

Ratschlag

zu einer

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung im
Kanton Basel-Stadt (GKV) vom 15. November 1989

vom 23. September 2003 / WSD / P031666

1. Begehren

Mit dem vorliegenden Bericht beantragen wir Ihnen Sparmassnahmen aus dem Bereich der Krankenversicherung, die per 1. Januar 2004 umgesetzt werden sollen (vgl. Ziffern 1 bis 3). Des Weiteren beantragen wir Ihnen einige weitere Änderungen (vgl. Ziffern 4 bis 6). Namentlich schlagen wir Ihnen vor,

1. die Ausrichtung von kantonalen Mutterschaftsleistungen (Stillgelder) aufzuheben,
2. die Ausrichtung von Risikobeiträgen an Krankenversicherer mit einer ungünstigen Risikostruktur aufzuheben,
3. die Bestimmung betreffend Policenschutz bei Schliessung einer Versicherungsabteilung der ÖKK Basel (im Folgenden: ÖKK) neu zu regeln,
4. die Bestimmungen, welche den Rechtsweg bei Streitigkeiten im Bereich des Versicherungsobligatoriums regeln, an das Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) anzupassen,
5. im Bereich der Prämienbeiträge das Einspracheverfahren einzuführen,
6. einige weitere formelle Änderungen vorzunehmen.

Wir beantragen Ihnen, die entsprechenden Änderungen des kantonalen Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) gutzuheissen.

2. Funktion des Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt

Das Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) vom 15. November 1989 fungiert zum einen als kantonales Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, indem es dort nicht abschliessend geregelte oder eindeutig in die Kompetenz der Kantone fallende Tatbestände präzisiert beziehungsweise regelt. So enthält es einige Bestimmungen über das Krankenversicherungsobligatorium. Des Weiteren regelt es die Zusammenarbeit des Kantons mit den Versicherern. Ferner werden in einem als „Subvention“ bezeichneten Abschnitt diverse Sozialleistungen des Kantons Basel-Stadt umschrieben: so die Ausrichtung von Stillgeldern an im Kanton wohnhafte Mütter, weiter die Prämienverbilligung an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, schliesslich Betriebsbeiträge und Risikobeiträge an Krankenversicherer mit einer ungünstigen Risikostruktur. Das GKV regelt ausserdem Aufbau und Organisation der Öffentlichen Krankenkasse Basel (ÖKK) und normiert den Rechtsweg bei Streitigkeiten, die sich aus den im Gesetz geregelten Ansprüchen ergeben.

Das GKV trat in Kraft, als das KVG noch nicht existierte. In der Folge ist das GKV zwar punktuell, nicht aber in seiner Systematik an das KVG angepasst worden. Einzelne Bestimmungen bzw. Termini stehen heute im Widerspruch zum KVG, wurden formell aber noch nicht aufgehoben bzw. geändert. So werden etwa die individuellen Prämienbeiträge - wie erwähnt - als „Subvention des Kantons an die Krankenversicherer“ bezeichnet, was sie streng genommen nicht mehr sind. Es handelt sich vielmehr um Beiträge an die Versicherten selber, auch wenn sie via Versicherer ausbezahlt werden. Des Weiteren möchten wir die Gelegenheit nutzen, einige Bestimmungen der neuen übergeordneten Rechtslage, die durch das Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft (EG) sowie ihren Mitgliedstaaten entstanden ist, anzupassen.

Vor dem Hintergrund der zur Zeit auf Bundesebene laufenden Diskussion betreffend Neugestaltung der Spitalfinanzierung, der Prämienbeiträge usw. sowie eines möglichen Zusammenschlusses der regionalen Öffentlichen Krankenkassen zu einer „ÖKK Schweiz“ ist es wahrscheinlich, dass in absehbarer Zeit erneut eine Revision des GKV notwendig wird.

3. Stillgelder

3.1 Ausgangslage

Die im GKV genannten „kantonalen Mutterschaftsleistungen“ erfolgen in Form eines Stillgeldes. Dieses besteht in einer einmaligen Auszahlung an im Kanton wohnhafte Mütter, welche ihr Kind stillen. Eine Kontrollstelle (Arzt/Ärztin, Spital, Mütterberatungsstelle, Hebamme etc.) hat zu bestätigen, dass die Stillende nach 10-wöchigem Stillen ihrem Kind eine Kontrollmahlzeit von mindestens 50g Milch abgeben konnte.

Das Stillgeld hat zum Zweck, das Stillen neugeborener Kinder zu fördern. Dieser Beitrag wurde ursprünglich aufgrund der Erkenntnis, dass das Stillen respektive die Muttermilch eine sehr positive Wirkung auf die Gesundheit und die Entwicklung der Säuglinge hat, eingeführt.

3.2 Vorgeschlagene Änderungen

Diese Erkenntnis ist mittlerweile allgemein anerkannt. Die grosse Mehrheit der Frauen stillt die Neugeborenen heute unabhängig von der Ausrichtung eines Stillgeldes – ein monetärer Anreiz ist nicht mehr nötig. Unter anderem aus diesem Grunde wurde die Höhe der Stillgelder in den letzten Jahren wiederholt abgebaut: Ursprünglich betrug der Betrag Fr. 700.-. Per 1. Januar 1993 wurde er auf Fr. 590.-, per 1. Januar 1996 auf Fr. 300.- und letztmals per 1. Januar 1998 im Rahmen eines regierungsrätlichen Sparpakets auf Fr. 100.- reduziert. Auf Bundesebene fand sich im Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) vom 13. Juni 1911, dem Vorgängergesetz des KVG, ebenfalls eine Be-

stimmung, welche die Kassen zur Auszahlung eines Stillgeldes verpflichtete (Art. 14 Abs. 5 KUVG). Mit Inkrafttreten des KVG wurde das Stillgeld durch „die notwendige Stillberatung“ ersetzt (Art. 29 Abs. 2 lit. c KVG), welche von den Versicherten vergütet wird. Aus Optik der Betroffenen kann, da die ursprünglich zugrundeliegenden gesundheitspolitischen Überlegungen heute zum common sense gehören, nicht mehr nachvollzogen werden, dass Frauen, die nicht stillen können, keine Subventionen an die verhältnismässig teure Babynahrung erhalten.

Wiederholte Reklamationen von Frauen, welche das Prozedere der Stillkontrolle als erniedrigend bzw. ungerecht empfinden, zeigen darüber hinaus, dass es sich um eine inzwischen überholte Leistung handelt, welche nach Ansicht des Regierungsrates aufgehoben werden kann.

Solange das bisherige Gesetz noch gilt, müssen die Mütter von Neugeborenen weiterhin über den Anspruch auf Stillgeld informiert werden. Da der tatsächliche Anspruch auf Stillgeld erst nach Erfüllung der 10-wöchigen Stillzeit eintritt, ist eine entsprechende Übergangsfrist vorzusehen. Mütter, die vor Wirksamkeit der Gesetzesänderung geboren haben, sollen noch gemäss den bisherigen Bestimmungen Anspruch auf Ausrichtung von Stillgeld haben.

3.3 Finanzielle Einsparungen

Pro volles Kalenderjahr beläuft sich das Sparpotential beim Stillgeld auf Fr. 100'000.-. Je nach Zeitpunkt der Wirksamkeit der Gesetzesänderung reduzieren sich die Einsparungen im ersten Jahr. Bei Eintritt der Wirksamkeit per 1. 1. 2004 beläuft sich die Einsparung im Jahre 2004 aufgrund der 10-wöchigen Übergangsfrist auf ca. Fr. 80'000.-.

4. Aufhebung der Risikobeiträge an Versicherer mit einer ungünstigen Risikostruktur

4.1 Ausgangslage

§ 26 Abs. 1 GKV sieht vor, dass Krankenversicherer, die in Basel-Stadt in der Krankenpflegeversicherung eine ungünstige Risikostruktur aufweisen, Anspruch auf kantonale Beiträge zur Sicherstellung des Versicherungsschutzes ihrer Mitglieder haben. Dieser Anspruch besteht aber nur unter den in Abs. 2 und 3 genannten Voraussetzungen:

Gemäss § 26 Abs. 2 GKV übernimmt der Kanton 50% des auf die baselstädtischen Versicherten entfallenden Fehlbetrags bei denjenigen Versicherern,

- bei denen der Anteil der über 65jährigen Versicherten um mehr als vier Prozentpunkte über dem Durchschnitt der zehn grössten subventionsberechtigten privaten baselstädtischen Versicherer (Referenzversicherer) liegt und

- die für eine ausgeglichene Rechnung der Krankenpflegeversicherung im Kanton Basel-Stadt die ordentliche Erwachsenenprämie ohne Ausbildungsrabatt und unter Einschluss der Unfaldeckung (Referenzprämie) während mehr als zwei aufeinanderfolgender Jahre um mehr als 15% über denjenigen der Referenzversicherer und der ÖKK festsetzen müssten.

Aufgrund von § 26 Abs. 3 GKV werden einem Versicherer bei einer im Vergleich zur Wohnbevölkerung ungünstigen Risikostruktur weitergehende Beiträge innerhalb eines vom Grossen Rat vorgegebenen maximalen Kreditrahmens bis zur vollen Abgeltung der gegenüber den Referenzversicherern entstehenden Mehrkosten zugesprochen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass der Versicherer eine neutrale Analyse der Kosten- und Risikostruktur vorlegt und im Subventionsvertrag analoge Subventionsauflagen wie die ÖKK übernimmt. Kein Subventionsanspruch besteht, wenn die Erfüllung der Subventionsvoraussetzungen absichtlich herbeigeführt wird (§ 26 Abs. 4 GKV).

§ 26 GKV ist seit dem 1.1.1991 in Kraft. Ab diesem Zeitpunkt hatten somit alle Krankenversicherer mit Versicherten im Kanton Basel-Stadt unter den genannten Voraussetzungen die Möglichkeit, Risikobeiträge zu beantragen. Ab demselben Zeitpunkt erhielt die ÖKK, gestützt auf eine Sonderbestimmung von § 36 GKV (in Verbindung mit § 33 lit. c GKV), während insgesamt 12 Jahren einen sog. Betriebsbeitrag zur Abgeltung der überdurchschnittlichen Risikobelastung (Chancenstrategie).

Mit § 26 soll im Wettbewerb unter den Krankenversicherern im Kanton für „gleich lange Spiesse“ gesorgt werden. Damit wird anerkannt, dass auch private Kassen in ein strukturelles Ungleichgewicht fallen können und berechtigt sind, Ausgleichsleistungen des Kantons zu beziehen. Dabei definieren die Absätze 2 und 3 von § 26, unter welchen Bedingungen bei privaten Versicherern von einem strukturellen Ungleichgewicht auszugehen ist. § 26 sorgt also dafür, dass die ÖKK nicht einseitig bevorzugt wird.

Mit den kantonalen Beiträgen an die Krankenpflegeversicherung (§§ 26 und 36 GKV) wurde neben dem Bekenntnis zur Unterstützung der Chancenstrategie der ÖKK bzw. dem Willen, den Versicherungsschutz bei privaten Versicherern zu tragbaren Bedingungen zu erhalten, der weitergehende Zweck verfolgt, das Prämienniveau im Kanton Basel-Stadt tiefer zu halten, als es das Kostenniveau eigentlich erfordern würde. Einerseits konnte der Kanton mit der Subvention an die ÖKK die Prämie der ÖKK-Versicherten (42% der Wohnbevölkerung) unter den effektiven Kosten halten. Zudem führte die Verbilligung der ÖKK-Prämie zu einer gewissen Zurückhaltung bei den übrigen Versicherern, da diese ihre Prämie in Basel-Stadt nicht allzu weit von der ÖKK-Prämie festlegten. In den letzten Jahren ist indessen auch festzustellen, dass die Bereitschaft anderer Krankenversicherer, im Kanton Basel-Stadt mit Blick auf die ÖKK-Prämien nicht kostendeckende Prämien anzubieten, abnimmt. Dies wird auch klar von der Politik des Bundesamtes für So-

zialversicherung (BSV) gefordert, welche sich gegen Quersubventionierungen zwischen verschiedenen Prämienregionen richtet.

Als der Betriebsbeitrag an die ÖKK per 31.12.2002 auslief, beantragte der Regierungsrat gemäss § 46 Abs. 3 GKV, gestützt auf eine neutrale Analyse im Sinne von § 26 Abs. 3 GKV, eine Weiterführung der finanziellen Unterstützung durch den Kanton. Der Grosse Rat hat diesem Antrag zugestimmt (Beschluss Nummer 02/23/15G vom 5. Juni 2002). Dies insbesondere im Hinblick darauf, dass die Krankenversicherungsprämien in den kommenden Jahren nicht zu einem weiteren Abwanderungsfaktor für Familien und Personen mit mittleren und guten Einkommen werden. Für die Jahre 2003 - 2006 wurde, gestützt auf § 26 und § 27 GKV, mit der ÖKK ein Subventionsvertrag abgeschlossen. Die ÖKK macht heute somit nicht mehr von einer speziell für sie erlassenen Sonderregelung Gebrauch, sondern von einer Bestimmung, auf die sich auch andere (private) Versicherer berufen können. Die ÖKK ist derzeit allerdings der einzige Versicherer, der kantonale Risikobeiträge bezieht.

Aufgrund von Kommentaren der vorprüfenden Gesundheits- sowie der Finanzkommission wurde bei der Zustimmung zum Ratschlag samt Subventionsvertrag seitens der Regierung zugesichert, die Notwendigkeit und Berechtigung von § 26 GKV einer grundsätzlichen Prüfung zu unterziehen. Dies ist in der Zwischenzeit geschehen. Da die Bestimmung eng mit der Geschichte und der Entwicklung der ÖKK verknüpft ist, sind diesbezüglich folgende Ausführungen anzubringen:

Die ÖKK wies und weist aufgrund der ihr vom Gesetzgeber in der Vergangenheit übertragenen Aufgaben bekanntlich eine ungünstige Risikostruktur auf. Nachdem die Auflösung der ÖKK vom Souverän abgelehnt worden war, erhielt sie per 1.1.1991 die Gelegenheit, ihre Wettbewerbssituation im Rahmen einer auf 12 Jahre angelegten Chancenstrategie zu verbessern. Die ÖKK hat die Chancenstrategie nachgewiesenermassen erfolgreich umgesetzt. Der maximal vorgesehene Betriebsbeitrag musste nur ein einziges Mal (im Jahre 2002) ausgeschöpft werden. Die Kantonsleistungen konnten trotz der starken Kostensteigerungen im Gesundheitswesen seit 1991 von ehemals 73.5 Mio Franken auf 34.4 Mio Franken im Jahre 2001 gesenkt werden. Der Anteil des Betriebsbeitrages an den Leistungen im Bereich der Grundversicherung ging im gleichen Zeitraum von 38% auf 11% zurück. Diese Entwicklung ist neben der eindeutigen Verbesserung der Risikostruktur auch auf die Einführung des Risikoausgleichs auf eidgenössischer Ebene zurückzuführen.

Trotz starker Verbesserungen wies die ÖKK aber bei Auslaufen des Betriebsbeitrags Ende 2002 bei den baselstädtischen Versicherten noch immer eine vergleichsweise deutlich schlechtere Risikostruktur auf. Gemäss unabhängiger Analyse lagen die Kosten der ÖKK-Versicherten im Kanton Basel-Stadt noch ca. 9% über den Kosten der übrigen Anbieter. Diese Mehrkosten sind sowohl durch die Altersstruktur, wie auch durch eine vergleichsweise höhere Morbidität innerhalb aller Altersklassen bedingt.

Wie in vielen anderen Branchen sind in der jüngsten Vergangenheit auch in der Krankenversicherung finanzielle Engpässe aufgetreten. Dies nicht nur aufgrund der verschlechterten Börsen- und Anlagesituation, sondern auch wegen der Prämienbewilligungspraxis des BSV, die generell zu einem starken Reservenverzehr geführt hat. Die ÖKK musste deshalb für das Jahr 2002, in welchem der Betriebsbeitrag gemäss § 36 GKV das letzte Mal ausgerichtet wurde, (entgegen dem budgetierten Betrag von 31 Mio Franken) vom Kanton die maximal möglichen 46.1 Mio Franken beziehen. Gemäss den im Subventionsvertrag festgelegten Regeln hat sich der Kantonsbeitrag für das Jahr 2003, dem ersten Jahr des Risikobeitrags gemäss § 26 Abs. 3 GKV, auf 21.65 Mio Franken reduziert. Trotz des erwähnten „Ausreissers“ im Jahre 2002 steht die generelle Geschäftsentwicklung klar im Zeichen einer stetigen Annäherung der ÖKK-Prämien an die effektiven Kosten, was auch nach wie vor das von der ÖKK verfolgte Ziel darstellt.

Die Ausrichtung von Risikobeiträgen erscheint heute aufgrund mehrerer Faktoren nicht mehr zwingend notwendig. So haben die Versicherten seit 1996 die Möglichkeit, den Krankenversicherer zu wechseln, ohne dadurch einen finanziellen Nachteil in Kauf nehmen zu müssen. Ebenso wurde mit dem KVG auf eidgenössischer Ebene ein Risikoausgleich eingerichtet, der den selben Zweck wie die kantonalen Risikobeiträge verfolgt, dieses Ziel aber nur teilweise erfüllt. Trotz dieser Veränderungen, insbesondere wegen des mangelhaften eidg. Risikoausgleiches, ist solange noch ein weiteres Korrektiv erforderlich, bis sich die Risikosituation der ÖKK dem kantonalen Durchschnitt genügend angenähert hat.

Für eine weitere Verbesserung der Risikosituation um wenige Prozentpunkte muss die ÖKK aufgrund ihrer Grösse (Marktanteil ca. 42%) relativ viele weitere Personen mit gutem Risikoprofil gewinnen können. Da die Zahl der wechselwilligen Versicherten aber beschränkt und diese Personen auch von anderen Versicherern stark umworben sind, ist eine kurzfristige Verbesserung auch bei noch weiter verstärktem Marketing nicht realisierbar. Die Normalisierung der Risikostruktur kann einzig durch eine Weiterführung der langfristig angelegten Unternehmenspolitik der ÖKK, d.h. mittel- bis langfristig erreicht werden. Eine kurzfristige, massive Reduktion oder gar Streichung der Risikobeiträge würde die ÖKK im Kanton Basel-Stadt zu zusätzlichen Prämienaufschlägen im Ausmass von ca. 10% zwingen, was zusammen mit der ohnehin zu erwartenden Prämienentwicklung zu einem starken Verlust von Versicherten führen würde. Da erfahrungsgemäss eher die jungen und die gesunden Versicherten die Versicherung wechseln, ist damit die konkrete Gefahr verbunden, die erreichte positive Entwicklung umzukehren und wieder in eine Negativspirale zu geraten. Damit würde auch die mittlerweile nahezu erreichte Konkurrenzfähigkeit der ÖKK wieder in Frage gestellt, was angesichts des seit vielen Jahren anhaltenden Konzentrationsprozesses für die mittelfristige Zukunft des einzigen baselstädtischen Krankenversicherers höchst ungünstig wäre. Eine Prämienerrhöhung der ÖKK im Ausmass der oben genannten ca. 10% wäre aufgrund des hohen Marktanteils der ÖKK im Übrigen gleichbedeutend mit einem weiteren

Anstieg des ohnehin bereits hohen kantonalen Prämienniveaus (Durchschnittsprämie) von rund 5%.

4.2 Vorgeschlagene Änderungen

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen erachtet der Regierungsrat eine abrupte Streichung der Risikobeiträge nicht als opportun. Vielmehr soll eine Regelung getroffen werden, mittels welcher die Beiträge abgebaut werden können, ohne das schon Erreichte zu gefährden.

Bei einer Reduktion der Risikobeiträge sind folgende Rahmenbedingungen zu beachten: Einerseits ist der Kanton an die subventionsvertraglich mit der ÖKK eingegangene Verpflichtung bis Ende 2006 gebunden. Im Sinne der Klarheit empfiehlt es sich, die weitere Gültigkeit des Vertrages durch eine entsprechend formulierte Übergangsbestimmung im GKV festzuhalten. Andererseits konnte die ÖKK aufgrund der bisherigen Gesetzeslage davon ausgehen, dass sie für die historisch bedingte und in reduziertem Ausmass fort bestehende, ungünstige Risikostruktur auch über die Vertragsdauer (2003 – 2006) hinaus noch Risikobeiträge erhalten kann. Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass das Gesetz den Regierungsrat in § 46 Abs. 3 GKV sogar dazu verpflichtet, dem Grossen Rat für jeweils vier Jahre Beiträge zugunsten der ÖKK zu beantragen. Entsprechend sieht der Subventionsvertrag denn auch vor, dass dieser ohne Kündigung um jeweils vier Jahre verlängert wird. Auf dieser Basis hat die ÖKK auch die Prämien für die Jahre 2003 und 2004 kalkuliert und jeweils beim BSV beantragt.

Trotz dieser Rahmenbedingungen sowie der Ausführungen unter Ziffer 4.1, insbesondere der dargelegten Gefahr einer erneuten negativen Entwicklung der Risikostruktur der ÖKK, schlägt der Regierungsrat aus finanziellen Gründen und unter Berücksichtigung der Anregungen der Finanzkommission vor, die Möglichkeit, neue Risikobeiträge zu beantragen, aufzuheben. Nach Ablauf des geltenden Subventionsvertrages (2003 – 2006) soll auch für die ÖKK keine Vertragsverlängerung erfolgen. Der Vertrag mit der ÖKK soll vielmehr unter Einhaltung der zweijährigen Kündigungsfrist formell per Ende 2006 gekündigt werden. Nebst der selbstverständlichen Gewährleistung der vertraglichen Vereinbarungen bis 2006 erachtet es der Regierungsrat aus heutiger Sicht aber als unerlässlich, den Abbau der Risikobeiträge an die ÖKK ab dem Jahre 2007 gestaffelt vorzunehmen. Gestützt auf die aktuell verfügbaren Informationen würden gemäss Auffassung des Regierungsrates folgende Übergangsbestimmungen einen für die ÖKK verkraftbaren, kontinuierlichen Abbau am besten gewährleisten:

Risikobeitrag 2007 = 80 % des Risikobeitrags für das Jahr 2006

Risikobeitrag 2008 = 60 % des Risikobeitrags für das Jahr 2006

Risikobeitrag 2009 = 40 % des Risikobeitrags für das Jahr 2006

Risikobeitrag 2010 = 20 % des Risikobeitrags für das Jahr 2006.

Diese Übergangsbestimmungen würden auch dem seitens der Finanzkommission geäusserten Anliegen entsprechen, wonach die Risikobeiträge tendenziell noch

stärker als ursprünglich vorgeschlagen einzuschränken seien. Allerdings ist hierfür eine etwas längere, mit Blick aufs Ganze aber sehr sinnvolle Anpassungsfrist erforderlich. Mit der Gewährung dieser Übergangsfrist würde die ÖKK die Möglichkeit erhalten, ihre Prämien planmässig und in verkraftbaren Schritten an die tatsächlichen Kosten heranzuführen, ohne dass es in Bezug auf das in Basel-Stadt ohnehin schon hohe Prämienniveau im Allgemeinen und in Bezug auf die ÖKK im Besonderen zu abrupten Prämienerhöhungen käme.

Der aktuelle Zeitpunkt ist für die Festlegung von Übergangsbestimmungen aus verschiedenen Gründen allerdings ungünstig. Insbesondere sind im Rahmen der 2. KVG-Revision Änderungen der Spital- und Pflegeheimfinanzierung sowie der Finanzierung der Spitex in Diskussion, welche dazu führen könnten, dass in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung weitere starke Prämienerhöhungen erfolgen. Mit den beabsichtigten Veränderungen der Spital- und Pflegeheimfinanzierung sind ausserdem verschiedene Entlastungen der Kantone verbunden (Fix-duale Spitalfinanzierung inkl. Investitionen) aber auch Mehrbelastungen zu erwarten (Ausdehnung Finanzierungspflicht auf Privatspitäler, Neuregelung Prämienverbilligung). Je nach Ausmass der Überwälzung von Spital- und Pflegekosten auf die Krankenversicherer könnten sich die skizzierten Reduktionsschritte als zu weitgehend oder als zu rasch erweisen.

Andererseits wird im Rahmen der bereits laufenden Vorbereitungen für die dritte KVG-Revision auch die Verbesserung des bisher mangelhaften Risikoausgleiches gemäss KVG thematisiert. Sollte eine entsprechende Verbesserung innert relevanter Frist wirksam werden, könnte sich das Ausmass der noch erforderlichen Risikobeiträge auch reduzieren.

Angesichts der gewichtigen Unsicherheiten bezüglich der weiteren Entwicklung im Bereich der Krankenversicherung sowie der Tatsache, dass die Wirkung der Übergangsbestimmungen doch relativ weit in die Zukunft reicht, hat sich der Regierungsrat entschieden, folgendes Vorgehen zu wählen:

Mit der aktuellen Gesetzesänderung sollen noch keine konkreten Übergangsbestimmungen für die Zeit nach 2007 beschlossen werden. Vielmehr soll der Regierungsrat beauftragt werden, zu Handen des Grossen Rates bis Ende Juni 2005 eine Vorlage zur Festlegung entsprechender Übergangsbestimmungen auszuarbeiten. In diesem Bericht sollen nebst dem Erfordernis einer abgestuften Reduktion insbesondere auch die Ergebnisse der 2. KVG-Revision sowie deren konkrete Auswirkungen im Kanton Basel-Stadt sowie die weiteren Entwicklungen bezüglich des Risikoausgleiches gemäss KVG berücksichtigt werden.

Die Befristung bis Mitte 2005 ist darin begründet, dass die ÖKK aus Gründen des Vertrauensschutzes spätestens im ersten Semester 2006 wissen muss, mit welchen Risikobeiträgen im Jahre 2007 gerechnet werden kann. Nur in Kenntnis der definitiven Informationen kann die ÖKK den dannzumaligen Prämienantrag für das Jahr 2007 dem Bundesamt für Sozialversicherung zur Genehmigung unterbreiten.

4.3 Finanzielle Einsparungen

Da derzeit keine definitiven Übergangsbestimmen beantragt werden, sind auch die voraussichtlichen Einsparungen nicht genau zu beziffern.

Sollte die weiter oben skizzierte, gestaffelte Regelung (80%/60%/40%/20%) später beschlossen werden, wären folgende Einsparungen zu erwarten: Davon ausgehend, dass die Risikobeiträge gemäss laufendem Subventionsvertrag im Jahre 2006 noch 20.8 Mio Franken betragen, würde sich das Sparpotential brutto auf 4.16 Mio Franken pro Jahr (kumulativ) belaufen. Das volle Sparpotential von brutto 20.8 Mio Franken könnte erstmals im Jahre 2011 ausgeschöpft werden. Bei den finanziellen Einsparungen des Kantons gilt es in jedem Fall zu berücksichtigen, dass sich der Wegfall der Risikobeiträge direkt auf die Versicherungsprämien auswirken wird. Diese Steigerungen müssen bei einem signifikanten Teil der Bevölkerung auf anderem Wege vom Kanton übernommen werden. Während die Brutto-Aufwendungen für Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen und von Sozialhilfe im Gleichschritt mit der kantonalen Durchschnittsprämie ansteigen, besteht im Bereich der Prämienverbilligung zumindest bisher ein Gestaltungsspielraum. Da die Bundesbeiträge bisher deutlich weniger rasch als die Prämien ansteigen resp. wegen der Bemessung gemäss Finanzkraftindex in Basel-Stadt sogar rückläufig sind, steigen die Nettoausgaben für die Prämienverbilligung aber sogar deutlich stärker als die Prämien. Realistischerweise muss davon ausgegangen werden, dass die Hälfte der Brutto-Einsparungen für Mehrausgaben zugunsten der genannten Leistungsbereiche aufgewendet werden muss. Dies bedeutet, dass sich das Sparpotential gemäss skizzierter Übergangsregelung im Jahre 2007 auf jährlich gut 2.1 Mio Franken netto belaufen und bis 2011 bis auf 10.4 Mio Franken pro Jahr ansteigen würde. Da bereits ab Wirksamkeit des Gesetzes keine neuen Risikobeiträge mehr beantragt werden können, entfällt ausserdem ein bisheriger Unsicherheitsfaktor, womit potentielle Mehrausgaben vermieden werden können. Ab 2004 müssen dadurch keine weiteren Mittel mehr für neue Versicherer budgetiert werden.

5. Neuregelung des Policenschutzes für den geschlossenen Versicherungszweig der ÖKK

5.1 Ausgangslage

Beim geschlossenen Versicherungszweig der ÖKK handelt es sich um eine Privatpatienten-Zusatzversicherung, welche zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des GKV (1.1.1991) aufgrund des sehr hohen Durchschnittsalters der Versicherten weit davon entfernt war, konkurrenzfähig zu sein. Die im Jahr 1988 in diesem Versicherungszweig rund 17'000 Versicherten bezahlten zu diesem Zeitpunkt eine zwei- bis dreimal höhere Prämie als bei Konkurrenzkassen. Der Grund für dieses Ungleichgewicht war primär das hohe Durchschnittsalter der Versicherten (1988: 59 Jahre). Diese Zusatzversicherung war praktisch nicht mehr verkäuflich und zudem ein Hauptgrund für zahlreiche Kündigungen resp. ein Hinderungsgrund für jüngere Personen, der ÖKK neu beizutreten. Die Versicherten des seither geschlossenen

Zweiges hätten ohne den vom Kanton finanzierten Policenschutz und mangels Solidaritätsbeiträgen jüngerer Versicherter weiterhin stark steigende Prämien gewärtigen müssen, nachdem sie selber, z. T. über lange Jahre, Solidaritätsbeiträge entrichtet hatten.

Der Regierungsrat kam damals zum Schluss, dass die ÖKK für eine Chancengleichheit eines äquivalenten Zusatzversicherungs-Angebots bedürfe. Dieses sollte die ÖKK aber nicht selber führen, sondern in Zusammenarbeit mit einem anderen Versicherungsträger nur noch vermitteln. Den langjährigen treuen ÖKK-Mitgliedern von Basel-Stadt wurde indessen ein unbestreitbares Recht auf Fortführung ihres Versicherungsschutzes zu Prämien, die in einem angemessenen Verhältnis zu den Prämien der Versicherten bei privaten Kassen stehen, zuerkannt. Der Regierungsrat erinnerte in diesem Zusammenhang daran, dass mit der Zuweisung einer Aufgabe an eine öffentliche Anstalt diese Aufgabe zu einer öffentlichen deklariert werde. Die Gewährleistung des Versicherungsschutzes der ÖKK-Versicherten stelle deshalb eine Aufgabe des Kantons dar. Zum besseren Verständnis dieser Regelung sei daran erinnert, dass unter dem damals geltenden KUVG sowohl in der Grund- als auch in den Zusatzversicherungen die Prämien aufgrund des Eintrittsalters und des Geschlechts festgelegt wurden und somit ein Wechsel zu einem anderen Versicherer nur zu stark nachteiligen Bedingungen hätte erfolgen können.

Mit in die damaligen Überlegungen einbezogen wurde auch die Tatsache, dass mit der getroffenen Lösung Tausende von Versicherten zur Beibehaltung der Zusatzversicherung motiviert werden können. Die bessere Versicherungsdeckung trägt, dank entsprechend höherer Leistungen an Krankenhausaufenthalte, letztlich auch zu einer Verbesserung des Kostendeckungsgrades der staatlichen Spitäler bei.

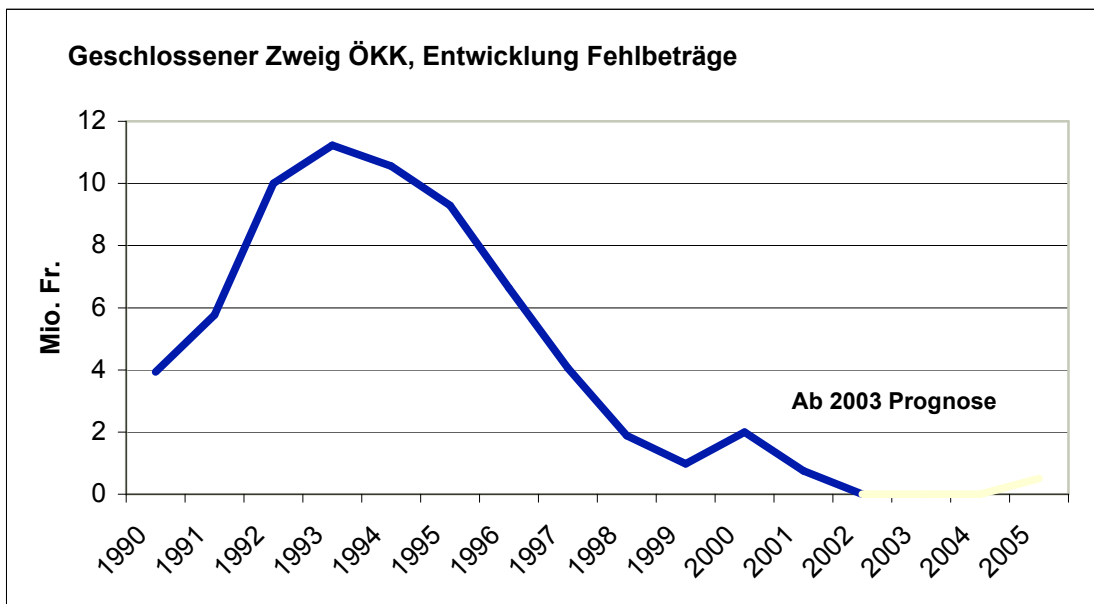
Gemäss § 41 GKV haftet der Kanton deshalb vollumfänglich für Fehlbeträge, die aus der Fortführung des geschlossenen Zweiges resultieren. Solange die Prämien der ÖKK über dem gewichteten Durchschnitt der Referenzversicherer liegen, sind sie periodisch mindestens im Rahmen der allgemeinen Teuerung zu erhöhen.

Nach Inkrafttreten des KVG hat in der 2. Hälfte der 90er Jahre bei praktisch allen Versicherten im Bereich der Spital-Zusatzversicherungen eine ähnliche Entwicklung stattgefunden: Die meisten Versicherer haben in den Zusatzversicherungen mittlerweile risikogerechte, d.h. altersgruppenspezifische Prämiengruppen gebildet, was insbesondere für ältere Versicherte zu teilweise massiven Prämienerhöhungen geführt hat. Aufgrund dieser Marktsituation haben sich die Versicherungsprämien des geschlossenen Zweiges sukzessive der Kostenwahrheit genähert.

Da die erwähnte Wirkung auf den Kostendeckungsgrad der Spitäler im Bereich der Privatversicherung (1. Klasse) mangels Tarifschutz nur bedingt spielte, hat der Grosse Rat die Haftung des Kantons bereits ab 1994 auf die Halbprivat-Versicherung beschränkt. Ausserdem hat er mit der selben Änderung die Regelung der Teuerungsanpassung auch neu geregelt und mit der Einfügung des Wortes „mindestens“ der ÖKK die Möglichkeit eröffnet, die Prämien des geschlosse-

nen Zweiges nach Möglichkeit und Marktlage auch über die Teuerung hinaus anzuheben. Dies ist seither denn auch in aller Regel erfolgt.

Im Jahre 1989 wurde der totale Haftungsbetrag bis zum „Auslaufen des geschlossenen Bestandes“ auf insgesamt ca. 115 Mio Franken (Preisbasis 1989) geschätzt. Aufgrund des Versichertenbestandes ist davon auszugehen, dass der Hauptteil der Kosten bis zum Jahre 2020 anfallen wird. Bisher hat der Kanton Haftungsleistungen im Umfang von ca. 67 Mio Franken erbracht:



Die in den letzten Jahren stark rückläufigen Fehlbeträge hängen einerseits mit dem Rückgang der Versichertenzahlen, andererseits auch mit der Tatsache zusammen, dass die ÖKK freiwillig Erträge aus den seit 1989 nur noch vermittelten Zusatzversicherungen (ÖKK Versicherungen AG, kein Haftungsrisiko) für die Deckung der Fehlbeträge im geschlossenen Zweig verwendet hat. Ebenso haben sich selbstverständlich auch die über die Teuerung hinaus erfolgten Prämienerrhöhungen dämpfend auf das Defizit ausgewirkt.

Aufgrund des bekannten Entscheids des eidgenössischen Versicherungsgerichtes, wonach die Kantone auch Sockelbeiträge an Spitalaufenthalte von Privatversicherten zu erbringen haben, sehen die finanziellen Perspektiven des geschlossenen Zweiges nun besser aus, sodass während mehrerer Jahre gar keine Defizite mehr zu erwarten sind. Ab 2005 wird sich die Lage aber wieder etwas verschlechtern. Gemäss einer von unabhängiger Seite erstellten Studie sei es nicht ausgeschlossen, dass in den Jahren 2009 – 2019 wieder mit Fehlbeträgen in der Grössenordnung von 2 bis 3 Mio Franken pro Jahr gerechnet werden muss. In dieser Prognose sind die Sockelbeiträge bereits berücksichtigt. Gemäss dieser Studie kann jedoch auch davon ausgegangen werden, dass die ÖKK diese Fehlbeträge mittels einer nur leicht über die Kostenentwicklung hinaus gehenden Prämienerrhöhungen

in den Zusatzversicherungen auffangen kann, sodass keine Haftungsleistungen des Staates mehr vonnöten wäre.

5.2 Vorgeschlagene Änderungen

Aufgrund der dargestellten Entwicklung der aktuellen Situation der Zusatzversicherungen generell und bei der ÖKK im Speziellen erscheint es angebracht, die kantonalen Zuschüsse an den geschlossenen Zweig und den Policenschutz gemäss § 41 GKV einer Überprüfung zu unterziehen. Insbesondere soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Gewinne aus dem an die ÖKK Versicherungen AG vermittelten Zusatzversicherungsbereich für die Defizitdeckung des geschlossenen Zweiges herangezogen werden können.

Aufgrund der im GKV verankerten Verantwortlichkeit des Kantons auch für die Zusatzversicherten ist es klar, dass eine Haftung für das Defizit des geschlossenen Zweiges nicht vollumfänglich der ÖKK überbunden werden kann. Dies stünde rechtlich im Widerspruch zu § 41 GKV, der über Jahre hinweg eine gesetzliche Absicherung durch den Kanton statuierte. Eine vollständige Streichung von § 41 GKV müsste als Verletzung wohlerworbener Rechte der Versicherten angesehen werden.

Der Regierungsrat schlägt deshalb vor, die bestehende Praxis, die Gewinne aus der von ÖKK Basel vermittelten Spital-Zusatzversicherung (welche im stationären Bereich äquivalente Produkte zum geschlossenen Zweig enthält) zur Defizitdeckung beizuziehen, rechtlich zu verankern.

Es ist davon auszugehen, dass die ÖKK in absehbarer Zeit ihre Defizite mit Erträgen von Produkten, welche mit dem geschlossenen Zweig vergleichbar sind, kompensieren kann. Die Haftung des Kantons soll somit nur noch dann zum Tragen kommen, wenn die Gewinne aus den vermittelten Spital-Zusatzversicherungen nicht für die Deckung des Defizites des geschlossenen Zweiges ausreichen sollten. Die ÖKK hat ein vitales Interesse an Überschüssen in den Zusatzversicherungen, welche über die Deckung der Defizite des geschlossenen Zweiges hinaus gehen. Aus heutiger Sicht ist deshalb die Wahrscheinlichkeit, dass noch weitere kantonale Beiträge an den geschlossenen Zweig erfolgen müssten, als gering zu bezeichnen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die ÖKK jährlich bis zu ca. 1 Mio Franken zur Finanzierung dieses Zweiges beitragen kann. Zusammen mit regelmässigen massvollen Prämien erhöhungen (für die Versicherten des geschlossenen Zweiges) kann verhindert werden, dass die in diesem Zweig verbleibenden Versicherten in ihren letzten Lebensjahren exorbitant hohe Prämien zu gewärtigen haben. Das Heranziehen des Gewinns anderweitiger Zusatzversicherungen (etwa im Bereich der ambulanten Leistungen) zur Defizitdeckung des geschlossenen Zweiges wäre hingegen sachlich nicht gerechtfertigt und würde auch den unternehmerischen Spielraum der ÖKK über Gebühr einschränken.

Mit der vorgeschlagenen Lösung soll die bereits ab dem Jahre 1994 auf die Halbprivat-Versicherung eingeschränkte Haftung weiter relativiert und auf das der ÖKK auch nach heutiger Sicht nicht zumutbare Restrisiko beschränkt werden.

5.3 Finanzielle Einsparungen

Die finanziellen Auswirkungen der Neuregelung des Policenschutzes für den geschlossenen Versicherungszweig der ÖKK lässt sich gleichfalls nicht mit absoluter Sicherheit beziffern. Aufgrund der neuen Regelung ist davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren mit grösster Wahrscheinlichkeit keine kantonalen Haftungsleistungen mehr zu erbringen sind, sondern allfällige Fehlbeträge von der ÖKK selbst getragen werden können. Da die entsprechenden Prognosen jedoch auf zahlreichen Annahmen und Unwägbarkeiten beruhen, wäre eine genaue Bezifferung der Einsparungen in den Jahren ab 2007 unseriös, weshalb darauf verzichtet werden soll. In der Finanzplanung wird bis auf Weiteres aber nur noch ein pro memoria-Betrag einzustellen sein.

6. Weitere Anpassungen

6.1 Einspracheverfahren im Bereich der Prämienbeiträge

Der Bereich der Prämienbeiträge ist aus dem Anwendungsbereich des ATSG explizit ausgenommen (Art. 1 Abs. 2 lit. c KVG). Dies deshalb, weil – wie auch das Eidgenössische Versicherungsgericht wiederholt festgestellt hat – dieser Bereich autonomes kantonales Recht darstellt. Die Kantone sind demnach frei, festzulegen, unter welchen Voraussetzungen eine Person in „wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen“ lebt, und sie sind auch frei in der Ausgestaltung des Verfahrens bei Streitigkeiten in diesem Bereich. Verfügungen, welche über die Ausrichtung und Bemessung von Prämienbeiträgen entscheiden, unterliegen direkt der Beschwerdemöglichkeit an die kantonalen Sozialversicherungsgerichte. Deren Entscheid ist sodann endgültig.

Seit einiger Zeit wurde die Möglichkeit des Einspracheverfahrens im Bereich der Prämienbeiträge diskutiert. Auch das Sozialversicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt hat sich an das Justizdepartement gewandt mit der Bitte, diese Möglichkeit zu prüfen. Der Regierungsrat ist ebenfalls der Meinung, dass die Einführung des Einspracheverfahrens Vorteile hätte: wieso gerade in diesem Bereich des Sozialversicherungsrechts ein anderer Rechtsweg gelten soll, ist nicht einzusehen. Vielmehr erscheint eine Vereinheitlichung mit den übrigen Bereichen des Sozialversicherungsrechts, so etwa der AHV, der IV, dem UVG, den Ergänzungsleistungen und den kantonalen Beihilfen, aus Gründen der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit weitaus sinnvoller. Man hat mit dem Einspracheverfahren in diesen Gebieten denn auch gute Erfahrungen gemacht. Beim Prämienbeitragsbereich handelt es sich um einen Zweig der Verwaltung, in dem Massenverfügungen die Regel sind. Ungenügende Abklärungen und fehlerhafte Verfügungen lassen sich

nicht immer vermeiden. Hier gibt das Einspracheverfahren der entscheidenden Behörde die Möglichkeit, eine Verfügung einlässlicher zu beurteilen, etwaige Ungenauigkeiten bzw. Fehler zu korrigieren und Verfügungen wenn nötig aufzuheben, ohne dass das Gericht angerufen werden muss. Es wird eine zusätzliche Kontrollinstanz geschaffen, welche die Verfügungen auf ihre Rechtmässigkeit hin überprüft. Für die Bezüger/-innen bedeutet dies eine Verbesserung des Rechtsschutzes. Schliesslich werden die gerichtlichen Instanzen entlastet und können sich vermehrt mit der nötigen Aufmerksamkeit den komplexeren Fällen widmen.

Die im Kanton für die Ausrichtung der Prämienbeiträge zuständige Behörde, das Amt für Sozialbeiträge, wendet das Einspracheverfahren im Bereich der Ergänzungsleistungen und der kantonalen Beihilfen bereits seit dem 1. Januar 2003 an. Aus diesem Grunde bereitet die Umstellung im Prämienbeitragsbereich administrativ keine Probleme. Die Tatsache, dass eine Einsprache auch mündlich erfolgen kann, hat möglicherweise eine leichte Zunahme der Einsprachen zur Folge. Dem steht jedoch erfahrungsgemäss eine Abnahme von Beschwerden an das Sozialversicherungsgericht gegenüber, weshalb das Einspracheverfahren auch unter finanzpolitischen Aspekten Vorteile bringt, da es die Verfahrensökonomie insgesamt verbessert.

6.2 Anpassung an das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten. Auch der Bereich des Versicherungsobligatoriums gemäss KVG untersteht diesem Gesetz. Dies hat zur Folge, dass in diesem Bereich das Einspracheverfahren vorzusehen ist. Die Einsprachemöglichkeit ist im kantonalen Gesetz bei den Bestimmungen betreffend des Rechtsweges zu verankern.

6.3 Formelles

Weitere in den vorliegenden Entwurf integrierte Änderungen betreffen verschiedene formelle bzw. redaktionelle Anpassungen. So sind einige Bestimmungen an das Personenfreizügigkeitsabkommen anzupassen. Weiter werden die Prämienbeiträge im GKV als „Subvention an die Krankenversicherer“ bezeichnet; tatsächlich handelt es sich jedoch um Leistungen an die Versicherten.

Nachdem der für die Chancenstrategie vorgesehene zeitliche Rahmen Ende 2002 abgelaufen ist, sind zahlreiche Bestimmungen hinfällig und können gestrichen werden.

Durch das Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft (EG) sowie ihren Mitgliedstaaten am 1. Juni 2002 ist im Bereich des Versicherungsobligatoriums für Staatsangehörige eines EU-Staates sowie der Schweiz, Island und Norwegens das Wohnortprinzip

durch das Erwerbsortprinzip ersetzt worden. Dies bedeutet, dass Personen sich neu in demjenigen Land versichern müssen, in welchem sie erwerbstätig sind. Einige Bestimmungen des GKV stehen zu diesem neuen System in Widerspruch und müssen daher geändert werden.

7. Erläuterungen der einzelnen zu ändernden Gesetzesbestimmungen des Entwurfs

Ingress vor § 1

Der Bereich des Versicherungsobligatoriums untersteht seit dem 1. Januar 2003 dem ATSG. Aus diesem Grunde ist dieses Gesetz im Ingress zu erwähnen.

§ 2

Seit dem Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft (EG) sowie ihren Mitgliedstaaten unterstehen Staatsangehörige der EU sowie der Schweiz, Island und Norwegens grundsätzlich den sozialversicherungsrechtlichen Regelungen desjenigen Staates, in welchem sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen. Das Wohnsitzprinzip gilt für diese Personen nicht. So untersteht etwa eine in Basel-Stadt erwerbstätige Grenzgängerin mit Wohnsitz in Deutschland grundsätzlich dem Versicherungsobligatorium gemäss KVG. Die Formulierung, wonach die Versicherungspflicht „gesamtschweizerisch“ bestehe, ist vor diesem Hintergrund missverständlich und daher zu streichen. Mit Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens wurden die Bestimmungen über die Versicherungspflicht des KVG angepasst. Infolgedessen erscheint eine Neuformulierung von § 2 angebracht, welche einfach festhält, dass sich die Versicherungspflicht nach dem Bundesrecht richtet.

Titel von Litera C. (vor § 12)

Wie unter Ziffer 2.1 dargelegt, handelt es sich bei den Prämienbeiträgen nicht um eine Subvention an die Krankenversicherer, sondern um Leistungen an die Versicherten. Weil mit der vorgeschlagenen Änderung sämtliche weiteren Sozialleistungen (Stillgeld, Betriebsbeiträge sowie Risikobeiträge) aufgehoben werden sollen, ist auch der Titel vor den Paragraphen, welche die Prämienbeiträge regeln, anzupassen.

§ 12

Sämtliche in diesem Gesetz verankerten Subventionen werden aufgehoben. Daher ist auch der Grundsatzartikel zu streichen.

§ 13

Mit Aufhebung der Subventionen werden auch Bestimmungen, welche allfällige Subventionsbedingungen normieren, gegenstandslos und sind aufzuheben.

§ 14

Wie unter Ziffer 2 bereits ausgeführt, handelt es sich bei den Prämienbeiträgen um Ansprüche der Versicherten und nicht der Versicherer. Die vorliegende Bestimmung, welche die Ausrichtung von Prämienbeiträgen an die Versicherer von deren Beitritt zum Rahmenvertrag abhängig macht, verstösst gegen Bundesrecht und ist daher aufzuheben.

§ 15

Der mit der Aufhebung der Stillgelder beabsichtigte Spareffekt wird durch die ersatzlose Streichung dieses Paragraphen erreicht.

§ 16

Diese Bestimmung betreffend die einkommensabhängigen Prämienbeiträge passt systematisch nicht zum Abschnitt der Subventionsbedingungen und ist deshalb in § 17 Absatz 1 zu transferieren.

Titel von Ziff. III (vor § 17)

Der Titel „III. Einzelne Subventionen“ ist ebenfalls obsolet, weil sämtliche Subventionen aufgehoben werden und die Prämienbeiträge ebenfalls keine Subvention darstellen. Der Titel ist zu streichen.

§ 17

In Absatz 1 sind die Prämienbeiträge ebenfalls als Subvention an die Versicherer bezeichnet. Die Bestimmung ist aus den bereits erläuterten Gründen anzupassen. Vergleiche ferner den Kommentar zu § 16.

§ 22

Durch das Erwerbsortprinzip ist für Staatsangehörige der EU, der Schweiz, Island und Norwegens kein Wohnsitz in der Schweiz erforderlich. Aus diesem Grunde erlischt auch der Anspruch auf Prämienbeiträge bei Wegzug ins Ausland nicht, solange die betreffende Person in der Schweiz erwerbstätig bleibt. Für Drittstaatsangehörige gilt das Wohnsitzprinzip jedoch nach wie vor, weshalb die Bestimmungen

betreffend das Ende des Anspruches auf Prämienbeiträge in zwei Absätze zu gliedern und neu zu formulieren sind.

Titel von Ziffer 2 (vor § 24)

Unter dem Titel „Beiträge für Mehraufwendungen“ werden die Stillgelder geregelt. Da diese Leistung aufgehoben wird, ist auch der Titel des Abschnittes zu streichen.

§ 25

Der mit der Aufhebung der Stillgelder beabsichtigte Spareffekt wird durch die ersatzlose Streichung dieses Paragraphen erreicht.

§ 26

Der mit der Aufhebung der Risikobeiträge an Versicherer mit ungünstiger Risikostruktur beabsichtigte Spareffekt wird durch die ersatzlose Streichung dieses Paragraphen erreicht.

Titel von Ziff. IV (vor § 27)

Der Titel „IV. Subventionsform“ ist aufgrund der Aufhebung sämtlicher Subventionen obsolet und daher zu streichen.

§ 27

In dieser Bestimmung werden die Modalitäten der Subventionsverhältnisse geregelt. Da mit dem vorliegenden Änderungsantrag sämtliche Subventionen aufgehoben werden sollen, kann auch diese Bestimmung gestrichen werden.

§ 33

In diesem Paragraphen werden die Posten aufgezählt, durch welche die ÖKK ihre Ausgaben finanziert. In litera b sind die allgemeinen kantonalen Subventionen aufgeführt, welche mit dem vorliegenden Entwurf aufgehoben werden sollen. Die unter litera c genannten Betriebsbeiträge werden seit Auslauf des Projektes „Chancenstrategie“ per Ende 2002 nicht mehr ausgerichtet. Die genannten literae sind daher zu streichen.

§ 34

Die unter Absatz 2 genannten Betriebsbeiträge werden, wie erwähnt, seit Ende 2002 nicht mehr ausgerichtet. Der Absatz kann daher ersatzlos gestrichen werden.

§ 35

Diese Bestimmung wird aufgrund der beantragten Aufhebung sämtlicher Subventionen obsolet und ist daher zu streichen.

§ 36

Diese Bestimmung regelt die Modalitäten der kantonalen Betriebsbeiträge. Wie erwähnt, sind diese Beiträge mit Auslaufen des Projektes „Chancenstrategie“ per Ende 2002 eingestellt worden. Die Bestimmung kann deshalb gestrichen werden.

§ 41

Die Neuregelung der Kantonshaftung für allfällige Defizite des geschlossenen Versicherungszweiges der ÖKK gemäss Ziff. 5.2 wird in diesem Paragraphen getroffen. Da die bisherige Definition der Referenzversicherer in § 26 wegfällt, muss diese hier neu eingefügt werden.

§ 46

Absatz 3 dieses Paragraphen bezieht sich auf die Betriebsbeiträge. Er kann daher ebenfalls gestrichen werden.

§ 51

Diese Bestimmung regelt den Rechtsweg bei Streitigkeiten zwischen der ÖKK und ihren Versicherten. Seit dem 1. Januar 2003 wird das rechtliche Verhältnis zwischen Versicherern und Versicherten durch das ATSG abschliessend geregelt, weshalb für kantonale Bestimmungen kein Raum verbleibt. Der § 51 ist somit gegenstandslos geworden und kann gestrichen werden.

§ 52

Die aktuelle Fassung von § 52 GKV hält in Absatz 1 fest, dass das Sozialversicherungsgericht als kantonales Versicherungsgericht gemäss Art. 86 KVG amtet. Dieser Artikel hielt bis Ende 2002 die Voraussetzungen betreffend die kantonalen Gerichte fest. Mit Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 erhielt Art. 86 KVG jedoch einen gänzlich anderen Inhalt: er enthält nun eine Bestimmung betreffend den internen Instanzenzug. Aus diesem Grunde ist der Verweis von § 52 Abs. 1 GKV dergestalt anzupassen, dass nun auf Art. 57 ATSG verwiesen wird; dieser Artikel entspricht inhaltlich der früheren Fassung von Art. 86 KVG, indem er festhält,

dass jeder Kanton ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung bestellen muss.

§ 52 Abs. 2 GKV hielt den Rechtsweg bei Streitigkeiten aus dem Bereich der Prämienbeiträge gemäss §§ 17 bis 22 GKV fest. In diesem Bereich soll, wie unter Ziffer 6.1 ausgeführt, neu das Einspracheverfahren eingeführt werden. Um eine klare Systematik zu erreichen, schlägt der Regierungsrat eine vollständige Neuformulierung der beiden nachfolgenden Paragraphen vor, indem in § 53 GKV das Einspracheverfahren und in § 54 GKV die kantonalen Rechtsmittel normiert werden. Zu diesem Zweck muss aber die (sich bisher in § 53 GKV zu findende) Bestimmung, wonach über Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern gemäss Art. 89 KVG das Schiedsgericht in Sozialversicherungssachen entscheidet, an einen anderen Ort verlegt werden. Hier bietet sich die Schaffung eines zweiten Absatzes von § 52 GKV an.

§ 53

Wie erwähnt, ist die Schaffung des Einspracheverfahrens im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung notwendig, weil hier das ATSG gilt. Des Weiteren sollte nach Meinung des Regierungsrates, wie bereits erwähnt, dieses Verfahren auch im Bereich der Prämienbeiträge eingeführt werden. Im Entwurf zu § 53 GKV wird denn auch in diesen beiden Gebieten (obligatorische Krankenversicherung: § 4 GKV; Prämienbeiträge: §§ 17 bis 22 GKV) die Einsprache vorgesehen. Die Frist von dreissig Tagen sowie die Regelung, wonach prozess- und verfahrensleitende Verfügungen vom Einspracheverfahren ausgenommen sind, sind durch das ATSG vorgegeben. Im Sinne der Einheitlichkeit erscheint es angebracht, diese Regelungen auch im Bereich der Prämienbeiträge gelten zu lassen.

§ 54

In dieser Bestimmung wird die Möglichkeit des Weiterzugs von Einspracheentscheiden sowie von Verfügungen, gegen welche die Einsprache ausgeschlossen ist, geregelt. Beschwerdeinstanz ist das Sozialversicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt. Soweit es auf dem Gebiete der Prämienbeiträge entscheidet (§§ 17 bis 22 GKV), ist dieser Entscheid endgültig. Soweit es um die Unterstellung unter die schweizerische Krankenpflegeversicherung geht (§ 4 GKV), besteht die Möglichkeit des Weiterzugs an das Eidgenössische Versicherungsgericht (vgl. Art. 62 Abs. 1 ATSG).

Übergangsbestimmungen (§ 56 Absätze 6 und 7 (neu))

Vergleiche hierzu die Ausführungen unter Ziffer 3.2 und 4.2.

Änderung anderer Erlasse (§ 56a des Gesetzes betreffend Wahl und Organisation der Gerichte sowie der Arbeitsverhältnisse des Gerichtspersonals und der Staatsanwaltschaft (Gerichtsorganisationsgesetz; GOG) vom 27. Juni 1895)

§ 56a GOG, welcher auf die durch die vorliegende Revision geänderte Bestimmung von § 52 Abs. 2 GKV verweist, ist entsprechend anzupassen. § 56a lit. a GOG regelt Streitigkeiten im Bereich des Bundesrechts; hier ist der Verweis auf Art. 85 Abs. KVG obsolet, da dieser Artikel mit Inkrafttreten des ATSG revidiert wurde. Aus diesem Grunde ist neu auf Art. 86 KVG in Verbindung mit Art. 56 ATSG, welcher das Beschwerdeverfahren normiert, zu verweisen.

§ 56a lit. b GOG regelt sodann Streitigkeiten im Bereich des kantonalen Rechts. Hier ist klar zu stellen, dass nur Streitigkeiten betreffend die Bemessung und Ausrichtung von Prämienbeiträgen gemäss §§ 17 – 22 GKV darunter fallen. Soweit es um die Unterstellung unter die schweizerische Krankenpflegeversicherung gemäss § 4 GKV geht, so gelten das KVG und ATSG.

8. Antrag

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen beantragt der Regierungsrat dem Grossen Rat, den nachstehenden Entwurf zu einer Anpassung des Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) anzunehmen.

Basel, den 23. September 2003

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

Der Präsident:

Dr. Christoph Eymann

Der Staatsschreiber

Dr. Robert Heuss

Anhang:

- Grossratsbeschluss
- Synoptische Darstellung der Gesetzesänderungen