



An den Grossen Rat

18.1625.02

Gesundheits- und Sozialkommission
Basel, 21. März 2019

Kommissionsbeschluss vom 21. Februar 2019

Bericht der Gesundheits- und Sozialkommission

zum

**Vierten Bericht über die Leistungs-, Kosten- und
Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der
Höhe der Gesundheitskosten gemäss § 67 Abs. 2 des
Gesundheitsgesetzes**

Inhalt

1. Ausgangslage	3
2. Vorgehen der Kommission	4
3. Kommissionsberatung	4
3.1 Pflegeheime / Einheitliche Finanzierung innerhalb des Krankenkassen-Systems / Prinzip „ambulant vor stationär“	5
3.2 Medikamente.....	7
3.3 Ärztliche Behandlung / Zulassungssteuerung im ambulanten Sektor	8
4. Antrag der Kommission	11

1. Ausgangslage

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat, vom vierten Bericht des Regierungsrats über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten gemäss § 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes Kenntnis zu nehmen.

§ 67 Abs. 2 GesG besagt Folgendes:

„Der Regierungsrat legt dem Grossen Rat jährlich einen Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten zur Kenntnisnahme vor.“

Die Gesundheitskosten im vorliegenden Bericht beinhalten im Wesentlichen diejenigen Finanzströme, die einen direkten Einfluss auf die Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt haben: Es handelt sich demnach im Wesentlichen um Kosten für die Abgeltung der Pflichtleistungen der OKP gemäss KVG.

Der vierte Bericht behandelt das Jahr 2017. Der deutliche Abstand zwischen Berichtsjahr und Berichterstattung ist im Zustandekommen der Datengrundlage begründet. Das Gesundheitsdepartement wertet Daten aus mehreren Quellen aus (Erhebungen von Bund, Kanton und Krankenversicherern), die erst ein halbes Jahr oder noch später vorliegen sowie aufgrund von Unschärfen berichtigt werden müssen.

Kennzahlen zur Kosten- und Prämienentwicklung	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene (1) in Franken	506	512	533	546	567	-
Veränderung	1.1%	1.3%	4.1%	2.3%	4.0%	2.9%
Nettleistungen OKP pro Versicherten in Franken	4'002	4'062	4'233	4'342	4'408	
Veränderung	4.7%	1.5%	4.2%	2.6%	1.5%	2.4%
Durchschnittliches Prämiesoll (2) pro versicherte Person in Franken	4'317	4'355	4'515	4'626	4'812	
Veränderung	0.1%	0.9%	3.7%	2.4%	4.0%	2.8%
Kantonsbeitrag stationäre Spitalbehandlung (KVG/IVG) pro vers. Person in Franken	1'479	1'499	1'528	1'524	1'546	
Veränderung	1.5%	1.3%	1.9%	-0.2%	1.5%	1.1%
Restfinanzierung Pflege im Heim nach KVG pro versicherte Person in Franken	184	181	188	200	201	
Veränderung	21.3%	-1.6%	4.3%	6.1%	0.3%	2.2%
Restfinanzierung an Spitex-Leistungen pro versicherte Person in Franken	70	75	79	85	89	
Veränderung	3.2%	7.1%	4.4%	7.3%	5.1%	6.0%

(1) Monatsprämie mit ordentlicher Franchise von Fr. 300, inkl. Unfalldeckung, keine besondere Versicherungsform nach Art. 62 KVG (freie Arztwahl).

(2) Summe der effektiv an die Versicherten fakturierte Prämien (vor Abzug Prämienverbilligung). Bereits abgezogen sind alle Rabatte

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Die wichtigsten Aussagen der vorstehenden Tabelle:

- Die OKP-Nettleistungen pro Versicherten (nach Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligung) im Kanton Basel-Stadt sind zwischen 2013 und 2017 um durchschnittlich 2.4 Prozent pro Jahr angestiegen. Für das Jahr 2017 lag der Zuwachs dieser Grösse bei 1.5 Prozent.
- Die kantonale Durchschnittsprämie für Erwachsene ist im Zeitraum zwischen 2013 und 2017 im Durchschnitt jährlich um 2.9 Prozent gestiegen, was unter dem schweizerischen Mittel von 3.6 Prozent liegt; das absolute Wachstum von 2013 – 2017 beträgt 62 Franken (durchschnittlich 12.40 Franken pro Jahr).
- Die baselstädtische Prämienenerhöhung von 2016 auf 2017 lag bei 4.0 Prozent während im gesamt-schweizerischen Durchschnitt ein Anstieg von 4.5 Prozent zu verzeichnen war; im Jahr 2018 liegt die kantonale Durchschnittsprämie für Erwachsene bei 592 Franken pro Monat. Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr betrug 4.3 Prozent Gesamtschweizerisch lag die Zunahme bei 4.0 Prozent

Für Details des Berichts wird auf den Ratschlag Nr. 18.1625.01 verwiesen.

2. Vorgehen der Kommission

Seit vier Jahren erscheint der Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten. Er ermöglicht nicht nur einen Überblick über die aktuellsten Zahlen, sondern erläutert auch die Bemühungen seitens Kanton und Bund zugunsten der Gesundheitsversorgung und Kostendämpfung.

Bereits letztes Jahr hat die GSK den Bericht ausführlich diskutiert und nicht zuletzt aufgrund der sehr hohen Gesundheitskosten im Kanton Basel-Stadt und der höchsten Prämien schweizweit sich an einer eintägigen Sitzung dem Thema der Gesundheitskosten gewidmet. Am 31. Januar 2018 hat die GSK diverse Gäste von Bund (Bundesamt für Gesundheit, Thema: Gesundheitsstrategien), der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK, Thema: ambulant vor stationär) sowie Vertreterinnen und Vertreter aus zwei Kantonen (Solothurn: Spitalfusion; Vaud: Globalbudget der Spitäler) begrüssen dürfen. Die Diskussion nach den Inputs war jeweils intensiv. Die GSK beschloss gewisse Themen zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzugreifen.

Der Grosse Rat hat den Bericht Nr. 18.1625.01 am 9. Januar 2019 der Gesundheits- und Sozialkommission (GSK) zum Bericht überwiesen. Die GSK hat das Geschäft an drei Sitzungen behandelt. An der Beratung haben seitens des Gesundheitsdepartements der Vorsteher, der Leiter Bereich Gesundheitsversorgung und der Kantonsarzt und Leiter der Medizinischen Dienste sowie der Leiter Abteilung Bewilligungen und Support der Medizinischen Dienste teilgenommen.

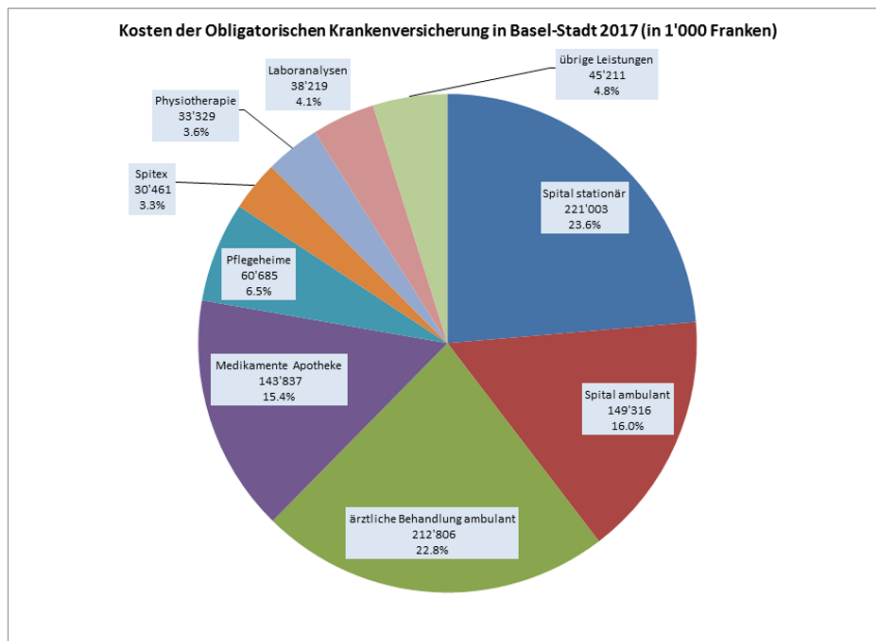
Einige Erkenntnisse aus der eintägigen Sitzung sowie einige Pendenzen daraus konnten in die Behandlung dieses Berichts einfliessen. Es waren dies im Besonderen die Anzahl freipraktizierender Ärztinnen und Ärzte, die Pflege und die Medikamente. Andere Themen wie beispielsweise die Förderung der Interprofessionalität, die Generika, die Prävention und Überdiagnostizierungen bleiben weiterhin bei der GSK pendent. Die GSK wird sich dieser Themen zu einem späteren Zeitpunkt annehmen.

3. Kommissionsberatung

Die GSK liess sich alle grossen Kostenblöcke und ergriffene Massnahmen seitens Regierungsrat und/oder Bund erläutern.

- Spital stationär: 23.6 Prozent der Kosten der OKP
- Spital ambulant: 16 Prozent der Kosten der OKP
- Ärztliche Behandlung ambulant: 22.8 Prozent der Kosten der OKP
- Medikamente, Apotheke: 15.4 Prozent der Kosten der OKP
- Pflegeheime: 6.5 Prozent der Kosten der OKP

Kosten der Obligatorischen Krankenversicherung in Basel-Stadt 2017 (in 1'000 Franken)

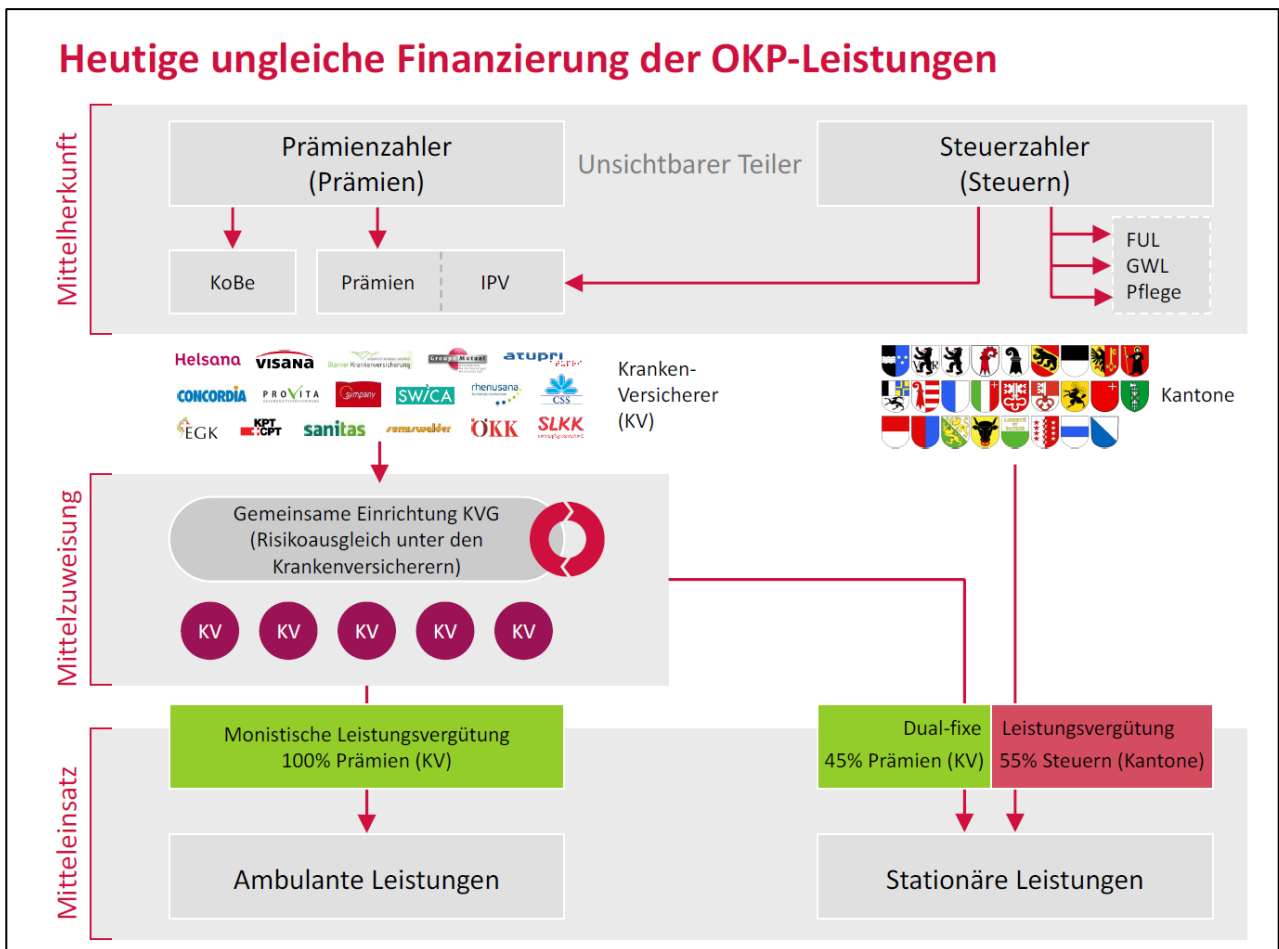


Quelle: Vierter Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten gemäss § 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes (SG 300.100), Seite 9.

Die GSK vertiefte die nachfolgenden Themen, welche wie bereits erwähnt auch bereits an der eintägigen Sitzung 2018 Thema innerhalb der Kommission waren.

3.1 Pflegeheime / Einheitliche Finanzierung innerhalb des Krankenkassen-Systems / Prinzip „ambulant vor stationär“

Ein einheitliches Finanzierungssystem zwischen ambulanter und stationärer Behandlung – in erster Linie im Spitalbereich sowie die Tarifstruktur, war in der GSK bereits mehrere Male ein Thema. Da es sich hierbei um eine nationale Gesetzgebung handelt, die aber in erster Linie die Kantone (Prämien und Finanzen) betrifft, zeigt die GSK grosses Interesse an den nationalen Entwicklungen.

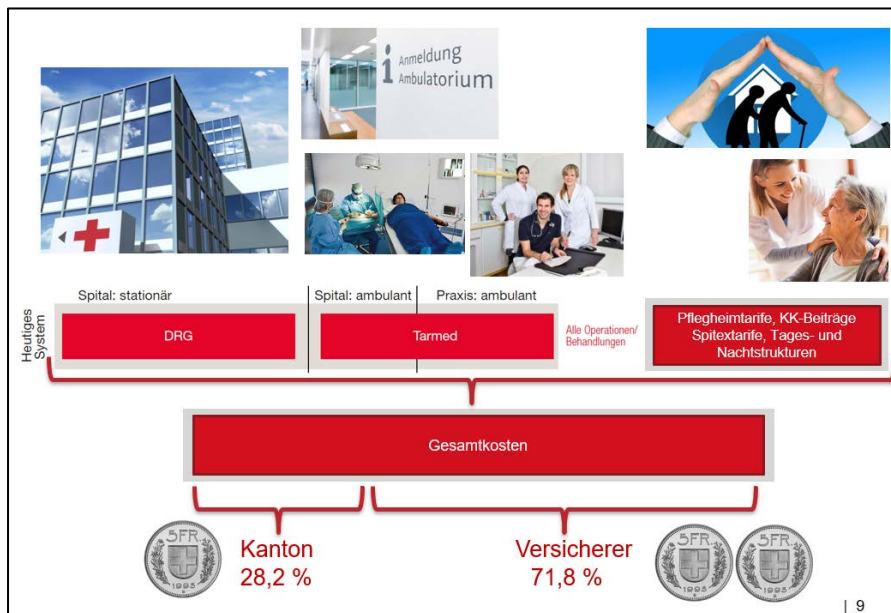


Quelle: curafutura

Das Gesundheitsdepartement stellte der GSK die am 18. Januar 2019 publizierte Forderung der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)¹ vor: Konkret fordert die GDK, den Beitrag der Versicherer an die KVG-Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der Restfinanzierung gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG (d. h. ohne Betreuungs- und Hotelleriekosten) in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen.

Der Kostenteiler, nach welchem (gemäss erläuterndem Bericht zum Vorschlag der SGK-NR) die Kantone im Durchschnitt neu 25.5 Prozent und die Krankenversicherer 74.5 Prozent zur Finanzierung der Gesamtkosten ambulanter und stationärer Leistungen beitragen würden, ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

¹ https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=402&no_cache=1&tx_news_pi1%5Bnews%5D=510&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&Hash=19c83504e7f6b58b3124836c392002e4



Quelle: Berechnung und Hochrechnung Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Februar 2019.

Die GSK unterstützt prinzipiell den Ansatz einer monistischen Finanzierung der ambulanten und stationären Finanzierung. Nicht zuletzt aufgrund der sehr hohen Prämien im Kanton Basel-Stadt ist es der Kommission ein grosses Anliegen, dass diese durch eine Aufnahme der Pflege in die OKP nicht zu einer Steigerung (gerade auch aufgrund der demographischen Entwicklung) der Krankenkassenprämien führt. Angesichts der demographischen Entwicklung erscheint ihr die Aufnahme der Pflege in das Finanzierungssystem auf den ersten Blick als nachvollziehbar.

Die GSK wird die nationale Gesetzgebung und juristische Abklärungen (Bundesgerichtsurteil zur Liste des Kantons Aargau) interessiert weiterverfolgen, da diese für die Gesundheitskosten (Prämien und Steuerbeiträge) grosse Auswirkungen hat.

Die GSK unterstützt den Regierungsrat in seinen Bemühungen, für die Kantone einen Finanzierungsmechanismus einzuführen, der Fehlanreize zur Behandlungsart vermeidet, dem Kanton Mitwirkungskompetenzen einräumt, die Gesundheit der Bevölkerung im Fokus behält, regulatorische Kompetenzen gibt und die Prämienbelastung wenn immer möglich dämpft.

Weiter unterstützt die GSK den Regierungsrat in seinen aktuellen Bemühungen, ambulant vor stationär via Liste (sogenannten AVOS-Liste) auf regulatorischem Wege zu fördern. Die Kindermedizin soll aufgrund ihrer Andersartigkeit von der auf die Erwachsenenmedizin ausgerichteten ambulant-stationär-Liste ausgenommen und gesondert betrachtet werden. Die GSK begrüsst schliesslich auch, dass die Behörden das Gespräch mit bestimmten medizinischen Sparten (so die Orthopädie) führen, um auf die Vermeidung unnötiger Eingriffe hinzuwirken. Die Durchführung fundierter Studien anstelle punktueller Kontrollen wäre dabei sehr hilfreich.

3.2 Medikamente

Die Medikamenten- und Apothekenkosten machen 15.4 Prozent der Kosten zu Lasten der OKP aus. Nicht einberechnet darin sind jedoch die Medikamentenkosten in stationären und ambulanten Behandlungen. Aus diesem Grund bat die GSK das Gesundheitsdepartement eine Übersicht über die Höhe aller Medikamentenkosten zu erhalten.

Das Gesundheitsdepartement hält aus dem Helsana Arzneimittelreport 2018 folgende Fakten fest:

- Im Jahr 2017 wurden 113.4 Millionen Packungen von Medikamenten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezogen, wobei die Zahl der Medikamentenbezüge zwischen 2016 und 2017, wie bereits in den letzten Jahren, anstieg.
- Die gesamten ambulanten Medikamentenkosten in der OKP beliefen sich 2017 auf CHF 7.5 Milliarden. Die Kosten stiegen seit 2014 um 20.0 Prozent, wobei die Zunahme zwischen den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich zu den Vorjahren moderat ausfiel.
- Die Kosten pro Medikamentenbezug nahmen zwischen 2014 (CHF 61) und 2017 (CHF 66) um 8.4 Prozent zu. Die Anzahl an Personen mit Medikamentenbezügen stieg ebenfalls an.
- Die zehn teuersten therapeutischen Medikamentengruppen zusammen verursachten 2017 55 Prozent der Gesamtkosten, wobei deren Bezüge lediglich 28 Prozent der Gesamtbezüge ausmachten. Die teuerste Medikamentengruppe blieben die Immunsuppressiva, welche als erste Medikamentengruppe überhaupt die Milliardengrenze hinsichtlich der Medikamentenkosten überschritt.
- Der ansteigende Trend der Kosten bei den Immunsuppressiva und den Krebsmedikamenten setzte sich auch 2017 fort. Die Immunsuppressiva legten im Vergleich zu 2014 um beinahe 50 Prozent zu, entsprechend einem Kostenanstieg von etwa CHF 337 Millionen. Dies entsprach mehr als den Kosten aller Psychostimulanzien in 2017 zusammen (Platz 4 der teuersten Medikamentengruppen).
- Die Krebsmedikamentenkosten stiegen im selben Zeitraum (2014-2017) um 40 Prozent (um CHF 195 Millionen).

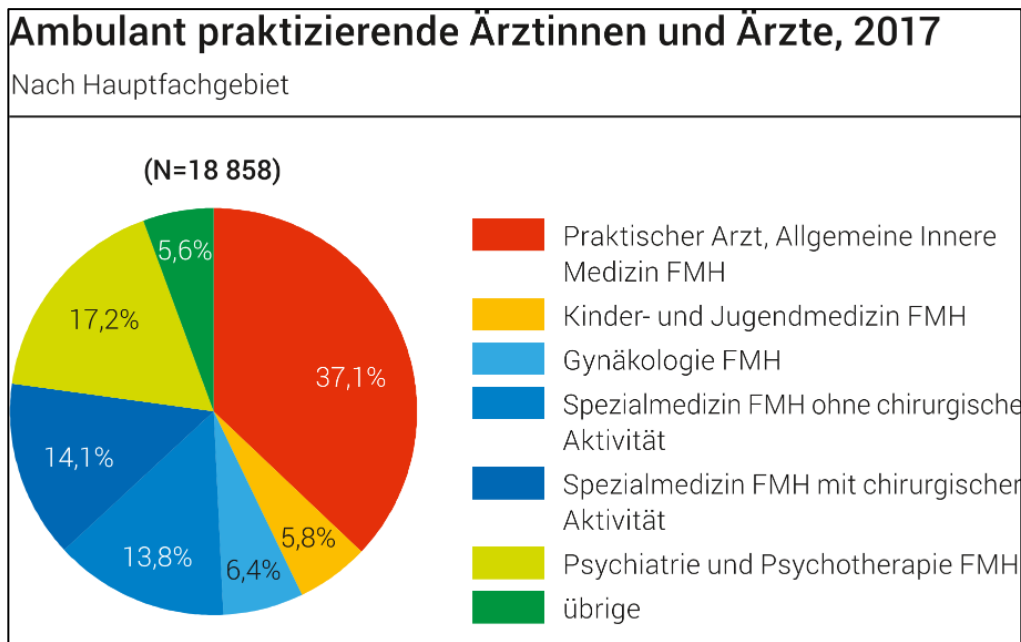
Für die totalen Kosten spielen sowohl die Anzahl der bezogenen Medikamente, aber auch die Medikamentenkosten eine Rolle.

Aus dem Helsana Arzneimittelreport 2018 wird ersichtlich, dass die Medikamentenkosten pro Person CHF 885 betragen. Die Durchschnittsanzahl der Medikamentenbezüge pro Person in der Schweiz beträgt laut diesem Report 13.4 pro Person. Als einziger Kanton in der Schweiz weicht Basel-Stadt mit über 25 Prozent davon ab. Sowohl die Kosten wie auch die Anzahl Bezüge sind somit schweizweit am höchsten.

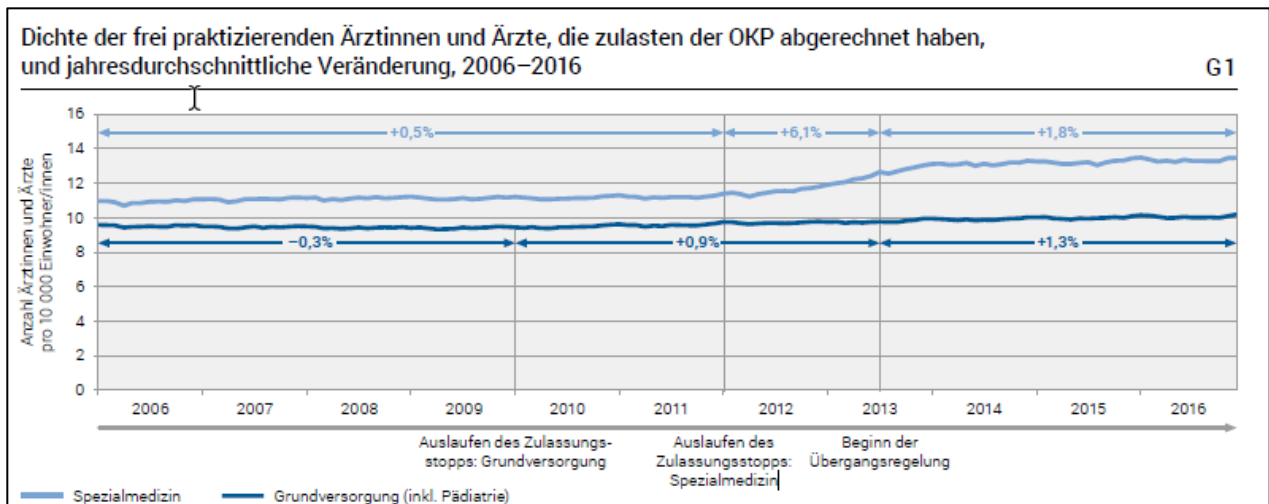
Die GSK liess eingehend über Aspekte der Generika-Verschreibung bzw. der Bio-Similar-Verschreibung (Nachahmer-Präparate biotechnisch erzeugter Medikamente) informieren, d.h. über finanzielle und medizinisch-ethische Aspekte und Methoden der Anwendung und Verschreibung oder Nicht-Verschreibung hoch- und höchstpreisiger Medikamente sowie deren medizinische und psychomedizinische Wirkungen. Das Thema Medikamente und Medikamentenpreise ist hoch komplex und verlangt eine vertiefte Auseinandersetzung.

3.3 Ärztliche Behandlung / Zulassungssteuerung im ambulanten Sektor

Die Dichte der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Basel-Stadt – aber auch schweizweit – ist zunehmend. Seit 2015 sind im ambulanten Sektor über 18'000 Ärztinnen und Ärzte tätig. Innerhalb der letzten dreissig Jahre hat sich diese Zahl verdoppelt.



Der grösste Anstieg geschah, als der Zulassungsstopp 2012 temporär aufgehoben wurde. Bis zum 30. Juni 2019² gilt die heutige Regelung, dass Kantone die Zahl neuer Spezialärzte weiterhin begrenzen können, jedoch gilt dies so nicht für Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Schweiz weitergebildet haben.

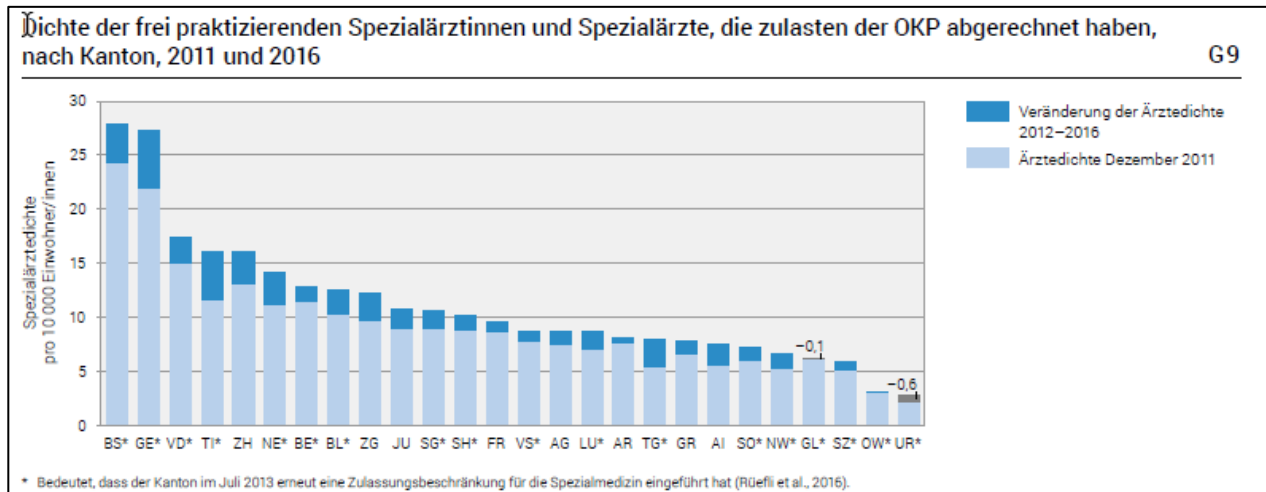


Die aktuelle Zulassungsbeschränkung ist als Regulierungsinstrument für den Kanton Basel-Stadt ungenügend.

Mit der vorliegenden Gesetzesvorlage würden die Kantone ein dauerhaftes Instrument erhalten, um eine Überversorgung im Gesundheitswesen zu verhindern und damit das Kostenwachstum zu dämpfen. Denn angesichts der überdurchschnittlich hohen Dichte im Kanton Basel-Stadt – im Besonderen der Spezialärztinnen und Spezialärzte – ist eine bedarfsgerechte Steuerung aus Sicht der GSK richtig und zwingend notwendig. Wie der Regierungsrat erläutert, hat die Dichte der Spezialistinnen und Spezialisten den stärksten Einfluss auf die Kosten: Jede neu eröffnete Arztpraxis belastet die obligatorische Grundversicherung mit durchschnittlich 300'000 bis 500'000 Franken pro Jahr.

² Im November 2018 wurde die Frist vom 30. Juni 2019 auf 30. Juni 2021 verlängert (https://www.parlament.ch/de/services/news/Seiten/2018/20181127092810291194158159041_bsd052.aspx).

Die GSK sieht es als unverzichtbare Aufgabe der Legislative auf Bundesebene an, dafür zu sorgen, dass die sich momentan in Behandlung findenden Teilrevision des KVG den Kantonen Instrumente für eine bedarfsgerechte – auch ambulante – Versorgungsplanung ermöglicht. So wie die Teilrevision am 10. Februar 2019 mit 67 Prozent der Basler Stimmbevölkerung angenommen wurde. „Der Regierungsrat sorgt zusammen mit den umliegenden Kantonen für ein bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Angebot an ambulanten und stationären Behandlungen.“ (GesG, §7 Abs. 1 bis (neu))



Quelle: SASIS AG, Obsan 2017

4. Antrag der Kommission

Gestützt auf diese Ausführungen beantragt die Gesundheits- und Sozialkommission dem Grossen Rat einstimmig, vom Bericht Kenntnis zu nehmen.

Die Gesundheits- und Sozialkommission hat diesen Bericht am 21. März 2019 einstimmig genehmigt und Sarah Wyss (Kommissionspräsidentin) zur Sprecherin bestimmt.

Im Namen der Gesundheits- und Sozialkommission

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive 'S' followed by 'WYSS' and a long horizontal line extending to the right.

Sarah Wyss, Präsidentin