

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 2024

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

Nr. 38/2023

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung	4
Zuständiges Ministerium.....	4
Betroffene Amtsstelle	4
I. BERICHT DER REGIERUNG	5
1. Rechtsgrundlage für die Ermittlung des Staatsbeitrages an die übrigen Versicherten.....	5
2. Entwicklung von Schlüsselkennzahlen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).....	6
2.1 Einführung	6
2.2 Finanzierung	6
2.2.1 Staatliche Finanzierung	7
2.2.2 Finanzierung durch die Versicherten	11
2.2.3 Finanzierung durch die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber	13
2.3 Kostenentwicklung und Kostenanalyse	14
2.3.1 Kostenentwicklung.....	14
2.3.2 Kostenvergleich mit der Schweiz	17
2.3.3 Kostenanalyse	19
3. Erwägungen zur Festlegung des Staatsbeitrages für das Jahr 2024	30
3.1 Rechtliche Grundlagen	30
3.2 Verteilung der Kosten auf die Grund- und die Hochkostenversicherung.....	31
3.3 Vorschlag zur Festsetzung des Staatsbeitrages 2024	32
3.4 Auswirkungen auf Prämie, Arbeitgeberbeitrag und Prämienverbilligung	32
II. ANTRAG DER REGIERUNG	33

ZUSAMMENFASSUNG

Der Beitrag des Staates an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die übrigen Versicherten („Staatsbeitrag“) wird gemäss Art. 24a Abs. 2 KVG vom Landtag pro Bemessungsjahr jeweils bis spätestens im Juni des Vorjahres auf Antrag der Regierung festgelegt.

Seit dem Bemessungsjahr 2017 ist der Staatsbeitrag nur in der Hochkostenversicherung zu leisten, das heisst für die Jahreskosten eines Versicherten, welche die Hochkostengrenze von CHF 5'000 übersteigen. Der Prozentsatz der Kostenübernahme wird so ermittelt, dass der gesamte vom Landtag genehmigte Beitrag ausgeschöpft wird.

Die Regierung beantragt unter Darlegung aller entscheidungsrelevanten Sachverhalte, den Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Bemessungsjahr 2024 gegenüber dem Vorjahr unverändert auf CHF 33 Mio. festzulegen. Basierend auf den von den Kassen eingereichten Daten des Jahres 2022 ergibt sich, dass damit rund 30.7% der über CHF 5'000 liegenden Kosten abgedeckt würden.

Der vom Staat finanzierte Beitrag bleibt gegenüber dem Vorjahr unverändert und hat somit keinen relevanten Einfluss auf die Prämie, den Arbeitgeberbeitrag und die Prämienverbilligung für einkommensschwache Versicherte.

Zusätzlich zu den CHF 33 Mio. leistet der Staat einen Beitrag von 90% der Kosten der Kinder in Höhe von CHF 8.7 Mio. im Jahr 2022 (Art. 24a Abs. 1 KVG). Ausserdem übernimmt er ab dem Jahr 2023 die Kosten der Befreiung der Rentner vom festen Betrag der Kostenbeteiligung, budgetiert mit CHF 3.4 Mio. (Art. 23 Abs. 2b KVG).

ZUSTÄNDIGES MINISTERIUM

Ministerium für Gesellschaft und Kultur

BETROFFENE AMTSSTELLE

Amt für Gesundheit

Vaduz, 3. April 2023

LNR 2023-542

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 2024 zu unterbreiten.

I. BERICHT DER REGIERUNG

1. RECHTSGRUNDLAGE FÜR DIE ERMITTLUNG DES STAATSBEITRAGES AN DIE ÜBRIGEN VERSICHERTEN

Für die Ermittlung des Staatsbeitrages an die übrigen Versicherten (Art. 24a Abs. 2 KVG i.d.F. LGBl. 2016 Nr. 2) erfolgt seit dem Bemessungsjahr 2017 eine Trennung der Kosten in solche der Grund- und der Hochkostenversicherung. Der Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten ist nur in der Hochkostenversicherung zu leisten, das heisst für Kosten eines Versicherten, welche die Hochkostengrenze von CHF 5'000 überschreiten. Der Staatsbeitrag wird vom Landtag als Frankenbetrag festgelegt. Der Prozentsatz der Kostenübernahme ermittelt sich rechnerisch in der Weise, dass der gesamte vom Landtag gesprochene Betrag ausgeschöpft werden muss.

2. ENTWICKLUNG VON SCHLÜSSELKENNZAHLEN IN DER OBLIGATORISCHEN KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (OKP)

2.1 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.

2.2 Finanzierung

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

2.2.1 Staatliche Finanzierung

Der Staat beteiligt sich an den Kosten der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens insbesondere durch folgende Instrumente:

- 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;
- Übernahme von 90% der Kosten für die Behandlung der Kinder.
- Übernahme des Einnahmefalles aufgrund der Befreiung von Rentnerinnen und Rentnern vom festen Betrag im Rahmen der Kostenbeteiligung (ab 2023).

Damit haben zwei Subventionsinstrumente prämienvverbilligende Wirkung für alle Versicherten. Zwei weitere begünstigen selektiv bestimmte Personengruppen (Kinder, Personen im Rentenalter). Nur ein Instrument berücksichtigt die Einkommenssituation der Versicherten direkt (Prämienverbilligung). Da die Subventionen jedoch aus Steuereinnahmen bezahlt werden, welche bei Privatpersonen einer einkommensabhängigen Progression unterliegen, tragen zur Finanzierung des Gesundheitswesens die höheren Einkommen mehr bei als tiefere Einkommen. Indirekt besteht dadurch ein zusätzliches Element einer einkommensabhängigen Prämie.

Die nachfolgende Grafik (Abbildung 1 auf Seite 8) gibt einen Überblick über die Finanzströme und die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Jahr 2022.

Geldflüsse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2022

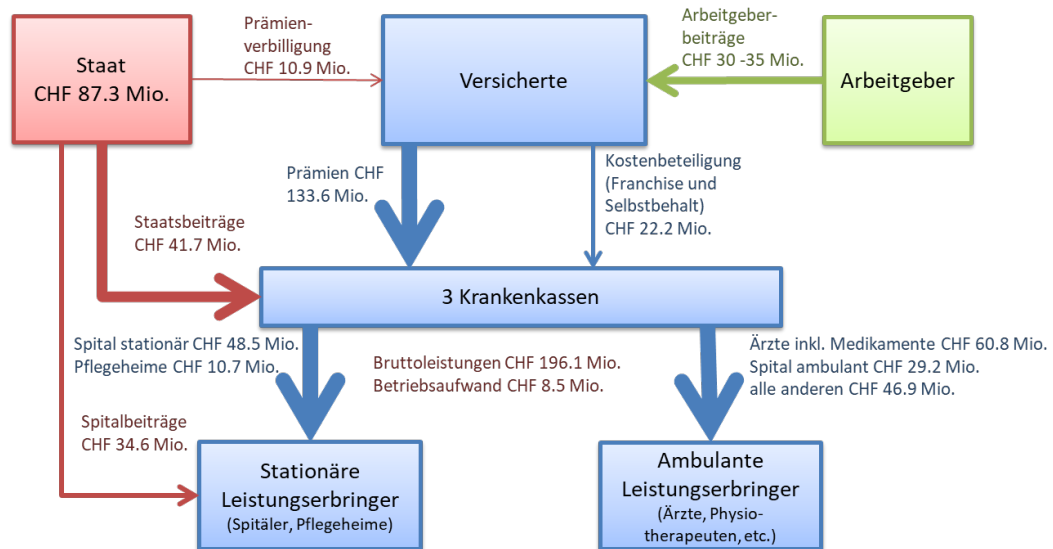


Abbildung 1: Geldflüsse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2022

Quelle: Staatsbeitragsdaten der Kassen, Landesrechnung, LKV-Datenpool¹

Bei Aufwendungen für Leistungen von CHF 230.7 Mio. (Bruttoleistungen gemäss LKV-Datenpool zuzüglich staatliche Beiträge an Spitäler) beteiligte sich der Staat 2022 mit CHF 87.3 Mio.² (Staatsbeiträge an Kassen und Spitäler, Prämienverbilligung), also mit rund 38% an der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung in Liechtenstein.

Die direkten Staatsbeiträge an die Krankenversicherung in Mio. CHF stellen sich aus Sicht der Landesrechnung pro Jahr von 2020 bis 2023 wie folgt dar:

¹ Die in der Abbildung 1 ausgewiesenen Ausgaben und Einnahmen sind in der Summe nicht deckungsgleich. Zum einen sind nicht alle Aufwand- und Ertragspositionen dargestellt, es fehlen insbesondere die Veränderungen der Rückstellungen und Reserven. Zum anderen spielen auch die unterschiedlichen Abgrenzungszeitpunkte der verschiedenen Datenquellen eine Rolle. Eine vollständige Darstellung der Mittelherkunft und -verwendung, basierend auf den Jahresabschlüssen der Kassen, findet sich jeweils in der Krankenkassenstatistik (vgl. Krankenversicherer 2021, S. 9; 2022 noch nicht vorliegend.)

² Die in Abbildung 1 angegebenen Beträge sind jeweils in CHF genau gerechnet und anschliessend auf Mio. CHF gerundet. Addiert man einzelne Teilbeträgen in Mio. CHF gemäss der Grafik, kann es Abweichungen im Kommastellenbereich zu den in der Grafik ausgewiesenen Summen (z.B. Staat) geben.

	2020	2021	2022	2023*
Kinder	7.1	6.5	8.7	8.0
Erwachsene	33.0	33.0	33.0	33.0
Personen im Rentenalter				3.4
Total	40.1	39.5	41.7	44.4

Tabelle 1: Staatsbeiträge an die Krankenkassen 2020 – 2023

*Budget 2023.

Der Staatsbeitrag an die Kosten der Kinder richtet sich nach den effektiv angefallenen Kosten. Dieser ist somit direkt an die Kostenentwicklung gekoppelt und hat keine Verbindung zu dem durch den Landtag festgelegten Staatsbeitrag an die Kosten der übrigen (=erwachsenen) Versicherten. Der Staatsbeitrag für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr, die generell prämien- und kostenbeteiligungsbefreit sind, basiert auf familienpolitischen Zielen und bewirkt eine Subventionierung der Versicherten mit Kindern von rund CHF 8.7 Mio. pro Jahr (2022). In den Kosten der Kinder waren im Jahr 2022 ungewöhnlich viele Hochkostenfälle enthalten, was die im Vergleich zu den Vorjahren hohen Aufwendungen erklärt. Die Angaben für 2023 sind Budgetwerte. Exakt bekannt ist der Betrag erst, wenn die definitiven Kosten des Jahres 2023 für die Kinder vorliegen.

Ab 2023 richtet der Staat ausserdem einen Staatsbeitrag für Rentnerinnen und Rentner aus. Dieser ergibt sich aus der Annahme des Initiativbegehrens zur Befreiung von der Kostenbeteiligung (Franchise) für Versicherte, die das ordentliche Rentenalter erreicht haben, mittels Volksabstimmung vom 26. Juni 2022.³ Der daraus resultierende Einnahmefehl, der vom Staat zu tragen ist, wurde mit CHF 3.4 Mio. budgetiert. Auch hier müssen zunächst die definitiven Kosten des Jahres 2023 vorliegen, bevor der Betrag exakt bekannt ist.

Jugendliche bezahlen vom vollendeten 16. bis zum vollendeten 20. Lebensjahr nur die halbe Prämie und keine Kostenbeteiligung. Seit 2017 bis und mit 2022 hatten

³ Details vgl. BuA Nr. 48/2022 und 68/2022.

Personen im Rentenalter den vollen festen Betrag von CHF 500 sowie den halben prozentualen Selbstbehalt zu entrichten (10% bis maximal CHF 450 statt 20% bis maximal CHF 900).

Errechnet man auf Basis der detaillierten Staatsbeitragsdaten für 2022 die Soll-Prämien bzw. Kostenbeteiligungen dieser beiden Personengruppen, so werden sie von der Versichertengemeinschaft durch Solidaritätsleistungen in Form von Prämienzahlungen im Umfang von CHF 3.4 Mio. (2021 CHF 3.4 Mio.) und von Kostenbeteiligungen im Umfang von zusätzlichen CHF 4.2 Mio. (2021 CHF 4.0 Mio.) entlastet.

Ab dem 1.1.2023 müssen Rentnerinnen und Rentner, wie weiter oben erwähnt, keinen festen Betrag im Rahmen der Kostenbeteiligung mehr entrichten. Auf die darüber hinaus gehenden Kosten bis zum Erreichen der Hochkostengrenze wird der halbe Selbstbehalt fällig, das sind 10% bis maximal CHF 500. Daraus resultiert ab dem Jahr 2023 eine weitere Entlastung dieser Personengruppe, im Umfang von voraussichtlich rund CHF 3.4 Mio. (Budget 2023).

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 2020 in Folge der vorgenommenen Gesetzesanpassung zur Verbesserung der Situation einkommensschwacher Personen deutlich erhöhte.⁴ Die ausbezahlte Prämienverbilligung belief sich im 2022 auf CHF 10.9 Mio. Der Beitrag wurde an 4'907 (2021: 4'876) Bezüger ausbezahlt, so dass sich ein Betrag von

⁴ Vgl. Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 7. November 2019, LGBl. 2019 Nr. 361.

durchschnittlich CHF 2'213 (2021: 2'253) pro Bezüger ergibt.⁵ Im Vergleich zum Vorjahr gibt es um +0.6% mehr Bezüger. Der durchschnittliche Förderbetrag pro Bezüger ist gegenüber dem Vorjahr schwach tiefer ausgefallen (-1.8%).

2.2.2 Finanzierung durch die Versicherten

Die Versicherten und Arbeitgebenden haben im Jahr 2022 über Prämienzahlungen rund CHF 133.6 Mio. und über Kostenbeteiligungen rund CHF 22.2 Mio. an die Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beigetragen. Davon sind noch CHF 10.9 Mio. für Prämienverbilligung abzuziehen. Gäbe es in Liechtenstein keinen Staatsbeitrag (inkl. Spitalfinanzierung) an die Kosten der erwachsenen Versicherten, dem die Wirkung einer generellen Prämienverbilligung zukommt, so hätte die Versichertengemeinschaft im Jahr 2022 im Durchschnitt eine Monatsprämie von CHF 467 statt CHF 301 zahlen müssen, das wären CHF 166 mehr pro Monat beziehungsweise CHF 1'996 pro Jahr.⁶ Gäbe es auch die 90%-Subvention der Kosten der Kinder nicht, und müssten diese von den erwachsenen Versicherten übernommen werden, so wären insgesamt durch die Prämienzahler durchschnittlich CHF 188 pro Monat oder CHF 2'253 pro Jahr⁷ mehr zu bezahlen.

Infolge der Erhöhung der gesetzlichen Kostenbeteiligung per 1. Januar 2017 sank die Durchschnittsprämie für die Versicherten von 2016 auf 2017 um 8.8%. In den darauffolgenden drei Jahren ging sie wegen der steigenden Anzahl von Versicherten mit höherer Franchise bei gleichzeitig günstiger Kostenentwicklung weiter zurück. Nach einem einmaligen Anstieg um +1.7% im Jahr 2021 sank sie im 2022 um -1.0%. Im 2023 ist ein Anstieg um +4% zu verzeichnen (Tabelle 2).

⁵ Angaben des Amtes für Soziale Dienste für 2022; die Angaben in der Grafik weiter oben (Abbildung 1) beziehen sich auf die ausbezahlten Beträge gemäss Landesrechnung. Eine allfällige Differenz ist auf eine unterschiedliche Periodenabgrenzung zurück zu führen.

⁶ Die Monatsbeträge sind mit mehreren Kommastellen gerechnet, daher sind Rundungsdifferenz beim Jahreswert möglich.

⁷ Siehe vorangegangene Fussnote.

Jahr	gewichtete Durchschnittsprämie der Erwachsenen (ohne Unfall) in CHF (gerundet)	Gewichtete Veränderung
2019	308	-1.0%
2020	299	-2.9%
2021	304	+1.7%
2022	301	-1.0%
2023	313	+4.0%

Tabelle 2: Entwicklung der Prämie 2019 - 2023⁸

In der Periode 2017 – 2022 betrug die Wachstumsrate der Prämienerelöse der Kassen im Mittel 0.8% pro Jahr. Die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind zur gleichen Zeit um durchschnittlich 2.6% pro Jahr gewachsen. Der Staatsbeitrag für die Erwachsenen lag in diesem Beobachtungszeitraum bei einem Ausgangswert von CHF 33 Mio. (2015, 2016, 2017). Vorausgegangen war eine Phase der stufenweisen Senkung aufgrund der Massnahmen, welche zur Sanierung des Staatshaushalts ergriffen wurden, ausgehend von einem Maximalwert von CHF 57 Mio. für 2010 auf CHF 42 Mio. im Jahr 2014. In Verbindung mit der Anhebung des Beitrages an das Landesspital von zuvor 23% auf neu 55% der Kosten stationärer Aufenthalte wurde er für 2018 und 2019 auf CHF 29 Mio. reduziert. Für 2020 und die Folgejahre wurde er vom Landtag wiederum auf CHF 33 Mio. angehoben.

Insgesamt war der Beitrag der Kostenbeteiligung zur Finanzierung des Kostenwachstums stets untergeordnet. Die Einnahmen aus der Kostenbeteiligung stiegen in der Vergangenheit auch regelmässig schwächer als die Prämien und es kam so auch absolut zu keinem grösseren Zuwachs.

⁸ Die Durchschnittsberechnung erfolgt gemäss den Vorgaben zur Berechnung des Arbeitgeberbeitrags. Diese änderten sich ab dem Jahr 2017 insofern, als dass seither auch die Prämien mit freiwillig höherer Kostenbeteiligung einzubeziehen sind (Art. 79 Abs. 1 KVV i.d.F. LGBl. 2016 Nr. 210); Quelle: Rechenschaftsberichte der Regierung.

	Kostenbeteiligungen in Mio. CHF					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0 - 20 Jahre	-	-	-	-	-	-
21 - 25 Jahre	1.2	1.2	1.3	1.3	1.2	1.3
26 - 65 Jahre	13.7	14.2	14.7	14.6	14.8	15.6
über 66 Jahre	4.4	4.6	4.8	4.8	5.0	5.3
TOTAL	19.3	20.0	20.8	20.7	21.0	22.2

Tabelle 3: Entwicklung der Kostenbeteiligungseinnahmen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Quelle: Amt für Gesundheit; Daten zum Risikoausgleich nach Altersgruppen

Höhere Kostenbeteiligungsbeiträge stärken in der Regel die Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten und halten zu einer bewussteren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen an. Aus diesem Grund wurde die gesetzliche Kostenbeteiligung ab dem 1. Januar 2017 erhöht. Der feste Betrag wurde für alle Versicherten (mit Ausnahme der Kinder und der Jugendlichen) auf CHF 500 angehoben. Der prozentuale Selbstbehalt ist seither im Umfang von 20% bis maximal CHF 900 zu leisten, bei Rentnern 10% bis maximal CHF 450. Gleichzeitig wurden die Möglichkeiten zur freiwillig höheren Kostenbeteiligung deutlich ausgeweitet. Diese Änderungen hatten im Jahr 2017 einen Anstieg der Einnahmen aus der Kostenbeteiligung gegenüber dem Vorjahr um CHF 8.6 Mio. auf CHF 19.3 Mio. zur Folge. Wie in (Tabelle 3) ersichtlich wuchsen die Erträge aus Kostenbeteiligungen bis zum Jahr 2022 auf CHF 22.2 Mio. an. Ab dem Jahr 2023 werden Rentnerinnen und Rentner vom festen Betrag im Rahmen der Kostenbeteiligung entlastet. Daraus resultiert bei den Kassen wie weiter oben erwähnt ein zu erwartender Einnahmefall in Höhe von CHF 3.4 Mio., welcher vom Staat zu übernehmen ist.

2.2.3 Finanzierung durch die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber

Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflege- und Krankengeldversicherung gehen zur Hälfte zu Lasten der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers. Verbunden mit der Erhöhung der Kostenbeteiligung und der günstigen Kostenentwicklung sank ab 2017 parallel mit der Durchschnittsprämie auch der Arbeitgeberbeitrag. 2023

stieg er gegenüber dem Vorjahr um rund 4% an und beträgt CHF 156.50 pro Monat für erwachsene Vollzeitbeschäftigte (2022 CHF 150.50, 2021 CHF 152.00 pro Monat).

2.3 Kostenentwicklung und Kostenanalyse

2.3.1 Kostenentwicklung

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verzeichnete Liechtenstein, analog der Entwicklung in anderen Ländern, mittel- und langfristig ein stetes Kostenwachstum (Abbildung 2). Der prozentuale Anstieg der Gesamtbruttokosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrug über den gesamten in der Grafik dargestellten Zeitraum seit dem Jahr 2001 durchschnittlich 3.7% pro Jahr. In den ersten Jahren war der Anstieg etwas stärker, er betrug zwischen 2001 und 2007 durchschnittlich 5.8% pro Jahr. Danach ist eine Abflachung der Kurve festzustellen. Die mittlere Zuwachsrate lag im Zeitraum 2007 – 2011 bei 3.1%. Sehr stark angestiegen sind die Bruttokosten dann im Jahre 2013 mit einer prozentualen Zunahme von 14.5%. Es folgten fünf Jahre, in denen die Kosten konsolidiert wurden, mit einem Durchschnittswachstum 2013 – 2018 von 0.5% pro Jahr.

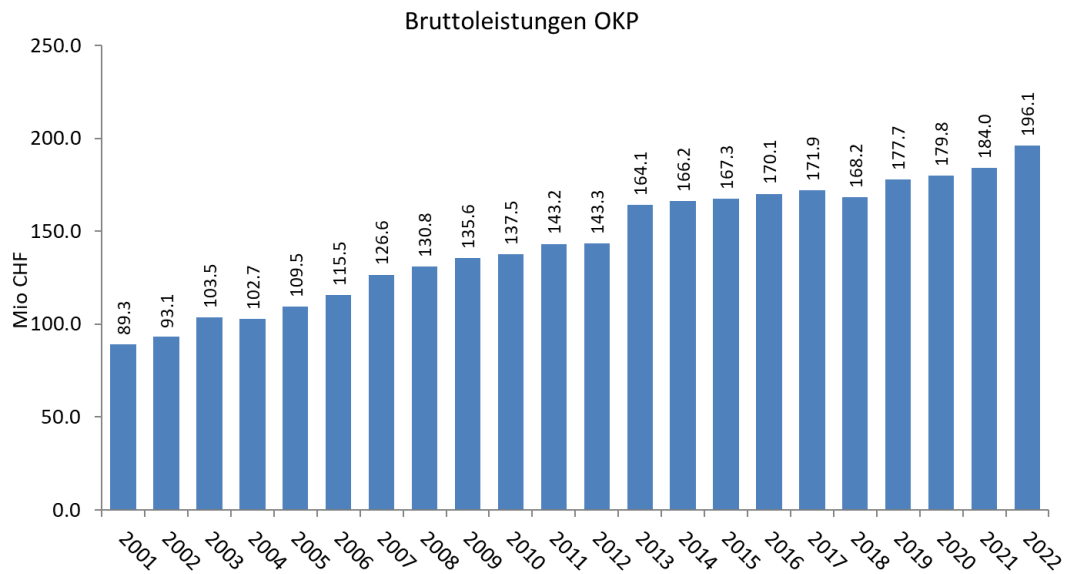


Abbildung 2: Entwicklung der Gesamtbruttokosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Quelle: Bis und mit 2021 Krankenkassenstatistik, 2022 gemäss LKV-Datenpool, Stand 18.1.2023.

Ab dem Jahr 2019 stiegen die Kosten in unterschiedlich starkem Ausmass an. Im 2022 wuchsen sie gemäss LKV-Datenpool (Stand 18.1.2023) um +6.1% auf CHF 196.1 Mio. zum entsprechenden Vergleichswert des Vorjahres, ebenfalls gemäss Datenpool. Damit liegt das vorläufige Gesamtwachstum der Kosten 2022 klar über dem von der Regierung für dieses Jahr festgelegten Kostenziel von +2.0%.⁹ Die Einhaltung des Kostenziels in den verschiedenen Kategorien von Leistungserbringenden ist im Einzelnen zu prüfen.

⁹ Verordnung vom 16. November 2021 über das Kostenziel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das Jahr 2022, LGBl. 2021 Nr. 350.

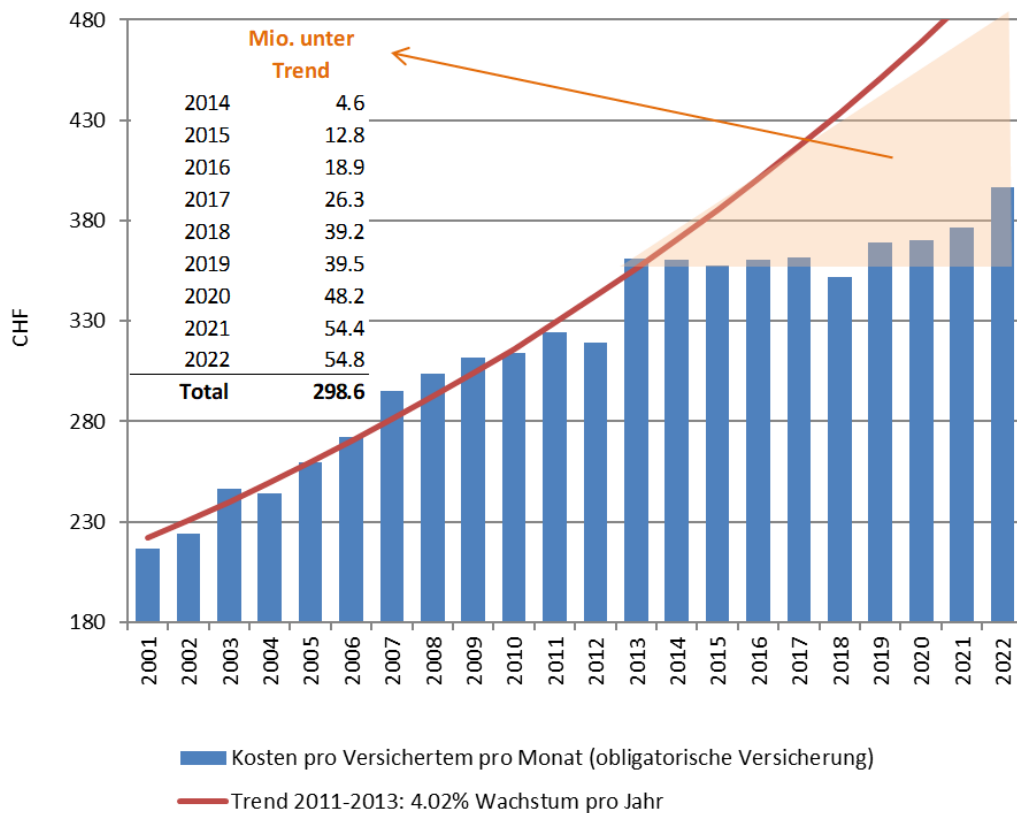


Abbildung 3: Entwicklung der Kosten pro versicherter Person und Monat 2001-2022

Quelle: Krankenkassenstatistik, 2022 gemäss LKV-Datenpool, Stand 18.1.2023, eigene Berechnungen.

Da sich die Anzahl der Versicherten über die Jahre ebenfalls erhöhte, ist die Entwicklung der Kosten pro versicherte Person interessant (Abbildung 3 oben).

Im Zeitraum von 2001 bis 2013 betrug das Wachstum der Bruttoleistungen pro Person und Monat durchschnittlich rund 4% pro Jahr. Hätte sich dieser Trend weiter fortgesetzt, so wären die OKP-Bruttoleistungen für das Jahr 2022 um CHF 54.8 Mio. höher ausgefallen. Zwischen 2013 und 2018 sind die Kosten pro Person und Monat nicht mehr angestiegen. 2022 stiegen sie gegenüber dem Vorjahr um 5.3%. Kumuliert ergibt sich über die letzten Jahre eine Differenz von CHF 298.6 Mio. gegenüber dem früheren Trend. Das entspricht inzwischen dem anderthalbfachen der Bruttoleistungen eines Jahres.

Nach fünf Jahren praktisch ohne Kostenwachstum und von rückläufigen Kosten im 2018 folgten ab 2019 erstmals wieder Kostenanstiege. Die Kostenentwicklung gilt es im Folgenden näher zu analysieren. Die positive Entwicklung der davor liegenden Jahre ist wesentlich auf ein Bündel von Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums durch Änderungen an Gesetzen, Verordnungen und Tarifen zurück zu führen. Zu nennen sind insbesondere die Steigerung der Eigenverantwortung durch Erhöhung der Kostenbeteiligung, die Schärfung der Bestimmungen über die Bedarfsplanung und über OKP-Verträge, die Straffung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens, die Stärkung der Rolle der Regierung in Tariffragen sowie die Einführung der geltenden gesamtschweizerischen Tarifstruktur (TARMED) für die Berechnung ärztlicher Leistungen. Die Covid-19-Pandemie hatte in den letzten drei Jahren unterschiedliche, zum Teil gegenläufige Effekte auf die Kosten der OKP. Einerseits waren zusätzliche Analyse- und Behandlungskosten von der OKP zu tragen, andererseits wurden planbare Eingriffe zeitweise verschoben und andere Krankheiten, wie beispielsweise die saisonale Grippe, durch Hygienemassnahmen hintangehalten. Im 2022 sind daher verschiedene Nachholeffekte anzunehmen.

2.3.2 Kostenvergleich mit der Schweiz

Die mittleren Pro-Kopf-Kosten für das Jahr 2022 (Angaben in Klammern beziehen sich auf das Jahr 2021) liegen in Liechtenstein gemäss Kostenmonitoring des Bundesamtes für Gesundheit (BAG, Datenstand: 4. Quartal 2022) mit CHF 4'842 (CHF 4'634) über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von CHF 4'314 (CHF4'205).¹⁰

¹⁰ Im Unterschied zur jährlichen Krankenkassenstatistik des Amtes für Statistik berücksichtigen die Pro-Kopf-Werte des BAG-Kostenmonitorings nur die in Liechtenstein wohnhaften Versicherten. In den Gesamtkosten laut Krankenkassenstatistik sind auch jene ausländischen Versicherten enthalten, die sich aufgrund von EWR-Bestimmungen hier im Land versichern müssen. Die beiden Auswertungen werden ausserdem zu unterschiedlichen Stichtagen erstellt.

Von den Schweizer Kantonen sind bei den Pro-Kopf-Kosten führend Basel-Stadt mit CHF 5'314 (CHF 5'288), Genf mit CHF 5'286 (CHF 5'142) und Tessin mit CHF 5'183 (CHF 4'992). Liechtenstein liegt im Vergleich mit den Kantonen an fünfter Stelle. Die benachbarten Schweizer Kantone St. Gallen mit CHF 3'822 (CHF 3'686) und Graubünden mit CHF 3'818 (CHF 3'702) haben deutlich tiefere Durchschnittskosten (Tabelle 4 auf Seite 19).

In Liechtenstein waren die Durchschnittskosten pro Versichertem im Jahr 2022 12% höher als im Schweizer Durchschnitt, 16% höher als im Kanton Zürich und um 27% höher als in den Kantonen St. Gallen und Graubünden. Gegenüber dem Jahr 2021 hat sich der Kostenunterschied zum Gesamtschweizer Durchschnitt etwas erhöht, da sich die Pro-Kopf-Kosten in Liechtenstein vergleichsweise ungünstiger entwickelt haben als in der Schweiz.

Das Fürstentum Liechtenstein liegt gemäss Kostenmonitoring des BAG im Jahr 2022 mit dem Kostenanstieg pro Person von +4.5% über dem gesamtschweizerischen mittleren Kostenzuwachs pro versicherter Person von +2.6%.

Gesamtbruttokosten pro versicherter Person in CHF							
Rang		2021	2022	Δ 2021/2022 (%)	Δ 2021/2022 (abs.)	Kostendifferenz 2021	Kostendifferenz 2022
1	BS	5'288	5'314	0.5%	27	-12%	-9%
2	GE	5'142	5'286	2.8%	145	-10%	-8%
3	TI	4'992	5'183	3.8%	192	-7%	-7%
4	BL	4'724	4'922	4.2%	199	-2%	-2%
5	FL	4'634	4'842	4.5%	208	-	-
11	CH	4'205	4'314	2.6%	109	10%	12%
12	ZH	4'107	4'184	1.9%	77	13%	16%
18	SG	3'686	3'822	3.7%	136	26%	27%
19	GR	3'702	3'818	3.1%	116	25%	27%

Tabelle 4: Gesamtbruttokosten pro versicherte Person in CHF im Vergleich mit ausgewählten Kantonen und der Schweiz. Lesebeispiel Spalte Kostendifferenz: Die Kosten in Liechtenstein liegen 2022 um 27% höher als im Kanton St. Gallen bzw. Graubünden und um 12% höher als in der Gesamtschweiz.

Quelle: Kostenmonitoring BAG (www.bag.admin.ch/kmt), Datenstand 4. Quartal 2022

Die im Kostenmonitoring angegebene Veränderungsrate ist tiefer als der zuvor angegebene Anstieg gemäss Datenpool-Daten. Auf Grundlage der absoluten Frankenbeträge gerechnet ergibt sich dort ein Zuwachs von 6.1% (Abschnitt 2.3.1, ab Seite 14), in der Pro-Kopf-Betrachtung über alle Versicherten von 5.3% (Abbildung 3 auf Seite 16). Die Datengrundlage für alle drei Darstellungen ist dieselbe. Einerseits wirkt sich in der Pro-Kopf-Betrachtung die Veränderung der Anzahl Versicherten aus. Andererseits bezieht das BAG, wie weiter oben ausgeführt, nur die in Liechtenstein wohnhaften Versicherten und deren Kosten in die Berechnung mit ein.

2.3.3 Kostenanalyse

2.3.3.1 Bruttoleistungen nach dem Ort der Leistungserbringung

Eine Aufteilung der Leistungen nach dem Ort der Erbringung zeigt, dass im Jahr 2022 rund 60% der Leistungen im Inland erbracht wurden. Im Vergleich zur Vorjahresperiode wuchsen die Bruttoleistungen des Datenpools 2022 um insgesamt 6.1%, die im Inland erbrachten Leistungen um 3.9%.

2.3.3.2 Analyse der Bruttoleistungen nach Kostengruppen

Die Hauptkostengruppen für das Jahr 2022 zeigen sich in der nachstehenden Grafik (Abbildung 4).

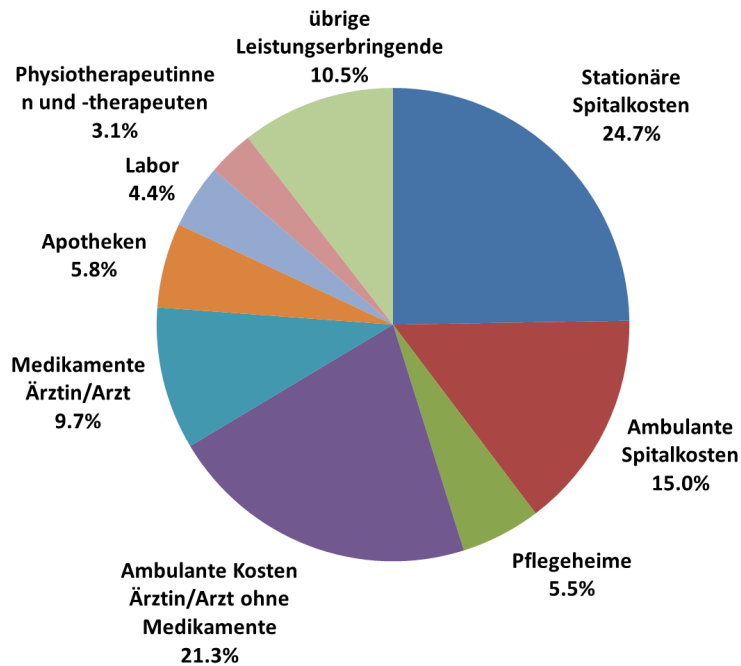


Abbildung 4: Aufteilung der Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringenden 2022

Quelle: LKV-Datenpool 2022 (kumulierte Auswertung Januar - Dezember 2022, Stand 18.1.2023)

Die beiden grössten Kostengruppen bilden 2022 die stationären Spitalkosten mit CHF 48.5 Mio. bzw. einem Anteil von 24.7%, gefolgt von den ambulanten Kosten bei Ärztinnen und Ärzten (ohne Medikamente) mit einem Betrag von CHF 41.7 Mio. bzw. einem Anteil von 21.3%. Für Medikamente von Ärztinnen und Ärzten wurden 2022 CHF 19.1 Mio. aufgewendet. Inklusive Medikamente betragen die von Ärztinnen und Ärzten abgerechneten ambulanten Leistungen somit CHF 60.8 Mio. oder 31.0% der Gesamtleistungen.

Von Ärztinnen bzw. Ärzten und Apotheken zusammen wurden Medikamente im Wert von CHF 30.4 Mio. zu Lasten der OKP abgegeben, das sind rund 15.5% der Gesamtleistungen.

Die Spitalkosten ambulant (inkl. Leistungsart «übrige Leistungen») betragen 2022 CHF 29.3 Mio. oder 15.0% der gesamten OKP-Kosten. In Summe werden über die OKP Spitalkosten (ambulant und stationär) von CHF 77.8 Mio. oder rund 39.7% vom Total abgerechnet.

Bruttoleistungen	2021 Leistungen pro versicherte Per- son CHF	2022 Leistungen pro versicherte Per- son CHF	Δ 21/22 in %
Spitäler stationär	1'198	1'213	1.3%
Ärztinnen/Ärzte Behandlungen (ohne Labor)	918	949	3.3%
Spitäler ambulant	637	731	14.6%
Ärztinnen/Ärzte Medikamente	461	475	3.1%
Übrige	358	347	-3.2%
Apotheken	258	283	9.6%
Pflegeheime	241	270	11.7%
Laboratorien	220	216	-1.9%
Physiotherapeutinnen /-therapeuten	155	155	-0.2%
Spitex / Hauskrankenpflege / häusliche Pflege	94	109	15.7%
Ärztinnen/Ärzte Laboranalysen	92	95	3.3%
Total	4'634	4'842	4.5%

Tabelle 5: Bruttoleistungen je versicherte Person in CHF nach Gruppen von Leistungserbringenden 2021 - 2022

Quelle: Kostenmonitoring BAG (www.bag.admin.ch/kmt), Datenstand 4. Quartal 2022

Obige Tabelle 5 zeigt die Aufteilung der Bruttoleistungen pro versicherte Person (hierbei handelt es sich wieder um Daten aus dem BAG-Kostenmonitoring).

Den grössten Teil der Leistungen pro versicherte Person machten 2022 auch in der Pro-Kopf-Betrachtung die Spitalkosten stationär aus, gefolgt von den ambulanten Kosten bei Ärztinnen und Ärzten ohne Medikamente und ohne Analysen im Praxislabor.

Das Wachstum der Pro-Kopf-Kosten betrug 2022 ohne Berücksichtigung des Bereichs Spital für die Gesamtschweiz rechnerisch 3.3%. Für Liechtenstein lag der

vergleichbare Wert 2022 bei 3.5%. Auf Basis der Absolutbeträge des LKV-Datenpools stiegen die Gesamtkosten in Liechtenstein 2022 mit Spitalbereich um 6.1%.¹¹ Der Spitalbereich insgesamt stieg in diesem Jahr stärker, nämlich um +7.4%, die Gesamtkosten ohne Spital sind etwas weniger stark angestiegen (+5.3%). Der grösste Kostenblock, die stationären Spalkosten, sind gegenüber dem Vorjahr weniger deutlich gewachsen (+2.7%), wohingegen die ambulanten Spitalleistungen (inkl. Leistungsart «übrige Leistungen») einen Zuwachs um +16.0% gegenüber 2021 zu verzeichnen hatten.

In der bedeutendsten Kostengruppe der Spitäler, die im 2022 OKP-Leistungen mit Liechtensteiner Kassen abgerechnet haben, finden sich wie üblich viele mit sehr geringen Leistungen. Unter den Spitälern mit den grössten Umsätzen sind erwartungsgemäss jene für Liechtenstein wichtigen Versorger, die aufgrund einer Leistungsvereinbarung mit dem Land Staatsbeiträge erhalten.

Nimmt man als Massstab die Zahlungen der OKP für ambulante und stationäre Leistungen zuzüglich der Zahlungen des Landes aus Staatsbeiträgen an Spitäler (zusammen CHF 112 Mio.), so flossen 2022 91% dieser Summe an die in Tabelle 6 dargestellten zwölf Spitäler, bei denen das Abrechnungstotal jeweils mindestens CHF 1 Mio. beträgt (Spalte ganz rechts in der Tabelle 6). Das Landesspital liegt mit CHF 24.41 Mio. auf Platz 2 dieser Liste. Die zweite inländische Leistungserbringerin, die private Clinicum Alpinum AG, Gaflei, mit einem OKP-Umsatz von CHF 3.43 Mio. auf Platz 7. Die Klinik ist spezialisiert auf die Behandlung von schweren Depressionen und Erschöpfungszuständen. Sie erhält keinen Staatsbeitrag.

¹¹ Der Unterschied bei den Zuwachsraten gemäss BAG und gemäss LKV-Datenpool ist, wie oben schon erläutert, darauf zurück zu führen, dass in der Pro-Kopf-Betrachtung die Veränderung der Anzahl der Versicherten für das Ergebnis eine Rolle spielt und zudem nur die in Liechtenstein wohnhaften Versicherten in das BAG-Kostenmonitoring eingehen. Die Datengrundlage für die Bruttoleistungen ist in beiden Fällen der LKV-Datenpool.

	Leistungen der OKP und Staatsbeiträge ¹² 2021 in Mio. CHF				
	ambu- lant	statio- när	OKP to- tal	Staats- beitrag	OKP+ Staat
Spitalregion Rheintal	9.92	8.21	18.12	10.64	28.77
Liechtensteinisches Landesspital	6.00	5.62	11.62	12.80	24.41
Kantonsspital Graubünden	4.35	4.41	8.76	5.65	14.41
Kantonsspital St.Gallen	5.03	3.59	8.62	4.92	13.54
Klinik St. Pirminsberg , Pfäfers	0.95	3.25	4.20	-	4.20
Kliniken Valens	0.16	3.53	3.68	-	3.68
Clinicum Alpinum, Gaflei	0.03	3.40	3.43	-	3.43
Klinik Hirslanden, Zürich	0.34	2.98	3.32	-	3.32
Universitätsspital Zürich	0.50	2.24	2.74	-	2.74
Klinik Beverin , Cazis	0.01	1.26	1.27	-	1.27
Rheinburg Klinik , Walzenhausen	0.00	1.25	1.25	-	1.25
Ostschweizer Kinderspital , St.Gallen	0.24	0.72	0.97	0.22	1.19
Total TOP 12	27.51	40.47	67.98	34.23	102.21
Gesamttotal	29.32	48.51	77.83	34.65	112.42

Tabelle 6: Leistungen der OKP und Staatsbeiträge an Spitäler 2022 (TOP 12: Gesamtumsatz aus OKP und Staatsbeitrag grösser CHF 1 Mio.)

Quelle: LKV-Datenpool 2022 (kumulierte Auswertung Januar - Dezember 2022, Stand 18.1.2023), Landesrechnung 2022; beim Landesspital ist der gesamte Staatsbeitrag ausgewiesen, also inklusive der Zahlungen für Leistungsaufträge (CHF 5.95 Mio.).

Insgesamt flossen über die OKP-Leistungen und Staatsbeiträge hinaus von den in Liechtenstein Versicherten CHF 24.1 Mio. (letztverfügbare Daten für 2021) aus dem Zusatzversicherungsbereich für stationäre Behandlungen (Privat und Halbprivat) an die Spitäler. Bei Gesamtaufwendungen für stationäre Leistungen im OKP-Bereich von CHF 83.2 Mio. (CHF 48.5 Mio. stationäre Aufwendungen plus CHF 34.6 Mio. Staatsbeiträge, Gesamttotal Spitäler gemäss Tabelle 6) erfolgt durch die Zusatzversicherten eine Umsatzaufbesserung von durchschnittlich

¹² Ausser den in der Tabelle 6 angeführten Spitälern erhielten im Berichtsjahr noch das Ostschweizer Kinderspital, die Landeskrankenhäuser Feldkirch und Rankweil, sowie das Rehabilitationszentrum Lutzenberg einen Staatsbeitrag für Liechtensteiner Patientinnen und Patienten.

29.0%. Die Zusatzversicherten sorgen also für attraktive Margen in den von ihnen besuchten Spitälern.

Im Jahr 2022 waren einmal mehr die Zuwächse bei den Spitalkosten ambulant besonders auffallend. Sie sind gegenüber dem Vorjahr gemäss LKV-Datenpool (Absolutbeträge, inkl. übrige Leistungen) um 16.0% gestiegen. Die gesamten Aufwendungen für ambulante Spitalleistungen liegen in Absolutbeträgen um CHF 4.0 Mio. höher als im Vorjahr. Ein Teil des Zuwachses ist, wie die regelmässige rollende Auswertung des LKV zeigt, auf Abrechnungsverzögerungen aus Vorjahren zurück zu führen. Die Vorjahresleistungen wuchsen in diesem Jahr allerdings weniger stark, sodass eine reale Ausweitung der abgerechneten ambulanten Leistungen zu erkennen ist.

Die Spitalkosten beeinflussen die Gesamtentwicklung der OKP-Bruttoleistungen in hohem Masse. Es gilt daher, sie weiterhin sehr gut im Blick zu behalten.

Die ambulanten Kosten bei Ärztinnen und Ärzten ohne Medikamente und ohne Praxislabor stiegen im 2022 gemäss LKV-Datenpool gegenüber dem Vorjahr um 4.8%. Im 2020 war diese Leistungsart rückläufig, was vermutlich auf die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zurück zu führen war (zeitweise pandemiebedingte Einschränkungen des Behandlungsangebotes, Verzicht auf nicht dringende Praxisbesuche, Zurückdrängen anderer Erkrankungen, wie z.B. saisonale Grippe). Im 2021 und 2022 wurde das Niveau vor der Pandemie wieder erreicht bzw. übertroffen (2022: +3.9% im Vergleich zu 2019).

Die Kosten für die von Apotheken abgegebenen Medikamente stiegen im 2022 um 11.0%, die Kosten für die bei der Ärztin oder beim Arzt abgegebenen Medikamente um 5.2%. In Summe stiegen die Bruttoleistungen für Medikamente somit um 7.3%, in der Pro-Kopf-Betrachtung um 5.4% (jeweils ohne die in Spitälern

abgegebenen Medikamente). Das ist im Vergleich zur Gesamtkostenentwicklung überdurchschnittlich.

Die Kosten für Laboranalysen bei der Ärztin oder beim Arzt und in den Fachlaboren blieben in jüngerer Vergangenheit weitgehend stabil bzw. waren aufgrund von tariflichen Massnahmen sogar eher rückläufig. Im 2019 waren sie erstmals wieder spürbar angestiegen. Im 2020 zeichnen sich bei den Laboratorien die pandemiebedingten Kosten erwartungsgemäss deutlich ab, waren doch die Kosten der Tests auf Sars-CoV-2 bei symptomatischen Personen ursprünglich von der OKP zu übernehmen.¹³ Ab dem 29. März 2021 wurde das Testangebot, insbesondere für asymptomatische Personen, massiv ausgebaut. Gleichzeitig übernahm ab diesem Zeitpunkt das Land Liechtenstein die Testkosten. Die OKP wurde hierdurch entlastet. 2021 sanken die Kosten bei den in (Fach-)Laboratorien durchgeführten Analysen um -5.3%, 2022 waren sie noch schwach rückläufig (-0.5%). Mit CHF 8.6 Mio. liegen sie aber immer noch über dem Niveau vor den Pandemie Jahren (2019: CHF 8.0 Mio.). Die Kosten für Analysen im ärztlichen Praxislabor stiegen 2022 um +3.9%. Insgesamt wuchsen die Laborkosten um +1.1% gegenüber dem Vorjahr.

Die Pflegeheimkosten stiegen im 2022 sehr deutlich und zwar um +13.4%. Ein kleinerer Teil des Zuwachses ist durch eine Anpassung der geltenden Tarifverträge ab 1.1.2022 zu erklären. Ab diesem Zeitpunkt werden die Verbrauchsmaterialien in den liechtensteinischen Pflegeheimen wie in der Schweiz wieder zusätzlich zu den Pflegebeiträgen vergütet. In der Kostengruppe Organisationen der Hauskrankenpflege fiel der Kostenanstieg im 2022 mit +3.1% etwas schwächer aus.

¹³ Tests auf Wunsch an asymptomatischen Personen waren zuvor durch die getestete Person selbst zu bezahlen. Die Kosten für repetitive Tests, insbesondere beim Pflegepersonal, sowie für alle amtlich angeordneten Tests wurden damals schon vom Land übernommen; ab 29. März 2021 vgl. Covid-19-Verordnung i.d.F. LGBl. 2021 Nr. 127.

Bei der gemessen an der Anzahl der Leistungserbringenden kleinen Gruppe der Chiropraktorinnen und Chiropraktoren schwanken die Kosten erfahrungsgemäss stärker. Im 2022 sanken sie um -10.7%. Mit einem Volumen von knapp CHF 1.5 Mio. sind sie im Mehrjahresvergleich unterdurchschnittlich.

Die Kosten der Physiotherapeutinnen und -therapeuten stiegen im 2022 schwach an (+1.0%). Im Mehrjahresvergleich sind sie gemessen am Absolutbetrag (CHF 6.2 Mio.) leicht erhöht (+2% über dem Durchschnitt 2019-2022). Die Kosten der Masseurinnen und Masseur, welche einen Teil des Leistungsspektrums der Physiotherapie abdecken, sind 2022 deutlich zurück gegangen (-17.2%). In diesem Bereich waren die Kosten in den letzten Jahren schwankend, dies höchst wahrscheinlich auch pandemiebedingt. Im Mehrjahresvergleich sind die Kosten im 2022 mit einem Abrechnungsvolumen von CHF 0.7 Mio. unterdurchschnittlich.

2.3.3.3 Entwicklung von Hochkostenfällen

Die Anzahl der Patientinnen oder Patienten mit Kosten von mehr als CHF 100'000 ist erwartungsgemäss schwankend (Tabelle 7, Angaben beinhalten Kosten der Kinder und der erwachsenen Versicherten). Im Jahr 2020 stiegen die Hochkosten deutlich an, dies sowohl gemessen an der Fallzahl als auch gemessen am Frankenbetrag. Im 2021 sanken sie spürbar, um im 2022 sowohl hinsichtlich der Anzahl der Fälle (103) als auch der Kosten (CHF 15.5 Mio.) wiederum das hohe Niveau von 2020 zu erreichen bzw. sogar zu übertreffen. Man sieht, wie einige Fälle mit extrem hohen Jahreskosten Kostenfolgen im Millionenbereich auslösen können und damit auch die Gesamtbruttokosten stark beeinflussen.

Versicherte mit jährlichen Kosten von über CHF 100'000

	2018	2019	2020	2021	Δ %	2022	Δ %
Anzahl Fälle	61	78	102	90	-11.8%	103	+15.6%
Kosten in Mio. CHF	8.04	11.09	15.35	12.87	-16.2%	15.52	+20.6%

Tabelle 7: Versicherte mit jährlichen Kosten von über CHF 100'000, Entwicklung 2017 - 2022

Quelle: Daten der Kassen zum Staatsbeitrag und Risikoausgleich

2.3.3.4 Kostenverteilung

Die Verteilung nach Versicherten zeigt insgesamt, dass 2022 die Solidarität in der Krankenversicherung zwischen Kranken und Gesunden erneut sehr stark in Anspruch genommen wurde.

In Abbildung 5 ist die Verteilung der individuellen Gesundheitskosten des Jahres 2022 zu entnehmen. In der Kostenklasse „0“ sind Versicherte mit Kosten unter CHF 100 zusammengefasst.

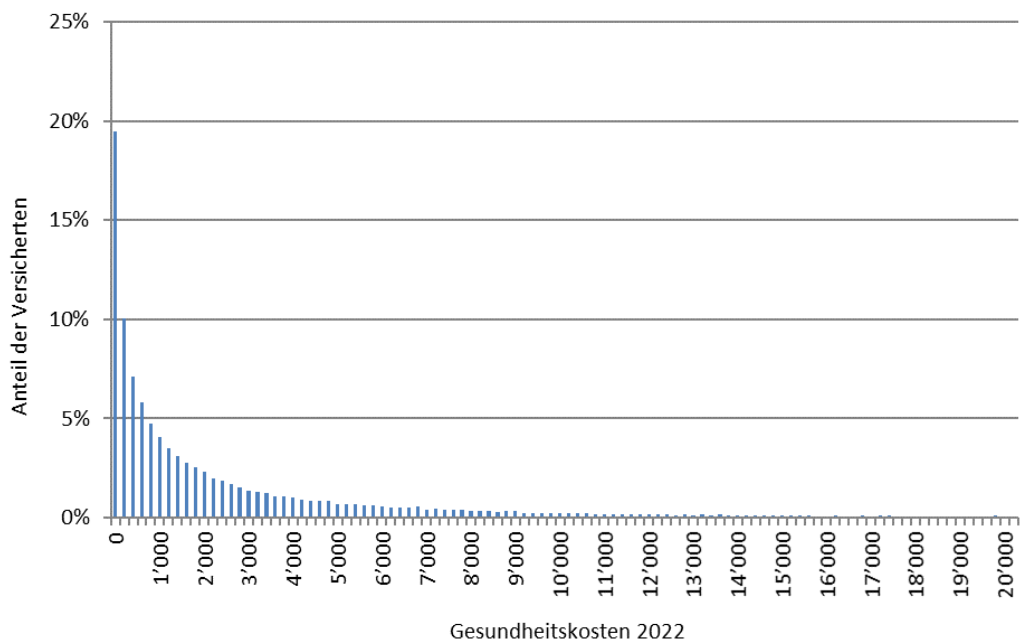


Abbildung 5: Verteilung der Bruttoleistungen der Versicherten 2022 nach Grössenklassen

Quelle: Daten der Kassen zum Staatsbeitrag und Risikoausgleich

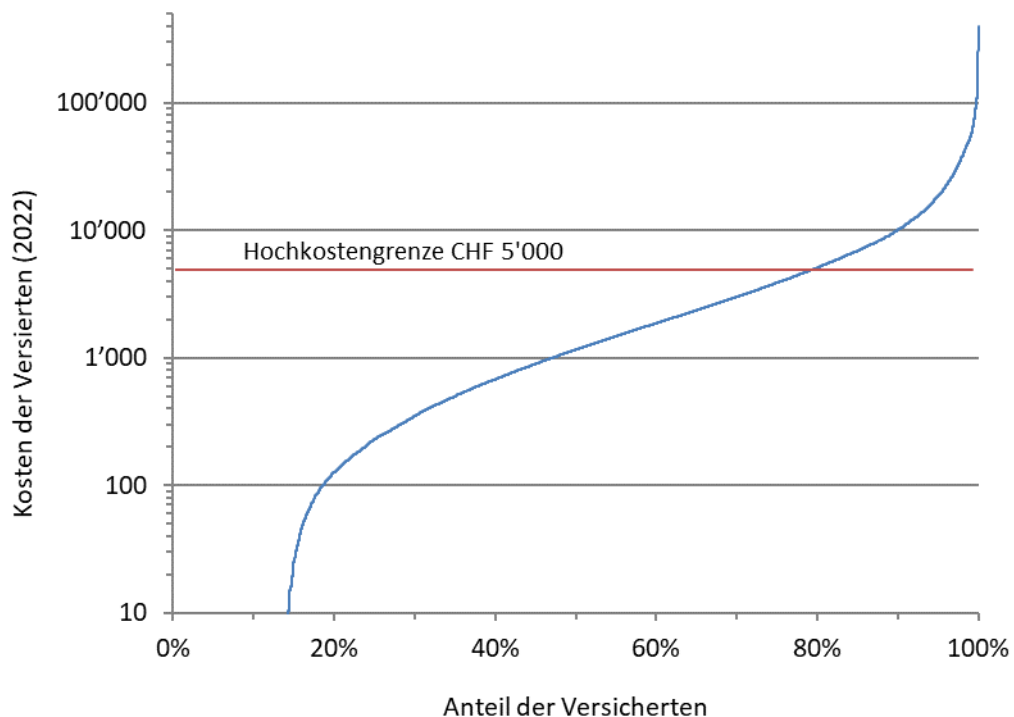


Abbildung 6: Anteil der Versicherten 2022 mit Bruttoleistungen unter- bzw. oberhalb der angegebenen Grenzen

Quelle: Daten der Kassen zum Staatsbeitrag und Risikoausgleich

Wie Abbildung 6 zeigt, verursachten 2022 rund 18.6% der Versicherten keine oder nur sehr geringe Kosten von unter CHF 100. Nicht ganz die Hälfte aller Versicherten (47.1%) verursachte Kosten von unter CHF 1'000 pro Jahr.

Interessant ist auch die Betrachtung des Anteils der Versicherten, die Leistungen beanspruchen, welche Kosten unter bzw. über der Hochkostengrenze von CHF 5'000 verursachen. 79.7% der Versicherten verursachten Kosten von unter CHF 5'000, das heisst dass nur 20.3% der Versicherten überhaupt Leistungen aus der Hochkostenversicherung in Anspruch nahmen. Die beiden Versicherungen sind keine komplett getrennten Versicherungsbereiche, aber durch das seit dem Jahr 2017 bestehende System müssen Beiträge und Kosten auseinandergehalten werden.

Die Grafik in Abbildung 7 zeigt die Solidarität innerhalb der Versichertengemeinschaft auf. 50% der Versicherten verursachten 2022 nur rund 3.6% der Gesamtkosten, 80% der Versicherten verursachten zusammen rund 21.2% der Gesamtkosten.

37% der Gesamtleistungen wurden von 90% der Versicherten in Anspruch genommen, das heisst im Umkehrschluss, dass die 10% der Versicherten mit den höchsten Leistungen 63% aller Leistungen in Anspruch nehmen.

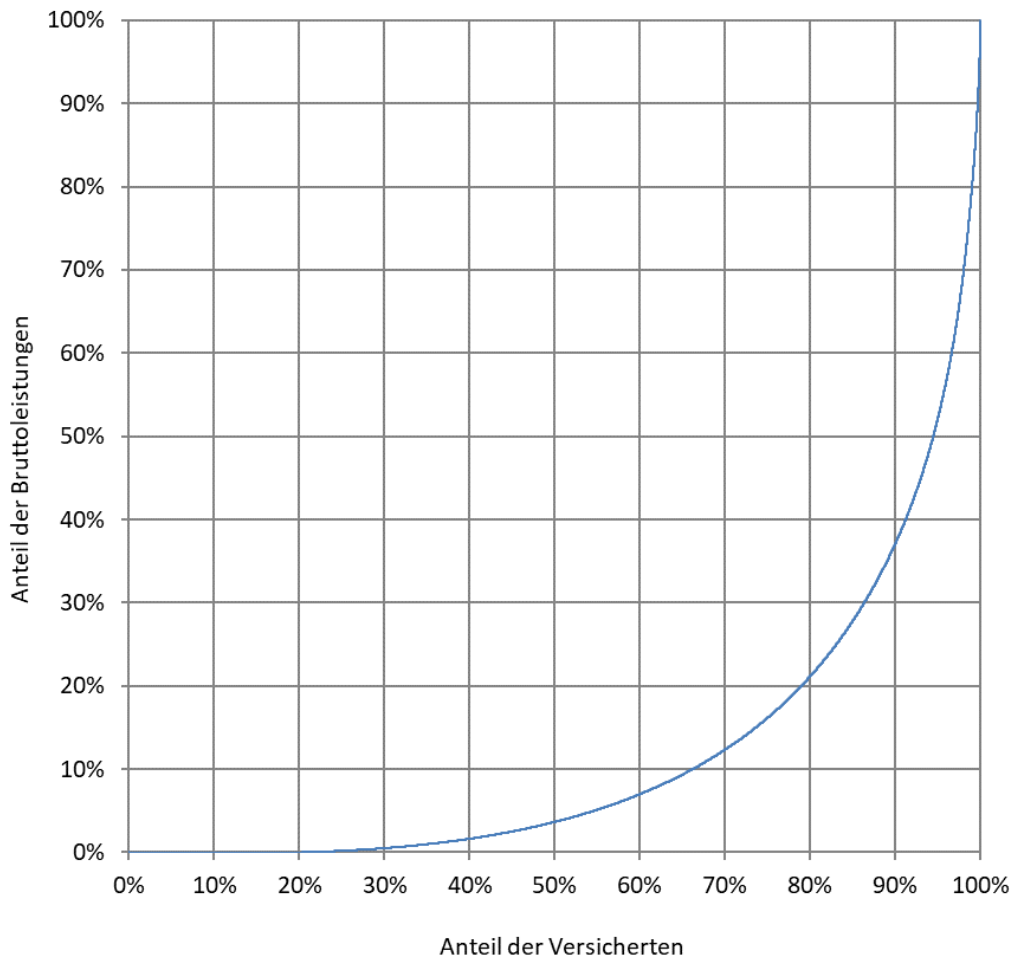


Abbildung 7: Anteil der Versicherten und Anteil der Bruttoleistungen 2022

Quelle: Daten der Kassen zum Staatsbeitrag und Risikoausgleich

3. ERWÄGUNGEN ZUR FESTLEGUNG DES STAATSBEITRAGES FÜR DAS JAHR 2024

3.1 Rechtliche Grundlagen

Der Staat leistet für die übrigen Versicherten einen Beitrag an die Hochkostenversicherung. Dieser Beitrag wird vom Landtag für das jeweilige Bemessungsjahr jeweils spätestens im Juni des Vorjahres festgelegt (Art. 24a Abs. 2 KVG). Der Landtag ist bei der Festlegung des Staatsbeitrages grundsätzlich an keine andere Einschränkung gebunden, als dass ein solcher nur in der Hochkostenversicherung geleistet werden darf. Die Gesamtkosten in der Hochkostenversicherung begrenzen also alle theoretisch möglichen Staatsbeiträge nach oben hin. Eine weiter gehende Finanzierung der Grundversicherung aus den Mitteln des Staates darf nicht erfolgen. Nach unten hin gibt es keine Begrenzung, ausser dass ein Staatsbeitrag zu leisten ist.¹⁴

Für die Festlegung des Staatsbeitrages sind also zunächst die Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die übrigen Versicherten (d.h. ohne Kinder) in den Grund- und den Hochkostenbereich zu trennen. Die Grenze für die Kostentrennung (Hochkostengrenze) ist hierfür gesetzlich (Art. 21 Abs. 2 KVG) bei jährlichen Kosten eines Versicherten von CHF 5'000 festgelegt (Abschnitt 3.2).

Das Amt für Gesundheit ermittelt auf Grund der gesprochenen Mittel und unter Berücksichtigung der effektiven Kosten eines Jahres den Prozentsatz der

¹⁴ Selbst mit einem Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten von Null würde die Bestimmung in Art. 26 der Landesverfassung eingehalten, da der Staat das Krankenversicherungswesen mit anderen Beiträgen unterstützt. Zu erwähnen sind hier insbesondere der Staatsbeitrag an die Spitäler, der Staatsbeitrag für die Kosten der Kinder, die Prämienverbilligung und nicht zuletzt der Beitrag an den Krankenkassenverband. Insgesamt wurden 2022 zusätzlich zum gegenständlich vom Landtag festgelegten Staatsbeitrag für Erwachsene CHF 54.3 Mio. ausgerichtet.

Kostenübernahme in der Hochkostenversicherung, sodass der gesamte vom Landtag festgelegte Beitrag ausgeschöpft wird. Basierend auf dem Vorschlag der Regierung für den Staatsbeitrag 2024 kann der voraussichtliche Prozentsatz der Kostenübernahme errechnet werden (Abschnitt 3.3).

3.2 Verteilung der Kosten auf die Grund- und die Hochkostenversicherung

Vorab sei bemerkt, dass alle nachfolgenden Berechnungen auf den amtlichen Daten zum Staatsbeitrag basieren (Risikodaten 2022). Diese werden von den Kassen beim Amt für Gesundheit nach einheitlichen Kriterien und einem genau definierten Verfahren eingereicht. Die Einhaltung aller Weisungen zum Rechnungswesen wird dabei von der Revisionsgesellschaft der betreffenden Kasse bestätigt. Die eingereichten Daten werden vom Amt für Gesundheit geprüft. Anders als bei den weiter oben verwendeten statistischen Daten (BAG-Kostenmonitoring, LKV-Datenpool) handelt es sich hierbei um definitive buchhalterische Werte, die nicht mehr nachträglich durch rückwirkende Buchungen verändert werden können.

Nimmt man die Daten zum Staatsbeitrag und Risikoausgleich des Jahres 2022 als Grundlage für die Ermittlung des Staatsbeitrages nach der seit dem 1. Januar 2017 geltenden Rechtslage, so ergibt sich folgendes Bild: Für das Jahr 2022 ist ein Total an Bruttokosten von CHF 195'574'302 ausgewiesen. Davon entfallen CHF 9'652'218 auf Kinder (0-16 Jahre). Diese Kosten werden gemäss Art. 24a Abs. 1 KVG zu 90% vom Staat übernommen. Für die „übrigen“, also die erwachsenen Versicherten, sind 2022 CHF 185'922'084 zur Abrechnung gelangt. Von diesen Kosten entfallen CHF 78'475'740 oder 42% auf die Grund- und CHF 107'446'344 oder 58% auf die Hochkostenversicherung. Die Kosten der Grundversicherung setzen sich zusammen aus den Kosten aller erwachsenen Versicherten, die im Beobachtungsjahr Bruttokosten bis CHF 5'000 aufwiesen, sowie jeweils den ersten CHF 5'000 jener Versicherten mit Kosten über CHF 5'000 im betreffenden Jahr.

3.3 Vorschlag zur Festsetzung des Staatsbeitrages 2024

Die Regierung schlägt vor, den Beitrag an die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die übrigen Versicherten nach Art. 24a Abs. 2 KVG für das Jahr 2024 wie im Vorjahr bei CHF 33 Mio. festzulegen.

In der Finanzplanung des Landes für die Jahre 2023 – 2026 ist der Staatsbeitrag an die Kassen konstant mit CHF 33 Mio. pro Jahr angesetzt (BuA Nr. 99/2022).

Auf Basis der Risikodaten von 2022 erfolgt bei einem Staatsbeitrag in dieser Höhe rechnerisch eine Kostenübernahme von rund 30.7% der insgesamt CHF 107.45 Mio. an den Kosten der Hochkostenversicherung der erwachsenen Versicherten.

3.4 Auswirkungen auf Prämie, Arbeitgeberbeitrag und Prämienverbilligung

Als einfache Faustregel kann man davon ausgehen, dass CHF 1 Mio. mehr an Staatsbeitrag sich rechnerisch mit CHF 2.5 weniger Prämie pro Monat auswirken würde. Alle weiteren Einflussfaktoren auf die Prämie bleiben dabei ausgeklammert.

Nachdem der hiermit vorgeschlagene Staatsbeitrag gegenüber dem Vorjahr unverändert bleibt, ist er im Hinblick auf die Prämie neutral, wenn alle anderen Einflussfaktoren gleichbleiben. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bei steigenden Kosten die Prämie relativ stärker steigen muss, um das Nullwachstum beim Staatsbeitrag auszugleichen. Die tatsächliche Prämienentwicklung im Vergleich zum Vorjahr hängt somit von der Kostenentwicklung sowie den weiteren prämienrelevanten Faktoren (insbesondere Verwaltungskosten, Rückstellungen und Reserven) ab. Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Berichts und Antrags ist die Kostenentwicklung im Jahr 2023 noch nicht abschätzbar. Die Prämien waren über mehrere Jahre von der insgesamt günstigen Kostenentwicklung geprägt. Für 2023 war

aufgrund der Kostenentwicklung ein etwas stärkerer Anstieg zu verzeichnen. Dies spiegelte sich auch im Arbeitgeberbeitrag wider, der seit dem Jahr 2017 parallel mit der Durchschnittsprämie tendenziell sank. Für das laufende Jahr stieg er von CHF 150.50 (2022) auf CHF 156.50 pro Monat (2023) für erwachsene Versicherte.

Bei der Prämienverbilligung wurden durch eine Gesetzesänderung ab dem Jahr 2020 spürbare Verbesserungen für einkommensschwache Bezüger umgesetzt. Für den Einfluss des vorgeschlagenen gleichbleibenden Staatsbeitrages auf die Prämienverbilligung ist auf das zur Prämie Gesagte zu verweisen.

II. ANTRAG DER REGIERUNG

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen unterbreitet die Regierung dem Landtag den

Antrag,

der Hohe Landtag wolle diesen Bericht und Antrag zur Kenntnis nehmen und den Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten gemäss Art. 24a Abs. 2 KVG für das Bemessungsjahr 2024 auf CHF 33 Mio. festlegen.

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

**REGIERUNG DES
FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN**

gez. Dr. Daniel Risch