

AMT FÜR STATISTIK
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Krankenkassenstatistik 2012



LIECHTENSTEIN

Herausgeber und Vertrieb

Amt für Statistik
Äulestrasse 51
LI-9490 Vaduz
Telefon +423 236 68 76
Telefax +423 236 69 36

Auskunft

Franziska Frick Tel. +423 236 64 67
E-Mail: info.as@llv.li

**Internet
Erscheinungsweise
Thema
Copyright**

www.as.llv.li
Jährlich
7 Soziale Sicherheit und Gesundheit
Wiedergabe unter Angabe des Herausgebers gestattet.
© Amt für Statistik

INHALTSÜBERSICHT

	Seite
A Einführung in die Ergebnisse	7
1 Vorwort	7
2 Hauptergebnisse	8
3 Struktur der Krankenversicherungen.....	9
3.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	9
3.2 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG).....	12
3.3 Freiwillige Versicherungen (FV)	12
3.4 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer.....	13
3.5 Prämienverbilligungen.....	13
3.6 Staatsbeiträge	14
4 Ländervergleiche	15
4.1 Bruttokosten pro versicherte Person.....	15
4.2 Aufenthaltsdauer in Spitälern	15
4.3 Krankheitsfälle pro 1 000 Einwohner	16
B Tabellen	19
1 Tabellen der Krankenkassenstatistik 2012	19
2 Zeitreihen der Krankenkassenstatistik	41
C Methodik und Qualität.....	76
1 Methodik	76
2 Qualität.....	78
D Glossar	81
1 Abkürzungen und Zeichenerklärungen	81
2 Begriffserklärungen	82

Tabellenverzeichnis

1. Tabellen der Krankenkassenstatistik 2012.....	19
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	
Zusammenfassung 2012.....	20
Anzahl Versicherer am 31.12.2012 nach Versichertenbestand.....	21
Versicherte Personen am 31.12.2012 nach Wohnsitz und Versicherungsart.....	21
Anzahl Konsultationen 2012.....	21
Betriebsrechnung 2012.....	22
Bruttoprämien, Bruttoleistungen, Kostenbeteiligung, Nettoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2012.....	23
Bruttoleistungen nach Kategorie, Anteil und pro versicherte Person 2012.....	24
Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe 2012.....	24
Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe, pro versicherte Person 2012.....	25
Leistungen und Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2012.....	26
Anteil der Leistungen und der Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2012	27
Leistungsbezüger und Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger nach Altersgruppe, Geschlecht und Bruttokostengruppe 2012.....	28
Versicherte nach Bruttokostenstufe 2012.....	29
Obligatorische Krankengeldversicherung	
Betriebsrechnung 2012.....	30
Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht 2012.....	31
Ausbezahlte Taggelder 2012.....	31
Freiwillige Versicherungen	
Betriebsrechnung 2012.....	32
Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht 2012.....	33
Gesamtgeschäft der Krankenversicherer	
Betriebsrechnung 2012.....	34
Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31.12.2012.....	35
Medikamente	
Kassenpflichtige Medikamente nach therapeutischen Gruppen 2012.....	36
Prämienverbilligung	
Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht 2012.....	37
Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Einkommensstufe und Geschlecht 2012.....	37
Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht 2012.....	37
Ausbezahlte Subventionen pro Person nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2012.....	37
Ausbezahlte Subventionen, Anzahl Bezüger und Bezügerquote nach Wohngemeinde.	38
Staatsbeiträge	
Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich 2012.....	39
Staatsbeiträge an verschiedene Spitäler 2012.....	39

2. Zeitreihen	41
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	
Zusammenfassung 2003 - 2012	42
Anzahl Versicherer nach Versichertenbestand seit 2003	43
Anzahl der Konsultationen seit 2009	43
Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen seit 2003	44
Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen - Veränderungen von ausgewählten Aufwand- und Ertragspositionen seit 2004	45
Bruttoprämien und Bruttoleistungen nach Personengruppe seit 2003	46
Kostenbeteiligung und Nettoleistungen nach Personengruppe seit 2003	47
Bruttoprämien, Bruttoleistungen, Kostenbeteiligung, Nettoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2003	48
Bruttoleistungen nach Kategorie seit 2003	49
Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Kategorie seit 2003	50
Anzahl Leistungserbringer, Bruttoleistungen und arithmetisches Mittel nach Kategorie der Leistungserbringer seit 2008	51
Verteilung der Bruttoleistungen nach Kategorie der Leistungserbringer seit 2008	52
Bruttoleistungen der OKP-Vertragsärzte für Behandlungen und Medikamente seit 2008	53
Bruttoleistungen für Behandlungen und Medikamente pro OKP-Vertragsarzt seit 2008	53
Bruttoleistungen und Staatsbeiträge der Spitäler seit 2008	54
Spitalentlassungen pro 1 000 Einwohner nach Spitaltyp seit 2008	54
Kosten pro Spitalentlassung seit 2008	54
Bruttoleistungen pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2008	55
Kostenbeteiligung pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2008	56
Obligatorische Krankengeldversicherung	
Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen seit 2003	57
Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht seit 2003	57
Anzahl ausbezahlter Taggelder seit 2003	58
Ausbezahlte Taggelder seit 2003	58
Freiwillige Versicherungen	
Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen seit 2003	59
Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht seit 2003	59
Gesamtgeschäft der Krankenversicherer	
Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen seit 2003	60
Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31. Dezember, seit 2007	64
Medikamente	
Anteil der Generika seit 2010	65
Prämienverbilligung	
Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2005	66
Ausbezahlte Subventionen nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2005	67
Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2005 .	68
Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Einkommensstufe und Geschlecht seit 2005	69

Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht seit 2005	70
Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Zivilstand und Geschlecht seit 2005	71
Anzahl Bezüger nach Wohngemeinde und Geschlecht seit 2007	72
Ausbezahlte Subventionen nach Wohngemeinde seit 2007	73
Staatsbeiträge	
Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich seit 2005	74
Staatsbeiträge an verschiedene Spitäler seit 2005	75

A Einführung in die Ergebnisse

1 Vorwort

Die Krankenkassenstatistik erscheint jährlich in gedruckter und elektronischer Form und umfasst Angaben zum abgelaufenen Berichtsjahr sowie Mehrjahrestabellen.

Die Krankenkassenstatistik bietet einen Überblick über die Entwicklungen im Krankenversicherungsbereich. In der vorliegenden Publikation sind Angaben zu den Krankenversicherern, den versicherten Personen, den Leistungserbringern und den Finanzströmen enthalten. Sie ist gegliedert nach den drei Versicherungsarten obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) und freiwillige Versicherung (FV).

Weitere Informationen finden sich zu Medikamenten, zur Prämienverbilligung und zu den sonstigen Staatsausgaben im Krankenversicherungs- und Spitalbereich.

Für das Jahr 2012 ist die gegenüber dem Vorjahr geringe Zunahme der Bruttoleistungen der OKP um 0.03% auf CHF 143.3 Mio. auffallend. In diesem Zusammenhang haben vier Faktoren eine Rolle gespielt:

- 1) Aufgrund der Einführung des neuen Arzttarifes in Liechtenstein per 1. Oktober 2012 konnten nicht alle Abrechnungen rechtzeitig erfasst werden.
- 2) Der Kostenteiler für den staatlichen Beitrag an den Spitalkosten der Grundversorgung in St. Gallen und Graubünden wurde von rund 52% auf 55% angehoben. Dies hat zur Folge, dass der Staat einen höheren Teil der Kosten trägt und die Krankenkassen etwas entlastet werden.
- 3) Im Jahr 2012 liessen sich im Vergleich zu den Vorjahren mehr Patienten im Spital Grabs anstatt im Spital Vaduz behandeln. Da die staatliche Kostenbeteiligung in Grabs (53%) höher ist als in Vaduz (23%), wurde der Staat finanziell stärker und die Krankenkassen dementsprechend weniger belastet.
- 4) Im Kanton St. Gallen wurde der TARMED-

Tarif für ambulante Spitalbehandlungen von CHF 1.00 auf CHF 0.85 gesenkt.

Da die ersten drei Umstände lediglich eine Verschiebung der Kosten bewirkten und nur mit der erwähnten Senkung des TARMED-Tarifs eine Einsparung realisiert werden konnte, ist für die Analyse eine mehrjährige Betrachtung zentral.

Mit der Abänderung von Art. 4b des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vom 24. November 2010 erteilte der Landtag den Auftrag, in der Krankenkassenstatistik auch Informationen zu den Umsätzen der einzelnen Leistungserbringer in Form einer Liste zu publizieren. Gleichzeitig legte der Landtag dabei fest, dass die Anonymität der Leistungserbringer zu wahren sei.

Dieser Gesetzauftrag konnte aufgrund des hängigen Beschwerdeverfahrens bis anhin nicht umgesetzt werden. Der Verwaltungsgerichtshof kam in seinem Urteil vom 18. Februar 2013 zwar zum Schluss, dass Art. 4b KVG und die vom Amt für Statistik dargelegte Publikationspraxis weder grundrechtswidrig noch sonstwie verfassungswidrig sei. Die 66 beschwerdeführenden Ärzte zogen das Urteil jedoch weiter an den Staatsgerichtshof und stellten Antrag auf Gewährung der aufschiebenden Wirkung. Der Staatsgerichtshof untersagte in der Folge mit Beschluss vom 15. März 2013 dem Amt für Statistik, die Umsätze nach Art. 4b KVG zu publizieren, bevor die Individualbeschwerde erledigt sei.

Gesetzliche Grundlage der Krankenkassenstatistik ist das Statistikgesetz vom 17. September 2008, LGBl. 2008 Nr. 271.

Für die Bereitstellung der Daten und die gute Zusammenarbeit danken wir dem Amt für Gesundheit.

Diese Publikation und weitere Statistiken finden Sie im Internet unter www.as.llv.li

Vaduz, 4. Juli 2013

**AMT FÜR STATISTIK
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN**

2 Hauptergebnisse

Höhere Einnahmen

Die Versicherungen generierten über das Prämiensoll mit CHF 93.5 Mio. CHF 3.4 Mio. mehr Einnahmen als im Vorjahr. Ergänzt wurde dieser Betrag durch einen um 2.8% höheren Staatsbeitrag von CHF 62.8 Mio. und eine um 1.6% höhere Kostenbeteiligung der Versicherten von CHF 9.8 Mio.

Kaum höhere Bruttoleistungen

Die Bruttoleistungen fielen 2012 mit CHF 143.3 Mio. nur unwesentlich höher aus als 2011 mit CHF 143.2 Mio. Diese geringe Zunahme lässt sich mit der verzögerten Erfassung der Rechnungen der Leistungserbringer und Änderungen in der Spitalfinanzierung begründen.

Das nachfolgende Diagramm gibt einen Einblick in die Kostenentwicklung seit 2006, die durch die Verordnungen über das Kostenziel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung seit 2007 begrenzt werden soll. Die grünen bzw. roten Pfeile markieren die Jahre, in denen das Kostenziel erreicht bzw. nicht erreicht werden konnte. Für das Berichtsjahr

2012 lässt sich festhalten, dass die Zunahme mit 0.03% deutlich unter der Vorgabe von 5.5% liegt.

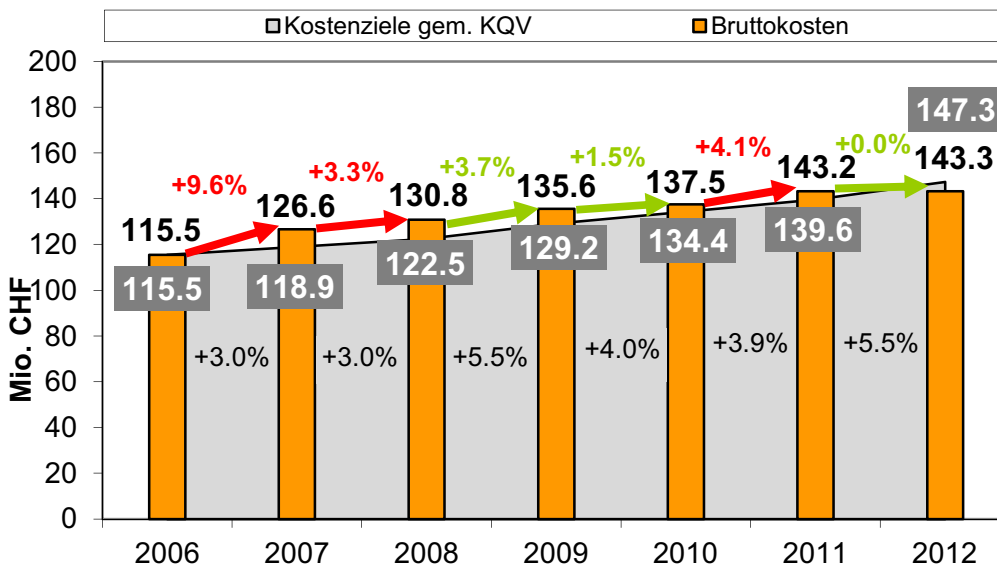
Hoher Ertragsüberschuss der Krankenversicherungen

Durch die höheren Einnahmen bei fast gleichbleibenden Bruttoleistungen konnten die Versicherungen 2012 mit einem Überschuss von CHF 14.3 Mio. ein ausserordentlich gutes Gesamtergebnis verbuchen (2011: CHF 1.2 Mio.).

2% höherer Anteil an Generika

Das Einsparpotenzial durch Generika wird nur zum Teil ausgeschöpft. Im Vergleich zum im Idealfall möglichen Anteil der Generika von 39% am Gesamtumsatz zu Werkpreisen der kassenpflichtigen Medikamente ist der Anteil der Generika mit 9.3% (2011: 7.3%) verhältnismässig tief. In der Schweiz wurden im Jahr 2012 13.1% des Umsatzes der verschreibungspflichtigen Medikamente für Generika abgerechnet.

Entwicklung der Kosten und der Kostenziele in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung



Erläuterung zur Grafik:

Graue Fläche und grau unterlegte Zahlen: Sie geben Auskunft über die mit Verordnung festgelegten Bruttokosten und die definierten jährlichen Veränderungen.

Orange Balken: Sie zeigen die realen Bruttokosten mit den fettmarkierten, schwarzen Zahlen. Die Prozentzahlen oberhalb der grauen Flächen zeigen die erzielten Veränderungen.

Grüne/Rote Pfeile: Kostenziel wurde erreicht/nicht erreicht.

3 Struktur der Krankenversicherungen

3.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Mehr Versicherte

Im Jahr 2012 waren in Liechtenstein bei den drei aktiven Krankenversicherungen 37 590 Personen versichert. Im Vergleich zu den letzten zehn Jahren, in denen die durchschnittliche Zunahme der Versicherten bei 0.8% lag, ist der Anstieg 2012 mit 1.6% deutlich höher. Es lässt sich auch eine demographische Verschiebung beobachten: während sich der Anteil der Erwachsenen um 0.5 Prozentpunkte auf 77.5% erhöhte, ging der Anteil der Kinder im gleichen Ausmass auf 17.8% zurück. Der Anteil der Jugendlichen zeigt sich mit 4.7% unverändert.

Geringe Zunahme der Bruttoleistungen

Für das Jahr 2012 wurden von den Krankenkassen CHF 143.3 Mio. für medizinische Leistungen verbucht (2011: CHF 143.2 Mio.). Gegenüber dem Vorjahr wird damit eine minimale Zunahme von 0.03% ausgewiesen, welche zudem sehr deutlich unter der von der Verordnung über die Kostenziele und Qualitätssicherung (KQV) vorgegebenen maximalen Steigerung von 5.5% liegt.

Mitverantwortlich für den auch im Mehrjahresvergleich auffallend geringen Anstieg (vgl. Grafik S. 8) ist der seit dem 1. Oktober 2012 geltende Arzttarif, der zu einer Erfassungsverzögerung der Arztrechnungen führte. In der Folge fielen die Bruttoleistungen der Ärzte und damit die gesamten Bruttoleistungen für das Jahr 2012 zu tief aus.

Ergänzend dazu ist der neu definierte Kostenteiler zu sehen, nach dem der staatliche Beitrag an den Spalkosten der Grundversorgung in St. Gallen und Graubünden von rund 52% auf 55% angehoben wurde (der exakte Prozentsatz variiert je nach Versicherungsart und Behandlung). Mit diesem Verteilungsschlüssel wurde ein Teil der Kosten von den Krankenkassen auf den Staat überwältzt, so dass die direkt ausgewiesenen Bruttoleistungen der Spitäler 2012 für die stationären Behandlungen leicht zurückgegangen sind (vgl. Tabelle 8.20). Ferner liessen sich 2012 mehr Patienten im Spital Grabs anstatt im Spital Vaduz behandeln. Da die Leistungen des Spitals Grabs zu einem höheren Anteil

(53%) durch den Staat subventioniert werden als die Leistungen des Spitals Vaduz (23%), wurden die Krankenkassen ein weiteres Mal entlastet.

Eine reale Kostensenkung wurde mit dem von CHF 1.00 auf CHF 0.85 gesenkten TARMED-Tarif für ambulante Spitalbehandlungen im Kanton St. Gallen realisiert.

Dies zeigt, dass die geringe Zunahme der Bruttoleistungen unter anderem durch eine Verschiebung der Kosten zu Stande kam, lediglich die Senkung des TARMED-Tarifes bewirkte eine echte Einsparung. Für die Analyse ist es deshalb wichtig, die gesamten Kosten, d.h. inklusive der Staatsbeiträge, im Blick zu behalten (Grafik S. 12) und einen längeren Betrachtungszeitraum zu wählen. So stiegen die Bruttoleistungen im Zehnjahresvergleich pro Jahr um 3.7%.

Ergänzend dazu lässt sich für die gegenüber 2011 um CHF 61 tieferen Leistungen pro versicherte Person von CHF 3 812 im Zehnjahresvergleich ein durchschnittlicher Anstieg von 2.9% pro Jahr beobachten.

3.8% Zunahme der Prämien

Im Berichtsjahr 2012 zahlten die Versicherten CHF 93.5 Mio. an Prämien ein (CHF 90.1 Mio.). Diese Zunahme von 3.8% gegenüber dem Vorjahr bewegt sich etwas unter dem Durchschnitt der letzten zehn Jahre, in denen die Prämien um 4.8% pro Jahr angestiegen sind.

86% der Versicherten bezogen Leistungen

2012 bezogen 86.1% der Versicherten Leistungen der OKP in der Höhe von insgesamt CHF 143.3 Mio. Die Höhe der Bruttoleistungen pro versicherte Person und Monat variiert nach Geschlecht und Alter (Tabelle 8.22). Frauen beanspruchen im Durchschnitt mit CHF 417 pro Monat deutlich mehr Leistungen als Männer mit CHF 313. Diese Differenz ist mit unterschiedlichen Ausprägungen bis etwa zum 60. Lebensjahr zu beobachten. In den anschliessenden Alterskategorien bis 70 Jahre verringert sich der Unterschied sichtlich, bevor sich das Verhältnis umkehrt und die Männer mehr Leistungen benötigen als die Frauen. Im hohen Alter, ab 91 Jahren, sind es wieder die Frauen, die mit CHF 2 197 pro Monat auf mehr medizinische Leistungen

angewiesen sind als die Männer mit CHF 1 832. Generell lässt sich feststellen, dass bei beiden Geschlechtern die Aufwendungen mit zunehmendem Alter steigen.

Spitäler und Ärzte sind die grössten Kostengruppen

Die Rangfolge der verschiedenen Kostengruppen zeigt sich in den letzten Jahren relativ stabil.

Der grösste Anteil der Leistungen entfällt mit 34.3% auf die Spitäler, die für ihre Leistungen im Jahr 2012 CHF 49.2 Mio. vergütet erhielten. Es folgen die Arztkosten ohne Medikamente mit einem Anteil von 24.5% und CHF 35.1 Mio. Weitere 16.8% der Kosten entfallen auf Medikamente, wobei für CHF 18.2 Mio. Medikamente beim Arzt (Anteil an Bruttoleistungen: 12.7%) und für CHF 5.8 Mio. Medikamente bei den Apotheken (4.1%) bezogen wurden. Die Physiotherapeuten wurden mit CHF 6.9 Mio. (4.8%) und die Chiropraktoren sowie die Spitex/Familienhilfe/Pflege mit je CHF 1.5 Mio. (1.0%) für ihre Leistungen entschädigt.

Da für die Beurteilung der Kostenentwicklung des Gesundheitswesens die Bruttoleistungen der einzelnen Kostengruppen zentral sind, werden in den nächsten Abschnitten die drei grössten Kostengruppen genauer betrachtet:

a) Spitalkosten: 9% Anstieg der Bruttoleistungen

Liechtenstein verfügt über 27 Vertragsspitäler, die für die medizinische Versorgung der versicherten Personen zur Verfügung stehen und

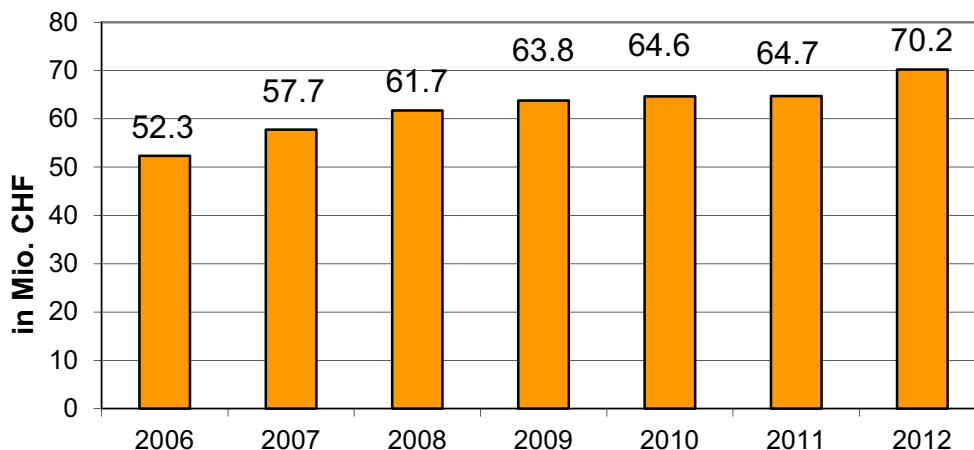
in die Gruppen Grundversorgung, Rehabilitation, Psychiatrien und andere Spezialkliniken eingeteilt werden können (Tabelle 8.21). Die nachfolgende Grafik, welche sowohl die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante und stationäre Leistungen als auch die Staatsbeiträge für stationäre Aufenthalte beinhaltet, illustriert die Bruttoleistungen der Spitäler seit 2006. Nachdem die Zunahmen bis 2011 laufend geringer ausfielen, ist für 2012 mit einem Zuwachs von 8.6% ein deutlicher Anstieg erkennbar.

Die Entwicklung lässt sich detaillierter auch in der Tabelle 8.22 verfolgen, in der die Kosten pro Spitalentlassung aufgeführt sind. Im Jahr 2012 wurden für ambulante Fälle im Durchschnitt CHF 782 (2011: CHF 716) und für stationäre Fälle CHF 9 937 (CHF 8 351) verrechnet.

b) Ambulante Arztkosten: Leichter Rückgang

Die ambulanten Arztkosten beliefen sich 2012 auf CHF 35.1 Mio., das sind 0.4% weniger als im Vorjahr. Jedoch lässt die langjährige Betrachtung seit 2004 erkennen, dass die Arztkosten pro Jahr im Durchschnitt um 3.7% zugelegt haben. Der Anstieg der Kosten der Medikamente, die direkt beim Arzt bezogen werden, fällt im Zehnjahresvergleich mit 1.6% pro Jahr etwas geringer aus. Im Berichtsjahr haben die Patienten für CHF 18.2 Mio. Medikamente über die Ärzte bezogen.

Bruttoleistungen an die Spitäler seit 2006



Erläuterung zur Grafik:

Berücksichtigt sind die Staatsbeiträge und die Bruttoleistungen der Versicherer an die 27 Vertragsspitäler von Liechtenstein.

c) **Medikamente: tiefer Anteil an Generika**

Ergänzend zu den gesamten Ausgaben für Medikamente von CHF 24.1 Mio. gibt die Tabelle 5 einen Überblick über Verteilung in den therapeutischen Gruppen. Im System wurden insgesamt 418 018 Packungen für CHF 19 Mio. erfasst. Mengenmässig entfällt der grösste Anteil mit 27% auf Stoffwechselmedikamente, gefolgt von 18% für Medikamente des Nervensystems sowie je 10% für Medikamente für Herz und Kreislauf und Gastroenterologica. Im Durchschnitt wurden pro versicherte Person 11 Medikamentenpackungen verschrieben.

Interessant im Zusammenhang mit der Kostengruppe Medikamente sind die verrechneten Generika, da sie genutztes beziehungsweise ungenutztes Einsparpotenzial aufzeigen. Im Jahr 2012 betrug der Anteil der Generika am Umsatz der kassenpflichtigen Medikamente zu Werkpreisen 9.3% (2011: 7.3%), was 8.7% der verkauften Packungen entsprach. Möglich gewesen wäre nach Angabe des Amtes für Gesundheit im Idealfall ein Anteil von 39% am Umsatz.

Für einen Vergleich mit der Schweiz kann als Referenzgrösse für das Jahr 2012 der Anteil der Generika in der Schweiz von 13.1% an den gesamten Kosten zu Werkpreisen für kassenpflichtige Medikamente genommen werden. Aus dieser Gegenüberstellung lässt sich schliessen, dass im Verhältnis in der Schweiz bei den kassenpflichtigen Medikamenten klar mehr Generika verordnet werden als in Liechtenstein.

Kostenbeteiligung von CHF 10 Mio.

Die Versicherten haben sich mit CHF 9.8 Mio. an den Ausgaben der Krankenkassen beteiligt. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Erhöhung von 1.6%. Im Vergleich zum Vorjahr unverändert blieb die Kostenbeteiligung pro Person mit CHF 259.

Hoher Ertragsüberschuss, hohe Reserven

Die Versicherer konnten das Jahr 2012 mit einem Gesamtergebnis von CHF 14.3 Mio. abschliessen. Im zehnjährigen Vergleich präsentiert sich das Gesamtergebnis sehr volatil. Es schwankte zwischen minus CHF 3.4 Mio. und plus CHF 13.3 Mio. Die Aufschlüsselung der einzelnen Kontengruppen (Tabelle 8.4) illustriert, dass diesem Resultat zwei Hauptfaktoren zu Grunde liegen. So konnten

die Versicherungen 2012 mit CHF 93.3 Mio. mehr Einnahmen über Prämien generieren als 2011 mit CHF 89.9 Mio. Darüber hinaus fiel im Gegenzug der Versicherungsaufwand mit CHF 135.8 Mio. 3.5% tiefer aus als im Vorjahr. Zum Gesamtergebnis bleibt zu erwähnen, dass die OKP verpflichtet sind, einen Überschuss in Form von Reserven anzulegen. Diese wurden in den letzten Jahren kontinuierlich aufgebaut und beliefen sich am 31. Dezember 2012 auf CHF 53.8 Mio. (2011: CHF 35.8 Mio.).

CHF 93 Mio. Staatsbeiträge

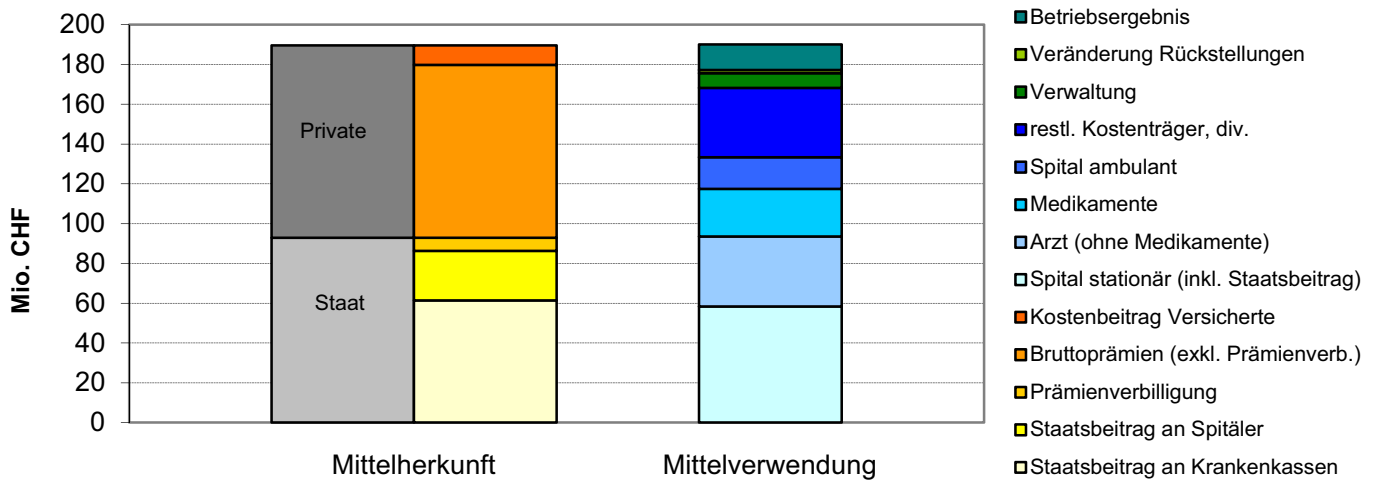
Mit CHF 93.1 Mio. flossen 2012 5.9 Mio. mehr an Subventionen in das Gesundheitswesen als noch im Vorjahr. Mit diesem Betrag wurde ein neuer Höchstwert erreicht.

Die Krankenkassen erhielten CHF 61.4 Mio. (2011: CHF 62.1 Mio.), die Spitäler CHF 24.9 Mio. (CHF 19.3 Mio.), die Prämienverbilligungsbezüger CHF 6.6 Mio. (CHF 6.3 Mio.) sowie der Krankenkassenverband CHF 0.2 Mio. (CHF 0.2 Mio.). Diese Zahlen weisen darauf hin, dass die markante Zunahme der Staatsbeiträge fast gesamthaft durch die stärkere Subventionierung der Spitäler verursacht wurde. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass der Kostenteiler für den staatlichen Beitrag an den Spitalkosten der Grundversorgung in St. Gallen und Graubünden von rund 52% auf 55% angehoben wurde (der exakte Prozentsatz variiert nach Versicherungsart und Behandlung). Im Weiteren liessen sich nach Auskunft des Amtes für Gesundheit im Vergleich zu früheren Jahren mehr Patienten im Spital Grabs anstatt im Spital Vaduz behandeln, was sich insofern auf die Kosten auswirkte, als dass die staatliche Kostenbeteiligung im Spital Grabs (53%) höher als in Vaduz (23%) ist.

Staatliche Beiträge von 50%

Die Grafik auf der nächsten Seite illustriert die finanziell bedeutendsten Zweige im Krankenversicherungs- und Spitalbereich. Sie verdeutlicht in Bezug auf die Verteilung der Mittelherkunft (Balken in Grau- und Gelbtönen), dass die Hälfte der Mittel staatliche Beiträge sind. Wird die Mittelverwendung betrachtet, lässt sich erkennen, dass die Spitäler, Ärzte und Medikamente den Grossteil der finanziellen Mittel beanspruchen. Die ergänzenden, detaillierten Informationen zu dieser Grafik sind in den Tabellen 1.5, 1.10 sowie 7.1 zu finden.

Mittelverwendung und Mittelherkunft der bedeutendsten Zweige im Gesundheitswesen 2012



Erläuterung zur Grafik:

Mittelverwendung: Das Total liegt mit CHF 189.5 Mio. über den in früheren Abschnitten erwähnten Bruttoleistungen von CHF 143.3 Mio. Das liegt daran, dass der Staatsbeitrag an Spitäler, das Betriebsergebnis sowie die Verwaltungskosten in dieser Grafik mitberücksichtigt wurden.

3.2 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)

Die Versicherten der obligatorischen Krankengeldversicherung (OKG) erhalten bei ärztlich bescheinigter, mindestens hälftiger Arbeitsunfähigkeit ab dem 2. Tag nach dem Tag der Erkrankung ein Krankengeld, sofern sie mit dem Arbeitgeber nicht eine länger dauernde Lohnfortzahlung vereinbart haben. Das Krankentaggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit mindestens 80 Prozent des bis anhin bezogenen AHV-pflichtigen Lohnes.

Das Betriebsergebnis der OKG präsentiert sich seit 2008, als ein Gewinn von CHF 3.6 Mio. realisiert werden konnte, rückläufig und fällt seit 2010 negativ aus. Das Berichtsjahr 2012 wurde mit einem Verlust von CHF 1.5 Mio. abgeschlossen. Der um CHF 2.6 Mio. höhere Versicherungsertrag von CHF 25.9 Mio. konnte den um CHF 3.6 Mio. höheren Versicherungsaufwand von CHF 25.1 Mio. nicht ausgleichen, wodurch das Gesamtergebnis 22.9% unter dem des Vorjahres zu liegen kam. Nachteilig wirkte sich auch das System der Überschussbeteiligung aus, bei dem bei gutem Schadensverlauf ein Teil der Prämien zurückerstattet wird.

Für den zunehmenden Versicherungsaufwand ist vorwiegend die wachsende Anzahl der ausbezahlten Taggelder verantwortlich, die 2012 mit 208 868 Tagen den Wert des Vorjahres

um 14.1% überschritten. Die parallel dazu verlaufenden Kosten wurden mit CHF 24.6 Mio. beziffert.

3.3 Freiwillige Versicherungen (FV)

Da der Versicherungsertrag 2012 mit CHF 45.7 Mio. stärker zunahm als der Versicherungs- und Betriebsaufwand mit CHF 42.7 Mio., konnte die Freiwillige Versicherung das Rechnungsjahr mit einem positiven Gesamtergebnis von CHF 3.6 Mio. abschliessen. Dieses Ergebnis liegt mit einer Zunahme von 469.4% klar über dem Vorjahr. Jedoch lässt sich in der Tabelle 10.1 beobachten, dass das Gesamtergebnis der Freiwilligen Versicherung mit einem Tiefstwert von CHF -2.2 Mio. und einem Höchstwert von CHF 5.5 Mio. in den letzten zehn Jahren sehr stark schwankte.

In der Tabelle 10.2 sind die detaillierten Angaben zum Prämien Soll und den Bruttoleistungen zu finden. Ein Vergleich zwischen 2012 und 2011 lässt erkennen, dass während sich das Prämien Soll um 5.7% auf CHF 46 Mio. erhöhte, die Bruttoleistungen mit einer Abnahme von 1.1% auf CHF 31.9 Mio. rückläufig waren. Der Zehnjahresvergleich verweist auf eine ähnliche Tendenz: das Prämien Soll stieg im Durchschnitt um 4.6% und die Bruttoleistungen erhöhten sich lediglich um 3.8%.

Die Freiwilligen Versicherungen erhalten keine Staatsbeiträge und generieren daher mit CHF 45.9 Mio. den grössten Anteil der Einnahmen aus dem Prämiensoll.

3.4 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

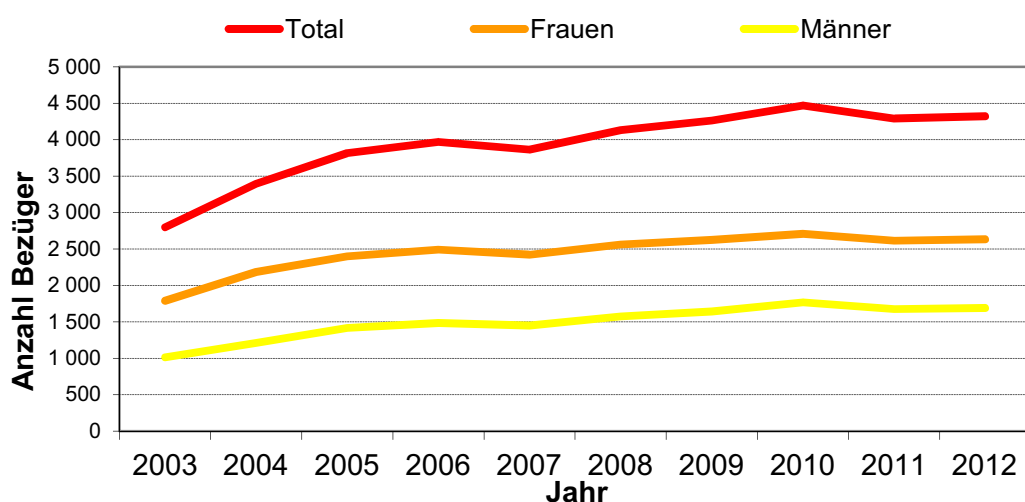
Das Gesamtgeschäft der Krankenversicherer beinhaltet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) sowie die freiwilligen Versicherungen (FV).

Wird das Betriebsergebnis der letzten zehn Jahre betrachtet, so zeigt sich, dass mit CHF 16.5 Mio. 2012 der grösste Gewinn realisiert werden konnte. Basis dafür ist das mit CHF 165.4 Mio. um 5.3% deutlich höhere Prämiensoll (2011: CHF 157.0 Mio.) bei einem, mit einer Abnahme von 0.6%, leicht tieferen Versicherungsaufwand von CHF 193.9 Mio. (2011: CHF 195.1 Mio.). Ergänzend lässt sich anmerken, dass sich das Betriebsergebnis des Gesamtgeschäftes sehr schwankend präsentiert.

Mit CHF 82.1 Mio. erreichen auch die Reserven per 31. Dezember 2012 einen neuen Höchstwert. Gegenüber dem Vorjahr wird eine Zunahme von 33.2% und für den Fünfjahresvergleich von 14.6% pro Jahr berechnet. Abschliessend lässt sich festhalten, dass über die Jahre die Reserven und Rückstellungen von allen Versicherungsanbietern aufgestockt wurden und die gesetzlichen Erfordernisse erfüllen.

Einzige Ausnahme bildet die OKG, deren Reserven sich um 22.0% auf CHF 5.1 Mio.

Bezüger von Prämienvorbilligungen



reduziert und deren Rückstellungen sich um 1.4% auf CHF 2.7 Mio. verringert haben.

3.5 Prämienvorbilligungen

Nachdem die Anzahl der Bezüger 2011 leicht zurückging, ist sie 2012 um 0.8% auf 4 322 Personen angestiegen (2011: 4 288 Personen). Die nachfolgende Grafik zeigt den generell steigenden Trend der Anzahl Bezüger von Prämienvorbilligungen, nur in einzelnen Jahren wird ein Rückgang verzeichnet. Werden die Bezüger nach Geschlecht und Altersgruppen betrachtet, so lässt sich feststellen, dass mit einer Zunahme von 4.7% die Anzahl der 17-25-jährigen Männer am stärksten gestiegen ist. Dies ist auch die Gruppe, die mit einem jährlichen Zuwachs von 7.7% seit 2005 am stärksten zugenommen hat. Bei den anderen Gruppen sind die Grössenschwankungen mit Veränderungen von -0.8% bis 2.9% pro Jahr weniger bedeutend.

60.9% der Bezüger von Prämienvorbilligungen sind Frauen, 39.1% sind Männer. Ähnlich ungleich gestaltet sich die Verteilung nach Zivilstand. So sind 65% der Bezüger (2 811 Personen) von Prämienvorbilligungen alleinstehend/alleinerziehend und lediglich 35% (1 511 Personen) sind verheiratet.

2012 wurden insgesamt CHF 6.6 Mio. für Prämienvorbilligungen eingesetzt. Der durchschnittliche Betrag belief sich auf CHF 1 524 und war damit gegenüber dem Vorjahr um 3.6% höher (2011: CHF 1 470). Seit 2005 stieg der durchschnittliche Betrag kontinuierlich an, pro Jahr um 3.2%.

3.6 Staatsbeiträge

Mit einem Finanzierungsanteil von 50% (vgl. Grafik S. 12) decken die Staatsbeiträge einen wesentlichen Beitrag der Gesundheitsausgaben. Gemäss Landesrechnung 2012 wurden neben den Prämienverbilligungen und den Staatsbeiträgen an die Versicherer der obligatorischen Krankenpflege auch staatliche Beiträge an den Liechtensteinischen Krankenkassenverband und an verschiedene Spitäler geleistet. Differenzen zwischen den Angaben der Landesrechnung und den Angaben der Versicherer in Bezug auf die Staatsbeiträge an die Krankenversicherer sind auf unterschiedliche Buchungszeitpunkte zurückzuführen. Die nachfolgende Grafik präsentiert die Entwicklung der Staatsbeiträge seit 1997. Offensichtlich ist, dass die Beiträge über die Jahre markant zugenommen haben und nur in einzelnen Jahren leichte Rückgänge verzeichnet wurden. Im Durchschnitt sind die Kosten jährlich 7.6% höher ausgefallen, die Zunahme für 2012 gegenüber 2011 lag mit 6.7% unter diesem Wert.

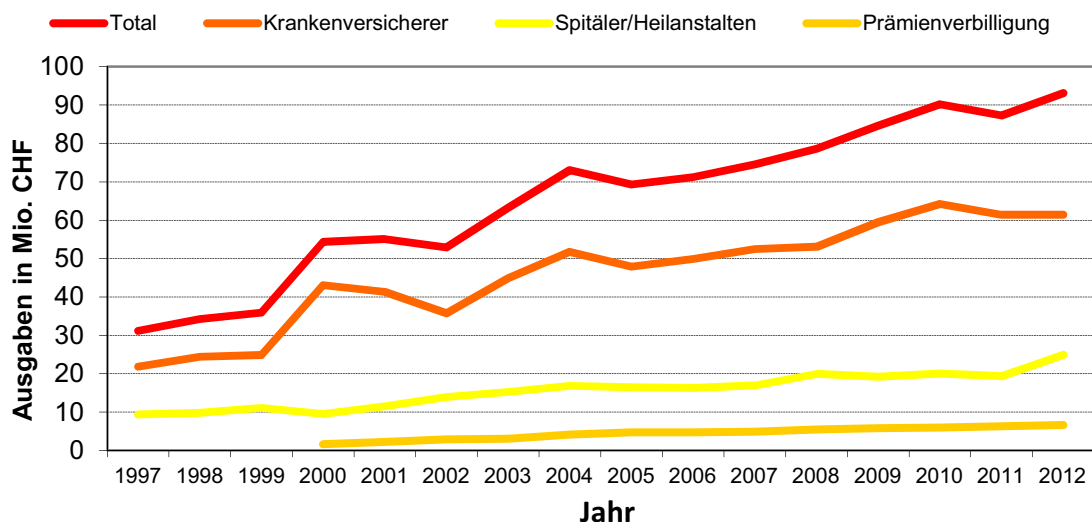
Von den 2012 insgesamt CHF 93.1 Mio. an Staatsbeiträgen wurden 65.9% (CHF 61.4 Mio.) direkt den Krankenversicherungen zugewiesen, 26.8% (CHF 24.9 Mio.) erhielten die Spitäler, 7.1% (CHF 6.6 Mio.) wurde für die Prämienverbilligung eingesetzt, und 0.3%

(0.2 Mio.) des Betrages wurde dem Krankenkassenverband überwiesen.

Wird in Ergänzung zu diesen Ausführungen die Tabelle 13.2 betrachtet, so waren die mit einem Betrag von CHF 17.3 Mio., respektive mit einer Zunahme von 29.5% stark ins Gewicht fallenden Staatsbeiträge an die ausländischen Spitäler auffallend.

Nach Auskunft des Amtes für Gesundheit haben in diesem Zusammenhang zwei Faktoren eine massgebende Rolle gespielt. Einerseits wurde der Kostenteiler bei den Spitälern der Grundversorgung in St. Gallen und Graubünden von rund 52% auf 55% (der exakte Anteil ist von der Versicherungsart und der Behandlung abhängig) erhöht bzw. dem Kostenteiler in der Schweiz angeglichen, was dazu führte, dass der Staat sich zu einem grösseren Anteil an den Kosten beteiligt. Andererseits liessen sich 2012 im Vergleich zu den Vorjahren mehr Patienten im Spital Grabs anstatt im Spital Vaduz behandeln. Da der Kostenanteil des Staates beim Spital Grabs mit 53% höher ist als in Vaduz mit 23%, wirkte sich dies kostensteigernd aus.

Staatsausgaben im Gesundheitswesen



Erläuterung zur Grafik:

Total: Das Land unterstützt den Krankenkassenverband jährlich jeweils mit ca. CHF 240 000. Dieser im Vergleich tiefe Betrag wird in der Grafik nicht einzeln dargestellt, aber im Total mitgerechnet.

4 Ländervergleiche

4.1 Bruttokosten pro versicherte Person

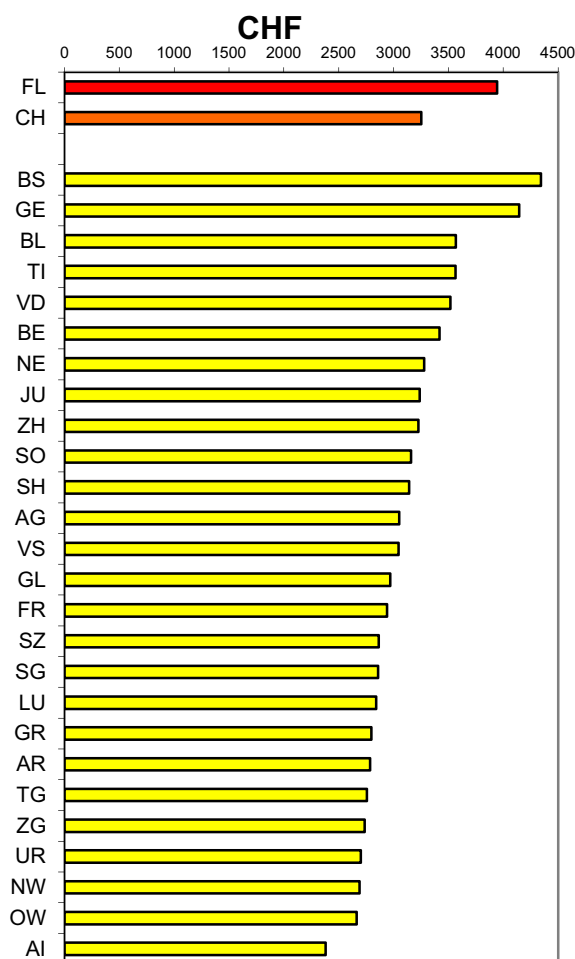
Länder- bzw. Kantonsvergleiche sind nur bedingt möglich

Bei der Interpretation des Kostenvergleichs mit der Schweiz sind vor allem die unterschiedlichen Leistungskataloge und Abrechnungsarten (tiers garant, tiers payant) zu beachten. In Liechtenstein kommt die Abrechnungsart tiers payant zur Anwendung, d.h. die Rechnungsstellung der Leistungserbringer erfolgt direkt an die Krankenkassen. Beim tiers garant-Prinzip, das in der Schweiz am häufigsten angewendet wird, erfolgt die Rechnungsstellung der Leistungserbringer an die Versicherten. Dabei werden lediglich die

von den Versicherten bezahlten und zur Rückvergütung eingereichten Rechnungen von den Versicherern erfasst. Nicht eingereichte Rechnungen für Leistungen bleiben unberücksichtigt.

Aufgrund der unterschiedlichen Systeme sind die Daten nur bedingt vergleichbar und die vergleichsweise hohen Kosten in Liechtenstein müssen in diesem Kontext interpretiert werden. Es ist davon auszugehen, dass die schweizerischen Zahlen tendenziell tiefer ausgewiesen werden, da nicht alle Rechnungen zur Rückvergütung bei den Kassen eingereicht werden.

Bruttokosten (OKP) 2012 pro versicherte Person



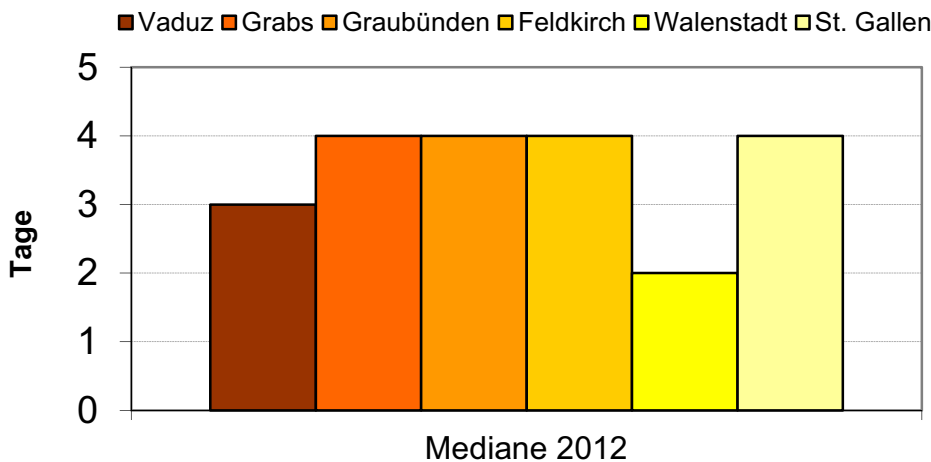
Quelle: www.bag.admin.ch/kmt

4.2 Aufenthaltsdauer in Spitälern

Das Balkendiagramm auf der nächsten Seite stellt die Aufenthaltsdauer in den verschiedenen Spitälern dar. Berücksichtigt wurden die wichtigsten Spitäler der Grundversorgung für in Liechtenstein versicherte Personen. Als Vergleichsgrösse wurde der Median gewählt. Der Median sagt aus, nach wie vielen Tagen mindestens die Hälfte der Patienten aus dem Spital entlassen wird. Gegenüber dem arithmetischen Mittel hat der Median den Vorteil, dass sich einzelne Extremwerte nur gering auf das Ergebnis auswirken.

Im Vergleich wird deutlich, dass die Aufenthaltsdauer im Landesspital Vaduz mit drei Tagen einen Tag tiefer ist als in den Spitälern in Grabs, Graubünden, Feldkirch und St. Gallen. Der tiefere Median des Landesspitals lässt sich durch das Belegarztsystem erklären, das eine kürzere Aufenthaltsdauer begünstigt. Der mit zwei Tagen auffallend tiefe Median des Spitals Walenstadt weist darauf hin, dass dort keine komplexeren Eingriffe mehr ausgeführt werden.

Mediane der Aufenthaltsdauer in Spitälern in Anzahl Tagen 2012



Erläuterung zur Grafik:

Median: Für die Berechnung der Mediane wurden nur die in Liechtenstein versicherten Patienten berücksichtigt.

4.3 Krankheitsfälle pro 1 000 Einwohner

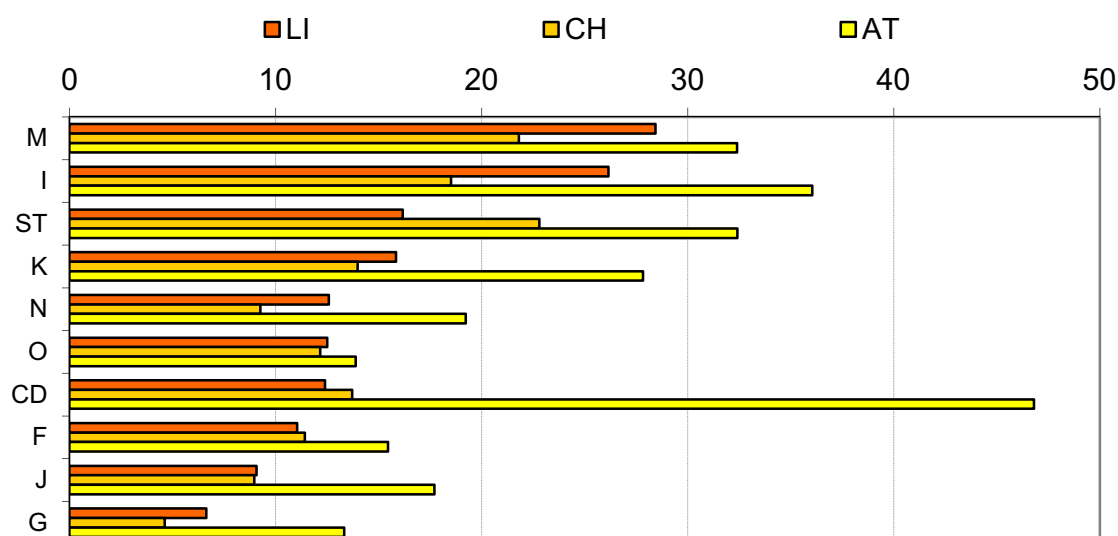
Die Grafik auf der nächsten Seite stellt die Anzahl der diagnostizierten Krankheitsfälle bei stationär behandelten Patienten in Spitälern nach ICD-10-Klassifikation dar. Ausgewählt wurden die zehn für in Liechtenstein wohnhafte Personen am häufigsten gestellten Diagnosegruppen sowie die entsprechenden Vergleichswerte aus der Schweiz und Österreich. Da für die Schweiz und Österreich lediglich Informationen für das Jahr 2011 vorliegen, wurde die Grafik für das Jahr 2011 erstellt.

komplette Liste mit Ländervergleich sind in der anschliessenden Tabelle zu finden.

Im Vergleich zur Schweiz werden bei liechtensteinischen Patienten in sieben der zehn ausgewählten Kategorien mehr Diagnosefälle pro 1 000 Einwohner registriert. Die Anzahl der Diagnosefälle ist in Österreich in allen Kategorien am höchsten. Nach Aussage von Statistik Austria liegt dies daran, dass Österreich traditionsgemäss ein sehr spitalorientiertes Gesundheitswesen hat.

Die Diagnosebeschreibungen zu den in der folgenden Grafik enthaltenen Codes sowie die

In Spitälern gestellte Diagnosen nach ICD-10-Klassifizierung in Liechtenstein, der Schweiz und in Österreich - Anzahl stationäre Fälle pro 1 000 Einwohner - 2011



Erläuterung zur Grafik:

Auswahl: Die zehn häufigsten Diagnosen 2011 für in Liechtenstein wohnhafte Patienten.

Stationäre Krankheitsfälle pro 1 000 Einwohner in Liechtenstein, der Schweiz und in Österreich - 2011

Code	ICD-Klassifikation	LI	CH	AT
AB	Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	3.3	4.3	7.2
CD	Neubildungen	12.4	13.7	46.8
D	KH des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie best. Störungen mit Beteiligung d. Immunsystems	0.9	0.9	2.7
E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2.3	2.3	7.3
F	Psychische und Verhaltensstörungen	11.0	11.4	15.5
G	Krankheiten des Nervensystems	6.6	4.6	13.3
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1.3	1.5	19.7
HH	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1.0	0.8	3.0
I	Krankheiten des Kreislaufsystems	26.2	18.5	36.0
J	Krankheiten des Atmungssystems	9.1	9.0	17.7
K	Krankheiten des Verdauungssystems	15.8	14.0	27.8
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	2.5	1.9	4.4
M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	28.4	21.8	32.4
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	12.6	9.3	19.2
O	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	12.5	12.2	13.9
P	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in d. Perinatalperiode haben	1.3	3.1	1.5
Q	Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	0.7	1.2	2.3
R	Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	4.3	5.6	13.3
ST	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	16.2	22.8	32.4
Z	Faktoren, d. d. Gesundheitszustand beeinfl. u. zur Inanspruchnahme d. Gesundheitswesens führen	1.2	9.6	2.0

Quellen: Amt für Gesundheit/Vaduz, Bundesamt für Gesundheit/Schweiz, Statistik Austria

Erläuterung zur Tabelle:

LI: Es sind nur jene Patienten aus Liechtenstein erfasst, deren Diagnosen im Jahr 2011 in den 27 Vertragsspitalern gestellt und die stationär behandelt wurden.

Tabellen

1 Tabellen der
Krankenkassenstatistik 2012

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Zusammenfassung 2012

Tabelle 1.1

		Personen	Anteil in % der Versicherten
Versicherer der obligatorischen Krankenpflege	Anzahl	3	
Versichertenbestand am 31.12.2012	Anzahl	37 590	100%
Erwachsene	Anzahl	29 125	77%
Frauen	Anzahl	14 679	39%
Männer	Anzahl	14 446	38%
Jugendliche	Anzahl	1 758	5%
Kinder	Anzahl	6 707	18%
		Betrag	Anteil in % der Bruttoleistungen
Prämiensoll	CHF	93 498 156	65%
pro versicherte Person, ohne Kinder	CHF	3 027	
pro versicherte Person	CHF	2 487	
Bruttoleistungen der Versicherer	CHF	143 289 471	100%
pro versicherte Person	CHF	3 812	
Kostenbeteiligung der Versicherten	CHF	9 751 259	7%
pro versicherte Person, ohne Kinder u. Jugendliche	CHF	335	
pro versicherte Person	CHF	259	
Nettoleistungen der Versicherer	CHF	133 538 212	93%
pro versicherte Person	CHF	3 552	
Betriebsaufwand	CHF	7 442 197	5%
pro versicherte Person	CHF	198	
Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	CHF	-48 474 436	-34%
pro versicherte Person	CHF	- 1 290	
Staatsbeiträge	CHF	62 819 695	44%
pro versicherte Person	CHF	1 671	
Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen	CHF	14 345 259	10%
pro versicherte Person	CHF	382	

Erläuterung zur Tabelle:

Versichertenbestand: Die Zahl differiert von den Versicherten nach Bruttokostenstufe (vgl. Tabelle 1.16). Dies erklärt sich durch die unterschiedliche Abgrenzung bei Kassenwechseln, Geburten und Todesfällen.

Prämiensoll: Für Kinder (versicherte Personen bis zum vollendeten 16. Altersjahr) werden keine Prämien erhoben.

Kostenbeteiligung der Versicherten: Für Kinder und Jugendliche (versicherte Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr) wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Anzahl Versicherer OKP am 31.12.2012 nach Versichertenbestand

Tabelle 1.2

Gesamt Versicherer	1-500 Versicherte	501-1000 Versicherte	1001-2500 Versicherte	2501-5000 Versicherte	5001-10000 Versicherte	10000+ Versicherte
3	-	1	-	-	1	1

Versicherte Personen am 31.12.2012 nach Wohnsitz und Versicherungsart

Tabelle 1.3

Wohnsitz / Versicherungsart	Total	Anteil in %	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
Gesamt	37 590	100.0	14 679	14 446	1 758	6 707
Liechtenstein	36 545	97.2	14 415	13 845	1 733	6 552
Ausland	1 045	2.8	264	601	25	155
davon Schweiz	139	0.4	48	57	4	30
davon Österreich	396	1.1	132	209	12	43
davon Andere	510	1.4	84	335	9	82
Ordentliche Jahresfranchise	35 421	94.2	13 853	13 120	1 741	6 707
Wählbare Jahresfranchise	2 169	5.8	826	1 326	17	-

Anzahl Konsultationen 2012

Tabelle 1.4

	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder	Übrige
Gesamt	345 678	152 873	106 788	10 241	37 179	38 597
Ambulante Spitalkonsultationen	35 751	19 202	12 328	941	3 280	-
Ambulante Arztkonsultationen	309 927	133 671	94 460	9 300	33 899	38 597
Anzahl Konsultationen pro Versicherten	9.2	*	*	*	*	*

Erläuterung zur Tabelle:

Übrige: Durch den neuen Arzttarif wurde ein Teil der Konsultationen nur nach Leistungserbringer erfasst, so dass sie sich nicht nach Geschlecht und Alter zuordnen lassen.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Betriebsrechnung 2012

Tabelle 1.5

Kontenbezeichnung	Konto	CHF
Ertrag		
Prämiensoll	60	93 498 156
Erlösminderungen für Prämien	64	- 227 706
Andere Prämienanteile	65	10
Bruttoprämien	= 60 bis 65	93 270 460
Prämienanteile der Rückversicherer	66	- 41 389
Versicherungsprämien	= 60 bis 66	93 229 072
Staatsbeiträge	67	62 819 695
Sonstige Betriebserträge	69	110
Versicherungsertrag	= 6	156 048 877
Aufwand		
Bruttoleistungen	300	-143 289 471
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	9 751 259
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-133 538 212
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-1 576 043
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-135 114 255
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-
Risikoausgleich	37	- 25 881
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	- 639 200
Versicherungsaufwand	= 3	-135 779 336
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-1 404 746
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	- 135 910
EDV-Kosten	420	- 437 516
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	- 51 823
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-4 865 420
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	- 153 874
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	24 730
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-7 024 561
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	- 204 260
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	- 213 377
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-
Betriebsaufwand	= 4	-7 442 197
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-143 221 533
Betriebsergebnis	= 6-3-4	12 827 344
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	1 517 915
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	14 345 259
Reserven	CHF	53 815 656
Rückstellungen	CHF	42 622 537

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Bruttoprämien nach Versicherungsform und Personengruppe 2012

Tabelle 1.6

	Total CHF	Ordentliche Jahres- franchise CHF	Wählbare Jahres- franchise CHF
Gesamt	93 498 156	88 360 671	5 137 485
Erwachsene	90 694 220	85 570 162	5 124 058
Frauen	46 248 069	44 255 854	1 992 215
Männer	44 446 151	41 314 308	3 131 843
Jugendliche	2 803 936	2 790 509	13 427
Kinder	-	-	-
Pro prämienpflichtige Person	3 027	3 077	2 369
Erwachsene(r)	3 114	3 172	2 387
Frau	3 151	3 195	2 412
Mann	3 077	3 149	2 362
Jugendliche(r)	1 595	1 603	790
Kinder	-	-	-

Bruttoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2012

Tabelle 1.7

	Total CHF	Ordentliche Jahres- franchise CHF	Wählbare Jahres- franchise CHF
Gesamt	143 289 471	140 012 453	3 277 018
Erwachsene	132 311 105	129 043 220	3 267 884
Frauen	76 099 614	74 363 974	1 735 640
Männer	56 211 491	54 679 246	1 532 245
Jugendliche	2 833 890	2 824 756	9 134
Kinder	8 144 476	8 144 476	-
Pro versicherte Person	3 812	3 953	1 511
Erwachsene(r)	4 543	4 784	1 519
Frau	5 184	5 368	2 101
Mann	3 891	4 168	1 156
Jugendliche(r)	1 612	1 622	537
Kinder	1 214	1 214	-

Kostenbeteiligung nach Versicherungsform und Personengruppe 2012

Tabelle 1.8

	Total CHF	Ordentliche Jahres- franchise CHF	Wählbare Jahres- franchise CHF
Gesamt	9 751 259	8 694 315	1 056 944
Erwachsene	9 745 717	8 694 947	1 050 770
Jugendliche	6 174	-	6 174
Kinder	- 632	- 632	-
Pro versicherte Person	259	245	487
Erwachsene(r)	335	322	488
Jugendliche(r)	4	-	363
Kind	-	-	-

Nettoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2012

Tabelle 1.9

	Total CHF	Ordentliche Jahres- franchise CHF	Wählbare Jahres- franchise CHF
Gesamt	133 538 212	131 318 138	2 220 074
Erwachsene	122 565 388	120 348 273	2 217 115
Jugendliche	2 827 716	2 824 756	2 959
Kinder	8 145 109	8 145 109	-
Pro versicherte Person	3 552	3 707	1 024
Erwachsene(r)	4 208	4 462	1 030
Jugendliche(r)	1 608	1 622	174
Kind	1 214	1 214	-

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Bruttoleistungen nach Kategorie, Anteil und pro versicherte Person 2012

Tabelle 1.10

Kategorie	Total CHF	Anteil am Gesamttotal in %	Pro versicherte Person CHF
Gesamt	143 289 471	100.0%	3 812
Ambulante Arztkosten ohne Medikamente	35 114 295	24.5%	934
Medikamente Arzt	18 233 997	12.7%	485
Stationäre Spitalkosten	33 421 004	23.3%	889
Ambulante Spitalkosten	15 769 405	11.0%	420
Physiotherapeuten	6 868 147	4.8%	183
Apotheken	5 847 583	4.1%	156
Chiropraktoren	1 497 290	1.0%	40
Spitex / Familienhilfe / Pflege	1 455 946	1.0%	39
Abgabestellen MiGeL	708 073	0.5%	19
Ergotherapeuten	535 245	0.4%	14
Zahnärzte	248 679	0.2%	7
Hebammen	116 523	0.1%	3
Übrige Rechnungssteller	23 473 283	16.4%	624

Erläuterung zur Tabelle:

Physiotherapeuten: In dieser Position sind auch die Kosten von medizinischen Masseuren im Umfang von CHF 986'332 enthalten.

Kategorie: Die Ausgaben pro Kategorie können aufgrund unterschiedlicher Datenquellen mit unterschiedlichen Abrechnungszeitpunkten im Vergleich von den Angaben in den Tabellen 8.16 und 8.17 geringfügig abweichen.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe 2012
Tabelle 1.11

Kategorie	Total CHF	Frauen CHF	Männer CHF	Jugendliche CHF	Kinder CHF
Gesamt	143 289 471	76 087 769	56 223 335	2 833 890	8 144 476
Ambulante Arztkosten ohne Medikamente	35 114 295	17 865 565	12 743 620	1 013 842	3 491 268
Medikamente Arzt	18 233 997	9 201 112	7 653 434	284 280	1 095 171
Stationäre Spalkkosten	33 421 004	17 997 220	14 228 987	394 784	800 013
Ambulante Spalkkosten	15 769 405	8 580 642	6 064 531	305 733	818 499
Physiotherapeuten	6 868 147	4 156 639	2 340 813	132 665	238 030
Apotheken	5 847 583	2 861 065	2 787 732	64 517	134 270
Chiropraktoren	1 497 290	763 314	530 839	41 769	161 367
Spitex / Familienhilfe / Pflege	1 455 946	906 893	554 774	- 6 145	423
Abgabestellen MiGeL	708 073	312 654	338 759	15 667	40 992
Ergotherapeuten	535 245	193 891	146 214	7 875	187 264
Zahnärzte	248 679	119 202	67 689	10 657	51 131
Hebammen	116 523	115 541	-	982	-
Übrige Rechnungssteller	23 473 283	13 014 029	8 765 943	567 263	1 126 047

Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe, pro versicherte Person 2012
Tabelle 1.12

Kategorie	Total CHF	Frauen CHF	Männer CHF	Jugendliche CHF	Kinder CHF
Gesamt	3 812	5 183	3 892	1 612	1 214
Ambulante Arztkosten ohne Medikamente	934	1 217	882	577	521
Medikamente Arzt	485	627	530	162	163
Stationäre Spalkkosten	889	1 226	985	225	119
Ambulante Spalkkosten	420	585	420	174	122
Physiotherapeuten	183	283	162	75	35
Apotheken	156	195	193	37	20
Chiropraktoren	40	52	37	24	24
Spitex / Familienhilfe / Pflege	39	62	38	- 3	0
Abgabestellen MiGeL	19	21	23	9	6
Ergotherapeuten	14	13	10	4	28
Zahnärzte	7	8	5	6	8
Hebammen	3	8	-	1	-
Übrige Rechnungssteller	624	887	607	323	168

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Leistungen und Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2012

Tabelle 1.13

Altersgruppe	Geschlecht	Versicherte Monate	Bruttoleistungen CHF	Kostenbeteiligung CHF	Nettoleistungen CHF	Nettoleistungen pro vers. Monat	Staatsbeiträge CHF	Staatsbeiträge pro vers. Monat
Alle	M+W	447 086	143 259 904	9 770 045	133 491 340	299	61 328 696	137
0 - 16	M+W	78 266	8 142 995	-	8 144 476	104	7 328 696	94
Total 17+	M+W	368 820	135 116 909	9 770 045	125 346 864	340	54 000 000	146
	M	182 724	57 346 148	4 438 065	52 908 083	290	22 788 468	125
	W	186 096	77 770 761	5 331 980	72 438 781	389	31 211 532	168
17 - 25	M+W	48 818	7 259 397	636 569	6 622 828	136	1 497 553	31
	M	24 909	3 298 065	287 251	3 010 814	121	815 390	33
	W	23 909	3 961 332	349 318	3 612 014	151	682 163	29
26 - 30	M+W	27 301	5 664 603	686 275	4 978 327	182	1 692 394	62
	M	13 843	1 995 355	279 889	1 715 466	124	642 773	46
	W	13 458	3 669 248	406 386	3 262 862	242	1 049 622	78
31 - 35	M+W	28 883	6 144 549	751 509	5 393 040	187	1 692 228	59
	M	15 071	2 205 540	337 704	1 867 836	124	641 435	43
	W	13 812	3 939 009	413 806	3 525 203	255	1 050 793	76
36 - 40	M+W	31 923	7 573 096	876 401	6 696 694	210	2 379 706	75
	M	15 749	2 738 788	376 111	2 362 677	150	819 390	52
	W	16 174	4 834 308	500 290	4 334 018	268	1 560 316	96
41 - 45	M+W	38 748	8 734 671	1 056 329	7 678 342	198	2 557 418	66
	M	19 745	3 415 816	470 137	2 945 679	149	888 138	45
	W	19 003	5 318 855	586 192	4 732 663	249	1 669 280	88
46 - 50	M+W	38 322	10 378 574	1 106 218	9 272 356	242	3 375 950	88
	M	19 193	4 269 799	481 929	3 787 870	197	1 373 053	72
	W	19 129	6 108 775	624 289	5 484 486	287	2 002 897	105
51 - 55	M+W	35 672	12 446 200	1 099 740	11 346 460	318	4 455 609	125
	M	17 797	5 635 833	506 367	5 129 466	288	2 073 106	116
	W	17 875	6 810 367	593 373	6 216 994	348	2 382 503	133
56 - 60	M+W	30 726	12 627 166	1 033 982	11 593 184	377	4 781 587	156
	M	15 322	5 730 633	511 487	5 219 145	341	2 023 083	132
	W	15 404	6 896 534	522 495	6 374 039	414	2 758 504	179
61 - 65	M+W	27 175	12 711 949	881 077	11 830 872	435	4 994 163	184
	M	14 115	6 594 617	459 707	6 134 910	435	2 643 350	187
	W	13 060	6 117 332	421 370	5 695 962	436	2 350 813	180
66 - 70	M+W	22 290	13 539 820	549 168	12 990 653	583	6 138 528	275
	M	11 008	6 695 410	275 718	6 419 692	583	3 046 362	277
	W	11 282	6 844 410	273 449	6 570 961	582	3 092 166	274
71 - 75	M+W	15 762	11 287 748	417 479	10 870 269	690	5 391 186	342
	M	7 366	5 281 237	196 079	5 085 158	690	2 570 038	349
	W	8 396	6 006 511	221 400	5 785 112	689	2 821 148	336
76 - 80	M+W	10 467	9 686 626	284 857	9 401 769	898	5 155 861	493
	M	4 289	4 359 876	118 179	4 241 697	989	2 431 174	567
	W	6 178	5 326 750	166 678	5 160 072	835	2 724 687	441
81 - 85	M+W	6 722	7 177 050	198 994	6 978 056	1 038	3 875 242	577
	M	2 576	2 504 620	76 586	2 428 034	943	1 279 917	497
	W	4 146	4 672 429	122 408	4 550 022	1 097	2 595 325	626
86 - 90	M+W	4 215	6 088 513	130 266	5 958 247	1 414	3 601 507	854
	M	1 065	1 365 671	36 828	1 328 844	1 248	757 242	711
	W	3 150	4 722 842	93 439	4 629 403	1 470	2 844 266	903
91 -	M+W	1 796	3 796 948	61 181	3 735 767	2 080	2 411 068	1 342
	M	676	1 254 889	24 094	1 230 795	1 821	784 017	1 160
	W	1 120	2 542 060	37 088	2 504 972	2 237	1 627 051	1 453

Erläuterung zur Tabelle:

Die Differenzen zur Betriebsrechnung und zu den Staatsbeiträgen gemäss Landesrechnung ergeben sich aus den unterschiedlichen Berichterstattungszeitpunkten.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Anteil der Leistungen und der Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2012

Tabelle 1.14

Altersgruppe	Geschlecht	Versicherte Monate %	Bruttoleistungen %	Kostenbeteiligung %	Nettoleistungen %	Staatsbeiträge %
Alle	M+W	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0 - 16	M+W	17.5	5.7	-	6.1	11.9
Total 17+	M+W	82.5	94.3	100.0	93.9	88.1
	M	40.9	40.0	45.4	39.6	37.2
	W	41.6	54.3	54.6	54.3	50.9
17 - 25	M+W	10.9	5.1	6.5	5.0	2.4
	M	5.6	2.3	2.9	2.3	1.3
	W	5.3	2.8	3.6	2.7	1.1
26 - 30	M+W	6.1	4.0	7.0	3.7	2.8
	M	3.1	1.4	2.9	1.3	1.0
	W	3.0	2.6	4.2	2.4	1.7
31 - 35	M+W	6.5	4.3	7.7	4.0	2.8
	M	3.4	1.5	3.5	1.4	1.0
	W	3.1	2.7	4.2	2.6	1.7
36 - 40	M+W	7.1	5.3	9.0	5.0	3.9
	M	3.5	1.9	3.8	1.8	1.3
	W	3.6	3.4	5.1	3.2	2.5
41 - 45	M+W	8.7	6.1	10.8	5.8	4.2
	M	4.4	2.4	4.8	2.2	1.4
	W	4.3	3.7	6.0	3.5	2.7
46 - 50	M+W	8.6	7.2	11.3	6.9	5.5
	M	4.3	3.0	4.9	2.8	2.2
	W	4.3	4.3	6.4	4.1	3.3
51 - 55	M+W	8.0	8.7	11.3	8.5	7.3
	M	4.0	3.9	5.2	3.8	3.4
	W	4.0	4.8	6.1	4.7	3.9
56 - 60	M+W	6.9	8.8	10.6	8.7	7.8
	M	3.4	4.0	5.2	3.9	3.3
	W	3.4	4.8	5.3	4.8	4.5
61 - 65	M+W	6.1	8.9	9.0	8.9	8.1
	M	3.2	4.6	4.7	4.6	4.3
	W	2.9	4.3	4.3	4.3	3.8
66 - 70	M+W	5.0	9.5	5.6	9.7	10.0
	M	2.5	4.7	2.8	4.8	5.0
	W	2.5	4.8	2.8	4.9	5.0
71 - 75	M+W	3.5	7.9	4.3	8.1	8.8
	M	1.6	3.7	2.0	3.8	4.2
	W	1.9	4.2	2.3	4.3	4.6
76 - 80	M+W	2.3	6.8	2.9	7.0	8.4
	M	1.0	3.0	1.2	3.2	4.0
	W	1.4	3.7	1.7	3.9	4.4
81 - 85	M+W	1.5	5.0	2.0	5.2	6.3
	M	0.6	1.7	0.8	1.8	2.1
	W	0.9	3.3	1.3	3.4	4.2
86 - 90	M+W	0.9	4.2	1.3	4.5	5.9
	M	0.2	1.0	0.4	1.0	1.2
	W	0.7	3.3	1.0	3.5	4.6
91 -	M+W	0.4	2.7	0.6	2.8	3.9
	M	0.2	0.9	0.2	0.9	1.3
	W	0.3	1.8	0.4	1.9	2.7

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Leistungsbezüger und Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger nach Altersgruppe, Geschlecht und Bruttokostengruppe 2012

Tabelle 1.15

Leistungsbezüger			Durchschnittliche Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger						
Altersgruppe	Geschlecht	Gesamt	Bruttokostengruppe			Gesamt	Bruttokostengruppe		
			0 bis 10 000 CHF	10 001 bis 50 000 CHF	über 50 000 CHF		0 bis 10 000 CHF	10 001 bis 50 000 CHF	über 50 000 CHF
Alle	M+W	39 451	36 327	2 850	274	3 631	1 829	20 112	71 203
0 - 16	M+W	6 933	6 900	32	1	1 175	1 082	18 023	97 674
Total 17+	M+W	32 518	29 427	2 818	273	4 155	2 004	20 136	71 106
	M	16 107	14 788	1 202	117	3 560	1 676	19 830	74 635
	W	16 411	14 639	1 616	156	4 739	2 335	20 364	68 459
17 - 25	M+W	4 437	4 349	81	7	1 636	1 232	17 597	68 217
	M	2 234	2 191	37	6	1 476	999	18 770	69 046
	W	2 203	2 158	44	1	1 798	1 468	16 611	63 244
26 - 30	M+W	2 597	2 519	66	12	2 181	1 389	18 228	80 248
	M	1 273	1 244	23	6	1 567	884	19 060	76 267
	W	1 324	1 275	43	6	2 771	1 882	17 783	84 229
31 - 35	M+W	2 666	2 572	87	7	2 305	1 568	18 721	69 025
	M	1 367	1 328	36	3	1 613	976	19 624	67 483
	W	1 299	1 244	51	4	3 032	2 199	18 084	70 182
36 - 40	M+W	2 823	2 675	137	11	2 683	1 586	17 971	78 933
	M	1 398	1 344	49	5	1 959	1 141	16 364	80 817
	W	1 425	1 331	88	6	3 392	2 036	18 866	77 363
41 - 45	M+W	3 377	3 197	175	5	2 587	1 560	19 085	81 578
	M	1 749	1 679	70	-	1 953	1 229	19 322	-
	W	1 628	1 518	105	5	3 267	1 926	18 927	81 578
46 - 50	M+W	3 312	3 105	188	19	3 134	1 812	18 254	69 565
	M	1 678	1 589	82	7	2 545	1 437	17 935	73 656
	W	1 634	1 516	106	12	3 739	2 204	18 501	67 178
51 - 55	M+W	3 065	2 775	272	18	4 061	2 166	19 244	66 677
	M	1 538	1 416	113	9	3 664	1 889	20 417	72 678
	W	1 527	1 359	159	9	4 460	2 455	18 411	60 676
56 - 60	M+W	2 628	2 331	279	18	4 805	2 491	19 576	75 553
	M	1 313	1 181	126	6	4 365	2 412	19 587	69 016
	W	1 315	1 150	153	12	5 245	2 571	19 566	78 821
61 - 65	M+W	2 313	2 001	289	23	5 496	2 789	19 150	69 445
	M	1 206	1 045	149	12	5 468	2 684	19 206	77 378
	W	1 107	956	140	11	5 526	2 904	19 091	60 792
66 - 70	M+W	1 892	1 532	329	31	7 156	3 184	19 791	69 367
	M	937	760	158	19	7 146	3 122	19 047	69 103
	W	955	772	171	12	7 167	3 245	20 479	69 785
71 - 75	M+W	1 348	1 052	261	35	8 374	3 507	19 904	68 680
	M	635	495	123	17	8 317	3 256	19 844	72 269
	W	713	557	138	18	8 424	3 729	19 958	65 290
76 - 80	M+W	895	650	217	28	10 823	3 858	22 300	83 555
	M	373	264	95	14	11 689	3 705	21 698	94 314
	W	522	386	122	14	10 205	3 963	22 769	72 796
81 - 85	M+W	602	390	190	22	11 922	4 060	21 646	67 309
	M	241	165	72	4	10 393	3 988	21 759	69 998
	W	361	225	118	18	12 943	4 113	21 577	66 712
86 - 90	M+W	382	207	150	25	15 939	4 176	24 230	63 586
	M	98	56	37	5	13 935	4 487	21 722	62 131
	W	284	151	113	20	16 630	4 061	25 051	63 949
91 -	M+W	181	72	97	12	20 978	4 156	28 134	64 060
	M	67	31	32	4	18 730	3 675	26 626	72 237
	W	114	41	65	8	22 299	4 519	28 877	59 972

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Versicherte nach Bruttokostenstufe 2012

Tabelle 1.16

Bruttokostenstufe	Versicherte	Gesamt Bruttokosten CHF	Durchschnittliche Bruttokosten pro versicherte Person CHF	Anteil Versicherte in %	Anteil Bruttokosten in %
Alle	39 451	143 259 904	3 631	100.0	100.0
CHF 0	5 493	- 134 750	- 25	13.9	-0.1
CHF 1 - 1 000	13 313	5 720 988	430	33.7	4.0
CHF 1 001 - 2 000	6 035	8 666 660	1 436	15.3	6.0
CHF 2 001 - 3 000	3 457	8 501 549	2 459	8.8	5.9
CHF 3 001 - 4 000	2 306	7 997 447	3 468	5.8	5.6
CHF 4 001 - 5 000	1 678	7 521 629	4 482	4.3	5.3
CHF 5 001 - 6 000	1 303	7 126 508	5 469	3.3	5.0
CHF 6 001 - 7 000	979	6 343 206	6 479	2.5	4.4
CHF 7 001 - 8 000	712	5 315 704	7 466	1.8	3.7
CHF 8 001 - 9 000	600	5 094 342	8 491	1.5	3.6
CHF 9 001 - 10 000	451	4 277 198	9 484	1.1	3.0
CHF 10 001 - 15 000	1 171	14 199 175	12 126	3.0	9.9
CHF 15 001 - 20 000	605	10 420 595	17 224	1.5	7.3
CHF 20 001 - 25 000	349	7 775 019	22 278	0.9	5.4
CHF 25 001 - 30 000	273	7 492 433	27 445	0.7	5.2
CHF 30 001 - 35 000	153	4 932 482	32 238	0.4	3.4
CHF 35 001 - 40 000	127	4 752 012	37 417	0.3	3.3
CHF 40 001 - 45 000	85	3 621 048	42 601	0.2	2.5
CHF 45 001 - 50 000	87	4 127 167	47 439	0.2	2.9
CHF 50 001 - 60 000	102	5 600 173	54 904	0.3	3.9
CHF 60 001 - 70 000	76	4 894 146	64 397	0.2	3.4
CHF 70 001 - 80 000	33	2 472 577	74 927	0.1	1.7
CHF 80 001 - 90 000	22	1 862 776	84 672	0.1	1.3
CHF 90 001 - 100 000	18	1 704 282	94 682	0.0	1.2
CHF 100 000+	23	2 975 537	129 371	0.1	2.1

Erläuterung zur Tabelle:

Versicherte: Die Zahl differiert vom Versichertenbestand in Tabelle 1.1 aufgrund unterschiedlicher Abgrenzungen bei Kassenwechseln, Geburten und Todesfällen.

Bruttokosten: Negative Bruttokosten ergaben sich aufgrund von Rückforderungen früher verbuchter Kosten.

Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)

Betriebsrechnung 2012

Tabelle 2.1

Kontenbezeichnung	Konto	Total CHF	Einzel- versicherung CHF	Kollektiv- versicherung CHF
Ertrag				
Prämiensoll	61	25 887 184	709 435	25 177 749
Erlösminderungen für Prämien	64	84 808	1 760	83 048
Andere Prämienanteile	65	- 34 829	-	- 34 829
Bruttoprämien	= 61 bis 65	25 937 164	711 195	25 225 969
Prämienanteile der Rückversicherer	66	- 33 573	- 1 755	- 31 818
Versicherungsprämien	= 61 bis 66	25 903 591	709 440	25 194 150
Staatsbeiträge	67	-	-	-
Sonstige Betriebserträge	69	63	1	62
Versicherungsertrag	= 6	25 903 654	709 441	25 194 212
Aufwand				
Nettoleistungen	31	-24 630 425	-1 093 780	-23 536 645
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	- 460 987	- 14 683	- 446 305
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 31 bis 35	-25 091 412	-1 108 463	-23 982 949
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-	-	-
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-	-	-
Versicherungsaufwand	= 3	-25 091 412	-1 108 463	-23 982 949
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	- 500 773	- 12 167	- 488 607
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	- 56 007	- 1 480	- 54 528
EDV-Kosten	420	- 146 774	- 3 457	- 143 318
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	- 20 934	- 565	- 20 369
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-1 634 924	- 39 602	-1 595 322
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	- 80 940	- 2 061	- 78 878
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	14 555	365	14 190
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-2 425 797	- 58 966	-2 366 832
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	- 86 738	- 2 452	- 84 286
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	- 67 612	- 1 637	- 65 975
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-	-	-
Betriebsaufwand	= 4	-2 580 147	- 63 054	-2 517 093
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-27 671 559	-1 171 517	-26 500 043
Betriebsergebnis	6-3-4	-1 767 905	- 462 075	-1 305 830
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	225 312	5 388	219 923
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	-1 542 594	- 456 687	-1 085 907
Reserven	CHF	5 096 762		
Rückstellungen	CHF	2 718 204		

Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)

Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht 2012

Tabelle 2.2

	Total CHF	Einzel- versicherung CHF	Kollektiv- versicherung CHF
Prämien			
Gesamt	25 887 184	709 435	25 177 749
Frauen	8 203 309	315 962	7 887 348
Männer	17 683 875	393 474	17 290 401
Nettoleistungen			
Gesamt	24 630 425	1 093 780	23 536 645
Frauen	11 375 630	593 919	10 781 711
davon Mutterschaft	4 246 747	98 184	4 148 563
Männer	13 254 795	499 861	12 754 934

Ausbezahlte Taggelder 2012

Tabelle 2.3

Wartefrist	Anzahl	Betrag in CHF
Gesamt	208 868	24 630 424
1 Tag	14 631	2 528 812
30 Tage	138 453	15 204 112
60 Tage	20 478	2 540 891
90 Tage	20 640	2 456 073
180 Tage	14 093	1 821 955
360 Tage	574	78 581

Erläuterung zur Tabelle:

Die obligatorisch Versicherten erhalten bei ärztlich bescheinigter, mindestens hälftiger Arbeitsunfähigkeit ab dem 2. Tage nach dem Tage der Erkrankung ein Krankengeld. Der Arbeitgeber kann das Krankengeld um maximal 360 Tage aufschieben, sofern er für diese Zeit die Lohnfortzahlung sicherstellt.

Freiwillige Versicherungen (FV)

Betriebsrechnung 2012

Tabelle 3.1

Kontobezeichnung	Konto	Total CHF	Einzelversicherung CHF	Kollektivversicherung CHF
Ertrag				
Prämien Soll	63	46 008 346	12 037 305	33 971 041
Erlösminderungen für Prämien	64	- 72 734	- 18 430	- 54 303
Andere Prämienanteile	65	-	-	-
Bruttoprämien	= 63 bis 65	45 935 612	12 018 874	33 916 738
Prämienanteile der Rückversicherer	66	- 185 858	- 32 914	- 152 945
Versicherungsprämien	= 63 bis 66	45 749 754	11 985 961	33 763 793
Staatsbeiträge	67	-	-	-
Sonstige Betriebserträge	69	59	26	33
Versicherungsertrag	= 6	45 749 813	11 985 987	33 763 826
Aufwand				
Bruttoleistungen	331	-31 930 871	-9 378 127	-22 552 745
Kostenbeteiligung der Versicherten	332	107 274	30 993	76 281
Nettoleistungen	= 33	-31 823 597	-9 347 133	-22 476 464
Veränderungen der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-1 158 682	- 519 551	- 639 130
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 33 bis 35	-32 982 279	-9 866 685	-23 115 594
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	93 309	15 054	78 255
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	- 111 100	- 49 200	- 61 900
Versicherungsaufwand	= 3	-33 000 070	-9 900 831	-23 099 239
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-1 808 445	- 474 211	-1 334 234
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	- 136 349	- 41 135	- 95 214
EDV-Kosten	420	- 605 180	- 152 751	- 452 429
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	- 51 647	- 15 596	- 36 052
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-6 584 795	-1 682 673	-4 902 122
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	- 110 117	- 41 994	- 68 123
Erhaltene Verwaltungsschädigung	460	13 819	6 349	7 470
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-9 282 716	-2 402 012	-6 880 703
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	- 103 044	- 40 294	- 62 750
Abschreibungen auf Anlagevermögen	54	- 309 657	- 76 170	- 233 487
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-	-	-
Betriebsaufwand	= 4	-9 695 416	-2 518 476	-7 176 940
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-42 695 486	-12 419 307	-30 276 179
Betriebsergebnis	6-3-4	3 054 327	- 433 321	3 487 647
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	594 758	132 627	462 131
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	3 649 085	- 300 694	3 949 779
Reserven	CHF	22 996 560		
Rückstellungen	CHF	10 455 816		

Freiwillige Versicherungen (FV)

Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht 2012

Tabelle 3.2

	Total CHF	Einzel- versicherung CHF	Kollektiv- versicherung CHF
Prämien			
Gesamt	46 008 346	12 037 305	33 971 041
Frauen	24 509 808	7 082 756	17 427 053
Männer	21 498 538	4 954 549	16 543 989
Bruttoleistungen			
Gesamt	31 930 871	9 378 127	22 552 745
Frauen	18 076 483	5 819 745	12 256 738
davon Mutterschaft	884 044	154 423	729 621
Männer	13 854 388	3 558 382	10 296 006

Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

Betriebsrechnung 2012

Tabelle 4.1

Kontobezeichnung	Konto	CHF	Anteil in %
Ertrag			
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	93 498 156	41.1
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	25 887 184	11.4
Prämien Freiwillige Versicherungen	63	46 008 346	20.2
Prämiensoll	= 60 bis 63	165 393 686	72.6
Erlösminderung auf Prämien	64	- 215 632	-0.1
Andere Prämienanteile	65	- 34 818	-0.0
Bruttoprämien	= 60 bis 65	165 143 236	72.5
Prämienanteile der Rückversicherer	66	- 260 820	-0.1
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	164 882 416	72.4
Staatsbeiträge	67	62 819 695	27.6
Sonstige Betriebserträge	69	233	0.0
Versicherungsertrag	= 6	227 702 344	100.0
Aufwand			
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	300	-143 289 471	67.1
Kostenbeteiligung der oblig. Krankenpflegeversicherung	302	9 751 259	-4.6
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-24 630 425	11.5
Freiwillige Versicherungen	331	-31 930 871	14.9
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	107 274	-0.1
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-189 992 234	89.0
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-3 195 712	1.5
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-193 187 946	90.4
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	93 309	-0.0
Risikoausgleich	37	- 25 881	0.0
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	- 750 300	0.4
Versicherungsaufwand	= 3	-193 870 818	90.8
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-3 713 965	1.7
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	- 328 267	0.2
EDV-Kosten	420	-1 189 471	0.6
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	- 124 404	0.1
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-13 085 139	6.1
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	- 344 931	0.2
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	53 103	-0.0
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-18 733 073	8.8
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	- 394 041	0.2
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	- 590 646	0.3
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-	-
Betriebsaufwand	= 4	-19 717 760	9.2
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-213 588 578	100.0
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	2 337 985	
Versicherungsertrag	CHF	227 702 344	
Versicherungs- und Betriebsaufwand	CHF	-213 588 578	
Neutraler Aufwand und Ertrag	CHF	2 337 985	
Gesamtergebnis	CHF	16 451 750	

Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31.12.2012

Tabelle 4.2

	CHF
Reserven	82 141 737
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	53 815 656
Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	5 096 762
Freiwillige Versicherungen (FV)	22 996 560
Übriges Eigenkapital	232 759
Versicherungstechnische Rückstellungen	71 551 244
Ordentliche oblig. Krankenpflegeversicherung	42 622 537
Oblig. Krankengeldversicherung	2 718 204
Freiwillige Versicherungen	10 455 816
Rückstellungen für Überschussbeteiligungen	2 100 000
Risikoausgleich	1 800 000
Fonds	11 854 687

Medikamente

Kassenpflichtige Medikamente nach therapeutischen Gruppen 2012

Tabelle 5

	Anzahl Packungen	Anteil in %	Umsatz in CHF zu Marktpreisen	Anteil in % (Marktpreise)	Umsatz in CHF zu Werkpreisen	Anteil in % (Werkpreise)
Gesamt	418 018	100%	19 011 664	100%	12 864 409	100%
Stoffwechsel	113 303	27%	6 353 072	33%	4 582 710	36%
Nervensystem	75 831	18%	3 297 895	17%	2 260 054	18%
Herz und Kreislauf	40 796	10%	2 461 428	13%	1 652 271	13%
Gastroenterologica	40 675	10%	1 420 446	7%	816 754	6%
Lunge und Atmung	23 682	6%	712 149	4%	436 925	3%
Dermatologica	26 325	6%	493 730	3%	241 042	2%
Infektionskrankheiten	24 589	6%	1 387 312	7%	929 594	7%
Oto-Rhinolaryngologica	18 100	4%	236 279	1%	111 008	1%
Ophthalmologica	16 351	4%	492 495	3%	328 534	3%
Blut	19 800	5%	1 275 657	7%	929 828	7%
Nieren und Wasserhaushalt	11 719	3%	480 816	3%	306 917	2%
Gynaecologica	3 773	1%	110 929	1%	56 340	0%
Diagnostica	2 845	1%	270 189	1%	198 890	2%
Antidota	223	0%	14 601	0%	9 530	0%
Kationenaustauscher	4	0%	298	0%	203	0%
Radio-Nuklide	2	0%	4 367	0%	3 870	0%

Quelle: Amt für Gesundheit

Erläuterung zur Tabelle:

Anzahl Packungen/Umsatz: Da die Informationen dieser Tabelle nicht von allen Krankenversicherern geliefert werden und nicht alle Ärzte elektronisch abrechnen, decken die Anzahl der Packungen beziehungsweise der Umsatz nur rund 80% der erstatteten Medikamente ab.

Prämienverbilligung

Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht 2012

Tabelle 6.1

Altersgruppe	Total	Frauen	Männer	Anteil am Gesamttotal in %
Gesamt	4 322	2 633	1 689	100%
Anteil in %		60.9%	39.1%	
17 - 25 Jahre	391	166	225	9%
26 - 65 Jahre	1 939	1 149	790	45%
über 65 Jahre	1 992	1 318	674	46%

Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Einkommensstufe und Geschlecht 2012

Tabelle 6.2

Total Bezüger	Alleinstehend / Alleinerziehend				Verheiratet			
	bis CHF 30'000		CHF 30'001 bis 45'000		bis CHF 36'000		CHF 36'001 bis 54'000	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
4 322	1 446	740	435	190	485	500	267	259
100.0%	33.5%	17.1%	10.1%	4.4%	11.2%	11.6%	6.2%	6.0%

Erläuterung zur Tabelle:

Einkommensstufe: Das Einkommen setzt sich zusammen aus dem steuerpflichtigen Erwerb sowie 1/20 des Reinvermögens.

Verheiratet: Bei Ehegatten erhöhen sich die Erwerbsgrenzen um 20%. Bei Renten gemäss AHVG und IVG wird ein Freibetrag von 70% abgezogen.

Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht 2012

Tabelle 6.3

Total CHF	Gesamt		Alleinstehend / Alleinerziehend			Verheiratet		
	Frauen CHF	Männer CHF	Total CHF	Frauen CHF	Männer CHF	Total CHF	Frauen CHF	Männer CHF
6 585 178	4 138 316	2 446 861	4 218 566	2 948 879	1 269 687	2 366 612	1 189 437	1 177 175
100.0%	62.8%	37.2%	64.1%	44.8%	19.3%	35.9%	18.1%	17.9%

Ausbezahlte Subventionen pro Person nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2012

Tabelle 6.4

	Ø Betrag pro Bezüger	Ø Betrag Frauen CHF	Ø Betrag Männer CHF
Total - Ø ausbezahlte Subventionen	1 524	1 572	1 449
17 - 25 Jahre	910	934	893
26 - 65 Jahre	1 382	1 406	1 347
Über 65 Jahre	1 782	1 797	1 754
Alleinstehend / alleinerziehend	1 501	1 568	1 365
Verheiratet	1 566	1 582	1 551
maximal ausbezahlte Subventionen, 60% mit Unfall	1 951	*	*
maximal ausbezahlte Subventionen, 40% mit Unfall	1 301	*	*
maximal ausbezahlte Subventionen, 60% ohne Unfall	1 865	*	*
maximal ausbezahlte Subventionen, 40% ohne Unfall	1 243	*	*

Erläuterung zur Tabelle:

Maximal ausbezahlte Subventionen: Subvention von 60% des Prämienanteils der Versicherten für Einkommen bis CHF 30'000 bzw. CHF 36'000 sowie Subvention von 40% für Einkommen bis CHF 45'000 bzw. CHF 54'000.

Prämienverbilligung

Ausbezahlte Subventionen, Anzahl Bezüger und Bezügerquote nach Wohngemeinde 2012

Tabelle 6.5

Wohnort	Total ausbezahlte Subventionen in CHF	Anteil am Total in %	Bezüger			Bezügerquote in %		
			Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	6 585 178	100.0%	4 322	2 633	1 689	14.1	16.9	11.2
Oberland	4 162 234	63.2%	2 669	1 645	1 024	13.4	16.1	10.5
Vaduz	956 327	14.5%	616	395	221	13.6	16.6	10.2
Triesen	792 270	12.0%	516	303	213	12.6	14.3	10.8
Balzers	695 345	10.6%	458	295	163	12.2	15.7	8.8
Triesenberg	544 002	8.3%	329	202	127	14.5	18.1	11.1
Schaan	1 108 769	16.8%	711	429	282	14.2	16.8	11.5
Planken	65 520	1.0%	39	21	18	11.2	12.4	10.1
Unterland	2 326 613	35.3%	1 568	941	627	14.6	17.5	11.8
Eschen	879 895	13.4%	571	358	213	16.2	20.1	12.3
Mauren	766 962	11.6%	533	315	218	15.8	18.5	13.0
Gamprin	247 189	3.8%	170	87	83	12.9	13.5	12.4
Ruggell	261 215	4.0%	172	104	68	10.3	12.4	8.2
Schellenberg	171 354	2.6%	122	77	45	14.8	18.7	10.9
Ausland	35 453	0.5%	37	17	20	*	*	*
Unbekannt	60 878	0.9%	48	30	18	*	*	*

Erläuterung zur Tabelle:

Bezügerquote: Anzahl Bezüger von Prämienverbilligungen in Prozent der ständigen Bevölkerung ab dem vollendeten 16. Lebensjahr.

Staatsbeiträge

Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich 2012

Tabelle 7.1

	Betrag CHF	Anteil in %
Gesamt	93 112 443	100.0
Staatsbeiträge an Krankenkassen	61 353 155	65.9
Staatsbeiträge an Spitäler	24 935 814	26.8
Prämienverbilligung gemäss Landesrechnung	6 583 473	7.1
Krankenkassenverband, Landesbeitrag	240 000	0.3

Erläuterung zur Tabelle:

Staatsbeiträge an Krankenkassen: Differenzen zur Meldung der Krankenkassen ergeben sich aus buchhalterischen Gründen.

Prämienverbilligung gemäss Landesrechnung: Differenzen zu den Angaben des Amtes für Gesundheit ergeben sich aus buchhalterischen Gründen.

Staatsbeiträge an verschiedene Spitäler 2012

Tabelle 7.2

Spital / Heilanstalt	Betrag CHF	Anteil in %
Gesamt	24 935 814	100.0
Liechtensteinisches Landesspital Vaduz	7 639 314	30.6
Beiträge an ausländische Spitäler	17 296 500	69.4
Kanton St. Gallen	13 735 175	55.1
Spitalregion Rheintal, Werdenberg, Sarganserland	7 780 977	31.2
Kantonsspital St. Gallen	5 072 029	20.3
Reha-Klinik Valens	229 440	0.9
Ostschweizerisches Kinderspital St. Gallen	516 619	2.1
Rehabilitationszentrum Lutzenberg	136 111	0.5
Kanton Graubünden	1 974 657	7.9
Kantonsspital Graubünden	1 974 657	7.9
Land Vorarlberg	1 586 668	6.4
Landeskrankenhaus Feldkirch	1 314 676	5.3
Landesnervenkrankenhaus Valduna Rankweil	264 089	1.1
Stiftung Maria Ebene Frastanz	7 902	0.0

Erläuterung zur Tabelle:

Spitalregion Rheintal, Werdenberg, Sarganserland: Spitäler Grabs, Walenstadt und Altstätten. Da das Spital Altstätten kein Vertragsspital ist, erhält es keinen Staatsbeitrag.

Tabellen

2 Zeitreihen der Krankenkassenstatistik

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Zusammenfassung 2003 bis 2012

Tabelle 8.1

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Versicherer der obligatorischen Krankenpflege	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3
Versichertenbestand am 31. Dezember	35 057	34 993	35 225	35 519	35 761	36 014	36 346	36 601	36 981	37 590
Erwachsene	26 220	26 269	26 535	26 851	27 096	27 427	27 778	28 077	28 475	29 125
Frauen	13 390	13 429	13 560	13 685	13 783	13 922	14 060	14 219	14 435	14 679
Männer	12 830	12 840	12 975	13 166	13 313	13 505	13 718	13 858	14 040	14 446
Jugendliche	1 665	1 671	1 690	1 701	1 752	1 773	1 735	1 764	1 751	1 758
Kinder	7 172	7 053	7 000	6 967	6 913	6 814	6 833	6 760	6 755	6 707
Prämien soll	61 183 753	67 677 696	67 844 388	68 771 549	70 330 881	75 659 210	79 878 008	83 487 554	90 058 786	93 498 156
pro prämienpflichtige Person	2 194	2 422	2 404	2 409	2 438	2 591	2 707	2 798	2 980	3 027
pro versicherte Person	1 745	1 934	1 926	1 936	1 967	2 101	2 198	2 281	2 435	2 487
Bruttoleistungen	103 482 244	102 701 785	109 458 833	115 501 613	126 638 061	130 780 655	135 556 263	137 542 777	143 240 061	143 289 471
pro versicherte Person	2 952	2 935	3 107	3 252	3 541	3 631	3 730	3 758	3 873	3 812
Kostenbeteiligung	5 029 296	7 742 783	8 212 440	8 469 289	8 828 381	9 060 586	9 164 047	9 351 883	9 596 018	9 751 259
pro versicherte Person, nur Erwachsene	192	295	309	315	326	330	330	333	337	335
pro versicherte Person	143	221	233	238	247	252	252	256	259	259
Nettoleistungen	98 452 948	94 959 002	101 246 393	107 032 324	117 809 681	121 720 069	126 392 216	128 190 893	133 644 043	133 538 212
pro versicherte Person	2 808	2 714	2 874	3 013	3 294	3 380	3 477	3 502	3 614	3 552
Betriebsaufwand	8 621 460	8 967 447	7 057 190	7 598 607	7 515 394	7 196 681	8 006 769	7 269 487	7 502 689	7 442 197
pro versicherte Person	246	256	200	214	210	200	220	199	203	198
Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	-46 859 174	-40 795 843	-45 130 420	-51 176 550	-55 958 704	-55 625 374	-51 654 425	-51 584 103	-59 896 600	-48 474 436
pro versicherte Person	- 1 337	- 1 166	- 1 281	- 1 441	- 1 565	- 1 545	- 1 421	- 1 409	- 1 620	- 1 290
Staatsbeiträge	46 103 336	45 314 925	49 574 890	50 618 986	52 565 166	54 131 220	59 030 287	64 914 687	61 131 675	62 819 695
pro versicherte Person	1 315	1 295	1 407	1 425	1 470	1 503	1 624	1 774	1 653	1 671
Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen	- 755 838	4 519 082	4 444 470	- 557 564	-3 393 538	-1 494 154	7 375 862	13 330 584	1 235 075	14 345 259
pro versicherte Person	- 22	129	126	- 16	- 95	- 41	203	364	33	382

Erläuterung zur Tabelle:

Prämien soll: Für Kinder (versicherte Personen bis zum vollendeten 16. Altersjahr) werden keine Prämien erhoben.

Kostenbeteiligung: Für Kinder und Jugendliche (versicherte Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr) wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Anzahl Versicherer nach Versichertenbestand seit 2003

Tabelle 8.2

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gesamt	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3
1-500 Versicherte	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
501-1000 Versicherte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1001-2500 Versicherte	1	1	1	1	1	1	1	-	-	-
2501-5000 Versicherte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5001-10000 Versicherte	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
mehr als 10000 Versicherte	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Anzahl der Konsultationen seit 2009

Tabelle 8.3

	2009	2010	2011	2012
Gesamt	325 465	334 768	344 342	345 678
Ambulante Spitalkonsultationen	27 431	28 881	33 625	35 751
Ambulante Arztkonsultationen	298 034	305 887	310 717	309 927
Konsultationen pro versicherte Person	9.0	9.1	9.3	9.2

Erläuterung zur Tabelle:

Ambulante Arztkonsultationen: Der Bezug von Medikamenten über die Ärzte wird nicht als Konsultation gezählt.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen seit 2003

Tabelle 8.4

Kontenbezeichnung	Konto	2003 CHF	2004 CHF	2005 CHF	2006 CHF	2007 CHF	2008 CHF	2009 CHF	2010 CHF	2011 CHF	2012 CHF
Prämiensoll	60	61 183 753	67 677 696	67 844 388	68 771 549	70 330 881	75 659 210	79 878 008	83 487 554	90 058 786	93 498 156
Erlösminderungen für Prämien	64	- 354 210	- 66 814	- 853 975	- 509 252	332 524	65 324	- 205 176	- 132 845	- 131 884	- 227 706
Andere Prämienanteile	65	- 4 266	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Bruttoprämien	60 bis 65	60 825 277	67 610 882	66 990 413	68 262 297	70 663 405	75 724 534	79 672 832	83 354 709	89 926 902	93 270 460
Prämienanteile der Rückversicherer	66	- 195 800	- 23 994	- 40 126	- 26 766	- 41 377	- 13 560	- 13 708	- 14 229	- 14 301	- 41 389
Versicherungsprämien	60 bis 66	60 629 477	67 586 888	66 950 287	68 235 531	70 622 028	75 710 974	79 659 124	83 340 480	89 912 601	93 229 072
Staatsbeiträge	67	46 103 336	45 314 925	49 574 890	50 618 986	52 565 166	54 131 220	59 030 287	64 914 687	61 131 675	62 819 695
Sonstige Betriebserträge	69	3 758	3 334	4 912	6 510	10 747	4 539	- 5 568	2 383 550	5 078	110
Versicherungsertrag	= 6	106 736 571	112 905 147	116 530 089	118 861 027	123 197 941	129 846 733	138 683 843	150 638 717	151 049 355	156 048 877
Bruttoleistungen	300	-103 482 244	-102 701 785	-109 458 833	-115 501 613	-126 638 061	-130 780 655	-135 556 263	-137 542 777	-143 240 061	-143 289 471
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	5 029 296	7 742 783	8 212 440	8 469 289	8 828 381	9 060 586	9 164 047	9 351 883	9 596 018	9 751 259
Nettoleistungen	30 bis 33	-98 452 948	-94 959 002	-101 246 393	-107 032 324	-117 809 681	-121 720 069	-126 392 216	-128 190 893	-133 644 043	-133 538 212
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-1 242 362	-3 730 377	-3 929 992	-5 032 804	-1 101 881	- 31 121	1 956 952	-2 850 000	-7 161 975	-1 576 043
Nettoleistungen nach Rückstellungen	30 bis 35	-99 695 310	-98 689 380	-105 176 385	-112 065 128	-118 911 562	-121 751 189	-124 435 264	-131 040 893	-140 806 018	-135 114 255
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Risikoausgleich	37	135 259	- 375 565	323 127	- 142 376	152 414	493 588	- 88 558	- 103 374	124 058	- 25 881
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-	- 158 700	16 300	405 303	- 27 300	- 880 400	-1 588 200	-	-	- 639 200
Versicherungsaufwand	= 3	-99 560 051	-99 223 645	-104 836 958	-111 802 201	-118 786 448	-122 138 001	-126 112 022	-131 144 267	-140 681 960	-135 779 336
Verwaltungsaufwand	40 bis 46	-8 080 220	-8 527 183	-6 718 820	-7 056 217	-7 230 878	-6 778 125	-7 742 997	-7 018 395	-7 140 638	-7 024 561
Betriebsaufwand	= 4	-8 670 941	-8 967 447	-7 057 190	-7 598 607	-7 515 394	-7 200 724	-8 012 337	-7 269 487	-7 502 689	-7 442 197
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-108 230 992	-108 191 092	-111 894 148	-119 400 808	-126 301 842	-129 338 725	-134 124 359	-138 413 755	-148 184 649	-143 221 533
Betriebsergebnis	= 6-3-4	-1 494 421	4 714 055	4 635 941	- 539 782	-3 103 902	508 008	4 559 484	12 224 962	2 864 705	12 827 344
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	738 583	- 194 972	- 191 473	- 17 783	- 289 637	-2 002 161	2 805 242	1 105 622	-1 629 631	1 517 915
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	- 755 838	4 519 083	4 444 468	- 557 564	-3 393 538	-1 494 154	7 375 862	13 330 584	1 235 075	14 345 259
Reserven		*	13 695 182	18 161 498	17 380 533	14 410 698	14 870 030	23 616 498	34 362 578	35 842 415	53 815 656
Rückstellungen		*	23 977 656	27 895 261	32 807 219	35 161 839	37 192 512	35 235 560	35 384 519	42 346 494	42 622 537

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen - Veränderungen von ausgewählten Aufwand- und Ertragspositionen gegenüber dem Vorjahr seit 2004

Tabelle 8.5

Kontenbezeichnung	Konto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
		Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	
Prämiensoll	60	10.6	0.2	1.4	2.3	7.6	5.6	4.5	7.9	3.8	4.8
Bruttoprämien	60 bis 65	11.2	-0.9	1.9	3.5	7.2	5.2	4.6	7.9	3.7	4.9
Staatsbeiträge	67	-1.7	9.4	2.1	3.8	3.0	9.1	10.0	-5.8	2.8	3.5
Versicherungsertrag	= 6	5.8	3.2	2.0	3.6	5.4	6.8	8.6	0.3	3.3	4.3
Bruttoleistungen	300	-0.8	6.6	5.5	9.6	3.3	3.7	1.5	4.1	0.0	3.7
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	54.0	6.1	3.1	4.2	2.6	1.1	2.0	2.6	1.6	7.6
Nettoleistungen	30 bis 33	-3.5	6.6	5.7	10.1	3.3	3.8	1.4	4.3	-0.1	3.4
Nettoleistungen nach Rückstellungen	30 bis 35	-1.0	6.6	6.5	6.1	2.4	2.2	5.3	7.5	-4.0	3.4
Versicherungsaufwand	= 3	-0.3	5.7	6.6	6.2	2.8	3.3	4.0	7.3	-3.5	3.5
Betriebsaufwand	= 4	3.4	-21.3	7.7	-1.1	-4.2	11.3	-9.3	3.2	-0.8	-1.7
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-0.0	3.4	6.7	5.8	2.4	3.7	3.2	7.1	-3.3	3.2
Reserven		*	32.6	-4.3	-17.1	3.2	58.8	45.5	4.3	50.1	

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Bruttoprämien nach Personengruppe seit 2003

Tabelle 8.6

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
										CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
Gesamt	61 183 753	67 677 696	67 844 387	68 771 549	70 330 881	75 659 210	79 878 008	83 487 554	90 058 786	93 498 156	3.8	4.8
Erwachsene	59 131 764	65 573 487	65 722 871	66 637 088	68 113 270	73 256 874	77 426 753	80 916 695	87 321 642	90 694 220	3.9	4.9
Frauen	30 443 760	33 856 467	33 924 466	34 320 704	35 045 698	37 659 203	39 703 643	41 447 800	44 755 161	46 248 069	3.3	4.8
Männer	28 688 004	31 717 020	31 798 405	32 316 384	33 067 572	35 597 671	37 723 110	39 468 895	42 566 481	44 446 151	4.4	5.0
Jugendliche	1 860 917	2 103 594	2 121 516	2 134 398	2 217 611	2 402 337	2 451 255	2 570 860	2 737 144	2 803 936	2.4	4.7
Kinder	191 070	615	-	63	-	-	-	-	-	-	-	-

Bruttoleistungen nach Personengruppe seit 2003

Tabelle 8.7

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
										CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
Gesamt	103 482 244	102 701 785	109 458 833	115 501 613	126 638 060	130 780 655	135 556 263	137 542 777	143 240 061	143 289 471	0.0	3.7
Erwachsene	92 745 667	92 615 456	99 323 772	105 005 213	114 974 605	118 901 449	123 922 209	125 486 213	131 829 693	132 311 105	0.4	4.0
Frauen	54 960 650	55 305 000	57 362 786	59 662 080	65 996 057	68 033 200	70 284 355	70 582 832	74 362 385	76 099 614	2.3	3.7
Männer	37 785 017	37 310 456	41 960 986	45 343 133	48 978 548	50 868 250	53 637 854	54 903 381	57 467 308	56 211 491	-2.2	4.5
Jugendliche	2 272 323	2 183 693	2 331 533	2 330 513	3 073 009	3 049 869	2 942 286	3 373 215	2 992 362	2 833 890	-5.3	2.5
Kinder	8 464 253	7 902 637	7 803 528	8 165 887	8 590 446	8 829 337	8 691 768	8 683 349	8 418 005	8 144 476	-3.2	-0.4

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Kostenbeteiligung nach Personengruppe seit 2003

Tabelle 8.8

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
Gesamt	5 029 296	7 742 783	8 212 440	8 469 290	8 828 381	9 060 586	9 164 047	9 351 883	9 596 018	9 751 259	1.6	7.6
Erwachsene	*	7 730 952	8 208 576	8 466 706	8 826 016	9 059 313	9 163 387	9 351 550	9 593 945	9 745 717	1.6	*
Jugendliche	*	10 802	3 282	2 446	1 894	1 603	520	275	1 888	6 174	227.1	*
Kinder	*	1 029	582	138	471	- 330	140	58	185	- 632	*	*

Nettoleistungen nach Personengruppe seit 2003

Tabelle 8.9

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
Gesamt	103 482 244	94 959 001	101 246 393	107 032 324	117 809 680	121 720 070	126 392 217	128 190 895	133 644 044	133 538 213	-0.1	2.9
Erwachsene	*	84 884 504	91 115 196	96 538 507	106 148 589	109 842 136	114 758 822	116 134 663	122 235 749	122 565 388	0.3	*
Jugendliche	*	2 172 891	2 328 251	2 328 067	3 071 115	3 048 266	2 941 766	3 372 941	2 990 474	2 827 716	-5.4	*
Kinder	*	7 901 608	7 802 946	8 165 749	8 589 975	8 829 667	8 691 628	8 683 290	8 417 820	8 145 109	-3.2	*

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Bruttoprämien pro prämienspflichtige Person nach Personengruppe seit 2003

Tabelle 8.10

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	
Alle	2 166	2 422	2 404	2 409	2 438	2 591	2 707	2 798	2 980	3 027	3.8
Erwachsene(r)	2 255	2 496	2 477	2 482	2 514	2 671	2 787	2 882	3 067	3 114	3.7
Frauen	2 274	2 521	2 502	2 508	2 543	2 705	2 824	2 915	3 100	3 151	3.7
Männer	2 236	2 470	2 451	2 455	2 484	2 636	2 750	2 848	3 032	3 077	3.6
Jugendliche(r)	1 118	1 259	1 255	1 255	1 266	1 355	1 413	1 457	1 563	1 595	4.0
Kinder	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*

Bruttolösungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2003

Tabelle 8.11

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	
Alle	2 952	2 935	3 107	3 252	3 541	3 631	3 730	3 758	3 873	3 812	2.9
Erwachsene(r)	3 537	3 526	3 743	3 911	4 243	4 335	4 461	4 469	4 630	4 543	2.8
Frauen	4 105	4 118	4 230	4 360	4 788	4 887	4 999	4 964	5 152	5 184	2.6
Männer	2 945	2 906	3 234	3 444	3 679	3 767	3 910	3 962	4 093	3 891	3.1
Jugendliche(r)	1 365	1 307	1 380	1 370	1 754	1 720	1 696	1 912	1 709	1 612	1.9
Kinder	1 180	1 120	1 115	1 172	1 243	1 296	1 272	1 285	1 246	1 214	0.3

Kostenbeteiligung pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2003

Tabelle 8.12

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	
Alle	143	221	233	238	247	252	252	256	259	259	6.8
Erwachsene(r)	*	294	309	315	326	330	330	333	337	335	*
Jugendliche(r)	*	6	2	1	1	1	0	0	1	4	*
Kind	*	-	-	-	-	0	0	0	0	0	*

Nettolösungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2003

Tabelle 8.13

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	
Alle	2 952	2 714	2 874	3 013	3 294	3 380	3 477	3 502	3 614	3 552	2.1
Erwachsene(r)	*	3 231	3 434	3 595	3 918	4 005	4 131	4 136	4 293	4 208	*
Jugendliche(r)	*	1 300	1 378	1 369	1 753	1 719	1 696	1 912	1 708	1 608	*
Kind	*	1 120	1 115	1 172	1 243	1 296	1 272	1 285	1 246	1 214	*

Erläuterung zu den Tabellen:

Tabellen 8.12/8.13, Frauen/Männer: Teilweise sind die Daten für Männer und Frauen nicht verfügbar, deshalb sind die entsprechenden Zeilen ausgeblendet.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Bruttoleistungen nach Kategorie seit 2003

Tabelle 8.14

Kategorie	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Total CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Total CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Total CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Total CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Total CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Total CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %
Gesamt	103 482 244	10.1	102 701 785	-0.8	109 458 833	6.6	115 501 613	5.5	126 638 061	9.6	130 780 654	3.3
Spitalkosten	37 792 725	16.2	32 756 033	*	35 589 777	8.7	37 797 817	6.2	44 066 591	16.6	44 372 412	0.7
Ambulante Arztkosten ohne Medikamente	35 491 067	5.1	27 204 039	*	28 279 322	4.0	29 796 986	5.4	30 502 439	2.4	32 420 977	6.3
Arzneikosten	19 713 902	11.0	18 953 390	*	20 681 489	9.1	21 768 560	5.3	22 061 531	1.3	22 199 680	0.6
Andere Berufe der Gesundheitspflege	6 099 791	-4.5	18 324 983	*	18 824 209	2.7	20 262 548	7.6	20 734 531	*	21 980 107	6.0
Spitex / Familienhilfe / Pflege	1 170 042	-14.4	1 285 234	9.8	1 515 144	17.9	1 400 400	-7.6	2 782 994	*	2 886 714	3.7
Andere	3 214 718	46.5	4 178 106	*	4 568 892	9.4	4 475 302	-2.0	6 489 975	45.0	6 920 766	6.6

Bruttoleistungen nach Kategorie seit 2003 / Fortsetzung

Kategorie	2009		2010		2011		2012		Ø jährliche Veränderung seit 2004 in %
	Total CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Total CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Total CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Total CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	
Gesamt	135 556 263	3.7	137 542 777	1.5	143 240 061	4.1	143 289 471	0.0	4.3
Spitalkosten	47 367 553	6.8	48 184 628	1.7	48 650 508	1.0	49 190 410	1.1	5.2
Ambulante Arztkosten ohne Medikamente	35 338 060	9.0	34 359 924	-2.8	35 267 583	2.6	35 114 295	-0.4	3.2
Arzneikosten	23 343 860	5.2	23 919 763	2.5	24 575 187	2.7	24 081 580	-2.0	3.0
Andere Berufe der Gesundheitspflege	22 703 730	3.3	24 245 862	6.8	25 694 879	6.0	26 645 516	3.7	4.8
Spitex / Familienhilfe / Pflege	2 388 507	-17.3	1 268 476	-46.9	1 371 900	8.2	1 455 946	6.1	1.6
Andere	4 414 554	-36.2	5 564 125	26.0	7 680 004	38.0	6 801 724	-11.4	6.3

Erläuterung zu der Tabelle:

Jährliche Veränderung seit 2004: Da die ambulanten Arztkosten seit 2004 nach einem neuen System verrechnet werden, wird der langjährige Trend erst ab diesem Zeitpunkt berechnet.

Spitex / Familienhilfe / Pflege: Die starke Abnahme im Jahr 2010 ist darauf zurückzuführen, dass 2010 das Pflegegeld eingeführt wurde, das von der AHV/IV bezahlt wird und die Krankenkassen entlastet.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Kategorie seit 2003

Tabelle 8.15

Kategorie	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Pro vers. Person CHF	Anteil in %	Pro vers. Person CHF	Anteil in %	Pro vers. Person CHF	Anteil in %	Pro vers. Person CHF	Anteil in %	Pro vers. Person CHF	Anteil in %	Pro vers. Person CHF	Anteil in %	Pro vers. Person CHF	Anteil in %	Pro vers. Person CHF	Anteil in %	Pro vers. Person CHF	Anteil in %	Pro vers. Person CHF	Anteil in %
Gesamt	2 952	100.0	2 935	100.0	3 107	100.0	3 252	100.0	3 541	100.0	3 631	100.0	3 730	100.0	3 758	100.0	3 873	100.0	3 812	100.0
Spitalkosten	1'080	36.5	936	31.9	1'010	32.5	1'064	32.7	1 232	34.8	1 232	33.9	1 303	34.9	1 316	35.0	1 316	34.0	1 309	34.3
Ambulante Arztkosten ohne Medikamente	1'014	34.3	777	26.5	803	25.8	839	25.8	853	24.1	900	24.8	972	26.1	939	25.0	954	24.6	934	24.5
Arzneikosten	563	19.1	542	18.5	587	18.9	613	18.8	617	17.4	616	17.0	642	17.2	654	17.4	665	17.2	641	16.8
Medikamente Arzt	*	*	465	15.9	498	16.0	507	15.6	505	14.3	505	13.9	524	14.0	519	13.8	522	13.5	485	12.7
Apotheke	*	*	76	2.6	89	2.9	105	3.2	112	3.2	112	3.1	118	3.2	134	3.6	143	3.7	156	4.1
Andere Berufe der Gesundheitspflege	174	5.9	524	17.8	534	17.2	570	17.5	580	16.4	610	16.8	625	16.7	662	17.6	695	17.9	709	18.6
Spitex, Familienhilfe, Pflege	33	1.1	37	1.3	43	1.4	39	1.2	78	2.2	80	2.2	66	1.8	35	0.9	37	1.0	39	1.0
Andere	87	3.1	119	4.1	130	4.2	126	3.9	181	5.1	192	5.3	121	3.3	152	4.0	208	5.4	181	4.7

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Anzahl Leistungserbringer (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Kategorie der Leistungserbringer seit 2008

Tabelle 8.16

Kategorie	Kennwert	2008	2009	2010	2011	2012
Abgabestellen MiGeL	N	31	28	34	33	39
	BL	897 593	950 005	1 053 863	872 591	708 073
	AM	28 955	33 929	30 996	26 442	18 156
Apotheken	N	256	268	299	309	290
	BL	4 021 826	4 310 864	4 953 417	5 276 633	5 844 465
	AM	15 710	16 085	16 567	17 076	20 153
Ärzte	N	1 349	1 306	1 295	1 323	1 344
	BL	51 599 760	53 245 107	52 555 404	54 537 740	53 276 965
	AM	38 250	40 770	40 583	41 223	39 641
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	N	79	79	81	78	79
	BL	46 335 343	47 085 028	47 204 721	48 616 250	46 888 163
	AM	586 523	596 013	582 774	623 285	593 521
Chiropraktoren	N	28	27	27	29	31
	BL	925 041	789 494	861 030	863 926	1 497 112
	AM	33 037	29 241	31 890	29 791	48 294
Ergo- therapeuten	N	18	16	21	23	25
	BL	339 774	325 522	371 489	446 081	535 245
	AM	18 876	20 345	17 690	19 395	21 410
Hebammen	N	17	21	20	23	21
	BL	88 453	101 329	75 908	111 857	116 523
	AM	5 203	4 825	3 795	4 863	5 549
Physiothera- peuten	N	123	125	131	147	150
	BL	6 229 724	6 105 511	6 441 479	6 851 481	6 858 257
	AM	50 648	48 844	49 172	46 609	45 722
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	N	35	36	37	41	43
	BL	4 695 452	4 626 937	5 081 051	5 619 657	6 059 242
	AM	134 156	128 526	137 326	137 065	140 913
Spitex- organisationen	N	18	17	19	19	17
	BL	1 588 726	1 618 851	1 214 316	1 368 606	1 455 946
	AM	88 263	95 227	63 911	72 032	85 644
Spitäler	N	174	174	158	157	166
	BL	45 660 812	47 756 717	48 574 861	48 901 671	49 415 389
	AM	262 418	274 464	307 436	311 476	297 683
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	N	28	30	28	27	27
	BL	41 825 951	44 610 144	44 628 487	45 345 948	45 296 838
	AM	1 493 784	1 487 005	1 593 875	1 679 480	1 561 960
Zahnärzte	N	36	35	41	50	55
	BL	201 801	165 249	203 033	206 027	248 679
	AM	5 606	4 721	4 952	4 121	4 521
Übrige Rechnungs- steller	N	170	167	181	191	198
	BL	19 150 183	20 049 434	20 968 289	23 690 885	23 332 181
	AM	112 648	120 056	115 847	124 036	117 839

Erläuterung zur Tabelle:

Berücksichtigt wurden Leistungserbringer, die mehr als CHF 0 an Bruttoleistungen verrechneten.

Kategorie: Die Ausgaben pro Kategorie können aufgrund unterschiedlicher Datenquellen mit unterschiedlichen Abrechnungszeitpunkten von den Angaben in Tabelle 1.10 geringfügig abweichen.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verteilung der Bruttoleistungen nach Kategorien der Leistungserbringer seit 2008

Tabelle 8.17

Kategorie	Kennwert	2008	2009	2010	2011	2012
Abgabestellen MiGeL	Q1	297	350	280	442	411
	Md	2 804	2 227	1 084	2 700	1 892
	Q3	10 644	12 988	10 224	12 892	9 124
Apotheken	Q1	57	49	55	53	52
	Md	177	126	141	150	157
	Q3	620	617	732	494	721
Ärzte	Q1	146	131	132	138	123
	Md	409	394	380	385	340
	Q3	1 575	1 502	1 663	1 544	1 290
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	Q1	168 671	189 732	153 441	269 727	186 600
	Md	520 137	523 396	466 249	527 077	465 374
	Q3	858 850	822 171	836 576	866 778	844 366
Chiropraktoren	Q1	141	173	166	113	154
	Md	305	498	304	274	288
	Q3	923	1 507	917	733	1 970
Ergo- therapeuten	Q1	1 871	1 771	1 333	1 600	1 287
	Md	4 024	7 158	6 105	4 089	2 693
	Q3	29 305	35 271	12 950	24 838	9 242
Hebammen	Q1	286	355	184	268	400
	Md	900	1 123	424	498	890
	Q3	7 412	3 626	2 640	4 565	4 683
Physiothera- peuten	Q1	367	324	241	235	235
	Md	1 033	724	853	804	816
	Q3	30 073	29 362	25 648	33 219	32 988
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	Q1	30 073	31 525	28 399	34 410	35 980
	Md	74 071	73 455	70 045	72 356	77 638
	Q3	182 287	175 448	181 958	178 756	198 674
Spitex- organisationen	Q1	155	237	338	469	756
	Md	3 867	964	864	2 543	1 830
	Q3	150 228	133 544	152 144	165 118	181 498
Spitäler	Q1	1 359	1 654	1 730	1 867	1 212
	Md	7 044	6 577	8 462	8 487	8 073
	Q3	41 744	38 140	48 101	49 468	43 013
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	Q1	107 664	104 392	96 106	69 637	69 335
	Md	366 985	378 016	405 475	439 231	338 368
	Q3	1 349 425	1 211 612	1 651 108	1 933 915	1 252 136
Zahnärzte	Q1	865	264	256	407	333
	Md	2 348	1 827	1 344	1 855	820
	Q3	7 584	5 872	6 943	3 925	4 040
Übrige	Q1	300	286	248	396	203
Rechnungs- steller	Md	2 060	1 683	1 582	1 611	1 397
	Q3	16 861	17 172	19 818	10 812	17 630

Erläuterung zur Tabelle:

Berücksichtigt wurden Leistungserbringer, die mehr als CHF 0 verrechneten.

Kennwert: Q1 = 1. Quartil, Md = Median, Q3 = 3. Quartil

Kategorie: Die Ausgaben pro Kategorie können aufgrund unterschiedlicher Datenquellen mit unterschiedlichen Abrechnungszeitpunkten von den Angaben in Tabelle 1.10 geringfügig abweichen.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Bruttoleistungen der OKP-Vertragsärzte für Behandlungen und Medikamente seit 2008

Tabelle 8.18

	Total CHF	Behandlungen CHF	Medikamente CHF
2008	46 335 343	29 210 279	17 125 064
2009	47 085 028	29 648 356	17 436 672
2010	47 204 721	29 819 389	17 385 332
2011	48 616 250	31 391 777	17 224 473
2012	46 888 163	30 827 056	16 061 106

Bruttoleistungen für Behandlungen und Medikamente pro OKP-Vertragsarzt seit 2008

Tabelle 8.19

	Total Bruttoleistungen pro Arzt	Behandlungskosten pro Arzt CHF	Medikamente pro Arzt CHF	Anzahl OKP- Vertragsärzte
2008	586 523	369 750	216 773	79
2009	596 013	375 296	220 717	79
2010	582 774	368 141	214 634	81
2011	623 285	402 459	220 827	78
2012	593 521	390 216	203 305	79

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Bruttoleistungen und Staatsbeiträge der Spitäler seit 2008

Tabelle 8.20

	Total CHF	Beiträge der OKP		Staatsbeiträge
		ambulant CHF	stationär CHF	CHF
2008	61 738 266	12 831 760	28 994 191	19 912 315
2009	63 810 953	13 256 282	31 353 862	19 200 809
2010	64 625 371	13 433 699	31 194 789	19 996 883
2011	64 685 240	14 756 383	30 589 564	19 339 293
2012	70 232 652	14 953 027	30 343 811	24 935 814

Erläuterung zur Tabelle:

Total: Berücksichtigt wurden ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen der 27 Vertragsspitäler von Liechtenstein.

Staatsbeiträge: Die Staatsbeiträge an die Spitäler ergeben sich aus der Beteiligung an stationären Spitalaufenthalten.

Spitalentlassungen pro 1 000 Einwohner nach Spitaltyp seit 2008

Tabelle 8.21

	Total Spitalentlassungen	Grundversorgung	Psychiatrie	Rehabilitation	andere Spezial-	
					kliniken	
2008	386	363		4	11	7
2009	357	334		6	10	7
2010	744	690		11	10	33
2011	729	677		13	11	27
2012	670	610		17	13	31

Erläuterung zur Tabelle:

Total Spitalentlassungen: Berücksichtigt wurden ambulante und stationäre Behandlungen der 27 Vertragsspitäler von Liechtenstein. Die höheren Zahlen ab dem Jahr 2010 sind auf zehn der 27 Vertragsspitäler zurückzuführen, die vorher ambulante Spitalentlassungen nicht gemeldet hatten.

Kosten pro Spitalentlassung seit 2008

Tabelle 8.22

	Total CHF	ambulant CHF	stationär CHF
2008	3 340	965	9 430
2009	3 105	866	9 626
2010	2 374	650	7 820
2011	2 434	716	8 351
2012	2 844	782	9 937

Erläuterung zur Tabelle:

Total: Berücksichtigt wurden ambulante und stationäre Behandlungen der 27 Vertragsspitäler von Liechtenstein. Die tieferen Kosten pro Spitalentlassung ab 2010 beruhen darauf, dass vorher zehn der 27 Vertragsspitäler keine ambulante, d.h. häufigere und günstigere Spitalentlassungen gemeldet hatten.

Stationär: Bei den stationären Kosten wurden die Staatsbeiträge mitberücksichtigt.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Bruttoleistungen pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2008

Tabelle 8.23

Alle Versicherten						Frauen (ab 17 Jahren)						Männer (ab 17 Jahren)					
Alters- gruppe	2008 CHF	2009 CHF	2010 CHF	2011 CHF	2012 CHF	Alters- gruppe	2008 CHF	2009 CHF	2010 CHF	2011 CHF	2012 CHF	Alters- gruppe	2008 CHF	2009 CHF	2010 CHF	2011 CHF	2012 CHF
Gesamt - ab 17 Jahren	346	357	359	372	365	Gesamt	392	400	399	414	417	Gesamt	299	312	318	328	313
Gesamt - alle Altersgruppen	302	311	314	324	319												
0 - 16	111	109	109	107	104	0 - 16	*	*	*	*	*	0 - 16	*	*	*	*	*
17 - 25	159	157	158	163	148	17 - 25	191	183	188	179	165	17 - 25	128	132	130	148	131
26 - 30	181	179	194	208	206	26 - 30	255	237	267	271	270	26 - 30	112	125	124	149	143
31 - 35	221	223	217	222	211	31 - 35	285	295	281	302	284	31 - 35	157	152	155	147	145
36 - 40	212	202	215	211	236	36 - 40	265	255	254	266	299	36 - 40	162	151	176	154	173
41 - 45	236	237	226	235	225	41 - 45	278	298	265	291	280	41 - 45	193	174	187	180	173
46 - 50	279	280	284	293	270	46 - 50	325	313	330	329	319	46 - 50	233	246	236	255	222
51 - 55	330	329	328	359	349	51 - 55	353	330	344	391	380	51 - 55	308	327	312	326	316
56 - 60	367	403	400	405	411	56 - 60	382	420	401	406	447	56 - 60	353	387	399	404	374
61 - 65	456	513	525	523	467	61 - 65	473	512	517	510	468	61 - 65	442	514	532	535	466
66 - 70	623	611	611	638	606	66 - 70	603	591	568	646	606	66 - 70	644	632	655	630	606
71 - 75	744	743	700	742	715	71 - 75	710	680	667	690	715	71 - 75	786	819	737	802	715
76 - 80	936	969	873	881	922	76 - 80	862	949	848	832	862	76 - 80	1 036	996	911	952	1 009
81 - 85	1 042	1 051	1 048	1 015	1 058	81 - 85	1 022	1 041	992	1 012	1 121	81 - 85	1 086	1 073	1 148	1 019	957
86 - 90	1 328	1 428	1 386	1 467	1 423	86 - 90	1 409	1 440	1 390	1 450	1 472	86 - 90	1 161	1 401	1 375	1 512	1 274
91 -	1 619	1 702	1 909	1 812	2 061	91 -	1 818	1 909	2 285	2 064	2 197	91 -	1 108	1 155	1 115	1 373	1 832

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Kostenbeteiligung pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2008

Tabelle 8.24

Alle Versicherten (inkl. Altersgruppe 0-16)						Frauen (ab 17 Jahren)						Männer (ab 17 Jahren)					
Alters- gruppe	2008 CHF	2009 CHF	2010 CHF	2011 CHF	2012 CHF	Alters- gruppe	2008 CHF	2009 CHF	2010 CHF	2011 CHF	2012 CHF	Alters- gruppe	2008 CHF	2009 CHF	2010 CHF	2011 CHF	2012 CHF
Gesamt	21	21	21	22	22	Gesamt	28	28	28	28	29	Gesamt	24	24	24	25	24
0 - 16	-	-	-	-	-	0 - 16	-	-	-	-	-	0 - 16	-	-	-	-	-
17 - 25	13	13	12	13	13	17 - 25	15	15	14	15	15	17 - 25	11	12	11	11	11
26 - 30	24	24	24	25	25	26 - 30	28	27	29	29	30	26 - 30	20	21	20	21	20
31 - 35	26	26	26	25	26	31 - 35	30	29	31	29	30	31 - 35	22	23	21	22	22
36 - 40	26	26	26	26	27	36 - 40	29	29	29	30	31	36 - 40	22	23	23	22	24
41 - 45	28	27	27	28	27	41 - 45	30	30	29	30	31	41 - 45	25	24	24	25	24
46 - 50	29	28	28	30	29	46 - 50	32	30	31	33	33	46 - 50	26	25	26	27	25
51 - 55	30	30	31	31	31	51 - 55	32	31	32	33	33	51 - 55	28	28	29	29	28
56 - 60	32	33	33	33	34	56 - 60	33	33	32	33	34	56 - 60	31	32	33	33	33
61 - 65	30	33	34	33	32	61 - 65	31	32	34	34	32	61 - 65	28	34	35	33	32
66 - 70	24	24	25	25	25	66 - 70	25	24	24	25	24	66 - 70	24	24	25	25	25
71 - 75	26	26	26	26	26	71 - 75	26	26	26	26	26	71 - 75	26	26	25	26	27
76 - 80	29	28	28	27	27	76 - 80	28	28	27	27	27	76 - 80	29	28	28	27	27
81 - 85	30	29	29	29	29	81 - 85	29	29	28	28	29	81 - 85	31	30	30	29	29
86 - 90	29	29	30	32	30	86 - 90	28	28	30	31	29	86 - 90	33	32	32	35	34
91 -	30	33	34	31	33	91 -	29	31	33	31	32	91 -	33	37	34	32	35

Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen seit 2003

Tabelle 9.1

Kontenbezeichnung	Konto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
		CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
Versicherungsertrag	= 6	20 913 838	19 677 180	20 694 297	20 569 922	24 084 715	23 649 604	23 255 649	23 239 065	23 280 699	25 903 654	11.3	2.4
Versicherungsaufwand	= 3	-19 867 589	-20 002 952	-19 182 466	-19 307 309	-20 849 998	-17 146 422	-21 230 086	-20 789 753	-21 513 769	-25 091 412	16.6	2.6
Betriebsaufwand	= 4	- 848 428	- 888 060	-2 274 795	-2 200 969	-2 277 833	-2 281 352	-2 613 275	-2 744 879	-2 815 415	-2 580 147	- 8.4	13.2
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-20 716 017	-20 891 012	-21 457 261	-21 508 278	-23 127 832	-19 427 773	-23 843 362	-23 534 632	-24 329 185	-27 671 559	13.7	3.3
Betriebsergebnis	6-3-4	197 821	-1 213 832	- 762 964	- 938 356	956 883	4 221 830	- 587 712	- 295 567	-1 048 485	-1 767 905	68.6	*
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	110 273	- 32 947	- 8 238	- 3 181	24 572	- 603 063	647 400	180 775	- 206 520	225 312	*	*
Gesamtergebnis	6-3-4+7	308 094	-1 246 779	- 771 202	- 941 537	981 456	3 618 767	59 688	- 114 792	-1 255 005	-1 542 594	22.9	*
Reserven		*	5 107 943	4 402 733	3 100 302	3 736 409	5 705 411	8 501 618	7 784 180	6 535 825	5 096 762	- 22.0	*
Rückstellungen		*	1 898 508	2 416 604	2 646 234	2 890 568	2 213 663	2 649 964	2 825 357	2 757 217	2 718 204	- 1.4	*

Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht seit 2003

Tabelle 9.2

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012			
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %	
Prämiensoll													
Gesamt	21 467 758	20 173 241	21 495 422	20 938 737	23 692 323	23 616 687	23 361 553	23 055 577	23 443 319	25 887 184	10.4	2.1	
Frauen	6 538 385	5 793 404	6 337 619	6 778 323	7 301 631	7 590 056	7 824 431	7 798 624	7 207 600	8 203 309	13.8	2.6	
Männer	14 929 373	14 379 837	15 157 803	14 160 414	16 390 692	16 026 631	15 537 122	15 256 953	16 235 719	17 683 875	8.9	1.9	
Nettoleistungen													
Gesamt	20 307 030	19 967 406	18 585 132	18 546 629	18 913 216	17 701 111	19 593 786	20 614 359	21 481 910	24 630 425	14.7	2.2	
Frauen	7 367 526	7 851 545	7 136 727	7 683 981	8 086 697	7 676 426	8 931 612	8 968 172	10 037 151	11 375 630	13.3	4.9	
davon Mutterschaft	2 318 997	2 187 983	2 828 541	2 721 958	3 463 770	2 747 271	3 512 880	3 577 797	3 591 995	4 246 747	18.2	7.0	
Männer	12 939 504	12 115 861	11 448 405	10 862 648	10 826 519	10 024 684	10 662 174	11 646 187	11 444 758	13 254 795	15.8	0.3	

Freiwillige Versicherungen (FV)

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen seit 2003

Tabelle 10.1

Kontenbezeichnung	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
Versicherungsertrag	30 452 172	31 916 469	33 789 920	34 348 130	35 016 160	35 396 842	36 026 882	41 982 750	43 135 649	45 749 813	6.1	4.6
Versicherungsaufwand	-24 596 840	-21 507 848	-24 189 768	-25 859 491	-26 207 598	-26 940 438	-31 528 812	-32 245 542	-32 863 953	-33 000 070	0.4	3.3
Betriebsaufwand	-4 633 492	-4 728 795	-5 787 486	-6 243 849	-6 397 281	-7 544 242	-8 318 706	-11 065 417	-8 982 856	-9 695 416	7.9	8.5
Versicherungs- und Betriebsaufwand	-29 230 332	-26 236 643	-29 977 254	-32 103 340	-32 604 878	-34 484 681	-39 847 518	-43 310 959	-41 846 808	-42 695 486	2.0	4.3
Betriebsergebnis	1 221 840	5 679 826	3 812 666	2 244 790	2 411 282	912 161	-3 820 636	-1 328 209	1 288 841	3 054 327	137.0	*
Neutraler Aufwand und Ertrag	369 776	- 133 214	- 84 767	- 5 437	- 168 922	-1 062 004	1 565 535	466 970	- 647 924	594 758	*	*
Gesamtergebnis	1 591 616	5 546 611	3 727 899	2 239 353	2 242 361	- 149 842	-2 255 101	- 861 239	640 917	3 649 085	469.4	*
Reserven	*	13 931 743	15 669 605	17 475 323	19 080 106	19 481 703	20 761 201	18 286 567	18 945 955	22 996 560	21.4	*
Rückstellungen	*	10 075 691	11 515 533	12 172 801	12 224 317	10 295 718	10 032 538	9 870 899	10 097 135	10 455 816	3.6	*

Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht seit 2003

Tabelle 10.2

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
Prämiensoll												
Gesamt	30 647 354	31 852 048	34 143 788	34 353 903	35 041 312	35 648 138	36 328 105	40 584 401	43 520 901	46 008 346	5.7	4.6
Frauen	16 048 217	16 659 012	17 970 517	18 078 599	18 573 810	17 031 712	19 332 611	21 593 838	23 165 441	24 509 808	5.8	4.8
Männer	14 599 137	15 193 036	16 173 271	16 275 304	16 467 502	18 616 426	16 995 495	18 990 562	20 355 460	21 498 538	5.6	4.4
Bruttoleistungen												
Gesamt	22 880 973	21 770 914	22 804 295	25 015 399	25 601 084	29 090 395	31 390 931	32 104 940	32 270 946	31 930 871	-1.1	3.8
Frauen	12 988 823	12 065 207	13 291 708	14 247 133	15 100 861	16 620 484	17 369 621	18 046 611	18 522 839	18 076 483	-2.4	3.7
davon Mutterschaft	664 734	840 741	840 922	910 461	909 522	903 786	945 903	811 487	951 541	884 044	-7.1	3.2
Männer	9 892 150	9 705 707	9 512 587	10 768 266	10 500 224	12 469 911	14 021 310	14 058 329	13 748 107	13 854 388	0.8	3.8

Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen seit 2003

Tabelle 11.1

Kontobezeichnung	Konto	2003 CHF	2004 CHF	2005 CHF	2006 CHF	2007 CHF	2008 CHF
Ertrag							
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	61 183 753	67 677 696	67 844 388	68 771 549	70 330 881	75 659 210
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	21 467 758	20 173 241	21 495 422	20 938 736	23 692 323	23 616 686
Prämien Freiwillige Versicherungen	63	30 647 353	31 852 048	34 143 787	34 353 903	35 041 312	35 648 138
Prämiensoll	= 60 bis 63	113 298 864	119 702 985	123 483 597	124 064 188	129 064 516	134 924 034
Erlösminderung auf Prämien	64	- 655 672	- 143 104	- 1 271 308	- 551 331	765 942	128 090
Andere Prämienanteile	65	- 4 256	-	- 238 203	- 84 740	248 506	- 29 310
Bruttoprämien	= 60 bis 65	112 638 936	119 559 881	121 974 086	123 428 117	130 078 964	135 022 815
Prämienanteile der Rückversicherer	66	- 646 663	- 636 277	- 593 513	- 362 166	- 365 196	- 264 586
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	111 992 273	118 923 604	121 380 573	123 065 951	129 713 768	134 758 229
Staatsbeiträge	67	46 103 336	45 314 925	49 574 890	50 618 986	52 565 166	54 131 220
Sonstige Betriebserträge	69	6 972	260 268	58 843	104 542	19 882	8 133
Versicherungsertrag	= 6	158 102 581	164 498 797	171 014 306	173 789 479	182 298 817	188 897 582
Aufwand							
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	300	-103 482 244	-102 701 785	-109 458 833	-115 501 613	-126 638 061	-130 780 655
Kostenbeteiligung der OKP	302	5 029 296	7 742 783	8 212 440	8 469 289	8 828 381	9 060 586
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-20 307 029	-19 967 406	-18 585 132	-18 546 629	-18 913 216	-17 701 110
Freiwillige Versicherungen	331	-22 880 973	-21 770 913	-22 804 296	-25 015 400	-25 601 084	-29 090 394
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	20 435	38 119	70 193	54 683	78 473	71 001
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-141 620 515	-136 659 203	-142 565 628	-150 539 670	-162 245 508	-168 440 572
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	- 2 896 676	- 3 586 229	- 5 878 091	- 7 110 638	- 3 774 857	2 574 831
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-144 517 191	-140 245 432	-148 443 719	-157 650 308	-166 020 365	-165 865 741
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	606 153	114 151	-	35 175	52 207	166 692
Risikoausgleich	37	135 259	- 375 565	323 127	- 142 376	152 414	493 588
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	- 248 700	- 227 600	- 88 600	788 508	- 28 300	- 1 019 400
Versicherungsaufwand	= 3	-144 024 479	-140 734 445	-148 209 192	-156 969 001	-165 844 044	-166 224 861

Fortsetzung >>

Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen seit 2003 / Fortsetzung

Tabelle 11.1

Kontobezeichnung	Konto	2003 CHF	2004 CHF	2005 CHF	2006 CHF	2007 CHF	2008 CHF
>> Fortsetzung							
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-2 781 779	-2 816 980	-3 018 312	-3 058 926	-3 030 978	-3 225 762
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, Reparaturen sowie Ersatz von Betriebseinrichtungen	410	- 217 208	- 273 630	- 258 020	- 343 977	- 274 920	- 355 294
EDV-Kosten	420	- 503 915	- 524 262	- 563 241	- 656 118	-1 812 471	-1 301 890
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	- 189 274	- 80 717	- 91 427	- 96 749	- 88 061	- 88 983
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-9 427 058	-10 028 751	-10 365 018	-10 528 934	-10 214 705	-10 600 568
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	- 59 553	- 138 966	- 127 098	- 251 582	- 200 510	- 442 867
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	21 602	20 492	22 266	28 413	31 117	- 23 079
Verwaltungsaufwand = 40 bis 46		-13 157 185	-13 842 814	-14 400 850	-14 907 874	-15 590 529	-16 038 442
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	- 48 943	- 53 687	- 139 314	- 141 492	- 137 696	- 160 726
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	- 854 931	- 625 153	- 557 083	- 973 838	- 425 420	- 779 107
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	- 91 802	- 62 648	- 22 224	- 30 622	- 36 863	- 48 044
Betriebsaufwand	= 4	-14 152 861	-14 584 302	-15 119 471	-16 053 826	-16 190 508	-17 026 318
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-158 177 340	-155 318 747	-163 328 663	-173 022 827	-182 034 552	-183 251 179
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	1 218 632	- 361 134	- 284 477	- 26 400	- 433 987	-3 667 228
Versicherungsertrag	6	158 102 581	164 498 797	171 014 306	173 789 479	182 298 817	188 893 178
Versicherungs- und Betriebsaufwand	3+4	-158 177 340	-155 318 747	-163 328 663	-173 022 827	-182 034 552	-183 251 179
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	1 218 632	- 361 134	- 284 477	- 26 400	- 433 987	-3 667 228
Gesamtergebnis		1 143 873	8 818 916	7 401 166	740 252	- 169 723	1 974 771

Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen seit 2003 / Fortsetzung

Tabelle 11.1

Kontobezeichnung	Konto	2009 CHF	2010 CHF	2011 CHF	2012		
					CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
Ertrag							
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	79 878 008	83 487 554	90 058 786	93 498 156	3.8	4.8
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	23 361 553	23 055 577	23 443 319	25 887 184	10.4	2.1
Prämien Freiwillige Versicherungen	63	36 328 105	40 584 401	43 520 901	46 008 346	5.7	4.6
Prämiensoll	= 60 bis 63	139 567 667	147 127 532	157 023 007	165 393 686	5.3	4.3
Erlösminderung auf Prämien	64	- 371 088	- 269 497	- 350 160	- 215 632	-38.4	*
Andere Prämienanteile	65	- 38 686	- 394 081	118 427	- 34 818	*	*
Bruttoprämien	= 60 bis 65	139 157 893	146 463 954	156 791 274	165 143 236	5.3	4.3
Prämienanteile der Rückversicherer	66	- 220 417	- 421 429	- 466 252	- 260 820	-44.1	-9.6
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	138 937 476	146 042 525	156 325 022	164 882 416	5.5	4.4
Staatsbeiträge	67	59 030 287	64 914 687	61 131 675	62 819 695	2.8	3.5
Sonstige Betriebserträge	69	- 1 389	4 903 319	9 005	233	-97.4	*
Versicherungsertrag	= 6	197 966 374	215 860 531	217 465 702	227 702 344	4.7	4.1
Aufwand							
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	300	-135 556 263	-137 542 777	-143 240 061	-143 289 471	0.0	3.7
Kostenbeteiligung der OKP	302	9 164 047	9 351 883	9 596 018	9 751 259	1.6	7.6
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-19 593 786	-20 614 360	-21 481 910	-24 630 425	14.7	2.2
Freiwillige Versicherungen	331	-31 390 931	-32 104 940	-32 270 946	-31 930 871	-1.1	3.8
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	94 368	86 657	93 566	107 274	14.7	20.2
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-177 282 565	-180 823 536	-187 303 332	-189 992 234	1.4	3.3
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	1 783 831	-3 383 794	-8 150 070	-3 195 712	-60.8	*
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-175 498 734	-184 207 330	-195 453 402	-193 187 946	-1.2	3.3
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	74 571	312 542	269 662	93 309	-65.4	-18.8
Risikoausgleich	37	- 88 558	- 103 374	124 058	- 25 881	*	*
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-3 358 200	- 181 400	-	- 750 300	*	*
Versicherungsaufwand	= 3	-178 870 920	-184 179 563	-195 059 682	-193 870 818	-0.6	3.4

Fortsetzung >>

Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen seit 2003 / Fortsetzung

Tabelle 11.1

Kontobezeichnung	Konto	2009 CHF	2010 CHF	2011 CHF	2012		
					CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2003 in %
>> Fortsetzung							
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-3 753 061	-3 531 428	-3 803 774	-3 713 965	-2.4	3.3
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, Reparaturen sowie Ersatz von Betriebseinrichtungen	410	- 339 711	- 313 927	- 324 407	- 328 267	1.2	4.7
EDV-Kosten	420	-1 264 857	-1 208 562	-1 174 708	-1 189 471	1.3	10.0
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	- 120 300	- 122 084	- 126 434	- 124 404	-1.6	-4.6
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-12 555 856	-12 681 473	-12 809 626	-13 085 139	2.2	3.7
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	- 382 100	- 288 861	- 237 595	- 344 931	45.2	21.6
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	58 104	49 764	54 566	53 103	-2.7	*
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-18 357 780	-18 096 570	-18 421 978	-18 733 073	1.7	4.0
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	- 232 459	- 225 533	- 229 896	- 394 041	71.4	26.1
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	- 319 295	- 357 680	- 649 086	- 590 646	-9.0	-4.0
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	- 34 785	-2 400 000	-	-	-	*
Betriebsaufwand	= 4	-18 944 319	-21 079 783	-19 300 960	-19 717 760	2.2	3.8
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-197 815 239	-205 259 346	-214 360 642	-213 588 578	-0.4	3.4
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	5 018 177	1 753 367	-2 484 074	2 337 985	*	*
Versicherungsertrag	6	197 966 374	215 860 531	217 465 703	227 702 344	4.7	4.1
Versicherungs- und Betriebsaufwand	3+4	-197 815 239	-205 259 346	-214 360 642	-213 588 578	-0.4	3.4
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	5 018 177	1 753 367	-2 484 074	2 337 985	*	*
Gesamtergebnis		5 169 312	12 354 553	620 987	16 451 750	2549.3	34.5

Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31. Dezember, seit 2007

Tabelle 11.2

	2007 CHF	2008 CHF	2009 CHF	2010 CHF	2011 CHF	2012		
						CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %
Reserven	41 569 992	44 868 917	53 407 565	61 055 441	61 676 427	82 141 737	33.2	14.6
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	14 410 698	14 870 030	23 616 498	34 362 578	35 842 415	53 815 656	50.1	30.2
Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	3 736 409	5 705 411	8 501 618	7 784 180	6 535 825	5 096 762	-22.0	6.4
Freiwillige Versicherungen (FV)	19 080 106	19 481 703	20 761 201	18 286 567	18 945 955	22 996 560	21.4	3.8
Übriges Eigenkapital und nicht verteilte Gewinne	5 085 332	5 288 339	528 247	622 115	352 232	232 759	-33.9	-46.0
Versicherungstechnische Rückstellungen	61 143 724	57 151 893	55 463 753	58 907 163	66 741 549	71 551 244	7.2	3.2
Ordentliche obligatorische Krankenpflegeversicherung	35 161 839	37 192 512	35 235 560	35 384 519	42 346 494	42 622 537	0.7	3.9
Obligatorische Krankengeldversicherung	2 890 568	2 213 663	2 649 964	2 825 357	2 757 217	2 718 204	-1.4	-1.2
Freiwillige Versicherungen	12 224 317	10 295 718	10 032 538	9 870 899	10 097 135	10 455 816	3.6	-3.1
Rückstellungen für Überschussbeteiligungen	-	-	-	-	-	2 100 000	*	*
Risikoausgleich	3 800 000	3 300 000	3 300 000	3 300 000	3 300 000	1 800 000	-45.5	-13.9
Fonds	7 067 000	4 150 000	4 245 691	7 526 387	8 240 704	11 854 687	43.9	10.9

Medikamente

Anteil der Generika seit 2010

Tabelle 12

	Anzahl Packungen	Anteil Generika an der Anzahl Packungen in %	Umsatz in CHF (Marktpreis)	Umsatz in CHF (Werkpreis)	Anteil Generika am Umsatz in % (Marktpreis)	Anteil Generika am Umsatz in % (Werkpreis)
2010	441 482	13.1	18 435 752	12 131 570	9.9	8.8
2011	489 359	13.1	24 226 312	16 893 355	8.6	7.3
2012	418 018	14.3	19 011 664	12 864 469	10.5	9.3

Erläuterung zur Tabelle:

2010 / 2012 Anzahl Packungen/Umsatz: Da die Informationen dieser Tabelle nicht von allen Krankenversicherern geliefert werden und nicht alle Ärzte elektronisch abrechnen, decken die Anzahl der Packungen beziehungsweise der Umsatz nur rund 80% der erstatteten Medikamente ab.

Prämienverbilligung

Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2005

Tabelle 13.1

	2005			2006			2007			2008			2009		
	Bezüger			Bezüger			Bezüger			Bezüger			Bezüger		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	3 816	2 400	1 416	3 971	2 489	1 482	3 866	2 420	1 446	4 131	2 559	1 572	4 262	2 622	1 640
17 - 25 Jahre	310	176	134	353	189	164	312	148	164	330	150	180	375	174	201
26 - 65 Jahre	1 687	1 039	648	1 804	1 120	684	1 690	1 059	631	1 839	1 131	708	1 881	1 141	740
über 65 Jahre	1 819	1 185	634	1 814	1 180	634	1 864	1 213	651	1 962	1 278	684	2 006	1 307	699

Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2005 / Fortsetzung

	2010			2011			2012								
	Bezüger			Bezüger			Bezüger			Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %			Ø jährliche Veränderung seit 2005 in %		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	4 472	2 705	1 767	4 288	2 615	1 673	4 322	2 633	1 689	0.8	0.7	1.0	1.8	1.3	2.6
17 - 25 Jahre	443	188	255	390	175	215	391	166	225	0.3	-5.1	4.7	3.4	-0.8	7.7
26 - 65 Jahre	2 052	1 225	827	1 937	1 145	792	1 939	1 149	790	0.1	0.3	-0.3	2.0	1.4	2.9
über 65 Jahre	1 977	1 292	685	1 961	1 295	666	1 992	1 318	674	1.6	1.8	1.2	1.3	1.5	0.9

Prämienverbilligung

Ausbezahlte Subventionen nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2005

Tabelle 13.2

	2005			2006			2007			2008			2009		
	CHF			CHF			CHF			CHF			CHF		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	4 676 445	3 011 709	1 664 736	4 738 902	3 048 708	1 690 194	4 823 419	3 097 254	1 726 165	5 421 658	3 447 529	1 974 129	5 770 240	3 657 572	2 112 668
17 - 25 Jahre	224 836	129 615	95 220	242 454	131 771	110 684	216 603	111 881	104 722	253 094	129 668	123 426	305 051	152 955	152 097
26 - 65 Jahre	1 842 006	1 160 407	681 599	1 898 625	1 205 288	693 337	1 907 648	1 204 083	703 565	2 176 850	1 340 348	836 502	2 244 209	1 376 559	867 650
über 65 Jahre	2 609 604	1 721 687	887 917	2 597 823	1 711 649	886 174	2 699 168	1 781 291	917 877	2 991 714	1 977 513	1 014 201	3 220 979	2 128 057	1 092 921

Ausbezahlte Subventionen nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2005 / Fortsetzung

	2010			2011			2012								
	CHF			CHF			CHF			Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %			Ø jährliche Veränderung seit 2005 in %		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	5 924 423	3 725 637	2 198 786	6 304 320	3 966 320	2 338 000	6 585 178	4 138 316	2 446 861	4.5	4.3	4.7	5.0	4.6	5.7
17 - 25 Jahre	314 731	143 077	171 653	335 932	145 915	190 017	355 957	155 110	200 846	6.0	6.3	5.7	6.8	2.6	11.3
26 - 65 Jahre	2 365 545	1 436 741	928 804	2 542 553	1 535 960	1 006 592	2 679 452	1 615 322	1 064 130	5.4	5.2	5.7	5.5	4.8	6.6
über 65 Jahre	3 244 147	2 145 818	1 098 329	3 425 836	2 284 445	1 141 391	3 549 812	2 367 919	1 181 893	3.6	3.7	3.5	4.5	4.7	4.2

Prämienverbilligung

Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2005

Tabelle 13.3

	2005			2006			2007			2008			2009		
	CHF			CHF			CHF			CHF			CHF		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	1 225	1 255	1 176	1 193	1 225	1 140	1 248	1 280	1 194	1 312	1 347	1 256	1 354	1 395	1 288
17 - 25 Jahre	725	736	711	687	697	675	694	756	639	767	864	686	813	879	757
26 - 65 Jahre	1 092	1 117	1 052	1 052	1 076	1 014	1 129	1 137	1 115	1 184	1 185	1 182	1 193	1 206	1 173
über 65 Jahre	1 435	1 453	1 401	1 432	1 451	1 398	1 448	1 469	1 410	1 525	1 547	1 483	1 606	1 628	1 564

Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2005 / Fortsetzung

	2010			2011			2012								
	CHF			CHF			CHF			Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %			Ø jährliche Veränderung seit 2005 in %		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	1 325	1 377	1 244	1 470	1 517	1 397	1 524	1 572	1 449	3.6	3.6	3.7	3.2	3.3	3.0
17 - 25 Jahre	710	761	673	861	834	884	910	934	893	5.7	12.1	1.0	3.3	3.5	3.3
26 - 65 Jahre	1 153	1 173	1 123	1 313	1 341	1 271	1 382	1 406	1 347	5.3	4.8	6.0	3.4	3.3	3.6
über 65 Jahre	1 641	1 661	1 603	1 747	1 764	1 714	1 782	1 797	1 754	2.0	1.8	2.3	3.1	3.1	3.3

Prämienverbilligung

Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Einkommensstufe und Geschlecht seit 2005

Tabelle 13.4

	2005			2006			2007			2008			2009		
	Bezüger			Bezüger			Bezüger			Bezüger			Bezüger		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	3 816	2 400	1 416	3 971	2 489	1 482	3 866	2 420	1 446	4 131	2 559	1 572	4 262	2 622	1 640
Alleinstehend / alleinerziehend	2 271	1 644	627	2 356	1 696	660	2 358	1 679	679	2 536	1 777	759	2 683	1 843	840
bis CHF 30'000	1 797	1 305	492	1 883	1 347	536	1 865	1 329	536	1 979	1 384	595	2 083	1 425	658
bis CHF 45'000	474	339	135	473	349	124	493	350	143	557	393	164	600	418	182
Verheiratet	1 545	756	789	1 615	793	822	1 508	741	767	1 595	782	813	1 579	779	800
bis CHF 36'000	1 000	484	516	944	462	482	962	477	485	982	482	500	977	490	487
bis CHF 54'000	545	272	273	671	331	340	546	264	282	613	300	313	602	289	313

Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Einkommensstufe und Geschlecht seit 2005 / Fortsetzung

	2010			2011			2012			Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %			Ø jährliche Veränderung seit 2005 in %		
	Bezüger			Bezüger			Bezüger								
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	4 472	2 705	1 767	4 288	2 615	1 673	4 322	2 633	1 689	0.8	0.7	1.0	1.8	1.3	2.6
Alleinstehend / alleinerziehend	2 763	1 858	905	2 715	1 833	882	2 811	1 881	930	3.5	2.6	5.4	3.1	1.9	5.8
bis CHF 30'000	2 149	1 427	722	2 085	1 412	673	2 186	1 446	740	4.8	2.4	10.0	2.8	1.5	6.0
bis CHF 45'000	614	431	183	630	421	209	625	435	190	-0.8	3.3	-9.1	4.0	3.6	5.0
Verheiratet	1 709	847	862	1 573	782	791	1 511	752	759	-3.9	-3.8	-4.0	-0.3	-0.1	-0.6
bis CHF 36'000	1 042	517	525	975	482	493	985	485	500	1.0	0.6	1.4	-0.2	0.0	-0.4
bis CHF 54'000	667	330	337	598	300	298	526	267	259	-12.0	-11.0	-13.1	-0.5	-0.3	-0.7

Prämienverbilligung

Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht seit 2005

Tabelle 13.5

	2005			2006			2007			2008			2009		
	CHF			CHF			CHF			CHF			CHF		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	4 676 442	3 011 700	1 664 742	4 738 892	3 048 706	1 690 186	4 823 438	3 097 274	1 726 164	5 421 666	3 447 551	1 974 115	5 770 204	3 657 555	2 112 650
Alleinstehend / alleinerziehend	2 790 693	2 073 191	717 502	2 834 102	2 098 537	735 565	2 903 407	2 140 531	762 876	3 301 384	2 393 602	907 782	3 588 157	2 568 913	1 019 244
Verheiratet	1 885 749	938 509	947 240	1 904 790	950 169	954 621	1 920 031	956 743	963 288	2 120 282	1 053 949	1 066 333	2 182 047	1 088 642	1 093 405

Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht seit 2005 / Fortsetzung

	2010			2011			2012			Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %			Ø jährliche Veränderung seit 2005 in %		
	CHF			CHF			CHF								
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	5 924 393	3 725 620	2 198 773	6 304 356	3 966 340	2 338 016	6 585 178	4 138 316	2 446 861	4.5	4.3	4.7	5.0	4.6	5.7
Alleinstehend / alleinerziehend	3 646 686	2 583 217	1 063 469	3 931 228	2 782 494	1 147 825	4 218 566	2 948 879	1 269 687	7.3	6.0	10.6	6.1	5.2	8.5
Verheiratet	2 277 707	1 142 403	1 135 304	2 373 128	1 183 166	1 190 191	2 366 612	1 189 437	1 177 175	-0.3	0.5	-1.1	3.3	3.4	3.2

Prämienverbilligung

Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Zivilstand und Geschlecht seit 2005

Tabelle 13.6

	2005			2006			2007			2008			2009		
	CHF			CHF			CHF			CHF			CHF		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	1 225	1 255	1 176	1 193	1 225	1 140	1 248	1 280	1 194	1 312	1 347	1 256	1 354	1 395	1 288
Alleinstehend / alleinerziehend	1 229	1 261	1 144	1 203	1 237	1 114	1 231	1 275	1 124	1 302	1 347	1 196	1 337	1 394	1 213
Verheiratet	1 221	1 241	1 201	1 179	1 198	1 161	1 273	1 291	1 256	1 329	1 348	1 312	1 382	1 397	1 367

Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Zivilstand und Geschlecht seit 2005 / Fortsetzung

	2010			2011			2012								
	CHF			CHF			CHF			Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %			Ø jährliche Veränderung seit 2005 in %		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	1 325	1 377	1 244	1 470	1 517	1 397	1 524	1 572	1 449	3.6	3.6	3.7	3.2	3.3	3.0
Alleinstehend / alleinerziehend	1 320	1 390	1 175	1 448	1 518	1 301	1 501	1 568	1 365	3.6	3.3	4.9	2.9	3.2	2.6
Verheiratet	1 333	1 349	1 317	1 509	1 513	1 505	1 566	1 582	1 551	3.8	4.5	3.1	3.6	3.5	3.7

Prämienverbilligung

Anzahl Bezüger nach Wohngemeinde und Geschlecht seit 2007

Tabelle 13.7

Wohnort	2007			2008			2009			2010			2011			2012								
	Bezüger			Bezüger			Bezüger			Bezüger			Bezüger			Bezüger			Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %			Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	3 866	2 420	1 446	4 131	2 559	1 572	4 262	2 622	1 640	4 483	2 712	1 771	4 288	2 615	1 673	4 322	2 633	1 689	0.8	0.7	1.0	2.3	1.7	3.2
Oberland	2 344	1 494	850	2 573	1 604	969	2 646	1 644	1 002	2 774	1 695	1 079	2 629	1 618	1 011	2 669	1 645	1 024	1.5	1.7	1.3	2.6	1.9	3.8
Vaduz	501	327	174	578	373	205	609	400	209	654	418	236	595	377	218	616	395	221	3.5	4.8	1.4	4.2	3.9	4.9
Triesen	496	315	181	509	305	204	543	327	216	542	324	218	551	329	222	516	303	213	-6.4	-7.9	-4.1	0.8	-0.8	3.3
Balzers	417	255	162	440	281	159	450	280	170	467	290	177	440	278	162	458	295	163	4.1	6.1	0.6	1.9	3.0	0.1
Triesenberg	313	205	108	358	227	131	353	225	128	359	218	141	357	216	141	329	202	127	-7.8	-6.5	-9.9	1.0	-0.3	3.3
Schaan	591	375	216	660	401	259	654	390	264	707	416	291	647	399	248	711	429	282	9.9	7.5	13.7	3.8	2.7	5.5
Planken	26	17	9	28	17	11	37	22	15	45	29	16	39	19	20	39	21	18	-	10.5	-10.0	8.4	4.3	14.9
Unterland	1 438	882	556	1 461	901	560	1 508	917	591	1 601	956	645	1 564	939	625	1 568	941	627	0.3	0.2	0.3	1.7	1.3	2.4
Eschen	517	311	206	554	337	217	566	342	224	592	353	239	601	364	237	571	358	213	-5.0	-1.6	-10.1	2.0	2.9	0.7
Mauren	451	275	176	451	276	175	479	296	183	524	318	206	489	294	195	533	315	218	9.0	7.1	11.8	3.4	2.8	4.4
Gamprin	153	98	55	144	89	55	156	82	74	169	91	78	177	96	81	170	87	83	-4.0	-9.4	2.5	2.1	-2.4	8.6
Ruggell	207	127	80	193	125	68	192	121	71	181	111	70	177	106	71	172	104	68	-2.8	-1.9	-4.2	-3.6	-3.9	-3.2
Schellenberg	110	71	39	119	74	45	115	76	39	135	83	52	120	79	41	122	77	45	1.7	-2.5	9.8	2.1	1.6	2.9
Ausland	26	16	10	34	21	13	48	26	22	48	26	22	45	25	20	37	17	20	-17.8	-32.0	-	7.3	1.2	14.9
Unbekannt	58	28	30	63	33	30	60	35	25	60	35	25	50	33	17	48	30	18	-4.0	-9.1	5.9	-3.7	1.4	-9.7

Prämienverbilligung

Ausbezahlte Subventionen nach Wohngemeinde seit 2007

Tabelle 13.8

Wohnort	2007	2008	2009	2010	2011	2012			
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	Anteil in %	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %
Gesamt	4 823 438	5 421 666	5 770 204	5 924 393	6 304 356	6 585 178	100.0	4.5	6.4
Oberland	3 000 503	3 412 680	3 654 599	3 771 988	3 953 268	4 162 234	63.2	5.3	6.8
Vaduz	615 819	755 049	829 437	875 711	892 386	956 327	14.5	7.2	9.2
Triesen	628 227	680 944	709 453	730 556	763 228	792 270	12.0	3.8	4.7
Balzers	538 987	590 028	631 944	636 877	677 748	695 345	10.6	2.6	5.2
Triesenberg	414 906	474 529	503 526	530 293	565 859	544 002	8.3	-3.9	5.6
Schaan	767 414	870 333	923 919	938 660	995 065	1 108 769	16.8	11.4	7.6
Planken	35 150	41 797	56 321	59 892	58 982	65 520	1.0	11.1	13.3
Unterland	1 739 118	1 905 665	2 001 669	2 041 538	2 254 323	2 326 613	35.3	3.2	6.0
Eschen	645 203	741 259	771 878	789 815	861 121	879 895	13.4	2.2	6.4
Mauren	545 644	579 237	613 274	625 724	718 590	766 962	11.6	6.7	7.0
Gamprin	179 321	188 647	209 741	209 431	240 181	247 189	3.8	2.9	6.6
Ruggell	233 829	236 997	256 569	244 878	257 973	261 215	4.0	1.3	2.2
Schellenberg	135 121	159 526	150 207	171 690	176 459	171 354	2.6	-2.9	4.9
Ausland	20 327	37 079	39 647	26 072	36 221	35 453	0.5	-2.1	11.8
Unbekannt	63 491	66 241	74 289	84 795	60 543	60 878	0.9	0.6	-0.8

Staatsbeiträge

Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich seit 2005

Tabelle 14.1

Kostenart	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2005 in %
Gesamt	69 270 745	71 187 687	74 520 577	78 656 395	84 640 003	90 382 674	87 236 181	93 112 443	6.7	4.3
Staatsbeitrag an Krankenversicherer	47 893 057	49 931 425	52 488 282	53 078 879	59 435 721	64 209 895	62 103 734	61 353 155	-1.2	3.6
Staatsbeiträge an Spitäler	16 470 253	16 279 309	16 950 610	19 912 315	19 200 809	19 996 883	19 339 293	24 935 814	28.9	6.1
Prämienvverbilligung	4 692 274	4 737 392	4 836 685	5 421 201	5 763 473	5 935 896	6 303 733	6 583 473	4.4	5.0
KVG-Versichertenkarte	- 27 703	-	-	-	-	-	-	-	-	*
Krankenkassenverband, Landesbeitrag	242 864	239 561	245 000	244 000	240 000	240 000	240 000	240 000	-	-0.2

Erläuterung zur Tabelle:

Staatsbeiträge an Krankenversicherer: Differenzen zur Meldung der Krankenkassen ergeben sich aus buchhalterischen Gründen.

Prämienvverbilligung gemäss Landesrechnung: Differenzen zur Meldung der Krankenkassen ergeben sich aus buchhalterischen Gründen.

2011: In der Publikation 2011 wurde im Staatsbeitrag an die Krankenversicherer irrtümlich der Wert für das Jahr 2012 eingetragen. Dies wurde nun korrigiert.

Staatsbeiträge

Staatsbeiträge an verschiedene Spitäler seit 2005

Tabelle 14.2

Spital / Heilanstalt	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
								CHF	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Ø jährliche Veränderung seit 2005 in %
Gesamt	16 470 253	16 279 309	16 950 610	19 912 315	19 200 809	19 996 883	19 339 293	24 935 814	28.9	6.1
Liechtensteinisches Landesspital Vaduz	6 227 401	6 343 259	6 591 225	7 524 435	6 670 594	6 480 388	5 987 724	7 639 314	27.6	3.0
Beiträge an ausländische Spitäler	10 242 851	9 936 050	10 359 385	12 387 880	12 530 215	13 516 495	13 351 569	17 296 500	29.5	7.8
Kanton St. Gallen	6 882 807	6 583 487	7 264 510	8 704 341	8 465 378	9 777 970	9 657 847	13 735 175	42.2	10.4
Spitalregion Rheintal, Werdenberg, Sarganserland	3 961 430	3 980 911	4 074 695	4 765 679	4 812 695	5 415 365	5 060 368	7 780 977	53.8	10.1
Kantonales Spital Grabs	3 812 826	3 893 577	3 923 683	4 521 417	4 542 947	5 128 315	4 801 525	-	*	*
Kantonales Spital Walenstadt	148 604	87 334	151 012	244 262	269 748	287 050	258 843	-	*	*
Kantonsspital St. Gallen	2 290 486	2 080 799	2 543 948	3 114 196	2 820 366	3 449 032	3 700 778	5 072 029	37.1	12.0
Reha-Klinik Valens	222 352	221 364	169 246	236 050	208 966	228 052	187 177	229 440	22.6	0.4
Ostschweizerisches Kinderspital St. Gallen	403 988	296 645	461 760	546 133	589 087	550 580	591 587	516 619	-12.7	3.6
Rehabilitations Zentrum Lutzenberg	4 551	3 769	14 861	42 282	34 264	134 942	117 937	136 111	15.4	62.5
Kanton Graubünden	1 177 323	1 528 071	1 467 836	1 838 035	2 007 512	2 042 794	2 099 264	1 974 657	-5.9	7.7
Kantonsspital Graubünden	*	*	1 467 836	1 838 035	2 007 512	2 042 794	2 099 264	1 974 657	-5.9	*
Rhätisches Spital Chur	991 352	1 269 281	*	*	*	*	*	*	*	*
Kreuzspital Chur	68 997	145 061	*	*	*	*	*	*	*	*
Fontana Spital Chur	116 974	113 729	*	*	*	*	*	*	*	*
Bundesland Vorarlberg	2 182 721	1 824 492	1 627 039	1 845 504	2 057 325	1 695 730	1 594 458	1 586 668	-0.5	-4.5
Landeskrankenhaus Feldkirch	1 885 100	1 318 639	1 269 148	1 438 560	1 645 978	1 243 002	1 056 174	1 314 676	24.5	-5.0
Landesnervenkrankenhaus Valduna Rankweil	264 405	454 972	351 446	360 732	387 357	403 310	481 739	264 089	-45.2	-0.0
Stiftung Maria Ebene Frastanz	33 216	50 881	6 445	46 212	23 991	49 419	56 544	7 902	-86.0	-18.5

Erläuterung zur Tabelle:

Spitalregion Rheintal, Werdenberg, Sarganserland: Spitäler Grabs, Walenstadt und Altstätten. Da das Spital Altstätten kein Vertragsspital ist, erhält es keinen Staatsbeitrag.

C Methodik und Qualität

Zweck dieses Kapitels ist es, das Vorgehen zur Erstellung der Krankenkassenstatistik transparent zu machen. So werden in einem ersten Teil vor allem inhaltliche Aspekte dargestellt und Angaben zu den Datenquellen, der Datenaufarbeitung sowie den Publikationsformen gemacht. In einem zweiten Teil wird die Datenqualität unter verschiedenen Gesichtspunkten wie bspw. der Relevanz, der Genauigkeit oder der Kohärenz und Vergleichbarkeit diskutiert.

1. Methodik

1.1 Hauptinhalt der Statistik

Die Krankenkassenstatistik bietet einen umfassenden Überblick über die Situation und die Entwicklung der Krankenversicherer, die Leistungserbringer sowie die Staatsausgaben im Bereich der Krankenversicherungen.

Der Schwerpunkt der Publikation liegt auf Informationen zur Finanzlage der Krankenversicherer. Neben den detaillierten Betriebsrechnungen werden Angaben zur Anzahl der Versicherten, den Prämien, den Leistungen, den Taggeldern und den Staatsausgaben aufgeführt. Die Informationen werden in einem ersten Schritt für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) und die Freiwilligen Versicherungen (FV) separat und in einem zweiten Schritt zusammenfassend dargestellt.

Ergänzend dazu werden Informationen aus dem LKV-Datenpool miteinbezogen. In dieser Datenbank werden Angaben zu verschiedenen Leistungserbringern wie Ärzten, Spitälern, oder Spitex-Diensten betreffend Bruttoleistungen, Abrechnungen, Konsultationen und Spitaltagen gesammelt.

Weitere statistische Informationen zum Bereich der Krankenversicherung finden sich im Statistischen Jahrbuch (Kapitel 6: Soziale Sicherheit und Gesundheit).

1.2 Verwendungszweck der Statistik

Die Krankenkassenstatistik wird in erster Linie verwendet, um über die Entwicklungen im Gesundheitswesen zu informieren.

Genutzt wird die Krankenkassenstatistik im Inland insbesondere vom Landtag, von der Regierung, dem Amt für Gesundheit, der Kosten- und Qualitätskommission (KQK), den Krankenversicherern, der Liechtensteinischen Ärztekammer, verschiedenen Leistungserbringern und der wissenschaftlichen Forschung. Im Ausland zählen verschiedene nationale statistische Ämter zu den Nutzern. Die liechtensteinischen Landeszeitungen informieren die Öffentlichkeit jeweils über die Hauptinhalte der neu publizierten Krankenkassenstatistik.

1.3 Gegenstand der Statistik

Die Informationen für die Krankenkassenstatistik stammen aus verschiedenen Datenquellen. So fließen Angaben zu den Krankenversicherern und den Leistungserbringern im Gesundheitswesen sowie den Bezüglern von Prämienverbilligungen in die Statistik ein.

Je nach Datenquelle wird eine andere Grundgesamtheit berücksichtigt:

- Krankenversicherer

Die Grundgesamtheit bilden alle in Liechtenstein konzessionierten Versicherer, die Versicherungen im Bereich der Krankenpflegeversicherung, der Krankengeldversicherung oder der Freiwilligen Versicherung anbieten.

- Leistungserbringer

Zu den Informationen über die Leistungserbringer im Gesundheitswesen ist zu sagen, dass Liechtenstein aufgrund seiner Kleinheit nur über ein beschränktes Leistungsangebot verfügt. Deshalb werden die vom Krankenkassenverband anerkannten Leistungserbringer, die von in Liechtenstein versicherten Personen in der Schweiz und Österreich aufgesucht werden, mitberücksichtigt.

Die entsprechende Grundgesamtheit definiert sich über alle Leistungserbringer des Gesundheitswesens in Liechtenstein, der Schweiz und Österreich, die über die OKP abrechnen.

- **Prämienverbilligung**

Gemäss Art. 24b des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) haben einkommensschwache Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf einen Beitrag zur Prämienverbilligung.

Die Grundgesamtheit bilden demzufolge jene Personen, deren Antrag auf eine Prämienverbilligung vom Amt für Gesundheit gutgeheissen wurde.

Die verwendeten Definitionen im Kapitel Begriffserklärungen orientieren sich am Liechtensteinischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) und an den Definitionen des Bundesamtes für Statistik in der Schweiz. Die ICD-10-Klassifikation der Krankheitsdiagnosen wurde von der World Health Organisation (WHO) übernommen.

1.4 Datenquellen

Die Informationen für die Krankenkassenstatistik werden im Wesentlichen drei verschiedenen Datenquellen entnommen:

A) Daten der Krankenversicherer

Den Grossteil der Datenbasis der Krankenkassenstatistik bilden die Betriebsrechnungsdaten der Krankenversicherer, die vom Amt für Gesundheit geprüft und zur Verfügung gestellt werden. Zur besseren Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Krankenkassen hat das Amt für Gesundheit im Jahr 2000 auf Basis der gesetzlichen Grundlage (Art. 4b Abs. 2 KVG) ein Formular erstellt, welches die Krankenkassen jährlich ausfüllen und bis zum 30. April des Folgejahres retournieren müssen.

Die Informationen der Krankenversicherer werden vom Amt für Gesundheit plausibilisiert, indem die aktuellen Angaben mit den Vorjahreswerten verglichen werden. Zusätzlich werden in den Formularen automatische Kontrollrechnungen durchgeführt, die auf Differenzen zu den Rohdaten hinweisen.

Anschliessend werden die Informationen der einzelnen Versicherer zusammenfassend dargestellt.

B) Verwaltungsdaten des Amtes für Gesundheit

Die Anträge auf Prämienverbilligung können entweder bei den Gemeinden oder direkt beim Amt für Gesundheit bis jeweils zum 31.

Oktober eingereicht werden. Das Amt für Gesundheit prüft die Gesuche und erfasst sie im Register.

C) LKV-Datenpool

Ergänzend zu diesen Daten werden Informationen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen aus dem LKV-Datenpool verwendet. Diese Datenbank ist analog zum schweizerischen Datenpool, der 2001 von Santésuisse in Betrieb genommen wurde, aufgebaut. Santésuisse ist der Branchenverband (Konkordat) der schweizerischen Krankenversicherer. Die Informationen aus dem LKV-Datenpool zu Leistungen, Spitaltagen und Konsultationen basieren auf der elektronischen Fakturierung der Ärzte, d.h. die Angaben werden automatisch erfasst und den vordefinierten Kategorien zugeordnet. Danach werden die Informationen pro Monat und pro Jahr ausgewiesen.

Für Liechtenstein sind die Angaben ab dem Jahr 2004 vorhanden und stehen sowohl dem Krankenkassenverband, der Kosten- und Qualitätskommission als auch dem Amt für Gesundheit zur Verfügung. Das Amt für Statistik erhält die Daten vom Amt für Gesundheit in anonymisierter Form.

D) Weitere Informationsquellen

Als weitere Informationsquellen dienen der Rechenschaftsbericht der Regierung an den Landtag und die Landesrechnung. Ihnen werden verschiedene Angaben zu den öffentlichen Ausgaben im Krankenversicherungs- und Spitalbereich entnommen.

Das Amt für Statistik führt keine direkten Erhebungen bei den Krankenkassen oder den Leistungserbringern durch. Die Krankenkassenstatistik basiert somit vollständig auf Verwaltungsdaten.

1.5 Datenaufarbeitung

A) Daten der Krankenversicherer

Das Amt für Statistik erhält die Daten in Exceldateien und erstellt daraus die Tabellen für das Referenzjahr und die Zeitreihen. Zur Kontrolle werden Plausibilitätsprüfungen in Form von Vorjahresvergleichen durchgeführt. Zusätzlich sind Kontrollrechnungen in den Exceltabellen integriert, die auf Differenzen aufmerksam machen.

B) Verwaltungsdaten des Amtes für Gesundheit

Diese Daten werden in gleicher Form gehandhabt wie unter A) beschrieben.

C) LKV-Datenpool

Die Informationen aus dem LKV-Datenpool werden ebenfalls als Exceldatei geliefert. Das Amt für Statistik erstellt daraus einzelne Auswertungen im Statistikprogramm SAS. Zur Kontrolle werden die Daten stichprobenweise mit den Rohdaten verglichen.

Damit Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringer vermieden werden können, müssen für die Publikation folgende zwei Bedingungen erfüllt sein:

1) Damit eine Kategorie separat ausgewiesen werden kann, ist es nötig, dass ihr mindestens 15 Leistungserbringer angehören, die mehr als CHF 0 Bruttoleistungen abrechnet haben. Erfüllt eine Kategorie dieses Kriterium nicht, so wird sie unter „Übrige Rechnungssteller“ subsummiert.

2) Gehört einer Kategorie ein Leistungserbringer an, der mehr als 50% der Bruttoleistungen abrechnet, wird die Kategorie unter „Übrige Rechnungssteller“ subsummiert.

Für die gesamte Datenaufbereitung gilt, dass keine Imputationen oder Hochrechnungen vorgenommen werden. Es werden auch keine statistischen Korrekturen durchgeführt.

1.6 Publikation der Ergebnisse

Die Krankenkassenstatistik erscheint jährlich und wird sowohl in Papierform als auch elektronisch als pdf-Dokument veröffentlicht. Zusätzlich stehen die Tabellen der Krankenkassenstatistik auf der Homepage des Amtes für Statistik als Exceldatei zur Verfügung.

1.7 Wichtige Hinweise

In Bezug auf die Vergleichbarkeit mit der Schweiz ist darauf hinzuweisen, dass für die Abrechnung mit den Krankenkassen mit „tiers garant“ und „tiers payant“ zwei verschiedene Systeme vorhanden sind. In der Abrechnungsart „tiers payant“ erfolgt die Rechnungsstellung vom Leistungserbringer an den Versicherer, der bei den Versicherten Rückvergütungen einfordert. In der Abrechnungsart

„tiers garant“ erfolgt die Rechnungsstellung vom Leistungserbringer an den Versicherten, welcher die Rechnung beim Versicherer zur Rückvergütung einreicht.

Vergleiche mit der Schweiz bzw. mit einzelnen Kantonen müssen vor diesem Hintergrund interpretiert werden. So ist davon auszugehen, dass die schweizerischen Zahlen eher ausgewiesen werden, da wahrscheinlich nicht alle Rechnungen bei den Krankenkassen zur Rückvergütung eingereicht werden.

2. Qualität

2.1 Relevanz

Die Krankenkassenstatistik bietet umfangreiche Informationen zum Gesundheitswesen in Liechtenstein. Jedoch gibt es verschiedene Themenbereiche, die bisher nicht oder nur eingeschränkt dargestellt werden konnten.

So konnten bislang aufgrund fehlender Daten einige wichtige Informationsbereiche wie zu den Bruttoleistungen verschiedener Ärzteguppen und Spezialisten nicht ausgewiesen werden. Zudem sollen die Vergleiche mit der Schweiz ausgebaut werden.

Aufgrund der EU-Verordnung Nr. 1338/2008 wird Liechtenstein künftig Informationen zu folgenden Bereichen an Eurostat liefern:

- Gesundheitsversorgungseinrichtungen
- Personal im Bereich der Gesundheitsversorgung
- Nutzung der Gesundheitsversorgung, Leistungen für Einzelpersonen und die Allgemeinheit
- Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung

2.2 Genauigkeit

2.2.1 Qualität der verwendeten Datenquellen

Wie der Punkt 1.4 gezeigt hat, basiert die Krankenkassenstatistik auf verschiedenen Datenquellen, auf die ein weiteres Mal separat eingegangen wird.

A) Daten der Krankenversicherer

Nach Eingang der Daten der Krankenversicherer beim Amt für Gesundheit werden diese anhand von Vergleichen mit den Vorjahreswerten und Kontrollrechnungen geprüft.

Der Regierung obliegt die Oberaufsicht über das gesamte Krankenversicherungswesen. Jedoch ist das Amt für Gesundheit die gesetzlich beauftragte Aufsichtsbehörde, die die Jahresrechnung der Kassen und des Kassenverbandes, die Vermögensanlagen, die Vermögensbewertung sowie die Rückstellungen und Reserven prüft. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen (Art. 4 Abs. 2 KVG) verpflichtet sind, zur Kontrolle eine externe Revisionsstelle einzusetzen, was die Datenqualität zusätzlich stützt.

B) Verwaltungsdaten des Amtes für Gesundheit

Die sehr gute Qualität der Verwaltungsdaten des Amtes für Gesundheit wird durch eine Vollkontrolle gewährleistet. Das bedeutet, dass vor der Auszahlung der Prämienverbilligung jeder einzelne Antrag nochmals genau kontrolliert wird.

C) LKV-Datenpool

Ein wichtiges Merkmal des LKV-Datenpools ist die einheitliche Datenqualität: Alle Zahlen werden von den Versicherern nach den gleichen Standards mittels elektronischer Fakturierung angeliefert.

In den beiden Datenquellen A und C werden die Bruttoleistungen der Versicherer unabhängig voneinander erfasst. Der Totalbetrag von CHF 143 288 834 Mio. wies 2012 eine Differenz von CHF 637 auf, was zeigt, dass die Genauigkeit überaus hoch ist.

Jedoch ist ergänzend zur Datensituation 2012 zu sagen, dass aufgrund der Einführung des neuen Arzttarifes in Liechtenstein per 1. Oktober 2012 nicht alle Abrechnungen rechtzeitig erfasst werden konnten. In Folge der verzögerten Erfassung fielen die Bruttoleistungen für 2012 tendenziell zu tief aus. Für das Jahr 2013 ist mit entsprechend höheren Bruttoleistungen zu rechnen.

Die Datenqualität der Datenquellen B und C kann als sehr gut bezeichnet werden. Die Datenqualität der Datenquelle A ist als gut einzustufen.

2.2.2 Abdeckung

A) Daten der Krankenversicherer

Die Daten stammen aus einer Vollerhebung und werden nicht aus einer Stichprobe generiert. Aufgrund dessen, dass die Beteiligung für die Krankenversicherer gesetzlich verpflichtend ist, beträgt die Abdeckung 100%. Eine Über- oder Untererfassung kann für diese Datenquelle ausgeschlossen werden. Fehlklassifikationen sind teilweise möglich, wenn bspw. die Kategorien der Leistungserbringer nicht einheitlich bzw. automatisch elektronisch zugewiesen werden.

B) Verwaltungsdaten des Amtes für Gesundheit

Die Abdeckung beträgt 100%. Es werden alle Personen erfasst, deren Antrag auf eine Prämienverbilligung bewilligt wird. Über- oder Untererfassungen sowie Fehlklassifikationen können für diese Datenquelle ausgeschlossen werden.

C) LKV-Datenpool

Da sich alle in Liechtenstein aktiven Krankenversicherer am LKV-Datenpool beteiligen, liegt die Abdeckung bei 100%.

Aufgrund der automatisierten Abläufe können in Bezug auf den LKV-Datenpool Über- oder Untererfassungen sowie Fehlklassifikationen ausgeschlossen werden.

2.2.3 Messfehler

Messfehler können für die Datenquellen B und C der Krankenkassenstatistik ausgeschlossen werden.

Eine vertiefte Analyse der beiden Datensätze A und C hat ergeben, dass bei den Mengendaten, die durch die Krankenversicherer (Datenquelle A) erfasst werden, gewisse Probleme vorhanden sind. Darunter fallen einerseits die Zuordnung der Bruttoleistungen zu den Kategorien und andererseits die Anzahl der Konsultationen. Die Betriebsrechnung ist davon nicht betroffen.

So hat sich gezeigt, dass bei den Versicherern die Leistungsart „Übrige Leistungen“ grössere Schwankungen aufweisen kann. Abklärungen haben ergeben, dass bei den Versicherern die Leistungsarten nicht gleich erfasst werden wie durch die elektronische Fakturierung für den LKV-Datenpool.

2.2.4 Antwortausfälle

Es sind keine Antwortausfälle zu verzeichnen.

2.2.5 Datenaufarbeitung

Im Zuge der Datenaufarbeitung in den Excel-Tabellen können Fehler vorkommen, wenn Formeln fehlerhaft sind oder Zellbezüge falsch gesetzt werden. Jedoch sind in den Bearbeitungsdateien neben den Tabellen Kontrollrechnungen aufgeführt, die auf Fehler aufmerksam machen, indem sie Differenzen zu den Rohdaten anzeigen.

Die anonymisierten Daten aus dem LKV-Datenpool werden teilweise mit dem Statistikprogramm SAS verarbeitet. Fehlerhafte Formeln sowie falsche Zellbezüge können in diesem Fall ausgeschlossen werden, jedoch besteht die Möglichkeit, dass Filter falsch gesetzt oder Berechnungen fehlerhaft durchgeführt werden. Aus diesem Grund werden stichprobenmässig Vergleiche mit den Rohdaten angestellt.

2.3 Aktualität und Pünktlichkeit

Da die Krankenkassen jährlich bis Ende April ihre Daten dem Amt für Gesundheit schicken müssen und Kontrolle, Korrekturen sowie die eigentliche Erstellung der Publikation einige Zeit in Anspruch nehmen, erscheint die Krankenkassenstatistik jeweils Mitte Juni. Berücksichtigt werden Informationen des Vorjahrs.

Die aktuelle Publikation zum Jahr 2012 erscheint aufgrund eines höheren Abklärungsbedarfes erst Mitte Juli 2013.

2.4 Kohärenz und Vergleichbarkeit

2.4.1 Zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit

Wann immer möglich, werden die Informationen in Zeitreihen dargestellt. Da sich die Grundgesamtheiten und Kategorisierungen kaum ändern, ist die Vergleichbarkeit über die Zeit gewährleistet. Gerade die landesinternen Daten sind über verschiedene Jahre hinweg sehr gut vergleichbar.

Die räumliche Vergleichbarkeit - hinsichtlich der Krankenkassenstatistik ist besonders die Schweiz relevant - ist bedingt gegeben. Wie schon erwähnt, schränkt die Verwendung der beiden Abrechnungssysteme „tiers garant“ und „tiers payant“ die Vergleichbarkeit ein und sie muss bei der Interpretation der Resultate berücksichtigt werden.

Im Weiteren ist in diesem Zusammenhang die ICD-10-Klassifikation relevant, die für die Kategorisierung von Diagnosen in Spitälern eingesetzt wird. Eurostat stellt fest, dass die Klassifikation zwar in den meisten Ländern angewandt wird, aber nicht alle mit der gleichen Version arbeiten. Jedoch wird in Liechtenstein, Schweiz und Österreich die Version aus dem Jahr 1999 verwendet, was den direkten Vergleich erlaubt.

Zum Liechtensteinischen Landesspital ist ergänzend zu sagen, dass dieses mit dem Tessiner Diagnosecode arbeitet. Um dennoch Vergleiche mit den Nachbarländern zu ermöglichen, werden die Diagnosecodes des Liechtensteinischen Landesspitals vom Amt für Gesundheit nach ICD-10 umkodiert.

2.4.2 Kohärenz

In der Krankenkassenstatistik werden die Informationen soweit als möglich in allen drei Datenquellen – Krankenversicherer, Verwaltungsdaten und LKV-Datenpool - standardisiert erhoben. Durch die Verwendung einheitlicher Kategorien sind die Angaben untereinander kohärent.

Die Vergleichbarkeit mit dem Statistischen Jahrbuch ist gegeben, da dieselben Definitionen und Grössen verwendet werden

D Glossar

1 Abkürzungen und Zeichenerklärungen

AHVG	Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AM	Arithmetisches Mittel
BL	Bruttoleistungen
CHF	Schweizerfranken
FV	Freiwillige Versicherungen
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IVG	Gesetz über die Invalidenversicherung
KVG	Gesetz über die Krankenversicherung
KQK	Kosten- und Qualitätskommission zur Kostenentwicklung in der OKP
KQV	Verordnung über das Kostenziel in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung
KVV	Krankenversicherungsverordnung
LKV	Liechtensteinischer Krankenkassenverband
Md	Median
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste
Mio.	Millionen
N	Anzahl
OKG	Obligatorische Krankengeldversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Q1	Erstes Quartil
Q3	Drittes Quartil
0	Eine Null an Stelle einer anderen Zahl bedeutet eine Grösse, die kleiner ist als die Hälfte der verwendeten Zählinheit.
-	Ein Strich an Stelle einer Zahl bedeutet Null.
*	Ein Stern an Stelle einer Zahl bedeutet, dass die Zahlenangabe nicht möglich ist oder aus anderen Gründen unterbleibt.
Ø	Durchschnittlich (arithmetisches Mittel)

2 Begriffserklärungen

Nach Möglichkeit werden in der vorliegenden Publikation geschlechtsneutrale Bezeichnungen verwendet. Wenn nicht besonders darauf hingewiesen wird, beziehen sich Bezeichnungen mit männlichen Wortendungen auf beide Geschlechter.

Arithmetisches Mittel

Das arithmetische Mittel (Durchschnitt) ist ein Mittelwert, der als Quotient aus der Summe aller beobachteten Werte und der Anzahl der Werte definiert ist.

Bruttoleistungen

Die Bruttoleistungen umfassen alle von den Versicherern gedeckten Kosten. Darin enthalten sind auch die Leistungen, die durch die Kostenbeteiligungen der Versicherten gedeckt werden.

Erwachsene

Als Erwachsene werden gemäss Krankenversicherungsgesetz versicherte Personen ab dem vollendeten 20. Altersjahr bezeichnet.

Familienhilfe/Spitex

Als Spitex wird die spital- und heimexterne, nicht-stationäre Gesundheits- und Krankenpflege bezeichnet.

Freiwillige Versicherungen (FV)

Freiwillige Versicherungen decken Leistungen, die über den Rahmen der obligatorischen Krankenpflege- und der obligatorischen Krankengeldversicherung hinausgehen.

Generika

Generika sind Medikamente, die die gleichen Wirkstoffe aufweisen wie die Originalpräparate. Da sie als Kopie nach dem Patentablauf des Originalpräparates produziert werden, entfallen die Forschungskosten, und die Generika können billiger verkauft werden.

ICD-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Internationale Klassifikation der Krankheiten, die in den meisten europäischen Ländern angewendet wird.

Jahresfranchise

Die Jahresfranchise ist eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Betrages pro Kalenderjahr von mindestens CHF 200 für versicherte Erwachsene bzw. CHF 100 Franken für Versicherte im Rentenalter (ordentliche Jahresfranchise).

Die Versicherer können den Versicherten eine zusätzliche Kostenbeteiligung in Form eines höheren festen Jahresbetrages anbieten, wenn gleichzeitig die Prämienbeiträge angemessen reduziert werden (wählbare Jahresfranchise).

Jugendliche

Als Jugendliche werden gemäss Krankenversicherungsgesetz versicherte Personen vom 17. bis zum vollendeten 20. Altersjahr bezeichnet.

Kinder

Als Kinder werden gemäss Krankenversicherungsgesetz versicherte Personen bis zum vollendeten 16. Altersjahr bezeichnet.

Kostenbeteiligung

Die Versicherten, die das 20. Altersjahr erfüllt haben, müssen für bezogene obligatorische Leistungen der Krankenpflege eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Betrages pro Kalenderjahr (Jahresfranchise) von CHF 200 und in Form eines Selbstbehaltes von 10% der den festen Jahresbetrag übersteigenden Kosten entrichten. Der Selbstbehalt ist bis zu einem Gesamtbetrag von maximal CHF 600 zu entrichten.

Für Versicherte im ordentlichen Rentenalter werden die Kostenbeteiligungen auf die Hälfte reduziert. Versicherte, die das 20. Altersjahr noch nicht erreicht haben, entrichten keine Kostenbeteiligung.

Marktpreis

Der Marktpreis bezeichnet den Preis eines Gutes, der sich auf einem Markt, das heisst durch das Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage bildet.

Median

Der Median (Zentralwert) ist der Wert, bei dem 50% der Fälle darüber bzw. darunter liegen. Gegenüber dem arithmetischen Mittel hat der Median den Vorteil, dass er in Bezug auf

Extremwerte robuster ist.

Nettoleistungen

Die Nettoleistungen entsprechen den Bruttoleistungen abzüglich Kostenbeteiligungen der Versicherten.

Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)

Obligatorisch versichert sind 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 AHV-Altersrente.

Die Versicherten der obligatorischen Krankengeldversicherung erhalten bei ärztlich bescheinigter, mindestens hälftiger Arbeitsunfähigkeit ab dem 2. Tag nach dem Tag der Erkrankung ein Krankengeld, sofern sie mit dem Arbeitgeber nicht eine länger dauernde Lohnfortzahlung vereinbart haben. Das Krankengeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit mindestens 80 Prozent des bis anhin bezogenen AHV-pflichtigen Lohnes.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Obligatorisch versichert sind Personen, die in Liechtenstein ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben oder eine Erwerbstätigkeit ausüben, mit Ausnahme der Zupendler.

Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung umfassen:

- Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant durch den Arzt, den Chiropraktor oder auf ärztliche Verordnung durch Personen erbracht werden, die einen anderen Gesundheitsberuf ausüben, mit Einschluss der von einem Arzt verordneten Arzneimittel, Medizinprodukte und Analysen;
- Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die stationär oder ambulant in Einrichtungen des Gesundheitswesens erbracht werden, sowie bei stationärer Behandlung in Spitälern die Kosten für Verpflegung und Unterkunft nach dem Grundangebot des Spitals;
- einen Kurbeitrag an ärztlich verordnete Badekuren;
- durch Krankentransportunternehmungen ausgeführte Krankentransporte, sofern

diese wegen des Zustandes des Versicherten medizinisch notwendig sind;

- einen Beitrag an die Deckung der über die normalen Lebenshaltungskosten hinausgehenden Aufwendungen, die in Zusammenhang mit der häuslichen Pflege anfallen, soweit diese ärztlich befürwortet werden und ohne häusliche Pflege Aufenthalt und Pflege in einer Heil- oder Pflegeanstalt nötig wären.

OKP-Vertragspartner

Damit für die liechtensteinische Bevölkerung eine ausreichende ärztliche Versorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die Bereitstellung einer angemessenen Auswahl an inländischen und ausländischen Grundversorgern und Spezialärzten gewährleistet werden kann, wurde per Gesetz (LGBI. 2004 Nr.169) eine Höchstzahl von OKP-Vertragspartnern pro Fachgruppe definiert.

OKP-Vertragspartner erhalten 100% der Leistungen erstattet. Bei den Leistungserbringern ohne Vertrag begleichen die Krankenkassen nur 50% des Gesamtbetrages, für die restlichen 50% muss der Patient aufkommen.

Originalpräparate

Als Originalpräparate werden Medikamente bezeichnet, für deren Wirkstoff oder Darreichungsform der Hersteller ein Erfindungspatent oder eine entsprechende Lizenz vom Patentinhaber erhalten hat.

Prämienpflichtige Personen in der OKP

Prämienpflichtig sind Versicherte nach dem vollendeten 16. Altersjahr (Jugendliche und Erwachsene). Für Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr (Jugendliche) dürfen die Prämienbeiträge höchstens die Hälfte derjenigen der erwachsenen Versicherten betragen. Für Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr (Kinder) werden für die obligatorische Krankenpflegeversicherung keine Prämienbeiträge erhoben.

Prämienverbilligung

Der Staat entrichtet Beiträge zur Prämienverbilligung an einkommensschwache Versicherte. Der Anspruch auf Beiträge richtet sich nach dem Einkommen des Versicherten bzw. der Ehegatten. Das Einkommen setzt sich zusammen aus dem steuerpflichtigen

Erwerb sowie einem Zwanzigstel des Reinvermögens. Bei Ehegatten erhöhen sich die Erwerbsgrenzen um 20%. Bei Renten gemäss AHVG und IVG wird ein Freibetrag von 70% abgezogen.

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

- a) bei einem Erwerb unter 30 000 Franken: 60% des Prämienanteils des Versicherten;
- b) bei einem Erwerb von 30 001 bis 45 000 Franken: 40% des Prämienanteils des Versicherten.

Quartil

Q1/Erstes Quartil: Die kleinsten 25% der Datenwerte sind kleiner oder gleich diesem Kennwert.

Q3/Drittes Quartil: Die grössten 25% der Datenwerte sind grösser oder gleich diesem Kennwert.

Reserven (Art. 4 KVV)

Die Kassen sind verpflichtet, für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherzustellen. Sie müssen ständig über eine Reserve (Sicherheits- und Schwankungsreserve) verfügen. Die Sicherheitsreserve bezweckt die Sicherstellung der finanziellen Lage der Versicherung für den Fall, dass die effektiven Kosten gegenüber den bei der Festsetzung der Prämien getroffenen Annahmen zu ungünstig ausfallen. Die Schwankungsreserve dient dazu, Kostenschwankungen auffangen zu können.

Rückstellungen

Rückstellungen sind Passivpositionen in der Bilanz, die hinsichtlich ihres Bestehens oder der Höhe ungewiss sind, aber mit hinreichend grosser Wahrscheinlichkeit erwartet werden. Versicherungstechnische Rückstellungen dienen dazu, die dauerhafte Erfüllbarkeit von Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen zu gewährleisten. Krankenversicherer bilden daher insbesondere Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle.

Staatsbeiträge

Der Staat beteiligt sich an den Kosten der Krankenversicherung durch Beiträge an die

Versicherer zur Mitfinanzierung der obligatorisch versicherten Krankenpflegeleistungen, durch Beiträge an einkommensschwache Versicherte und durch Beiträge an Spitäler.

Tiers garant

In der Abrechnungsart tiers garant erfolgt die Rechnungsstellung vom Leistungserbringer an den Versicherten. Der Versicherte reicht die Rechnung beim Versicherer zur Rückvergütung ein.

Tiers payant

In der Abrechnungsart tiers payant erfolgt die Rechnungsstellung vom Leistungserbringer an den Versicherer. Der Versicherer fordert vom Versicherten Rückvergütungen (z.B. Kostenbeteiligungen) ein.

Werkpreis

Der Werkpreis bezieht sich auf die reinen Herstellungskosten eines Gutes. Weitere Kosten wie Mehrwertsteuer oder Lieferkosten sind nicht inkludiert.