

VERNEHMLASSUNGSBERICHT
DER REGIERUNG
BETREFFEND
DIE ABÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER DIE
KRANKENVERSICHERUNG

Ressort Gesundheit

Vernehmlassungsfrist: 2. September 2011

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung	6
Zuständiges Ressort	13
Betroffene Amtsstellen	13
1. Ausgangslage	15
1.1 Bezug zum BuA 51/2010 „Gesamtschau und Weiterentwicklung des Liechtensteinischen Gesundheitswesens“	15
1.2 Finanzströme	20
1.3 Beiträge des Staates an die Kosten der Krankenversicherung	21
1.3.1 Staatsbeitrag an Kinderprämien	22
1.3.2 Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten	23
1.3.3 Prämienverbilligung	24
1.3.4 Staatsbeiträge an Spitäler	25
1.4 Beiträge der Versicherten an die Kosten der Krankenversicherung	26
1.4.1 Prämien	26
1.4.2 Kostenbeteiligung	26
1.5 Weitere Vergünstigungen nach dem Krankenversicherungsgesetz ..	27
1.5.1 Jugendliche (Versicherte nach dem vollendeten 16. Altersjahr bis zum vollendeten 20. Altersjahr)	27
1.5.2 Personen nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters ...	28
1.5.3 Arbeitnehmende / Arbeitgeberbeitrag	28
1.5.4 Generelle Ausnahmen von der Kostenbeteiligung	28
1.6 Versorgungsnetze (Managed Care)	29
1.7 Bedarfsplanung	30
1.7.1 Leistungserbringer	30
1.7.2 OKP-Leistungen ausserhalb der Bedarfsplanung	31
1.8 Risikoausgleich	32
1.9 Reserven und Rückstellungen	32
1.10 Krankengeld	33
2. Anlass / Notwendigkeit der Vorlage / Begründung der Vorlage	33
2.1 Die Entwicklung der Staatsbeiträge seit dem Jahr 2000	35
2.1.1 Staatsbeiträge an die Krankenversicherung und Prämienverbilligung	36
2.1.2 Staatsbeiträge an die Spitäler	37

2.2	Die Auswirkung der Staatsbeiträge auf die Finanzierung der Krankenversicherung	37
2.2.1	Staatsbeiträge als sozialpolitisches Korrektiv zur Kopfprämie.....	37
2.2.2	Verhältnis von Bruttoleistungen zu Bruttoprämien	38
2.3	Die Auswirkungen der Prämienverbilligung.....	40
2.4	Kritische Würdigung der heutigen Regelung	41
2.4.1	Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten	41
2.4.2	Die Beiträge zur individuellen Prämienverbilligung.....	43
2.5	Versorgungsnetze (Managed Care).....	45
2.6	Bedarfsplanung	45
2.7	Risikoausgleich	46
2.8	Reserven und Rückstellungen	47
2.9	Krankengeld.....	47
3.	Schwerpunkte der Vorlage	48
3.1	Beiträge des Staates an die Kosten der Krankenversicherung	49
3.1.1	Staatsbeitrag an Kinderprämien	49
3.1.2	Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten	50
3.1.3	Prämienverbilligung	51
3.1.4	Staatsbeiträge an Spitäler	53
3.2	Beiträge der Versicherten an die Kosten der Krankenversicherung	53
3.2.1	Prämien	53
3.2.2	Kostenbeteiligung	54
3.3	Weitere Vergünstigungen nach dem Krankenversicherungsgesetz ..	59
3.3.1	Jugendliche.....	59
3.4	Versorgungsnetze (Managed Care).....	59
3.5	Bedarfsplanung	59
3.5.1	OKP-Leistungen ausserhalb der Bedarfsplanung.....	59
3.6	Risikoausgleich	61
3.7	Auswirkungen auf die Reserven und Rückstellungen	62
3.8	Auswirkungen auf die Freiwilligen Versicherungen.....	62
3.9	Krankengeld.....	62
3.9.1	Ende der Versicherungspflicht	62
3.9.2	Krankengeld bei Arbeitslosigkeit und vorhergehender Erwerbstätigkeit im Ausland	63
3.9.3	Abgrenzung Krankengeldleistungspflicht in Bezug auf Beginn und Ende des Mutterschaftstaggeldes	63
3.9.4	Beitragspflicht bei Ende des Arbeitsverhältnisses	63
3.10	Übersicht	64
3.10.1	Kinder	64

3.10.2	Jugendliche.....	64
3.10.3	Erwachsene vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters.....	64
3.10.4	Personen nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters ...	64
3.10.5	Prämienverbilligung	65
3.11	Erwartete Folgen der Optimierungsmassnahmen	65
3.12	Weitere Gesetzesanpassung	67
3.12.1	Vorleistungspflicht	67
4.	Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln	67
4.1	Allgemeines	67
4.2	Gesetz über die Krankenversicherung	67
5.	Verfassungsmässigkeit / Rechtliches.....	74
6.	Vernehmlassungsvorlage.....	75

ZUSAMMENFASSUNG

Im Jahr 2010 wurden in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Leistungen im Umfang von CHF 137.5 Mio. getätigt. Dies entspricht einem Anstieg von 73.2% gegenüber dem Jahr 2000. Finanziert werden die Leistungen aus Kopfprämien und Kostenbeteiligungen der Versicherten, aus Beiträgen der Arbeitgeber sowie aus Staatsbeiträgen an die Krankenversicherung sowie an Spitäler.

Für die insgesamt 36'601 obligatorisch Krankenversicherten in Liechtenstein wurden im Jahr 2010 innerhalb der OKP durchschnittlich CHF 2'798 Prämienzahlungen pro versicherte Person (ohne Kinder) geleistet. Die monatliche Durchschnittsprämie beträgt im Jahr 2011 CHF 255 (ohne Unfall) beziehungsweise CHF 266 (mit Unfall), wovon die Hälfte der Prämie (ohne Unfall) bei Erwerbstätigen vom Arbeitgeber finanziert wird. Die entsprechende Durchschnittsprämie mit Unfall in der Schweiz liegt 2011 bei CHF 373.82.

Die Kostenbeteiligungen der Versicherten bestehen aus einer minimalen Jahresfranchise von CHF 200 und einem Selbstbehaltanteil von 10% der die Franchise übersteigenden Kosten bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von CHF 600. Der Anteil der Kostenbeteiligungen von erwachsenen Versicherten an ihren OKP Bruttoleistungen blieb zwischen den Jahren 2000 und 2010 konstant bei 7% (CH: 14%). Im Jahr 2010 wendeten liechtensteinische Versicherte durchschnittlich CHF 256 für Kostenbeteiligungen auf. In der Schweiz belief sich der entsprechende Betrag auf CHF 455.

Mit den Staatsbeiträgen zur Mitfinanzierung der OKP werden im Sinne einer familienpolitischen Massnahme 90% der durchschnittlichen OKP Jahreskosten der Kinder übernommen. Zusätzlich leistet der Staat auch einen Beitrag an die übrigen Versicherten (=Jugendliche und Erwachsene). Dieser verfolgte ursprünglich das Ziel einer Rückversicherung der Krankenkassen für hohe Kosten. Da hierfür ein sehr hoher Betrag (2011: CHF 54 Mio.) ausgeschüttet wird, dient dieser nicht mehr nur als Rückversicherung hoher Kosten, sondern bewirkt zusätzlich und in beträchtlichem Ausmass eine generelle Reduktion der Prämien für alle Versicherten („generelle Prämienverbilligung“) – unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Für einkommensschwache Versicherte gewährt der Staat zudem eine individuelle Prämienverbilligung.

Im Weiteren beteiligt sich der Staat an den Behandlungen und Investitionskosten der Vertragsspitäler (2010: CHF 20.0 Mio.). Der Staatsbeitrag an Spitäler hat sich seit dem Jahr 2000 verdoppelt.

Der Staat übernahm 2010 mit den verschiedenen Subventionen (insgesamt CHF 90.8 Mio.) 51.1% der Kosten der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens durch Beiträge an die Kassen zur Mitfinanzierung der obligatorisch versicherten Krankenpflegeleistungen, an einkommensschwache Versicherte und an Spitäler.

Durch die staatlichen Subventionen an die obligatorische Krankenpflegeversicherung werden die Prämien über den gesamten Versichertenbestand drastisch gesenkt, bzw. künstlich tief gehalten. Im Verhältnis der individuellen Prämienlast zu den tatsächlich anfallenden Kosten der Gesundheitsversorgung entsteht somit eine Kostenintransparenz, welche dem Kostenbewusstsein der Versicherten nicht zuträglich ist. Aufgrund der tiefen Prämien und Kostenbeteiligungen fehlen den Versicherten Anreize, sich eigenverantwortlich und kostenbewusst zu verhalten. Ein stetig steigendes Anspruchsdenken der Bevölkerung trägt ebenfalls zu einer steigenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung sollte sich hauptsächlich aus möglichst risikogerechten Prämien des versicherten Kollektivs und dessen Kostenbeteiligungen finanzieren. Der staatliche Eingriff sollte nur dann erfolgen, wenn das Versicherungssystem aus sich selbst heraus die notwendige Solidarität innerhalb des Versicherungssystems nicht gewährleisten kann. Das Finanzierungssystem und die staatlichen Beiträge an die obligatorische Krankenpflegeversicherung sollen im Sinne einer Vereinfachung der Geldflüsse und im Sinne von risikogerechten und kostentransparenten Prämien und Kostenbeteiligungen optimiert werden.

Die Finanzierung der staatlichen Gesundheitsversorgung gemäss der derzeit gültigen Gesetzeslage ist nicht nachhaltig. Selbst der stetige Zufluss der Staatsbeiträge ist nicht ausreichend, um die Finanzierungsbasis der staatlichen Gesundheitsversorgung zu sichern. Deshalb soll ein Prozess zur Verbesserung einge-

leitet werden. In einem ersten Schritt soll dabei der Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten gesenkt werden. An dessen Ausgestaltung soll gleichzeitig das Finanzierungssystem über Prämien und Kostenbeteiligungen angepasst werden, um dem Gesundheitssystem die dann fehlenden Mittel bereit zu stellen. Im Sinne eines sozialen Ausgleichs zu den höheren individuellen Verpflichtungen sollen einkommensschwache Versicherte gezielt durch Anpassungen am Prämienverbiligungssystem unterstützt werden.

Zusammengefasst werden folgende Änderungen vorgeschlagen:

System OKP

- Überführung der heutigen Zusatzversicherung „Freie Arztwahl“ in die Grundversicherung als OKP plus mit freier Wahl des Leistungserbringers. Für OKP plus soll ein Prämienzuschlag festgelegt werden, ansonsten soll OKP plus praktisch identisch mit der OKP basic (heutige OKP) sein.

Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten:

- deutliche Senkung von CHF 54 Mio. (2011) um CHF 20 Mio. und somit dessen Ausgestaltung im Sinne eines Risikofonds.

Kostenbeteiligung

- Umwälzung der durch die Senkung des Staatsbeitrages dem System fehlenden Mittel auf die **vom Leistungsbezug abhängige** Kostenbeteiligung und nicht auf die **vom Leistungsbezug unabhängige** Prämie; somit deutliche Anhebung der Kostenbeteiligung auf eine Franchise von CHF 1'500 und einen Selbstbehalt von 20% auf die nächsten CHF 500, also max. CHF 2'000;
- Aufhebung der Möglichkeit, höhere Kostenbeteiligung anzubieten, um eine weitere Entsolidarisierung zu verhindern;
- Einführung einer Kostenbeteiligung bei Jugendlichen in Höhe der halben ordentlichen Kostenbeteiligung von Erwachsenen;
- Aufhebung der Möglichkeit der Befreiung von einer Kostenbeteiligung von Versicherten mit bestimmten chronischen Krankheiten.

Prämienverbilligung

- *Durch Heraufsetzen der Einkommensgrenzen, durch höhere Beitragssätze und durch neu drei Stufen werden höhere Prämienverbilligungen an mehr Bezüger als heute ausbezahlt.*
- *Anpassungen am System der Prämienverbilligung durch eine Verbesserung des gezielten Ausgleichs zwischen den Einkommens- und Vermögensgruppen durch Aufhebung des Freibetrags von 70% auf Renten sowie Gleichstellung von Konkubinatspaaren mit Ehepaaren.*

Risikoausgleich

- *Abschaffen des Risikoausgleichs, da aufgrund des Staatsbeitrags Hochkostenfälle bereits abgesichert sind.*

Versorgungsnetze (Managed Care)

- *Schaffen der Möglichkeit, dass auch eine einzelne Krankenkasse einen Vertrag mit einem Versorgungsnetz abzuschliessen.*

Reserven und Rückstellungen

- *Erhöhung der vorgeschriebenen Reserven durch Bemessung mit dem bestehenden Prozentsatz an den Bruttoleistungen statt am Prämiensoll, da in Liechtenstein das Prämiensoll sehr viel tiefer liegt als die Bruttoleistungen.*

Krankentaggeld

- *Lediglich präzisierende Anpassungen, um bestehende Unklarheiten zu beseitigen.*

Finanzielle Auswirkungen

Der Landtag hat in seiner Sitzung vom Juni 2010 den Auftrag erteilt, die nötigen gesetzlichen Anpassungen für sozialverträgliche Reduktionen der Subventionen um CHF 23 Mio. im Krankenversicherungsbereich vorzulegen. Die Regierung hat dann aufgrund von günstigen Entwicklungen im März 2011 ihr Sparziel grundsätzlich angepasst und die geforderte Reduktion im KVG-Bereich auf CHF 15.3 Mio. reduziert.

CHF 3 Mio. sind schon bei der Festlegung des Staatsbeitrages 2011 eingespart worden. Mit dem nun vorliegenden Vorschlag werden in Bezug auf diesen reduzierten Sparvorschlag

- *weitere CHF 20 Mio. beim Staatsbeitrag eingespart,*
- *zusätzliche CHF 4 Mio. in die Prämienverbilligung investiert,*
- *CHF 3.7 Mio. als Systemreserve gehalten, um beim Übergang ins neue System eine Prämien-Nullrunde sicher stellen zu können, um die aufgrund der vorgeschlagenen Lösung höheren Mindestreserven der Krankenkassen ohne Prämienzuschlag realisieren zu können, sowie um allfällige Abweichungen bei den Modellrechnungen abfangen zu können.*

Die vorgeschlagenen Anpassungen sollen auf den 1. Januar 2013 in Kraft treten.

Die finanziellen Auswirkungen für die Versicherten sind den nachstehenden Tabellen dargestellt:

Kinder

	<i>Prämie</i>	<i>Kostenbeteiligung</i>
<i>Vor Reform</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Nach Reform</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Jugendliche

	<i>Prämie</i>	<i>Kostenbeteiligung</i>
<i>Vor Reform</i>	<i>50%</i>	<i>0</i>
<i>Nach Reform</i>	<i>50%</i>	<i>750 + SB 20% bis 250</i>

Erwachsene vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters

	<i>Prämie</i>	<i>Kostenbeteiligung</i>
<i>Vor Reform</i>	<i>100%</i>	<i>200 + SB 10% bis 600</i>
<i>Nach Reform</i>	<i>100%</i>	<i>1'500 + SB 20% bis 500</i>

Personen nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters

	<i>Prämie</i>	<i>Kostenbeteiligung</i>
<i>Vor Reform</i>	<i>100%</i>	<i>100 + SB 10% bis 300</i>
<i>Nach Reform</i>	<i>100%</i>	<i>750 + SB 20% bis 250</i>

Prämienverbilligung

	<i>Massgebender Erwerb</i>		<i>Prämienverbilligung</i>
	<i>alleinstehend</i>	<i>verheiratet</i>	
<i>Vor Reform</i>	<i>bis 30'000</i>	<i>bis 36'000</i>	<i>60%</i>
	<i>30'001 – 45'000</i>	<i>36'001 – 54'000</i>	<i>40%</i>
	<i>über 45'000</i>	<i>über 54'000</i>	<i>0</i>
<i>Nach Reform</i>	<i>bis 40'000</i>	<i>bis 48'000</i>	<i>80%</i>
	<i>40'001 – 55'000</i>	<i>48'001 – 66'000</i>	<i>60%</i>
	<i>55'001 – 65'000</i>	<i>66'001 – 78'000</i>	<i>40%</i>
	<i>über 65'000</i>	<i>über 78'000</i>	<i>0</i>

Erwartete Folgen der Optimierungsmassnahmen

Durch das Schaffen von Kostentransparenz und durch ein verstärktes Tragen der verursachten Kosten durch die Kostenverursacher selbst erwartet sich die Regierung Verbesserungen in verschiedenen Bereichen. Es wird die Notwendigkeit, zumindest aber die Bereitschaft, erhöht z.B. für:

- *Stärkung der Eigenverantwortung bei den Versicherten durch Schaffung eines Kostenbewusstseins, somit:*
 - *Hinterfragen der individuellen Inanspruchnahme von Leistungen, da zumindest die ersten CHF 1'500 selbst bezahlt werden müssen;*
 - *Bewusste und eigenverantwortliche Einflussnahme auf die weitere Behandlung;*
 - *Hinterfragen des Medikamentenbezugs, z.B. auch verbunden mit einer verstärkten Nachfrage nach Generika:*
 - *Positive Effekte auf die Eigenverantwortung im Bereich des individuellen Gesundheitsverhaltens*
- *Damit insgesamt auch ein Druck auf die Leistungserbringer zur Kostenreduktion und auf die Krankenkassen für weitere Optimierungsmassnahmen, z.B. durch:*
 - *Aufbau eines Tarifpools zur Förderung der Transparenz*
 - *Weiterentwicklung von Tarifsyste-men zur Schaffung einer höheren Transparenz in der Leistungsverrechnung;*
 - *Durchsetzung bestehender Instrumente zur Sanktionierung, insbesondere Verweigerung bzw. Rückforderung von Vergütungen bei nicht wirtschaftlicher Behandlung;*
 - *Durchsetzung von Qualitätsstandards;*
 - *Einführung von Disease-Management-Programmen (auf Leitlinien basierte Behandlungen) zur Sicherstellung von wirksamen und wirtschaftlichen Behandlungsketten;*
 - *Einführung von Managed Care Modellen;*

- *Einführung eines elektronischen Patientendossiers / einer Gesundheitskarte, um Doppelspurigkeiten zu reduzieren;*
- *Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention, somit auch von Betrieblichem Gesundheitsmanagement;*

ZUSTÄNDIGES RESSORT

Ressort Gesundheit

BETROFFENE AMTSSTELLEN

Amt für Gesundheit

Vaduz, 07. Juni 2011

RA 2010/2993-6360

P

1. AUSGANGSLAGE

1.1 **Bezug zum BuA 51/2010 „Gesamtschau und Weiterentwicklung des Liechtensteinischen Gesundheitswesens“**

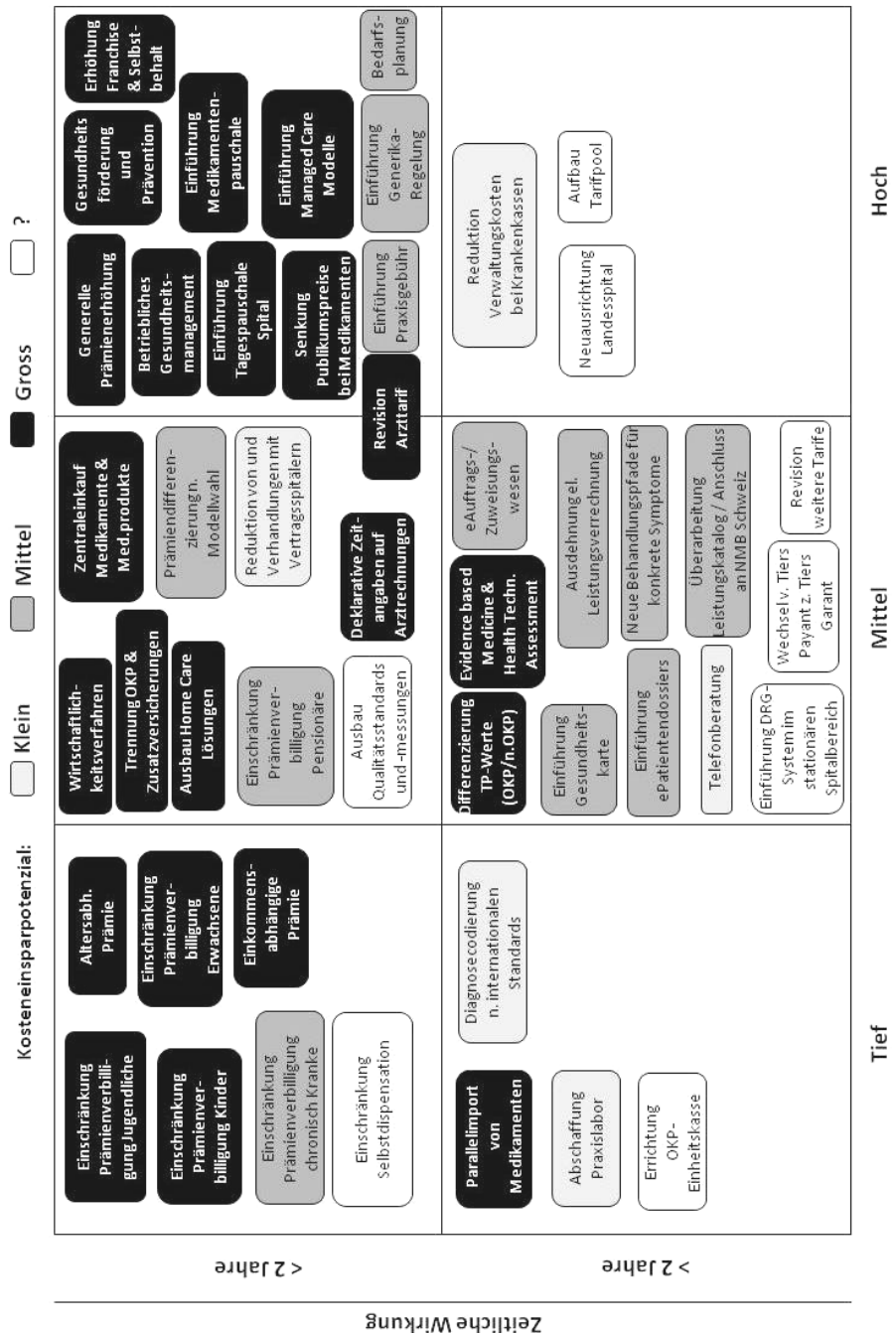
Im BuA 51/2010 betreffend die Gesamtschau und Weiterentwicklung des Liechtensteinischen Gesundheitswesens sind 43 Lösungsansätze zur zukünftigen Ausrichtung des Gesundheitswesens Liechtenstein ausführlich erörtert und anhand der drei Kriterien

- Wirksamkeit bezüglich Kostendämpfung bzw. -reduktion
- Zeitliche Wirksamkeit
- Umsetzbarkeit / Machbarkeit

evaluiert worden. Der BuA 51/2010 ist im Mai 2010 vom Landtag zur Kenntnis genommen worden.

Das folgende Bild zeigt eine Einteilung aller identifizierter Lösungsansätze bzw. Massnahmen anhand der drei genannten Kriterien:

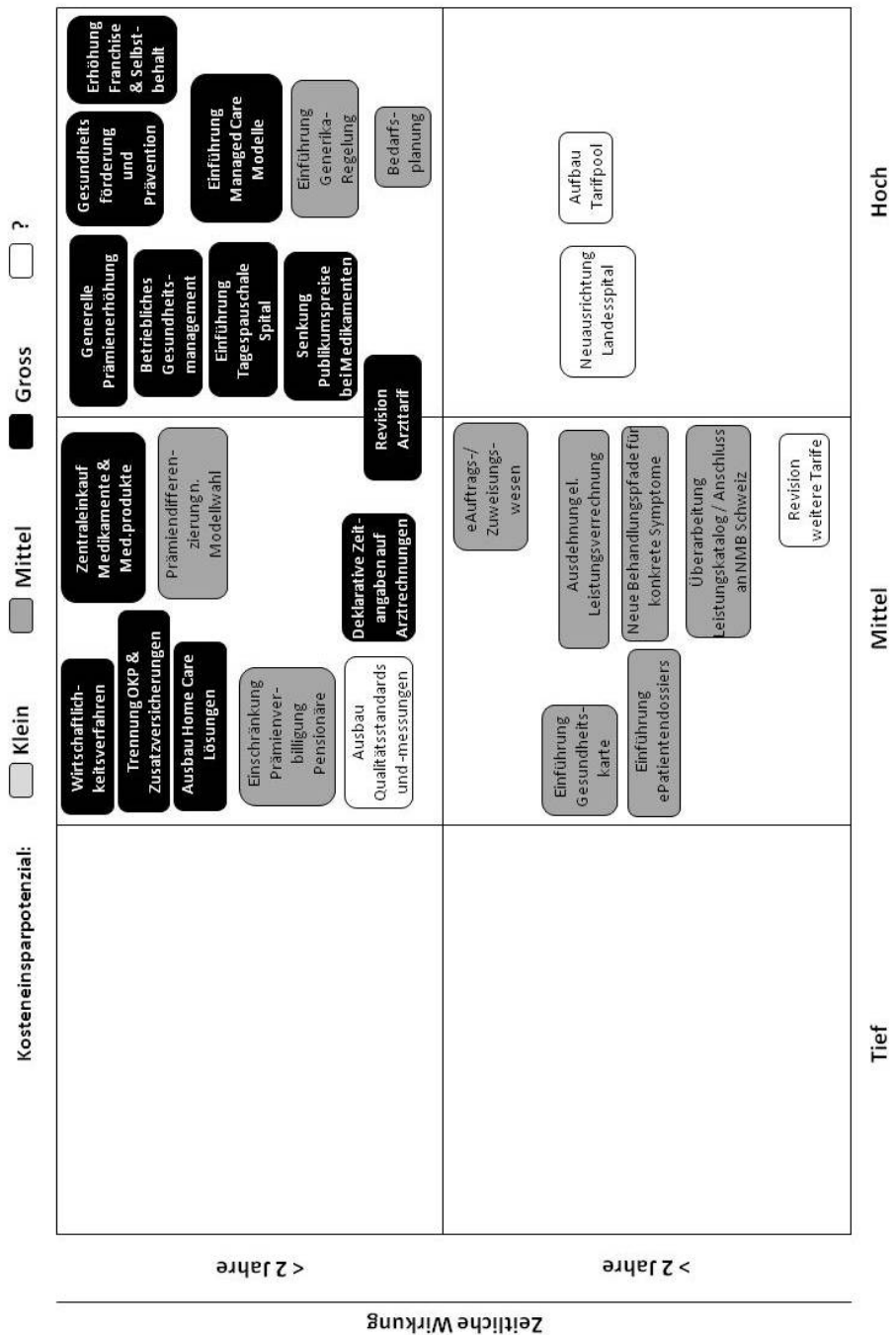
Abbildung 1 – Übersicht aller Lösungsansätze



Umsetzbarkeit/Machbarkeit

Diejenigen Lösungsansätze, welche zur Umsetzung oder Weiterverfolgung zwecks Konkretisierung empfohlen wurden, sind in der folgenden Grafik dargestellt:

Abbildung 2 – Übersicht aller zur Umsetzung bzw. Weiterverfolgung empfohlener Lösungsansätze



Den Arbeiten zur Erstellung einer „Gesamtschau und Weiterentwicklung des Liechtensteinischen Gesundheitswesens“ lagen zentrale Prämissen zugrunde. Insbesondere wurde eine Ausgewogenheit entlang verschiedener Ausprägungen verfolgt: Entwicklungen in kleinen Schritten, aber auch Lösungsansätze mit größeren Veränderungen, rasch wirksame Umsetzungen, aber auch langfristig und nachhaltig angelegte Entwicklungen, Massnahmen zur Kostendämpfung, aber auch zur Qualitätssteigerung, Berücksichtigung primärer Gesundheitskosten, aber auch sekundärer Sozialkosten, Beiträge aller Interessensgruppen, d.h. seitens der Versicherten, aber auch seitens der Leistungserbringer, der Krankenkassen und des Staates.

Einige der zur Umsetzung bzw. Weiterverfolgung empfohlenen Lösungsansätze bedürfen einer Gesetzesanpassung und werden in diesem Vernehmlassungsbericht vorgelegt:

- Reduktion Staatsbeitrag (im BuA 51/2010 unter dem Thema „Generelle Prämienhöhung“ beschrieben)
- Erhöhung Franchise und Selbstbehalt
- Trennung OKP und Zusatzversicherungen
- Einschränkung Prämienverbilligung Pensionäre
- Einführung Managed Care Modelle

Einer der ebenfalls zur Umsetzung empfohlenen Lösungsansätze (Wirtschaftlichkeitsverfahren) wurde dem Landtag bereits in Form eines Bericht und Antrages vorgelegt.

Die vorliegende Gesetzesrevision tangiert in erster Linie die Versicherten, aber auch den Staat (z.B. Staatsbeiträge, Prämienverbilligungen) und die Krankenkassen (z.B. Managed Care Versorgungsnetze, OKP *basic* / OKP *plus*, Risikoaus-

gleich). Massnahmen, welche vorwiegend die Leistungserbringer betreffen, bedürfen keiner Gesetzesrevision (z.B. Senkung Publikumspreise, Einführung Behandlungspfade für konkrete Symptome) und befinden sich z.T. bereits in Umsetzung (z.B. Revision Arzttarif, Deklarative Zeitangaben auf Arztrechnungen).

1.2 Finanzströme

Die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Fürstentum Liechtenstein wird in der folgenden Übersicht auf Basis der Zahlen aus dem Jahr 2010 dargestellt:

Abbildung 3 – Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Fürstentum Liechtenstein 2010

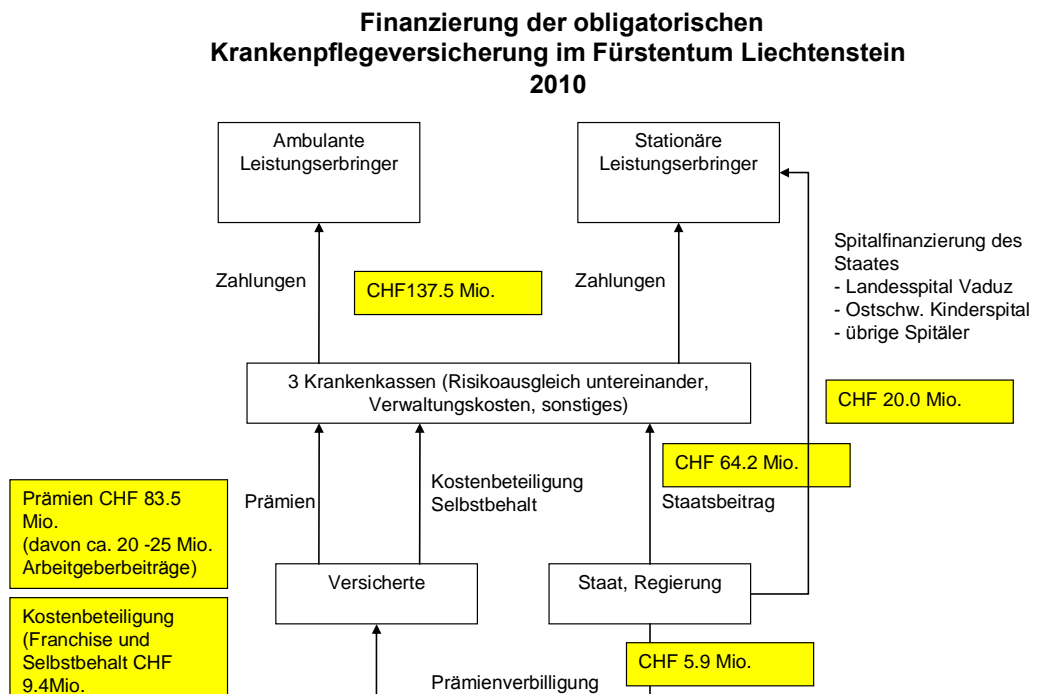


Tabelle 1 - Finanzierung¹

	in CHF	in %
Prämienzahlungen	83'487'554	47.97
Kostenbeteiligungen	9'351'883	5.26
Total Versicherte	92'839'438	52.23
./.. Prämienverbilligung	5'924'393	3.33
Total Versicherte Netto	86'915'045	48.90

Staatsbeitrag übrige Versicherte	64'914'687	36.52
Prämienverbilligung	5'924'393	3.33
Staatsbeitrag Spitäler	19'996'883	11.25
Total Staat	90'835'963	51.10

Total Staat und Versicherte	177'751'008	100.00
------------------------------------	--------------------	---------------

Die in der obigen Tabelle ausgewiesene Prämienverbilligung ist gemäss Art. 24 KVG ein Beitrag des Staates an die Finanzierung der Krankenkassen, muss in diesem Rahmen aber auch als „sozialpolitische Ausgabe“ betrachtet werden.

1.3 Beiträge des Staates an die Kosten der Krankenversicherung

Die Finanzierung der OKP ist im Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) geregelt und erfolgt:

¹ Ohne Berücksichtigung der Finanzierung durch Kapitalerträge, Reserven etc. der Kassen

- durch Prämienbeiträge der Versicherten und der Arbeitgeber,
- durch eine Kostenbeteiligung der Versicherten und
- durch Beiträge des Staates.

Die Prämienbeiträge der Versicherten sind „Kopfprämien“. Sie sind somit nicht von der Höhe eines Erwerbseinkommens abhängig, wie dies in anderen Sozialversicherungen (AHV, IV, Unfallversicherung, Krankentaggeldversicherung, Arbeitslosenversicherung) der Fall ist. Für Kinder bis zum vollendeten 16. Altersjahr werden keine Beiträge erhoben.

Der Staat beteiligt sich in folgender Weise an den Kosten der OKP:

- Übernahme von 90% der Kosten der Kinder (Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr);
- Vom Landtag jährlich festgelegter Beitrag an die Kosten der Jugendlichen und der Erwachsenen [in der Folge wird gemäss KVG statt „Jugendliche und Erwachsene“ der Begriff „übrige Versicherte“ verwendet];
- Beiträge zur Prämienverbilligung an einkommensschwache Versicherte;
- Staatsbeiträge an Spitäler.

1.3.1 Staatsbeitrag an Kinderprämien

Der Beitrag für die Kinder berechnet sich nach den verursachten Jahreskosten der OKP aller Kinder. Der Beitrag folgt also der Kostenentwicklung. Die durch diesen Staatsbeitrag nicht gedeckten Kosten der Kinder (10%) müssen von den Krankenkassen durch andere Einnahmen, faktisch also durch die Beiträge der übrigen Versicherten quersubventioniert werden.

Für das Jahr 2010 hat der Staat an die Kinderprämien einen Beitrag von rund CHF 9 Mio. entrichtet.

1.3.2 Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten

Der Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten wirkt für die Krankenkassen wie eine Rückversicherung für hohe Kosten, indem ihnen der Staat ab einem bestimmten Grenzbetrag 80% der Jahreskosten einer versicherten Person zurück vergütet. Dieser Staatsbeitrag besteht seit der Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 15. September 1999 (in Kraft seit 1. Januar 2000). Nach dem früheren Recht waren nach Alter und Geschlecht abgestufte Beiträge ausgerichtet worden („Risikoausgleich“). Nach dem Gesetz vom 15. September 1999 mussten die Beiträge total eine Höhe von 35% der Krankenpflegekosten aller obligatorisch Versicherten erreichen. Seit der Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 23. Oktober 2003 (in Kraft seit 1.1.2004) wird er jährlich vom Landtag unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Finanzlage des Landes festgelegt.

Der Staatsbeitrag hat die Funktion eines Ausgleichs zwischen den Krankenkassen für eingetretene Hochkostenfälle. Dies ist aufgrund des kleinen Versichertenbestandes in Liechtenstein und umso mehr pro Krankenkasse grundsätzlich eine sinnvolle Lösung. Der Grenzbetrag wird aus den zur Verfügung stehenden Mitteln und den angefallenen Kosten errechnet. Je höher der Staatsbeitrag ist, umso tiefer wird der Grenzbetrag. Der Grenzbetrag lag im Jahr 2010 bei CHF 3'603.30. Bei jedem Versicherten, dessen Jahreskosten diesen Betrag überstiegen, wurden also 80% der über diesem Grenzbetrag liegenden Kosten als Staatsbeitrag an die Krankenkassen ausbezahlt.

Die angestrebte Wirkung einer Rückversicherung tritt damit bereits bei sehr geringen Jahreskosten ein. Dies ergibt sich aus einem Vergleich des Grenzbetrages mit der Verteilung der Kosten der Krankenversicherung auf die verschiedenen Kostengruppen.

- Für ca. einen Viertel aller Versicherten, welche ca. 80% der Gesamtkosten verursachen, werden Staatsbeiträge an die Krankenkassen ausgerichtet.
- Bei dieser breiten Ausrichtung der Staatsbeiträge kann nicht mehr von einer Konzentration auf besonders hohe Risiken gesprochen werden.

Eine Berechnung des Amtes für Gesundheit zeigt zudem, dass im Jahr 2010

- rund 82% der Versicherten Jahreskosten unter CHF 5'000 pro Jahr verursachen. Die Jahreskosten dieser Versicherten entsprachen 27.2% der gesamten Jahreskosten der OKP;
- rund 92% der Versicherten Jahreskosten unter CHF 10'000 pro Jahr verursachen. Die Jahreskosten dieser Versicherten entsprechen 47.0% der gesamten Jahreskosten der OKP.

1.3.3 Prämienverbilligung

Die Prämienverbilligung für einkommensschwache Versicherte ist mit der Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 15. September 1999 (in Kraft seit 1. Januar 2000) eingeführt worden. Sie galt anfänglich nur für Versicherte im Hausarztssystem. Mit der Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 23. Oktober 2003 wird die Prämienverbilligung an alle Versicherten ausgerichtet, welche die gesetzlich festgelegten Voraussetzungen bezüglich der Höhe ihres sog. massgebenden Erwerbs (= steuerpflichtiger Erwerb + ein Zwanzigstel des Reinvermögens) erfüllen.

Der Anspruch auf Prämienverbilligung ist wie folgt definiert:

- Alleinstehende Versicherte mit einem massgebenden Erwerb unter CHF 30'000 und Verheiratete unter einem massgebenden Erwerb unter CHF 36'000 erhalten einen Beitrag in Höhe von 60% der Durchschnittsprämie.

- Für alleinstehende Versicherte mit einem massgebenden Erwerb von CHF 30'001 bis 45'000 und für verheiratete Versicherte mit einem massgebenden Erwerb von CHF 36'001 bis 54'000 wird ein Beitrag in Höhe von 40% der Durchschnittsprämie ausgerichtet.
- Von Renten der AHV und der IV werden nur 30% an den massgebenden Erwerb angerechnet.

Für das Jahr 2010 hat der Staat an die Prämienverbilligung einen Beitrag von CHF 5.9 Mio. entrichtet.

1.3.4 Staatsbeiträge an Spitäler

Neben diesen Beiträgen an die Krankenkassen und an die Versicherten leistet der Staat noch direkte Beiträge an Spitäler. Die Rechtsgrundlage für diese Beiträge findet sich im Gesetz über die Krankenversicherung (Art. 24a Abs. 1 Bst. c). Die Höhe der Beteiligungen richtet sich nach den Abkommen, welche die Regierung mit ausländischen Spitalern, beziehungsweise mit deren Trägern sowie mit dem Landesspital Vaduz abschliesst. Die Abkommen mit ausländischen Spitalern oder Spitalträgern ermöglichen den Versicherten aus Liechtenstein in der Regel die stationäre Behandlung zu den gleichen Tarifen wie den Versicherten des betreffenden Staates beziehungsweise Kantons und Bundeslandes. Im Gegenzug leistet das Fürstentum Liechtenstein direkte Beiträge an die Behandlungskosten (duale Finanzierung durch Staat und Krankenkassen) an die Spitäler. Es ist auch in den umliegenden Ländern üblich, dass sich die öffentliche Hand an den Kosten für stationäre Behandlungen beteiligt.

Für das Jahr 2010 hat der Staat an Spitäler einen Beitrag von total CHF 20.0 Mio. entrichtet.

1.4 Beiträge der Versicherten an die Kosten der Krankenversicherung

1.4.1 Prämien

Die Krankenversicherung wird nach dem Ausgabenumlageverfahren durchgeführt: Die laufenden Ausgaben sind grundsätzlich durch die laufenden Einnahmen zu decken. Jeder Krankenversicherer hat die zur Deckung seiner Ausgaben nötigen Prämien zu berechnen und in Form eines Budgets dem Amt für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Die Prämie ist für alle Versicherten gleich hoch („Kopfprämie“) und nicht vom Einkommen oder von unterschiedlichen Risiken abhängig. Zwei Ausnahmen von diesem Grundsatz bilden die halbierte Prämie für Jugendliche (16 bis und mit 20 Jahre) sowie die Prämienbefreiung für Kinder.

1.4.2 Kostenbeteiligung

Die Versicherten, die das 20. Altersjahr erfüllt haben, müssen für die obligatorischen Leistungen bei Krankenpflege eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Betrages pro Kalenderjahr, der sogenannten Franchise, in Höhe von CHF 200 und in Form eines Selbstbehaltes von 10% der die Franchise übersteigenden Kosten entrichten. Der Selbstbehalt ist bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von CHF 600 zu entrichten. Die maximale Kostenbeteiligung beträgt heute somit CHF 800.

Die Ausnahmen von dieser grundsätzlichen Regelung der Kostenbeteiligung (Jugendliche sowie Personen nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters) sind im folgenden Abschnitt aufgeführt.

Hinweis: In diesem Bericht wird von der heute im KVG verwendeten Begrifflichkeit (Kostenbeteiligung = fester Betrag + Selbstbehalt) zur im Alltag gebräuchli-

chen Begrifflichkeit (Kostenbeteiligung = Franchise + Selbstbehalt) umgestellt. Auch in der Schweiz wird von Franchise gesprochen. Dieser Begriff soll neu ins KVG aufgenommen werden.

1.5 Weitere Vergünstigungen nach dem Krankenversicherungsgesetz

Neben der individuellen Prämienverbilligung, der Prämienbefreiung für Kinder, sowie der generellen Prämienverbilligung durch den Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten sowie an die Spitäler gibt es im Rahmen des KVG weitere allgemeine Vergünstigungen, die einer indirekten Prämiensubvention der jeweils betroffenen Anspruchsgruppen gleichkommen. Diese weiteren Vergünstigungen müssen in diesem Zusammenhang und im Rahmen einer Gesamtbetrachtung erwähnt werden.

1.5.1 Jugendliche (Versicherte nach dem vollendeten 16. Altersjahr bis zum vollendeten 20. Altersjahr)

- 50% Prämienbefreiung, was zu einer jährlichen individuellen Entlastung von aktuell CHF 1'494 führt;
- Jugendliche zahlen keine Kostenbeteiligung, was zu einer jährlichen individuellen Entlastung von max. CHF 800 führt.

Somit werden alle Jugendlichen mit max. CHF 2'246 jährlich durch indirekte Prämiensubventionen entlastet. Das Kollektiv der Jugendlichen verursacht weniger Kosten als die älteren Versicherten. Hätten die Jugendlichen gleich hohe Prämien und Kostenbeteiligungen zahlen müssen wie Erwachsene, wären 2010 zusätzlich CHF 3 Mio. an Erträgen für die OKP generiert worden.

1.5.2 Personen nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters

Rentner bezahlen die halbe Kostenbeteiligung, was zu einer jährlichen individuellen Entlastung von aktuell max. CHF 400 führt.

Diese Entlastung wird durch die Erwachsenenprämien (Prämien von Personen über 20 Jahren) quersubventioniert. Hätten die Rentner gleich hohe Kostenbeteiligungen wie die Erwachsenen vor dem Erreichen des ordentlichen Rentenalters bezahlen müssen, wären 2010 zusätzlich CHF 1.2 Mio. an Erträgen für die OKP generiert worden.

1.5.3 Arbeitnehmende / Arbeitgeberbeitrag

Eine weitere Spezialität im liechtensteinischen Krankenversicherungsrecht ist der Arbeitgeberbeitrag. Alle Vollzeit-Arbeitenden werden – zusätzlich zu allen oben erwähnten vom Staat getragenen Subventionen - mit 50% von der Durchschnittsprämie entlastet. Das sind aktuell CHF 1'530 pro Person und Jahr. Bei Teilzeitarbeitenden reduziert sich der Arbeitgeberbeitrag entsprechend dem Beschäftigungsgrad.

Diese Entlastung wird durch den Arbeitgeber finanziert und kann somit als nicht-abgabepflichtiger Lohnbestandteil betrachtet werden.

1.5.4 Generelle Ausnahmen von der Kostenbeteiligung

Für Leistungen bei Mutterschaft und bei Vorsorgeuntersuchungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Ebenso befreit von der Kostenbeteiligung sind die in Anhang 5 KVV festgelegten chronischen Krankheiten. Welche chronischen Krankheiten eine Befreiung von der Kostenbeteiligung zur Folge haben, legt die Regierung auf Vorschlag der Leistungskommission fest. Es lässt sich nicht genau beziffern, welcher Betrag dadurch jährlich der OKP nicht zugeführt wird und so-

mit von allen Versicherten über die Prämien quersubventioniert werden muss. Gemäss den Angaben der Krankenkassen sind heute jedoch über 1'000 Personen von der Kostenbeteiligung befreit, was zu Mindereinnahmen von ungefähr CHF 0.8 – 1.0 Mio. führen dürfte.

1.6 Versorgungsnetze (Managed Care)

Managed Care Modelle haben den Anspruch einer gesteuerten Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette. Dabei nimmt ein Arzt die Rolle des zentralen „Gesundheitsmanagers“ ein. Dadurch sollen

- die Zuweisung von medizinischen Leistungen möglichst effizient sein,
- Fehlversorgung und unnötige Doppelspurigkeiten beseitigt werden und
- bei gleichzeitiger Erhöhung der Behandlungseffizienz die Kosten gesenkt werden.

Es wird dabei aber nicht nur eine integrierte Versorgung aufgebaut, sondern durch eine finanzielle Mitverantwortung der Leistungserbringer soll zudem der Anreiz zur Ausweitung der Leistungserbringung entfallen. Ein Versorgungsnetz kann neben Ärzten auch andere zugelassene Leistungserbringer umfassen. Die in einem Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer tragen eine finanzielle Mitverantwortung für die Kosten der im Versorgungsnetz selber erbrachten und der bei anderen Leistungserbringern ausserhalb des Versorgungsnetzes veranlassten Leistungen.

Der Beitritt zu einem Versorgungsnetz steht allen Versicherten offen. Mit dem Beitritt verpflichten sie sich jedoch, die Leistungen der OKP im Rahmen dieses Versorgungsnetzes zu beanspruchen und mit Ausnahme von Notfällen Leistungserbringer ausserhalb des Versorgungsnetzes nur gestützt auf die Zuweisung durch einen Arzt des Versorgungsnetzes aufzusuchen. Bezüglich Leistungen dür-

fen keine Einschränkungen gemacht werden. Die Leistungen der OKP müssen in einem Versorgungsnetz vollständig gewährleistet sein.

Art. 16f KVG gibt dem Kassenverband die Möglichkeit, mit zugelassenen Leistungserbringern, die sich zu einem Versorgungsnetz zusammenschliessen, einen Versorgungsvertrag abzuschliessen, in welchem die Leistungserbringer eine Mitverantwortung für die Kosten der im Versorgungsnetz selber und der bei anderen Leistungserbringern veranlassten Leistungen übernehmen.

Zur Zeit besteht in Liechtenstein kein Versorgungsnetz. Ein Grund dafür sind die tiefen Prämien, die es nicht attraktiv machen, sich bei der Wahl der Leistungserbringer noch weiter einzuschränken.

1.7 Bedarfsplanung

1.7.1 Leistungserbringer

Seit dem Jahr 2004 besteht eine Bedarfsplanung mit einer zahlenmässigen Beschränkung von Ärzten. Sie verfolgt das Ziel, einerseits eine ausreichende Versorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten und andererseits eine Überversorgung zu vermeiden. Gegenwärtig sind in der Bedarfsplanung gemäss Liste des LKV 87 Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen vorgesehen. Darunter befinden sich auch im Ausland tätige Ärzte. Mit Stand April 2011 besitzen gemäss Liste des Amtes für Gesundheit 95 Ärzte eine Bewilligung zur freiberuflichen Tätigkeit in Liechtenstein. Im Rahmen einer Übergangsregelung bei Einführung der Bedarfsplanung wurden etwas mehr inländische Ärzte für die OKP zugelassen als dies die Bedarfsplanung vorsieht (Besitzstandswahrung).

Eine weitere Bedarfsplanung wurde im Jahr 2007 für Psychotherapeuten eingeführt, welche 10 Stellen für inländische Psychotherapeuten vorsieht.

Bei allen übrigen Leistungserbringern besteht derzeit keine Bedarfsplanung.

Damit ein Leistungserbringer über die OKP abrechnen kann, muss er, bzw. der jeweilige Verband, mit dem LKV einen Tarifvertrag abgeschlossen haben. Sobald eine Bedarfsplanung besteht, erhalten nur die Leistungserbringer innerhalb der Bedarfsplanung einen OKP-Vertrag. Die oben erwähnte Steuerung der Versorgung betrifft somit den Bereich der OKP.

1.7.2 OKP-Leistungen ausserhalb der Bedarfsplanung

In Art. 18 KVG wird als Grundsatz festgelegt, dass den Versicherten innerhalb der OKP die Wahl unter den für die Behandlung ihrer Krankheit geeigneten und zugelassenen (d.h. mit OKP-Vertrag) Leistungserbringern frei steht.

Wählt nun ein Versicherter einen Leistungserbringer ausserhalb der Bedarfsplanung bzw. ohne OKP-Vertrag, dann übernimmt die OKP trotzdem (max.) die Hälfte der angefallenen Kosten für OKP-Leistungen. Die andere Hälfte muss der Versicherte selbst übernehmen bzw. kann diese andere Hälfte über eine Zusatzversicherung abgedeckt werden. Die Krankenkassen müssen (Art. 16 Abs. 2 KVG) den Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine solche freiwillige Versicherung anbieten. Diese Versicherung übernimmt dann den Restbetrag bis mindestens zur Höhe der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarife. In dieser freiwilligen Zusatzversicherung, die obligatorisch angeboten werden muss, gibt es bislang keine Kostenbeteiligung.

Im Jahr 2010 hatten 6'808 Versicherte diese freiwillige Versicherung abgeschlossen. Sie übernahm Leistungen in Höhe von insgesamt CHF 1.4 Mio. Daraus kann nicht direkt die Höhe der Zahlungen der OKP an Leistungserbringer ohne OKP-Vertrag geschlossen werden, weil im Rahmen von Notfällen und OKP-pflichtigen

Leistungen, welche kein Vertragsleistungserbringer durchführen kann, die OKP die gesamten Behandlungskosten übernimmt.

1.8 Risikoausgleich

Gemäss statistischen Auswertungen verursachen Frauen und ältere Versicherte höhere Kosten in der OKP als Männer und junge Versicherte. Im Rahmen des Risikoausgleichs zahlen die Krankenkassen, welche weniger Frauen und weniger ältere Versicherte haben, einen Ausgleichsbetrag an die Krankenkassen, welche mehr Frauen und mehr ältere Versicherte haben. Der Risikoausgleich bezweckt, dass in der sozialen Krankenversicherung von den Versicherern keine „Jagd auf gute Risiken“ gemacht wird.

1.9 Reserven und Rückstellungen

Die Krankenversicherer müssen in der OKP zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit Reserven (Sicherheits- und Schwankungsreserven) bilden. Diese Reserven müssen je nach Versichertenbestand einen in der Krankenversicherungsverordnung (Art. 4, Finanzielle Sicherheit) festgelegten Prozentsatz der geschuldeten Prämien (Prämiensoll) erreichen.

Falls aufgrund einer deutlichen Reduktion der staatlichen Subventionen an die Krankenversicherung als Ausgleich die Prämien erhöht werden sollen, dann müssen zusätzlich zu dieser Prämienhöhung zusätzliche Reserven gebildet werden, da das Prämiensoll dann deutlich höher sein wird. Die Prämienhöhung würde also noch etwas höher ausfallen als direkt durch die tieferen Subventionen bedingt.

1.10 Krankengeld

Im Gegensatz etwa zur Schweiz ist in Liechtenstein die Krankengeldversicherung für Arbeitnehmende obligatorisch (Art. 7 KVG). Sie stellt bei vorübergehender oder dauernder Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit wegen Krankheit den entgangenen Lohn sicher. Das Obligatorium gilt für über 15-jährige Arbeitnehmer, die in Liechtenstein für einen Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sind, bis zum Zeitpunkt des Bezuges einer ganzen Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung.

Das Krankengeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit mindestens 80% des bis zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit bezogenen AHV-pflichtigen Lohnes, einschliesslich regelmässiger Nebenbezüge. Der Höchstbetrag des anrechenbaren Lohnes ist in der KVV auf CHF 126'000 Franken im Jahr und CHF 345 pro Tag festgesetzt. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% wird das Krankengeld entsprechend gekürzt.

Der Leistungsbeginn für das Krankengeld kann für die Dauer von längstens 360 Tagen aufgeschoben werden, sofern der Arbeitgeber die Gewähr für die Lohnfortzahlung bietet.

2. ANLASS / NOTWENDIGKEIT DER VORLAGE / BEGRÜNDUNG DER VORLAGE

Durch die Gesamtheit der staatlichen Subventionen an die OKP werden die Prämien über den gesamten Versichertenbestand drastisch gesenkt, bzw. künstlich tief gehalten. Im Verhältnis der individuellen Prämienlast zu den tatsächlich anfallenden Kosten der Gesundheitsversorgung entsteht somit eine Kostentransparenz, welche dem Kostenbewusstsein der Versicherten nicht zuträglich ist, dies wohlgermerkt bei einem äusserst breit ausgebauten Leistungskatalog. Aufgrund der tiefen Prämien und Kostenbeteiligungen fehlen den Versicherten

Anreize, sich kostenbewusst zu verhalten. Ein stets steigendes Anspruchsdenken der Bevölkerung trägt ebenfalls zu einer steigenden Inanspruchnahme auch von Gesundheitsleistungen bei.

Die Staatsbeiträge an die übrigen Versicherten wirken einerseits wie ursprünglich gedacht als Rückversicherung von Hochrisikofällen, andererseits jedoch in noch stärkerer Ausprägung als generelle Prämienreduktion für alle Versicherten.

Das aktuelle Prämienverbilligungsmodell ist einfach und übersichtlich strukturiert. Es ist jedoch nicht durchgängig an der wirtschaftlichen Bedürftigkeit ausgerichtet und ermöglicht den gezielten Ausgleich zwischen den Einkommensgruppen teilweise in zu schwachem Ausmass.

Mit den Staatsbeiträgen an die Spitäler übernimmt der Staat einen wesentlichen Anteil der Kostensteigerung in der stationären Versorgung.

Der Anteil aller Staatsbeiträge an den Kosten der Grundversicherung beträgt über 50%. Diese Beträge fliessen über verschiedene Budgets und Beiträge ins Finanzierungssystem, was einerseits die administrative Komplexität erhöht, andererseits die Transparenz für sämtliche Akteure schmälert.

Das aktuelle Finanzierungssystem zeigt sich also als komplex und ist aufgrund der verschiedenen Staatsbeiträge mit komplizierten Geldflüssen versehen. Diese für die Versicherten undurchsichtige Struktur schmälert einerseits - zusätzlich zur fehlenden Kostenwahrheit - die Kostentransparenz, andererseits ist eine solche Ausgestaltung ineffizient und unnötig. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung sollte sich hauptsächlich aus risikogerechten Prämien des versicherten Kollektivs und dessen Kostenbeteiligungen finanzieren. Der staatliche Eingriff sollte nur dann erfolgen, wenn das Versicherungssystem aus sich selbst heraus die notwendige Solidarität innerhalb des Systems nicht gewährleisten kann. Das Finanzierungssystem und die staatlichen Beiträge an die obligatorische Kranken-

pflegeversicherung sollen im Sinne einer Vereinfachung der Geldflüsse und im Sinne von risikogerechten und kostentransparenten Prämien und Kostenbeteiligungen optimiert werden.

Eine 2007 erstellte Studie zur Nachhaltigkeit der liechtensteinischen Fiskal- und Sozialpolitik² enthält eine isolierte Generationenbilanz der liechtensteinischen Gesundheitsversorgung. Die Autoren der Nachhaltigkeitsstudie stellen in ihrem Bericht fest, dass die Finanzierung der staatlichen Gesundheitsversorgung gemäss ihren Annahmen und Referenzszenarios sowie der derzeit gültigen Gesetzeslage nicht nachhaltig ist. Selbst der stetige Zufluss der Staatsbeiträge ist nicht ausreichend, um die Finanzierungsbasis der staatlichen Gesundheitsversorgung zu sichern.

Nachhaltig ist eine Entwicklung, wenn sie die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können.³

2.1 Die Entwicklung der Staatsbeiträge seit dem Jahr 2000

Die Staatsbeiträge an die Krankenkassen (Kostenübernahme für Kinder und für übrige Versicherte), sowie die Beiträge zur Prämienverbilligung an die Versicherten haben sich seit dem Jahr 2000 wie unten dargestellt entwickelt.

² Raffelhüschen, Moog, Biedermann (2007): Zur Nachhaltigkeit der liechtensteinischen Fiskal- und Sozialpolitik: Eine Generationenbilanz. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

³ Definition Nachhaltigkeit der Brundtland-Kommission

2.1.1 Staatsbeiträge an die Krankenversicherung und Prämienverbilligung

Tabelle 2 – Staatsbeiträge an die Krankenversicherung und Prämienverbilligung

Jahr	Staatsbeiträge an Kassen	Prämienverbilligung	Total	Bezügerquote Prämienverb.⁴
2000	43'093'465	1'650'662	44'744'127	10.40%
2001	41'333'382	2'175'619	43'509'001	8.60%
2002	35'759'598	2'875'592	38'635'190	9.70%
2003	44'925'649	3'021'407	47'947'056	10.00%
2004	51'711'614	4'154'651	55'866'265	12.10%
2005	47'893'057	4'692'274	52'585'331	13.70%
2006	49'931'425	4'737'392	54'668'817	13.90%
2007	52'488'282	4'836'685	57'324'967	13.40%
2008	54'131'220	5'421'666	59'552'886	14.40%
2009	59'030'287	5'770'204	64'800'491	14.6%
2010	64'914'687	5'924'393	70'841'090	15.2%
Steigerung 2000-2010	50.64%	258.91%	58.32%	

⁴ Derjenige Anteil der erwachsenen Bevölkerung, der eine Prämienverbilligung bezieht

Für die Jahre 2000 bis 2004 sind in den Staatsbeiträgen an die Krankenkassen auch die Beiträge zur Startfinanzierung im Hausarztssystem enthalten. Das Wachstum der Beiträge an die Prämienverbilligung ist deutlich höher als jenes der übrigen Staatsbeiträge. Dies ist zunächst dadurch zu erklären, dass sich der Beitrag an eine beitragspflichtige Person proportional zur Prämiensteigerung erhöht. Sodann hat auch die Zahl der Bezüger einer Prämienverbilligung zwischen 2000 und 2010 um 60.3% zugenommen. Einerseits ist dies darauf zurückzuführen, dass ab dem Jahr 2004 die Beschränkung der Prämienverbilligung auf das Hausarztssystem aufgehoben worden ist. Andererseits dürfte das System der Prämienverbilligung ganz allgemein in der Bevölkerung im Laufe der Zeit besser bekannt geworden sein. Denkbar ist auch, dass im Laufe der Beobachtungsperiode aufgrund der Einkommensentwicklung die Zahl der Personen mit einem Anspruch auf Prämienverbilligung zugenommen hat.

2.1.2 Staatsbeiträge an die Spitäler

Auch in den umliegenden Ländern, in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich, beteiligt sich die öffentliche Hand an den OKP-Kosten, die in stationären Einrichtungen anfallen. Die Aufteilung der Kosten auf Krankenkassen und Staat ist dabei in der jeweiligen Spitalvereinbarung festgelegt. Mit der Einführung von leistungsbezogene Fallpauschalen mit Swiss DRG (Swiss Diagnosis Related Groups) an den Schweizer Spitalern kann es dabei zu Umverteilungen kommen.

2.2 Die Auswirkung der Staatsbeiträge auf die Finanzierung der Krankenversicherung

2.2.1 Staatsbeiträge als sozialpolitisches Korrektiv zur Kopfprämie

Die Staatsbeiträge vermindern die Prämienbelastung der Versicherten. Sie sind ein sozialpolitisches Korrektiv zur einheitlichen Kopfprämie, welche die wirt-

schaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten nicht berücksichtigt. Allerdings hat nur die individuelle Prämienverbilligung eine gezielte sozialpolitische Wirkung. Die Prämienbefreiung für Kinder hat zwar ebenfalls eine sozialpolitische Komponente, indem Haushalte mit Kindern entlastet werden. Entlastet werden aber auch Haushalte mit hohen Einkommen. Der Staatsbeitrag führt zu einer generellen Senkung der Prämienbelastung der Versicherten. Entlastet werden auch Personen, für welche aufgrund ihres Einkommens und Vermögens kostendeckende Prämien zumutbar wären. Mittlerweile ist der vom Staat ausgeschüttete Beitrag an die übrigen Versicherten, welcher eine generelle Prämienverbilligung darstellt, ca. zehnmal so hoch wie die individuelle Prämienverbilligung.

2.2.2 Verhältnis von Bruttoleistungen zu Bruttoprämien

Eine kostendeckende Prämie müsste die Bruttoleistungen minus die Kostenbeteiligung (Nettoleistungen) zuzüglich der übrigen Aufwendungen der Krankenkassen (Verwaltungskosten, Äufnung von Reserven) decken. Weil die Kinder keine Prämien bezahlen und ihre Kosten nicht vollständig durch Staatsbeiträge gedeckt werden, muss ein Teil der Kosten für Kinder über die Prämien der Erwachsenen finanziert werden. In der Tabelle 3 wird gestützt auf die vorhandenen statistischen Angaben für die Jahre 2004 bis 2010 die Bruttoprämie für Erwachsene ins Verhältnis zu den Nettoleistungen für Erwachsene⁵ gesetzt.

Der Vergleich macht deutlich, dass die erwachsenen Versicherten mit ihren Prämien nur etwa 69.7% der von ihnen beanspruchten Nettoleistungen bezahlen. Berücksichtigt man noch den Betriebsaufwand⁶, lässt sich feststellen, dass dank

⁵ Für die Jahre 2001 bis 2003 erfolgt mangels Angaben zu den Nettoleistungen der Vergleich mit den Bruttoleistungen.

⁶ Der Betriebsaufwand (Verwaltungsaufwand zuzüglich weitere Aufwendungen wie Abschreibungen) beträgt für die ganze Krankenversicherung (inkl. freiwillige Versicherung) 9.3% des Gesamtaufwandes, vgl. Krankenkassenstatistik 2009, S. 30.

der Staatsbeiträge an die Krankenkassen die in Rechnung gestellten Prämien um mehr als einen Drittel unter einer kostendeckenden Prämie liegen. In dieser Betrachtung werden ausschliesslich die Leistungen der Krankenkassen in der OKP berücksichtigt. Wie in 1.1 *Finanzströme* dargestellt, leistet der Staat einen zusätzlichen Anteil. Hier wird also davon ausgegangen, dass sich der Staat an den stationären Behandlungen beteiligt sowie, dass er - mit dem Ziel eines sozialen Ausgleichs der Kopfprämien - eine Prämienverbilligung ausrichtet. Ansonsten müsste man hier von der Hälfte statt von einem Drittel sprechen.

Tabelle 3 – Verhältnis Bruttoprämie zu Nettoleistung

Jahr	Bruttoleistungen/ Erwachsene	Nettoleistungen/ Erwachsene	Bruttoprämie/ Erwachsene	Prämie in % Nettoleistung ⁷
2001	3'084		1'968	63.8%
2002	3'232		2'127	65.8%
2003	3'537		2'255	63.8%
2004	3'526	3'231	2'496	77.3%
2005	3'743	3'434	2'477	72.1%
2006	3'911	3'595	2'482	69.0%
2007	4'243	3'918	2'514	64.2%
2008	4'335	4'005	2'671	66.7%

⁷ 2001 bis 2003 in % der Bruttoleistungen

2009	4'461	4'131	2'787	67.5%
2010	4'469	4'136	2'882	69.7%
Steigerung 2001-2010	44.9%		46.4%	

2.3 Die Auswirkungen der Prämienverbilligung

Das Amt für Gesundheit stellt die Auswirkungen der Prämienverbilligung jährlich in einem umfassenden Abschlussbericht dar. Die wichtigsten Aussagen über die Wirkung der Prämienverbilligung im Abschlussbericht für das Jahr 2010 lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Prämienverbilligung stellt vor allem für alleinstehende Personen, insbesondere für Frauen eine wirkungsvolle finanzielle Unterstützung dar. Rund 62% des Gesamtbetrages der Prämienverbilligung geht an alleinstehende Personen.
- Die Verteilung nach den beiden Subventionssätzen (40% und 60%) zeigt, dass die Prämienverbilligung vor allem bei den niedrigen Einkommen greift. Es handelt sich dort primär um alleinstehende Personen und/oder Personen im AHV-Alter. Rund 80% des Gesamtbetrages der Prämienverbilligung geht an Personen mit einem Verbilligungsanspruch von 60%.
- An Personen über 65 Altersjahren gehen rund 55% des Gesamtbetrages der Prämienverbilligung. Die Begünstigung bei der Anrechnung der AHV und IV-Renten wird als Kompensation für den Wegfall des Arbeitgeberbeitrages und der obligatorischen Unfallversicherung nach der Pensionierung betrachtet.

- An Verheiratete mit Einkommen zwischen CHF 36'001 und 54'000 gehen nur rund 11% des Gesamtbetrages der Prämienverbilligung.
- Insgesamt erhalten rund 15.2% der erwachsenen Wohnbevölkerung Beiträge zur Prämienverbilligung.

2.4 Kritische Würdigung der heutigen Regelung

2.4.1 Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten

Bei einer kritischen Würdigung des heutigen Konzepts der Staatbeiträge an die Krankenkassen sind folgende Punkte hervorzuheben:

- Die Höhe des Staatsbeitrages wird vom Landtag ohne eindeutig vorgegebene Kriterien festgelegt. Der Staatsbeitrag muss also nicht zwangsläufig in Zusammenhang mit der Höhe und der Häufigkeit von besonders hohen Jahreskosten der Versicherten stehen. Er wirkt letztlich einfach als ein vom Landtag festgelegter Beitrag an die Kosten der Krankenversicherung und führt zu einer generellen Prämienenkung für die Versicherten.
- Der Staatsbeitrag setzt bei einem relativ tiefen Grenzbetrag (2010: CHF 3'603.30) ein. Der Staat hat im Jahr 2010 also den Krankenkassen ab Jahreskosten einer versicherten Person von CHF 3'603.30 80% der über diesem Wert liegenden Kosten rückerstattet. Der Grenzbetrag bezieht sich mittlerweile auf ein Viertel der Fälle (ca. 80% der Gesamtkosten) und nicht nur auf besonders grosse Risiken.
- Durch den Staatsbeitrag an die Krankenkassen werden die Prämien für alle erwachsenen Versicherten, verglichen mit einer kostendeckenden Prämie, um mehr als einen Drittel gesenkt. Eine solche Prämienenkung für alle Versicherten ist zumindest aus sozialpolitischen Gründen nicht nötig.

- Die Tatsache, dass die von den Versicherten bezahlten Prämien um mehr als einen Drittel unter den effektiven Kosten liegen, schwächt das Kostenbewusstsein der Versicherten. Vergleichen diese ihre Prämien mit jenen im Ausland, ziehen sie daraus möglicherweise den Schluss, dass die Kosten der Krankenversicherung in Liechtenstein deutlich tiefer liegen, als in der Schweiz.
- Die künstlich tief gehaltenen Prämien, vor allem aber auch in Kombination mit einer geringen Kostenbeteiligung (in der Schweiz sind 2010 durchschnittlich CHF 455 pro Person und Jahr als Kostenbeteiligung bezahlt worden, im Nachbarkanton SG CHF 401 (2009), in Liechtenstein jedoch nur CHF 256) führen dazu, dass Leistungen letztlich derart günstig bezogen werden können, dass kaum ein Anreiz besteht, die Notwendigkeit und den Umfang der Konsumation durch den einzelnen Versicherten zu hinterfragen. Es besteht kein Anlass, ein Kostenbewusstsein zu entwickeln.
- Die jährliche Festlegung des Staatsbeitrages hat einen erheblichen Einfluss auf die Prämienentwicklung. Sie kann dadurch teilweise von der Kostenentwicklung abgekoppelt werden. Die Prämienentwicklung ist somit nicht mehr ein zuverlässiger Indikator für die Kostenentwicklung. Dabei ist ein überproportionaler Anstieg der Prämien sogar das wahrscheinlichere Szenario. Erhöht nämlich der Landtag die Staatsbeiträge nicht mindestens proportional zur Kostenentwicklung in der Krankenversicherung sinkt der Kostenanteil des Staates an der Finanzierung der Krankenversicherung und die Prämien steigen überproportional an.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass ein direkter Staatsbeitrag in der bisherigen Höhe nicht nötig ist, um ein gutes Funktionieren der Krankenversicherung zu garantieren. Es besteht schon unter den hier genannten Aspekten Bedarf für eine

Senkung der staatlichen Subventionen an die OKP, noch ohne überhaupt auf die Sanierung des Staatshaushaltes zu achten.

2.4.2 Die Beiträge zur individuellen Prämienverbilligung

Bei einer kritischen Würdigung des heutigen Konzepts der Prämienverbilligung sind folgende Punkte hervorzuheben:

- Die aus dem heutigen Konzept der Prämienverbilligung resultierenden Staatbeiträge entsprechen nur rund einem Zehntel der allgemeinen Staatsbeiträge an die Krankenkassen. Dies unterstreicht das Giesskannenprinzip der heutigen Landessubventionen, da nebst Prämienverbilligungen für einkommensschwache Versicherte und die Finanzierung von Hochkostenfällen alle anderen Versicherten ebenfalls von einer starken generellen Prämienverbilligung profitieren.
- Personen unter dem Pensionierungsalter und darunter insbesondere Verheiratete mit Einkommen zwischen CHF 36'001 und 54'000 sind im heutigen System der Prämienverbilligung benachteiligt.
- Die heutige Umschreibung des Anspruchs auf Prämienverbilligung mit fixen Einkommens- und Vermögensgrenzen ist sehr starr. In den Grenzbereichen des massgebenden steuerpflichtigen Erwerbs hat eine kleine Verschiebung grosse Auswirkungen auf die Höhe des Anspruchs auf Prämienverbilligung.
- Die heutige Regelung über die Prämienverbilligung ist nicht mit der Regelung über den Anspruch auf Ergänzungsleistungen der AHV und der IV koordiniert.
- Die in eheähnlicher Gemeinschaft im gleichen Haushalt wohnhaften Lebenspartner sind den Ehepaaren nicht gleichgestellt, dies im Gegensatz zum Steuergesetz.

- Der Freibetrag von 70% auf Renten untergräbt die Solidarität gegenüber allen übrigen Versicherten. Neben den Rentenbezüglern gibt es noch weitere Gruppen, die keinen Arbeitgeberbeitrag an die Krankenkassenprämien erhalten, so z.B. alle Arbeitnehmenden mit Wohnsitz in Liechtenstein und Arbeitsort im Ausland. Bei einer Familie, bei der ein Elternteil alleine für das Familieneinkommen sorgt, muss für den anderen Elternteil die volle Prämie entrichtet werden. Eine Bevorzugung des Renteneinkommens scheint der Regierung nicht vertretbar. Auch bei einer Streichung des Freibetrags berechtigten entsprechend niedrige Renten genau gleich wie niedrige Einkommen zum Bezug einer Prämienverbilligung.
- Heute ist in der Prämienverbilligung unklar, ab welchem Zeitpunkt Forderungen verjähren. Dies wurde auch anlässlich einer externen Revision des Amtes für Gesundheit festgestellt. So sind in jedem Jahr 30 bis 40 Prämienverbilligungsanträge beim Amt für Gesundheit pendent, bei denen nachgeforderte Unterlagen fehlen und infolge dessen keine Bearbeitung und Auszahlung der Prämienverbilligung stattfinden kann. Neu soll festgeschrieben werden, dass bei Nichteinreichung fehlender Unterlagen innert einer gesetzlich festzulegenden Frist nach erfolgter Aufforderung der Antrag auf Prämienverbilligung als unzulässig zurückgewiesen wird.
- Die Prämienverbilligung stellt auf die Steuererklärung des Vorjahres ab. Dies ist bei aus dem Ausland zugezogenen Personen oft schwierig, da die Behörden in einigen Ländern keine Steuererklärung zustellen können oder nur sehr dürftige Aussagen („die Person ist arm“) gemacht werden. Es soll nun eingefügt werden, dass für den Anspruch auf Prämienverbilligung mindestens ein vollständiges Steuerjahr in Liechtenstein zurückgelegt sein muss, so dass in jedem Fall auch eine Steuererklärung vorliegt.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass durch die heutige Regelung der Prämienverbilligung der gezielte Ausgleich zwischen den Einkommens- und Vermögensgruppen relativ schwach ausgebildet ist, wenn man die dafür aufgewendeten Mittel mit jenen vergleicht, welche zu einer generellen Prämienenkung für alle Versicherten führen.

2.5 Versorgungsnetze (Managed Care)

Art. 16f KVG gibt dem Kassenverband die Möglichkeit, mit zugelassenen Leistungserbringern, die sich zu einem Versorgungsnetz zusammenschliessen, einen Versorgungsvertrag abzuschliessen, in welchem die Leistungserbringer eine Mitverantwortung für die Kosten der im Versorgungsnetz selber und der bei anderen Leistungserbringern veranlassten Leistungen übernehmen. Zukünftig soll es jedoch auch für eine einzelne Krankenkasse erlaubt sein, ein Versorgungsnetz mit zugelassenen Leistungserbringern zu errichten. Dadurch sollen solche Versorgungsnetze einfacher ermöglicht werden. Durch die Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes werden nun die rechtlichen Grundlagen für die Einführung von Managed Care Modellen einzelner Kassen geschaffen. Die konkrete Umsetzung von Managed Care Modellen erfordert aber vorgängig die detaillierte Ausarbeitung in einer Projektphase durch die Regierung.

2.6 Bedarfsplanung

Art. 18 Abs. 2 KVG (Wahl der Leistungserbringer) untergräbt teilweise die Einhaltung der Bedarfsplanung bzw. das Vertragsprinzip generell, wie es in Art. 16d KVG (Verträge mit Leistungserbringer) vorgesehen ist. Im Zuge der Gesundheitsreform 2004 wurde das Wahlrecht der Versicherten in Art. 18 Abs. 1 KVG so geregelt, dass sich die freie Wahl des Leistungserbringers auf die für die obligatorische Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer beschränkt. Das sind alle Leistungserbringer, die mit dem Kassenverband einen Vertrag im Sinne des

Art. 16d KVG abgeschlossen haben, wozu auch Leistungserbringer im Ausland zählen können.

In Art. 18 Abs. 2 KVG wurde eine Regelung für Behandlungen bei nicht durch einen Vertrag mit dem Kassenverband zugelassenen Leistungserbringern getroffen, welche einen sanften Übergang von der zuvor bestehenden absoluten Wahlfreiheit schaffen sollte. Dabei werden Leistungen, welche von Leistungserbringern ausserhalb der OKP erbracht werden, dennoch durch die OKP hälftig rückerstattet. Die andere Hälfte trägt der Versicherte selbst, es sei dann, er hat eine entsprechende Zusatzversicherung für die freie Arztwahl abgeschlossen. In der Praxis erweist sich diese Regelung insbesondere auch aufgrund der verbesserten Bedarfsabdeckung im Inland durch eine wachsende Zahl an ambulanten Leistungserbringern und Spezialisten in nahezu allen Bereichen nicht mehr als notwendig. Darüber hinaus verursacht die Regelung eine gewisse Ausdehnung der Anzahl an Leistungserbringern, die aufgrund der Abrechnungsmöglichkeit von 50% der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu weiteren Kosten in der Grundversicherung führt. Aufgrund der genannten Anreizwirkung dieser Regelung kommt es zu einer indirekten Umgehung der Bedarfsplanung. Eine Anpassung dieser Regelung erscheint der Regierung daher notwendig.

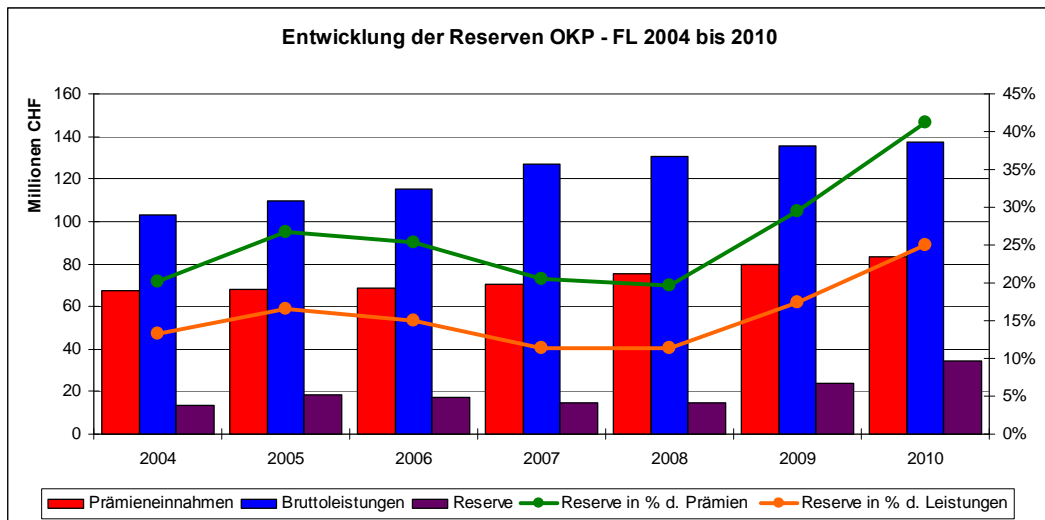
2.7 Risikoausgleich

Je stärker der Staatsbeitrag gesenkt wird, umso höher steigt der Grenzbetrag, ab welchem 80% der darüber liegenden Kosten vom Staat rückvergütet werden. Je höher der Grenzbetrag liegt, umso stärker ist es begründet, den Risikoausgleich zu belassen, da der Staat nur noch wirkliche Hochkostenfälle rückversichert und nicht mehr einen generellen Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen imitiert. Der Grenzbetrag ist heute so tief, dass nach Abrechnung der Staatsbeiträge an die Krankenkassen kein Risikoausgleich mehr stattfinden muss.

2.8 Reserven und Rückstellungen

Der Reservensatz unterliegt in Liechtenstein einem strukturellen Problem. Verglichen mit der Schweiz scheinen wir auf den ersten Blick zwar vergleichbare Reservensätze zu haben. Diese sind aber jeweils auf das Prämienvolumen bezogen. In der Schweiz ist das Prämienvolumen relativ nahe am Leistungsvolumen, in Liechtenstein aufgrund des bisherigen hohen Staatsbeitrages (und der allenfalls zukünftigen hohen Kostenbeteiligung) aber bei Weitem nicht. Daher scheint der Regierung eine Erhöhung der vorgeschriebenen Reserven angebracht. Die Regierung schlägt daher vor, die Reserven nicht am Prämien Soll sondern an den Bruttoleistungen zu bemessen.

Abbildung 4 – Entwicklung der OKP-Reserven 2004 bis 2010



2.9 Krankengeld

Im Bereich des Krankengeldes haben einige Unklarheiten im Gesetz in der Praxis Fragen aufgeworfen.

- Arbeitnehmende sind bis zum Bezug einer ganzen Altersrente im Krankentaggeld obligatorisch zu versichern. Dies führt im Zusammenhang mit Per-

sonen, welche einen AHV-Rentenaufschub machen, jedoch weiterhin arbeitstätig sind, immer wieder zu Missverständnissen und Problemen, weshalb eine Konkretisierung notwendig ist.

- Arbeitslose mit vorhergehender Erwerbstätigkeit im Inland können sich weiter für Krankengeld versichern („Änderung ihrer bisherigen Versicherung“). Arbeitslosen mit vorhergehender Erwerbstätigkeit im Ausland wird dies in der Praxis oft verwehrt mit dem Argument, dass es sich bei ihnen nicht um eine obligatorische Versicherung handle. Diese Ungleichbehandlung soll beseitigt werden.
- Die Dauer der obligatorischen Krankengeldleistungspflicht in Bezug auf Beginn und Ende des Mutterschaftstaggeldes ist im Gesetz nicht eindeutig geklärt.
- Das Gesetz regelt die Beitragspflicht für obligatorisch krankengeldversicherte Personen mit Wohnsitz in Liechtenstein und die Beitragspflicht bei Wegfall des Arbeitsverhältnisses nicht ausdrücklich.

3. SCHWERPUNKTE DER VORLAGE

Die Finanzierung der staatlichen Gesundheitsversorgung ist gemäss der derzeit gültigen Gesetzeslage nicht nachhaltig. Selbst der stetige Zufluss der Staatsbeiträge ist nicht ausreichend, um die Finanzierungsbasis der staatlichen Gesundheitsversorgung zu sichern. Deshalb soll ein Revisionsprozess eingeleitet werden. In einem ersten Schritt soll dabei der Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten deutlich gesenkt werden. Als Zielgrösse soll ein Grenzbetrag von CHF 10'000 angestrebt werden, was einer Senkung des Staatsbeitrags um ca. CHF 20 Mio. bezogen auf 2011 gleichkommt. Dies entspricht dem Auftrag des Landtags aus der Sitzung vom Juni 2010 (Traktandum 10. Massnahmenpaket zur Sanierung des Landeshaushalts (Nr. 73/2010)) und auch dem von der Regierung im März 2011 redu-

zierten Sparziel durch die weiter unten beschriebene Erhöhung der Beiträge bei der Prämienverbilligung.

Die nach einer Senkung des Staatsbeitrags dem System OKP fehlenden finanziellen Mittel sollen möglichst verursachergerecht über höhere Kostenbeteiligungen aufgebracht werden.

Gemäss dem oben erwähnten Landtagsbeschluss sollen die dort beschlossenen Massnahmen bis 2015 umgesetzt werden. Die Regierung schlägt vor, mit der Umsetzung der folgenden Vorschläge nicht bis ins Jahr 2015 zu warten, da sie sich grundsätzliche Verbesserungen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens erwartet. Diese sollen so bald wie möglich einsetzen. Von einem stufenweisen Vorgehen möchte die Regierung jedoch absehen, da dies mit sich wiederholenden Änderungen und Diskussionen verbunden wäre. Daher schlägt die Regierung vor, die Umstellung auf den 1. Januar 2013 umzusetzen. Dadurch haben die Betroffenen, insbesondere die Privathaushalte, auch Zeit, um sich auf die neuen erhöhten individuellen finanziellen Anforderungen im Gesundheitswesen vorzubereiten.

3.1 Beiträge des Staates an die Kosten der Krankenversicherung

3.1.1 Staatsbeitrag an Kinderprämien

Die Prämienbefreiung für Kinder soll im Sinne einer familienpolitischen Massnahme unverändert beibehalten werden.

Für das Jahr 2010 hat der Staat an die Kinderprämien einen Beitrag von CHF 9 Mio. entrichtet.

3.1.2 Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten

Der Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten soll im Sinne eines Risikofonds als eine Rückversicherung für hohe Kosten ausgestaltet werden, indem der Staat den Krankenkassen ab einem bestimmten Grenzbetrag 80% der Jahreskosten einer versicherten Person zurück vergütet. Als Grenzbetrag wird CHF 10'000 angestrebt (realer Wert für 2010: CHF 3'603). Der ursprüngliche Sinn des Staatsbeitrages an die Kosten der übrigen Versicherten wird durch diese Lösung zur Deckung von wirklichen Hochkostenfällen wieder hergestellt.

Für die Zahlen des Jahres 2010 wären bei einem Grenzbetrag von CHF 10'000, wie im Kapitel *1.3.2 Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten* ausgeführt, die von 92% der Versicherten verursachten Kosten unter diesem Grenzbetrag gelegen. Somit würden bezogen auf 2010 die von 8% der Versicherten verursachten Kosten als Hochkostenfälle bezeichnet, statt wie im Jahr 2010 real von ca. 25% der Versicherten. Daher scheint der Regierung ein Grenzbetrag von ca. CHF 10'000 eine sinnvolle Zielgrösse zu sein.

Der Staatsbeitrag hätte bei diesem angestrebten Grenzwert im Jahr 2010 um ca. CHF 23 Mio. tiefer ausfallen können. Daher soll der Staatsbeitrag auf 01. Januar 2013 um diesen Betrag gegenüber 2010 gesenkt und auf CHF 34 Mio. festgelegt werden.

Um eine gewisse Flexibilität bei der Festlegung des Grenzbetrags sicher zu stellen, aber gleichzeitig den Krankenkassen die nötige Planungssicherheit zu gewährleisten, soll die Regierung den Staatsbeitrag jeweils auf fünf Jahre mittels Verordnung festlegen. Dabei wird sich die Regierung auf folgende Parameter abstützen: Der Staatsbeitrag soll jeweils in einer Höhe festgesetzt werden, dass nur ca. 5% bis 10% der Versicherten mit ihren Jahreskosten über dem aus dem Staatsbeitrag resultierenden Grenzbetrag liegen sollen. Dies entspricht heute

einem Grenzbetrag von ca. CHF 10'000. Die Festlegung des Staatsbeitrages in der Juni-Sitzung des Landtages eines jeden Jahres entfällt somit. Die genannte Festlegung durch die Regierung soll dem Landtag alle fünf Jahre im Rahmen des ordentlichen Budgetprozesses vorgelegt werden.

3.1.3 Prämienverbilligung

Da die Prämien bei der vorgeschlagenen Lösung nicht wesentlich verändert werden, müsste das System der Prämienverbilligung nicht grundsätzlich überarbeitet werden. Andererseits werden die individuellen finanziellen Verpflichtungen durch eine deutliche Erhöhung der Kostenbeteiligung dennoch entsprechend anwachsen. Im Sinne eines sozialen Ausgleichs sollen daher einkommensschwache Versicherte gezielt durch Anpassungen am Prämienverbilligungssystem unterstützt werden.

- Durch eine Erhöhung der Einkommensgrenzen von heute CHF 45'000 (Alleinstehende) bzw. CHF 54'000 (Verheiratete) auf CHF 65'000 (Alleinstehende) bzw. CHF 78'000 (Verheiratete) werden deutlich mehr Personen als „einkommensschwach“ im Sinne dieses Gesetzes und unter Bezug auf die Höhe der vorgeschlagenen Kostenbeteiligung eingestuft.
- Durch eine Erhöhung der Beitragssätze von bisher 60% und 40% in zwei Stufen auf neu 80%, 60% und 40% in drei Stufen sollen die als „einkommensschwach“ eingestuften Personen zudem eine höhere Unterstützung als heute erhalten. Durch die grössere Bandbreite und die Erhöhung der Beitragssätze wird eine dritte Stufe notwendig.
- Durch Heraufsetzen der Einkommensgrenzen, durch höhere Beitragssätze und durch neu drei Stufen werden höhere Prämienverbilligungen an mehr Bezüger als heute ausbezahlt.

Zur Verbesserung des gezielten sozialen Ausgleichs sowie zur Klärung von in der Praxis auftretenden Fragen werden zudem die folgenden Massnahmen vorgeschlagen:

- Der Freibetrag von 70% auf Renten soll gestrichen werden. Dagegen wurde schon argumentiert, dass Rentenbezüger auf Arbeitgeberbeiträge verzichten müssten. Dasselbe gilt jedoch auch für alle, die nicht unselbständig tätig sind sowie für alle Arbeitnehmenden mit Wohnsitz in Liechtenstein und Arbeitsort im Ausland. Zudem bezahlen Rentner nur die halbe Kostenbeteiligung.
- Die in eheähnlicher Gemeinschaft in gleichem Haushalt wohnhaften Lebenspartner sollen den Ehepaaren gleichgestellt werden.
- Neu soll festgeschrieben werden, dass bei Nichteinreichung fehlender Unterlagen innert drei Wochen nach deren Anmahnung der Antrag auf Prämienverbilligung als unzulässig zurückgewiesen wird.
- Für den Anspruch auf Prämienverbilligung soll neu mindestens ein vollständiges Steuerjahr in Liechtenstein zurückgelegt sein, so dass in jedem Fall auch eine Steuererklärung vorliegt.

Durch diese Massnahmen werden ca. CHF 4 Mio. mehr als heute ins System Prämienverbilligung investiert. Diese Unterstützung geschieht im Gegensatz zum Staatsbeitrag gezielt. Bei den vorgeschlagenen Erhöhungen würde neu rund ein Drittel der über 16-jährigen Personen in Liechtenstein Anspruch auf Prämienverbilligung erhalten.

Es soll bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass bei der beinahe Verdoppelung von Anträgen auf Prämienverbilligung deren Bearbeitung eine zusätzliche Stelle benötigen wird.

3.1.4 Staatsbeiträge an Spitäler

Obwohl die duale Finanzierung der Behandlungskosten in Spitälern in der Landesverwaltung Ressourcen bindet, weil auch dort eine Rechnungskontrolle durchgeführt werden muss, soll weiterhin an diesem System festgehalten werden. Ansonsten würde dem System OKP noch weitere Unterstützung durch den Staat weggenommen, was letztlich dann wieder durch die Versicherten aufgefangen werden müsste. Das duale System kommt auch in der Schweiz zur Anwendung.

Für das Jahr 2010 hat der Staat an Spitäler einen Beitrag von total CHF 20.0Mio. entrichtet.

Mit einer Abänderung in Art. 12 KVG soll das Land Liechtenstein die gleichen rechtlichen Grundlage wie die Krankenkassen erhalten, zu Unrecht ausbezahlte Beiträge zurückfordern zu können. Heute werden diese Rückforderungen zwar bezahlt, jedoch lediglich auf Grundlage einer Abmachung mit den Unfallversicherern.

3.2 Beiträge der Versicherten an die Kosten der Krankenversicherung

3.2.1 Prämien

Die Massnahme der Senkung der staatlichen Subventionen an die Krankenversicherung würde ohne weitere Rahmenfestlegungen in einem ersten Schritt bei einem Kostenwachstum von 5% eine massive Prämienhöhung bedeuten. Sie läge dann für das Jahr 2012 bei CHF 330 statt heute CHF 255. In den Folgejahren würde sich das Prämienwachstum dann in Abhängigkeit zum Kostenwachstum entwickeln.

Die Regierung erachtet die Lösung über einen deutlichen Anstieg der Prämien jedoch als falsch, weil dadurch keine oder eher sogar noch falsche Anreize gesetzt werden. Wenn die Prämie so viel höher zu stehen kommt als heute, dann wächst höchstens noch das Bedürfnis, erst recht Leistungen zu beziehen. Daher schlägt die Regierung vor, die durch die Senkung der staatlichen Beiträge dem System OKP dann fehlenden Mittel über eine generelle und spürbare Erhöhung der Kostenbeteiligung (individuelle Kosten, die vom individuellen Leistungsbezug abhängig sind) zu generieren und so die Prämienhöhe (individuelle Kosten, die vom individuellen Leistungsbezug unabhängig sind) möglichst stabil zu halten.

3.2.2 Kostenbeteiligung

Die Anpassungen am System der Kostenbeteiligung sind ein zentrales Element dieser Vorlage. Die Regierung ist der Meinung, dass individuelle Kosten, die vom Leistungsbezug abhängig sind, das zentrale Steuerungsinstrument darstellen, um ein Kostenbewusstsein und eine Eigenverantwortung aufzubauen.

Heute haben rund 97% aller Versicherten die tiefstmögliche Kostenbeteiligung, nämlich eine Franchise von CHF 200 bei einem Selbstbehalt von 10% bis max. CHF 600, d.h. insgesamt max. CHF 800. Bereits heute bieten einzelne Krankenkassen jedoch die Option, die Franchise auf CHF 1'500 festzulegen. Versicherte, welche diese Option gewählt haben, können im Gegenzug von einer tieferen Prämie profitieren.

Bei einer Franchise von CHF 1'500 und einem Selbstbehalt von 20% bis max. CHF 500 kann die Kürzung der staatlichen Subventionen grossteils aufgefangen werden, d.h. die Erhöhung der Kostenbeteiligung mindert die Prämien ungefähr im gleichen Rahmen wie sie die Reduktion des Staatsbeitrages die Prämien erhöhen würde.

Daher soll die Kostenbeteiligung obligatorisch auf eine Franchise von CHF 1'500 und einen Selbstbehalt von 20% bis CHF 500, also insgesamt max. CHF 2'000, festgelegt werden.

Die Regierung ist sich bewusst, dass sich bei dieser Lösung die Krankenversicherung grundsätzlich etwas vom Solidaritätsgedanken entfernt, weil Personen mit höheren Leistungsbezügen zukünftig stärker, d.h. bis zu max. CHF 2'000 statt heute CHF 800, im Rahmen der obligatorischen Kostenbeteiligung die verursachten Kosten mittragen müssen. Andererseits ist eine solche Massnahme die einzig mögliche, um einerseits ein Kostenbewusstsein und eine Kostenwahrheit zu erreichen, und um andererseits die Eigenverantwortung tatsächlich umzusetzen. Jeder Versicherte wird bei einer Übernahme der ersten CHF 1'500 (+ jeweils 20% der nächsten CHF 500) der anfallen Kosten eigenverantwortlich über eine Inanspruchnahme von Leistungen entscheiden.

Es soll hingegen den Krankenversicherungen nicht mehr möglich sein, (noch) höhere Kostenbeteiligungsmodelle anzubieten. Wenn die obligatorische Kostenbeteiligung schon so hoch wie vorgeschlagen ist, dann wird eine freiwillige noch höhere Kostenbeteiligung zur Hauptsache nur von jungen gesunden Menschen gewählt. Diese Versicherten würden dann eine tiefere Prämie bezahlen, aber trotzdem in den allermeisten Fällen nicht weniger Geld aus dem System beziehen, als bei einer maximalen Kostenbeteiligung in der Höhe von CHF 2'000. Die dadurch fehlenden Mittel müssten von den übrigen Versicherten wieder beigebracht werden. Somit würde dies zu einer noch weiteren Entsolidarisierung führen.

Im Jahr 2010 haben 57.4% der Versicherten oder 22'227 Personen maximal für CHF 1'500 Leistungen bezogen, das heisst, diese 22'227 Personen hätten alle diese Leistungen (ca. CHF 10 Mio.) selbst bezahlt und noch nicht die OKP in Anspruch genommen.

Die Regierung schlägt zudem vor, bisher bestehende Vergünstigungen im Bereich der Kostenbeteiligung wie folgt beizubehalten bzw. anzupassen:

- Jugendliche (Versicherte nach dem vollendeten 16. Altersjahr bis zum vollendeten 20. Altersjahr) sind bisher von jeglicher Kostenbeteiligung befreit. Im Sinne der Eigenverantwortung soll auch für Jugendliche eine Kostenbeteiligung eingeführt werden, die – wie bei der Prämie – die Hälfte der Kostenbeteiligung für Erwachsene beträgt. Dies entspricht grundsätzlich der Regelung in der Schweiz, wobei in Liechtenstein die Prämien tiefer sind als in der Schweiz und jeweils andere Kostenbeteiligungssätze gelten.
- Für Versicherte nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters soll weiterhin die halbe Kostenbeteiligung geltend gemacht werden.
- Die Regierung hat in der KVV festgelegt, welche chronischen Erkrankungen eine Befreiung von der Kostenbeteiligung zur Folge haben. Da es nicht möglich ist, eine allgemeingültige Grenze zu ziehen und zu definieren, welche Erkrankungen als chronisch einzustufen sind und welche nicht, soll diese Regelung wegfallen. Auch die bisher von der Kostenbeteiligung befreiten Chronischkranken sollen neu die volle Kostenbeteiligung übernehmen. Dies entspricht der Regelung in der Schweiz.
- Für Leistungen bei Mutterschaft und bei Vorsorgeuntersuchungen soll weiterhin keine Kostenbeteiligung erhoben werden.

3.2.2.1 Varianten

Eine Reduktion des Staatsbeitrages muss durch höhere Prämien und / oder durch höhere Kostenbeteiligungen ausgeglichen werden. Es wurden neben der hier vorgeschlagenen Lösung auch andere Varianten gerechnet. Die Regierung ist überzeugt, dass nur bei einer deutlichen Erhöhung der Kostenbeteiligung die erhoffte Wirkung der Eigenverantwortung einsetzt. Daher soll hier lediglich auf

die Variante mit einer Franchise von CHF 1'200 und einem Selbstbehalt von 20% bis max. CHF 500 sowie im Vergleich zu einer Variante mit alleiniger Prämien-
 erhöhung und Kostenbeteiligung wie heute eingegangen werden.

In einer Gegenüberstellung sollen die Gründe dargestellt werden, welche die Regierung veranlassen, die Variante mit der höheren Kostenbeteiligung vorzu-
 schlagen. Als Modell wird dabei eine Musterfamilie gewählt mit einem erwerbs-
 tätigen Elternteil, einem nicht-erwerbstätigen Elternteil und zwei Kindern unter
 16 Jahren. Die aufgeführten Zahlen sind jeweils die Kosten für die ganze Familie.

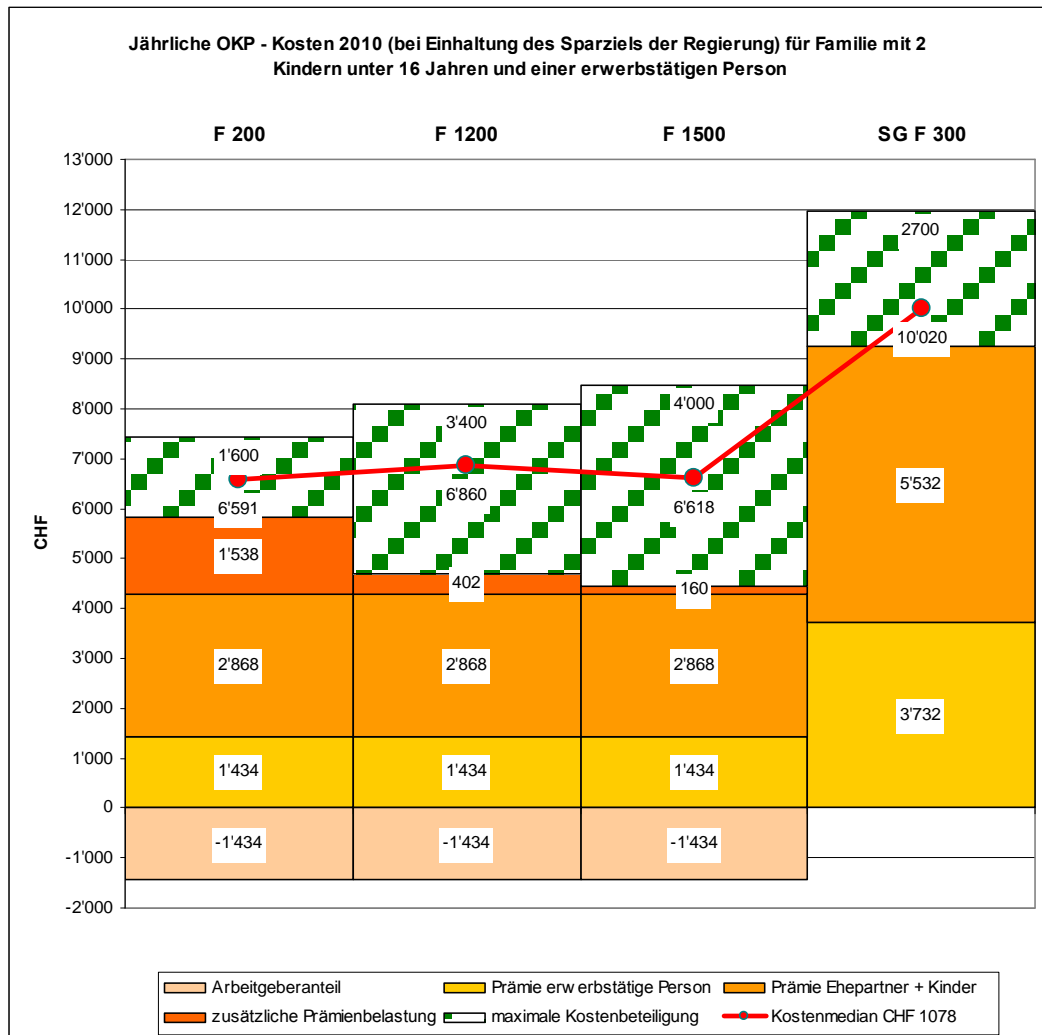


Tabelle 4, Prämie und Kostenbeteiligung nach Reduktion des Staatsbeitrags auf CHF 34 Mio.

	F 200	F 1'200	F 1'500	SG
1. Prämie	5'840	4'704	4'462	9'264
2. inkl. max. KB	7'440	8'104	8'462	11'964
3. Median	6'591	6'860	6'618	10'020

- F 200: Beibehalten der heutigen Regelung der Kostenbeteiligung
- F 1'200: Franchise 1'200 + Selbstbehalt CHF 500
- F 1'500: Franchise 1'500 + Selbstbehalt CHF 500
- SG: Situation im Kanton SG mit der minimalen Kostenbeteiligung
- KB: Kostenbeteiligung
- Median: 50% der Personen liegen unter diesem Wert, 50% darüber

In dieser Tabelle scheint einzig Punkt 2 für die Variante F 1'200 zu sprechen. Dazu ist jedoch anzumerken, dass eine maximale Kostenbeteiligung eher selten und nicht regelmässig eintreten wird. Zudem ist es ein wesentliches Element der geforderten Eigenverantwortung, dass es eben auch Versicherte geben muss, die, weil sie viele Leistungen beziehen, auch eigenverantwortlich eine hohe Kostenbeteiligung auslegen müssen. Das allfällige Argument, dass diese hohen Kosten unverschuldet eintreten, hält den Prämissen „Eigenverantwortung“ und „Gesundheit ist unser höchstes Gut“ nicht Stand. Unter diesen Prämissen muss eigenverantwortlich für die eigene Gesundheit mehr eigenes Geld ausgegeben werden als heute.

Auffällig ist, dass bei der Variante F 1'500

- die Hälfte der Versicherten pro Jahr weniger Gesamtkosten zu tragen haben wird als bei der Variante F 1'200

- die Hälfte der Versicherten kaum spürbar höhere Gesamtkosten zu tragen haben wird als bei der heutigen Ausgestaltung der Kostenbeteiligung und Ausgleichen der Reduktion des Staatsbeitrags allein durch eine generelle Prämienhöhung.

Daher schlägt die Regierung das oben beschriebene Kostenbeteiligungsmodell vor.

3.3 Weitere Vergünstigungen nach dem Krankenversicherungsgesetz

3.3.1 Jugendliche

Die Regierung schlägt vor, die 50% Prämienbefreiung für Jugendliche beizubehalten.

3.4 Versorgungsnetze (Managed Care)

Zukünftig soll es auch für eine einzelne Krankenkasse erlaubt sein, ein Versorgungsnetz mit zugelassenen Leistungserbringern zu errichten. Dadurch soll es einfacher werden, Erfahrungen mit Versorgungsnetzen zu sammeln.

3.5 Bedarfsplanung

Das System der Bedarfsplanung im Bereich der Leistungserbringer ist das wichtigste Steuerungsinstrument in der OKP. Es soll deshalb beibehalten und weiterhin konsequent umgesetzt werden.

3.5.1 OKP-Leistungen ausserhalb der Bedarfsplanung

Ein weiteres zentrales Element der Vorlage ist eine grundlegende Anpassung am System OKP. Wie bereits weiter oben erwähnt, werden heute auch Kosten für OKP-Leistungen bei Leistungserbringern ohne OKP-Vertrag zu 50% aus der OKP

vergütet. Die restlichen 50% müssen vom Versicherten selbst übernommen werden, bzw. werden diese durch die Zusatzversicherung „Freie Arztwahl“ übernommen. Die OKP-Kostenbeteiligung wird nur für den 50% OKP-Anteil verrechnet. Um den durch die hohe Kostenbeteiligung neuen Charakter des Systems OKP durch eine Zusatzversicherung nicht zu unterlaufen, schlägt die Regierung vor, die OKP in ein „Schalenmodell“ mit

- der bisherigen obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP *basic*) und
- einer erweiterten obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP *plus*)

umzubauen.

Die bisherige Zusatzversicherung „Freie Arztwahl“ soll als OKP *plus* (= OKP *basic* + freie Wahl des Leistungserbringers) sozusagen in die OKP übergeführt werden. Schon heute handelt es sich bei dieser Versicherung nicht um eine Zusatzversicherung im üblichen Sinn. Sie ist sehr eng reglementiert:

- Sie muss von allen Krankenkassen angeboten werden.
- Ihr Leistungsumfang ist vorgeschrieben (OKP-Leistungskatalog).
- Die Prämie war bisher vorgeschrieben und für alle Krankenkassen gleich.
- Die Krankenkassen können keinen Versicherten ablehnen.

Durch folgende Merkmale wird das neue System beschrieben:

- Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP *basic*) entspricht vollumfänglich der heutigen Grundversicherung mit Bedarfsplanung, also mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers.
- Die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP *plus*) entspricht nahezu der bisherigen Zusatzversicherung „Freie Arztwahl“.
- OKP *basic* und OKP *plus* gemeinsam ist wie bisher der Leistungskatalog (OKP-Leistungen).

- OKP *basic* und OKP *plus* werden in einer gemeinsamen Rechnung geführt, für die Berechnung der OKP-Prämie werden allerdings nur Leistungen bei Vertragsleistungserbringern oder mittels Zuweisungsformular zugewiesenen Nicht-Vertragsleistungserbringern herangezogen.
- Neu soll bei Leistungsbezug in der OKP *plus* der gesamte Betrag aus derselben Versicherung vergütet werden.
- Neu soll auch für Leistungsbezug in der OKP *plus* die volle Kostenbeteiligung verrechnet werden.
- Der Prämienzuschlag für OKP *plus* wird risikobasiert berechnet und den OKP *plus*-Versicherten als Zusatzprämie zur OKP *basic* Prämie in Rechnung gestellt. Die Höhe des Zusatzbetrags ist heute nicht vorhersehbar, da dies massgeblich vom Klientel abhängt.
- Auch für Leistungen in der OKP *plus* gelten die Vorschriften des KVG bezüglich Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung
- In der OKP *plus* gilt im Bereich der freien Arztwahl wie bisher in der Zusatzversicherung der *tiers garant*, das heisst, der Patient, welcher Leistungen bei einem nicht-Vertragsleistungserbringer in Anspruch genommen hat, ist Schuldner des Rechnungsbetrages, muss diese beim Leistungserbringer begleichen und kann diese dann bei seiner Krankenkasse einreichen.

3.6 Risikoausgleich

Der angestrebte Grenzbetrag von CHF 10'000 bedingt nach Ansicht der Regierung nach Auszahlung der Staatsbeiträge nicht mehr zwingend einen Risikoausgleich. Der Bereich < CHF 10'000 ist noch nicht geeignet, um Jagd auf gute Risiken zu betreiben. Über dem Grenzbetrag von CHF 10'000 fungiert der Staatsbeitrag als Rückversicherung der Kassen. Die Regierung ist daher der Ansicht, dass der Risikoausgleich auch bei einem Grenzbetrag von CHF 10'000 noch nicht not-

wendig ist, um die Kassen vor schlechten Risiken zu schützen. Der Risikoausgleich soll daher abgeschafft werden.

3.7 Auswirkungen auf die Reserven und Rückstellungen

Der Staat will sein finanzielles Engagement in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung reduzieren. Dadurch wird ein Teil des finanziellen Risikos vom Staat auf die Krankenkassen übertragen. Sofern dieses zusätzliche Risiko allein durch eine höhere Kostenbeteiligung aufgefangen wird, also das Prämiensoll unverändert lässt, hat eine Reduktion der staatlichen Subventionen nach gültiger Rechtslage keinen Einfluss auf die Höhe der vorgeschriebenen Reserven.

Der Reservensatz unterliegt in Liechtenstein aber wie unter *2.8 Reserven und Rückstellungen* beschrieben einem strukturellen Problem. Daher schlägt die Regierung eine Erhöhung der vorgeschriebenen Reserven vor. Neu sollen die Reserven nicht mehr am Prämiensoll, sondern mit demselben Prozentsatz an den Bruttoleistungen bemessen werden.

3.8 Auswirkungen auf die Freiwilligen Versicherungen

Durch die höheren Kostenbeteiligungen erwartet die Regierung einen Rückgang bei den freiwilligen Versicherungen. In Liechtenstein haben heute über 50% der Versicherten eine freiwillige Versicherung abgeschlossen, im Kanton St.Gallen hingegen nur ca. 20%.

3.9 Krankengeld

3.9.1 Ende der Versicherungspflicht

Da es im Zusammenhang mit Personen, welche einen AHV-Rentenaufschub machen, jedoch weiterhin arbeitstätig sind, immer wieder zu Missverständnissen

und Problemen kommt, ist eine Konkretisierung notwendig. Die Versicherungspflicht soll längstens bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters andauern. Personen, die ihre AHV-Rente aufschieben, sollen somit ab Eintritt des ordentlichen Rentenalters nicht mehr obligatorisch für Krankentaggeld versichert werden. Auch nach Ansicht der Krankenkassen und der AHV-IV-FAK Anstalten entsteht dadurch keine Versicherungslücke, da der Aufschub auf jeden Monat aufgekündigt und die Rente bezogen werden kann.

3.9.2 Krankengeld bei Arbeitslosigkeit und vorhergehender Erwerbstätigkeit im Ausland

Im Bereich des Krankengelds sollen in Liechtenstein wohnhafte arbeitslose Personen mit vorhergehender Beschäftigung im Ausland dieselben Möglichkeiten zur (Weiter-)Versicherung des Krankengeldes erhalten, wie dies für Personen mit vorhergehender Beschäftigung im Inland möglich ist.

3.9.3 Abgrenzung Krankengeldleistungspflicht in Bezug auf Beginn und Ende des Mutterschaftstaggeldes

Beginn und Ende des Mutterschaftstaggelds sollen festgesetzt und somit die Abgrenzung zum Krankengeld eindeutig gezogen werden.

3.9.4 Beitragspflicht bei Ende des Arbeitsverhältnisses

Das Gesetz regelt die Beitragspflicht für obligatorisch krankengeldversicherte Personen mit Wohnsitz in Liechtenstein und die Beitragspflicht bei Wegfall des Arbeitsverhältnisses nicht ausdrücklich. Es soll eindeutig geregelt werden, dass freiwillig krankengeldversicherte Personen mit Wohnsitz in Liechtenstein den vollen Beitrag selbst zu entrichten haben. Dies soll auch für freiwillig versicherte

Arbeitslose unabhängig von ihrer vorhergehenden Erwerbstätigkeit im In- oder Ausland gelten.

3.10 Übersicht

3.10.1 Kinder

	Prämie	Kostenbeteiligung
Vor Reform	0	0
Nach Reform	0	0

3.10.2 Jugendliche

	Prämie	Kostenbeteiligung
Vor Reform	50%	0
Nach Reform	50%	750 + SB 20% bis 250

3.10.3 Erwachsene vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters

	Prämie	Kostenbeteiligung
Vor Reform	100%	200 + SB 10% bis 600
Nach Reform	100%	1'500 + SB 20% bis 500

3.10.4 Personen nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters

	Prämie	Kostenbeteiligung
Vor	100%	100 + SB 10% bis 300

Nach	100%	750 + SB 20% bis 250
-------------	------	----------------------

3.10.5 Prämienverbilligung

	Massgebender Erwerb		Prämienverbilligung
	alleinstehend	verheiratet	
Vor Reform	bis 30'000	bis 36'000	60%
	30'001 – 45'000	36'001 – 54'000	40%
	über 45'000	über 54'000	0
Nach Reform	bis 40'000	bis 48'000	80%
	40'001 – 55'000	48'001 – 66'000	60%
	55'001 – 65'000	66'001 – 78'000	40%
	über 65'000	über 78'000	0

3.11 Erwartete Folgen der Optimierungsmassnahmen

Durch das Schaffen von Kostentransparenz und durch ein verstärktes Tragen der verursachten Kosten durch die Kostenverursacher selbst erwartet sich die Regierung Verbesserungen in verschiedenen Bereichen. Es wird die Notwendigkeit, zumindest aber die Bereitschaft, erhöht z.B. für:

- Stärkung der Eigenverantwortung bei den Versicherten durch Schaffung eines Kostenbewusstseins, somit:
 - o Hinterfragen der individuellen Inanspruchnahme von Leistungen, da zumindest die ersten CHF 1'500 selbst bezahlt werden müssen;

- Bewusste und eigenverantwortliche Einflussnahme auf die weitere Behandlung;
 - Hinterfragen des Medikamentenbezugs, z.B. auch verbunden mit einer verstärkten Nachfrage nach Generika;
 - Positive Effekte auf die Eigenverantwortung im Bereich des individuellen Gesundheitsverhaltens.
- Erhöhung des Drucks auf die Leistungserbringer zur Kostenreduktion und auf die Krankenkassen zu weiteren Optimierungsmassnahmen, z.B. durch:
- Aufbau eines Tarifpools zur Förderung der Transparenz;
 - Weiterentwicklung von Tarifsyste-men zur Schaffung einer höheren Transparenz in der Leistungsverrechnung;
 - Durchsetzung bestehender Instrumente zur Sanktionierung, insbesondere Verweigerung bzw. Rückforderung von Vergütungen bei nicht wirtschaftlicher Behandlung;
 - Durchsetzung von Qualitätsstandards;
 - Einführung von Disease-Management-Programmen (Leitlinien basierte Behandlungen) zur Sicherstellung von wirksamen und wirtschaftlichen Behandlungsketten;
 - Einführung von Managed Care Modellen;
 - Einführung eines elektronischen Patientendossiers / einer Gesundheitskarte, um Doppelspurigkeiten zu reduzieren;
 - Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention, somit auch von Betrieblichem Gesundheitsmanagement;

3.12 Weitere Gesetzesanpassung

3.12.1 Vorleistungspflicht

In der Praxis kommt es häufig vor, dass über einen längeren Zeitraum umstritten bleibt, welche Sozialversicherung in einem bestimmten Fall leistungspflichtig ist. Da im Zuge der Totalrevision des Gesetzes über die Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosengesetz; ALVG) eine entsprechende Vorleistungspflicht der ALV in Art. 80 vorsieht, wurde es für sinnvoll erachtet, eine solche Koordinierung im KVG ebenfalls zu normieren.

4. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN ARTIKELN

4.1 Allgemeines

Die vorliegende Gesetzesvorlage soll dazu dienen, das Wachstum der Gesundheitskosten im OKP-Bereich zu verlangsamen sowie den Staatshaushalt zu entlasten. Durch die Kürzung der staatlichen Leistungen und der damit einhergehenden Erhöhung der Kostenbeteiligung wird die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt, was zu einem verbesserten Umgang mit Leistungen im Bereich des Obligatoriums führen soll.

4.2 Gesetz über die Krankenversicherung

Zu Art. 3a - Risikoausgleich

Der Risikoausgleich dient dem Ausgleich der übernommen Risiken unter den Krankenkassen. Der Risikoausgleich verteilt die übernommenen Risiken aller Krankenversicherungen auf ein grösseres Kollektiv, damit die Krankenkassen für ungünstige Risiken nicht bestraft werden und dadurch der Wettbewerb und die „Jagd nach guten Risiken“ vermieden werden. Krankenkassen mit schlechten

Risiken bekommen Risikoausgleich von denjenigen Krankenkassen, welche überdurchschnittlich gute Risiken, also risikoarme Menschen, versichern.

Der Risikoausgleich soll im weiteren Sinne auch eine Rückversicherung von schlechten Risiken darstellen. Ein hoher Staatsbeitrag senkt den Grenzbetrag für Hochkostenfälle und übernimmt so aber auch die Rolle einer Absicherung der Krankenkassen für Risikopatienten, indem die über einen Grenzwert hinausgehenden Kosten grösstenteils vom Staat übernommen werden. Neben diesem Korrektiv ist ein zusätzlicher, nachgelagerter Risikoausgleich unnötig.

Zu Art. 7 Abs. 1 Bst. b

Mit der Ergänzung wird präzisiert, dass die Versicherungspflicht einer Krankengeldversicherung für Arbeitnehmende beim Erreichen des ordentlichen Rentenalters endet.

Zu Art. 8 Abs. 3

Der neue Abs. 3 legt fest, dass in Liechtenstein wohnhafte Personen, welche vor einer Arbeitslosigkeit im Ausland beschäftigten waren, sich innert 30 Tagen ab einer Arbeitslosigkeit freiwillig für Krankengeld versichern können, genau so wie Arbeitslose mit vorhergehender Beschäftigung im Inland.

Zu Art. 12 Abs. 3a

Mit der Ergänzung erhält der Staat die rechtliche Grundlage, bei vorangegangener Kostenübernahme bei der zuständigen Unfallversicherung den entsprechenden Betrag zurückzufordern, wenn im Nachhinein festgestellt wird, dass die Unfallversicherung zuständig ist.

Zu Art. 14 Abs. 8 und 8a

Die Anpassung in der Formulierung in Abs. 8 und die Ergänzung mit dem Absatz 8a stellt in Kombination mit Art. 8 Abs. 3 die Gleichbehandlung von Arbeitslosen

mit vorhergehender Erwerbstätigkeit im Ausland mit denjenigen mit vorheriger Erwerbstätigkeit im Inland her.

Zu Art. 15 Abs. 2

Die Präzisierung legt fest, wann bei Zusammentreffen von Arbeitsunfähigkeit und Mutterschaftsurlaub der Wechsel von Krankengeld zu Mutterschaftstaggeld stattfinden muss: bei länger anhaltender Arbeitsunfähigkeit vor der Niederkunft vier Wochen vor der Niederkunft, bei Arbeitsunfähigkeit später als vier Wochen vor der Niederkunft ab diesem Zeitpunkt.

Zu Art. 16 Abs. 2

Die bisherige in Art. 16 Abs. 2 vorgeschriebene Zusatzversicherung soll als *OKP plus* (= *OKP basic* + freie Wahl des Leistungserbringers) in die OKP übergeführt werden. Schon heute handelt es sich bei dieser Versicherung nicht um eine Zusatzversicherung im üblichen Sinn, da sie sehr eng reglementiert ist.

Die Bestimmung, eine solche Zusatzversicherung anbieten zu müssen, entfällt und der Abs. 2 kann aufgehoben werden.

Zu Art. 16f Abs. 1 und 4

Hier wird lediglich erweitert, dass nicht nur der Kassenverband mit zugelassenen Leistungserbringern, die sich zu einem Versorgungsnetz zusammengeschlossen haben, einen Versorgungsvertrag abschliesst, sondern dass dies auch einer einzelnen Krankenkasse möglich sein soll.

Zu Art. 18 Abs. 2, 2^{bis} und 2^{ter}

Im Absatz 2 fällt die bisherige Vergütung der Hälfte der nach Art. 16c geltenden Tarife und Preise durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Inanspruchnahme von Leistungen bei einem Leistungserbringer ohne OKP-Vertrag weg. Grundsätzlich ist damit der Zustand hergestellt, dass die obligatorische

Krankenpflegeversicherung ausschliesslich Leistungen übernimmt, die bei einem Leistungserbringer mit OKP-Vertrag erbracht wurden.

In Abs. 2^{bis} werden in der Folge die Krankenkassen verpflichtet, den Versicherten eine erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP *plus*) anzubieten. Es handelt sich dabei nicht mehr um eine Zusatzversicherung wie bisher in Art. 16 Abs. 2 vorgeschrieben, sondern um eine Variante der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, im Wesentlichen mit freier Wahl des Leistungserbringers. Somit werden für die in diesem System Versicherten auch die in Abs. 2 ausgenommenen Kosten übernommen.

Im Gegensatz zur „normalen“ obligatorischen Krankenpflegeversicherung soll – wie dies in der bisherigen Zusatzversicherung „Freie Arztwahl“ der Fall war, – zuerst der Versicherte dem Nicht-Vertragsleistungserbringer den vollen Rechnungsbetrag schulden. Jedoch haben OKP *basic* und OKP *plus* den identischen Leistungskatalog (OKP-Leistungen) und dieselbe Kostenbeteiligungsregelung gemäss Art. 23 dieses Gesetzes.

Ebenso gelten in OKP *plus* dieselben Vorschriften bezüglich Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung.

In Abs. 2^{ter} erhält die Regierung eine Verordnungsermächtigung zur detaillierten Ausgestaltung der OKP *plus*.

Zu Art. 22 Abs 1

Die Anpassung von Bst. a präzisiert die Prämie für die „normale“ obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP *basic*.

Die Ergänzung durch Bst. a^{bis} normiert die Festlegung der Zusatzprämie der OKP *plus*. Der Prämienzuschlag soll von den Versicherungen anhand der bezogenen Leistungen im Bereich der nicht zugelassenen Leistungserbringer risikobasiert

sein. Der Prämienzuschlag für die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP *plus*) soll auf die Prämie der OKP *basic* draufgeschlagen werden.

Zu Art. 22 Abs. 9

Das Gesetz regelt heute die Beitragspflicht für obligatorisch krankengeldversicherte Personen mit Wohnsitz in Liechtenstein und die Beitragspflicht bei Wegfall des Arbeitsverhältnisses nicht ausdrücklich. Durch diesen neuen Absatz soll nun eindeutig geregelt werden, dass freiwillig krankenpflegeversicherte Personen mit Wohnsitz in Liechtenstein den vollen Beitrag selbst zu entrichten haben. Dies gilt ebenso für freiwillig versicherte Arbeitslose unabhängig von ihrer vorhergehenden Erwerbstätigkeit im In- oder Ausland.

Zu Art. 23 - generell

In einer sprachlichen Anpassung an die im Alltag gebräuchlichen Begriffe soll neu statt von „fester Betrag“ von „Franchise“ gesprochen werden (Abs. 1, 2 und 3).

Zu Art. 23 Abs. 1

Im Rahmen der Umgestaltung des Finanzierungssystems der OKP soll die Kostenbeteiligung der Versicherten grundlegend angepasst werden. Die Franchise soll pro Kalenderjahr von CHF 200 Franken auf CHF 1'500 Franken erhöht werden und der Selbstbehalt von bisher 10% bis zu CHF 600 soll neu auf 20% bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von CHF 500 festgelegt werden. Eine höhere Kostenbeteiligung soll die Eigenverantwortung der Versicherten stärken und die Kosten für Bagatellfälle auf den Versicherten überwälzen. Die Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten verbessert den verantwortungsvollen Umgang mit den Leistungen der OKP. Dies schafft gleichzeitig eine Kostenreduktion im Gesundheitswesen, was sich wiederum positiv auf die Prämienhöhe auswirkt und somit dem Versicherten wieder zu Gute kommt. Von einem verantwortungsvolleren Umgang mit den Leistungen der OKP profitieren also sowohl die Prämien-

zahler als auch das Gesundheitssystem an sich und dadurch auch indirekt der Staatshaushalt.

Zu Art. 23 Abs. 3

Jugendliche (Versicherte nach dem vollendeten 16. Altersjahr bis zum vollendeten 20. Altersjahr) sollen neu auch eine Kostenbeteiligung übernehmen. Sie soll – wie bei der Prämie – der Hälfte der Kostenbeteiligung für Erwachsene betragen.

Zu Art. 23 Abs. 4

Da es nicht möglich ist, eine allgemeingültige Grenze zu ziehen und zu definieren, was chronische Erkrankungen sind und was nicht, soll die bisherige somit willkürliche Regelung wegfallen. Auch die bisher von der Kostenbeteiligung befreiten Chronischkranken sollen neu die volle Kostenbeteiligung übernehmen.

Zu Art. 23a

Die obligatorische Kostenbeteiligung in der vorgeschlagenen Höhe würde einer zusätzlich angebotenen freiwilligen noch höhere Kostenbeteiligung zu einer noch weiteren Entsolidarisierung führen. Eine solche freiwillige höhere Kostenbeteiligung ist unter den vorgeschlagenen Rahmenbedingungen weder nötig noch sinnvoll. Daher soll Art. 23a aufgehoben werden.

Zu Art. 24a Abs. 2

Der Staatsbeitrag soll nicht mehr jährlich durch den Landtag, sondern jeweils für eine Dauer von 5 Jahren per Verordnung durch die Regierung festgelegt werden. Der Landtag kann im Rahmen des ordentlichen Budgetprozesses zur Festlegung durch die Regierung Stellung nehmen.

Zu Art. 24b Abs. 1, 2, 3 und 5 b

Konkubinatspaare werden den Ehepaaren in der Veranlagung zur Prämienverbiligung gleichgestellt, so dass auch diese gemeinsam veranlagt werden müssen (Abs. 1 und 2).

Weiters wurde der Artikel 24b legislatisch bereinigt, da bisher die Begriffe „Erwerb“ und „steuerpflichtiger Erwerb“ nicht konsistent verwendet worden sind (Abs. 1, 3 und 5 Bst. b).

Die Erwerbsgrenzen sollen als sozialer Ausgleich zu den deutlich erhöhten Kostenbeteiligungen erhöht werden, ebenso die Beitragssätze. Dadurch wird eine Gliederung in drei statt wie bisher 2 Stufen sinnvoll. (Abs. 2)

Des Weiteren soll der Freibetrag auf AHV- und IV-Renten aufgehoben werden. Dies stellt eine unnötige Besserstellung der Rentner gegenüber anderen Personen ohne Arbeitgeberbeitrag dar. Bei Vorliegen wirtschaftlicher Notwendigkeit haben die Rentner weiterhin Anspruch auf Prämienverbilligung. Durch die Aufhebung des Freibetrages wird zukünftig vermieden, dass Prämienverbilligung in Anspruch genommen wird, obwohl dazu keine finanzielle Notwendigkeit besteht. Die heutige Rechtslage ist stossend und benachteiligt nicht nur die übrigen Personengruppen ohne Arbeitgeberbeitrag (Hausfrauen, Pendler, Selbständige etc.), sondern auch diejenigen Arbeitnehmer, welche aufgrund eines zu hohen Erwerbs keinen Anspruch auf Prämienverbilligung haben. Die Rechtsposition derjenigen Rentner, welche mit niedrigen finanziellen Mitteln auskommen müssen, wird von dieser Abänderung aber nicht berührt. (Abs. 2)

Zu Art. 25a

Art. 25a greift die bisherige Praxis nach schweizerischer Vorgabe bei Koordinierungsschwierigkeiten zwischen Kranken- und Unfallversicherungsleistungen auf und entspricht Art. 70 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), SR. 830.1.

Zu Art. 25b

Dieser Artikel bestimmt das Verfahren der Vorleistung und regelt das entsprechende Vorgehen. Dabei soll eine direkte Verrechnung der Sozialversicherungsträger ermöglicht werden; entspricht Art. 71 ATSG.

5. VERFASSUNGSMÄSSIGKEIT / RECHTLICHES

Die gegenständliche Vorlage wirft keine verfassungsrechtlichen Fragen auf.

6. VERNEHMLASSUNGSVORLAGE

Gesetz

Vom ...

Über die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

Dem nachstehend vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich meine Zustimmung:

I.

Abänderung bisherigen Rechts

Das Gesetz vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (KVG), LGBl. 1971 Nr. 50, in der geltenden Fassung wird wie folgt abgeändert:

Art. 3a Abs. 1, 2

Risikoausgleich

aufgehoben

Art. 7 Abs. 1 Bst. b

1) Obligatorisch versichert sind:

- b) für Krankengeld: über 15jährige Arbeitnehmer, die in Liechtenstein für einen Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sind, bis zum Zeitpunkt des Bezuges einer ganzen Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung, längstens jedoch bis Erreichen des ordentlichen Rentenalters.

Art. 8 Abs. 3

3) Arbeitslosen nach Abs. 2, welche vor Eintritt der Arbeitslosigkeit im In- oder Ausland erwerbstätig waren, haben einen Anspruch auf Abschluss einer freiwilligen Versicherung nach Art. 14 Abs. 8 und 8a.

Art. 12 Abs. 3a

3a) Dem Staat obliegt in Fällen des Abs. 3 im Umfang seiner Leistungen nach Art. 24 Abs. 1 lit. c dieselbe Leistungspflicht wie den Krankenkassen. Im Umfang der erbrachten Leistungen nach Art. 24 Abs. 1 lit. c tritt er neben der Kasse von Gesetzes wegen in die Ansprüche gemäss Abs. 3 ein.

Art. 14 Abs. 8 und 8a

8) Arbeitslose mit vorhergehender Erwerbstätigkeit im Inland haben gegen angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Versicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Änderung. Der Arbeitslose hat sich innert 30 Tagen bei der Krankenkasse anzumelden.

8a) Arbeitslose mit vorhergehender Erwerbstätigkeit im Ausland haben unter persönlicher Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung und bei Vorliegen

einer Vermittlungsfähigkeit Anspruch auf Abschluss einer freiwilligen Versicherung ab dem 31. Tag nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Zusätzlich hat sich der Arbeitslose innert 30 Tagen bei der Krankenkasse anzumelden. Die Taggeldhöhe bemisst sich dabei aus dem versicherten Verdienst der Arbeitslosenversicherung.

Art. 15 Abs. 2

2) Die Leistungen sind während 20 Wochen, wovon mindestens 16 Wochen nach der Niederkunft liegen müssen, zu erbringen. Der 20-wöchige Mutterschaftsurlaub beginnt bei Vorliegen einer länger anhaltenden Arbeitsunfähigkeit bis zur Niederkunft vier Wochen vor der Niederkunft oder wenn die Arbeitsunfähigkeit zu einem späteren Zeitpunkt eintritt, ab diesem Zeitpunkt.

Art. 16 Abs. 2

Leistungen der freiwilligen Versicherungen

aufgehoben

Art. 16f

Versorgungsnetze

1) Der Kassenverband oder eine anerkannte Krankenkasse kann mit zugelassenen Leistungserbringern, die sich zu einem Versorgungsnetz zusammenschliessen, einen Versorgungsvertrag abschliessen, in welchem die Leistungserbringer eine Mitverantwortung für die Kosten der im Versorgungsnetz selber und der bei anderen Leistungserbringern veranlassten Leistungen übernehmen.

4) Der Versorgungsvertrag zwischen dem Versorgungsnetz und dem Kas-
senverband oder der anerkannten Krankenkasse bedarf der Genehmigung der
Regierung. Diese hört vorgängig die Ärztekammer an.

Art. 18 Abs. 2, 2^{bis}, 2^{ter}

a) Grundsatz

2) Wählt ein Versicherter für eine ambulante Behandlung einen geeigneten
aber nicht zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Lei-
stungserbringer, entrichtet die Kasse dem Versicherten für obligatorisch versi-
cherte Leistungen keine Vergütung, sofern der Versicherte keine erweiterte obli-
gatorische Krankenpflegeversicherung nach Abs. 2^{bis} abgeschlossen hat.

2^{bis}) Die Kassen müssen den Versicherten der obligatorischen Krankenpfle-
geversicherung eine erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung anbie-
ten, welche die Kosten sowohl bei zur obligatorischen Krankenpflegeversiche-
rung zugelassenen Leistungserbringern als auch die nach Art. 18 Abs. 2 nicht ü-
bernommenen Leistungen bis mindestens zur Höhe der in der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung geltenden Tarife übernimmt. Für Leistungen, welche
durch die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind,
schuldet der Versicherte dem Leistungserbringer den vollen Rechnungsbetrag.

2^{ter}) Die Regierung kann das Nähere zur erweiterten obligatorische Kran-
kenpflegeversicherung gemäss Abs. 2^{bis} mit Verordnung regeln.

Art. 22 Abs. 1 Bst. a, a^{bis}, Abs. 9

2. Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber

1) Die Kassen haben getrennte Beiträge festzulegen für:

- a) die obligatorisch versicherten Leistungen bei Krankenpflege (Art. 13) bei zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern;
- a^{bis}) die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 18 Abs 2^{bis} als Zuschlag zum Beitrag gemäss Bst. a.

9) Die Beiträge der freiwilligen Krankengeldversicherung für Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in Liechtenstein und für freiwillige Versicherte nach Art. 14 Abs. 8 und 8a sind von den Versicherten zur Gänze zu tragen. Bei diesen freiwillig Versicherten beginnt die Entrichtung der Beiträge mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

Art. 23 Abs. 1

a) Obligatorische Kostenbeteiligung

1) Die Versicherten, die das 20. Altersjahr erfüllt haben, müssen für die obligatorischen Leistungen bei Krankenpflege eine Kostenbeteiligung in Form einer Franchise pro Kalenderjahr von 1'500 Franken und in Form eines Selbstbehaltes von 20 % der die Franchise übersteigenden Kosten entrichten. Der Selbstbehalt ist bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von 500 Franken zu entrichten.

2) Die in Abs. 1 erwähnten Beträge für die Franchise und den jährlichen Höchstbetrag werden für Versicherte nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters auf die Hälfte reduziert.

3) Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr entrichten keine Kostenbeteiligung. Für Versicherte nach dem vollendet 16. Altersjahr bis zum vollendeten 20. Altersjahr werden die in Abs. 1 erwähnten Beträge für die Franchise und den jährlichen Höchstbetrag auf die Hälfte reduziert.

4) Für Leistungen bei Mutterschaft und bei Vorsorgeuntersuchungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Die Regierung kann für bestimmte Leistungen die Kostenbeteiligung bis zum doppelten Betrag erhöhen. Sie kann für bestimmte Leistungen, die Kostenbeteiligung senken oder ganz aufheben.

Art. 23a

b) Freiwillige Kostenbeteiligung

aufgehoben

Art. 24a Abs. 2

b) Beiträge an die obligatorische Krankenpflegeversicherung

2) Für die übrigen Versicherten leistet der Staat einen Beitrag. Die Regierung setzt diesen per Verordnung jeweils für fünf Jahre fest und bringt diesen in den ordentlichen Budgetprozess ein. Das Nähere zur Festsetzung des Beitrags an die übrigen Versicherten regelt die Regierung mit Verordnung. Gestützt darauf übernimmt der Staat bei jährlichen Krankenpflegekosten eines Versicherten, die über einem vom Amt für Gesundheit festzulegenden Grenzbetrag liegen, 80 % der darüber liegenden Kosten. Das Amt für Gesundheit legt den Grenzbetrag so fest, dass der Gesamtbetrag ausgeschöpft wird.

Art. 24b Abs. 1, 2, 3, 5 b

c) Beiträge an einkommensschwache Versicherte

1) Der Staat entrichtet Beiträge zur Prämienverbilligung an einkommensschwache Versicherte. Der Anspruch auf Beiträge richtet sich nach dem massgebenden Erwerb des Versicherten bzw. der Ehegatten. Den Ehegatten gleichgestellt sind Lebenspartner, die in eheähnlicher Gemeinschaft (Konkubinats) in gemeinsamem Haushalt leben. Für Versicherte bis zum vollendeten 25. Altersjahr,

die Unterhaltsansprüche gegenüber ihren Eltern haben, richtet sich der Anspruch nach dem Erwerb der Eltern.

2) Die Beiträge zur Prämienverbilligung richten sich nach der im Landesdurchschnitt errechneten Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Sie betragen:

- a) bei einem Erwerb unter 40 000 Franken: 80 % des Prämienanteils des Versicherten;
- b) bei einem Erwerb von 40 001 bis 55 000 Franken: 60% des Prämienanteils des Versicherten;
- c) bei einem Erwerb von 55 001 bis 65 000: 40% des Prämienanteils des Versicherten.

Bei Ehegatten bzw. Konkubinatspartnern erhöhen sich die Erwerbsgrenzen um 20 %.

3) Der massgebende Erwerb setzt sich zusammen aus dem Erwerb gemäss Art. 14 des Steuergesetzes sowie einem zwanzigstel des Reinvermögens.

5) Die Regierung trifft durch Verordnung Regelungen über:

- b) die Einkommensgrenzen für den Anspruch auf Beiträge bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, welche dem Erwerb nach Abs. 3 entsprechen;

Art. 25a

Vorleistungen

1) Begründet ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen, bestehen aber Zweifel darüber, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat, so kann die berechtigte Person Vorleistung verlangen.

2) Die Krankenversicherung ist vorleistungspflichtig für Sachleistungen und Taggelder, deren Übernahme durch die Krankenversicherung, die Unfallversicherung oder die Invalidenversicherung umstritten ist.

3) Die berechnigte Person hat sich bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen anzumelden.

Art. 25b

Rückerstattung von Vorleistungen

Der vorleistungspflichtige Versicherungsträger erbringt die Leistungen nach den für ihn geltenden Bestimmungen. Wird der Fall von einem anderen Träger übernommen, so hat dieser die Vorleistungen im Rahmen seiner Leistungspflicht zurückzuerstatten.

II.

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.