

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

Vom 25. November 2008 (Stand 1. Januar 2014)

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt,

gestützt auf das Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) vom 15. November 1989<sup>1)</sup>, auf § 8 des Spitalgesetzes vom 26. März 1981<sup>2)</sup>, auf das Gesetz über die Harmonisierung und Koordination von bedarfsabhängigen Sozialleistungen (Harmonisierungsgesetz Sozialleistungen, SoHaG) vom 25. Juni 2008<sup>3)</sup> sowie das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994<sup>4)</sup>,

beschliesst:

**I. Vollzug des Bundesgesetzes über die Krankenpflegeversicherung (KVG)****§ 1. Zuständige Departemente**

<sup>1)</sup> 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.

<sup>2)</sup> Folgende Aufgaben werden vom Gesundheitsdepartement wahrgenommen:

- a) <sup>5)</sup> 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);
- b) die Vorbereitung zu Handen des Regierungsrates der ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung gemäss den Art. 54 bis 55a KVG;

<sup>1)</sup> SG [834.400](#).

<sup>2)</sup> Dieses Gesetz ist aufgehoben.

<sup>3)</sup> SG [890.700](#).

<sup>4)</sup> SR [832.10](#).

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

- c) die Mitwirkung an der gemeinsamen Institution gemäss Art. 19 KVG;
- d) die Spitalplanung;
- e) die Durchführung der Betriebsvergleiche;
- 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) <sup>6)</sup> ...
- k) <sup>7)</sup> Vollzug der Restfinanzierung der Pflegekosten gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG.

<sup>3</sup> Folgende Aufgaben werden vom Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (Amt für Sozialbeiträge) wahrgenommen:

- a) <sup>8)</sup> der Vollzug des Krankenversicherungsobligatoriums und die Abgeltung an die Versicherer für uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen von Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt gemäss Art. 64a KVG;
- 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) <sup>9)</sup> die Ausrichtung und Kontrolle der kantonalen Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen gemäss § 8a;
- f) <sup>10)</sup> die Ausrichtung und Kontrolle der kantonalen Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege gemäss § 8c.

<sup>4</sup> Das Amt für Sozialbeiträge führt im Rahmen der Vorbereitung von Tarifgeschäften gemäss Abs. 2 lit. a eine Analyse über allfällige Auswirkungen von Tarifanpassungen 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.

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

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

<sup>8)</sup> § 1 Abs. 3 lit. a in der Fassung des RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

<sup>9)</sup> § 1 Abs. 3 lit. e beigefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

<sup>10)</sup> § 1 Abs. 3 lit. f beigefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

## II. Förderung der Gesundheit

### § 2. *Gemeinsame Institution*

<sup>1</sup> 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

### § 3. *Grundlagen zur Bedarfsermittlung*

<sup>1</sup> Das Gesundheitsdepartement ermittelt die Grundlagen zur Festlegung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung und zur Festlegung des Bedarfs an Pflegebetten.

<sup>2</sup> Es berücksichtigt dabei die Bestrebungen nach einer regionalen und interkantonalen Zusammenarbeit.

### § 4. *Spitalliste / Liste der Pflegeheime*

<sup>1</sup> Das Gesundheitsdepartement erarbeitet zu Händen des Regierungsrates die nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Listen der zugelassenen kantonalen und ausserkantonalen Spitäler, Kliniken und Pflegeheime.

<sup>2</sup> Der Regierungsrat erlässt die Listen.

### § 5. *Betriebsvergleiche*

<sup>1</sup> Das Gesundheitsdepartement führt die vom Regierungsrat und vom Bundesrat angeordneten Betriebsvergleiche durch.

### § 6. *Statistiken*

<sup>1</sup> 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.

### § 7. *Ausserkantonale Hospitalisation*

<sup>1</sup> Das Gesundheitsdepartement regelt die Kostenübernahme bei ausserkantonalen Hospitalisationen gemäss Art. 41 KVG nach Rücksprache mit den Kostenträgern.

§ 8.<sup>11)</sup> *Eigenbeitrag der versicherten Person an die Kosten der stationären Pflege*

<sup>1</sup> 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.

§ 8a.<sup>12)</sup> *Kantonale Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen*

<sup>1</sup> a) Spital<sup>13)</sup>

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. Pflagehtag an den Aufenthalt der versicherten Person in den Spitälern, welche auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind, auf Gesuch hin Beiträge aus.

<sup>2</sup> 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. Pflagehtag auf Gesuch hin Beiträge aus.

<sup>3</sup> c) Beitragshöhe

1. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach den für die individuelle Prämienverbilligung (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.

| <b>IPV-Einkommensgruppe</b> | <b>Max. Eigenleistungen Patient/-in CHF pro Tag</b> |
|-----------------------------|---|
|                             |   |
| 1                           | 10  |
| 2                           | 10  |
| 3                           | 10  |
| 4                           | 10  |
| 5                           | 10  |
| 6                           | 10  |
| 7                           | 10  |
| 8                           | 10  |

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

<sup>12)</sup> § 8a eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

<sup>13)</sup> Softwarebedingte, redaktionelle Einfügung von Gliederungsbuchstaben oder -ziffern.

| IPV-Einkommensgruppe | Max. Eigenleistungen Patient/-in CHF pro Tag |
|----------------------|--|
| 9                    | 10   |
| 10                   | 14   |
| 11                   | 18   |
| 12                   | 22   |
| 13                   | 26   |
| 14                   | 30   |
| 15                   | 34   |
| 16                   | 38   |
| 17                   | 42   |
| 18                   | 46   |
| keine 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 Pflagetage hinaus verlängern.

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

§ 8b.<sup>14)</sup> *Eigenbeitrag der versicherten Person an die Kosten der ambulanten Pflege*

<sup>1</sup> Der maximale Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG an die Kosten der ambulanten Pflege beträgt 10 Prozent des höchsten 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).

<sup>14)</sup> § 8b in der Fassung des RRB vom 24. 1. 2012 (wirksam seit 1. 1. 2012, publiziert am 28. 1. 2012).

**§ 8c.**<sup>15)</sup> *Kantonale Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege*

<sup>1</sup> Versicherten Personen, welche Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung 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.

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

<sup>3</sup> Das Gesundheitsdepartement kann den anrechenbaren Leistungsumfang beschränken.

<sup>4</sup> Die Beiträge sind zu Leistungen Dritter subsidiär.

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

<sup>6</sup> Die Beiträge werden nur an Personen mit Wohnsitz im Kanton ausgerichtet.

**§ 8d.**<sup>16)</sup> *Restfinanzierung durch den Kanton in Anwendung von Art. 25a Abs. 5 KVG*

<sup>1</sup> a) Pflegeheime

1. Für die Berechnung der Restfinanzierung durch den Kanton gelten die nachfolgenden anerkannten Pflegekosten.<sup>17)</sup>

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

<sup>15)</sup> § 8c eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

<sup>16)</sup> § 8d eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

<sup>17)</sup> § 8d lit. a Abs. 4 in der Fassung des RRB vom 11. 12. 2012 (wirksam seit 1. 1. 2013).

| <b>Pflegestufe</b> | <b>Pflegeaufwand in Minuten pro Tag</b> | <b>Pflegekosten pro Tag in CHF</b> |
|--------------------|---|------------------------------------|
| 12                 | ab 221                                  | 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.

4. Für die Erfassung des Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner gilt für die Pflegeheime, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind, das Bedarfsabklärungsinstrument RAI/RUG in der Version CH-Index 2012 BS (Anhang).

<sup>2</sup> b) Ambulante Pflege

1. Für die Berechnung der Restfinanzierung durch den Kanton gelten die nachfolgenden, anerkannten Pflegekosten.<sup>18)</sup>

| <b>Pflegekosten pro Stunde in CHF</b> | <b>erste Stunde</b> | <b>ab zweiter Stunde</b> |
|---------------------------------------|---------------------|--------------------------|
|                                       |                     |                          |
| 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 erkennt der Regierungsrat die dadurch entstehenden höheren Kosten an. Der Regierungsrat kann entsprechende Verträge abschliessen.

<sup>18)</sup> § 8d lit. b Abs. 3 in der Fassung des RRB vom 24. 1. 2012 (wirksam seit 1. 1. 2012, publiziert am 28. 1. 2012).

**§ 8e.**<sup>19)</sup> *Zuständigkeit für die Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG)*

<sup>1</sup> Zuständig für die Ausrichtung der Restfinanzierung ist derjenige Kanton oder diejenige ausserkantonale Gemeinde, in welchem oder welcher die versicherte Person ihren Wohnsitz hat.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.<sup>20)</sup>

#### IV. Tarifschutz

**§ 9.** *Ausstand von Leistungserbringern*

<sup>1</sup> 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.

**§ 10.** *Sicherstellung der medizinischen Versorgung*

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>19)</sup> § 8e eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

<sup>20)</sup> § 8e Abs. 3: Bettingen: Vertrag über die Zuständigkeit für die Ausrichtung der Restfinanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung vom 7. 5. / 24. 4. 2012; Riehen: Vertrag über die Zuständigkeit für die Ausrichtung der Restfinanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung vom 19. / 6. 3. 2012.

## V. Zusammenarbeit Krankenversicherer, Versicherungsobligatorium, Prämien- und Kostenausstände

### § 11. *Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern*

<sup>1</sup> Bei der Durchführung der Krankenversicherung gemäss KVG koordiniert der Kanton seine Aufgaben mit den zugelassenen Krankenversicherern.

<sup>2</sup> Er kann zu diesem Zweck eine vertragliche Vereinbarung mit den Krankenversicherern unter Berücksichtigung des massgeblichen Bundesrechts treffen. <sup>21)</sup>

<sup>3</sup> ... <sup>22)</sup>

### § 11a. <sup>23)</sup> *Revision der Abrechnungen der Krankenversicherer nach Art. 64a KVG*

<sup>1</sup> Als Revisionsstelle gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG bestimmt der Kanton die Kontrollstelle der Krankenversicherer nach Art. 86 der Verordnung des Bundes über die Krankenversicherung (KVV).

<sup>2</sup> Die Revisionsstelle gemäss Abs. 1 bestätigt dem Kanton in ihrem jährlichen Bericht nach Art. 64a Abs. 3 KVG,

- a) dass der Versicherer über ein von der Revisionsstelle geprüftes betriebliches Inkassokonzept verfügt,
- b) dass bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen die Mahn- und Betreuungsvorschriften des Bundesrechts eingehalten werden,
- c) dass der Versicherer die Verlustscheine und gleichwertigen Rechtstitel aktiv bewirtschaftet oder bewirtschaften lässt.

<sup>3</sup> Die Krankenversicherer haben dem Amt für Sozialbeiträge auf Verlangen uneingeschränkte Einsicht in die kasseninternen Betreibungs- und Inkassoregelungen zu gewähren und das Amt jährlich über die Erträge aus der Verlustscheinbewirtschaftung, deren Verhältnis zum Prämienvolumen des Versicherers im Kanton sowie über den Bruttoaufwand der Verlustscheinkosten (vor der Verrechnung mit den Erträgen) zu informieren.

### § 11b. <sup>24)</sup> *Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel*

<sup>1</sup> Einem Verlustschein im Sinne von Art. 64a Abs. 3 KVG sind Verfügungen über die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen oder gleichwertige Rechtstitel, die das Fehlen von finanziellen Mitteln der versicherten Person belegen, gleichgesetzt. Das Amt für Sozialbeiträge entscheidet über die Gleichwertigkeit von Rechtstiteln in den mit der Abrechnung der Krankenversicherer eingereichten Unterlagen.

<sup>21)</sup> § 11 Abs. 2 in der Fassung des RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

<sup>22)</sup> § 11 Abs. 3 aufgehoben durch RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

<sup>23)</sup> § 11a eingefügt durch RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

<sup>24)</sup> § 11b eingefügt durch RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

**§ 12.**      *Sicherstellung des Versicherungsobligatoriums gemäss KVG*

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Über Ausnahmen von der Versicherungspflicht gemäss Abs. 1 entscheidet das Amt für Sozialbeiträge.

**§ 13.** <sup>25)</sup>      *Versicherte Personen mit Leistungsaufschub*

## VI. Kantonale Beiträge an die Krankenversicherungsprämien

**§ 14.**      *Informationspflicht der Krankenversicherer*

<sup>1</sup> 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

**§ 15.**      *Anspruchsvoraussetzungen*

<sup>1</sup> 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.

<sup>25)</sup> § 13 aufgehoben durch RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012). Abschn. II dieses RRB enthält folgende Übergangsbestimmung: Die Übernahme von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie von Verzugszinsen und Beteiligungskosten, welche bis zum 31. Dezember 2011 fällig geworden sind und zu einem Leistungsaufschub führten, richtet sich nach bisherigem Recht.

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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

**§ 17.**      *Anspruchsprüfung*

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

**§ 18.**      *Grundlage für die Anspruchsermittlung und -berechnung*

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.<sup>26)</sup>

<sup>26)</sup> § 18 Abs. 2 eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

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

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

**§ 20.** *Rechtsmittel 2 gegen Gebühr wegen Meldepflichtverletzung (§ 39 SoHaV)*

<sup>1</sup> 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 verfügbaren Stelle Einsprache zu erheben.

<sup>2</sup> 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 2 enthalten.

## 2. Massgebende Prämien / Leistungsgrenzen

**§ 21.** *Massgebende Prämien*

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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 Preisniveauidizes 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.

### § 22. *Leistungsgrenzen und Prämienbeiträge*

<sup>1</sup> 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 1 <sup>27)</sup> 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.

<sup>2</sup> 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. <sup>28)</sup> 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

### § 23. *Finanzierung durch Bund und Kanton*

<sup>1</sup> Die aufgrund der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien anfallenden Kosten werden einerseits durch den Bund (Art. 66 KVG) und andererseits durch den Kanton getragen.

<sup>2</sup> Es obliegt dem Amt für Sozialbeiträge, die Bundesgelder geltend zu machen.

<sup>27)</sup> § 22 Abs. 1: Die Tabelle findet sich aus technischen Gründen am Schluss dieser Verordnung (Anhang zu § 22 Abs. 1).

<sup>28)</sup> § 22 Abs. 2: Die Tabellen finden sich aus technischen Gründen am Schluss dieser Verordnung (Anhang zu § 22 Abs. 2).

**§ 24.**      *Subrogation*

<sup>1</sup> Soweit im Rahmen des Sozialhilfegesetzes vom 29. Juni 2000 Prämien der Krankenversicherung bezahlt werden, geht der Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien auf die sozialhilfeleistenden Behörden über.

**4. Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien** <sup>29)</sup>**§ 25.**      *Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien*

<sup>1</sup> Die Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien erfolgt an die Krankenversicherer.

<sup>2</sup> ... <sup>30)</sup>

**§ 26.**      *Meldung an die Krankenversicherer / Information der versicherten Personen*

<sup>1</sup> Das Amt für Sozialbeiträge meldet den Krankenversicherern regelmässig, gemäss einheitlichem Datenaustausch nach Bundesrecht, welche ihrer Versicherten Anspruch auf Krankenversicherungsbeiträge des Kantons Basel-Stadt haben, und informiert sie gleichzeitig über die Höhe desselben. <sup>31)</sup>

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

**§ 26a.** <sup>32)</sup>      *Meldungen der Krankenversicherer*

<sup>1</sup> Einmal jährlich, jeweils per 31. März, melden die Krankenversicherer dem Amt für Sozialbeiträge die Personendaten nach Art. 105g KVV aller ihrer im Kanton Basel-Stadt versicherten Personen. Die Meldungen haben gemäss dem einheitlichen Datenaustausch nach Bundesrecht zu erfolgen.

<sup>29)</sup> Titel 4, in der Fassung des RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

<sup>30)</sup> § 25 Abs. 2 aufgehoben durch RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

<sup>31)</sup> § 26 Abs. 1 in der Fassung des RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

<sup>32)</sup> § 26a eingefügt durch RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

**§ 27.** *Auszahlungsmodus*

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Ungerechtfertigt ausbezahlte Beiträge können vom Amt für Sozialbeiträge jederzeit zurückgefordert werden.

## VII. Vollzug

**§ 28.**

<sup>1</sup> Das Gesundheitsdepartement und das Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (Amt für Sozialbeiträge) werden mit dem Vollzug beauftragt.

## VIII. Übergangs- und Schlussbestimmungen

**§ 29.** *Aufhebung bisherigen Rechts*

<sup>1</sup> Die Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO) vom 7. November 1995 wird aufgehoben.

**§ 30.** *Änderung bisherigen Rechts*

<sup>1</sup> Die Verordnung zum Gesetz betreffend die öffentliche Zahnpflege (Zahnpflegeverordnung) vom 30. Oktober 2001 <sup>33)</sup> wird wie folgt geändert: <sup>34)</sup>

<sup>33)</sup> SG 328.210.

<sup>34)</sup> Die Änderungen werden hier nicht abgedruckt.

**§ 31.**      *Wirksamkeit*

<sup>1</sup> Diese Verordnung ist zu publizieren. Sie wird auf den 1. Januar 2009 wirksam.

**Anhang 1**<sup>1)</sup>

| <b>Pflegestufe</b> | <b>Pflegeaufwand in Minuten pro Tag</b> | <b>CH-Index 2012 BS</b> | <b>Original-RUGs</b>         |
|--------------------|---|-------------------------|------------------------------|
| 1                  | bis 20                                  | 0.087                   | PA0                          |
| 2                  | 21–40                                   | 0.262                   | PA1                          |
| 3                  | 41–60                                   | 0.436                   | BA1, PA2                     |
| 4                  | 61–80                                   | 0.611                   | IA1, BA2, PB1, PB2           |
| 5                  | 81–100                                  | 0.786                   | BB1, CA1, IB1, PC1           |
| 6                  | 101–120                                 | 0.960                   | BB2, PC2, IA2                |
| 7                  | 121–140                                 | 1.135                   | IB2, CA2, PD1                |
| 8                  | 141–160                                 | 1.309                   | PD2, CB1, RMA, RLA, CB2, SSA |
| 9                  | 161–180                                 | 1.484                   | RMB, CC1, SSB, PE1, RLB, CC2 |
| 10                 | 181–200                                 | 1.659                   | SE1, PE2                     |
| 11                 | 201–220                                 | 1.833                   | SSC                          |
| 12                 | ab 221                                  | 2.008                   | RMC, SE2, SE3                |

---

<sup>1)</sup> Anhang 1 in der Fassung des RRB vom 11. 12. 2012 (wirksam seit 1. 1. 2013).

Anhang zu § 22 Abs. 2<sup>1</sup>

| T 1  |        |        |        |        |        |         |         | T 2    | T 3  |                          |                 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|--------|--|--------------------------|-----------------|
| Leistungsgrenzen - massgebliches Einkommen<br>gemäss § 6 Abs. 2 lit. d SoHaG in CHF (pro Jahr) |        |        |        |        |        |         |         | Gruppe | Beiträge an die Kranken-<br>versicherungsprämien<br>in CHF (pro Monat) |                          |                 |
| 1 PH   | 2 PH   | 3 PH   | 4 PH   | 5 PH   | 6 PH   | 7 PH    | 8 PH    |        | Kinder   | Junge<br>Erwach-<br>sene | Erwach-<br>sene |
| 23'125   | 37'000 | 47'000 | 55'000 | 61'000 | 65'000 | 69'000  | 73'000  | 01     | 111  | 306                      | 327             |
| 24'375   | 39'000 | 49'000 | 57'000 | 63'000 | 67'000 | 71'000  | 75'000  | 02     | 105  | 287                      | 306             |
| 25'625   | 41'000 | 51'000 | 59'000 | 65'000 | 69'000 | 73'000  | 77'000  | 03     | 98   | 269                      | 283             |
| 26'875   | 43'000 | 53'000 | 61'000 | 67'000 | 71'000 | 75'000  | 79'000  | 04     | 92   | 250                      | 261             |
| 28'125   | 45'000 | 55'000 | 63'000 | 69'000 | 73'000 | 77'000  | 81'000  | 05     | 86   | 232                      | 240             |
| 29'375   | 47'000 | 57'000 | 65'000 | 71'000 | 75'000 | 79'000  | 83'000  | 06     | 81   | 214 <sup>a</sup>         | 220             |
| 30'625   | 49'000 | 59'000 | 67'000 | 73'000 | 77'000 | 81'000  | 85'000  | 07     | 75   | 214 <sup>a</sup>         | 196             |
| 31'875   | 51'000 | 61'000 | 69'000 | 75'000 | 79'000 | 83'000  | 87'000  | 08     | 69   | 214 <sup>a</sup>         | 175             |
| 33'125   | 53'000 | 63'000 | 71'000 | 77'000 | 81'000 | 85'000  | 89'000  | 09     | 64   | 214 <sup>a</sup>         | 155             |
| 34'375   | 55'000 | 65'000 | 73'000 | 79'000 | 83'000 | 87'000  | 91'000  | 10     | 58   | 214 <sup>a</sup>         | 133             |
| 35'625   | 57'000 | 67'000 | 75'000 | 81'000 | 85'000 | 89'000  | 93'000  | 11     | 56 <sup>a</sup>  | 214 <sup>a</sup>         | 111             |
| 36'875   | 59'000 | 69'000 | 77'000 | 83'000 | 87'000 | 91'000  | 95'000  | 12     | 56 <sup>a</sup>  | 214 <sup>a</sup>         | 88              |
| 38'125   | 61'000 | 71'000 | 79'000 | 85'000 | 89'000 | 93'000  | 97'000  | 13     | 56 <sup>a</sup>  | 214 <sup>a</sup>         | 67              |
| 39'375   | 63'000 | 73'000 | 81'000 | 87'000 | 91'000 | 95'000  | 99'000  | 14     | 56 <sup>a</sup>  | 214 <sup>a</sup>         | 46              |
| 40'625   | 65'000 | 75'000 | 83'000 | 89'000 | 93'000 | 97'000  | 101'000 | 15     | 56 <sup>a</sup>  | 214 <sup>a</sup>         | 23              |
| 41'875   | 67'000 | 77'000 | 85'000 | 91'000 | 95'000 | 99'000  | 103'000 | 16     | 56 <sup>a</sup>  | 214 <sup>a</sup>         | 22              |
| 43'125   | 69'000 | 79'000 | 87'000 | 93'000 | 97'000 | 101'000 | 105'000 | 17     | 56 <sup>a</sup>  | 214 <sup>a</sup>         | 21              |
| 44'375   | 71'000 | 81'000 | 89'000 | 95'000 | 99'000 | 103'000 | 107'000 | 18     | 56 <sup>a</sup>  | 214 <sup>a</sup>         | 20              |

PH = Personenhaushalt

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

<sup>1</sup> Tabelle T3 in der Fassung des RRB vom 17. 9. 2013 (wirksam seit 1. 1. 2014).