

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt

Jahrgang 1999

Nr. 208

ausgegeben am 11. November 1999

Gesetz

vom 15. September 1999

betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich
Meine Zustimmung:

I.

Abänderung bisherigen Rechts

Das Gesetz vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung, LGBL. 1971 Nr. 50, in der Fassung des Gesetzes vom 18. Dezember 1974, LGBL. 1975 Nr. 16, und des Gesetzes vom 16. November 1988, LGBL. 1989 Nr. 28, wird wie folgt abgeändert:

Art. 2 Abs. 2, 3 und 3a

2) Die Regierung kann entsprechend organisierte ausländische Krankenkassen anerkennen, sofern sie eine Niederlassung in Liechtenstein haben und sie die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 Bst. c und d erfüllen. Als Niederlassung gilt der Sitz, eine Agentur oder eine Zweigniederlassung der Krankenkasse. Einer Agentur oder Zweigniederlassung gleichgestellt ist ein Büro, das

- a) von eigenem Personal der Krankenkasse geführt wird, oder
- b) von einer unabhängigen Person im Auftrag der Krankenkasse wie eine Agentur auf Dauer geführt wird.

3) Die Krankenkassen, die sich um die Anerkennung bewerben, haben der Regierung die Statuten und Reglemente zur Kenntnis zu bringen und alle erforderlichen Angaben über ihren Tätigkeitsbereich zu machen.

3a) Beabsichtigt eine Krankenkasse, auf die Anerkennung zu verzichten, hat sie dies der Regierung schriftlich zu beantragen. Die Regierung genehmigt den Antrag, wenn die Krankenkasse mit einer oder mit mehreren Krankenkassen eine Vereinbarung abgeschlossen hat, welche eine Regelung enthält über:

- a) das Recht der Versicherten, für alle abgeschlossenen Versicherungen im bisherigen Umfang der versicherten Leistungen und unter Wahrung ihres bisherigen Eintrittsalters zu einer anderen Krankenkasse zu wechseln;
- b) die Übertragung der noch nicht erledigten Versicherungsfälle und der übrigen noch offenen Verpflichtungen auf eine andere Krankenkasse;
- c) die Übertragung von Rückstellungen und Reserven auf eine andere Krankenkasse.

Art. 3

3. Landesverband der Krankenkassen

1) Die Kassen gehören von Gesetzes wegen dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband an, der als Verein organisiert und im Öffentlichkeitsregister eingetragen ist. Er wird in diesem Gesetz als Verband bezeichnet. Die Statuten des Verbandes bedürfen der Genehmigung der Regierung.

2) Die Aufgaben des Verbandes werden in den Statuten umschrieben. Dem Verband obliegt insbesondere der Abschluss von Tarifverträgen mit Leistungserbringern der ambulanten Krankenpflege.

Art. 3bis

Aufgehoben

Art. 3a

Risikoausgleich

1) Kassen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter ihren Versicherten weniger Frauen und ältere Personen aufweisen als der Durchschnitt aller Kassen, müssen der mit der Durchführung des Risikoausgleichs betrauten Stelle zugunsten von Kassen mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen. Die Regierung regelt die Einzelheiten durch Verordnung. Sie kann weitere objektive Kriterien, welche Rückschlüsse auf das Versicherungsrisiko zulassen, in den Risikoausgleich einbeziehen.

2) Der Risikoausgleich wird durch das Amt für Volkswirtschaft durchgeführt. Die Regierung kann die Durchführung dem Verband übertragen.

Aufsicht

Art. 4

a) Gesetzliche Vorschriften

1) Die Regierung erlässt die notwendigen Vorschriften zur einheitlichen Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere über:

- a) die Rechnungsführung und die Aufbewahrung von Dokumenten;
- b) die Ausgestaltung der Jahresrechnung, bestehend aus Bilanz, Erfolgsrechnung und Anhang, sowie des Berichtes der Revisionsstelle;
- c) die statistischen Angaben an die Aufsichtsbehörde;
- d) die Bildung von Rückstellungen und Reserven;
- e) die Vermögensanlagen.

2) Die Kassen haben ihre Geschäftstätigkeit jedes Jahr durch eine von ihnen unabhängige und von der Regierung anerkannte Revisionsstelle prüfen zu lassen. Sie haben der Revisionsstelle alle erforderlichen Angaben bereit zu halten und ihr Einsicht in ihre Bücher, Statistiken, Buchungsbelege, Geschäftskorrespondenz und Protokolle zu gewähren. Sie legen der Revisionsstelle den Bericht der internen Revision vor. Die Regierung setzt mit Verordnung die näheren Vorschriften betreffend Anerkennung und Aufgaben der Revisionsstellen fest.

3) Die Kassen müssen in ihren Jahresrechnungen die Leistungen, Beiträge der Versicherten, Kostenbeteiligungen, Rückstellungen und Reserven getrennt nach Versicherungszweigen (obligatorische Versicherung für Krankenpflege, obligatorische Versicherung für Krankengeld, Zusatzversicherungen) erfassen.

Art. 4a

b) Durchführung der Aufsicht

1) Das Amt für Volkswirtschaft ist Aufsichtsbehörde über die Kassen und den Verband. Vorbehalten bleibt die unmittelbare Aufsicht durch die Regierung gemäss Art. 2 und 3. Der Regierung obliegt zudem die Oberaufsicht über das gesamte Krankenversicherungswesen.

2) Die Aufsichtsbehörde hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) die Prüfung der Jahresrechnung der Kassen und des Verbandes;
- b) die Prüfung der Vermögensanlagen und der Vermögensbewertung sowie der Rückstellungen und Reserven;
- c) die Kontrolle der rechtmässigen Bestellung und Zusammensetzung der Organe der Kassen und des Verbandes;
- d) die Anordnung der geeignet erscheinenden Massnahmen zur Herstellung des rechtmässigen Zustandes.

3) Die Aufsichtsbehörde stützt sich in der Regel auf den vollständigen Bericht der Revisionsstelle. Sie kann von der Revisionsstelle ergänzende Auskünfte verlangen und Einsicht in deren Prüfunterlagen nehmen, eigene Prüfungen vornehmen oder solche durchführen lassen. Sie kann jederzeit Inspektionen und Prüfungen vor Ort durchführen.

4) Jede Änderung der Statuten und Reglemente, insbesondere jede Änderung der Beiträge der Versicherten, ist der Aufsichtsbehörde vorgängig zur Kenntnis zu bringen. Die Aufsichtsbehörde kann von der Krankenkasse verlangen, dass sie ihre Statuten, Reglemente oder Beiträge der Versicherten ändert, wenn diese gesetzlichen Bestimmungen widersprechen.

5) Die Regierung kann mit ausländischen Aufsichtsbehörden Vereinbarungen über die Aufsicht von ausländischen Kassen abschliessen. Besteht aufgrund solcher Vereinbarungen Gewähr für die Einhaltung bestimmter Vorschriften, kann die Regierung für ausländische Kassen eine vereinfachte Aufsicht vorsehen.

6) Kommt eine Kasse den gesetzlichen Vorschriften oder den Weisungen der Aufsichtsbehörde nicht nach, kann ihr die Regierung die Staatsbeiträge ganz oder teilweise sperren oder aberkennen. In schweren Fällen kann die Regierung die Anerkennung entziehen.

Art. 9 Abs. 1

1) Die Kassen haben Personen im Sinne von Art. 7 ohne Rücksicht auf das Alter, den Gesundheitszustand oder eine allfällige Schwangerschaft für die in diesem Gesetz umschriebenen Leistungen zu versichern. Für die freiwilligen Versicherungen gemäss Art. 8 besteht keine Pflicht zur Aufnahme. Die Kassen können bei freiwilligen Versicherungen für die Aufnahme Altersgrenzen vorsehen oder Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen oder vorher bestanden haben und erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen; der Vorbehalt fällt jedoch spätestens nach fünf Jahren dahin.

Art. 10 Bst. b und c

Die einzelne Kasse hat:

- b) obligatorisch Versicherte, die aus einer anderen Kasse ausscheiden, in die obligatorische Versicherung aufzunehmen;
- c) freiwillig Versicherte, die aus einer anderen Kasse ausscheiden, aufzunehmen und im Rahmen ihrer Statuten und Reglemente in dem Umfange zu versichern, in dem sie vorher versichert waren.

Art. 13

Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

1) Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung umfassen:

- a) Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant durch den Arzt, den Chiropraktiker oder auf ärztliche Verordnung durch Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege oder Personen und Organisationen der Gesundheits- und Krankenpflege im nicht stationären Bereich (Spitex) erbracht werden mit Einschluss der von einem Arzt verordneten Arzneimittel, Medizinprodukte und Analysen;
- b) Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die stationär oder teilstationär in Heilanstalten erbracht werden, sowie die Kosten

für Verpflegung und Unterkunft, die der allgemeinen Abteilung einer Heilanstalt entsprechen;

- c) einen Kurbeitrag an ärztlich verordnete Badekuren;
- d) durch Krankentransportunternehmungen ausgeführte Krankentransporte, sofern diese wegen des Zustandes des Versicherten medizinisch notwendig sind;
- e) 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.

2) Die Leistungen sind unter Vorbehalt der Beiträge an Badekuren ohne zeitliche Beschränkung zu entrichten.

3) Die Regierung erlässt nähere Vorschriften über die Voraussetzungen und den Umfang der Leistungen; sie kann die Kassen zur Übernahme bestimmter präventivmedizinischer Massnahmen verpflichten und die Leistungspflicht für Versicherte im Ausland einschränken oder näher regeln.

Art. 16

Leistungen der freiwilligen Versicherungen

Die Kassen können im Rahmen der Statuten und Reglemente für nicht obligatorisch versicherte Leistungen (Zusatzleistungen bei ambulanter und stationärer Behandlung, Zahnpflege, Krankentransporte, Medizinprodukte und dergleichen) freiwillige Versicherungen anbieten. Sie können die freiwilligen Versicherungen auch Personen anbieten, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach diesem Gesetz bei einer anderen Kasse abgeschlossen haben.

Art. 16a

Leistungserbringer

1) Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden von Ärzten, Apothekern, anderen Berufen der Gesundheitspflege, Personen und Organisationen der Gesundheits- und Krankenpflege im nicht stationären Bereich (Spitex), Krankentransportunternehmungen und Heilanstalten erbracht.

2) Die Regierung erlässt nähere Vorschriften über die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Leistungserbringer zugelassenen Berufe der Gesundheitspflege. Es muss sich um Berufe handeln, die nach dem Sanitätsgesetz zur selbständigen Berufsausübung zugelassen werden können.

3) Die Regierung erlässt nähere Vorschriften über die Zulassung von Heilanstalten, insbesondere von Anstalten, die der Pflege und medizinischen Betreuung von Langzeitpatienten dienen (Pflegeheime).

Art. 16b

Tarife

1) Den vom Krankenkassenverband mit Verbänden von Leistungserbringern der ambulanten Krankenpflege abgeschlossenen Tarifverträgen können alle in Liechtenstein zugelassenen Leistungserbringer beitreten. Vorbehalten bleibt Art. 18a Abs. 5. Leistungserbringer, die nicht Mitglied eines am Vertrag beteiligten Verbandes sind, haben einen angemessenen, im Vertrag festzulegenden Beitrag an die Kosten des Vertragschlusses und der Durchführung zu leisten.

2) Für bestimmte Leistungen oder Behandlungen, insbesondere für technisch-apparative Leistungen sowie für Laborleistungen im Praxislabor des Arztes, legen die Tarifpartner (Art. 3 Abs. 2) vertraglich Kostensätze fest, die namentlich dem Zeitaufwand für die Leistungen sowie einer angemessenen Investition, Amortisation und Auslastung bei technisch-apparativen Einrichtungen Rechnung tragen.

3) Kommt zwischen den Verbänden kein Tarifvertrag zustande, so legt die Regierung den Tarif fest, zu dem den Versicherten die Kosten vergütet werden. Sie kann diesen Tarif befristen.

4) Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung der Regierung. Diese prüft, ob die abgeschlossenen Vereinbarungen dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, den Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie den übrigen Bestimmungen des Gesetzes entsprechen. Die Regierung kann nach Anhören des Verbandes und der betroffenen Leistungserbringer eine bestimmte Tarifstruktur vorschreiben. Sie kann sich an Tarifverhandlungen vertreten lassen.

5) Die Regierung schliesst mit den Heilanstalten die Tarifverträge für stationäre und teilstationäre Behandlungen ab. Sie zieht den Verband zu den Tarifverhandlungen bei. Sie kann den Abschluss von Tarifverträgen mit Pflegeheimen dem Verband übertragen.

6) Die Regierung erlässt Vorschriften zur Vergütung von Arzneimitteln und von Analysen.

Sachüberschrift vor Art. 18

Wahl der Leistungserbringer

Art. 18

a) Grundsatz

1) In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung steht den Versicherten die Wahl unter den für die Behandlung ihrer Krankheit geeigneten Leistungserbringern frei.

2) Wählt ein Versicherter für eine ambulante Behandlung, die auch durch einen in Liechtenstein niedergelassenen Leistungserbringer erbracht werden kann, einen Leistungserbringer im Ausland, mit welchem kein Tarifvertrag besteht, vergütet die Kasse die obligatorisch versicherten Leistungen höchstens nach dem vom Verband abgeschlossenen Tarifvertrag oder nach dem von der Regierung beim Fehlen eines Tarifvertrages erlassenen Tarif, wenn für diese Behandlung eine Tarifregelung besteht.

3) Wählt ein Versicherter für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung, die auch in einem Vertragsspital angeboten wird, eine Heilanstalt, mit welcher kein Tarifvertrag besteht, vergütet die Kasse als obligatorisch versicherte Leistung die auf ihre Rechnung entfallenden Kosten nach dem Tarifvertrag mit einer für die Behandlung geeigneten Heilanstalt. Die im Tarifvertrag vorgesehenen Beiträge des Staates werden nicht ausgerichtet. Diese sind vom Versicherten oder seiner Zusatzversicherung zu tragen.

4) Die Regierung erlässt Vorschriften über die Vergütung von Leistungen, die aus medizinischen Gründen durch einen Leistungserbringer im Ausland erbracht werden müssen, mit welchem kein Tarifvertrag besteht. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen von Leistungserbringern, mit welchen ein Tarifvertrag besteht, nicht angeboten werden.

Art. 18a

b) Hausarztssystem

1) Die Kassen müssen ihren Versicherten eine Versicherungsform anbieten, in welcher die Versicherten mit dem Beitritt die Verpflichtung übernehmen, mit Ausnahme von Notfällen im Krankheitsfall zunächst einen bestimmten in Liechtenstein zugelassenen Arzt, der als Grundversorger tätig ist, als Hausarzt aufzusuchen. Der Hausarzt weist die Versicherten nötigenfalls einem Spezialisten, einer Heilanstalt oder einem anderen Leistungserbringer zu (Hausarztssystem).

2) Die Verpflichtung, mit dem Beitritt zum Hausarztssystem einen bestimmten Grundversorger zu wählen, ist auf Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr (Kinder) nicht anwendbar. Kinder, welche im Hausarztssystem versichert sind, werden mit Ausnahme von Notfällen von Ärzten behandelt, die dem Hausarztssystem angehören.

3) Der nach Art. 13 geltende Leistungsumfang gilt auch im Hausarztssystem. Bezüglich der Finanzierung gelten die besonderen Bestimmungen von Art. 22 Abs. 3 und Art. 23 Abs. 2 und 3.

4) Als Grundversorger gelten Allgemeinpraktiker und Allgemeininternisten. Bei chronischen Krankheiten, die nach dem 16. Altersjahr weiter behandelt werden müssen, kann die Behandlung durch den bisher behandelnden Spezialarzt für Pädiatrie fortgesetzt werden. Frauen können neben ihrem Hausarzt noch einen Spezialisten für Gynäkologie wählen.

5) Der Verband schliesst mit den in einem Hausärzteverein zusammengeschlossenen Grundversorgern und Spezialärzten eine Vereinbarung über die Durchführung des Hausarztssystems ab. Die Vereinbarung hat insbesondere Regelungen zu enthalten über:

- a) die Zuweisung durch den Hausarzt an andere Leistungserbringer unter Berücksichtigung der Ausnahmen, bei welchen die Versicherten ohne die vorgängige Zustimmung des Hausarztes einen Leistungserbringer direkt aufsuchen können;
- b) das Recht der Versicherten, einen anderen dem Hausärzteverein angeschlossenen Grundversorger als Hausarzt wählen zu können. Die Versicherten sollen grundsätzlich ohne Verzug einen anderen Hausarzt wählen können. Missbräuchliche Wechsel, welche die Grundsätze des Hausarztssystems verletzen, sind nicht zulässig;

- c) die Weitergabe von Informationen und Dokumenten unter Berücksichtigung des Persönlichkeitsschutzes der Versicherten vom bisherigen Hausarzt an den neuen Hausarzt, den Austausch von Informationen und Dokumenten zwischen den behandelnden Leistungserbringern sowie zwischen Leistungserbringern und Kassen;
- d) die Zulassung von im Ausland niedergelassenen Spezialärzten für Pädiatrie und Gynäkologie als Mitglieder des Hausärztereins;
- e) die Vergütung von Leistungen der im Hausärzterein zusammengeschlossenen Ärzte und ihre Mitverantwortung für die Kosten der von ihnen selber durchgeführten und von ihnen veranlassten Leistungen für Krankenpflege;
- f) die Massnahmen zur Sicherung der Qualität der Leistungen für Krankenpflege.

6) Kassenverband und Hausärzterein erstellen im Rahmen der Vereinbarung nach Abs. 5 eine Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung im Hausarztssystem. Diese hat einerseits eine ausreichende Versorgung sicherzustellen und den Versicherten eine angemessene Auswahl an Grundversorgern und Spezialärzten zu garantieren und andererseits eine Überversorgung zu vermeiden. Die Regierung bestellt auf Vorschlag des Kassenverbandes und des Hausärztereins eine paritätisch gebildete Zulassungskommission aus je drei Vertretern. Diese entscheidet im Rahmen der erstellten Bedarfsplanung über die Zulassung der Ärzte zum Hausarztssystem. Das Verfahren vor der Zulassungskommission richtet sich nach den Bestimmungen des Gesetzes über die allgemeine Verwaltungsrechtspflege betreffend das einfache Verwaltungsverfahren. Gegen den Entscheid der Zulassungskommission steht die Beschwerde an die Regierung offen.

7) Die gestützt auf Abs. 5 zum Hausarztssystem zugelassenen Ärzte werden in den Hausärzterein aufgenommen, wenn sie sich schriftlich bereit erklären, die im Gesetz, den Verordnungen, der Vereinbarung nach Abs. 5 und in den Statuten des Hausärztereins festgelegten Verpflichtungen im Hausarztssystem zu erfüllen. Die Zulassungskommission schliesst gestützt auf einen begründeten Antrag des Kassenverbandes oder des Hausärztereins einen Arzt aus dem Hausärzterein aus, der die gesetzlichen, statutarischen oder vertraglichen Verpflichtungen in schwerwiegender Weise verletzt hat.

8) Die Vereinbarung nach Abs. 5 bedarf der Genehmigung der Regierung. Kommt die Vereinbarung nicht zustande, so kann die Regierung die entsprechenden Vorschriften zur Durchführung des Hausarztsystems erlassen.

9) Die Versicherten können dem Hausarztssystem auf den Beginn eines Monats beitreten. Der Austritt aus dem Hausarztssystem ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Die Kassen können einen rascheren Austritt ermöglichen und dabei vorsehen, dass die besonderen Bestimmungen über die Finanzierung rückwirkend nicht anwendbar sind.

Art. 19

Wirtschaftlichkeit der Behandlung

1) Die Leistungserbringer haben sich bei der Krankenbehandlung auf das durch das Interesse der Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken. Die Kassen haben die Rechnungen der Leistungserbringer entsprechend zu prüfen.

2) Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Zu Unrecht bezahlte Vergütungen können zurückgefordert werden.

3) Die Leistungserbringer müssen dem Versicherten und seiner Kasse Vergünstigungen weitergeben, die ihnen

- a) andere in ihrem Auftrag tätige Leistungserbringer gewähren;
- b) Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder zu den Leistungen der Krankenpflegeversicherung zählende Medizinprodukte liefern.

4) Die Tarifverträge sehen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor.

5) Dem Versicherten ist durch die Krankenkassen eine detaillierte Abrechnung zuzustellen. Die Regierung umschreibt mit Verordnung die Angaben, die in der Abrechnung enthalten sein müssen.

Art. 19a

Qualitätssicherung

1) Die Leistungserbringer vereinbaren mit dem Verband Massnahmen zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen für Krankenpflege sowie über den Informationsaustausch zwischen Kassen und Leistungserbringern. Die Vereinbarungen bedürfen der Genehmigung der Regierung.

2) Kommen die Vereinbarungen nicht zustande, erlässt die Regierung die nötigen Bestimmungen zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen für Krankenpflege sowie über den Informationsaustausch zwischen Kassen und Leistungserbringern. Die Regierung sorgt in den Vereinbarungen mit den Heilanstalten für die Sicherung der Qualität und den zweckmässigen Einsatz der Leistungen für Krankenpflege.

Art. 20a

Der bisherige Art. 20bis wird zu Art. 20a.

Art. 22

2. Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber

1) Die Kassen haben getrennte Beiträge festzulegen für:

- a) die obligatorisch versicherten Leistungen bei Krankenpflege (Art. 13);
- b) das obligatorisch versicherte Krankengeld (Art. 14);
- c) das freiwillig versicherte Krankengeld (Art. 14 Abs. 6);
- d) die freiwilligen Versicherungen für Krankenpflegeleistungen (Art. 16).

2) Die Beiträge sind jeweils so zu bemessen, dass für jeden Versicherungszweig gemäss Abs. 1 unter Berücksichtigung der übrigen Einnahmequellen die jährlichen Aufwendungen für Versicherungsleistungen und Verwaltungskosten gedeckt und die nötigen Vermögensreserven gebildet werden können.

3) Die Kassen reduzieren die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Hausarztssystem gegenüber den Beiträgen in der Versicherung mit uneingeschränkter Wahl der Leistungserbringer um mindestens 10 %. Für die im Hausarztssystem versicherten Kinder dürfen keine Beiträge für die obligatorisch versicherten Leistungen bei Krankenpflege erhoben werden.

4) Die Beiträge für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sind in festen Beträgen, jene für die freiwilligen Versicherungen für Krankenpflegeleistungen und das Krankengeld in festen Beträgen oder in Prozenten des versicherten Lohnes zu erheben.

5) Die Beiträge der Versicherten dürfen unter Vorbehalt von Abs. 6 weder nach dem Alter noch nach dem Geschlecht abgestuft werden. Die Beiträge für die freiwilligen Versicherungen können nach dem Eintrittsalter abgestuft werden.

6) Für Kinder, die ausserhalb des Hausarztsystems versichert sind, dürfen die Beiträge für die obligatorisch versicherten Leistungen bei Krankenpflege höchstens ein Viertel derjenigen der erwachsenen Versicherten betragen. Für Versicherte nach dem vollendeten 16. Altersjahr bis zum vollendeten 20. Altersjahr dürfen diese Beiträge höchstens die Hälfte derjenigen der erwachsenen Versicherten betragen.

7) Die Kassen können in Kollektivversicherungen die Beiträge für das Krankengeld und für die Zusatzversicherungen abweichend von jenen der Einzelversicherung festlegen. Kollektivversicherungen dürfen nur mit Versicherungsnehmern abgeschlossen werden, die als Arbeitgeber ihren Sitz, eine Niederlassung oder eine Betriebsstätte in Liechtenstein haben. Die Regierung regelt die näheren Vorschriften für die Kollektivversicherung mit Verordnung.

8) Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflege- und Krankengeldversicherung der Arbeitnehmer gehen zur Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber hat die Beiträge des Arbeitnehmers bei der Lohnzahlung in Abzug zu bringen und zusammen mit seinen eigenen periodisch, spätestens auf das Ende des jeweiligen Kalenderquartals, der Kasse zu entrichten. Das Amt für Volkswirtschaft bestimmt gestützt auf den Landesdurchschnitt der Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einen für alle Versicherten und alle Arbeitgeber einheitlichen Beitrag des Arbeitgebers. Bei Teilzeitbeschäftigten reduziert sich der Arbeitgeberbeitrag entsprechend dem Beschäftigungsgrad. Bei Jugendlichen entspricht der Arbeitgeberbeitrag der Hälfte des Beitrages für Erwachsene.

Sachüberschrift vor Art. 23

3. Kostenbeteiligung der Versicherten

Art. 23

a) Obligatorische Kostenbeteiligung

1) Die Versicherten, die das 20. Altersjahr erfüllt haben, müssen für die obligatorischen Leistungen bei Krankenpflege eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Betrages pro Kalenderjahr von 200 Franken und in Form eines Selbstbehaltes von 10 % der den festen Jahresbetrag übersteigenden Kosten entrichten. Der Selbstbehalt ist bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von 600 Franken zu entrichten.

2) Die in Abs. 1 erwähnten Beträge für den festen Jahresbetrag, den prozentualen Selbstbehalt und den jährlichen Höchstbetrag werden auf die Hälfte reduziert für:

- a) Versicherte zwischen dem vollendeten 16. und dem vollendeten 20. Altersjahr;
- b) Versicherte nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters;
- c) Versicherte zwischen dem vollendeten 20. Altersjahr und dem ordentlichen Rentenalter, die das Hausarztssystem wählen.

3) Keine Kostenbeteiligung entrichten:

- a) Versicherte zwischen dem vollendeten 16. und dem vollendeten 20. Altersjahr, die das Hausarztssystem wählen;
- b) Versicherte nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters, die das Hausarztssystem wählen;
- c) Versicherte, die das 16. Altersjahr noch nicht erreicht haben.

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

5) Die Regierung wird ermächtigt, die Kostenbeteiligung durch Verordnung der Teuerung anzupassen.

Art. 23a

b) Freiwillige Kostenbeteiligung

1) Die Kassen können den Versicherten eine zusätzliche Kostenbeteiligung in Form eines höheren festen Jahresbetrages anbieten, wenn dieses Angebot für alle Versicherten gilt und wenn sie gleichzeitig die Beiträge nach Art. 22 angemessen reduzieren. Der feste Jahresbetrag darf höchst-

tens 1 500 Franken betragen. Die Staatsbeiträge nach Art. 24a und die Arbeitgeberbeiträge nach Art. 22 Abs. 8 werden durch die Wahl einer höheren Kostenbeteiligung nicht berührt.

2) Die Regierung wird ermächtigt, durch Verordnung die maximale Höhe des festen Jahresbetrages der Teuerung anzupassen und den Umfang der Beitragsreduktion angemessen zu begrenzen.

3) Im Rahmen freiwilliger Zusatzversicherungen können die Kassen beliebige Arten der Kostenbeteiligung offerieren.

Sachüberschrift vor Art. 24

4. Beiträge des Staates

Art. 24

a) Grundsatz

1) Der Staat beteiligt sich an den Kosten der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens insbesondere durch Beiträge an:

- a) die Kassen zur Mitfinanzierung der obligatorisch versicherten Krankenpflegeleistungen;
- b) einkommensschwache Versicherte im Hausarztssystem;
- c) Spitäler im Rahmen von Leistungsaufträgen und Tarifvereinbarungen.

2) Die Beiträge des Staates werden aus den allgemeinen Staatsmitteln aufgebracht. Die Regierung regelt die Einzelheiten mit Verordnung.

Art. 24a

b) Beiträge an die obligatorische Krankenpflegeversicherung

1) Der Staat übernimmt für die im Hausarztssystem versicherten Kinder 90 % der im Landesdurchschnitt errechneten Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dieser Versicherten.

2) Für die übrigen Versicherten übernimmt der Staat bei jährlichen Krankenpflegekosten eines Versicherten über dem von der Regierung festzulegenden Grenzbetrag 80 % der darüber liegenden Kosten. Die Regierung legt den Grenzbetrag so fest, dass die Staatsbeiträge 35 % der Krankenpflegekosten von allen obligatorisch Versicherten ergeben. Sie kann zu

diesem Zweck den Prozentsatz der Kostenübernahme nach Satz 1 erhöhen oder senken. Sie kann für bestimmte Behandlungen den Prozentsatz erhöhen.

3) Die Kassen können den Anspruch auf die Beiträge zweimal pro Jahr geltend machen. Die Regierung bestimmt durch Verordnung den Inhalt der Angaben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch die Revisionsstelle zu bestätigen.

Art. 24b

c) Beiträge an einkommensschwache Versicherte im Hausarztssystem

1) Der Staat entrichtet Beiträge zur Prämienverbilligung an einkommensschwache Versicherte, welche das Hausarztssystem gewählt haben. Der Anspruch auf Beiträge richtet sich nach dem steuerpflichtigen Erwerb des Versicherten bzw. der Ehegatten. Für Versicherte bis zum vollendeten 25. Altersjahr, die Unterhaltsansprüche gegenüber ihren Eltern haben, richtet sich der Anspruch nach dem steuerpflichtigen Erwerb der Eltern.

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

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

Bei Ehegatten erhöhen sich die Erwerbsgrenzen um 20 %. Bei Renten gemäss AHVG und IVG ist ein Freibetrag von 70 % abzuziehen.

3) Der Erwerb setzt sich zusammen aus dem steuerpflichtigen Erwerb sowie einem Zwanzigstel des Reinvermögens.

4) Die Beiträge werden auf Antrag der Versicherten durch das Amt für Volkswirtschaft ausgerichtet.

5) Die Regierung trifft durch Verordnung Regelungen über:

- a) Abweichungen vom steuerpflichtigen Erwerb bei ausserordentlichen Abzügen vom Erwerb bei der Steuerveranlagung und bei ausserordentlichen Änderungen in den persönlichen Verhältnissen während einer Steuerperiode;

- b) die Einkommensgrenzen für den Anspruch auf Beiträge bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, welche dem steuerpflichtigen Erwerb nach Abs. 2 entsprechen;
- c) die Koordination mit den Ergänzungsleistungen zugunsten von Rentnern der AHV und der IV;
- d) die Durchführung der Prämienverbilligung und die Mitwirkung der Gemeinden.

II.

Übergangsbestimmungen

§ 1

Errichtung des Hausarzt systems

1) Die beim Inkrafttreten dieser Bestimmung in Liechtenstein niedergelassenen Ärzte sind zum Hausarzt system und als Mitglieder des gemäss Abs. 3 zu gründenden Hausärztereins zugelassen.

2) Spezialärzte, die vor dem Inkrafttreten dieser Bestimmung in Liechtenstein niedergelassen waren und in ihrer Praxis wesentlich auch als Grundversorger tätig waren, erfüllen die Voraussetzungen als Grundversorger im Sinne von Art. 18a.

3) Ärzte, welche sich am Hausarzt system beteiligen wollen, gründen den Hausärzterein. Der Abschluss der Vereinbarung nach Art. 18a Abs. 5 muss der Regierung bis spätestens am 31. Dezember 1999 mitgeteilt werden. Die Regierung lädt alle in Liechtenstein niedergelassenen Ärzte zur Gründungsversammlung ein.

§ 2

Tarifvereinbarungen mit Spitälern

Ermöglichen vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes abgeschlossene Tarifvereinbarungen mit Spitälern, dass für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 13 Abs. 1 Bst. b dieses Gesetzes bei Versicherten mit Zusatzversicherungen höhere Tarife zur Anwendung gelangen können als für Versicherte ohne Zusatzversicherungen, kann die Tariffdifferenz weiterhin den Zusatzversicherungen belastet werden, bis die entsprechende Tarifvereinbarung diesem Gesetz angepasst ist.

§ 3

Staatsbeiträge im Hausarztssystem

1) Solange der in Art. 22 Abs. 3 vorgeschriebenen Prämienreduktion im Hausarztssystem nicht eine entsprechende Kostenreduktion im Vergleich zur Versicherung mit uneingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gegenübersteht, leistet der Staat den Kassen Beiträge zum Ausgleich des Ertragsausfalles.

2) Der Beitrag je Versicherten ist für alle Kassen gleich. Er wird aufgrund der im Landesdurchschnitt erhobenen Differenz je erwachsenen Versicherten zwischen dem Aufwand und dem Ertrag der beiden Versicherungsformen berechnet.

§ 4

Kinder im Hausarztssystem

Im Hausarztssystem versicherte Kinder, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes bei einer in Liechtenstein tätigen Krankenkasse nach liechtensteinischem Recht obligatorisch für Krankenpflege versichert waren, können im Sinne von Art. 18a Abs. 2 auch einen Arzt wählen, welcher nicht am Hausarztssystem beteiligt ist.

III.**Inkrafttreten**

- 1) Dieses Gesetz tritt am 1. April 2000 in Kraft.
- 2) § 1 der Übergangsbestimmungen tritt am Tage der Kundmachung dieses Gesetzes in Kraft.
- 3) Die Art. 3a und 24a Abs. 2 und 3 treten am 1. Januar 2001 in Kraft.

gez. Hans-Adam

gez. Dr. Mario Frick
Fürstlicher Regierungschef