



Erläuterungen zur Änderung der Verordnung über die von der Sanität Basel zu erhebenden Gebühren vom 18. Dezember 2007 (Gebührenverordnung Sanität, SG 339.220)

1. Ausgangslage

Nach § 1 der Verordnung über die von der Sanität Basel zu erhebenden Gebühren (Gebührenverordnung Sanität; SG 339.220) werden die Leistungen der Sanität Basel gemäss Gebührenverordnung Sanität abgerechnet, wenn die Abgeltung nicht in Verträgen mit Kranken- und Unfallversicherern oder anderen Sozialversicherern festgelegt ist. Das Justiz- und Sicherheitsdepartement nahm mit mehreren Krankenversicherern im letzten Jahr Verhandlungen zur Neuausgestaltung der Tarifverträge für die Leistungen der Sanität Basel auf, weil die Tarife die Vollkosten der Sanität Basel nicht decken (die letzte Anpassung erfolgte per 1. Januar 2014).

2. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

§ 1 Abs. 1

Anders als früher verhandeln die Krankenversicherer nicht mehr zusammen die entsprechenden Verträge, sondern haben sich in verschiedene Einkaufsgemeinschaften bzw. Verhandlungsgruppen aufgeteilt, welche je nach Interessenslage unterschiedliche Versicherer vertreten. Im Gegensatz zu früher, als die Sanität Basel mit allen Versicherern einen Vertrag abschliessen konnte oder in Bezug auf sämtliche Versicherer ein tarifloser Zustand vorlag, kann es deshalb heute sein, dass lediglich mit einer Gruppe Verträge abgeschlossen werden kann und in Bezug auf die anderen Versicherer ein (bundesrechtlich geregeltes) Tariffestsetzungsverfahren durchgeführt werden muss.

Dies hat zur Folge, dass § 1 Abs. 1 der Gebührenverordnung allgemeiner zu formulieren ist. So wird explizit festgehalten, dass die verfahrensgegenständliche Verordnung lediglich diejenigen Tarife, welche nicht durch das Sozialversicherungsrecht des Bundes (inkl. internationaler Verträge) bestimmt werden, regelt.

§ 1 Abs. 2

Da es aus technischen und administrativen Gründen für die Sanität Basel nicht möglich ist, verschiedene Tarifmodelle mit unterschiedlichen Tarifen parallel zu betreiben, kommen seit jeher auch für die Patientinnen und Patienten, welche nicht dem Sozialversicherungsrecht des Bundes unterstehen (z. B. Ausländer aus dem EU oder EFTA-Raum, welche nicht bei einer sozialen Krankenversicherung versichert sind oder Ausländer, welche weder in der Schweiz noch im EU oder EFTA-Raum versichert sind, sog. Selbstzahler), die mit den Sozialversicherern vereinbarten Tarife zur Anwendung.

Damit dies möglich ist, muss die vorliegende Verordnung an die jeweils mit den Versicherern vereinbarten Tarife angepasst werden. Da die Tarife jedoch jedes Jahr ändern können, führt dies zu einem nicht zu vernachlässigenden administrativen Aufwand und – da Tarifverträge oder festgesetzte Tarife häufig rückwirkende Geltung haben – zu einer Rechtsunsicherheit bis die Verordnung ebenfalls rückwirkend angepasst worden ist.

Damit dies künftig vermieden werden kann, sollen auch in Bezug auf die nicht dem Sozialversicherungsrecht des Bundes unterstehenden Personen die zwischen der Sanität Basel und der Gemeinsamen Einrichtung KVG gültigen Tarife zur Anwendung gelangen. Dies jedoch subsidiär zu anderen in der Verordnung festgelegten Tarifen.

Da in Bezug auf die Patientinnen und Patienten, welche in der EU oder im EFTA-Raum bei einer sozialen Krankenversicherung versichert sind, der mit der Gemeinsamen Einrichtung gemäss KVG gültige Tarif zur Anwendung gelangt, macht es durchaus Sinn, diesen für die anderen ausländischen Patientinnen und Patienten bzw. allfälliger anderer Selbstzahler anzuwenden.

Gemäss § 2 Abs. 1 des Gesetzes über die Publikationen im Kantonsblatt und über die Gesetzesammlung des Kantons Basel-Stadt vom 19. Oktober 2016 (Publikationsgesetz; SG 151.200) sind rechtsetzende Erlasse grundsätzlich im Kantonsblatt zu veröffentlichen. Die Verträge der Sanität mit den Vertragspartnern waren bisher beim Justiz- und Sicherheitsdepartement einsehbar, wurden aber nicht publiziert. Mit dem geplanten Verweis und allgemeinen Anwendbarkeit sind die Verträge wie rechtssetzende Erlasse zu behandeln und entsprechend zu publizieren.

§ 2 Abs. 1

In der Gebührenverordnung Sanität werden für Primärtransporte (Rettungs- und Notfalltransporte) die Abstufungen P1 bis P3 vorgesehen. Die Stufen P1 und P2 sind gleichzusetzen mit den bisherigen Dringlichkeitsstufen D1 (P1) für Notfalltransporte mit vermuteter Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und D2 (P2) ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen. Die neu geschaffene Stufe P3 umfasst Primärtransporte auf Vorbestellung.

§ 3 Abs. 1

Die sogenannten Sekundärtransporte (Kranken- und Sekundärtransporte; bis dato D3) sind nicht mehr in den Tarifverträgen enthalten, sondern ausschliesslich als Krankentransporte mit der Abstufung S1 bis S3 in der Gebührenverordnung Sanität abgebildet. Die Stufe S1 (Position 2.1 a) umfasst Verlegungen eines Patienten mit Beeinträchtigung der Vitalfunktionen (mit oder ohne Verwendung Sondersignal). Die Stufe S2 (Position 2.1 b) beinhaltet Verlegungen von Patienten ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und möglichst ohne Zeitverzug. Die Stufe S3 (Position 2.1 c) gilt für Verlegungen von Patienten ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und auf Vorbestellung. Für S3 wird nur eine Grundpauschale verrechnet.

Sowohl die Gebühren für Primär- als auch für Sekundärtransporte berechnen sich einerseits aus einer Grundpauschale (Positionen 1.1.a und 1.1.b sowie Positionen 2.1.a und 2.1.b) sowie andererseits aus den in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen. Letztere werden neu vier unterschiedlichen Leistungsstufen zugeordnet. Stufe 1 (Positionen 1.1.d und 2.1.e) wird für kleine medizinische Leistungen, wie etwa Patienten-Monitoring, einfache Überwachung und Vergabe von Sauerstoff, verrechnet. Die Stufe 2 (Positionen 1.1.e und 2.1.f) beinhaltet mittlere medizinische Leistungen mit zusätzlichen Medikamenten und Infusionen. Die Stufe 3 (Positionen 1.1.f und 2.1.g) ist für grosse medizinische Leistungen vorgesehen und beinhaltet zusätzliche 12-er EKG Transmissionen und/oder aufwändige Rettungsaktionen. Die Stufe 4 (Positionen 1.1.g und 2.1.h) gelangt für komplexe medizinische Leistungen zur Anwendung und beinhaltet Reanimationen, aufwändige IPS Verlegungen sowie Einsätze unter Schockraum-Indikation.

Auch erhöht werden die Gebühren für Notärztliche Zubringer (Position 3). Der Nachtzuschlag (19:00-07:00 Uhr) sowie der Sonn- und Feiertagszuschlag betragen neu 15 Prozent (Position 4.1). Zudem werden neu auch Begleitpersonen (vgl. Positionen 4.2) und Spezialeinsätze und/oder -transporte (Position 5) zusätzlich verrechnet.

§ 5 Abs. 1

Bei den besonderen Dienstleistungen werden die Gebühren für den Kontrollbesuch (Position 8.2) aufgehoben. Im Gegenzug werden die Tarife für Kurzeinsätze ohne Transport/ohne medizinische Betreuung (Position 8.1) von 270 auf 300 Franken angehoben. Schliesslich wird die Kilometerpauschale für Ambulanzfahrzeuge (Position 9.2) von 5 auf 6 Franken erhöht.

Beilage

Synopse