



Rathaus, Marktplatz 9
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 85 62
Fax: +41 61 267 85 72
E-Mail: staatskanzlei@bs.ch
www.regierungsrat.bs.ch

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Versicherungsaufsicht
Hessstrasse 27E
3003 Bern

Basel, 4. Februar 2015

Regierungsratsbeschluss vom 3. Februar 2015

Vernehmlassung zur Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Oktober 2014 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug) zukommen lassen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und lassen Ihnen nachstehend unsere Anträge und Bemerkungen zukommen.

1. Grundsätzliche Einschätzung

Seit dem 1. Januar 2007 führt der Kanton Basel-Stadt gestützt auf die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zusammen mit dem Kanton Basel-Landschaft und dem Landkreis Lörrach ein zeitlich befristetes, binationales Pilotprojekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch.

Deutschland hat im Hinblick auf die grenzüberschreitende Zusammenarbeit § 16 Abs. 4 und § 140 e SGB V (Sozialhilfegesetzbuch [SGB], Fünftes Buch[V] – Gesetzliche Krankenversicherung – [Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477]) so angepasst, dass in der Schweiz bezogenen Leistungen durch deutsche Krankenversicherungen – bis zu den Kosten, die die Behandlung in Deutschland gekostet hätte – übernommen werden. Ferner können deutsche Krankenversicherer Verträge mit Schweizer Leistungserbringer abschliessen. Somit ist die Schweiz diesbezüglich den EU/EFTA-Staaten gleichgestellt.

Bei der Umsetzung des Pilotprojekts hat es sich bewährt, dass die gesetzlichen Anforderungen des Standortlandes für die Zulassung zum Pilotprojekt ausschlaggebend sind (zum Beispiel in Bezug auf die Betriebsbewilligung, Qualitätsnachweis etc.). Die somit erreichten Anforderungen genügen für Patienten aus der Schweiz und schaffen eine ausreichende Rechtsicherheit.

Infolge der vorbildlichen und teilweise höheren Qualitätsanforderungen in Deutschland und den deutlich tieferen Preisen kann ohne vertiefte Prüfung von einer Einhaltung der WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich) ausgegangen werden.

Auf Grund der bisher geringen Patientenzahlen war eine Berücksichtigung der Patientenströme bei der kantonalen Versorgungsplanung bisher nicht notwendig. Sollten die Patientenzahlen markant zunehmen, müsste ein Einbezug in Betracht gezogen werden.

Bei der Begleituntersuchung des Pilotprojekts durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN) wurde das grenzüberschreitende Angebot als sinnvolle Ergänzung gewertet und eine hohe Patientenzufriedenheit festgestellt.

Wie den vorstehenden Ausführungen zu entnehmen ist, konnten im Rahmen des Pilotprojekts der Region Basel/Lörrach betreffend die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen bereits gute Erfahrungen gemacht werden. Die vorliegende KVG-Revision ist demzufolge zu begrüßen.

2. Anträge zu einzelnen Änderungsvorschlägen

2.1 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Antrag:

Wir stimmen der vorgesehenen Gesetzesänderung grundsätzlich zu, mit einer Ergänzung.

Begründung:

Die Gesetzesbestimmung zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit ist sehr offen formuliert. Sie delegiert die Festlegung aller wesentlichen Eckwerte der Ausgestaltung an den Verordnungsgeber. Gemäss Bericht zur Vernehmlassung ist der Bundesrat bestrebt, sich am bisherigen Art. 36a KVV für die befristeten Pilotprojekte zu orientieren. Wir erwarten, dass die der GDK mit Schreiben vom 8. Januar 2015 bestätigten, wesentlichen Elemente der vom Bundesrat vorgesehenen Umsetzungsbestimmungen bereits in der Botschaft an das Parlament ausformuliert werden, damit bereits im parlamentarischen Prozess Sicherheit über die wichtigsten Aspekte einer Umsetzung geschaffen werden kann.

2.2 Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen

Antrag:

Wir lehnen die entsprechende Gesetzesanpassung ab.

Begründung:

Die heute geltende Regelung betreffend Übernahme der Kosten für stationäre Behandlungen für Versicherte, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, weicht von der Regelung für in der Schweiz wohnhafte Versicherte ab, indem die Krankenversicherer für Erstere die vollen Kosten übernehmen müssen (Art. 37 lit. a. KVV).

Im Bericht wird in diesem Zusammenhang behauptet, dass das mit dem EU-Koordinationsrecht übernommene Diskriminierungsverbot verlange, dass die EU-Versicherten genau gleich behandelt werden müssten, wie die in der Schweiz wohnhaften Versicherten. Mit dieser Begründung sieht die Gesetzesrevision von Art. 49a KVG (Abgeltung der stationären Leistungen) vor, dass die Kosten für stationäre Leistungen in der Schweiz auch bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, sowohl von den Krankenversicherern als auch von den Kantonen im gleichen Verhältnis wie bei den in der Schweiz wohnhaften Versicherten übernommen werden.

Es ist jedoch zu bestreiten, dass das mit dem europäischen Koordinationsrecht übernommene Diskriminierungsverbot durch die heutige Regelung tangiert wird, da die Kosten der stationären

Behandlungen auch für Versicherte, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, vollumfänglich übernommen werden. Die Bezahlung des Kantonsanteils knüpft an den Wohnsitz an, die darauf gründende Differenzierung ist daher legitim und würde auch einen Schweizer Bürger mit Wohnsitz in der EU treffen. Von einer Diskriminierung kann demzufolge nicht die Rede sein.

Die in der Vorlage vorgeschlagene Gesetzesrevision führt ohne zwingenden Grund zu einer Kostenverlagerung von der OKP auf die Kantone von rund 11,5 Millionen Franken. Eine versorgungspolitische Zuständigkeit der Kantone für die nicht im Kanton lebenden Personen, aus welcher sich eine Mitfinanzierungspflicht ableiten könnte, ist nicht gegeben. Eine Erhebung bei den basel-städtischen Spitälern hat ergeben, dass alleine im Kanton Basel-Stadt mit Mehrkosten zwischen drei bis sechs Millionen Franken zu rechnen wäre. Ferner wäre die Kontrolle der Zuständigkeit für diese Finanzierung administrativ sehr aufwändig, weil dabei nicht auf ein Register abgestellt werden könnte. Vielmehr wären im Einzelfall Beweise beizubringen, ob eine Leistungspflicht besteht.

Darüber hinaus möchten wir darauf hinweisen, dass die Aussage auf Seite 10 des Berichts, mit welcher die Belastung aller Kantone gemeinsam (anstelle des Bundes) mit den Spitalkostenbeiträgen für Rentner und ihre Familienangehörigen begründet wird, nicht überzeugend ist. Sie erscheint als eine konzeptionelle Abweichung von der vergleichbaren Regelung bei der Prämienverbilligung für Rentner und Angehörige (Art. 66a KVG), wo der Bund die Prämienverbilligung gewährt und finanziert (obwohl die Ausrichtung der Prämienverbilligung primär Aufgabe der Kantone ist). Wir schlagen deshalb vor, die Finanzierung von Spitalbehandlungen gleich zu regeln wie die Prämienverbilligung, d.h. eine Finanzierung durch den Bund. Eine ungerechtfertigte Lastenverschiebung von den Kantonen zum Bund ist dabei nicht erkennbar, da es um eine neue Lastenzuteilung geht.

2.3 Folgen der Nichtbezahlung der Prämien

Antrag:

Der Schaffung einer formellen gesetzlichen Grundlage in Art. 64a Abs. 9 KVG für die bestehende differenzierte Regelung von Art. 105m KVV stimmen wir mit einer Einschränkung zu: Da wir die Haftung der Kantone nicht als Dauerlösung billigen können, schlagen wir vor, in Analogie zur faktischen, beschränkten Staatsgarantie, welche die Kantone für ihre Einwohnerinnen und Einwohner übernehmen, eine gleichartige Garantie durch den Wohnortstaat anzustreben.

Begründung:

Gestützt auf den heute geltenden Art. 64a Abs. 9 KVG erlässt der Bundesrat Bestimmungen über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen. Da diese Delegationsnorm zu allgemein formuliert ist und keine genügende gesetzliche Grundlage für die Regelungen von Art. 105m KVV darstellt, soll der genannte KVG-Gesetzesartikel nun ergänzt werden.

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt hat bereits in der Vernehmlassung vom 30. März 2011 zu den Verordnungsbestimmungen Art. 105a ff. KVV (Nichtbezahlung von Prämien) festgehalten, dass er die vorgeschlagene Haftung der Kantone nicht als Dauerlösung billigen könne. Auch die GDK hat die fragliche Verordnungsbestimmung in derselben Vernehmlassung noch abgelehnt, soweit damit den Kantonen Lasten übertragen werden sollten. Sie hatte dies formell mit der mangelnden gesetzlichen Grundlage begründet und für eine Verlustschein-Übernahme durch die Versicherer zulasten des entsprechenden Versichertenkollektivs plädiert.

Letztlich geht es hier weniger um eine Bemessung und Verbilligung von Sozialversicherungsbeiträgen als um eine darüber hinaus gehende „Schuldenübernahme“ durch den Staat, die öfters auch im Zusammenhang mit weiteren Schuldensanierungsmassnahmen steht und daher ganzheitlich durch den Wohnortstaat angegangen werden muss. Bisher kommt die Regelung der For-

derungsübernahme nur für Verlustscheine aus Deutschland in Frage und hat in der Praxis im Kanton Basel-Stadt noch keine Bedeutung erhalten. Aus den dargelegten Gründen regen wir aber an, die Möglichkeit zu Verhandlungen über eine Schuldenübernahme durch den Wohnortstaat zu prüfen.

2.4 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen

Antrag:

Die vorgeschlagene Anpassung ist unter der Bedingung zu unterstützen, dass davon lediglich die Finanzierungspflicht der Versicherer betroffen ist und in der Botschaft und damit in den für ein Gericht massgeblichen Materialien klar zum Ausdruck kommt, dass Beiträge der Kantone nicht von dieser Regelung betroffen sind.

Begründung:

Nach dem geltenden Art. 41 Abs. 1 KVG muss der Versicherer für ambulante Behandlungen die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person gilt. Neu soll der jeweils für den gewählten Leistungserbringer geltende Tarif zur Anwendung kommen; eine Verrechnung aufgrund differierender kantonaler Taxpunktwerte soll somit künftig entfallen.

Diese Änderung betrifft den interkantonalen Leistungsbezug. Die Anpassung der Regelung zur Kostenübernahme bei ambulanten Leistungen durch die Krankenversicherer ist sinnvoll und zu unterstützen. Die bestehende Lösung führt zu unnötigem administrativem Aufwand für die Leistungserbringer und die Krankenversicherer.

Sicherzustellen ist bei einer solchen Gesetzesänderung jedoch in jedem Fall, dass durch diese keine Präjudizen für andere Finanzierungssysteme (Spitalfinanzierung, Restfinanzierung Pflege) geschaffen wird.

In der Botschaft zum Gesetzesentwurf sollte klargestellt werden, dass die revidierte Bestimmung von Art. 41 Abs. 1 KVG die kantonale Restfinanzierung bei den Pflegeleistungen nicht tangiert, da in dieser Bestimmung lediglich von einer Kostenübernahme durch den „Versicherer“, nicht aber durch die Kantone die Rede ist. Da der Versicherer gemäss Art. 25a KVG einen schweizweit einheitlichen Beitrag an die Pflegeleistungen zu bezahlen hat, ergeben sich bezüglich Pflegefinanzierung keine Differenzen zwischen heutigem und künftigem Art. 41 Abs. 1 KVG. Auch bezüglich weiteren ambulanten Bereiche (z.B. Tageskliniken Psychiatrie) ist die Kostenübernahme auf die „Versicherer“ zu beziehen und nicht auf allfällige Kantonsbeiträge.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für Rückfragen steht Ihnen das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Frau lic. iur. Dorothee Frei (Generalsekretärin; dorothee.frei@bs.ch), gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin