



Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

04.8055.02

GD/P048055

Basel, 17. Januar 2007

Regierungsratsbeschluss
vom 16. Januar 2007

Anzug Stephan Ebner und Konsorten betreffend Weitergabe der Sockelbeiträge des Kantons Basel-Stadt durch die Zusatzversicherungen an die Versicherten

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom Dienstag, 8. Dezember 2004, den nachstehenden Anzug Stephan Ebner und Konsorten betreffend Weitergabe der Sockelbeiträge des Kantons Basel-Stadt durch die Zusatzversicherungen an die Versicherten dem Regierungsrat zum Bericht überwiesen:

„Gemäss Entscheid des eidg. Versicherungsgerichtes Ende 2001 müssen die Kantone den Beitrag in der obligatorischen Grundversicherung auch an die Halbprivat- und Privatpatienten entrichten. In einer Vereinbarung mit santésuisse verpflichteten sich darauf die Kantone, für das Jahr 2001 einen Pauschalbetrag von 250 Mio. CHF an die Krankenversicherer zu zahlen, den diese wiederum den Versicherten weiterzuleiten hatten. Gemäss dringlichem Bundesbeschluss beteiligen sich die Kantone im 2002 mit 60 Prozent, im 2003 mit 80 Prozent und im Jahr 2004 zu 100% an den Kosten der innerkantonalen stationären Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern.

In Baselstadt beliefen sich die Beiträge des Kantons

- im 2002 auf ca. 18 Mio. CHF,
- im 2003 auf ca. 24 Mio. CHF.
- Für das Jahr 2004 dürften die Beiträge etwa 30 Mio. CHF betragen.

Entsprechend wurden und werden die Krankenversicherer erheblich entlastet. Im Halbprivatbereich dürften die Einsparungen zwischen 20% und 40% betragen, im Privatbereich zwischen 10% und 30%. Im gleichen Zeitraum nahmen die Preise der Basler Spitäler nur leicht zu. Dennoch blieben die Versicherungsprämien gleich oder verzeichneten Zuwachsraten im einstelligen Prozentbereich. Eigentliche Reduktionen blieben aus.

Vor dem Hintergrund des Gesagten bitten die Unterzeichnenden den Regierungsrat zu prüfen und zu berichten:

1. Wie die erheblichen Zahlungen des Kantons von den Versicherern verwendet wurden.
2. Warum die Zahlungen des Kantons nicht in Form von spürbaren Prämienverbilligungen von den Versicherern an die Versicherten weitergegeben wurden.
3. Wie sichergestellt werden kann, dass die Beiträge des Kantons die finanzierenden Steuerzahler in den Genuss von entsprechenden Prämienreduktionen kommen.

St. Ebner, Dr. R. von Aarburg, St. Gassmann, Dr. P. Eichenberger, Dr. P. Schai, P. Marrer, M.

Rünzi, F. Gerspach, P. Roniger, H. Käppeli, L. Stutz“

Wir berichten zu diesem Anzug wie folgt:

1. Einleitung

Die Anzugsteller erkundigen sich, wie die Kantone die den Halbprivat- und Privatversicherten aufgrund eines Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) zustehenden Sockelbeiträge aus der obligatorischen Grundversicherung zukommen liessen. Im Fokus steht dabei die Vermutung der Anzugsteller, diese Sockelbeiträge seien nicht oder nur in ungenügender Masse in Form von reduzierten Krankenkassenprämien an die Versicherten weitergegeben worden. Der Regierungsrat kann sich dieser Sichtweise nicht anschliessen. Folgende vier Argumente stehen dabei im Zentrum der nachstehenden Anzugsbeantwortung:

- Die Verwendung der Sockelbeiträge steht unter Aufsicht der öffentlichen Hand.
- Betrachtet man nur die Leistungsfinanzierung, kann daraus nur begrenzt auf die Prämienentwicklung geschlossen werden.
- Im Unterschied zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist es den Kassen im Spitalzusatzbereich erlaubt, Gewinne zu erwirtschaften.
- Ein Vergleich mit der Leistungsentwicklung der OKP lässt den Schluss zu, dass die Sockelbeiträge der Kantone ein weitaus stärkeres Prämienwachstum im Spitalzusatzbereich verhindert haben.

Nachfolgend werden diese vier Aussagen genauer begründet.

2. Grundsätzliches

Wie die Anzugsteller richtig bemerken, hat das EVG Ende 2001 entschieden, dass die Kantone auch an Halbprivat- und Privatpatienten und -patientinnen den Sockelbeitrag an die Grundversicherungsleistung entrichten müssen. Da dies grundsätzlich bereits nach Einführung des neuen KVG im Jahre 1996 der Fall hätte sein sollen, wurde beschlossen, dass die Kantone für die Jahre von 1996 bis 2001 einen Pauschalbetrag in der Höhe von insgesamt CHF 250 Mio. nachzuzahlen haben. Dieser Betrag wurde von santésuisse, dem Verband der Schweizer Krankenkassen, entgegengenommen und unter Inanspruchnahme der Dienste einer Treuhandfirma an die einzelnen Versicherer weitergeleitet. Im Unterschied dazu wurden bzw. werden die Sockelbeiträge für die darauffolgenden Jahre direkt dem behandelnden Spital überwiesen, was für den Versicherer zu einer tieferen Rechnung für den entsprechenden Aufenthalt führt. Somit ist in der Folge jeweils zwischen der ersten Zahlung von CHF 250 Mio. (Pauschalbetrag für die Jahre 1996 bis 2001) an santésuisse und den Sockelbeiträgen an die Spitäler für die darauffolgenden Jahre zu unterscheiden.

Eine statistische Betrachtung des Prämieneffekts durch die Zahlung der Sockelbeiträge auf kantonaler Ebene ist aus zwei Gründen nicht möglich. Einerseits gibt es keine kantonalisierte Statistik zur Entwicklung der Versicherungsprämien und -leistungen im Halbprivat- und Privatbereich. Zudem ist in den Spitalzusatzversicherungen jeweils das Recht der freien Spitalwahl enthalten, was bedeutet, dass die entsprechend versicherten Personen sowohl zwischen Nichtlisten- als auch ausserkantonalen Spitälern wählen dürfen. Somit wären Kosten-

und Prämienvergleiche mit der OKP auf kantonaler Ebene nur bedingt aussagekräftig und in Ermangelung kantonalisierter Daten nicht möglich. Die folgenden Aussagen beziehen sich daher jeweils auf das zur Verfügung stehende gesamtschweizerische Zahlenmaterial.

3. Regeln für die Rückgabe der Sockelbeiträge

3.1 Der Pauschalbetrag (CHF 250 Mio.) für die Jahre 1996 bis 2001

Das Bundesamt für Privatversicherungen (BPV) schrieb den Versicherern im Anschluss an das Urteil des EVG vor, dass die Verteilung des Pauschalbetrages im Verhältnis zu den Prämien zu stehen habe und an jene Personen auszurichten sei, welche per Ende 2001 privat oder halbprivat versichert waren. Die Versicherer hatten drei Möglichkeiten, das Geld den Versicherten zukommen zu lassen: Als Postüberweisung, mittels Verrechnung mit den Prämienrechnungen 2004 oder der Verrechnung mit allfälligen Verlusten aus dem Jahre 2001.

Anhand der Spitaltage berechneten die Kantone den Anteil jedes Krankenzusatzversicherers an den Kantonsbeiträgen von CHF 250 Mio. Bis Ende März 2003 musste jeder Versicherer dem Bundesamt für Privatversicherungen (BPV) einen Plan vorlegen, der die Details der geplanten Ausschüttung enthielt. Nach Abschluss des Projekts erhielt das BPV von jedem einzelnen Versicherer eine Meldung über den Vollzug mit Angabe der effektiv ausgeschütteten Gelder. Versicherer, die das Jahr 2001 in der Privat- und Halbprivatversicherung mit Verlust abschlossen und diesen seither nicht mit Prämien erhöhungen ausgeglichen hatten, konnten diese Verluste mit den Sockelbeiträgen kompensieren. Darüber hinausgehende Einnahmen aus den Sockelbeiträgen mussten als Ausschüttung direkt an die Versicherten weitergegeben werden.

Die Ausschüttungspläne der Krankenversicherer waren sehr unterschiedlich, wobei das BPV nicht alle Ausschüttungspläne akzeptierte. So verbot es beispielsweise, mit den Sockelbeiträgen Rückstellungen zu erhöhen oder diese Gelder in die Tarifikalkulation 2004 einzubauen.

3.2 Sockelbeiträge ab 2002 und künftige Prämien

Seit 2002 leisten die Kantone auf Basis des *Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung* ihren ordentlichen Beitrag zur Verbilligung der innerkantonalen stationären Behandlungen von Halbprivat- und Privatpatienten direkt an die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler. In den Jahren von 2002 bis 2004 steigerten die Kantone dabei ihre Beteiligung an den Kosten des von den Versicherern für Kantonseinschwohnerinnen und -einwohner den behandelnden Spitälern geschuldeten Tarifs der allgemeinen Abteilung von 60% im Jahr 2002 auf 80% im Jahr 2003 und 100% ab dem Jahr 2004 ff. So sieht es das dringliche Bundesgesetz vor, das die Jahre 2002 bis 2004 regelt. Dieses dringliche Bundesgesetz wurde für die Jahre 2005 und 2006 auf Basis der Regelung für 2004 verlängert. Die Bundesversammlung hat am 20. Dezember 2006 eine erneute Verlängerung für 2007 beschlossen. Für die Versicherer reduziert sich parallel dazu die Summe der er-

brachten Leistungen für stationäre Aufenthalte, was sich dämpfend auf die Privat- und Halbprivatprämien auswirkt.

4. Stellungnahme zu den Fragen der Anzugsteller

4.1 Wie wurden die erheblichen Zahlungen des Kantons von den Versicherern verwendet

Wie bereits erwähnt, muss zwischen der einmaligen Zahlung des Pauschalbeitrages in der Höhe von CHF 250 Mio. an santésuisse und der Ausrichtung der Sockelbeiträge an die behandelnden Spitäler in den Folgejahren unterschieden werden. Der Pauschalbetrag als Begleichung der von den Kantonen geschuldeten Sockelbeiträge wurde an santésuisse ausgerichtet, welche die Weiterleitung der Gelder an die Versicherungen mithilfe einer Treuhandfirma durchführte. Das BPV erlaubte in der Folge den einzelnen Versicherungen drei Formen der Verteilung an die Versicherten:

1. Die Verrechnung mit allfälligen Verlusten aus dem Jahre 2001
2. Die Verrechnung mit den Halbprivat- und Privatversicherungsprämien von 2004
3. Die Überweisung an die Versicherten per Postcheck

Die Zahlungen der Sockelbeiträge für die Folgejahre (2002 bis mittlerweile 2006) erfolgten bzw. erfolgen direkt an die behandelnden Spitäler. Dies hat zu Folge, dass die Rechnungen der Spitäler an die Versicherer insgesamt um den Betrag des ausgerichteten Sockelbeitrages tiefer ausfallen. Dadurch reduzieren sich die Leistungen für die Versicherer.

4.2 Warum wurden die Zahlungen des Kantons nicht in Form von spürbaren Prämienverbilligungen von den Versicherern an die Versicherten weitergegeben

Um diese Frage beantworten zu können, muss zuerst beleuchtet werden, welche Faktoren und Mechanismen die Prämienhöhe im Spitalzusatzbereich beeinflussen. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass nicht nur zusätzliche Finanzierungsquellen die Prämien bestimmen. Eine Beurteilung der Prämienentwicklung, ohne die Kostenentwicklung im (stationären) Gesundheitssystem und die Marktgegebenheiten (Nachfrage nach Halbprivat- und Privatversicherungen sowie die Konkurrenzsituation und die Entwicklung der Finanzmärkte bzw. die Anlagerendite der einzelnen Versicherer – wobei diese Aufzählung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt) in die Betrachtung miteinzubeziehen, ist mit einer grossen Unsicherheit behaftet.

Die Prämien für Halbprivat- und Privatversicherungen sind gemäss BPV in den Jahren nach 2003 nachweislich weniger stark gewachsen als zuvor. Es ist anzunehmen, dass die Sockelbeiträge der Kantone, welche gesamtschweizerisch schätzungsweise 25% des Totals aller Leistungen von Halbprivat- und Privatversicherern ausmachen, zu diesem Trendbruch massgeblich beigetragen haben. Zudem ist das Verhältnis von Durchschnittsprämie pro Versicherten zu Durchschnittskosten pro Versicherten im Halbprivat- und Privatbereich in den

Jahren 2002 bis 2005 beinahe unverändert geblieben, was zeigt, dass die Versicherer ihre Gewinnmarge nicht mittels steigenden Prämien verändert haben. Ohne die Sockelbeiträge der Kantone wären im stationären Bereich wiederum höhere Rechnungen an die Kassen gestellt worden. Dies hätte im Vergleich mit der aktuellen Situation ceteris paribus zu höheren Prämien geführt.

Ein Vergleich des Spitalzusatzbereichs mit demjenigen der Ordentliche Krankenkassenprämien (OKP) lässt trotz der erwähnten Unvollständigkeit den Schluss zu, dass die Prämienentwicklung durch die Sockelbeitragszahlungen der Kantone stark gedämpft worden ist.

Wie beschrieben, zwang das EVG-Urteil die Kantone dazu, 2002 60%, 2003 80% und ab 2004 100% des von den Versicherern für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geschuldeten Tarifs der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals an die behandelnden Spitäler zu überweisen. Gemäss einer Schätzung der GDK aus dem Jahre 2005 beträgt der Sockelbeitrag für die ganze Schweiz ca. CHF 550 Mio., was ca. 25% aller Versicherungsleistungen im Spitalzusatzbereich ausmacht. Die im EVG-Urteil vorgeschriebene jährliche Zunahme des Sockelbeitrages der Kantone um 20% von 2002 bis 2004 reduzierte für diese Jahre das Leistungstotal der Versicherer im Spitalzusatzbereich um rund 5% p.a. (20% des Sockelbeitrages, rund CHF 110 Mio., entsprechen ca. 5% aller Versicherungsleistungen im Spitalzusatzbereich). Betrachtet man (Daten siehe untenstehende Tabelle) die Gesamtkostenentwicklung der OKP von 2002 bis 2005, so liegt diese bei ca. 5.2% p.a., im spitalstationären Bereich bei gut 8% p.a. und somit deutlich über dem Leistungswachstum der Halbprivat- und Privatversicherer im selben Zeitraum (0.6%). Trotz der oben erwähnten Einschränkungen bzgl. Interpretation der Datenlage ist davon auszugehen, dass der Sockelbeitrag bzw. dessen gestaffelte Erhöhung zu dieser im Vergleich zur OKP tieferen Leistungsentwicklung im Spitalzusatzbereich massgeblich beigetragen hat.

Spitalzusatz (Privat und Halbprivat)					
Jahr	2002	2003	2004	2005	Entwicklung p.a.
Durchschnittsprämie pro Versicherter	CHF 1'721	CHF 1'594	CHF 1'739	CHF 1'726	0.10%
Leistungen pro Versicherter	CHF 1'308	CHF 1'229	CHF 1'319	CHF 1'332	0.60%
OKP					
Jahr	2002	2003	2004	2005	Entwicklung p.a.
Durchschnittsprämie pro Versicherter*	CHF 2'940	CHF 3'223	CHF 3'360	CHF 3'483	5.81%
Leistungen total pro Versicherter	CHF 2'354	CHF 2'462	CHF 2'595	CHF 2'741	5.20%
Leistungen Spital stationär	CHF 513	CHF 561	CHF 624	CHF 649	8.15%

Quellen: Spitalzusatz: BPV, OKP: Prämien BAG, Leistungen Datenpool santésuisse

*Die Durchschnittsprämie der OKP entspricht dem Durchschnitt der Prämie für Erwachsene mit Minimalfranchise inkl. Unfall, diejenige im Spitalzusatzbereich entspricht dem Wert der gesamten Prämieinnahmen dividiert durch die Anzahl Versicherten. Die OKP-Prämien werden hier also überschätzt, da weder tiefere Prämien aufgrund von höheren Franchisen noch die tieferen Prämien für Kinder und Jugendliche in die Berechnung dieses Durchschnittswertes miteinbezogen werden. Daher sind nur die Entwicklungen der beiden Prämien miteinander vergleichbar. Bei Werten wie beispielsweise dem Verhältnis von Prämien zu den Kosten können für die OKP-Prämien wiederum nur Entwicklungen beurteilt werden, nicht aber der absolute Ver-

hältniswert. Es kann hier nicht herausgelesen werden, wie hoch die Ausgaben der OKP-Kassen für nicht-leistungsbezogene Aufwendungen (Administration, Reserven, Rückstellungen usw.) sind.

Aufgrund dieser Ausführungen kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass die Prämienentwicklung im Bereich der Halbprivat- und Privatversicherungen durch die Gewährleistung von Sockelbeiträgen der Kantone massgeblich zugunsten der Versicherten beeinflusst worden ist.

4.3 Wie kann sichergestellt werden, dass die die Beiträge des Kantons mitfinanzierenden Steuerzahler in den Genuss von entsprechenden Prämienreduktionen kommen

Wie in Kapitel 4.1. beschrieben, überwachte das BPV die Weiterleitung des Pauschalbeitrags von CHF 250 Mio. durch die Versicherer an die Versicherten. Die seit dem Jahre 2002 an die Spitäler ausgerichteten kantonalen Sockelbeiträge reduzieren des weitern die Rechnungsbeträge der Spitäler an die Versicherer um genau die Höhe der Sockelbeiträge. Da jedoch ein Versicherer im Bereich der Halbprivat- und Privatversicherungen im Gegensatz zu demjenigen der OKP durchaus berechtigt ist, Gewinne zu erwirtschaften, ist eine vollständige Weitergabe des Sockelbeitrags an die Versicherten nicht zwingend. Das BPV überprüft die Tarife der Halbprivat- und Privatversicherer denn auch nicht in der Form, wie dies das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit den Tarifen der OKP macht. Es wird lediglich geprüft, ob die Tarife missbräuchlich sind, was den Versicherern mehr Spielraum gibt. Hier soll in erster Linie der Markt als preisbestimmender Mechanismus spielen.

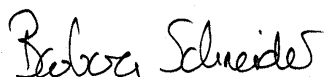
5. Zusammenfassung

Der Schluss, die Sockelbeitragszahlungen der Kantone hätten die Prämien für Halbprivat- und Privatversicherungen nicht zu Gunsten der Versicherten beeinflusst, erscheint aufgrund obiger Ausführungen nicht gerechtfertigt. Weder das wesentlich tiefere Leistungswachstum der Halbprivat- und Privatversicherungen im Vergleich zu demjenigen der OKP noch die vom BPV klar vorgegebene Struktur der kantonalen Beitragszahlungen deuten darauf hin. Und obwohl, wie eingangs erwähnt, nicht nur die Finanzierungsseite die Höhe der Prämien beeinflusst, ist davon auszugehen, dass die kantonalen Beiträge durchaus einen dämpfenden Einfluss auf die Leistungs- und somit auf die Prämienentwicklung des Spitalzusatzbereichs haben.

6. Antrag

Auf Grund dieses Berichts beantragen wir Ihnen, den Anzug Stephan Ebner und Konsorten betreffend Weitergabe der Sockelbeiträge des Kantons Basel-Stadt durch die Zusatzversicherungen an die Versicherten als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Barbara Schneider
Präsidentin



Dr. Robert Heuss
Staatsschreiber