

VERNEHMLASSUNGSBERICHT

DER REGIERUNG

BETREFFEND

DIE ABÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER DIE

KRANKENVERSICHERUNG

Ressort Gesundheit

Vernehmlassungsfrist: 30. November 2008

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung	4
Zuständiges Ressort.....	4
Betroffene Amtsstellen.....	4
1. Ausgangslage	5
1.1 Stärkung der Eigenverantwortung	5
1.2 Einhaltung des Prinzips der Wirtschaftlichkeit der Behandlung.....	6
2. Erläuterungen zur Vernehmlassungsvorlage	7
3. Vernehmlassungsvorlage	10

ZUSAMMENFASSUNG

Die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind im Jahr 2007 um 9,6 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Diese Kostensteigerung liegt wesentlich über dem von der Regierung für das Jahr 2007 festgelegten Kostenziel und ist im Vergleich auch zur Schweiz höher. Es gilt daher bereits bestehende Kostensteuermassnahmen zu überprüfen und zu verstärken, aber auch neue Anreize sowohl auf Angebots- als auch auf Nachfrageseite zu schaffen. Hierfür ist insbesondere eine Verstärkung des Kostenbewusstseins notwendig.

Die Kostenentwicklung veranlasst die Regierung insbesondere aus den Gesichtspunkten der Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins sowie der Einhaltung des Prinzips der Wirtschaftlichkeit der Behandlung Anpassungen an den entsprechenden Bestimmungen des geltenden Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorzunehmen und Neuregelungen einzuführen. Ausserdem beabsichtigt die Regierung die Wahlfreiheit der Versicherten durch neue Franchisen-Modelle zu verbessern. Ausserdem soll künftig ein Gesundheitsbonus für die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen ausgeschüttet werden.

ZUSTÄNDIGES RESSORT

Ressort Gesundheit

BETROFFENE AMTSSTELLEN

Amt für Gesundheit

Vaduz, 26. August 2008

RA 2008/1982-6371

P

1. AUSGANGSLAGE

1.1 Stärkung der Eigenverantwortung

Mit Wirkung auf die Eigenverantwortung sind im KVG u. a. die Regelungen über die obligatorische Kostenbeteiligung und die Versicherungsform der Freiwilligen Kostenbeteiligung enthalten. Seit der Einführung im Jahr 2000 erfolgte weder eine Erhöhung noch eine Teuerungsanpassung im Bereich der obligatorischen und freiwilligen Kostenbeteiligung. Aufgrund der Kostenentwicklung erscheint es nun angezeigt, zumindest eine Erhöhung der freiwilligen Kostenbeteiligung für alle Versicherten unter gleichzeitiger angemessener Reduktion der Beiträge vorzunehmen, um eine verstärkte Nachfrage zu fördern.

Eine zusätzliche Stärkung der Eigenverantwortung erhofft sich die Regierung durch die Einführung eines Gesundheitsbonus für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen. Dieser Bonus ist naturgemäss auf die noch relativ gesunden Versicherten ausgerichtet, denen eine Option zur Verfügung gestellt werden soll, die sie auf die Inanspruchnahme von Leistungen, in deren Fall oft Bagatelleleistungen, verzichten lässt. Damit soll auch das Ziel einer verstärkten Kostendämpfung unter gleichzeitiger Beibehaltung der Qualität der Versorgung erreicht werden. Die dafür einzusetzenden finanziellen Mittel sind über die allgemeine Finanzierung der OKP sicher zu stellen.

1.2 Einhaltung des Prinzips der Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurde das Wirtschaftlichkeitsprinzip bei der Erbringung der Leistung durch den Leistungserbringer mit entsprechender Prüfung durch die Kassen in Art. 19 KVG eingeführt. Auch wenn davon ausgegangen wird, dass die systemunterstützte Rechnungskontrolle der Kassen im einzelnen Behandlungsfall gut funktioniert, so kann festgestellt werden, dass strukturierte und regelmässige Auffälligkeitsprüfungen und Zufälligkeitsprüfungen (Stichproben) der von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Leistungen (Leistungsverhalten) sowie an patientenbezogenen Prüfungen oder statistischen Vergleichen in jüngster Vergangenheit erst punktuell durchgeführt worden sind. Zu diesem Zweck haben die Liechtensteinische Ärztekammer und der Liechtensteinische Krankenkassenverband z.B. gemeinsam eine Paritätische Vertrauenskommission eingerichtet.

Es erscheint der Regierung daher der richtige Zeitpunkt, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen noch weiter zu optimieren und die Kassen noch mehr zur Wahrnehmung ihrer Kontrollpflichten anzuhalten und dafür auch gewisse Regelungen per Verordnung vorzusehen. In diesem Sinn soll es einerseits zu einer Anpassung der Aufsichtsbestimmungen (Art. 4 und 4a KVG) und andererseits auch von Art. 19 Abs. 1 KVG kommen.

Flankierend zu dieser Gesetzesanpassung wird es notwendig werden, aufgrund der eingeräumten Verordnungskompetenz, auch entsprechende Anordnungen zur Einhaltung der Wirtschaftlichkeitskontrolle, der Rechnungsprüfung und Dokumentation zu erlassen. Dabei ist gedacht, dass man sich in diesem Bereich an den Bestimmungen betreffend die Aufsicht der Finanzmarktaufsicht über Finanzdienstleister im Rahmen des Sorgfaltspflichtgesetzes orientiert.

Aufgrund dieser Massnahmen wird erwartet, dass künftig auch die dem Kassenverband gemäss geltendem Art. 19 Abs. 2a KVG zugeordnete zusätzliche Verpflichtung, eine Wirtschaftlichkeitsprüfung über alle einzelnen Kassen vorzuneh-

men, erleichtert wird. Es werden allenfalls einige medizinische Zusatzabklärungen übrig bleiben. Diese Abklärungen können mit Hilfe der medizinischen Expertise, die in der vom Kassenverband und der Liechtensteinischen Ärztekammer im Jahr 2007 eigens eingerichteten Paritätischen Vertrauenskommission, die mit der Mitwirkung zur Durchführung der Einhaltung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung betraut ist, erledigt werden. Dem Amt für Gesundheit steht gemäss Art. 4a KVG grundsätzlich und durch die Anpassung von Art. 4a Abs. 2 Bst. e KVG speziell die Aufsicht über die Einhaltung der Wirtschaftlichkeitskontrolle zu.

2. ERLÄUTERUNGEN ZUR VERNEHMLASSUNGSVORLAGE

Art 4 Abs. 1 Bst. f

In dieser Bestimmung wird geregelt, dass die Regierung die notwendigen Vorschriften zur einheitlichen Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen auch bezüglich der Einhaltung der Wirtschaftlichkeitskontrolle erlässt.

Art. 4a Abs. 2 Bst. e

Die Prüfung wird vom Amt - mit Ausnahme von Einzelfällen vor Ort - anhand der Revisionsberichte über die bei den jeweiligen Kassen stattgefundenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie anhand der Zusammenfassung der Angaben der Kassen für jeden Leistungserbringer gemäss Art. 19 Abs. 2a KVG durchgeführt.

Flankierend zu diesen Gesetzesänderungen sind in der Verordnung Vorgaben für die Prüfung zu regeln, die z. T. über die Revisionsstellen erfolgen, welche per Weisung durch das Amt noch konkreter ausgestaltet werden können. Die Verordnungsermächtigung ist in Art. 4 Abs. 2 KVG enthalten.

Art. 19 Abs. 1

Aufgrund der bisher festgestellten Optimierungsmöglichkeiten in der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist es angezeigt, den Kassen in Abs. 1 eine Dokumentationspflicht bezüglich der Einhaltung der Kontrollpflicht der Wirtschaftlichkeit der

Behandlung aufzuerlegen. Näheres zu den Inhalten der Wirtschaftlichkeitsprüfung kann durch die Regierung per Verordnung geregelt werden.

Art. 22 Abs. 3

In Art. 23a KVG wird auf Art. 22 KVG Bezug genommen, obwohl dieser bisher keine ausdrückliche Möglichkeit für eine Reduktion der Prämie im Falle der freiwilligen Kostenbeteiligung vorsieht. Dies wird mit der Abänderung des Abs. 3 korrigiert und somit eine Gesetzeslücke gefüllt.

Art. 23a Abs. 1 und 1a neu

Abs. 1: Der Vorschlag basiert auf der Angleichung an das schweizerische Modell, wo eine recht grosse Nachfrage nach Versicherungsdeckungen mit höherer Wahlfranchise besteht. Neben den reinen Selektionseffekten (Ansammlung von gesünderen Risiken) weisen bestehende wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit von Wahlfranchisen mittlerweile eindeutige Spareffekte nach. Im Moment, wo eine Person eine Wahlfranchise abgeschlossen hat, ändert sich deren Verhalten. Die Nettoleistungen der Krankenkasse sinken nicht nur auf Grund der höheren Zuzahlung durch den Versicherten, sondern auch, weil der Versicherte den Nutzen eines Arztbesuches stärker gegen die Kosten des Besuches aufwiegt. Natürlich besteht der Anreiz bei den Versicherten nur gegen Gewährung von Prämienrabatten, insoweit ist eine Korrektur des Art. 22 bedeutend. Die Prämienberechnung gilt es per Verordnung festzulegen. Grundsätzlich bestehen zwei Methoden zur Prämienfestlegung: Eine, die sich auf die effektiv ausgewiesenen Kostenunterschiede zwischen Versicherten mit und ohne Wahlfranchisen abstützt und eine, die sicher stellt, dass die Solidarität innerhalb der Versichertengemeinschaft trotz Wahl unterschiedlicher Franchisenstufen gewährleistet bleibt. Erstere Methode ist als die einfachere Methode in Art. 22 Abs. 3 KVG festgelegt. Letztere Methode ist etwas komplizierter und bedarf verschiedener statistischer Angaben.

Abs. 1a neu: Um Missbräuche bei der Wahl dieser Versicherungsform insoweit zu verhindern, dass Versicherte kurz vor grösseren, planbaren Operationen auf tiefere

Franchisen beliebig wechseln, soll eine Mindestbindungsfrist vorgesehen werden. Dies dient dem Solidaritätsgedanken, denn alle alternativen Versicherungsformen haben es in sich, dass sie das Solidarprinzip schwächen.

Art. 23b neu

Auch diese Regelung soll die Eigenverantwortung soweit stärken, dass diesem Anreiz der Leistungsverzicht entgegengehalten wird und damit insbesondere die Häufigkeit von Bagatelleleistungen reduziert werden kann. Dieser Verzicht soll jedoch nicht soweit gehen, dass die stark geförderten Vorsorgeuntersuchungen inkludiert sind. Der Anreiz wird für alle Versicherten bei Leistungsverzicht gesetzt. Es wird kein Modell analog der Schweiz mit einer erheblich erhöhten Einstiegsprämie und fortlaufendem Abbau vorgesehen, welchem gemäss statistischer Erhebungen die Attraktivität fehlt und welches deshalb nur wenig gewählt wird.

3. **VERNEHMLASSUNGSVORLAGE**

Gesetz

vom

über die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

Dem nachstehenden 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. 4 Abs. 1 Bst. f

f) die Einhaltung der Wirtschaftlichkeitskontrolle

Art. 4a Abs. 2 Bst. e

e) die Prüfung der Einhaltung der Wirtschaftlichkeitskontrolle durch die Kassen und den Kassenverband gemäss Art. 19.

Art. 19 Abs. 1

1) Die Leistungserbringer haben sich bei der Krankenbehandlung auf das durch das Interesse der Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken. Die Kassen haben die Rechnungen sowie das Leistungsverhalten der Leistungserbringer entsprechend zu prüfen und zu dokumentieren. Die Regierung regelt das Nähere der Prüfungs- und Dokumentationspflicht mit Verordnung.

Art. 22 Abs. 3

3) (...) Für Versicherte, die sich verpflichten, die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen eines Versorgungsnetzes nach Art. 16f oder im Rahmen einer freiwilligen Kostenbeteiligung nach Art. 23a zu beanspruchen, können die Kassen die Beiträge reduzieren. Die Reduktion richtet sich grundsätzlich nach der erzielten Kosteneinsparung im Vergleich zu den Kosten für nicht im Rahmen dieser Versicherungsformen betreuten Versicherten. Die Regierung kann Näheres per Verordnung regeln.

Art. 23a Abs. 1 und Abs. 1a neu

1) Die Kassen müssen den Versicherten eine zusätzliche Kostenbeteiligung in Form eines höheren festen Jahresbetrages anbieten, wenn dieses Angebot für alle Versicherten gilt und wenn sie gleichzeitig die Beiträge nach Art. 22 Abs. 3 angemessen reduzieren. Der feste Jahresbetrag darf höchstens 2'000 Franken und für Jugendliche höchstens 700 Franken betragen. (...)

1a) Die Mindestbindungsfrist für die Wahl einer freiwilligen Kostenbeteiligung beträgt 3 Jahre.

Art. 23b neu
Gesundheitsbonus

Die Kassen haben in ihren Statuten für ihre obligatorisch Versicherten, mit Ausnahme der Kinder, eine Bonuszahlung vorzusehen, wenn die Versicherten im laufenden Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht in Anspruch genommen haben. Ausgenommen sind Leistungen im Rahmen des präventivmedizinischen Untersuchungsprogramms für Männer und Frauen. Die Bonuszahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Prämien nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an die Versicherten gezahlt.

II.

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. 1. 2010 in Kraft.