Helsana
Engagiert für das Leben.



Helsana-Prämienreport

20 Jahre Prämien-Zahlen

Autor:
Pius Gyger, Gesundheitsökonom

unter Mitarbeit von:
Dr. Eva Blozik, Mathias Früh, Andri Signorell, Stefan Heini, Dragana Glavic (Helsana)

Gestaltung: Eigelb – Atelier für Gestaltung
Bilder: istockphoto
Druck: Stämpfli AG

April 2018

Inhalt

Vorwort	**2-3**
Zielsetzung	**4-5**
Methodik	**6**
Analyse	
Grundversicherungsprämien	
– Wahl der Versicherungsvariante	10-15
– Prämienvolumen	16-21
– Prämienentwicklung	22-29
– Prämien nach Alter und Geschlecht	30-35
Kostenbeteiligung	37-39
Prämienverbilligung	
– Verbilligungsbeiträge Schweiz	40-43
– Struktur der Bezüger	44-45
– Kantonale Unterschiede	46-51
– Prämienverbilligung nach Altersklassen	52-53
– Prämienverbilligung und Zusatzversicherungen	54-55
Prämienausstände	
– Rechtlicher Rahmen	56-57
– Zahlungsausstände	58-61
– Betreibungen	62-65
Prämien im Verhältnis zu Vermögen und Einkommen	66-67
Diskussion	**68-72**
Fazit	**74-75**

Vorwort

Im Herbst geht es immer heiss her, wenn die neuen Prämien verkündet werden. Die Prämienentwicklung kennt nur eine Richtung und zwar nach oben. Das Thema der steigenden Gesundheitskosten ist daher ein Dauerbrenner und der Handlungsdruck steigt. Es verwundert also nicht, dass vier Volksinitiativen in Diskussion sind, welche das Kostenwachstum im Gesundheitswesen adressieren.

Doch greift die hiesige Prämiendiskussion oft zu kurz: Sie beruht auf wenigen nicht-repräsentativen Grössen wie der Durchschnittsprämie im Standardmodell mit jeweils kantonaler oder regionaler Ausprägung. Eine stark verkürzte Sicht. Diese neue Publikation beleuchtet das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln und zeigt einige überraschende Fakten zur Prämiensituation in der Schweiz auf.

Hauptsächlich werden öffentlich zugängliche Quellen verwendet. Für einige spezifische Analysen werden anonymisierte Daten von mehr als 1.2 Millionen Helsana-Versicherten herangezogen. Dies ermöglicht es, spezifische Aspekte der Schweizer Prämienlandschaft differenziert zu betrachten.

Fokussiert wird insbesondere auf die Prämienentwicklung und analysiert, wie hoch die tatsächliche Prämienbelastung nach Bevölkerungs- und Versichertengruppen ist. Es zeigt sich, dass der Versicherungsmarkt in den letzten 20 Jahren starken Veränderungen unterworfen war. Die

Wahlfreiheiten im schweizerischen Krankenversicherungsmarkt und verteilungspolitische Massnahmen haben dazu geführt, dass sich die verschiedenen Facetten der Solidarität im Gesundheitswesen in ihren Ausprägungen stark gewandelt haben.

Der vorliegende Bericht ist Ausdruck des Engagements von Helsana im Gesundheitswesen. Wir wollen einen Beitrag zu mehr Transparenz rund um Kosten und Prämien leisten und geben konkrete Handlungsempfehlungen ab. Wir hoffen so eine Diskussion auszulösen und freuen uns über konstruktive Rückmeldungen.



Daniel H. Schmutz
CEO



Wolfram Strüwe
Leiter Gesundheitspolitik

Zielsetzung

Über die Krankenversicherungsprämien wird – besonders im Herbst – regelmässig medial und privat intensiv diskutiert. Die von den Medien übermittelten Informationen fokussieren in der Regel auf wenige Kennzahlen, wie beispielswese die Erhöhung der schweizerischen Durchschnittsprämie im Standardmodell oder die Durchschnittswerte auf kantonaler oder regionaler Ebene. Diese Diskussionen werden begleitet von Ideen politischer Interventionen, seien dies verteilungspolitische Massnahmen wie die Entlastung des Mittelstands, Prämienerhöhungen für die ältere Bevölkerung zugunsten der jüngeren, die Änderung von Franchisenstufen beziehungsweise -rabatten oder kostenseitige Massnahmen wie die Festlegung von Globalbudgets, Tarifsenkungen oder Rationierungsmassnahmen.

Ziel des vorliegenden Reportes ist es, diese Diskussion um einige spezifische Fakten im Bereich der Prämien anzureichern. Sei das über unterschiedliche Entwicklungen nach Kantonen, verschiedene Versicherungsmodelle, Verhaltensweisen der Prämienzahler oder die tatsächliche Prämienbelastung nach Bevölkerungs- und Versichertengruppen.

Es wird insbesondere der Frage nachgegangen, ob sich die Solidarität nach 20 Jahren Krankenversicherungsgesetz (KVG) gewandelt hat. Dies ist zu vermuten, denn die Versicherten haben zahlreiche Freiheiten wie die jährliche Wahl des Versicherers oder den Grad der finanziellen Selbstbeteiligung. Verschiedene Bevölkerungsgruppen, ob jung oder alt, arm oder reich reagieren mit ihren Wahlfreiheiten unterschiedlich auf Prämienänderungen, um ihren Bedürfnissen nach Absicherung des finanziellen Risikos infolge Krankheit nachzukommen. Hinzu kommt, dass das KVG die Krankenversicherung zwar schweizweit regelt, die Kantone aber ein gewichtiges Wort mitzureden haben. Dies nicht nur bei den Regelungen zur Prämienverbilligung. Es besteht also im Schweizerischen Föderalismus eine unmittelbare Beziehung zwischen unser aller Wahlfreiheit in der Krankenversicherung und den vielfältigen Dimensionen der Solidarität.

Wir erhoffen uns, dass die Beurteilung über die Prämiensituation faktenbasierter und dadurch differenzierter vorgenommen wird und das Ausmass von nicht mit Daten unterlegten Vermutungen abnimmt. Letztlich ist das Ziel eine sachgerechtere politische Diskussion.

Methodik

Der Grossteil der folgenden Angaben basiert auf öffentlich zugänglichen Daten, grossmehrheitlich auf der Krankenversicherungsstatistik 2015 und 2016 (Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung). Im Folgenden wird die statstische Quelle bei Verwendung dieser Daten nicht aufgeführt.

Weitere Quellen sind die Statistik Privathaushalte nach institutionellen Gliederungen und Haushaltsgrösse, die Betreibungsstatistik des Bundes, die Haushaltsbudgeterhebung des Bundesamtes für Statistik (BFS), die Vermögensstatistik der natürlichen Personen der eidgenössischen Steuerverwaltung, die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR) des BFS, die Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) 1995-2009, die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) 2010-2015 sowie die Prämientabelle des Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Schliesslich konnte für einige spezifische Analysen auf die Daten von Helsana zurückgegriffen werden.

Analyse

Grundversicherungsprämien

In der Prämienübersicht 2018 des BAG vom Oktober 2017 sind sämtliche Prämien aller Versicherungsmodelle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz einsehbar. Es sind insgesamt 244 696 verschiedene Prämien. Diese grosse Zahl kommt zustande, weil sich Anzahl Versicherer, Versicherungsmodelle, Franchisestufen und Unfalleinrespektive -ausschluss, Altersstufen sowie Prämienregionen gegenseitig aufmultiplizieren.

Für die einzelnen Versicherten ist die Komplexität trotzdem relativ gering: Sie wählen letztlich nur innerhalb der folgenden Parameter: Versicherer, Versicherungsmodell und Franchisenstufe. Die weiteren Parameter wie Alter oder Prämienregionen sind gegeben.

Das Prämienniveau wird massgeblich durch die Leistungskosten bestimmt. Die Prämienunterschiede in den Kantonen variieren für Erwachsene von Faktor 1 bis rund Faktor 2.5. Diese Spannweiten lassen sich mit den differenzierten Angeboten, Unterschieden in der Verteilung der Wahlvarianten, variierenden Gewichtungen der unterschiedlichen Prämienregionen usw. erklären.

Im Fokus der Prämienkommunikation steht immer eine Zahl: die durchschnittliche Prämienerhöhung. Angesichts der grossen Zahl von Prämien und der enormen Spannweiten wird diese Betrachtung der realen Situation der meisten Versicherten nicht gerecht. Niemand bezahlt die Durchschnittsprämie, keiner ist von der durchschnittlichen Prämienerhöhung betroffen. Die Sicht auf schweizerische oder kantonale Prämiendurchschnitte sollte daher um weitere Blickwinkel ergänzt werden.

Auch die folgenden Darstellungen geben jeweils Durchschnittswerte wieder und können der individuellen Situation deshalb ebenfalls nicht gerecht werden; sie ermöglichen aber eine differenziertere Prämiendiskussion als eine einzig auf wenige und hochaggregierte Grössen abstellende Betrachtung.

Die Diskussionen um die Entwicklung der Krankenversicherungsprämien wird der Vielzahl der individuellen Situationen und den stark unterschiedlichen Prämienausprägungen nicht gerecht.

Spannweite der Prämien pro Kanton

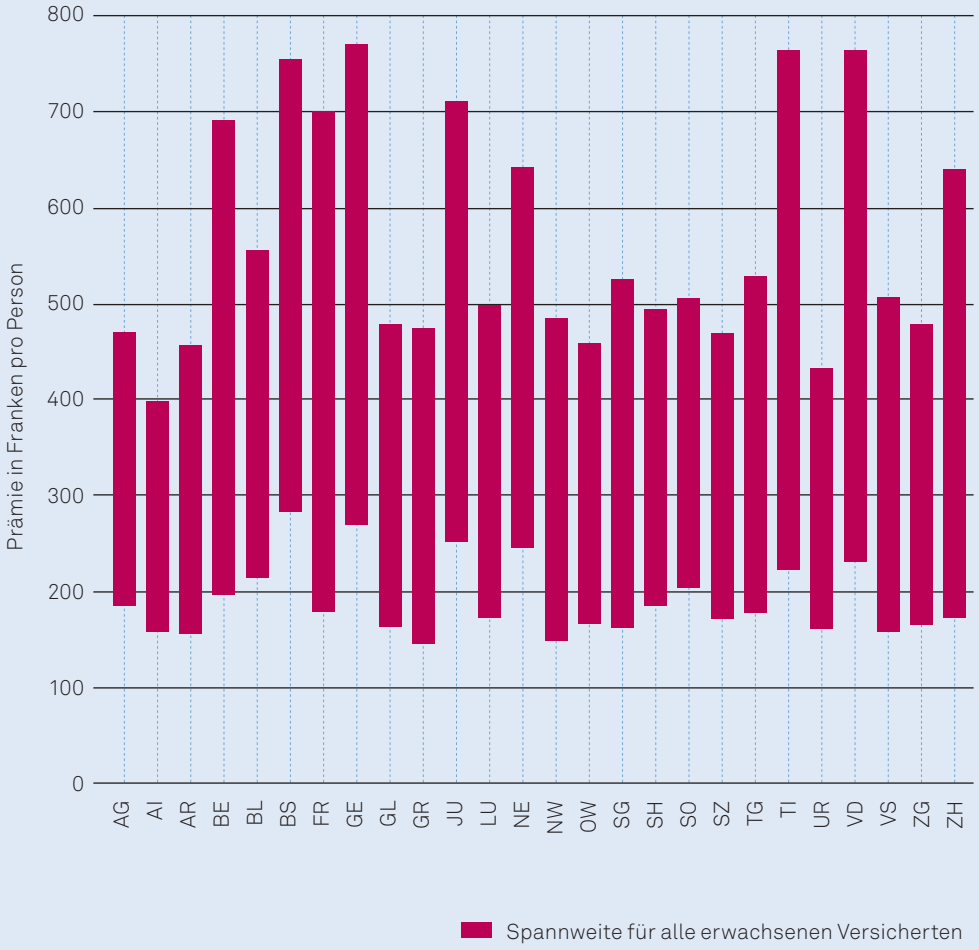


Abbildung 1

Wahl der Versicherungsvariante

Neben dem Krankenversicherer in ihrer Prämienregion können die Versicherten zwischen verschiedenen Versicherungsvarianten wählen. Einerseits kann das Standardmodell gewählt werden. Es gewährleistet die freie Wahl des Leistungserbringers. Die ordentliche Jahresfranchise der Standardvariante beträgt 300 Franken und es gilt ein Selbstbehalt von 10 Prozent bis maximal 700 jährlich.

Andererseits kann eine besondere Versicherungsform gewählt werden: ein alternatives Versicherungsmodell (AVM), ein Modell mit erhöhter Wahlfranchise (auch in Kombination mit einem AVM möglich) oder eine Bonusversicherung. Dabei gelten beim Selbstbehalt die gleichen Regeln wie im Standardmodell.

Sowohl auf alternativen Versicherungsmodellen wie auch auf Modellen mit erhöhter Wahlfranchise können die Versicherer Rabatte gewähren (Modelle mit Prämienrabatt). Bei den AVM ist der Versicherte bei der Wahl des Leistungserbringers eingeschränkt, bei Modellen mit Wahlfranchisen beteiligt sich der Versicherte stärker an den Behandlungskosten als mit ordentlicher Franchise.

Der Anteil an Versicherten mit einem AVM ist seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) stark angestiegen. Haben sich 1996 lediglich knapp 2 Prozent der Versicherten für ein solches Modell entschieden, waren es 2016 bereits 65 Prozent (siehe Abbildung 2).

Anteil AVM-Versicherte und Prämiensoll je Versicherten nach Kantonen, 2016

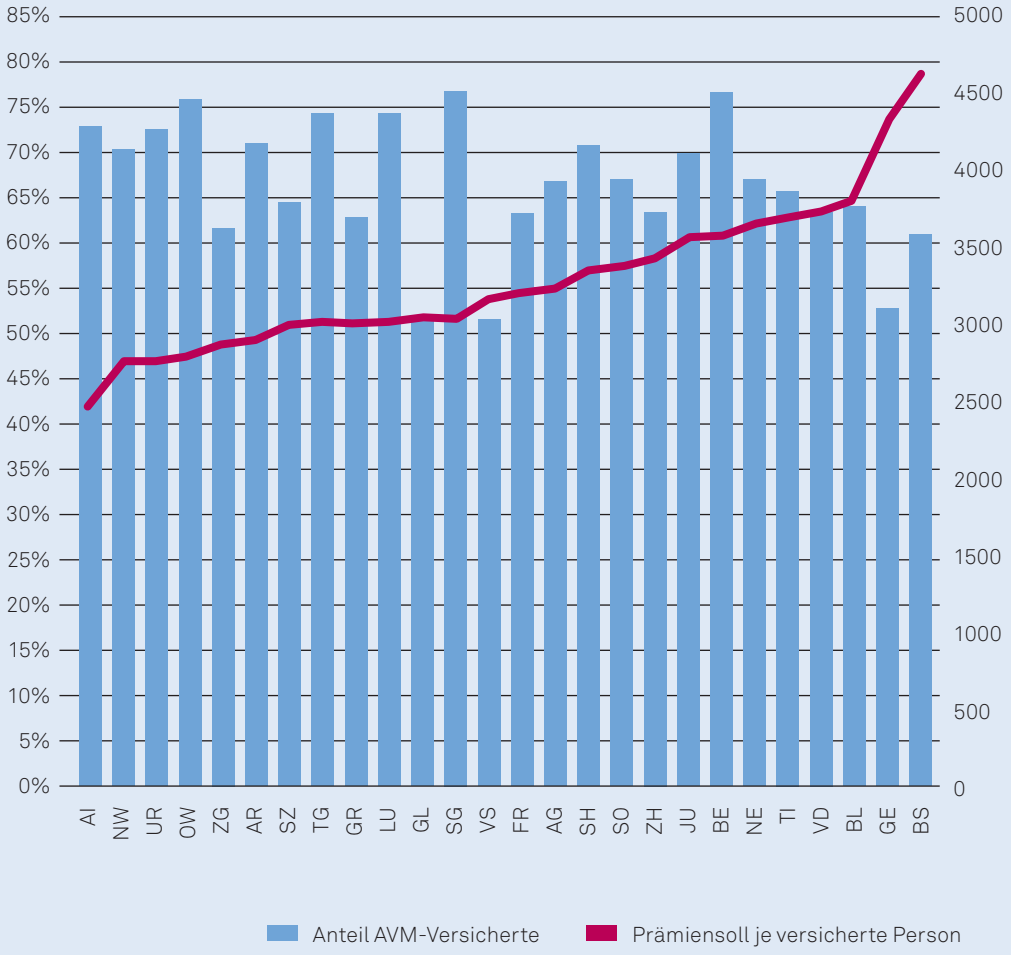


Abbildung 2

In Kantonen mit hohen Prämien wie Genf und Basel-Stadt ist der Anteil an Versicherten in alternativen Versicherungsmodellen vergleichsweise tief.

Von 2010 bis 2016 haben sich die Versichertenbestände in den Modellen mit freier Wahl des Leistungserbringers mit ordentlicher Franchise gegenüber Modellen mit wählbaren Jahresfranchisen erheblich verschoben (siehe Abbildung 3). Sowohl die Anzahl an Versicherten in AVM mit ordentlicher Franchise als auch jene der Versicherten mit wählbarer Franchise haben stark zugenommen. Im Gegenzug sank die Anzahl der Versicherten mit der ordentlicher Franchise von 300 Franken und zwar bei Modellen mit und ohne freie Wahl des Leistungserbringers. Weniger als ein Sechstel der Bevölkerung wählt heutzutage noch das Standardmodell mit ordentlicher Franchise.

Obwohl mit der Wahl eines AVM in der Regel maximal 20 Prozent Rabatt erzielt werden kann und im Falle der Kombination mit der höchsten Franchise nur ein geringer zusätzlicher Rabatt erreichbar ist, steigt die Nachfrage nach AVM stark an. Offensichtlich sind die unterschiedlichen

Der Anteil an Versicherten in alternativen Versicherungsmodellen hat massiv zugenommen; die Anteile schwanken je nach Kanton zwischen 49 Prozent und über 75 Prozent. Er hängt aber nicht so sehr von der durchschnittlichen Prämie ab, sondern vor allem vom Angebot der verfügbaren Modelle.

Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherungsmodell (2010 und 2016)

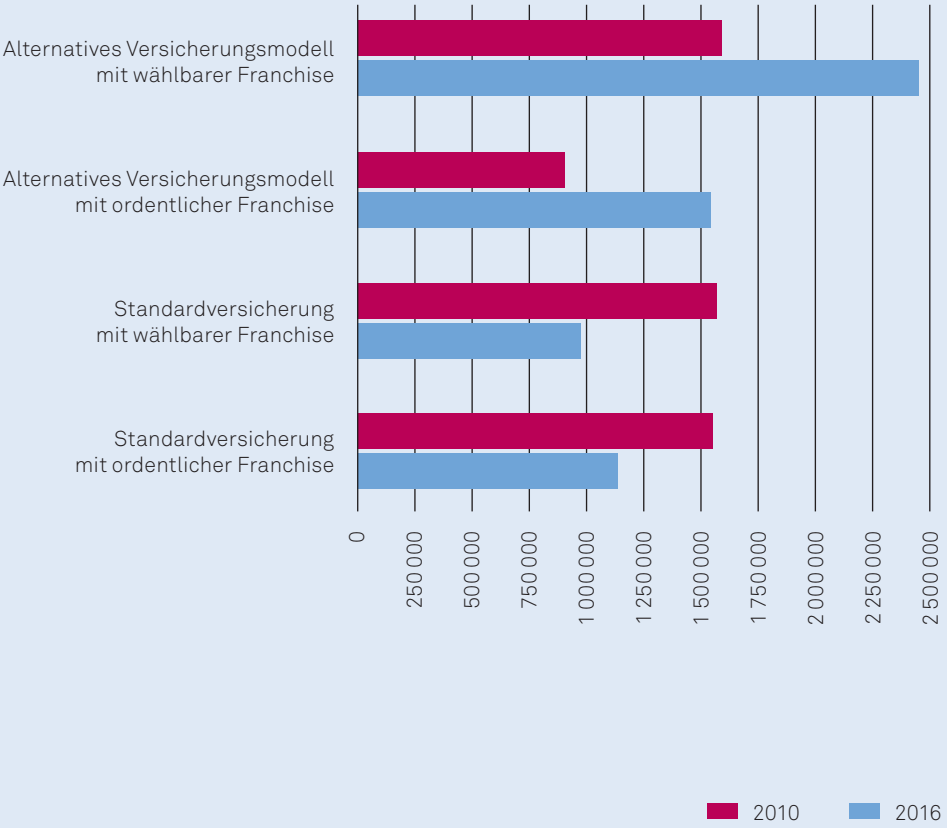


Abbildung 3

AVM attraktiver als Franchisenmodelle im Standardmodell, obwohl die freie Wahl des Leistungserbringers eingeschränkt ist. Die höchste Zunahme erreichen jene Modelle, welche die höchsten Rabatte bieten (AVM mit wählbarer Franchise).

Allein von 2005 bis 2016 hat sich die Anzahl an Versicherten in solchen Modellen von rund einer Million auf 5,5 Millionen Versicherte verfünffacht (siehe Abbildung 4). Dies dürfte nicht nur auf die Prämienrabattierungen zurückzuführen sein, sondern auch auf die zunehmende regionale Abdeckung der Angebote. Dabei darf angenommen werden, dass der Prämiendruck die Versicherten vermehrt nach Alternativen suchen lässt, um die Prämienlast zu senken; das Angebot an Ärztenetzen und an anderen Modellen folgt dieser Nachfrage. Insbesondere scheinen die Kunden in diesen Modellen ziemlich zufrieden zu sein, da sonst eine derart lang andauernde Zunahme der AVM-Versicherten nicht plausibel wäre.

Die eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers hindert die Versicherten nicht daran, sich für eine AVM-Angebot zu entscheiden. Über die Hälfte der Bevölkerung hat in den letzten zehn Jahren die volle Wahlfreiheit des Leistungserbringers, welche das Standardmodell gewährt, aufgegeben.

Entwicklung der Versicherungsbestände seit 1996:
Gesamtzahl von Versicherten und Anzahl Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen (1996-2016)

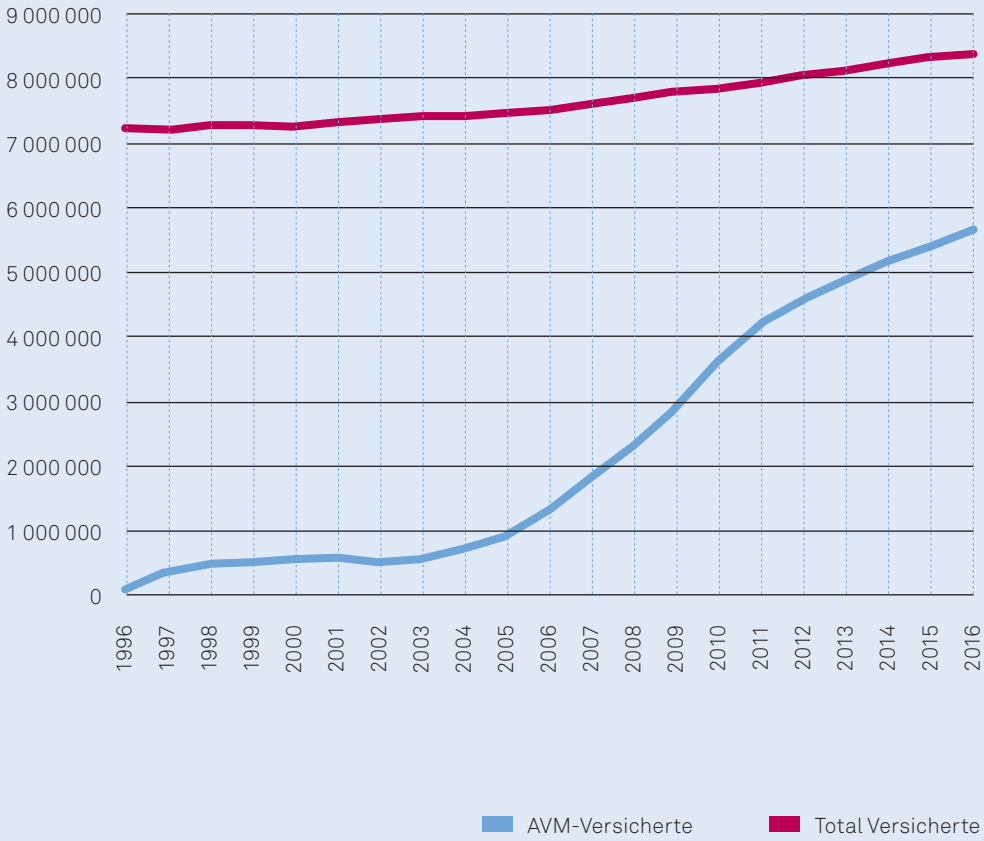


Abbildung 4

Prämienvolumen

Die grosse Nachfrage nach AVM spiegelt sich in der Entwicklung der totalen Prämienvolumina nach Versicherungsdeckung.

Das Prämienvolumen in der Standardversicherung mit ordentlicher Franchise ist von 1996 bis 2016 praktisch konstant geblieben, während sich das Volumen der besonderen Versicherungsformen (Modelle mit Prämienrabatt) in dieser Periode von rund 4 Milliarden Franken auf 20 Milliarden Franken verfünffacht hat (siehe Abbildung 5).

Querfinanzierungen zwischen Versicherungsdeckungen

In Modellen mit Prämienrabatten wurde 1996 ein jährlicher Überschuss der Prämieneinnahmen über die Nettoleistungen von knapp 500 Franken pro Versicherten erzielt. Der Überschuss konnte zur Finanzierung einer leichten Unterdeckung von rund 200 Franken im Standardmodell mit ordentlicher Franchise eingesetzt werden. Diese Unterdeckung ist bis 2016 um das Zehnfache auf 1'900 Franken gestiegen. Die Überdeckung stieg in den Rabattmodellen auf rund 700 Franken pro Monat (siehe Abbildung 6).

Mit anderen Worten: Das Netto-Versichertenergebnis von Personen mit ordentlicher Franchise verschlechtert sich im Zeitablauf massiv. Jenes der Versicherten in den Rabattmodellen verbessert sich leicht.

Entwicklung des Prämienvolumens im Standardmodell mit ordentlicher Franchise und in Modellen mit Prämienrabatt (1996-2016)

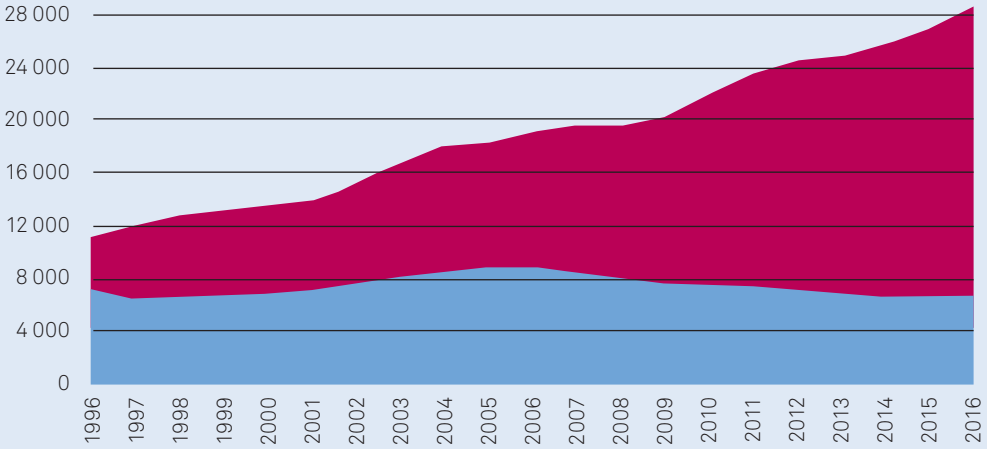


Abbildung 5

Standardmodell mit ordentlicher Franchise

Modelle mit Rabatt

Differenz von Prämiensoll und Nettoleistungen pro Versicherten nach Modell in Franken (1996-2016)



Abbildung 6

ordentliche Franchise

Modelle mit Rabatt

Versicherte in Rabattmodellen sind allerdings keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers. **Das heisst: Für sie darf keine eigene kostendeckende Prämie erhoben werden.** Die Rabattierungen dürfen sich nicht am Gesundheitszustand der Risikogruppen orientieren.

Das Wachstum der Versichertenzahlen in Rabattmodellen hat dazu geführt, dass der Finanzierungsüberschuss in diesen Modellen von etwas über einer Milliarde 1996 auf rund 4.6 Milliarde Franken gestiegen ist (siehe Abbildung 7). Damit kann die auf über 3.1 Milliarden Franken angewachsene Unterdeckung im Standardmodell mit ordentlicher Franchise mehr als gedeckt werden.

Die wachsende Lücke pro Kopf zwischen dem Standardmodell und dem Rabattmodell kann aufgrund der steigenden Versichertenzahlen in den Rabattmodellen gedeckt werden – trotz eines nur leichten Anstiegs der Überschüsse in diesen Versicherungsvarianten pro Kopf.

1996 betrug die Differenz zwischen den beiden Kollektiven pro versicherte Person im Schnitt rund 600 Franken. Seither ist diese Differenz auf über 2'300 Franken angestiegen, hat sich also praktisch vervierfacht.

Wären die Versicherungskollektive in den Rabattmodellen sich selbst tragende Kollektive (eigene Versicherungsgemeinschaften), lägen die Prämien in den Rabattmodellen pro Jahr im Schnitt rund 550 Franken tiefer und jene des regulären Standardmodells mit ordentlicher Franchise rund 1'800 Franken höher.

Die Querfinanzierung zwischen Rabattmodellen und dem Standardmodell mit ordentlicher Franchise hat sich von 1996 bis 2016 – absolut betrachtet – praktisch verdreifacht.

Differenz von Prämiensoll und Nettoleistungen nach Modellen in Mio. Franken (1996-2016)

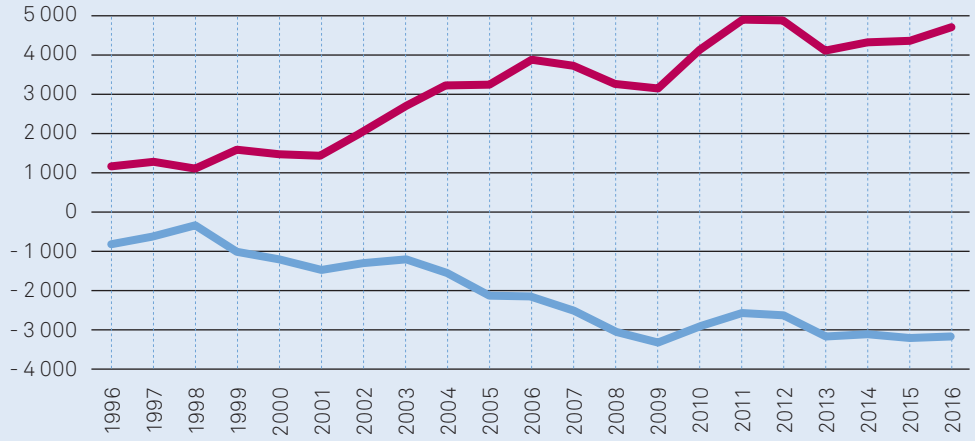


Abbildung 7

Standardmodell mit ordentlicher Franchise

Modelle mit Rabatt

Erklärungsansätze für diese Entwicklungen gibt es mehrere:

1) Der Gesundheitszustand hat bei der Wahl des Versicherungsmodells im Laufe der Zeit zunehmend an Bedeutung gewonnen. Eher Gesunde wechseln in Rabattmodelle, während eher Kranke im Standardmodell mit ordentlicher Franchise verbleiben.
2) Die Zunahme des Anteils von AVM-Versicherten mit Grundfranchise lässt aber darauf schliessen, dass auch zunehmend Personen mit höheren Leistungskosten AVM wählen. Dies stimmt mit der Beobachtung überein, dass sich die Angebote an solchen Modellen stark ausgeweitet haben.
3) Die Beiträge der Risikoausgleichszahlungen in Rabattmodellen dürften mit dem steigenden Anteil eher kränkerer Personen tendenziell sinken, was zu einer Ausweitung der Lücke zwischen den Modellen führt.

Die Versicherten orientieren sich zunehmend am Versorgungsangebot und optimieren ihre Versicherungsdeckung unter Berücksichtigung ihres Gesundheitszustands. Die aufgehende Schere zwischen dem Standardmodell und den Rabattmodellen ist finanziell noch tragbar, weil die Versicherer Rabatte nicht am Gesundheitszustand der Versicherten ausrichten dürfen.

Die Prämienreduktionen für Modelle mit wählbarer Franchise werden als Prozentsatz auf die Prämie des Standardmodells gewährt. Diese Regel unterliegt aber einer Limitation: Die Rabatte dürfen nämlich nicht höher sein als 70 Prozent des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen (vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG – Kreisschreiben 5.1). Damit wird eine Franken-Rabattobergrenze gezogen, die bei steigendem Prämienniveau den prozentual zu gewährenden Rabatt de facto immer mehr reduziert.

Die Prämie pro versicherte Person ist in den Rabattmodellen zwischen 2004 und 2009 im schweizerischen Durchschnitt praktisch konstant geblieben (siehe Abbildung 8).

Da es sich um den Durchschnitt des schweizerischen Prämiensolls handelt, ist auf die kantonal unterschiedlichen Ausbreitungen zu achten. Weiten sich die Modelle eher in Kantonen mit tiefen Prämien aus, hat

Die Rabattmodelle sind zum Standard geworden; das Standardmodell mit ordentlicher Franchise wird zur Ausnahme.

das einen dämpfenden Effekt auf die gesamtschweizerische Durchschnittsprämie dieser Rabattmodelle.

Seit 1996 sind die Prämien des Standardmodells mit Grundfranchise hingegen stetig und weit stärker als jene der AVM gestiegen.

Indexierte Entwicklung des Prämiensolls nach Versicherungsmodell (pro versicherte Person), in Prozent (1996-2016)

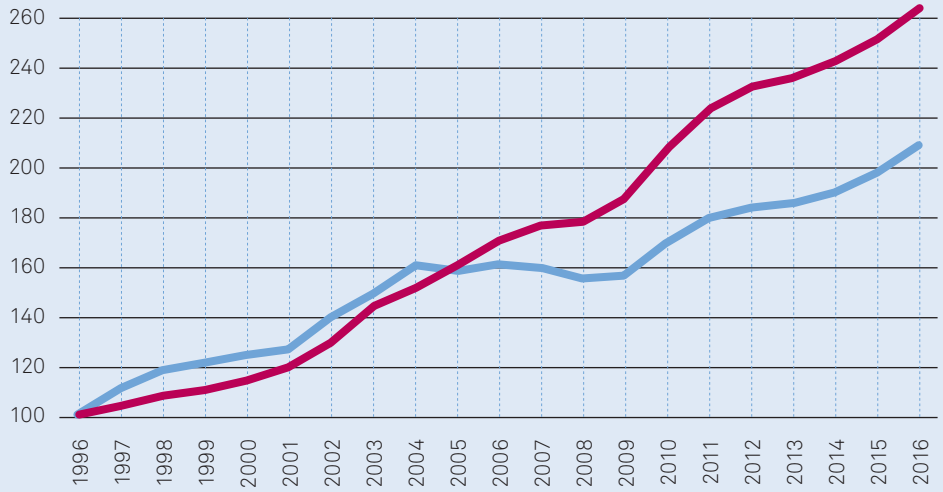


Abbildung 8

Es wechseln immer mehr Versicherte in Rabattmodelle; deren Solidarbeitrag pro Kopf an die Versicherten im Standardmodell mit ordentlicher Franchise steigt gleichzeitig an.

Prämienentwicklungen

Kommunikation Prämiensteigerung und tatsächliche Prämienbelastung

Jeweils im Herbst wird auf Bundesebene die Erhöhung der Krankenversicherungsprämien kommuniziert (vgl. BAG Medienmitteilung vom 28.09.2017: Wachstum der Gesundheitskosten: Standardprämie 2018 steigt um 4.0 Prozent). Da die Versicherten erst nach dieser Kommunikation ihre Modell- und Versichererwahl treffen, kann erst mehr als ein Jahr später festgestellt werden, wieviel mehr an Prämie den Versicherten in Wirklichkeit in Rechnung gestellt wurde.

Im Vergleich mit dem durchschnittlichen schweizerischen Prämiensoll pro Kopf hat sich die Standardprämie gemäss BAG folgendermassen entwickelt (siehe Abbildung 9). Ausgewiesen wird die geschätzte monatliche Durchschnittsprämie OKP; die Berechnungen beruhen auf den Prämientarifen inklusive Unfalldeckung der ordentlichen Franchise, auf den Versichertenbeständen nach Kanton, nach Versicherer und nach Prämienregion. Die Tarife der übrigen Versicherungsmodelle mit wählbarer Franchise, Bonus oder eingeschränkter Wahl des Leistungserbringern sind nicht berücksichtigt.

1996 machte die durchschnittliche zu bezahlende pro-Kopf-Prämie rund 74 Prozent des zunächst kommunizierten Prämientarifes aus. 2016 waren es noch 67 Prozent.

Entwicklung der Standardprämie und des durchschnittlichen Prämiensolls pro Versicherten in Franken (1996-2016)

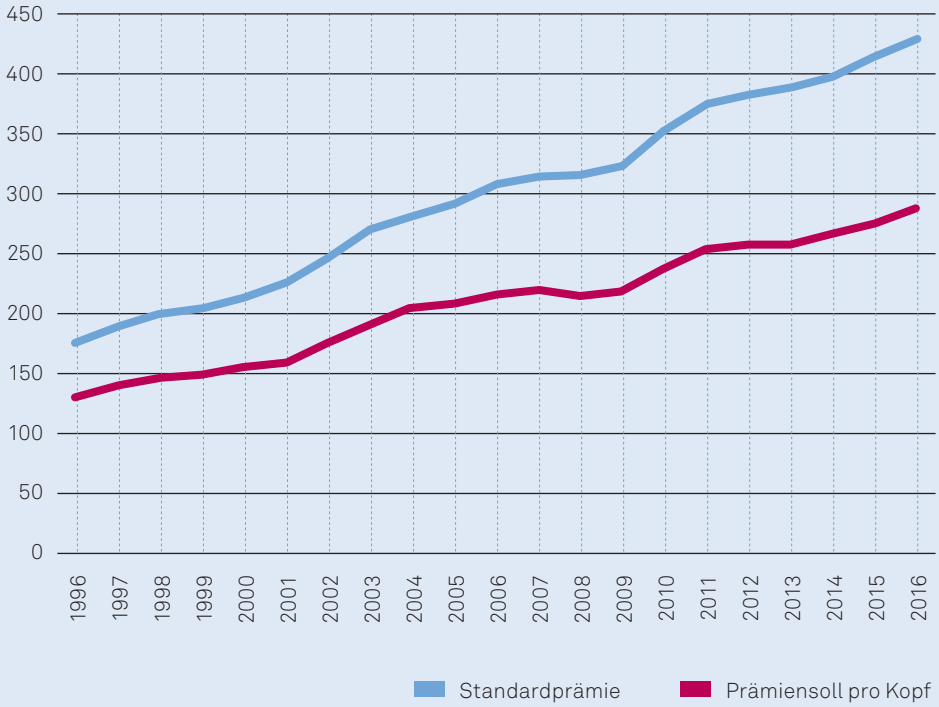


Abbildung 9

Vergleicht man die durchschnittlichen Wachstumsraten von 1996 und 2016, so ist der tatsächlich geschuldete Prämienbetrag jährlich um durchschnittlich rund 0.5 Prozentpunkte weniger gewachsen als die kommunizierte Standardprämie (siehe Tabelle). Dies erklärt sich mit einer veränderten Verteilung der Versicherten auf die verschiedenen Modelle.

	Prämientarif Standardprämien	Prämiensoll pro Versicherten
1996	173	128
2016	428	287
Durchschnittliche Wachstumsrate	4.63	4.11

Die Prämie des Standardmodells mit ordentlicher Franchise wird gerne als Kennzahl des kommunizierten Prämienwachstums hinzugezogen. Das so kommunizierte Wachstum liegt nach 20 Jahren aber rund 13 Prozent über den tatsächlich von der Bevölkerung zu bezahlenden Prämienerhöhungen.

Prämienentwicklung nach Kantonen

Für die Zeitperiode zwischen 1996 und 2016 war das durchschnittliche prozentuale Wachstum des Prämiensolls pro Versicherten in Kantonen mit tiefer Prämie tendenziell höher als in Kantonen mit hoher Prämie (siehe Abbildung 10).

Nachdem der Anteil der Versicherten im Standardmodell nur noch rund 35 Prozent beträgt, sollte die offizielle Prämienkommunikation angepasst werden und sich stärker an den realen Prämienzahlungen der Bevölkerung orientieren.

Entwicklung Monatsprämie und durchschnittliche jährliche Wachstumsrate nach Kantonen (1996-2016)

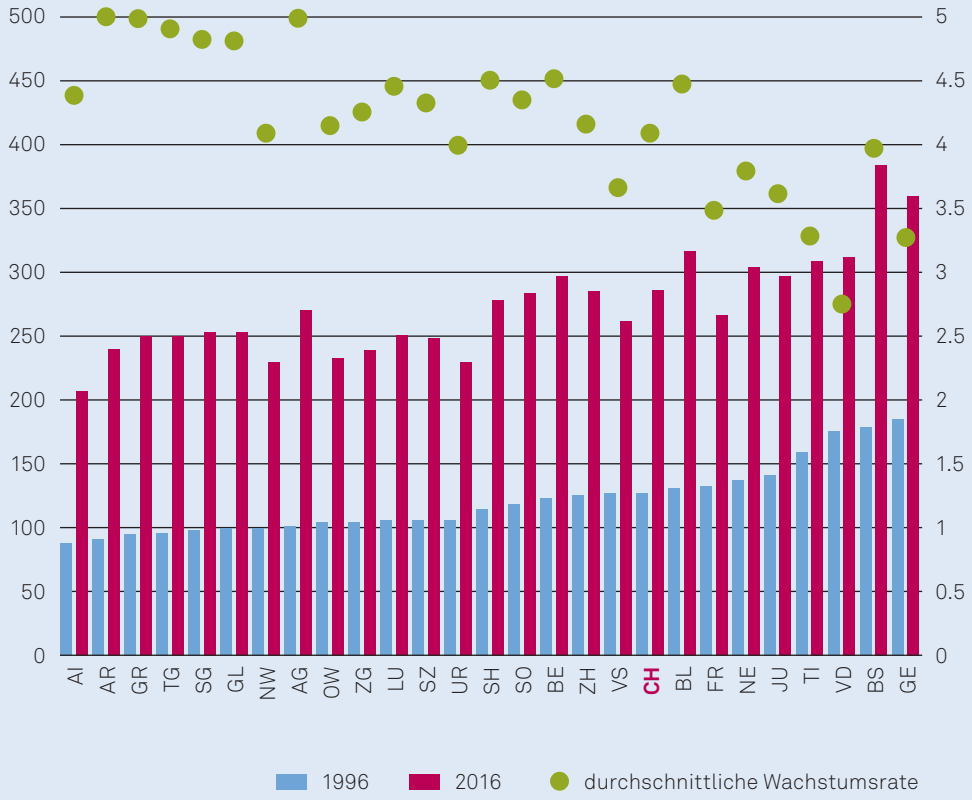


Abbildung 10

In den Kantonen Waadt, Basel-Stadt und Genf lagen die Sollprämien 1996 pro Kopf fast auf gleicher Höhe. In 20 Jahren ist die monatlich geschuldete Prämie in den beiden Stadtkantonen aber mehr als 100 Franken stärker angestiegen als in der Waadt. In Kantonen mit tiefen Ausgangsprämien 1996 liegen die Wachstumsraten im 20-jährigen Schnitt am höchsten.

In der langen Frist scheinen sich die Prämien also interkantonal anzugleichen.

Kantonale Prämiendifferenzen

Seit 1996 entsprechen die Prämien im Kanton Zürich in etwa denjenigen Prämien, welche in der Gesamtschweiz gelten würden, falls schweizweit einheitliche Prämien erhoben würden. In Appenzell-Innerrhoden müsste das jährliche Prämiensoll pro Kopf um die 900 Franken angehoben werden, um das schweizerische Niveau finanzieren zu können. Zwar entspricht das einem Anstieg von über 400 Franken seit 1996, gemessen am damaligen Prämienniveau ist dieser fiktive Anpassungsbedarf aber gesunken (siehe Abbildung 11).

Am Beispiel Appenzell-Innerrhoden lässt sich das wie folgt illustrieren:

Prämiensoll pro Versicherten 1996:	1'064
Prämiensoll pro Versicherten 2016:	2'482
Differenz zu schweizerischer Durchschnittsprämie 1996	475
Differenz zu schweizerischer Durchschnittsprämie 2016	960
Differenz in Prozent 1996:	44.6 %
Differenz in Prozent 2016:	38.7 %

Kantonale Prämiendifferenzen zu Schweizer Durchschnittsprämie (1996 und 2016)

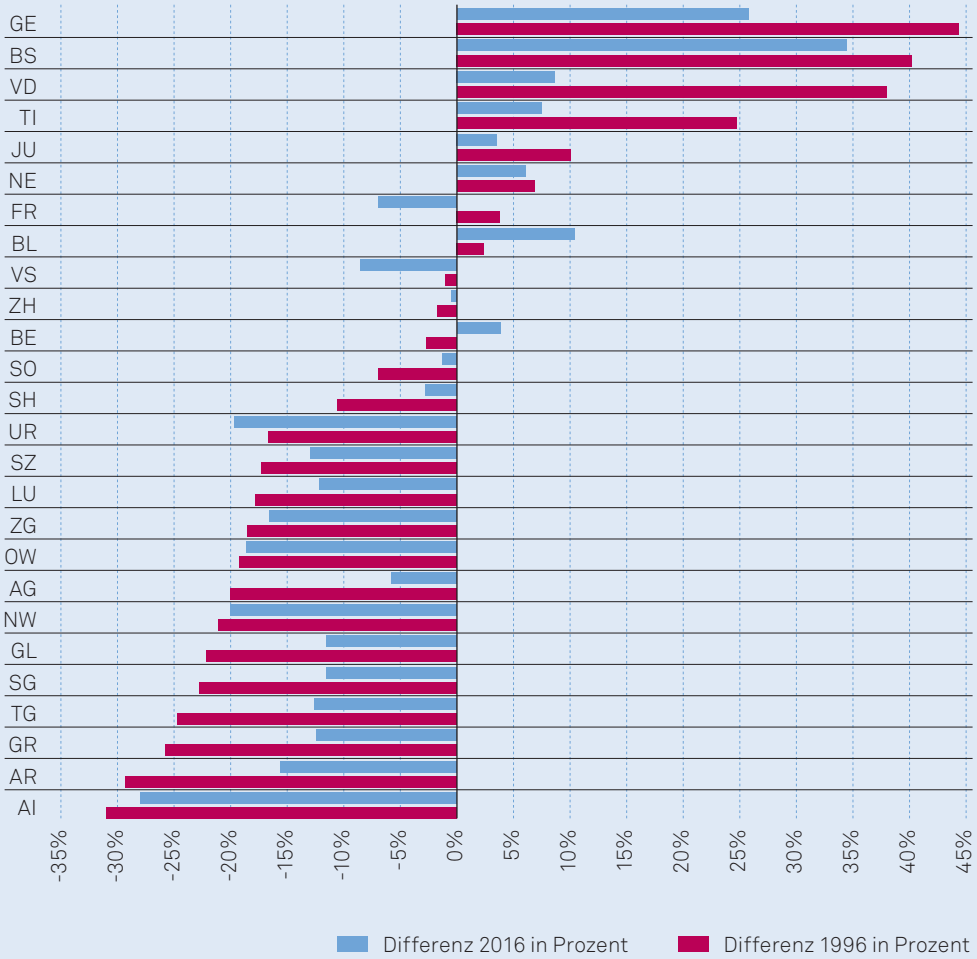


Abbildung 11

Die Differenzen zur schweizerischen Durchschnittsprämie haben seit 1996 absolut betrachtet zugenommen, relativ betrachtet nehmen sie hingegen ab.

Die kantonalen durchschnittlichen Wachstumsraten des jährlichen Prämiensolls bestätigen dieses Bild: Der Kanton Appenzell-Innerrhoden wies sowohl 1996 als auch 2016 die tiefste Sollprämie pro Versicherten aus. In Kantonen mit hohen Prämien 1996 liegen nicht nur die Wachstumsraten (CAGR: Compound aggregate growth rate) relativ tief, es sinkt auch die prozentuale Differenz zur Prämie des Kantons Appenzell-Innerrhoden. Beispielsweise verzeichnete der Kanton Waadt gesamtschweizerisch das tiefste Prämienwachstum pro Versicherten. 1996 waren die Prämien doppelt so hoch wie in Appenzell-Innerrhoden. Im Jahr 2016 lagen dort die Prämien nur noch 50 Prozent über jenen von Appenzell Innerhoden (siehe Abbildung 12). In den Nordostschweizer Kantonen haben die hohen Wachstumsraten dazu geführt, dass sich die prozentuale Differenz zu Appenzell-Innerrhoden vergrössert hat.

In der langen Frist werden die kantonalen Prämienunterschiede geringer.

Durchschnittliche Wachstumsrate des Prämiensolls
und Differenz zum tiefsten kantonalen Prämiensoll
(pro Versicherten, 1996 und 2016)

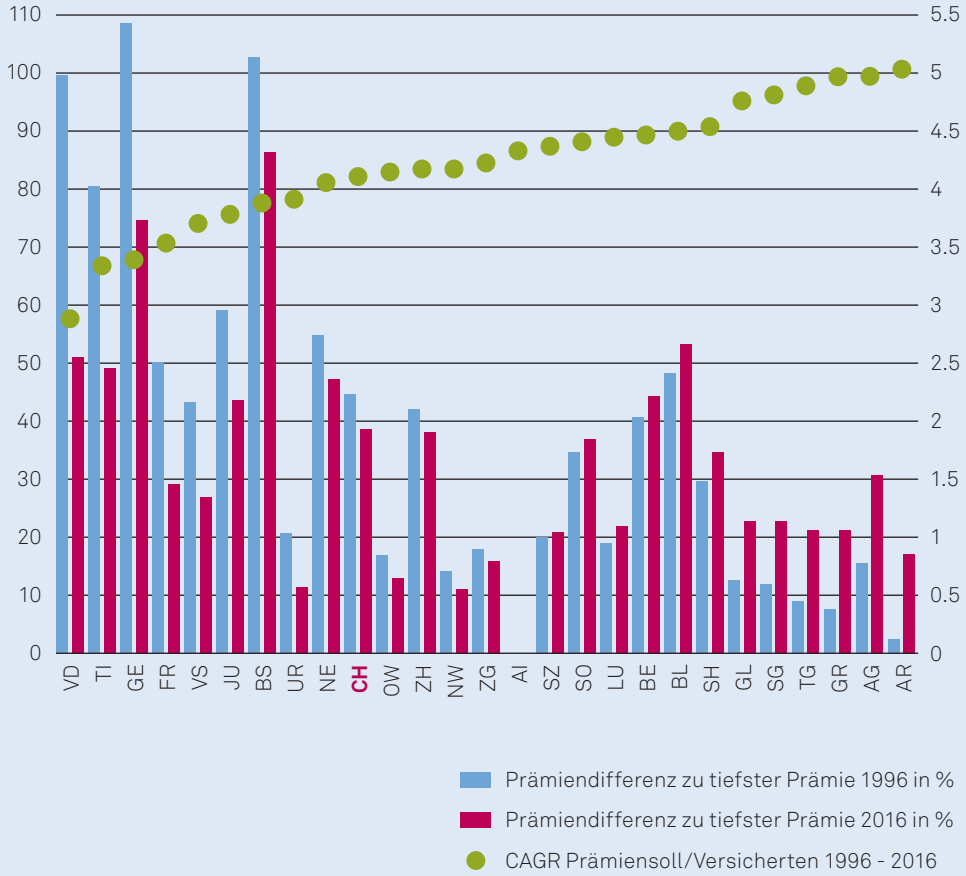


Abbildung 12

Prämien nach Alter und Geschlecht

Prämienbelastung nach Altersklassen

Bei den Erwachsenen dürfen die Prämien von den Versicherern nicht nach Alter oder Geschlecht abgestuft werden (Einheitsprämie). Das gilt jeweils pro Modellvariante, pro Prämienregion und pro Versicherer.

Da Versicherer und Modellvariante je nach Präferenz der Versicherten frei wählbar sind, können die Prämien trotz des Prinzips der Einheitsprämie variieren. Faktisch führen die Entscheide der Versicherten denn auch dazu, dass ältere Versicherte im Durchschnitt faktisch höhere Prämien zahlen als jüngere Erwachsene (siehe Abbildung 13).

In der höchsten Altersklasse (älter als 100 Jahre) der Erwachsenen werden durchschnittlich über 50 Prozent höhere Prämien bezahlt als in der Altersklasse 26-30 Jahre. Umgekehrt bezahlt die jüngste Erwachsenenklasse gegenüber der ältesten Klasse rund 30 Prozent weniger. Von 2011 bis 2016 ist die Differenz von jährlich 1'500 Franken auf 1'750 Franken gestiegen.

Die freie Wahl der Versicherungsdeckung (Versicherer, Modell und Franchise) führt dazu, dass die älteste Versichertengruppe der Erwachsenen – trotz des Prinzips der Einheitsprämie – durchschnittlich über 50 Prozent höhere Prämien zahlt als die jüngste Altersklasse der Erwachsenen.

Durchschnittliches Prämiensoll pro Altersklasse (2011 und 2016)

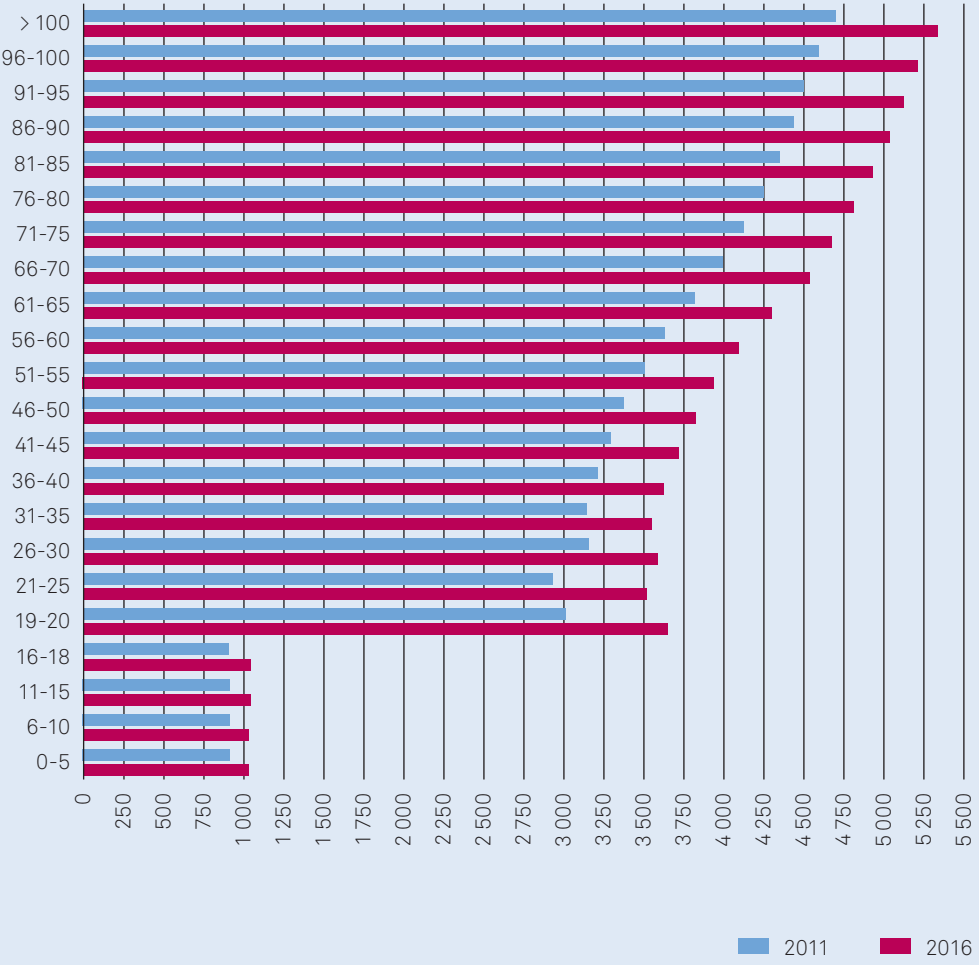


Abbildung 13

Prämien- und Kostenbeteiligung nach Alter

Ein Hauptgrund für die höheren Sollprämien der älteren Bevölkerung ist, dass sie aufgrund ihres tendenziell schlechteren Gesundheitszustands eher die Modelle mit ordentlicher Franchise ohne die entsprechenden Rabatte wählen. Findet nämlich ein Leistungsbezug statt, fällt neben der Prämie auch die finanzielle Belastung durch die Kostenbeteiligung (Selbstbehalt und Franchise) an. Und sie kann vergleichsweise hoch ausfallen (siehe Abbildung 14).

Die Differenz der finanziellen Belastung zwischen ältester und jüngster Erwachsenenklasse beträgt über 2‘500 Franken. Das entspricht rund 63 Prozent der Sollprämien der tiefsten Altersklasse der Erwachsenen. Die jüngste Erwachsenenklasse erreicht quasi einen Rabatt auf den Sollprämien der Ältesten von rund 38 Prozent.

Die Differenzen der durchschnittlichen Prämien zwischen Jung und Alt liegt nahe an den gesetzlich maximal zulässigen Prämienrabatten auf dem Standardmodell.

Differenz zwischen tatsächlich bezahlter und «echter Einheitsprämie»

Müssten in allen Altersgruppen unabhängig von der Modellwahl tatsächlich gleich hohe Prämien bezahlt werden, würde es zwangsläufig zu einer Prämienverschiebung innerhalb der Altersklassen kommen. Die obersten Altersklassen müssten jährlich über 1‘000 Franken weniger Prämien bezahlen, die Erwachsenen bis 40 hingegen fast 500 Franken mehr berappen.

Das Optimierungspotenzial bei der Modellwahl ist bereits weitestgehend ausgeschöpft.

Prämiensoll und Prämiensoll plus Kostenbeteiligung pro Altersklasse 2016

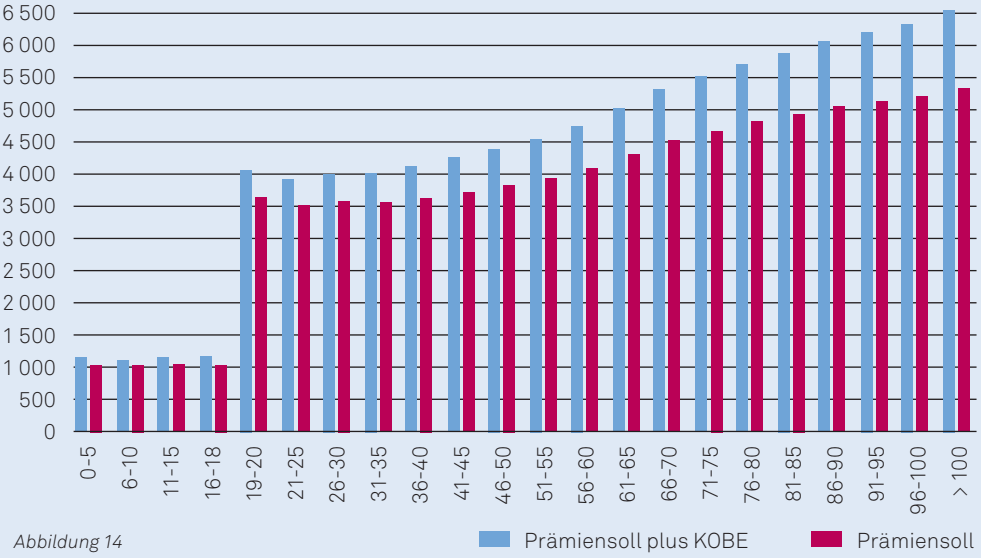


Abbildung 14

Differenz zwischen tatsächlichem und einheitlichem Prämiensoll nach Altersklassen, 2016

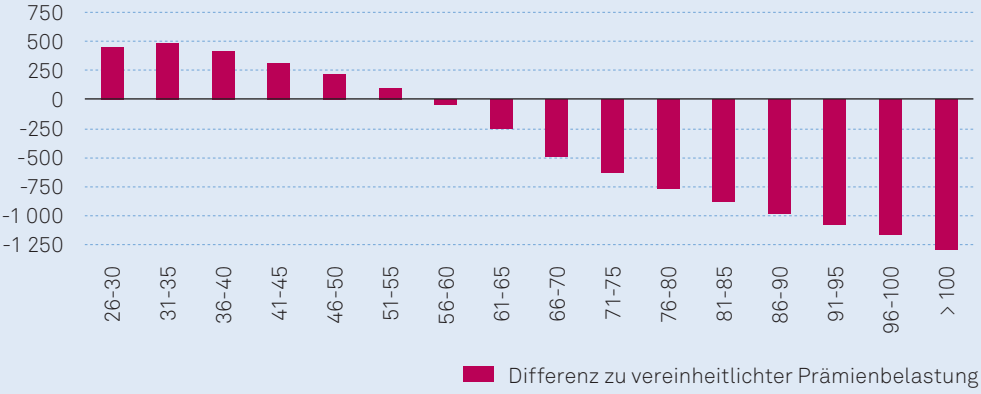


Abbildung 15

Ohne die Freiheiten, Rabattprodukte wählen zu können, würden die jüngeren Erwachsenen also entsprechend stärker belastet und die älteren Erwachsenen bis zu 1‘300 Franken entlastet. Dies zeigt auch auf, dass die jungen Erwachsenen höhere Prämien, die älteren Erwachsenen hingegen insgesamt tiefere Prämien zahlen würden, wenn auf hohen Franchisen – wie vom Bundesrat kürzlich vorgeschlagen – die Rabatte gekürzt würden. Aus sozialpolitischen Gründen wird umgekehrt vereinzelt auch die Schaffung einer weiteren Prämienklasse für die jüngeren Erwachsenen gefordert, um diese auf Kosten der älteren Erwachsenen zu entlasten. Es ist offen, ob die Initianten das im Wissen über die heutige Verteilung anstreben.

Prämiensoll nach Geschlecht

Aufgrund der freien Wahl von Versicherer, Modell und Franchise bestehen auch zwischen den Geschlechtern Unterschiede bei den effektiven Prämien (siehe Abbildung 16). Bis auf die jüngeren Kinderjahre – hier gilt ein anderer Prämienbildungsmechanismus – zahlen weibliche Versicherte über alle Altersklassen hinweg jeweils höhere Prämien als männliche Versicherte. Ab dem vierzigsten Lebensjahr nimmt dieser Belastungsunterschied kontinuierlich ab.

Ob Frauen bei der Wahl des Modells risikoaverser sind als Männer, lässt sich daraus nicht ableiten. Allenfalls gewichten sie das Risiko der Kostenbeteiligung höher. Vielleicht verfügen sie aber auch einfach über ein anderes Risikobewusstsein oder gewichten die Wahlfreiheit höher. Jedenfalls wählen sie durchschnittlich Modelle mit höheren Prämien. Würden sie die Prämienhöhe bei der Modellwahl genauso gewichten wie die Männer, gäbe es diese Unterschiede nicht.

Heute bezahlen ältere Erwachsene im Durchschnitt markant höhere Prämien als jüngere Erwachsene. Dank den Versicherungsvarianten bezahlen jüngere Erwachsene bis zu 1‘750 Franken pro Jahr tiefere Krankenversicherungsprämien als die älteren Erwachsenen.

Durchschnittliche Prämienbelastungsdifferenz zwischen Männern und Frauen nach Alterklasse (in Prozent, 2016)

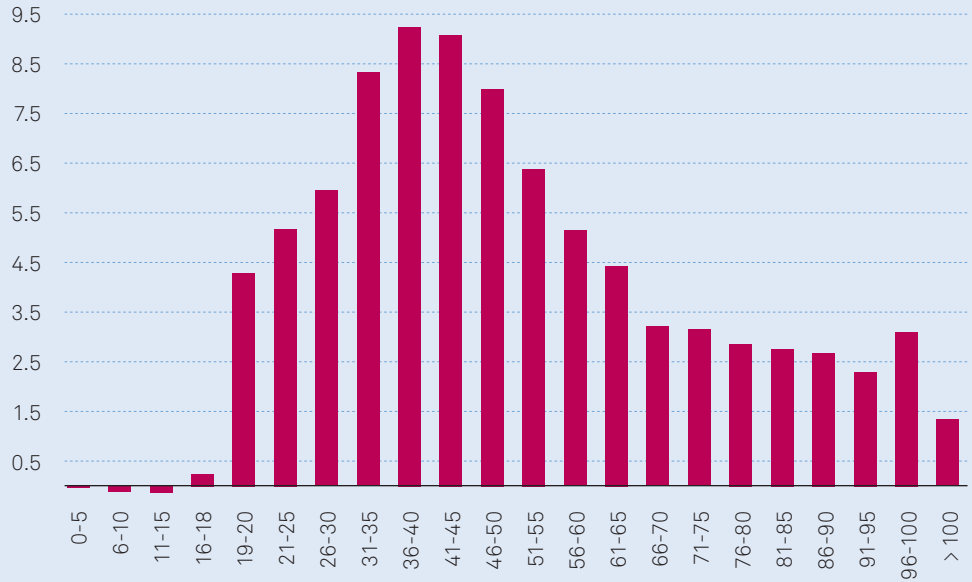


Abbildung 16

Frauen gewichten bei der Modellwahl die unterschiedlichen Entscheidungskriterien anders als Männer – mit der Konsequenz, dass sie über alle Altersklassen hinweg höhere Prämien zahlen.

Kostenbeteiligung

Kostenbeteiligung in Prozent der Sollprämien nach Kanton

Die Kostenbeteiligung der Versicherten besteht aus dem Selbstbehalt (generell 10 Prozent bis maximal 700 Franken pro Jahr – mit Ausnahme von MIGEL- Produkten, Schwangerschaft und bestimmten Medikamenten mit Generikakonkurrenz) sowie der gewählten Franchise. Die Kostenbeteiligung ist also nach oben limitiert. Die ordentliche Franchise liegt bei 300 Franken, die maximale bei 2‘500 Franken. Bei den Modellen mit ordentlicher Franchise beträgt die maximale Kostenbeteiligung demnach effektiv 1‘000 Franken, bei der höchsten Franchise 3‘200 Franken.

Bei der ordentlichen Franchise ist die maximale Kostenbeteiligung erreicht, wenn Krankheitskosten von 7‘300 Franken angefallen sind; die ersten 300 Franken werden mit der ordentlichen Franchise bezahlt, von den zusätzlichen 7‘000 Franken werden 10 Prozent, aber maximal 700 Franken dem Selbstbehalt angerechnet. Bei der maximalen Franchise fällt die maximale Kostenbeteiligung an, wenn die Krankheitskosten 9‘500 Franken betragen, 2‘500 Franken zulasten Franchise und 7‘000 Franken mit 10 Prozent Selbstbehalt (maximal 700 Franken).

Diese Vorgaben bezwecken, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch die Versicherten zu dämpfen. Sie gelten gesamtschweizerisch einheitlich. Demgegenüber werden die Prämien regional/kantonal

festgelegt und sind nach oben nicht limitiert. Das führt dazu, dass die regionale beziehungsweise kantonale Kostenbeteiligung gemessen an den Prämien je nach Kanton unterschiedlich hoch ist.

Abbildung 17 verdeutlicht dies: In Kantonen mit hohen Prämien (Genf und Basel-Stadt) ist die Kostenbeteiligung mit rund 13 Prozent anteilsmässig geringer als in Kantonen mit tiefen Prämien wie Appenzell-Innerrhoden oder Glarus, wo sie zwischen 16 und 18 Prozent liegen.

Die auf alle Kantone zutreffenden abrupten Änderungen der Anteile 2010 sind auf die jeweiligen Anpassungen der Rabattregeln auf eidgenössischer Ebene zurückzuführen.

Je höher die Prämien, desto geringer das relative Gewicht der Kostenbeteiligung.

Der Lenkungseffekt der Kostenbeteiligung verliert also mit der Höhe der Prämien an Bedeutung. Wegen dieses Zusammenhangs ergeben sich trotz identischer, nationaler Regeln kantonal unterschiedliche Wirkungen.

Die gesetzlichen Vorschriften führen paradoxerweise dazu, dass in Kantonen mit hohen Kosten und Prämien die kostensenkende Anreizwirkung der Kostenbeteiligung tiefer ist als in Kantonen mit tiefen Kosten und Prämien.

Entwicklung Kostenbeteiligung pro Person in Prozent der Sollprämien nach ausgewählten Kantonen (1996-2016)

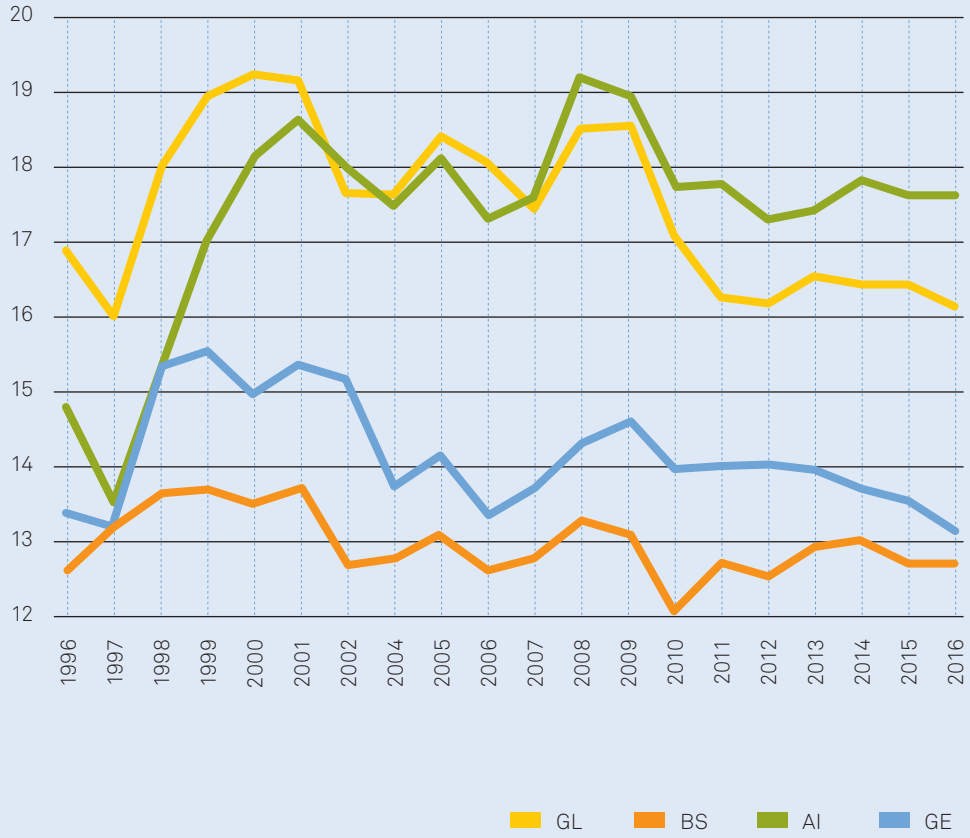


Abbildung 17

Prämienverbilligung

Verbilligungsbeträge Schweiz

Gemäss Art. 65 KVG richten die Kantone jenen Versicherten, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, Prämienverbilligungen aus. Finanziert werden sie gemeinsam von Bund und Kantonen. Die Kantone sind weitgehend autonom, die Prämienverbilligung für ihre Bevölkerung zu regeln. Deshalb sind die Bedingungen für den Erhalt, die Höhe und die Art der Auszahlung der Prämienverbilligung je nach Kanton sehr verschieden.

Die statistische Betrachtung der Prämienverbilligung zeigt: Die ausbezahlten Beiträge sind von 1996 bis 2010 kontinuierlich gestiegen. Zwischen 2010 und 2015 stagnieren sie, wobei der Anteil der kantonalen Finanzierung in dieser Periode rückläufig ist. 2010 betrug er rund 50 Prozent, 2016 noch bei 42.5 Prozent (siehe Abbildung 18). Die Kantone reduzierten in den letzten Jahren ihren Anteil der Prämienverbilligungsbeiträge kontinuierlich.

Vergleicht man die Entwicklung der Prämienverbilligungsbeträge indexiert mit der Entwicklung des absoluten Prämiensolls seit 1996, weist das Prämiensoll einen geringeren Anstieg auf. Es ist eine offene Frage, ob dies an einer positiven Entwicklung der wirtschaftlichen Verhält-

Entwicklung der Prämienverbilligungsbeiträge (in Mio. Franken, 1996-2016)

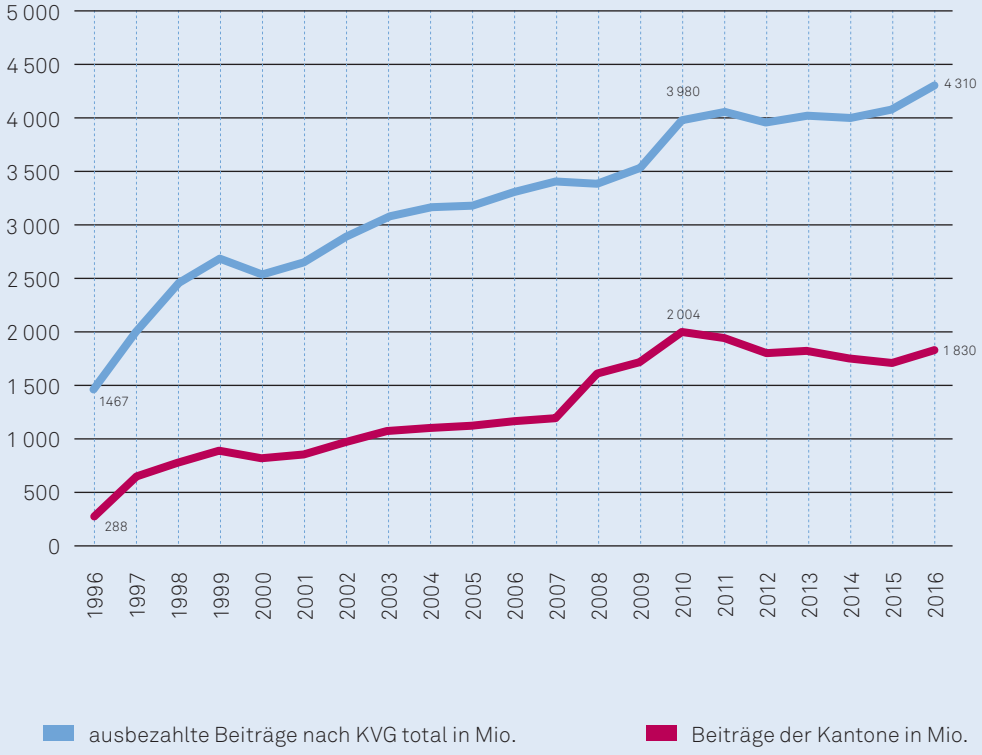


Abbildung 18

nisse der Versicherten liegt, oder ob aus budgetären Überlegungen auch Anpassungen bei der Definition der bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse vorgenommen wurden.

Jedenfalls ist das Verbilligungsvolumen seit 2000 von etwas unter 20 Prozent des gesamten Prämiensolls um einen Viertel auf 15 Prozent im Jahr 2015 gesunken (siehe Abbildung 19).

In den letzten 15 Jahren zahlten die Kantone gemessen an den Prämien im Durchschnitt 25 Prozent weniger Unterstützungsbeiträge aus. Die Prämienzahler tragen die steigende Prämienlast also immer mehr selber.

Nach Einschätzung der Kantone haben es die Prämienentwicklung und die Entwicklung der Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse seit 2000 erlaubt, eine Reduktion des gesamten Verbilligungsvolumens gemessen an den Prämien von 20 auf 15 Prozent vorzunehmen.

Entwicklung von Prämiensoll und Prämienverbilligung, indexiert, 2000-2016

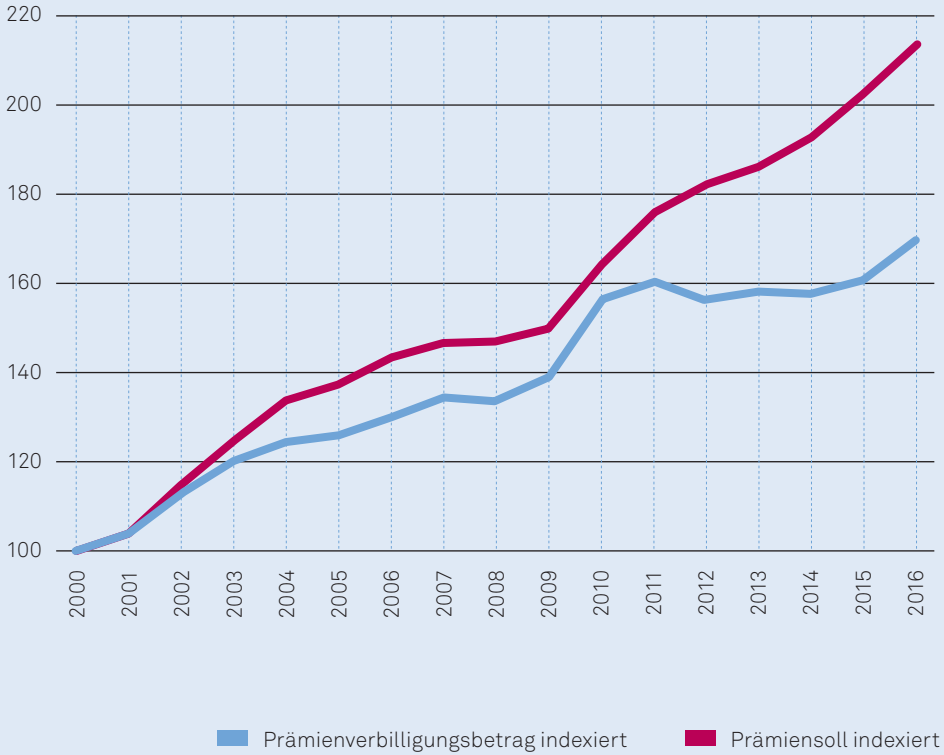


Abbildung 19

Struktur der Bezüger

Dieselbe Entwicklung spiegelt sich in einer seit dem Jahr 2000 sinkenden Bezügerquote bei der Prämienverbilligung wider. Sie ist von 32 Prozent auf 27 Prozent zurückgegangen. Zudem ist das Verbilligungsvolumen von etwas unter 20 Prozent des gesamten Prämiensolls um ein Viertel auf 15 Prozent im Jahr 2016 gesunken (siehe Abbildung 20).

Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl der Bezüger pro Haushalt mit Prämienverbilligung von 2.18 auf 1.66 gesunken. Auch dies entspricht einem Rückgang von rund einem Viertel. Offenbar hat sich der nach den Regeln der Prämienverbilligung festgesetzte Unterstützungsbedarf auf eher kleinere Haushalte verschoben.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
2.18	1.98	1.90	1.90	1.88	1.87	1.89	1.89	1.90	1.86	1.84	1.85	1.86	1.83	1.82	1.78	1.66

Die Anzahl Einpersonenhaushalte in der Schweiz lag 2016 gemäss Statistik der Privathaushalte nach institutionellen Gliederungen und Haushaltsgrösse bei 1‘300‘000. Davon erhielten gemäss Krankenversicherungsstatistik 875‘000 Einpersonenhaushalte eine Verbilligung (siehe Abbildung 21). Schweizweit erhielten 2016 also zwei Drittel der Einpersonenhaushalte eine Prämienverbilligung. Der Anteil der beziehenden Mehrpersonenhaushalte liegt im Vergleich erheblich tiefer.

Der Anteil Einpersonenhaushalte mit Prämienverbilligung ist um das Dreifache höher als der Anteil Mehrpersonenhaushalte mit Prämienverbilligung.

Prämienverbilligungszahlungen als Folge von bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sind in Einpersonenhaushalten mehr als drei Mal häufiger als in Mehrpersonenhaushalten.

Entwicklung der Bezügerquote und des Anteil Prämienverbilligung in Prozent des Prämiensolls, 2000-2016

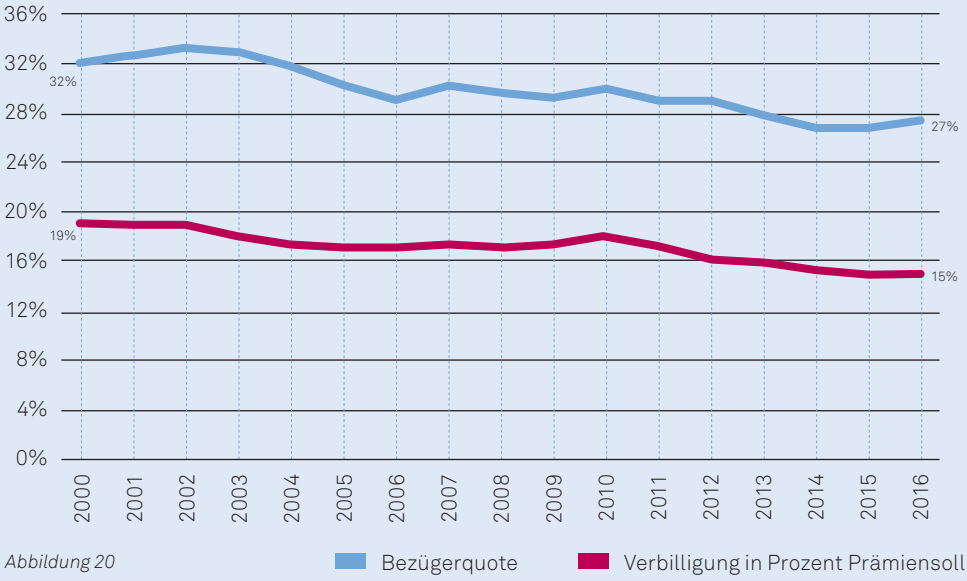


Abbildung 20

Anzahl subventionierte Haushalte nach Haushaltsgrösse, 2016

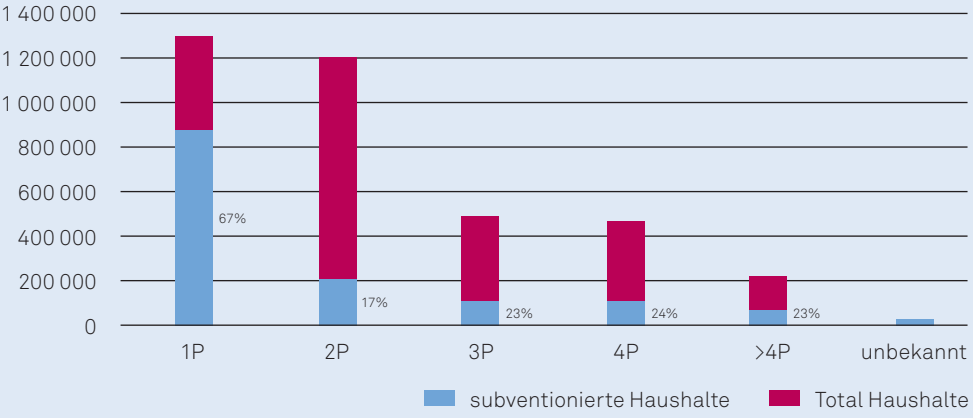


Abbildung 21

Kantonale Unterschiede

Gesamtschweizerisch ist der Anteil subventionierter Haushalte im Vergleich der Jahre 2000 zu 2016 leicht gesunken. Die Streuung zwischen den Kantonen hat abgenommen, kantonal lassen sich aber dennoch erhebliche Unterschiede beobachten (siehe Abbildung 22):

1. Im Jahr 2000 haben sechs Kantone mehr als die Hälfte ihrer Haushalte subventioniert. Bei den drei Kantonen Aargau, Solothurn und Waadt lag dieser Anteil hingegen unter 30 Prozent.

2. 2016 wurde in keinem Kanton die überwiegende Anzahl der Haushalte subventioniert. Den höchsten Anteil hat der Kanton Zürich mit 48 Prozent. Die Spitzenreiter von 2000 haben ihre Anteile teilweise massiv reduziert. In den drei, vormals am unteren Ende der Skala befindlichen Kantonen haben sich die Anteile um bis zu 12 Prozentpunkte erhöht. Am tiefsten ist der Anteil subventionierter Haushalte mit 27 Prozent im Kanton Glarus.

Kantonale Unterschiede zeigen sich auch bei der Höhe der Unterstützung und der Bezügerquote (siehe Abbildung 23). Der Kanton Zürich weist die höchste Bezügerquote auf, bei einem Verbilligungsbetrag pro Bezüger von rund 1'600 Franken. Basel-Stadt zahlt pro Bezüger den

In den Abbildungen 23-25 wird der Kanton Bern nicht aufgeführt. Im Kanton Bern wird seit 2012 nicht mehr der vollständige Beitrag zur Krankenkassenprämie von EL-Bezügern und Sozialhilfeempfängern als Prämienverbilligung betrachtet. Ein Vergleich mit anderen Kantonen ist somit nicht möglich.

Anteil subventionierter Haushalte nach Kantonen, Vergleich 2000 zu 2016

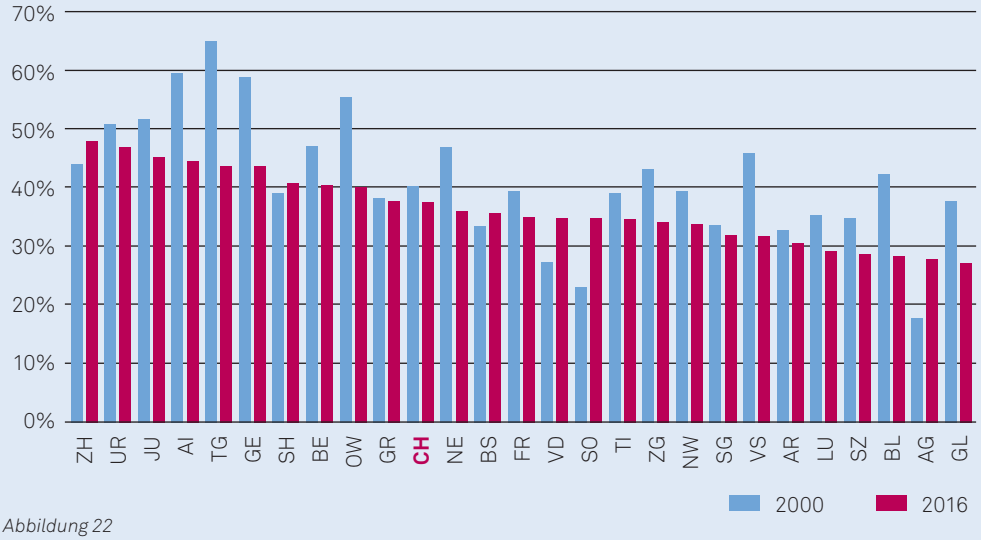


Abbildung 22

Bezügerquote und Verbilligungsbetrag pro Bezüger, 2016

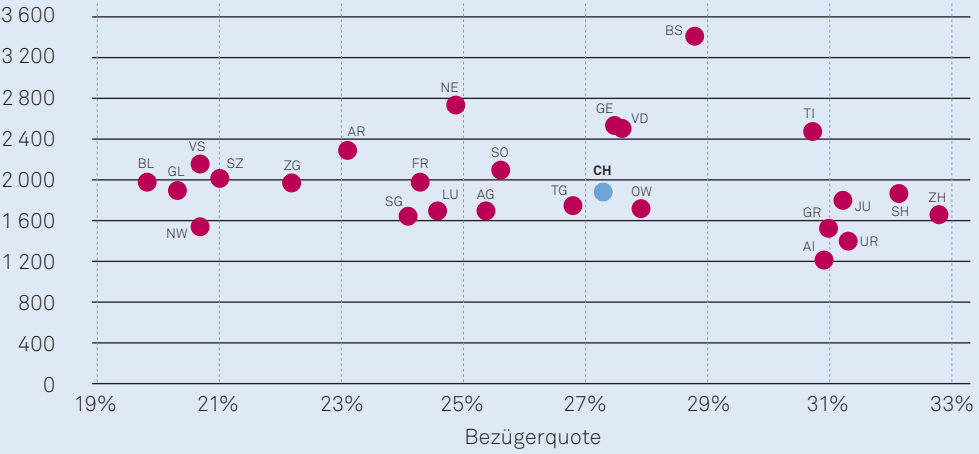


Abbildung 23

höchsten Betrag aus. Basel-Land weist demgegenüber die tiefste Bezügerquote bei mittleren Beträgen auf. Die Werte sind stark schiefverteilt. Daher sollte eigentlich als statistisches Mass der Median herangezogen werden. Aus den Daten der Krankenversicherungsstatistik lässt sich aber nur das arithmetische Mittel ableiten.

Wie gross der Anteil der geschuldeten Prämien ist, der durch die Verbilligungsbeiträge gedeckt werden kann – also wie stark quasi die individuelle Unterstützung ist – hängt allerdings von der Höhe der kantonalen Prämien ab. Demzufolge ist es sinnvoll, auch den Prämiendeckungsgrad der Prämienverbilligung zu vergleichen (siehe Abbildung 24).

Offensichtlich ist der Unterstützungsmodus in den Kantonen sehr unterschiedlich. Während Kantone wie Zürich, Appenzell-Innerrhoden und Uri lieber relativ viele Versicherte, aber mit vergleichsweise kleineren Anteilen an den geschuldeten Prämien unterstützen, herrscht in Neuenburg, Wallis und Appenzell-Ausserrhoden eher die umgekehrte Praxis. Der höchste Prämiendeckungsanteil weist Appenzell-Ausserrhoden auf.

Die Prämienverbilligungspolitik lässt sich mit den zwei Grössen «Bezügerquote» und «Prämiendeckungsgrad der Verbilligung» vereinfachend charakterisieren und kantonal gut vergleichen. Zu diesem Zweck lässt sich eine Indexzahl bestimmen, indem der prozentuale Prämiendeckungsgrad der Verbilligung durch die Bezügerquote dividiert wird.

Der Bund regelt, dass die Kantone den Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen eine Prämienverbilligung ausrichtet. Die Festlegung des Begünstigtenkreises und das Ausmass der individuellen Unterstützung bestimmen die Kantone. Entsprechend unterschiedlich sind die Unterstützungsstrategien der Kantone.

Prämiendeckungsgrad der Prämienverbilligung und Bezügerquote, 2016

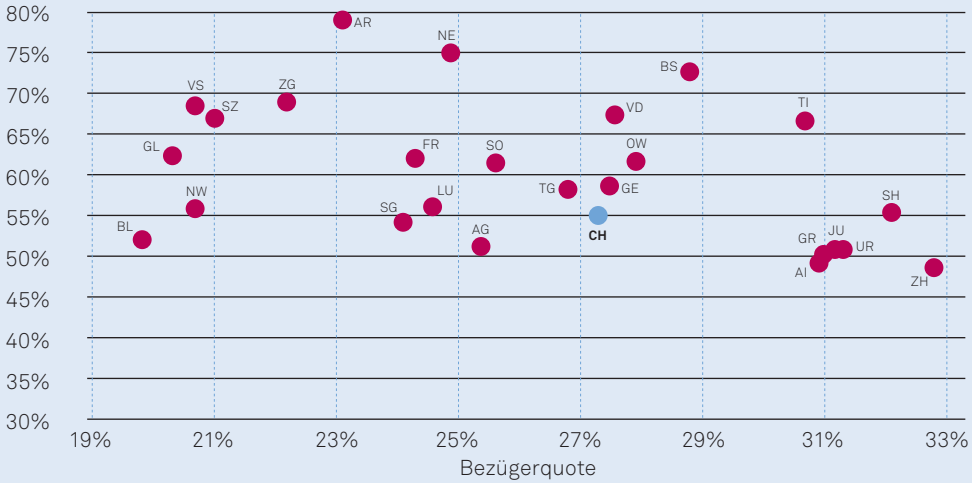


Abbildung 24

Bei hohem Deckungsrad und tiefer Bezügerquote nimmt der Index hohe Werte an. Relativ wenige Personen erhalten zwar eine Prämienverbilligung, die Entlastung der individuellen Prämienrechnung ist aber relativ gross. Bei kleinem Deckungsgrad und hoher Bezügerquote nimmt der Index umgekehrt tiefe Werte an: Es erhalten relativ viele Personen eine Prämienverbilligung, die aber einen relativ geringen Teil der Prämienlast pro Bezüger kompensiert. Eine solche Politik hat also eine eher geringe individuelle Wirkung.

Der Index kann auch als Giesskannenindex bezeichnet werden. Er gibt nämlich wieder, welche Kantone tendenziell eher gezielt und welche Kantone eher breit und dafür individuell weniger unterstützend Prämienverbilligungen ausschütten.

So verglichen betreibt der Kanton Zürich im kantonalen Vergleich am ehesten eine Politik der Giesskanne. Viele Personen erhalten zwar eine Verbilligung, den Prämienteil, den sie damit decken können, ist allerdings relativ gering. Die Kantone Appenzell-Ausserrhoden und Wallis richten die Prämienverbilligung am gezieltesten aus (siehe Abbildung 25).

Giesskannenindex der Prämienverbilligung, 2016

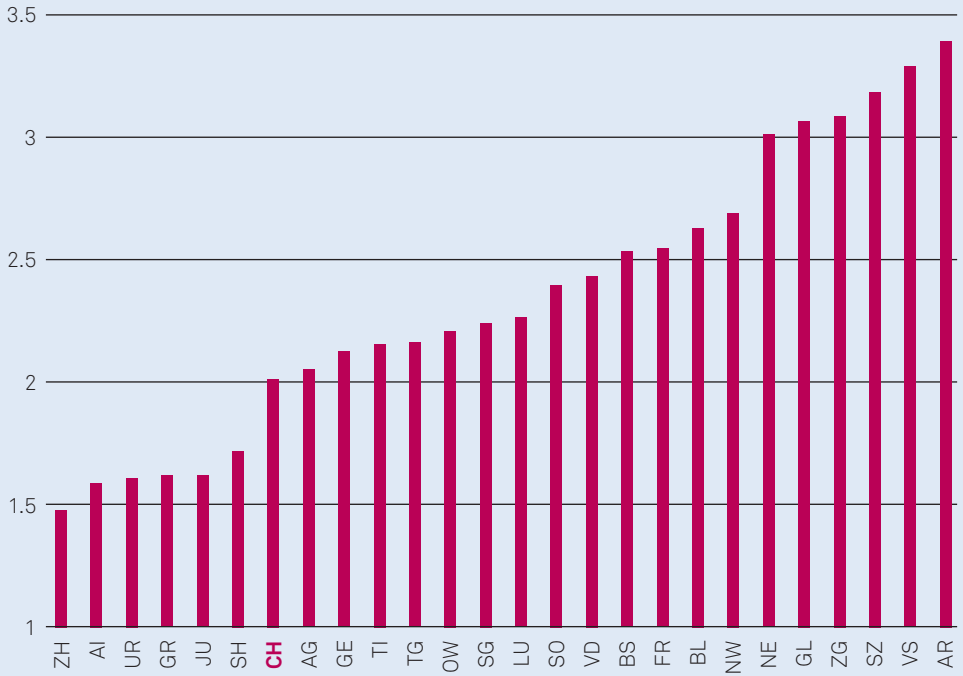


Abbildung 25

Prämienverbilligung nach Altersklassen

Wie das Prämiensoll pro Versicherten steigt mit dem Alter auch der Verbilligungsbetrag pro Bezüger an. Die prozentual höchste Entlastung erhalten Kinder. Die Erziehungsberechtigten zahlen nach Abzug der Verbilligung noch 30 Prozent der Sollprämie ihrer Kinder (siehe Abbildung 26). Die geringste prozentuale Entlastung erhalten im schweizerischen Durchschnitt die Bezüger in den Altersklassen zwischen 26 und 50. Die Prämienverbilligung reduziert deren Prämienzahlung auf rund 46 Prozent. Bei den höheren Altersklassen fällt sie auf bis zu 33 Prozent des Prämiensolls.

Stellt man die Bezügerquoten nach Altersklassen dar, zeigt sich, dass Altersklassen am oberen und unteren Ende die höchsten Quoten aufweisen. Es sind Jahrgänge mit einem relativ hohen Anteil an Personen ohne Erwerbstätigkeit betroffen. Entsprechend waren 2016 die Bezügerquoten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie bei der älteren Bevölkerung durchschnittlich am höchsten (siehe Abbildung 27).

Vergleicht man die Verhältnisse von 2006 mit jenen von 2016, sieht man, dass die Bezügerquoten der Altersklassen bis 45 gesunken, jene ab Altersklasse 46 bis auf die Altersklasse 71-75 gestiegen sind.

Die Unterstützungsquote der Mehrpersonenhaushalte im Erwerbsalter ist viel geringer als jene der Einpersonenhaushalte der jüngeren und älteren Personen. In den letzten zehn Jahren hat sich das Verhältnis von jüngeren zu älteren Prämienverbilligungsbezüger zugunsten der älteren Altersklassen verschoben. Gleichzeitig sind die Prämien der älteren Versicherten stärker gestiegen als bei den jüngeren.

Prämienverbilligung und Prämiensoll nach Altersklasse, 2016

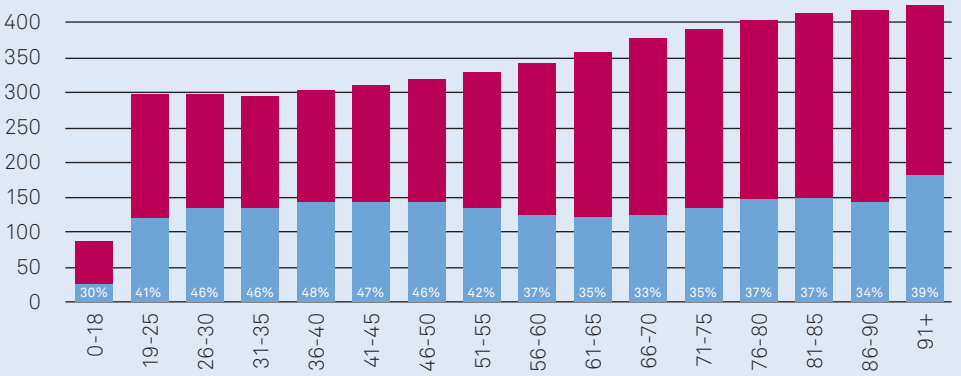


Abbildung 26

Bezügerquoten nach Altersklassen (2006 und 2016)

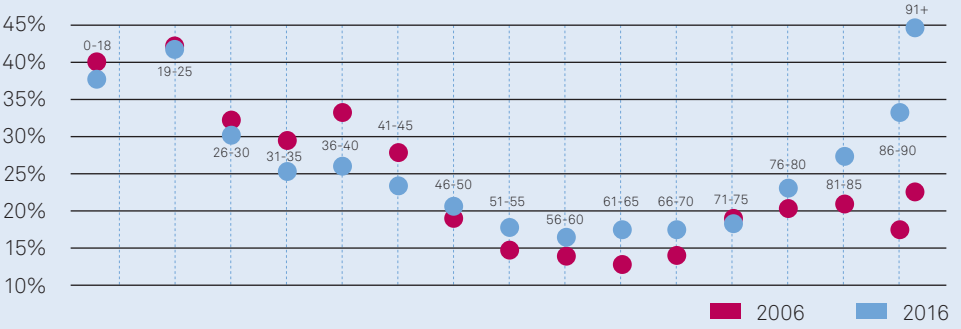


Abbildung 27

Offensichtlich orten die Kantone im Zeitverlauf einen vergleichsweise höheren Unterstützungsbedarf bei den älteren Personen gegenüber einem geringeren bei der erwerbstätigen und der jüngeren Bevölkerungsschicht.

Prämienverbilligung und Zusatzversicherungen

Auf Basis der Versichertendaten von Helsana lässt sich feststellen, wie sich Prämienverbilligungsbezüger und nicht-unterstützte Personen versichern. Dafür konnte auf Daten von 1.16 Millionen Versicherte zurückgegriffen werden. 27,3 Prozent sind Bezüger einer Prämienverbilligung. Die Geschlechterverteilung im Datensatz fällt leicht zugunsten der weiblichen Versicherten aus.

Obwohl der Anteil der Prämienverbilligungsbezüger mit höchster Franchise nur halb so hoch ist wie bei den Nicht-Bezügern, liegt die OKP-Bruttoprämie im Durchschnitt nur wenig tiefer. Eine deutliche Mehrheit der Bezüger (67.6 Prozent) hat mindestens eine Zusatzversicherungsdeckung und zahlt pro Monat im Durchschnitt 55 Franken Prämien für Zusatzversicherungen. Nicht-Bezüger geben hingegen doppelt so viel für Zusatzversicherungen aus. Das ist damit zu erklären, dass der Anteil Prämienverbilligungsbezüger mit Halbprivat- oder Privatversicherung mehr als 50 Prozent geringer ist und diese Versicherungen verglichen mit ambulanten Zusatzversicherungen teurer sind.

Prämienverbilligungsbezüger geben im Durchschnitt weniger für die Grundversicherung aus. Sie leisten sich weniger häufig Zusatzversicherungen und geben im Durchschnitt auch weniger dafür aus.

Monatsprämien	Nicht-Bezüger	Verbilligungsbezüger
OKP-Bruttoprämie im Durchschnitt	314.50	295.90
Anteil mit mind. einer Zusatzversicherung	75%	68%
Anteil mit Halbprivat- oder Privat-Versicherung	24%	11%
Prämien für Zusatzversicherungen pro Monat in Franken	108	54
Anteil Versicherte mit ordentlicher Franchise	42%	46%
Anteil mit Franchise 2 500 Franken	16.7%	8.9%

Tabelle 1

Prämienausstände: Rechtlicher Rahmen

Wenn Versicherte ihre Rechnungen nicht bezahlen, werden sie vom Versicherer zunächst an den Ausstand erinnert. Falls weiterhin keine Zahlung erfolgt, wird eine Betreibungsandrohung ausgestellt. Je nach Versicherer wird vor der Betreibungsandrohung noch eine weitere Mahnung verschickt. Verstreicht die Mahnfrist ungenutzt, wird die Betreibung eingeleitet. Je nach Versicherer werden aus Kostengründen mehrere fällige Posten in einer Betreibung zusammengefasst. Eine Betreibung wird mit einem Betreibungsbegehren eingeleitet und das Betreibungsamt stellt den Zahlungsbefehl aus. Jeder Zahlungsbefehl entspricht einer Betreibungshandlung. Würden die Versicherer die Forderungen nicht zusammenfassen, würde ein Schuldner, der keine Prämien bezahlt, typischerweise mindestens zwölf Mal im Jahr betrieben.

Wenn für die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen ein Verlustschein vorliegt, partizipieren die Kantone gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG mit 85 Prozent an den Verlusten der Krankenversicherer. Dies ist aber nicht forderungsmindernd für die Versicherten. Die Versicherer profitieren von dieser Kantonsbeteiligung als Entschädigung dafür, dass die Versicherer keinen Versicherten aus der Grundversicherung ausschliessen dürfen. Grundsätzlich bleibt ein Versicherer immer leistungspflichtig, auch wenn der Versicherte die Rechnungen nicht bezahlt. Werden die Ausstände später beglichen, muss der Versicherer 50 Prozent der Zahlungen an den Kanton zurückerstatten. Auch in einem Kanton mit einer «Liste säumiger Prämienzahler» muss der Versicherer nach vollständiger Begleichung aller Ausstände rückwirkend alle Leistungen übernehmen.

Bis Ende 2011 mussten die Versicherer die Leistungen nach der Einleitung des Fortsetzungsbegehrens sistieren. Seit dem 1. Januar 2012 gilt eine neue Regelung: Die Kantone haben die Möglichkeit, Versicherte, die ihrer Zahlungspflicht für Prämien- und Kostenbeteiligungen nicht nachkommen auf einer Schwarzen Liste zu führen. Die Versicherer dürfen dann für die betroffenen Personen nur noch Notfallbehandlungen vergüten. Es gibt im Geltungsbereich des KVG keine einheitliche Notfalldefinition, so dass eine Vielzahl von Regelungen nebeneinander existieren. Für alle anderen Behandlungen ist die Leistungspflicht des Versicherers vorläufig sistiert. Bezahlt der Versicherte späterer seine Ausstände, muss der Versicherer wiederum Behandlungen vergüten, obwohl die Leistungspflicht zum Zeitpunkt der Behandlung sistiert war. Der Versicherer steht also trotz Leistungssistierung immer im versicherungstechnischen Risiko.

Zahlungsausstände

Der Anteil Versicherter mit Prämienausständen, für welche sich die Kantone an den Verlustscheinen beteiligten, betrug im Jahr 2016 gesamtschweizerisch rund 1.7 Prozent. Das kostete die Kantone 1.1 Prozent des gesamten Prämiensolls in der Schweiz. Leider stehen die entsprechenden Daten nicht in allen Kantonen zur Verfügung. Das Bild ist insofern nicht vollständig.

Die kantonalen Unterschiede sind erheblich (siehe Abbildung 28). Während in Uri und Obwalden gerade mal für 0.5 Prozent der Versicherten die Ausstände vom Kanton übernommen wurden, waren es in Genf 6.5 Prozent. Insgesamt zeigt der kantonale Vergleich ein ausgeprägtes West-Ost-Gefälle.

Die gegenüber den Versicherten eingeleiteten Schritte bei Nichtzahlung der Prämien werden einzeln dokumentiert (Zahlungserinnerung, 1. Mahnung (optional), Betreibungsandrohung, Betreibungsbegehren etc.). Mit diesen Informationen konnte auf Basis der Zahlen des Helsana-Kollektivs ein Zahlungsverhaltensindex gebildet werden. Er berücksichtigt einen gewichteten Mix von Personen mit Zahlungserinnerungen, Mahnungen, letzten Mahnungen, Betreibungen und Verlustscheinen. Der Zahlungsverhaltensindex ermöglicht so einen interkantonalen Vergleich des Zahlungsverhaltens der Bevölkerung. Der Anteil Betreibungen im Index lag 2016 bei 4.9 Prozent, der Index säumiger Prämienzahler berücksichtigt zusätzlich Versicherte mit mehreren Mahnungen.

Prämienausstände nach Kantonen, 2016

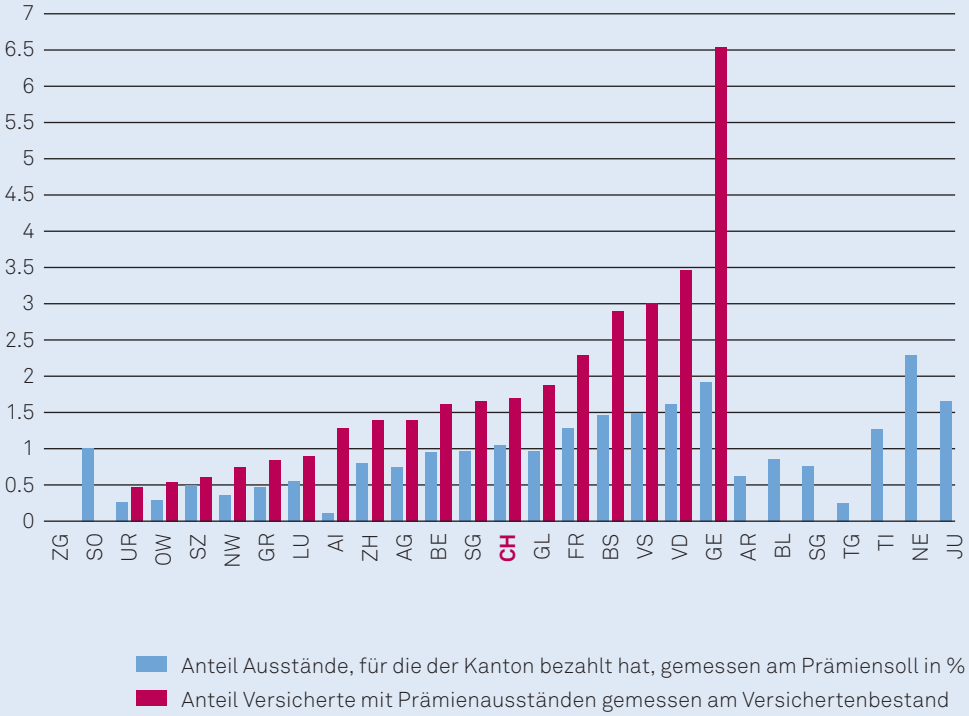


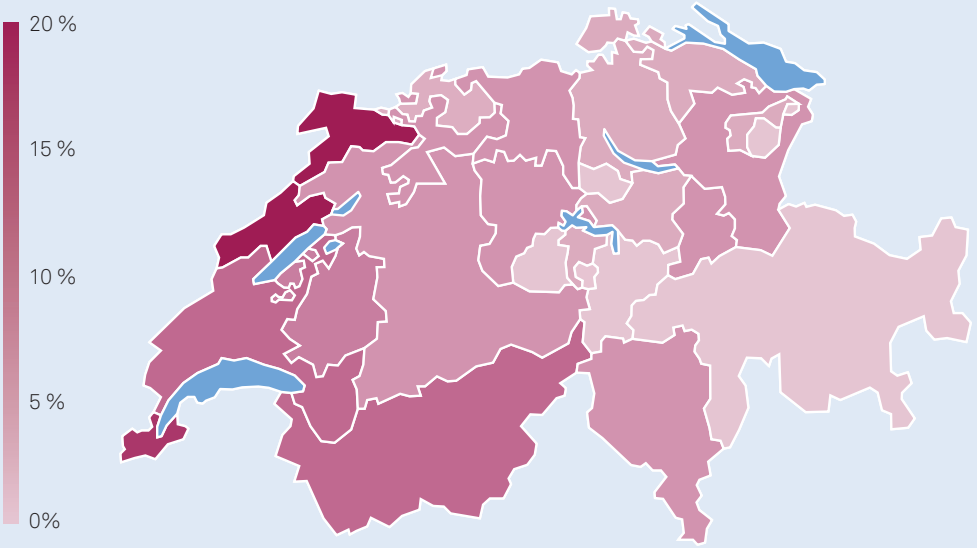
Abbildung 28

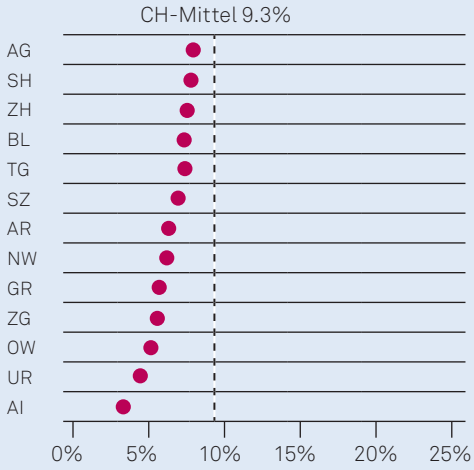
Die folgende Darstellung zeigt den Anteil so definierter säumiger Zahler. Der Anteil Personen, welche nicht konsequent (ohne Mahnung) der Zahlungspflicht nachkommen, entspricht bei Helsana rund 9.3 Prozent der Versicherten. Der Index zeigt im kantonalen Vergleich folgendes Bild:

Die Anteile der so definierten säumigen Prämien- und Kostenbeteiligungszahler sind kantonal sehr unterschiedlich. Diese Daten bestätigen das deutliche Ost-West-Gefälle. In Neuenburg ist der Anteil beispielsweise mehr als fünfmal höher als in Appenzell-Innerrhoden.

In der Westschweiz ist das Zahlungsverhalten bei den Krankenversicherungsprämien markant schlechter als in der Deutschschweiz und im Tessin.

Anteil säumige Prämienzahler nach Kantonen, 2016





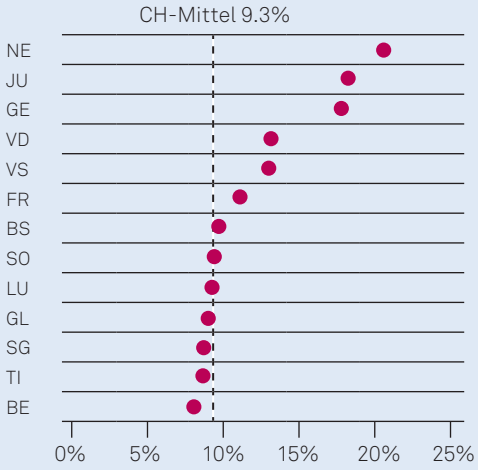


Abbildung 29

Betreibungen

Die Entwicklung der Anteile betriebener Versicherter seit 2005 schwankt jährlich zwischen 4,4 Prozent und 5,6 Prozent (siehe Abbildung 30). Seit 2012 ist der Anteil zurückgegangen und liegt 2016 bei rund 4.9 Prozent.

Bis 2011 mussten die Versicherer die Leistungen nach dem Fortsetzungsbegehren sistieren. Seit 2012 entscheiden darüber die Kantone, aber frühestens nach Einleitung der Betreibung. 2011 lag der Anteil Versicherter mit sistierten Leistungen noch bei fast 2 Prozent. Mit der Neuregelung auf 1.1.2012 (kantonale Listen) ist der Anteil der Versicherten mit sistieren Leistungen auf unter 0.5 Prozent zurückgegangen. Dies vor allem, weil nicht alle Kantone vom Recht Gebrauch machen, eine solche Liste zu führen.

Zurückgegangen ist seit 2005 auch der Betreibungsbetrag pro Betreibung in Prozent der geschuldeten Prämien. 2005 lag er absolut noch bei 67 Prozent, 2016 betrug er 60 Prozent (siehe Abbildung 31). Hierbei ist aber zu beachten, dass die Versicherer Ausstände zu Betreibungen unterschiedlich zusammenfassen.

Es stellt sich die Frage, ob sich das Zahlungsverhalten der Versicherten und die Betreibungszahlen im Bereich der Krankenversicherung von anderen Branchen wesentlich unterscheiden.

Anteil betriebene Versicherte und Versicherte mit sistierten Leistungen (2005-2016)

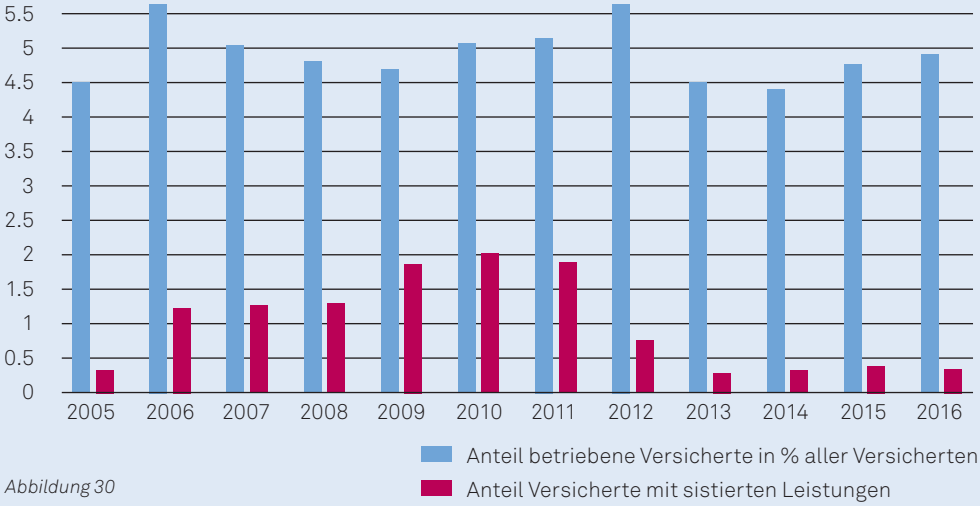


Abbildung 30

Betreibungsbeträge in Prozent des Prämiensoll und Anteil betriebene Versicherte (2005-2016)

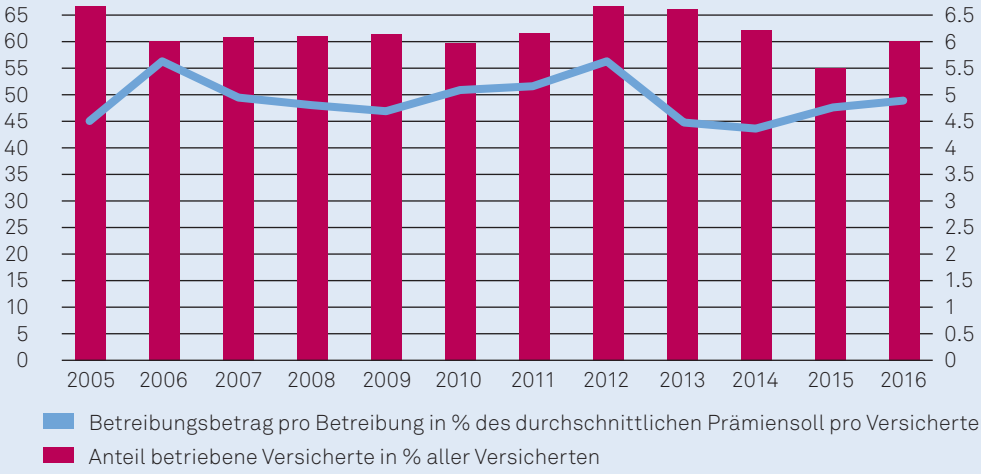


Abbildung 31

Ein Blick auf den Anteil der Bevölkerung mit mindestens einer Betreibung (siehe Abbildung 32) deutet darauf hin, dass die Betreibungen wegen versäumter Prämienzahlungen nicht häufiger sind als Betreibungen im restlichen Dienstleitungssektor der Schweiz. Das Ost-West-Gefälle wird bestätigt.

Vergleicht man die Entwicklung der Anzahl betriebener Versicherten in der Grundversicherung von 2005 bis 2016 mit der Entwicklung der Gesamtzahl an Zahlungsbefehlen (jede Betreibung beginnt mit einem Zahlungsbefehl) in der Schweiz – 2005 waren das rund 2 500 000 –, zeigt sich ein etwas anderes Bild (Quelle: Bundesamt für Statistik, Betreibungs- und Konkursstatistik).

Letztere sind um über 100 Prozent angestiegen. Währenddessen ist die Anzahl der OKP-Versicherten mit Betreibungen lediglich rund 10 Prozent höher als 2005 (siehe Abbildung 33).

Soweit Personen zur Begleichung ihrer Rechnung zu wenig Mittel zur Verfügung haben oder stellen wollen, wird im Verlauf der letzten Jahre offensichtlich weniger auf die Zahlung der OKP-Prämie verzichtet als auf die Begleichung anderer Rechnungen. Es kann aber auch vorkommen, dass beispielsweise Sozialämter für die Begleichung der OKP-Prämie einspringen. Auch wird die Prämie – vorausgesetzt, sie wird bezahlt – dem betreibungsrechtlichen Existenzminimum hinzugerechnet. Dies ist beispielsweise bei Lohnpfändungen im Betreibungsverfahren relevant.

Die Anzahl säumiger Zahler und Betreibungen wegen unterlassener Prämienzahlungen sind gemessen an jenen in anderen Branchen nicht höher. Das Zahlungsverhalten im Bereich der Grundversicherung hat sich im Vergleich zu den übrigen Wirtschaftsbereichen in den letzten Jahren stark verbessert.

Anteil der Bevölkerung mit mindestens einer Betreibungen in der Schweiz, in Prozent, 2013

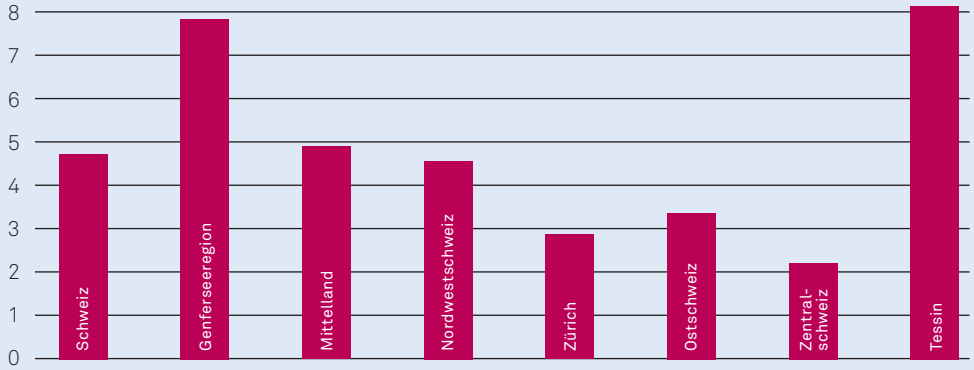


Abbildung 32

Entwicklung Betreibungen OKP und Zahlungsbefehle in allen Branchen, indexiert (2005-2016)

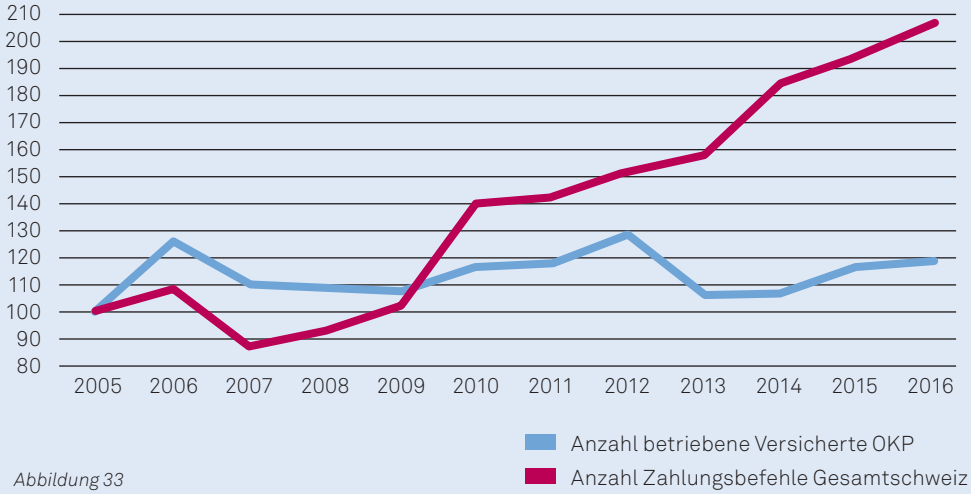


Abbildung 33

Prämien im Verhältnis zu Vermögen und Einkommen

Was zeigen die Entwicklung der Prämien und der Prämienverbilligung im Lichte von Einkommen und Vermögen?

Tabelle 2 zeigt, dass das durchschnittliche Einkommen pro Kopf von 1997 bis 2014 um 18‘780 Franken und das durchschnittliche Vermögen der natürlichen Personen um 143‘432 Franken gestiegen ist. Demgegenüber hat sich das Prämiensoll um 1‘509 Franken und die durchschnittliche Prämienverbilligung pro Versicherten um 226 Franken erhöht. Der Anteil der Steuerpflichtigen ohne Vermögen ist um ein Fünftel von 31 Prozent auf 25 Prozent gesunken.

Da es sich hierbei um Durchschnittswerte handelt, erlauben diese Informationen keine Aussagen über die individuelle Belastung der Prämien. Daher könnte die Haushaltsbudgeterhebung Hinweise liefern, denn sie wird differenziert nach Einkommensklassen zur Verfügung gestellt. Die zuletzt verfügbaren Daten zeigen Folgendes:

Die tiefste Einkommensklasse ist durch die Prämien prozentual am stärksten belastet. Der Anteil der Prämien ist zwischen 2006 und 2008 von 11.6 Prozent um 48 Franken auf 12 Prozent in den Jahren 2012 bis 2104 gestiegen. Das Einkommen in diesem Quintil ist gleichzeitig um 298 Franken angewachsen, die Steuern um 13 Franken. Der Prämienanteil am Haushaltsbudget ist im tiefsten Einkommensquintil seit 2006 also leicht angestiegen. Das durchschnittliche Haushaltsbudget allerdings auch. Da über die Verteilung innerhalb dieser Einkommensklasse keinen Informationen vorliegen, kann auch mit dieser Statistik keine Aussage über Veränderungen bei den Betroffenen gemacht werden.

Prämien, Prämienverbilligung, Einkommen und Vermögen (1997 und 2014)

	Durchschnittliches **Einkommen** pro Kopf in CHF	Durchschnittliches **Vermögen** natürliche Personen pro Steuerzahler in CHF	Anteil steuerpflichtige natürliche Personen **ohne Vermögen** in %	durchschnittliches **Prämiensoll** pro Versicherten in CHF	durchschnittliche **Prämienverbilligung** pro Versicherten in CHF
1997	58 965	193 803	30.9	1 644	276
2014	77 745	337 235	24.8	3 172	502
Wachstum absolut	18 780	143 432	-6	1 509	226
Wachstum prozentual	32	74	-20	91	82

Tabelle 2

Haushaltsbudgeterhebung nach Einkommensquintilen (2006-2014)

Die Klassen basieren auf Quintilen der Einkommensverteilung

			2012–2014		
Sämtliche Haushalte nach Einkommensklasse	unter 5021	5021-7336	7337-9987	9979-13687	>13688
Bruttoeinkommen	3 542	6 173	8 628	11 663	20 302
Steuern	382	640	829	1 177	2 890
Krankenkassen Grundversicherung	424	494	565	606	687
% Grundversicherung	12.0	8.0	6.6	5.2	3.4
			2009-2011		
Sämtliche Haushalte nach Einkommensklasse	unter 4880	4880-7173	7174-9703	9793-31137	>13171
Bruttoeinkommen	3 475	6 053	8 414	11 255	18 448
Steuern	349	630	879	1 184	2 705
Krankenkassen Grundversicherung	406	463	521	574	627
% Grundversicherung	11.7	7.6	6.2	5.1	3.4
			2006-2008		
Sämtliche Haushalte nach Einkommensklasse	unter 4620	4610-6674	6675-8953	8954-12320	>12321
Bruttoeinkommen	3 244	5 700	7 758	10 494	17 377
Steuern	369	601	791	1 112	2 373
Krankenkassen Grundversicherung	376	428	491	535	581
% Grundversicherung	11.6	7.5	6.3	5.1	3.3

Tabelle 3

Aus den Informationen über durchschnittliche Prämien, Einkommen und Vermögen lassen sich über das Ausmass der Tragbarkeit der Prämien für tiefe Einkommen keine Aussagen ableiten.

Diskussion

Die Schweizer Bevölkerung hat mit der Zustimmung zum Krankenversicherungsgesetz beschlossen, dass sich jeder obligatorisch gegen die Folgen von Krankheit versichern muss. Dieses Ansinnen zieht es folgelogisch nach sich, dass folgende drei Kernfragen geregelt werden müssen: Welche Leistungen deckt diese Versicherung? Wie teuer dürfen diese Leistungen sein? Wer finanziert welchen Anteil dieser Leistungen wie?

Solidarität im Wandel

Der vorliegende Report befasst sich mit den Facetten der letzten Frage. Bei Einführung des Gesetzes standen zu dieser Frage folgende drei Prämissen im Vordergrund: Solidarität zwischen Alt und Jung, Krank und Gesund sowie Arm und Reich. In der Umsetzung wurde festgelegt, dass die Prämien unabhängig vom Alter kantonal/regional einheitlich festgesetzt werden müssen. Aus verteilungspolitischen Gründen wurden zusätzliche Altersstufen für die jüngere Bevölkerungsschicht (Kinder und junge Erwachsene) eingebaut. Mit der Regelung zur Prämienverbilligung sollte die Solidarität zwischen Arm und Reich sichergestellt werden.

Gleichzeitig sprach sich die Bevölkerung für regulierten Wettbewerb und die freie Wahl des Versicherers aus. Mit dem Gedanken, gleichzeitig Anreize zur Vorsorge zu setzen, kann ausserdem zwischen verschiedenen Franchisenmodellen mit Prämienrabatten gewählt werden. Mit der

Idee, für kosteneffiziente Versorgung zu sorgen, können die Versicherten zudem ihre freie Wahl der Leistungserbringer einschränken und profitieren im Gegenzug von einem Prämienrabatt.

Die Kombination dieser Freiheiten durch die Bevölkerung auf dem Versicherungsmarkt hat dazu geführt, dass sich während der letzten 20 Jahre die Wirkungen diese Solidaritätsprämissen in ihren Ausprägungen stark verändert haben:

Solidarität und Modellwahl

Die Umverteilung von den Versicherten in Rabattmodellen zu den Versicherten im Standardmodell hat seit Inkrafttreten des KVG sehr stark zugenommen:

	1996	2016
Belastung der Versicherten mit Rabattmodell pro Kopf	500	650
Entlastung der Versicherten im Standardmodell pro Kopf	200	1'800

Die Rabattregeln ermöglichen zwar, dass viele Versicherte tiefere Prämien zahlen. Sie setzen aber gleichzeitig klare Grenzen, die sicherstellen, dass eine starke Verteuerung der Prämie im Standardmodell gemäss Kostenentwicklung dieser Versicherten verhindert wird.

Die Rabattregeln setzen Entsolidarisierungstendenzen nicht nur klare Grenzen, im Gegenteil: Mit zunehmender Inanspruchnahme der Rabattmodelle verstärken sie sogar die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden.

Zwar dünnt das Standardmodell immer mehr aus. Es kann aber problemlos auch dann weitergeführt werden und als Rabattbasis dienen, wenn

sich keine Person mehr dafür entscheidet. Nur lässt sich dann die Vorgabe für die Rabattberechnung in alternativen Versicherungsmodellen – nämlich, dass der Rabatt den Einsparungen im Vergleich um Standardversicherten entsprechen soll – nicht mehr länger umsetzen.

Eine Neukonzeption der Prämien- und Rabattregelungen ist in Angriff zu nehmen. Es wäre schade, wenn die Innovationskraft im Bereich der integrierten Versorgung zum Erliegen käme, nur weil eine nicht mehr zeitgemässe Prämien- und Rabatt-Regulierung die Weiterentwicklung verunmöglicht.

Solidarität und Altersklassen

Im Durchschnitt bezahlt die älteste Versichertengruppe der Erwachsenen über 50 Prozent höhere Prämien als die jüngste Klasse der Erwachsenen. Umgekehrt bezahlt die jüngste Erwachsenenklasse gegenüber der ältesten Klasse rund 30 Prozent weniger. Auch dieser Befund ist das Ergebnis der durch die Versicherten ausgeübten Wahlfreiheiten: Jüngere wählen eher Rabattmodelle als ältere Versicherte; Ältere beziehen die zusätzlichen Kostenfolgen eines Leistungsbezugs in ihr Entscheidungskalkül mit ein.

Würde man demnach auf den hohen Franchisen die Rabatte kürzen, müssten die jungen Erwachsenen höhere, die älteren Erwachsenen entsprechend tiefere Prämien zahlen. Das konterkariert den Willen, mindestens jener Kreise, welche die Solidarität zwischen Jung und Alt zugunsten der Jungen verschieben möchten. Ein Stück weit findet diese Entwicklung aber bereits statt, weil die Prämienrabatte durch ihre betragsmässigen Limitierung immer weniger greifen. Andere Stimmen fordern die Einführung neuer Prämienstufen, um die jüngeren Jahrgänge zu ent- und die Älteren zu belasten. Ob solche Umverteilungsvorstellungen allerdings im Lichte der aufgezeigten Belastungsunterschiede legitim sind, ist eine offene Frage.

Fakt ist und bleibt, dass das heutige Kopfprämiensystem zu einer erheblichen Umverteilung von Jung zu Alt führt, die Solidarität also weitestgehend unabhängig von den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der einzelnen Versicherten in der Krankenversicherung erzwungen wird.

Punktgenaue Solidaritätsvorstellungen können mit Prämienregulierung in einem System mit Wahlfreiheiten nicht erreicht werden.

Solidarität Arm – Reich

Umverteilungsregelungen sind in erster Linie Regeln, welche die Finanzflüsse steuern. Mit dem Instrument der Prämienverbilligung wird direkt von der eher finanzstarken Bevölkerung zu eher finanzschwachen Schichten gesteuert. Es liegt in der Zuständigkeit der Kantone die Regeln der Prämienverbilligungsvergabe zu definieren

Auf Basis der entsprechenden hoheitlichen Entscheide ist das Verbilligungsvolumen seit 2000 von etwas unter 20 Prozent des gesamten Prämiensolls um ein Viertel auf 15 Prozent im Jahr 2015 gesunken. Diese Entwicklung legt die Vermutung nahe, die Kantone hätten dieses Ergebnis nur deshalb herbeigeführt, weil sie den kantonalen Finanzhaushalt schonen wollen. Das ist durchaus plausibel. Andere Gründe sprechen aber gegen diese Hypothese:

1. Die Bevölkerung ist in den letzten 15 Jahren insgesamt vermögender und einkommensstärker geworden.
2. Die Grenzen der Unzumutbarkeit der wirtschaftlichen Verhältnisse haben sich verschoben. Diese Grenzen werden im Rahmen kantonaler, demokratischer Prozesse festgelegt.
3. Das Zahlungsverhalten im Bereich der Grundversicherung hat sich im Vergleich zu jenem in anderen Wirtschaftszweigen stark verbessert. Dieses Ergebnis wäre wenig wahrscheinlich, wenn der «Rückzug der Kantone» die Zahlungsfähigkeit der Bevölkerung für die Prämien massgeblich verschlechtern würde.

Kantonale Eigenheiten

Da über die Vergabe von Prämienverbilligung auf kantonaler Ebene entschieden wird, kommt es zwangsläufig zu ganz unterschiedlichen Umverteilungsergebnissen. Die mit dem Giesskannenindex ausgedrückten unterschiedlichen Streumuster und die unterschiedlichen Priorisierungen der Begünstigtengruppen sind Ergebnis von kantonal sehr unterschiedlichen Solidaritätsauffassungen und letztlich Teil unseres föderalen Systems.

Kantonale Eigenheiten gibt es aber nicht nur bei der Prämienverbilligung. Besonders grosse Differenzen sind im Bereich des Zahlungsverhaltens erkennbar: In der Westschweiz ist das Zahlungsverhalten deutlich schlechter als in den Deutschschweiz und im Tessin.

Bemerkenswert ist auch der unterschiedliche Effekt der Franchisenrabatte nach Kanton. Da die Regulierung gesamtschweizerisch vorgegeben ist, die Prämien aber regional/kantonal festgelegt werden, verliert die Franchise als Lenkungsinstrument in Kantonen mit höheren Prämien und höheren Kosten zunehmend an Bedeutung. Vorausgesetzt, die Lenkungswirkung ist tatsächlich abhängig von der Kostenbeteiligung im Verhältnis zur Prämie, wäre dieses Resultat auf jeden Fall kontraproduktiv.

Fazit

In der schweizerischen Krankenversicherung existieren zahlreiche Wahlfreiheiten. Entsprechend gross sind die von den Versicherten freiwillig in Anspruch genommenen Unterschiede. Die eine Prämie gibt es nicht. Es ist daher für die Zukunft zu empfehlen, die Prämienkommunikation differenzierter anzugehen. Es hat einen Hauch von Fehlinformation, nur auf die durchschnittliche Prämie des Standardmodells mit ordentlicher Franchise abzustützen. Die effektive Prämienlast ist für die Prämienzahler viel relevanter.

Mit Prämienregulierung lässt sich gezielte Verteilungspolitik nur schlecht betreiben. Einzig die staatliche Begrenzung der Rabattierung sichert das politisch vorgesehene Mindestmass an Solidarität unter den Versicherten. Welche Gruppierungen über die Prämie aber wie genau belastet werden sollen, kann wegen der Wahlfreiheiten nicht zielgenau gesteuert werden.

Der Anspruch zur Steuerung der Solidarität über Eingriffe bei der Prämiengestaltung ist zudem auch nicht nötig, denn: Die direkteste Form der Verteilungspolitik im Krankenversicherungssystem ist die Prämienverbilligung, nicht die Prämiengestaltung.

Die Prämienverbilligung richtet sich grosso modo nach Einkommens- und Vermögensverhältnissen. Die gleichen Parameter sind aber auch für die Steuerbemessung relevant. Die Prämienverbilligung ist sozusagen

ein parallel laufender Umverteilungsapparat. Eine gezielte Unterstützung liesse sich wohl auch in das bestehende Steuersystem integrieren. Mit der Berücksichtigung der Gesamtsituation der Versicherten – eben auch unter Berücksichtigung der Prämienbelastung – könnte gar gezielter Verteilungspolitik betrieben werden. Es ist also davon auszugehen, dass nicht nur im Versorgungsbereich des Gesundheitswesens Ineffizienzen bestehen, sondern auch in der Ausgestaltung des Verteilungsmechanismus.

Dem vorliegenden Prämienreport liegen aus verschiedensten Blickwinkeln Durchschnittsbetrachtungen zugrunde. Durchschnittswerte sagen nichts über die Streuung und die Häufigkeit von Extremwerten aus. Aus diesem Grund kann auf Basis von Kennzahlen wie der durchschnittlichen Prämien, der durchschnittlichen Prämienerhöhung oder der durchschnittlichen Prämienverbilligung nichts über die individuelle Prämienlast ausgesagt werden.

Glossar

Begriff	Erklärung
Alternatives Versicherungsmodell (AVM)	Anstatt in der gesetzlichen Standardvariante kann die obligatorische Grundversicherung auch in einer alternativen Versicherungsvariante (wie z.B. Hausarzt- oder Telmed-Modell) abgeschlossen werden. Auf diesen Modellen wird ein Rabatt von bis zu 20 Prozent gewährt.
Bezügerquote	Die Bezügerquote bezeichnet den Anteil der Versicherten, die z.B. Individuelle Prämienverbilligung beziehen.
Bonusversicherung	Der Begriff Bonusversicherung bezeichnet eine Art Schadenfreiheitsrabatt. In der Bonusversicherung steigt der Prämienrabatt nach 5 Jahren Schadenfreiheit auf 45 Prozent der Ausgangsprämie, welche allerdings 10 Prozent höher sein muss, als die Prämie der Standardversicherung. Da die Rabatte bei den Franchisenmodellen schon zu Beginn des Versicherungsschutzes gelten, ist die Bonusvariante unattraktiv. Folglich gab es in der Schweiz 2016 gerade mal 4'100 Bonusversicherte, was fünf Tausendsteln der Versicherten entspricht.
Franchise	Die Franchise ist eine Art Selbstbeteiligung oder Selbstbehalt. Die Kosten bis zur gewählten Franchise sind vom Versicherten zu zahlen. Die tiefste Franchise liegt bei 300 Franken (Standardmodell) und die höchste Wahlfranchise liegt bei 2'500 Franken.
Giesskannenindex	Der Giesskannenindex gibt ist das Verhältnis des Prämiendeckungsgrades und der Bezügerquote an. Bei hohem Deckungsrad und tiefer Bezügerquote nimmt der Index hohe Werte an. Bei kleinem Deckungsgrad und hoher Bezügerquote nimmt der Index umgekehrt tiefe Werte an.
Prämiendeckungsgrad	Der Prämiendeckungsgrad gibt an, wie hoch der Anteil der Prämienverbilligung an den Prämien ist.
Prämiensoll	Das Prämiensoll ist der Prämienbetrag, der von den Versicherten geschuldet ist, unabhängig davon, ob die Prämie auch bezahlt wird. Er entspricht dem Betrag, der auf der Prämienrechnung steht.
Prämienverbilligung	Die Prämienverbilligung soll Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen finanziell entlasten bzw. die Belastung durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mindern.
Rabattmodell	Das Rabattmodell bezeichnet alle Versicherungsvarianten ausser dem Standardmodell (Wahlfranchise/AVM/Bonus).
Standardmodell	Das Standardmodell der obligatorischen Krankenversicherung beinhaltet die 300 Franken Grundfranchise und bietet uneingeschränkten Zugang zu Ärzten. Versicherte entscheiden jeweils selbst, von wem sie sich behandeln lassen wollen, ob von ihrem Hausarzt, einem Spezialisten oder etwa einem Chiropraktiker. Allerdings gibt es auf das Standardmodell keinen modellbezogenen Rabatt auf die Grundversicherungsprämie.
Standardprämie	Die Standardprämie ist die Prämie des Standardmodells.



Helsana-Gruppe
Postfach
8081 Zürich
www.helsana.ch