



---

## Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Jahr 2007

Generelle Entwicklung.....	2
Kostensteigerung nach Kostengruppen 2007 .....	3
Spitalkosten .....	3
Medikamentenkosten.....	4
Arztkosten.....	4
Pflegekosten .....	5
Kosten der übrigen Leistungserbringer.....	5
Kostenentwicklung 2007 nach Abrechnungsdatum .....	6
Zahlen für das erste Semester 2008 .....	7
Datenquelle und Datenqualität .....	8

## Generelle Entwicklung

Die Bruttokosten haben in der Grundversicherung OKP 2007 pro Versicherten um 4,0% zugenommen. Anders ausgedrückt, stiegen die von Leistungserbringern zulasten der OKP abgerechneten Leistungen um rund eine Milliarde und erreichten den Wert von 21,5 Milliarden Franken. Dies entspricht Kosten von 2'862 Franken pro Versicherten.

Damit hat sich das ausserordentlich tiefe Wachstum des Vorjahres von 1,6% als einmaliger Effekt entpuppt. Das Wachstum nähert sich somit wieder dem Trendwachstum, welches für die Jahre 1998-2006 bei 4,7% pro versicherte Person liegt. Das höhere Wachstum entspricht insofern den Erwartungen, als im letzten Jahr keine bedeutenden Massnahmen mit Kostensenkungspotenzial in Kraft getreten sind. Die Anzahl Versicherter nahm um 0,4% zu (Zahlen Risikoausgleich 2007), damit beläuft sich das Gesamtwachstum der Bruttoleistungen in der OKP auf 4,4%.

Tabelle 1: Die 10 grösste Kostenblöcke OKP nach Datum Behandlungsbeginn 2006 vs. 2007

	2006				2007			
	Bruttoleistungen absolut	Zunahme Vorjahr BL in %	pro Kopf absolut	Zunahme Vorjahr pro Kopf in %	Bruttoleistungen absolut	Zunahme Vorjahr BL in %	pro Kopf absolut	Zunahme Vorjahr pro Kopf in %
<i>Versicherte Datenpool</i>	7'320'448				7'391'751			
<i>Versicherte Risikoausgl.</i>	7'488'731	0.6%			7'517'067	0.4%		
<i>Abdeckung</i>	97.8%				98.3%			
<b>Arztbehandlungen</b>	4'700'430'113	1.7%	628	1.1%	4'880'696'942	3.8%	649	3.4%
<b>Medikamente Arzt</b>	1'388'767'787	-0.6%	185	-1.2%	1'447'427'869	4.2%	193	3.8%
<b>Apotheken</b>	2'811'733'481	-0.2%	375	-0.8%	2'905'064'524	3.3%	386	2.9%
<b>Spital ambulant</b>	2'920'304'129	3.2%	390	2.6%	3'172'484'896	8.6%	422	8.2%
<b>Spital stationär</b>	4'984'939'780	2.5%	666	1.9%	5'155'608'542	3.4%	686	3.0%
<b>Pflegeheime</b>	1'612'402'962	4.3%	215	3.7%	1'669'934'126	3.6%	222	3.2%
<b>SPITEX-Organisationen</b>	415'470'151	9.4%	55	8.7%	444'587'810	7.0%	59	6.6%
<b>Laboratorien</b>	444'403'014	-5.9%	59	-6.5%	474'325'560	6.7%	63	6.3%
<b>PhysiotherapeutInnen</b>	502'328'699	2.5%	67	1.9%	523'855'335	4.3%	70	3.9%
<b>Übriges</b>	820'148'298	12.1%	110	11.5%	837'980'575	2.2%	111	1.8%
<b>Total</b>	<b>20'600'928'414</b>	<b>2.2%</b>	<b>2'751</b>	<b>1.6%</b>	<b>21'511'966'180</b>	<b>4.4%</b>	<b>2'862</b>	<b>4.0%</b>

Hochgerechnet auf 100% mit Bestandesdaten Risikoausgleich 2007 sowie für das Behandlungsjahr 2007 mit Junidaten 2008; die Daten sind nicht historisiert

Datenquelle: santésuisse Datenpool Monatsdaten Juni 2008

Tabelle 2: Bruttoleistungen OKP nach Datum Behandlungsbeginn 2004-2007

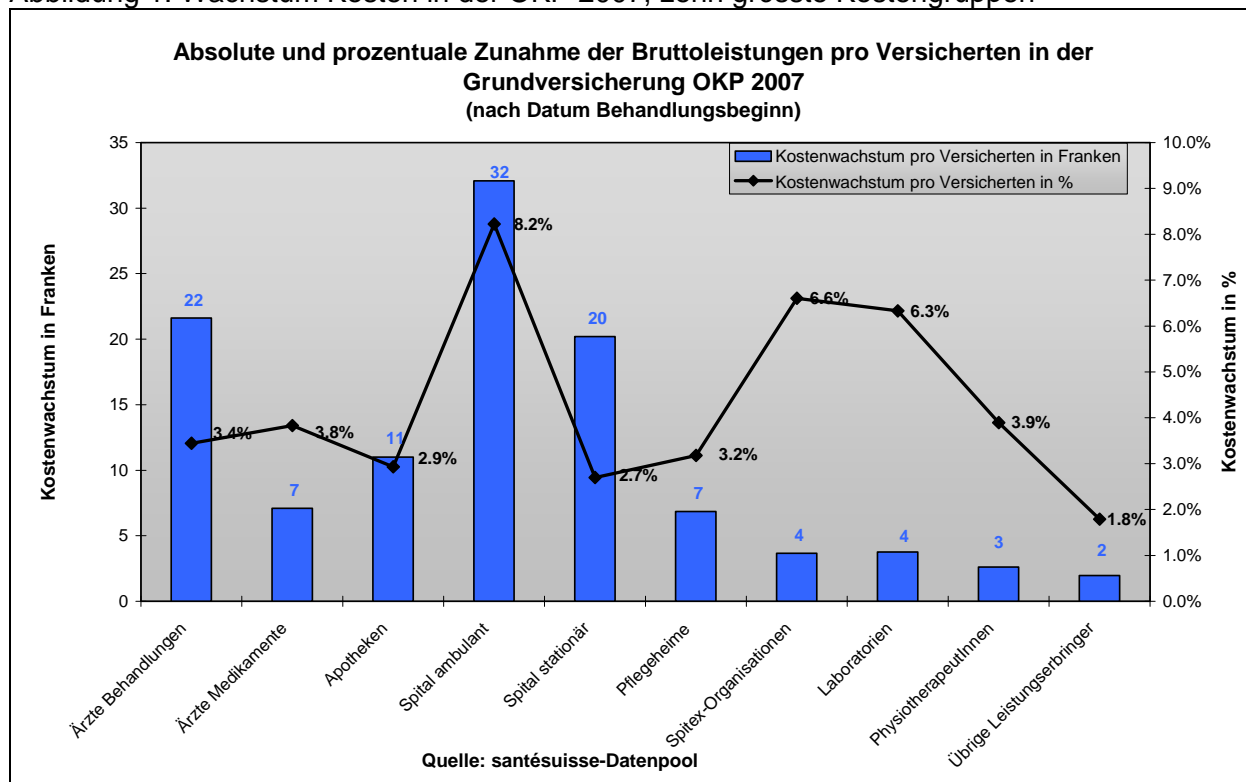
	2004	2005	2006	2007
<i>Versicherte Datenpool</i>	7'146'661	7'258'588	7'320'448	7'391'751.00
<i>Versicherte Risikoausgl.</i>	7'411'732	7'444'740	7'488'731	7'517'067.00
<i>Abdeckung</i>	96.4%	97.5%	97.8%	98.3%
<b>Bruttoleistungen absolut</b>	<b>19'727'630'918</b>	<b>20'149'643'423</b>	<b>20'600'928'414</b>	<b>21'511'966'180</b>
<b>Zunahme Vorjahr BL in %</b>		<b>2.1%</b>	<b>2.2%</b>	<b>4.4%</b>
<b>pro Kopf absolut</b>	<b>2'662</b>	<b>2'707</b>	<b>2'751</b>	<b>2'862</b>
<b>Zunahme Vorjahr pro Kopf in %</b>		<b>1.7%</b>	<b>1.6%</b>	<b>4.0%</b>

Hochgerechnet auf 100% mit Bestandesdaten Risikoausgleich 2007 sowie für das Behandlungsjahr 2007 mit Junidaten 2008; die Daten sind nicht historisiert

Datenquelle: santésuisse Datenpool Monatsdaten Juni 2008

Starke Kostentreiber waren im letzten Jahr wiederum die Spitäler und hier insbesondere der ambulante Sektor, in welchem die Kosten um 8,2% stiegen. Da die Spitäler rund 40% der Gesamtkosten in der Grundversicherung verursachen (stationär: 24%, ambulant 15%), haben hohe Zuwachsraten in diesem Bereich auch grossen Einfluss auf das Gesamtwachstum. So erklären Spital ambulant und Spital stationär zusammen die Hälfte des gesamten Kostenwachstums 2007. Überdurchschnittlich stark gestiegen sind, wie auch schon in den Vorjahren, die Kosten der Spitex mit 6,6% sowie die Leistungen der Laboratorien mit 6,3%. Letztere haben damit den Rückgang der Abgeltungen aus dem Jahr 2006, welche auf die Senkung des Taxpunktwerts um 10% zurückzuführen war, im letzten Jahr wieder kompensiert.

Abbildung 1: Wachstum Kosten in der OKP 2007, zehn grösste Kostengruppen



## Kostensteigerung nach Kostengruppen 2007

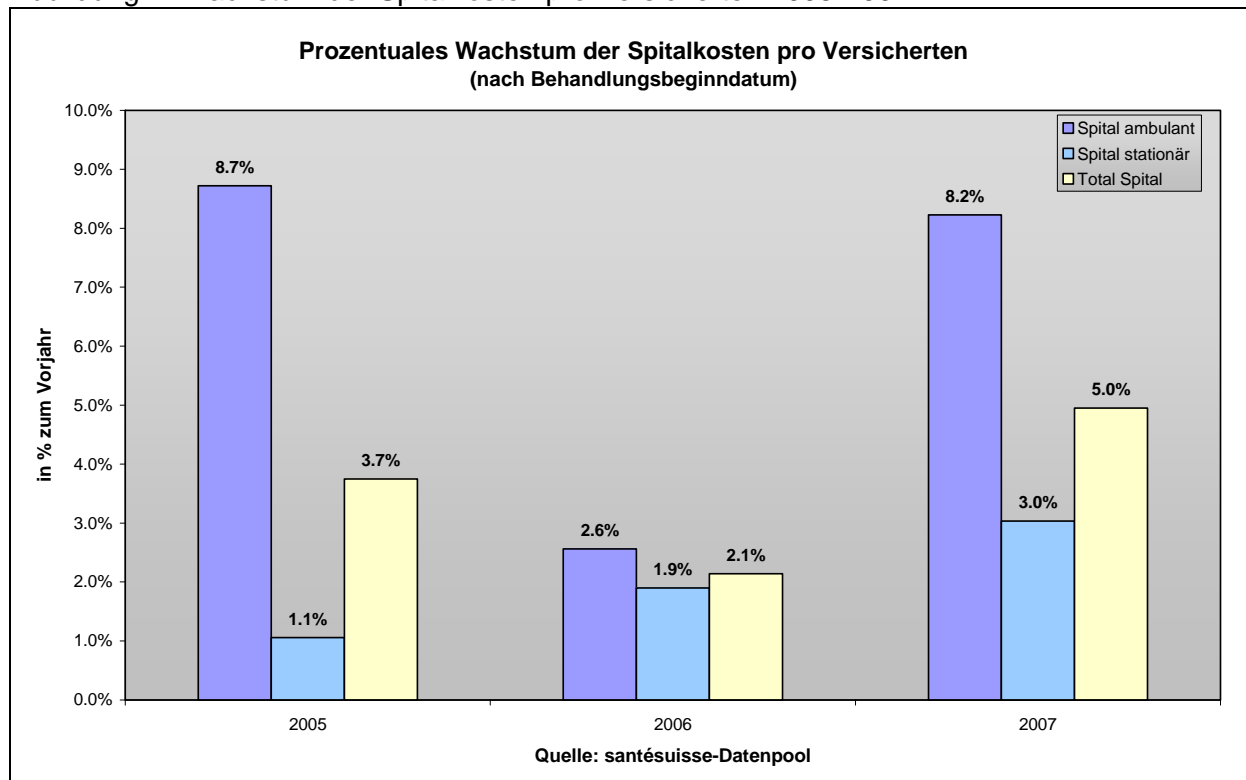
### Spitalkosten

Das starke Wachstum der Spitalkosten nahm 2007 seinen Fortgang. Der Bereich Spital stationär wuchs pro Versicherten um 3,0% und damit in ähnlicher Grössenordnung wie die Gesamtkosten. Die Kosten im Bereich Spital ambulant wuchsen jedoch mit 8,2% weit überdurchschnittlich. Dass dies kein einmaliges Ereignis war, zeigt der Blick auf die Daten der Jahre 1998-2006. Während die Gesamtkosten pro Versicherten in dieser Zeit um 42,6% anschwellen, war im Bereich Spital ambulant die Kostenentwicklung mit 83,4% doppelt so hoch. Der Bereich Spital stationär wuchs in dieser Zeit gleich stark wie der Durchschnitt der OKP Kosten, womit der Spitalbereich insgesamt ein klar überdurchschnittliches Kostenwachstum ausweist. Die Kantone, als Eigentümer von Spitälern, als Rekursinstanz bei Tarifstreitigkeiten sowie als Planer der Spitalversorgung, tragen damit eine klare Mitverantwortung für das hohe Kostenwachstum in der Grundversicherung seit Einführung des KVG im Jahre 1996.

Es wird glaubhaft argumentiert, dass ein Wachstum der ambulanten Leistungen insgesamt Kosten senkend wirkt, da Behandlungen, welche früher stationär erfolgten, mit neuen Behand-

lungsmethoden ambulant kostengünstiger durchgeführt werden können<sup>1</sup>. Aus Sicht der Grundversicherung geht die Rechnung jedoch nur bedingt auf, da der stationäre Bereich im Gleichschritt mit den OKP-Kosten gewachsen ist. Die erzielten Einsparungen sind jedenfalls nicht derart gross, dass sie das äusserst hohe Kostenwachstum der Spitäler auf den immer noch hohen Durchschnittswert aller Leistungserbringer drücken könnten.

Abbildung 2: Wachstum der Spitalkosten pro Versicherten 2005-2007



## Medikamentenkosten

Die Medikamente sind, auf gleicher Höhe mit den Arztkosten, der zweitgrösste Kostenblock in der Grundversicherung und machen, ohne Spitalmedikamente, rund 20% der Kosten in der Grundversicherung aus. Unterschieden werden die beiden Abgabekanäle Selbstdispensation, d.h. wenn Ärzte Medikamente abgeben, und Apotheken. Das Wachstum betrug 2007 2,9% bei den Apotheken und 3,8% bei den selbstdispensierenden Ärzten. Der Vergleich mit dem Nullwachstum des Jahres 2006 zeigt, dass der sogenannte „Couchepin Effekt“ nicht mehr die gleiche kostendämpfende Wirkung erzielt wie im Vorjahr. Dieser Effekt kam durch eine Erhöhung des Selbstbehalts bei Originalpräparaten zustande, in deren Bereich gleichwertige Generika existieren. So wurde im Jahr 2007 gar eine Abnahme des Marktanteils der Generika festgestellt (IMS Health, Pharmamarkt Schweiz 2007).

## Arztkosten

Die Kosten der Arztbehandlungen sind im Jahr 2007 um 21 auf 649 Franken pro Kopf gestiegen und verzeichneten mit 3,4% wieder ein stärkeres Wachstum als im Vorjahr (1,1%). Über die Zeitperiode 1998-2006 sind jedoch die Behandlungskosten der Ärzte mit 25% pro Versicherten weniger stark gewachsen als die Gesamtkosten der OKP, welche um 43% zugenommen ha-

<sup>1</sup> Dazu kommen volkswirtschaftliche Einsparungen in Form von weniger ausgefallenen Arbeitsstunden und für die Versicherten die Annehmlichkeit, dass weniger Krankentage im Spital verbracht werden müssen.

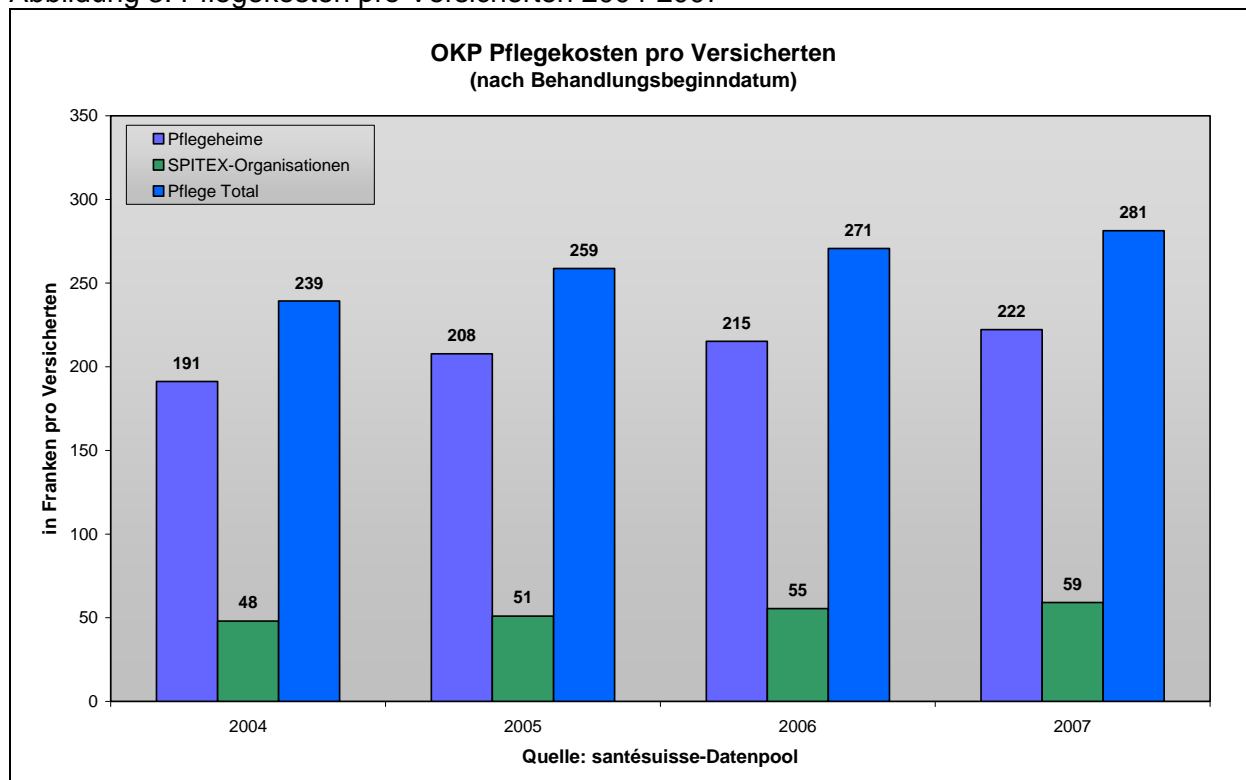
ben. Leider kann mit den vorliegenden Daten nicht gesagt werden, welchen Einfluss die Einführung des Zulassungsstopps im Jahr 2002 hatte, oder wie sich die Einführung der mit dem TARMED vereinbarten Kostenneutralität sowie das Nachfolgeinstrument LeiKov auswirkten. Im Lichte der relativ günstigen Entwicklung bei den Arztbehandlungen erscheint die Annahme jedoch plausibel, dass die erwähnten Instrumente das Wachstum der Kosten gesamthaft verlangsamt haben.

## Pflegekosten

Einmal mehr haben die Pflegekosten (Spitex und Pflegeheime) im Jahr 2007 überdurchschnittlich zugenommen. Dies ist wiederum allein dem starken Kostenwachstum bei der Spitex von 6,6% zuzuschreiben. Die Kosten bei den Pflegeheimen wuchsen um 3,2%.

Der Anteil der Pflege an den Gesamtkosten beträgt rund 10%. Seit 1998 haben sich allerdings die Kosten der Spitex mehr als verdoppelt und sind damit auch doppelt so schnell gewachsen wie die Gesamtkosten. Dank dem relativ bescheidenen Niveau der Pflegekosten, war der Beitrag zum Gesamtkostenwachstum in der Zeitperiode 1998-2006 mit rund 12% verhältnismäßig gering. Allerdings werden die Versicherten in Zukunft das Wachstum der Pflegekosten stärker spüren, da dieses inzwischen von einem höheren Kostenniveau ausgeht.

Abbildung 3: Pflegekosten pro Versicherten 2004-2007



## Kosten der übrigen Leistungserbringer

Hier fällt insbesondere das relativ starke Kostenwachstum bei den Laboratorien ins Auge. Diese haben die Senkung des Taxpunktswerts im Jahre 2006 von einem Franken auf neunzig Rappen umsatzmässig schon wieder kompensiert. Die Leistungsvergütungen in der Physiotherapie wuchsen 2007 um 3,9% pro Kopf und damit im Mittel der allgemeinen Kostensteigerung. Wird die Kostenentwicklung in der Physiotherapie seit 1998 betrachtet, resultiert ebenfalls ein jährliches Kostenwachstum von 3,9%. Diese Zahlen sprechen gegen die These, dass in der Physiotherapie ein Rückgang der von der Grundversicherung vergüteten Leistungen zu beobachten ist.

## Kostenentwicklung 2007 nach Abrechnungsdatum

Während in Tabelle 1 die Kosten nach dem Datum der ersten Konsultation des Versicherten bei einem Leistungserbringer gegliedert sind, sind sie in untenstehender Tabelle 3 nach dem Datum der Verarbeitung des Vergütungsbelegs beim Versicherer dargestellt<sup>2</sup>. Der Unterschied zwischen beiden Betrachtungsweisen war für das letzte Jahr gering. So betrug das Kostenwachstum pro Versicherten nach Abrechnungsdatum in der OKP im Jahr 2007 3,8%. Diesem Wert sind die 4,0% gegenüber zu stellen, welche sich nach Datum Behandlungsbeginn ergeben.

Bei der Betrachtung der einzelnen Kostengruppen fallen wiederum die Bereiche Spital ambulant (7,1%), Spitex (7,2%) sowie die Laboratorien (5,4%) durch ein überdurchschnittliches Wachstum auf. Sehr moderat sind die Kosten nach Abrechnungsdatum bei den Medikamenten (Apotheken 1,5% sowie Medikamente Arzt 2,5%) gestiegen. Nach Abrechnungsdatum zeigen sich hier noch Reste der Kostensenkungsmassnahmen 2006, hingegen werden für das Behandlungsjahr 2007 wieder höhere Wachstumsraten für die Medikamente ausgewiesen (Apotheken 2,9% und Medikamente Arzt 3,8%).

Tabelle 3: 10 grösste Kostenblöcke OKP nach Abrechnungsdatum 2006 vs. 2007

	2006				2007			
	Bruttoleistungen absolut	Zunahme Vorjahr BL in %	pro Kopf absolut	Zunahme Vorjahr pro Kopf in %	Bruttoleistungen absolut	Zunahme Vorjahr BL in %	pro Kopf absolut	Zunahme Vorjahr pro Kopf in %
<b>Versicherte Datenpool</b>	7'320'448				7'391'751			
<b>Versicherte Risikoausgl.</b>	7'488'731	0.6%			7'517'067	0.4%		
<b>Abdeckung</b>	97.8%				98.3%			
<b>Arztbehandlungen</b>	4'704'071'307	1.0%	628	0.4%	4'882'839'928	3.8%	650	3.4%
<b>Medikamente Arzt</b>	1'398'521'892	-0.8%	187	-1.3%	1'439'420'722	2.9%	191	2.5%
<b>Apotheken</b>	2'854'754'902	0.9%	381	0.3%	2'909'059'089	1.9%	387	1.5%
<b>Spital ambulant</b>	2'940'455'994	-1.0%	393	-1.6%	3'162'550'288	7.6%	421	7.1%
<b>Spital stationär</b>	4'943'732'424	1.3%	660	0.7%	5'154'607'584	4.3%	686	3.9%
<b>Pflegeheime</b>	1'609'898'293	4.8%	215	4.2%	1'665'536'253	3.5%	222	3.1%
<b>SPITEX-Organisationen</b>	409'608'665	8.7%	55	8.0%	440'908'215	7.6%	59	7.2%
<b>Laboratorien</b>	445'573'303	-6.0%	59	-6.5%	471'628'804	5.8%	63	5.4%
<b>PhysiotherapeutInnen</b>	499'634'513	1.9%	67	1.3%	518'802'147	3.8%	69	3.4%
<b>Übriges</b>	816'460'651	14.3%	109	13.6%	849'681'914	4.1%	113	3.7%
<b>Total</b>	<b>20'622'711'944</b>	<b>1.4%</b>	<b>2'754</b>	<b>0.8%</b>	<b>21'495'034'943</b>	<b>4.2%</b>	<b>2'859</b>	<b>3.8%</b>

Hochgerechnet auf 100% mit Bestandesdaten Risikoausgleich 2007; die Daten sind nicht historisiert

Datenquelle: santésuisse Datenpool Monatsdaten Juni 2008

<sup>2</sup> Eine Beschreibung der Unterschiede zwischen Abrechnungsdatum und Datum Behandlungsbeginn findet sich auf der santésuisse Internetseite:

[https://www.santesuisse.ch/de/statistiken\\_datenpool.html?navid=84](https://www.santesuisse.ch/de/statistiken_datenpool.html?navid=84)

## Zahlen für das erste Semester 2008

Tabelle 4: Wachstum der abgerechneten OKP Bruttokosten pro Kopf im ersten Halbjahr 2008

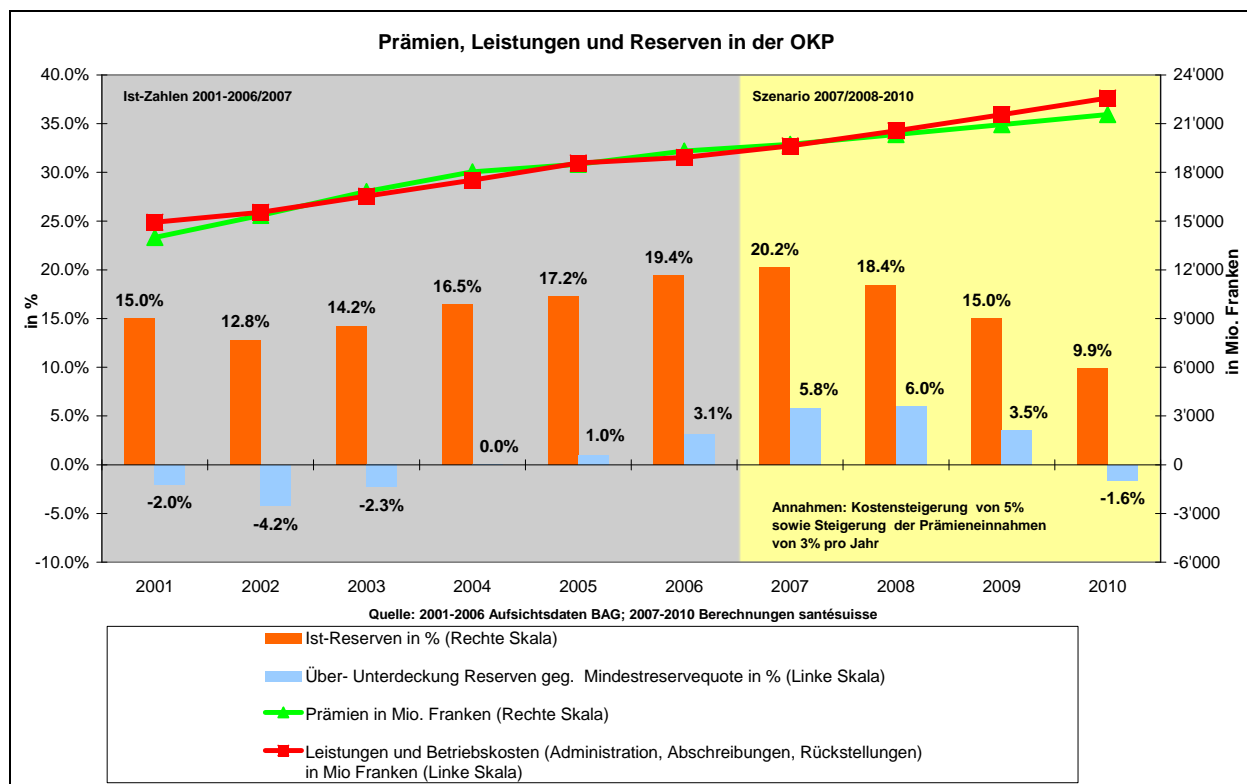
Arztbehandlungen	5.0%
Medikamente Arzt	5.7%
Apotheken	5.8%
Spital ambulant	11.2%
Spital stationär	3.4%
Pflegeheime	3.2%
SPITEX-Organisationen	4.4%
Laboratorien	8.4%
PhysiotherapeutInnen	3.1%
Übriges	-5.4%
Total	5.1%

Quelle: santésuisse-Datenpool

Die abgerechneten Bruttoleistungen pro Versicherten in der Grundversicherung haben in den ersten sechs Monaten 2008 gegenüber derselben Abrechnungsperiode im Vorjahr um 5,1% zugenommen. Die Kosten der OKP dürften damit im Jahr 2008 im Bereich von 4 bis 6 Prozent wachsen. Werden die zehn grössten Kostenblöcke betrachtet, zeigt sich, dass insbesondere die Kosten bei Spital ambulant und bei den Laboratorien überdurchschnittlich stark wachsen (Spital ambulant 11,2%, Laboratorien 8,4%).

Bei den ambulanten Leistungen im Spital haben überdurchschnittliche Wachstumsraten Tradition, waren doch die Zuwachsraten in diesem Bereich über die letzten zehn Jahre doppelt so hoch wie bei den übrigen Leistungserbringern. Bei den Laboratorien setzt sich das überdurchschnittliche Wachstum des Vorjahrs fort. Dies zeigt, dass in diesem Bereich kostensenkende Massnahmen, wie die vom BAG geplante Anpassung der Labortarife, notwendig und erwünscht sind.

Der Bruttoerfolg der Krankenversicherer, d.h. die Differenz zwischen den Prämieinnahmen und den von den Versicherern vergüteten Leistungen, hat in den ersten sechs Monaten gegenüber demselben Vorjahreszeitraum um die Hälfte abgenommen. Unter Einbezug der Rückstellungen, Abschreibungen und Verwaltungskosten dürfte die Gesamtbranche in der Grundversicherung 2008 damit rote Zahlen schreiben. Der Verlust wird für das Jahr 2008 über einen Reserveabbau gedeckt. Wenn, wie erwartet, die Kostensteigerung im kommenden Jahr in der gleichen Grössenordnung weitergeht, werden zur Kostendeckung auch 2009 Reserven abgebaut werden müssen. Wird davon ausgegangen, dass die Leistungen der Versicherer 2008-2010 um durchschnittlich 5% pro Jahr und die Prämien um 3% pro Jahr wachsen, so resultiert, über die Gesamtbranche, schon 2010 eine Unterdeckung der (gesenkten) Reservequoten. Die Prämien-erhöhungen werden danach umso stärker ausfallen, da neben der Konsolidierung der Reserven, auch die Kosten wieder vollumfänglich über die Prämien gedeckt werden müssen.



## Datenquelle und Datenqualität

Der santésuisse-Datenpool ist die Branchenstatistik der Schweizer Krankenversicherer. Er basiert auf freiwilliger Basis, d.h. es besteht für die Krankenversicherer keine gesetzliche Verpflichtung, ihre Daten an den Datenpool zu liefern. Gewisse kleinere Krankenversicherer erfüllen die technischen Voraussetzungen (noch) nicht. Seit dem Start des Datenpools im Jahr 2001 (die Daten reichen bis ins Jahr 1997 zurück) konnten fast jedes Jahr mehrere Krankenversicherer dazu gewonnen werden. Der Abdeckungsgrad steigerte sich so laufend. Als Basis für die Berechnung des Abdeckungsgrades dient der Versichertenbestand des Risikoausgleichs, welcher für alle Krankenversicherer gesetzlich verbindlich ist. Der Abdeckungsgrad betrug im Jahr 2007 98.3%. Die publizierten Gesamtkosten sind auf 100% hochgerechnet. Die Zahlen gemäss Datum Behandlungsbeginn sind zusätzlich für die fehlenden Zahlen des Behandlungsjahrs 2007 hochgerechnet. Dies ist notwendig, da im Juni 2008 noch nicht alle Leistungen, welche das Vorjahr betreffen, abgerechnet waren.