

Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO)

Inhalt

<i>I. Vollzug des Bundesgesetzes über die Krankenpflegeversicherung</i>	3
Zuständige Departemente	3
 <i>II. Förderung der Gesundheit</i>	5
Gemeinsame Institution	5
 <i>III. Spitäler und andere Einrichtungen</i>	5
Grundlagen zur Bedarfsermittlung	5
Spitalliste / Liste der Pflegeheime	5
Betriebsvergleiche	5
Statistiken	5
Ausserkantonale Hospitalisation	6
Eigenbeitrag der versicherten Person an die Kosten der stationären Pflege	6
Kantonale Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen	6
Eigenbeitrag der versicherten Person an die Kosten der ambulanten Pflege	7
Kantonale Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege	8
Restfinanzierung durch den Kanton in Anwendung von Art. 25a Abs. 5 KVG	8
Zuständigkeit für die Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG)	9
 <i>IV. Tarifschutz</i>	10
Ausstand von Leistungserbringern	10
Sicherstellung der medizinischen Versorgung	10
 <i>V. Zusammenarbeit Krankenversicherer, Versicherungsobligatorium, Prämien- und Kostenausstände</i>	10
Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern	10
Sicherstellung des Versicherungsobligatoriums gemäss KVG	11
Versicherte Personen mit Leistungsaufschub	11
 <i>VI. Kantonale Beiträge an die Krankenversicherungsprämien</i>	12
Informationspflicht der Krankenversicherer	12
1. Anspruchsenstehung und -berechnung	
Anspruchsvoraussetzungen	12
Anspruchsenstehung bei Zuzug aus einem anderen Kanton oder aus dem Ausland sowie bei Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG	12
Anspruchsprüfung	13
Grundlage für die Anspruchsermittlung und -berechnung	13
Kaufkraftbereinigung des anrechenbaren Einkommens von Personen mit Wohnsitz in der Europäischen Union, Island oder Norwegen	13
Rechtsmittel gegen Gebühr wegen Meldepflichtverletzung (§ 39 SoHaV) .	14

2. Massgebende Prämien / Leistungsgrenzen	
Massgebende Prämien	14
Leistungsgrenzen und Prämienbeiträge	15
3. Finanzierung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien / Subrogation	
Finanzierung durch Bund und Kanton	15
Subrogation	16
Auszahlung der Krankenversicherungsbeiträge bei fehlender vertraglicher Regelung im Sinn von § 11 Abs. 2 dieser Verordnung oder bei Krankenver- sicherern, die einer entsprechenden vertraglichen Regelung nicht beigetre- ten sind	
Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien	16
Meldung an die Krankenversicherer / Information der versicherten Personen	16
Auszahlungsmodus	16
<i>VII. Vollzug</i>	17
<i>VIII. Übergangs- und Schlussbestimmungen</i>	17
Aufhebung bisherigen Rechts	17
Änderung bisherigen Rechts	17
Wirksamkeit	17
<i>Anhänge</i>	18

Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO)

Vom 25. November 2008

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, gestützt auf das Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) vom 15. November 1989¹⁾, auf § 8 des Spitalgesetzes vom 26. März 1981²⁾, auf das Gesetz über die Harmonisierung und Koordination von bedarfsabhängigen Sozialleistungen (Harmonisierungsgesetz Sozialleistungen, SoHaG) vom 25. Juni 2008³⁾ sowie das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994⁴⁾, beschliesst:

I. Vollzug des Bundesgesetzes über die Krankenpflegeversicherung (KVG)

Zuständige Departemente

§ 1. Die Durchführung von Aufgaben im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend Krankenversicherung) gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 obliegt zum einen Teil dem Gesundheitsdepartement und zum anderen Teil dem Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (Amt für Sozialbeiträge). Die beiden Departemente regeln ihre Zusammenarbeit.

² Folgende Aufgaben werden vom Gesundheitsdepartement wahrgenommen:

- a) die Vorbereitung zu Handen des Regierungsrates der vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung der Kantonsregierung übertragenen Beschlüsse, insbesondere die Tarifgenehmigung, die Tariffestsetzung sowie die Sicherstellung der medizinischen Versorgung gemäss den Art. 25a Abs. 2, 43 bis 51 sowie Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG);⁵⁾
- b) die Vorbereitung zu Handen des Regierungsrates der ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung gemäss den Art. 54 bis 55a KVG;
- c) die Mitwirkung an der gemeinsamen Institution gemäss Art. 19 KVG;
- d) die Spitalplanung;
- e) die Durchführung der Betriebsvergleiche;

¹⁾ SG 834.400.

²⁾ SG 330.100.

³⁾ SG 890.700.

⁴⁾ SR 832.10.

⁵⁾ § 1 Abs. 2 lit a in der Fassung des RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

- f) die Mitwirkung bei der Erstellung der bundesrechtlich vorgeschriebenen Statistiken;
 - g) die Kostenübernahme bei medizinisch bedingter ausserkantonaler Hospitalisation;
 - h) die Regelung bei Ausstand von Leistungserbringenden;
 - i) Vorbereitung der Sicherung der medizinischen Versorgung zu Händen des Regierungsrates;
 - j) ⁶⁾
 - k) Vollzug der Restfinanzierung der Pflegekosten gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG.⁷⁾
- ³ Folgende Aufgaben werden vom Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (Amt für Sozialbeiträge) wahrgenommen:
- a) der Vollzug des Krankenversicherungsobligatoriums und das Vorgehen bei Prämienausständen von Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt;
 - b) die Ausrichtung und Kontrolle der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien;
 - c) der Vollzug des Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) vom 15. November 1989;
 - d) die Anwendung der §§ 5 und 6 der Verordnung zum Gesetz betreffend die öffentliche Zahnpflege (Zahnpflegeverordnung) vom 30. Oktober 2001;
 - e) die Ausrichtung und Kontrolle der kantonalen Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen gemäss § 8a;⁸⁾
 - f) die Ausrichtung und Kontrolle der kantonalen Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege gemäss § 8c.⁹⁾
- ⁴ Das Amt für Sozialbeiträge führt im Rahmen der Vorbereitung von Tarifgeschäften gemäss Abs. 2 lit. a eine Analyse über allfällige Auswirkungen von Tarifieränderungen insbesondere auf die Höhe der Krankenversicherungsprämien, der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien, der Sozialhilfe, der Ergänzungsleistungen und der kantonalen Beihilfen sowie auf das Versicherungsobligatorium durch. Es erhält die dafür notwendigen Unterlagen vom Gesundheitsdepartement mindestens 19 Tage vor der Regierungsratssitzung zur Stellungnahme zu Händen des Regierungsrates.

⁶⁾ § 1 Abs. 2 lit. j aufgehoben durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

⁷⁾ § 1 Abs. 2 lit. k beigefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

⁸⁾ § 1 Abs. 3 lit. e beigefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

⁹⁾ § 1 Abs. 3 lit. f beigefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

II. Förderung der Gesundheit

Gemeinsame Institution

§ 2. Der Kanton wirkt an der gemeinsamen Institution gemäss Art. 19 KVG zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten mit.

III. Spitäler und andere Einrichtungen

Grundlagen zur Bedarfsermittlung

§ 3. Das Gesundheitsdepartement ermittelt die Grundlagen zur Festlegung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung und zur Festlegung des Bedarfs an Pflegebetten.

² Es berücksichtigt dabei die Bestrebungen nach einer regionalen und interkantonalen Zusammenarbeit.

Spitalliste / Liste der Pflegeheime

§ 4. Das Gesundheitsdepartement erarbeitet zu Händen des Regierungsrates die nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Listen der zugelassenen kantonalen und ausserkantonalen Spitäler, Kliniken und Pflegeheime.

² Der Regierungsrat erlässt die Listen.

Betriebsvergleiche

§ 5. Das Gesundheitsdepartement führt die vom Regierungsrat und vom Bundesrat angeordneten Betriebsvergleiche durch.

Statistiken

§ 6. Das Gesundheitsdepartement koordiniert, in Abstimmung mit dem statistischen Amt, die Erstellung der Statistiken und die Erfassung der Daten durch die nach Bundesrecht zur Mitwirkung verpflichteten Personen und Organisationen. Es kann diese Aufgaben Dritten übertragen.

Ausserkantonale Hospitalisation

§ 7. Das Gesundheitsdepartement regelt die Kostenübernahme bei ausserkantonalen Hospitalisationen gemäss Art. 41 KVG nach Rücksprache mit den Kostenträgern.

Eigenbeitrag der versicherten Person an die Kosten der stationären Pflege

§ 8.¹⁰⁾ Der maximale Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG an die Kosten der stationären Pflege beträgt 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages.

Kantonale Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen§ 8a.¹¹⁾

a) Spital

Reduziert ein Krankenversicherer seine Leistungen pro Spitaltag in Anwendung von Art. 49 Abs. 4 KVG und bezieht die versicherte Person weder eine Rente der AHV oder IV noch ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe, richtet der Kanton bis zum 360. Pfllegetag an den Aufenthalt der versicherten Person in den Spitälern, welche auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind, auf Gesuch hin Beiträge aus.

b) Pflegeheim

Bei Aufenthalt der versicherten Person, welche weder eine Rente der AHV oder IV noch ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe bezieht, in einem Pflegeheim oder in einer Pflegeabteilung eines Spitals, welche auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt ist, richtet der Kanton bis zum 360. Pfllegetag auf Gesuch hin Beiträge aus.

c) Beitragshöhe

¹ Die Höhe der Beiträge richtet sich nach den für die individuelle Prämienerbilligung (IPV) geltenden Einkommensgruppen und entspricht der Differenz zwischen den vom Regierungsrat festgelegten oder in Verträgen zwischen dem Regierungsrat und den Leistungserbringern vereinbarten Spital- und Pflegeheimtaxen und der nachfolgend aufgeführten maximalen Eigenleistung der versicherten Person.

¹⁰⁾ § 8 samt Titel in der Fassung des RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

¹¹⁾ § 8a eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

IPV-Einkommensgruppe	Max. Eigenleistungen Patient/-in CHF pro Tag
1	10
2	10
3	10
4	10
5	10
6	10
7	10
8	10
9	10
10	14
11	18
12	22
13	26
14	30
15	34
16	38
17	42
18	46
Kein IPV-Anspruch	50

² Die Beiträge sind zu Leistungen Dritter subsidiär.

³ Die Beiträge werden nur an Personen mit Wohnsitz im Kanton ausgerichtet.

⁴ Keinen Anspruch auf Beiträge gemäss § 8 lit. a und b haben Personen mit einem steuerbaren Vermögen von mehr als CHF 1'000'000.

⁵ Das Gesundheitsdepartement kann die Beitragsgewährung über die genannten 360 Pflage tage hinaus verlängern.

⁶ Der Kanton kann die Beiträge auch bei Aufenthalten der versicherten Person in ausserkantonalen Spitälern und Pflegeheimen ausrichten.

Eigenbeitrag der versicherten Person an die Kosten der ambulanten Pflege

§ 8b.¹²⁾ Der maximale Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG an die Kosten der ambulanten Pflege beträgt für das Jahr 2011 10 Prozent des höchstens vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages pro Tag. Der maximale Eigenbeitrag ist nur bei einer Leistungsdauer von einer Stunde anrechenbar; bei kürzerer Leistungsdauer verringert sich der anrechenbare Eigenbeitrag anteilmässig (pro rata temporis).

¹²⁾ § 8b eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

Kantonale Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege

§ 8c.¹³⁾ Versicherten Personen, welche Anspruch auf individuelle Prämienvorbilligung haben und die weder eine Rente der AHV oder IV noch ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe beziehen, richtet der Kanton auf Gesuch hin Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege aus. Die Höhe des Kantonsbeitrags entspricht dem maximalen Eigenbeitrag gemäss § 8b.

² Ein Anspruch auf Kantonsbeiträge entsteht erst ab einem Leistungsumfang von 20 Stunden ambulanter Pflege pro Kalenderjahr. Vorbehalten bleibt Abs. 6.

³ Das Gesundheitsdepartement kann den anrechenbaren Leistungsumfang beschränken.

⁴ Die Beiträge sind zu Leistungen Dritter subsidiär.

⁵ Der Eigenbeitrag gemäss § 8b. wird für Kinder und Jugendliche bis zu 18 Jahren vom Kanton in der anfallenden Höhe übernommen.

⁶ Die Beiträge werden nur an Personen mit Wohnsitz im Kanton ausgerichtet.

Restfinanzierung durch den Kanton in Anwendung von Art. 25a Abs. 5 KVG§ 8d.¹⁴⁾

a) Pflegeheime

¹ Für die Berechnung der Restfinanzierung durch den Kanton gelten die nachfolgenden anerkannten Pflegekosten.

Pflegestufe

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pflegeaufwand in Minuten pro Tag												
bis	21–	41–	61–	81–	101–	121–	141–	161–	181–	201–	ab	
	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200	220	221
Pflegekosten pro Tag in CHF												
	9	24	40	56	72	88	104	120	136	152	168	184

² Die Höhe der Restfinanzierung entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss § 8.

³ Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Pflegeheime, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit und für Spezialleistungen kann der Regierungsrat höhere Kosten anerkennen. Der Regierungsrat kann entsprechende Verträge abschliessen.

¹³⁾ § 8c eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

¹⁴⁾ § 8d eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

⁴ Für die Erfassung des Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner gilt für die Pflegeheime, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind, das Bedarfserfassungssystem RAI/RUG in der Version CH-Index 2011 (Anhang).

b) Ambulante Pflege

¹ Für die Berechnung der Restfinanzierung durch den Kanton gelten die nachfolgenden, anerkannten Pflegekosten.

Pflegekosten pro Stunde in CHF	erste Stunde	ab zweiter Stunde
Bedarfsabklärung	96	80
Behandlungspflege	90	80
Grundpflege	80	70

² Die Höhe der Restfinanzierung entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a KLV sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss § 8b.

³ Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Spitexanbieter, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit, für Spezialleistungen und zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit kann der Regierungsrat höhere Kosten anerkennen. Der Regierungsrat kann entsprechende Verträge abschliessen.

Zuständigkeit für die Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG)

§ 8e.¹⁵⁾ Zuständig für die Ausrichtung der Restfinanzierung ist derjenige Kanton oder diejenige ausserkantonale Gemeinde, in welchem oder welcher die versicherte Person ihren Wohnsitz hat.

² Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim ist derjenige Kanton oder diejenige ausserkantonale Gemeinde zuständig, in welchem oder welcher die versicherte Person vor Eintritt ins Pflegeheim ihren letzten Wohnsitz hatte.

³ Die innerkantonale Zuständigkeit für die Ausrichtung der Restfinanzierung, der Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen, der Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege und der Akut- und Übergangspflege wird in einem Vertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und den Gemeinden Bettingen und Riehen geregelt.

¹⁵⁾ § 8e eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

IV. Tarifschutz

Ausstand von Leistungserbringern

§ 9. Lehnt es ein Leistungserbringer ab, die gesetzlichen Leistungen nach den vertraglich oder behördlich festgelegten Tarifen und Preisen zu erbringen, muss sie oder er dies schriftlich dem Gesundheitsdepartement melden. Dieses publiziert eine entsprechende Liste.

Sicherstellung der medizinischen Versorgung

§ 10. Kommt zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern kein Tarifvertrag zustande oder ist wegen des Ausstands von Leistungserbringern gemäss § 9 dieser Verordnung die Behandlung der Versicherten im Rahmen des KVG nicht gewährleistet, setzt der Regierungsrat nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

² Gemäss § 1 Abs. 2 lit. a dieser Verordnung obliegt die Vorbereitung der Tariffestsetzung zu Händen des Regierungsrates dem Gesundheitsdepartement. Dies gilt auch für die Vorbereitung der Festsetzung der Rahmentarife sowie der Genehmigungsbeschlüsse durch die Kantonsregierung gemäss KVG. Das Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt berichtet gemäss § 1 Abs. 4 dieser Verordnung.

V. Zusammenarbeit Krankenversicherer, Versicherungsobligatorium, Prämien- und Kostenausstände

Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern

§ 11. Bei der Durchführung der Krankenversicherung gemäss KVG koordiniert der Kanton seine Aufgaben mit den zugelassenen Krankenversicherern.

² Er kann zu diesem Zweck mit den genannten Krankenversicherern eine vertragliche Vereinbarung über die Überprüfung des Versicherungsobligatoriums sowie die Zusammenarbeit im Bereich der Ausrichtung von Beiträgen an die Krankenversicherungsprämien abschliessen. Diese hat neben weiteren Punkten die Abgeltung des Aufwands der Krankenversicherer zu regeln.

³ Der Kanton ist befugt, im Rahmen von Art. 64 a KVG (Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen) mit gemäss KVG zugelassenen Krankenversicherern eine für den Kanton zweckmässige vertragliche Regelung über die Abgeltung nicht bezahlter Krankenversicherungsprämien und Kostenbeteiligungen zu erarbeiten.

Sicherstellung des Versicherungsobligatoriums gemäss KVG

§ 12. Das Amt für Sozialbeiträge informiert über die obligatorische Krankenversicherung gemäss KVG und weist Personen, die ihrer Versicherungspflicht gemäss Art. 3 KVG nicht rechtzeitig nachkommen, einem zugelassenen Krankenversicherer zu. Eine entsprechende Zuweisung erfolgt proportional zum Marktanteil (Versichertenbestand), welchen im Kanton Basel-Stadt tätige Krankenversicherer gemäss Vorjahreszahlen ausweisen.

² Das Amt für Sozialbeiträge stellt, zusammen mit den Einwohnerdiensten, dem Zivilstandsamt und dem Amt für Wirtschaft und Arbeit sicher, dass die in Art. 3 und Art. 6a Abs. 1 KVG genannten Personen über die Versicherungspflicht informiert werden.

³ Über Ausnahmen von der Versicherungspflicht gemäss Abs. 1 entscheidet das Amt für Sozialbeiträge.

Versicherte Personen mit Leistungsaufschub

§ 13. Fehlt es an einer vertraglichen Regelung zwischen Kanton und Krankenversicherern über die Abgeltung uneinbringlicher Prämien und Kostenbeteiligungen im Sinn von § 11 Abs. 3 dieser Verordnung oder sind einzelne Krankenversicherer einer solchen nicht beigetreten, gilt für den Fall eines Leistungsaufschubs durch die Krankenversicherer gemäss Art. 64a Abs. 2 KVG bei Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt Folgendes:

- a) Bei von der Sozialhilfe unterstützten Personen sowie bei Personen, die Ergänzungsleistungen gemäss dem Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 6. Oktober 2006 (ELG) beziehen, kann der Kanton einen allfälligen Leistungsaufschub durch Übernahme der ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten auskaufen oder die medizinischen Behandlungskosten übernehmen.
- b) Bei den übrigen Versicherten regelt das Amt für Sozialbeiträge auf Antrag der von einem Leistungsaufschub betroffenen versicherten Person und gestützt auf die konkreten Umstände des Einzelfalls die Finanzierung für zwingend notwendige medizinische Leistungen. Bei Zweifeln über die zwingende Notwendigkeit von medizinischen Leistungen ist das Amt für Sozialbeiträge jederzeit berechtigt, entsprechende Expertisen einzuholen.

VI. Kantonale Beiträge an die Krankenversicherungsprämien

Informationspflicht der Krankenversicherer

§ 14. Im Kanton Basel-Stadt tätige Krankenversicherer sind verpflichtet, bei ihnen versicherte Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt sowie bei ihnen versicherte Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG regelmässig über die Möglichkeit zur Beantragung von Beiträgen an die Krankenversicherungsprämien (Art. 65 ff. KVG) zu informieren.

1. Anspruchsentstehung und -berechnung

Anspruchsvoraussetzungen

§ 15. Der Kanton entrichtet auf Antrag von wirtschaftlich schwächer gestellten Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt sowie von Personen gemäss Art. 65a KVG, welche im Kanton Basel-Stadt versichert sind, Beiträge an deren Krankenversicherungsprämien, sofern die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Anspruchsentstehung bei Zuzug aus einem anderen Kanton oder aus dem Ausland sowie bei Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG

§ 16. Bei Zuzug in den Kanton Basel-Stadt aus einem anderen Kanton, richtet sich ein allfälliger Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien bis zum Ende des entsprechenden Kalenderjahres nach dem Recht des Kantons, in dem die versicherte Person am 1. Januar Wohnsitz hatte.

² Bei Zuzug in den Kanton Basel-Stadt aus dem Ausland entsteht der Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien ab dem Monat der Versicherungsdeckung gemäss KVG, sofern der Beitritt zu einem gemäss KVG zugelassenen Krankenversicherer und die Anmeldung zum Bezug von Beiträgen an die Krankenversicherungsprämien innert 3 Monaten seit dem Zuzug erfolgte.

³ Bei Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG entsteht der Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien ab dem Monat des Versicherungsbeginns gemäss KVG, sofern die Anmeldung zum Bezug von Beiträgen an die Krankenversicherungsprämien innerhalb von 3 Monaten seit Versicherungsbeginn erfolgte.

Anspruchsprüfung

§ 17. Sind die zur Anspruchsprüfung eingereichten Unterlagen unvollständig, fordert das Amt für Sozialbeiträge die fehlenden Unterlagen nach. Die fehlenden Unterlagen sind innerhalb von zwei Monaten ab Zugang des Nachforderungsschreibens einzureichen. Bleibt diese Frist ungenutzt, ist ein neuer Antrag zu stellen.

² Zur Prüfung der Anspruchsberechtigung kann das Amt für Sozialbeiträge Vorladungen aussprechen sowie schriftliche Auskunftserteilungen und/oder die Einsendung von bestimmten Unterlagen verlangen. Arbeitgebende von Arbeitnehmenden, die einen Antrag auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien gestellt haben, haben auf Aufforderung des Amtes für Sozialbeiträge, Lohnbescheinigungen auszustellen und diesem zuzusenden.

Grundlage für die Anspruchsermittlung und -berechnung

§ 18. Grundlage für die Ermittlung und Berechnung eines Anspruchs auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien bilden das Harmonisierungsgesetz Sozialleistungen (SoHaG) vom 25. Juni 2008 sowie die Verordnung über die Harmonisierung und Koordination von bedarfsabhängigen Sozialleistungen (SoHaV) vom 25. November 2008.

² Bei versicherten Personen, die Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben, richtet sich der Anspruch auf Prämienbeiträge abweichend von Abs. 1 nach dem ELG, wobei für jede Person, die in der Berechnung der Ergänzungsleistung einbezogen ist, mindestens der Beitrag der Prämiengruppe 01 gemäss § 22 Abs. 2 Tabellen 2 und 3 dieser Verordnung ausgerichtet wird.¹⁶⁾

Kaufkraftbereinigung des anrechenbaren Einkommens von Personen mit Wohnsitz in der Europäischen Union, Island oder Norwegen

§ 19. Das anrechenbare Einkommen gemäss § 7 SoHaG von in Art. 65a lit. a bis c KVG genannten Personen wird entsprechend dem Kaufkraftindex des jeweiligen Wohnsitzstaates umgerechnet. Diese Regelung findet keine Anwendung auf ein allfällig anzurechnendes hypothetisches Erwerbseinkommen (§§ 19 ff. SoHaV).

² Der in Abs. 1 genannte Kaufkraftindex bestimmt sich nach der Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Minimalprämien für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Gemeinschaft, in Island und in Norwegen vom 22. November 2007.

³ Das kaufkraftbereinigte anrechenbare Einkommen gemäss Abs. 1 und 2 wird gemäss den von der Verwaltungskommission der Europäischen Gemeinschaften für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer zur Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 bekannt gegebenen Währungsumrechnungskursen in Schweizer Franken umgerechnet.

¹⁶⁾ § 18 Abs. 2 eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

Rechtsmittel gegen Gebühr wegen Meldepflichtverletzung (§ 39 SoHaV)

§ 20. Werden im Fall der Erhebung einer Gebühr wegen Meldepflichtverletzung sowohl die Gebühr als auch die Rückforderung bestritten, ist innerhalb von 30 Tagen nach Eröffnung der Verfügung bei der verfügenden Stelle Einsprache zu erheben.

² Wird ausschliesslich die Gebühr beanstandet, ist innerhalb von 10 Tagen nach Eröffnung der Verfügung Rekurs beim Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt anzumelden. Die Rekursbegründung ist innerhalb von 30 Tagen, vom gleichen Zeitpunkt an gerechnet, nachzureichen. Sie muss die Anträge der rekurrierenden Person sowie eine Begründung mit Angabe der Beweismittel enthalten.

2. Massgebende Prämien / Leistungsgrenzen

Massgebende Prämien

§ 21. Bei der Festsetzung der Höhe der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien für die drei von Art. 61 Abs. 3 KVG vorgesehenen Personenkategorien «Erwachsene», «junge Erwachsene» und «Kinder» orientiert sich der Regierungsrat an der Höhe der jeweiligen Prämien für die Krankenversicherung unter Einbezug der Prämien für besondere Versicherungsformen gemäss Art. 62 KVG sowie unter Einbezug von weiteren zulässigen Prämienreduktionen.

² Für die Umsetzung von Art. 65 Abs. 1^{bis} KVG orientiert sich der Regierungsrat an einer Richtprämie. Diese liegt für die jeweilige Personenkategorie gemäss Abs. 1 bei 90 Prozent der erwarteten kantonalen Durchschnittsprämie.

³ Für die Umsetzung von Art. 65a KVG orientiert sich der Regierungsrat an den in den entsprechenden Staaten geltenden Durchschnittsprämien, welche sich aus der Verordnung des EDI über die Preisniveauintizes und die Minimalprämien für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Gemeinschaft, in Island und in Norwegen vom 22. November 2007 ergeben. Liegen diese Durchschnittsprämien nicht mehr als 10 Prozent unter der Durchschnittsprämie des Kantons Basel-Stadt, gelten für Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG die selben Bestimmungen wie für Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt. Bei Abweichungen von mehr als 10 Prozent kann der Regierungsrat angemessene Abstufungen vornehmen.

Leistungsgrenzen und Prämienbeiträge

§ 22. Beiträge an die Krankenversicherungsprämien werden nur gewährt, wenn das massgebliche Einkommen der Haushaltseinheit gemäss § 6 Abs. 2 lit. d SoHaG die gemäss § 11 Abs. 2 SoHaV berechnete Leistungsgrenze nicht übersteigt. Bis zu einer Haushaltseinheit von acht Personen können die Leistungsgrenzen der unten stehenden Tabelle T 1¹⁷⁾ entnommen werden. Für Haushaltseinheiten von neun und mehr Personen erhöhen sich die Leistungsgrenzen, ausgehend von der Leistungsgrenze der jeweils vorangehenden Haushaltseinheit, gemäss dem Berechnungsmodus von § 11 Abs. 2 SoHaV, um CHF 4'000 pro Person.

² Die Prämiengruppe sowie die Höhe der jeweiligen Beiträge an die Krankenversicherungsprämien ergeben sich, ausgehend vom jeweils massgeblichen Einkommen gemäss § 6 Abs. 2 lit. d SoHaG und unter Anwendung von § 21 dieser Verordnung, aus den unten stehenden Tabellen T 2 und T 3.¹⁸⁾ Die maximale Höhe der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien entspricht höchstens der im konkreten Fall tatsächlich geschuldeten Prämie für die obligatorische Krankenversicherung.

3. Finanzierung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien / Subrogation

Finanzierung durch Bund und Kanton

§ 23. Die aufgrund der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien anfallenden Kosten werden einerseits durch den Bund (Art. 66 KVG) und andererseits durch den Kanton getragen.

² Es obliegt dem Amt für Sozialbeiträge, die Bundesgelder geltend zu machen.

¹⁷⁾ § 22 Abs. 1: Die Tabelle findet sich aus technischen Gründen am Schluss dieser Verordnung (Anhang zu § 22 Abs. 2).

¹⁸⁾ § 22 Abs. 2: Die Tabellen finden sich aus technischen Gründen am Schluss dieser Verordnung (Anhang zu § 22 Abs. 2).

Subrogation

§ 24. Soweit im Rahmen des Sozialhilfegesetzes vom 29. Juni 2000 Prämien der Krankenversicherung bezahlt werden, geht der Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien auf die sozialhilfleistenden Behörden über.

4. Auszahlung der Krankenversicherungsbeiträge bei fehlender vertraglicher Regelung im Sinn von § 11 Abs. 2 dieser Verordnung oder bei Krankenversicherern, die einer entsprechenden vertraglichen Regelung nicht beigetreten sind

Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien

§ 25. Die Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien erfolgt an die Krankenversicherer.

² Ist eine Auszahlung an die Krankenversicherer nicht zweckmässig oder unmöglich, kann eine solche direkt an die versicherte Person erfolgen.

Meldung an die Krankenversicherer / Information der versicherten Personen

§ 26. Das Amt für Sozialbeiträge meldet den Krankenversicherern regelmässig, welche ihrer Versicherten Anspruch auf Krankenversicherungsbeiträge des Kantons Basel-Stadt haben, und informiert sie gleichzeitig über die Höhe desselben.

² Im Anschluss orientieren die Krankenversicherer die bei ihnen versicherten anspruchsberechtigten Personen über den gemäss Abs. 1 gemeldeten Anspruch und reduzieren die Krankenversicherungsprämien entsprechend.

Auszahlungsmodus

§ 27. Im jeweils laufenden Kalenderjahr leistet das Amt für Sozialbeiträge an Krankenversicherer mit Versicherten, die Anspruch auf Beiträge an ihre Krankenversicherungsprämien haben, bis Ende Juni für das laufende Kalenderjahr eine Akontozahlung. Die Höhe dieser Akontozahlung bestimmt sich nach einer Hochrechnung gestützt auf die Zahlen des laufenden Jahres.

² Nach Ablauf des Kalenderjahres stellen Krankenversicherer gemäss Abs. 1 dem Amt für Sozialbeiträge die Differenz zwischen der reduzierten Krankenversicherungsprämie und der für die obligatorische Krankenversicherung tatsächlich geschuldeten Prämie von bei ihnen versicherten Personen mit Anspruch auf Krankenversicherungsbeiträge unter Abzug der nach Abs. 1 geleisteten Akontozahlung in Rechnung. Sie stellen dem Amt für Sozialbeiträge dabei alle zur Überprüfung des geltend gemachten Betrags notwendigen Daten und Unterlagen zur Verfügung.

³ Das Amt für Sozialbeiträge bezahlt den nach entsprechender Überprüfung allfällig verbleibenden Betrag nach Abs. 2 bis Ende Juni des Folgejahres an die berechtigten Krankenversicherer aus.

⁴ Das Amt für Sozialbeiträge kann die Ablehnung oder Einstellung von entsprechenden Beiträgen verfügen, wenn die betroffenen Krankenversicherer bei der Feststellung und Überprüfung des Beitragsanspruchs ungenügend mitwirken.

⁵ Ungerechtfertigt ausbezahlte Beiträge können vom Amt für Sozialbeiträge jederzeit zurückgefordert werden.

VII. Vollzug

§ 28. Das Gesundheitsdepartement und das Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (Amt für Sozialbeiträge) werden mit dem Vollzug beauftragt.

VIII. Übergangs- und Schlussbestimmungen

Aufhebung bisherigen Rechts

§ 29. Die Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO) vom 7. November 1995 wird aufgehoben.

Änderung bisherigen Rechts

§ 30. Die Verordnung zum Gesetz betreffend die öffentliche Zahnpflege (Zahnpflegeverordnung) vom 30. Oktober 2001¹⁹⁾ wird wie folgt geändert:²⁰⁾

Wirksamkeit

§ 31. Diese Verordnung ist zu publizieren. Sie wird auf den 1. Januar 2009 wirksam.

¹⁹⁾ SG 328.210.

²⁰⁾ Die Änderungen werden hier nicht abgedruckt.

Anhang

Pflegestufe	Pflegeaufwand in Minuten pro Tag	CH-Index 2011	Original-RUG's
1	bis 20	0.095	PA0
2	21–40	0.285	PA1
3	41–60	0.476	BA1, PA2
4	61–80	0.666	IA1, BA2
5	81–100	0.856	PB1, PB2, BB1
6	101–120	1.046	CA1, IB1, PC1, BB2, PC2
7	121–140	1.237	IA2, IB2, CA2
8	141–160	1.427	PD1, PD2, CB1, RMA, RLA
9	161–180	1.617	CB2, SSA, RMB, CC1
10	181–200	1.807	SSB, PE1, RLB, CC2, PE2
11	201–220	1.998	SSC, SE1
12	ab 221	2.188	RMC, SE2, SE3

Anhang zu § 22 Abs. 2²¹⁾

T 1								T 2	T 3		
Leistungsgrenzen - massgebliches Einkommen gemäss § 6 Abs. 2 lit. d SoHaG in CHF (pro Jahr)									Grup- pe	Beiträge an die Kranken- versicherungsprämien in CHF (pro Monat)	
1 PH	2 PH	3 PH	4 PH	5 PH	6 PH	7 PH	8 PH			Kin- der	Junge Erwachsene
23'125	37'000	47'000	55'000	61'000	65'000	69'000	73'000	01	107	278	309
24'375	39'000	49'000	57'000	63'000	67'000	71'000	75'000	02	101	261	289
25'625	41'000	51'000	59'000	65'000	69'000	73'000	77'000	03	95	244	268
26'875	43'000	53'000	61'000	67'000	71'000	75'000	79'000	04	89	211	247
28'125	45'000	55'000	63'000	69'000	73'000	77'000	81'000	05	83	195	227
29'375	47'000	57'000	65'000	71'000	75'000	79'000	83'000	06	78	194 ^b	207
30'625	49'000	59'000	67'000	73'000	77'000	81'000	85'000	07	72	194 ^b	186
31'875	51'000	61'000	69'000	75'000	79'000	83'000	87'000	08	66	194 ^b	166
33'125	53'000	63'000	71'000	77'000	81'000	85'000	89'000	09	61	194 ^b	146
34'375	55'000	65'000	73'000	79'000	83'000	87'000	91'000	10	56	194 ^b	125
35'625	57'000	67'000	75'000	81'000	85'000	89'000	93'000	11	54 ^a	194 ^b	105
36'875	59'000	69'000	77'000	83'000	87'000	91'000	95'000	12	54 ^a	194 ^b	83
38'125	61'000	71'000	79'000	85'000	89'000	93'000	97'000	13	54 ^a	194 ^b	63
39'375	63'000	73'000	81'000	87'000	91'000	95'000	99'000	14	54 ^a	194 ^b	43
40'625	65'000	75'000	83'000	89'000	93'000	97'000	101'000	15	54 ^a	194 ^b	21
41'875	67'000	77'000	85'000	91'000	95'000	99'000	103'000	16	54 ^a	194 ^b	20
43'125	69'000	79'000	87'000	93'000	97'000	101'000	105'000	17	54 ^a	194 ^b	20
44'375	71'000	81'000	89'000	95'000	99'000	103'000	107'000	18	54 ^a	194 ^b	20

PH = Personenhaushalt

a = Beitragshöhe entspricht der Hälfte von 90% der erwarteten Durchschnittsprämie der jeweiligen Personenkategorie gemäss Art. 21 Abs. 1 dieser Verordnung.

²¹⁾ Tabelle T3 in der Fassung des RRB vom 14. 9. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).