



Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

11.5128.02

GD/P115128
Basel, 1. Juni 2011

Regierungsratsbeschluss
vom 31. Mai 2011

Interpellation Nr. 35 Philippe Macherel betreffend Prämienprognose von santésuisse (Eingereicht vor der Grossratssitzung vom 11. Mai 2011)

„Die Santésuisse, Dachverband der Schweizer Krankenkassen, hat geschätzt, dass die Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt als Folge der neuen Spitalfinanzierung für das Jahr 2012 um 7.5% ansteigen werden.

Dem unbefangenen Beobachter scheint dieser Kostenschub nicht ohne weiteres erklärlich. Er macht sich allerdings auch Gedanken, wie diese Mehrbelastung der Bevölkerung abgedeckt werden kann.

In diesem Zusammenhang bitte ich die Regierung, folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie zuverlässig ist die Schätzung der Santésuisse zum Prämienanstieg? Auf welchen Daten beruht diese Schätzung?
2. Wie hoch schätzt der Regierungsrat den Prämienanstieg unter Berücksichtigung sämtlicher Faktoren: des Systemwechsels in der Spitalfinanzierung und der "ordentlichen" Kostensteigerung im Gesundheitswesen?
3. Im Falle einer erheblichen Differenz: Welches sind die Gründe für die unterschiedliche Beurteilung?
4. Welche Massnahmen wird der Regierungsrat ergreifen, um einen übermässigen Anstieg der Gesundheitskosten im Kanton Basel-Stadt zu verhindern?

Philippe Pierre Macherel“

Wir beantworten diese Interpellation wie folgt:

1. Grundsätzliches

Die neue Spitalfinanzierung enthält folgende wesentliche Elemente:

- Krankenversicherer und Kanton tragen die stationären Spitalkosten gemäss einem fixen, vom Kanton festgelegten Kostenteiler. Der Kantonsanteil beträgt mindestens 55%. Gemäss den bundesrechtlichen Übergangsbestimmungen können Kantone, deren Erwachsenenprämie zum Einführungszeitpunkt die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreiten, ihren Vergütungsteiler zwischen 45 und 55% festlegen.

- Die Pauschalen zur Abgeltung der stationären Spitalaufenthalte beinhalten auch die Investitionskosten, die bisher (bei öffentlichen Spitälern) über die kantonale Investitionsrechnung beglichen wurden.
- Behandlungen in Privatspitälern werden von den Kantonen mitfinanziert, wenn diese auf der Spitalliste ihres Standortkantons aufgeführt sind.
- Patientinnen und Patienten haben auch im Fall eines freiwilligen, ausserkantonalen Spitalaufenthalts Anrecht auf den Kantonsbeitrag.
- Die Spitalpauschalen sind leistungsbezogen und ermöglichen damit langfristig eine kosteneffiziente Versorgung. Im akut-somatischen Bereich werden dafür diagnosebezogene Fallpauschalen (SwissDRG) eingeführt.

Die neue Spitalfinanzierung an sich führt zu keiner Steigerung der Gesundheitskosten. Mit der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung per 2012 verschieben sich jedoch in erheblichem Masse die durch die Kantone, die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und die Zusatzversicherungen/Selbstzahler zu finanzierenden Leistungen. In folgenden Bereichen kommt es zu Verschiebungen:

- Da die Kantone neu mindestens 55% der Kosten für stationäre Spitalbehandlungen übernehmen, wenn das Spital auf der Liste eines Kantons aufgeführt ist, sind neu auch ausserkantonale Wahlbehandlungen zu finanzieren, welche bisher zu Lasten der Zusatzversicherungen abgerechnet wurden. Der Zusatzversicherungsbereich erfährt dadurch eine erhebliche Entlastung.
- An die Behandlungen von Patientinnen und Patienten auf der halbprivaten und privaten Abteilung der Spitäler, die auf der Spitalliste ihres Standortkantons aufgeführt sind, müssen aufgrund der neuen Spitalfinanzierung höhere Kostenanteile als bisher übernommen werden. Dies führt zu einer weiteren Entlastung der Zusatzversicherungen.
- Die OKP übernimmt neu einen Anteil der Investitionskosten der Spitäler.
- Kostenanteile für die nicht-universitäre Lehre werden neu ebenfalls durch die OKP getragen.

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) geht auf der Basis der heutigen Kostenteiler in den Kantonen – unter Berücksichtigung der noch vielen Unbekannten (Tarifhöhe, Investitionskostenzuschlag, Kosten für Lehre und Forschung, welche nicht durch die OKP getragen werden) – schweizweit von einer Mehrbelastung der Krankenversicherer im Bereich der Grundversicherung (OKP) von rund CHF 400 Mio. aus und einer Mehrbelastung der Kantone von über 1 Mrd. Fr. Die Mehrbelastung der Krankenversicherer würde im gesamtschweizerischen Durchschnitt zu einem Prämienanstieg von rund 2% führen. Mit der neuen Spitalfinanzierung wird die Zusatzversicherung entlastet (Halb- und Privatversicherung sowie Versicherung „Allgemeine Abteilung ganze Schweiz“). Diese Mehrbelastung der Kantone und der Grundversicherung sowie die damit einhergehende Entlastung der Zusatzversicherungen hat der Bundesgesetzgeber so beabsichtigt.

Zur Festlegung des Kantonsanteils gemäss der neuen Spitalfinanzierung hat der Regierungsrat differenzierte Modellrechnungen durchgeführt mit dem Ziel, die Finanzierungswirkungen möglichst genau beziffern zu können. Weil noch nicht alle massgeblichen Grössen

des Systems durch die Tarifpartner verhandelt wurden, sind alle Berechnungen mit Unsicherheiten behaftet, auch diejenigen der Krankenversicherer.

2. Zu den Fragen

2.1 Frage 1: Wie zuverlässig ist die Schätzung der Santésuisse zum Prämienanstieg? Auf welchen Daten beruht diese Schätzung?

Es bestehen von Seiten der Krankenversicherer drei Tarifverhandlungsgruppen in der Schweiz: santésuisse / tarifsuisse ag, Helsana / KPT / Sanitas (ebenfalls Mitglieder von santésuisse, Tarifverhandlungen jedoch nicht über die tarifsuisse ag) sowie Assura. Die von santésuisse kommunizierten Schätzungen zum Prämienanstieg beruhen auf Modellrechnungen der tarifsuisse ag, einer Tochtergesellschaft von santésuisse, welche für den Leistungseinkauf zuständig ist und gesamtschweizerisch einen Marktanteil von 68% aufweist. Von Seiten der beiden anderen Tarifverhandlungsgruppen liegen derzeit keine Zahlen vor.

Die Schätzungen der tarifsuisse ag beruhen auf dem unter dem alten System der Spitalfinanzierung angewendeten System der anrechenbaren Kosten, nicht auf einem neuen Modell, welches auf Fallzahlen, Kostengewichten und Preisen basiert. Dabei werden historische Kostenrechnungsdaten der Spitäler verarbeitet sowie Veränderungen aufgrund der neuen Spitalfinanzierung berücksichtigt (Investitionen, nicht-universitäre Lehre, Strukturwechsel Tarifsysteem). Die tarifsuisse ag setzt den Investitionskostenzuschlag für ihre Berechnungen auf 12% fest, zusätzlich wird ein Up-Coding-Effekt (systematische Erhöhung der Fallschwere und damit des Kostengewichts in der Abrechnung) angenommen, welcher das Finanzierungsvolumen insgesamt um 2% erhöht.

Wesentlich ist nun insbesondere auch, dass die Schätzungen der tarifsuisse ag in zwei Szenarien bezüglich des normativen Abzugs für Lehre und Forschung (L+F) vorliegen, welche sich in Bezug auf die Prämienauswirkungen erheblich unterscheiden.

Als Grundlage für die Tarifberechnung ermittelt die tarifsuisse ag den anrechenbaren stationären Betriebsaufwand. Weil die L+F-Aufwendungen in der Realität nur annähernd beziffert werden können, muss nach geltender Rechtslage und höchstrichterlicher Rechtssprechung ein normativer Abzug erfolgen:

- Universitätsspitäler: 25% des stationären Gesamtaufwandes,
- Spitäler mit mehr als 125 Betten: 5% des Personalaufwandes,
- Spitäler zwischen 75 und 125 Betten: 2% des Personalaufwandes,
- Spitäler mit weniger als 75 Betten: 1% des Personalaufwandes.

Der so ermittelte Abzug beträgt für alle Basler Spitäler rund 147 Mio. Fr., wobei die Universitätsspitäler USB, UPK und UKBB einen Abzug von jeweils 25% des stationären Gesamtaufwandes zu vergegenwärtigen haben. Von den CHF 147 Mio. finanziert die Universität im Rahmen der L+F-Abgeltung insgesamt CHF 70 Mio. Die Differenz von CHF 77 Mio. wird durch die Träger finanziert, im Fall der öffentlichen Spitäler über den Ordentlichen Nettoaufwand des Gesundheitsdepartements.

Zur Abschätzung der Auswirkungen auf das Prämienniveau ist es von entscheidender Bedeutung, welche Annahmen getroffen werden. Die von santésuisse kommunizierte Steigerung von 7.6% geht von einer Reduktion des normativen L+F-Abzug für die Universitätsspitäler auf 15% und einem Kantonsanteil von 55% aus (der prämienneutrale Kantonsanteil würde gemäss der tarifsuisse ag in diesem Fall bei 62.3% liegen). Dieser tiefere Normkostenabzug ist aus Sicht der tarifsuisse ag nur gerechtfertigt, wenn sich dies aus den Kostenrechnungen der Spitäler präzise nachweisen lässt. Die Absenkung des L+F-Abzugs würde zu höheren anrechenbaren Kosten, dadurch zu einem höheren Tarif und Finanzierungsvolumen und somit zu einer höheren Prämienlast führen. Wird der normative L+F-Abzug wie bisher bei 25% belassen und ein Kantonsanteil von 55% unterstellt, führt die Modellrechnung der tarifsuisse ag zu einer Prämienzunahme von 4.6%. Der prämienneutrale Kantonsanteil käme in diesem Fall bei 59.6% zu liegen.

Somit geht santésuisse in der Kommunikation einer Prämienzunahme von 7,6% vom schlechtesten anzunehmenden Fall für die Versicherer (Prämienzahlenden) aus. Im Rahmen der Berechnungen für den Kantonsanteil hat der Regierungsrat gemeinsam mit den Spitälern eine diesbezügliche Einschätzung vorgenommen und ist zum Schluss gekommen, dass eine Reduktion des L+F Abzugs auf 15% unrealistisch ist. Gerade vor dem Hintergrund, dass auf Versichererseite mehrere Verhandlungsgruppen auftreten, die alle versuchen, den besten Preis zu erzielen, ist es sehr unwahrscheinlich, dass eine Reduktion des L+F-Abzugs durchsetzbar wäre. Die von santésuisse kommunizierte Prämienzunahme von 7.6% ist aus dieser Sicht als widersprüchlich anzusehen. In der Ausgestaltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler, welche die Finanzierung des L+F-Abzugs sicherstellen muss, geht der Regierungsrat von einem L+F-Abzug in der Grössenordnung von 25% aus. Auf Basis des Berechnungsmodells der tarifsuisse ag dürfte die Prämienzunahme daher im Bereich der stationären Spitalbehandlungen bei maximal 4,6% liegen.

Insgesamt sind die publizierten Prämienprognosen der Krankenkassen für das nächste Jahr als verfrüht zu beurteilen. Sie beruhen auf noch sehr unsicheren Annahmen. So sind beispielsweise die Spitaltarife noch gar nicht verhandelt, die Investitionskostenanteile und die Abzüge für die Kosten von Lehre und Forschung noch nicht definiert. Zudem muss für die Prämienkalkulation auch die Reservensituation der Kassen in die Betrachtung mit einbezogen werden.

2.2 Frage 2: Wie hoch schätzt der Regierungsrat den Prämienanstieg unter Berücksichtigung sämtlicher Faktoren des Systemwechsels in der Spitalfinanzierung und der „ordentlichen“ Kostensteigerung im Gesundheitswesen?

Für die Prämienkalkulation 2012 ist die Festlegung des kantonalen Finanzierungsanteils von grosser Bedeutung. Der Regierungsrat hat für die Berechnung des Finanzierungsvolumens für stationäre Behandlungen von BS-Einwohnern verschiedene Modellszenarien basierend auf Fallzahlen, Kostengewichten, Tarifschätzungen und Annahmen zu Investitionskostenzuschlägen bottom-up berechnet. Die Ergebnisse der Modellrechnungen zeigen, dass bei einem Kantonsanteil von 55% mit einer Prämienzunahme im Bereich der stationären Spitalbehandlungen von rund 2,5% zu rechnen ist. Der prämienneutrale Kantonsanteil würde bei

58% liegen. Der Regierungsrat hat den Kantonsanteil für 2012 jedoch auf 55% festgelegt, da noch nicht alle Parameter zur Beurteilung der Finanzströme bekannt sind. Es besteht zudem keine Garantie, dass bei einer aus Sicht des Kantons prämieneutralen Festlegung des Kantonsanteils die Krankenversicherer für den Teilbereich der stationären Spitalbehandlungen tatsächlich keine Prämienhöhung vornehmen. Vielmehr könnten die Krankenversicherer unter Berücksichtigung der aktuellen Reservensituation versucht sein, bei einem höheren Kantonsanteil Mittel zur Reservenbildung in anderen Kantonen zu verwenden. Der Regierungsrat weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bereits in 2010 die durchschnittliche Prämienhöhung in der Schweiz 8,7% betrug, das effektive Kostenwachstum jedoch nur bei 1,9% lag.

Was den Ausblick auf die gesamte Prämienentwicklung 2012 betrifft, ist der jetzige Zeitpunkt für konkrete Aussagen noch verfrüht. Die Frühjahrsprognose der Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (KOF), die in den letzten Tagen veröffentlicht wurde, rechnet im laufenden und im kommenden Jahr mit einem Wachstum unter dem Trend der vergangenen Jahre von jeweils 3,4%. Aktuell wirken sich die Sparmassnahmen vor allem im Medikamentenbereich kostendämpfend aus. Es ist davon auszugehen, dass dieser Trend auch für den Kanton Basel-Stadt Gültigkeit hat.

2.3 Frage 3: Im Falle einer erheblichen Differenz: Welches sind die Gründe für die unterschiedliche Beurteilung?

Die Ergebnisse der Modellrechnungen der tarifsuisse ag und des Regierungsrates stellen sich in der Übersicht wie folgt dar:

Wer	Annahme L+F-Abzug	Prämieneffekt bei Kantonsanteil von 55%	Prämienneutraler Kantonsanteil	Betrachtungsebene
santésuisse / tarifsuisse ag	15%	7,6%	62%	Alle BS-Spitäler
santésuisse / tarifsuisse ag	25%	4,6%	60%	Alle BS-Spitäler
Regierungsrat	25%	2,5%	58%	BS-Einwohner

Wie oben dargelegt, beruht der Unterschied zwischen den beiden Modellrechnungen der tarifsuisse ag einzig auf der Variation des normativen L+F-Abzugs. Die Annahme eines aus Sicht des Regierungsrates unrealistisch tiefen L+F-Abzugs von 15% bei den Universitätsspitalern führt nach den Berechnungen der tarifsuisse ag zu einer Prämienzunahme für stationäre Spitalbehandlungen von 7.6%. Ein weitaus wahrscheinlicherer L+F-Abzug in der Höhe von 25%, welcher der Regierungsrat als Planungsgrundlage annimmt, führt selbst in der Modellrechnung der tarifsuisse ag zu einer weitaus tieferen Prämienwirkung von 4.6%.

Der Unterschied zwischen der 25%-L+F-Abzugsvariante der tarifsuisse ag und der Modellrechnung des Regierungsrates beruht auf unterschiedlichen Ansätzen. Während die tarifsuisse ag eine Hochrechnung für die BS-Spitäler inkl. aller Patientinnen und Patienten vornimmt (objektbezogene Hochrechnung), legt der Regierungsrat seiner Modellrechnung die Fallzahlen der Kantonsbevölkerung zu Grunde. Die tarifsuisse ag kalkuliert die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf dem bisherigen Modell der anrechenbaren Kosten, während der Regierungsrat eine mengen-, kostengewicht- und preisbasierte bottom-up-Modellrechnung vorgenommen hat. Zudem rechnet die tarifsuisse ag mit einer Erhöhung des Finanzierungsvolumens um 2% aufgrund eines Up-Codings durch die Spitäler im DRG-System. Aufgrund der geplanten Durchführung von Kodierrevisionen fliesst dieser Effekt nicht in die Berechnungen des Regierungsrates ein. Der Regierungsrat erwartet von den Tarifpartnern, dass in den Tarifverträgen die nötigen Massnahmen vorgesehen werden, welche verhindern, dass Leistungen verrechnet werden, die nicht erbracht wurden. Sollten trotzdem Fehlkodierungen auftreten, müssen entsprechende Rückerstattungen stattfinden, womit ein allfälliges Up-Coding nicht prämierelevant sein sollte. Die unterschiedlichen Berechnungsmodelle und Annahmen führen zu einer Bandbreite von 2,5 – 4,6% in der Schätzung des Prämieneffekts der neuen Spitalfinanzierung. Der Regierungsrat geht daher in seiner Gesamtbeurteilung davon aus, dass die effektive Prämienzunahme im Teilbereich der stationären Spitalbehandlungen eher bei 2,5% als bei 7,6% liegen wird.

2.4 Frage 4: Welche Massnahmen wird der Regierungsrat ergreifen, um einen übermässigen Anstieg der Gesundheitskosten im Kanton Basel-Stadt zu verhindern?

Grundsätzlich ist anzumerken, dass aufgrund der verschiedenen Finanzierungsträger im schweizerischen Gesundheitswesen ein Wachstum der Gesundheitskosten nicht proportional zur Entwicklung der Prämien verlaufen muss, worauf bereits in Abschnitt 2.2 hingewiesen wurde. In den letzten Jahren war ein stärkeres Wachstum der Prämien zu beobachten, weil eine stetige Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich sowie eine Mengenexpansion im ambulanten Bereich stattfindet. Diese Entwicklung ist primär durch den medizin-technischen Fortschritt bedingt und entspricht auch den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Die ambulanten Leistungen werden jedoch alleine durch die Krankenversicherung finanziert, was zu einem Hebeleffekt auf die Prämien führt. Die Möglichkeiten und Kompetenzen der Kantone zur Steuerung im ambulanten Bereich sind gemäss KVG beschränkt, trotzdem prüft der Regierungsrat weitere Massnahmen auf kantonaler Ebene, welche die zukünftige Mengenentwicklung im ambulanten Bereich dämpfen sollen. Auf der nationalen Ebene werden Anstrengungen unternommen, dass - aufgrund der engen Verknüpfung der stationären und ambulanten Leistungserbringung - in den Spitälern erbrachte ambulante Leistungen, ebenfalls durch die Kantone mitfinanziert werden (einheitliches Finanzierungssystem für die in den Spitälern erbrachten stationären und ambulanten Leistungen).

Im Bereich der stationären Spitalbehandlungen steht dem Regierungsrat gemäss KVG das Instrument der Spitalliste zur Verfügung. Die Spitalliste wird derzeit im Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung grundlegend überarbeitet. Zusammen mit den Nachbarkantonen in der Nordwestschweiz wurden gemeinsame Kriterien für die Erstellung der Spitallisten erarbeitet.

Neu werden diese sich aus differenzierten Leistungsaufträgen an die Spitäler zusammensetzen und dadurch eine Fokussierung unter Versorgungs-, Qualitäts- und Kostenaspekten herbeiführen. Durch die kantonale Kompetenz im Bereich der Tarifgenehmigung und -festsetzung hat der Regierungsrat die Möglichkeit, unter zwingender Beachtung von bundesgesetzlich vorgegebenen Kriterien und Grenzen sowie der höchstrichterlichen Rechtsprechung, die verhandelten Tarife zu überprüfen bzw. deren Höhe ersatzweise festzulegen, was allerdings in der Regel eine Überprüfung durch das Bundesverwaltungsgericht nach sich zieht.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin