



Krankenversicherung: Fakten zu Prämien und Leistungen

curafutura zeigt die wichtigsten Fakten und Mechanismen zum Thema Krankenversicherungsprämien auf, erklärt, wie die Prämien zustande kommen, welche gesetzlichen Bestimmungen dabei zugrunde liegen und in welcher Beziehung sie zu den Leistungen im Gesundheitswesen stehen.

1. OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG

Solidarität und Eigenverantwortung

Die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) basiert auf dem Grundsatz der **Solidarität** zwischen **gesunden und kranken Versicherten**. Es gelten einheitliche Prämien, sogenannte Kopfprämien, die für Frauen und Männer, über die Altersgruppen hinweg, gleich hoch sind (Art. 61 Abs. 1 KVG). Eine Ausnahme bilden die tieferen Prämien für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Art. 61 Abs. 3 KVG).¹

Auch der Grundsatz der **Solidarität** zwischen **Versicherten mit tiefen und hohen Einkommen** ist in der OKP verankert: Haushalte mit niedrigem Einkommen erhalten Subventionen von Bund und Kantonen in Form von Prämienverbilligungen (Art. 65 KVG), welche mit Steuereinnahmen finanziert werden. Im Unterschied zu den Kopfprämien zahlen Haushalte mit hohem Einkommen hier – aufgrund des progressiven Steuersatzes – mehr ein als Haushalte mit tiefem Einkommen. Die an Haushalte mit niedrigem Einkommen entrichteten Prämienverbilligungen belaufen sich 2014 auf rund 4 Milliarden Franken.

Jede versicherte Person kann die Höhe ihrer Krankenversicherungsprämie beeinflussen, indem sie mehr Eigenverantwortung übernimmt. Die Wahl eines Versicherungsmodells mit eingeschränkter Auswahl von Leistungserbringern – z. B. Ärztinnen/Ärzte oder Spitäler – hat eine Prämienreduktion zur Folge (Art. 62 Abs. 1 KVG). Zudem gilt: Je höher die Franchise, umso tiefer ist die Jahresprämie.

Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer haben in den letzten Jahren stark zugenommen: Während 2004 nur gerade 10 Prozent aller Versicherten ein solches Modell wählten, waren es 2014 bereits 63 Prozent. Heute sind somit die meisten Versicherten in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl versichert, wobei in erster Linie Hausarzt- und HMO-Modelle gewählt werden.

¹ Die Versicherer dürfen auf freiwilliger Basis auch eine tiefere Prämie für junge Erwachsene (bis zum 25. Altersjahr) festlegen.

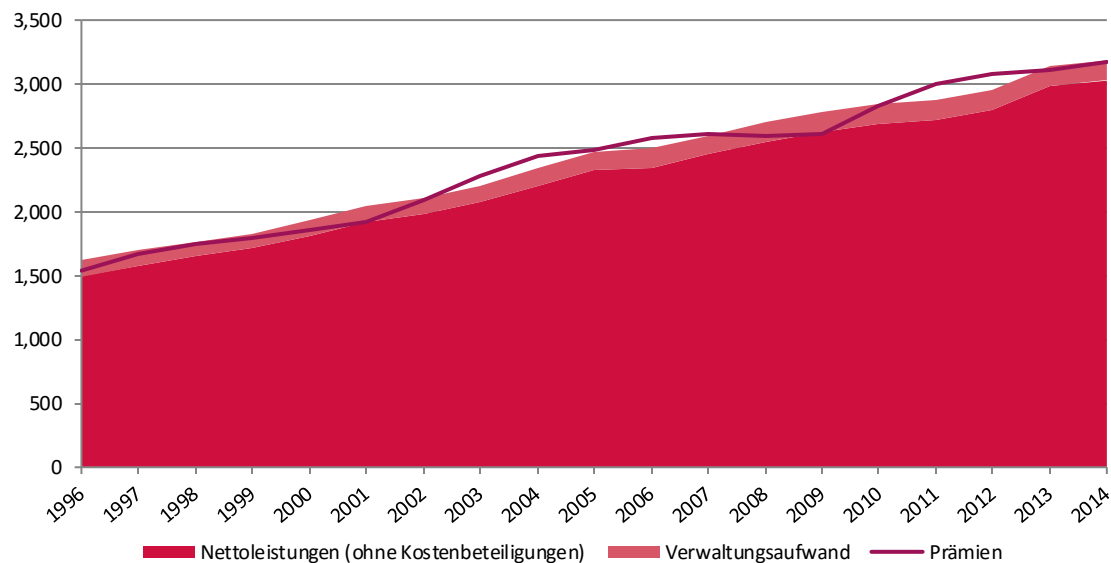
Aus Leistungen werden Prämien

Krankenversicherungsprämien sind ein Abbild der erwarteten Gesundheitskosten im OKP-Bereich. Grundsätzlich gilt: **Mehr medizinische Leistungen = höhere Kosten = höhere Prämien.**

Die Ausgaben der Versicherer für medizinische Leistungen – sogenannte Nettoleistungen² – sowie die Prämien pro versicherte Person haben sich zwischen 1996 und 2014 verdoppelt: Die Nettoleistungen von 1'491 auf 3'026 Franken und die Prämien von 1'539 auf 3'172 Franken (siehe folgende Grafik). Das entspricht einem durchschnittlichen Wachstum von rund 4 Prozent pro Jahr.

Die folgende Grafik weist zudem den Verwaltungsaufwand der Krankenversicherer aus. Im Vergleich zu den Nettoleistungen und den Prämien ist dieser zwischen 1996 und 2014 von 133 auf 158 Franken pro versicherte Person nur moderat angestiegen. Der Anteil des Verwaltungsaufwands an den OKP-Gesamtkosten hat sich dementsprechend von 8,2 Prozent im Jahr 1996 auf 5,0 Prozent im Jahr 2014 reduziert.

Prämien und Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 1996-2014, Franken pro versicherte Person



Quelle: BAG – Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2006 und 2014 (T 1.01)

² Kosten der erbrachten medizinischen Leistungen abzüglich die Kostenbeteiligungen der versicherten Personen

2. PRÄMIEN

Versicherungsschutz

Die Krankenversicherung deckt die Risiken einer Erkrankung ab und übernimmt die Behandlungs- und Heilungskosten für Leistungen, die gemäss Leistungskatalog von der Krankenversicherung gedeckt sind. Die Krankenversicherungsprämie ist das Entgelt für diesen Versicherungsschutz. Das gesamte Kollektiv eines Versicherers zahlt Prämien, damit im Einzelfall eine erkrankte Person versichert ist und die Behandlungskosten nicht vollumfänglich selber tragen muss.

Prämienberechnung

Die Höhe der Krankenversicherungsprämie basiert auf einer Prognose der zu erwartenden Leistungen. Gemeint sind damit die zu erwartenden Gesamtausgaben eines Krankenversicherers für medizinische Leistungen in der OKP im kommenden Jahr. Die Kostenbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) der versicherten Personen sind nicht darin enthalten.

Prämienfestlegung und Prämiengenehmigung

Die Krankenversicherer müssen die Prämien für die OKP jährlich neu festlegen; jeweils im Juli eines Jahres für das folgende Kalenderjahr. **Als Basis dienen Prognosen über die erwarteten Behandlungskosten. Die Krankenversicherer können dabei die Höhe der Prämien nach ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abstufen (Art. 61 Abs. 2 und 2^{bis} KVG).**

Sämtliche Prämien sind durch die Aufsichtsbehörde der Krankenversicherer, das Bundesamt für Gesundheit, zu genehmigen (Art. 16 Abs. 1 KVAG). Damit wird sichergestellt, dass die vorgeschlagenen Prämien tatsächlich kostendeckend sind und die finanzielle Sicherheit der Versicherer gewährleistet ist.

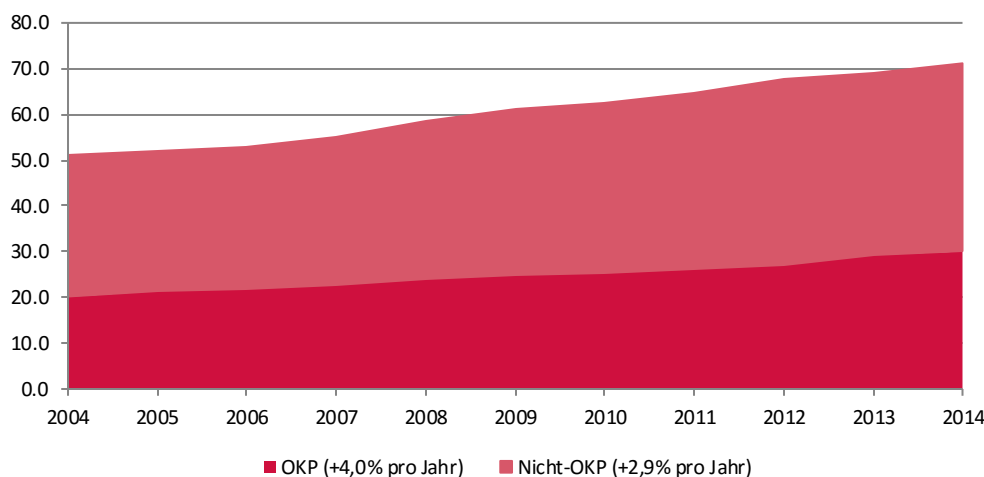
Prämienverwendung

Das Gesetz schreibt den Krankenversicherern vor, dass die Prämien der OKP zweckgebunden zu verwenden sind (Art. 2 Abs. 1 Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung KVAG: «Krankenkassen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen und die soziale Krankenversicherung nach dem KVG durchführen. »). Im Klartext heisst dies: **Den Krankenversicherern ist es verboten, mit den Prämieinnahmen aus der OKP einen Gewinn auszuschütten.** Jeder Prämienfranken aus der OKP muss per Gesetz dazu eingesetzt werden, das System der Grundversicherung zu finanzieren. **Allfällige Prämienüberschüsse eines bestimmten Jahres werden folglich zweckgebunden zur Deckung zukünftiger Behandlungskosten verwendet.**

3. LEISTUNGEN

Die *gesamten* Gesundheitsausgaben in der Schweiz haben sich zwischen 2004 und 2014 von 51,0 auf 71,2 Milliarden Franken erhöht. Das entspricht einer Zunahme von 39,5 Prozent bzw. einer jahresdurchschnittlichen Zunahme von 3,4 Prozent. Die Kostenentwicklungen der Teilbereiche OKP und Nicht-OKP (andere Sozialversicherungen, Privatversicherungen, Staat und private Haushalte) zeigen ein ähnliches Muster, wobei der OKP-Bereich mit durchschnittlich 4,0 Prozent pro Jahr stärker gewachsen ist als der Nicht-OKP-Bereich (2,9 Prozent).

Finanzierung des Gesundheitswesens: OKP (inkl. Kostenbeteiligungen) und Nicht-OKP 2004-2014, in Milliarden Franken



Quelle: BFS – Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregimes

Rund zwei Fünftel der Gesundheitsausgaben entfallen auf den OKP- und drei Fünftel auf den Nicht-OKP-Bereich. Der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt beträgt in der Schweiz 11,1 Prozent im Jahr 2014 (provisorische Daten). Unter den OECD-Ländern erreichen die USA mit über 16 Prozent einen Spitzenwert.

Kostenverteilung auf die OKP-Leistungsbereiche

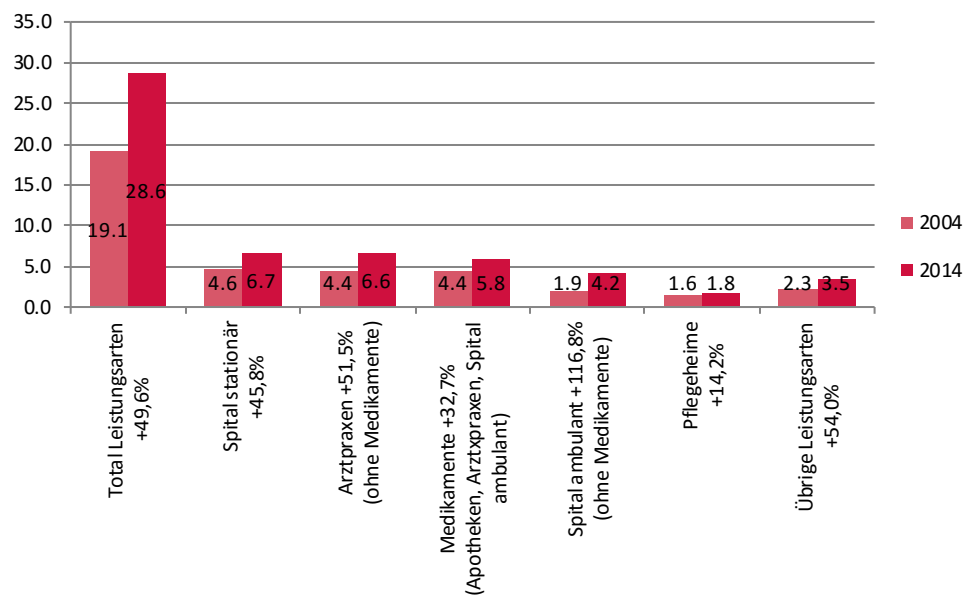
Die stationären Spitalbehandlungen und die Behandlungen in Arztpraxen machen mit je einem Viertel der OKP-Kosten den grössten Teil aus. An dritter und vierter Stelle folgen die Ausgaben für Medikamente und die ambulanten Spitalbehandlungen. Rund ein Fünftel der OKP-Kosten werden für medizinische Leistungen in Pflegeheimen und übrige Leistungsbereiche (Labor, Physiotherapie etc.) verwendet.

Die Leistungskosten in der OKP sind zwischen 2004 und 2014 von 19,1 auf 28,6 Milliarden Franken gestiegen, wie die folgende Grafik zeigt. Dies entspricht einer Erhöhung innerhalb eines Jahrzehnts von 49,6 Prozent. Auffällig ist dabei die starke Zunahme bei den ambulanten Spitalbehandlungen, die sich während dieser Periode von 1,9 auf 4,2 Milliarden Franken mehr als verdoppelt haben.

Unterdurchschnittliche Wachstumsraten sind hingegen in den Leistungsbereichen «Medikamente» und «Pflegeheime» zu verzeichnen. Diese weisen mit 32,7 Prozent und 14,2 Prozent im Vergleich zu den anderen Bereichen ein tiefes Wachstum aus.

Kostenentwicklung der OKP-Leistungsarten

2004-2014, in Milliarden Franken



Quelle: BAG – Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2014 (T 2.16)

Gründe der Kostenentwicklung

Verschiedene Studien kommen zum Schluss, dass der medizinische Fortschritt und die damit verbundene höhere Anspruchshaltung in der Bevölkerung wesentliche Kostentreiber sind. Weitere Faktoren wie das Angebot an medizinischer Versorgung (Ärztedichte), die Bevölkerungsdichte oder die demografische Entwicklung (Veränderung der Altersstruktur) beeinflussen die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen jedoch auch.

Die Preise bzw. Tarife pro medizinische Leistung spielen hingegen bei der Kostenentwicklung eine untergeordnete Rolle. Diese sind in der Vergangenheit im OKP-Bereich nicht stärker als der Landesindex für Konsumentenpreise (LIK) gestiegen. Der LIK hat sich zwischen 2004 und 2014 um insgesamt 5,0 Prozent erhöht, während die gesamten Leistungskosten in der OKP im selben Zeitraum um 49,6 Prozent zugenommen haben. Die Kostenentwicklung ist somit praktisch ausschliesslich auf die Mengenentwicklung bei den medizinischen Leistungen zurückzuführen, welche aufgrund der oben erwähnten Faktoren stetig zunehmen.

Bern, September 2016