



Aufsichtsdaten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) im Fürstentum Liechtenstein

2018

Nr.			1	2	3	
Name der Kasse			CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG	FKB – Die liechtensteinische Gesundheitskasse	SWICA Krankenversicherung AG	Total
Versichertenbestand per 31.12.	Anzahl Personen	1	27'244	9'279	3'348	39'871
Einnahmen Total	CHF	2	118'016'672	37'817'826	9'574'513	165'409'010
Ausgaben Total	CHF	3	112'614'426	37'653'298	8'837'439	159'105'163
Prämien	CHF	4	92'532'718	29'060'968	8'001'577	129'595'264
Staatsbeiträge	CHF	5	25'647'825	8'879'089	1'575'154	36'102'068
Nettoleistungen	CHF	6	107'533'146	35'785'628	5'000'936	148'319'710
Kostenbeteiligung	CHF	7	14'045'616	4'438'306	1'444'881	19'928'803
Bruttoleistungen	CHF	8	121'578'762	40'223'934	6'445'818	168'248'513
Risikoausgleich	CHF	9	921'736	1'394'812	-3'143'875	-827'327
Betriebsaufwand	CHF	10	7'288'916	1'900'812	513'563	9'703'291
Gesamtergebnis	CHF	11	-5'652'902	149'797	517'747	-4'985'358
Stand der Rückstellungen	CHF	12	29'729'277	18'100'700	1'008'124	48'838'101
Stand der Reserven	CHF	13	57'823'837	12'380'741	1'113'268	71'317'846
Prämien je versicherte Person	CHF	4a	3'396	3'132	2'390	3'250
Staatsbeiträge je versicherte Person	CHF	5a	941	957	470	905
Nettoleistungen je versicherte Person	CHF	6a	3'947	3'857	1'494	3'720
Kostenbeteiligung je versicherte Person	CHF	7a	516	478	432	500
Bruttoleistungen je versicherte Person	CHF	8a	4'463	4'335	1'925	4'220
Risikoausgleich je versicherte Person	CHF	9a	34	150	-939	-21
Betriebsaufwand je versicherte Person	CHF	10a	268	205	153	243
Gesamtergebnis je versicherte Person	CHF	11a	-207	16	155	-125
Stand der Rückstellungen je versicherte Person	CHF	12a	1'091	1'951	301	1'225
Stand der Reserven je versicherte Person	CHF	13a	2'122	1'334	333	1'789
Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %	%	14	116.2%	123.1%	62.5%	114.4%
Risikoausgleich in % der Einnahmen	%	9b	0.8%	3.7%	-32.8%	-0.5%
Betriebsaufwand in % der Ausgaben	%	10b	6.5%	5.0%	5.8%	6.1%

Quelle: Amt für Gesundheit, Aufsichtsdaten

Stand:

Mai 19

**1) Versichertenbestand**

Anzahl Versicherte in der OKP zum 31.12. des Jahres (Erwachsene, Jugendliche und Kinder)

**2) Einnahmen Total (in CHF)**

Prämiensoll, Staatsbeiträge, Erlösminderungen sowie sonstige Betriebserträge, ohne Kapital- und Liegenschaftserträge.

**3) Ausgaben Total (in CHF)**

Ausgaben = Total Versicherungs- und Betriebsaufwand.

**4) Prämien in CHF ; 4a) Prämien je versicherte Person in CHF**

Prämiensoll = Prämiensumme gemäss den genehmigten Prämientarifen.

**5) Staatsbeiträge in CHF ; 5a) Staatsbeiträge je versicherte Person in CHF**

Staatsbeiträge an Kinder und an Erwachsene gemäss Art. 24a KVG

Abgrenzung gemäss Jahresrechnungen der Kassen.

**6) Nettoleistungen der Kassen in CHF ; 6a) Nettoleistungen je versicherte Person in CHF**

Nettoleistungen = Bezahlte Leistungen der Versicherer an die Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Apotheken, usw.)  
nach Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten (Fester Betrag, Selbstbehalt).

**7) Kostenbeteiligung der Versicherten in CHF ; 7a) Kostenbeteiligung je versicherte Person in CHF**

Kostenbeteiligung der Versicherten: fester Betrag / Selbstbehalt.

Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

**8) Bruttoleistungen der Kassen in CHF; 8a) Bruttoleistungen je versicherte Person in CHF**

Bruttoleistungen = Leistungen der Kassen an die Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Apotheken, usw.)

**mit** Kostenbeteiligung der Versicherten (fester Betrag / Selbstbehalt).

**9) Risikoausgleich in CHF ; 9a) Risikoausgleich je versicherte Person in CHF ; 9b) Risikoausgleich in % der Einnahmen**

Über den Risikoausgleich erhalten Versicherer mit überdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Frauen, ältere Personen) Beiträge, welche von den Versicherern mit unterdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Männer, jüngere Personen) finanziert werden.

Eine positive Prozentzahl bedeutet, dass der Versicherer in den Risikoausgleich einzahlen muss, ein negativer Wert steht bei Versicherern, welche aus dem Risikoausgleich Mittel beziehen können.

Abweichung zwischen Abgrenzung gemäss Jahresrechnungen der Kassen und definitivem Risikoausgleich des Jahres möglich.

**10) Betriebsaufwand in CHF; 10a) Betriebsaufwand je versicherte Person in CHF; 10b) Betriebsaufwand in % der Ausgaben**

Personalaufwand inkl. Sozialleistungen, Verwaltungsräumlichkeiten und Betriebseinrichtungen, EDV-Kosten, Versicherungsprämien (Mobiliar, Haftpflicht usw.), Werbung sowie Abschreibungen. Ausgaben = Total des Versicherungs- und Betriebsaufwands.

**11) Gesamtergebnis in CHF, 11a) Gesamtergebnis je versicherte Person in CHF**

Das Gesamtbetriebsergebnis entspricht dem Saldo der Einnahmen (Total des Gesamtertrags) und der Ausgaben (Total des Versicherungs- und Betriebsaufwands). Ausserdem wird der Saldo des neutralen Aufwands/Ertrags (Liegenschafts- und Finanzergebnis) anteilig für die OKP berücksichtigt.

**12) Rückstellungen in CHF; 12a) Rückstellungen je versicherte Person in CHF**

Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle, welche am Ende des Jahres für diejenigen Leistungen gebildet werden müssen, welche von den Versicherten bereits in Anspruch genommen worden sind, für die sie aber noch keine Rechnungen erhalten haben. Es handelt sich hierbei um geschuldete Leistungen, welche die Versicherer im folgenden Jahr noch zu erbringen haben; sie stellen somit keine Reserven dar.

**13) Reserven in CHF ; 13a) Reserven je versicherte Person in CHF - nur obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP**

Sicherheits- und Schwankungsreserven = Mittel, die der Kasse zur Sicherstellung der finanziellen Lage und zum Ausgleich von Kostenschwankungen dienen.

**14) Verhältnis Nettoleistungen / Prämien (in %)**

Berechnung: Position 6) / Position 4) in %

**Quelle: Formulare B, E und S zur jährlichen Berichterstattung der Kassen an das Amt für Gesundheit**

<b>1</b>	S-Formular, S. 4, 2.	<b>9</b>	B-Formular, S. 5, Konto 37
<b>2</b>	E-Formular, S. 3 u. 4 Konten 60, 64-66 und 69; B-Formular S. 5 Staatsbeiträge Konto 67	<b>9a</b>	[ 9 ] / [ 1 ]
<b>3</b>	E-Formular, Kontengruppen 3 und 4	<b>9b</b>	[ 9 ] / [ 2 ]
<b>4</b>	B-Formular, S. 5 Konto 600	<b>10</b>	E-Formular, S. 3 u. 4 Kontogruppe 4
<b>4a</b>	[ 4 ] / [ 1 ]	<b>10a</b>	[ 10 ] / [ 1 ]
<b>5</b>	E-Formular, S. 3 u. 4 Kontengruppen 3 und 4	<b>10b</b>	[ 10 ] / [ 3 ]
<b>5a</b>	[ 5 ] / [ 1 ]	<b>11</b>	E-Formular, S. 3 u. 4 Kontogruppe 6-3-4+7
<b>6</b>	E-Formular, S. 3 u. 4 Konten 30-33	<b>11a</b>	[ 11 ] / [ 1 ]
<b>6a</b>	[ 6 ] / [ 1 ]	<b>12</b>	B-Formular, S. 4 Konto 270
<b>7</b>	E-Formular, S. 3 u. 4 Konto 302	<b>12a</b>	[ 12 ] / [ 1 ]
<b>7a</b>	[ 7 ] / [ 1 ]	<b>13</b>	B-Formular, S. 4 Konto 280
<b>8</b>	E-Formular, S. 3 u. 4 Konto 300	<b>13a</b>	[ 13 ] / [ 1 ]
<b>8a</b>	[ 8 ] / [ 1 ]	<b>14</b>	[ 6 ] / [ 4 ]

Datenstand: Mai 2019

Aufsichtsdaten OKP gemäss jährliche Berichterstattung der Kassen an das Amt für Gesundheit  
siehe auch Krankenkassenstatistik 2018, Amt für Statistik