

BERICHT UND ANTRAG
DER REGIERUNG
AN DEN
LANDTAG DES FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN
BETREFFEND
DEN STAATSBEITRAG AN DIE KOSTEN DER OBLIGATORISCHEN
KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG DER ÜBRIGEN VERSICHERTEN FÜR
DAS JAHR 2011

<i>Behandlung im Landtag</i>	
	<i>Datum</i>
Schlussabstimmung	

Nr. 75/2010

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung	4
Zuständiges Ressort	4
Betroffene Amtsstellen	4
I. BERICHT DER REGIERUNG.....	5
1. Obligatorische Krankenpflegeversicherung	5
1.1 Einführung	5
1.2 Finanzierung	6
1.2.1 Staatliche Finanzierung	6
1.2.2 Finanzierung durch die Versicherten	9
1.2.3 Finanzierung durch die Arbeitgeber	10
1.3 Kostenentwicklung und Kostenanalyse	11
1.3.1 Kostenentwicklung.....	11
1.3.2 Kostenanalyse	12
2. Erwägungen zur künftigen Festlegung des Staatsbeitrages gemäss Art.	
24A Abs. 2 KVG	17
2.1 Festlegung des Staatsbeitrages.....	17
2.2 Weiterführende Überlegungen.....	19
II. ANTRAG DER REGIERUNG.....	21

ZUSAMMENFASSUNG

Die Unterstützung und Förderung der Krankenversicherung durch den Staat erfolgt einerseits auf der Grundlage der Verfassung und andererseits nach sozialversicherungsrechtlichen Grundsätzen sowie nach sozial- und familienpolitischen Zielsetzungen. Gemäss Art. 24 des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) beteiligt sich der Staat an den Kosten der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens insbesondere durch Beiträge an die Kassen zur Mitfinanzierung der obligatorisch versicherten Krankenpflegeleistungen, an einkommensschwache Versicherte (Prämienverbilligung) und an Spitäler im Rahmen von Leistungsaufträgen und Tarifvereinbarungen.

Der Beitrag des Staates an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die übrigen Versicherten wird gemäss Art. 24a Abs. 2 KVG jährlich vom Landtag auf Antrag der Regierung unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung und unter Berücksichtigung der Finanzlage des Landes festgelegt.

Entsprechend dieser gesetzlichen Grundlagen beantragt die Regierung unter Darlegung aller entscheidungsrelevanten Sachverhalte den Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Bemessungsjahr 2011 gemäss Art. 24a Abs. 2 KVG auf CHF 54 Mio. festzulegen.

ZUSTÄNDIGES RESSORT

Ressort Gesundheit

BETROFFENE AMTSSTELLEN

Amt für Gesundheit

Vaduz, 08. Juni 2010

P

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,
Sehr geehrte Frauen und Herren Abgeordnete

Die Regierung gestattet sich, dem Hohen Landtag nachstehenden Bericht und Antrag betreffend den Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Jahr 2011 an den Landtag zu unterbreiten.

I. BERICHT DER REGIERUNG

1. OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG

1.1 Einführung

Die Unterstützung und Förderung des Krankenversicherungswesens gehört zu den Aufgaben des Staates (Art. 26 der Landesverfassung).

Die Krankenversicherung beruht in Liechtenstein auf einem Versicherungsobligatorium mit Einheitsprämien für Erwachsene im Zweig der Krankenpflegeversicherung und wird als Sozialversicherung durch von der Regierung anerkannte Kassen durchgeführt. Das Krankenversicherungsobligatorium garantiert den Schutz und den Zugang zu den gesetzlichen Leistungen für jede in Liechtenstein wohnhafte

oder beschäftigte Person bei Krankheit und Unfall, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand oder ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Als Sozialversicherung liegt der Krankenversicherung der Grundsatz der Solidarität zu Grunde.

1.2 Finanzierung

Die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfolgt über Subventionen des Landes, über Prämien und Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über Beiträge der Arbeitgeber an die Prämien der Versicherten.

1.2.1 Staatliche Finanzierung

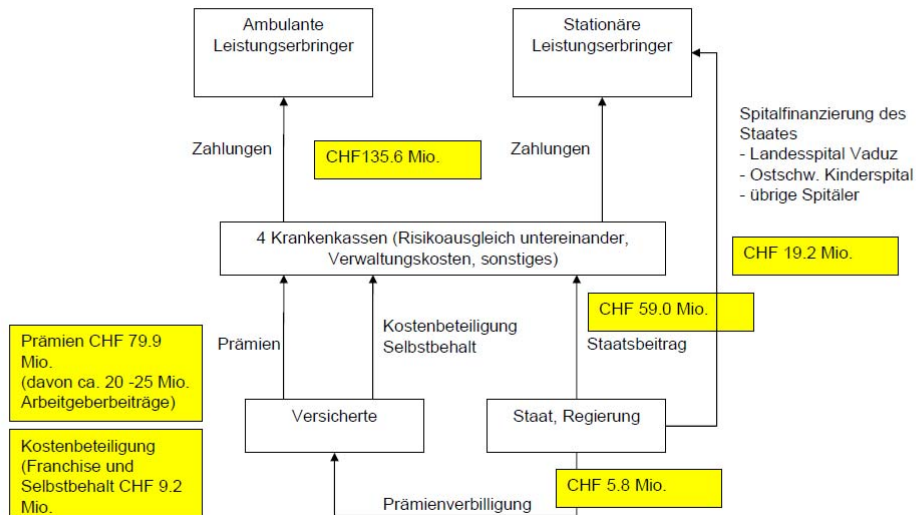
Der Staat beteiligt sich an den Kosten der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens insbesondere durch drei Instrumente (Art. 24 Abs. 1 KVG):

- Mitfinanzierung der obligatorischen Krankenpflegeleistungen zur Entlastung der Kassen mit der Wirkung einer generellen Prämienverbilligung;
- Beiträge an einkommensschwache Versicherte mit der Wirkung einer speziellen Prämienverbilligung;
- Beiträge an Spitäler zur Entlastung der Kassen mit der Wirkung einer generellen Prämienverbilligung.

Damit haben zwei Subventionsinstrumente prämienvverbilligende Wirkung für alle Versicherten, während nur ein Instrument die Einkommenssituation der Versicherten direkt berücksichtigt und damit eine spezielle Wirkung entfaltet.

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Finanzströme und die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Jahre 2009.

Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Fürstentum Liechtenstein 2009



Betrachtet man die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung in Liechtenstein, so kann grundsätzlich festgestellt werden, dass sich der Staat mit ca. 50% an der Finanzierung beteiligt.

Die direkten Staatsbeiträge an die Krankenversicherung in Mio. CHF setzen sich aus Sicht der Landesrechnung pro Jahr von 2007 bis 2010 wie folgt zusammen:

	2007	2008	2009	2010*
Krankenkassen	52.5	53.1	59.4	64.2
<i>Schlusszahlung Kinder Vorjahr</i>	<i>1.1</i>	<i>1.1</i>	<i>1.0</i>	<i>0.7</i>
<i>Schlusszahlung Erwachsene Vorjahr</i>	<i>4.3</i>	<i>4.5</i>	<i>4.5</i>	<i>5.2</i>
<i>Akontozahlung Kinder laufendes Jahr</i>	<i>6.6</i>	<i>7.0</i>	<i>7.1</i>	<i>7.0</i>
<i>Akontozahlung Erwachsene laufendes Jahr</i>	<i>40.5</i>	<i>40.5</i>	<i>46.8</i>	<i>51.3</i>

*mutmassliche

Rechnung

2010

Der Staatsbeitrag für ein bestimmtes Rechnungsjahr setzt sich dabei jeweils aus den gesetzlich vorgesehenen Akonto- und Schlusszahlungen zusammen. Das heisst, dass beispielsweise der Betrag für das Jahr 2010 Akontozahlungen für das Jahr 2010 sowie Schlusszahlungen für das Jahr 2009 enthält. Nachdem der Bei-

trag an die Kosten der übrigen Versicherten für das Jahr 2010 durch den Landtag im Juni 2009 auf CHF 57 Mio. festgesetzt wurde, kam es zu einer Akontozahlung von 90 % (CHF 51.3 Mio.) im Jahr 2010 und zu einer Schlusszahlung von 10 % (CHF 5.2 Mio.) für das Jahr 2009. Der Staatsbeitrag an die Kosten der Kinder richtet sich nach den effektiv angefallenen Kosten. Dieser ist somit direkt an das Kostenwachstum gekoppelt und hat keine Verbindung zu dem durch den Landtag festgelegten Staatsbeitrag an die Kosten der übrigen Versicherten.

Die Zahlen in der obigen Tabelle unterscheiden sich zur Tabelle auf S. 16. Der Grund hierfür liegt darin, dass in der obigen Tabelle die Zahlungen der laufenden Rechnung pro Jahr aufgezeigt werden und in der Tabelle auf S. 16 jene Zahlungen, welche die Kassen im entsprechenden Jahr verbucht haben. Aufgrund unterschiedlicher Verbuchung bei den Kassen ergibt sich somit auch keine Übereinstimmung beim Zusammenzug von Akonto- und Schlusszahlungen für ein Jahr.

Der Staatsbeitrag für Kinder, die generell prämien- und kostenbeteiligungsbehaftet sind, basiert auf familienpolitischen Zielen und bewirkt eine Subventionierung der Versicherten mit Kindern von rund CHF 8 Mio. im Jahr. Durch den Staatsbeitrag für die übrigen Versicherten werden Jugendliche (sie bezahlen nur die halbe Prämie und keine Kostenbeteiligung) und Rentner (sie bezahlen die halbe Kostenbeteiligung) zusätzlich auf Kosten der Versichertengemeinschaft von Prämienzahlungen (im Jahr 2009 im Umfang von CHF 2.45 Mio.) und von Kostenbeteiligungen (im Jahr 2009 im Umfang von ca. CHF 1.75 Mio.) entlastet.

Eine weitere Entlastung von Versicherten findet dadurch statt, dass die Staatsbeiträge an einkommensschwache Versicherte (Prämienverbilligung) auf Basis der Durchschnittsprämie berechnet werden. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass sich der Beitrag des Staates an einkommensschwache Versicherte im Jahr 2009 auf CHF 5.8 Mio. belief. Der Beitrag wurde an 4'262 Bezüger ausbezahlt, wobei jede Person durchschnittlich CHF 1'353.85 erhielt. Der Gesamtbe-

trag ist gegenüber dem Vorjahr 2008 (CHF 5.4 Mio.) um 6.4 % gestiegen. Dies ist zum einen auf die Prämienhöhung von 4.4% und zum anderen auf die Steigerung der Bezüger um 3.2% (2008: +6.9%) zurück zu führen.

1.2.2 Finanzierung durch die Versicherten

Wie aus der Finanzierungsübersicht (Grafik S. 7) ausgeführt worden ist, haben die Versicherten und Arbeitgeber im Jahr 2009 über Prämienzahlungen und Kostenbeteiligungen an die Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von CHF 89.0 Mio. (davon sind noch CHF 5.8 Mio. für Prämienverbilligung abzuziehen) beigetragen. Gäbe es in Liechtenstein keinen Staatsbeitrag (inkl. Spitalfinanzierung) an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, dem die Wirkung einer generellen Prämienverbilligung zukommt, so hätte die Versichertengemeinschaft im Jahr 2009 im Durchschnitt eine Monatsprämie von CHF 436.-- statt CHF 231.--, das sind pro Monat CHF 205.-- mehr, zahlen müssen.

Entwicklung der Prämie:

Jahr	gewichtete Durchschnittsprämie der Erwachsenen (ohne Unfall) in CHF (gerundet)	Gewichtete Veränderung
2004	204	+ 3.8%
2005	204	0 %
2006	204	+ 0.3 %
2007	207	+ 1.2 %
2008	221	+ 6.9 %
2009	231	+4.4%
2010	239	+3.4%

Die Durchschnittsprämie für die Versicherten stieg vom Jahr 2009 auf 2010 um 3.4%. In der Periode 2005 - 2010 betrug die Wachstumsrate der Prämien jährlich 3.2%, während die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Jahren 2004 - 2009 um durchschnittlich 5.7% gewachsen sind. Die Differenz zwischen dem Kosten- und dem Prämienwachstum wurde über die Erhöhung von Staatsbeiträgen finanziert.

Während die Versicherten über die Prämie die steigenden Kosten mitfinanziert haben, blieben die Einnahmen über die Kostenbeteiligung konstant. Sie trugen seit 2005 nur mit zusätzlich CHF 1.0 Mio. zur Finanzierung der gestiegenen Kosten bei. Grund hierfür ist, dass im KVG die maximale Höhe der Kostenbeteiligung auf dem tiefen Wert von CHF 800.-- (CHF 200.-- fester Betrag und CHF 600.-- Selbstbehalt) festgesetzt ist. In der Schweiz betragen die Kostenbeteiligungsbeiträge bei wesentlich höheren Grundversicherungsprämien maximal CHF 1'000.-- (CHF 300.-- fester Betrag und CHF 700.-- Selbstbehalt). Eine Erhöhung der Kostenbeteiligungsbeiträge würde die Selbstverantwortung der Patienten stärken und zu einem bewussteren Konsum von Gesundheitsleistungen anhalten.

Entwicklung der Kostenbeteiligungseinnahmen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung:

	Kostenbeteiligungen in Mio. CHF				
	2005	2006	2007	2008	2009
0 - 25 Jahre	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6 Mio
26 - 65 Jahre	6.5	6.7	6.9	7.1	7.1 Mio
über 66 Jahre	1.2	1.2	1.3	1.4	1.4 Mio
TOTAL	8.2	8.5	8.8	9.1	9.2 Mio

Quelle: Amt für Gesundheit; Daten zum Risikoausgleich nach Altersgruppen

1.2.3 Finanzierung durch die Arbeitgeber

Auch für die Arbeitgeber erscheint auf Grund der über die Jahre betrachtet moderaten Prämienentwicklung auch in der aktuellen Wirtschaftslage eine weitere Mitbeteiligung tragbar. Inwieweit bei steigenden Durchschnittsprämien der Arbeitgeberanteil im selben Ausmass (50 % der Durchschnittsprämie) beibehalten werden kann, ist im Wesentlichen auch eine wirtschaftliche Frage, dem gesondert Augenmerk zu schenken sein wird.

1.3 Kostenentwicklung und Kostenanalyse

1.3.1 Kostenentwicklung

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verzeichnet Liechtenstein, analog der Entwicklung in anderen Ländern, seit Jahren ein stetes Kostenwachstum. Die mittleren monatlichen Pro-Kopf-Kosten (2009) in Liechtenstein liegen gemäss Kostenmonitoring des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mit CHF 3'815.-- im Bereich der Hochpreiskantone (z.B.: GE mit CHF 4'145.--, BS mit CHF 4'142.--). Die Gesamtzunahme der Bruttoleistungen von CHF 130.8 Mio. im Jahre 2008 auf CHF 135.6 Mio. im Jahre 2009, was einer prozentualen Zunahme von 3.6% (2.7 % pro Person gemäss Kostenmonitoring des BAG) entspricht, liegt unter dem von der Regierung mit Verordnung vom 16. Dezember 2008 festgelegten Kostenziel von 5.5 % für das Jahr 2009. Mit 2.7 % pro Person liegt das Fürstentum Liechtenstein erfreulicherweise auch unter dem gemäss Kostenmonitoring des BAG gesamtschweizerischen mittleren Zuwachs von 3.1 %.

Die aktuellen Zahlen des Datenpools für den März 2010 ergeben eine Leistungssteigerung Januar – März 2010 im Vergleich zum Januar – März 2009 von nur gerade 2.0 %. Erfahrungsgemäss haben solche unterjährigen Zahlen wenig Aussagekraft für die Kostenentwicklung des Gesamtjahres.

Das Kostenwachstum in Liechtenstein steht generell im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Medizin (Verbesserungen in Diagnostik und Therapie) und den damit verbundenen besseren, jedoch kostenintensiveren Behandlungen zum einen und dem Wunsch der Bevölkerung, zum eigenen Wohl diese verbesserten Leistungen in Anspruch zu nehmen, zum anderen. Aber auch die wachsende Anzahl von Leistungserbringern, die demographische Veränderung der Bevölkerung (steigendes Durchschnittsalter der Bevölkerung) und anderes stellen kostentreibende Faktoren im Gesundheitswesen dar. Der Preis (Prämie zu-

züglich Kostenbeteiligung) für die Inanspruchnahme von Leistungen steht dabei in Liechtenstein in keinem unmittelbaren Verhältnis zu den tatsächlichen Kosten der Krankenversicherung. Dieser Umstand zwingt die Krankenversicherer nicht unbedingt zu einer effektiven Kostenkontrolle und Wirtschaftlichkeitsprüfung. Der Versicherte kauft sich sehr günstig ein praktisch uneingeschränktes, qualitativ hochwertiges Leistungsangebot, wobei der günstige Preis nicht so sehr auf wirtschaftliche Behandlung und Preiswettbewerb zurückzuführen ist, sondern mehr auf die hohe staatliche Subvention.

1.3.2 Kostenanalyse

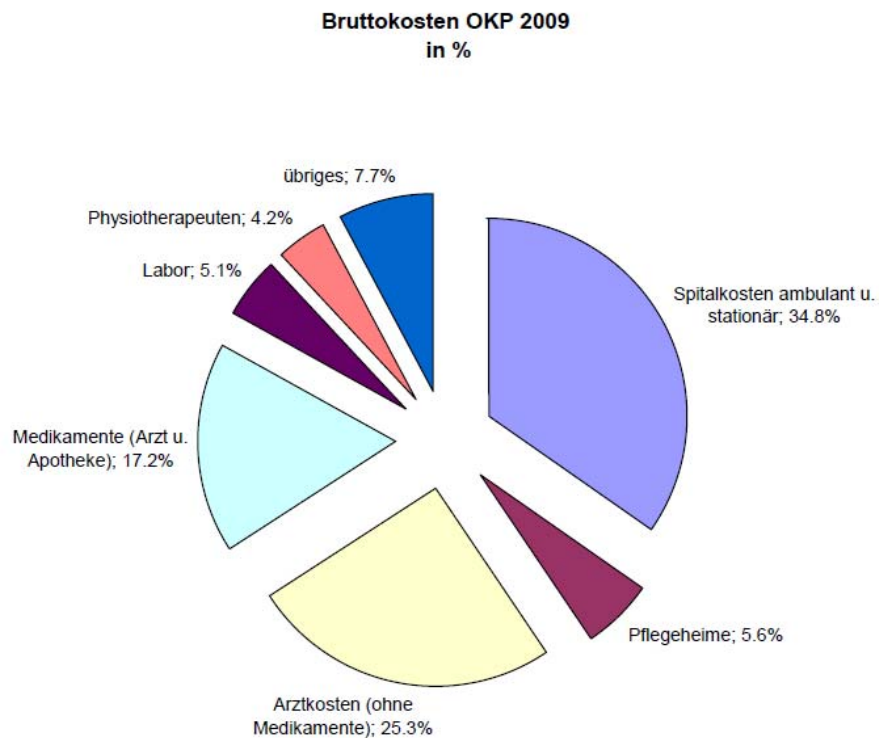
1.3.2.1 Allgemeines

Neben der Teuerung ist es hauptsächlich die stetig steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, welche die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung steigen lässt. Dieses Verhalten wird durch die relativ tiefe Einheitsprämie stark beeinflusst. Das Gesundheitswesen ist ein so genannter angebotsinduzierter Markt. Das bedeutet, dass ein neues Angebot an Gesundheitsdienstleistungen automatisch eine Nachfrage schafft, da die Versicherten bzw. Patienten von der neuen Leistung profitieren möchten.

Eine Aufteilung der Leistungen nach dem Ort der Erbringung zeigt, dass weiterhin ca. zwei Drittel der Leistungen im Inland erbracht werden. Die Kostensteigerungsrate der im Inland erbrachten Leistungen blieb gegenüber dem Vorjahr bei rund 4 % stabil. Nach einem extremen Rückgang der Kostensteigerungsrate bei den im Ausland erbrachten Leistungen auf 1.7 % im letzten Jahr, stieg diese wieder auf 2.9 % an. Da es sich im Ausland zu einem grossen Teil um Spitalleistungen handelt, ist dort auch der Hauptgrund für diese Entwicklung zu sehen.

1.3.2.2 Analyse der Bruttoleistungen 2009 nach Kostengruppen

Die Hauptkostenträger für das Jahr 2009 ergeben sich aus der nachstehenden Grafik. Mit einem Anteil von 34.8 % stellen die Spitalkosten (ambulant und stationär) mit einem Betrag von CHF 47.2 Mio. die grösste Kostengruppe dar. Die ambulanten Arztkosten (ohne Medikamente) folgen als zweitgrösste Kostengruppe (25.3 %, CHF 34.3 Mio.). Für Medikamente von Ärzten wurden CHF 19.0 Mio. verrechnet, also total CHF 53.3 Mio. für Arztleistungen.



Quelle: Behandlungsfallstatistik LKV 2009

Den grössten Teil der Leistungen pro versicherte Person machten die Spitalkosten aus, den zweitgrössten die ambulanten Arztkosten ohne Medikamente. Bei einer Aufteilung der Bruttoleistungen pro versicherte Person zeigt sich folgendes Bild:

Leistungen 2009

(in CHF)

	2008	2009	
	Leistungen pro Versicherte Person	Leistungen pro Versicherte Person	Differenz in %
Stationäre Spitalkosten	915	953	4.2%
Ambulante Spitalkosten	380	389	2.4%
Ambulante Arztkosten ohne Medikamente	945	965	2.1%
Medikamente Arzt	523	536	2.4%
Medikamente Apotheken	114	121	6.2%
Physiotherapeuten	177	172	-2.9%
Labor	198	196	-1.1%
Pflegeheime	179	214	17.5%
Spitex / Hauskrankenpflege / häusliche Pflege	45	46	1.0%
sonstiges	236	223	-5.2%
Total	3'716	3'815	2.7%

Quelle: Kostenmonitoring BAG (www.bag.admin.ch/kmt) Datenstand 10.05.2010

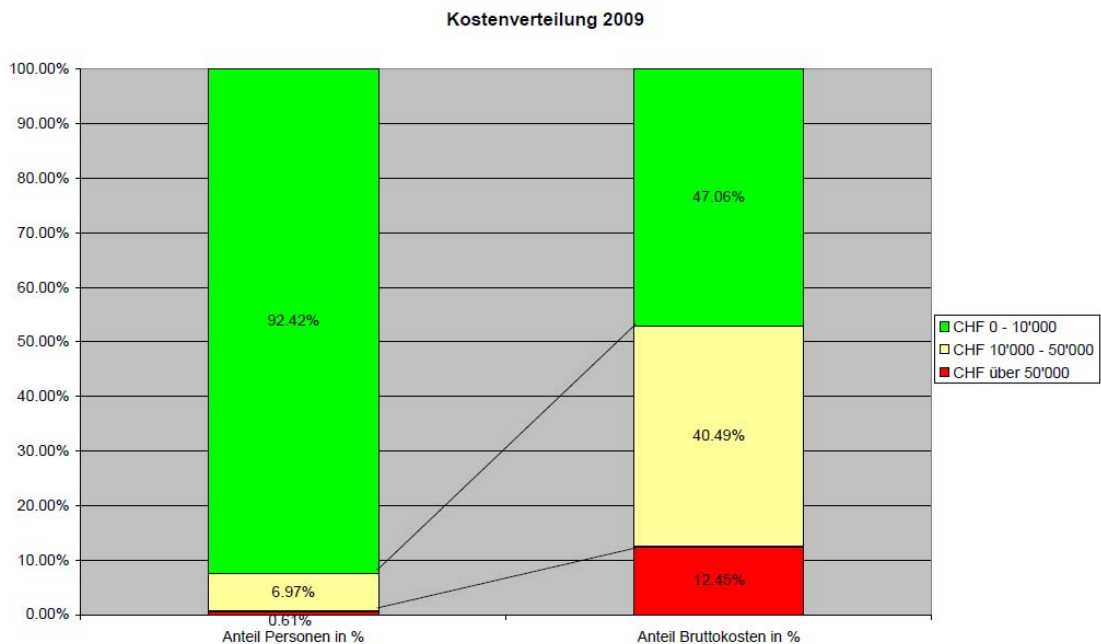
Eine Analyse der Kostengruppen mit den grössten Zuwächsen hat Folgendes ergeben:

- *Stationäre Spitalkosten:* Trotz der Abnahme der Spitaltage um 2 % sind die Kosten im Spital stark gestiegen. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass die Tarife in den Spitälern gestiegen sind. Zum Anderen lässt dies auch vermuten, dass mehr Fälle mit einer kürzeren Liegedauer behandelt wurden. Generell werden in den Spitalverträgen jeweils die Tarife für die Kantons- bzw. Landeseinwohner des Standortkantons bzw. Standortlandes übernommen.
- *Pflegeheime:* Die Tagespauschalen in den Pflegeheimen wurden für 2009 und 2010 zwischen dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband und der Liechtensteinischen Stiftung Alters- und Krankenhilfe um über 10 % angepasst. Zusammen mit der Mengenzunahme hat sich daher eine starke Erhöhung der Kosten ergeben.
- *Apotheken:* Gemäss Behandlungsfallstatistik des Liechtensteinischen Krankenkassenverbandes ist die Kostenzunahme vor allem im Inland zu beobachten.

ten. Die Leistungserbringer geben dazu an, dass sie mehr Rezepte von den Ärzten erhalten würden, oder dass vermehrt Personen nach einem Spitalaustritt Medikamente bei der Apotheke beziehen. Eine tiefere Analyse scheint ohne einen Tarifpool, der die einzelnen Leistungen bzw. abgegebenen Medikamente abbildet, nicht möglich.

Aufteilung der Bruttoleistungen 2009 nach Versicherten

Die Verteilung nach Versicherten zeigt, dass die Solidarität in der Krankenversicherung zwischen Kranken und Gesunden sehr stark in Anspruch genommen wird. Während ca. 92 - 93 % der Versicherten nicht einmal 50 % der Kosten auslösen, verursachen die teuersten rund 7 - 8 % der Versicherten über 50 % der Kosten.



Ein Vergleich mit dem Vorjahr zeigt, dass die Anzahl an Hochkostenfällen (Patienten mit Kosten von mehr als CHF 100'000.-- pro Jahr) wieder angestiegen ist (+11.5% Fälle / +7.3% Kosten).

Versicherte mit jährlichen Kosten von über CHF 100'000.--

	2006	2007	2008	2009	Differenz	Differenz in %
Anzahl	18	35	26	29	3	11.5%
Kosten in CHF	2'129'121	5'401'217	3'328'514	3'572'547	244'033	7.3%

Quelle: Daten der Krankenkassen zum Risikoausgleich

1.3.2.3 Gesamtrechnung der OKP

KOSTEN DER OKP

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
OKP Bruttokosten Krankenkassen ¹	102.7	109.5	115.5	126.6	130.8	135.6 Mio
Spitalfinanzierungskosten ausserhalb der Krankenkassenleistungen	16.9	16.5	16.3	17.0	19.9	19.2 Mio
Total Bruttokosten OKP	119.6	125.9	131.8	143.6	150.7	154.8 Mio
Verwaltungskosten der Krankenkassen	8.9	7.0	7.6	7.5	7.2	8.0 Mio
übriger Aufwand und Ertrag der Kassen ²	4.6	4.7	5.3	1.0	2.4	-2.9 Mio
Total Kosten OKP	133.1	137.7	144.7	152.1	160.3	159.9 Mio

FINANZIERUNG

Versicherte						
Prämienanteil ³	67.7	67.8	68.8	70.3	75.7	79.9 Mio
Kostenbeteiligungen ⁴	7.7	8.2	8.4	8.8	9.1	9.2 Mio
Total Versicherte	75.4	76.1	77.2	79.2	84.7	89.0 Mio
/, Prämienverbilligung	4.2	4.7	4.7	4.8	5.4	5.8 Mio
Total Versicherte Netto	71.3	71.4	72.5	74.4	79.3	83.3 Mio
in % der Totalfinanzierung	51.8%	50.2%	50.3%	50.0%	49.9%	49.8%

Staatsanteil						
Staatsbeiträge für Kinder, Jugendliche und Erwachsene	45.3	49.6	50.6	52.6	54.1	59.0 Mio
Staatsbeiträge Spitalfinanzierung	16.9	16.5	16.3	17.0	19.9	19.2 Mio
Prämienverbilligung	4.2	4.7	4.7	4.8	5.4	5.8 Mio
Total Staat	66.4	70.7	71.6	74.4	79.5	84.0 Mio
in % der Totalfinanzierung	48.2%	49.8%	49.7%	50.0%	50.1%	50.2%

Total Staat und Versicherte	137.6	142.1	144.1	148.7	158.8	167.3 Mio
-----------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-----------

Ergebnis der OKP	4.5	4.4	-0.6	-3.4	-1.5	7.4 Mio
------------------	-----	-----	------	------	------	---------

¹ vor Staatsbeiträgen

² Beispielsweise Aufwand für Rückstellungen und Reserven, Kapitalerträge, Abschreibungen auf Prämien etc.

³ Versicherte und Arbeitgeberbeiträge

⁴ Fester Betrag und Selbstbehalt

Quelle: Berichterstattung der Krankenkassen an das Amt für Gesundheit, Daten zur Prämienverbilligung und der Spitalfinanzierung, Amt für Gesundheit
die Zahlen für das Jahr 2009 sind vorläufig und noch nicht geprüft.

Aus der oben stehenden tabellarischen Übersicht ist ersichtlich, dass in den letzten Jahren eine kontinuierliche Kostensteigerung bei den Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Bereich von 3 % - 10 % zu verzeichnen war. Die verschiedenen Kostenarten werden dabei den Finanzierungsquellen gegenüber gestellt. Das Finanzierungsverhältnis zwischen Staat und Versicherten hat sich bei ungefähr 50/50 eingependelt. Besonders zu erwähnen gilt, dass die Krankenkassen im Jahr 2009 das erste Mal seit 2005 wieder ein positives Jahresergebnis in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erwirtschaften konnten.

2. ERWÄGUNGEN ZUR KÜNFTIGEN FESTLEGUNG DES STAATSBEITRAGES GEMÄSS ART. 24A ABS. 2 KVG

2.1 Festlegung des Staatsbeitrages

Die Regierung legt gemäss Art. 24a Abs. 2 KVG den Staatsbeitrag an die Krankenversicherung fest. Sie hat dabei die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die Finanzlage des Landes pro Bemessungsjahr zu berücksichtigen. Weiters ist für die Festlegung des Staatsbeitrages die allgemeine Teuerung und deren erwartete Entwicklung massgebend.

Ausgehend von der durchschnittlichen Kostenentwicklung der Jahre 2000 - 2009 (Wachstumsrate +6.1 % pro Jahr) sowie einer Prognose für das Jahr 2010 von 5 % - 7 % erscheint eine Erhöhung des Staatsbeitrages in diesem Jahr nicht notwendig. Dies hat mehrere Gründe. Ein Grund ist der, dass der Staatsbeitrag sich in den letzten Jahren nach einer prognostizierten Kostenentwicklung von rund 7 % richtete, während die tatsächliche Kostenentwicklung in den letzten Jahren deutlich unter dieser Prognose liegt. Dies belastete die Landesrechnung zu Gunsten der Versicherten. Des Weiteren konnten die Krankenkassen ein sehr gutes

Ergebnis für das Jahr 2009 verbuchen (CHF +7.4 Mio.). Dies dürfte den Krankenkassen für die Prämienfestsetzung 2011 einigen Spielraum geben.

Da im letzten Jahr nach dem Beschluss zu den Staatsbeiträgen an die obligatorische Krankenpflegeversicherung ein Pflegegeld beschlossen wurde, welches die obligatorische Krankenpflegeversicherung um rund CHF 1.7 Mio. entlastet (Bericht und Antrag 162/2008 und 45/2009), kann der Staatsbeitrag um diese Summe und in Anbetracht der oben ausgeführten Kostenentwicklung und des guten Ergebnisses der Krankenkassen auf rund CHF 54 Mio. gesenkt werden.

Aus gesundheitspolitischer Sicht stellt sich nun die Frage, wer die auch zukünftig steigenden Kosten in der OKP finanzieren soll. Es wurde in diesem Bericht und Antrag bereits erwähnt, dass sich die Krankenversicherung über die Prämienbeiträge und Kostenbeteiligungen der Versicherten (bzw. der Arbeitgeber) einerseits sowie über staatliche Subventionen andererseits finanziert. Es kommen folglich nur die Versicherten (bzw. die Arbeitgeber) oder der Staat als Finanzgeber in Frage. Nachdem der Staatsbeitrag in den letzten Jahren laufend erhöht wurde, gilt es die Finanzierung grundsätzlich zu überdenken. So nennt auch die von der Regierung in Auftrag gegebene Generationenbilanz die Krankenversicherung als Bereich mit einer Nachhaltigkeitslücke. Die in der Maisitzung des Landtages vorgestellte Gesamtschau Gesundheitswesen zeigt diesbezügliche ein grosses Paket von Massnahmen auf, das es nun umzusetzen gilt.

Die Auswirkungen der Festschreibung des Staatsbeitrages an die Kosten der OKP der übrigen Versicherten auf CHF 54 Mio. auf die Prämiengestaltung der Krankenversicherer kann aufgrund der Erfahrungen der Vergangenheit per dato nur sehr schwer abgeschätzt werden. Auch die Krankenkassen können dazu heute noch keine Prognose abgeben. Dies hängt unter anderem davon ab, wie hoch die Kostensteigerung im Jahr 2010 effektiv ist. Die endgültige Ausgestaltung der Durchschnittsprämie für das Jahr 2011 wird von den Krankenkassen im Herbst

2010 berechnet und beim Amt für Gesundheit zur Prüfung bzw. Genehmigung eingereicht und ist nicht nur von der effektiven Kostenentwicklung, sondern auch von der Bildung von Rückstellungen, von der Bildung bzw. von Auflösung von Reserven sowie von der effektiven Höhe der Verwaltungskosten abhängig.

2.2 Weiterführende Überlegungen

Da die Erstellung des gegenständlichen Berichtes zeitlich vor der Behandlung des Berichtes Nr.51/2010 betreffend die Gesamtschau und Weiterentwicklung des Liechtensteinischen Gesundheitswesens durch den Landtag erfolgen muss, kann auf die Diskussion und die vom Landtag gegebenenfalls unterstützten Massnahmen im Rahmen dieses Berichtes nicht eingegangen werden. Im Bericht 51/2010 wurden umfassende Massnahmen vorgestellt. Deshalb soll hier nur noch auf zwei Aspekte eingegangen werden.

Wie im Bericht und Antrag auf S.16 dargestellt, stiegen die Bruttokosten in der OKP im Zeitraum 2004 - 2009 von CHF 102.7 Mio. auf CHF 135.6 Mio., was einem Zuwachs von CHF 32.9 Mio. (+32.0 %) bzw. jährlich durchschnittlich CHF 6.6 Mio. (Wachstumsrate + 5.7 %) entspricht.

Proportional dazu stieg der Staatsbeitrag in diesem Zeitraum von CHF 45.3 Mio. auf CHF 59.0 Mio., entsprechend einer Zunahme von 13.7 Mio. CHF (+30.3 %), bzw. einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 5.4 %, während die Durchschnittsprämie (S. 9) im gleichen Zeitraum (2004 – 2009) um jährlich durchschnittlich 2.5 % gewachsen ist.

Der Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten wirkt dabei einerseits als Rückversicherung von Hochrisikofällen, andererseits jedoch auch in starkem Mass als generelle Prämienreduktion für alle Versicherten.

Anlässlich der Revision des KVG im Jahre 2003 wurde die Art der Bemessung der Staatsbeiträge für die Krankenkasse, d.h. die Finanzierung von Grossrisiken, beibehalten. Es sollte hingegen nicht mehr im Gesetz selber festgelegt werden, dass die Staatsbeiträge einem festen Prozentsatz der Gesamtkosten der Krankenpflege entsprechen müssen. Die Bemessung des jährlichen Beitrages sollte durch den Landtag erfolgen. Damit wurde der bis dahin geltende Grundsatz, dass der Staatsbeitrag an die Krankenversicherung immer proportional zur Steigerung der Kosten in der OKP wachsen müsse, nicht mehr gesetzlich garantiert. Der Staatsbeitrag soll sich grundsätzlich an den finanziellen Möglichkeiten des Landes orientieren.

Der Landtag verfügt damit über ein Instrument zur Steuerung des Staatsbeitrages. In Hinblick auf die Notwendigkeit der Sanierung des Staatshaushaltes ist festzuhalten, dass für Anpassungen des Staatsbeitrages keine neuen gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden müssen. Bei wesentlichen Reduktionen des Staatsbeitrages ist jedoch das Prämienverbilligungsmodell anzupassen und eine Gesetzesanpassung vorzunehmen.

Die KVG-Revision im Jahre 2003 wurde hauptsächlich unter dem Aspekt der Kostenkontrolle und Kosteneindämmung vorgenommen. Die Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern über die Bedarfsplanung wurde als Massnahmen zur Steuerung der Kosten aufgenommen. Die Bedarfsplanung ist das einzig zur Verfügung stehende Steuerungsinstrument, um die Zahl der Leistungserbringer in der OKP zu kontrollieren und zu begrenzen. Zur Zeit besteht eine Bedarfsplanung bei der grössten Gruppe der Leistungserbringer, bei den Ärzten im ambulanten Bereich, und den Psychotherapeuten. Die Regierung ist der Ansicht, dass diese Bedarfsplanung konsequent umgesetzt werden muss. Laut Kosten- und Qualitätskommission nimmt der Anteil der Leistungserbringer ohne OKP-Vertrag an den OKP-Bruttokosten deutlich zu. Mit der Überarbeitung des Über-

weisungsformulars nach Art.4a KVV, mittels dessen Versicherte an nicht zur OKP zugelassene Leistungserbringer zugewiesen werden können, konnte kürzlich eine Lücke geschlossen werden, die Bedarfsplanung zu umgehen. Alle Leistungserbringer, deren Leistungen aus OKP-Mitteln honoriert werden, sollen sich im Grundsatz an die gleichen Rahmenbedingungen (OS-Vereinbarung, Abrechnungsmodus, WZW-Verfahren) halten müssen. Damit dies erreicht werden kann, sind, wie im Bericht und Antrag 51/2010 ausgeführt wird, weitere Massnahmen notwendig.

II. ANTRAG DER REGIERUNG

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen unterbreitet die Regierung dem Landtag den

Antrag,

der Hohe Landtag wolle den Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Bemessungsjahr 2011 gemäss Art. 24a Abs. 2 KVG auf CHF 54 Mio. festlegen.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Landtagspräsident, sehr geehrte Frauen und Herren Abgeordnete, den Ausdruck der vorzüglichen Hochachtung.

**REGIERUNG DES
FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN**