

INFORMATION

März 2012

WIE FUNKTIONIERT UNSER GESUNDHEITSSYSTEM?

Das ABC der Krankenversicherung

WIE FUNKTIONIERT UNSER GESUNDHEITSSYSTEM?

Das ABC der Krankenversicherung

Das Schweizer Gesundheitssystem zählt zu den besten der Welt, ist aber auch eines der teuersten: Die Schweiz gibt 11,4% ihres BIP für Gesundheitskosten aus (insgesamt 61 Milliarden Franken 2009). Die Hälfte dieses Betrags (30 Milliarden) übernimmt die Krankenversicherung, ein relativ komplexer, von den Krankenversicherern geführter Bereich. Die Arbeit der Krankenversicherer ist wenig bekannt, manchmal sogar verkannt. Deshalb haben wir in unserem Dossier verschiedene Definitionen zusammengetragen, die zum besseren Verständnis des Aufgabenbereichs der Krankenversicherer beitragen sollen.

OBLIGATORISCHE KRANKENVERSICHERUNG (SOZIALVERSICHERUNG)

Alle in der Schweiz wohnhaften Personen müssen krankenversichert sein. Die obligatorische Krankenversicherung wird vom 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVG) geregelt.

KVG

Krankenversicherungsgesetz von 1996

KVV

Krankenversicherungsverordnung

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Die OKP, auch Grundversicherung genannt, ist im KVG geregelt. Sie bietet allen Versicherten hochwertige medizinische Versorgung und Zugang zu einer breiten Palette an medizinischen Leistungen.

Alternative Versicherungsmodelle (AVM) oder Managed Care-Modelle

Versicherungsmodelle, bei denen der Versicherte für alle gesundheitlichen Fragen einen bevorzugten Ansprechpartner wählt (Arzt, medizinische Telefonberatung). Der Versicherte akzeptiert eine eingeschränkte Wahl und erhält als Gegenleistung einen gesetzlich festgelegten Prämienrabatt (zwischen 5 und 20%).

Telemedizinmodell

Modell, bei dem der Versicherte eine medizinische Telefonberatung kontaktieren muss, bevor er einen Arzt aufsucht. Das medizinische Fachpersonal beurteilt die Situation und gibt Empfehlungen (Selbstmedikation oder Konsultation beim Arzt oder im Spital).

Hausarztmodell

Modell, bei dem sich der Versicherte verpflichtet, zuerst den Hausarzt zu konsultieren, der ihn nötigenfalls an einen Spezialisten oder ein Spital überweist.

Pflegenetze, HMO (Health Maintenance Organization) oder Gruppenpraxen

Regionale Ärzteguppen oder -netze mit verschiedenen Fachrichtungen an einem Ort (z. B. ärztlicher Bereitschaftsdienst). Ziel ist, die Behandlungskette optimal zu koordinieren, damit bereits durchgeführte Konsultationen und Untersuchungen nicht erneut gemacht werden. Erste Anlaufstelle des Patienten ist immer der gleiche Arzt, im Prinzip ein Allgemeinarzt, der nötigenfalls einen Spezialisten hinzuzieht.

Vereinbarung zwischen Ärztenetz und Krankenversicherer
Ärztenetze und Versicherer schlies-

sen eine Vereinbarung ab, bei der die Ärztenetze im Allgemeinen Budgetmitverantwortung übernehmen (Budget: Kostenziel für die Betreuung eines Versichertenkollektivs; Budgetmitverantwortung: Beteiligung des Ärztenetzes an Gewinn oder Verlust bei Erreichen/Nichterreichen der Zielvorgabe). Für das Netz entsteht so ein Anreiz, das beste Preis-Leistungsverhältnis zu bieten.

Taggeldversicherung

Diese Versicherung ist freiwillig. Sie schützt gegen das Risiko eines Lohn- oder Erwerbsausfalls infolge Krankheit oder Unfalls. Die KVG-Deckung dieses Risikos kann auch mit einer Zusatzversicherung (VVG) ergänzt werden.

Versicherung ohne Erwerbszweck

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung verfolgt keinen Erwerbszweck. Allfällige Überschüsse fließen in die Reserven, mit denen die Versicherer gewährleisten, dass die beanspruchten Leistungen in jedem Fall vergütet werden (siehe auch «Reserven»).

AVB (Allgemeine Versicherungsbedingungen gemäss KVG)

Bestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und freiwilligen Taggeldversicherung

PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNGEN

Zusatzversicherung

Untersteht dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Freiwillige Privatversicherung, die zusätzliche Leistungen in folgenden Bereichen deckt: Spital (halbprivate und private Abteilung sowie allgemeine Abteilung ganze Schweiz), Krankenpflegeleistungen (wie Komplementärmedizin, Kuren oder nicht kassenpflichtige Medikamente) und diverse Versicherungen (Auslandsreiseversicherung, Rechtsschutz).

Vier von fünf Versicherten haben eine Zusatzversicherung.

Private Abteilung

Spitalaufenthalt in einem Ein-Bett-Zimmer mit freier Arztwahl

Halbprivate Abteilung

Spitalaufenthalt in einem Zwei-Bett-Zimmer mit freier Arztwahl

Spitalaufenthalt ganze Schweiz

Versicherungsdeckung für Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung. Mit dieser Deckung können sich Versicherte in öffentlichen und privaten Spitälern der Schweiz behandeln lassen.

AVZ (Besondere Bedingungen der Zusatzversicherungen gemäss VVG)

Bestimmungen zu den privaten Zusatzversicherungen

KRANKENVERSICHERER

Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen, und ausserdem Zusatzversicherungen anbieten können. In der Schweiz gibt es 70 Krankenversicherer; einige unter ihnen gehören zu einer Versicherergruppe wie die Groupe Mutuel, die mehrere Krankenversicherer unter einem Dach vereint. Die zehn grössten Versicherer teilen sich nahezu 80% des Marktes.

Für die Versicherten bedeutet diese Vielzahl, dass sie ihren Krankenversicherer frei wählen können. Dadurch entsteht Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern, deren Ziel es ist, die Betriebskosten zu begrenzen und den Versicherten möglichst vernünftige Prämien sowie hochwertige Dienstleistungen anzubieten. Mit der Einführung einer Einheitskasse fiel dieser Anreiz weg.

Prämien

Vom Versicherer eingemommener Betrag zur Deckung der Kosten für medizinische Leistungen. Die soziale Krankenversicherung wird nach dem Umlageverfahren finanziert, die Prämieinnahmen eines Geschäftsjahres müssen also die Gesundheitskosten des gleichen Geschäftsjahres decken. Es ist aber durchaus möglich, dass die Gesundheitsausgaben innerhalb eines Jahres über oder unter den Prämieinnahmen liegen. Deshalb sind die Versicherer verpflichtet, das

Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren sicherzustellen (Art. 78 KVV).

Franchisen

Der Versicherte beteiligt sich an den Kosten, die er verursacht, mit einer Franchise. Bei den wählbaren Franchisen erhält er als Gegenleistung einen Prämienrabatt.

Erwachsene –

ordentliche Franchise:

Fr. 300.– pro Jahr; Mindestbetrag, den alle Versicherten aus eigener Tasche bezahlen müssen. Die ordentliche Franchise gibt kein Anrecht auf Rabatt.

Erwachsene –

wählbare Franchisen:

Fr. 500.–, Fr. 1'000.–, Fr. 1'500.–, Fr. 2'000.–, Fr. 2'500.– pro Jahr

Kinder – ordentliche Franchise:

Fr. 0.–

Kinder – wählbare Franchisen:

Fr. 100.–, Fr. 200.–, Fr. 300.–, Fr. 400.–, Fr. 500.–, Fr. 600.– pro Jahr

Selbstbehalt

Der Versicherte beteiligt sich zu 10% an den Kosten der in Anspruch genommenen Behandlungen, die den Betrag der Franchise überschreiten. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts ist gesetzlich festgelegt: Fr. 700.– für Erwachsene und Fr. 350.– für Kinder.

Beispiel:

Behandlungskosten: Fr. 1'200.– (Erwachsene)

Franchise: Fr. 300.–

Selbstbehalt:

Fr. 1'200.– – Fr. 300.– = Fr. 900.– / Fr. 900.– x 10% = Fr. 90.–

zulasten des Versicherten:

Fr. 300.– (Franchise) + Fr. 90.– (Selbstbehalt) = Fr. 390.–

zulasten des Versicherers:

Fr. 1'200.– – Fr. 390.– = Fr. 810.–

Wirtschaftlichkeit

Im KVG verankerter Grundsatz, der besagt, dass alle Krankenversicherungsleistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Alle drei Kriterien müssen gleichzeitig erfüllt sein (Art. 32 KVG).

Kostenkontrolle

Unter Kostenkontrolle versteht man die Prüfung aller eingehenden Rechnungen nach den drei vorher erwähnten Wirtschaftlichkeitskriterien. Dank der Kontrolle durch die Krankenversicherer werden jährlich 10% der Leistungen weniger ausgegeben, was zwei Milliarden Franken pro Jahr entspricht.

Vergleicht man diese Minderausgaben mit den Betriebskosten der OKP von jährlich einer Milliarde Franken, bleibt nach Abzug der Betriebskosten eine Nettoeinsparung von einer Milliarde Franken; das entspricht aufs Jahr gerechnet einer Prämienenkung um 5%.

Die Effizienz bei der Kontrolle der Rechnungen für medizinische Leistungen ist auf den Wettbewerb zwischen Versicherern zurückzuführen, denn es liegt in ihrem Interesse, die Kosten zu dämpfen, um ihren Versicherten konkurrenzfähige Prämien bieten zu können.

Prämienverbilligungen

Finanzieller Prämienbeitrag, den Kantone Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewähren. Die Kriterien für den Erhalt von Prämienverbilligungen (Einkommensgrenzen, % der Beteiligung u. a.) werden von den Kantonen festgelegt.

2009 hat ein Drittel der Schweizer Bevölkerung (2,4 Millionen Personen), also die Hälfte der Haushalte, Prämienverbilligungen erhalten. Die von Bund und Kantonen gezahlten Prämienbeiträge belaufen sich auf 3,5 Milliarden Franken.

Risikoausgleich

Finanzieller Ausgleich zwischen den Krankenversicherern. Versicherer mit Versicherten, die höhere Risiken aufweisen als der Durchschnitt (kostenintensivere und häufigere Krankheitsfälle) werden von den Versicherern, die ein Versichertenportefeuille mit tieferen Risiken haben, finanziell unterstützt.

Kriterien: Der Ausgleich basiert auf drei Kriterien: Alter (junge und ältere Personen), Geschlecht und, seit 1. Januar 2012, Aufenthalt von mehr als drei Tagen in einem Spital oder Pflegeheim. Alle drei Kriterien werden berücksichtigt. Der Risikoausgleichsbetrag wird jedes Jahr neu berechnet. 2010 belief sich der Gesamtbetrag für den Risikoausgleich zwischen den Versicherern auf 1,5 Milliarden Franken. Die 15 grössten Zahler – darunter die Groupe Mutuel – decken 90% des Gesamtbetrags, die 15 grössten Empfänger erhalten 99%.

Beispiel: Ein Versicherer mit einem Portefeuille aus mehrheitlich Frauen, älteren Personen und Personen, die mehr als drei Tage eines Kalenderjahres in einem Spital oder

Pflegeheim waren, erhält als Ausgleich einen Betrag von den Versicherern mit mehr Männern, mehr Jungen und weniger Personen, die mehr als drei Tage im Spital oder Pflegeheim behandelt worden sind.

Vertragszwang (Kontrahierungszwang)

Verpflichtung der Krankenversicherer, die Rechnungen aller Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zulasten des KVG zugelassen sind, zu vergüten.

Vertragsfreiheit

Möglichkeit der Versicherer oder Leistungserbringer, zu entscheiden, mit welchen Partnern sie eine Tarifvereinbarung abschliessen.

Freie Wahl des Versicherers

Möglichkeit des Versicherten, den Krankenversicherer frei zu wählen. Der Wettbewerb zwischen Versicherern basiert auf dieser Wahlmöglichkeit, die in einem Einheitskassensystem wegfiel.

Freie Arztwahl

Möglichkeit der Patienten, sich von einem frei gewählten Arzt, ob Allgemeinarzt oder Spezialist, behandeln zu lassen. Die freie Wahl gilt auch bei verschreibungspflichtigen Leistungen von Apothekern und Physiotherapeuten.

Tiers garant

Wenn nichts anderes vereinbart wurde, schuldet der Versicherte dem Leistungserbringer das Honorar. Im System des «Tiers garant» bezahlt der Versicherte die medizinische Rechnung und beantragt die Rückerstattung bei seinem Versicherer.

Tiers payant

In diesem System wird vertraglich vereinbart, dass der Versicherer das Honorar des Leistungserbringers bezahlt und dem Versicherten danach die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) in Rechnung stellt.

Reserven

Eigenmittel, über die der Versicherer

verfügen muss, um die Vergütung der Rechnungen für medizinische Leistungen jederzeit und in jedem Fall zu garantieren. Die Reserven müssen eine gesetzlich festgelegte Mindestgrenze erreichen. Es gelten folgende Prozentsätze im Verhältnis zum Prämienvolumen:

Gesetzliche Mindestreserven:

- ▶ 10% für Versicherer mit mehr als 150'000 Versicherten
- ▶ 15% für Versicherer mit einem Versichertenbestand zwischen 50'000 und 150'000
- ▶ 20% für Versicherer mit weniger als 50'000 Versicherten

Ab 2012 werden die Reserven neu basierend auf den tatsächlichen Risiken berechnet.

Die Reserven sind für das Gleichgewicht des Systems sehr wichtig. Liegen die Kosten über den Prämieeinnahmen, schöpft der Versicherer aus seinen Reserven, um die Vergütung der medizinischen Leistungen weiterhin zu gewährleisten. Sind die Prämieeinnahmen höher als die Ausgaben, fliessen die Überschüsse in die Reserven, die bei der Prämienkalkulation berücksichtigt werden und so zur Dämpfung von Prämienanpassungen beitragen.

Begrenzte Beträge: 2010 liegt der Betrag der Reserven bei Fr. 400.– pro Versicherten, was knapp den Prämieeinnahmen für zwei Monate entspricht. Im Vergleich dazu beläuft sich der AHV-Fonds auf 12 Monate der Ausgaben, wobei die Verwaltung von Renten erheblich einfacher ist als die 80 Millionen Rückerstattungen, welche die Krankenversicherer bearbeiten.

Rückstellungen

Buchhaltungsposten, die gebildet werden, um bereits erbrachte, aber noch nicht fakturierte und/oder nicht vergütete medizinische Leistungen zu decken. Grundsätzlich entsprechen diese Rückstellungsbeträge den Leistungen, die in drei Monaten erbracht werden. So können die Rechnungen der letzten drei Monate des Jahres, die innerhalb des ersten Jahresquartals beim Versicherer eingehen, vergütet werden.

LEISTUNGSERBRINGER

Medizinische Fachkräfte und Institutionen, die zur Tätigkeit zulasten des KVG zugelassen sind: Ärzte, Apotheker, Spitäler, Pflegeheime, Kureinrichtungen, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände im Rahmen einer Untersuchung oder Behandlung, Labors, Chiropraktoren, Hebammen, Geburtshäuser, Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen (z. B. Physiotherapeuten) sowie Transport- und Rettungsunternehmen (Art. 24 bis 31 KVG).

Versicherungsleistungen

Alle Beträge, welche die Krankenversicherer den Versicherten oder den Leistungserbringern vergüten.

TARMED

Medizinischer Tarif für die Verrechnung aller ambulanten Leistungen in einer Arztpraxis, im Spital oder zu Hause beim Patienten. Der Tarif umfasst 4'600 Tarifpositionen; die Bezeichnung der ärztlichen Leistungen ist schweizweit einheitlich, doch der TARMED-Taxpunktwert variiert nach Kanton (siehe www.tarmedsuisse.ch).

DRG

Englische Abkürzung für «Diagnosis Related Groups», die mit «Fallpauschalen» übersetzt werden kann.

Bei dieser Tarifstruktur wird jeder Spitalaufenthalt einer Gruppe von Krankheiten zugeordnet und die Leistungen werden pauschal abgerechnet. Dieses System ersetzt das bisherige, bei dem das Prinzip der Tagespauschale galt (Anzahl Tage des Spitalaufenthalts).

Tarifvereinbarungen

Abkommen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zur Regelung der Beziehungen zwischen den Partnern sowie der Tarife (Tarifschutz).

KVG-Vereinbarung: Abkommen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Zuständige Beschwerdeinstanz bei

Uneinigkeit zwischen den Partnern ist der Kanton. Letztlich kann der Fall an das Bundesgericht weitergeleitet werden, das in letzter Instanz einen Entscheid trifft.

VVG-Vereinbarung: Abkommen, das im Zusatzversicherungsbereich auf privatrechtlicher Basis zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern ausgehandelt wird.

Spitalaufenthalt

Stationär: Aufenthalt von mehr als einem Tag im Spital oder während mindestens einer Nacht. Anfang 2012 wurde ein neues Finanzierungssystem eingeführt, das die Kostenaufteilung der Leistungen auf 55% zulasten der Kantone und 45% zulasten der Krankenversicherer festlegt. Die Tarife basieren auf den DRG.

Ambulant: Aufenthalt während eines einzigen Tages, ohne Übernachtung. Die Kosten werden gemäss TARMED ganz von den Versicherern getragen.

Ärzte (Arztpraxis)

Medizinische Behandlungen; Kostenübernahme gemäss TARMED.

Langzeitpflege

Pflegeheime: Einrichtungen zur Betreuung pflegebedürftiger Menschen (aus Altersgründen oder wegen einer Behinderung).

Spitex: Pflegeleistungen, die beim Versicherten zuhause erbracht werden und im KVG-Leistungskatalog aufgeführt sind.

Komplementär- oder Alternativmedizin

Komplementär- oder alternativmedizinische Behandlungen wie Naturheilverfahren, Homöopathie, Aromatherapie, Reflexologie oder Sophrologie. Es gibt über 200 komplementärmedizinische Methoden, die von rund 20'000 Therapeuten durchgeführt werden.

Zusatzversicherungen: Die oben erwähnten Behandlungen werden grundsätzlich über die Zusatzversicherungen übernommen, wenn sie von Therapeuten durchgeführt werden, die Mitglied eines vom Versicherer anerkannten Verbandes sind, wie beispielsweise die Schweizerische Stiftung für Komplementärmedizin (ASCA) oder das Erfahrungsmedizinische Register (EMR).

Grundversicherung: Seit Beginn dieses Jahres vergütet die Grundversicherung provisorisch bis 2017 fünf komplementärmedizinische Behandlungen: Anthroposophische Medizin, Chinesische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und Phytotherapie.

Die Kosten werden nur übernommen, wenn die Leistungen von Ärzten mit spezifischer Ausbildung erbracht werden.

Managed Care

(Integrierte Versorgung)

Case Management (Fallmanagement): Betreuung von Patienten in komplexen Situationen – z. B. Patient mit gleichzeitiger Lungen- und Herzerkrankung – während der gesamten Behandlungskette, um so die besten medizinischen Leistungen am besten Ort und zum besten Preis zu gewährleisten.

Disease Management (Krankheitsmanagement)

Begleitung bei chronischen Erkrankungen (Diabetes, Herzinsuffizienz u. a.) durch optimale Koordination der verschiedenen Akteure in der Behandlungskette sowie durch Mitverantwortung des Patienten.

Medikamente

Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) und Spezialitätenliste (SL): umfassende Listen der pharmazeutischen Präparate und Medikamente mit den Preisen, zu denen sie von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden. Die Listen werden vom

Bundesamt für Gesundheit (BAG) erstellt. Nur vom Arzt verordnete Medikamente und Präparate werden übernommen.

Nicht kassenpflichtige Medikamente: Medikamente, die auf dem Markt erhältlich sind und nicht von der Grundversicherung übernommen werden. Sie können teilweise von einer Zusatzversicherung vergütet werden.

LPPV: Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung. Die Präparate dieser Liste werden ausschliesslich von den Versicherten bezahlt; sie werden weder von der OKP noch von einer Zusatzversicherung übernommen.

Generikum: Kopie eines Originalmedikaments dessen Patent (Herstellungsschutz) abgelaufen ist. Generika sind Medikamente mit gleichem Wirkstoff und gleichen Eigenschaften (Wirkung, Indizierung, Dosierung u. a.) wie das Original. Da keine Entwicklungskosten zu berücksichtigen sind, ist das Generikum bis zu 60% billiger als das Originalpräparat.

Entwicklung der Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), der Prämien und der Reserven in der Schweiz (1996-2010)

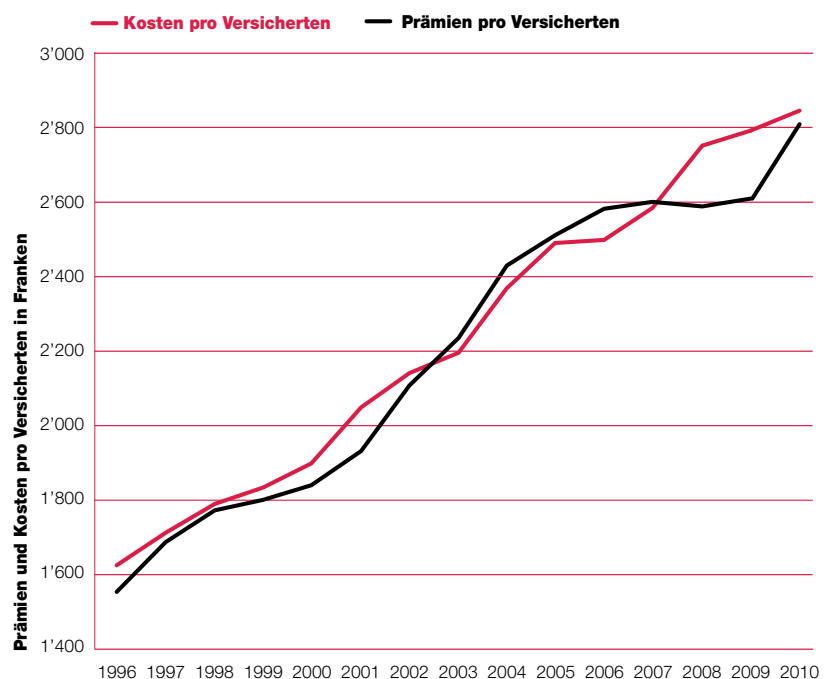
| | 1996 | 2000 | 2005 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Anstieg im Jahresdurchschnitt 1996-2010 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| Bruttogesamtkosten (in Mio. Franken) | 12'459 | 15'478 | 20'348 | 21'579 | 22'722 | 23'656 | 24'299 | 4.9% |
| Nettokosten pro Versicherten ¹ (in Franken) | 1'624 | 1'935 | 2'468 | 2'586 | 2'705 | 2'777 | 2'842 | 4.1% |
| Landesweite Durchschnittsprämie pro Versicherten ² (in Franken) | 1'539 | 1'850 | 2'487 | 2'612 | 2'586 | 2'611 | 2'834 | 4.4% |
| Reserven insgesamt (in Mio. Franken) | 2'856 | 2'832 | 3'184 | 3'970 | 3'252 | 2'863 | 3'115 | 0.6% |
| Reserven pro Versicherten (in Franken) | 395 | 390 | 428 | 527 | 427 | 371 | 400 | 0.1% |
| Reserven (in % des Prämienvolumens) | 25.7% | 21.1% | 17.2% | 20.2% | 16.5% | 14.2% | 14.1% | |

Seit den Anfängen unseres Gesundheitssystems sind steigende Gesundheitskosten eine Realität. In den vergangenen zwanzig Jahren sind die Kosten aufgrund des medizintechnischen Fortschritts und seit einigen Jahren durch die erhöhte Lebenserwartung und die Auswirkungen des demografischen Ungleichgewichts – rückläufiger Anteil der Jungen im Vergleich zum steigenden Anteil der Älteren an der Bevölkerung – noch stärker angestiegen. Die Tabelle zeigt die Kosten, Prämien und Reserven pro Jahr und ihre Entwicklung im Durchschnitt. Aus dem Betrag der Eigenmittel ist ersichtlich, dass die Versicherten keine unnötigen Reserven angesammelt haben, denn 2010 hat sich der Betrag der Reserven mit Fr. 400.– pro Versicherten im Vergleich zu 2000 mit Fr. 390.– pro Versicherten stabilisiert. Die in diesem Zeitraum fakturierten Prämien stehen also in einem angemessenen Verhältnis zu den vergüteten Leistungen. Oder anders ausgedrückt: Es beweist, dass die Prämienkurve mittelfristig der Kurve der Gesundheitskosten folgt. So kommt es zu einem Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben und das wiederum verhindert, dass in einem der sensibelsten Bereiche unseres Sozialsystems Defizite entstehen.

¹ Nettokosten: von den Krankenversicherern vergütete Bruttoleistungen abzüglich Kostenbeteiligung der Versicherten und zuzüglich Betriebskosten
² von den Krankenversicherern fakturierte Durchschnittsprämien, unabhängig vom Versicherungsmodell

Quelle: BAG

Entwicklung der Durchschnittsprämien und Nettokosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz (1996-2010) in Franken pro Versicherten



Quelle: BAG