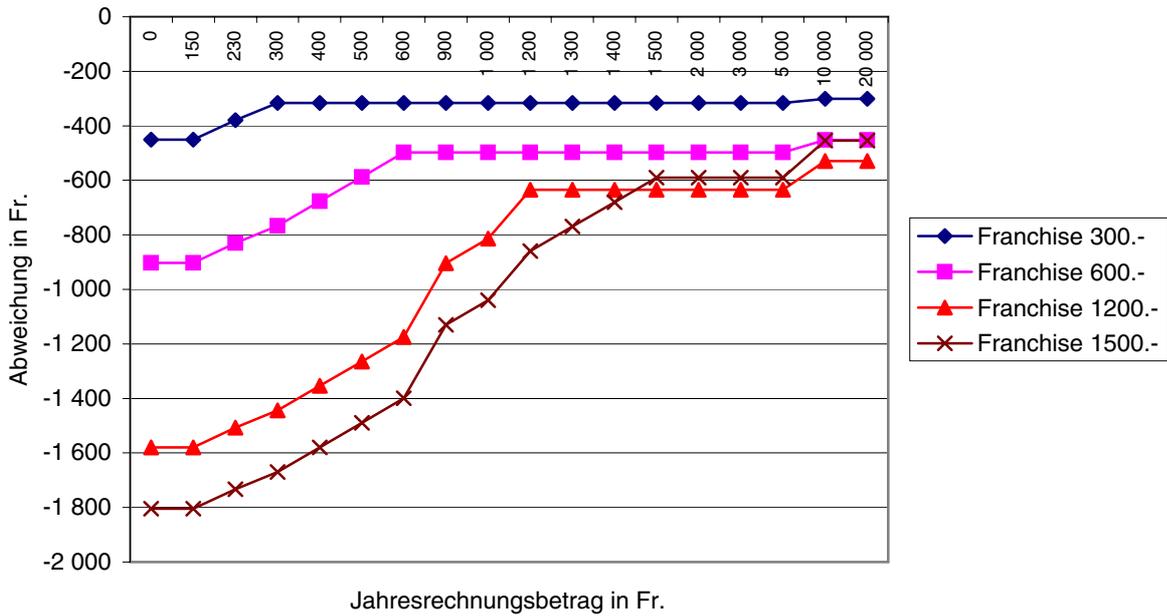
G 3.8 d1 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in Fr.) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 150.- und bei freiwählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 213.- (1996-1997)



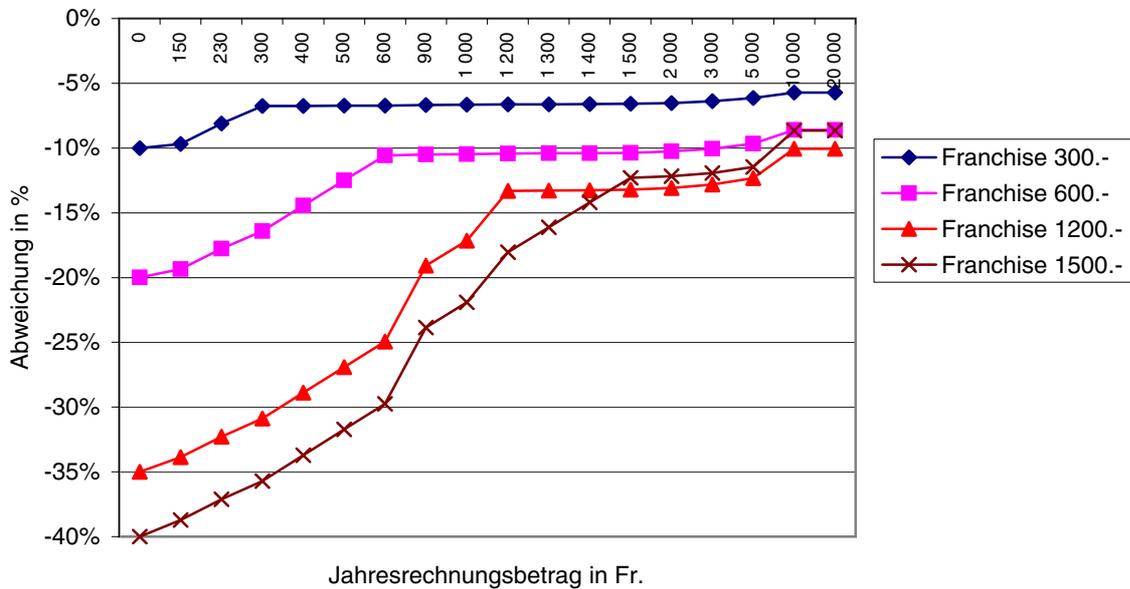
G 3.8 d2 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in %) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 150.- und bei freiwählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 213.- (1996-1997)



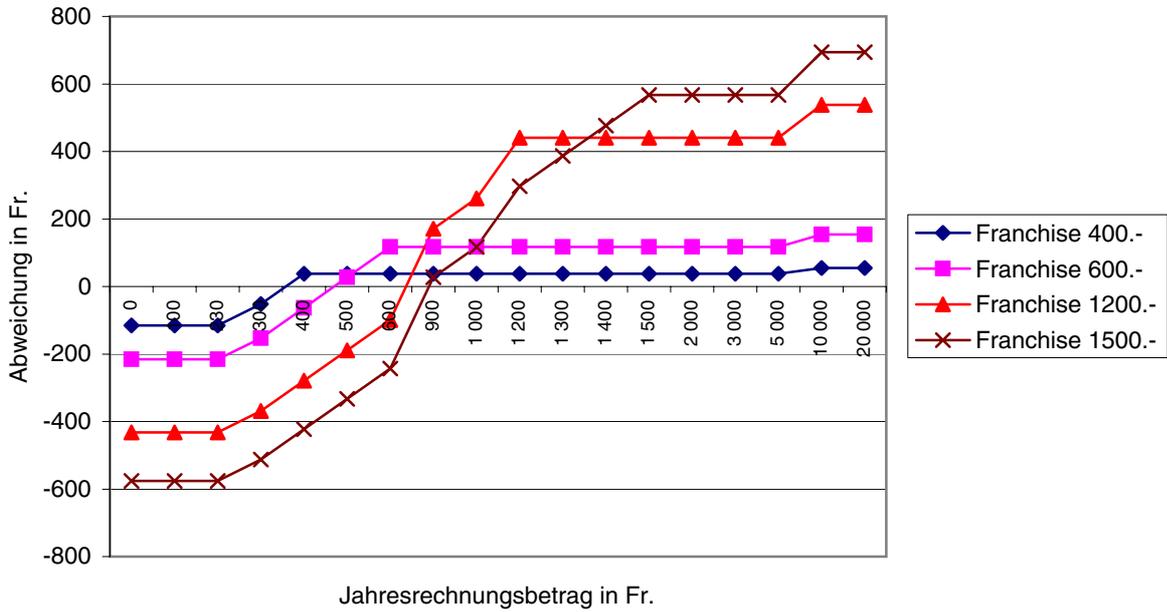
G 3.8 e1 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in Fr.) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 150.- und bei freiwählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 376.- (1996-1997)



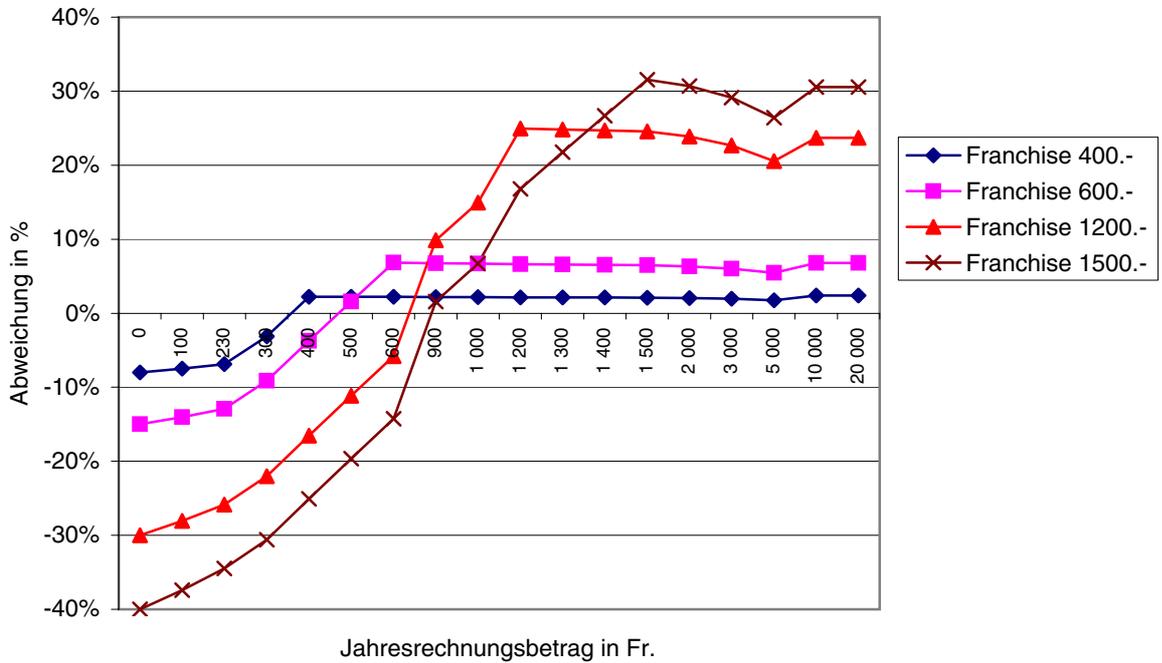
G 3.8 e2 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in %) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 150.- und bei freiwählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 376.- (1996-1997)



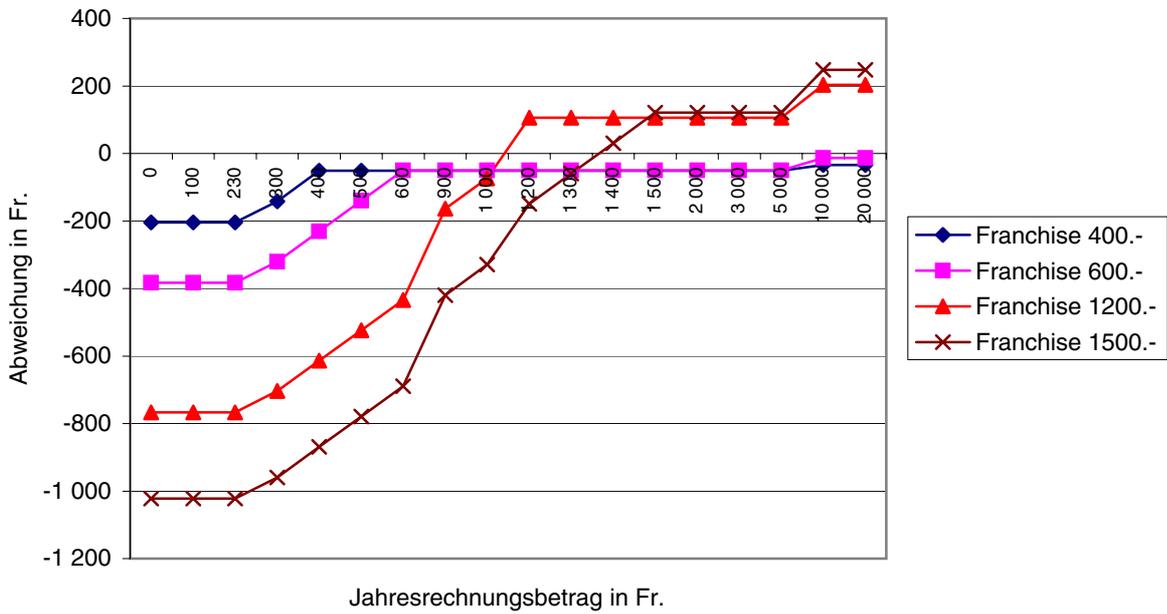
G 3.8 f1 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in Fr.) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 230.- und bei freiwählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 120.- (1998-2000)



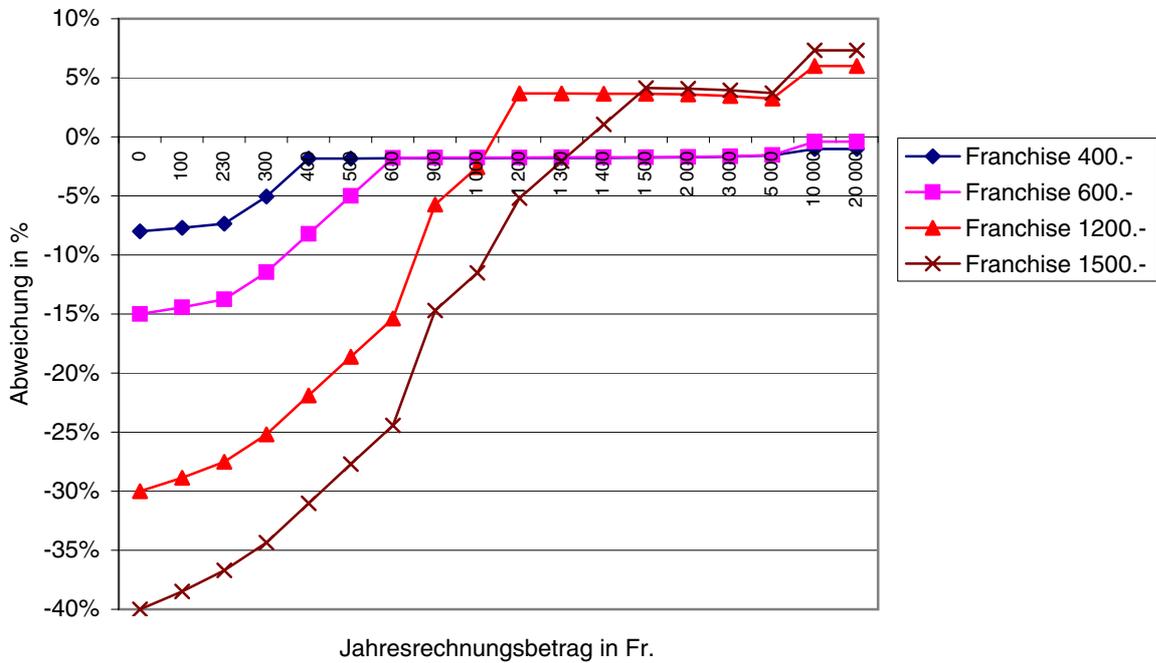
G 3.8 f2 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in %) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 230.- und bei freiwählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 120.- (1998-2000)



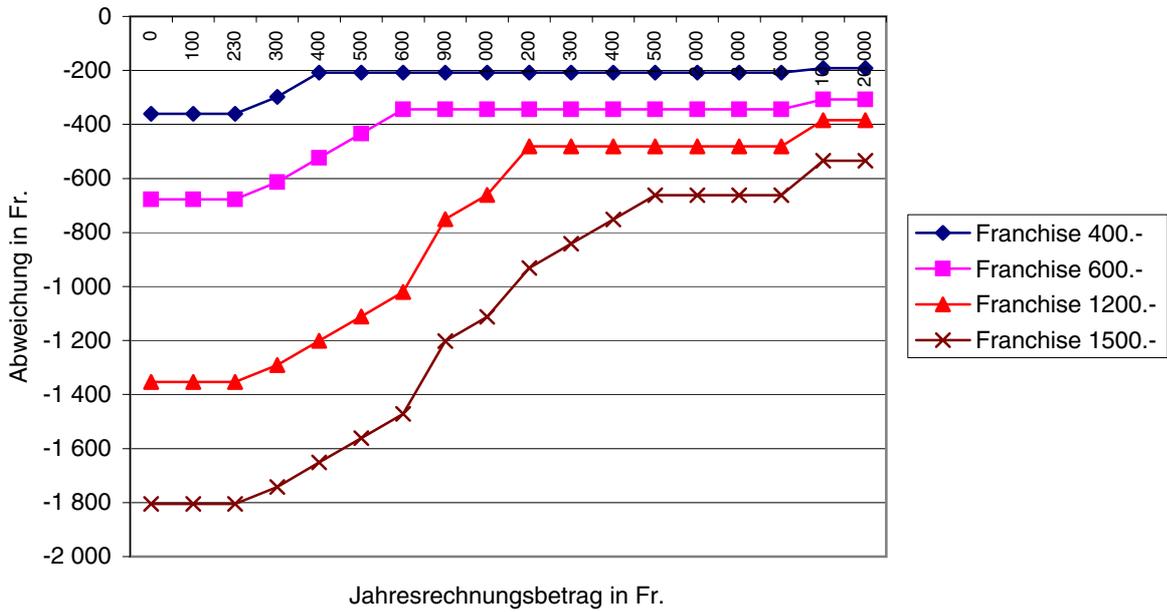
G 3.8 g1 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in Fr.) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 230.- und bei freiwählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 213.- (1998-2000)



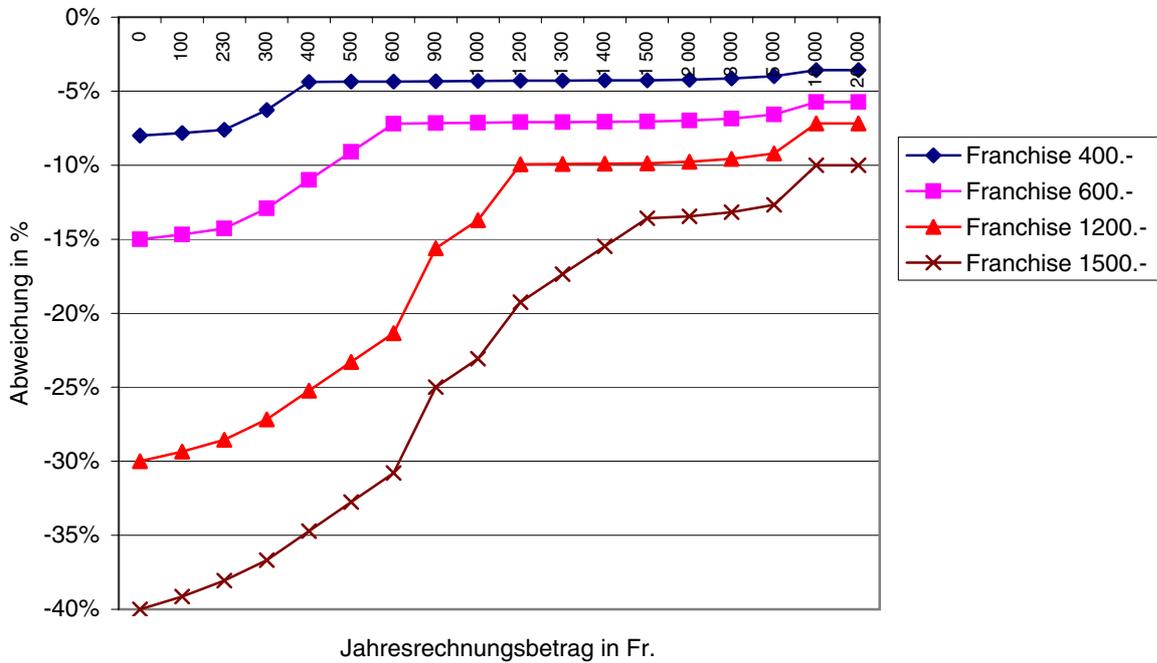
G 3.8 g2 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in %) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 230.- und bei freiwählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 213.- (1998-2000)



G 3.8 h1 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in Fr.) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 230.- und bei freiwählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 376.- (1998-2000)



G 3.8 h2 Im Zusammenhang mit der Jahresrechnung zu zahlende Abweichung/Jahr (in %) bei normaler Franchise in Höhe von Fr. 230.- und bei freiwählbarer Franchise, für eine Monatsprämie in Höhe von Fr. 376.- (1998-2000)



T 3.8 I Durchschnittliche Beitragsleistung/Jahr für Erwachsene; Bundesdurchschnitt in Fr. 1)

	Franchise Nachlass Franchise Nachlass Rechnungen					1996	1997	1998	1999	2000	Abweichung in %	
	96-97	98-2000	/Jahr		Beitragsdurchschnitt						1996-2000	
1	150	0%	230	0%	0	1 994	2 257	2 367	2 447	2 540	2 321	-
2	150	0%	230	0%	1000	2 229	2 492	2 674	2 754	2 847	2 599	-
3	150	0%	230	0%	10000	2 744	3 007	3 197	3 277	3 370	3 119	-
4	300	10%	400	8%	0	1 795	2 031	2 178	2 251	2 337	2 118	-8,7%
5	300	10%	400	8%	1000	2 165	2 401	2 638	2 711	2 797	2 542	-2,2%
6	300	10%	400	8%	10000	2 695	2 931	3 178	3 251	3 337	3 078	-1,3%
7	600	20%	600	15%	0	1 595	1 805	2 012	2 080	2 159	1 930	-16,8%
8	600	20%	600	15%	1000	2 235	2 445	2 652	2 720	2 799	2 570	-1,1%
9	600	20%	600	15%	10000	2 795	3 005	3 212	3 280	3 359	3 130	0,4%
10	1200	35%	1200	30%	0	1 296	1 467	1 657	1 713	1 778	1 582	-31,8%
11	1200	35%	1200	30%	1000	2 296	2 467	2 657	2 713	2 778	2 582	-0,7%
12	1200	35%	1200	30%	10000	3 096	3 267	3 457	3 513	3 578	3 382	8,4%
13	1500	40%	1500	40%	0	1 196	1 354	1 420	1 468	1 524	1 393	-40,0%
14	1500	40%	1500	40%	1000	2 196	2 354	2 420	2 468	2 524	2 393	-7,9%
15	1500	40%	1500	40%	10000	3 296	3 454	3 520	3 568	3 624	3 493	12,0%

1) Beitragsleistung/Jahr für obligatorische Grundversicherung mit Unfallversicherung,

Prämiendurchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

2) Abweichung in % der Beitragsleistung für normale Franchise 150/230.- bei Jahresrechnungsbetrag in gleicher Höhe

Quelle: BSV

T 3.8 m Index der Beitragsentwicklung für Erwachsene (Basis 1996=100) 1)

	Franchise Nachlass Franchise Nachlass Rechnungen					1996	1997	1998	1999	2000	Abweichung in % 2000 2)
	96-97	98-2000	/Jahr								
1	150	0%	230	0%	0	100,00	113,17	118,73	122,70	127,39	-
2	150	0%	230	0%	1000	100,00	111,79	119,98	123,54	127,73	-
3	150	0%	230	0%	10000	100,00	109,57	116,52	119,41	122,82	-
4	300	10%	400	8%	0	100,00	113,17	121,36	125,43	130,22	2,2%
5	300	10%	400	8%	1000	100,00	110,92	121,87	125,24	129,21	1,2%
6	300	10%	400	8%	10000	100,00	108,77	117,94	120,65	123,84	0,8%
7	600	20%	600	15%	0	100,00	113,17	126,15	130,37	135,35	6,2%
8	600	20%	600	15%	1000	100,00	109,40	118,66	121,67	125,23	-2,0%
9	600	20%	600	15%	10000	100,00	107,52	114,92	117,33	120,17	-2,2%
10	1200	35%	1200	30%	0	100,00	113,17	127,86	132,14	137,18	7,7%
11	1200	35%	1200	30%	1000	100,00	107,44	115,73	118,14	120,99	-5,3%
12	1200	35%	1200	30%	10000	100,00	105,52	111,66	113,45	115,57	-5,9%
13	1500	40%	1500	40%	0	100,00	113,17	118,73	122,70	127,39	0,0%
14	1500	40%	1500	40%	1000	100,00	107,18	110,20	112,36	114,92	-10,0%
15	1500	40%	1500	40%	10000	100,00	104,78	106,80	108,24	109,94	-10,5%

1) Beitragsleistung/Jahr für obligatorische Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung;

Prämiendurchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

2) Abweichung in % des Index 2000 für normale Franchise 150/230.- bei Jahresrechnungsbetrag in gleicher Höhe

Quelle: BSV

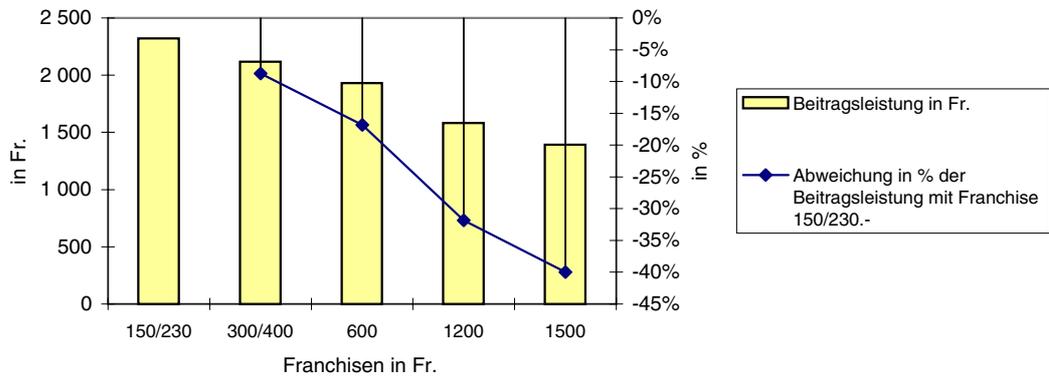
T 3.8 n Beitragsschwankungen/Jahr in % für Erwachsene 1)

	Franchise Nachlass Franchise Nachlass Rechnungen									durchschnittliche
	96-97		98-2000		/Jahr	var 96-97	var 97-98	var 98-99	var 99-2000	Erhöhung/Jahr 97-2000
1	150	0%	230	0%	0	13,2%	4,9%	3,3%	3,8%	6,2%
2	150	0%	230	0%	1000	11,8%	7,3%	3,0%	3,4%	6,3%
3	150	0%	230	0%	10000	9,6%	6,3%	2,5%	2,9%	5,3%
4	300	10%	400	8%	0	13,2%	7,2%	3,3%	3,8%	6,8%
5	300	10%	400	8%	1000	10,9%	9,9%	2,8%	3,2%	6,6%
6	300	10%	400	8%	10000	8,8%	8,4%	2,3%	2,6%	5,5%
7	600	20%	600	15%	0	13,2%	11,5%	3,3%	3,8%	7,9%
8	600	20%	600	15%	1000	9,4%	8,5%	2,5%	2,9%	5,8%
9	600	20%	600	15%	10000	7,5%	6,9%	2,1%	2,4%	4,7%
10	1200	35%	1200	30%	0	13,2%	13,0%	3,3%	3,8%	8,2%
11	1200	35%	1200	30%	1000	7,4%	7,7%	2,1%	2,4%	4,9%
12	1200	35%	1200	30%	10000	5,5%	5,8%	1,6%	1,9%	3,7%
13	1500	40%	1500	40%	0	13,2%	4,9%	3,3%	3,8%	6,2%
14	1500	40%	1500	40%	1000	7,2%	2,8%	2,0%	2,3%	3,5%
15	1500	40%	1500	40%	10000	4,8%	1,9%	1,4%	1,6%	2,4%

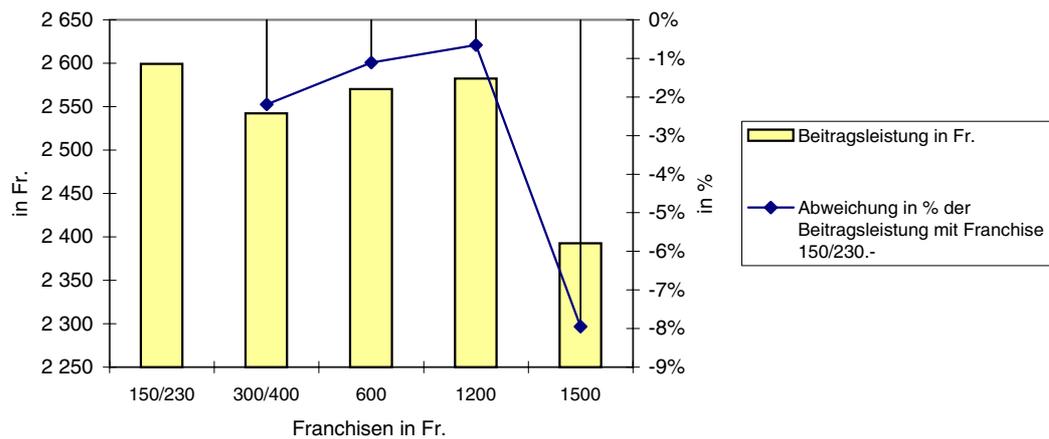
1) Beitragsleistung/Jahr für obligatorische Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung;
Prämiendurchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

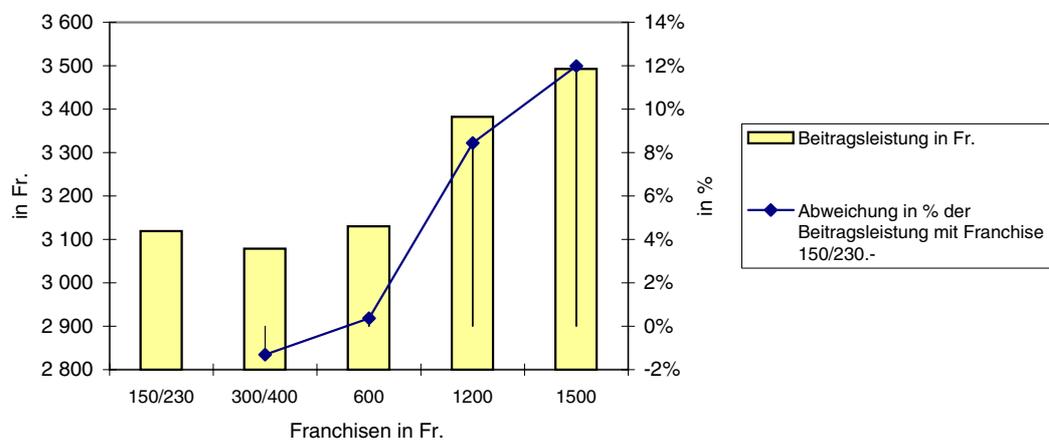
G 3.8 I1 Durchschnittliche jährliche Beitragsleistung 1996-2000 bei Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 0.-, gemäss Franchisen



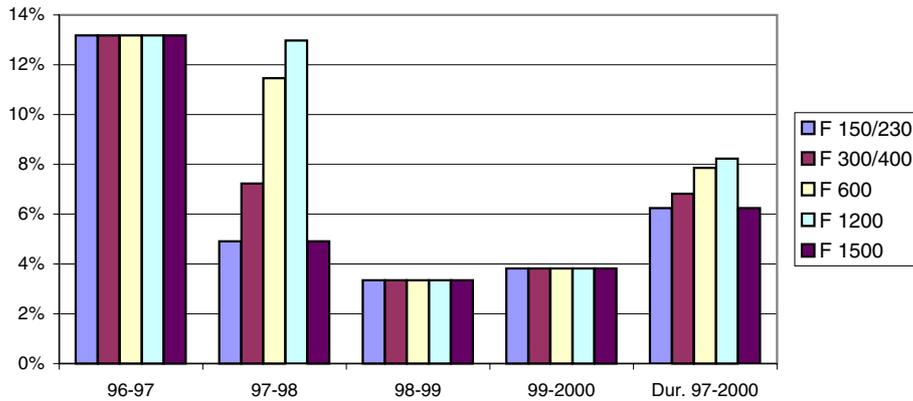
G 3.8 I2 Durchschnittliche jährliche Beitragsleistung 1996-2000 bei Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 1'000.-, gemäss Franchisen



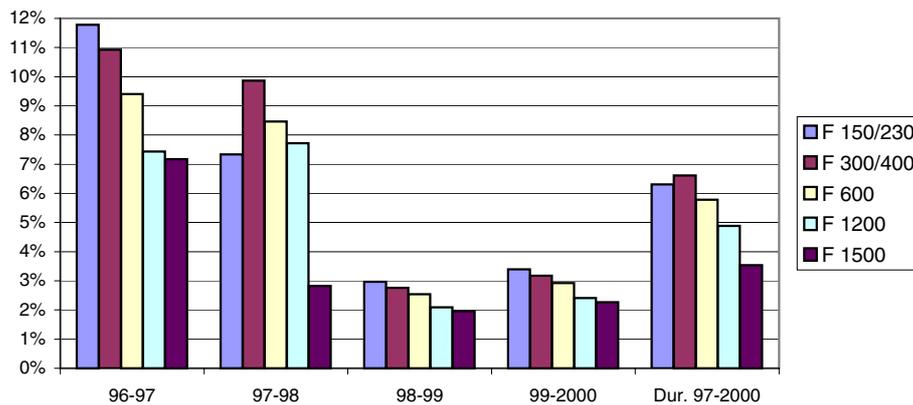
G 3.8 I3 Durchschnittliche jährliche Beitragsleistung 1996-2000 bei Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 10'000.-, gemäss Franchisen



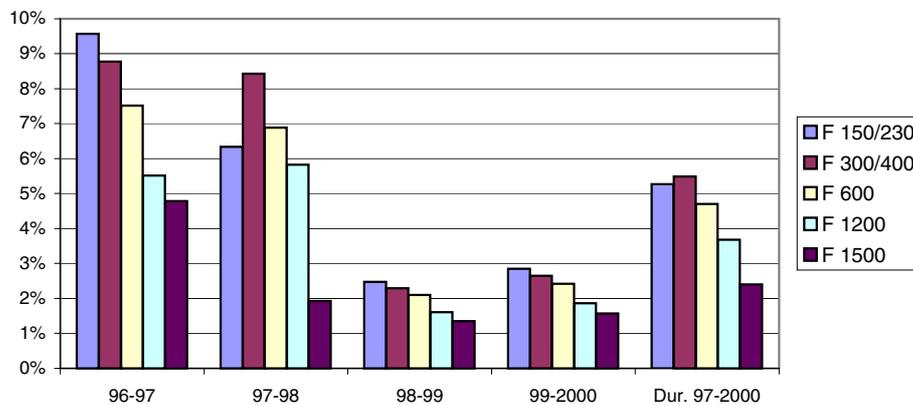
G 3.8 n1 Durchschnittliche jährliche Schwankung der Beitragsleistung bei Erwachsenen mit Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 0.-, gemäss Franchisen; 1997-2000



G 3.8 n2 Durchschnittliche jährliche Schwankung der Beitragsleistung bei Erwachsenen mit Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 1'000.-, gemäss Franchisen; 1997-2000



G 3.8 n3 Durchschnittliche jährliche Schwankung der Beitragsleistung bei Erwachsenen mit Jahresrechnungen in Höhe von Fr. 10'000.-, gemäss Franchisen; 1997-2000



T 3.9 KVG-Versicherer nach der Zahl der Versicherten

1994

Anzahl der Versicherten pro Versicherer	Anzahl der Versicherer	en %	Anzahl der Versicherten	en %
0 - 500	23	12,9%	6 677	0,1%
501 - 1000	27	15,2%	19 607	0,3%
1001 - 5000	68	38,2%	166 921	2,3%
5001 und mehr	60	33,7%	6 938 448	97,3%
Total	178		7 131 653	

1995

Anzahl der Versicherten pro Versicherer	Anzahl der Versicherer	en %	Anzahl der Versicherten	en %
0 - 500	22	13,3%	6 476	0,1%
501 - 1000	25	15,1%	18 140	0,3%
1001 - 5000	59	35,5%	146 346	2,0%
5001 und mehr	60	36,1%	6 995 355	97,6%
Total	166		7 166 317	

1996

Anzahl der Versicherten pro Versicherer	Anzahl der Versicherer	en %	Anzahl der Versicherten	en %
0 - 500	18	12,4%	5 296	0,1%
501 - 1000	20	13,8%	14 621	0,2%
1001 - 5000	52	35,9%	127 374	1,8%
5001 und mehr	55	37,9%	7 047 463	98,0%
Total	145		7 194 754	

1997

Anzahl der Versicherten pro Versicherer	Anzahl der Versicherer	en %	Anzahl der Versicherten	en %
0 - 500	12	9,3%	3 331	0,0%
501 - 1000	19	14,7%	13 332	0,2%
1001 - 5000	45	34,9%	104 609	1,4%
5001 und mehr	53	41,1%	7 093 533	98,3%
Total	129		7 214 805	

1998

Anzahl der Versicherten pro Versicherer	Anzahl der Versicherer	en %	Anzahl der Versicherten	en %
0 - 500	12	10,2%	3 422	0,0%
501 - 1000	17	14,4%	12 528	0,2%
1001 - 5000	35	29,7%	77 262	1,1%
5001 und mehr	54	45,8%	7 155 391	98,7%
Total	118		7 248 603	

Quelle: BSV

Anmerkungen: 1994-95: Alle Versicherungsarten; 1996-98: nur Grundversicherung

T 3.10 Auswirkung der Mengen/Preise auf die Gesundheitsausgaben

	1994	1995	1996	1997	1998*
a) Ausgaben für zahnärztliche Leistungen					
Kostenentwicklung (in Mio. Fr.) 1)	5 073,7	5 371,1	5 597,6	5 782,9	5 966,2
Wertindex WI	100,00	105,86	110,33	113,98	117,59
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		5,86%	4,22%	3,31%	3,17%
Nebenindex IPK für medizinische Leistungen					
Index (Basis Mai 1993=100)	100,0253	100,3410	100,8512	101,2345	101,1890
Preisindex PI, aktualisiert (Basis 1994=100)	100,00	100,32	100,83	101,21	101,16
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		0,32%	0,51%	0,38%	-0,04%
Mengenindex MI (MI = WI/PI*100)	100,00	105,53	109,42	112,62	116,24
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		5,53%	3,69%	2,92%	3,22%
b) Ausgaben für zahnärztliche Leistungen					
Kostenentwicklung (in Mio. Fr.)	2 734,3	2 871,6	3 101,4	3 283,5	3 306,5
Wertindex WI	100,00	105,02	113,43	120,09	120,93
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		5,02%	8,01%	5,87%	0,70%
Nebenindex IPK für zahnmedizinische Leistungen					
Index (Basis Mai 1993=100)	101,635	102,3995	103,0543	103,6191	104,3635
Preisindex PI, aktualisiert (Basis 1994=100)	100,00	100,75	101,40	101,95	102,68
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		0,75%	0,64%	0,55%	0,72%
Mengenindex MI (MI = WI/PI*100)	100,00	104,24	111,86	117,79	117,77
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		4,24%	7,32%	5,29%	-0,02%
c) Ausgaben für Arzneimittel					
Kostenentwicklung (in Mio. Fr.)	3 704,0	3 923,0	4 099,0	4 274,0	4 495,8
Wertindex WI	100,00	105,91	110,66	115,39	121,38
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		5,91%	4,49%	4,27%	5,19%
Nebenindex IPK für Arzneimittel					
Index (Basis Mai 1993=100)	101,4226	104,0641	104,4094	103,9956	101,2011
Preisindex PI, aktualisiert (Basis 1994=100)	100,00	102,60	102,94	102,54	99,78
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		2,60%	0,33%	-0,40%	-2,69%
Mengenindex MI (MI = WI/PI*100)	100,00	103,22	107,50	112,53	121,64
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		3,22%	4,14%	4,68%	8,09%
d) Ausgaben für stationäre Behandlungen					
Kostenentwicklung (in Mio. Fr.) 2)	15 006,1	15 087,0	15 719,6	16 006,3	16 290,4
Wertindex WI	100,00	100,54	104,75	106,67	108,56
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		0,54%	4,19%	1,82%	1,77%
Nebenindex IPK für Spitalbehandlungen					
Index (Basis Mai 1993=100)	103,2072	105,991	109,6154	111,1806	112,8997
Preisindex PI, aktualisiert (Basis 1994=100)	100,00	102,70	106,21	107,73	109,39
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		2,70%	3,42%	1,43%	1,55%
Mengenindex (MI = WI/PI*100)	100,00	97,90	98,63	99,02	99,24
Schwankung in % (im Vergleich zum Vorjahr)		-2,10%	0,75%	0,39%	0,23%

Quellen: T 5.1 b / T 5.2.2 a / Arthur Vogt "Index Numbers" § 6.1/6.2/6.3 "Additive and multiplicative causal analysis in Health insurance"

1) ambulante Pflege - Arzneimittel

2) Einrichtungen für lange und kurze Behandlungsaufenthalte - ambulante Pflege - Arzneimittel

* vorläufige Werte

Anmerkungen

Der im Jahr 1995 beobachtete Kostenanstieg bei den Ärzten (+5.86%) steht in Verbindung mit dem durch den Preisanstieg (+0.33%) und den Mengenanstieg (+5.53%) bedingten Multiplikatoreffekt ($105.53 = 100.32 * 105.86$).

Für den Beobachtungszeitraum von 1994-1998 ergibt sich eine kumulierte Erhöhung der Ausgaben (+17.59%); diese ist in Verbindung mit dem Multiplikatoreffekt des Preisanstiegs (+1.16%) und des Mengenanstiegs (+16.24%) zu sehen ($117.59 = 101.16 * 116.24$).

T 4.1.1 a Durchschnittliche Monatsprämien für Kinder (in Fr.) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Prämiedurchschnitt 1996-2000	Abweichung in %	
							vom Durc. CH 1996-2000	Abweichung in % vom Durc. CH 2000
1 ZH	41,72	49,46	50,32	53,01	55,26	49,95	-3,2%	0,1%
2 BE	43,26	48,82	49,80	52,92	54,17	49,79	-3,5%	-1,8%
3 LU	35,43	37,77	39,02	39,21	41,57	38,60	-25,2%	-24,7%
4 UR	36,23	39,06	38,92	38,92	39,98	38,62	-25,1%	-27,5%
5 SZ	35,41	40,71	40,57	40,59	41,51	39,76	-22,9%	-24,8%
6 OW	36,65	40,09	39,10	39,41	40,64	39,18	-24,1%	-26,3%
7 NW	35,74	38,90	37,96	37,49	38,58	37,74	-26,9%	-30,1%
8 GL	34,66	38,62	38,55	40,19	41,09	38,62	-25,1%	-25,5%
9 ZG	36,64	41,23	39,58	39,82	41,29	39,71	-23,0%	-25,2%
10 FR	48,51	52,80	52,46	52,49	54,83	52,22	1,2%	-0,6%
11 SO	35,38	45,14	46,63	48,12	50,29	45,11	-12,6%	-8,8%
12 BS	49,80	59,16	62,93	68,48	71,80	62,43	21,0%	30,1%
13 BL	41,94	50,41	52,13	53,27	55,42	50,63	-1,9%	0,4%
14 SH	36,58	43,74	44,13	47,15	49,14	44,15	-14,4%	-10,9%
15 AR	33,41	38,21	37,50	37,49	38,28	36,98	-28,3%	-30,6%
16 AI	32,85	36,05	34,35	34,12	34,54	34,38	-33,4%	-37,4%
17 SG	35,00	40,24	40,31	40,99	42,32	39,77	-22,9%	-23,3%
18 GR	32,95	39,62	37,53	37,77	39,75	37,52	-27,3%	-28,0%
19 AG	28,59	40,00	40,87	43,10	45,49	39,61	-23,2%	-17,6%
20 TG	34,89	42,31	42,77	45,22	46,86	42,41	-17,8%	-15,1%
21 TI	60,98	69,24	65,76	66,36	67,27	65,92	27,8%	21,9%
22 VD	75,86	80,14	77,61	78,12	79,21	78,19	51,5%	43,6%
23 VS	48,56	50,36	47,25	47,20	47,40	48,16	-6,7%	-14,1%
24 NE	53,19	61,19	63,35	66,15	68,13	62,40	20,9%	23,5%
25 GE	73,01	82,12	81,82	81,41	85,54	80,78	56,6%	55,0%
26 JU	50,88	55,49	59,09	58,96	61,71	57,23	10,9%	11,8%
CH	45,82	51,85	51,80	53,35	55,17	51,60		

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

**T 4.1.1 b Abweichung der Krankenversicherungsprämie für Kinder auf Kantonebene
zum Prämiedurchschnitt auf Bundesebene (in Fr.) 1)**

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Durchschnittliche Abweichung 1996-2000
1 ZH	-4,10	-2,39	-1,48	-0,33	0,08	-1,64
2 BE	-2,56	-3,04	-2,00	-0,43	-1,01	-1,81
3 LU	-10,39	-14,08	-12,77	-14,14	-13,61	-13,00
4 UR	-9,59	-12,79	-12,88	-14,43	-15,19	-12,98
5 SZ	-10,41	-11,14	-11,23	-12,76	-13,66	-11,84
6 OW	-9,16	-11,77	-12,70	-13,94	-14,53	-12,42
7 NW	-10,08	-12,95	-13,84	-15,86	-16,59	-13,86
8 GL	-11,16	-13,23	-13,25	-13,16	-14,08	-12,98
9 ZG	-9,18	-10,62	-12,22	-13,52	-13,88	-11,89
10 FR	2,69	0,94	0,66	-0,86	-0,35	0,62
11 SO	-10,44	-6,72	-5,17	-5,23	-4,88	-6,49
12 BS	3,98	7,30	11,13	15,13	16,63	10,83
13 BL	-3,87	-1,45	0,33	-0,08	0,24	-0,96
14 SH	-9,24	-8,11	-7,67	-6,20	-6,03	-7,45
15 AR	-12,41	-13,65	-14,30	-15,86	-16,89	-14,62
16 AI	-12,96	-15,81	-17,45	-19,23	-20,64	-17,22
17 SG	-10,82	-11,61	-11,49	-12,36	-12,85	-11,83
18 GR	-12,87	-12,23	-14,27	-15,57	-15,42	-14,07
19 AG	-17,23	-11,85	-10,93	-10,25	-9,68	-11,99
20 TG	-10,93	-9,55	-9,03	-8,12	-8,31	-9,19
21 TI	15,16	17,38	13,96	13,02	12,10	14,32
22 VD	30,04	28,29	25,81	24,77	24,04	26,59
23 VS	2,74	-1,50	-4,55	-6,15	-7,77	-3,44
24 NE	7,37	9,34	11,55	12,80	12,96	10,80
25 GE	27,19	30,27	30,02	28,06	30,37	29,18
26 JU	5,06	3,64	7,29	5,61	6,54	5,63

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.1 c Index der Prämienentwicklung für Kinder (Berechnungsbasis 1996=100) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Abweichung in % zum Index CH 2000
1 ZH	100,00	118,56	120,61	127,07	132,45	10,0%
2 BE	100,00	112,84	115,11	122,32	125,21	4,0%
3 LU	100,00	106,61	110,14	110,65	117,32	-2,6%
4 UR	100,00	107,82	107,45	107,43	110,37	-8,3%
5 SZ	100,00	114,97	114,58	114,62	117,24	-2,6%
6 OW	100,00	109,37	106,68	107,52	110,89	-7,9%
7 NW	100,00	108,85	106,21	104,89	107,95	-10,4%
8 GL	100,00	111,45	111,24	115,97	118,58	-1,5%
9 ZG	100,00	112,54	108,02	108,69	112,69	-6,4%
10 FR	100,00	108,84	108,14	108,20	113,02	-6,1%
11 SO	100,00	127,59	131,79	136,02	142,15	18,1%
12 BS	100,00	118,78	126,36	137,49	144,17	19,7%
13 BL	100,00	120,18	124,29	127,00	132,12	9,7%
14 SH	100,00	119,60	120,65	128,91	134,35	11,6%
15 AR	100,00	114,37	112,26	112,21	114,60	-4,8%
16 AI	100,00	109,72	104,55	103,84	105,13	-12,7%
17 SG	100,00	114,98	115,18	117,11	120,92	0,4%
18 GR	100,00	120,24	113,88	114,63	120,63	0,2%
19 AG	100,00	139,93	142,97	150,77	159,13	32,2%
20 TG	100,00	121,27	122,60	129,63	134,31	11,5%
21 TI	100,00	113,55	107,85	108,84	110,33	-8,4%
22 VD	100,00	105,65	102,31	102,99	104,42	-13,3%
23 VS	100,00	103,70	97,31	97,20	97,61	-18,9%
24 NE	100,00	115,05	119,11	124,37	128,10	6,4%
25 GE	100,00	112,49	112,07	111,51	117,17	-2,7%
26 JU	100,00	109,06	116,14	115,88	121,29	0,7%
CH	100,00	113,17	113,06	116,43	120,42	

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.1 d Jährliche Schwankung der Prämien für Kinder in % 1)

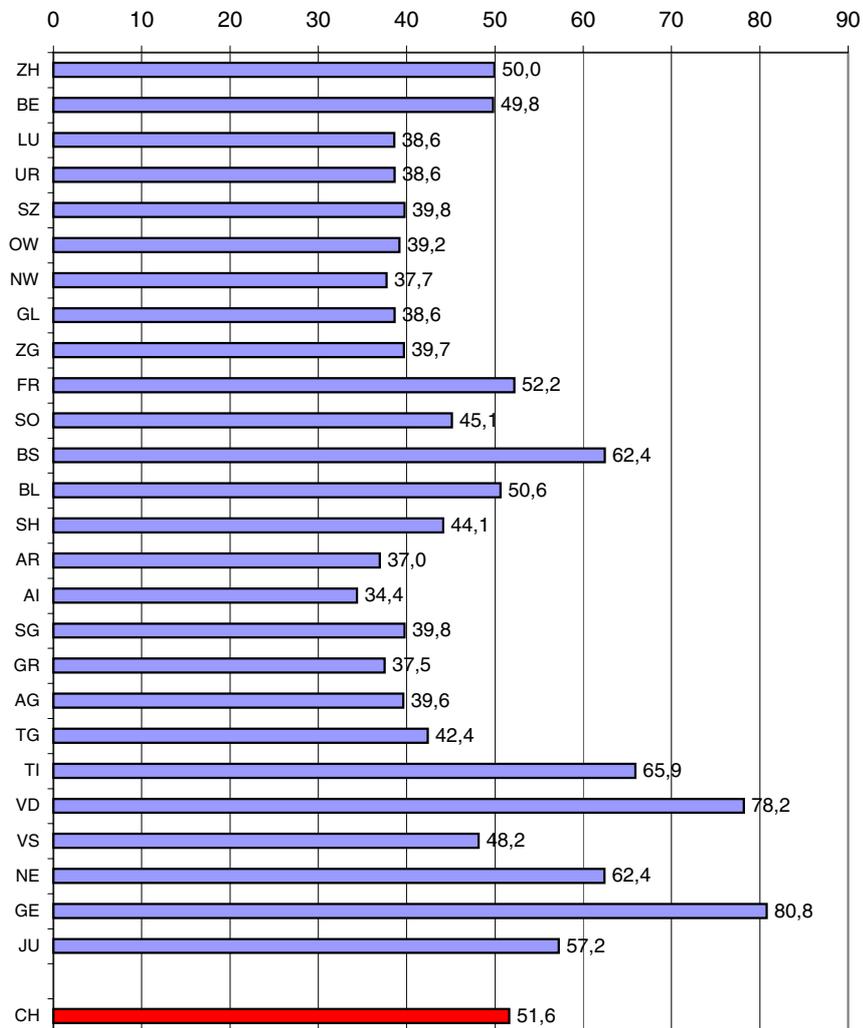
Kantone	Durchschnittliche Erhöhung/Jahr				
	96-97	97-98	98-99	99-2000	97-2000
1 ZH	18,6%	1,7%	5,4%	4,2%	7,3%
2 BE	12,8%	2,0%	6,3%	2,4%	5,8%
3 LU	6,6%	3,3%	0,5%	6,0%	4,1%
4 UR	7,8%	-0,3%	0,0%	2,7%	2,5%
5 SZ	15,0%	-0,3%	0,0%	2,3%	4,1%
6 OW	9,4%	-2,5%	0,8%	3,1%	2,6%
7 NW	8,8%	-2,4%	-1,2%	2,9%	1,9%
8 GL	11,4%	-0,2%	4,3%	2,2%	4,4%
9 ZG	12,5%	-4,0%	0,6%	3,7%	3,0%
10 FR	8,8%	-0,6%	0,1%	4,5%	3,1%
11 SO	27,6%	3,3%	3,2%	4,5%	9,2%
12 BS	18,8%	6,4%	8,8%	4,9%	9,6%
13 BL	20,2%	3,4%	2,2%	4,0%	7,2%
14 SH	19,6%	0,9%	6,8%	4,2%	7,7%
15 AR	14,4%	-1,8%	0,0%	2,1%	3,5%
16 AI	9,7%	-4,7%	-0,7%	1,2%	1,3%
17 SG	15,0%	0,2%	1,7%	3,2%	4,9%
18 GR	20,2%	-5,3%	0,7%	5,2%	4,8%
19 AG	39,9%	2,2%	5,5%	5,5%	12,3%
20 TG	21,3%	1,1%	5,7%	3,6%	7,7%
21 TI	13,5%	-5,0%	0,9%	1,4%	2,5%
22 VD	5,7%	-3,2%	0,7%	1,4%	1,1%
23 VS	3,7%	-6,2%	-0,1%	0,4%	-0,6%
24 NE	15,0%	3,5%	4,4%	3,0%	6,4%
25 GE	12,5%	-0,4%	-0,5%	5,1%	4,0%
26 JU	9,1%	6,5%	-0,2%	4,7%	4,9%
CH	13,17%	-0,11%	2,99%	3,4%	4,8%

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

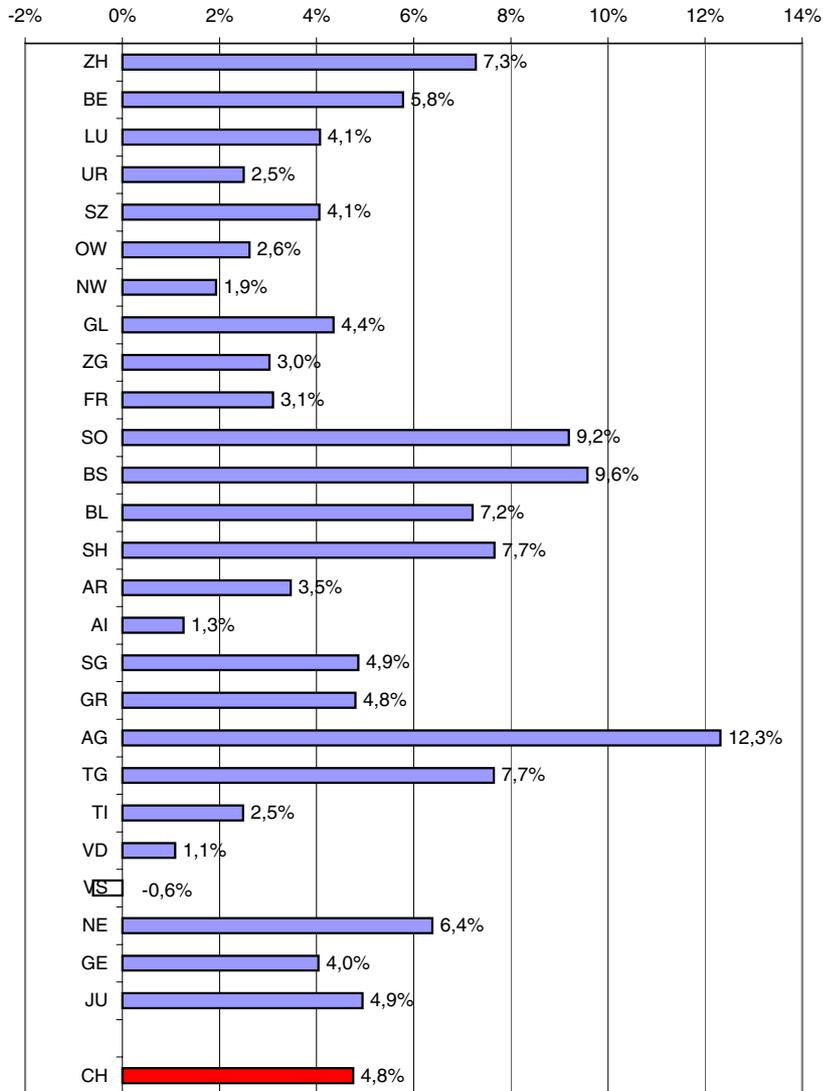
**G 4.1.1 a Durchschnittliche Monatsprämien für Kinder (in Fr.)
Obligatorische Grundversicherung 1996-2000**

Prämien mit normaler Franchise und Unfallversicherung,
Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3



G 4.1.1 d Prämien der obligatorischen Grundversicherung für Kinder - Jährlicher Schwankungsdurchschnitt in % für den Betrachtungszeitraum 1997-2000

Prämien mit normaler Franchise und Unfallversicherung,
Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3



T 4.1.2 a Durchschnittliche Monatsprämien für Jugendliche in Ausbildung (in Fr.) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Prämiedurchschnitt 1996-2000	Abweichung in %	
							vom Durc. CH 1996-2000	Abweichung in % vom Durc. CH 2000
1 ZH	103,49	122,71	125,60	132,65	138,98	124,69	-0,3%	3,2%
2 BE	103,62	116,92	121,77	130,77	132,37	121,09	-3,1%	-1,7%
3 LU	94,75	101,01	99,27	99,31	103,31	99,53	-20,4%	-23,3%
4 UR	96,06	103,57	99,81	100,50	101,53	100,30	-19,8%	-24,6%
5 SZ	95,29	109,55	101,37	101,42	102,67	102,06	-18,4%	-23,8%
6 OW	97,76	106,92	98,29	99,13	101,34	100,69	-19,5%	-24,8%
7 NW	91,94	100,07	94,47	93,08	94,93	94,90	-24,1%	-29,5%
8 GL	89,16	99,36	97,94	101,96	103,97	98,48	-21,2%	-22,8%
9 ZG	96,42	108,52	100,14	100,38	103,36	101,76	-18,6%	-23,3%
10 FR	121,94	132,72	124,35	126,03	134,55	127,92	2,3%	-0,1%
11 SO	94,55	120,63	122,27	125,58	130,66	118,74	-5,0%	-3,0%
12 BS	126,82	150,63	160,38	174,91	183,16	159,18	27,3%	36,0%
13 BL	108,66	130,59	131,77	134,35	138,34	128,74	3,0%	2,7%
14 SH	94,89	113,49	117,13	125,58	128,54	115,93	-7,3%	-4,6%
15 AR	84,64	96,81	93,60	92,43	94,49	92,39	-26,1%	-29,9%
16 AI	84,70	92,93	84,13	83,65	84,50	85,98	-31,2%	-37,3%
17 SG	88,22	101,44	98,80	101,20	104,44	98,82	-20,9%	-22,5%
18 GR	83,60	100,53	94,05	92,06	97,18	93,49	-25,2%	-27,9%
19 AG	74,57	104,34	104,32	108,49	114,05	101,16	-19,1%	-15,3%
20 TG	88,15	106,90	106,38	112,75	116,22	106,08	-15,1%	-13,7%
21 TI	121,08	137,49	154,14	156,30	157,89	145,38	16,3%	17,2%
22 VD	160,87	169,97	170,85	173,84	178,54	170,81	36,6%	32,5%
23 VS	118,66	123,06	110,05	111,69	113,30	115,35	-7,7%	-15,9%
24 NE	130,32	149,93	147,83	158,87	165,96	150,58	20,5%	23,2%
25 GE	174,82	196,65	191,59	200,04	211,48	194,92	55,9%	57,0%
26 JU	132,03	144,00	142,08	141,41	149,08	141,72	13,4%	10,7%
CH	110,15	124,66	125,30	130,22	134,72	125,01		

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.2 b Abweichung der Prämien für in Ausbildung befindliche Jugendliche auf Kantonebene zum Prämiendurchschnitt auf Bundesebene (in Fr.) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Durchschnittliche Abweichung 1996-2000
1 ZH	-6,66	-1,96	0,30	2,43	4,26	-0,32
2 BE	-6,53	-7,74	-3,52	0,55	-2,35	-3,92
3 LU	-15,40	-23,65	-26,02	-30,90	-31,41	-25,48
4 UR	-14,09	-21,09	-25,48	-29,72	-33,18	-24,71
5 SZ	-14,86	-15,11	-23,93	-28,80	-32,05	-22,95
6 OW	-12,39	-17,74	-27,00	-31,09	-33,38	-24,32
7 NW	-18,21	-24,59	-30,82	-37,14	-39,79	-30,11
8 GL	-20,99	-25,30	-27,36	-28,26	-30,75	-26,53
9 ZG	-13,73	-16,14	-25,16	-29,84	-31,36	-23,25
10 FR	11,79	8,05	-0,94	-4,19	-0,17	2,91
11 SO	-15,60	-4,03	-3,02	-4,64	-4,06	-6,27
12 BS	16,67	25,97	35,09	44,69	48,44	34,17
13 BL	-1,49	5,93	6,48	4,13	3,62	3,73
14 SH	-15,26	-11,17	-8,16	-4,64	-6,18	-9,08
15 AR	-25,51	-27,86	-31,69	-37,79	-40,22	-32,61
16 AI	-25,45	-31,73	-41,16	-46,57	-50,22	-39,03
17 SG	-21,93	-23,22	-26,49	-29,02	-30,28	-26,19
18 GR	-26,55	-24,14	-31,24	-38,16	-37,53	-31,52
19 AG	-35,58	-20,32	-20,97	-21,73	-20,67	-23,85
20 TG	-22,00	-17,77	-18,92	-17,47	-18,50	-18,93
21 TI	10,93	12,83	28,85	26,08	23,17	20,37
22 VD	50,72	45,31	45,56	43,62	43,82	45,81
23 VS	8,52	-1,60	-15,25	-18,53	-21,42	-9,66
24 NE	20,17	25,26	22,54	28,65	31,24	25,57
25 GE	64,67	71,99	66,30	69,83	76,76	69,91
26 JU	21,88	19,34	16,78	11,20	14,36	16,71

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.2 c Index der Prämienentwicklung für Jugendliche in Ausbildung (Berechnungsbasis 1996=100) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Abweichung in % zum Index CH 2000
1 ZH	100,00	118,56	121,36	128,17	134,29	9,8%
2 BE	100,00	112,84	117,52	126,21	127,75	4,4%
3 LU	100,00	106,61	104,78	104,82	109,04	-10,8%
4 UR	100,00	107,82	103,91	104,62	105,70	-13,6%
5 SZ	100,00	114,97	106,38	106,44	107,75	-11,9%
6 OW	100,00	109,37	100,55	101,41	103,66	-15,2%
7 NW	100,00	108,85	102,76	101,25	103,26	-15,6%
8 GL	100,00	111,45	109,85	114,36	116,62	-4,7%
9 ZG	100,00	112,54	103,85	104,10	107,19	-12,4%
10 FR	100,00	108,84	101,98	103,36	110,34	-9,8%
11 SO	100,00	127,59	129,32	132,81	138,19	13,0%
12 BS	100,00	118,78	126,47	137,92	144,43	18,1%
13 BL	100,00	120,18	121,27	123,64	127,32	4,1%
14 SH	100,00	119,60	123,44	132,33	135,45	10,8%
15 AR	100,00	114,37	110,59	109,20	111,64	-8,7%
16 AI	100,00	109,72	99,33	98,76	99,76	-18,4%
17 SG	100,00	114,98	111,99	114,71	118,38	-3,2%
18 GR	100,00	120,24	112,50	110,11	116,24	-5,0%
19 AG	100,00	139,93	139,91	145,49	152,95	25,1%
20 TG	100,00	121,27	120,68	127,90	131,84	7,8%
21 TI	100,00	113,55	127,30	129,09	130,39	6,6%
22 VD	100,00	105,65	106,20	108,06	110,98	-9,3%
23 VS	100,00	103,70	92,74	94,12	95,48	-21,9%
24 NE	100,00	115,05	113,44	121,91	127,35	4,1%
25 GE	100,00	112,49	109,59	114,43	120,97	-1,1%
26 JU	100,00	109,06	107,61	107,11	112,91	-7,7%
CH	100,00	113,17	113,75	118,22	122,31	

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.2 d Jährliche Schwankung der Prämien für Jugendliche in Ausbildung in % 1)

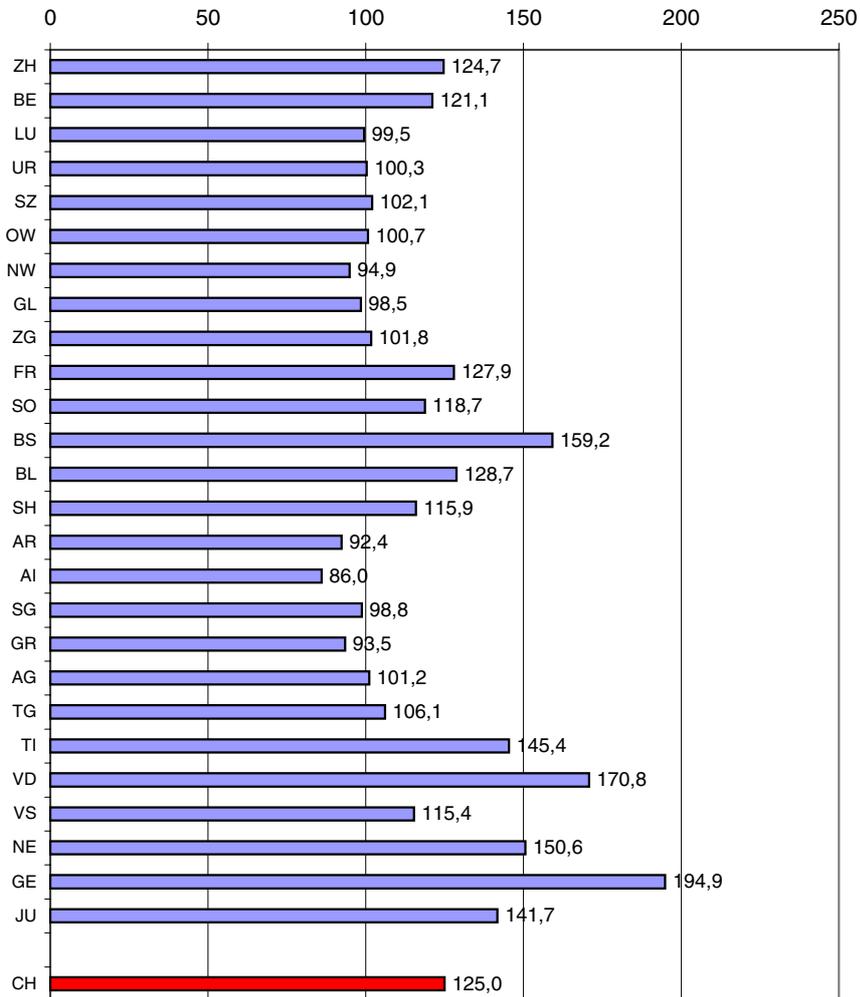
Kantone	Durchschnittliche Erhöhung/Jahr				
	96-97	97-98	98-99	99-2000	97-2000
1 ZH	18,6%	2,4%	5,6%	4,8%	7,6%
2 BE	12,8%	4,2%	7,4%	1,2%	6,3%
3 LU	6,6%	-1,7%	0,0%	4,0%	2,2%
4 UR	7,8%	-3,6%	0,7%	1,0%	1,4%
5 SZ	15,0%	-7,5%	0,1%	1,2%	1,9%
6 OW	9,4%	-8,1%	0,9%	2,2%	0,9%
7 NW	8,8%	-5,6%	-1,5%	2,0%	0,8%
8 GL	11,4%	-1,4%	4,1%	2,0%	3,9%
9 ZG	12,5%	-7,7%	0,2%	3,0%	1,8%
10 FR	8,8%	-6,3%	1,4%	6,8%	2,5%
11 SO	27,6%	1,4%	2,7%	4,1%	8,4%
12 BS	18,8%	6,5%	9,1%	4,7%	9,6%
13 BL	20,2%	0,9%	2,0%	3,0%	6,2%
14 SH	19,6%	3,2%	7,2%	2,4%	7,9%
15 AR	14,4%	-3,3%	-1,3%	2,2%	2,8%
16 AI	9,7%	-9,5%	-0,6%	1,0%	-0,1%
17 SG	15,0%	-2,6%	2,4%	3,2%	4,3%
18 GR	20,2%	-6,4%	-2,1%	5,6%	3,8%
19 AG	39,9%	0,0%	4,0%	5,1%	11,2%
20 TG	21,3%	-0,5%	6,0%	3,1%	7,2%
21 TI	13,5%	12,1%	1,4%	1,0%	6,9%
22 VD	5,7%	0,5%	1,7%	2,7%	2,6%
23 VS	3,7%	-10,6%	1,5%	1,4%	-1,1%
24 NE	15,0%	-1,4%	7,5%	4,5%	6,2%
25 GE	12,5%	-2,6%	4,4%	5,7%	4,9%
26 JU	9,1%	-1,3%	-0,5%	5,4%	3,1%
CH	13,17%	0,51%	3,93%	3,5%	5,2%

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

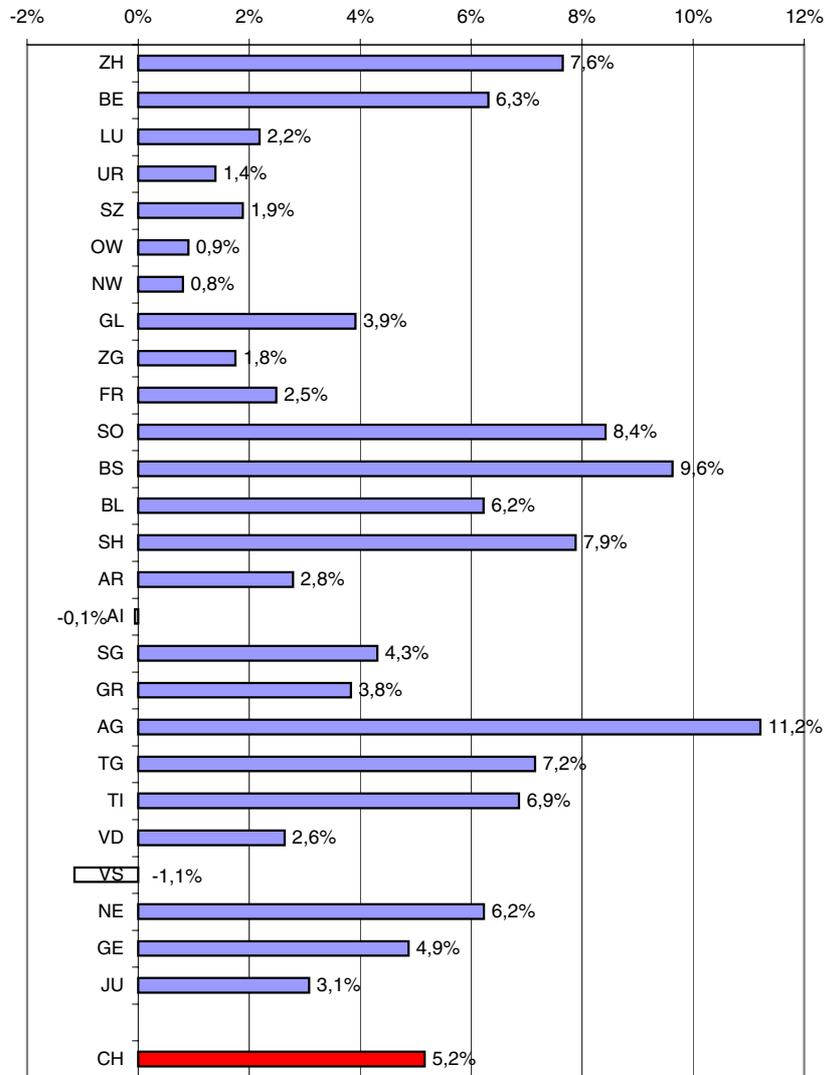
**G 4.1.2 a Durchschnittliche Monatsprämien
für Jugendliche in Ausbildung (in Fr.)
Obligatorische Grundversicherung 1996-2000**

Prämien mit normaler Franchise und Unfallversicherung,
Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3



**G 4.1.2 d Prämien der obligatorischen Grundversicherung für
Jugendliche in Ausbildung - Jährlicher
Schwankungsdurchschnitt in % für den Betrachtungszeitraum
1997-2000**

Prämien mit normaler Franchise und Unfallversicherung,
Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3



T 4.1.3 a Durchschnittliche Monatsprämien für Erwachsene (in Fr.) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Prämiedurchschnitt 1996-2000	Abweichung in %	
							vom Durc. CH 1996-2000	Abweichung in % vom Durc. CH 2000
1 ZH	153,29	181,75	196,00	204,56	214,61	190,04	-1,7%	1,4%
2 BE	158,55	178,90	188,61	201,26	206,27	186,72	-3,5%	-2,6%
3 LU	134,68	143,58	153,24	153,09	162,59	149,43	-22,7%	-23,2%
4 UR	134,96	145,51	152,97	151,86	155,98	148,26	-23,3%	-26,3%
5 SZ	134,46	154,59	160,07	157,53	161,03	153,54	-20,6%	-23,9%
6 OW	137,58	150,48	151,75	150,65	155,43	149,18	-22,9%	-26,6%
7 NW	130,85	142,42	144,82	143,09	147,03	141,64	-26,8%	-30,5%
8 GL	128,29	142,98	151,98	154,09	157,45	146,96	-24,0%	-25,6%
9 ZG	136,60	153,73	153,40	151,62	156,98	150,47	-22,2%	-25,8%
10 FR	175,04	190,51	191,14	194,51	204,75	191,19	-1,2%	-3,3%
11 SO	136,69	174,40	189,82	194,80	203,29	179,80	-7,0%	-4,0%
12 BS	191,44	227,39	249,09	269,96	283,16	244,21	26,3%	33,8%
13 BL	160,88	193,34	205,77	207,25	214,55	196,36	1,5%	1,4%
14 SH	139,69	167,07	175,44	185,06	192,32	171,92	-11,1%	-9,1%
15 AR	117,66	134,57	146,50	146,59	149,68	139,00	-28,1%	-29,3%
16 AI	114,23	125,33	133,15	131,35	132,90	127,39	-34,1%	-37,2%
17 SG	125,57	144,38	157,70	160,06	164,68	150,48	-22,2%	-22,2%
18 GR	119,86	144,12	144,78	147,11	155,13	142,20	-26,5%	-26,7%
19 AG	106,69	149,29	160,04	165,55	174,78	151,27	-21,8%	-17,4%
20 TG	125,90	152,67	166,13	173,91	180,22	159,77	-17,4%	-14,9%
21 TI	195,20	221,65	239,65	242,63	247,60	229,35	18,6%	17,0%
22 VD	250,86	265,04	263,09	270,68	274,84	264,90	37,0%	29,8%
23 VS	166,26	172,42	167,17	168,77	170,78	169,08	-12,6%	-19,3%
24 NE	182,20	209,61	231,06	247,32	254,10	224,86	16,3%	20,0%
25 GE	249,79	280,98	292,53	298,45	320,43	288,43	49,1%	51,4%
26 JU	185,56	202,38	221,92	226,50	237,61	214,79	11,1%	12,3%
CH	166,17	188,06	197,29	203,89	211,68	193,42		

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.3 b Abweichung der Krankenversicherungsprämie für Erwachsene auf Kantonebene zum Prämiendurchschnitt auf Bundesebene (in Fr.) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Durchschnittliche Abweichung 1996-2000
1 ZH	-12,88	-6,31	-1,28	0,68	2,93	-3,37
2 BE	-7,62	-9,16	-8,67	-2,63	-5,40	-6,70
3 LU	-31,49	-44,48	-44,05	-50,80	-49,08	-43,98
4 UR	-31,21	-42,55	-44,32	-52,03	-55,70	-45,16
5 SZ	-31,71	-33,47	-37,22	-46,36	-50,64	-39,88
6 OW	-28,59	-37,58	-45,54	-53,24	-56,25	-44,24
7 NW	-35,32	-45,64	-52,46	-60,80	-64,64	-51,77
8 GL	-37,88	-45,08	-45,30	-49,80	-54,22	-46,46
9 ZG	-29,57	-34,33	-43,88	-52,27	-54,70	-42,95
10 FR	8,87	2,45	-6,15	-9,38	-6,93	-2,23
11 SO	-29,48	-13,66	-7,47	-9,09	-8,39	-13,62
12 BS	25,27	39,33	51,80	66,07	71,48	50,79
13 BL	-5,29	5,28	8,48	3,36	2,88	2,94
14 SH	-26,48	-20,99	-21,84	-18,83	-19,36	-21,50
15 AR	-48,51	-53,49	-50,79	-57,30	-61,99	-54,41
16 AI	-51,94	-62,73	-64,14	-72,54	-78,78	-66,03
17 SG	-40,60	-43,68	-39,58	-43,83	-47,00	-42,94
18 GR	-46,31	-43,94	-52,51	-56,78	-56,55	-51,22
19 AG	-59,48	-38,77	-37,24	-38,34	-36,89	-42,15
20 TG	-40,27	-35,39	-31,15	-29,98	-31,45	-33,65
21 TI	29,03	33,59	42,36	38,74	35,93	35,93
22 VD	84,69	76,98	65,80	66,79	63,16	71,48
23 VS	0,09	-15,64	-30,12	-35,12	-40,90	-24,34
24 NE	16,03	21,55	33,78	43,43	42,42	31,44
25 GE	83,62	92,91	95,24	94,56	108,76	95,02
26 JU	19,39	14,31	24,64	22,61	25,94	21,38

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.3 c Index der Prämienentwicklung für Erwachsene (Berechnungsbasis 1996=100) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Abweichung in % im Bundesindex 2000
1 ZH	100,00	118,56	127,86	133,45	140,00	9,9%
2 BE	100,00	112,84	118,96	126,94	130,10	2,1%
3 LU	100,00	106,61	113,78	113,67	120,73	-5,2%
4 UR	100,00	107,82	113,35	112,52	115,58	-9,3%
5 SZ	100,00	114,97	119,05	117,16	119,77	-6,0%
6 OW	100,00	109,37	110,30	109,50	112,97	-11,3%
7 NW	100,00	108,85	110,68	109,35	112,37	-11,8%
8 GL	100,00	111,45	118,47	120,10	122,73	-3,7%
9 ZG	100,00	112,54	112,30	111,00	114,92	-9,8%
10 FR	100,00	108,84	109,19	111,12	116,97	-8,2%
11 SO	100,00	127,59	138,87	142,51	148,72	16,7%
12 BS	100,00	118,78	130,11	141,02	147,91	16,1%
13 BL	100,00	120,18	127,90	128,82	133,36	4,7%
14 SH	100,00	119,60	125,60	132,48	137,68	8,1%
15 AR	100,00	114,37	124,51	124,59	127,22	-0,1%
16 AI	100,00	109,72	116,56	114,99	116,34	-8,7%
17 SG	100,00	114,98	125,59	127,47	131,15	3,0%
18 GR	100,00	120,24	120,79	122,74	129,43	1,6%
19 AG	100,00	139,93	150,01	155,17	163,83	28,6%
20 TG	100,00	121,27	131,96	138,13	143,15	12,4%
21 TI	100,00	113,55	122,77	124,30	126,85	-0,4%
22 VD	100,00	105,65	104,87	107,90	109,56	-14,0%
23 VS	100,00	103,70	100,54	101,51	102,72	-19,4%
24 NE	100,00	115,05	126,82	135,74	139,47	9,5%
25 GE	100,00	112,49	117,11	119,48	128,28	0,7%
26 JU	100,00	109,06	119,60	122,06	128,05	0,5%
CH	100,00	113,17	118,73	122,70	127,39	

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.3 d Jährliche Schwankung der Prämien für Erwachsene in % 1)

Kantone	Durchschnittliche Erhöhung/Jahr				
	96-97	97-98	98-99	99-2000	97-2000
1 ZH	18,6%	7,8%	4,4%	4,9%	8,8%
2 BE	12,8%	5,4%	6,7%	2,5%	6,8%
3 LU	6,6%	6,7%	-0,1%	6,2%	4,8%
4 UR	7,8%	5,1%	-0,7%	2,7%	3,7%
5 SZ	15,0%	3,5%	-1,6%	2,2%	4,6%
6 OW	9,4%	0,8%	-0,7%	3,2%	3,1%
7 NW	8,8%	1,7%	-1,2%	2,8%	3,0%
8 GL	11,4%	6,3%	1,4%	2,2%	5,3%
9 ZG	12,5%	-0,2%	-1,2%	3,5%	3,5%
10 FR	8,8%	0,3%	1,8%	5,3%	4,0%
11 SO	27,6%	8,8%	2,6%	4,4%	10,4%
12 BS	18,8%	9,5%	8,4%	4,9%	10,3%
13 BL	20,2%	6,4%	0,7%	3,5%	7,5%
14 SH	19,6%	5,0%	5,5%	3,9%	8,3%
15 AR	14,4%	8,9%	0,1%	2,1%	6,2%
16 AI	9,7%	6,2%	-1,4%	1,2%	3,9%
17 SG	15,0%	9,2%	1,5%	2,9%	7,0%
18 GR	20,2%	0,5%	1,6%	5,5%	6,7%
19 AG	39,9%	7,2%	3,4%	5,6%	13,1%
20 TG	21,3%	8,8%	4,7%	3,6%	9,4%
21 TI	13,5%	8,1%	1,2%	2,0%	6,1%
22 VD	5,7%	-0,7%	2,9%	1,5%	2,3%
23 VS	3,7%	-3,0%	1,0%	1,2%	0,7%
24 NE	15,0%	10,2%	7,0%	2,7%	8,7%
25 GE	12,5%	4,1%	2,0%	7,4%	6,4%
26 JU	9,1%	9,7%	2,1%	4,9%	6,4%
CH	13,17%	4,91%	3,35%	3,8%	6,2%

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.4 a Durchschnittliche Monatsprämien für alle Versicherten (in Fr.) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Prämiedurchschnitt 1996-2000	Abweichung in %	
							vom Durc. CH 1996-2000	Abweichung in % vom Durc. CH 2000
1 ZH	128,71	152,61	162,81	170,11	178,37	158,52	0,2%	3,4%
2 BE	130,26	146,98	154,67	165,05	168,83	153,16	-3,2%	-2,2%
3 LU	107,57	114,67	121,58	121,52	128,88	118,84	-24,9%	-25,3%
4 UR	107,47	115,88	121,42	120,74	123,85	117,87	-25,5%	-28,2%
5 SZ	106,49	122,43	126,37	124,65	127,37	121,46	-23,2%	-26,2%
6 OW	109,32	119,57	119,34	118,75	122,45	117,89	-25,5%	-29,0%
7 NW	105,65	114,99	115,95	114,53	117,66	113,76	-28,1%	-31,8%
8 GL	102,62	114,37	121,35	122,24	124,92	117,10	-26,0%	-27,6%
9 ZG	111,42	125,40	124,67	123,48	127,82	122,56	-22,6%	-25,9%
10 FR	143,68	156,37	153,12	155,57	163,82	154,51	-2,4%	-5,1%
11 SO	112,10	143,03	153,82	157,98	164,90	146,36	-7,5%	-4,4%
12 BS	164,20	195,04	212,46	230,38	241,63	208,74	31,9%	40,0%
13 BL	133,18	160,05	169,88	171,37	177,45	162,39	2,6%	2,8%
14 SH	115,14	137,71	143,71	151,84	157,72	141,22	-10,8%	-8,6%
15 AR	95,73	109,49	116,94	115,82	118,32	111,26	-29,7%	-31,4%
16 AI	90,72	99,54	103,42	102,04	103,26	99,79	-36,9%	-40,2%
17 SG	102,14	117,45	125,20	127,15	130,98	120,58	-23,8%	-24,1%
18 GR	98,09	117,95	119,37	120,74	127,32	116,69	-26,3%	-26,2%
19 AG	86,87	121,56	128,78	133,44	140,86	122,30	-22,7%	-18,4%
20 TG	101,36	122,92	131,36	137,08	142,96	127,14	-19,7%	-17,1%
21 TI	165,61	188,05	201,98	204,47	208,48	193,72	22,4%	20,8%
22 VD	207,71	219,45	216,94	222,71	226,23	218,61	38,1%	31,1%
23 VS	136,28	141,33	135,48	136,70	138,27	137,61	-13,0%	-19,9%
24 NE	150,20	172,80	189,50	201,45	207,19	184,23	16,4%	20,1%
25 GE	208,60	234,65	242,39	246,01	263,54	239,04	51,1%	52,7%
26 JU	149,48	163,03	177,59	179,96	188,84	171,78	8,6%	9,4%
CH	136,71	154,72	160,96	166,27	172,55	158,24		

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.4 b Abweichung der Krankenversicherungsprämie für alle Versicherten auf Kantonsebene zum Prämiendurchschnitt auf Bundesebene (in Fr.) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Durchschnittliche Abweichung 1996-2000
1 ZH	-8,00	-2,12	1,85	3,85	5,82	0,28
2 BE	-6,45	-7,74	-6,29	-1,21	-3,72	-5,08
3 LU	-29,15	-40,05	-39,38	-44,75	-43,67	-39,40
4 UR	-29,24	-38,85	-39,54	-45,53	-48,70	-40,37
5 SZ	-30,23	-32,29	-34,59	-41,61	-45,18	-36,78
6 OW	-27,39	-35,16	-41,61	-47,51	-50,10	-40,35
7 NW	-31,07	-39,73	-45,01	-51,73	-54,89	-44,49
8 GL	-34,09	-40,36	-39,61	-44,02	-47,63	-41,14
9 ZG	-25,29	-29,33	-36,29	-42,79	-44,73	-35,68
10 FR	6,96	1,65	-7,84	-10,69	-8,73	-3,73
11 SO	-24,61	-11,70	-7,14	-8,29	-7,65	-11,88
12 BS	27,49	40,31	51,50	64,11	69,08	50,50
13 BL	-3,53	5,33	8,92	5,10	4,90	4,14
14 SH	-21,58	-17,02	-17,25	-14,43	-14,83	-17,02
15 AR	-40,98	-45,24	-44,02	-50,45	-54,23	-46,98
16 AI	-45,99	-55,19	-57,54	-64,23	-69,29	-58,45
17 SG	-34,57	-37,28	-35,76	-39,11	-41,57	-37,66
18 GR	-38,62	-36,78	-41,59	-45,53	-45,23	-41,55
19 AG	-49,84	-33,16	-32,18	-32,83	-31,69	-35,94
20 TG	-35,35	-31,81	-29,59	-29,18	-29,59	-31,11
21 TI	28,90	33,33	41,02	38,21	35,93	35,48
22 VD	70,99	64,72	55,98	56,44	53,68	60,37
23 VS	-0,43	-13,40	-25,47	-29,56	-34,28	-20,63
24 NE	13,49	18,08	28,54	35,18	34,64	25,98
25 GE	71,89	79,93	81,44	79,74	90,99	80,80
26 JU	12,77	8,31	16,63	13,69	16,29	13,54

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.4 c Index der Prämienentwicklung für alle Versicherten (Berechnungsbasis 1996=100) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	2000	Abweichung in % im Bundesindex 2000
1 ZH	100,00	118,56	126,49	132,16	138,58	9,8%
2 BE	100,00	112,84	118,74	126,71	129,61	2,7%
3 LU	100,00	106,61	113,03	112,97	119,81	-5,1%
4 UR	100,00	107,82	112,98	112,34	115,24	-8,7%
5 SZ	100,00	114,97	118,67	117,06	119,61	-5,2%
6 OW	100,00	109,37	109,17	108,63	112,01	-11,3%
7 NW	100,00	108,85	109,75	108,41	111,37	-11,8%
8 GL	100,00	111,45	118,25	119,12	121,73	-3,6%
9 ZG	100,00	112,54	111,89	110,82	114,72	-9,1%
10 FR	100,00	108,84	106,57	108,28	114,02	-9,7%
11 SO	100,00	127,59	137,21	140,92	147,09	16,5%
12 BS	100,00	118,78	129,39	140,30	147,16	16,6%
13 BL	100,00	120,18	127,56	128,67	133,24	5,6%
14 SH	100,00	119,60	124,82	131,87	136,98	8,5%
15 AR	100,00	114,37	122,16	120,98	123,60	-2,1%
16 AI	100,00	109,72	113,99	112,47	113,83	-9,8%
17 SG	100,00	114,98	122,58	124,49	128,23	1,6%
18 GR	100,00	120,24	121,69	123,09	129,80	2,8%
19 AG	100,00	139,93	148,24	153,60	162,14	28,5%
20 TG	100,00	121,27	129,60	135,24	141,04	11,7%
21 TI	100,00	113,55	121,96	123,46	125,88	-0,3%
22 VD	100,00	105,65	104,45	107,22	108,92	-13,7%
23 VS	100,00	103,70	99,42	100,31	101,46	-19,6%
24 NE	100,00	115,05	126,16	134,12	137,94	9,3%
25 GE	100,00	112,49	116,20	117,93	126,33	0,1%
26 JU	100,00	109,06	118,80	120,39	126,33	0,1%
CH	100,00	113,17	117,73	121,62	126,21	

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

T 4.1.4 d Jährliche Schwankung der Prämien aller Versicherten in % 1)

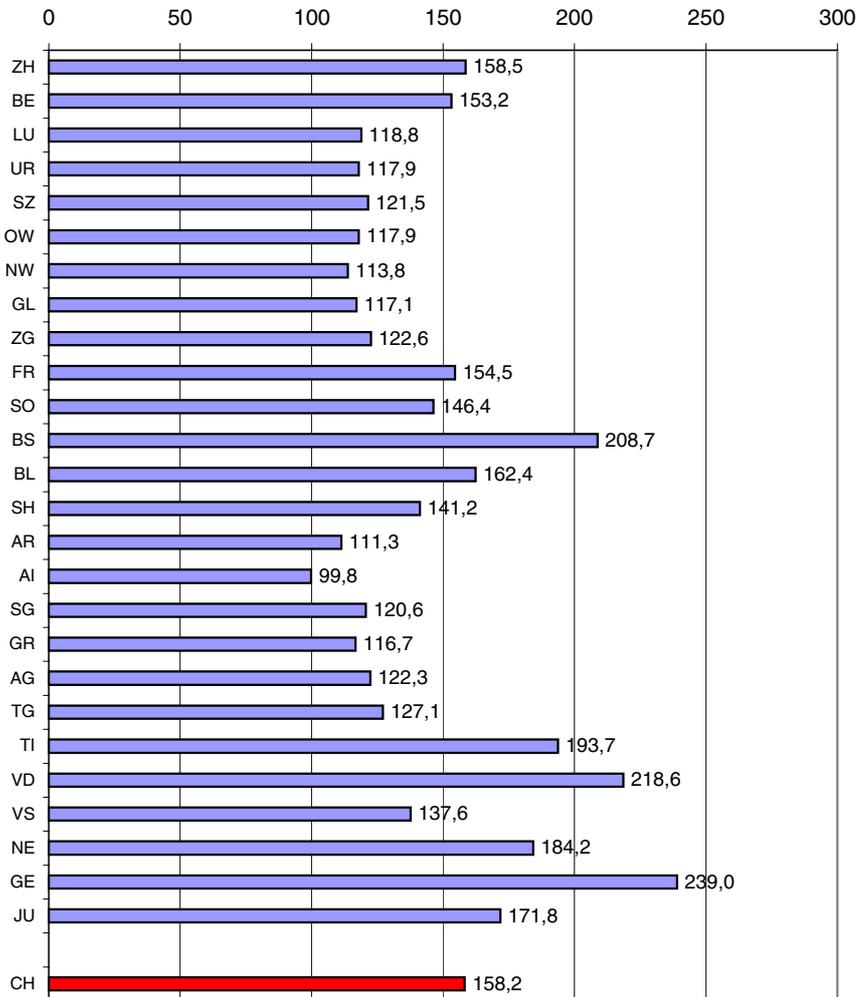
Kantone	Durchschnittliche Erhöhung/Jahr				
	96-97	97-98	98-99	99-2000	97-2000
1 ZH	18,6%	6,7%	4,5%	4,9%	8,5%
2 BE	12,8%	5,2%	6,7%	2,3%	6,7%
3 LU	6,6%	6,0%	0,0%	6,1%	4,6%
4 UR	7,8%	4,8%	-0,6%	2,6%	3,6%
5 SZ	15,0%	3,2%	-1,4%	2,2%	4,6%
6 OW	9,4%	-0,2%	-0,5%	3,1%	2,9%
7 NW	8,8%	0,8%	-1,2%	2,7%	2,7%
8 GL	11,4%	6,1%	0,7%	2,2%	5,0%
9 ZG	12,5%	-0,6%	-1,0%	3,5%	3,5%
10 FR	8,8%	-2,1%	1,6%	5,3%	3,3%
11 SO	27,6%	7,5%	2,7%	4,4%	10,1%
12 BS	18,8%	8,9%	8,4%	4,9%	10,1%
13 BL	20,2%	6,1%	0,9%	3,5%	7,4%
14 SH	19,6%	4,4%	5,7%	3,9%	8,2%
15 AR	14,4%	6,8%	-1,0%	2,2%	5,4%
16 AI	9,7%	3,9%	-1,3%	1,2%	3,3%
17 SG	15,0%	6,6%	1,6%	3,0%	6,4%
18 GR	20,2%	1,2%	1,1%	5,5%	6,7%
19 AG	39,9%	5,9%	3,6%	5,6%	12,8%
20 TG	21,3%	6,9%	4,4%	4,3%	9,0%
21 TI	13,5%	7,4%	1,2%	2,0%	5,9%
22 VD	5,7%	-1,1%	2,7%	1,6%	2,2%
23 VS	3,7%	-4,1%	0,9%	1,1%	0,4%
24 NE	15,0%	9,7%	6,3%	2,8%	8,4%
25 GE	12,5%	3,3%	1,5%	7,1%	6,0%
26 JU	9,1%	8,9%	1,3%	4,9%	6,0%
CH	13,17%	4,03%	3,30%	3,8%	6,0%

1) Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

Quelle: BSV

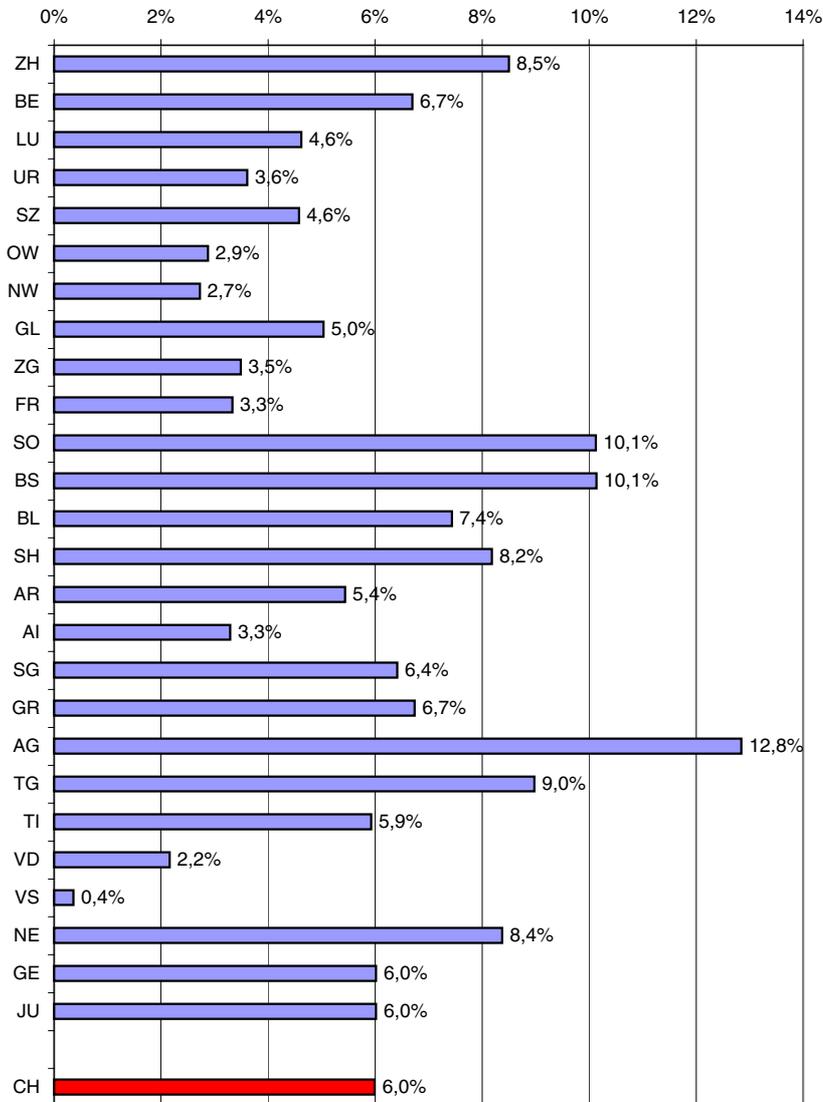
**G 4.1.4 a Durchschnittliche Monatsprämien für die
Gesamtheit aller Versicherten (in Fr.)
Obligatorische Grundversicherung 1996-2000**

Prämien mit normaler Franchise und Unfallversicherung,
Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3



G 4.1.4 d Prämien der obligatorischen Grundversicherung für die Gesamtheit aller Versicherten - Jährlicher Schwankungsdurchschnitt in % für den Betrachtungszeitraum 1997-2000

Prämien mit normaler Franchise und Unfallversicherung,
Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3



**T 4.2 a Durchschnittliche Kostenbeteiligung pro Jahr und pro Versicherungsnehmer
(in Fr.) Krankenpflegegrundversicherung - Gesamtheit aller Versicherten**

Kantone	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	176,0	178,4	225,3	246,6	293,3
2 BE	168,0	172,0	230,6	258,7	293,6
3 LU	142,5	144,9	175,2	190,1	226,0
4 UR	136,9	142,4	180,8	204,2	235,1
5 SZ	142,2	145,5	181,4	200,7	235,4
6 OW	137,8	139,5	173,2	193,0	230,9
7 NW	134,6	140,0	174,6	188,6	217,1
8 GL	149,1	150,8	194,8	216,4	247,4
9 ZG	147,5	148,0	191,3	212,3	248,2
10 FR	177,0	181,0	232,3	253,2	294,0
11 SO	166,1	166,6	217,9	238,1	275,7
12 BS	220,3	231,3	264,2	302,5	363,3
13 BL	194,1	197,4	240,7	268,2	308,7
14 SH	167,6	167,9	213,3	239,0	274,1
15 AR	138,3	141,4	176,9	196,2	224,1
16 AI	118,2	124,6	145,0	157,2	185,6
17 SG	146,1	150,5	184,5	205,6	238,1
18 GR	147,8	148,6	177,3	197,0	230,3
19 AG	154,9	158,3	194,8	211,7	250,2
20 TG	142,0	148,6	180,5	207,5	239,2
21 TI	201,5	205,9	269,0	298,2	352,3
22 VD	232,4	239,1	294,0	320,8	361,1
23 VS	163,6	166,3	217,1	238,3	272,3
24 NE	186,9	190,5	252,8	287,4	332,1
25 GE	267,1	267,2	309,9	336,6	396,3
26 JU	174,7	175,2	235,1	262,6	305,8
CH	177,9	181,4	227,5	251,1	291,9

Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG, Risikoausgleichsstatistik

**T 4.2 b Schwankung der durchschnittlichen Kostenbeteiligung pro Jahr und pro
Versicherungsnehmer - Krankenpflegegrundversicherung - Gesamtheit aller Versicherten**

Kantone	94-95	95-96	96-97	97-98	Durchschnittliche Schwankung/Jahr 94-98
1 ZH	1,4%	26,3%	9,4%	19,0%	13,6%
2 BE	2,3%	34,1%	12,2%	13,5%	15,0%
3 LU	1,7%	20,9%	8,5%	18,9%	12,2%
4 UR	4,0%	27,0%	12,9%	15,2%	14,5%
5 SZ	2,3%	24,7%	10,6%	17,3%	13,4%
6 OW	1,3%	24,2%	11,4%	19,6%	13,8%
7 NW	4,0%	24,7%	8,0%	15,1%	12,7%
8 GL	1,2%	29,2%	11,1%	14,3%	13,5%
9 ZG	0,3%	29,3%	11,0%	16,9%	13,9%
10 FR	2,3%	28,3%	9,0%	16,1%	13,5%
11 SO	0,3%	30,8%	9,3%	15,8%	13,5%
12 BS	5,0%	14,2%	14,5%	20,1%	13,3%
13 BL	1,7%	22,0%	11,4%	15,1%	12,3%
14 SH	0,2%	27,1%	12,0%	14,7%	13,1%
15 AR	2,3%	25,1%	10,9%	14,3%	12,8%
16 AI	5,4%	16,4%	8,4%	18,1%	11,9%
17 SG	3,0%	22,7%	11,4%	15,8%	13,0%
18 GR	0,5%	19,4%	11,1%	16,9%	11,7%
19 AG	2,2%	23,0%	8,7%	18,2%	12,7%
20 TG	4,7%	21,5%	14,9%	15,3%	13,9%
21 TI	2,2%	30,7%	10,8%	18,2%	15,0%
22 VD	2,9%	23,0%	9,1%	12,6%	11,7%
23 VS	1,6%	30,6%	9,8%	14,3%	13,6%
24 NE	1,9%	32,7%	13,7%	15,6%	15,5%
25 GE	0,0%	16,0%	8,6%	17,7%	10,4%
26 JU	0,2%	34,2%	11,7%	16,4%	15,0%
CH	2,0%	25,4%	10,4%	16,2%	13,2%

Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG, Risikoausgleichsstatistik

T 4.3 a Durchschnittliche Nettoleistungen pro Jahr und pro Versicherungsnehmer (in Fr.) 1)
Krankenpflegegrundversicherung - Gesamtheit aller Versicherten

Kantone	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	1 309,5	1 350,7	1 551,1	1 592,2	1 728,0
2 BE	1 210,6	1 274,7	1 421,6	1 560,0	1 562,4
3 LU	966,7	1 001,3	1 132,8	1 171,4	1 256,1
4 UR	1 015,2	1 073,0	1 143,7	1 191,0	1 201,7
5 SZ	1 082,8	1 124,2	1 184,2	1 190,3	1 230,3
6 OW	1 083,8	1 084,8	1 136,8	1 141,8	1 221,4
7 NW	919,1	957,5	1 093,6	1 065,1	1 114,3
8 GL	1 047,6	1 102,9	1 229,8	1 285,2	1 313,8
9 ZG	1 025,1	1 053,9	1 146,6	1 165,7	1 256,4
10 FR	1 297,8	1 342,9	1 416,1	1 449,4	1 595,5
11 SO	1 203,7	1 239,7	1 432,3	1 470,4	1 529,3
12 BS	1 906,3	2 049,8	2 137,7	2 262,8	2 420,8
13 BL	1 373,3	1 469,3	1 579,7	1 631,3	1 674,6
14 SH	1 161,8	1 209,6	1 364,2	1 468,6	1 502,7
15 AR	972,3	994,7	1 097,2	1 164,8	1 172,5
16 AI	868,6	891,8	938,2	964,8	999,6
17 SG	964,3	1 020,1	1 142,8	1 217,1	1 262,5
18 GR	975,0	1 016,5	1 100,5	1 207,6	1 257,7
19 AG	1 016,9	1 072,9	1 238,2	1 292,3	1 396,4
20 TG	988,5	1 133,8	1 212,3	1 399,9	1 439,6
21 TI	1 654,2	1 743,4	1 908,4	1 909,0	1 987,7
22 VD	1 714,4	1 750,3	1 897,6	1 994,6	2 029,6
23 VS	1 205,2	1 235,5	1 301,5	1 371,6	1 388,0
24 NE	1 550,8	1 647,5	1 813,1	1 968,2	2 036,6
25 GE	2 028,0	2 092,0	2 224,5	2 266,5	2 543,8
26 JU	1 463,4	1 483,9	1 686,4	1 866,1	1 892,6
CH	1 303,6	1 360,5	1 502,5	1 575,1	1 654,0

1) Netto-Leistungen = Brutto-Leistungen - Kostenbeteiligung

Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG, Risikoausgleichsstatistik

**T 4.3 b Schwankung der durchschnittlichen Nettoleistungen pro Jahr und pro
Versicherungsnehmer - Krankenpflegegrundversicherung - Gesamtheit aller Versicherten**

Kantone	94-95	95-96	96-97	97-98	Durchschnittliche Schwankung/Jahr 94-98
1 ZH	3,1%	14,8%	2,7%	8,5%	7,2%
2 BE	5,3%	11,5%	9,7%	0,2%	6,6%
3 LU	3,6%	13,1%	3,4%	7,2%	6,8%
4 UR	5,7%	6,6%	4,1%	0,9%	4,3%
5 SZ	3,8%	5,3%	0,5%	3,4%	3,2%
6 OW	0,1%	4,8%	0,4%	7,0%	3,0%
7 NW	4,2%	14,2%	-2,6%	4,6%	4,9%
8 GL	5,3%	11,5%	4,5%	2,2%	5,8%
9 ZG	2,8%	8,8%	1,7%	7,8%	5,2%
10 FR	3,5%	5,4%	2,4%	10,1%	5,3%
11 SO	3,0%	15,5%	2,7%	4,0%	6,2%
12 BS	7,5%	4,3%	5,9%	7,0%	6,2%
13 BL	7,0%	7,5%	3,3%	2,7%	5,1%
14 SH	4,1%	12,8%	7,7%	2,3%	6,6%
15 AR	2,3%	10,3%	6,2%	0,7%	4,8%
16 AI	2,7%	5,2%	2,8%	3,6%	3,6%
17 SG	5,8%	12,0%	6,5%	3,7%	7,0%
18 GR	4,3%	8,3%	9,7%	4,2%	6,6%
19 AG	5,5%	15,4%	4,4%	8,1%	8,3%
20 TG	14,7%	6,9%	15,5%	2,8%	9,9%
21 TI	5,4%	9,5%	0,0%	4,1%	4,7%
22 VD	2,1%	8,4%	5,1%	1,8%	4,3%
23 VS	2,5%	5,3%	5,4%	1,2%	3,6%
24 NE	6,2%	10,1%	8,6%	3,5%	7,0%
25 GE	3,2%	6,3%	1,9%	12,2%	5,8%
26 JU	1,4%	13,6%	10,7%	1,4%	6,6%
CH	4,4%	10,4%	4,8%	5,0%	6,1%

Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG, Risikoausgleichsstatistik

T 4.4.1 Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenversicherung (in 1'000 Fr.) 1)

Kantone	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 1996-1999
1 ZH	208 028,3	229 525,5	252 184,9	278 320,1	242 014,7
2 BE	302 455,9	366 411,0	401 072,9	440 728,5	377 667,1
3 LU	59 121,1	62 993,0	68 386,0	75 359,2	66 464,8
4 UR	12 372,1	13 022,0	10 546,9	9 482,2	11 355,8
5 SZ	20 749,8	22 084,5	24 426,4	26 996,7	23 564,4
6 OW	5 443,7	5 723,0	6 239,5	8 216,3	6 405,6
7 NW	6 080,0	6 410,5	8 552,9	7 760,3	7 200,9
8 GL	6 875,4	7 133,5	11 703,7	10 225,1	8 984,4
9 ZG	15 588,9	16 642,0	18 408,6	20 402,7	17 760,6
10 FR	77 661,6	88 614,0	94 908,4	104 299,9	91 371,0
11 SO	41 428,9	47 377,8	48 877,6	54 281,2	47 991,4
12 BS	71 016,0	79 185,0	86 502,6	94 720,5	82 856,0
13 BL	49 969,2	75 200,0	69 000,0	68 000,0	65 542,3
14 SH	13 023,4	16 504,0	19 610,0	21 480,0	17 654,4
15 AR	12 338,5	15 352,1	11 720,8	19 864,8	14 819,1
16 AI	5 054,9	5 172,0	4 490,2	4 318,1	4 758,8
17 SG	77 060,6	81 011,0	88 668,4	97 827,5	86 141,9
18 GR	32 733,1	44 806,5	49 330,2	50 118,4	44 247,1
19 AG	91 058,8	95 264,0	104 949,4	116 237,3	101 877,4
20 TG	76 282,9	79 949,0	89 029,6	99 167,4	86 107,2
21 TI	104 031,8	117 878,0	129 505,0	142 829,2	123 561,0
22 VD	214 673,9	253 944,0	273 515,5	298 117,8	260 062,8
23 VS	93 321,1	102 413,0	11 830,5	120 494,7	82 014,8
24 NE	58 042,9	63 843,0	70 720,5	78 427,2	67 758,4
25 GE	137 436,6	166 338,0	181 594,4	197 518,3	170 721,8
26 JU	23 719,1	26 375,0	28 527,7	31 454,3	27 519,0
CH	1 815 568,6	2 087 171,5	2 263 292,5	2 476 647,7	2 160 670,1

1) Insgesamt pro Jahr zugewiesener Betrag nach Minderung durch die Kantone

Quelle: BSV, Statistik der Prämienverbilligung

**T 4.4.2 Prozentuale Verbilligung der zugewiesenen Prämien
im Vergleich zum zuweisbaren Maximum 1)**

Kantone	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 1996-1999
1 ZH	50%	50%	50%	50%	50,0%
2 BE	90%	100%	100%	100%	97,5%
3 LU	50%	50%	50%	50%	50,0%
4 UR	100%	100%	75%	62%	84,3%
5 SZ	50%	50%	50%	50%	50,0%
6 OW	50%	50%	50%	60%	52,5%
7 NW	50%	50%	61%	50%	52,7%
8 GL	50%	50%	75%	60%	58,8%
9 ZG	50%	50%	75%	50%	56,3%
10 FR	100%	100%	50%	100%	87,5%
11 SO	50%	53%	100%	50%	63,3%
12 BS	100%	100%	50%	100%	87,5%
13 BL	57%	78%	100%	59%	73,5%
14 SH	50%	60%	65%	65%	60,1%
15 AR	65%	79%	65%	85%	73,6%
16 AI	100%	100%	55%	70%	81,3%
17 SG	50%	50%	80%	50%	57,5%
18 GR	50%	65%	50%	60%	56,3%
19 AG	50%	50%	65%	50%	53,8%
20 TG	100%	100%	50%	100%	87,5%
21 TI	100%	100%	100%	100%	100,0%
22 VD	100%	100%	100%	100%	100,0%
23 VS	100%	100%	100%	100%	100,0%
24 NE	100%	100%	100%	100%	100,0%
25 GE	100%	100%	100%	100%	100,0%
26 JU	100%	100%	100%	100%	100,0%
CH	73,5%	76,8%	76,1%	75,7%	75,6%

1) gleich 100% - von den Kantonen angesetzter Minderungsfaktor

Quelle: BSV, Statistik zur Prämienverbilligung

T 4.4.3 a Anzahl der Bezüger von Prämienbegünstigungen (in Tausend)

Kantone	1996	1997	1998
1 ZH	223,7	267,7	357,4
2 BE	299,8	315,8	327,7
3 LU	38,2	77,9	100,0
4 UR	18,8	19,0	18,7
5 SZ	27,6	33,2	31,0
6 OW	6,1	7,8	8,5
7 NW	12,3	12,0	10,1
8 GL	8,1	10,1	10,0
9 ZG	21,9	16,8	27,1
10 FR	51,3	67,7	75,1
11 SO	19,6	50,2	82,7
12 BS	38,7	42,7	52,7
13 BL	87,9	88,4	97,2
14 SH	19,4	21,8	27,3
15 AR	15,7	17,5	17,7
16 AI	9,1	11,5	7,4
17 SG	120,0	143,9	155,1
18 GR	55,4	65,4	69,7
19 AG	68,4	74,9	91,5
20 TG	107,2	116,5	106,6
21 TI	68,7	85,0	85,9
22 VD	91,1	129,5	145,5
23 VS	68,7	77,0	85,1
24 NE	54,5	61,3	60,2
25 GE	101,4	114,8	162,9
26 JU	22,7	27,6	27,3
CH	1 656,4	1 956,0	2 240,5

Quelle: BSV

T 4.4.3 b Anzahl der Versicherten in der Grundversicherung (in Tausend) 1)

Kantone	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	1 173,8	1 182,0	1 199,2	1 199,4	1 207,1
2 BE	939,5	943,0	954,4	955,7	956,2
3 LU	349,0	350,2	355,2	348,9	350,1
4 UR	36,3	36,3	36,4	36,2	36,1
5 SZ	118,3	120,3	123,1	125,7	126,9
6 OW	30,0	30,2	31,3	32,6	32,8
7 NW	36,9	36,9	35,4	36,6	37,1
8 GL	39,7	39,9	40,0	39,7	39,4
9 ZG	89,7	91,6	93,4	94,8	96,4
10 FR	225,2	228,0	230,8	232,3	234,7
11 SO	238,7	241,1	243,1	246,2	247,5
12 BS	199,0	196,8	202,7	197,0	191,5
13 BL	246,8	250,9	253,1	257,2	259,2
14 SH	74,5	75,3	75,6	75,4	75,1
15 AR	54,9	54,9	54,7	55,2	55,0
16 AI	14,7	14,7	15,0	14,9	14,9
17 SG	442,4	445,4	449,5	450,7	451,9
18 GR	198,7	198,8	195,8	196,3	196,6
19 AG	523,1	531,4	540,0	542,1	550,5
20 TG	220,1	222,9	225,3	228,7	228,9
21 TI	298,8	301,6	306,3	306,7	307,8
22 VD	599,8	604,1	609,4	611,9	614,4
23 VS	277,4	277,8	280,2	280,0	281,1
24 NE	166,7	167,1	169,1	168,6	168,6
25 GE	378,2	381,9	380,9	379,1	381,6
26 JU	69,8	69,9	70,4	70,3	70,3
CH	7 042,1	7 093,2	7 170,5	7 182,5	7 211,6

1) Obligatorische Grundversicherung seit 1996, vorher Pflegeversicherung

Quelle: Statistik zum Risikoausgleich

**T 4.4.3 c Prozentualer Anteil der Bezüger von Prämienverbilligungen
im Vergleich zur Anzahl der Versicherten**

Kantone	1996	1997	1998	Durchschnitt 1996-98
1 ZH	18,7%	22,3%	29,6%	23,5%
2 BE	31,4%	33,0%	34,3%	32,9%
3 LU	10,8%	22,3%	28,6%	20,5%
4 UR	51,6%	52,4%	51,7%	51,9%
5 SZ	22,5%	26,4%	24,4%	24,4%
6 OW	19,5%	24,0%	25,8%	23,1%
7 NW	34,8%	32,7%	27,2%	31,6%
8 GL	20,3%	25,3%	25,4%	23,7%
9 ZG	23,4%	17,7%	28,1%	23,1%
10 FR	22,2%	29,2%	32,0%	27,8%
11 SO	8,1%	20,4%	33,4%	20,6%
12 BS	19,1%	21,7%	27,5%	22,8%
13 BL	34,7%	34,4%	37,5%	35,5%
14 SH	25,6%	28,9%	36,3%	30,3%
15 AR	28,7%	31,8%	32,2%	30,9%
16 AI	60,7%	77,4%	50,0%	62,7%
17 SG	26,7%	31,9%	34,3%	31,0%
18 GR	28,3%	33,3%	35,5%	32,4%
19 AG	12,7%	13,8%	16,6%	14,4%
20 TG	47,6%	51,0%	46,6%	48,4%
21 TI	22,4%	27,7%	27,9%	26,0%
22 VD	14,9%	21,2%	23,7%	19,9%
23 VS	24,5%	27,5%	30,3%	27,4%
24 NE	32,2%	36,4%	35,7%	34,8%
25 GE	26,6%	30,3%	42,7%	33,2%
26 JU	32,3%	39,3%	38,9%	36,8%
CH	23,1%	27,2%	31,1%	27,1%

Quelle: BSV und Statistik zum Risikoausgleich

T 4.4.4 Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenversicherung

Monatsdurchschnitt in Fr. pro Bezüger

Kantone	1996	1997	1998	Durchschnitt 1996-1998	Abweichung in % vom Durchschnitt CH 1996-1998
1 ZH	77,49	71,46	58,79	69,25	-21,4%
2 BE	84,08	96,69	102,00	94,26	6,9%
3 LU	128,95	67,40	56,97	84,44	-4,2%
4 UR	54,87	57,23	47,07	53,06	-39,8%
5 SZ	62,54	55,38	65,70	61,21	-30,6%
6 OW	74,39	60,94	61,40	65,58	-25,6%
7 NW	41,11	44,57	70,60	52,09	-40,9%
8 GL	70,62	59,14	97,37	75,71	-14,1%
9 ZG	59,43	82,71	56,65	66,26	-24,8%
10 FR	126,07	109,03	105,34	113,48	28,7%
11 SO	176,37	78,69	49,26	101,44	15,1%
12 BS	153,04	154,47	136,88	148,13	68,0%
13 BL	47,35	70,87	59,16	59,12	-32,9%
14 SH	56,07	63,17	59,95	59,73	-32,2%
15 AR	65,57	72,93	55,17	64,56	-26,8%
16 AI	46,28	37,35	50,25	44,63	-49,4%
17 SG	53,52	46,90	47,63	49,35	-44,0%
18 GR	49,23	57,12	58,94	55,10	-37,5%
19 AG	110,86	106,06	95,55	104,16	18,2%
20 TG	59,28	57,16	69,61	62,02	-29,6%
21 TI	126,11	115,54	125,62	122,42	38,9%
22 VD	196,42	163,40	156,61	172,14	95,3%
23 VS	113,15	110,89	11,59	78,54	-10,9%
24 NE	88,81	86,81	97,86	91,16	3,4%
25 GE	112,92	120,73	92,87	108,84	23,5%
26 JU	86,99	79,64	86,98	84,54	-4,1%
CH	91,34	88,92	84,18	88,15	

Quelle: BSV, Statistik zu Prämienverbilligung und Risikoausgleich

T 4.5 a Anzahl der privat praktizierenden Ärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte)

Kantone	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	2 227	2 361	2 428	2 493	2 549
2 BE	1 618	1 676	1 730	1 757	1 789
3 LU	443	452	464	470	474
4 UR	40	40	40	40	42
5 SZ	105	116	122	129	134
6 OW	29	29	30	30	32
7 NW	31	32	33	33	37
8 GL	45	43	43	45	47
9 ZG	129	132	142	148	155
10 FR	303	315	320	325	331
11 SO	322	322	326	340	355
12 BS	614	631	657	671	669
13 BL	413	429	449	448	455
14 SH	120	123	127	127	132
15 AR	70	67	71	71	76
16 AI	9	11	11	12	13
17 SG	582	598	617	637	662
18 GR	288	292	298	308	316
19 AG	661	679	697	702	712
20 TG	242	252	255	260	271
21 TI	457	498	522	549	556
22 VD	1 247	1 307	1 362	1 413	1 453
23 VS	399	426	428	431	440
24 NE	279	290	302	311	317
25 GE	1 054	1 115	1 149	1 196	1 242
26 JU	87	91	88	92	98
CH	11 814	12 327	12 711	13 038	13 357

Quelle: BSV

T 4.5 b Anzahl der privat praktizierenden Ärzte (Fachärzte)

Kantone	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	1 456	1 541	1 596	1 638	1 737
2 BE	1 078	1 125	1 168	1 199	1 235
3 LU	255	258	266	271	278
4 UR	18	19	19	20	22
5 SZ	45	53	58	62	67
6 OW	11	11	12	12	14
7 NW	13	15	16	16	20
8 GL	21	20	20	21	22
9 ZG	82	84	90	97	101
10 FR	201	210	213	214	222
11 SO	166	169	172	189	206
12 BS	510	520	544	558	556
13 BL	257	268	282	287	296
14 SH	67	69	72	72	79
15 AR	31	31	33	37	41
16 AI	5	5	5	5	6
17 SG	325	333	344	357	393
18 GR	153	157	157	164	176
19 AG	386	401	422	432	447
20 TG	114	121	126	129	139
21 TI	289	317	335	356	367
22 VD	802	852	905	945	1 003
23 VS	243	254	258	265	272
24 NE	168	176	188	193	202
25 GE	859	907	929	968	1 018
26 JU	48	49	48	50	59
CH	7 603	7 965	8 278	8 557	8 978

Quelle: BSV

T 4.5 c Anzahl der privat praktizierenden Ärzte (Allgemeinmediziner)

Kantone	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	771	820	832	855	812
2 BE	540	551	562	558	554
3 LU	188	194	198	199	196
4 UR	22	21	21	20	20
5 SZ	60	63	64	67	67
6 OW	18	18	18	18	18
7 NW	18	17	17	17	17
8 GL	24	23	23	24	25
9 ZG	47	48	52	51	54
10 FR	102	105	107	111	109
11 SO	156	153	154	151	149
12 BS	104	111	113	113	113
13 BL	156	161	167	161	159
14 SH	53	54	55	55	53
15 AR	39	36	38	34	35
16 AI	4	6	6	7	7
17 SG	257	265	273	280	269
18 GR	135	135	141	144	140
19 AG	275	278	275	270	265
20 TG	128	131	129	131	132
21 TI	168	181	187	193	189
22 VD	445	455	457	468	450
23 VS	156	172	170	166	168
24 NE	111	114	114	118	115
25 GE	195	208	220	228	224
26 JU	39	42	40	42	39
CH	4 211	4 362	4 433	4 481	4 379

Quelle: BSV

T 4.5 d Abweichung in der Anzahl der Ärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte)

Kantone	Abw. 94-95	Abw. 95-96	Abw. 96-97	Abw. 97-98	Durchschnittliche Abweichung/Jahr 94-98
1 ZH	6,0%	2,8%	2,7%	2,2%	3,4%
2 BE	3,6%	3,2%	1,6%	1,8%	2,5%
3 LU	2,0%	2,7%	1,3%	0,9%	1,7%
4 UR	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	1,2%
5 SZ	10,5%	5,2%	5,7%	3,9%	6,3%
6 OW	0,0%	3,4%	0,0%	6,7%	2,5%
7 NW	3,2%	3,1%	0,0%	12,1%	4,5%
8 GL	-4,4%	0,0%	4,7%	4,4%	1,1%
9 ZG	2,3%	7,6%	4,2%	4,7%	4,7%
10 FR	4,0%	1,6%	1,6%	1,8%	2,2%
11 SO	0,0%	1,2%	4,3%	4,4%	2,5%
12 BS	2,8%	4,1%	2,1%	-0,3%	2,2%
13 BL	3,9%	4,7%	-0,2%	1,6%	2,5%
14 SH	2,5%	3,3%	0,0%	3,9%	2,4%
15 AR	-4,3%	6,0%	0,0%	7,0%	2,1%
16 AI	22,2%	0,0%	9,1%	8,3%	9,6%
17 SG	2,7%	3,2%	3,2%	3,9%	3,3%
18 GR	1,4%	2,1%	3,4%	2,6%	2,3%
19 AG	2,7%	2,7%	0,7%	1,4%	1,9%
20 TG	4,1%	1,2%	2,0%	4,2%	2,9%
21 TI	9,0%	4,8%	5,2%	1,3%	5,0%
22 VD	4,8%	4,2%	3,7%	2,8%	3,9%
23 VS	6,8%	0,5%	0,7%	2,1%	2,5%
24 NE	3,9%	4,1%	3,0%	1,9%	3,2%
25 GE	5,8%	3,0%	4,1%	3,8%	4,2%
26 JU	4,6%	-3,3%	4,5%	6,5%	3,0%
CH	4,3%	3,1%	2,6%	2,4%	3,1%

T 4.5 e Durchschnittliche Einwohnerzahl in Tausend

Kantone	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	1 181,3	1 187,9	1 194,1	1 197,4	1 201,2
2 BE	951,7	951,8	950,7	947,6	947,4
3 LU	337,3	339,6	340,9	341,3	341,9
4 UR	35,2	35,2	35,1	34,9	34,7
5 SZ	119,4	121,3	122,6	123,8	125,1
6 OW	31,0	31,3	31,4	31,6	31,8
7 NW	35,0	35,5	35,8	36,1	36,3
8 GL	39,1	39,3	39,0	38,5	38,3
9 ZG	89,8	91,6	93,2	94,5	95,7
10 FR	223,3	226,1	228,8	231,0	232,9
11 SO	235,7	237,0	238,6	239,3	240,7
12 BS	200,8	200,0	198,8	196,8	194,8
13 BL	249,4	250,2	251,5	252,6	253,9
14 SH	73,5	73,7	73,6	73,3	73,2
15 AR	54,0	54,0	53,8	53,7	53,5
16 AI	14,4	14,4	14,4	14,5	14,5
17 SG	439,7	442,1	443,4	443,3	443,8
18 GR	187,8	189,2	189,3	187,8	187,3
19 AG	520,1	525,4	528,9	530,9	533,2
20 TG	219,1	222,4	224,3	225,0	225,7
21 TI	297,3	300,4	301,4	301,1	301,8
22 VD	610,6	614,8	616,8	617,3	619,9
23 VS	266,5	268,7	269,4	269,4	270,3
24 NE	164,9	165,6	166,1	165,9	166,0
25 GE	392,5	395,9	396,0	398,2	400,6
26 JU	67,5	67,7	67,6	67,6	67,4
CH	7 036,9	7 080,9	7 105,4	7 113,6	7 131,9

Quelle: BFS

T 4.5 f Ärztedichte (Allgemeinmediziner und Fachärzte) 1)

Kantone	1994	1995	1996	1997	1998	Durchschnitt 94-98
1 ZH	1,89	1,99	2,03	2,08	2,12	2,02
2 BE	1,70	1,76	1,82	1,85	1,89	1,80
3 LU	1,31	1,33	1,36	1,38	1,39	1,35
4 UR	1,14	1,14	1,14	1,15	1,21	1,15
5 SZ	0,88	0,96	0,99	1,04	1,07	0,99
6 OW	0,93	0,93	0,95	0,95	1,01	0,95
7 NW	0,89	0,90	0,92	0,91	1,02	0,93
8 GL	1,15	1,10	1,10	1,17	1,23	1,15
9 ZG	1,44	1,44	1,52	1,57	1,62	1,52
10 FR	1,36	1,39	1,40	1,41	1,42	1,40
11 SO	1,37	1,36	1,37	1,42	1,48	1,40
12 BS	3,06	3,16	3,30	3,41	3,43	3,27
13 BL	1,66	1,71	1,79	1,77	1,79	1,74
14 SH	1,63	1,67	1,73	1,73	1,80	1,71
15 AR	1,30	1,24	1,32	1,32	1,42	1,32
16 AI	0,63	0,76	0,76	0,83	0,90	0,78
17 SG	1,32	1,35	1,39	1,44	1,49	1,40
18 GR	1,53	1,54	1,57	1,64	1,69	1,60
19 AG	1,27	1,29	1,32	1,32	1,34	1,31
20 TG	1,10	1,13	1,14	1,16	1,20	1,15
21 TI	1,54	1,66	1,73	1,82	1,84	1,72
22 VD	2,04	2,13	2,21	2,29	2,34	2,20
23 VS	1,50	1,59	1,59	1,60	1,63	1,58
24 NE	1,69	1,75	1,82	1,87	1,91	1,81
25 GE	2,69	2,82	2,90	3,00	3,10	2,90
26 JU	1,29	1,34	1,30	1,36	1,45	1,35
CH	1,68	1,74	1,79	1,83	1,87	1,78

1) Anzahl Ärzte pro 1'000 Einwohner

T 4.5 g Dichte der Fachärzte 1)

Kantone	1994	1995	1996	1997	1998	Durchschnitt 94-98
1 ZH	1,23	1,30	1,34	1,37	1,45	1,34
2 BE	1,13	1,18	1,23	1,27	1,30	1,22
3 LU	0,76	0,76	0,78	0,79	0,81	0,78
4 UR	0,51	0,54	0,54	0,57	0,63	0,56
5 SZ	0,38	0,44	0,47	0,50	0,54	0,46
6 OW	0,35	0,35	0,38	0,38	0,44	0,38
7 NW	0,37	0,42	0,45	0,44	0,55	0,45
8 GL	0,54	0,51	0,51	0,54	0,57	0,54
9 ZG	0,91	0,92	0,97	1,03	1,05	0,98
10 FR	0,90	0,93	0,93	0,93	0,95	0,93
11 SO	0,70	0,71	0,72	0,79	0,86	0,76
12 BS	2,54	2,60	2,74	2,83	2,85	2,71
13 BL	1,03	1,07	1,12	1,14	1,17	1,10
14 SH	0,91	0,94	0,98	0,98	1,08	0,98
15 AR	0,57	0,57	0,61	0,69	0,77	0,64
16 AI	0,35	0,35	0,35	0,35	0,41	0,36
17 SG	0,74	0,75	0,78	0,81	0,89	0,79
18 GR	0,81	0,83	0,83	0,87	0,94	0,86
19 AG	0,74	0,76	0,80	0,81	0,84	0,79
20 TG	0,52	0,54	0,56	0,57	0,62	0,56
21 TI	0,97	1,06	1,11	1,18	1,22	1,11
22 VD	1,31	1,39	1,47	1,53	1,62	1,46
23 VS	0,91	0,95	0,96	0,98	1,01	0,96
24 NE	1,02	1,06	1,13	1,16	1,22	1,12
25 GE	2,19	2,29	2,35	2,43	2,54	2,36
26 JU	0,71	0,72	0,71	0,74	0,88	0,75
CH	1,08	1,12	1,17	1,20	1,26	1,17

1) Anzahl Ärzte pro 1'000 Einwohner

T 4.5 h Dichte der Allgemeinmediziner 1)

Kantone						Durchschnitt
	1994	1995	1996	1997	1998	94-98
1 ZH	0,65	0,69	0,70	0,71	0,68	0,69
2 BE	0,57	0,58	0,59	0,59	0,58	0,58
3 LU	0,56	0,57	0,58	0,58	0,57	0,57
4 UR	0,63	0,60	0,60	0,57	0,58	0,59
5 SZ	0,50	0,52	0,52	0,54	0,54	0,52
6 OW	0,58	0,57	0,57	0,57	0,57	0,57
7 NW	0,51	0,48	0,47	0,47	0,47	0,48
8 GL	0,61	0,59	0,59	0,62	0,65	0,61
9 ZG	0,52	0,52	0,56	0,54	0,56	0,54
10 FR	0,46	0,46	0,47	0,48	0,47	0,47
11 SO	0,66	0,65	0,65	0,63	0,62	0,64
12 BS	0,52	0,56	0,57	0,57	0,58	0,56
13 BL	0,63	0,64	0,66	0,64	0,63	0,64
14 SH	0,72	0,73	0,75	0,75	0,72	0,74
15 AR	0,72	0,67	0,71	0,63	0,65	0,68
16 AI	0,28	0,42	0,42	0,48	0,48	0,42
17 SG	0,58	0,60	0,62	0,63	0,61	0,61
18 GR	0,72	0,71	0,74	0,77	0,75	0,74
19 AG	0,53	0,53	0,52	0,51	0,50	0,52
20 TG	0,58	0,59	0,58	0,58	0,58	0,58
21 TI	0,57	0,60	0,62	0,64	0,63	0,61
22 VD	0,73	0,74	0,74	0,76	0,73	0,74
23 VS	0,59	0,64	0,63	0,62	0,62	0,62
24 NE	0,67	0,69	0,69	0,71	0,69	0,69
25 GE	0,50	0,53	0,56	0,57	0,56	0,54
26 JU	0,58	0,62	0,59	0,62	0,58	0,60
CH	0,60	0,62	0,62	0,63	0,61	0,62

1) Anzahl Ärzte pro 1'000 Einwohner

T 4.5 i Abweichung in der Ärztedichte (Allgemeinmediziner und Fachärzte)

Kantone	Abw. 94-95	Abw. 95-96	Abw. 96-97	Abw. 97-98	Durchschnittliche Abweichung/Jahr 94-98
1 ZH	5,4%	2,3%	2,4%	1,9%	3,0%
2 BE	3,6%	3,3%	1,9%	1,8%	2,7%
3 LU	1,3%	2,3%	1,2%	0,7%	1,4%
4 UR	0,0%	0,3%	0,5%	5,5%	1,6%
5 SZ	8,8%	4,0%	4,7%	2,8%	5,1%
6 OW	-0,9%	3,1%	-0,4%	5,9%	1,9%
7 NW	1,7%	2,1%	-0,8%	11,6%	3,5%
8 GL	-4,7%	0,6%	6,0%	5,1%	1,7%
9 ZG	0,3%	5,7%	2,9%	3,3%	3,0%
10 FR	2,7%	0,4%	0,6%	1,0%	1,2%
11 SO	-0,6%	0,6%	4,0%	3,8%	1,9%
12 BS	3,2%	4,7%	3,2%	0,7%	2,9%
13 BL	3,5%	4,1%	-0,6%	1,1%	2,0%
14 SH	2,3%	3,4%	0,3%	4,1%	2,5%
15 AR	-4,3%	6,3%	0,3%	7,4%	2,3%
16 AI	22,1%	-0,4%	8,9%	8,1%	9,4%
17 SG	2,2%	2,9%	3,3%	3,8%	3,0%
18 GR	0,6%	2,0%	4,2%	2,9%	2,4%
19 AG	1,7%	2,0%	0,3%	1,0%	1,2%
20 TG	2,6%	0,3%	1,6%	3,9%	2,1%
21 TI	7,8%	4,5%	5,3%	1,1%	4,6%
22 VD	4,1%	3,9%	3,7%	2,4%	3,5%
23 VS	5,9%	0,2%	0,7%	1,7%	2,1%
24 NE	3,5%	3,9%	3,1%	1,9%	3,1%
25 GE	4,9%	3,0%	3,5%	3,2%	3,7%
26 JU	4,2%	-3,1%	4,6%	6,8%	3,1%
CH	3,7%	2,8%	2,5%	2,2%	2,8%

T 4.5 j Korrelation zwischen Ärztedichte und Prämienhöhe

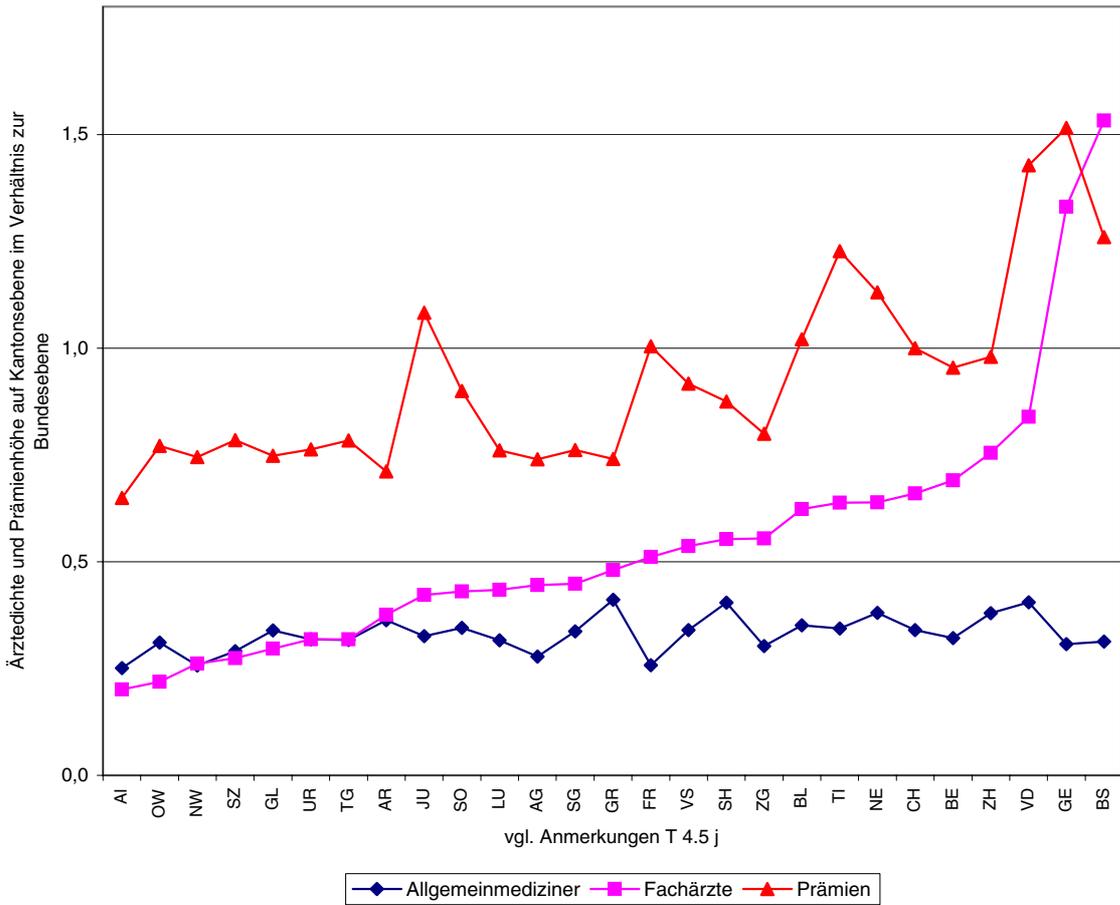
Kantone	Allgemeinmediziner 1)				Fachärzte 1)			
	1996	1997	1998	Durchschnitt 96-98	1996	1997	1998	Durchschnitt 96-98
1 ZH	0,39	0,39	0,36	0,38	0,75	0,75	0,77	0,76
2 BE	0,33	0,32	0,31	0,32	0,69	0,69	0,70	0,69
3 LU	0,32	0,32	0,31	0,32	0,44	0,43	0,43	0,43
4 UR	0,33	0,31	0,31	0,32	0,30	0,31	0,34	0,32
5 SZ	0,29	0,30	0,29	0,29	0,26	0,27	0,29	0,27
6 OW	0,32	0,31	0,30	0,31	0,21	0,21	0,24	0,22
7 NW	0,27	0,26	0,25	0,26	0,25	0,24	0,29	0,26
8 GL	0,33	0,34	0,35	0,34	0,29	0,30	0,31	0,30
9 ZG	0,31	0,29	0,30	0,30	0,54	0,56	0,56	0,55
10 FR	0,26	0,26	0,25	0,26	0,52	0,51	0,51	0,51
11 SO	0,36	0,34	0,33	0,35	0,40	0,43	0,46	0,43
12 BS	0,32	0,31	0,31	0,31	1,53	1,55	1,52	1,53
13 BL	0,37	0,35	0,33	0,35	0,63	0,62	0,62	0,62
14 SH	0,42	0,41	0,39	0,40	0,55	0,54	0,58	0,55
15 AR	0,39	0,35	0,35	0,36	0,34	0,38	0,41	0,38
16 AI	0,23	0,26	0,26	0,25	0,19	0,19	0,22	0,20
17 SG	0,34	0,34	0,32	0,34	0,43	0,44	0,47	0,45
18 GR	0,42	0,42	0,40	0,41	0,46	0,48	0,50	0,48
19 AG	0,29	0,28	0,27	0,28	0,45	0,44	0,45	0,45
20 TG	0,32	0,32	0,31	0,32	0,31	0,31	0,33	0,32
21 TI	0,35	0,35	0,33	0,34	0,62	0,64	0,65	0,64
22 VD	0,41	0,41	0,39	0,41	0,82	0,84	0,86	0,84
23 VS	0,35	0,34	0,33	0,34	0,54	0,54	0,54	0,54
24 NE	0,38	0,39	0,37	0,38	0,63	0,63	0,65	0,64
25 GE	0,31	0,31	0,30	0,31	1,31	1,33	1,36	1,33
26 JU	0,33	0,34	0,31	0,33	0,40	0,40	0,47	0,42
CH	0,35	0,34	0,33	0,34	0,65	0,66	0,67	0,66

Kantone	Allgemeinmediziner und Fachärzte 1)				KVG-Prämien 2)			
	1996	1997	1998	Durchschnitt 96-98	1996	1997	1998	Durchschnitt 96-98
1 ZH	1,14	1,14	1,13	1,14	0,94	0,99	1,01	0,98
2 BE	1,02	1,01	1,01	1,01	0,95	0,95	0,96	0,95
3 LU	0,76	0,75	0,74	0,75	0,79	0,74	0,76	0,76
4 UR	0,64	0,63	0,65	0,64	0,79	0,75	0,75	0,76
5 SZ	0,56	0,57	0,57	0,57	0,78	0,79	0,79	0,79
6 OW	0,53	0,52	0,54	0,53	0,80	0,77	0,74	0,77
7 NW	0,51	0,50	0,54	0,52	0,77	0,74	0,72	0,75
8 GL	0,62	0,64	0,66	0,64	0,75	0,74	0,75	0,75
9 ZG	0,85	0,85	0,86	0,86	0,82	0,81	0,77	0,80
10 FR	0,78	0,77	0,76	0,77	1,05	1,01	0,95	1,00
11 SO	0,76	0,78	0,79	0,78	0,82	0,92	0,96	0,90
12 BS	1,85	1,86	1,83	1,85	1,20	1,26	1,32	1,26
13 BL	1,00	0,97	0,96	0,97	0,97	1,03	1,06	1,02
14 SH	0,97	0,94	0,96	0,96	0,84	0,89	0,89	0,88
15 AR	0,74	0,72	0,76	0,74	0,70	0,71	0,73	0,71
16 AI	0,43	0,45	0,48	0,45	0,66	0,64	0,64	0,65
17 SG	0,78	0,78	0,80	0,79	0,75	0,76	0,78	0,76
18 GR	0,88	0,89	0,90	0,89	0,72	0,76	0,74	0,74
19 AG	0,74	0,72	0,71	0,72	0,64	0,79	0,80	0,74
20 TG	0,64	0,63	0,64	0,64	0,74	0,79	0,82	0,78
21 TI	0,97	0,99	0,98	0,98	1,21	1,22	1,25	1,23
22 VD	1,23	1,25	1,25	1,24	1,52	1,42	1,35	1,43
23 VS	0,89	0,87	0,87	0,88	1,00	0,91	0,84	0,92
24 NE	1,02	1,02	1,02	1,02	1,10	1,12	1,18	1,13
25 GE	1,62	1,64	1,66	1,64	1,53	1,52	1,51	1,52
26 JU	0,73	0,74	0,78	0,75	1,09	1,05	1,10	1,08
CH	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

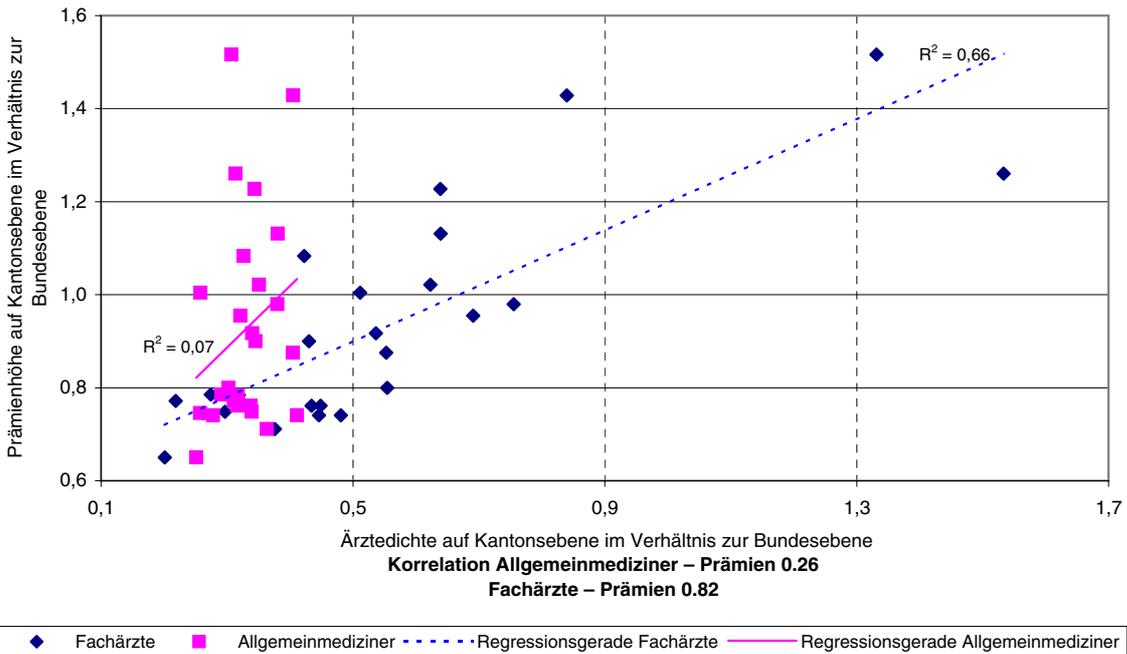
1) Anzahl Ärzte pro 1'000 Einwohner auf Kantonebene im Vergleich zu der durchschnittlichen Anzahl von Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen auf Bundesebene

2) Auf Kantonebene zu zahlende Prämie der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt des gesamten Versichertenbestandes der Tarifzonen 1, 2 und 3, im Vergleich zur durchschnittlichen Prämie auf Bundesebene

**G 4.5 j1 Korrelation zwischen Ärztedichte und Prämienhöhe
1996-98**



**G 4.5 j2 Korrelation zwischen Ärztedichte und Prämienhöhe
1996-98**



T 4.6 a Anzahl der Apotheken

Kantone	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	218	226	224	222	224
2 BE	170	175	176	176	172
3 LU	32	32	32	32	33
4 UR	3	3	3	3	3
5 SZ	11	11	11	11	11
6 OW	2	2	2	2	2
7 NW	2	2	2	2	2
8 GL	3	3	3	3	3
9 ZG	14	14	14	14	14
10 FR	70	69	69	70	71
11 SO	28	27	29	28	28
12 BS	67	69	69	69	71
13 BL	34	35	35	36	36
14 SH	13	14	14	14	14
15 AR	4	4	4	4	4
16 AI	1	1	1	1	1
17 SG	47	49	49	50	48
18 GR	34	36	36	36	36
19 AG	101	104	105	106	106
20 TG	24	24	24	23	22
21 TI	171	169	170	169	171
22 VD	230	233	235	236	235
23 VS	101	103	104	105	103
24 NE	51	52	53	55	55
25 GE	167	168	168	167	170
26 JU	16	16	17	17	18
CH	1 614	1 641	1 649	1 651	1 653

Quelle: BSV

T 4.6 b Abweichung in der Anzahl der Apotheken

Kantone	Abw. 94-95	Abw. 95-96	Abw. 96-97	Abw. 97-98	Durchschnittliche abweichung/Jahr 94-98
1 ZH	3,7%	-0,9%	-0,9%	0,9%	0,7%
2 BE	2,9%	0,6%	0,0%	-2,3%	0,3%
3 LU	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	0,8%
4 UR	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5 SZ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
6 OW	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
7 NW	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
8 GL	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
9 ZG	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10 FR	-1,4%	0,0%	1,4%	1,4%	0,4%
11 SO	-3,6%	7,4%	-3,4%	0,0%	0,0%
12 BS	3,0%	0,0%	0,0%	2,9%	1,5%
13 BL	2,9%	0,0%	2,9%	0,0%	1,4%
14 SH	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
15 AR	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16 AI	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
17 SG	4,3%	0,0%	2,0%	-4,0%	0,5%
18 GR	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
19 AG	3,0%	1,0%	1,0%	0,0%	1,2%
20 TG	0,0%	0,0%	-4,2%	-4,3%	-2,2%
21 TI	-1,2%	0,6%	-0,6%	1,2%	0,0%
22 VD	1,3%	0,9%	0,4%	-0,4%	0,5%
23 VS	2,0%	1,0%	1,0%	-1,9%	0,5%
24 NE	2,0%	1,9%	3,8%	0,0%	1,9%
25 GE	0,6%	0,0%	-0,6%	1,8%	0,4%
26 JU	0,0%	6,3%	0,0%	5,9%	3,0%
CH	1,7%	0,5%	0,1%	0,1%	0,6%

T 4.6 c Apothekendichte 1)

Kantone	1994	1995	1996	1997	1998	Durchschnitt 94-98
1 ZH	1,85	1,90	1,88	1,85	1,86	1,87
2 BE	1,79	1,84	1,85	1,86	1,82	1,83
3 LU	0,95	0,94	0,94	0,94	0,97	0,95
4 UR	0,85	0,85	0,86	0,86	0,86	0,86
5 SZ	0,92	0,91	0,90	0,89	0,88	0,90
6 OW	0,64	0,64	0,64	0,63	0,63	0,64
7 NW	0,57	0,56	0,56	0,55	0,55	0,56
8 GL	0,77	0,76	0,77	0,78	0,78	0,77
9 ZG	1,56	1,53	1,50	1,48	1,46	1,51
10 FR	3,14	3,05	3,02	3,03	3,05	3,06
11 SO	1,19	1,14	1,22	1,17	1,16	1,18
12 BS	3,34	3,45	3,47	3,51	3,64	3,48
13 BL	1,36	1,40	1,39	1,43	1,42	1,40
14 SH	1,77	1,90	1,90	1,91	1,91	1,88
15 AR	0,74	0,74	0,74	0,75	0,75	0,74
16 AI	0,70	0,70	0,69	0,69	0,69	0,69
17 SG	1,07	1,11	1,11	1,13	1,08	1,10
18 GR	1,81	1,90	1,90	1,92	1,92	1,89
19 AG	1,94	1,98	1,99	2,00	1,99	1,98
20 TG	1,10	1,08	1,07	1,02	0,97	1,05
21 TI	5,75	5,62	5,64	5,61	5,67	5,66
22 VD	3,77	3,79	3,81	3,82	3,79	3,80
23 VS	3,79	3,83	3,86	3,90	3,81	3,84
24 NE	3,09	3,14	3,19	3,32	3,31	3,21
25 GE	4,25	4,24	4,24	4,19	4,24	4,24
26 JU	2,37	2,36	2,51	2,52	2,67	2,49
CH	2,29	2,32	2,32	2,32	2,32	2,31

1) Anzahl Apotheken pro 10'000 Einwohner

T 4.6 d Abweichung in der Apothekendichte

Kantone	Abw. 94-95	Abw. 95-96	Abw. 96-97	Abw. 97-98	Durchschnittliche Abweichung/Jahr 94-98
1 ZH	3,1%	-1,4%	-1,2%	0,6%	0,3%
2 BE	2,9%	0,7%	0,3%	-2,2%	0,4%
3 LU	-0,7%	-0,4%	-0,1%	3,0%	0,4%
4 UR	0,0%	0,3%	0,5%	0,5%	0,3%
5 SZ	-1,5%	-1,1%	-1,0%	-1,0%	-1,2%
6 OW	-0,9%	-0,3%	-0,4%	-0,7%	-0,6%
7 NW	-1,5%	-1,0%	-0,8%	-0,4%	-0,9%
8 GL	-0,3%	0,6%	1,3%	0,7%	0,6%
9 ZG	-2,0%	-1,7%	-1,3%	-1,4%	-1,6%
10 FR	-2,7%	-1,2%	0,5%	0,6%	-0,7%
11 SO	-4,1%	6,7%	-3,8%	-0,5%	-0,5%
12 BS	3,4%	0,6%	1,0%	4,0%	2,2%
13 BL	2,6%	-0,5%	2,4%	-0,5%	1,0%
14 SH	7,5%	0,1%	0,3%	0,2%	2,0%
15 AR	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%
16 AI	-0,1%	-0,4%	-0,2%	-0,2%	-0,2%
17 SG	3,7%	-0,3%	2,1%	-4,1%	0,3%
18 GR	5,1%	0,0%	0,8%	0,3%	1,5%
19 AG	1,9%	0,3%	0,6%	-0,4%	0,6%
20 TG	-1,5%	-0,8%	-4,5%	-4,7%	-2,9%
21 TI	-2,2%	0,3%	-0,5%	1,0%	-0,4%
22 VD	0,6%	0,5%	0,3%	-0,8%	0,2%
23 VS	1,2%	0,7%	0,9%	-2,2%	0,1%
24 NE	1,5%	1,7%	3,9%	0,0%	1,7%
25 GE	-0,3%	0,0%	-1,2%	1,2%	-0,1%
26 JU	-0,4%	6,4%	0,1%	6,2%	3,0%
CH	1,0%	0,1%	0,0%	-0,1%	0,3%

T 4.6 e Korrelation zwischen der Dichte der Apotheken und der Prämienhöhe

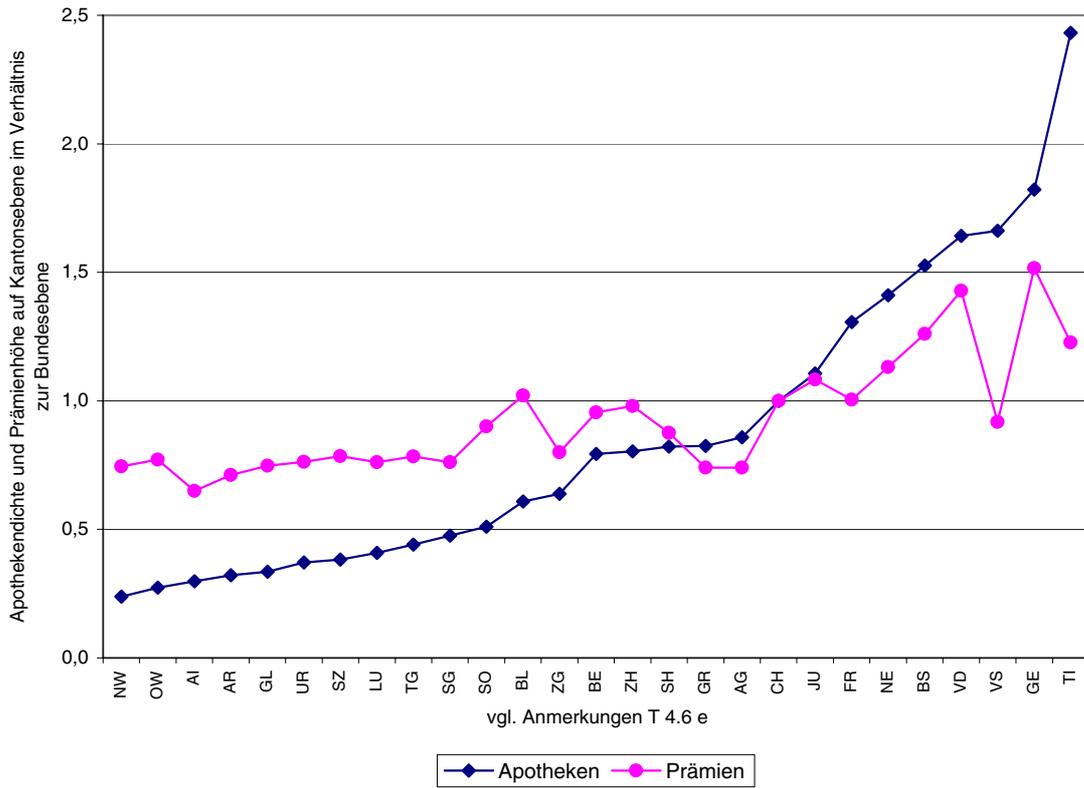
Kantone	Apothekendichte 1)				KVG-Prämien 2)			
	1996	1997	1998	Durchschnitt 96-98	1996	1997	1998	Durchschnitt 96-98
1 ZH	0,81	0,80	0,80	0,80	0,94	0,99	1,01	0,98
2 BE	0,80	0,80	0,78	0,79	0,95	0,95	0,96	0,95
3 LU	0,40	0,40	0,42	0,41	0,79	0,74	0,76	0,76
4 UR	0,37	0,37	0,37	0,37	0,79	0,75	0,75	0,76
5 SZ	0,39	0,38	0,38	0,38	0,78	0,79	0,79	0,79
6 OW	0,27	0,27	0,27	0,27	0,80	0,77	0,74	0,77
7 NW	0,24	0,24	0,24	0,24	0,77	0,74	0,72	0,75
8 GL	0,33	0,34	0,34	0,33	0,75	0,74	0,75	0,75
9 ZG	0,65	0,64	0,63	0,64	0,82	0,81	0,77	0,80
10 FR	1,30	1,31	1,32	1,31	1,05	1,01	0,95	1,00
11 SO	0,52	0,50	0,50	0,51	0,82	0,92	0,96	0,90
12 BS	1,50	1,51	1,57	1,53	1,20	1,26	1,32	1,26
13 BL	0,60	0,61	0,61	0,61	0,97	1,03	1,06	1,02
14 SH	0,82	0,82	0,82	0,82	0,84	0,89	0,89	0,88
15 AR	0,32	0,32	0,32	0,32	0,70	0,71	0,73	0,71
16 AI	0,30	0,30	0,30	0,30	0,66	0,64	0,64	0,65
17 SG	0,48	0,49	0,47	0,48	0,75	0,76	0,78	0,76
18 GR	0,82	0,83	0,83	0,82	0,72	0,76	0,74	0,74
19 AG	0,86	0,86	0,86	0,86	0,64	0,79	0,80	0,74
20 TG	0,46	0,44	0,42	0,44	0,74	0,79	0,82	0,78
21 TI	2,43	2,42	2,44	2,43	1,21	1,22	1,25	1,23
22 VD	1,64	1,65	1,64	1,64	1,52	1,42	1,35	1,43
23 VS	1,66	1,68	1,64	1,66	1,00	0,91	0,84	0,92
24 NE	1,38	1,43	1,43	1,41	1,10	1,12	1,18	1,13
25 GE	1,83	1,81	1,83	1,82	1,53	1,52	1,51	1,52
26 JU	1,08	1,08	1,15	1,11	1,09	1,05	1,10	1,08
CH	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

1) Anzahl Apotheken pro 10'000 Einwohner auf Kantonsebene im Vergleich zum Apothekendurchschnitt auf Bundesebene

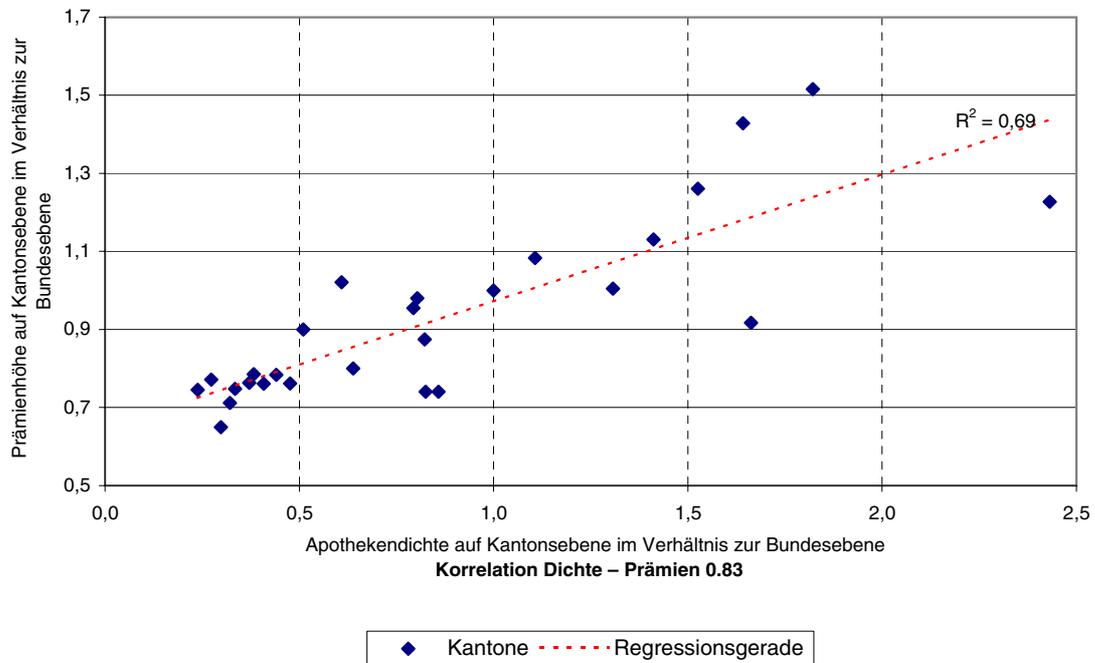
2) Auf Kantonsebene zu zahlende Prämie der obligatorischen Grundversicherung mit normaler Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt des gesamten Versichertenbestand der Tarifzonen 1, 2 und 3, im Vergleich zum Prämiedurchschnitt auf Bundesebene

Quelle: T 4.6 c und T 4.5 e

**G 4.6 e1 Korrelation zwischen Apothekendichte und Prämienhöhe
1996-98**



**G 4.6 e2 Korrelation zwischen Apothekendichte und Prämienhöhe
1996-98**



T 5.1 a Entwicklung der Kosten im Gesundheitssystem und des Bruttoinlandprodukts

Jahr	Kosten des Gesundheitssystems	Anstieg im Vergleich zum Vorjahr	Bruttoinland- produkt (PIB)	Gesundheitskosten im Vergleich zum BIP	BIP-Index	Kostenindex des Gesundheitssystems
	Mio Fr.	%	mio. fr.	%	1985=100	1985=100
1985	18 383,5	-	237 206	7,8	100,0	100,0
1986	19 772,3	7,6	248 492	8,0	104,8	107,6
1987	21 113,0	6,8	257 175	8,2	108,4	114,8
1988	22 560,9	6,9	272 726	8,3	115,0	122,7
1989	24 447,2	8,4	293 316	8,3	123,7	133,0
1990	26 279,0	7,5	317 303	8,3	133,8	142,9
1991	29 693,9	13,0	333 661	8,9	140,7	161,5
1992	31 719,4	6,8	342 363	9,3	144,3	172,5
1993	32 712,6	3,1	349 799	9,4	147,5	177,9
1994	33 817,1	3,4	357 463	9,5	150,7	184,0
1995	35 050,4	3,6	363 329	9,6	153,2	190,7
1996	36 959,5	5,4	365 833	10,1	154,2	201,0
1997	38 044,4	2,9	371 590	10,2	156,7	206,9
1998	39 526,8	3,9	380 011	10,4	160,2	215,0

Quelle: BFS

T 5.1 b Schweizerischer Konsumentenpreisindex: Allgemeiner Kostenindex und Gesundheitspflegein

Jahresdurchschnitt (Berechnungsbasis Mai 93 = 100)

	1994	1995	1996	1997	1998
Allgemeiner Kostenindex	100,7609	102,5744	103,4069	103,9448	103,9635
Gesundheitspflege	101,9435	103,7915	105,7467	106,5513	107,0666
Ärztliche Leistungen	100,0253	100,3410	100,8512	101,2345	101,1890
Zahnärztliche Leistungen	101,6350	102,3995	103,0543	103,6191	104,3635
Spitalleistungen	103,2072	105,9910	109,6154	111,1806	112,8997
Arzneimittel	101,4226	104,0641	104,4094	103,9956	101,2011
Paramedizinische Leistungen	100,0000	100,0000	99,9504	99,5724	100,3978
Medizintechnische Geräte	101,5847	102,1910	102,3444	101,5860	100,7607

Jahresdurchschnitt (aktualisierte Berechnungsbasis 1994 = 100)

	1994	1995	1996	1997	1998
Allgemeiner Kostenindex	100,0000	101,7998	102,6260	103,1599	103,1784
Gesundheitspflege	100,0000	101,8128	103,7307	104,5200	105,0254
Ärztliche Leistungen	100,0000	100,3156	100,8257	101,2089	101,1634
Zahnärztliche Leistungen	100,0000	100,7522	101,3965	101,9522	102,6846
Spitalleistungen	100,0000	102,6973	106,2091	107,7256	109,3913
Arzneimittel	100,0000	102,6044	102,9449	102,5369	99,7816
Paramedizinische Leistungen	100,0000	100,0000	99,9504	99,5724	100,3978
Medizintechnische Geräte	100,0000	100,5968	100,7478	100,0013	99,1889

Jährliche Abweichungen (Berechnungsbasis Mai 93 = 100)

	1994	1995	1996	1997	1998
Allgemeiner Kostenindex	-	1,80%	0,81%	0,52%	0,02%
Gesundheitspflege	-	1,81%	1,88%	0,76%	0,48%
Ärztliche Leistungen	-	0,32%	0,51%	0,38%	-0,04%
Zahnärztliche Leistungen	-	0,75%	0,64%	0,55%	0,72%
Spitalleistungen	-	2,70%	3,42%	1,43%	1,55%
Arzneimittel	-	2,60%	0,33%	-0,40%	-2,69%
Paramedizinische Leistungen	-	0,00%	-0,05%	-0,38%	0,83%
Medizintechnische Geräte	-	0,60%	0,15%	-0,74%	-0,81%

Quelle: BFS

Methode zur Ermittlung des Index "Gesundheitspflege":

- Gesundheitskosten: Gewichtung nach den 6 in der Folge aufgeführten Teilindizes:
 - Ärztliche Leistungen: Gewichtung nach 26 kantonalen Indizes; für jeden Kanton werden die 30 umsatzstärksten Tarifpositionen ermittelt
 - Zahnärztliche Leistungen: Kostenermittlung von 11 typischen Leistungsarten in 24 Gemeinden, bei 50 Zahnärzten
 - Spitalleistungen: Gewichtung nach 26 kantonalen Indizes unter Berücksichtigung der Tarife für stationäre und ambulante Diens Betrachtet wurden 4 Kategorien von Einrichtungen: Akutpflege, psychiatrische Behandlungen, öffentliche Spitäler und Privatkli
 - Arzneimittel: Kostenermittlung bei 200 Medikamenten in den 10 umsatzstärksten Behandlungskategorien
 - Paramedizinische Leistungen: Kostenermittlung nach den typischen Leistungen in den Bereichen Physiotherapie und Labordien
 - Medizintechnische Geräte: Kostenermittlung nach den typischen Leistungen in den Bereichen Augenoptik (Brillen und Kontaktlinsen in 24 Gemeinden) und Hörgeräte (Kostenfeststellung nach den 6 - nach BSV-Tarif - meistverkauften Geräten)

T 5.2.1 a Kosten nach Leistungserbringer (in Mio. Fr.)

Leistungserbringer	1994	1995	1996	1997	1998*	Veränderung 1997-98* in %
Pflegeinstitutionen						
(stationäre Pflege)	18 541,8	18 898,1	19 835,5	20 325,6	20 970,0	3,2%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	16 788,8	17 026,0	17 786,6	18 182,4	18 749,8	3,1%
Einrichtungen für Behinderte	1 753,0	1 872,1	2 048,9	2 143,2	2 220,2	3,6%
Ambulante Gesundheitsdienste	12 969,2	13 694,2	14 440,9	15 096,4	15 777,7	4,5%
Ärzte	5 790,7	6 123,1	6 408,6	6 645,9	6 900,0	3,8%
Zahnärzte	2 734,3	2 871,6	3 101,4	3 283,5	3 306,5	0,7%
Physiotherapeuten	428,0	447,5	450,2	456,6	551,4	20,8%
Spitex	638,4	702,3	772,5	768,4	814,5	6,0%
Andere ambulante Dienste	551,3	547,1	576,9	689,0	740,6	7,5%
Medizinische Labors	281,4	295,6	319,2	338,0	441,7	30,7%
Apotheken	2 278,0	2 440,0	2 546,0	2 646,0	2 757,0	4,2%
Drogerien	267,0	267,0	266,0	269,0	266,0	-1,1%
	638,4	702,3	772,5	768,4	814,5	6,0%
Sozialversicherungen und Staat	2 306,1	2 458,1	2 683,1	2 622,4	2 779,2	6,0%
Sozialversicherung	1 502,3	1 597,9	1 814,0	1 802,4	1 941,8	7,7%
Staat	803,8	860,2	869,1	820,0	837,4	2,1%
Total	33 817,1	35 050,4	36 959,5	38 044,4	39 526,8	3,9%

T 5.2.1 b Kosten nach Leistungserbringer (in %)

Leistungserbringer	1994	1995	1996	1997	1998*
Pflegeinstitutionen					
(stationäre Pflege)	54,8%	53,9%	53,7%	53,4%	53,1%
Akutspitäler und Einrichtungen für Langzeitpflege	49,6%	48,6%	48,1%	47,8%	47,4%
Einrichtungen für Behinderte	5,2%	5,3%	5,5%	5,6%	5,6%
Ambulante Gesundheitsdienste	38,4%	39,1%	39,1%	39,7%	39,9%
Ärzte	17,1%	17,5%	17,3%	17,5%	17,5%
Zahnärzte	8,1%	8,2%	8,4%	8,6%	8,4%
Physiotherapeuten	1,3%	1,3%	1,2%	1,2%	1,4%
Spitex	1,9%	2,0%	2,1%	2,0%	2,1%
Andere ambulante Dienste	1,6%	1,6%	1,6%	1,8%	1,9%
Medizinische Labors	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,1%
Apotheken	6,7%	7,0%	6,9%	7,0%	7,0%
Drogerien	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%
	1,9%	2,0%	2,1%	2,0%	2,1%
Sozialversicherungen und Staat	6,8%	7,0%	7,3%	6,9%	7,0%
Sozialversicherungen	4,4%	4,6%	4,9%	4,7%	4,9%
Staat	2,4%	2,5%	2,4%	2,2%	2,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

T 5.2.2 a Ausgaben nach beanspruchten Gütern und Dienstleistungen (in Mio. Fr.)

Art der Leistungen	1994	1995	1996	1997	1998*	Veränderung 1997-98* in %
Stationäre Pflege	16 759,1	16 959,1	17 768,5	18 149,5	18 510,6	2,0%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	16 788,8	17 026,0	17 786,6	18 182,4	18 749,8	3,1%
davon ambulante Pflege	-1 340,7	-1 475,0	-1 591,0	-1 680,1	-1 920,3	-14,3%
davon Arzneimittel	-442,0	-464,0	-476,0	-496,0	-539,0	-8,7%
Einrichtungen für Behinderte	1 753,0	1 872,1	2 048,9	2 143,2	2 220,2	3,6%
Ambulante Pflege	11 047,9	11 710,2	12 408,9	12 998,5	13 741,2	5,7%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	1 340,7	1 475,0	1 591,0	1 680,1	1 920,3	14,3%
Ärzte	5 790,7	6 123,1	6 408,6	6 645,9	6 900,0	3,8%
davon Zahnärzte	-717,0	-752,0	-811,0	-863,0	-933,8	-8,2%
Zahnärzte	2 734,3	2 871,6	3 101,4	3 283,5	3 306,5	0,7%
Physiotherapeuten	428,0	447,5	450,2	456,6	551,4	20,8%
Spitex	638,4	702,3	772,5	768,4	814,5	6,0%
Andere ambulante Dienste	551,3	547,1	576,9	689,0	740,6	7,5%
Medizinische Labors	281,4	295,6	319,2	338,0	441,7	30,7%
Arzneimittel	3 704,0	3 923,0	4 099,0	4 274,0	4 495,8	5,2%
Apotheken	2 278,0	2 440,0	2 546,0	2 646,0	2 757,0	4,2%
Ärzte	717,0	752,0	811,0	863,0	933,8	8,2%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	442,0	464,0	476,0	496,0	539,0	8,7%
Drogerien	267,0	267,0	266,0	269,0	266,0	-1,1%
Prävention	589,5	657,3	672,3	627,4	646,8	3,1%
Unfallversicherung UVG	99,4	106,4	106,8	107,5	109,5	1,9%
Fonds für Verkehrssicherheit	17,9	22,8	21,9	13,3	15,1	13,5%
Infektionskrankheiten	62,3	61,4	78,4	73,4	71,8	-2,2%
Alkoholismus und Betäubungsmittel	128,8	158,9	161,3	155,8	164,2	5,4%
Lebensmittelkontrolle	127,9	137,4	129,2	107,4	113,3	5,5%
Schulgesundheitsdienst	153,2	170,4	174,7	170,0	172,9	1,7%
Verwaltung	1 716,6	1 800,8	2 010,8	1 995,0	2 132,4	6,9%
Krankenkassen	1 154,8	1 230,6	1 431,7	1 430,0	1 545,5	8,1%
Unfallversicherung UVG	137,9	138,3	139,3	141,9	159,4	12,3%
IV-AHV	92,3	99,8	114,3	109,7	112,3	2,4%
Öffentliches Gesundheitswesen	331,6	332,1	325,5	313,4	315,2	0,6%
Total	33 817,1	35 050,4	36 959,5	38 044,4	39 526,8	3,9%

Quelle: BFS

* 1998: Vorläufige Werte

T 5.2.2 b Ausgaben nach beanspruchten Gütern und Dienstleistungen (in %)

Art der Leistungen	1994	1995	1996	1997	1998*
Stationäre Pflege	49,6%	48,4%	48,1%	47,7%	46,8%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	49,6%	48,6%	48,1%	47,8%	47,4%
davon ambulante Pflege	-4,0%	-4,2%	-4,3%	-4,4%	-4,9%
davon Arzneimittel	-1,3%	-1,3%	-1,3%	-1,3%	-1,4%
Einrichtungen für Behinderte	5,2%	5,3%	5,5%	5,6%	5,6%
Ambulante Pflege	32,7%	33,4%	33,6%	34,2%	34,8%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	4,0%	4,2%	4,3%	4,4%	4,9%
Ärzte	17,1%	17,5%	17,3%	17,5%	17,5%
davon Zahnärzte	-2,1%	-2,1%	-2,2%	-2,3%	-2,4%
Zahnärzte	8,1%	8,2%	8,4%	8,6%	8,4%
Physiotherapeuten	1,3%	1,3%	1,2%	1,2%	1,4%
Spitex	1,9%	2,0%	2,1%	2,0%	2,1%
Andere ambulante Dienste	1,6%	1,6%	1,6%	1,8%	1,9%
Medizinische Labors	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,1%
Arzneimittel	11,0%	11,2%	11,1%	11,2%	11,4%
Apotheken	6,7%	7,0%	6,9%	7,0%	7,0%
Ärzte	2,1%	2,1%	2,2%	2,3%	2,4%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,4%
Drogerien	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%
Prävention	1,7%	1,9%	1,8%	1,6%	1,6%
Unfallversicherung UVG	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Fonds für Verkehrssicherheit	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Infektionskrankheiten	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Alkoholismus und Betäubungsmittel	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%
Lebensmittelkontrolle	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Schulgesundheitsdienst	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%
Verwaltung	5,1%	5,1%	5,4%	5,2%	5,4%
Krankenkassen	3,4%	3,5%	3,9%	3,8%	3,9%
Unfallversicherung UVG	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
IV-AHV	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Öffentliches Gesundheitswesen	1,0%	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: BFS

* 1998: Vorläufige Werte

T 5.3.1 a Finanzierung des Gesundheitssystems nach Wirtschaftseinheiten (in Mio. Fr.)

Finanzierungseinheit	1994	1995	1996	1997	1998*	Veränderung 1997-98* in %
Privathaushalte	8 840,0	9 065,1	8 791,5	9 386,5	9 663,7	3,0%
Davon Rückzahlungen der privaten Versicherer	439,3	351,4	351,4	452,2	459,9	1,7%
Krankenkassen	15 351,8	16 218,3	17 891,5	18 033,0	19 013,9	5,4%
Unfallversicherung UVG	1 147,8	1 146,7	1 156,7	1 174,8	1 309,2	11,4%
IV-AHV 1)	2 230,7	2 375,0	2 584,7	2 748,6	2 828,1	2,9%
Militärversicherung	51,5	46,5	44,1	45,1	43,7	-3,1%
Bund	132,7	150,7	141,7	140,0	140,0	0,0%
Allgemeine Dienste	115,4	131,9	128,0	116,1	116,1	0,0%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	0,0	0,0	1,2	1,4	1,4	0,0%
Alkoholabgabe 2)	17,3	18,8	12,5	22,5	22,5	0,0%
Kantone	4 646,1	4 677,5	4 858,2	4 780,9	4 769,8	-0,2%
Allgemeine Dienste	290,3	325,9	333,8	337,1	341,4	1,3%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	4 117,3	4 039,8	4 180,9	4 092,9	4 056,4	-0,9%
Spitex	67,7	72,8	133,7	138,9	157,0	13,0%
Einrichtungen für Behinderte	170,8	239,0	209,8	212,0	215,0	1,4%
Gemeinden	805,6	712,8	856,1	918,5	918,5	0,0%
Allgemeine Dienste	183,5	176,3	180,4	169,3	169,3	0,0%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	483,8	398,2	502,5	562,4	562,4	0,0%
Spitex	115,3	118,7	115,0	119,7	119,7	0,0%
Einrichtungen für Behinderte	23,0	19,6	58,2	67,1	67,1	0,0%
Ausland 3)	610,9	657,7	635,0	817,0	840,0	2,8%
Total	33 817,1	35 050,4	36 959,5	38 044,4	39 526,8	3,9%

1) Einschliesslich der Beiträge der AHV an die Altershilfe (Pflege zu Hause).

2) Anteil der Kantone am Reingewinn der Eidgenössischen Alkoholverwaltung, der zur Bekämpfung von Alkoholismus, Drogenabhängigkeit und Medikamentenmissbrauch verwendet wird.

3) Leistungen der Schweizer Spitäler für im Ausland wohnhafte Personen.

Quelle: BFS

* 1998: Vorläufige Werte

T 5.3.1 b Finanzierung des Gesundheitssystems nach Wirtschaftseinheiten (in %)

Finanzierungseinheit	1994	1995	1996	1997	1998*
Privathaushalte	26,1%	25,9%	23,8%	24,7%	24,4%
Davon Rückzahlungen der privaten Versicherer	1,3%	1,0%	1,0%	1,2%	1,2%
Krankenkassen	45,4%	46,3%	48,4%	47,4%	48,1%
Unfallversicherung UVG	3,4%	3,3%	3,1%	3,1%	3,3%
IV-AHV 1)	6,6%	6,8%	7,0%	7,2%	7,2%
Militärversicherung	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Bund	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Allgemeine Dienste	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Alkoholabgabe 2)	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Kantone	13,7%	13,3%	13,1%	12,6%	12,1%
Allgemeine Dienste	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	12,2%	11,5%	11,3%	10,8%	10,3%
Spitex	0,2%	0,2%	0,4%	0,4%	0,4%
Einrichtungen für Behinderte	0,5%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%
Gemeinden	2,4%	2,0%	2,3%	2,4%	2,3%
Allgemeine Dienste	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%
Akutspitäler und Einrichtungen für die Langzeitpflege	1,4%	1,1%	1,4%	1,5%	1,4%
Spitex	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Einrichtungen für Behinderte	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
Ausland	1,8%	1,9%	1,7%	2,1%	2,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: BFS

* 1998: Vorläufige Werte

**T 5.3.2 a Finanzierung des Gesundheitssystems nach dem Träger
der wirtschaftlichen Belastung (in Mio. Fr.)**

Träger der wirtschaftlichen Belastung	1994	1995	1996	1997	1998*	Veränderung 1997-98* in %
Privathaushalte	21 961,5	22 831,3	24 275,6	24 700,5	25 936,8	5,0%
Direktzahlungen	8 840,0	9 065,1	8 791,5	9 386,5	9 663,7	3,0%
Zahlungen an die Krankenkassen 1)	13 121,5	13 766,2	15 484,1	15 314,0	16 273,1	6,3%
davon Kostenbeteiligung der Versicherten	1 348,4	1 397,2	1 781,9	1 887,2	2 158,7	14,4%
Sozialversicherung 2)	297,7	366,9	378,2	496,6	359,6	-27,6%
Unternehmungen	2 279,0	2 351,4	2 466,7	2 566,7	2 751,1	7,2%
Unfallversicherung UVG	1 147,8	1 146,7	1 156,7	1 174,8	1 309,2	11,4%
AHV-IV	1 131,2	1 204,6	1 310,0	1 391,9	1 442,0	3,6%
Bund	2 420,1	2 885,7	2 506,6	2 753,2	2 822,3	2,5%
Krankenkassen	1 411,3	1 810,7	1 364,8	1 550,6	1 601,2	3,3%
AHV-IV	824,6	877,8	956,0	1 017,5	1 037,4	2,0%
Militärversicherung	51,5	46,5	44,1	45,1	43,7	-3,1%
Gesundheitswesen	132,7	150,7	141,7	140,0	140,0	0,0%
Kantone	5 350,9	5 171,2	5 762,2	5 678,6	5 785,3	1,9%
Krankenversicherung	429,9	201,1	585,3	558,5	666,7	19,4%
AHV-IV	274,9	292,6	318,7	339,2	348,8	2,8%
Gesundheitswesen inkl. Krankenanstalten, Spitex und Invalidität	4 646,1	4 677,5	4 858,2	4 780,9	4 769,8	-0,2%
Gemeinden	897,0	786,2	935,2	1 031,8	1 031,8	0,0%
Krankenversicherung	91,4	73,4	79,1	113,3	113,3	0,0%
Gesundheitswesen inkl. Krankenanstalten, Spitex und Invalidität	805,6	712,8	856,1	918,5	918,5	0,0%
Ausland 3)	610,9	657,7	635,0	817,0	840,0	2,8%
Total	33 817,1	35 050,4	36 959,5	38 044,4	39 526,8	3,9%

1) Nettoprämien, auch Abzug der Beiträge und Kostenbeteiligungen

2) Finanzierung der Krankenkassen

3) Leistungen der Schweizer Spitäler für im Ausland wohnhafte Personen

Quelle: BFS

* 1998: Vorläufige Werte

**T 5.3.2 b Finanzierung des Gesundheitssystems nach dem Träger
der wirtschaftlichen Belastung (in %)**

Träger der wirtschaftlichen Belastung	1994	1995	1996	1997	1998*
Privathaushalte	64,9%	65,1%	65,7%	64,9%	65,6%
Direktzahlungen	26,1%	25,9%	23,8%	24,7%	24,4%
Zahlungen an die Krankenkassen	38,8%	39,3%	41,9%	40,3%	41,2%
davon Kostenbeteiligung der Versicherten	4,0%	4,0%	4,8%	5,0%	5,5%
Sozialversicherung	0,9%	1,0%	1,0%	1,3%	0,9%
Unternehmungen	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	7,0%
Unfallversicherung UVG	3,4%	3,3%	3,1%	3,1%	3,3%
AHV-IV	3,3%	3,4%	3,5%	3,7%	3,6%
Bund	7,2%	8,2%	6,8%	7,2%	7,1%
Krankenkasse	4,2%	5,2%	3,7%	4,1%	4,1%
AHV-IV	2,4%	2,5%	2,6%	2,7%	2,6%
Militärversicherung	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Gesundheitswesen	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Kantone	15,8%	14,8%	15,6%	14,9%	14,6%
Krankenversicherung	1,3%	0,6%	1,6%	1,5%	1,7%
AHV-IV	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%
Gesundheitswesen (inkl. Krankenanstalten, Spitex und Invalidität)	13,7%	13,3%	13,1%	12,6%	12,1%
Gemeinden	2,7%	2,2%	2,5%	2,7%	2,6%
Krankenkasse	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
Gesundheitswesen (inkl. Krankenanstalten, Spitex und Invalidität)	2,4%	2,0%	2,3%	2,4%	2,3%
Ausland	1,8%	1,9%	1,7%	2,1%	2,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: BFS

* 1998: Vorläufige Werte

T 5.4.1 a Kosten und Finanzierung der Spitäler (in Mio. Fr.)

Jahr	Privat- haushalt	Sozialversicherungen					Staat				Ausland	Total
		Kranken- kassen	Unfallver- sicherung UVG	AHV-IV sicherung	Militärver- sicherung	Total	Bund	Kantone	Gemeinden	Total		
1991	1 188	5 271	420	156	29,6	5 876	0,6	3 888	387	4 276	693	12 033
1992	947	5 894	490	175	28,0	6 587	0,7	3 911	446	4 357	715	12 606
1993	576	6 835	509	210	29,4	7 583	0,0	3 768	357	4 126	565	12 850
1994	902	6 825	483	220	23,1	7 551	0,0	3 812	301	4 113	611	13 177
1995	666	7 319	485	232	21,6	8 058	0,0	3 690	290	3 980	658	13 361
1996	330	7 981	485	237	19,5	8 723	1,2	3 882	356	4 240	635	13 928
1997 *	533	7 726	501	251	20,3	8 498	1,4	3 883	451	4 335	817	14 183
1998 **	811	7 755	553	252	20,1	8 580	1,4	3 876	451	4 328	840	14 559

T 5.4.1 b Kosten und Finanzierung der Spitäler (in %)

Jahr	Privat- haushalt	Sozialversicherungen					Staat				Ausland	Total
		Kranken- kassen	Unfallver- sicherung UVG	AHV-IV sicherung	Militärver- sicherung	Total	Bund	Kantone	Gemeinden	Total		
1991	9,9%	43,8%	3,5%	1,3%	0,25%	48,8%	0,005%	32,3%	3,2%	35,5%	5,8%	100%
1992	7,5%	46,8%	3,9%	1,4%	0,22%	52,2%	0,006%	31,0%	3,5%	34,6%	5,7%	100%
1993	4,5%	53,2%	4,0%	1,6%	0,23%	59,0%	0,000%	29,3%	2,8%	32,1%	4,4%	100%
1994	6,8%	51,8%	3,7%	1,7%	0,18%	57,3%	0,000%	28,9%	2,3%	31,2%	4,6%	100%
1995	5,0%	54,8%	3,6%	1,7%	0,16%	60,3%	0,000%	27,6%	2,2%	29,8%	4,9%	100%
1996	2,4%	57,3%	3,5%	1,7%	0,14%	62,6%	0,009%	27,9%	2,6%	30,4%	4,6%	100%
1997*	3,8%	54,5%	3,5%	1,8%	0,14%	59,9%	0,010%	27,4%	3,2%	30,6%	5,8%	100%
1998**	5,6%	53,3%	3,8%	1,7%	0,14%	58,9%	0,010%	26,6%	3,1%	29,7%	5,8%	100%

Quelle: BFS

* 1997: Aufgrund einer Korrektur bei der Schätzung der Zusatzversicherungen (auf der Basis der neuen BPV-Statistik) ist ein deutlicher Rückgang des von den KVG-Versicherern zu tragenden und ein Anstieg des von den Privathaushalten zu tragenden Anteils festzustellen (Korrektur im Vergleich zu den BSV-Zahlen)

** 1998: Vorläufige Werte

T 5.4.2 a Kosten und Finanzierung der Pflegeheime (in Mio. Fr.)

Jahr	Privat- haushalte	Sozialversicherungen			Staat				Ausland	Total
		Kranken- kassen	Unfallver- sicherung UVG	AHV-IV	Militärver- sicherung	Total	Bund	Kantone			Gemeinden
		1)	2)	2)					2)	
1991	2 507			0		0	291	169	460	2 967
1992	2 778			0		0	257	243	500	3 278
1993	2 987			0		0	266	204	470	3 457
1994	2 644	450		0	450	0	305	183	488	3 582
1995	2 727	480		0	480	0	350	108	458	3 665
1996	2 754	660		0	660	0	299	146	445	3 859
1997	2 821	889		0	889	0	210	112	322	4 031
1998*	2 807	1 092		0	1 092	0	180	112	292	4 191

T 5.4.2 b Kosten und Finanzierung der Pflegeheime (in %)

Jahr	Privat- haushalte	Sozialversicherungen			Staat				Ausland	Total
		Kranken- kassen	Unfallver- sicherung UVG	AHV-IV	Militärver- sicherung	Total	Bund	Kantone			Gemeinden
		1)	2)	2)					2)	
1991	84,5%			0%		0%	9,8%	5,7%	15,5%	100%
1992	84,8%			0%		0%	7,8%	7,4%	15,2%	100%
1993	86,4%			0%		0%	7,7%	5,9%	13,6%	100%
1994	73,8%	12,6%		0%	12,6%	0%	8,5%	5,1%	13,6%	100%
1995	74,4%	13,1%		0%	13,1%	0%	9,5%	3,0%	12,5%	100%
1996	71,4%	17,1%		0%	17,1%	0%	7,7%	3,8%	11,5%	100%
1997	70,0%	22,0%		0%	22,0%	0%	5,2%	2,8%	8,0%	100%
1998*	67,0%	26,0%		0%	26,0%	0%	4,3%	2,7%	7,0%	100%

Quelle: BFS

- 1) Schätzung des BFS auf der Basis verschiedener Quellen (BSV, KSK) und qualitativer Informationen;
für die Jahre 1996-1997, Zahlen des KSK; ab 1998 Zahlen des BVS, Krankenversicherungsstatistik, nur Grundversicherung
- 2) Praktisch wahrscheinlich nicht bestehende Leistungen, keine Möglichkeit zur Schätzung der Beträge
- * 1998: Vorläufige Werte

T 5.4.3 a Kosten und Finanzierung der Pflege zu Hause (in Mio. Fr.)

Jahr	Privat- haushalte	Sozialversicherungen				Staat				Ausland	Total
		Kranken- kassen UVG	Unfallver- sicherung	AHV-IV	Militärver- sicherung	Total	Bund	Kantone	Gemeinden			Total
		1)	2)	3)	2)					2)	
1991	153	98		67	165	0	57	114	171		488
1992	147	104		82	186	0	68	119	187		519
1993	168	116		99	215	0	79	119	198		580
1994	217	141		98	238	0	68	115	183		638
1995	234	165		112	276	0	73	119	192		702
1996	241	160		119	279	0	134	119	252		773
1997	167	193		150	343	0	139	120	259		768
1998*	162	224		152	376	0	157	120	277		815

T 5.4.3 b Kosten und Finanzierung der Pflege zu Hause (in %)

Jahr	Privat- haushalte	Sozialversicherungen				Staat				Ausland	Total
		Kranken- kassen UVG	Unfallver- sicherung	AHV-IV	Militärver- sicherung	Total	Bund	Kantone	Gemeinden			Total
		1)	2)	3)	2)					2)	
1991	31,3%	20,0%		13,8%	33,8%	0%	11,6%	23,3%	34,9%		100%
1992	28,3%	20,0%		15,8%	35,8%	0%	13,1%	22,9%	35,9%		100%
1993	28,9%	20,0%		17,0%	37,0%	0%	13,5%	20,6%	34,1%		100%
1994	34,0%	22,0%		15,3%	37,4%	0%	10,6%	18,1%	28,7%		100%
1995	33,4%	23,4%		15,9%	39,3%	0%	10,4%	16,9%	27,3%		100%
1996	31,2%	20,7%		15,4%	36,1%	0%	17,3%	15,4%	32,7%		100%
1997	21,7%	25,1%		19,5%	44,6%	0%	18,1%	15,6%	33,7%		100%
1998*	19,9%	27,5%		18,7%	46,2%	0%	19,3%	14,7%	34,0%		100%

Quelle: BFS

1) Schätzung des BFS auf der Basis verschiedener, mit Zahlen belegter Quellen (BSV, KSK) und qualitativer Informationen;

für die Jahre 1996-1997 Zahlen des KSK; ab 1998 Zahlen des BSV, Leistungen der Grundversicherung

2) Praktisch wahrscheinlich nicht bestehende Leistungen, keine Möglichkeit zur Schätzung der Beträge

3) Leistungen gemäss AHVG Art. 101bis, Beiträge an private Spitex-Organisationen

* 1998: Vorläufige Werte

T 6.2.3 a EL-AHV/IV, Anzahl Bezüger und Höhe der Ausgaben

Jahr	Anzahl der Bezüger		Ausgaben pro Jahr*	
	am 31.12	1987=100	in Mio. Fr.	1987=100
1987	140 897	100,0	1 057,6	100,0
1988	142 099	100,9	1 153,0	109,0
1989	146 210	103,8	1 243,4	117,6
1990	151 379	107,4	1 433,6	135,6
1991	161 535	114,6	1 637,8	154,9
1992	161 306	114,5	1 894,4	179,1
1993	161 438	114,6	2 035,7	192,5
1994	162 261	115,2	2 112,4	199,7
1995	165 445	117,4	2 157,6	204,0
1996	154 490	109,6	1 904,5	180,1
1997	166 938	118,0	2 029,6	192,0
1998	176 461	125,0	2 142,9	203,0

* 1991, ohne Jubiläumszuschläge

Quelle: BSV

**T 6.2.3 b EL-AHV/IV Anzahl Bezüger, Leistungen (in Mio. Fr.),
Leistungsschwankung in % und Finanzierung nach Kantonen**

Kanton	1995				1996			
	Bezüger	Leistung	Diff. 94-95 in %	Bund*	Bezüger	Leistung	Diff. 95-96 in %	Bund *
ZH	23 687	337,9	-	10%	24 487	336,9	-0,3%	10%
BE	21 827	318,4	-	30%	19 858	278,3	-12,6%	33%
LU	8 665	95,9	-	31%	7 637	92,4	-3,6%	28%
UR	655	6,3	-	35%	586	6	-4,8%	35%
SZ	1 667	23,4	-	28%	1 562	19	-18,8%	25%
OW	591	5,5	-	35%	591	5,6	1,8%	35%
NW	430	4,3	-	21%	399	4,2	-2,3%	16%
GL	709	10	-	28%	658	8,6	-14,0%	30%
ZG	976	10,4	-	10%	993	9,9	-4,8%	10%
FR	6 556	88,8	-	34%	5 685	74,6	-16,0%	35%
SO	4 278	61,9	-	25%	3 722	49	-20,8%	27%
BS	7 928	110,3	-	10%	7 358	102,3	-7,3%	10%
BL	3 719	54,9	-	16%	3 549	50,2	-8,6%	10%
SH	1 355	13,9	-	24%	1 214	12,3	-11,5%	19%
AR	950	11,8	-	33%	880	10,4	-11,9%	35%
AI	207	2,6	-	35%	189	2,1	-19,2%	35%
SG	8 811	112,5	-	24%	8 274	105,3	-6,4%	23%
GR	2 650	24,8	-	33%	2 466	24,8	-0,1%	31%
AG	5 920	73,5	-	20%	5 171	55,6	-24,4%	19%
TG	3 286	45,5	-	26%	2 951	37,1	-18,5%	22%
TI	12 587	128,7	-	31%	12 670	120,8	-6,1%	28%
VD	20 561	278,2	-	22%	16 992	221,2	-20,5%	21%
VS	3 994	43	-	35%	3 477	29,5	-31,4%	35%
NE	5 128	84,2	-	35%	4 659	68,2	-19,0%	35%
GE	12 828	184,9	-	10%	16 529	158,5	-14,3%	10%
JU	2 274	26	-	35%	1 933	21,6	-16,9%	35%
CH	162 239	2 157,6	-	22%	154 490	1 904,5	-11,7%	22%

Kanton	1997				1998			
	Bezüger	Leistung	Diff. 96-97 in %	Bund*	Bezüger	Leistung	Diff. 97-98 in %	Bund*
ZH	24 129	349,4	3,7%	10%	25 011	346,4	-0,9%	10%
BE	22 551	284,2	2,1%	33%	23 416	294,7	3,7%	32%
LU	8 513	99,3	7,5%	28%	9 057	107	7,8%	29%
UR	618	6,2	3,3%	35%	639	6,6	6,5%	34%
SZ	1 816	20,9	10,0%	25%	2 166	24,2	15,8%	23%
OW	566	5,7	1,8%	35%	610	6,4	12,3%	35%
NW	451	4,5	7,1%	16%	492	4,9	8,9%	16%
GL	718	9	4,7%	30%	761	9,5	5,6%	30%
ZG	1 078	10,8	9,1%	10%	1 193	12,3	13,9%	10%
FR	6 152	77,3	3,6%	35%	6 388	82,9	7,2%	35%
SO	4 141	51,2	4,5%	27%	4 471	52,2	2,0%	24%
BS	7 441	107,6	5,2%	10%	7 428	110,7	2,9%	10%
BL	3 475	53,5	6,6%	10%	3 700	56,7	6,0%	11%
SH	1 394	13,6	10,6%	19%	1 526	15	10,3%	18%
AR	958	11,1	6,7%	35%	1 010	12,3	10,8%	35%
AI	198	2,3	9,5%	35%	216	2,4	4,3%	35%
SG	9 065	112,4	6,7%	23%	9 867	120,6	7,3%	23%
GR	2 855	26,9	8,6%	31%	3 119	31,4	16,7%	32%
AG	6 119	72,8	30,9%	19%	6 803	82,4	13,2%	18%
TG	3 255	40,1	8,1%	22%	3 614	43,4	8,2%	22%
TI	13 022	125,8	4,1%	28%	13 791	141,2	12,2%	25%
VD	20 812	243,7	10,2%	21%	21 638	254,4	4,4%	21%
VS	3 525	33,1	12,2%	35%	3 800	36,8	11,2%	35%
NE	4 688	71,4	4,7%	35%	5 335	75,6	5,9%	35%
GE	17 275	173,3	9,3%	10%	17 603	188	8,5%	10%
JU	2 123	23,5	8,8%	35%	2 807	24,9	6,0%	35%
CH	166 938	2 029,6	6,6%	22%	176 461	2 142,9	5,6%	21%

* Anteil der Bundesbeiträge in % des Leistungstotalis

**T 6.2.3 c Entlastungen für Bund und Kantone
im Bereich der Ergänzungsleistungen (in Mio. Fr.)**

	1995	1996	Diff. 95-96	Diff. 95-96 in %
Bund	482,9	414,3	-68,6	-14,2%
Kantone	1674,7	1490,2	-184,5	-11,0%
Total	2157,6	1904,5	-253,1	-11,7%

Quelle: auf den vorhergehenden Tabellen basierende Schätzungen

T 6.2.3 d EL- AHV/IV, Kostenverteilung (in Mio. Fr.)

Jahr	Periodische Ergänzungsleistungen			Krankheitskosten*	Ausgaben Total
	zu Hause	im Heim	Total		
1987	433,2	474,1	907,2	150,4	1 057,6
1988	479,4	551,1	1 030,5	122,5	1 153,0
1989	501,1	616,8	1 117,9	125,5	1 243,4
1990	575,2	718,7	1 293,8	139,8	1 433,6
1991	662,5	839,5	1 502,0	135,8	1 637,8
1992	707,3	972,8	1 680,2	214,2	1 894,4
1993	684,6	1 070,4	1 755,0	280,7	2 035,7
1994	709,9	1 132,6	1 842,5	269,9	2 112,4
1995	749,7	1 142,1	1 891,9	265,7	2 157,6
1996	595,4	1 059,7	1 655,1	249,4	1 904,5
1997	711,5	1 080,6	1 792,1	237,5	2 029,6
1998**	754,2	1 101,5	1 855,7	287,3	2 142,9

* vom KVG nicht übernommen

** provisorische Werte

Quelle: BSV

**T 6.2.3 e Nichtperiodische Krankheits- und Invaliditätskosten,
welche durch die EL zurückerstattet werden**

Kanton	in Mio. Fr.			
	1995	1996	1997	1998
BE	15,25	14,53	17,55	19,49
LU	7,6	6,07	7,76	7,22
ZG	0,89	... *	...	...
BS	...	...	...	10,56
AG	4,11	3,51	3,68	4,25
NE	6,02	4,82	5,88	6,35

* : nicht verfügbarer Wert

Quelle : BSV, EL-Aktuell, 1/99.

T 6.2.3 f Wichtigste rückerstattete Kostengruppen in % der gesamten Krankheits- und Invaliditätskosten

Kanton	Krankenkasse (Selbstbehalt und Franchise)				Heime			
	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998
BE	16%	23%	36%	42%	10%	10%	8%	7%
LU	19%	24%	30%	42%	30%	30%	30%	14%
AG	25%	35%	44%	51%	18%	17%	15%	8%
NE	20%	28%	24%	35%	26%	23%	24%	31%
BS	... *	...	...	34%	...	...	...	17%
Durchschnitt	20%	28%	34%	41%	21%	20%	19%	15%

Kanton	Zahnartzkosten				Hilfe und Pflege zu Hause			
	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998
BE	16%	19%	18%	19%	23%	28%	25%	26%
LU	22%	27%	27%	31%	6%	7%	5%	6%
AG	22%	21%	27%	27%	12%	9%	6%	5%
NE	19%	26%	18%	23%	26%	15%	27%	6%
BS	...	...	...	26%	...	...	...	7%
Durchschnitt	20%	23%	23%	25%	17%	15%	16%	10%

Kanton	Spitäler			
	1995	1996	1997	1998
BE	23%	10%	2%	0%
LU	5%	3%	1%	0%
AG	9%	4%	1%	0%
NE	2%	2%	0%	0%
BS	...	...	...	9%
Durchschnitt	10%	5%	1%	2%

*: nicht verfügbarer Wert

T 6.3 a/b Durchschnittliche Berechnungskomponenten für Ergänzungsleistungen, Vergleich für eine alleinstehende Person

Komponente	a - Bezüger zu Hause			b - Bezüger im Heim		
	monatlicher Durchschnitt in Fr.			monatlicher Durchschnitt in Fr.		
	März 95	März 96	März 97	März 95	März 96	März 97
<i>Ausgaben</i>						
Lebensbedarf	1 388	1 409	1 446	...	...	...
+ anerkannte Miete	507	542	557	...	...	2
+ Heimkosten	***	...	...	3 942	4 005	4 146
+ Persönliche Auslagen	...	...	...	311	328	333
+ Krankenkassenprämie	180	0	0	169	0	0
+ Andere Ausgaben	34	36	40	36	36	42
= Anerkannte Ausgaben	2 109	1 987	2 043	4 458	4 369	4 523
<i>Einnahmen</i>						
AHV/IV-Rente	1 392	1 362	1 356	1 430	1 436	1 470
+ Andere Renten	54	48	54	152	150	152
+ Hilfenentschädigung	...	...	...	168	169	195
+ Krankenkassenbeiträge	...	...	...	188	334	460
+ Andere Einkommen	128	109	108	326	278	254
= Anrechenbare Einnahmen	1 574	1 519	1 518	2 264	2 367	2 531
<i>EL-Betrag</i>						
Anerkannte Ausgaben	2 109	1 987	2 043	4 458	4 369	4 523
- Anrechenbare Einnahmen	1 574	1 519	1 518	2 264	2 367	2 531
- Restbetrag**	2	2	2	463	339	302
= EL-Betrag	533	466	523	1 731	1 663	1 690
Anzahl Alleinstehender	89 360	79 870	82 545	50 280	49 080	49 261

Komponente	a - Bezüger zu Hause				b - Bezüger im Heim			
	Schwankungen		Schwankungen		Schwankungen		Schwankungen	
	März 95-96	März 96-97	März 95-96	März 96-97	März 95-96	März 96-97	März 95-96	März 96-97
	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %
<i>Ausgaben</i>								
Lebensbedarf	21	1,5%	37	2,6%	...	...	...	...
+ anerkannte Miete	35	6,9%	15	2,8%	...	...	...	...
+ Heimkosten	...	...	...	...	63	1,6%	141	3,5%
+ Persönliche Auslagen	...	...	...	...	17	5,5%	5	1,5%
+ Krankenkassenprämie	-180	-100,0%	0	-	-169	-100,0%	0	-
+ Andere Ausgaben	2	5,9%	4	11,1%	0	0,0%	6	16,7%
= Anerkannte Ausgaben	-122	-5,8%	56	2,8%	-89	-2,0%	154	3,5%
<i>Einnahmen</i>								
AHV/AI-Rente	-30	-2,2%	-6	-0,4%	6	0,4%	34	2,4%
+ Andere Renten	-6	-11,1%	6	12,5%	-2	-1,3%	2	1,3%
+ Hilfenentschädigung	...	...	...	...	1	0,6%	26	15,4%
+ Krankenkassenbeiträge	...	...	...	...	146	77,7%	126	37,7%
+ Andere Einkommen	-19	-14,8%	-1	-0,9%	-48	-14,7%	-24	-8,6%
= Anrechenbare Einnahmen	-55	-3,5%	-1	-0,1%	103	4,5%	164	6,9%
<i>EL-Betrag</i>								
Anerkannte Ausgaben	-122	-5,8%	56	2,8%	-89	-2,0%	154	3,5%
- Anrechenbare Einnahmen	-55	-3,5%	-1	-0,1%	103	4,5%	164	6,9%
- Restbetrag**	0	0,0%	0	0,0%	-124	-26,8%	-37	-10,9%
= EL-Betrag	-67	-12,6%	57	12,2%	-68	-3,9%	27	1,6%
Anzahl Alleinstehender	-9 490	-10,6%	2 675	3,3%	-1 200	-2,4%	181	0,4%

* Heimaufenthalt

** aufgrund der Erreichung des Maximalbetrages von den EL nicht gedeckt.

***nicht verfügbarer Wert

Quellen: BSV, Zahlen und Trends bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, in EL-Aktuell 2/1996; Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, 1997, Bern 1998

T 6.3 c Entlastung bei den Ergänzungsleistungs- Ausgaben 1995/1996 *

Mio. Fr.	Bezüger zu Hause	Bezüger im Heim	Total
Krankenkassenprämien**	204	66	270
Beiträge der Krankenkassen für Heimaufenthalte	-	71	71
Total	204	137	341

* Unter Berücksichtigung der Einkommensgrenzen und den vom EL-System ausgeschlossenen Bezüger

** Von der EL-Berechnung ausgeschlossene Prämien, mit Ausnahme der Kantone Zürich und Tessin.

Quelle: BSV, Auswirkungen des neuen KVG auf die EL (internes Dokument)

T 7.2.1 a Sozialhilfe-Ausgaben 1990-1998: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.

Jahr	Kantone	Gemeinden	Kantone und Gemeinden
1990	682,8	464,5	1 147,2
1991	892,6	649,5	1 542,1
1992	1 011,5	701,2	1 712,7
1993	1 059,1	917,1	1 976,2
1994	1 231,5	957,1	2 188,7
1995	1 210,7	1 120,1	2 330,8
1996	1 072,4	968,1	2 040,5
1997	1 125,9	1 104,8	2 230,7
1998*	1 276,0		

* 1998 provisorische Daten, Daten für Gemeinden noch nicht verfügbar

Quelle: EFV

T 7.2.1 b Sozialhilfe-Ausgaben: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.

	1994	1995	1996	1997	1998*
Kantone (ohne Gemeinden)					
Fürsorge	1 231,5	1 210,7	1 072,4	1 125,9	1 276,0
Altersfürsorge	247,4	192,6	113,3	144,5	149,9
Armenunterstützung	321,1	388,0	441,9	507,2	545,5
Arbeitsämter	257,8	279,8	210,4	201,3	265,0
Auslandschweizerhilfe	0,326	0,326	0,325	0,105	1,343
Übrige Fürsorge	404,9	350,0	306,5	272,8	314,3
Gemeinden					
Fürsorge	957,1	1 120,1	968,1	1 104,8	
Altersfürsorge	77,6	83,3	108,1	104,4	
Armenunterstützung	534,4	540,2	444,4	526,3	
Arbeitsämter	123,7	164,8	118,5	95,3	
Auslandschweizerhilfe	0,0	0,1	0,0	0,0	
Übrige Fürsorge	221,5	331,7	297,2	378,8	
Kantone und Gemeinden					
Fürsorge	2 188,7	2 330,8	2 040,5	2 230,7	
Altersfürsorge	325,0	275,8	221,4	249,0	
Armenunterstützung	855,4	928,2	886,2	1 033,6	
Arbeitsämter	381,5	444,6	328,9	296,6	
Auslandschweizerhilfe	0,330	0,383	0,327	0,093	
Übrige Fürsorge	626,5	681,7	603,7	651,5	

* provisorische Daten für Kantone, Daten für Gemeinden noch nicht verfügbar

Quelle: EFV

T 7.2.1 c Armenunterstützungs-Ausgaben 1990-1998: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.

Jahr	Kantone	Gemeinden	Kantone und Gemeinden
1990	347,8	148,4	496,2
1991	339,1	238,6	577,7
1992	441,8	265,8	707,6
1993	467,4	357,2	824,6
1994	321,1	534,4	855,4
1995	388,0	540,2	928,2
1996	441,9	444,4	886,2
1997	507,2	526,3	1 033,6
1998*	545,5		

* 1998 provisorische Daten, Daten für Gemeinden noch nicht verfügbar

Quelle: EFV

T 7.2.1 d Altersfürsorge-Ausgaben 1990-1998: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.

Jahr	Kantone	Gemeinden	Kantone und Gemeinden
1990	107,0	40,2	147,2
1991	239,6	88,9	328,5
1992	199,5	105,1	304,6
1993	141,9	103,7	245,6
1994	247,4	77,6	325,0
1995	192,6	83,3	275,8
1996	113,3	108,1	221,4
1997	144,5	104,4	249,0
1998*	149,9		

* 1998 provisorische Daten, Daten für Gemeinden noch nicht verfügbar

Quelle: EFV

**T 7.2.1 e Ausgaben für Arbeitsämter, Arbeitslosenfürsorge, Krisenhilfe usw. 1990-1998:
Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.**

Jahr	Kantone	Gemeinden	Kantone und Gemeinden
1990	65,6	27,9	93,6
1991	88,7	35,9	124,7
1992	133,8	51,3	185,1
1993	184,7	112,6	297,3
1994	257,8	123,7	381,5
1995	279,8	164,8	444,6
1996	210,4	118,5	328,9
1997	201,3	95,3	296,6
1998*	265,0		

* 1998 provisorische Daten, Daten für Gemeinden noch nicht verfügbar

Quelle: EFV

T 7.2.1 f Übrige Sozialhilfe-Ausgaben 1990-1998: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.

Jahr	Kantone	Gemeinden	Kantone und Gemeinden
1990	162,3	248,0	410,3
1991	225,2	286,0	511,2
1992	236,4	279,0	515,4
1993	265,1	343,6	608,7
1994	405,3	221,5	626,8
1995	350,4	331,7	682,1
1996	306,8	297,2	604,0
1997	272,9	378,8	651,6
1998*	315,7		

* 1998 provisorische Daten, Daten für Gemeinden noch nicht verfügbar

Quelle: EFV

T 7.2.1 g Armenunterstützung-Ausgaben

Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.

	<u>Nettobelastung</u>				<u>Veränderung in %</u>		
	1994	1995	1996	1997	var 94/95	var 95/96	var 96/97
ZH	139,5	150,9	156,0	181,1	8,2%	3,4%	16,1%
BE	185,8	208,0	91,8	209,0	12,0%	-55,9%	127,7%
LU	42,5	54,8	36,4	39,1	29,1%	-33,6%	7,5%
UR	0,8	1,4	1,4	1,9	82,1%	0,8%	35,2%
SZ	7,0	9,5	11,0	11,9	36,3%	15,7%	8,1%
OW	1,2	1,5	2,0	1,2	21,4%	30,9%	-41,2%
NW	2,1	1,2	1,3	1,3	-42,3%	4,7%	3,6%
GL	4,5	4,6	5,8	5,3	1,1%	26,0%	-8,8%
ZG	6,1	5,9	8,0	10,0	-3,0%	35,1%	23,9%
FR	5,6	8,8	9,0	10,1	57,4%	2,2%	13,0%
SO	15,3	18,5	27,4	26,2	21,3%	47,7%	-4,2%
BS	126,3	113,0	109,6	112,4	-10,6%	-3,0%	2,6%
BL	16,3	13,0	31,6	29,9	-20,0%	141,9%	-5,4%
SH	8,1	9,3	9,9	10,1	14,0%	6,8%	2,4%
AR	4,4	4,4	4,8	4,3	0,4%	10,6%	-10,3%
AI	0,7	0,8	0,8	0,9	15,9%	-0,1%	5,0%
SG	42,5	47,5	49,3	49,9	11,6%	3,9%	1,2%
GR	1,3	6,2	9,8	11,3	375,2%	58,8%	15,9%
AG	43,1	43,0	44,1	50,0	-0,2%	2,6%	13,4%
TG	21,9	22,3	21,3	18,6	2,0%	-4,6%	-12,7%
TI	38,3	47,2	50,3	46,6	23,2%	6,6%	-7,4%
VD	53,6	62,4	62,2	69,1	16,4%	-0,2%	11,1%
VS	13,8	8,3	22,2	10,9	-39,4%	165,9%	-51,0%
NE	14,5	18,5	18,1	20,4	27,8%	-2,0%	12,9%
GE	52,9	57,2	94,6	94,4	8,1%	65,2%	-0,2%
JU	7,3	9,9	7,5	7,5	35,1%	-24,2%	0,8%
Total CH	855,4	928,2	886,2	1 033,6	8,5%	-4,5%	16,6%

Quelle: EFV

**T 7.2.1 h Armenunterstützungs-Ausgaben exkl. Kanton Bern 1990-1997:
Nettobelastung der Kantone und Gemeinden in Mio. Fr.**

Jahr	Kantone	Gemeinden	Kantone und Gemeinden
1990	252,3	138,7	390,9
1991	227,0	197,5	424,5
1992	304,7	247,0	551,6
1993	333,4	301,9	635,3
1994	312,1	357,6	669,6
1995	338,8	381,4	720,2
1996	369,7	424,7	794,5
1997	394,1	430,5	824,6

Quelle: EFV

**T 7.2.1 i Armenunterstützungs-Ausgaben im Kanton Bern 1990-1997:
Nettobelastung des Kantons und der Gemeinden in Mio. Fr.**

Jahr	Kanton	Gemeinden	Kanton und Gemeinden
1990	95,5	9,7	105,2
1991	112,1	41,1	153,2
1992	137,1	18,8	156,0
1993	134,1	55,3	189,3
1994	9,0	176,8	185,8
1995	49,2	158,8	208,0
1996	72,2	19,6	91,8
1997	113,1	95,9	209,0

Quelle: EFV

T 7.2.1 j Index zur Entwicklung der Zahl der Sozialhilfeempfänger 1988-1998 (1995=100)

	ZH	BE	LU	SG	TG	TI	VD	GE	CH*
1988	62,7	59,4			56,8			62,3	58,5
1989	65,4	60,0			61,4			59,1	59,8
1990	73,7	55,0	60,4	50,7	62,5		45,5	60,5	59,3
1991	87,7	62,7	83,8	65,4	80,3	77,8	52,1	66,5	70,6
1992	90,1	78,3	108,7	79,8	94,0	88,7	69,8	71,0	81,9
1993	92,7	86,2	146,1	86,5	87,7	88,1	82,0	76,8	87,6
1994	96,6	93,2	119,9	92,6	101,0	93,2	95,2	90,2	94,7
1995	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1996	109,2	106,6	105,6	107,4	98,7	110,6	113,6	101,9	107,5
1997	119,1	121,5	114,5	115,1	119,1	116,0	130,7	120,7	120,4
1998	118,6	152,4	121,6	127,7	125,7	115,8	127,4	134,0	132,9

* CH: Schätzung, basierend auf den Angaben von 4-8 Kantonen mit ca. 63% der Wohnbevölkerung

Quelle: kantonale Fürsorgebehörden

T 7.2.4 a: Anzahl Sozialhilfeempfänger

	1994	1995	1996	1997	1998
Vergütung Krankheitskosten	82 000	90 000	97 000	100 000	104 000
Prämienzahlungen	245 000	265 000	291 000	300 000	310 000

T 7.2.4 b: Gesundheitsauslagen in der Sozialhilfe in Mio. Fr.

	1994	1995	1996	1997	1998
Vergütung Krankheitskosten	49	55	67	70	74
Prämienzahlungen	122	132	-	-	-
Total	171	187	67	70	74

Quelle: SKOS, weitere Angaben von verschiedenen Kantonen

T 8.1 Kosten und Finanzierung der Krankenpflegegrundversicherung

In Mio. Fr.	1994	1995	1996	1997	1998	Abweichung 1997-98 in %
Kosten						
Bezahlte Leistungen	10 834	11 332	12 529	13 157	14 047	6,8%
Verwaltung	801	823	937	879	832	-5,4%
Total	11 635	12 155	13 466	14 036	14 879	6,0%
Finanzierung						
Prämien 1)	8 650	8 576	9 219	9 838	10 341	5,1%
Kostenbeteiligung	1 259	1 290	1 679	1 778	2 097	18,0%
Öffentliche Beiträge 2)	1 931	2 085	1 816	2 087	2 263	8,4%
- Bund	1 411	1 810	1 365	1 526	1 601	4,9%
- Kantone (inkl. Gemeinden)	520	275	451	561	662	18,0%
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	189	230	261	388	331	-14,7%
Total	12 029	12 181	12 975	14 091	15 032	6,7%
Überschuss / Defizit	394	26	-491	55	154	179,3%
In %						
Kosten						
Bezahlte Leistungen	93,1%	93,2%	93,0%	93,7%	94,4%	
Verwaltung	6,9%	6,8%	7,0%	6,3%	5,6%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Finanzierung						
Prämien 1)	71,9%	70,4%	71,1%	69,8%	68,8%	
Kostenbeteiligung	10,5%	10,6%	12,9%	12,6%	14,0%	
Öffentliche Beiträge 2)	16,1%	17,1%	14,0%	14,8%	15,1%	
- Bund	11,7%	14,9%	10,5%	10,8%	10,7%	
- Kantone (inkl. Gemeinden)	4,3%	2,3%	3,5%	4,0%	4,4%	
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	1,6%	1,9%	2,0%	2,8%	2,2%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Überschuss / Defizit	3,4%	0,2%	-3,6%	0,4%	1,0%	

Quelle: BSV

1) Prämien ohne öffentliche Beiträge

2) 1994 und 1995 gemäss Statistik der öffentlichen Finanzen;

ab 1996 gemäss Abrechnung über die Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung (BSV)

T 8.2 a Übersicht über die Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Finanzierungsträger in Mio. Fr.

Finanzierungseinheit	1994	1995	1996	1997	1998*	Abweichung 1997-98* in %
Staat	8 217	8 359	8 245	8 345	8 572	2,7%
Kantone (inkl. Gemeinden)	6 557	6 278	6 675	6 627	6 768	
Bund	1 660	2 081	1 571	1 718	1 804	
Beiträge zur stationären Versorgung	4 601	4 438	4 685	4 656	4 620	-0,8%
Kantone (inkl. Gemeinden)	4 601	4 438	4 683	4 655	4 619	
Bund	0,0	0,0	1,2	1,4	1,1	
Spitex	183	192	249	259	277	7,0%
Kantone (inkl. Gemeinden)	183	192	249	259	277	
Bund	0	0	0	0	0	
Verwaltung und Prävention	607	653	655	645	651	1,0%
Kantone (inkl. Gemeinden)	474	502	514	506	511	
Bund	133	151	141	139	141	
Invaliddität	194	259	268	279	282	1,1%
Kantone (inkl. Gemeinden)	194	259	268	279	282	
Bund	0	0	0	0	0	
Verbilligung der Krankenkassenprämien	1 933	2 085	2 029	2 198	2 381	8,3%
Kantone (inkl. Gemeinden)	521	275	664	672	780	
Bund 2)	1 411	1 811	1 365	1 526	1 601	
Ergänzungsleistungen	529	546	293	238	287	21,0%
Kantone (inkl. Gemeinden)	413	426	229	186	226	
Bund	116	120	64	52	62	
Sozialhilfe (Kantone und Gemeinden)	171	187	67	70	74	5,7%
Sozialversicherungen	3 728	3 935	4 164	4 465	4 541	1,7%
Krankenkassen 3)	298	367	378	497	360	-27,6%
Unfallversicherung UVG	1 148	1 147	1 157	1 175	1 309	11,4%
AHV / IV 4)	2 231	2 375	2 585	2 749	2 828	2,9%
Militärversicherung	52	47	44	45	44	-3,1%
Privathaushalte 5)	21 262	22 099	23 915	24 418	25 574	4,7%
Nettoprämien der Krankenversicherung (inkl. Zusatzversicherung)	11 073	11 636	13 348	13 120	13 753	4,8%
Kostenbeteiligung	1 348	1 387	1 778	1 887	2 159	14,4%
Nicht gedeckte Leistungen (out of pocket) 6)	8 840	9 076	8 790	9 411	9 663	2,7%
Total 1)	33 206	34 393	36 324	37 227	38 687	3,9%

Quelle: BSV

- 1) Kosten des Gesundheitssystems nach Abzug der für im Ausland wohnhafte Personen erbrachten Leistungen
- 2) Gemäss Abrechnungen BSV seit 1996
- 3) Eigenfinanzierung der Krankenkassen (Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge)
- 4) Individuelle Barleistungen und Beiträge an Institutionen der IV; von der AHV bezahlte Hilfsmittel
- 5) Die Ausgaben für die Privathaushalte errechnen sich aus dem Unterschied zwischen den Gesamtausgaben sowie den Ausgaben des Staates und jenen der Sozialversicherungen
- 6) Zahnärztliche Leistungen, Pensionskosten in Heimen, Pflege zu Hause und Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung (over the counter) bilden den Hauptanteil der Kosten, die ganz oder teilweise zu Lasten der Haushalte gehen

* 1998: Vorläufige Werte

T 8.2 b Übersicht über die Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Finanzierungsträger in %

Finanzierungseinheit	1994	1995	1996	1997	1998*
Staat	24,7%	24,3%	22,7%	22,4%	22,2%
Kantone (inkl. Gemeinden)	19,7%	18,3%	18,4%	17,8%	17,5%
Bund	5,0%	6,1%	4,3%	4,6%	4,7%
Beiträge zur stationären Versorgung	13,9%	12,9%	12,9%	12,5%	11,9%
Kantone (inkl. Gemeinden)	13,9%	12,9%	12,9%	12,5%	11,9%
Bund	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Spitex	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%
Kantone (inkl. Gemeinden)	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%
Bund	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Verwaltung und Prävention	1,8%	1,9%	1,8%	1,7%	1,7%
Kantone (inkl. Gemeinden)	1,4%	1,5%	1,4%	1,4%	1,3%
Bund	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Invalidentät	0,6%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%
Kantone (inkl. Gemeinden)	0,6%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%
Bund	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Verbilligung der Krankenkassenprämien	5,8%	6,1%	5,6%	5,9%	6,2%
Kantone (inkl. Gemeinden)	1,6%	0,8%	1,8%	1,8%	2,0%
Bund 2)	4,3%	5,3%	3,8%	4,1%	4,1%
Ergänzungsleistungen	1,6%	1,6%	0,8%	0,6%	0,7%
Kantone (inkl. Gemeinden)	1,2%	1,2%	0,6%	0,5%	0,6%
Bund	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%
Sozialhilfe (Kantone und Gemeinden)	0,5%	0,5%	0,2%	0,2%	0,2%
Sozialversicherungen	11,2%	11,4%	11,5%	12,0%	11,7%
Krankenkassen 3)	0,9%	1,1%	1,0%	1,3%	0,9%
Unfallversicherung UVG	3,5%	3,3%	3,2%	3,2%	3,4%
AHV / IV 4)	6,7%	6,9%	7,1%	7,4%	7,3%
Militärversicherung	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Privathaushalte 5)	64,0%	64,3%	65,8%	65,6%	66,1%
Nettoprämien der Krankenversicherung (inkl. Zusatzversicherung)	33,3%	33,8%	36,7%	35,2%	35,5%
Kostenbeteiligung	4,1%	4,0%	4,9%	5,1%	5,6%
Nicht gedeckte Leistungen (out of pocket) 6)	26,6%	26,4%	24,2%	25,3%	25,0%
Total 1)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: BSV

- 1) Kosten des Gesundheitssystems nach Abzug der Leistungen für im Ausland wohnhafte Personen
- 2) Gemäss Abrechnungen BSV seit 1996
- 3) Eigenfinanzierung der Krankenkassen (Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge)
- 4) Individuelle Barleistungen und Beiträge an die Institutionen der IV; von der AHV bezahlte Hilfsmittel
- 5) Die Ausgaben für die Privathaushalte errechnen sich aus dem Unterschied zwischen den Gesamtausgaben sowie den Ausgaben des Staates und jenen der Sozialversicherungen
- 6) Zahnärztliche Leistungen, Pensionskosten in Heimen, Pflege zu Hause und Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung (over the counter) bilden den Hauptanteil der Kosten, die ganz oder teilweise zu Lasten der Haushalte gehen

* 1998: Vorläufige Werte