

AMT FÜR STATISTIK
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Krankenkassenstatistik 2016



LIECHTENSTEIN

Herausgeber und Vertrieb Amt für Statistik
Äulestrasse 51
9490 Vaduz
Liechtenstein
T +423 236 68 76
F +423 236 69 36
www.as.llv.li

Auskunft Franziska Frick T +423 236 64 67
info.as@llv.li

Gestaltung Brigitte Schwarz

Thema 7 Soziale Sicherheit und Gesundheit
Erscheinungsweise Jährlich
Copyright Wiedergabe unter Angabe des Herausgebers gestattet.
© Amt für Statistik

Inhaltsübersicht

Tabellenverzeichnis	4
A Einführung in die Ergebnisse	
1 Vorwort	7
2 Hauptergebnisse	8
3 Analyse der Krankenversicherungen	9
4 Ländervergleiche	18
B Tabellenteil	
1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	23
2 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	49
3 Freiwillige Versicherungen (FV)	53
4 Gesamtgeschäft der Versicherer	57
5 Arzneimittel	61
6 Prämienverbilligung	63
7 Staatsbeiträge	67
Zeitreihen	
8 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	69
9 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	93
10 Freiwillige Versicherungen (FV)	97
11 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer	99
12 Arzneimittel	105
13 Prämienverbilligung	107
14 Staatsbeiträge	117
C Methodik und Qualität	
1 Methodik	120
2 Qualität	123
D Glossar	
1 Abkürzungen und Zeichenerklärungen	126
2 Begriffserklärungen	127

Tabellenverzeichnis

1	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	
	Zusammenfassung 2016	24
	Anzahl Versicherer OKP am 31.12.2016 nach Versichertenbestand	25
	Versicherte Personen am 31.12.2016 nach Wohnsitz und Versicherungsart	25
	Anzahl Konsultationen 2016	25
	Betriebsrechnung 2016	26
	Bruttoprämien nach Versicherungsform und Personengruppe 2016	27
	Bruttoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2016	27
	Kostenbeteiligung nach Versicherungsform und Personengruppe 2016	28
	Nettoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2016	28
	Bruttoleistungen nach Kategorie, Anteil und pro versicherte Person 2016	29
	Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe 2016	30
	Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe, pro versicherte Person 2016	30
	Kennwerte zu den Leistungserbringenden nach Kategorie 2016	31
	Anzahl Leistungserbringende nach Kategorie mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2016	32
	Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2016 (Teil 1)	33
	Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2016 (Teil 2)	37
	Kennwerte zu den Ärzten nach Fachgruppe 2016	38
	Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2016	39
	Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2016 (Teil 1)	40
	Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2016 (Teil 2)	43
	Leistungen und Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2016	45
	Anteil der Leistungen und der Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2016	46
	Leistungsbezüger und Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger nach Altersgruppe, Geschlecht und Bruttokostengruppe 2016	47
	Versicherte nach Bruttokostenstufe 2016	48
2	Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	
	Betriebsrechnung 2016	50
	Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht 2016	51
	Ausbezahlte Taggelder 2016	51
3	Freiwillige Versicherungen (FV)	
	Betriebsrechnung 2016	54
	Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht 2016	55
4	Gesamtgeschäft der Versicherer	
	Betriebsrechnung 2016	58
	Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31.12.2016	59
5	Arzneimittel	
	Kassenpflichtige Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen 2016	62
6	Prämienverbilligung	
	Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht 2016	64
	Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Fördersatz und Geschlecht 2016	64
	Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht 2016	64
	Ausbezahlte Subventionen nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2016	65
	Ausbezahlte Subventionen, Anzahl Bezüger und Bezügerquote nach Wohnort 2016	66

7	Staatsbeiträge	
	Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich 2016	68
	Staatsbeiträge an verschiedene Spitäler 2016	68
	Zeitreihen	
8	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	
	Versicherer und Versicherte seit 2007	70
	Anzahl Versicherer nach Versichertenbestand seit 2007	70
	Zusammenfassung der Betriebsrechnungen seit 2007	71
	Zusammenfassung der Betriebsrechnungen pro versicherte Person seit 2007	71
	Betriebsrechnungen nach Unterkonti seit 2012	72
	Veränderung von ausgewählten Aufwand- und Ertragspositionen seit 2012	73
	Bruttoprämien nach Personengruppe seit 2007	74
	Bruttoleistungen nach Personengruppe seit 2007	74
	Kostenbeteiligung nach Personengruppe seit 2007	75
	Nettoleistungen nach Personengruppe seit 2007	75
	Bruttoprämien pro prämienpflichtige Person nach Personengruppe seit 2007	76
	Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2007	76
	Kostenbeteiligung pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2007	77
	Nettoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2007	77
	Bruttoleistungen nach Kategorie seit 2007	78
	Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Kategorie seit 2007	79
	Anzahl der Konsultationen seit 2009	79
	Anzahl Leistungserbringende (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Kategorie der Leistungserbringenden seit 2012	80
	Verteilung der Bruttoleistungen nach Kategorien der Leistungserbringenden seit 2012	81
	Anzahl Leistungserbringende nach Kategorien mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2012	82
	Anzahl Ärzte (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Fachgruppe seit 2012	84
	Verteilung der Bruttoleistungen nach Fachgruppen der Ärzte seit 2012	86
	Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2012	88
	Bruttoleistungen und Staatsbeiträge für Spitäler seit 2008	89
	Spitalentlassungen pro 1 000 Einwohner nach Aufenthaltsart und Spitaltyp seit 2008	90
	Kosten pro Spitalentlassung seit 2008	90
	Bruttoleistungen pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2014	91
	Kostenbeteiligung pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2014	91
9	Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der OKG seit 2007	94
	Prämien und Nettoleistungen der OKG nach Geschlecht seit 2007	94
	Anzahl ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2007	95
	Ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2007	95
10	Freiwillige Versicherungen (FV)	
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der Freiwilligen Versicherungen seit 2007	98
	Prämien und Bruttoleistungen der Freiwilligen Versicherungen nach Geschlecht seit 2007	98

11 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer	
Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2007 - 2011 (Teil 1)	100
Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2012 - 2016 (Teil 2)	100
Reserven der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2007	102
Rückstellungen der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2007	103
12 Arzneimittel	
Arzneimittel und Anteil der Generika seit 2010	106
13 Prämienverbilligung	
Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2007	108
Ausbezahlte Subventionen nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2007	109
Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2007	109
Anzahl alleinstehende und alleinerziehende Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2007	110
Anzahl verheiratete Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2007	111
Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht seit 2007	112
Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Zivilstand und Geschlecht seit 2007	112
Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2007	113
Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2007 - Frauen	113
Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2007 - Männer	114
Ausbezahlte Subventionen nach Wohnort seit 2007	114
Bezügerquote nach Wohnort seit 2007	115
14 Staatsbeiträge	
Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich seit 2007	118
Staatsbeiträge an Spitäler seit 2007	119

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 Leistungserbringenden und den Finanzströmen enthalten. Sie ist gegliedert nach den drei Versicherungsarten Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) und Freiwillige Versicherungen (FV). Weitere Informationen finden sich zu Arzneimitteln, zur Prämienverbilligung und zu den sonstigen Staatsausgaben im Krankenversicherungs- und Spitalbereich.

Wichtigste Änderungen im Gesundheitswesen waren im Berichtsjahr 2016 einzelne Anpassungen in der Tarifstruktur. Der Taxpunktwert im Bereich Physiotherapie wird schrittweise gesenkt. Ab dem 1. Januar 2016 wurde der Taxpunktwert von CHF 1.20 auf CHF 1.10 reduziert. Der Taxpunktwert des Fachlabors wurde im gleichen Ausmass ebenfalls per 1. Januar 2016 auf CHF 1.10 gesenkt.

Das Ministerium für Gesellschaft hat zur Vorbereitung der Medienkonferenz unter Einhaltung einer Sperrfrist vorgängig Zugang zur vorliegenden Publikation erhalten.

Wenn immer möglich, werden in dieser Publikation geschlechtsneutrale Bezeichnungen verwendet. Wo dies nicht möglich ist, wird im Textteil die weibliche Form gewählt. Wenn nicht besonders darauf hingewiesen wird, beziehen sich dann die Bezeichnungen mit weiblichen Wortendungen auf beide Geschlechter. Dasselbe gilt für die Bezeichnungen mit männlichen Wortendungen im Tabellenteil.

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. Im eTab-Portal auf dieser Webseite können Sie statistische Informationen zur Krankenkassenstatistik online abfragen.

Vaduz, 3. Juli 2017

**AMT FÜR STATISTIK
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN**

2 Hauptergebnisse

5% mehr Prämieinnahmen

Die 39 444 Versicherten zahlten gemäss den Ergebnissen des Amtes für Statistik im Jahr 2016 mit CHF 137.3 Mio. gegenüber der Vorjahresperiode 5.3% mehr Prämien in die Obligatorische Krankenpflegeversicherung ein. Damit erhöhte sich der durchschnittliche Betrag pro versicherte Person um 4.4% auf CHF 4 190. Darüber hinaus leisteten die Versicherten 2016 mit einer Kostenbeteiligung von durchschnittlich CHF 271 und einem Gesamtbetrag von CHF 10.7 Mio. einen weiteren Beitrag an die Bruttoleistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung von CHF 170.1 Mio.

Anstieg der Bruttoleistungen um 2% auf CHF 170 Mio.

Mit CHF 170.1 Mio. Bruttoleistungen wurden 2016 1.7% mehr Leistungen in Rechnung gestellt als im Vorjahr. Damit liegen die Kosten unter dem von der Regierung festgelegten Kostenziel von 2.0%. Mit 76.6% wurden rund drei Viertel dieses Betrages für Leistungen der Kategorien Spital, ambulante Arztkosten sowie Arzneimittel aufgewendet. Von diesen Kategorien steigen die Ausgaben für Spitalleistungen, die 2016 bei CHF 65.4 Mio. lagen, am stärksten. So wird gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme von 6.4% und im zehnjährigen Durchschnitt von 4.5% pro Jahr berechnet. Die ambulanten Arztkosten von CHF 38.0 Mio. sowie die Ausgaben für Arzneimittel von CHF 26.9 Mio. steigen im langjährigen Vergleich mit Zunahmen von 2.5% respektive 2.2% pro Jahr etwas weniger stark an und haben finanziell weniger Gewicht.

CHF 71 Mio. Staatsbeiträge

Nachdem der Staatsbeitrag an die Krankenversicherer von 2012 bis 2015 sukzessive gekürzt wurde, sanken die Gesamtausgaben für Staatsbeiträge von CHF 93.1 Mio. auf CHF 70.7 Mio. Im Berichtsjahr 2016 steigen nun die gemäss Landesrechnung ausgewiesenen Staatsbeiträge an das Gesundheitswesen gegenüber dem Vorjahr um 0.5% auf CHF 71.0 Mio. an. Grund dafür sind die um 12.7% höheren Ausgaben von CHF 5.7 Mio. für Prämienverbilligungen, die sich einerseits mit dem Anstieg der Prämien um 4.4% und andererseits mit dem Anstieg der Anzahl Beziehenden um 5.2% begründen lässt.

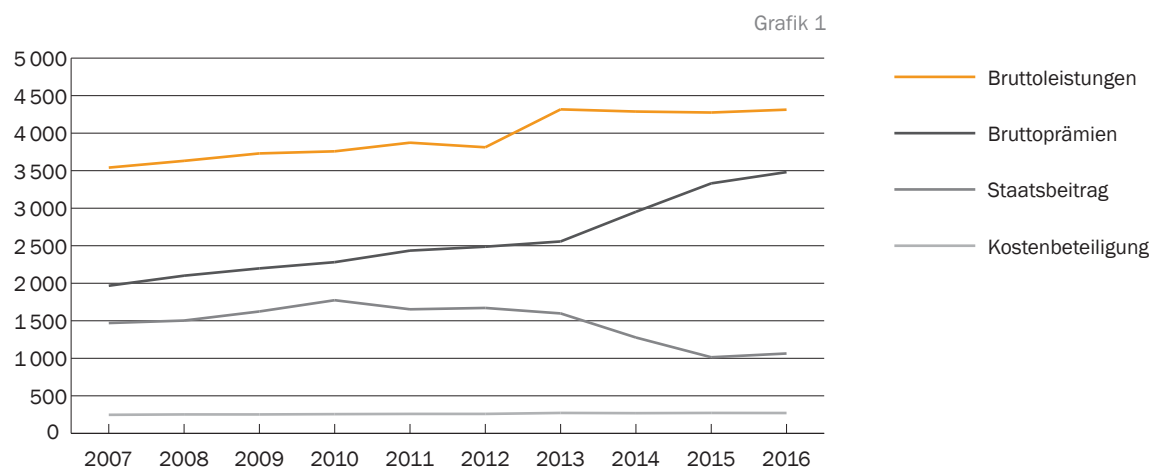
2 848 Beziehende von Prämienverbilligungen

Im Berichtsjahr 2016 bezogen 2 848 Personen Prämienverbilligungen und wurden im Durchschnitt mit CHF 1 990 pro Person subventioniert, woraus ein Gesamtbetrag von CHF 5.7 Mio. resultiert. Die Bezügerquote lag 2016 in Liechtenstein mit 9.0% um 0.4 Prozentpunkte höher als im Vorjahr.

Ein Drittel des Sparpotenzials der Generika genutzt

Im Jahr 2016 war der Generikaanteil in Liechtenstein und der Schweiz mit 13.4% (Werkpreise) gleich hoch. Insgesamt wurde damit in Liechtenstein gemäss dem Amt für Gesundheit ein Drittel des maximal möglichen Generikaanteils von 39.4% ausgeschöpft (Basis: all jene Medikamente, für die ein Generikum existiert). Pro versicherte Person wurden im Durchschnitt 13 Arzneimittelpackungen abgegeben.

Kennwerte der OKP pro versicherte Person seit 2007



3 Analyse der Krankenversicherungen

3.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Kontinuierliche Zunahme der Versicherten

Die Anzahl der Versicherten steigt kontinuierlich, im zehnjährigen Durchschnitt um 1.1% pro Jahr, und lag 2016 bei 39 444 Personen. Bei den Versicherungsarten zeigt sich über die Jahre eine zunehmende Differenzierung. Während vor zehn Jahren 97.2% der Versicherten die ordentliche Jahresfranchise wählten, waren es 2016 noch 90.5%. Ebenso wird die seit 2014 verfügbare Option der erweiterten OKP, welche die freie Wahl der ambulanten Leistungserbringenden erlaubt, zunehmend genutzt. Im ersten Jahr entschieden sich 22.3% der Versicherten für diese Variante, 2016 schlossen 25.6% der Versicherten eine entsprechende Police ab. Mit 29.8% ist der Anteil der Frauen, die die erweiterte OKP wählen, höher als bei den Männern mit 23.4%. Eine mögliche Erklärung dafür findet sich in der Liechtensteinischen Gesundheitsbefragung 2012 (Tabelle 4.5.2), in der 56.7% der Frauen angegeben haben, dass die freie Wahl einer Spezialistin für sie ‚sehr wichtig‘ ist. Bei den Männern hingegen haben dies nur 42.6% gesagt.

CHF 170 Mio. Bruttoleistungen

Mit CHF 170.1 Mio. Bruttoleistungen im Berichtsjahr 2016 wurden 1.7% mehr Leistungen abgerechnet als im Vorjahr. Damit liegt das Gesamtwachstum der Kosten unter dem von der Regierung festgelegten Kostenziel von 2.0%. Der Zuwachs der Kosten lässt sich zum einen mit der kostenintensiven Kategorie Spital begründen, die gegenüber 2015 um 6.4% auf insgesamt CHF 65.4 Mio. zugenommen hat. Zum anderen sind die Arzneikosten, welche im Vorjahresvergleich um 3.2% auf CHF 26.9 Mio. zugenommen haben, zu erwähnen.

Kostendämpfend wirkten sich hingegen die weiteren separat ausgewiesenen Kategorien aus. Bedeutend ist die Abnahme bei den Physiotherapeutinnen um 9.4% auf CHF

7.1 Mio., die sich mit der Senkung des Taxpunktwertes von CHF 1.20 auf CHF 1.10 per 1. Januar 2016 erklären lässt. Die Chiropraktorerinnen stellen mit weniger als 30 Leistungserbringenden eine relativ kleine Gruppe, wodurch die abgerechneten Bruttoleistungen naturgemäß stärkere Schwankungen aufweisen können, wie bspw. auch im aktuellen Vorjahresvergleich mit einer Abnahme von 13.5%. Ergänzend dazu wird für die ambulanten Arztkosten eine relativ kleine Zunahme von 0.6% berechnet.

Die mehrjährige Betrachtung zeigt einen markanten Anstieg der Bruttoleistungen zwischen 2012 und 2013 um 14.5% auf CHF 164.1 Mio. Hervorgerufen wurde dieser Kostensprung zum einen durch den Anstieg der Spitalleistungen um 22.2% auf CHF 60.1 Mio., der mit der Einführung des Tarifsystems Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) erklärt wird. Zum anderen erhöhten sich zwischen 2012 und 2013 die Ausgaben für Behandlungen durch Ärztinnen um 15.7% auf CHF 40.6 Mio. Dieser Zuwachs wurde damals mit der Umstellung auf den neuen Arzttarif im Oktober 2012 und die damit verbundenen Abrechnungsverzögerungen begründet. Die ambulanten Arztkosten waren 2014 tiefer als 2013. Die Abrechnungsverzögerungen sind zumindest eine Teilerklärung für den Anstieg in 2013.

Knapp drei Viertel der Bruttoleistungen entfallen auf Spitäler und Ärztinnen

Mit 72.0% wurden knapp drei Viertel der Bruttoleistungen von Ärztinnen und Spitälern der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Rechnung gestellt. Weitere 4.6% bzw. 4.2% der Bruttoleistungen wurden von Apotheken und Physiotherapeutinnen erbracht. Die anderen Kategorien fassen je weniger als 1.5% der Bruttoleistungen

Kostenentwicklung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung seit 2011

Tabelle A

	Bruttoleistungen in Mio. CHF	Steigerung in %	Kostenziel der KQV in % im Vergleich zum Vorjahr	Differenz zum Kostenziel
2011	143.2	*	*	*
2012	143.3	0.0	5.5	-5.5
2013	164.1	14.5	3.7	10.8
2014	166.2	1.3	2.0	-0.7
2015	167.3	0.7	1.7	-1.0
2016	170.1	1.7	2.0	-0.3

gen oder werden zum Schutz der Anonymität in der Position ‚Übrige Rechnungsstellende‘ zusammengefasst (vgl. Kapitel C Methodik und Qualität, Abschnitt 1.5).

Da für die Beurteilung der Kostenentwicklung des Gesundheitswesens die Bruttoleistungen der einzelnen Kostengruppen zentral sind, werden in den nächsten Abschnitten die grössten Kostengruppen genauer betrachtet. Ergänzend dazu sind die Detailangaben zu den anderen Kategorien in den Tabellen 8.18 bis 8.20 zu sehen.

a) 6% Zunahme der Spitalkosten

Mit einem Anstieg um 6.4% auf CHF 65.4 Mio. verzeichnet die kostenintensivste Kategorie Spital, gerade auch im Hinblick auf die gesamten Bruttoleistungen, eine bedeutende Zunahme. In der zehnjährigen Betrachtung steigen die Spitalkosten um 4.5% pro Jahr. Prägend für diese Zunahme ist auch die im Abschnitt zu den Bruttoleistungen erwähnte Einführung des Tarifsystems Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) im Jahr 2012. Von 2013 bis 2015 sind die Spitalausgaben allerdings weniger stark angestiegen als die Anzahl der versicherten Personen, wodurch sich die Kosten pro versicherte Person von CHF 1 582 auf CHF 1 569 verringert haben. 2016 sind die Ausgaben pro versicherte Person mit CHF 1 657 um 5.6% höher als im Vorjahr.

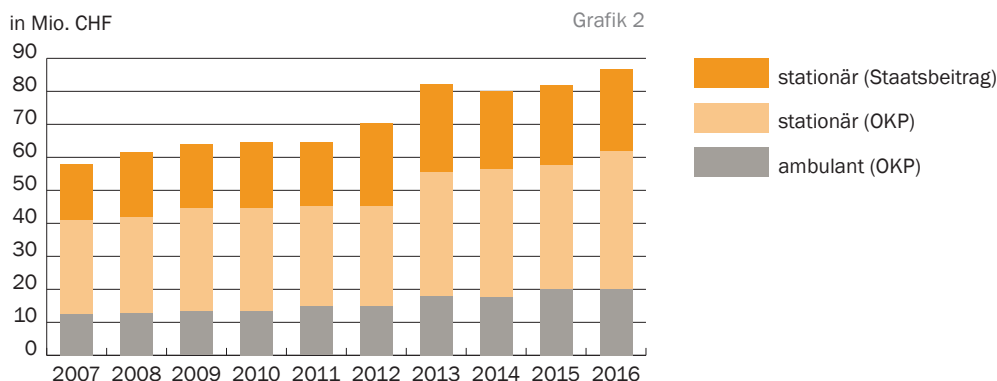
Für Liechtenstein sind insbesondere die Vertragsspitäler wichtig, die für die medizinische Versorgung der grundversicherten Personen zur Verfügung stehen und in die Gruppen Grundversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie und andere Spezialkliniken eingeteilt werden können.

Grafik 2 illustriert sowohl die Beiträge der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante und stationäre Leistungen als auch die Staatsbeiträge für stationäre Aufenthalte seit 2007. Markant ist der Kostenanstieg um 16.8% auf CHF 82.1 Mio. von 2012 auf 2013, der mit Erfassungsverzögerungen im Zusammenhang mit der Einführung des Tarifsystems Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) begründet wurde. Drei Jahre später liegen die Bruttoleistungen mit insgesamt CHF 86.6 Mio. 5.5% über diesem Wert, woraus sich schliessen lässt, dass die Erfassungsverzögerungen nur einen Teil des Anstiegs zu erklären vermochten.

Die im Berichtsjahr 2016 gezählten 807 Spitalentlassungen pro 1 000 Einwohnerinnen stellen den höchsten Wert seit Beginn der Zeitreihe im Jahr 2008 dar. Die Tabelle 8.25, die die Spitalentlassungen neu auch nach der Aufenthaltsart aufgliedert, zeigt für 2016 im Vergleich zum Vorjahr einen deutlichen Anstieg der ambulanten Spitalentlassungen von 15.5% auf 618 Spitalentlassungen pro 1 000 Einwohnerinnen. Bei den stationären Spitalentlassungen wird für den Vorjahresvergleich eine Zunahme von 11.9% berechnet.

Diese Entwicklung folgt laut Amt für Gesundheit einem auch in der Schweiz beobachtbaren Trend, wonach Notfallstationen häufiger als früher von eigentlichen Nicht-Notfällen aufgesucht werden. Allerdings ist zu beachten, dass die Kosten pro Spitalentlassung für 2016 mit durchschnittlich CHF 2 839 um 8.3% tiefer waren als 2015. Im ambulanten Bereich war die Abnahme mit 13.8% auf CHF 860 stärker als im stationären Bereich mit 4.5% auf CHF 9 339.

Bruttoleistungen der Spitäler seit 2007



Erläuterung zur Grafik:

Berücksichtigt wurden die Vertragsspitäler von Liechtenstein.

b) Ambulante Arztkosten von CHF 38 Mio.

Mit Bruttoleistungen von CHF 38.0 Mio. für Behandlungen rechneten die Ärztinnen 2016 0.6% mehr Leistungen ab als im Vorjahr. Die Kosten pro versicherte Person sind seit 2013 mit CHF 1 069 rückläufig und lagen 2016 bei CHF 963. Anhand der vorliegenden Zahlen lässt sich nicht abschliessend beantworten, welche Faktoren wie stark zur Kosteneindämmung geführt haben. Relevant sind sicherlich die im Jahr 2014 tariflich gesetzten Massnahmen, die die Senkung der Preise für 20 häufig verwendete Positionen beinhalten. Im gleichen Jahr wurde der Taxpunktwert für Praxislaborleistungen von CHF 1.50 auf CHF 1.00 reduziert. Ergänzend dazu ist der seit Oktober 2015 geltende neue Liechtensteinische Arzttarif zu erwähnen, in dem bspw. einzelne Positionen wie „Dringliche Konsultation“ oder „Vermehrter Zeitaufwand“ während regulären Sprechzeiten gestrichen wurden.

Mit CHF 49.3 Mio. und einem entsprechenden Anteil von 86.0% an den gesamten ärztlichen Bruttoleistungen sind die OKP-Vertragsärztinnen massgebend (Tabelle 8.18). Die Zunahme gegenüber dem Vorjahr beträgt insgesamt 2.0% und variiert in den Teilbereichen Behandlungen, Arzneimittel und Praxislabor maximal 3.2%. Die seit 2015 geführte Kategorie des Praxislabors nimmt im Berichtsjahr 2016 5.8% der gesamten ärztlichen Leistungen in Anspruch, zudem werden weitere 35.5% für Arzneimittel in Rechnung gestellt. Folglich wird mit 58.7% der Grossteil der Bruttoleistungen als ärztliche Behandlung abgerechnet.

In der Tabelle 8.21 werden die Kennwerte für die Ärztespezialgruppen separat aufgelistet. Im Vorjahresvergleich werden für praktisch alle Fachgruppen höhere Bruttoleistungen berechnet, wobei die stärkste Zunahme mit 20.9% und einem Gesamtbetrag von CHF 0.3 Mio. bei den Radiologinnen ausgewiesen wird. Mengemässig bedeutender sind die beiden nächststärkeren Zunahmen, die bei der Kinder- und Jugendmedizin mit 7.3% und Bruttoleistungen von CHF 3.4 Mio. sowie bei der Orthopädischen Chirurgie mit 8.5% und CHF 1.5 Mio. aufgeführt sind. Einzig die Fachgruppe der Allgemeinen und Inneren Medizin, die mit einem Anteil von 45.8% praktisch die Hälfte der Bruttoleistungen der Oberkategorie der Ärztinnen abrechnet, verzeichnet mit Bruttoleistungen von CHF 26.3 Mio. und einem Rückgang von 3.7% eine Abnahme.

Nachdem im Vorjahresvergleich 2015 für praktisch alle Fachgruppen (Ausnahme waren die Radiologinnen und übrige Rechnungsstellende) abnehmende Bruttoleistungen berechnet wurden, ist in Bezug auf die Einordnung der Werte 2016 unklar, inwiefern kostendämpfende tarifliche Massnahmen einen Effekt hatten und inwiefern die Einführung des revidierten Arzttarifes im Oktober 2015 zu Abrechnungsverzögerungen geführt hat.

c) Arzneimittel: Zwei Drittel des Sparpotenzials durch Generika ungenutzt

Im Jahr 2016 wurden verschreibungspflichtige Arzneimittel im Wert von CHF 26.9 Mio. an Versicherte abgegeben. 70.9% der Arzneimittel wurden direkt in der ärztlichen Praxis und 29.1% über Apotheken bezogen. Generell werden immer mehr Arzneimittel über Apotheken abgegeben. So erhöhte sich ihr Anteil seit 2011 von 21.5% auf 29.1% im Berichtsjahr kontinuierlich.

Die Ausgaben für Arzneimittel stiegen konstant an, in den letzten fünf Jahren im Durchschnitt um 2.8% pro Jahr. Wird die Zunahme in Relation zu den versicherten Personen betrachtet, so sind die Ausgaben im gleichen Zeitraum mit 1.6% pro Jahr und entsprechenden Ausgaben von CHF 648 pro versicherte Person im Referenzjahr 2016 etwas weniger stark angestiegen (Tabelle 8.16).

Die Arzneimittelstatistik ermöglicht eine detaillierte Auswertung (Tabelle 5, Tabelle 12). Gemäss diesen Angaben wurden im Jahr 2016 518 707 Packungen mit einem Marktpreis von CHF 25.4 Mio. verkauft. Gegenüber dem Vorjahr wurden 6.0% weniger Packungen gezählt, der Marktpreis lag um 0.4% tiefer. Es ist zu beachten, dass die Anzahl der Packungen u.a. von der Grösse der Packungen abhängt und deshalb nur bedingt die effektive Menge der abgegebenen Arzneimittel spiegelt.

Im Durchschnitt wurden pro versicherte Person 13 Arzneimittelpackungen verschrieben. Mit einem Anteil von 28.5% gehörte mehr als jede vierte Medikamentenpackung der therapeutischen Gruppe der Stoffwechselmedikamente an. Auffallend hoch ist diesbezüglich der Anteil der Stoffwechselmedikamente mit 39.9% am Gesamtumsatz zu Marktpreisen bzw. 42.2% am Gesamtumsatz zu Werkpreisen. Dies lässt sich mit einigen sehr teuren rheumatischen Präparaten sowie mit cholesterinsenkennden Medikamenten und Medikamenten gegen Krebs begründen, die zur Gruppe der Stoffwechselmedikamente gezählt werden.

Interessant im Zusammenhang mit der Kostengruppe Arzneimittel sind die verrechneten Generika, da sie genutztes beziehungsweise ungenutztes Einsparpotenzial aufzeigen. Der für 2016 ausgewiesene Generikaanteil von 13.4% (Werkpreise) ist der höchste Wert seit Beginn der Zeitreihe im Jahr 2010 und deckt sich mit dem in der Schweiz gemessenen Wert. Die 13.4% entsprechen einem Drittel des laut Amt für Gesundheit maximal möglichen Generikaanteils von 39.4% (Basis: all jene Medikamente, für die ein Generikum existiert, 2015: 40.2%).

Detailliertere Angaben zu den Ausführungen der Abschnitte a bis c finden sich in den Tabellen mit Informationen zu den einzelnen Leistungserbringenden (Tabellen 1.13 bis 1.20). Diese Listen umfassen alle Leistungserbringenden, die im Laufe eines Jahres Leistungen für in Liechtenstein versicherte Personen erbracht haben. Die teils sehr langen Listen werden aus Platzgründen in der gedruckten Publikation nur für das aktuelle Jahr und in Auszügen publiziert. Online werden die kompletten Listen des Berichtsjahres zur Verfügung gestellt (www.as.lv.li). Die Listen der Vorjahre 2009 bis 2013 sind in der gedruckten Publikation der Krankenkassenstatistik 2013 veröffentlicht worden.

5% mehr Prämieinnahmen

Mit CHF 137.3 Mio. generierten die Versicherungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung 5.3% mehr Prämieinnahmen als im Vorjahr. Grafik 1 auf Seite 8 fasst die Situation der Versicherten zusammen. Seit 2013 sind die Bruttoleistungen pro versicherte Person bei zirka CHF 4 300 relativ stabil, ebenso die Beiträge von zirka CHF 270, die über die Kostenbeteiligung beglichen werden. Die Senkung des Staatsbeitrages führt bei ähnlich hohen Bruttoleistungen zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung der versicherten Personen. Im Zeitraum von 2012 auf 2016 reduzierte sich der Staatsbeitrag pro versicherte Person um 36.3% auf CHF 1 064 und die Bruttoprämien stiegen um 39.9% auf CHF 3 481.

86% der Versicherten bezogen Leistungen

85.6% der Versicherten bezogen 2016 über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgedeckte Leistungen von insgesamt CHF 170.1 Mio¹. Der Höhe der Bruttoleistungen pro versicherte Person und Monat variiert nach Geschlecht und Alter (Tabelle 8.27). Frauen beanspruchten im Durchschnitt mit CHF 460 pro Monat 27.1% mehr Leistungen als Männer. Diese Differenz ist mit unterschiedlichen Ausprägungen bis etwa zum 60. Lebensjahr zu beobachten. Mit dem Eintritt ins Rentenalter bis zum 80. Lebensjahr waren dann die Männer auf mehr medizinische Leistungen angewiesen als die Frauen. Im hohen Alter ab 81 Jahren kippte das Verhältnis erneut und es waren die Frauen, die mehr medizinische Versorgung benötigten. Erwartungsgemäss lassen sich bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter zunehmende Kosten beobachten.

Kostenbeteiligung der Versicherten von CHF 11 Mio.

Zusätzlich zum Prämien Soll von CHF 137.3 Mio. wurde ein weiterer Teil der Bruttoleistungen von CHF 170.1 Mio. mit der Kostenbeteiligung von CHF 10.7 Mio. über die Versicherten finanziert. Pro versicherte Person belief sich die Kostenbeteiligung damit auf CHF 271 (2015: CHF 272). Der durchschnittliche Betrag pro Person stieg trotz deutlich zunehmender Bruttoleistungen über die Jahre nur langsam an. Im Zehnjahresvergleich wird ein durchschnittlicher Anstieg von 1.0% pro Jahr berechnet. Im Gegensatz dazu stiegen die Bruttoleistungen pro versicherte Person und Jahr in der zehnjährigen Betrachtung um 2.2% an. Grafik 1 auf Seite 8 vermittelt dazu einen Überblick.

¹ Diese Informationen stammen aus der Tabelle 1.24. Die darin ausgewiesenen Bruttoleistungen von CHF 170.6 Mio. differieren zu den anderen Tabellen aufgrund unterschiedlicher Abgrenzungen bei Kassenwechseln, Geburten und Todesfällen. Um kongruente Zahlen im Text zu haben, werden die Bruttoleistungen mit CHF 170.1 Mio. angegeben.

Gesamtergebnis von CHF 10 Mio.

Mit einem Gesamtergebnis von CHF 10.3 Mio. im Jahr 2016 verzeichnete die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) das beste Ergebnis seit 2012 mit CHF 14.3 Mio. Auffallend ist auch die Differenz gegenüber dem Vorjahr, für das ein Gesamtergebnis von CHF 0.4 Mio. ausgewiesen wurde. Verantwortlich für das Resultat des Berichtsjahres 2016 ist zum einen der mit 1.7% mässige Anstieg der Bruttoleistungen auf CHF 170.1 Mio. Zum anderen erhöhten sich auf der Einkommensseite der Staatsbeitrag um 5.7% auf CHF 42.0 Mio. sowie das Prämiensoll um 5.3% auf CHF 137.3 Mio.

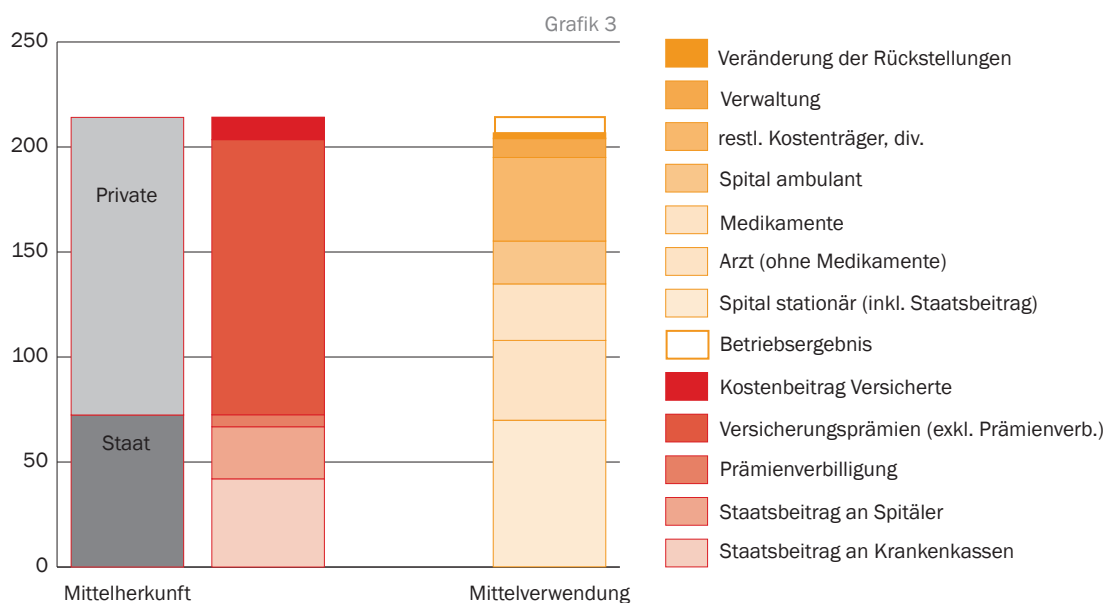
Die von der OKP angelegten Reserven haben sich 2016 gegenüber dem Vorjahr um 20.5% auf CHF 66.2 Mio. erhöht. Die Reserven, die auch als ‚Sicherheits- und Schwankungsreserven‘ bezeichnet werden, haben gemäss Art. 4 KVV die Funktion, die finanzielle Lage der Versicherung für den Fall abzusichern, dass die effektiven Kosten gegenüber den bei der Festsetzung der Prämien getroffenen Annahmen zu ungünstig ausfallen. Des Weiteren werden die Reserven für das Auffangen von Kostenschwankungen eingesetzt.

4% höhere Prämienbelastung pro versicherte Person

Das Prämiensoll der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) steigt stetig und lag 2016 mit CHF 137.3 Mio. um 5.3% höher als 2015. Ein Teil der Zunahme lässt sich mit der wachsenden Anzahl der versicherten Personen erklären, aber die im Abschnitt zu den Prämieeinnahmen angesprochene Kürzung des Staatsbeitrages führt auch zu einer höheren Prämienbelastung der Versicherten. Pro versicherte Person stellte die OKP CHF 3 481 in Rechnung, was gegenüber dem Vorjahr einer Zunahme von 4.5% entspricht. In den letzten fünf Jahren seit 2012 ist die Prämienbelastung der Versicherten im Durchschnitt pro Jahr um 8.8% gestiegen.

Die finanzielle Gewichtung zwischen Staat und Privaten lässt sich der Grafik 3 zur Mittelherkunft und Mittelverwendung entnehmen. 2016 war die Aufteilung der Finanzierung der OKP gegenüber 2015 mit 33.8% Staat und 66.2% Privaten unverändert. In früheren Jahren, bspw. 2010, war die Aufteilung mit 48.2% Staat und 51.8% Private fast hälftig gewesen. 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 2016



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.

Im Jahr 2016 beglich die Obligatorische Krankengeldversicherung insgesamt Krankengeld für Arbeitsausfälle an 211 624 Tagen. Der Wert ist als relativ hoch zu werten, da er 10.1% über dem von 2015 liegt und auch deutlich höher ausfällt als der zehnjährige Mittelwert von 182 764 Taggeldern. Dementsprechend ist der ausbezahlte Betrag von CHF 26.7 Mio. der höchste in der zehnjährigen Reihe. Tendenziell weist das Taggeld eine steigende Tendenz auf, im Durchschnitt um 3.9% seit 2007.

Das Gesamtergebnis der Obligatorischen Krankengeldversicherung ist stark schwankend. Nachdem das Ergebnis von 2010 bis 2013 mit Minusbeträgen von CHF 0.1 Mio. bis CHF 3.1 Mio. negativ ausfiel, wurde 2016 mit CHF 3.4 Mio. das dritte Mal in Folge ein Plus erzielt (2015: CHF 1.9 Mio.). Begründen lässt sich dies mit dem Versicherungsertrag von CHF 32.9 Mio., der ein Höchstwert in der zehnjährigen Betrachtung darstellt. Aus der Differenzrechnung für das Gesamtergebnis resultierte, trotz des ebenfalls höchsten Versicherungs- und Betriebsaufwandes von CHF 29.7 Mio. (2015: CHF 27.0 Mio.), das zweitbeste Gesamtergebnis seit 2008 mit CHF 3.6 Mio.

3.3 Freiwillige Versicherungen (FV)

Im langjährigen Vergleich seit 2007 realisierten die Freiwilligen Versicherungen mit dem Gesamtergebnis von CHF 4.0 Mio. den positivsten Jahresabschluss. Insgesamt präsentiert sich das Gesamtergebnis im zehnjährigen Vergleich stark schwankend, doch seit 2013 mit CHF 0.9 Mio. ist eine positive Entwicklung zu beobachten. Massgebend für das Ergebnis 2016 waren die Versicherungserträge, die mit CHF 50.0 Mio. einen Höchstwert darstellen. Sie vermögen den ebenfalls verhältnismässig hohen Versicherungs- und Betriebsaufwand von CHF 46.3 Mio. zu kompensieren (Mittelwert seit 2007: CHF 41.8 Mio.). Da die Freiwilligen Versicherungen keine Staatsbeiträge erhalten, generieren sie mit CHF 50.0 Mio. den grössten Anteil der Einnahmen aus dem Prämiensoll.

3.4 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

In den Tabellen 11.1a und 11.1b sind Schlüsselzahlen zum Gesamtgeschäft der Krankenversicherer im zehnjährigen Vergleich aufgeführt. Das Gesamtgeschäft der Krankenversicherer beinhaltet die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) sowie die Freiwilligen Versicherungen (FV).

Basierend auf den im jeweiligen Kapitel erwähnten positiven Jahresabschlüssen der einzelnen Versicherungszweige fällt auch das Gesamtergebnis für das Gesamtgeschäft der Krankenversicherer mit CHF 17.7 Mio. entsprechend aus und stellt den Höchstwert in der zehnjährigen Betrachtung dar.

Analog dazu reiht sich der Versicherungsertrag von CHF 261.5 Mio. in der Zeitreihe seit 2007 ein. Verantwortlich dafür ist einerseits das Prämiensoll von CHF 221.0 Mio., das gegenüber 2015 um 6.4% höher ausfällt. Andererseits wurde der Staatsbeitrag, nachdem er von 2012 bis 2015 von CHF 62.8 Mio. auf CHF 39.7 Mio. gekürzt wurde, 2016 um 5.7% auf CHF 42.0 Mio. erhöht.

Auf der Ausgabenseite wird für das Berichtsjahr für alle Versicherungszweige in Summe ein Versicherungs- und Betriebsaufwand von CHF 245.6 Mio. berechnet. Auch dies ist in der zehnjährigen Betrachtung ein Höchstwert. Wesentlich dazu beigetragen haben sowohl die Versicherungsleistungen von CHF 224.3 Mio. und einer Zunahme von 1.9% gegenüber 2015 als auch der Betriebsaufwand von CHF 21.3 Mio. und einer entsprechenden Zunahme von 7.7%. Gesamthaft fallen diese Veränderungen aber weniger ins Gewicht als die Erträge, wodurch das Gesamtergebnis von CHF 17.7 Mio. erzielt wird.

Per 31. Dezember 2016 beliefen sich die Reserven aller Versicherungszweige auf CHF 102.7 Mio. Im Vergleich zum Vorjahr konnten alle Versicherungszweige ihre Reserven mit Zunahmen zwischen 16.1% und 56.4% deutlich ausbauen. Die gesetzlichen Erfordernisse in Bezug auf die Reserven werden von allen Kassen erfüllt.

Den prozentual grössten Anstieg verzeichnet die Obligatorische Krankengeldversicherung mit einem Plus von 56.4% auf CHF 7.8 Mio. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Situation beim Taggeld in den früheren Jahren problematisch war und 2016 nun eine weitere Aufstockung der Reserven erfolgen konnte. Möglich wurde dies durch die um 13.3% höheren Prämieinnahmen von CHF 33.2 Mio., welche nach Auskunft des Amtes für Gesundheit auch das Ergebnis neu ausgehandelter Kollektivverträge mit den Arbeitgebern sind, in denen die Prämienätze angepasst wurden.

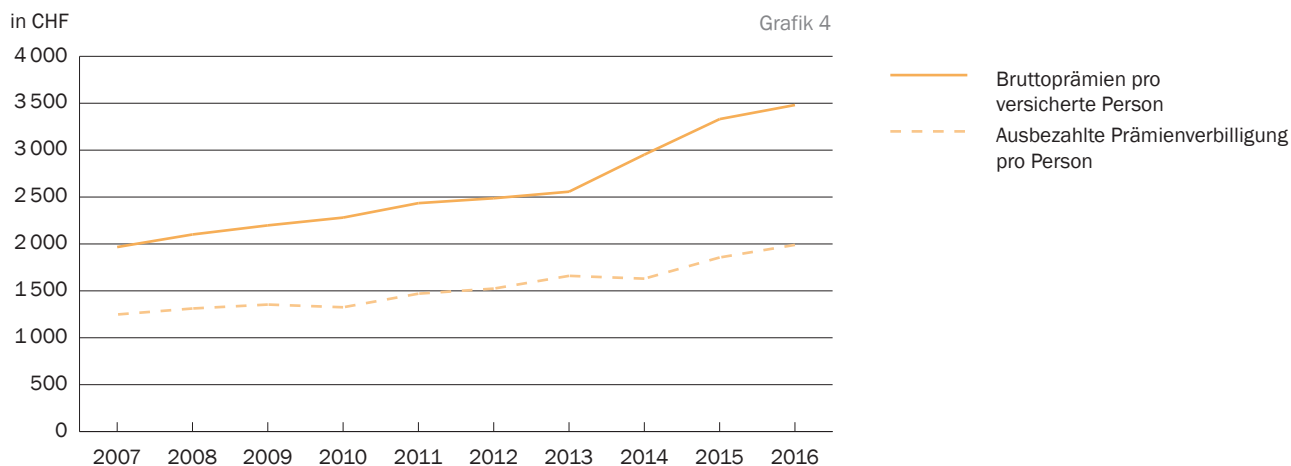
3.5 Prämienverbilligungen

Gegenüber dem Vorjahr nahm 2016 die Anzahl der Personen, die eine Prämienverbilligung beziehen um 5.2% auf 2 848 Personen zu. Nachdem von 2013 mit 4 055 Personen auf 2014 2 708 Personen ein auffallend grosser Rückgang ausgewiesen wurde, stieg die Anzahl der Beziehenden 2016 erstmals wieder an. Der markante Rückgang lässt sich mit der Änderung der Regelung für den Bezug von Prämienverbilligungen erklären, die ab 1. Januar 2014 Gültigkeit hat (vgl. Änderung Art. 24b Abs. 2a KVG, LGBl. 2013 Nr. 66). Vor diesem Zeitpunkt konnten die Bezügerinnen von AHV- und IV-Renten für die Berechnung der Prämienverbilligung von ihren Renten einen Freibetrag von 70% abziehen. Dieser Freibetrag ist ab 1. Januar 2014 entfallen, wodurch deutlich weniger Personen zum Bezug von Prämienverbilligungen berechtigt sind.

Mit einer Zunahme von 12.8% stieg der für die Prämienverbilligung aufgewendete Betrag von CHF 5.7 Mio. etwas stärker an als die Anzahl der beziehenden Personen. Dadurch fällt der pro Person berechnete durchschnittlich ausbezahlte Betrag von CHF 1 990 gegenüber 2015 um 7.2% höher aus.

Die Grafik 4 illustriert die Entwicklung der ausbezahlten Prämienverbilligung sowie die Bruttoprämien pro Person in den letzten zehn Jahren. Neben der steigenden Tendenz lässt sich die Korrelation zwischen den zwei Grössen beobachten: steigen die in Rechnung gestellten Bruttoprämien der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, so wirkt sich das auch direkt auf die ausbezahlten Prämienverbilligungen aus.

Bruttoprämien der OKP und ausbezahlte Prämienverbilligung pro Person seit 2007



3.6 Staatsbeiträge

Nachdem der Staatsbeitrag an die Krankenversicherer von 2012 bis 2015 sukzessive gekürzt wurde, sanken die Gesamtausgaben für Staatsbeiträge von CHF 93.1 Mio. auf CHF 70.7 Mio. Im Berichtsjahr 2016 steigen nun die gemäss Landesrechnung ausgewiesenen Staatsbeiträge an das Gesundheitswesen gegenüber dem Vorjahr um 0.5% auf CHF 71.0 Mio. an.

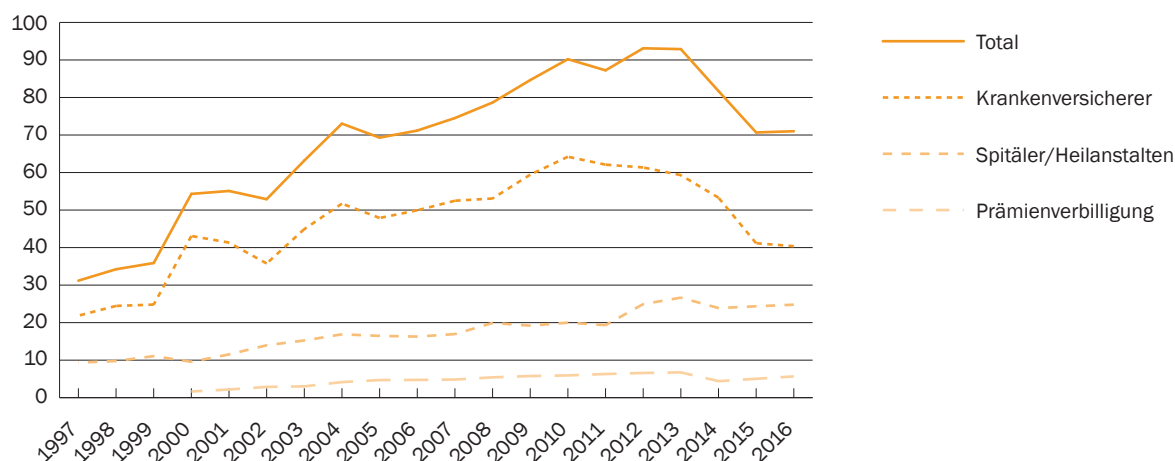
Während der Staatsbeitrag an die Krankenversicherer mit CHF 40.4 Mio. im Vorjahresvergleich erneut tiefer ausfällt (Abnahme: 1.9%), stiegen die Staatsbeiträge an Spitäler auf CHF 24.8 Mio. (Zunahme: 1.7%) sowie an die Prämienverbilligung auf CHF 5.7 Mio. (12.7%) an (vgl. Abschnitt 3.5 zu Prämienverbilligung). Der Liechtensteinische Krankenkassenverband wurde 2016 mit CHF 180 000 unterstützt (2015: CHF 130 000). In den drei Vorjahren wurden jeweils CHF 50 000 für die Vorfinanzierung des per 1. Oktober 2015 eingeführten liechtensteinischen Arztarifs einbehalten.

Die Gesamtsumme der Staatsbeiträge von CHF 71.0 Mio. bewegt sich auf ähnlichem Niveau wie vor zehn Jahren. Mit 56.9% floss mehr als die Hälfte des Betrages an die Versicherer der Obligatorischen Krankenpflege, weitere 34.9% wurden an verschiedene Spitäler überwiesen, 8.0% wurden für Prämienverbilligungen eingesetzt und mit 0.3% wurde der Liechtensteinische Krankenkassenverband finanziert. Differenzen zwischen den Angaben der Landesrechnung und den Angaben der Versicherer betreffend die Staatsbeiträge an die Krankenversicherer sind auf unterschiedliche Buchungszeitpunkte zurückzuführen. Die nachfolgende Grafik 5 zeigt die stark steigende Entwicklung der Staatsbeiträge von 1997 bis 2012. Deutlich werden die anschliessend markanten Kürzungen bei den Krankenversicherern. Die Staatsbeiträge an die Spitäler zeigen keine eindeutige Tendenz, sie pendeln seit 2012 zwischen CHF 23.9 Mio. und CHF 26.7 Mio. Der Anstieg bei den Prämienverbilligungen im Berichtsjahr 2016 ist mit dem Anstieg der Prämien um 4.5% sowie dem Anstieg der Anzahl der Beziehenden um 5.2% zu erklären.

Staatsausgaben im Bereich der Krankenversicherungen und Spitäler/Heilanstalten seit 1997

Ausgaben in Mio CHF

Grafik 5



Erläuterung zur Grafik:

Total: Das Land unterstützt den Krankenkassenverband jährlich mit CHF 130 000 bis knapp CHF 290 000. Dieser im Vergleich tiefe Betrag wird in der Grafik nicht einzeln dargestellt, ist aber im Total enthalten.

4 Ländervergleiche

4.1 Bruttokosten pro versicherte Person

Bei der Interpretation des Kostenvergleichs (Quelle www.bag.admin.ch/kmt) 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 Leistungserbringenden erfolgt direkt an die Krankenkassen. Beim tiers garant-Prinzip, das in der Schweiz häufig angewendet wird, erfolgt die Rechnungsstellung der Leistungserbringenden 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. Es ist davon auszugehen, dass

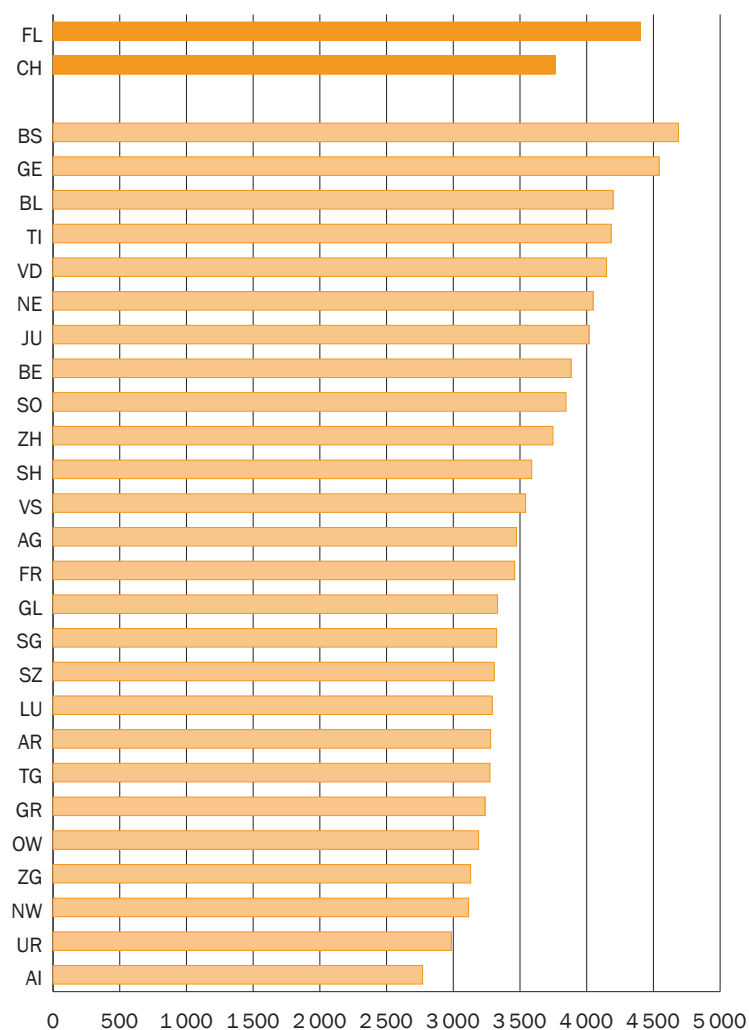
die schweizerischen Zahlen tendenziell etwas tiefer ausfallen, da nicht alle Rechnungen zur Rückvergütung bei den Kassen eingereicht werden. Die vor diesem Hintergrund zu interpretierende Differenz der durchschnittlichen Bruttoleistungen pro Kopf in der Schweiz und Liechtenstein wird mit einem mehr von 16.9% für Liechtenstein berechnet.

Ergänzend dazu schlüsselt die Tabelle B diese Ausgaben nach Kategorie der Leistungserbringenden auf. Mit durchschnittlichen CHF 911 pro versicherte Person für ärztliche Behandlungen wurde in Liechtenstein für diese Kategorie 8.4% mehr ausgegeben als in der Schweiz. Bei den ärztlichen Praxislabors ist der Unterschied mit 40.2% und CHF 89 in Liechtenstein bzw. CHF 63 in der Schweiz deutlich grösser. Diese Differenz wird für die Periode nach Senkung des Taxpunktwertes der Praxislabors per 1. April 2014 von

Bruttokosten (OKP) pro versicherte Person 2016

in CHF

Grafik 6



CHF 1.50 auf CHF 1.00 berechnet. Neben den Kosten des Praxislabors fallen auch die Kosten des Fachlabors deutlich höher aus als in der Schweiz. Denn während in der Schweiz pro versicherte Person im Durchschnitt CHF 103 verrechnet wurden, waren es in Liechtenstein mit CHF 217 um 110.9% mehr. Insgesamt wurden in Liechtenstein mit CHF 306 pro Person 83.9% mehr Laborkosten verrechnet als in der Schweiz mit CHF 166. Die unterschiedlichen Kosten lassen sich zum Teil auch mit einem höheren Taxpunktwert erklären, den die Regierung mit der Strategie der Anpassung der Taxpunktwerte an das schweizerische Niveau schrittweise senkt: Bis Ende 2015 wurde CHF 1.20 pro Taxpunktwert vergütet, ab 2016 ist es CHF 1.10 und ab 2017 ist es CHF 1.00.

Eine weitere auffallende Differenz ist bei den Physiotherapeutinnen zu beobachten, deren abgerechnete Leistungen mit durchschnittlichen CHF 184 in Liechtenstein 64.0% höher ausfallen als in der Schweiz. Die höheren Kosten wurden auch durch den im Vergleich zur Schweiz höheren Taxpunktwert generiert, der in der gleichen Tarifstruktur angewendet wird. Hinzu kommt, dass bei den Physiotherapeutinnen in Liechtenstein auch Masseurinnen dabei sind. In der Schweiz hingegen sind die von Masseurinnen erbrachten Bruttoleistungen grundsätzlich von der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgenommen. Selbst nach Abzug der Leistungen der Mas-

seurinnen (Tabelle 1.10/Fussnote: CHF 977 865/39 444 Versicherte = CHF 25 pro versicherte Person) sind die Bruttoleistungen der Physiotherapeutinnen pro versicherte Person noch deutlich höher als in der Schweiz. Im Zuge der allgemeinen Strategie der Regierung zur Anpassung der Taxpunktwerte an das schweizerische Preisniveau wird auch der Taxpunktwert der Physiotherapeutinnen gesenkt. Dieser wurde Mitte 2015 von ursprünglich CHF 1.26 auf CHF 1.20 gesenkt und wurde für 2016 auf CHF 1.10 ein weiteres Mal reduziert.

Ebenfalls deutlich höher waren die Ausgaben für stationäre Spitalleistungen, die für Liechtenstein mit CHF 1 187 und für die Schweiz mit CHF 820 berechnet wurden. Dies liegt u.a. an den unterschiedlichen Kostenteilern für Bruttoleistungen, anhand derer je nach Spital unterschiedliche Anteile der Bruttoleistungen über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung verbucht werden. Aus diesem Grund sind diese Werte nur beschränkt vergleichbar.

Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungssysteme ist die Vergleichbarkeit ebenso bei den Ausgaben für Spitex-Organisationen, deren Differenz mit durchschnittlichen CHF 60 in Liechtenstein und CHF 98 in der Schweiz auffallend ist, begrenzt.

Insgesamt bietet die Tabelle B einen guten Überblick, jedoch müssen beim Vergleich mit der Schweiz einige landesspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.

Bruttoleistungen der OKP pro versicherte Person nach Kategorie

Tabelle B

	LI		CH	
	2016	2015	2016	2015
Total in CHF	4 400	4 337	3 763	3 640
Ärzte Behandlungen (ohne Labor)	911	904	840	816
Ärzte Arzneimittel	496	486	230	221
Ärzte Laboranalysen	89	92	63	61
Apotheken	203	196	445	428
Spitäler ambulant	540	537	703	653
Spitäler stationär	1 187	1 081	820	831
Pflegeheime	242	242	217	216
SPITEX-Organisationen	60	52	98	91
Laboratorien	217	252	103	98
Physiotherapeuten	184	204	112	102
Übrige	271	292	132	126

Erläuterung zur Tabelle:

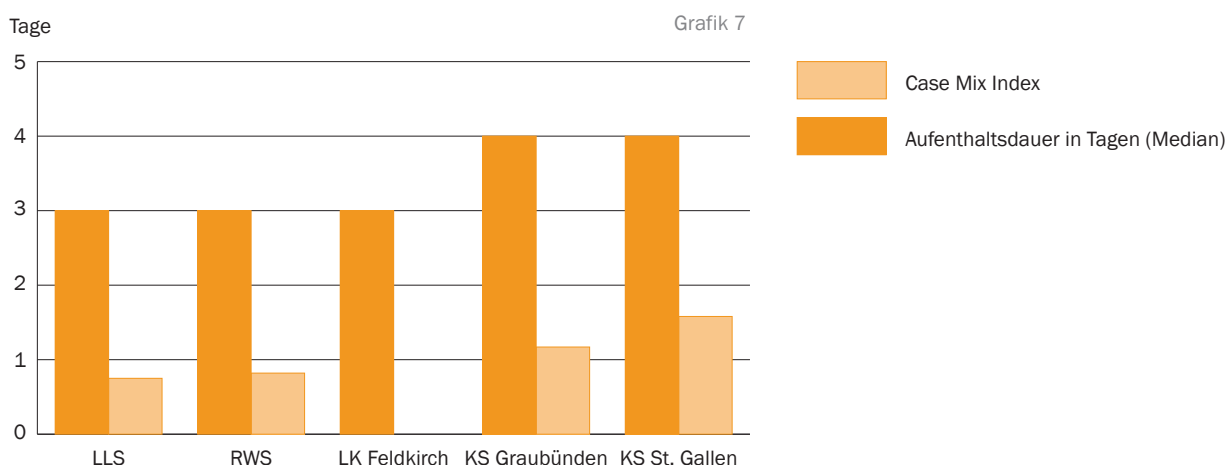
Der Unterschied zwischen den vom Bundesamt für Gesundheit publizierten Werten pro versicherte Person in Liechtenstein und den von den Krankenkassen gelieferten durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person ergibt sich aus unterschiedlichen Stichtagen für die Anzahl der Versicherten und für die Bruttoleistungen.

4.2 Aufenthaltsdauer in Spitälern

Das Säulendiagramm 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 Patientinnen aus dem Spital entlassen wird. Gegenüber dem arithmetischen Mittel hat der Median den Vorteil, dass sich einzelne Extremwerte nur gering auf das Ergebnis auswirken.

In den Kantonsspitälern Graubünden und St. Gallen liegt der Median bei vier Tagen. Mit einem Median von drei Tagen blieben die Patientinnen etwas weniger lang in den Spitälern der Spitalregion Rheintal, Werdenberg und Sarganserland, im Landeskrankenhaus Feldkirch sowie im Liechtensteinischen Landesspital. Anhand des Case Mix Index, der mit zunehmendem Schweregrad der Patientinnen steigt, wird die Korrelation mit der Aufenthaltsdauer ersichtlich. So werden schwerere Fälle häufiger in Kantonsspitälern behandelt, was auch zu einer höheren Aufenthaltsdauer führt.

Median der Aufenthaltsdauer und Case Mix Index in Spitälern 2016



Erläuterung zur Grafik:

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

Case Mix Index (CMI): Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Dividiert man den Case Mix durch die Anzahl Fälle, erhält man den Case Mix Index, d.h. den durchschnittlichen Schweregrad der Fälle eines Spitals.

Landeskrankenhaus Feldkirch: Da in Österreich nicht der SwissDRG angewendet wird, kann auch kein Case Mix Index berechnet werden.

Abkürzungen: LLS = Liechtensteinisches Landesspital, RWS = Spitalregion Rheintal, Werdenberg, Sarganserland,

LK Feldkirch = Landeskrankenhaus Feldkirch, KS = Kantonsspital

4.3 Krankheitsfälle pro 1 000 Einwohnerinnen

Die Grafik 8 stellt die Anzahl der diagnostizierten Krankheitsfälle bei stationär behandelten Patientinnen 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 2015 vorliegen, wurde die Grafik für das Jahr 2015 erstellt.

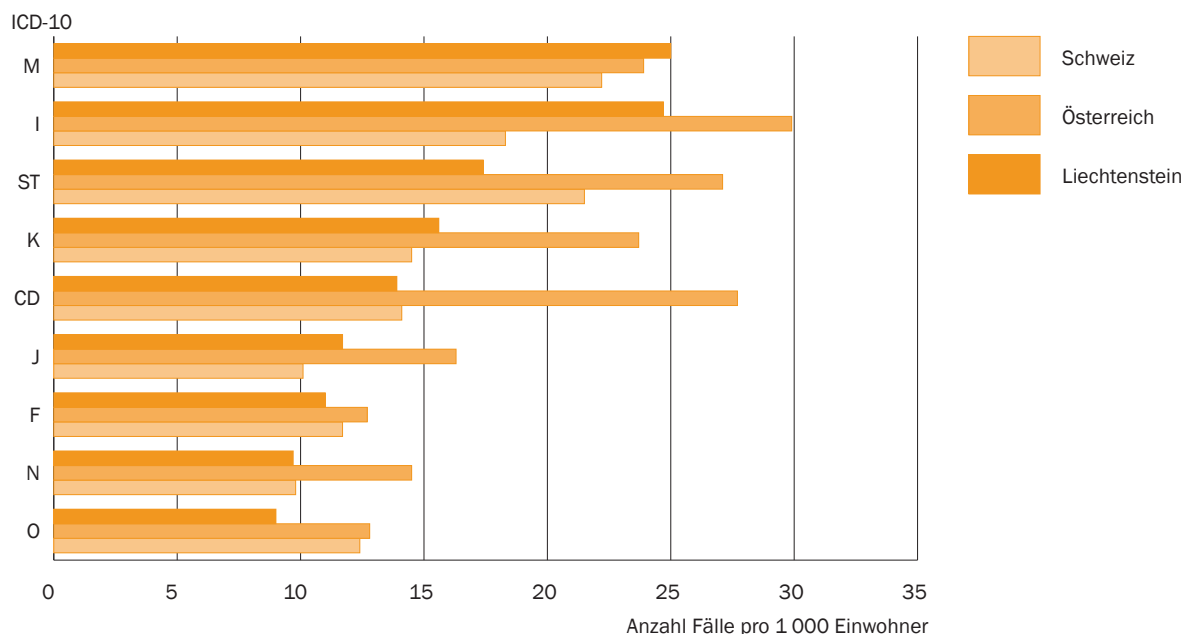
In Bezug auf die Anzahl der Diagnosen ist die Situation in Liechtenstein und der Schweiz relativ ähnlich, einzig bei den Kreislauferkrankungen hat Liechtenstein mit 24.7

Fällen pro 1000 Einwohnerinnen ein Drittel mehr Fälle als die Schweiz. Die weiteren aufgeführten Kategorien differieren mit maximal 15% weniger. Österreich hingegen verzeichnet meist auffallend mehr Diagnosen. 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 komplette Liste mit Ländervergleich sind in der anschliessenden Tabelle zu finden.

**In Krankenhäusern gestellte Diagnosen nach ICD-10 Klassifizierung in Liechtenstein, Schweiz und Österreich
Anzahl Fälle pro 1 000 Einwohner 2015**

Grafik 8



Stationäre Krankheitsfälle pro 1 000 Einwohner in Liechtenstein, der Schweiz und in Österreich 2015

Tabelle D

Code	ICD-Klassifikation	LI	CH	AT
AB	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	4.6	4.2	6.1
CD	Neubildungen	13.9	14.1	27.7
D	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	1.1	0.8	1.7
E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2.7	2.7	5.8
F	Psychische und Verhaltensstörungen	11.0	11.7	12.7
G	Krankheiten des Nervensystems	4.5	4.4	11.1
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0.7	0.8	4.9
HH	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1.1	1.3	2.4
I	Krankheiten des Kreislaufsystems	24.7	18.3	29.9
J	Krankheiten des Atmungssystems	11.7	10.1	16.3
K	Krankheiten des Verdauungssystems	15.6	14.5	23.7
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1.4	1.9	3.1
M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	25.0	22.2	23.9
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	9.7	9.8	14.5
O	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	9.0	12.4	12.8
P	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	2.0	3.5	1.4
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0.9	1.2	1.6
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	5.3	5.1	10.0
ST	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	17.4	21.5	27.1
Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	6.0	8.3	1.4

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 2015 in den 27 Vertragsspitalern gestellt und die stationär behandelt wurden..

B Tabellenteil

1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Zusammenfassung 2016

Tabelle 1.1

		Personen	Anteil in % der Versicherten
Versicherer der Obligatorischen Krankenpflege	Anzahl	3	
Versichertenbestand am 31.12.2016	Anzahl	39 444	100.0
Erwachsene	Anzahl	31 025	78.7
Frauen	Anzahl	15 418	39.1
Männer	Anzahl	15 607	39.6
Jugendliche	Anzahl	1 741	4.4
Kinder	Anzahl	6 678	16.9
		Betrag	Anteil in % der Bruttoleistungen
Prämienoll	CHF	137 296 401	80.7
pro versicherte Person, ohne Kinder	CHF	4 190	
pro versicherte Person	CHF	3 481	
Bruttoleistungen der Versicherer	CHF	170 108 927	100.0
pro versicherte Person	CHF	4 313	
Kostenbeteiligung der Versicherten	CHF	10 679 956	6.3
pro versicherte Person, ohne Kinder u. Jugendliche	CHF	344	
pro versicherte Person	CHF	271	
Nettoleistungen der Versicherer	CHF	159 428 970	93.7
pro versicherte Person	CHF	4 042	
Betriebsaufwand	CHF	9 225 220	5.4
pro versicherte Person	CHF	234	
Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	CHF	-31 690 887	-18.6
pro versicherte Person	CHF	-803	
Staatsbeiträge	CHF	41 955 551	24.7
pro versicherte Person	CHF	1 064	
Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen	CHF	10 264 664	6.0
pro versicherte Person	CHF	260	

Erläuterung zur Tabelle:

Versichertenbestand: Die Zahl differiert von den Versicherten nach Bruttokostenstufe (vgl. Tabelle 1.24). Dies erklärt sich durch die unterschiedliche Abgrenzung bei Kassenwechseln, Geburten und Todesfällen.

Prämienoll: 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.

Anzahl Versicherer OKP am 31.12.2016 nach Versichertenbestand

Tabelle 1.2

Gesamt Versicherer	1-500 Versicherte	501-1 000 Versicherte	1 001-2 500 Versicherte	2 501-5 000 Versicherte	5 001-10 000 Versicherte	10 000+ Versicherte
3	-	-	1	-	1	1

Versicherte Personen am 31.12.2016 nach Wohnsitz und Versicherungsart

Tabelle 1.3

Wohnsitz/Versicherungsart	Total	Anteil in %	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
Gesamt	39 444	100.0	15 418	15 607	1 741	6 678
davon mit erweiterter OKP	10 085	25.6	4 600	3 655	396	1 434
Liechtenstein	37 819	95.9	15 041	14 598	1 717	6 463
Ausland	1 625	4.1	377	1 009	24	215
davon Schweiz	300	0.8	107	155	2	36
davon Österreich	146	0.4	57	68	4	17
davon Andere	1 179	3.0	213	786	18	162
Ordentliche Jahresfranchise	35 698	90.5	13 967	13 366	1 687	6 678
Wählbare Jahresfranchise	3 746	9.5	1 451	2 241	54	-

Anzahl Konsultationen 2016

Tabelle 1.4

	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
Gesamt	316 184	154 644	114 904	10 919	35 717
Ambulante Spitalkonsultationen	45 805	24 726	16 442	1 255	3 382
Ambulante Arztkonsultationen	270 379	129 918	98 462	9 664	32 335
Anzahl Konsultationen pro Versicherten	8.0	10.0	7.4	6.3	5.3

Erläuterung zur Tabelle:

Ambulante Arztkonsultationen: Die ambulanten Arztkonsultationen beinhalten Arztbesuche und telefonische Konsultationen, jedoch keine Hausbesuche. Arztbesuche allein zum Zweck des Medikamentenbezuges werden nicht als Konsultation gezählt.

Total: Anmerkungen zur Datenqualität sind im Kapitel 2.2.1 Datenqualität der verwendeten Datenquellen, letzter Abschnitt zu finden.

Betriebsrechnung 2016

Tabelle 1.5

Kontenbezeichnung	Konto	in CHF
Ertrag		
Prämiensoll	60	137 296 401
Erlösminderungen für Prämien	64	-556 125
Andere Prämienanteile	65	-20 869
Bruttoprämien	= 60 bis 65	136 719 407
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-13 670
Versicherungsprämien	= 60 bis 66	136 705 737
Staatsbeiträge	67	41 955 551
Sonstige Betriebserträge	69	1 788
Versicherungsertrag	= 6	178 663 075
Aufwand		
Bruttoleistungen	300	-170 108 927
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	10 679 956
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-159 428 970
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-424 307
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-159 853 277
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-
Risikoausgleich	37	-100 679
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-462 299
Versicherungsaufwand	= 3	-160 416 255
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-5 557 563
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-584 483
EDV-Kosten	420	-560 330
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-86 455
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-1 607 960
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-675 661
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	135 278
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-8 937 173
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-273 430
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-14 617
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-
Betriebsaufwand	= 4	-9 225 220
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-169 641 476
Betriebsergebnis	= 6-3-4	9 021 600
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	1 243 064
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	10 264 664
Reserven	CHF	66 174 120
Rückstellungen	CHF	51 238 386

Bruttoprämien nach Versicherungsform und Personengruppe 2016

Tabelle 1.6

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
Gesamt	137 296 401	124 767 755	12 528 646
Erwachsene	133 333 116	120 867 098	12 466 018
Frauen	67 262 479	62 272 356	4 990 123
Männer	66 070 637	58 594 743	7 475 894
Jugendliche	3 804 542	3 741 914	62 628
Kind	158 742	158 742	-
Pro prämienpflichtige Person	4 190	4 299	3 345
Erwachsene(r)	4 298	4 422	3 376
Frau	4 363	4 459	3 439
Mann	4 233	4 384	3 336
Jugendliche(r)	2 185	2 218	1 160
Kind	24	24	-

Bruttoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2016

Tabelle 1.7

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
Gesamt	170 108 927	164 817 403	5 291 523
Erwachsene	157 237 300	151 973 211	5 264 088
Frauen	87 387 235	84 734 057	2 653 178
Männer	69 850 064	67 239 154	2 610 910
Jugendliche	4 137 615	4 110 180	27 435
Kind	8 734 012	8 734 012	-
Pro versicherte Person	4 313	4 617	1 413
Erwachsene(r)	5 068	5 560	1 426
Frau	5 668	6 067	1 829
Mann	4 476	5 031	1 165
Jugendliche(r)	2 377	2 436	508
Kind	1 308	1 308	-

Erläuterung zur Tabelle:

Kind: Kinder sind grundsätzlich prämienbefreit. Für die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung (ab 1.1.2014) wird auch bei den Kindern ein Zuschlag von CHF 10 pro Monat erhoben.

Kostenbeteiligung nach Versicherungsform und Personengruppe 2016

Tabelle 1.8

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
Gesamt	10 679 956	8 888 716	1 791 240
Erwachsene	10 658 545	8 888 716	1 769 829
Jugendliche	21 411	-	21 411
Kind	-	-	-
Pro versicherte Person	271	249	478
Erwachsene(r)	344	325	479
Jugendliche(r)	12	-	397
Kind	-	-	-

Nettoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2016

Tabelle 1.9

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
Gesamt	159 428 970	155 928 688	3 500 283
Erwachsene	146 578 754	143 084 495	3 494 259
Jugendliche	4 116 204	4 110 180	6 024
Kind	8 734 012	8 734 012	-
Pro versicherte Person	4 042	4 368	934
Erwachsene(r)	4 725	5 235	946
Jugendliche(r)	2 364	2 436	112
Kind	1 308	1 308	-

Bruttoleistungen nach Kategorie, Anteil und pro versicherte Person 2016

Tabelle 1.10

Kategorie	Total	Anteil am Gesamttotal	Pro versicherte Person
	in CHF	in %	in CHF
Gesamt	170 108 927	100.0	4 313
Stationäre Spitalkosten	45 011 097	26.5	1 141
Ambulante Spitalkosten	20 361 273	12.0	516
Ambulante Arztkosten ohne Arzneimittel	37 994 213	22.3	963
Arzneimittel Arzt	19 070 541	11.2	483
Physiotherapeuten	7 061 512	4.2	179
Apotheken	7 825 609	4.6	198
Chiropraktoren	1 610 561	0.9	41
Abgabestellen MiGeL	1 114 299	0.7	28
Ergotherapeuten	620 546	0.4	16
Zahnärzte	299 365	0.2	8
Hebammen	195 811	0.1	5
Übrige Rechnungsstellende	28 944 097	17.0	734

Erläuterung zur Tabelle:

Physiotherapeuten: In dieser Position sind auch die Kosten von medizinischen Masseuren im Umfang von CHF 977 865 enthalten.

Kategorie: Die Ausgaben pro Kategorie können aufgrund unterschiedlicher Datenquellen mit unterschiedlichen Abrechnungszeitpunkten von den Angaben in den Tabellen 1.13 und 8.18 geringfügig abweichen.

Übrige Rechnungsstellende: Aus Gründen der Anonymität werden Kategorien mit weniger als 15 Leistungserbringern oder einem Leistungserbringer, der mehr als 50% des Gesamtbetrages der Kategorie abrechnet, nicht separat ausgewiesen. Sie sind in der Kategorie „Übrige Rechnungsstellende“ enthalten.

Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe 2016

Tabelle 1.11

Kategorie	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
	in CHF				
Gesamt	170 108 927	87 387 235	69 850 064	4 137 615	8 734 012
Stationäre Spitalkosten	45 011 097	22 347 626	19 972 622	1 244 436	1 446 414
Ambulante Spitalkosten	20 361 273	10 551 642	8 438 913	422 193	948 526
Ambulante Arztkosten ohne Arzneimittel	37 994 213	18 963 209	14 603 042	1 088 753	3 339 208
Arzneimittel Arzt	19 070 541	9 209 401	8 508 753	326 565	1 025 822
Physiotherapeuten	7 061 512	4 207 996	2 472 544	152 098	228 873
Apotheken	7 825 609	3 908 930	3 671 350	68 721	176 608
Chiropraktoren	1 610 561	856 946	541 267	61 621	150 727
Abgabestellen MiGeL	1 114 299	440 964	586 947	21 433	64 955
Ergotherapeuten	620 546	308 403	141 851	11 867	158 424
Zahnärzte	299 365	110 555	99 094	34 131	55 585
Hebammen	195 811	193 290	-	2 521	-
Übrige Rechnungsstellende	28 944 097	13 096 473	10 813 681	703 275	1 138 869

Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe, pro versicherte Person 2016

Tabelle 1.12

Kategorie	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
	in CHF				
Gesamt	4 313	5 668	4 476	2 377	1 308
Stationäre Spitalkosten	1 141	1 449	1 280	715	217
Ambulante Spitalkosten	516	684	541	243	142
Ambulante Arztkosten ohne Arzneimittel	963	1 230	936	625	500
Arzneimittel Arzt	483	597	545	188	154
Physiotherapeuten	179	273	158	87	34
Apotheken	198	254	235	39	26
Chiropraktoren	41	56	35	35	23
Abgabestellen MiGeL	28	29	38	12	10
Ergotherapeuten	16	20	9	7	24
Zahnärzte	8	7	6	20	8
Hebammen	5	13	-	1	-
Übrige Rechnungsstellende	734	849	693	404	171

Kennwerte zu den Leistungserbringenden nach Kategorie 2016

Tabelle 1.13

	Anzahl	Bruttoleistungen	Arithmetisches Mittel	1. Quartil	Median	3. Quartil
		in CHF				
Spitäler	173	66 128 607	382 246	1 025	7 339	63 794
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	27	61 801 519	2 288 945	212 358	785 555	2 398 613
Ärzte	1 463	57 381 145	39 222	222	625	2 133
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	80	49 333 254	616 666	223 400	535 570	840 176
Behandlungen	1 422	34 912 215	24 551	189	511	1 730
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	80	28 965 595	362 070	158 998	296 054	470 167
Arzneimittel	809	19 065 477	23 567	39	150	870
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	74	17 511 223	236 638	32 116	167 355	333 453
Praxislabors	548	3 403 453	6 211	35	107	420
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	60	2 856 435	47 607	4 077	24 402	66 085
Physiotherapeuten	171	7 053 915	41 251	506	1 752	31 892
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	55	6 729 496	122 354	31 892	86 288	160 057
Apotheken	325	7 824 317	24 075	47	126	532
Chiropraktoren	31	1 610 513	51 952	205	437	1 524
Abgabestellen MiGeL	36	1 113 771	30 938	838	3 647	22 618
Ergotherapeuten	22	620 531	28 206	1 254	2 445	18 984
Zahnärzte	60	300 515	5 009	235	699	3 542
Hebammen	21	244 879	11 661	1 516	4 133	14 603
Übrige Rechnungsstellende	207	28 235 322	136 403	500	1 883	21 921

Lesebeispiel:

31 Chiropraktoren haben insgesamt CHF 1 610 513 an Bruttoleistungen abgerechnet. Im Durchschnitt rechnete jeder Chiropraktor CHF 51 952 an Bruttoleistungen ab. 25% (1. Quartil) der Chiropraktoren rechneten weniger als CHF 205 und 25% (3. Quartil) der Chiropraktoren rechneten mehr als CHF 1 524 ab. Je die Hälfte der Chiropraktoren rechnete mehr bzw. weniger als CHF 437 ab (Median). Ergänzend zu dieser Tabelle sind die Tabellen 1.15 und 1.16 zu sehen, in denen die Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringer ausgewiesen werden.

Erläuterung zur Tabelle:

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

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

Anzahl Leistungserbringende nach Kategorie mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2016

Tabelle 1.14

	BL > CHF 0	BL > CHF 1 000	BL > CHF 5 000	BL > CHF 10 000	BL > CHF 50 000	BL > CHF 100 000	BL > CHF 500 000	BL > CHF 1 000 000
Total	2 509	1 055	542	440	251	185	76	38
Spitäler	173	130	95	82	47	39	16	12
Ärzte	1 463	549	232	176	100	80	44	15
Physiotherapeuten	171	98	63	57	40	22	*	*
Apotheken	325	56	26	21	8	6	*	*
Chiropraktoren	31	9	7	7	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	36	24	15	14	*	*	*	*
Ergotherapeuten	22	17	9	6	*	*	*	*
Zahnärzte	60	27	11	*	*	*	*	*
Hebammen	21	16	9	7	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	207	129	75	65	39	28	11	8

Lesebeispiel:

44 Ärzte rechneten im Jahr 2016 Bruttoleistungen von mehr als CHF 500 000 gegenüber den Krankenkassen ab.

Erläuterung zur Tabelle:

BL > CHF 0: Die Anzahl Leistungserbringende, die mehr als CHF 0 an Bruttoleistungen (BL) abrechneten.

Wenn ein Feld fünf oder weniger Leistungserbringende aufweist, wird der Wert durch einen Stern ersetzt, um Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringende zu vermeiden.

Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2016 (Teil 1)

Tabelle 1.15 (Seite 1)

Rang	Spitäler in CHF	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken	
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor		
1	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*
6	3 036 600	1 304 200	984 500	292 900	26 770	300 800	119 800
7	2 398 600	1 297 000	480 600	617 000	199 500	293 600	93 150
8	1 447 900	1 282 800	842 900	333 500	106 400	280 900	68 510
9	1 420 800	1 195 600	434 400	648 600	112 600	213 900	44 650
10	1 082 000	1 165 200	781 000	251 200	133 000	204 700	43 740
11	1 080 700	1 134 600	472 900	577 000	84 690	165 900	40 060
12	1 063 300	1 120 200	467 500	567 600	85 030	164 000	28 660
13	862 500	1 112 600	643 300	334 900	134 300	161 100	28 420
14	785 600	1 073 500	853 500	210 200	9 772	160 100	23 570
15	758 700	1 053 700	*	*	*	153 600	20 520
16	682 500	964 000	453 400	510 600	20	143 900	19 230
17	456 100	902 900	*	*	*	142 100	15 520
18	452 700	892 700	450 400	442 200	97	142 100	14 700
19	422 200	891 800	*	*	*	141 100	14 460
20	391 600	871 200	280 100	520 000	71 150	138 800	12 690
21	299 500	844 300	417 100	360 700	66 400	137 600	10 590
22	248 900	836 100	343 600	445 700	46 700	134 900	7 295
23	221 600	822 300	619 000	195 600	7 781	91 300	6 545
24	219 600	764 300	677 000	87 270	10	90 740	5 610
25	212 400	759 600	514 200	226 400	19 120	90 380	5 433
26	186 800	759 600	554 600	203 800	1 182	89 010	5 348
27	174 200	745 700	432 200	283 000	30 390	88 580	4 847
28	152 700	744 900	360 700	295 800	88 370	86 290	4 550
29	152 700	721 900	368 100	342 800	10 990	85 490	4 534
30	143 600	701 600	305 300	307 900	88 500	71 030	4 019
31	134 400	680 000	443 400	236 600	-	68 830	3 937
32	128 500	672 800	222 100	384 900	65 770	67 380	3 831
33	120 800	667 200	327 000	290 500	49 790	65 610	3 285
34	117 500	644 700	562 100	82 650	-	63 170	2 891
35	115 900	617 200	499 600	117 600	7	63 080	2 731
36	114 300	610 300	*	*	*	62 270	2 624
37	113 600	600 800	254 000	305 200	41 670	60 920	2 551
38	113 100	583 300	*	*	*	59 770	2 487
39	103 200	563 700	255 200	265 800	42 690	53 030	2 435
40	92 980	551 500	219 400	210 200	122 000	50 520	2 200
41	84 860	550 800	466 400	62 490	21 890	38 210	1 943
42	77 760	538 600	*	*	*	37 220	1 909
43	70 380	532 600	206 300	280 700	45 520	31 890	1 782
44	63 790	530 600	388 100	116 600	25 860	28 990	1 628
45	62 670	498 300	*	*	*	28 680	1 599
46	61 210	488 500	278 500	183 400	26 580	26 930	1 581
47	55 280	467 800	383 700	84 080	-	26 370	1 574
48	45 950	467 400	298 200	169 200	-	26 310	1 560
49	45 560	453 200	304 100	138 300	10 800	25 320	1 472
50	39 860	410 900	315 500	94 550	844	21 710	1 467

Tabelle 1.15 (Seite 2)

Rang	in CHF	Spitäler	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor		
51	36 850	403 800	*	*	*	21 040	1 455
52	36 650	378 700	*	*	*	19 890	1 172
53	35 770	374 600	*	*	*	19 600	1 138
54	34 020	361 500	167 000	148 100	46 290	15 830	1 122
55	32 320	360 700	293 900	45 570	21 180	15 390	1 063
56	29 040	360 600	300 700	59 890	-	13 100	1 018
57	28 880	325 100	154 500	165 500	5 141	12 630	997
58	27 330	316 100	140 500	140 200	35 410	8 621	983
59	26 580	312 400	253 800	58 550	0	8 466	924
60	25 680	281 900	154 100	101 600	26 200	8 359	888
61	25 490	272 100	*	*	*	6 468	839
62	22 830	264 600	232 100	32 410	110	6 165	809
63	22 700	256 700	*	*	*	5 871	781
64	21 880	254 300	*	*	*	4 939	749
65	20 920	249 000	*	*	*	4 754	743
66	20 010	230 600	176 800	49 270	4 515	4 421	742
67	19 490	227 100	*	*	*	3 916	736
68	19 310	216 200	171 400	21 830	22 940	3 404	733
69	18 240	204 700	103 600	101 100	26	3 125	701
70	17 220	204 300	168 500	32 120	3 638	2 683	696
71	16 840	192 600	*	*	*	2 550	675
72	16 090	178 500	74 770	102 900	742	2 311	666
73	15 060	176 800	*	*	*	2 309	628
74	14 130	158 800	129 900	21 660	7 220	2 298	623
75	13 580	150 700	*	*	*	2 293	595
76	13 300	141 700	*	*	*	2 226	590
77	12 770	140 300	*	*	*	2 220	573
78	12 440	130 100	*	*	*	2 164	569
79	11 970	122 200	*	*	*	2 104	550
80	11 370	111 000	*	*	*	2 098	543
81	11 060	90 580	79 640	10 940	-	2 096	532
82	10 840	88 850	66 860	21 460	525	1 976	532
83	8 901	83 220	13 490	66 180	3 553	1 974	520
84	8 875	79 920	59 680	6 305	13 930	1 791	512
85	8 163	78 910	73 620	5 290	-	1 782	473
86	8 018	76 410	75 540	870	-	1 752	452
87	7 339	76 130	73 720	2 416	-	1 541	441
88	7 216	71 790	64 880	6 532	370	1 439	436
89	6 456	69 470	69 470	-	-	1 434	435
90	6 115	69 110	68 500	457	146	1 408	434
91	5 740	62 570	62 510	60	-	1 405	388
92	5 682	58 930	35 680	23 260	-	1 382	387
93	5 496	57 960	49 340	8 539	84	1 267	384
94	5 298	56 550	47 280	9 005	265	1 237	382
95	5 286	55 230	48 250	6 985	-	1 080	381
96	4 998	53 050	52 260	798	-	1 051	377
97	4 906	52 330	13 750	37 610	972	1 014	377
98	4 843	52 260	22 770	26 180	3 315	1 005	358
99	4 767	51 650	45 790	4 612	1 244	985	358
100	4 577	51 200	20 440	29 230	1 529	939	355
101	4 478	48 500	9 880	38 380	239	915	352
102	4 260	45 850	29 130	8 657	8 062	906	348
103	4 107	43 230	32 060	10 890	285	894	335
104	3 837	40 650	11 930	26 440	2 283	894	328
105	3 666	38 380	38 340	42	-	879	323

Tabelle 1.15 (Seite 3)

Rang	Spitäler in CHF	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken	
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor		
106	3 562	37 800	36 500	-	1 305	870	322
107	3 482	37 580	32 370	5 207	-	870	311
108	3 454	36 180	34 440	1 738	-	870	308
109	3 272	34 150	17 690	15 640	823	865	305
110	3 186	33 970	25 200	7 853	920	863	276
111	3 170	33 310	32 830	485	-	847	271
112	2 988	32 390	32 390	-	-	823	271
113	2 982	32 210	8 716	22 490	1 013	816	271
114	2 462	30 060	2 709	-	27 350	805	263
115	2 350	30 060	6 623	22 010	1 423	786	259
116	2 242	29 340	6 629	5 712	17 000	753	259
117	1 894	29 010	3 167	25 410	429	727	258
118	1 890	28 860	4 505	23 630	732	717	258
119	1 798	28 620	26 950	1 671	-	702	258
120	1 785	27 960	18 250	6 283	3 431	674	255
121	1 750	25 810	20 130	4 944	735	654	253
122	1 527	25 600	23 670	1 935	-	648	232
123	1 510	24 530	20 740	3 648	144	618	227
124	1 436	24 350	14 690	6 789	2 867	614	224
125	1 389	24 090	23 480	-	603	521	223
126	1 335	23 940	22 400	1 540	-	506	223
127	1 250	23 930	22 990	935	-	506	220
128	1 246	22 760	21 940	814	-	506	216
129	1 218	22 430	22 140	291	-	506	215
130	1 025	22 250	22 250	-	-	506	208
131	960	22 140	7 251	11 520	3 373	501	206
132	943	22 030	10 330	10 650	1 047	494	203
133	930	21 960	7 278	13 680	1 001	493	201
134	900	20 830	19 720	1 108	-	480	200
135	790	20 540	19 350	1 192	-	475	198
136	785	20 460	20 460	-	-	470	198
137	779	20 020	20 020	-	-	457	196
138	750	19 160	4 996	13 160	1 006	456	196
139	723	19 140	13 080	3 665	2 400	456	196
140	718	18 720	1 608	16 750	356	454	190
141	710	18 050	7 314	10 740	-	453	173
142	701	17 730	16 740	991	-	451	172
143	656	17 570	7 663	8 988	917	451	172
144	598	17 410	14 910	545	1 957	447	164
145	566	17 340	16 780	558	-	447	163
146	560	17 250	15 340	1 914	-	447	161
147	544	17 140	15 160	1 976	-	447	159
148	508	16 760	16 720	38	-	441	155
149	500	16 420	12 240	3 794	384	433	155
150	500	15 960	186	15 740	39	429	150
151	479	15 790	15 020	775	-	429	148
152	457	15 670	15 600	75	-	426	147
153	403	15 630	15 050	576	-	410	141
154	402	14 120	11 820	2 301	-	389	140
155	379	13 950	13 180	-	770	338	139
156	325	13 300	12 450	689	170	338	139
157	280	13 210	12 970	232	-	329	136
158	277	13 010	10 370	2 637	-	309	136
159	247	12 250	11 880	368	-	306	135
160	210	12 250	4 500	7 747	-	282	133

Tabelle 1.15 (Seite 4)

Rang	Spitäler	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor	
	in CHF					
161	203	11 800	10 890	878	31	274
162	201	11 620	10 770	855	-	272
163	167	11 610	10 600	1 015	-	244
164	159	11 550	4 396	6 218	934	213
165	158	11 510	9 979	465	1 063	173
166	138	11 480	8 379	313	2 785	168
167	123	11 380	11 380	-	-	*
168	122	11 000	8 510	426	2 068	*
169	*	10 870	10 760	119	-	*
170	*	10 730	8 635	2 092	-	*
171	*	10 620	8 022	2 601	-	*
172	*	10 370	4 385	5 574	412	-
173	*	10 330	10 330	-	-	-
174		10 160	8 354	1 804	-	-
175		10 120	1 897	-	8 223	-
176		10 010	7 593	2 412	-	-
1434		32	32	-	-	-
1435		31	-	31	-	-
1436		30	30	-	-	-
1437		30	30	-	-	-
1438		30	-	30	-	-
1439		30	30	-	-	-
1440		29	-	29	-	-
1441		26	-	26	-	-
1442		25	-	25	-	-
1443		23	23	-	-	-
1444		18	-	-	18	-
1445		17	-	17	-	-
1446		16	16	-	-	-
1447		16	-	16	-	-
1448		16	16	-	-	-
1449		16	16	-	-	-
1450		16	16	-	-	-
1451		16	16	-	-	-
1452		16	16	-	-	-
1453		16	16	-	-	-
1454		16	-	16	-	-
1455		15	15	-	-	-
1456		15	15	-	-	-
1457		15	15	-	-	-
1458		14	-	14	-	-
1459		*	*	*	*	*
1460		*	*	*	*	*
1461		*	*	*	*	*
1462		*	*	*	*	*
1463		*	*	*	*	*



Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2016 (Teil 2)

Tabelle 1.16

Rang	Chiropraktoren in CHF	Abgabestelle MiGeL	Ergotherapeuten	Zahnärzte	Hebammen
1	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*
6	28 510	49 370	18 980	9 619	14 600
7	14 480	28 780	8 814	7 380	12 620
8	1 524	23 340	7 354	7 371	6 830
9	1 144	23 030	6 438	5 986	6 027
10	953	22 200	3 232	5 793	4 701
11	712	15 210	2 447	5 410	4 133
12	705	14 730	2 443	4 637	2 936
13	582	13 940	2 061	4 348	2 759
14	450	11 860	1 802	4 343	2 221
15	442	7 166	1 696	3 554	1 981
16	437	4 351	1 297	3 530	1 516
17	435	3 968	1 254	3 522	*
18	433	3 839	*	2 938	*
19	415	3 456	*	2 574	*
20	414	3 063	*	2 536	*
21	315	2 342	*	2 521	*
22	227	1 130	*	2 488	
23	221	1 062		2 335	
24	205	1 044		1 490	
25	194	975		1 185	
26	175	970		1 048	
27	*	924		1 044	
28	*	752		955	
29	*	746		835	
30	*	426		716	
31	*	407		682	
32		*		547	
33		*		512	
34		*		499	
35		*		491	
36		*		415	
37				372	
38				366	
39				332	
40				304	
51				118	
52				99	
53				98	
54				98	
55				68	
56				*	
57				*	
58				*	
59				*	
60				*	



Kennwerte zu den Ärzten nach Fachgruppe 2016

Tabelle 1.17

	Anzahl	Bruttoleistungen in CHF	Arithmetisches Mittel	1. Quartil	Median	3. Quartil
Allgemeine und Innere Medizin	457	26 286 465	57 520	172	422	1 378
davon mit OKP-Vertrag	30	24 355 001	811 833	532 571	711 775	1 053 723
Behandlungen	438	12 473 155	28 478	112	291	855
davon mit OKP-Vertrag	30	11 286 837	376 228	222 063	316 102	467 483
Arzneimittel	310	11 351 226	36 617	33	121	856
davon mit OKP-Vertrag	29	10 787 855	371 995	210 169	307 874	567 642
Praxislabors	236	2 462 083	10 433	37	106	380
davon mit OKP-Vertrag	29	2 280 309	78 631	26 581	49 789	88 373
Kinder- und Jugendmedizin	37	3 370 299	91 089	121	208	3 850
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	35	2 324 755	66 422	113	254	3 259
Arzneimittel	23	1 045 544	45 458	39	153	4 944
Psychiatrie und Psychotherapie	85	3 585 154	42 178	1 101	3 322	10 874
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	85	2 623 123	30 860	1 048	3 158	10 334
Arzneimittel	28	962 031	34 358	399	1 229	2 893
Gynäkologie und Geburtshilfe	122	2 257 548	18 504	218	437	1 206
Behandlungen	117	1 806 470	15 440	192	354	1 616
Arzneimittel	60	309 539	5 159	35	137	444
Praxislabors	90	141 539	1 573	33	66	355
Orthopädische Chirurgie	68	1 515 414	22 285	254	683	1 442
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	65	1 140 924	17 553	259	691	1 354
Arzneimittel	33	374 490	11 348	41	122	419
Radiologie	38	271 646	7 149	398	1 190	4 228
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	38	247 422	6 511	398	1 133	3 973
Arzneimittel	23	24 224	1 053	117	250	855
Neurochirurgie	15	204 949	13 663	235	999	4 588
Übrige Rechnungsstellende	641	19 889 671	31 029	270	684	2 126

Lesebeispiel:

122 Gynäkologen haben insgesamt CHF 2 257 548 an Bruttoleistungen abgerechnet. Im Durchschnitt rechnete jeder Gynäkologe CHF 18 504 ab. 25% (1. Quartil) der Gynäkologen rechneten weniger als CHF 218 und 25% (3. Quartil) der Gynäkologen rechneten mehr als CHF 1 206 ab. Je die Hälfte der Gynäkologen rechnete mehr bzw. weniger als CHF 437 ab (Median). Ergänzend zu dieser Tabelle sind die Tabellen 1.19 und 1.20 zu sehen, in denen die Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden ausgewiesen werden.

Erläuterung zur Tabelle:

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

Orthopädische Chirurgie = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2016

Tabelle 1.18

	BL > CHF 0	BL > CHF 1 000	BL > CHF 5 000	BL > CHF 10 000	BL > CHF 50 000	BL > CHF 100 000	BL > CHF 500 000	BL > CHF 1 000 000
Total	1 463	549	232	176	100	80	44	15
Allgemeine und Innere Medizin	457	134	53	43	33	30	24	9
Kinder- und Jugendmedizin	37	12	8	7	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	85	65	32	24	8	7	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	122	36	15	11	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	68	24	*	*	*	*	*	*
Radiologie	38	21	8	7	*	*	*	*
Neurochirurgie	15	7	*	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	641	250	106	76	40	29	12	5

Lesebeispiel:

36 Gynäkologen rechneten im Jahr 2016 Bruttoleistungen von mehr als CHF 1 000 gegenüber den Krankenkassen ab.

Erläuterung zur Tabelle:

BL > CHF 0: Die Anzahl Leistungserbringenden, die mehr als CHF 0 an Bruttoleistungen (BL) abrechneten.

Orthopädische Chirurgie = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Wenn ein Feld fünf oder weniger Leistungserbringende aufweist, wird der Wert durch einen Stern ersetzt, um Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringende zu vermeiden.

Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2016 (Teil 1)

Tabelle 1.19 (Seite 1)

Rang	Allgemeine und Innere Medizin				Kinder- und Jugendmedizin			Psychiatrie und Psychotherapie			
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	
	in CHF										
1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	1 165 200	781 000	251 200	133 000	25 810	20 870	4 944	227 100	224 000	3 149	
7	1 134 600	472 900	577 000	84 690	16 420	12 620	3 794	140 300	140 300	-	
8	1 120 200	467 500	567 600	85 030	8 306	8 306	-	69 470	69 470	-	
9	1 053 700	*	*	*	4 305	3 259	1 046	33 310	32 830	485	
10	902 900	*	*	*	3 850	2 054	1 796	32 390	32 390	-	
11	871 200	280 100	520 000	71 150	2 695	2 055	640	25 600	23 670	1 935	
12	844 300	417 100	360 700	66 400	1 526	929	597	23 940	22 400	1 540	
13	836 100	343 600	445 700	46 700	816	768	47	20 020	20 020	-	
14	822 300	619 000	195 600	7 781	778	656	121	17 140	15 160	1 976	
15	744 900	360 700	295 800	88 370	642	643	-	15 670	15 600	75	
16	721 900	368 100	342 800	10 990	561	408	153	14 120	11 820	2 301	
17	701 600	305 300	307 900	88 500	480	338	142	13 210	12 970	232	
18	672 800	222 100	384 900	65 770	293	254	39	13 010	10 370	2 637	
19	667 200	327 000	290 500	49 790	208	208	-	12 250	4 500	7 747	
20	600 800	254 000	305 200	41 670	179	64	114	11 610	10 600	1 015	
21	563 700	255 200	265 800	42 690	177	177	-	11 380	11 380	-	
22	551 500	219 400	210 200	122 000	173	164	9	10 870	10 760	119	
23	538 600	*	*	*	156	156	-	10 730	8 635	2 092	
24	532 600	206 300	280 700	45 520	155	155	-	10 330	10 330	-	
25	498 300	*	*	*	154	154	-	8 112	6 815	1 297	
26	488 500	278 500	183 400	26 580	154	59	95	8 039	7 648	391	
27	378 700	*	*	*	145	144	-	7 514	7 514	-	
28	361 500	167 000	148 100	46 290	121	113	8	6 834	6 834	-	
29	316 100	140 500	140 200	35 410	116	116	-	6 392	5 915	477	
30	281 900	154 100	101 600	26 200	111	111	-	5 837	5 837	-	
31	83 220	*	*	*	72	43	29	5 167	5 167	-	
32	71 790	*	*	*	66	66	-	5 028	3 867	1 161	
33	51 200	20 440	29 230	1 529	*	*	*	4 651	4 651	-	
34	40 650	11 930	26 440	2 283	*	*	*	4 403	4 403	-	
35	29 010	3 167	25 410	429	*	*	*	4 230	4 230	-	
36	22 140	7 251	11 520	3 373	*	*	*	3 938	3 938	-	
37	22 030	10 330	10 650	1 047	*	*	*	3 897	3 897	-	
38	20 830	19 720	1 108	-				3 853	3 853	-	
39	19 160	4 996	13 160	1 006				3 594	3 594	-	
40	19 140	13 080	3 665	2 400				3 538	3 538	-	
41	17 570	7 663	8 988	917				3 534	3 127	407	
42	11 550	4 396	6 218	934				3 362	3 362	-	
43	11 480	8 379	313	2 785				3 322	3 257	65	
44	9 279	3 297	5 181	800				3 158	3 158	-	
45	8 420	2 477	5 406	537				2 706	2 706	-	
46	7 372	5 514	1 858	-				2 636	2 636	-	
47	7 025	2 401	3 445	1 179				2 568	2 568	-	
48	6 940	4 954	1 212	774				2 539	2 539	-	
49	5 975	3 426	2 236	313				2 510	1 738	772	
50	5 669	5 127	541	-				2 320	2 320	-	

Tabelle 1.19 (Seite 2)

Rang	Allgemeine und Innere Medizin				Kinder- und Jugendmedizin			Psychiatrie und Psychotherapie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
	in CHF									
51	5 335	3 805	1 152	378				2 272	2 272	-
52	5 297	5 297	-	-				2 045	2 045	-
53	5 011	2 896	1 574	541				1 982	1 982	-
54	4 982	4 650	33	299				1 963	1 963	-
55	4 947	1 634	2 671	642				1 790	1 790	-
56	4 670	3 588	681	401				1 702	1 606	96
57	4 627	417	3 909	301				1 531	640	891
58	4 608	1 295	3 022	290				1 496	1 496	-
59	4 414	2 823	1 588	3				1 451	1 451	-
60	4 338	3 584	539	216				1 356	1 356	-
61	4 013	2 699	1 302	13				1 276	1 276	-
62	3 946	789	3 036	121				1 260	1 260	-
63	3 514	1 479	1 822	213				1 241	1 241	-
64	3 423	1 486	1 642	296				1 101	1 101	-
65	3 323	1 439	1 736	149				1 048	1 048	-
66	3 313	1 377	1 684	252				956	956	-
67	3 284	1 429	1 695	160				776	776	-
68	3 040	514	2 526	-				718	718	-
69	2 934	1 640	880	414				625	625	-
70	2 864	2 027	623	213				550	550	-
71	2 863	821	2 003	39				521	456	65
72	2 849	818	1 851	179				447	447	-
73	2 718	1 380	967	372				446	446	-
74	2 622	2 423	185	14				415	415	-
75	2 585	1 920	197	468				415	415	-
76	2 484	122	2 362	-				351	351	-
77	2 407	1 041	884	482				322	322	-
78	2 405	1 471	729	205				318	318	-
79	2 383	1 413	971	-				287	287	-
80	2 347	1 136	1 019	192				285	285	-
81	2 331	740	1 480	111				*	*	*
82	2 319	778	1 350	191				*	*	*
83	2 256	1 170	856	229				*	*	*
84	2 251	1 730	89	432				*	*	*
85	2 199	2 199	-	-				*	*	*
428	50	-	50	-						
429	50	19	31	-						
430	50	45	-	5						
431	50	50	-	-						
432	47	-	47	-						
433	45	45	-	-						
434	44	4	40	-						
435	43	43	-	-						
436	42	-	42	-						
437	40	40	-	-						
438	39	-	39	-						
439	36	-	36	-						
440	34	34	-	-						



Tabelle 1.19 (Seite 3)

Rang	Allgemeine und Innere Medizin				Kinder- und Jugendmedizin			Psychiatrie und Psychotherapie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
	in CHF									
441	32	32	-	-						
442	32	32	-	-						
443	31	-	31	-						
444	30	30	-	-						
445	30	30	-	-						
446	30	-	30	-						
447	30	30	-	-						
448	26	-	26	-						
449	18	-	-	18						
450	16	16	-	-						
451	16	16	-	-						
452	16	16	-	-						
453	*	*	*	*						
454	*	*	*	*						
455	*	*	*	*						
456	*	*	*	*						
457	*	*	*	*						

Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2016 (Teil 2)

Tabelle 1.20 (Seite 1)

Rang	Gynäkologie und Geburtshilfe				Orthopädische Chirurgie			Radiologie			Neurochirurgie
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Total
	in CHF										
1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	158 800	129 900	21 660	7 220	8 520	7 653	868	15 630	15 050	576	1 426
7	79 920	59 680	6 305	13 930	5 324	3 608	1 716	11 620	10 770	855	1 122
8	24 090	23 480	-	603	4 001	4 001	-	9 441	8 695	746	999
9	17 410	14 910	545	1 957	3 563	3 239	324	4 584	4 469	115	398
10	13 950	13 180	-	770	3 189	2 562	627	4 228	3 973	255	386
11	11 510	9 979	465	1 063	2 771	2 409	361	3 722	3 375	347	*
12	7 874	7 431	443	-	2 297	2 268	30	2 966	2 698	269	*
13	7 560	5 277	-	2 283	1 975	1 765	209	2 593	2 343	250	*
14	7 290	6 816	138	336	1 909	1 877	32	2 526	2 366	160	*
15	5 905	5 169	204	532	1 891	1 434	458	2 462	2 350	113	*
16	4 857	4 103	399	355	1 497	1 332	164	2 393	2 161	232	
17	4 444	3 449	562	433	1 454	1 442	12	2 053	1 940	113	
18	4 409	2 477	1 246	686	1 429	1 186	243	1 661	1 544	117	
19	4 280	2 791	781	708	1 354	1 354	-	1 205	1 205	-	
20	3 807	3 224	228	355	1 166	1 085	81	1 174	1 061	113	
21	3 730	2 951	236	542	1 156	1 156	-	1 147	1 024	123	
22	3 434	2 773	287	374	1 137	1 085	52	999	883	117	
23	3 174	2 290	504	380	1 100	989	111	921	806	116	
24	3 122	2 034	1 059	29	1 034	1 034	-	807	807	-	
25	2 924	2 093	445	386	994	992	2	807	807	-	
26	2 551	2 268	144	139	973	973	-	790	652	138	
27	2 243	2 015	52	175	962	750	212	783	783	-	
28	1 886	1 616	-	270	881	840	41	399	399	-	
29	1 833	1 833	-	-	879	879	-	398	398	-	
30	1 745	1 663	-	82	777	777	-	324	324	-	
31	1 206	928	137	141	731	731	-	270	270	-	
32	1 184	805	275	104	714	691	23	265	265	-	
33	1 135	1 007	17	111	708	708	-	254	254	-	
34	1 129	666	32	431	685	611	74	*	*	*	
35	1 109	682	361	66	681	681	-	*	*	*	
36	1 086	925	35	125	677	677	-	*	*	*	
37	998	948	15	35	633	579	55	*	*	*	
38	991	928	-	63	601	601	-	*	*	*	
39	954	945	-	9	576	562	14				
40	834	736	99	-	570	448	122				
41	821	642	-	179	553	503	50				
42	770	732	19	20	502	502	-				
43	760	717	43	-	476	476	-				
44	721	721	-	-	419	-	419				
45	705	705	-	-	395	395	-				
46	691	489	18	184	337	337	-				
47	673	231	363	80	325	306	19				
48	659	638	-	21	308	308	-				
49	602	467	93	43	263	263	-				
50	599	451	86	63	259	259	-				
51	592	264	307	21	257	257	-				

Leistungen und Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2016

Tabelle 1.21

Altersgruppe	Geschlecht	Versicherte	Brutto-	Kosten-	Netto-	Nettoleistungen	Staatsbeiträge	Staatsbeiträge
		Monate	leistungen	beteiligung	leistungen	pro vers. Monat	pro vers. Monat	
		in CHF						
Alle	M+F	471 944	170 567 867	10 710 790	159 941 887	339	40 784 282	86
0 - 16	M+F	77 767	8 649 202	-	8 734 012	112	7 784 282	100
Total 17+	M+F	394 177	161 918 665	10 710 790	151 207 875	384	33 000 000	84
	M	197 658	71 533 208	4 965 204	66 568 004	337	15 234 170	77
	F	196 519	90 385 457	5 745 586	84 639 871	431	17 765 830	90
17 - 25	M+F	49 080	9 278 424	728 055	8 550 369	174	1 376 362	28
	M	24 767	3 683 658	316 409	3 367 249	136	521 394	21
	F	24 313	5 594 766	411 647	5 183 119	213	854 968	35
26 - 30	M+F	29 010	6 195 808	751 818	5 443 990	188	954 245	33
	M	15 044	2 800 549	324 651	2 475 897	165	733 668	49
	F	13 966	3 395 260	427 167	2 968 093	213	220 578	16
31 - 35	M+F	29 706	6 973 567	814 043	6 159 524	207	781 864	26
	M	15 597	2 459 945	345 418	2 114 526	136	395 111	25
	F	14 109	4 513 623	468 625	4 044 998	287	386 753	27
36 - 40	M+F	31 977	7 903 399	908 206	6 995 194	219	1 035 674	32
	M	16 703	3 001 993	422 012	2 579 981	154	409 592	25
	F	15 274	4 901 406	486 193	4 415 213	289	626 082	41
41 - 45	M+F	35 512	8 459 234	1 010 487	7 448 747	210	982 837	28
	M	17 933	3 120 543	439 418	2 681 126	150	281 328	16
	F	17 579	5 338 690	571 069	4 767 621	271	701 509	40
46 - 50	M+F	41 294	11 359 162	1 205 954	10 153 208	246	1 421 391	34
	M	21 174	4 946 337	569 977	4 376 360	207	558 858	26
	F	20 120	6 412 825	635 977	5 776 849	287	862 533	43
51 - 55	M+F	39 866	14 257 257	1 253 681	13 003 575	326	2 414 959	61
	M	20 333	6 478 008	598 635	5 879 373	289	1 085 332	53
	F	19 533	7 779 249	655 046	7 124 203	365	1 329 627	68
56 - 60	M+F	35 674	15 698 027	1 172 276	14 525 751	407	3 024 078	85
	M	18 005	7 629 277	568 865	7 060 412	392	1 539 988	86
	F	17 669	8 068 750	603 411	7 465 339	423	1 484 090	84
61 - 65	M+F	28 839	14 674 456	943 757	13 730 699	476	2 725 929	95
	M	14 473	7 343 916	484 371	6 859 544	474	1 395 059	96
	F	14 366	7 330 540	459 385	6 871 155	478	1 330 871	93
66 - 70	M+F	25 478	17 161 503	620 315	16 541 188	649	4 025 373	158
	M	12 897	9 272 592	323 775	8 948 816	694	2 328 211	181
	F	12 581	7 888 912	296 539	7 592 372	603	1 697 162	135
71 - 75	M+F	19 799	15 283 723	500 401	14 783 322	747	3 817 381	193
	M	9 551	7 555 869	245 038	7 310 831	765	2 038 991	213
	F	10 248	7 727 854	255 363	7 472 491	729	1 778 391	174
76 - 80	M+F	13 295	13 145 317	362 436	12 782 881	961	3 592 849	270
	M	6 086	6 605 186	169 428	6 435 758	1 057	2 057 836	338
	F	7 209	6 540 131	193 008	6 347 123	880	1 535 013	213
81 - 85	M+F	8 023	9 844 633	228 325	9 616 307	1 199	2 998 943	374
	M	3 105	3 481 282	87 777	3 393 506	1 093	1 016 520	327
	F	4 918	6 363 350	140 549	6 222 802	1 265	1 982 423	403
86 - 90	M+F	4 469	6 822 221	139 077	6 683 145	1 495	2 158 101	483
	M	1 497	2 088 059	50 625	2 037 434	1 361	542 931	363
	F	2 972	4 734 163	88 451	4 645 711	1 563	1 615 170	543
91 +	M+F	2 155	4 861 933	71 959	4 789 975	2 223	1 690 013	784
	M	493	1 065 995	18 803	1 047 192	2 124	329 353	668
	F	1 662	3 795 939	53 156	3 742 783	2 252	1 360 661	819

Erläuterung zur Tabelle:

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

Anteil der Leistungen und der Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2016

Tabelle 1.22

Altersgruppe	Geschlecht	Versicherte Monate	Bruttoleistungen	Kostenbeteiligung	Nettoleistungen	Staatsbeiträge
		in %				
Alle	M+F	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0 - 16	M+F	16.5	5.1	-	5.5	19.1
Total 17+	M+F	83.5	94.9	100.0	94.5	80.9
	M	41.9	41.9	46.4	41.6	37.4
	F	41.6	53.0	53.6	52.9	43.6
17 - 25	M+F	10.4	5.4	6.8	5.3	3.4
	M	5.2	2.2	3.0	2.1	1.3
	F	5.2	3.3	3.8	3.2	2.1
26 - 30	M+F	6.1	3.6	7.0	3.4	2.3
	M	3.2	1.6	3.0	1.5	1.8
	F	3.0	2.0	4.0	1.9	0.5
31 - 35	M+F	6.3	4.1	7.6	3.9	1.9
	M	3.3	1.4	3.2	1.3	1.0
	F	3.0	2.6	4.4	2.5	0.9
36 - 40	M+F	6.8	4.6	8.5	4.4	2.5
	M	3.5	1.8	3.9	1.6	1.0
	F	3.2	2.9	4.5	2.8	1.5
41 - 45	M+F	7.5	5.0	9.4	4.7	2.4
	M	3.8	1.8	4.1	1.7	0.7
	F	3.7	3.1	5.3	3.0	1.7
46 - 50	M+F	8.7	6.7	11.3	6.3	3.5
	M	4.5	2.9	5.3	2.7	1.4
	F	4.3	3.8	5.9	3.6	2.1
51 - 55	M+F	8.4	8.4	11.7	8.1	5.9
	M	4.3	3.8	5.6	3.7	2.7
	F	4.1	4.6	6.1	4.5	3.3
56 - 60	M+F	7.6	9.2	10.9	9.1	7.4
	M	3.8	4.5	5.3	4.4	3.8
	F	3.7	4.7	5.6	4.7	3.6
61 - 65	M+F	6.1	8.6	8.8	8.6	6.7
	M	3.1	4.3	4.5	4.3	3.4
	F	3.0	4.3	4.3	4.3	3.3
66 - 70	M+F	5.4	10.1	5.8	10.3	9.9
	M	2.7	5.4	3.0	5.6	5.7
	F	2.7	4.6	2.8	4.7	4.2
71 - 75	M+F	4.2	9.0	4.7	9.2	9.4
	M	2.0	4.4	2.3	4.6	5.0
	F	2.2	4.5	2.4	4.7	4.4
76 - 80	M+F	2.8	7.7	3.4	8.0	8.8
	M	1.3	3.9	1.6	4.0	5.0
	F	1.5	3.8	1.8	4.0	3.8
81 - 85	M+F	1.7	5.8	2.1	6.0	7.4
	M	0.7	2.0	0.8	2.1	2.5
	F	1.0	3.7	1.3	3.9	4.9
86 - 90	M+F	0.9	4.0	1.3	4.2	5.3
	M	0.3	1.2	0.5	1.3	1.3
	F	0.6	2.8	0.8	2.9	4.0
91 +	M+F	0.5	2.9	0.7	3.0	4.1
	M	0.1	0.6	0.2	0.7	0.8
	F	0.4	2.2	0.5	2.3	3.3

Leistungsbezüger und Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger nach Altersgruppe, Geschlecht und Bruttokostengruppe 2016

Tabelle 1.23

Altersgruppe	Geschlecht	Leistungsbezüger				Durchschnittliche Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger			
		Gesamt		Bruttokostengruppe		Gesamt		Bruttokostengruppe	
		0 - 10 000 CHF	10 001 - 50 000 CHF	50 000+ CHF		0 - 10 000 CHF	10 001 - 50 000 CHF	50 000+ CHF	
Alle	M+F	42 079	38 324	3 352	403	4 054	1 796	21 001	77 773
0 - 16	M+F	7 086	7 018	63	5	1 221	1 029	16 330	79 928
Total 17+	M+F	34 993	31 306	3 289	398	4 627	1 968	21 091	77 746
17 - 25	M	17 715	16 104	1 416	195	4 038	1 647	20 809	79 753
	F	17 278	15 202	1 873	203	5 231	2 308	21 304	75 818
	M+F	4 454	4 325	112	17	2 083	1 288	19 704	88 286
26 - 30	M	2 251	2 197	46	8	1 636	1 006	19 793	70 438
	F	2 203	2 128	66	9	2 540	1 579	19 642	104 151
	M+F	2 778	2 679	88	11	2 230	1 296	18 878	96 497
31 - 35	M	1 460	1 419	32	9	1 918	862	20 107	103 788
	F	1 318	1 260	56	2	2 576	1 786	18 175	63 686
	M+F	2 748	2 630	110	8	2 538	1 603	18 466	90 879
36 - 40	M	1 463	1 430	29	4	1 681	992	22 501	97 391
	F	1 285	1 200	81	4	3 513	2 331	17 022	84 367
	M+F	2 883	2 722	148	13	2 741	1 514	18 378	81 736
41 - 45	M	1 538	1 477	56	5	1 952	1 015	19 841	78 406
	F	1 345	1 245	92	8	3 644	2 106	17 488	83 817
	M+F	3 179	3 010	155	14	2 661	1 538	18 116	73 027
46 - 50	M	1 627	1 569	54	4	1 918	1 197	18 165	65 327
	F	1 552	1 441	101	10	3 440	1 909	18 089	76 107
	M+F	3 619	3 374	227	18	3 139	1 710	19 081	69 828
51 - 55	M	1 869	1 756	106	7	2 647	1 411	19 296	60 569
	F	1 750	1 618	121	11	3 664	2 036	18 893	75 720
	M+F	3 471	3 159	288	24	4 108	1 992	19 891	93 149
56 - 60	M	1 790	1 650	130	10	3 619	1 742	20 382	95 451
	F	1 681	1 509	158	14	4 628	2 266	19 488	91 504
	M+F	3 064	2 704	317	43	5 123	2 294	19 560	76 638
61 - 65	M	1 555	1 375	160	20	4 906	2 046	20 301	78 400
	F	1 509	1 329	157	23	5 347	2 550	18 804	75 106
	M+F	2 484	2 131	316	37	5 908	2 649	19 802	74 923
66 - 70	M	1 258	1 081	157	20	5 838	2 591	19 040	77 680
	F	1 226	1 050	159	17	5 979	2 708	20 555	71 679
	M+F	2 168	1 750	375	43	7 916	3 116	21 448	85 251
71 - 75	M	1 099	877	196	26	8 437	3 189	21 268	88 735
	F	1 069	873	179	17	7 380	3 042	21 644	79 921
	M+F	1 688	1 291	346	51	9 054	3 255	20 774	76 334
76 - 80	M	820	635	156	29	9 214	3 194	20 580	79 892
	F	868	656	190	22	8 903	3 315	20 933	71 645
	M+F	1 133	797	293	43	11 602	3 990	22 405	79 083
81 - 85	M	519	359	133	27	12 727	3 913	22 530	81 628
	F	614	438	160	16	10 652	4 054	22 300	74 789
	M+F	697	434	227	36	14 124	3 783	24 674	72 267
86 - 90	M	272	182	74	16	12 799	3 768	24 095	63 272
	F	425	252	153	20	14 973	3 794	24 955	79 462
	M+F	409	221	163	25	16 680	4 020	26 655	63 561
91 +	M	143	81	56	6	14 602	4 327	22 995	74 973
	F	266	140	107	19	17 798	3 842	28 571	59 957
	M+F	218	79	124	15	22 302	4 076	29 689	57 233
	M	51	16	31	4	20 902	3 560	25 419	55 260
	F	167	63	93	11	22 730	4 207	31 112	57 951

Versicherte nach Bruttokostenstufe 2016

Tabelle 1.24

Bruttokostenstufe	Versicherte	Gesamt	Durchschnittliche	Anteil Versicherte	Anteil
		Bruttokosten	Bruttokosten pro		Bruttokosten
		in CHF	in CHF	in %	in %
Alle	42 079	170 567 867	4 054	100.0	100.0
CHF 0	6 057	-147 626	-24	14.4	-0.1
CHF 1 - 1 000	14 265	5 916 469	415	33.9	3.5
CHF 1 001 - 2 000	6 062	8 783 993	1 449	14.4	5.1
CHF 2 001 - 3 000	3 614	8 890 279	2 460	8.6	5.2
CHF 3 001 - 4 000	2 457	8 530 531	3 472	5.8	5.0
CHF 4 001 - 5 000	1 726	7 729 889	4 478	4.1	4.5
CHF 5 001 - 6 000	1 268	6 951 450	5 482	3.0	4.1
CHF 6 001 - 7 000	981	6 354 175	6 477	2.3	3.7
CHF 7 001 - 8 000	757	5 658 902	7 475	1.8	3.3
CHF 8 001 - 9 000	618	5 244 617	8 486	1.5	3.1
CHF 9 001 - 10 000	519	4 915 899	9 472	1.2	2.9
CHF 10 001 - 15 000	1 344	16 325 949	12 147	3.2	9.6
CHF 15 001 - 20 000	658	11 348 108	17 246	1.6	6.7
CHF 20 001 - 25 000	400	8 903 033	22 258	1.0	5.2
CHF 25 001 - 30 000	275	7 531 497	27 387	0.7	4.4
CHF 30 001 - 35 000	219	7 093 687	32 391	0.5	4.2
CHF 35 001 - 40 000	171	6 377 280	37 294	0.4	3.7
CHF 40 001 - 45 000	139	5 891 510	42 385	0.3	3.5
CHF 45 001 - 50 000	146	6 925 696	47 436	0.3	4.1
CHF 50 001 - 60 000	145	7 852 969	54 158	0.3	4.6
CHF 60 001 - 70 000	82	5 320 210	64 881	0.2	3.1
CHF 70 001 - 80 000	51	3 777 796	74 074	0.1	2.2
CHF 80 001 - 90 000	25	2 134 549	85 382	0.1	1.3
CHF 90 001 - 100 000	28	2 637 985	94 214	0.1	1.5
CHF 100 000+	72	9 619 019	133 597	0.2	5.6

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.

2 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)

Betriebsrechnung 2016

Tabelle 2.1

Kontenbezeichnung	Konto	in CHF		
		Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
Ertrag				
Prämiensoll	61	33 242 616	187 852	33 054 764
Erlösminderungen für Prämien	64	-198 114	-827	-197 287
Andere Prämienanteile	65	-5 010	-110	-4 900
Bruttoprämien	= 61 bis 65	33 039 492	186 915	32 852 577
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-175 178	-3 855	-171 323
Versicherungsprämien	= 61 bis 66	32 864 314	183 060	32 681 254
Staatsbeiträge	67	-	-	-
Sonstige Betriebserträge	69	649	4	645
Versicherungsertrag	= 6	32 864 963	183 064	32 681 899
Aufwand				
Nettoleistungen	31	-26 702 511	-552 091	-26 150 421
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-130 170	-2 744	-127 426
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 31 bis 35	-26 832 682	-554 835	-26 277 847
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-	-	-
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	72 000	1 367	70 633
Versicherungsaufwand	= 3	-26 760 682	-553 468	-26 207 214
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-1 014 656	-5 382	-1 009 274
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-117 690	-851	-116 838
EDV-Kosten	420	-160 392	-1 249	-159 143
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-23 749	-347	-23 402
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-559 332	-8 641	-550 691
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-1 030 208	-2 239	-1 027 970
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	104 855	781	104 074
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-2 801 172	-17 929	-2 783 243
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-92 867	-1 178	-91 689
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-9 503	-119	-9 384
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-	-	-
Betriebsaufwand	= 4	-2 903 542	-19 226	-2 884 316
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-29 664 224	-572 694	-29 091 530
Betriebsergebnis	6-3-4	3 200 740	-389 629	3 590 369
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	227 192	72	227 120
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	3 427 931	-389 558	3 817 489
Reserven	CHF	7 754 898		
Rückstellungen	CHF	4 424 247		

Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht 2016

Tabelle 2.2

	Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
	in CHF		
Prämiensoll			
Gesamt	33 242 616	187 852	33 054 764
Frauen	10 078 007	86 681	9 991 326
Männer	23 164 609	101 171	23 063 437
Nettoleistungen			
Gesamt	26 702 511	552 091	26 150 421
Frauen	13 625 430	171 392	13 454 038
davon Mutterschaft	5 031 621	21 170	5 010 451
Männer	13 077 081	380 698	12 696 383

Ausbezahlte Taggelder 2016

Tabelle 2.3

Wartezeit	Anzahl	Betrag in CHF
Gesamt	211 624	26 702 511
0 oder 1 Tag	16 121	2 693 089
2 bis 30 Tage	123 671	14 262 336
31 bis 60 Tage	29 130	4 016 997
61 bis 90 Tage	33 399	3 782 750
91 bis 180 Tage	4 560	493 753
181 bis 360 Tage	4 743	1 453 587

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.

3 Freiwillige Versicherungen (FV)

Betriebsrechnung 2016

Tabelle 3.1

Kontobezeichnung	Konto	in CHF		
		Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
Ertrag				
Prämiensoll	63	50 486 783	10 626 639	39 860 144
Erlösminderungen für Prämien	64	-85 683	-25 435	-60 248
Andere Prämienanteile	65	-5 841	-2 701	-3 139
Bruttoprämien	= 63 bis 65	50 395 259	10 598 503	39 796 757
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-405 626	-131 940	-273 686
Versicherungsprämien	= 63 bis 66	49 989 633	10 466 563	39 523 071
Staatsbeiträge	67	-	-	-
Sonstige Betriebserträge	69	380	117	263
Versicherungsertrag	= 6	49 990 013	10 466 680	39 523 334
Aufwand				
Bruttoleistungen	331	-37 895 839	-8 756 327	-29 139 512
Kostenbeteiligung der Versicherten	332	124 027	27 590	96 437
Nettoleistungen	= 33	-37 771 812	-8 728 737	-29 043 075
Veränderungen der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	351 198	247 522	103 676
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 33 bis 35	-37 420 614	-8 481 215	-28 939 398
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	442 032	148 919	293 113
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-135 800	-61 200	-74 600
Versicherungsaufwand	= 3	-37 114 382	-8 393 496	-28 720 885
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-5 962 177	-996 890	-4 965 287
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-607 662	-106 335	-501 327
EDV-Kosten	420	-536 264	-100 290	-435 974
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-76 036	-17 165	-58 871
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-1 254 344	-327 369	-926 976
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-738 600	-178 134	-560 467
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	70 855	20 678	50 177
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-9 104 229	-1 705 505	-7 398 725
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-106 416	-34 599	-71 817
Abschreibungen auf Anlagevermögen	54	-7 046	-2 813	-4 233
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-	-	-
Betriebsaufwand	= 4	-9 217 692	-1 742 917	-7 474 775
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-46 332 073	-10 136 413	-36 195 660
Betriebsergebnis	6-3-4	3 657 940	330 267	3 327 674
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	340 081	47 945	292 136
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	3 998 021	378 211	3 619 810
Reserven	CHF	27 684 067		
Rückstellungen	CHF	13 177 146		

Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht 2016

Tabelle 3.2

	Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
	in CHF		
Prämiensoll			
Gesamt	50 486 783	10 626 639	39 860 144
Frauen	26 812 084	6 297 935	20 514 149
Männer	23 674 699	4 328 704	19 345 995
Bruttoleistungen			
Gesamt	37 895 839	8 756 327	29 139 512
Frauen	20 926 762	6 166 373	14 760 389
davon Mutterschaft	866 504	134 539	731 965
Männer	16 969 077	2 589 954	14 379 123

4 Gesamtgeschäft der Versicherer

Betriebsrechnung 2016

Tabelle 4.1

Kontobezeichnung	Konto	CHF	Anteil in %
Ertrag			
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	137 296 401	52.5
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	33 242 616	12.7
Prämien Freiwillige Versicherungen	63	50 486 783	19.3
Prämiensoll	= 60 bis 63	221 025 799	84.5
Erlösminderung auf Prämien	64	-839 922	-0.3
Andere Prämienanteile	65	-31 720	-0.0
Bruttoprämien	= 60 bis 65	220 154 158	84.2
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-594 474	-0.2
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	219 559 684	84.0
Staatsbeiträge	67	41 955 551	16.0
Sonstige Betriebserträge	69	2 817	0.0
Versicherungsertrag	= 6	261 518 052	100.0
Aufwand			
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	300	-170 108 927	69.3
Kostenbeteiligung der oblig. Krankenpflegeversicherung	302	10 679 956	-4.3
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-26 702 511	10.9
Freiwillige Versicherungen	331	-37 895 839	15.4
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	124 027	-0.1
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-223 903 294	91.2
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-203 279	0.1
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-224 106 573	91.2
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	442 032	-0.2
Risikoausgleich	37	-100 679	0.0
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-526 099	0.2
Versicherungsaufwand	= 3	-224 291 319	91.3
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-12 534 395	5.1
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-1 309 834	0.5
EDV-Kosten	420	-1 256 987	0.5
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-186 240	0.1
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-3 421 635	1.4
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-2 444 470	1.0
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	310 988	-0.1
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-20 842 574	8.5
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-472 713	0.2
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-31 166	0.0
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-	-
Betriebsaufwand	= 4	-21 346 454	8.7
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-245 637 772	100.0
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	1 810 336	
Versicherungsertrag	CHF	261 518 052	
Versicherungs- und Betriebsaufwand	CHF	-245 637 772	
Neutraler Aufwand und Ertrag	CHF	1 810 336	
Gesamtergebnis	CHF	17 690 616	

Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31.12.2016

Tabelle 4.2

	CHF
Reserven	102 670 681
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	66 174 120
Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	7 754 898
Freiwillige Versicherungen (FV)	27 684 067
Übriges Eigenkapital	1 057 597
Versicherungstechnische Rückstellungen	86 740 581
Ordentliche oblig. Krankenpflegeversicherung	51 238 386
Oblig. Krankengeldversicherung	4 424 247
Freiwillige Versicherungen	13 177 146
Rückstellungen für Überschussbeteiligungen	4 300 000
Risikoausgleich	2 500 000
Fonds	11 100 802

5 Arzneimittel

Kassenpflichtige Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen 2016

Tabelle 5

	Anzahl Packungen	Anteil in %	Umsatz in CHF zu Marktpreisen	Anteil in % (Marktpreise)	Umsatz in CHF zu Werkpreisen	Anteil in % (Werkpreise)
Gesamt	518 707	100.0	25 431 986	100.0	17 513 434	100.0
Stoffwechsel	147 694	28.5	10 151 933	39.9	7 395 987	42.2
Nervensystem	94 646	18.2	3 953 916	15.5	2 698 294	15.4
Gastroenterologica	44 646	8.6	1 286 494	5.1	726 867	4.2
Herz und Kreislauf	46 882	9.0	2 313 223	9.1	1 454 269	8.3
Dermatologica	36 439	7.0	699 562	2.8	379 365	2.2
Infektionskrankheiten	31 113	6.0	2 166 641	8.5	1 473 679	8.4
Lunge und Atmung	30 981	6.0	892 387	3.5	581 907	3.3
Oto-Rhinolaryngologica	25 159	4.9	278 627	1.1	142 925	0.8
Ophtalmologica	21 479	4.1	1 056 931	4.2	814 281	4.6
Blut	20 294	3.9	1 566 421	6.2	1 178 937	6.7
Nieren und Wasserhaushalt	11 141	2.1	548 749	2.2	335 187	1.9
Diagnostica	3 742	0.7	325 195	1.3	236 876	1.4
Gynaecologica	4 083	0.8	126 730	0.5	64 420	0.4
Antidota	404	0.1	55 787	0.2	29 454	0.2
Radio-Nuklide	4	0.0	9 315	0.0	937	0.0
Kationenaustauscher	1	0.0	75	0.0	51	0.0

Erläuterung zur Tabelle:

Umsatz zu Marktpreisen: Die Differenz zu den Angaben der Versicherer (Tabelle 1.10) ergibt sich einerseits dadurch, dass bei den Arzneimitteln in der Tabelle 5 auch die Arzneimittel der Spitäler dabei sind, welche bei den Angaben der Versicherer in den Spitälern (ambulant) enthalten sind. Andererseits rechnen nicht alle Apotheken und Arztapotheken elektronisch ab, was zu einer leichten Untererfassung führt.

6 Prämienverbilligung

Ausbezahlte Subventionen nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2016

Tabelle 6.4

	Total	Frauen	Männer	Ø Total	Ø Frauen	Ø Männer
	in CHF			in CHF pro Person		
Total - ausbezahlte Subventionen	5 668 390	3 288 974	2 379 416	1 990	1 985	1 998
17 - 25 Jahre	566 727	280 490	286 237	1 662	1 631	1 694
26 - 65 Jahre	3 151 922	1 680 795	1 471 127	2 027	2 030	2 024
Über 65 Jahre	1 949 741	1 327 689	622 052	2 048	2 021	2 109
Alleinstehend / Alleinerziehend	4 400 827	2 645 748	1 755 079	1 999	1 985	2 020
Verheiratet	1 267 563	643 226	624 337	1 962	1 985	1 939

Ausbezahlte Subventionen, Anzahl Bezüger und Bezügerquote nach Wohnort 2016

Tabelle 6.5

Wohnort	Total ausbezahlte Subventionen	Anteil am Total	Bezüger			Bezügerquote in %		
	in CHF	in %	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	5 668 390	100.0	2 848	1 657	1 191	9.0	10.2	7.6
Oberland	3 624 299	63.9	1 808	1 069	739	8.8	10.1	7.4
Vaduz	989 705	17.5	488	302	186	10.3	12.3	8.2
Triesen	794 447	14.0	391	220	171	9.1	9.8	8.3
Balzers	529 276	9.3	269	158	111	7.1	8.1	5.9
Triesenberg	358 221	6.3	182	109	73	8.0	9.8	6.3
Schaan	924 718	16.3	463	274	189	9.1	10.5	7.6
Planken	27 932	0.5	15	6	9	4.1	3.3	5.0
Unterland	1 906 583	33.6	947	545	402	8.4	9.6	7.2
Eschen	724 455	12.8	350	201	149	9.5	10.9	8.2
Mauren	593 670	10.5	299	164	135	8.5	9.2	7.7
Gamprin	230 539	4.1	115	70	45	8.5	10.3	6.7
Ruggell	216 991	3.8	108	59	49	6.0	6.5	5.6
Schellenberg	140 928	2.5	75	51	24	8.4	11.1	5.5
Ausland	77 713	1.4	54	26	28	*	*	*
Unbekannt	59 796	1.1	39	17	22	*	*	*

Erläuterung zur Tabelle:

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

7 Staatsbeiträge

Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich 2016

Tabelle 7.1

	Betrag CHF	Anteil in %
Gesamt	71 004 748	100.0
Staatsbeiträge an Krankenkassen	40 373 153	56.9
Staatsbeiträge an Spitäler	24 785 307	34.9
Prämienverbilligung gemäss Landesrechnung	5 666 288	8.0
Krankenkassenverband, Landesbeitrag	180 000	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 2016

Tabelle 7.2

Spital / Heilanstalt	Betrag CHF	Anteil in %
Gesamt	24 785 307	100.0
Liechtensteinisches Landesspital Vaduz	6 153 979	24.8
Beiträge an Spitäler in der Schweiz	17 886 504	72.2
Beiträge an Spitäler in Vorarlberg	744 824	3.0

Zeitreihen

8 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Versicherer und Versicherte seit 2007

Tabelle 8.1

	Versicherer der obligatorischen Krankenpflege	Versicherten- bestand am 31.12.	Erwachsene			Jugendliche	Kinder
			Gesamt	Frauen	Männer		
2007	4	35 761	27 096	13 783	13 313	1 752	6 913
2008	4	36 014	27 427	13 922	13 505	1 773	6 814
2009	4	36 346	27 778	14 060	13 718	1 735	6 833
2010	3	36 601	28 077	14 219	13 858	1 764	6 760
2011	3	36 981	28 475	14 435	14 040	1 751	6 755
2012	3	37 590	29 125	14 679	14 446	1 758	6 707
2013	3	38 006	29 575	14 844	14 731	1 772	6 659
2014	3	38 764	30 295	15 101	15 194	1 802	6 667
2015	3	39 142	30 676	15 280	15 396	1 803	6 663
2016	3	39 444	31 025	15 418	15 607	1 741	6 678

Anzahl Versicherer nach Versichertenbestand seit 2007

Tabelle 8.2

	Gesamt	1 - 500 Versicherte	501 - 1 000 Versicherte	1 001 - 2 500 Versicherte	2 501 - 5 000 Versicherte	5 001 - 10 000 Versicherte	10 001+ Versicherte
2007	4	1	-	1	-	1	1
2008	4	1	-	1	-	1	1
2009	4	1	-	1	-	1	1
2010	3	1	-	-	-	1	1
2011	3	1	-	-	-	1	1
2012	3	-	1	-	-	1	1
2013	3	-	1	-	-	1	1
2014	3	-	1	-	-	1	1
2015	3	-	-	1	-	1	1
2016	3	-	-	1	-	1	1

Zusammenfassung der Betriebsrechnungen seit 2007

Tabelle 8.3

	Prämiensoll	Bruttoleistungen	Kostenbeteiligung	Nettoleistungen	Betriebsaufwand	Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	Staatsbeiträge	Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen
in CHF								
2007	70 330 881	126 638 061	8 828 381	117 809 681	7 515 394	-55 958 704	52 565 166	-3 393 538
2008	75 659 210	130 780 655	9 060 586	121 720 069	7 196 681	-55 625 374	54 131 220	-1 494 154
2009	79 878 008	135 556 263	9 164 047	126 392 216	8 012 337	-51 665 561	59 030 287	7 364 726
2010	83 487 554	137 542 777	9 351 883	128 190 893	7 269 487	-51 584 103	64 914 687	13 330 584
2011	90 058 786	143 240 061	9 596 018	133 644 043	7 502 689	-59 896 600	61 131 675	1 235 075
2012	93 498 156	143 289 471	9 751 259	133 538 212	7 442 197	-48 474 436	62 819 695	14 345 259
2013	97 164 302	164 063 245	10 349 301	153 713 944	8 545 638	-69 434 607	60 723 480	-8 711 127
2014	114 437 483	166 225 895	10 440 953	155 784 942	8 674 549	-47 211 634	49 490 955	2 279 321
2015	130 396 838	167 317 275	10 636 290	156 680 985	8 624 704	-39 280 992	39 679 595	398 603
2016	137 296 401	170 108 927	10 679 956	159 428 970	9 225 220	-31 690 887	41 955 551	10 264 664

Zusammenfassung der Betriebsrechnungen pro versicherte Person seit 2007

Tabelle 8.4

	Prämiensoll	Bruttoleistungen	Kostenbeteiligung	Nettoleistungen	Betriebsaufwand	Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	Staatsbeiträge	Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen
in CHF								
2007	1 967	3 541	247	3 294	210	-1 565	1 470	-95
2008	2 101	3 631	252	3 380	200	-1 545	1 503	-41
2009	2 198	3 730	252	3 477	220	-1 421	1 624	203
2010	2 281	3 758	256	3 502	199	-1 409	1 774	364
2011	2 435	3 873	259	3 614	203	-1 620	1 653	33
2012	2 487	3 812	259	3 552	198	-1 290	1 671	382
2013	2 557	4 317	272	4 044	225	-1 827	1 598	-229
2014	2 952	4 288	269	4 019	224	-1 218	1 277	59
2015	3 331	4 275	272	4 003	220	-1 004	1 014	10
2016	3 481	4 313	271	4 042	234	-803	1 064	260

Erläuterung zur Tabelle:

Prämiensoll: Für Kinder (versicherte Personen bis zum vollendeten 16. Altersjahr) werden keine Prämien erhoben. Sie sind aber bei den Berechnungen pro versicherte Person berücksichtigt.

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

Betriebsrechnungen nach Unterkonti seit 2012

Tabelle 8.5

Kontenbezeichnung	Konto	in CHF				
		2012	2013	2014	2015	2016
Prämiensoll	60	93 498 156	97 164 302	114 437 483	130 396 838	137 296 401
Erlösminderungen für Prämien	64	-227 706	-340 180	-543 657	-880 728	-556 125
Andere Prämienanteile	65	10	-	-290	-	-20 869
Bruttoprämien	= 60 bis 65	93 270 460	96 824 122	113 893 536	129 516 110	136 719 407
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-41 389	-22 880	-36 336	-40 849	-13 670
Versicherungsprämien	= 60 bis 66	93 229 072	96 801 242	113 857 200	129 475 261	136 705 737
Staatsbeiträge	67	62 819 695	60 723 480	49 490 955	39 679 595	41 955 551
Sonstige Betriebserträge	69	110	533	247	920	1 788
Versicherungsertrag	= 6	156 048 877	157 525 255	163 348 402	169 155 777	178 663 075
Bruttoleistungen	300	-143 289 471	-164 063 245	-166 225 895	-167 317 275	-170 108 927
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	9 751 259	10 349 301	10 440 953	10 636 290	10 679 956
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-133 538 212	-153 713 944	-155 784 942	-156 680 985	-159 428 970
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-1 576 043	-4 917 657	692 901	-3 400 979	-424 307
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-135 114 255	-158 631 601	-155 092 041	-160 081 964	-159 853 277
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-	-	-	-	-
Risikoausgleich	37	-25 881	244 599	-251 371	-1 945	-100 679
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-639 200	-130 800	-2 237 800	-	-462 299
Versicherungsaufwand	= 3	-135 779 336	-158 517 802	-157 581 212	-160 083 909	-160 416 255
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-7 024 561	-8 370 943	-8 429 321	-8 460 580	-8 937 173
Sonstige Aufwendungen	= 47 bis 49	-417 636	-174 695	-245 228	-164 124	-288 047
Betriebsaufwand	= 4	-7 442 197	-8 545 638	-8 674 549	-8 624 704	-9 225 220
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-143 221 533	-167 063 440	-166 255 761	-168 708 613	-169 641 476
Betriebsergebnis	= 6-3-4	12 827 344	-9 538 185	-2 907 359	447 164	9 021 600
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	1 517 915	827 058	5 186 681	-48 561	1 243 064
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	14 345 259	-8 711 127	2 279 321	398 603	10 264 664
Reserven		53 815 656	44 887 340	53 404 259	54 908 259	66 174 120
Rückstellungen		42 622 537	48 040 194	49 347 293	50 814 079	51 238 386

Veränderung von ausgewählten Aufwand- und Ertragspositionen seit 2012

Tabelle 8.6

Kontenbezeichnung	Konto	in %	2012	2013	2014	2015	2016	jährliche Veränderung seit 2012
Prämien Soll	60		3.8	3.9	17.8	13.9	5.3	10.1
Bruttoprämien	= 60 bis 65		3.7	3.8	17.6	13.7	5.6	10.0
Staatsbeiträge	67		2.8	-3.3	-18.5	-19.8	5.7	-9.6
Versicherungsertrag	= 6		3.3	0.9	3.7	3.6	5.6	3.4
Bruttoleistungen	300		0.0	14.5	1.3	0.7	1.7	4.4
Kostenbeteiligung der Versicherten	302		1.6	6.1	0.9	1.9	0.4	2.3
Nettoleistungen	= 30 bis 33		-0.1	15.1	1.3	0.6	1.8	4.5
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35		-4.0	17.4	-2.2	3.2	-0.1	4.3
Versicherungsaufwand	= 3		-3.5	16.7	-0.6	1.6	0.2	4.3
Betriebsaufwand	= 4		-0.8	14.8	1.5	-0.6	7.0	5.5
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4		-3.3	16.6	-0.5	1.5	0.6	4.3
Reserven			50.1	-16.6	19.0	2.8	20.5	5.3

Bruttoprämien nach Personengruppe seit 2007

Tabelle 8.7

	Gesamt	Erwachsene		Jugendliche	Kinder	
		Gesamt	Frauen			Männer
	in CHF					
2007	70 330 881	68 113 270	35 045 698	33 067 572	2 217 611	-
2008	75 659 210	73 256 874	37 659 203	35 597 671	2 402 337	-
2009	79 878 008	77 426 753	39 703 643	37 723 110	2 451 255	-
2010	83 487 554	80 916 695	41 447 800	39 468 895	2 570 860	-
2011	90 058 786	87 321 642	44 755 161	42 566 481	2 737 144	-
2012	93 498 156	90 694 220	46 248 069	44 446 151	2 803 936	-
2013	97 164 302	94 280 342	47 939 328	46 341 015	2 883 960	-
2014	114 437 483	110 964 913	56 213 615	54 751 297	3 352 260	120 310
2015	130 396 838	126 491 450	63 841 718	62 649 732	3 766 829	138 560
2016	137 296 401	133 333 116	67 262 479	66 070 637	3 804 542	158 742
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	5.3	5.4	5.4	5.5	1.0	14.6
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	7.7	7.7	7.5	8.0	6.2	*

Bruttoleistungen nach Personengruppe seit 2007

Tabelle 8.8

	Gesamt	Erwachsene		Jugendliche	Kinder	
		Gesamt	Frauen			Männer
	in CHF					
2007	126 638 060	114 974 605	65 996 057	48 978 548	3 073 009	8 590 446
2008	130 780 655	118 901 449	68 033 200	50 868 250	3 049 869	8 829 337
2009	135 556 263	123 922 209	70 284 355	53 637 854	2 942 286	8 691 768
2010	137 542 777	125 486 213	70 582 832	54 903 381	3 373 215	8 683 349
2011	143 240 061	131 829 693	74 362 385	57 467 308	2 992 362	8 418 005
2012	143 289 471	132 311 105	76 099 614	56 211 491	2 833 890	8 144 476
2013	164 063 245	150 273 058	85 597 639	64 675 419	3 912 284	9 877 902
2014	166 225 895	153 291 089	87 221 303	66 069 786	3 929 905	9 004 901
2015	167 317 275	155 003 362	86 900 730	68 102 632	3 671 594	8 642 319
2016	170 108 927	157 237 300	87 387 235	69 850 064	4 137 615	8 734 012
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.7	1.4	0.6	2.6	12.7	1.1
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	3.3	3.5	3.2	4.0	3.4	0.2

Kostenbeteiligung nach Personengruppe seit 2007

Tabelle 8.9

	Gesamt	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
	in CHF			
2007	8 828 381	8 826 016	1 894	471
2008	9 060 586	9 059 313	1 603	-330
2009	9 164 047	9 163 387	520	140
2010	9 351 883	9 351 550	275	58
2011	9 596 018	9 593 945	1 888	185
2012	9 751 259	9 745 717	6 174	-632
2013	10 349 301	10 343 280	6 021	-
2014	10 440 953	10 431 754	9 199	-
2015	10 636 290	10 626 009	10 280	-
2016	10 679 956	10 658 545	21 411	-
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	0.4	0.3	108.3	*
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	2.1	2.1	30.9	*

Nettoleistungen nach Personengruppe seit 2007

Tabelle 8.10

	Gesamt	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
	in CHF			
2007	117 809 680	106 148 589	3 071 115	8 589 975
2008	121 720 070	109 842 136	3 048 266	8 829 667
2009	126 392 217	114 758 822	2 941 766	8 691 628
2010	128 190 895	116 134 663	3 372 941	8 683 290
2011	133 644 044	122 235 749	2 990 474	8 417 820
2012	133 538 213	122 565 388	2 827 716	8 145 109
2013	153 713 944	139 929 779	3 906 263	9 877 902
2014	155 784 942	142 859 335	3 920 705	9 004 901
2015	156 680 985	144 377 352	3 661 314	8 642 319
2016	159 428 970	146 578 754	4 116 204	8 734 012
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.8	1.5	12.4	1.1
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	3.4	3.7	3.3	0.2

Bruttoprämien pro prämienspflichtige Person nach Personengruppe seit 2007

Tabelle 8.11

	Gesamt	Erwachsene			Jugendliche	Kinder
		Gesamt	Frauen	Männer		
	in CHF					
2007	2 438	2 514	2 543	2 484	1 266	-
2008	2 591	2 671	2 705	2 636	1 355	-
2009	2 707	2 787	2 824	2 750	1 413	-
2010	2 798	2 882	2 915	2 848	1 457	-
2011	2 980	3 067	3 100	3 032	1 563	-
2012	3 027	3 114	3 151	3 077	1 595	-
2013	3 100	3 188	3 230	3 146	1 628	-
2014	3 565	3 663	3 723	3 603	1 860	18
2015	4 015	4 123	4 178	4 069	2 089	21
2016	4 190	4 298	4 363	4 233	2 185	24
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	6.2	6.1	6.2	6.1	6.3	*

Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2007

Tabelle 8.12

	Gesamt	Erwachsene			Jugendliche	Kinder
		Gesamt	Frauen	Männer		
	in CHF					
2007	3 541	4 243	4 788	3 679	1 754	1 243
2008	3 631	4 335	4 887	3 767	1 720	1 296
2009	3 730	4 461	4 999	3 910	1 696	1 272
2010	3 758	4 469	4 964	3 962	1 912	1 285
2011	3 873	4 630	5 152	4 093	1 709	1 246
2012	3 812	4 543	5 184	3 891	1 612	1 214
2013	4 317	5 081	5 766	4 390	2 208	1 483
2014	4 288	5 060	5 776	4 348	2 181	1 351
2015	4 275	5 053	5 687	4 423	2 036	1 297
2016	4 313	5 068	5 668	4 476	2 377	1 308
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	2.2	2.0	1.9	2.2	3.4	0.6

Kostenbeteiligung pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2007

Tabelle 8.13

	Alle	Erwachsene	Jugendliche	Kind
	in CHF			
2007	247	326	1	-
2008	252	330	1	0
2009	252	330	0	0
2010	256	333	0	0
2011	259	337	1	0
2012	259	335	4	0
2013	272	350	3	-
2014	269	344	5	-
2015	272	346	6	-
2016	271	344	12	-
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	1.0	0.6	31.0	*

Nettoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2007

Tabelle 8.14

	Alle	Erwachsene	Jugendliche	Kind
	in CHF			
2007	3 294	3 918	1 753	1 243
2008	3 380	4 005	1 719	1 296
2009	3 477	4 131	1 696	1 272
2010	3 502	4 136	1 912	1 285
2011	3 614	4 293	1 708	1 246
2012	3 552	4 208	1 608	1 214
2013	4 044	4 731	2 204	1 483
2014	4 019	4 716	2 176	1 351
2015	4 003	4 707	2 031	1 297
2016	4 042	4 725	2 364	1 308
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	2.3	2.1	3.4	0.6

Bruttoleistungen nach Kategorie seit 2007

Tabelle 8.15

	Gesamt	Spitalkosten	Ambulante Arztkosten ohne Arzneimittel	Arzneimittel- kosten	Physio- therapeuten	Chiro- praktoren	Abgabestelle MiGel	Spitex/ Familienhilfe/ Pflege	Andere
	in CHF								
2007	126 638 061	44 066 591	30 502 439	22 061 531	5 789 663	805 395	872 792	2 782 994	19 756 656
2008	130 780 654	44 372 412	32 420 977	22 199 680	6 201 310	924 704	921 070	2 886 714	20 853 789
2009	135 556 263	47 367 553	35 338 060	23 343 860	6 126 095	789 164	967 906	2 388 507	19 235 119
2010	137 542 777	48 184 628	34 359 924	23 919 763	6 449 115	862 232	1 055 465	1 268 476	21 443 174
2011	143 240 061	48 650 508	35 267 583	24 575 187	6 872 267	863 926	872 933	1 371 900	24 765 756
2012	143 289 471	49 190 410	35 114 295	24 081 580	6 868 147	1 497 290	708 073	1 455 946	24 373 730
2013	164 063 245	60 129 707	40 617 084	24 797 589	7 659 963	1 964 205	896 891	1 548 776	26 449 030
2014	166 225 895	61 079 796	39 761 671	25 106 241	7 723 085	1 946 576	874 428	*	29 734 097
2015	167 317 275	61 422 403	37 767 547	26 074 448	7 794 570	1 861 945	959 773	*	31 436 589
2016	170 108 927	65 372 371	37 994 213	26 896 151	7 061 512	1 610 561	1 114 299	*	30 059 819
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.7	6.4	0.6	3.2	-9.4	-13.5	16.1	*	-4.4
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	3.3	4.5	2.5	2.2	2.2	8.0	2.8	*	4.8

Erläuterung zu der Tabelle:

Physiotherapeuten: In dieser Position sind auch die Kosten von medizinischen Masseuren enthalten (Details vgl. Tabelle 1.10).

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.

Mit der ab 2014 eingeführten zentralen Organisation der Familienhilfe in Liechtenstein sind weniger als 15 Leistungserbringer in dieser Kategorie. Aus diesem Grund werden die Spitexorganisationen ab 2014 zur Kategorie „Andere Berufe der Gesundheitspflege“ gezählt.

Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Kategorie seit 2007

Tabelle 8.16

		Gesamt	Spitalkosten	Ambulante Arztkosten ohne Arzneimittel	Arzneimittelkosten	Physiotherapeuten	Chiropraktoren	Abgabestelle MiGel	Spitex/ Familienhilfe/ Pflege	Andere
2007	Pro vers. Person CHF	3 541	1 232	853	617	162	23	24	78	552
	Anteil in %	100.0	34.8	24.1	17.4	4.6	0.6	0.7	2.2	15.6
2008	Pro vers. Person CHF	3 631	1 232	900	616	172	26	26	80	579
	Anteil in %	100.0	33.9	24.8	17.0	4.7	0.7	0.7	2.2	15.9
2009	Pro vers. Person CHF	3 730	1 303	972	642	169	22	27	66	529
	Anteil in %	100.0	34.9	26.1	17.2	4.5	1.7	2.7	1.8	11.1
2010	Pro vers. Person CHF	3 758	1 316	939	654	176	24	29	35	586
	Anteil in %	100.0	35.0	25.0	17.4	4.7	0.6	0.8	0.9	15.6
2011	Pro vers. Person CHF	3 873	1 316	954	665	186	23	24	37	670
	Anteil in %	100.0	34.0	24.6	17.2	4.8	0.6	0.6	1.0	17.3
2012	Pro vers. Person CHF	3 812	1 309	934	641	183	40	19	39	649
	Anteil in %	100.0	34.3	24.5	16.8	4.8	1.0	0.5	1.0	17.0
2013	Pro vers. Person CHF	4 317	1 582	1 069	652	202	52	24	41	696
	Anteil in %	100.0	36.7	24.8	15.1	4.7	1.2	0.5	0.9	16.1
2014	Pro vers. Person CHF	4 288	1 576	1 026	648	199	50	23	*	767
	Anteil in %	100.0	36.7	23.9	15.1	4.6	1.2	0.5	*	17.9
2015	Pro vers. Person CHF	4 275	1 569	965	666	199	48	25	*	803
	Anteil in %	100.0	36.7	22.6	15.6	4.7	1.1	0.6	*	18.8
2016	Pro vers. Person CHF	4 313	1 657	963	682	179	41	28	*	762
	Anteil in %	100.0	38.4	22.3	15.8	4.2	0.9	0.7	*	17.7
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %		0.9	5.6	-0.2	2.4	-10.1	-14.2	15.2	*	-5.1
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %		2.2	3.3	1.4	1.1	1.1	6.8	1.6	*	3.6

Anzahl der Konsultationen seit 2009

Tabelle 8.17

	Gesamt	Ambulante Spitalkonsultationen	Ambulante Arztkonsultationen	Konsultationen pro versicherte Person
2009	325 465	27 431	298 034	9.0
2010	334 768	28 881	305 887	9.1
2011	344 342	33 625	310 717	9.3
2012	345 678	35 751	309 927	9.2
2013	*	*	*	*
2014	317 721	41 478	276 243	8.2
2015	315 772	46 521	269 251	8.1
2016	316 184	45 805	270 379	8.0

Erläuterung zur Tabelle:

Ambulante Arztkonsultationen: Die ambulanten Arztkonsultationen beinhalten Arztbesuche und telefonische Konsultationen, jedoch keine Hausbesuche. Arztbesuche allein zum Zweck des Medikamentenbezuges werden nicht als Konsultation gezählt.

2011 - 2014: 2011 ist das letzte komplette Jahr mit dem alten Arzttarif, 2012 beinhaltet Abrechnungen mit dem alten und dem neuen Arzttarif, 2013 war ein Krankenversicherer nicht in der Lage, die Anzahl Konsultationen zu liefern, und 2014 ist das erste komplette Jahr mit dem neuen Arzttarif.

Anmerkungen zur Datenqualität der Konsultationen finden sich im Kapitel C Methodik und Qualität, Abschnitt 2.2.1, letzter Absatz.

Anzahl Leistungserbringende (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Kategorie der Leistungserbringenden seit 2012

Tabelle 8.18

Kategorie	Kennwert	2012	2013	2014	2015	2016	
Spitäler	N	166	158	154	163	173	
	BL	49 415 389	60 507 112	61 380 914	61 943 996	66 128 607	
	AM	297 683	382 956	398 577	380 025	382 246	
	davon mit OKP-Vertrag	N	27	27	27	28	27
	BL	45 296 838	55 399 173	56 155 175	57 626 535	61 801 519	
	AM	1 677 661	2 051 821	2 079 821	2 058 091	2 288 945	
Ärzte	N	1 344	1 357	1 460	1 401	1 463	
	BL	53 276 965	59 582 907	58 284 050	56 478 038	57 381 145	
	AM	39 641	43 908	39 921	40 313	39 222	
	davon mit OKP-Vertrag	N	79	77	75	78	80
	BL	46 888 163	52 890 396	50 991 107	48 384 558	49 333 254	
	AM	593 521	686 888	679 881	620 315	616 666	
Behandlungen	N	1 327	1 342	1 423	1 356	1 422	
	BL	35 043 417	40 560 369	39 714 976	34 468 578	34 912 215	
	AM	26 408	30 224	27 909	25 419	24 551	
	davon mit OKP-Vertrag	N	79	77	75	78	80
	BL	30 827 056	35 875 641	33 975 123	28 567 517	28 965 595	
	AM	390 216	465 917	453 002	366 250	362 070	
Arzneimittel	N	687	734	778	759	809	
	BL	18 233 977	19 022 538	18 569 073	18 529 335	19 065 477	
	AM	26 541	25 916	23 868	24 413	23 567	
	davon mit OKP-Vertrag	N	74	72	71	74	74
	BL	16 061 106	17 014 755	17 015 984	16 971 983	17 511 223	
	AM	217 042	236 316	239 662	229 351	236 638	
Praxislabors	N	*	*	*	519	548	
	BL	*	*	*	3 480 126	3 403 453	
	AM	*	*	*	6 705	6 211	
	davon mit OKP-Vertrag	N	*	*	*	56	60
	BL	*	*	*	2 845 058	2 856 435	
	AM	*	*	*	50 805	47 607	
Physiotherapeuten	N	150	153	152	170	171	
	BL	6 858 862	7 649 993	7 722 750	7 796 821	7 053 915	
	AM	46 659	50 000	50 808	45 864	41 251	
	davon mit OKP-Vertrag	N	44	51	51	54	55
	BL	6 293 933	7 510 223	7 491 025	7 368 618	6 729 496	
	AM	143 044	147 259	146 883	136 456	122 354	
Apotheken	N	290	298	322	322	325	
	BL	5 844 465	5 772 395	6 473 080	7 543 871	7 824 317	
	AM	20 153	19 370	20 103	23 428	24 075	
Chiropraktoren	N	31	34	30	24	31	
	BL	1 497 112	1 965 266	1 946 314	1 862 142	1 610 513	
	AM	48 294	57 802	64 877	77 589	51 952	
Abgabestellen MiGeL	N	39	36	33	31	36	
	BL	708 073	896 891	874 386	962 049	1 113 771	
	AM	18 156	24 914	26 497	31 034	30 938	
Ergotherapeuten	N	25	20	20	17	22	
	BL	535 245	556 611	589 014	623 418	620 531	
	AM	21 410	27 831	29 451	36 672	28 206	
Zahnärzte	N	55	49	54	56	60	
	BL	248 679	232 063	225 657	257 776	300 515	
	AM	4 521	4 736	4 179	4 603	5 009	
Hebammen	N	21	19	27	24	21	
	BL	116 523	140 188	135 256	152 303	244 879	
	AM	5 549	7 378	5 009	6 346	11 661	
Übrige Rechnungsstellende	N	215	217	206	207	207	
	BL	24 788 126	26 766 989	28 568 922	29 669 657	28 235 322	
	AM	115 294	123 350	138 684	143 332	136 403	

Erläuterung zur Tabelle:

Total: Die Bruttoleistungen pro Kategorie können aufgrund unterschiedlicher Datenquellen mit unterschiedlichen Abrechnungszeitpunkten und unterschiedlichen Auswertungskriterien von den Angaben in der Tabelle 1.10 bzw. 8.15 abweichen. Behandlungen/ Praxislabors: Bis 2014 waren die Leistungen des Praxislabors in den Behandlungen enthalten.

Verteilung der Bruttoleistungen nach Kategorien der Leistungserbringenden seit 2012

Tabelle 8.19

		2012	2013	2014	2015	2016
Kategorie	Kennwert					
Spitäler	Q1	1 212	765	1 760	1 235	1 025
	Md	8 073	8 108	10 572	12 536	7 339
	Q3	43 013	57 214	63 732	65 526	63 794
davon mit OKP-Vertrag	Q1	69 335	120 888	155 995	155 985	212 358
	Md	338 368	578 116	580 504	540 592	785 555
	Q3	1 252 136	1 392 608	2 286 177	1 640 998	2 398 613
Ärzte	Q1	123	160	204	234	222
	Md	340	441	575	622	625
	Q3	1 290	1 580	1 908	2 286	2 133
davon mit OKP-Vertrag	Q1	186 600	225 817	238 408	210 370	223 400
	Md	465 374	560 020	567 907	517 481	535 570
	Q3	844 366	951 925	920 890	839 064	840 176
Behandlungen	Q1	107	135	192	208	189
	Md	286	369	535	531	511
	Q3	1 050	1 298	1 714	1 878	1 730
davon mit OKP-Vertrag	Q1	126 631	210 665	198 727	153 808	158 998
	Md	312 694	385 435	355 952	306 166	296 054
	Q3	537 378	585 105	568 423	470 683	470 167
Arzneimittel	Q1	34	41	35	41	39
	Md	147	138	121	150	150
	Q3	984	824	819	938	870
davon mit OKP-Vertrag	Q1	32 184	25 804	24 117	21 026	32 116
	Md	150 827	174 130	192 042	155 037	167 355
	Q3	329 096	324 983	357 394	308 627	333 453
Praxislabors	Q1	*	*	*	35	35
	Md	*	*	*	99	107
	Q3	*	*	*	425	420
davon mit OKP-Vertrag	Q1	*	*	*	5 966	4 077
	Md	*	*	*	23 050	24 402
	Q3	*	*	*	70 534	66 085
Physiotherapeuten	Q1	235	400	433	516	506
	Md	895	1 154	1 742	1 729	1 752
	Q3	33 375	33 748	40 242	38 924	31 892
davon mit OKP-Vertrag	Q1	36 924	33 748	39 690	38 924	31 892
	Md	79 616	81 559	86 902	75 138	86 288
	Q3	202 829	214 082	199 897	192 008	160 057
Apotheken	Q1	52	57	52	42	47
	Md	157	142	131	119	126
	Q3	721	651	568	474	532
Chiropraktoren	Q1	154	211	178	359	205
	Md	288	393	426	492	437
	Q3	1 970	2 107	1 388	16 185	1 524
Abgabestellen MiGeL	Q1	411	554	808	924	838
	Md	1 892	1 720	2 834	3 158	3 647
	Q3	9 124	14 053	13 757	16 129	22 618
Ergotherapeuten	Q1	1 287	2 104	1 388	3 459	1 254
	Md	2 693	6 911	6 404	11 609	2 445
	Q3	9 242	34 220	46 149	33 188	18 984
Zahnärzte	Q1	333	362	329	571	235
	Md	820	1 139	1 331	1 270	699
	Q3	4 040	5 493	3 399	5 129	3 542
Hebammen	Q1	400	221	395	421	1 516
	Md	890	1 847	532	1 510	4 133
	Q3	4 683	11 735	6 640	5 990	14 603
Übrige Rechnungsstellende	Q1	230	362	425	368	500
	Md	1 411	1 607	2 076	1 854	1 883
	Q3	18 428	18 711	18 765	21 370	21 921

Erläuterung zur Tabelle:

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

Behandlungen/Praxislabors: Bis 2014 waren die Leistungen des Praxislabors in den Behandlungen enthalten.

Anzahl Leistungserbringende nach Kategorien mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2012

Tabelle 8.20

	BL > CHF 0	BL > CHF 1 000	BL > CHF 5 000	BL > CHF 10 000	BL > CHF 50 000	BL > CHF 100 000	BL > CHF 500 000	BL > CHF 1 000 000
2012 Total	2 336	846	474	370	216	171	69	35
Spitäler	166	130	99	76	37	28	14	8
Ärzte	1 344	385	185	138	89	79	39	17
Physiotherapeuten	150	71	51	47	29	18	*	*
Apotheken	290	55	23	18	8	7	*	*
Chiropraktoren	31	9	6	6	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	39	22	12	9	*	*	*	*
Ergotherapeuten	25	20	9	6	*	*	*	*
Zahnärzte	55	26	11	*	*	*	*	*
Hebammen	21	10	*	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	215	118	73	58	40	29	10	8
2013 Total	2 341	895	488	392	226	176	84	38
Spitäler	158	116	91	76	42	32	17	10
Ärzte	1 357	426	188	145	90	80	49	18
Physiotherapeuten	153	81	58	50	33	19	*	*
Apotheken	298	59	19	16	8	*	*	*
Chiropraktoren	34	10	7	7	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	36	22	12	10	*	*	*	*
Ergotherapeuten	20	16	11	8	*	*	*	*
Zahnärzte	49	28	13	*	*	*	*	*
Hebammen	19	10	6	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	217	127	83	67	40	32	10	7
2014 Total	2 458	1 027	533	409	227	178	76	37
Spitäler	154	133	97	78	44	32	17	11
Ärzte	1 460	540	219	163	93	79	43	15
Physiotherapeuten	152	85	63	54	34	22	*	*
Apotheken	322	57	30	18	7	6	*	*
Chiropraktoren	30	11	6	6	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	33	23	13	9	*	*	*	*
Ergotherapeuten	20	17	11	9	*	*	*	*
Zahnärzte	54	30	11	*	*	*	*	*
Hebammen	27	11	8	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	206	120	75	62	37	30	9	9
2015 Total	2 415	1 045	554	440	238	180	75	34
Spitäler	163	125	97	88	45	32	15	9
Ärzte	1 401	552	229	171	95	80	42	14
Physiotherapeuten	170	100	68	60	39	23	*	*
Apotheken	322	55	27	17	8	*	*	*
Chiropraktoren	24	8	7	*	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	31	23	15	13	*	*	*	*
Ergotherapeuten	17	16	11	9	*	*	*	*
Zahnärzte	56	32	14	7	*	*	*	*
Hebammen	24	14	6	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	207	120	80	63	40	31	11	8

	BL > CHF 0	BL > CHF 1 000	BL > CHF 5 000	BL > CHF 10 000	BL > CHF 50 000	BL > CHF 100 000	BL > CHF 500 000	BL > CHF 1 000 000
2016 Total	2 509	1 055	542	440	251	185	76	38
Spitäler	173	130	95	82	47	39	16	12
Ärzte	1 463	549	232	176	100	80	44	15
Physiotherapeuten	171	98	63	57	40	22	*	*
Apotheken	325	56	26	21	8	6	*	*
Chiropraktoren	31	9	7	7	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	36	24	15	14	*	*	*	*
Ergotherapeuten	22	17	9	6	*	*	*	*
Zahnärzte	60	27	11	*	*	*	*	*
Hebammen	21	16	9	7	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	207	129	75	65	39	28	11	8

Lesebeispiel:

6 Apotheken rechneten im Jahr 2016 Bruttoleistungen von mehr als CHF 100 000 gegenüber den Krankenkassen ab.

Erläuterung zur Tabelle:

Wenn ein Feld fünf oder weniger Leistungserbringende aufweist, wird der Wert durch einen Stern ersetzt, um Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringende zu vermeiden.

Anzahl Ärzte (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Fachgruppe seit 2012

Tabelle 8.21

Fachgruppe	Kennwert	2012	2013	2014	2015	2016
Allgemeine und Innere Medizin	N	418	413	455	426	457
	BL	27 506 518	29 541 333	27 700 732	27 295 073	26 286 465
	AM	65 805	71 529	60 881	64 073	57 520
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	N	33	31	28	30	30
	BL	26 239 348	27 864 741	26 028 424	25 106 816	24 355 001
	AM	795 132	898 863	929 587	836 894	811 833
Behandlungen	N	415	406	435	405	438
	BL	15 629 769	17 571 523	16 249 633	13 160 962	12 473 155
	AM	37 662	43 280	37 355	32 496	28 478
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	N	33	31	28	30	30
	BL	14 830 883	16 489 218	15 059 434	11 801 471	11 286 837
	AM	449 421	531 910	537 837	393 382	376 228
Arzneimittel	N	278	280	309	308	310
	BL	11 876 749	11 969 810	11 451 099	11 624 614	11 351 226
	AM	42 722	42 749	37 059	37 742	36 617
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	N	31	30	28	30	29
	BL	11 408 465	11 375 523	10 968 990	11 013 613	10 787 855
	AM	368 015	379 184	391 750	367 120	371 995
Praxislabors	N	*	*	*	237	236
	BL	*	*	*	2 509 497	2 462 083
	AM	*	*	*	10 589	10 433
<i>davon mit OKP-Vertrag</i>	N	*	*	*	30	29
	BL	*	*	*	2 291 732	2 280 309
	AM	*	*	*	76 391	78 631
Kinder- und Jugendmedizin	N	46	41	34	35	37
	BL	3 534 982	4 276 077	3 630 076	3 140 770	3 370 299
	AM	76 847	104 295	106 767	89 736	91 089
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	2 525 779	3 177 527	2 619 120	2 202 608	2 324 755
Arzneimittel	BL	1 009 204	1 098 551	1 010 956	938 162	1 045 544
Psychiatrie und Psychotherapie	N	78	92	98	98	85
	BL	3 237 614	3 727 088	3 883 120	3 543 520	3 585 154
	AM	41 508	40 512	39 624	36 158	42 178
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	2 280 253	2 730 659	2 910 356	2 645 480	2 623 123
Arzneimittel	BL	957 361	996 430	972 764	898 040	962 031
Gynäkologie und Geburtshilfe	N	121	111	129	114	122
	BL	2 070 525	2 325 518	2 429 541	2 209 612	2 257 548
	AM	17 112	20 951	18 834	19 383	18 504
Behandlungen	BL	1 769 204	1 990 326	2 111 771	1 772 895	1 806 470
Arzneimittel	BL	301 321	335 192	317 770	289 543	309 539
Praxislabors	BL	*	*	*	147 174	141 539
Orthopädische Chirurgie	N	56	58	61	68	68
	BL	1 443 181	1 605 397	1 547 110	1 396 469	1 515 414
	AM	25 771	27 679	25 362	20 536	22 285
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	1 028 852	1 176 409	1 124 062	1 028 581	1 140 924
Arzneimittel	BL	414 328	428 988	423 048	367 888	374 490
Chirurgie	N	39	45	42	*	*
	BL	1 205 845	1 436 296	1 302 633	*	*
	AM	30 919	31 918	31 015	*	*
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	1 098 445	1 326 139	1 190 360	*	*
Arzneimittel	BL	107 399	110 157	112 273	*	*

Fachgruppe	Kennwert	2012	2013	2014	2015	2016
Radiologie	N	39	37	42	40	38
	BL	119 521	124 210	207 311	224 629	271 646
	AM	3 065	3 357	4 936	5 616	7 149
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	106 056	114 478	190 241	203 150	247 422
Arzneimittel	BL	13 465	9 732	17 070	21 479	24 224
Neurochirurgie	N	*	*	*	*	15
	BL	*	*	*	*	204 949
	AM	*	*	*	*	13 663
Übrige Rechnungsstellende	N	547	560	599	620	641
	BL	14 159 208	16 546 987	17 583 527	18 667 966	19 889 671
	AM	25 885	29 548	29 355	30 110	31 029

Erläuterung zur Tabelle:

Orthopädische Chirurgie = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Behandlungen/ Praxislabors: Bis 2014 waren die Leistungen des Praxislabors in den Behandlungen enthalten. Die Leistungen des Praxislabors werden weiterhin den Behandlungen zugerechnet, wenn sie die Anonymitätskriterien nicht erfüllen (Kapitel C Methodik und Qualität, Abschnitt 1.5).

Verteilung der Bruttoleistungen nach Fachgruppen der Ärzte seit 2012

Tabelle 8.22

Fachgruppe	Kennwert (in CHF)	2012	2013	2014	2015	2016
Allgemeine und Innere Medizin	Q1	94	123	155	154	172
	Md	260	329	388	503	422
	Q3	938	1 007	1 369	1 482	1 378
davon mit OKP-Vertrag	Q1	443 011	509 385	532 678	441 243	532 571
	Md	647 123	770 598	765 810	698 502	711 775
	Q3	1 044 178	1 192 720	1 160 484	1 115 952	1 053 723
Behandlungen	Q1	68	80	147	137	112
	Md	175	264	365	351	291
	Q3	590	741	986	904	855
davon mit OKP-Vertrag	Q1	233 940	290 241	304 544	203 573	222 063
	Md	374 982	430 755	459 493	310 835	316 102
	Q3	554 562	674 198	634 862	473 285	467 483
Arzneimittel	Q1	28	39	32	35	33
	Md	124	131	112	125	121
	Q3	715	829	686	854	856
davon mit OKP-Vertrag	Q1	185 312	215 657	199 030	158 096	210 169
	Md	309 023	300 228	290 225	299 130	307 874
	Q3	533 045	518 522	565 161	584 836	567 642
Praxislabors	Q1	*	*	*	39	37
	Md	*	*	*	106	106
	Q3	*	*	*	334	380
davon mit OKP-Vertrag	Q1	*	*	*	12 003	26 581
	Md	*	*	*	59 795	49 789
	Q3	*	*	*	95 484	88 373
Kinder- und Jugendmedizin	Q1	72	88	135	130	121
	Md	192	250	525	401	208
	Q3	741	657	1 519	2 487	3 850
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	139	165	525	406	254
Arzneimittel	Md	154	123	470	208	153
Psychiatrie und Psychotherapie	Q1	492	446	610	803	1 101
	Md	1 346	1 590	1 911	2 364	3 322
	Q3	3 982	3 856	5 502	5 646	10 874
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	1 175	1 455	1 896	2 408	3 158
Arzneimittel	Md	1 371	417	742	782	1 229
Gynäkologie und Geburtshilfe	Q1	116	129	174	224	218
	Md	264	275	325	383	437
	Q3	618	742	1 465	1 532	1 206
Behandlungen	Md	231	249	355	345	354
Arzneimittel	Md	110	245	76	98	137
Praxislabors	Md	*	*	*	61	66
Orthopädische Chirurgie	Q1	135	198	212	220	254
	Md	297	550	395	499	683
	Q3	1 062	910	1 234	1 193	1 442
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	286	500	319	499	691
Arzneimittel	Md	66	82	95	93	122
Chirurgie	Q1	134	119	185	*	*
	Md	369	380	456	*	*
	Q3	871	667	1 000	*	*
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	350	386	423	*	*
Arzneimittel	Md	67	100	100	*	*

Fachgruppe	Kennwert (in CHF)	2012	2013	2014	2015	2016
Radiologie	Q1	236	428	443	440	398
	Md	664	816	945	876	1 190
	Q3	2 215	3 688	2 892	3 410	4 228
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	548	681	881	819	1 133
	Arzneimittel	191	190	178	482	250
Neurochirurgie	Q1	*	*	*	*	235
	Md	*	*	*	*	999
	Q3	*	*	*	*	4 588
Übrige Rechnungsstellende	Q1	164	178	251	252	270
	Md	391	468	695	705	684
	Q3	1 676	1 923	2 387	2 688	2 126

Erläuterung zur Tabelle:

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

Orthopädische Chirurgie = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Behandlungen/ Praxislabors: Bis 2014 waren die Leistungen des Praxislabors in den Behandlungen enthalten. Die Leistungen des Praxislabors werden weiterhin den Behandlungen zugerechnet, wenn sie die Anonymitätskriterien nicht erfüllen (C Methodik und Qualität, 1.5 Datenaufbereitung, Absatz C).

Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2012

Tabelle 8.23

	BL > CHF 0	BL > CHF 1 000	BL > CHF 5 000	BL > CHF 10 000	BL > CHF 50 000	BL > CHF 100 000	BL > CHF 500 000	BL > CHF 1 000 000
2012 Total	1 344	385	185	138	89	79	39	17
Allgemeine und Innere Medizin	418	102	54	44	33	31	23	11
Kinder- und Jugendmedizin	46	10	8	6	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	78	45	15	9	7	6	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	121	24	9	8	7	*	*	*
Orthopädische Chirurgie	56	14	*	*	*	*	*	*
Chirurgie	39	7	6	6	*	*	*	*
Radiologie	39	15	7	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	547	168	82	59	31	26	8	*
2013 Total	1 357	426	188	145	90	80	49	18
Allgemeine und Innere Medizin	413	104	51	42	33	31	25	12
Kinder- und Jugendmedizin	41	10	8	7	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	92	53	21	12	8	8	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	111	24	10	9	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	58	14	6	*	*	*	*	*
Chirurgie	45	9	*	*	*	*	*	*
Radiologie	37	17	9	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	560	195	78	61	31	24	11	*
2014 Total	1 460	540	219	163	93	79	43	15
Allgemeine und Innere Medizin	455	137	54	43	32	29	23	9
Kinder- und Jugendmedizin	34	11	7	7	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	98	63	27	16	8	7	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	129	42	14	8	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	61	19	6	*	*	*	*	*
Chirurgie	42	11	6	*	*	*	*	*
Radiologie	42	20	8	7	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	599	237	97	72	35	26	10	*
2015 Total	1 401	552	229	171	95	80	42	14
Allgemeine und Innere Medizin	426	137	57	43	33	32	21	10
Kinder- und Jugendmedizin	35	12	7	*	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	98	70	27	19	8	7	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	114	37	13	10	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	68	24	6	*	*	*	*	*
Radiologie	40	17	8	7	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	620	255	111	81	38	27	12	*
2016 Total	1 463	549	232	176	100	80	44	15
Allgemeine und Innere Medizin	457	134	53	43	33	30	24	9
Kinder- und Jugendmedizin	37	12	8	7	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	85	65	32	24	8	7	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	122	36	15	11	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	68	24	*	*	*	*	*	*
Radiologie	38	21	8	7	*	*	*	*
Neurochirurgie	15	7	*	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	641	250	106	76	40	29	12	5

Erläuterung zur Tabelle:

Orthopädische Chirurgie: Diese Fachgruppe umfasst die orthopädische Chirurgie und die Traumatologie des Bewegungsapparates.

Chirurgie: Die Fachgruppe Chirurgie erfüllt 2015 nicht mehr alle Bedingungen für eine separate Darstellung und wird deshalb den übrigen Rechnungsstellenden zugerechnet.

Bruttoleistungen und Staatsbeiträge für Spitäler seit 2008

Tabelle 8.24

	Total	Beiträge der OKP		Staatsbeiträge
		ambulant	stationär	
	in 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
2013	82 056 849	17 887 443	37 511 730	26 657 676
2014	80 033 454	17 689 201	38 465 974	23 878 279
2015	81 986 323	20 106 281	37 520 254	24 359 788
2016	86 586 826	20 110 481	41 691 038	24 785 307

Erläuterung zur Tabelle:

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

Staatsbeiträge: Die Staatsbeiträge an die Spitäler ergeben sich aus der Beteiligung an stationären Spitalaufenthalten. Der Betrag von CHF 26.6 Mio. für das Jahr 2013 beinhaltet den Sanierungskredit an das Liechtensteinische Landesspital von CHF 3.1 Mio.

Spitalentlassungen pro 1 000 Einwohner nach Aufenthaltsart und Spitaltyp seit 2008

Tabelle 8.25

	Total	Aufenthaltsart		Spitaltyp			
		ambulant	stationär	Grundversorgung	Psychiatrie	Rehabilitation	andere Spezialkliniken
2008	386	*	*	363	4	11	7
2009	357	*	*	334	6	10	7
2010	744	*	*	690	11	10	33
2011	729	565	164	677	13	11	27
2012	675	499	176	614	17	13	31
2013	695	519	176	635	17	12	32
2014	682	507	175	623	18	11	30
2015	704	535	168	626	16	9	53
2016	807	618	188	717	19	12	59

Erläuterung zur Tabelle:

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

Total Spitalentlassungen: Die Anzahl der Spitalentlassungen ist 2012 tiefer, weil die Einführung des SwissDRG zu verzögerten Abrechnungen führte.

2012, 2013: Die Werte wurden korrigiert.

Kosten pro Spitalentlassung seit 2008

Tabelle 8.26

	Total	ambulant	stationär
	in 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	2 852	821	8 613
2013	3 180	928	9 834
2014	3 141	933	9 562
2015	3 098	998	9 779
2016	2 839	860	9 339

Erläuterung zur Tabelle:

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

Stationär: Bei den stationären Kosten werden die Staatsbeiträge mitberücksichtigt.

2012, 2013: Die Werte wurden korrigiert.

Bruttoleistungen pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2014

Tabelle 8.27

	Alle Versicherten			Frauen (ab 17 Jahren)			Männer (ab 17 Jahren)		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Altersgruppe									
ab 17 Jahren	410	407	411	467	459	460	353	355	362
alle Altersgruppen	360	358	361						
0 - 16	115	109	111	*	*	*	*	*	*
17 - 25	180	173	189	209	202	230	152	144	149
26 - 30	206	201	214	266	254	243	149	152	186
31 - 35	258	233	235	349	328	320	174	148	158
36 - 40	258	248	247	341	327	321	179	173	180
41 - 45	269	245	238	326	292	304	215	202	174
46 - 50	297	288	275	358	331	319	235	245	234
51 - 55	359	369	358	407	440	398	312	300	319
56 - 60	445	447	440	492	459	457	399	434	424
61 - 65	506	509	509	491	491	510	521	526	507
66 - 70	671	672	674	620	616	627	722	727	719
71 - 75	787	826	772	783	788	754	791	869	791
76 - 80	1018	920	989	972	933	907	1076	905	1085
81 - 85	1167	1263	1227	1172	1286	1294	1158	1227	1121
86 - 90	1544	1422	1527	1641	1478	1593	1314	1305	1395
91+	2191	2241	2256	2309	2295	2284	1861	2052	2162

Kostenbeteiligung pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2014

Tabelle 8.28

	Alle Versicherten			Frauen (ab 17 Jahren)			Männer (ab 17 Jahren)		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Altersgruppe									
Gesamt	23	23	23	30	30	29	25	25	25
0 - 16	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17 - 25	14	14	15	16	17	17	12	12	13
26 - 30	25	26	26	30	30	31	21	22	22
31 - 35	28	28	27	33	34	33	23	22	22
36 - 40	30	29	28	34	33	32	26	26	25
41 - 45	29	28	28	33	32	32	25	25	25
46 - 50	31	31	29	34	34	32	28	28	27
51 - 55	31	31	31	33	34	34	28	28	29
56 - 60	33	33	33	34	34	34	33	32	32
61 - 65	33	33	33	33	33	32	33	34	33
66 - 70	24	24	24	24	23	24	25	25	25
71 - 75	26	26	25	25	26	25	26	27	26
76 - 80	28	27	27	28	27	27	27	27	28
81 - 85	29	30	28	29	29	29	30	32	28
86 - 90	31	31	31	30	30	30	31	32	34
91+	34	33	33	32	32	32	38	37	38

9 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der OKG seit 2007

Tabelle 9.1

	Versicherungs- ertrag	Versicherungs- aufwand	Betriebs- aufwand	Versicherungs- und Betriebs- aufwand	Betriebs- ergebnis	Neutraler Aufwand und Ertrag	Gesamt- ergebnis
	6	3	4	= 3+4	=6-3-4	7	= 6-3-4+7
in CHF							
2007	24 084 715	-20 849 998	-2 277 833	-23 127 832	956 883	24 572	981 456
2008	23 649 604	-17 146 422	-2 281 352	-19 427 773	4 221 830	-603 063	3 618 767
2009	23 255 649	-21 230 086	-2 613 275	-23 843 362	-587 712	647 400	59 688
2010	23 239 065	-20 789 753	-2 744 879	-23 534 632	-295 567	180 775	-114 792
2011	23 280 699	-21 513 769	-2 815 415	-24 329 185	-1 048 485	-206 520	-1 255 005
2012	25 903 654	-25 091 412	-2 580 147	-27 671 559	-1 767 905	225 312	-1 542 594
2013	26 050 648	-26 523 723	-2 825 390	-29 349 114	-3 298 465	172 322	-3 126 143
2014	27 726 941	-25 416 120	-2 546 400	-27 962 519	-235 579	891 714	656 135
2015	28 880 596	-24 420 789	-2 568 394	-26 989 183	1 891 413	-627	1 890 786
2016	32 864 963	-26 760 682	-2 903 542	-29 664 224	3 200 740	227 192	3 427 931
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	13.8	9.6	13.0	9.9	69.2	*	81.3
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	3.5	2.8	2.7	2.8	14.4	28.0	14.9

Prämien und Nettoleistungen der OKG nach Geschlecht seit 2007

Tabelle 9.2

	Prämien			Nettoleistungen			
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	davon Mutterschaft	Männer
in CHF							
2007	23 692 323	7 301 631	16 390 692	18 913 216	8 086 697	3 463 770	10 826 519
2008	23 616 687	7 590 056	16 026 631	17 701 111	7 676 426	2 747 271	10 024 684
2009	23 361 553	7 824 431	15 537 122	19 593 786	8 931 612	3 512 880	10 662 174
2010	23 055 577	7 798 624	15 256 953	20 614 359	8 968 172	3 577 797	11 646 187
2011	23 443 319	7 207 600	16 235 719	21 481 910	10 037 151	3 591 995	11 444 758
2012	25 887 184	8 203 309	17 683 875	24 630 425	11 375 630	4 246 747	13 254 795
2013	26 374 025	8 082 688	18 291 337	25 904 044	11 007 707	4 179 873	14 896 337
2014	28 149 936	8 368 752	19 781 184	25 321 541	12 446 008	4 545 661	12 875 534
2015	29 343 373	8 724 723	20 618 650	24 209 174	11 583 183	4 231 326	12 625 991
2016	33 242 616	10 078 007	23 164 609	26 702 511	13 625 430	5 031 621	13 077 081
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	13.3	15.5	12.3	10.3	17.6	18.9	3.6
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	3.8	3.6	3.9	3.9	6.0	4.2	2.1

Anzahl ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2007

Tabelle 9.3

	Wartefrist in Tagen						
	Gesamt	0 - 1 Tag	2 - 30 Tage	31 - 60 Tage	61 - 90 Tage	91 - 180 Tage	181 - 360 Tage
2007	168 630	23 514	102 449	15 851	13 918	11 358	1 540
2008	154 356	19 272	95 964	16 580	14 359	8 108	73
2009	167 382	16 116	105 081	22 530	14 101	9 096	458
2010	169 123	14 274	108 876	21 289	18 384	6 394	-94
2011	183 130	14 112	117 108	20 809	19 977	11 079	44
2012	208 868	14 631	138 453	20 478	20 640	14 093	574
2013	215 727	20 910	134 469	18 774	28 270	11 870	1 433
2014	206 251	17 121	127 307	23 338	30 349	4 528	3 609
2015	192 154	11 018	117 158	25 154	32 278	3 545	3 000
2016	211 624	16 121	123 671	29 130	33 399	4 560	4 743
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	10.1	46.3	5.6	15.8	3.5	28.6	58.1
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	2.6	-4.1	2.1	7.0	10.2	-9.6	13.3

Ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2007

Tabelle 9.4

	Wartefrist in Tagen						
	Gesamt	0 - 1 Tag	2 - 30 Tage	31 - 60 Tage	61 - 90 Tage	91 - 180 Tage	181 - 360 Tage
in CHF							
2007	18 913 216	2 081 722	11 053 654	1 853 829	2 088 605	1 675 209	160 196
2008	17 701 110	1 876 581	10 442 312	2 202 700	2 070 583	1 100 175	8 760
2009	19 593 786	1 554 245	11 525 119	2 971 155	2 201 770	1 265 330	76 167
2010	20 614 360	1 445 581	12 613 354	2 909 463	2 522 176	1 153 393	-29 607
2011	21 481 910	1 875 857	13 049 764	2 684 229	2 409 758	1 447 713	14 589
2012	24 630 424	2 528 812	15 204 112	2 540 891	2 456 073	1 821 955	78 581
2013	25 904 044	3 170 988	15 385 066	2 412 006	3 161 172	1 624 079	150 732
2014	25 321 542	2 574 013	14 081 426	3 218 531	3 774 416	493 320	1 179 836
2015	24 209 174	2 450 542	13 076 925	3 433 412	3 720 478	369 559	1 158 258
2016	26 702 511	2 693 089	14 262 336	4 016 997	3 782 750	493 753	1 453 587
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	10.3	9.9	9.1	17.0	1.7	33.6	25.5
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	3.9	2.9	2.9	9.0	6.8	-12.7	27.8

10 Freiwillige Versicherungen (FV)

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der Freiwilligen Versicherungen seit 2007

Tabelle 10.1

	Versicherungs- ertrag	Versicherungs- aufwand	Betriebs- aufwand	Versicherungs- und Betriebsaufwand	Betriebs- ergebnis	Neutraler Aufwand und Ertrag	Gesamt- ergebnis
	6	3	4	= 3+4	=6-3-4	7	= 6-3-4+7
in CHF							
2007	35 016 160	-26 207 598	-6 397 281	-32 604 878	2 411 282	-168 922	2 242 361
2008	35 396 842	-26 940 438	-7 544 242	-34 484 681	912 161	-1 062 004	-149 842
2009	36 026 882	-31 528 812	-8 318 706	-39 847 518	-3 820 636	1 565 535	-2 255 101
2010	41 982 750	-32 245 542	-11 065 417	-43 310 959	-1 328 209	466 970	-861 239
2011	43 135 649	-32 863 953	-8 982 856	-41 846 808	1 288 841	-647 924	640 917
2012	45 749 813	-33 000 070	-9 695 416	-42 695 486	3 054 327	594 758	3 649 085
2013	48 325 429	-37 866 214	-9 877 745	-47 743 959	581 469	269 497	850 966
2014	46 236 905	-36 560 594	-8 624 079	-45 184 672	1 052 233	1 556 661	2 608 893
2015	47 464 466	-35 694 549	-8 629 222	-44 323 770	3 140 695	-44 500	3 096 195
2016	49 990 013	-37 114 382	-9 217 692	-46 332 073	3 657 940	340 081	3 998 021
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	5.3	4.0	6.8	4.5	16.5	*	29.1
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	4.0	3.9	4.1	4.0	4.7	*	6.6

Prämien und Bruttoleistungen der Freiwilligen Versicherungen nach Geschlecht seit 2007

Tabelle 10.2

	Prämiensoll			Bruttoleistungen			
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	davon Mutter- schaft	Männer
in CHF							
2007	35 041 312	18 573 810	16 467 502	25 601 084	15 100 861	909 522	10 500 224
2008	35 648 138	17 031 712	18 616 426	29 090 395	16 620 484	903 786	12 469 911
2009	36 328 105	19 332 611	16 995 495	31 390 931	17 369 621	945 903	14 021 310
2010	40 584 401	21 593 838	18 990 562	32 104 940	18 046 611	811 487	14 058 329
2011	43 520 901	23 165 441	20 355 460	32 270 946	18 522 839	951 541	13 748 107
2012	46 008 346	24 509 808	21 498 538	31 930 871	18 076 483	884 044	13 854 388
2013	48 657 720	25 928 597	22 729 122	36 846 226	19 824 866	842 421	17 021 360
2014	46 625 078	24 725 469	21 899 609	36 272 441	20 426 283	954 478	15 846 158
2015	47 906 780	25 429 986	22 476 794	36 106 252	19 759 495	733 838	16 346 756
2016	50 486 783	26 812 084	23 674 699	37 895 839	20 926 762	866 504	16 969 077
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	5.4	5.4	5.3	5.0	5.9	18.1	3.8
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	4.1	4.2	4.1	4.5	3.7	-0.5	5.5

11 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2007 - 2011 (Teil 1)

Tabelle 11.1a

Kontobezeichnung	Konto	2007	2008	2009	2010	2011
		in CHF				
Ertrag						
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	70 330 881	75 659 210	79 878 008	83 487 554	90 058 786
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	23 692 323	23 616 686	23 361 553	23 055 577	23 443 319
Prämien freiwillige Versicherungen	63	35 041 312	35 648 138	36 328 105	40 584 401	43 520 901
Prämien Soll	= 60 bis 63	129 064 516	134 924 034	139 567 667	147 127 532	157 023 007
Erlösminderung auf Prämien	64	765 942	128 090	-371 088	-269 497	-350 160
Andere Prämienanteile	65	248 506	-29 310	-38 686	-394 081	118 427
Bruttoprämien	= 60 bis 65	130 078 964	135 022 815	139 157 893	146 463 954	156 791 274
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-365 196	-264 586	-220 417	-421 429	-466 252
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	129 713 768	134 758 229	138 937 476	146 042 525	156 325 022
Staatsbeiträge	67	52 565 166	54 131 220	59 030 287	64 914 687	61 131 675
Sonstige Betriebserträge	69	19 882	3 729	-1 389	4 903 319	9 005
Versicherungsertrag	= 6	182 298 817	188 893 178	197 966 374	215 860 531	217 465 702
Aufwand						
Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	300	-126 638 061	-130 780 655	-135 556 263	-137 542 777	-143 240 061
Kostenbeteiligung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	302	8 828 381	9 060 586	9 164 047	9 351 883	9 596 018
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-18 913 216	-17 701 110	-19 593 786	-20 614 360	-21 481 910
Freiwillige Versicherungen	331	-25 601 084	-29 090 394	-31 390 931	-32 104 940	-32 270 946
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	78 473	71 001	94 368	86 657	93 566
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-162 245 508	-168 440 572	-177 282 565	-180 823 536	-187 303 332
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-3 774 857	2 574 831	1 783 831	-3 383 794	-8 150 070
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-166 020 365	-165 865 741	-175 498 734	-184 207 330	-195 453 402
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	52 207	166 692	74 571	312 542	269 662
Risikoausgleich	37	152 414	493 588	-88 558	-103 374	124 058
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-28 300	-1 019 400	-3 358 200	-181 400	-
Verbrauchsaufwand	= 3	-165 844 044	-166 224 861	-178 870 920	-184 179 563	-195 059 682
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-3 030 978	-3 225 762	-3 753 061	-3 531 428	-3 803 774
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, Reparaturen sowie Ersatz von Betriebseinrichtungen	410	-274 920	-355 294	-339 711	-313 927	-324 407
EDV-Kosten	420	-1 812 471	-1 301 890	-1 264 857	-1 208 562	-1 174 708
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-88 061	-88 983	-120 300	-122 084	-126 434
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-10 214 705	-10 600 568	-12 555 856	-12 681 473	-12 809 626
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-200 510	-442 867	-382 100	-288 861	-237 595
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	31 117	-23 079	58 104	49 764	54 566
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-15 590 529	-16 038 442	-18 357 780	-18 096 570	-18 421 978
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-137 696	-160 726	-232 459	-225 533	-229 896
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-425 420	-779 107	-319 295	-357 680	-649 086
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-36 863	-48 044	-34 785	-2 400 000	-
Betriebsaufwand	= 4	-16 190 508	-17 026 318	-18 944 319	-21 079 783	-19 300 960
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-182 034 552	-183 251 179	-197 815 239	-205 259 346	-214 360 642
Betriebsergebnis	=6-3-4	264 265	5 641 999	151 135	10 601 186	3 105 060
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	-433 987	-3 667 228	5 018 177	1 753 367	-2 484 074
Gesamtergebnis		-169 723	1 974 771	5 169 312	12 354 553	620 987

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2012 - 2016 (Teil 2)

Tabelle 11.1b

Kontobezeichnung	Konto	in CHF				
		2012	2013	2014	2015	2016
Ertrag						
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	93 498 156	97 164 302	114 437 483	130 396 838	137 296 401
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	25 887 184	26 374 025	28 149 936	29 343 373	33 242 616
Prämien freiwillige Versicherungen	63	46 008 346	48 657 720	46 625 078	47 906 780	50 486 783
Prämiensoll	= 60 bis 63	165 393 686	172 196 047	189 212 497	207 646 991	221 025 799
Erlösminderung auf Prämien	64	-215 632	-619 724	-807 276	-1 330 015	-839 922
Andere Prämienanteile	65	-34 818	-65 111	-157 984	-96 934	-31 720
Bruttoprämien	= 60 bis 65	165 143 236	171 511 212	188 247 237	206 220 042	220 154 158
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-260 820	-335 203	-426 433	-400 595	-594 474
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	164 882 416	171 176 008	187 820 804	205 819 447	219 559 684
Staatsbeiträge	67	62 819 695	60 723 480	49 490 955	39 679 595	41 955 551
Sonstige Betriebserträge	69	233	1 844	488	1 796	2 817
Versicherungsertrag	= 6	227 702 344	231 901 332	237 312 247	245 500 838	261 518 052
Aufwand						
Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	300	-143 289 471	-164 063 245	-166 225 895	-167 317 275	-170 108 927
Kostenbeteiligung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	302	9 751 259	10 349 301	10 440 953	10 636 290	10 679 956
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-24 630 425	-25 904 044	-25 321 541	-24 209 174	-26 702 511
Freiwillige Versicherungen	331	-31 930 871	-36 846 226	-36 272 441	-36 106 252	-37 895 839
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	107 274	93 184	111 219	118 221	124 027
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-189 992 234	-216 371 030	-217 267 705	-216 878 190	-223 903 294
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-3 195 712	-6 854 790	37 125	-3 577 393	-203 279
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-193 187 946	-223 225 820	-217 230 580	-220 455 582	-224 106 573
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	93 309	204 281	161 826	258 280	442 032
Risikoausgleich	37	-25 881	244 599	-251 371	-1 945	-100 679
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-750 300	-130 800	-2 237 800	-	-526 099
Versicherungsaufwand	= 3	-193 870 818	-222 907 739	-219 557 925	-220 199 247	-224 291 319
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-3 713 965	-12 910 936	-11 499 588	-11 684 782	-12 534 395
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, Reparaturen sowie Ersatz von Betriebseinrichtungen	410	-328 267	-1 066 679	-1 218 736	-1 043 971	-1 309 834
EDV-Kosten	420	-1 189 471	-1 123 106	-1 135 330	-1 139 419	-1 256 987
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-124 404	-86 685	-183 976	-182 299	-186 240
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-13 085 139	-3 787 485	-3 723 487	-3 561 888	-3 421 635
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-344 931	-1 898 195	-1 761 193	-2 096 243	-2 444 470
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	53 103	105 108	118 670	157 290	310 988
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-18 733 073	-20 767 978	-19 403 640	-19 551 312	-20 842 574
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-394 041	-445 327	-410 874	-243 611	-472 713
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-590 646	-35 469	-30 513	-27 397	-31 166
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-	-	-	-	-
Betriebsaufwand	= 4	-19 717 760	-21 248 774	-19 845 028	-19 822 319	-21 346 454
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-213 588 578	-244 156 513	-239 402 953	-240 021 566	-245 637 772
Betriebsergebnis	=6-3-4	14 113 765	-12 255 181	-2 090 705	5 479 272	15 880 280
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	2 337 985	1 268 877	7 635 055	-93 689	1 810 336
Gesamtergebnis		16 451 750	-10 986 304	5 544 350	5 385 583	17 690 616

Reserven der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2007

Tabelle 11.2

	Total	OKP	OKG	FV	Übriges Eigenkapital und nicht verteilte Gewinne
in CHF					
2007	41 569 992	14 410 698	3 736 409	19 080 106	4 342 779
2008	44 868 917	14 870 030	5 705 411	19 481 703	4 811 773
2009	53 407 565	23 616 498	8 501 618	20 761 201	528 247
2010	61 055 441	34 362 578	7 784 180	18 286 567	622 115
2011	61 676 427	35 842 415	6 535 825	18 945 955	352 232
2012	82 141 737	53 815 656	5 096 762	22 996 560	232 759
2013	71 286 233	44 887 340	2 329 322	23 534 674	534 898
2014	79 068 383	53 404 259	2 923 747	22 262 056	478 321
2015	84 453 966	54 908 259	4 958 595	23 835 019	752 093
2016	102 670 681	66 174 120	7 754 898	27 684 067	1 057 597
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	21.6	20.5	56.4	16.1	40.6
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	10.6	18.5	8.5	4.2	-14.5

Erläuterung zur Tabelle:

Reserven OKP und FV: Per 1.1.2014 wurde die erweiterte OKP eingeführt. Seit 2014 werden deshalb die Reserven der ehemals freiwilligen Versicherung nach Art. 16 Abs. 2 KVG nicht mehr unter den freiwilligen Versicherungen geführt, sondern werden der OKP zugewiesen. Das erklärt einen Teil des Anstiegs der Reserven der OKP.

Rückstellungen der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2007

Tabelle 11.3

	Versicherungstechnische Rückstellungen				Rückstellungen für Überschuss- beteiligungen	Risikoausgleich	Fonds
	Total	Ordentliche OKP	OKG	FV			
in CHF							
2007	61 143 724	35 161 839	2 890 568	12 224 317	-	3 800 000	7 067 000
2008	57 151 893	37 192 512	2 213 663	10 295 718	-	3 300 000	4 150 000
2009	55 463 753	35 235 560	2 649 964	10 032 538	-	3 300 000	4 245 691
2010	58 907 163	35 384 519	2 825 357	9 870 899	-	3 300 000	7 526 387
2011	66 741 549	42 346 494	2 757 217	10 097 135	-	3 300 000	8 240 704
2012	71 551 244	42 622 537	2 718 204	10 455 816	2 100 000	1 800 000	11 854 687
2013	79 777 134	48 040 194	3 337 883	12 553 269	2 200 000	1 800 000	11 845 787
2014	81 762 476	49 347 293	3 432 462	13 114 467	3 700 000	1 800 000	10 368 254
2015	85 551 478	50 814 079	3 644 077	13 008 344	3 650 000	2 500 000	11 934 978
2016	86 740 581	51 238 386	4 424 247	13 177 146	4 300 000	2 500 000	11 100 802
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.4	0.8	21.4	1.3	17.8	0.0	-7.0
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	4.0	4.3	4.8	0.8	*	-4.5	5.1

12 Arzneimittel

Arzneimittel und Anteil der Generika seit 2010

Tabelle 12

	Anzahl Packungen	Anteil Generika an der Anzahl Packungen in %	Umsatz in CHF (Marktpreis)	Anteil Generika am Umsatz in % (Marktpreis)	Umsatz in CHF (Werkpreis)	Anteil Generika am Umsatz in % (Werkpreis)
2010	441 482	13.1	18 435 752	9.9	12 131 570	8.8
2011	489 359	13.1	24 226 312	8.6	16 893 355	7.3
2012	418 018	14.3	19 011 664	10.5	12 864 469	9.3
2013	545 316	16.1	23 208 980	14.5	15 475 743	13.2
2014	523 806	16.5	23 910 857	14.2	16 086 023	12.6
2015	552 001	18.1	25 523 663	14.4	17 353 312	13.2
2016	518 707	18.5	25 431 986	14.7	17 513 434	13.4

Erläuterung zur Tabelle:

Anzahl Packungen/Umsatz 2010 bis 2012: Da die Informationen dieser Tabelle nicht von allen Krankenversicherern geliefert wurden und nicht alle Ärzte elektronisch abrechneten, deckten die Anzahl der Packungen beziehungsweise der Umsatz nur rund 80% der erstatteten Arzneimittel ab.

Anteil Generika am Umsatz in %: Als Berechnungsbasis werden die Verkaufspreise im Dezember genommen. Preisänderungen während des Jahres werden nicht berücksichtigt.

Umsatz zu Marktpreisen: Die Differenz zu den Angaben der Versicherer (Tabelle 8.15) ergibt sich einerseits dadurch, dass bei den Arzneimitteln in der Tabelle 12 auch die Arzneimittel der Spitäler dabei sind, welche bei den Angaben der Versicherer in den Spitälern (ambulant) enthalten sind. Andererseits rechnen nicht alle Apotheken und Arztapotheken elektronisch ab, was zu einer leichten Untererfassung führt.

13 Prämienverbilligung

Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2007

Tabelle 13.1

	Alle Bezüger			17 - 25 Jahre			26 - 65 Jahre			65+ Jahre		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
2007	3 866	2 420	1 446	312	148	164	1 690	1 059	631	1 864	1 213	651
2008	4 131	2 559	1 572	330	150	180	1 839	1 131	708	1 962	1 278	684
2009	4 262	2 622	1 640	375	174	201	1 881	1 141	740	2 006	1 307	699
2010	4 472	2 705	1 767	443	188	255	2 052	1 225	827	1 977	1 292	685
2011	4 288	2 615	1 673	390	175	215	1 937	1 145	792	1 961	1 295	666
2012	4 322	2 633	1 689	391	166	225	1 939	1 149	790	1 992	1 318	674
2013	4 055	2 482	1 573	320	147	173	1 753	1 034	719	1 982	1 301	681
2014	2 708	1 639	1 069	329	155	174	1 373	760	613	1 006	724	282
2015	2 708	1 625	1 083	330	169	161	1 377	741	636	1 001	715	286
2016	2 848	1 657	1 191	341	172	169	1 555	828	727	952	657	295
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	5.2	2.0	10.0	3.3	1.8	5.0	12.9	11.7	14.3	-4.9	-8.1	3.1
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	-3.3	-4.1	-2.1	1.0	1.7	0.3	-0.9	-2.7	1.6	-7.2	-6.6	-8.4

Erläuterung zu den Tabellen der Prämienverbilligung:

2014: Per 1. Januar 2014 wurden die gesetzlichen Bestimmungen für den Bezug der Prämienverbilligung für AHV- und IV-Renterinnen und Rentner geändert (vgl. Änderung Art. 24b Abs. 2a KVG, LGBl. 2013 Nr. 66). Vorher war bei AHV- und IV-Renten für die Prämienverbilligung ein Freibetrag von 70% abzuziehen, welcher seit dem 1. Januar 2014 entfällt. Aus diesem Grund sind seit 2014 weniger Personen berechtigt, Prämienverbilligungen zu beziehen.

Ausbezahlte Subventionen nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2007

Tabelle 13.2

	Alle Bezüger			17 - 25 Jahre			26 - 65 Jahre			65+ Jahre		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	in Tsd. CHF											
2007	4 823	3 097	1 726	217	112	105	1 908	1 204	704	2 699	1 781	918
2008	5 422	3 448	1 974	253	130	123	2 177	1 340	837	2 992	1 978	1 014
2009	5 770	3 658	2 113	305	153	152	2 244	1 377	868	3 221	2 128	1 093
2010	5 924	3 726	2 199	315	143	172	2 366	1 437	929	3 244	2 146	1 098
2011	6 304	3 966	2 338	336	146	190	2 543	1 536	1 007	3 426	2 284	1 141
2012	6 585	4 138	2 447	356	155	201	2 679	1 615	1 064	3 550	2 368	1 182
2013	6 731	4 204	2 527	355	163	192	2 750	1 637	1 113	3 626	2 404	1 222
2014	4 415	2 689	1 726	390	183	207	2 302	1 277	1 025	1 723	1 229	494
2015	5 026	3 005	2 021	448	226	222	2 621	1 398	1 223	1 958	1 381	577
2016	5 668	3 289	2 379	567	280	286	3 152	1 681	1 471	1 950	1 328	622
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	12.8	9.4	17.7	26.6	24.3	28.9	20.3	20.2	20.3	-0.4	-3.9	7.9
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	1.8	0.7	3.6	11.3	10.8	11.8	5.7	3.8	8.5	-3.5	-3.2	-4.2

Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2007

Tabelle 13.3

	Alle Bezüger			17 - 25 Jahre			26 - 65 Jahre			65+ Jahre			
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	
	in CHF												
2007	1 248	1 280	1 194	694	756	639	1 129	1 137	1 115	1 448	1 469	1 410	
2008	1 312	1 347	1 256	767	864	686	1 184	1 185	1 182	1 525	1 547	1 483	
2009	1 354	1 395	1 288	813	879	757	1 193	1 206	1 173	1 606	1 628	1 564	
2010	1 325	1 377	1 244	710	761	673	1 153	1 173	1 123	1 641	1 661	1 603	
2011	1 470	1 517	1 397	861	834	884	1 313	1 341	1 271	1 747	1 764	1 714	
2012	1 524	1 572	1 449	910	934	893	1 382	1 406	1 347	1 782	1 797	1 754	
2013	1 660	1 694	1 606	1 109	1 108	1 111	1 569	1 584	1 547	1 829	1 848	1 795	
2014	1 630	1 641	1 615	1 185	1 180	1 190	1 677	1 680	1 672	1 713	1 697	1 752	
2015	1 856	1 849	1 866	1 357	1 335	1 380	1 903	1 887	1 922	1 956	1 932	2 016	
2016	1 990	1 985	1 998	1 662	1 631	1 694	2 027	2 030	2 024	2 048	2 021	2 109	
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %		7.2	7.3	7.0	22.5	22.1	22.8	6.5	7.6	5.3	4.7	4.6	4.6
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %		5.3	5.0	5.9	10.2	8.9	11.4	6.7	6.7	6.8	3.9	3.6	4.6

Anzahl alleinstehende und alleinerziehende Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2007

Tabelle 13.4

	Alle Alleinstehenden/ Alleinerziehenden			Fördersatz					
				60%			40%		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
2007	2 358	1 679	679	1 865	1 329	536	493	350	143
2008	2 536	1 777	759	1 979	1 384	595	557	393	164
2009	2 683	1 843	840	2 083	1 425	658	600	418	182
2010	2 763	1 858	905	2 149	1 427	722	614	431	183
2011	2 715	1 833	882	2 085	1 412	673	630	421	209
2012	2 811	1 881	930	2 186	1 446	740	625	435	190
2013	2 654	1 786	868	2 100	1 401	699	554	385	169
2014	2 135	1 355	780	1 178	660	518	957	695	262
2015	2 147	1 351	796	1 219	665	554	928	686	242
2016	2 202	1 333	869	1 304	691	613	898	642	256
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	2.6	-1.3	9.2	7.0	3.9	10.6	-3.2	-6.4	5.8
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	-0.8	-2.5	2.8	-3.9	-7.0	1.5	6.9	7.0	6.7

Erläuterung zur Tabelle:

Fördersatz: Je nach Einkommensstufe werden 40% oder 60% der Prämienausgaben vergütet, wobei sich das Einkommen aus dem steuerpflichtigen Erwerb sowie 1/20 des Reinvermögens zusammensetzt.

Fördersatz 60%: 60% der Prämienausgaben werden bei Alleinstehenden/ Alleinerziehenden bei einem Einkommen bis CHF 30 000 vergütet.

Fördersatz 40%: 40% der Prämienausgaben werden bei Alleinstehenden/ Alleinerziehenden bei einem Einkommen von CHF 30 001 bis CHF 45 000 vergütet.

Anzahl verheiratete Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2007

Tabelle 13.5

	Fördersatz								
	Alle Verheirateten			60%			40%		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
2007	1 508	741	767	962	477	485	546	264	282
2008	1 595	782	813	982	482	500	613	300	313
2009	1 579	779	800	977	490	487	602	289	313
2010	1 709	847	862	1 042	517	525	667	330	337
2011	1 573	782	791	975	482	493	598	300	298
2012	1 511	752	759	985	485	500	526	267	259
2013	1 401	696	705	919	453	466	482	243	239
2014	573	284	289	206	104	102	367	180	187
2015	561	274	287	219	104	115	342	170	172
2016	646	324	322	331	163	168	315	161	154
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	15.2	18.2	12.2	51.1	56.7	46.1	-7.9	-5.3	-10.5
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	-9.0	-8.8	-9.2	-11.2	-11.2	-11.1	-5.9	-5.3	-6.5

Erläuterung zur Tabelle:

Fördersatz: Je nach Einkommensstufe werden 40% oder 60% der Prämienausgaben vergütet, wobei sich das Einkommen aus dem steuerpflichtigen Erwerb sowie 1/20 des Reinvermögens zusammensetzt.

Fördersatz 60%: 60% der Prämienausgaben werden bei Verheirateten bei einem Einkommen bis CHF42 000 (bis 31.12.2015: CHF 36 000) vergütet.

Fördersatz 40%: 40% der Prämienausgaben werden bei Verheirateten bei einem Einkommen von CHF42 001 bis CHF 57 000 (bis 31.12.2015: CHF 36 001 bis CHF 54 000) vergütet.

Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht seit 2007

Tabelle 13.6

	Alle Bezüger			Alleinstehend/ Alleinerziehend			Verheiratet		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
in CHF									
2007	4 823 438	3 097 274	1 726 164	2 903 407	2 140 531	762 876	1 920 031	956 743	963 288
2008	5 421 666	3 447 551	1 974 115	3 301 384	2 393 619	907 764	2 120 282	1 053 949	1 066 333
2009	5 770 204	3 657 555	2 112 650	3 588 157	2 568 913	1 019 244	2 182 047	1 088 642	1 093 405
2010	5 924 393	3 725 620	2 198 773	3 646 686	2 583 217	1 063 469	2 277 707	1 142 403	1 135 304
2011	6 304 356	3 966 340	2 338 016	3 931 228	2 783 403	1 147 825	2 373 128	1 182 937	1 190 191
2012	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
2013	6 730 772	4 203 931	2 526 841	4 389 280	3 024 680	1 364 601	2 341 492	1 179 251	1 162 240
2014	4 415 239	2 688 906	1 726 334	3 503 822	2 227 846	1 275 976	911 418	461 059	450 358
2015	5 026 285	3 005 006	2 021 278	4 034 335	2 517 762	1 516 572	991 950	487 244	504 706
2016	5 668 390	3 288 974	2 379 416	4 400 827	2 645 748	1 755 079	1 267 563	643 226	624 337
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	12.8	9.4	17.7	9.1	5.1	15.7	27.8	32.0	23.7
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	1.8	0.7	3.6	4.7	2.4	9.7	-4.5	-4.3	-4.7

Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Zivilstand und Geschlecht seit 2007

Tabelle 13.7

	Alle Bezüger			Alleinstehend/ Alleinerziehend			Verheiratet		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
in CHF									
2007	1 248	1 280	1 194	1 231	1 275	1 124	1 291	1 256	1 329
2008	1 312	1 347	1 256	1 302	1 347	1 196	1 329	1 348	1 312
2009	1 354	1 395	1 288	1 337	1 394	1 213	1 382	1 397	1 367
2010	1 325	1 377	1 244	1 320	1 390	1 175	1 333	1 349	1 317
2011	1 470	1 517	1 397	1 448	1 518	1 301	1 509	1 513	1 505
2012	1 524	1 572	1 449	1 501	1 568	1 365	1 566	1 582	1 551
2013	1 660	1 694	1 606	1 654	1 694	1 572	1 671	1 694	1 649
2014	1 630	1 641	1 615	1 641	1 644	1 636	1 591	1 623	1 558
2015	1 856	1 849	1 866	1 879	1 864	1 905	1 768	1 778	1 759
2016	1 990	1 985	1 998	1 999	1 985	2 020	1 962	1 985	1 939
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	7.2	7.3	7.0	6.4	6.5	6.0	11.0	11.6	10.3
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	5.3	5.0	5.9	5.5	5.0	6.7	4.8	5.2	4.3

Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2007

Tabelle 13.8.1

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2007	3 866	501	496	417	313	591	26	517	451	153	207	110	84
2008	4 131	578	509	440	358	660	28	554	451	144	193	119	97
2009	4 262	609	543	450	353	654	37	566	479	156	192	115	108
2010	4 483	654	542	467	359	707	45	592	524	169	181	135	108
2011	4 288	595	551	440	357	647	39	601	489	177	177	120	95
2012	4 322	616	516	458	329	711	39	571	533	170	172	122	85
2013	4 055	604	505	434	320	654	29	507	483	163	167	101	88
2014	2 708	443	359	264	195	450	14	315	313	89	105	60	101
2015	2 708	460	355	262	180	462	12	327	299	102	100	72	77
2016	2 848	488	391	269	182	463	15	350	299	115	108	75	93

Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2007 - Frauen

Tabelle 13.8.2

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2007	2 420	327	315	255	205	375	17	311	275	98	127	71	44
2008	2 559	373	305	281	227	401	17	337	276	89	125	74	54
2009	2 622	400	327	280	225	390	22	342	296	82	121	76	61
2010	2 712	418	324	290	218	416	29	353	318	91	111	83	61
2011	2 615	377	329	278	216	399	19	364	294	96	106	79	58
2012	2 633	395	303	295	202	429	21	358	315	87	104	77	47
2013	2 482	378	299	280	205	403	17	309	285	90	103	66	47
2014	1 639	273	212	173	125	277	6	184	170	50	66	42	61
2015	1 625	278	215	166	110	281	7	186	171	57	54	52	48
2016	1 657	302	220	158	109	274	6	201	164	70	59	51	43

Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2007 - Männer

Tabelle 13.8.3

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2007	1 446	174	181	162	108	216	9	206	176	55	80	39	40
2008	1 572	205	204	159	131	259	11	217	175	55	68	45	43
2009	1 640	209	216	170	128	264	15	224	183	74	71	39	47
2010	1 771	236	218	177	141	291	16	239	206	78	70	52	47
2011	1 673	218	222	162	141	248	20	237	195	81	71	41	37
2012	1 689	221	213	163	127	282	18	213	218	83	68	45	38
2013	1 573	226	206	154	115	251	12	198	198	73	64	35	41
2014	1 069	170	147	91	70	173	8	131	143	39	39	18	40
2015	1 083	182	140	96	70	181	5	141	128	45	46	20	29
2016	1 191	186	171	111	73	189	9	149	135	45	49	24	50

Ausbezahlte Subventionen nach Wohnort seit 2007

Tabelle 13.9

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ Unbekannt
in Tsd. CHF													
2006	4 739	583	608	539	407	786	28	629	526	183	227	157	67
2007	4 823	616	628	539	415	767	35	645	546	179	234	135	84
2008	5 422	755	681	590	475	870	42	741	579	189	237	160	103
2009	5 770	829	709	632	504	924	56	772	613	210	257	150	114
2010	5 924	876	731	637	530	939	60	790	626	209	245	172	111
2011	6 304	892	763	678	566	995	59	861	719	240	258	176	97
2012	6 585	956	792	695	544	1 109	66	880	767	247	261	171	96
2013	6 731	1 037	858	731	556	1 089	50	849	766	267	277	154	97
2014	4 415	745	592	421	322	725	23	545	517	149	167	93	116
2015	5 026	874	661	484	336	852	21	633	554	185	186	128	111
2016	5 668	990	794	529	358	925	28	724	594	231	217	141	138
Anteil in % - 2016	100.0	17.5	14.0	9.3	6.3	16.3	0.5	12.8	10.5	4.1	3.8	2.5	2.4

Bezügerquote nach Wohnort seit 2007

Tabelle 13.10

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesenberg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellenberg
in %												
2006	13.8	11.4	13.2	12.0	14.6	13.7	6.9	16.2	15.7	15.0	12.9	14.7
2007	13.3	11.4	12.9	11.4	14.7	12.5	7.8	15.6	14.6	12.5	13.4	13.6
2008	14.1	13.2	13.1	12.0	16.8	13.7	8.3	16.5	14.5	11.5	12.5	14.5
2009	14.6	13.8	14.0	12.3	16.9	13.7	11.1	16.9	15.3	12.4	12.4	14.5
2010	14.9	14.5	13.7	12.6	16.3	14.6	13.1	17.3	16.1	13.0	11.3	16.6
2011	14.2	13.2	13.8	11.9	15.8	13.2	11.3	17.3	14.9	13.3	10.6	14.6
2012	14.1	13.6	12.6	12.2	14.5	14.2	11.2	16.2	15.8	12.9	10.3	14.8
2013	13.0	12.9	12.1	11.5	14.2	13.0	8.4	14.4	14.1	12.3	9.9	12.0
2014	8.6	9.4	8.5	7.0	8.7	8.9	4.1	8.8	9.1	6.7	6.1	6.9
2015	8.6	9.7	8.3	6.9	8.0	9.0	3.4	8.9	8.7	7.6	5.8	8.2
2016	9.0	10.3	9.1	7.1	8.0	9.1	4.1	9.5	8.5	8.5	6.0	8.4

14 Staatsbeiträge

Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich seit 2007

Tabelle 14.1

	Gesamt	Staatsbeitrag an Krankenversicherer	Staatsbeiträge an Spitäler	Prämienverbilligung	Krankenkassenverband, Landesbeitrag
	in CHF				
2007	74 520 577	52 488 282	16 950 610	4 836 685	245 000
2008	78 656 395	53 078 879	19 912 315	5 421 201	244 000
2009	84 640 003	59 435 721	19 200 809	5 763 473	240 000
2010	90 382 674	64 209 895	19 996 883	5 935 896	240 000
2011	87 986 759	62 103 734	19 339 293	6 303 733	240 000
2012	93 112 443	61 353 155	24 935 814	6 583 473	240 000
2013	92 888 885	59 308 696	26 657 676	6 742 513	180 000
2014	81 708 739	53 295 147	23 878 279	4 405 313	130 000
2015	70 681 674	41 163 962	24 359 788	5 027 924	130 000
2016	71 004 748	40 373 153	24 785 307	5 666 288	180 000
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	0.5	-1.9	1.7	12.7	38.5
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	-0.5	-2.9	4.3	1.8	-3.4

Erläuterung zur Tabelle:

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

Krankenkassenverband: 2013 bis 2015 wurden je CHF 50 000 für die Vorfinanzierung des per 1. Oktober 2015 eingeführten liechtensteinischen Arzttarifs einbehalten.

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

Staatsbeiträge an die Spitäler: Der Betrag 2013 von CHF 26.7 Mio. beinhaltet den Sanierungskredit an das liechtensteinische Landesspital von CHF 3.1 Mio.

Staatsbeiträge an Spitäler seit 2007

Tabelle 14.2

	Gesamt	Liechtensteinisches Landesspital Vaduz	Beiträge an Spitäler in der Schweiz	Beiträge an Spitäler in Vorarlberg
	in CHF			
2007	16 950 610	6 591 225	8 732 346	1 627 039
2008	19 912 315	7 524 435	10 542 376	1 845 504
2009	19 200 809	6 670 594	10 472 890	2 057 325
2010	19 996 883	6 480 388	11 820 764	1 695 730
2011	19 339 293	5 987 724	11 757 111	1 594 458
2012	24 935 814	7 639 314	15 709 832	1 586 668
2013	26 657 676	10 282 016	15 140 437	1 235 224
2014	23 878 279	5 968 748	16 766 389	1 143 142
2015	24 359 788	6 290 161	17 294 619	775 008
2016	24 785 307	6 153 979	17 886 504	744 824
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.7	-2.2	3.4	-3.9
Ø jährliche Veränderung seit 2007 in %	4.3	-0.8	8.3	-8.3

Erläuterung zur Tabelle:

Liechtensteinisches Landesspital Vaduz 2013: Der Betrag von CHF 10.3 Mio. enthält auch den Sanierungskredit über CHF 3.1 Mio.

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 dargelegt 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 Leistungserbringenden 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 in den Tabellen zum Gesamtgeschäft der Krankenversicherer zusammenfassend dargestellt.

Ergänzend dazu werden Informationen aus dem SASIS-Datenpool miteinbezogen. In dieser Datenbank werden Angaben zu verschiedenen Leistungserbringenden wie Ärztinnen, Spitälern oder Apotheken betreffend Bruttoleistungen, Abrechnungen 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, den Krankenversicherern, der Liechtensteinischen Ärztekammer, dem Seniorenbund, der Liechtensteinischen Patientenorganisation, verschiedenen Leistungserbringenden 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 Leistungserbringenden im Gesundheitswesen sowie den Bezügerinnen 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.
- **Leistungserbringende**
Zu den Informationen über die Leistungserbringenden im Gesundheitswesen ist zu sagen, dass Liechtenstein aufgrund seiner Kleinheit nur über ein beschränktes Leistungsangebot verfügt. Deshalb werden die vom Krankenkassenverband anerkannten Leistungserbringenden, die von in Liechtenstein versicherten Personen in der Schweiz und Österreich aufgesucht werden, mitberücksichtigt.

Die entsprechende Grundgesamtheit definiert sich über alle Leistungserbringenden 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

Die 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. Die Angaben der Versicherer bieten die Möglichkeit, die Ausgaben der Krankenkassen aus dem Blickwinkel der Betriebsrechnungen zu betrachten, Aufwendungen und Erträge werden einander gegenüber gestellt. Die Informationen liegen in dieser Form nur bei den Krankenkassen direkt, weshalb diese Datenquelle genutzt wird, d.h. die Angaben werden vom Amt für Gesundheit zur Verfügung gestellt.

In Bezug auf die Ausgabenseite ist der SASIS-Datenpool zu erwähnen (vgl. Abschnitt C). In dieser Datenbasis werden die Ausgaben detaillierter nach Kategorien und Fachgruppen der Leistungserbringenden erfasst. Aus diesem Grund werden die Informationen des SASIS-Datenpools ergänzend in die Krankenkassenstatistik aufgenommen.

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. Detaillierte Angaben zur Prämienverbilligung, d.h. zur soziodemographischen Einordnung verschiedener Gruppen von Bezügerinnen werden nur beim Amt für Gesundheit erhoben. Somit ist dies die einzig mögliche Datenquelle.

C) SASIS-Datenpool

Ergänzend zu diesen Daten werden Informationen zu den Leistungserbringenden im Gesundheitswesen aus dem SASIS-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 SASIS-Datenpool zu Leistungen, Spitaltagen und Konsultationen basieren auf der elektronischen Fakturierung der Ärztinnen, 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 dem Krankenkassenverband sowie 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.

Informationen zu den internationalen Vergleichen stammen von folgenden Homepages:

Eurostat-Datenbank:

<http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database>

Bundesamt für Gesundheit (Schweiz):

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/monitoring-zur-kranken-kassenkostenentwicklung.html>

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

1.5 Datenaufarbeitung**A) Daten der Krankenversicherer**

Die Daten zum Berichtsjahr erhält das Amt für Statistik in Form von Excel-Tabellen zum aktuellen Jahr. Mit diesen Angaben werden die Mehrjahrestabellen aktualisiert. In einer Kontrolldatei werden die Daten auf Konsistenz geprüft. Zusätzlich werden automatisch Differenzrechnungen generiert, die Widersprüche in den Daten aufzeigen. Ergänzt werden diese Kontrollen durch systematische Vorjahresvergleiche, die auf auffällige Veränderungen aufmerksam machen.

B) Verwaltungsdaten des Amtes für Gesundheit

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

C) SASIS-Datenpool

Die Informationen aus dem SASIS-Datenpool werden ebenfalls als Excel-Datei 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 Leistungserbringende

vermieden werden können, werden folgende fünf Regeln angewendet:

- 1) Eine Kategorie wird nur separat ausgewiesen, wenn ihr über einen Zeitraum von drei aufeinanderfolgenden Jahren mindestens 15 Leistungserbringende angehören, die mehr als CHF 0 Bruttoleistungen abgerechnet haben. Erfüllt eine Kategorie dieses Kriterium nicht, so wird sie unter „Übrige Rechnungsstellende“ subsumiert.
- 2) Gehört einer Kategorie eine Leistungserbringende an, die mehr als 50% der Bruttoleistungen dieser Kategorie abrechnet, wird die Kategorie unter „Übrige Rechnungsstellende“ subsumiert.
- 3) Die Tabellen mit Angaben zu Bruttoleistungen einzelner Leistungserbringenden sind absteigend sortiert. Dabei werden die Angaben zu den ersten fünf und den letzten fünf Rängen mit einem Stern ersetzt, um Rückschlüsse aufgrund der Grösse oder Kleinheit einer Leistungserbringenden zu vermeiden.
- 4) Bei den Ärztinnen werden die Bruttoleistungen zusätzlich nach Behandlungen, Arzneimittel und Praxislabor aufgeteilt. Bei gesamten Bruttoleistungen von mehr als CHF 100 000 werden diese Informationen mit einem Stern versehen, wenn der Anteil der Arzneimittel mehr als 60% oder weniger als 10% der abgerechneten Bruttoleistungen beträgt. Bei gesamten Bruttoleistungen von mehr als CHF 100 000 werden diese Informationen mit einem Stern versehen, wenn der Anteil des Praxislabors mehr als 60% der abgerechneten Bruttoleistungen beträgt. Rechnen weniger als 15 Leistungserbringende Leistungen als Praxislabor ab, wird das Praxislabor zu den Behandlungen dazugezählt.
- 6) Beträge über CHF 100 000 wurden auf CHF 100 gerundet. Beträge zwischen CHF 10 000 und CHF 100 000 wurden auf CHF 10 gerundet.

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 Excel-Datei zur Verfügung. Aus Platzgründen werden die Tabellen zu den einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorien (Tabellen 1.15, 1.16) und Fachgruppen (Tabellen 1.19, 1.20) in der gedruckten Form in Auszügen publiziert, online werden die kompletten Tabellen aufgeschaltet.

Ergänzend dazu können im eTab-Portal auf der Homepage des Amtes für Statistik benutzerdefinierte Tabellen zu dieser Publikation online abgefragt werden:
www.etab.llv.li

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 von den Leistungserbringenden direkt an die Krankenkassen, die bei den versicherten Personen Rückvergütungen einfordern. In der Abrechnungsart „tiers garant“ erfolgt die Rechnungsstellung von den Leistungserbringenden an die versicherten Personen, welche die Rechnungen bei den Krankenkassen zur Rückvergütung einreichen. Vergleiche mit der Schweiz bzw. mit einzelnen Kantonen müssen vor diesem Hintergrund interpretiert werden. So ist davon auszugehen, dass die schweizerischen Zahlen eher tiefer ausgewiesen werden, da wahrscheinlich nicht alle Rechnungen bei den Krankenkassen zur Rückvergütung eingereicht werden.

Die Kategorie der Physiotherapeutinnen enthält einzelne Leistungserbringende und Praxisgemeinschaften.

Seit Mitte 2015 werden die Daten des SASIS-Datenpools, die auch vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert werden, von einem anderen Anbieter aufbereitet. Dieser hat im Zuge der Übernahme auch die Vorjahresdaten neu eingelesen. Durch rückwirkende Korrekturbuchungen in den Systemen der Kassen können hierbei Abweichungen

zu früheren Datenlieferungen entstehen. Da die Korrekturen keine inhaltlich bedeutenden Veränderungen bewirken, werden die Zeitreihen in der Krankenkassenstatistik belassen. Sie können deshalb von den online publizierten Daten des BAG abweichen: <http://www.bag.admin.ch/kmt/>

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

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

Publiziert werden diese Informationen in der Gesundheitsversorgungsstatistik, die am 5. Mai 2017 das erste Mal erschienen ist. Diese Publikation geht über den Versicherungsbereich hinaus und ist deshalb ergänzend zur Krankenkassenstatistik zu sehen.

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) SASIS-Datenpool

Ein wichtiges Merkmal des SASIS-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 Gesamtbetrag von CHF 170 108 927 in den OKP-Betriebsrechnungen wies 2016 eine Differenz von 0.2378% bzw. CHF 404 588 zu den erfassten Rechnungen im SASIS-Datenpool auf, was zeigt, dass die Genauigkeit hoch ist.

Die Datenqualität der Datenquellen A, B und C kann als sehr gut bezeichnet werden.

Ergänzend zu den Betriebsrechnungen liefern die Krankenkassen Mengenangaben wie die Anzahl Konsultationen oder die Anzahl Spittage. Bei diesen Informationen gibt es gewisse Unschärfen, die durch die jeweiligen Auswertungsregeln in den einzelnen Informationssystemen der Kassen begründet sind. Zum Beispiel ergänzt eine Krankenkasse die Anzahl der Konsultationen um Vorsorgeuntersuchungen, wenn am betreffenden Tag nicht bereits eine Tarifposition „Konsultation“ verrechnet wurde.

Die anderen Kassen zählen Vorsorgeuntersuchungen nicht als Konsultation. Die Datenqualität dieser Angaben ist genügend.

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 Leistungserbringenden 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) SASIS-Datenpool

Da sich alle in Liechtenstein aktiven Krankenversicherer am SASIS-Datenpool beteiligen, liegt die Abdeckung bei 100%. Aufgrund der automatisierten Abläufe können in Bezug auf den SASIS-Datenpool Über- oder Untererfassungen ausgeschlossen werden. Fehlklassifikationen können in Einzelfällen auftreten, werden aber bei Kontrollen in der Datenaufbereitung weitgehend korrigiert.

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. So ist die Erfassung der Konsultationen bei den Krankenkassen nicht einheitlich. Zum Beispiel ergänzt eine Krankenkasse die

Anzahl der Konsultationen um Vorsorgeuntersuchungen, wenn am betreffenden Tag nicht bereits eine Tarifposition „Konsultation“ verrechnet wurde. Die anderen Kassen zählen Vorsorgeuntersuchungen nicht eigens, woraus eine geringfügige Untererfassung resultiert. Die Betriebsrechnung ist davon nicht betroffen.

Es hat sich zudem 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 SASIS-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 werden in einer separaten Datei automatisch Kontrollrechnungen aufgeführt, die auf Fehler aufmerksam machen, indem sie Differenzen anzeigen.

Die anonymisierten Daten aus dem SASIS-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, ist die Veröffentlichung der Krankenkassenstatistik auf Anfang Juli geplant. Berücksichtigt werden Informationen des Vorjahres. Die aktuelle Publikation zum Jahr 2016 erscheint wie im Voraus angekündigt fristgerecht am 3. Juli 2017.

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, der Schweiz und Österreich die Version aus dem Jahr 1999 verwendet, was den direkten Vergleich erlaubt.

Seit Mitte 2015 werden die Daten des SASIS-Datenpools, die auch vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert werden, von einem anderen Anbieter aufbereitet. Dieser hat die Zeitreihen ab 2012 an die aktualisierte Berechnung der Kostengruppen angepasst sowie frühere Fehlbuchungen seit 2010 korrigiert, was rückwirkend zu Verschiebungen zwischen den einzelnen Kategorien geführt hat. Da die Korrekturen keine inhaltlich bedeutenden Veränderungen bewirkten, werden die Zeitreihen in der Krankenkassenstatistik belassen. Sie können deshalb von den online publizierten Daten des BAG abweichen: <http://www.bag.admin.ch/kmt/>

2.4.2 Kohärenz

In der Krankenkassenstatistik werden die Informationen soweit als möglich in allen drei Datenquellen – Krankenversicherer, Verwaltungsdaten und SASIS-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
CMI	Case Mix Index
EU-28	Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Zypern
FV	Freiwillige Versicherungen
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IVG	Gesetz über die Invalidenversicherung
KQV	Verordnung über das Kostenziel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
KVG	Gesetz über die Krankenversicherung
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
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups (Tarifsystem)
0	Eine Null an Stelle einer anderen Zahl bedeutet eine Grösse, die kleiner ist als die Hälfte der verwendeten Zählleinheit.
-	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.
∅	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 weiblichen Wortendungen im Textteil auf beide Geschlechter. Dasselbe gilt für die Bezeichnungen mit männlichen Wortendungen im Tabellenteil.

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.

Case Mix Index (CMI)

Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Er ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals. Dividiert man den Case Mix durch die Anzahl Fälle, erhält man den Case Mix Index, d.h. den durchschnittlichen Schweregrad der Fälle eines Spitals. Der CMI wird für jedes Spital, das nach dem Tarifsystem Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) abrechnet, jährlich berechnet.

Erwachsene

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

Erweiterte OKP

Die Versicherungsart „erweiterte OKP“ deckt die freie Wahl der ambulanten Leistungserbringenden mit Kostenübernahme bis maximal zum OKP-Tarif.

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 Arzneimittel, 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.

Konsultationen

Als Konsultationen zählen Besuche bei der Ärztin, und zwar reguläre ebenso wie dringliche, sowie Konsultationen am Tag und auch in der Nacht. Ebenfalls enthalten sind telefonische Konsultationen und Konsilii, d.h. der Beizug einer Fachärztin. Nicht als Konsultationen zählen hingegen Besuche der Patientin durch die Ärztin (Hausbesuche). Die Tarifposition „vermehrter Zeitaufwand“ wird jeweils ergänzend zu einer Grundkonsultation verrechnet und ist daher nicht als eigenständige Konsultation zu zählen.

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 Arbeitnehmende, 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 Krankengeldversi-

cherung 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 Zupendelnden. Die Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung umfassen:

- Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant durch die Ärztin, die Chiropraktin oder auf ärztliche Verordnung durch Personen erbracht werden, die einen anderen Gesundheitsberuf ausüben, mit Einschluss der von einer Ärztin 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 der 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-Vertragspartnerinnen

Damit für die liechtensteinische Bevölkerung eine ausreichende ärztliche Versorgung in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die Bereitstellung einer angemessenen Auswahl an inländischen und ausländischen

Grundversorgenden und Spezialärztinnen gewährleistet werden kann, wurde per Gesetz (LGBl. 2004 Nr.169) eine Höchstzahl von OKP-Vertragspartnerinnen pro Fachgruppe definiert.

OKP-Vertragspartnerinnen erhalten 100% der Leistungen erstattet. Bei den Leistungserbringenden ohne Vertrag begleichen die Krankenkassen den Betrag zu 100%, wenn die Versicherte die erweiterte OKP gewählt hat.

Originalpräparate

Als Originalpräparate werden Arzneimittel bezeichnet, für deren Wirkstoff oder Darreichungsform die Herstellerin ein Erfindungspatent oder eine entsprechende Lizenz der Patentinhaberin erhalten hat.

Physiotherapeutinnen

Die Kategorie Physiotherapeutinnen umfasst einzelne Leistungserbringende und Praxisgemeinschaften.

Praktizierende Ärztinnen/Zahnärztinnen

Praktizierende Ärztinnen/Zahnärztinnen haben direkten Kontakt zu den Patientinnen als Empfängerinnen von Dienstleistungen.

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. Diese Kosten werden vom Land getragen.

Prämienverbilligung

Der Staat entrichtet Beiträge zur Prämienverbilligung an einkommensschwache Versicherte. Der Anspruch auf Beiträge richtet sich nach dem Einkommen der Versicherten bzw. der Ehegattinnen. Das Einkommen setzt sich zusammen aus dem steuerpflichtigen Erwerb sowie einem Zwanzigstel des Reinvermögens. Bei Ehegattinnen erhöhen sich die Einkommensgrenzen um 20%.

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 der Versicherten; b) bei einem Erwerb von 30 001 bis 45 000 Franken: 40% des Prämienanteils der 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, durch Beiträge an Spitäler und Beiträge an den Liechtensteinischen Krankenkassenverband.

Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG)

SwissDRG ist das Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen in der Schweiz, das gemäss der letzten Revision des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt. Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und weiteren Faktoren, einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet.

Die Tarifsystem SwissDRG ist seit dem 1. Januar 2012 in der Schweiz und seit dem 1. Januar 2013 in Liechtenstein in Kraft.

Tiers garant

In der Abrechnungsart tiers garant erfolgt die Rechnungsstellung der Leistungserbringenden an die versicherten Personen, die die Rechnung beim Versicherer zur Rückvergütung einreichen.

Tiers payant

In der Abrechnungsart tiers payant erfolgt die Rechnungsstellung der Leistungserbringenden an den Versicherer, der Rückvergütungen (z.B. Kostenbeteiligungen) bei den versicherten Personen einfordert.

Wartefrist

Die Wartefrist ist die zwischen Arbeitgeber und Versicherung (OKG) vereinbarte Zeitspanne, ab der die Versicherung im Krankheitsfalle des Arbeitnehmers die Lohnfortzahlung übernimmt. Während der Wartefrist besteht für den Arbeitgeber Lohnfortzahlungspflicht (100%), danach trägt der Versicherer die Lohnersatzzahlung in Höhe von 80% des Lohnes. Die Länge der Wartefrist ist ein wesentlicher Faktor für die Berechnung der Prämienhöhe.

Werkpreis

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