



An den Grossen Rat

19.1435.01

GD/P191435

Basel, 16. Oktober 2019

Regierungsratsbeschluss vom 15. Oktober 2019

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

Inhalt

PRÄAMBEL	4
i. Gesetzlicher Auftrag und Begehren	4
ii. Vorbemerkung zum diesjährigen Bericht	4
iii. Datengrundlagen	5
KURZZUSAMMENFASSUNG	6
1. EINLEITUNG.....	8
2. POLITISCHES UMFELD.....	9
2.1 Bundesebene	9
2.1.1 Prioritäten und Jahresziele Nationale Strategie Gesundheit 2020	9
2.1.2 Kostendämpfungsmaßnahmen des Bundesrates	10
2.1.3 Beratungen in den Eidgenössischen Räten	14
2.1.4 Rechtsprechung	16
2.2 Interkantonale und grenzüberschreitende Ebene	16
2.2.1 Hochspezialisierte Medizin	16
2.2.2 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit	17
3. ENTWICKLUNG DER KOSTEN UND LEISTUNGEN DER OBLIGATORISCHEN KRANKENPFLEGEVERISCHERUNG (OKP) IM KANTON BASEL-STADT	19
3.1 Entwicklung der Gesamtkosten	19
3.2 Verteilung nach Kostengruppen	20
3.3 Kostenentwicklung im stationären Bereich	21
3.3.1 Spital	21
3.3.2 Pflegeheim	22
3.4 Kostenentwicklung im ambulanten Bereich	23
3.4.1 Spitalambulant	23
3.4.2 Ärzte	24
3.4.3 Spitex	25
3.4.4 Übrige Leistungserbringer	26
3.5 Kostenentwicklung bei den Medikamenten	27
4. VERSICHERTENSTRUKTUR UND OKP-LEISTUNGEN	28
4.1 Bevölkerungsentwicklung und Versichertenbestand	28
4.2 Bevölkerungszusammensetzung und OKP-Leistungen nach Alter im Kantonsvergleich	28
5. ENTWICKLUNG DER KRANKENVERSICHERUNGSPRÄMIEN IM KANTON BASEL-STADT	31
5.1 Entwicklung der Referenzprämien	31
5.2 Entwicklung der mittleren Prämien	32
5.3 Alternative Versicherungsmodelle	32
6. ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSKOSTEN IN DER RECHNUNG DES KANTONS BASEL-STADT	34
6.1 Transferaufwand für die Spitalfinanzierung	34
6.1.1 Stationäre Behandlungen	34
6.1.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen	35
6.2 Transferaufwand für die Langzeitpflege	35
6.2.1 Restfinanzierung Pflegeheime	36
6.2.2 Restfinanzierung Spitex	36

7. KANTONALE MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG UND KOSTENDÄMPFUNG.....	37
7.1 Prävention und Gesundheitsförderung	37
7.1.1 Nicht-übertragbare Krankheiten (NCDs)	37
7.1.2 Krebsfrüherkennung	38
7.2 Gesundheitsschutz.....	39
7.2.1 Kantonale Impfprogramme.....	39
7.3 Gesundheitsversorgung	41
7.3.1 Gemeinsame Gesundheitsregion.....	41
7.3.2 Versorgungsmonitoring – Umsetzung der Regelung „ambulant vor stationär (AVOS)“ im Kanton Basel-Stadt.....	42
7.3.3 Ambulante Zulassungssteuerung.....	44
7.3.4 E-Health & Integrierte Versorgung	47
7.3.5 Beratung und Bedarfsabklärung im Bereich der Langzeitpflege	48
7.4 Schadensminderung	49
7.4.1 Kontakt- und Anlaufstellen Basel-Stadt.....	49
8. EINSCHÄTZUNG UND AUSBLICK.....	51
9. ANTRAG AN DEN GROSSEN RAT	53
Anhang 1: Datentabellen	54
Anhang 2: Rechtsgrundlagen	58

Präambel

i. Gesetzlicher Auftrag und Begehren

§ 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes (GesG, SG 300.100) vom 21. September 2011 beauftragt den Regierungsrat, dem Grossen Rat jährlich einen Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten zur Kenntnisnahme vorzulegen.

Der Regierungsrat berichtet nachfolgend gemäss dieser Bestimmung und beantragt dem Grossen Rat, vom vorliegenden fünften Bericht Kenntnis zu nehmen.

ii. Vorbemerkung zum diesjährigen Bericht

Berichtsstruktur

Die Berichterstattung des Regierungsrats gemäss § 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes ist in den vergangenen Jahren einer weitgehend festen Struktur gefolgt. Schon in den letzten Ausgaben hat sich jedoch gezeigt, dass diese Struktur mit ihrer Jahresabgrenzung und Beschränkung auf das Hoheitsgebiet des Kantons Basel-Stadt der Dynamik der Gesundheitspolitik und ihrer föderalistischen Verflechtung nicht genügend Rechnung zu tragen vermochte. Deshalb wurde der Aufbau des Berichts in diesem Jahr leicht angepasst. Insbesondere wurde versucht, eine klarere Unterscheidung zu machen zwischen den Entwicklungen, die auf den unterschiedlichen politischen Ebenen stattfinden. Neu werden aktuelle politische Entwicklungen auf Bundes-, interkantonalen und grenzüberschreitender Ebene direkt nach dem einleitenden Kapitel eingehend geschildert. Im Gegenzug wurde im zweiten Teil das Kapitel zu Gesundheit 2020 gestrichen und werden dort nur noch die Massnahmen auf kantonaler Ebene präsentiert.

Berichtsperiode

Das Gesundheitsgesetz sieht eine jährliche Berichterstattung vor. Dementsprechend erstreckt sich auch die Berichtsperiode in erster Linie jeweils auf das vorangehende Kalenderjahr. In Bezug auf die Kosten- und Prämienentwicklung ist diese Abgrenzung zielführend. Bei politischen Massnahmen und Entwicklungen würde eine solche trennscharfe Abgrenzung zu unbefriedigenden Situationen führen. Um der zeitverzögerten Wirkung von politischen Massnahmen angemessene Rechnung tragen zu können, ist eine zeitliche Ausweitung der Berichterstattung unerlässlich. So wurden schon in den Vorjahren Sachbezüge zu Entwicklungen hergestellt, die ausserhalb der Berichtsperiode im engeren Sinn liegen. Dies wird auch im diesjährigen Bericht so gehandhabt. Um dennoch eine gewisse Abgrenzung zwischen den Berichtsjahren herstellen zu können, wird als gleitende Berichtsperiode für die Beschreibung von politischen Massnahmen und Entwicklungen der Zeitraum zwischen dem 2. Halbjahr 2017 und dem 1. Halbjahr 2019 in Betrachtung gezogen, wobei der Hauptfokus auf dem Berichtsjahr 2018 gerichtet wird. Ursächliche Zusammenhänge zwischen den Entwicklungen bei den Kosten, Prämien und öffentlichen Ausgaben sowie die Wirksamkeit von gesundheitspolitischen Massnahmen können in dieser Weise besser illustriert werden.

Berichtsinhalte

In den vergangenen Jahren wurden im Haupttext des Berichtes jeweils sämtliche Kostengruppen als Zeitreihentabellen einzeln aufgeführt. Um die Lesefreundlichkeit noch stärker zu begünstigen, wurden im diesjährigen Bericht die Zeitreihentabellen zu den Kostenentwicklungen weitgehend in den Anhang gestellt und die statistischen Entwicklungen vermehrt graphisch und in einer vergleichenden Perspektive dargestellt. Schliesslich werden auch die Rechtsgrundlagen für die Leistungserbringung, die über die Jahre weitgehend stabil geblieben sind, nur noch im Anhang aufgeführt.

Kantonsvergleiche

Erstmals werden in diesjährigen Bericht systematisch Vergleichsdaten von anderen Kantonen sowie der gesamtschweizerische Durchschnitt herangezogen. Der Vergleich soll in erster Linie illustrativ sein und hat keinerlei Anspruch ein eigentliches „Benchmarking“ im Sinn eines adäquaten Massstabsvergleichs darzustellen. Die Auswahl der Kantone beruht auf in erster Linie auf drei Kriterien (1) geografische und kulturelle Nähe (2) Ähnlichkeit der Wirtschafts- und Bevölkerungsstruktur (3) Vergleichbarkeit des medizinischen Leistungsangebots, wobei diese Auswahlkriterien „intuitiv“ und nicht anhand von wissenschaftlichen Daten angewandt wurden. Zudem sollte die Anzahl der Vergleichskantone auf maximal vier begrenzt werden. In diesem Sinn fiel die Auswahl auf die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Genf und Zürich.

Der Regierungsrat erhofft sich, dass die Leserfreundlichkeit des Berichts dank den vorgenommenen Anpassungen verbessert werden konnte, ohne dass dieser an inhaltlicher Tiefe verliert.

iii. Datengrundlagen

Der vorliegende Bericht soll einen aktuellen Bezug zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen herstellen. Das heisst, es müssen Zahlenquellen herangezogen werden, die im Jahresablauf genügend schnell verfügbar sind. Detaillierte Statistiken über das Gesundheitswesen werden oft mit 12 bis 18 Monaten Verzögerung veröffentlicht. Seit 2016 werden für die jährliche Berichterstattung gemäss § 67 Abs. 2 GesG die Daten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP-Daten) des Bundesamts für Gesundheit (BAG) verwendet, welche den Kantonen im Rahmen des Prämien genehmigungsprozesses jeweils (ab August) für das Vorjahr zur Verfügung gestellt werden.

Grundsätzlich bestünde auch die Möglichkeit auf den sogenannten Datenpool der SASIS AG¹ zurückzugreifen, die einen höheren Detaillierungsgrad aufweisen und auch Leistungskennzahlen (z.B. Anzahl Arztkonsultationen) beinhalten. In der Vergangenheit hat sich jedoch herausgestellt, dass die entsprechenden Daten für den Kanton Basel-Stadt vermutlich aufgrund des hohen Grenzgängeranteils verzerrt sind. Um Widersprüche in der Datenlogik zu vermeiden, wurde entschieden diese Datenquelle nicht zu berücksichtigen.

Die Daten im vorliegenden Bericht betreffen – wenn nicht anderes vermerkt – die Abgeltung der Pflichtleistungen der OKP gemäss dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) (inkl. Kostenbeteiligungen der Versicherten, d.h. „Bruttoleistungen“). Betrachtet werden die Abgeltungen für alle Leistungen, die Versicherte mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt bei Leistungserbringern inner- und ausserhalb des Kantons in Anspruch genommen haben.

Um eine vollständige Kostensicht zu erhalten, sind die bezahlten Leistungen des Kantons Basel-Stadt in seiner Eigenschaft als Mitfinanzierer von OKP-Leistungen zusätzlich miteinzubeziehen. Hierbei handelt es sich vor allem um die Beiträge, die der Kanton gemäss Bundesrecht im Rahmen der Pflegefinanzierung (Restfinanzierung in Heimen und für ambulante Pflege, Kantonsanteil an die Akut- und Übergangspflege) und der Spitalfinanzierung (Kantonsanteil an stationäre Spitalbehandlungen) ausrichtet. Berücksichtigt werden weiter die an die Spitäler gemäss KVG ausgerichteten Staatsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen und ungedeckte Kosten sowie ergänzende Leistungen gemäss baselstädtischem Gesundheitsgesetz (Beiträge an die Pflege in Heimen oder zu Hause, Staatsbeiträge an Tagespflegeheime).

Zeitlich werden die Kosten jeweils entsprechend dem Rechnungsjahr der Krankenversicherer bzw. gemäss der kantonalen Rechnung erhoben. Da es sich hierbei um unterschiedliche Rechtsträger handelt, deren Rechnungslegung nach anderen Grundsätzen organisiert ist, bilden die

¹ Vgl. www.sasis.ch

Zahlenquellen leicht unterschiedliche Jahresabgrenzungen ab und sind dadurch nicht immer direkt vergleichbar. Deshalb werden die Zahlen in den Kapiteln 3 und 6 gesondert ausgewiesen.

Als Ausgangsjahr für die Verlaufsindikatoren wurde, wenn immer möglich das Jahr 2014 gewählt, um einen Zeitraum von fünf Jahren abbilden zu können.

Kurzzusammenfassung

Gesundheitspolitischer Kontext

- Der Bund hat in den vergangenen zwei Jahren verschiedene Massnahmen zur Kostendämpfung ergriffen. Darunter fallen u.a. der direkte Eingriff in die TARMED-Tarifstruktur (insb. Senkung der „technischen Leistung“), wie auch die systematische Überprüfung der Arzneimittelpreise. Aktuell plant der Bundesrat zwei neue Massnahmenpakete zur Kostendämpfung, die weitgehend auf den Empfehlungen einer Expertenkommission beruhen, die ihren Bericht im Herbst 2017 präsentiert hat.
- Das Bundesparlament hat über verschiedene Reformen des Gesundheitssystems beraten. Insbesondere wurde im Juni 2019 die Vorlage zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit definitiv von den eidgenössischen Räten verabschiedet. Daneben befinden sich noch die Vorlage über die ambulante Zulassungssteuerung sowie eine parlamentarische Initiative zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen in der Beratung. Hingegen hat das Parlament in der Schlussabstimmung die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung abgelehnt.
- Im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) hat das Beschlussorgan im Jahr 2018 drei endgültige Zuteilungsentscheide getroffen: Das Universitätsspital Basel (USB) hat Leistungsaufträge für alle drei Bereiche erhalten (komplexe Behandlung von Hirnschlägen, allogene hämatopoetische Stammzelltransplantationen bei Erwachsenen und Organtransplantationen bei Erwachsenen). Im Sommer 2019 wurden dem USB und dem St. Claraspital auch Teilbereiche der komplexen Viszeralchirurgie zugeteilt.

Entwicklung der Kosten und Leistungen in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Tabelle 1 Übersicht Leistungen der OKP

Total Leistungen OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	851'494	889'201	918'275	934'867	935'332	-
Veränderung	2.3%	4.4%	3.3%	1.8%	0.0%	2.4%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	4'639	4'812	4'930	4'997	4'977	-
Veränderung	1.6%	3.7%	2.5%	1.3%	-0.4%	1.8%
Nettoleistungen in 1'000 Franken	747'407	783'005	808'746	824'766	823'665	-
Veränderung	2.3%	4.8%	3.3%	2.0%	-0.1%	2.5%
Nettoleistungen pro Versicherten in Franken	4'062	4'233	4'342	4'408	4'385	-
Veränderung	1.5%	4.2%	2.6%	1.5%	-0.5%	1.9%

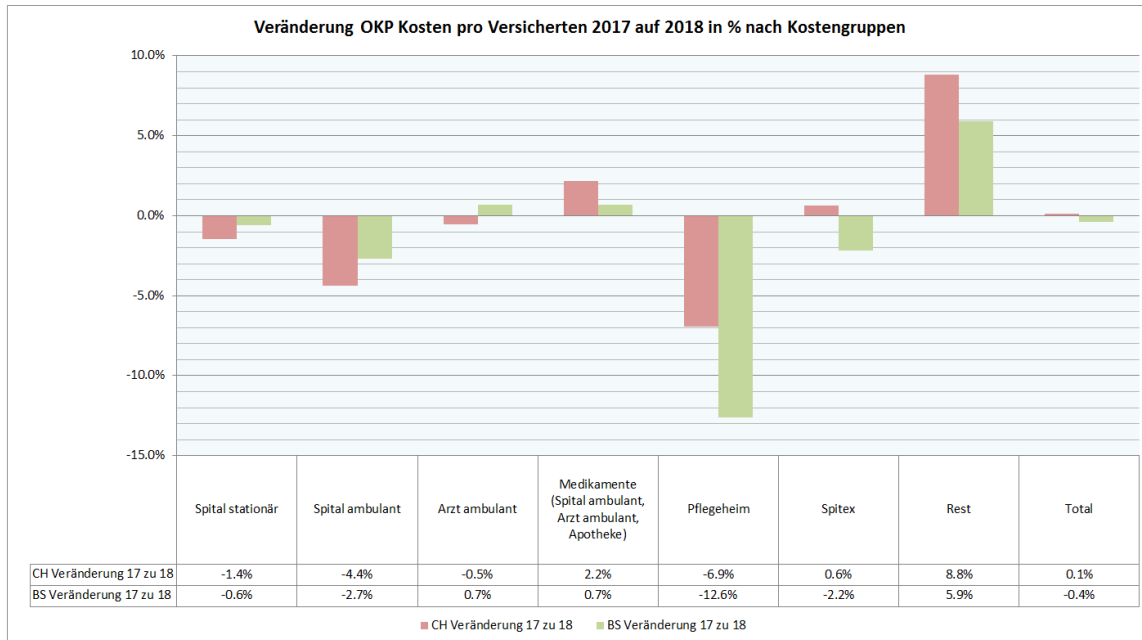
Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

- Gesamthaft gesehen sind die Bruttoleistungen pro versicherte Person im Kanton Basel-Stadt zwischen 2014 und 2018 um 1,8% jährlich gestiegen. Allerdings konnte 2018 ein leichter Rückgang (-0,4%) dieser Leistungen beobachtet werden.
- Der Rückgang betrifft im Kanton Basel-Stadt sämtliche grössere Leistungsgruppen mit Ausnahme der ambulanten ärztlichen Leistungen, bei denen eine leichte Zunahme von 0,7% verzeichnet wurde (vgl. Abbildung 1).
- Insbesondere die OKP-Leistungen in Pflegeheimen sind 2018 stark zurückgegangen (-12%). Dies ist auf eine Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes zurückzuführen, der dazu geführt hat, dass ab dem 1. Januar 2018 Hilfsmittel- und Gegenstände, die in Pflegeheimen angewendet werden, den Versicherern nicht mehr gesondert in Rechnung gestellt

werden können. Entsprechend hat sich aber die Restfinanzierung des Kantons erhöht, der für diese Kosten aufkommen muss.

- Ein starkes Wachstum verzeichnen weiterhin die „übrigen Leistungen“. Sie umfassen u.a. die Physiotherapie, die Laboranalysen, die ambulanten Hebammenleistungen usw. Allerdings machen diese Leistungen gesamthaft nur rund 13% der OKP-Bruttoleistungen aus.

Abbildung 1 Veränderung der OKP-Bruttoleistungen pro Versicherten nach Kostengruppen



Quelle: BAG, Statistik der OKP

Prämienentwicklung

- Während die Nettoleistungen pro versicherte Person seit 2014 durchschnittlich weniger als 2% zugenommen haben, hat das effektive Prämienvolumen pro versicherte Person im gleichen Zeitraum um 3,6% zugenommen.
- Von 2018 auf 2019 ist die durchschnittliche kantonale Standardprämie für Erwachsene um 1,8% gestiegen. Für das Jahr 2020 hat das BAG einen Anstieg dieser Kennzahl um 0,5% angekündigt, während für die *mittlere Prämie* über alle Altersgruppen und Franchisestufen ein leichter Rückgang um 0,1% erwartet wird.

Kantonale Massnahmen zur Kostendämpfung

- Nachdem der Staatsvertrag zur Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung zwischen den beiden Basel am 10. Februar 2019 vom Volk genehmigt wurde, ist die Umsetzung der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) nun im Gange. Das Bewerbungsverfahren für die Leistungsaufträge der Spitäler auf der gemeinsamen Spitalliste wurde am 4. September eröffnet.
- Das Prinzip „ambulant vor stationär“ (AVOS) wird im Kanton Basel-Stadt anhand einer Liste von 13 Eingriffen, die in erster Linie ambulant durchgeführt werden sollen, umgesetzt. Per 1. Januar 2021 ist mit Inkrafttreten der neuen Spitalplanung im Rahmen der GGR eine Erweiterung der Liste auf 16 Eingriffe vorgesehen.
- Der E-Health-Trägerverein Nordwestschweiz hat im Nachgang zu seinem Pilotversuch betreffend das elektronische Patientendossier beschlossen, auf die Gründung einer eigenen „Stammgemeinschaft“ zu verzichten und sich stattdessen der Axsana AG anzuschliessen. Dies ermöglicht es signifikante Synergie-Effekte zu erzielen.
- Seit 2019 läuft das Projekt „SomPsyNet“, welches im Kanton Basel-Stadt unter Einbezug der gesamten Versorgungskette ein Modell zur Prävention psychosozialer Belastungsfolgen etab-

lieren. Dieses Versorgungsmodell sieht die frühzeitige Erkennung und bedarfsgerechte Behandlung von psychischen Störungen/Belastungen bei somatischen Patienten vor.

1. Einleitung

Seit ihrer Einführung im Jahr 1996 sind die Bruttokosten der OKP im Durchschnitt um rund 4% gewachsen. Insofern ist es ermutigend, dass für das Jahr 2018 im gesamtschweizerischen Durchschnitt ein Nullwachstum verzeichnet wurde. Für den Kanton Basel-Stadt war die Entwicklung im Berichtsjahr noch etwas erfreulicher, da die hiesigen OKP-Bruttokosten pro Versicherten im vergangenen Jahr sogar um 0,4% zurückgegangen sind. Dennoch bleibt der Kanton mit Bruttoleistungen von 4'977 Franken pro versicherte Person vor Genf und dem Tessin national weiterhin an der Spitze.

Die Stabilisierung der OKP-Kosten im vergangenen Jahr kann sicherlich mit dem bundesrätlichen Eingriff in die ambulante Tarifstruktur TARMED, die ab dem 1. Januar 2018 wirksam wurde, sowie den regelmässigeren Preisüberprüfungen bei den Arzneimitteln in Verbindung gebracht werden.

Aber auch auf der kantonalen Ebene konnten in den vergangenen Jahren griffige Massnahmen umgesetzt werden, die zur Kostendämmung beigetragen haben. So wurde im Vergleich zur Bundesebene eine erweiterte Liste von Massnahmen verabschiedet, die unter normalen Umständen ambulant und nicht mehr stationär durchgeführt werden müssen (AVOS). Im Langzeitpflegebereich hat sich auch das Engagement der letzten Jahre zur Professionalisierung der Bedarfsabklärung durch die kantonale Behörde ausgezahlt. Viele stationäre Pflegefälle konnten dadurch vermieden werden, dass für die betroffenen Personen passendere ambulante Angebote gefunden werden konnten. Bei der Spitex hat die elektronische Rechnungskontrolle seit 2018 erhebliche Einsparungen ermöglicht.

Mit der fortschreitenden Alterung werden diese Massnahmen zunehmend wichtiger, nicht zuletzt, da der Anteil der über 80-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner deutlich über dem nationalen Durchschnitt liegt und auch in den kommenden Jahren weiter wachsen wird.

Damit sich die OKP-Kosten im Kanton auch in den kommenden Jahren dem nationalen Durchschnitt annähern, werden die kantonalen bzw. regionalen Anstrengungen zur Eindämmung des Ausgabenwachstums aufrechterhalten werden müssen. Ein Meilenstein in dieser Beziehung wird die Umsetzung des Staatsvertrages zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zur gemeinsamen Gesundheitsregion, die ab dem Jahr 2021 in einer einheitlichen Spitalliste münden wird.

Der vorliegende Bericht soll in erster Linie einen Überblick geben über die Kostenentwicklung im Kanton Basel-Stadt in den verschiedenen Leistungsbereichen der obligatorischen Krankenversicherung mit einem Hauptfokus auf das Berichtsjahr 2018. Die Entwicklung im Kanton ist jedoch auch sehr stark abhängig von Massnahmen, die auf Bundes- oder z.T. auch interkantonaler Ebene getroffen werden. Dementsprechend werden zunächst die Entwicklungen im politischen Umfeld des Kantons geschildert, bevor auf die kantonale Kosten- und Prämienentwicklung und auf die kostendämpfenden Massnahmen eingegangen wird. Das Schlusskapitel enthält eine Einschätzung der Erkenntnisse des Berichts wie auch einen Ausblick auf mögliche künftige Entwicklungen.

2. Politisches Umfeld

2.1 Bundesebene

2.1.1 Prioritäten und Jahresziele Nationale Strategie Gesundheit 2020

Der Bundesrat hat im Januar 2013 die Strategie „Gesundheit 2020“ verabschiedet. Mit insgesamt 36 Massnahmen und rund 80 Einzelprojekten in allen Bereichen des Gesundheitssystems soll die Lebensqualität gesichert, die Chancengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität erhöht und die Transparenz verbessert werden. Die Massnahmen wurden in den letzten Jahren unter Einbezug aller wichtigen Akteure umgesetzt mit dem Ziel, das Schweizer Gesundheitssystem auf die kommenden Herausforderungen auszurichten und gleichzeitig bezahlbar zu halten.

Für das Jahr 2018 hatte der Bundesrat zehn Prioritäten festgelegt. Gemäss seinem Jahresrückblick² vom April dieses Jahres waren Ende 2018 folgende acht Ziele erfüllt:

1. *Genehmigung der Botschaft zur Änderung des KVG betreffend die Zulassung von Leistungserbringern;*
2. *Vernehmlassungsverfahren zum Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung;*
3. *Vernehmlassungsverfahren zum ersten Massnahmenpaket zur Dämpfung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Einführung eines Experimentierartikels, Stärkung der Rechnungskontrolle, Tarife und Kostensteuerung, Referenzpreissystem bei patentabgelaufenen Arzneimitteln);*
4. *Genehmigung der neuen Strategie E-Health 2.0 und ihres Massnahmenplans;*
5. *Weiterführung der Massnahmen zur Verbesserung der Fachkräftesituation in der Pflege und Überweisung der Botschaft zur Pflegeinitiative an das Parlament;*
6. *Weiterführung der Arbeiten zur Verbesserung der koordinierten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen;*
7. *Umsetzung des Krebsregistrierungsgesetzes;*
8. *Verabschiedung des Berichts über die Zielerreichung des Masterplans zur Stärkung der biomedizinischen Forschung und Technologie mit Entscheid über das zusätzliche Vorkehren.*

Zwei weitere wurden im ersten Quartal 2019 behandelt:

9. *Vernehmlassungsergebnisse zur Verordnung über den Schutz vor nichtionisierender Strahlung und ihre Inkraftsetzung;*
10. *Vernehmlassungsergebnisse zur Revision des Heilmittelgesetzes insbesondere im Bereich der pädiatrischen Arzneimittel.*

Derzeit arbeitet das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) an der Strategie Gesundheit 2030, die an Gesundheit 2020 anknüpfen soll. In den kommenden zehn Jahren steht unser Gesundheitssystem vor zahlreichen Herausforderungen, insbesondere in den Bereichen:

- digitaler und technologischer Wandel;
- demografische und soziale Entwicklung;
- Sicherung eines langfristig leistungsfähigen und bezahlbaren Gesundheitssystems;
- Gesundheitsdeterminanten.

Gesundheit 2030 wird auf diese vier Herausforderungen und die entsprechenden Fragestellungen fokussieren. Ende 2019 wird der Bundesrat über die Ergebnisse dieser Arbeiten informiert, damit er über das weitere Vorgehen in der Gesundheitspolitik entscheiden kann.

² Online auf der Seite des BAG abrufbar (www.bag.admin.ch).

2.1.2 Kostendämpfungsmassnahmen des Bundesrates

a) Expertenbericht Kostendämpfung

Ende 2016 hat das EDI eine Gruppe von 14 Expertinnen und Experten aus Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz mit medizinischem und gesundheitsökonomischem Hintergrund aus Forschung und Verwaltung eingesetzt. Ihr Auftrag war, nationale und internationale Erfahrungen zur Steuerung des Mengenwachstums auszuwerten und möglichst rasch umsetzbare kostendämpfende Massnahmen zur Entlastung der OKP vorzuschlagen.

Die Expertengruppe hat einen breiten 38 Massnahmen umfassenden Katalog ausgearbeitet. Sie hat Ende August 2017 ihren Bericht³ einstimmig verabschiedet und dem Vorsteher des EDI übergeben.

Der Schwerpunkt der Expertengruppe liegt auf Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums in den vier grössten Kostenblöcken der OKP: die Behandlungen in Arztpraxen, die stationären Spitalbehandlungen, die Arzneimittel und die spitalambulanten Behandlungen. Die Expertengruppe schlägt als übergreifende Massnahme zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vor, die Gesamtsteuerung zu verbessern. Als zentrales und neues Steuerungsinstrument schlägt sie die Festlegung von verbindlichen Zielvorgaben für das Kostenwachstum in der OKP vor.

Als weitere übergreifende Massnahme schlägt die Gruppe einen Experimentierartikel vor. Damit soll der Spielraum für die Akteure erweitert werden, innerhalb der OKP nach innovativen Lösungen zu suchen. Der Artikel würde die Möglichkeit schaffen, in bestimmten Fällen im Interesse der Kostendämpfung auch Versuche ausserhalb des Rahmens der OKP durchzuführen.

b) Erstes Massnahmenpaket

Am 28. März 2018 verabschiedete der Bundesrat ein auf dem Expertenbericht basierendes Kostendämpfungsprogramm. Er beauftragte das EDI, die neuen Massnahmen in zwei Etappen und in Form von zwei Paketen bis Herbst 2018 bzw. Ende 2019 zu prüfen und umzusetzen.

Im Sinne dieses Bundesratsentscheides hat das EDI zwölf Massnahmen zur Kostendämpfung in den Bereichen Experimentierartikel, Rechnungskontrolle, Tarife, Kostensteuerung, Reduktion Governance-Konflikte der Kantone und Referenzpreissystem geprüft und ein erstes Rechtsetzungspaket erarbeitet. Zu acht Massnahmen werden Gesetzesanpassungen vorgeschlagen.

Ein Schwerpunkt liegt auf der Einführung eines Experimentierartikels, welcher innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des «normalen» Rahmens des KVG ermöglichen soll. Zudem sollen die Rechnungskontrolle seitens Versicherer und Versicherten gestärkt werden und Regelungen im Bereich Tarife und Kostensteuerung sowie ein sich bereits länger in Planung befindendes Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel eingeführt werden. Im Bereich der Tarife handelt es sich um die Förderung der Pauschalen im ambulanten Bereich, die Einführung einer nationalen Tariforganisation im ambulanten Bereich, die Verpflichtung der Tarifpartner zur Datenlieferung an den Bundesrat für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung von Tarifen sowie zur Vereinbarung von Massnahmen zur Steuerung der Kosten medizinischer Leistungen. Weiter wird auch die Einführung eines Beschwerderechts der Versichererverbände im Zusammenhang mit den kantonalen Listen für Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime vorgeschlagen.

Neben den Anpassungen im KVG werden zusätzlich analog auch im Bereich der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung entsprechende Anpassungen vorgeschlagen.

³ Vgl. „Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“, Bericht der Expertengruppe unter der Leitung von aRR Verena Diener, 24. August 2017 (online auf der Webseite des BAG abrufbar).

Ziel der Neuregelung ist, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der OKP einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien zu begrenzen. Mit den Massnahmen soll die Kostenentwicklung in den vier grossen Kostenblöcken – insbesondere jedoch für die ambulanten Bereiche – gebremst werden.

Auswirkungen auf den Kanton Basel-Stadt

Als zentrale Akteure in der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung haben die Kantone grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Im Rahmen der Vernehmlassung unterstützte der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und erklärte sich bereit, zu dessen Umsetzung einen Beitrag zu leisten.

In seiner Stellungnahme vom 30. Oktober 2018, die sich weitgehend jener der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) anschloss, begrüsst der Regierungsrat insbesondere die Schaffung einer nationalen Tariforganisation im ambulanten Bereich, forderte aber wie schon die GDK den Einbezug der Kantone in diese Organisation. Ablehnend beurteilte der Regierungsrat die vom Bund vorgeschlagenen Modelle für ein Referenzpreissystem bei Arzneimitteln. Die Zielsetzung sinkender Generika-Preise wäre zwar grundsätzlich zu begrüessen. Der Regierungsrat erachtet aber, dass das vom Bundesrat vorgeschlagene System ernsthafte nachteilige Auswirkungen sowohl für die Patienten wie auch für die Versorgungssicherheit mit günstigen Generika haben könnte. Er befürchtet insbesondere dass die „Compliance“ bei der Medikamenteneinnahme von chronischen Patienten beeinträchtigt würde, wenn sie aufgrund der Abwärtsspirale bei den Preisen, immer wieder andere Generika abgegeben würde. Zudem ist es schon heute so, dass bei bestimmten älteren Präparaten (u.a. auch wichtigen Antibiotika) immer wieder Versorgungsengpässe in der Schweiz auftreten. In diesen Fällen könnte sich ein Referenzpreissystem kontraproduktiv auswirken und zu einer unerwünschten Marktdynamik führen, indem die Verknappung auf dem Generikamarkt in Verbindung mit Monopolstellungen zu einem rasanten Preisanstieg führen könnte. Der Regierungsrat bezweifelt, dass das Referenzpreissystem die notwendige Flexibilität bieten würde, um sich schnell genug an verändernde Marktbedingungen anzupassen.

Am 21. August 2019 hat der Bundesrat die Botschaft zur KVG-Teilrevision betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 verabschiedet und an die eidgenössischen Räte überwiesen. Darin hält er - trotz z.T. breiter Kritik am Referenzpreissystem für Generika - an seinen vorgeschlagenen Massnahmen fest.

c) Zweites Massnahmenpaket

2019 soll ein zweites Paket mit Kostendämpfungsmassnahmen folgen. Ziel ist es, weitere Massnahmen zu prüfen für Arzneimittel, eine angemessene Versorgung und die Verbesserung der Transparenz. Über die genaue Ausgestaltung des zweiten Pakets und der Massnahmen entscheidet der Bundesrat, sobald er die Vernehmlassung dazu startet. Parallel dazu soll auch die Einführung von verbindlichen Zielvorgaben geprüft werden.

d) Ambulant vor stationär

Seit dem 1. Januar 2019 gilt gemäss der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31) (Art. 3c KLV) die Regelung „ambulant vor stationär“ auch auf Bundesebene. Die Regelung gilt für sechs Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen Eingriffen an gesundheitlich stabilen Patienten. Sie soll die ambulante Leistungserbringung fördern, wo sie medizinisch sinnvoll, patientengerecht und ressourcenschonend ist. Einzelne Kantone, darunter der Kanton Basel-Stadt, haben bereits solche Listen definiert. Mit der angepassten Verordnung soll eine gesamtschweizerisch einheitliche Regelung mit gleichen Voraussetzungen für alle Versicherten der OKP geschaffen werden.

Die Liste der Eingriffe basiert auf Analysen des Obsan sowie Gesprächen mit den betroffenen Fachgesellschaften. Massgebend für die Auswahl waren das Verlagerungspotenzial und eine aus

medizinischer Sicht gute ambulante Durchführbarkeit. In einem ersten Schritt wird bewusst eine Liste mit einer beschränkten Anzahl von Eingriffen gewählt. Dies angesichts der Herausforderungen hinsichtlich Anpassung der Strukturen und Prozesse auf die ambulante Leistungserbringung, Abstimmung der administrativen Abläufe des Prüfverfahrens zwischen den Versicherern und Leistungserbringern und eventuelle Anpassungen in der Tarifierung der Leistungen.

Die Regelung «ambulant vor stationär» des Bundes gilt für die gesamte Schweiz und geht den kantonalen Regelungen vor. Nach geltendem Recht dürfen die Kantone nach Ansicht des BAG grundsätzlich weitergehende Regelungen treffen. Der Kanton hat sich zu mindestens 55% an den Vergütungen der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital zu beteiligen. Dabei gilt, dass auch der Kanton seinen Anteil im Einzelfall nur schuldet, wenn die Leistungsvoraussetzungen – wozu die Wirtschaftlichkeit gehört – erfüllt sind. Dies kann der Kanton grundsätzlich in gleicher Weise prüfen wie der Krankenversicherer. Dass die Kantone einzelne Leistungen bezeichnen, deren stationäre Erbringung nur noch vergütet wird, wenn besondere Umstände vorliegen, widerspricht somit grundsätzlich nicht den Bestimmungen des KVG.

e) Tarifmassnahmen Spezialitätenliste

Das BAG prüft jährlich ein Drittel der Arzneimittel der Spezialitätenliste auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Nachdem der Bundesrat im Jahr 2017 Änderungen zur Durchführung dieser Überprüfung beschlossen hat, konnte im Jahr 2018 das zweite Drittel der Arzneimittel überprüft werden. Auch dieses Jahr wurden wieder Preissenkungen verfügt. Sie betreffen 288 der bisher 543 überprüften Originalpräparate (53%). Gemäss Angaben des BAG beträgt die durchschnittliche Preissenkung ca. 19%, und aufgrund dieser Preisanpassungen wurden Einsparungen von rund 100 Millionen Franken für das Jahr 2018 erwartet.

TARMED

Der Bundesrat hat gestützt auf seine subsidiäre Tariffestsetzungskompetenz (Art. 43 Abs. 5bis KVG) am 18. Oktober 2017 beschlossen, den ambulanten Ärztetarif TARMED per 1. Januar 2018 strukturell anzupassen. Dieser Eingriff wurde nötig, weil sich die Tarifpartner nicht auf eine Gesamtrevision einigen konnten und es ab dem 1. Januar 2018 keine von allen Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur mehr gab. Im Zusammenhang mit dem Beschluss hat der Bundesrat die Kantone gebeten, darauf zu achten, dass die Anpassung der Tarifstruktur keine Grundlage sein soll, für Anpassung der kantonalen TARMED-Taxpunktwerte⁴.

Gemäss dem EDI konnten dank der Massnahme im Jahr 2018 rund 500 Mio. Franken eingespart werden. Dies entspricht ca. 3,8% der ambulanten Bruttokosten. Extrapoliert auf den Kanton Basel-Stadt ergäben sich somit Minderausgaben von rund 20 Mio. Franken. Bezogen auf das Prämienvolumen des Kantons Basel-Stadt von rund 950 Mio. Franken entspricht dies einer Reduktion von rund 2,1%.

Auswirkungen auf den Kanton Basel-Stadt

Im Rahmen der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung vom 20. Juni 2014 über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (SR 832.102.5) hatte der Regierungsrat Basel-Stadt grundsätzlich begrüsst, dass der Bundesrat von seiner Kompetenz, die Tarifstrukturen hoheitlich festzulegen, Gebrauch macht, und unterstützt die Mehrzahl der vorgeschlagenen kostendämmenden Massnahmen. Bedenken äusserte der Regierungsrat indessen bezüglich der Grund- und Notfallversorgung der Psychiatrie sowie der Kindermedizin. Auch aufgrund dieser Bedenken, hat der Bundesrat die Vorlage, die ursprünglich von einem Einsparpotenzial von rund 700 Mio. Franken ausging, nach der Vernehmlassung noch angepasst.

⁴ Schreiben des Bundesrates an die Kantonsregierungen und an die Tarifpartner vom 18. Oktober 2017.

Im Verlauf des Jahres 2018 hat sich jedoch gezeigt, dass die TARMED-Strukturanpassung auch in ihrer revidierten Form negative Auswirkungen auf den ohnehin schon untergedeckten spital-ambulanten Teil im UKBB und im UPKKJ gehabt hat. In seiner Stellungnahme an den Grossen Rat zum *Antrag Einreichung einer Standesinitiative betreffend einer kostendeckenden Finanzierung der Kinderspitäler*⁵ hat sich der Regierungsrat entsprechend für die Unterstützung des Antrags ausgesprochen. Am 28. November 2018 wurde die Standesinitiative im Namen des Regierungsrats und des Grossen Rats des Kantons Basel-Stadt eingereicht, in Absprache mit den Kantonen Basel-Landschaft, St. Gallen und Thurgau. Diese haben analoge bzw. gleichlautende Initiativen überwiesen. Die Standesinitiativen sind von den Eidgenössischen Räten noch nicht behandelt worden.

Tarifstruktur in der stationären Psychiatrie (TARPSY)

Die Einführung von TARPSY ab dem Jahr 2018 wurde durch die KVG-Tarifpartner vereinbart. Der Bundesrat hat die Einführung der Tarifstruktur TARPSY 1.0 per 1. Januar 2018 genehmigt. Für das Jahr 2019 gilt TARPSY Version 2.0. Die Tarifstruktur deckt alle stationären Leistungsbe- reiche der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie ab. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde die tarifarische Anwendung erst ab 1. Januar 2019 verbindlich eingeführt. Mit der Ein- führung wird der gesetzlichen Verpflichtung gemäss Art. 49 KVG nachgekommen, stationäre Leistungen mit einem schweizweit einheitlichen, leistungsbezogenen Tarifsysteem zu vergüten. Das ursprünglich vorgesehene Tarifelement einer Fallpauschale konnte für die Psychiatrie statis- tisch nicht erhärtet werden und fällt daher weg. Die Spitalbehandlungsfälle werden aufgrund der Diagnosen in 22 kostenhomogene psychiatrische Kostengruppen (sog. PCG; Psychiatric Cost Groups) unterteilt. Diese beinhalten ein nach Aufenthaltsdauer abnehmendes Kostengewicht pro Behandlungstag.

Gemäss Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102), darf ein Wechsel eines Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen und höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. Um diesen Grundsatz umzusetzen, haben sich die Tarifpartner im Rahmen des Tarifstrukturvertrages darauf geeinigt, diese Kostenneutralität wäh- rend einer zweijährigen Übergangsfrist mittels eines Monitorings und dementsprechenden Kor- rekturmassnahmen zu überwachen und allenfalls zu korrigieren⁶.

Evaluationsbericht Neuordnung Pflegefinanzierung und Überprüfung der OKP- Pflegebeiträge

Das BAG hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung, die Anfang 2011 in Kraft getreten ist, in den Jahren 2016 und 2017 extern evaluieren lassen. Am 4. Juli 2018 hat der Bundesrat vom Evaluationsbericht Kenntnis genommen. Die Evaluation zeigte, dass die Ziele grundsätzlich er- reicht wurden. Positiv zu bewerten sei insbesondere, dass sich die Ausgaben der OKP für die Pflege stabilisiert und sich der durch Prämien finanzierte Anteil an den Pflegekosten nicht erhöht hätten.

Gleichzeitig zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden die OKP-Beiträge für die Pflegeleistungen geprüft. Das EDI hat dabei festgestellt, dass das vom KVG verlangte Prinzip der Kostenneutralität nicht eingehalten wurde. Nach der Einführung der Neuordnung der Pflege- finanzierung ist der Beitrag der OKP an der Finanzierung der Pflegeleistungen pro Jahr insge- samt 83 Mio. Franken tiefer ausgefallen, als unter dem vorherigen Tarifsysteem. Im Detail hatte die Überprüfung ergeben, dass die Pflegeheime von der OKP 115 Mio. Franken zu wenig, die Krankenpflege zu Hause 32 Mio. Franken zu viel pro Jahr erhalten. Zur Anpassung müssen die Beiträge an die Pflegeheime um 6,7% erhöht und diejenigen der Pflege zu Hause um 3,6% ge-

⁵ Andrea Elisabeth Knellwolf und Konsorten; Stellungnahme des Regierungsrats vom 27. Juni 2018, Schreiben Nr. 18.5119.02.

⁶ In seiner Antwort auf die schriftliche Anfrage Oliver Bolliger betreffend Auswirkungen von TARPSY 1.0 und TARPSY 2.0 auf die psychiatrischen Kliniken in Basel-Stadt ist der Regierungsrat näher auf verschiedene spezifische Fragen in diesem Zusammenhang eingegangen.

senkt werden. Das EDI wollte die Anpassung der Pflegebeiträge ursprünglich per 1. Juli 2019 vornehmen, hat dann aber nach der Vernehmlassung entschieden, diese erst per 1. Januar 2020 in Kraft zu setzen.

Auswirkungen auf den Kanton Basel-Stadt

Anlässlich seiner Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung hat der Regierungsrat die Revision der OKP-Pflegebeiträge nur teilweise begrüsst. Insbesondere lehnte er die vorgesehene Senkung der Beiträge für Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen ab, da diese die aufgelaufene Kostenentwicklung in der Pflege seit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung nicht berücksichtigen würde.

Weiter forderte der Regierungsrat mit Bezug auf den Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Abschnitt 2.1.4 unten) eine koordinierte Lösung der Vergütung von Materialien der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL). Die KLV sollte dahingehend geändert werden, dass die verwendeten Pflegematerialien den Krankenversicherern auch weiterhin in Rechnung gestellt werden könnten, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handle, welches vom Pflegepersonal angewendet würde.

Die am 2. Juli 2019 vom Bundesrat beschlossene Anpassung der Pflegebeiträge trägt diesen Forderungen jedoch nicht Rechnung. Aus diesen Anpassungen ergibt sich gesamthaft gesehen für den Kanton Basel-Stadt eine zusätzliche Belastung der OKP in der Höhe von rund 2 Mio. Franken bei gleichzeitiger Entlastung der Restfinanzierung der Langzeitpflege durch die öffentliche Hand. Dies jedoch ohne Berücksichtigung der zusätzlichen Belastung des Kantons und der Gemeinden in der Höhe von rund 5,3 Mio. Franken, die sich aus dem Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts in Sachen MiGeL ergeben.

2.1.3 Beratungen in den Eidgenössischen Räten

a) Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeleistungen (Parl. Initiative zur Nachbesserung der Pflegeleistungen, 14.417)

Am 29. September 2017 haben die eidgenössischen Räte den revidierten Art. 25a Abs. 5 KVG gutgeheissen, der präzisiert, dass der Wohnsitzkanton für die Restfinanzierung eines Pflegeheimaufenthaltes zuständig ist, wobei dieser Aufenthalt keine neue Zuständigkeit begründet. Das bedeutet, dass der Wohnsitzort vor dem Pflegeheimtritt massgebend ist für die Bestimmung der Finanzierungszuständigkeit. Am 4. Juli 2018 hat der Bundesrat entschieden, die vom Parlament beschlossene Anpassung des KVG per 1. Januar 2019 in Kraft zu setzen. Im Kanton Basel-Stadt betrifft die Regelung einige wenige Fälle. Gesamthaft wurden für ausserkantonale Pflegeleistungen im Jahr 2019 rund 2 Mio. Franken budgetiert. Da die vom Bund beschlossene Lösung der langjährigen Praxis des Kantons Basel-Stadt entspricht, ist nicht mit Mehr- oder Minderkosten durch die neue Regelung zu rechnen.

b) Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (15.083 KVG)

Anfang Dezember 2015 hat der Bundesrat die *Botschaft zur Änderung des KVG zur Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit* zuhanden des Parlaments verabschiedet. Nachdem der Gesetzesentwurf im Ständerat zunächst zurückgewiesen wurde, sind die eidgenössischen Räte doch noch auf die Vorlage eingetreten. Auf der Grundlage einer abweichenden Vorlage, die von der sozial- und gesundheitspolitischen Kommission des Nationalrats (SGK-NR) ausgearbeitet wurde, hat das Parlament die Vorlage im Juni 2019 bereinigt und verabschiedet. Die zentrale Neuerung besteht in der Einsetzung einer eidgenössischen Qualitätskommission die aus Vertretern der Kantone, der Tarifpartner, der Patientenorganisationen sowie Fachleuten bestehen soll (Art. 58b neu KVG).

Drei Ziele stehen dabei im Vordergrund: Die Qualität der medizinischen Leistungen soll verbessert, die Patientensicherheit erhöht und die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedämpft werden. Um diese Ziele zu erreichen und den heutigen Schwächen bei der Qualität der Leistungen entgegenzuwirken, sollen zusätzliche nationale Programme erarbei-

tet und umgesetzt werden. Geplant ist zudem, weitere Qualitätsindikatoren zu entwickeln, mittels derer sich die Qualität medizinischer Leistungen messen und beurteilen lassen.

Der Bund publiziert solche Indikatoren bereits heute für die Akutspitäler; sie sollen in Zukunft auch im ambulant-ärztlichen Bereich entwickelt werden, um die Transparenz zu erhöhen. Zur Umsetzung der Massnahmen soll ein jährliches Budget von knapp 20 Mio. Franken zur Verfügung stehen. Dieses soll grösstenteils in Form von Aufträgen und Unterstützungsbeiträgen an Dritte ausgerichtet werden (Art. 58d und 58e neu KVG). Die Finanzierung erfolgt über ein jährliches Budget von maximal 0,07% der durchschnittlichen Jahresprämie, was derzeit pro Versicherten höchstens rund 3.50 Franken im Jahr entspricht (Art. 58f neu KVG). Dieser Betrag soll je zu einem Drittel von Bund, den Kantonen und den Versicherern finanziert werden. Die Bundesversammlung beschliesst mit einem mehrjährigen Gesamtkredit den Höchstbetrag, bis zu dem die Eidgenössische Qualitätskommission Abgeltungen nach Art. 58d neu KVG und Finanzhilfen nach Art. 58e neu KVG gewähren kann (Art. 58g neu KVG). Für die Jahre 2021–2024 hat das eidgenössische Parlament per Bundesbeschluss vom 5. Juni 2019 einen Gesamtkredit von maximal 45,2 Mio. Franken bewilligt.

Für die Staatsrechnung des Kantons Basel-Stadts entstehen durch diese Vorlage voraussichtlich ab 2021 zusätzliche Ausgaben von rund 220'000 Franken jährlich.

Das Geschäft wurde von den Eidgenössischen Räten definitiv verabschiedet. Die Referendumsfrist läuft am 10. Oktober 2019 aus.

c) Ambulante Zulassungssteuerung (18.047 KVG)

Am 9. Mai 2018 hat der Bundesrat die Botschaft zur *Teilrevision des KVG betreffend die Zulassung von Leistungserbringern* zuhanden des Parlaments verabschiedet. Die Revision soll eine dauerhafte Lösung für die Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich ermöglichen. Die Neuregelung sieht einerseits erhöhte Voraussetzungen an die Berufspraxis im Einklang mit dem revidierten Medizinalberufegesetz vor (z.B. in Bezug auf die Sprachkenntnisse). Andererseits sollen auch die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der OKP gestärkt werden. Dies betrifft insbesondere die für die Qualitätssicherung notwendigen Strukturen, wie z.B. das Vorhandensein eines internen Qualitätsmanagementsystems in den Arztpraxen.

In seinem Beschluss vom 12. Dezember 2018 hatte der Nationalrat vorgesehen, das Inkrafttreten der Vorlage mit jener betreffend die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (vgl. unten) zu verknüpfen. Anlässlich der Sommersession 2019 hat der Ständerat als Zweitrat diese Bestimmung wieder gestrichen.

Das Geschäft ist in der Differenzvereinbarung.

d) Weitere parlamentarische Geschäfte

- 09.528 Pa. Iv. *Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (EFAS)*

Am 15. Mai 2018 schickte die SGK-NR einen Vorentwurf betreffend die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen in die Vernehmlassung. Mit ihrer Vorlage verfolgt die Kommission drei Ziele. Erstens will sie, wo medizinisch angebracht, die Verlagerung von stationär zu ambulant fördern. Da ambulante Behandlungen in der Regel günstiger sind, wird das Kostenwachstum insgesamt gebremst. Attraktiver wird auch eine koordinierte Versorgung, die Spitalaufenthalte durch rechtzeitige ambulante Behandlungen vermeidet. Zweitens will die Kommission die prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten – ohne Langzeitpflege – stabilisieren. Drittens soll eine sachgerechte Tarifierung gefördert werden. Neu sollen die Krankenkassen alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten. An die Kosten, die ihnen nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten verbleiben, sollen die Kantone einen Beitrag von mindestens 25,5% leisten. Dieser Prozentsatz, der im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2015 rund 7,5 Mrd. Franken entsprochen hätte, wird so festgelegt,

dass die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt.

In seiner Stellungnahme hat sich der Regierungsrat vollumfänglich der Position der GDK angeschlossen. Diese lehnt das von der SGK-NR vorgeschlagene Modell ab, da es die kantonalen Interessen nicht berücksichtigt. Allerdings erklären sich die Kantone bereit, für eine gleiche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen Hand zu bieten. Dies jedoch nur unter klaren Rahmenbedingungen, welche die Wahrung der kantonalen Interessen ermöglichen. Nämlich:

- Steuerungsmöglichkeit der Kantone im ambulanten Bereich;
- Einbezug der Langzeitpflege;
- Kostenneutralität für die Kantone;
- Kontrollinstrumente über finanzielle Leistungen und Neuorganisation des Tarifwesens.

Das Geschäft ist noch in Beratung.

- 18.036 KVG. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung

Nachdem beide Räte die Motion Bischofberger (15.4157 Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen) angenommen haben, hat der Bundesrat dem Parlament am 28. März 2018 die entsprechende Botschaft überwiesen. Gemäss der Vorlage des Bundesrats sind sämtliche Franchisen um 50 Franken anzuheben, sobald die durchschnittlichen Bruttokosten pro versicherte Person mehr als 13-mal höher als die ordentliche Franchise sind. Der Nationalrat hat die Vorlage am 26. November 2018 und der Ständerat am 5. März 2019 angenommen.

In der Schlussabstimmung vom 22. März 2019 wurde die Vorlage vom Nationalrat mit 101 Stimmen zu 63 jedoch abgelehnt und ist damit definitiv gestrichen.

2.1.4 Rechtsprechung

Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL)

Aufgrund eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. September 2017 (C-3322/2015) dürfen die Kosten der Materialien der Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL) nicht mehr zusätzlich zu den Pflorgetaxen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV durch die Krankenversicherer vergütet werden. Die Krankenversicherer haben dem Urteil folgend die Vergütung der Mittel und Gegenstände per 1. Januar 2018 eingestellt. Dies verursacht alleine bei den baselstädtischen Pflegeheimen jährliche Mindereinnahmen von schätzungsweise 2,3 Mio. Franken. Die Taxen werden seit 1. Januar 2018 durch den Kanton in seiner Rolle als Restfinanzierer getragen, indem die Normkosten um 35 Rappen pro Pflgetag und Pflegestufe angehoben wurden. Die Mehrkosten fallen jährlich an und sind exklusive der Kosten für die Gemeinden Riehen und Bettingen zu verstehen, da die Restfinanzierung durch die Gemeinden geleistet wird.

Auch die Spitex-Anbieter sind vom Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. September 2017 (C-3322/2015) betroffen. Per Ende 2018 haben die Krankenkassen diese Leistungen eingestellt, so dass der Kanton bzw. die Gemeinden im Rahmen der Restfinanzierung auch hier einspringen müssen.

2.2 Interkantonale und grenzüberschreitende Ebene

2.2.1 Hochspezialisierte Medizin

In der hochspezialisierten Medizin (HSM) sind die Kantone zu einer gesamtschweizerischen Koordination ihrer Planung verpflichtet, welche im Rahmen einer Interkantonalen Vereinbarung (IVHSM) wahrgenommen wird. Die betroffenen Spitäler können gegen Verfügungen betreffend

die Erteilung von Leistungsaufträgen Beschwerde vor dem Bundesverwaltungsgericht führen. Dieses entscheidet letztinstanzlich.

Die HSM-Organe beschäftigten sich im Jahre 2018 mit einer Vielzahl von Themen; im Fokus standen die Überprüfungen der Zuordnungen und Zuteilungen („Reevaluationen“). Die periodische Reevaluation der HSM-Bereiche ist ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der HSM-Organe. HSM-Leistungsaufträge sind befristet und müssen in regelmässigen Abständen einer Reevaluation unterzogen werden, welche zur Sicherstellung der Qualität der Leistungserbringung beiträgt. Die Reevaluationen stehen seit 2015 im Fokus der Tätigkeiten. Es ist oberste Priorität, die Regulierungslücken, welche aufgrund von zeitlich nicht nahtlos erfolgten Neuzuteilungen von Leistungsaufträgen entstanden sind, zu schliessen. Die Regulierungslücken sind entstanden, weil die seit 2014 umgesetzten, vom Bundesverwaltungsgericht vorgegebenen neuen prozeduralen Anforderungen an das HSM-Planungsverfahren (zweistufiges Verfahren mit Zuordnung und Zuteilung⁷) die Dauer der Verfahren erheblich verlängert hat.

Im Berichtsjahr 2018 fanden keine definitiven Zuordnungen statt. Indessen wurden Vernehmlassungen zur Zuordnung von zwei neuen HSM-Bereichen – der komplexen Behandlungen in der Urologie bei Erwachsenen und den Herzunterstützungssystemen bei Erwachsenen – freigegeben. An die Zuordnung schliesst sich das Bewerbungsverfahren an. Ein solches Verfahren wurde im Jahr 2018 nicht durchgeführt. Dieser Schritt ist dem Zuteilungsentscheid vorgelagert.

Das HSM-Beschlussorgan fällte Anfang 2018 drei definitive Zuteilungsentscheide. Leistungsaufträge wurden für die komplexe Behandlung von Hirnschlägen, allogene hämatopoetische Stammzelltransplantationen bei Erwachsenen und Organtransplantationen bei Erwachsenen erteilt. Seitens der Spitäler im Kanton Basel-Stadt hat das Universitätsspital Basel (USB) die drei Leistungszuteilungen erhalten.

Anhörungen zu Zuteilungen (Gewährung des rechtlichen Gehörs) fanden in den Bereichen der Behandlung von schweren Verbrennungen bei Erwachsenen und der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie statt. Im Sommer 2019 erfolgte der Zuteilungsentscheid für drei der fünf Teilbereiche in der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie. Die Leistungsvergabe für die die Pankreas- und Leberresektion bei Erwachsenen ging im Kanton Basel-Stadt an das St. Claraspital sowie an das Universitätsspital Basel. Oesophagusresektionen werden ausschliesslich am St. Claraspital durchgeführt. Mit einem Zuteilungsentscheid für die zwei weiteren Teilbereiche in der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie (tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie) und der Behandlung von schweren Verbrennungen wird zum Ende des Jahres 2019 gerechnet.

2.2.2 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

a) Programm für ein grenzüberschreitendes Leistungsangebot (im süddeutschen Raum)

Im Jahr 2007 haben die beiden Basel zusammen mit dem Landkreis Lörrach und interessierten Versicherern das Pilotprojekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (GRÜZ) initiiert. Das Pilotprojekt wurde ursprünglich für drei Jahre vereinbart und danach wiederholt verlängert. 2018 wurde die Pilotphase definitiv abgeschlossen. Im Verlauf der ersten Projektphasen wurde das Pilotprojekt wissenschaftlich durch das OBSAN evaluiert⁸.

Ziel des Pilotprojekts war es zu prüfen, ob eine Lockerung des Territorialitätsprinzips im Schweizer Krankenversicherungsgesetz (KVG) in den Grenzregionen für eine Verbesserung des Versorgungsangebots und eine wirtschaftlichere Inanspruchnahme führen könnte. Die Evaluation belegte eine hohe Zufriedenheit der Patienten, die ein Behandlungs- oder Rehabilitationsangebot im grenznahen Ausland in Anspruch nahmen. Allerdings hat sich gezeigt, dass nur eine be-

⁷ Vgl. Anhang 2 Rechtsgrundlagen unter Abschnitt „Hochspezialisierte Medizin“

⁸ Obsan, Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach Phase III Monitoring-Bericht 2016, Neuchâtel, Mai 2017.

schränkte Anzahl Personen die Möglichkeit zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von stationären medizinischen Leistungen auch genutzt haben.

Am 30. September 2016 hat das eidgenössische Parlament eine Revisionsvorlage zur Anpassung verschiedener KVG-Bestimmungen mit internationalem Bezug verabschiedet und damit auch die gesetzliche Grundlage geschaffen, die eine unbefristete grenzüberschreitende Zusammenarbeit in allen grenznahen Regionen ermöglicht. Die Krankenversicherung übernimmt dabei unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für die Behandlungen im grenznahen Ausland (Art. 34 Abs. 2 lit. a KVG). Diese Bestimmung ist zusammen mit der Ausführungsgesetzgebung gemäss Art. 36a KVV am 1. Januar 2018 in Kraft getreten.

Um das Interesse an der Fortführung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu sondieren, liess das Gesundheitsdepartement im Jahr 2017 eine Interviewbefragung bei den Projektpartnern durchführen. Diese hat gezeigt, dass die Bereitschaft gross ist, sich auch nach Abschluss des Projekts weiterhin für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu engagieren. Auch wenn die Teilnehmerzahlen im Rahmen des abgeschlossenen Pilotprojektes die Erwartungen nicht ganz zu erfüllen vermochten, so hat sich dieses dennoch als Nischenprodukt etabliert, das in Zukunft noch mehr Entwicklungspotenzial hätte. Das Hauptproblem war gemäss den Interview-Teilnehmenden immer noch die mangelnde Bekanntheit des Angebots.

Gestützt auf die gesamthaft positiven Erfahrungen, haben die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zusammen mit den in den Tarifgemeinschaften tarifsuisse ag und HSK sowie der KVG-Versicherer der CSS-Gruppe beim Bund die Genehmigung für ein grenzüberschreitendes Programm gemäss Art. 34 KVG beantragt. Mit Verfügung vom 5. Dezember 2018 hat das BAG diesen Antrag genehmigt. Das entsprechende Programm für ein grenzüberschreitendes Leistungsangebot ist am 1. Januar 2019 in Kraft getreten.

b) Trinationales Kompetenzzentrum für Gesundheitsprojekte (TRISAN)

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit und Förderung von Kooperationsprojekten im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Projekt TRISAN wurde von der Arbeitsgruppe Gesundheit der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz unter massgeblicher Mitwirkung des Gesundheitsdepartementes des Kantons Basel-Stadt ins Leben gerufen. Es wird im Rahmen des Programms INTERREG V kofinanziert und vom Euroinstitut in Kehl koordiniert. Auf Schweizer Seite beteiligen sich neben dem Kanton Basel-Stadt auch die Kantone Basel-Landschaft und Aargau sowie die Eidgenossenschaft an der Finanzierung.

Das Angebot umfasst die Vernetzung der Akteure, die Begleitung von Projektpartnern bei der Strukturierung von Ideen zur Vertiefung der Zusammenarbeit und die grenzüberschreitende Wissensproduktion und -verbreitung. Eine Übersicht über die Publikationen und die initiierten Zusammenarbeitsprojekte sind elektronisch abrufbar⁹. Die erste dreijährige Projektphase ist am 30. Juni 2019 abgelaufen. Um das Potenzial einer wirkungsvollen gesundheitspolitischen Zusammenarbeit am Oberrhein noch stärker auszuschöpfen und die geschaffenen grenzüberschreitenden Strukturen und Netzwerke dauerhaft zu verstetigen, wird im Rahmen von INTERREG ein Nachfolgeprojekt beantragt.

c) Rahmenabkommen mit Frankreich über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

Das Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen der Schweiz und Frankreich sowie das entsprechende Durchführungsprotokoll sollen die grenzüberschreitende regionale Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich erleichtern und fördern. Das Abkommen wurde im September 2016 vom Bundesrat unterzeichnet und von den eidgenössischen Räten am 15. Dezember 2017 genehmigt. Auf französischer Seite wurde die Ver-

⁹ Siehe www.trisan.org.

einbarung im Mai 2019 von der Nationalversammlung und am 20. Juni 2019 vom Senat definitiv gutgeheissen. Nach Abschluss des Ratifizierungsprozesses durch die französische Regierung ist das Abkommen am 1. Oktober 2019 in Kraft getreten. Analog zur Zusammenarbeit mit dem süd-deutschen Raum, ermöglicht das Rahmenabkommen die Einrichtung von grenzüberschreitenden Versorgungsangeboten in der schweizerisch-französischen Grenzregion im Einklang mit Art 34 KVG und ohne weitere Genehmigung der zentralen Behörde in Paris.

3. Entwicklung der Kosten und Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Kanton Basel-Stadt

3.1 Entwicklung der Gesamtkosten

- Die Summe der OKP-Bruttoleistungen im Kanton Basel-Stadt betrug im Jahr 2018 935,3 Mio. Franken. Pro Kopf der Bevölkerung sind dies 4'977 Franken. Von 2014 bis 2018 sind die Bruttoleistungen pro versicherte Person im Durchschnitt um 1,8% pro Jahr gestiegen.
- Insgesamt hat sich das Ausgabenwachstum in der obligatorischen Krankpflegeversicherung schweizweit über die letzten fünf Jahre gesehen deutlich verlangsamt.

Abbildung 2 Jährliche Veränderung (in Prozent) der Bruttoleistungen in der Obligatorischen Krankenversicherung im Kantonsvergleich

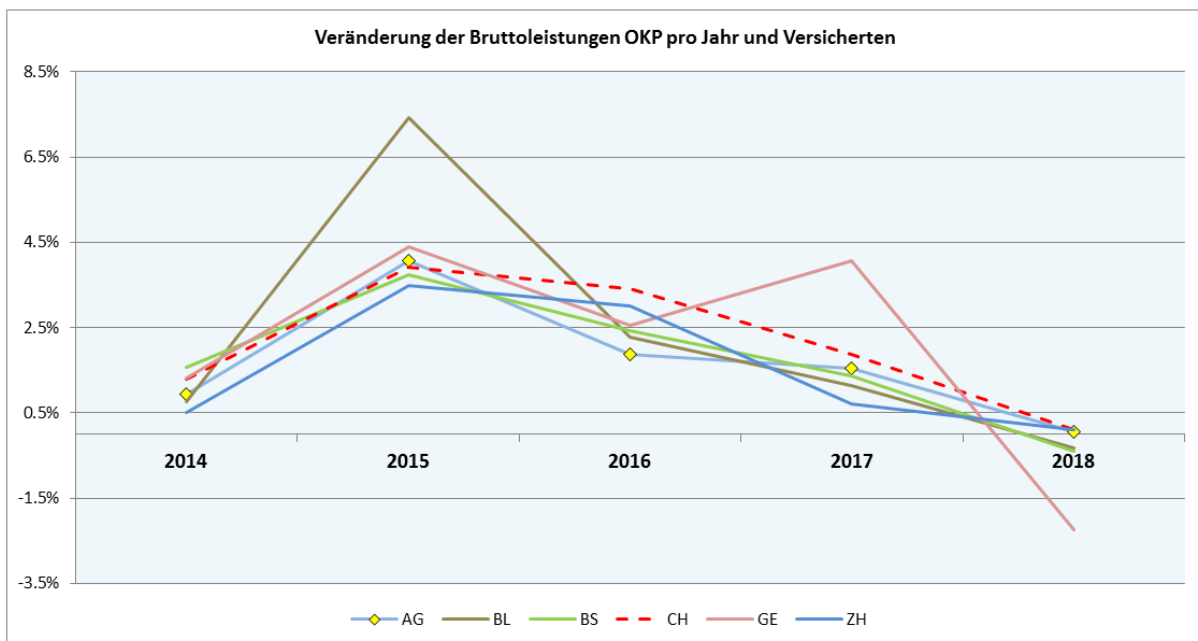


Tabelle 2 Bruttoleistung in Franken pro Versicherten und Jahr

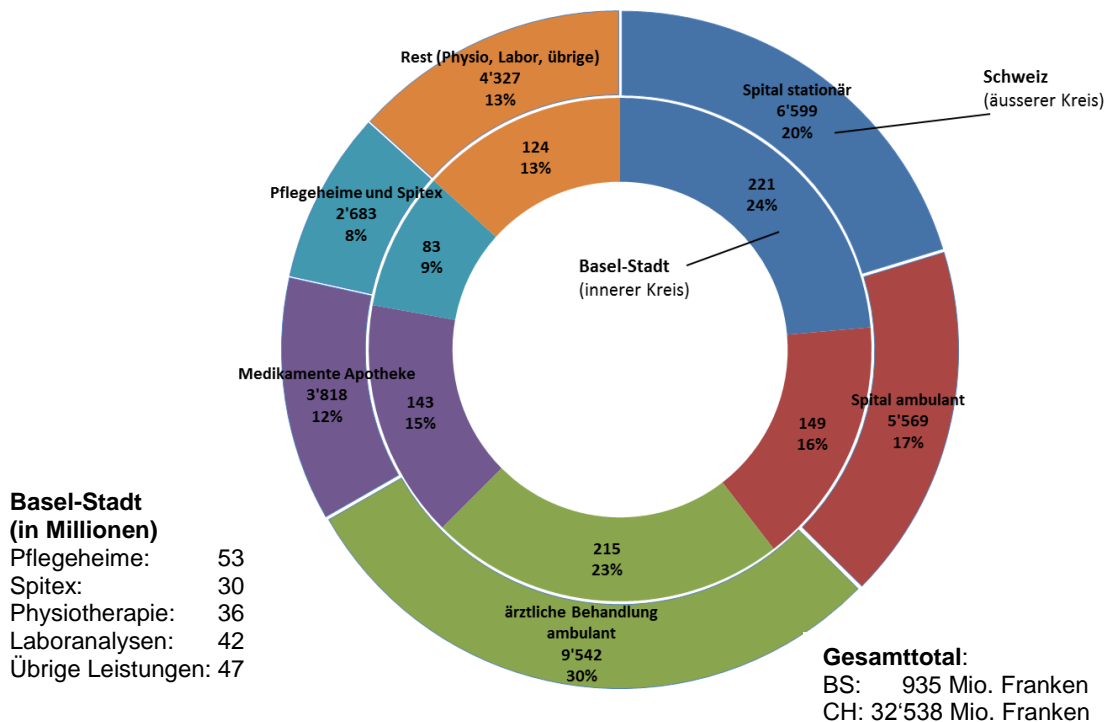
Kanton	2014	2015	2016	2017	2018
AG	3'286	3'420	3'484	3'538	3'539
BL	3'881	4'170	4'265	4'313	4'298
BS	4'639	4'812	4'929	4'997	4'977
GE	4'399	4'592	4'709	4'900	4'790
ZH	3'531	3'654	3'764	3'791	3'794
CH	3'515	3'653	3'778	3'849	3'853
Quelle: BAG					

- Auch wenn der Kanton Basel-Stadt nach wie vor die höchsten Ausgaben pro versicherte Person aufweist, blieben die Wachstumsraten jeweils unter dem schweizerischen Durchschnitt und sind die Kosten pro Versicherten im Jahr 2018 sogar erstmals gesunken.

3.2 Verteilung nach Kostengruppen

- Ein Vergleich der Aufteilung nach Kostengruppen zeigt insb., dass der stationäre Bereich (24%) und die Arzneimittel (15%) im Kanton Basel-Stadt einen deutlich höheren Anteil an den OKP-Gesamtkosten ausmachen, als im gesamtschweizerischen Kontext (20% bzw. 12%). Die ärztlichen Behandlungen im ambulanten Bereich fallen hingegen weniger stark ins Gewicht.
- Während gesamtschweizerisch die ambulanten ärztlichen Behandlungen mit rund 9,5 Mrd. Franken bzw. 30% der OKP-Gesamtausgaben, die gewichtigste Kostengruppe darstellt, liegt ihr Anteil im Kanton Basel-Stadt deutlich tiefer (23%). Bei allen übrigen OKP-Pflichtleistungen sind die Ausgabenanteile im Kanton Basel-Stadt vergleichbar mit der entsprechenden Verteilung in der gesamten Schweiz.

Abbildung 3 OKP Kostenverteilung auf die Kostengruppen in Mio. Franken und anteilmässig in % für Basel-Stadt und die Schweiz im Jahr 2018

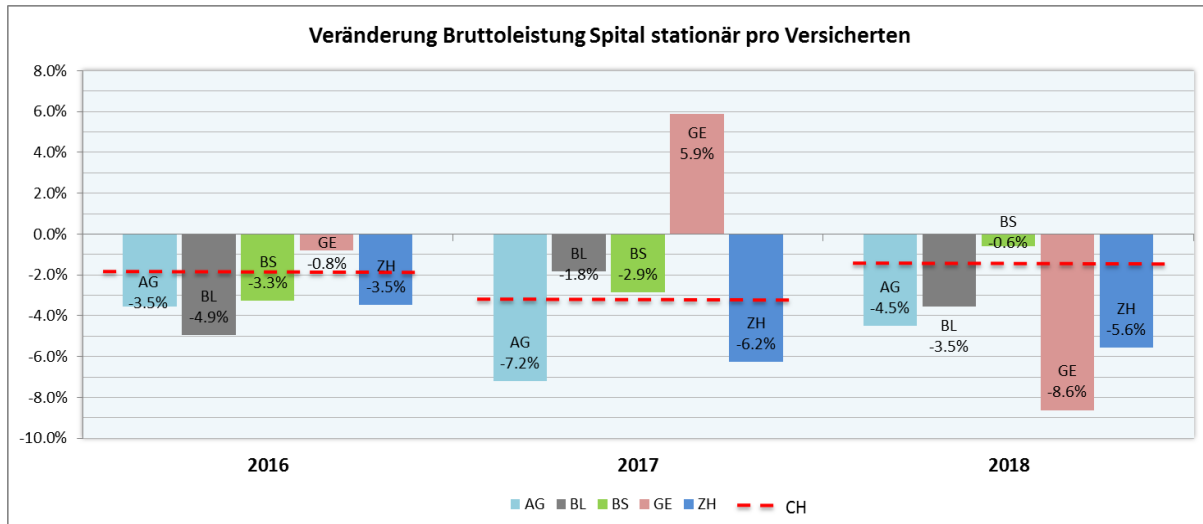


Quelle: BAG, OKP-Statistik

3.3 Kostenentwicklung im stationären Bereich

3.3.1 Spital¹⁰

Abbildung 4 Jährliche Veränderung stationäre OKP-Spitalleistungen (in %)



- Wie aus Abbildung 4 ersichtlich, sind die OKP-Ausgaben pro Versicherten im stationären Spitalbereich seit einigen Jahren schweizweit tendenziell leicht rückläufig.
- Auch im Kanton Basel-Stadt ist dieser Trend zu beobachten. So sind die Kosten pro versicherte Person für stationäre Spitalaufenthalte seit ihrem Höchststand im Jahr 2015 insgesamt um fast 7% zurückgegangen (vgl. Tabelle A 2 im Anhang).

Tabelle 3 Bruttoleistungen Spital stationär in Franken pro Versicherten und Jahr

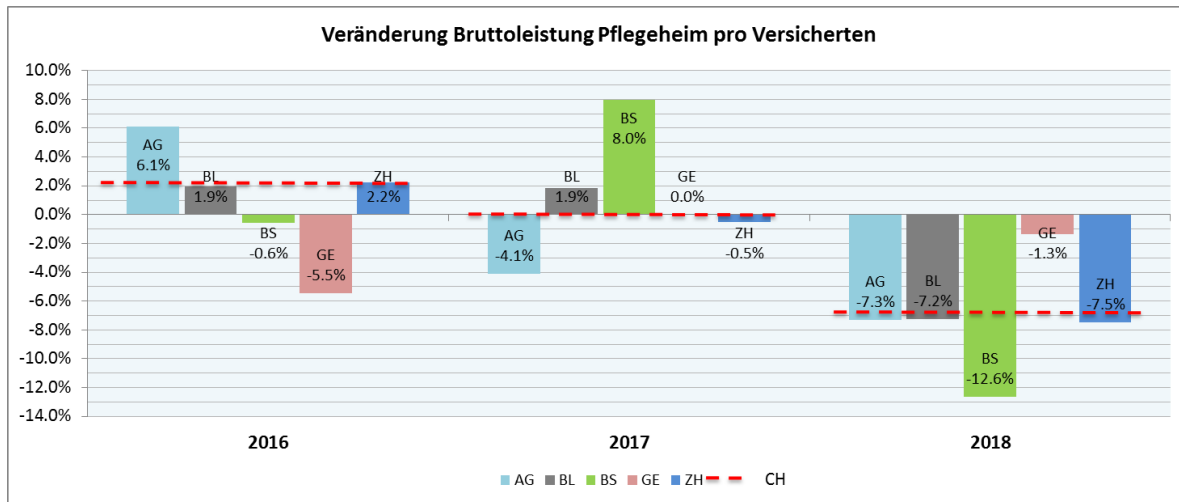
Kanton	2016	2017	2018
AG	829	769	735
BL	1'030	1'011	975
BS	1'216	1'181	1'174
GE	797	844	771
ZH	830	778	735
CH	818	793	782
Quelle: BAG			

- Hierzu muss angemerkt werden, dass der markanteste Rückgang im Jahr 2016 teilweise auf die Erhöhung des Kantonsanteils an stationären Behandlungen von 55% auf 56% zurückzuführen ist, die entsprechend die hier ausgewiesenen Ausgaben der Versicherer entlastet hat.
- Der breitere Trend zur Rückläufigkeit der stationären Kosten dürfte aber insbesondere auf die gewünschte Wirkung der DRG-Pauschalen und die technologische Entwicklung (minimalinvasive chirurgische Methoden) zurückzuführen sein, die vermehrt ambulante Eingriffe erlaubt. Nicht zuletzt hat auch die AVOS-Massnahme im Kanton Basel-Stadt (vgl. Kapitel 7.3.2) diesen Trend verstärkt.

¹⁰ Eine ausführliche Darstellung über Angebot, Leistungen, Kosten und Finanzierung sowie Qualitätssicherung der stationären Spitalversorgung findet sich im jährlich erscheinenden Gesundheitsversorgungsbericht des Gesundheitsdepartements.

3.3.2 Pflegeheim

Abbildung 5 Jährliche Veränderung Pflegeheimleistungen pro Kanton (in %)



- Auch bei den Pflegeleistungen in Pflegeheimen ist über die letzten Jahre und trotz der Alterung gesamthaft ein leichter Rückgang der Ausgaben zu verzeichnen, wobei die Jahreschwankungen relativ gross sind (vgl. Abbildung 5 und Tabelle A 6 im Anhang). Dies deutet darauf hin, dass auch Abrechnungseffekte eine nicht unerhebliche Rolle bei diesen Schwankungen spielen dürften.
- Im interkantonalen Vergleich fällt auf, dass die Pflegekosten pro Versicherten im Kanton Basel-Stadt um fast 40% höher sind als im gesamtschweizerischen Durchschnitt und sogar um 75% höher als im angrenzenden Kanton Basel-Landschaft, was auf den höheren Anteil an (Hoch-)Betagten und den höheren Schweregrad bzw. die höhere Pflegestufe zurückzuführen ist (vgl. Kap. 4.2.)¹¹.
- Im Gegensatz zum spitalstationären Bereich ist der Kostenrückgang einerseits auf die nicht kostendeckenden Pfegetarife der OKP zurückzuführen. Dementsprechend ist die kantonale Restfinanzierung im gleichen Zeitraum deutlich gestiegen (vgl. Anhang Tabelle A 16 Transferaufwand Langzeitpflege).

Tabelle 4 Bruttoleistungen Pflegeheim in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2016	2017	2018
AG	165	158	146
BL	176	179	166
BS	300	324	283
GE	244	244	240
ZH	183	182	168
CH	223	222	207
Quelle: BAG			

- Andererseits hat der oben erwähnte Bundesverwaltungsgerichtsentscheid (vgl. Kap. 2.1.4), wonach das Verbrauchsmaterial der Mittel- und Gegenstandsliste bei Pflegeheimaufenthalten nicht gesondert verrechnet werden darf, den OKP-Anteil an den Pflegeheimkosten im Kanton Basel-Stadt um schätzungsweise 2,5 Mio. Franken entlastet.
- Dies entspricht in etwa 5% der entsprechenden Gesamtausgaben. Erwartungsgemäss sind die Ausgaben für Pflegeleistungen in Pflegeheimen seit der Umsetzung des BVG-Entscheids per 1. Januar 2018 schweizweit deutlich zurückgegangen.
- Die vom BAG in Auftrag gegebene Überprüfung der Pfegetarife¹² hat bestätigt, dass die OKP-Tarifstufen in den Pflegeheimen zu tief sind und dass sich dadurch gesamtschweizerisch eine Entlastung der OKP um 115 Mio. Franken ergibt. Die KLV-Anpassung, die auf den 1. Januar 2020 in Kraft tritt, wird hier einen korrigierenden Effekt haben.

¹¹ Aufgrund der systematischen Bedarfsabklärungen im Kanton Basel-Stadt werden Personen mit einem geringen Pflegebedarf in der Regel ambulant versorgt.

¹² Vgl. dazu Kapitel 2.1.2 Bst. e. Tarifmassnahmen.

3.4 Kostenentwicklung im ambulanten Bereich

3.4.1 Spitalambulant

Abbildung 6 Jährliche Veränderung spitalambulante Leistungen pro Kanton (in %)

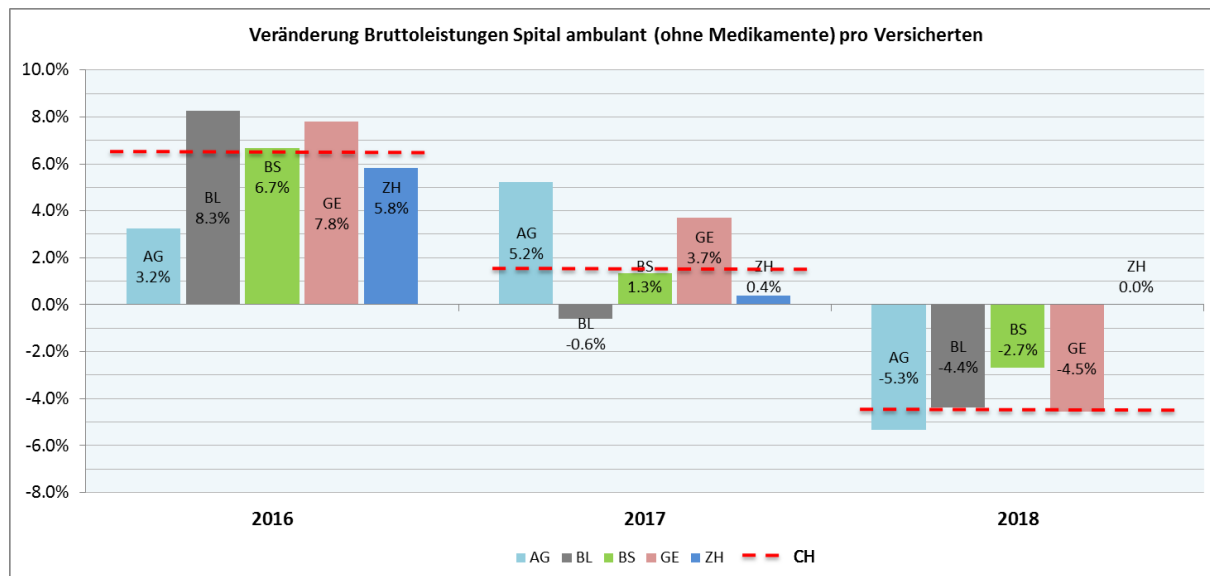


Tabelle 5 Bruttoleistungen Spital ambulant in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2016	2017	2018
AG	536	564	534
BL	600	597	571
BS	686	695	677
GE	639	663	633
ZH	492	494	494
CH	541	549	525
Quelle: BAG			

- Seit 2014 sind die spitalambulanten Bruttoleistungen im Kanton Basel-Stadt im Durchschnitt pro Versicherten um 1,7% und insgesamt um 2,3% pro Jahr gestiegen (vgl. Anhang Tabelle A 3).
- Allerdings waren auch in diesem Bereich die Schwankungen von Jahr zu Jahr beträchtlich, wie die Abbildung 6 aufzeigt.
- Der Kanton Basel-Stadt hat im spitalambulanten Bereich schweizweit die höchsten Ausgaben pro Versicherten. Sie liegen mit 677 Franken im Jahr 2018 rund 30% über dem Schweizer Durchschnitt.

- Wie auch im stationären Bereich sind die Bruttoleistungen von 2017 auf 2018 deutlich zurückgegangen (CH: -4,4%; BS: -2,7%), wobei der Rückgang im Kanton Basel-Stadt etwas weniger stark ausgeprägt war, als in den meisten anderen der hier dargestellten Kantonen mit Ausnahme des Kantons Zürich (AG: -5,3%; BL: -4,4%; GE: -4,5%).
- Der schweizweite Rückgang dürfte auf die vom Bundesrat verordnete Senkung verschiedener technischen Leistungen im TARMED per 1. Januar 2018 zurückzuführen sein (vgl. Kap. 2.1.2).

3.4.2 Ärzte

Abbildung 7 Jährliche Veränderung Bruttogleistungen Arzt ambulant pro Kanton (in %)

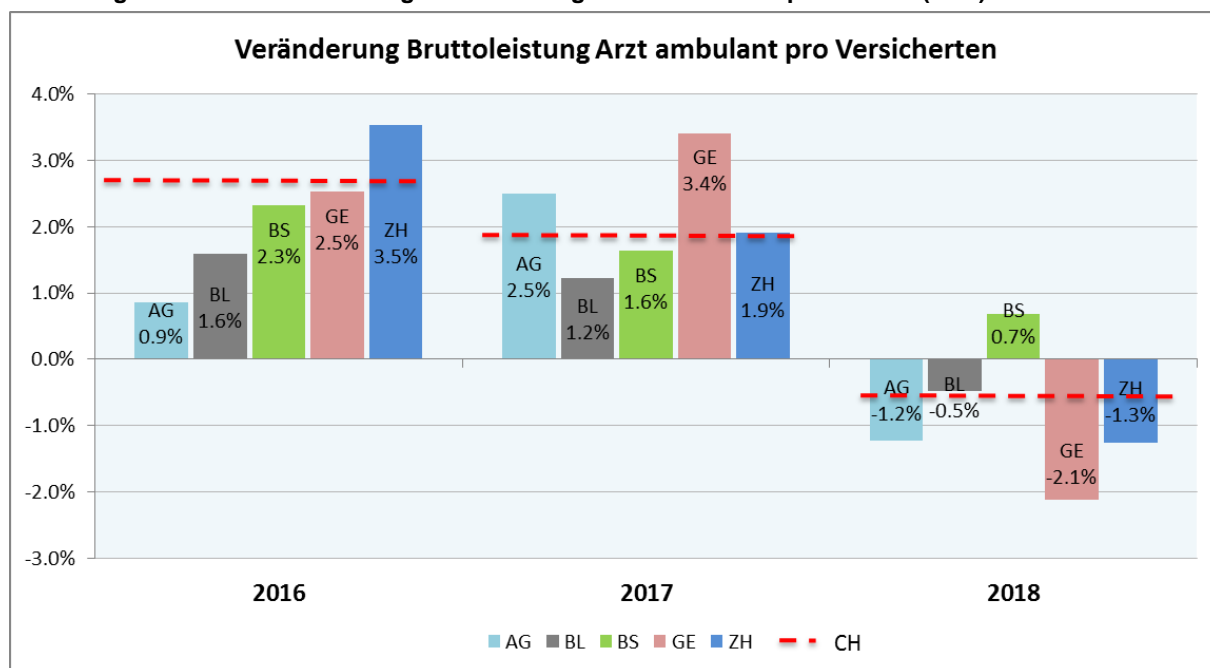


Tabelle 6 Bruttogleistungen Arzt ambulant in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2016	2017	2018
AG	734	752	743
BL	1'004	1'016	1'011
BS	1'004	1'021	1'027
GE	1'381	1'428	1'397
ZH	1'008	1'028	1'015
CH	873	890	885
Quelle: BAG			

- Im Gegensatz zum spitalambulanten Bereich liegen die OKP-Bruttogleistungen pro Versicherten für ambulante ärztliche Leistungen (1027 Franken im Jahr 2018) auf einem vergleichbaren Niveau wie in den Kantonen Basel-Landschaft (1011 Franken) oder auch in Zürich (1015 Franken) und sind deutlich tiefer als in Genf (1397 Franken).
- Die Bruttogleistungen sind im Kanton Basel-Stadt im Durchschnitt seit 2014 um rund 2,5% gestiegen (vgl. Anhang Tabelle A 4).
- Wie bei den spitalambulanten Ausgaben ist im Jahr 2018 gesamtschweizerisch ein markanter Rückgang bemerkbar. Auch hier dürfte dies mit dem Eingriff des Bundesrates in die TARMED-Tarifstruktur zusammenhängen, die auf den 1. Januar 2018 wirksam wurde.

3.4.3 Spitex

Abbildung 8 Jährliche Veränderung Bruttoleistungen Spitex pro Kanton (in %)

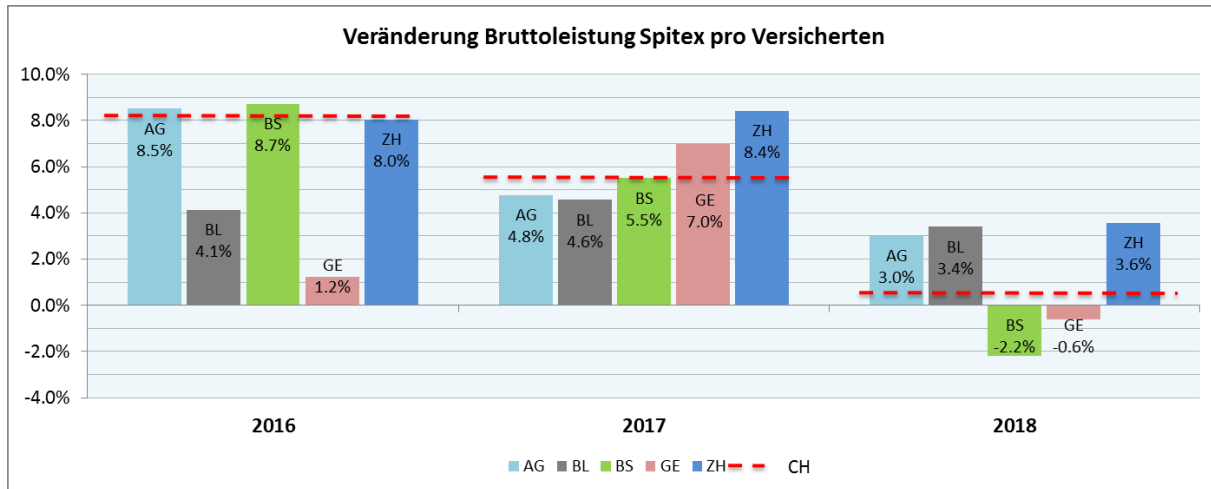


Tabelle 7 Bruttoleistungen Spitex in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2016	2017	2018
AG	71	75	77
BL	95	99	102
BS	154	163	159
GE	131	140	139
ZH	84	91	94
CH	104	110	111

Quelle: BAG

- Der Spitex-Bereich gehörte in den letzten Jahren zu den am schnellsten wachsenden Kostengruppen der OKP mit einem durchschnittlichen jährlichen Zuwachs pro Versicherten im Kanton Basel-Stadt zwischen 2013 und 2017 von 7,3% (vgl. Anhang Tabelle A 7).
- Im Jahr 2018 hat sich aber auch in diesem Bereich das Wachstum stark verlangsamt. Nachdem die Leistungen im gesamtschweizerischen Durchschnitt in den letzten beiden Jahren um 8,2 bzw. 5,5% gestiegen sind, betrug das durchschnittliche Wachstum im letzten Jahr nur noch 0,6%; während im Kanton Basel-Stadt sogar ein Rückgang von 2,2% zu verzeichnen war.

- Die Ursachen für den Rückgang sind nicht restlos geklärt, dürften aber auch mit dem oben erwähnten Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Kapitel 2.1.4) zusammenhängen, obwohl dieses im Gegensatz zu den Pflegeheimen im Spitex-Bereich von den Krankenversicherern erst seit Anfang 2019 flächendeckend umgesetzt wird.
- Der Kanton Basel-Stadt bleibt gesamthaft aber weiterhin der Kanton mit den höchsten Spitex-Leistungen pro Versicherten. Sie liegen mit 159 Franken pro Jahr beinahe 50% über dem nationalen Durchschnitt.

3.4.4 Übrige Leistungserbringer

Abbildung 9 Jährliche Veränderung Bruttoleistungen übrige Leistungserbringer pro Kanton (in %)

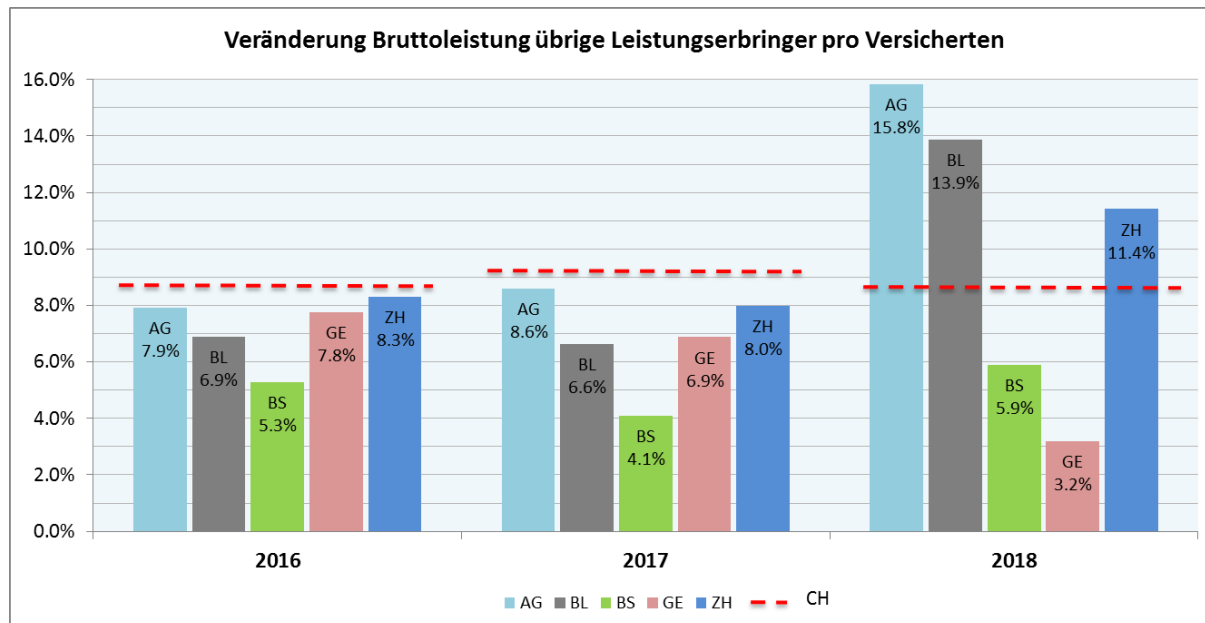


Tabelle 8 Bruttoleistungen übrige Leistungserbringer in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2016	2017	2018
AG	390	423	490
BL	487	519	591
BS	600	624	661
GE	585	626	646
ZH	402	434	484
CH	431	471	512
Quelle: BAG			

- Die Leistungen, die hier zusammengefasst sind, umfassen insbesondere die Physiotherapie, die Laboranalysen, die Hilfsmittel- und Gegenstände, sowie Leistungen weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wie Hebammen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden.
 - Diese Bereiche machen zusammengenommen zwar lediglich rund 13% der gesamten OKP-Leistungen aus, gehören aber zu den am schnellsten wachsenden Kostengruppen.
 - So sind zum Beispiel im Kanton Basel-Stadt die Kosten für Laboranalysen im Durchschnitt pro versicherte Person zwischen 2014 und 2018 um +12% jährlich gewachsen (vgl. Tabelle A 10 im Anhang) und Physiotherapie-Leistungen um 6,6% jährlich (Tabelle A 9).
- Dennoch gehört der Kanton Basel-Stadt eher zu den Kantonen mit den niedrigsten Zuwachsraten für diese Kostengruppen. Schweizweit sind die übrigen Leistungen in den letzten drei Jahren im Durchschnitt um rund 9% jährlich gewachsen.

3.5 Kostenentwicklung bei den Medikamenten

Abbildung 10 Jährliche Veränderung der Medikamentenausgaben (Apotheken, Ärzte, Spital ambulant) pro Kanton (in %)

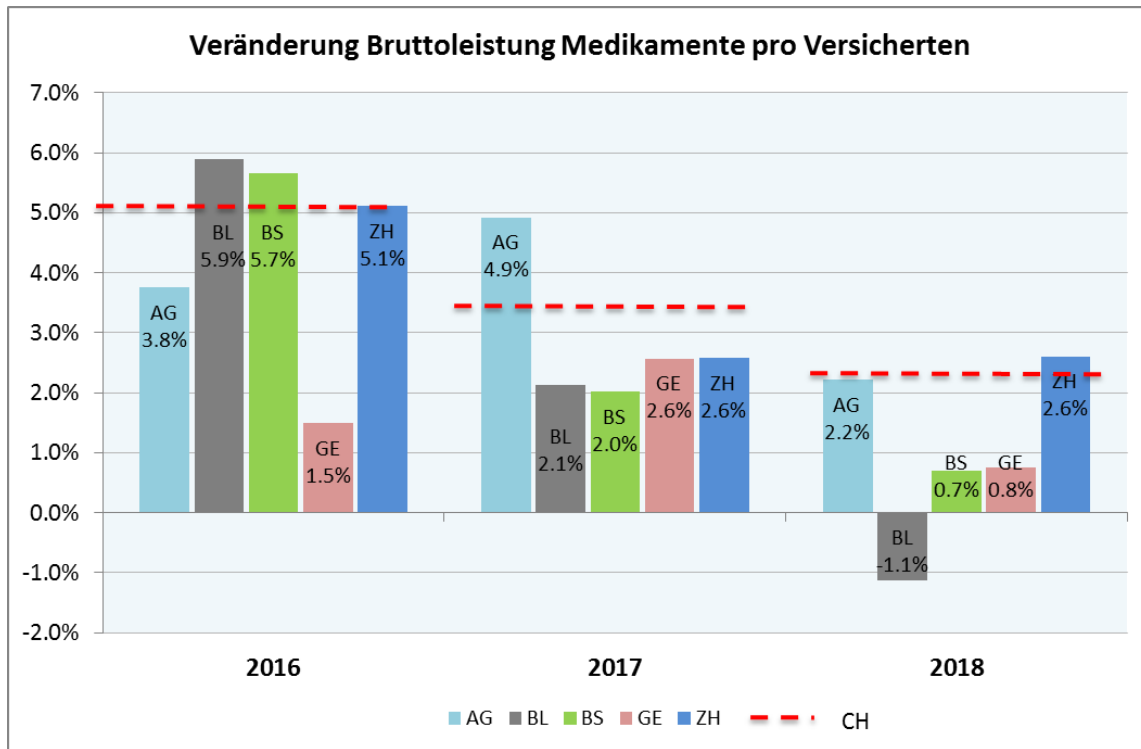


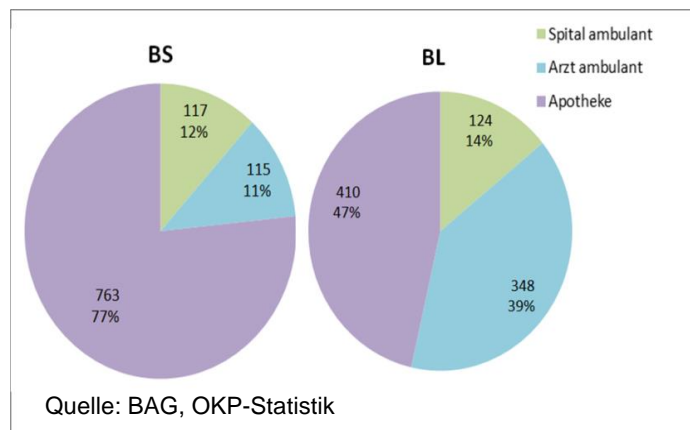
Tabelle 9 Bruttoleistungen Medikamente in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2016	2017	2018
AG	759	796	814
BL	874	892	882
BS	969	988	995
GE	932	956	963
ZH	763	783	803
CH	788	814	832
Quelle: BAG			

- Nach einem bedeutenden Anstieg im Jahr 2016 (BS: 5,7%), haben sich die OKP-Ausgaben für Medikamente pro versicherte Person in den beiden letzten Jahren in den meisten Kantonen moderater entwickelt. (Durchschnitt CH, 2018: 2,2%).
- Die Ursache für die gedämpfte Kostenentwicklung dürfte in der nun systematisch durchgeführten Überprüfung der Arzneimittelpreise durch das EDI liegen (vgl. Kap. 2.1.2 lit. e).
- Darüber hinaus ist der Kontrast zwischen den beiden Basler Halbkantonen in Bezug auf die Selbstdispensation (SD) interessant (Abb.10).

Abbildung 11 Anteil Medikamente 2018 nach Abgabearart in Franken und Prozent

- Im Kanton Basel-Stadt, mit einem grundsätzlichen SD-Verbot (Ausnahmen für Notfälle und unmittelbare Behandlungen) liegt der Anteil an den von Apotheken abgegebenen Medikamenten bei über 75%, während im Kanton Basel-Landschaft, wo die SD erlaubt ist, Ärzte annähernd so viele Medikamente abgeben wie Apotheken. Der Anteil der Spitäler ist mit 12 bzw. 14% in beiden Kantonen vergleichbar.



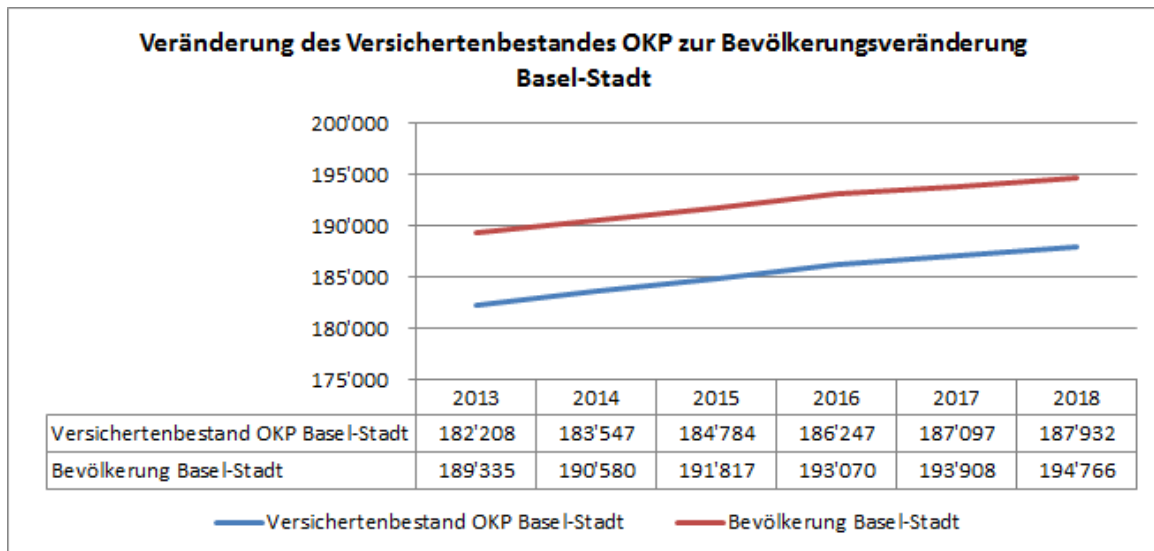
4. Versichertenstruktur und OKP-Leistungen

4.1 Bevölkerungsentwicklung und Versichertenbestand

Die Anzahl der OKP-Versicherten umfasst alle Personen, die im Kanton Basel-Stadt wohnhaft und krankenversichert sind und deren Kosten für die bezogenen Leistungen und die Einnahmen für die bezahlten Prämien dem Kanton Basel-Stadt zugeordnet werden und damit für die Prämienberechnung relevant sind.

Wie die untenstehende Abbildung zeigt, haben in den letzten Jahren sowohl die Bevölkerung wie auch der Versichertenbestand im Kanton Basel-Stadt zugenommen. Die entsprechenden Entwicklungen verlaufen weitgehend parallel, aber die absolute Zahl der OKP-versicherten Personen liegt aus verschiedenen Gründen leicht unter der ausgewiesenen Wohnbevölkerung (z.B. durch vom Versicherungsobligatorium befreite Personen, Personen im Asylprozess, Expats mit Kurzaufenthalt, etc.).

Abbildung 12 Versichertenbestand und Bevölkerungsentwicklung



Quellen: BAG und BFS

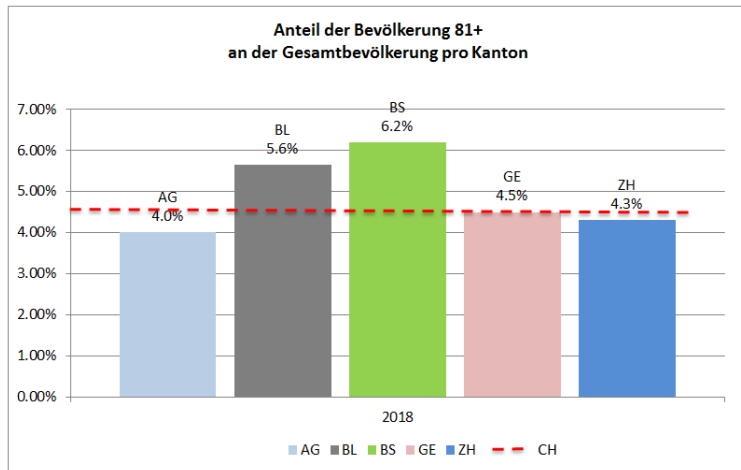
4.2 Bevölkerungszusammensetzung und OKP-Leistungen nach Alter im Kantonsvergleich

Der Kanton Basel-Stadt hat im kantonalen Vergleich in der Gesundheitsversorgung eine Sonderstellung: mit nur drei Gemeinden und als einziger reiner Stadtkanton ist der Kanton Basel-Stadt mit Eigenheiten konfrontiert, die grossen Einfluss auf Kosten und Organisation der Gesundheitsversorgung haben.

Die Vorteile liegen vom Gesichtspunkt der gesundheitspolitischen Steuerung auf der Hand: das kleine, urbane Kantonsgebiet mit wenigen Verwaltungsschnittstellen zur kommunalen Ebene vereinfachen die zentrale Steuerung der verschiedenen Gesundheitsbereiche und erlauben sehr einheitliche Strukturen und Prozesse. Zudem kommt im Pflegeheimbereich ein kantonaler Einheitstarif und eine gesamtkantonale Qualitätskontrolle zum Einsatz. Dies ermöglicht eine konstante, qualitativ hochwertige und kostengünstige Leistungserbringung. Auch ist die Restfinanzierung einheitlich und durchgängig zentral geregelt.

Demgegenüber stehen die sozialen Herausforderungen einer rein städtischen Demografie, mit einer tendenziell älteren Bevölkerung, einer überdurchschnittlichen Zahl von sozial benachteiligten Einwohnerinnen und Einwohnern, teilweise mit Migrationshintergrund, und einer überdurchschnittlichen Erwerbslosigkeit. Faktoren, die sich trotz des wirtschaftlichen Wohlstands im Kanton eher kostentreibend auf die Gesundheitsversorgung auswirken.

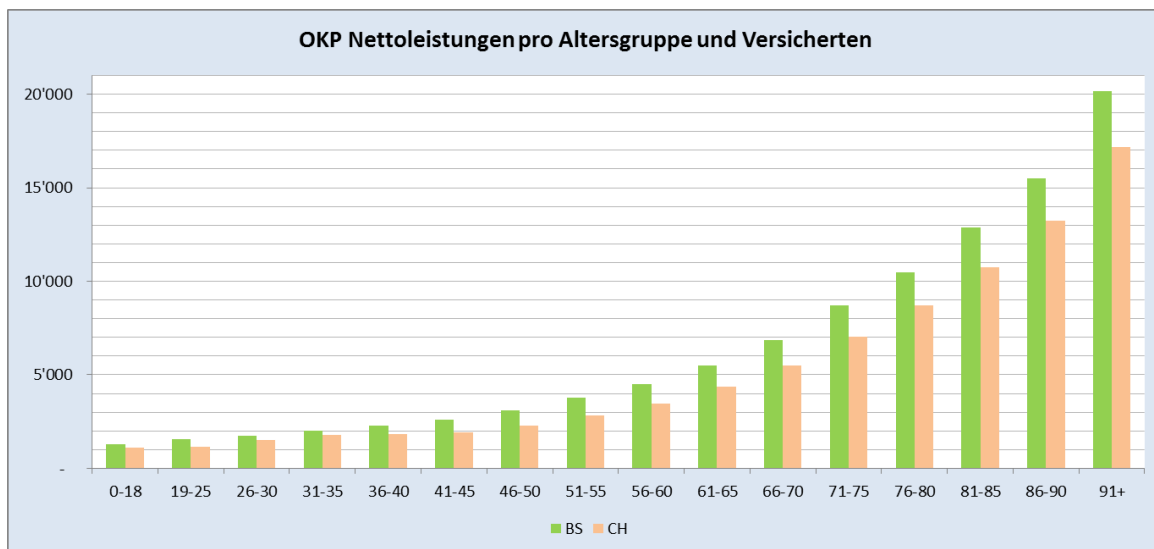
Abbildung 13 Anteil der Altersgruppe 81+ an der kantonalen Bevölkerung



Quelle: BFS

Dieser Effekt wird insbesondere deutlich, wenn man die Abbildungen 13 und 14 gemeinsam betrachtet. Der Kanton Basel-Stadt hat mit 6,2% (CH-Durchschnitt 4,5%) den höchsten Anteil an über 80-jährigen Personen und gleichzeitig hat diese Personengruppe die höchsten OKP-Nettoleistungen pro versicherte Person.

Abbildung 14 OKP-Nettoleistungen pro Versicherten nach Altersgruppe, Basel-Stadt und Schweiz (2018)



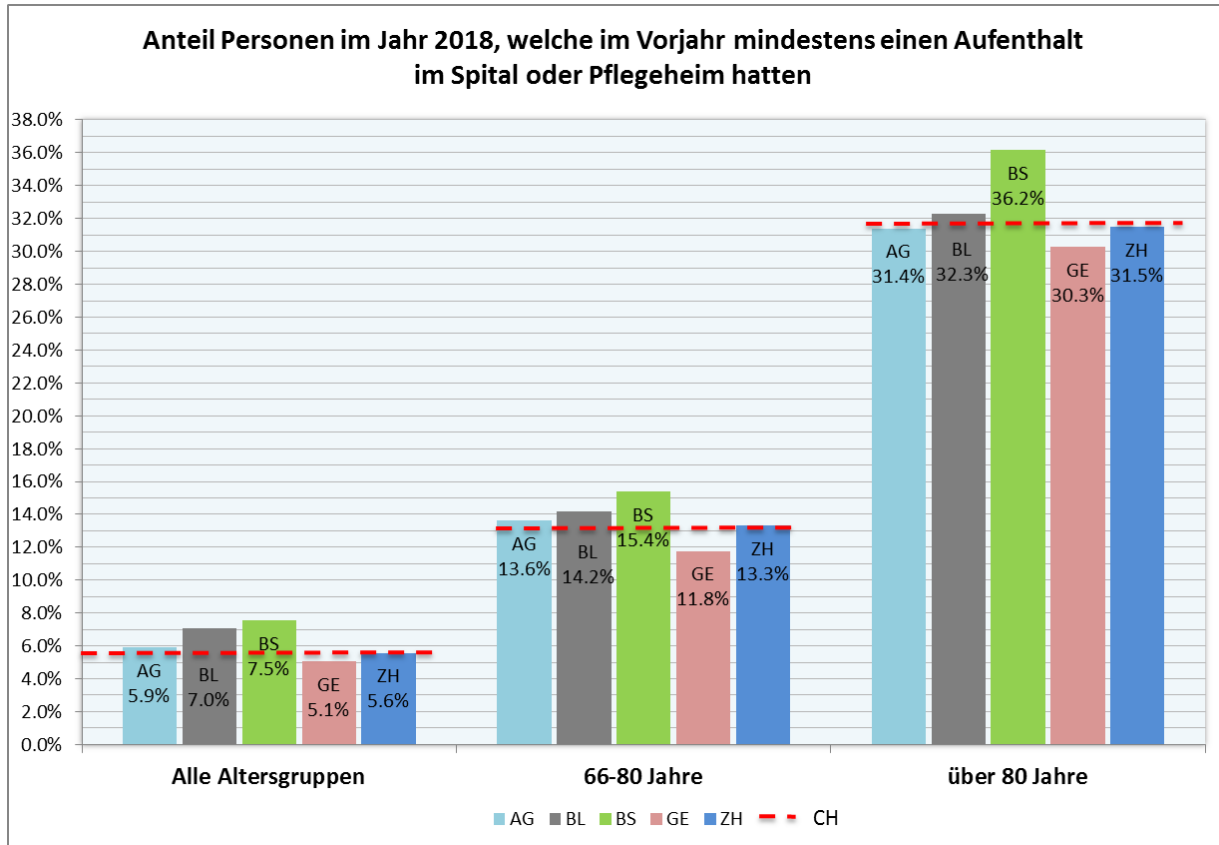
Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG, Risikoausgleichsstatistik

Hinzu kommt, dass die Behandlungskosten zwar in jeder Altersgruppe im Kanton Basel-Stadt deutlich höher sind, als im gesamtschweizerischen Durchschnitt. In absoluten Zahlen ist dies aber besonders ausgeprägt bei den höchsten Alterskategorien. So liegen zum Beispiel die Behandlungskosten einer über 80-jährigen Person im Kanton Basel-Stadt mehr als 2'000 Franken über dem landesweiten Durchschnitt.

Nicht nur ist der Anteil der Betagten im Kanton Basel-Stadt deutlich höher als in anderen Kantonen, der Anteil der über 80-jährigen mit mindestens einem stationären Aufenthalt im Spital oder im Pflegeheim (36,2%) liegt auch deutlich über dem Schweizer Durchschnitt (ca. 31,7%; Abbil-

derung 15). Ganz allgemein fällt über alle Altersgruppen hinweg auf, dass der Anteil jener Personen, die im Vorjahr einen stationären Aufenthalt hatten, im Kanton Basel-Stadt tendenziell höher ist als andernorts (BS: 7,5% CH: 5,8%).

Abbildung 15 Anteil der Altersgruppe 81+ mit mindestens einem stationären Aufenthalt 2018 (Spital oder Pflegeheim)

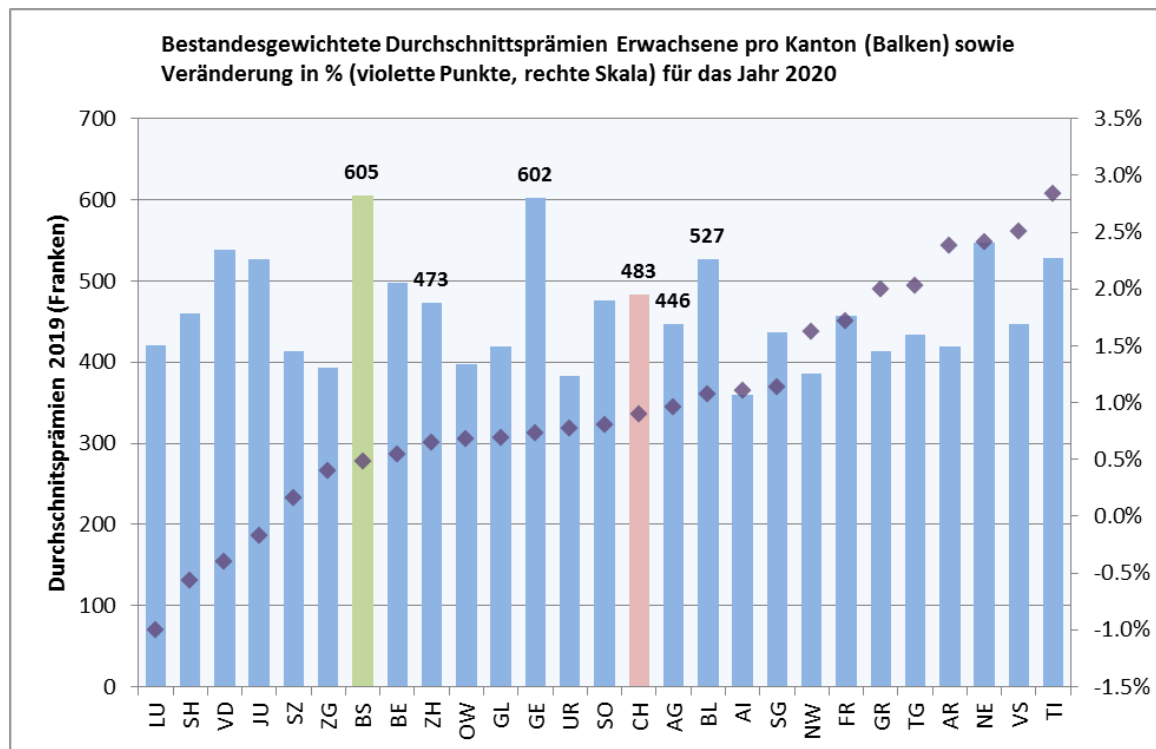


Quelle: Gemeinsame Einrichtung, Risikoausgleichsstatistik

5. Entwicklung der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt

5.1 Entwicklung der Referenzprämien

Abbildung 16 Durchschnittsprämien und Veränderung für das Jahr 2020



Quelle: BAG, OKP-Statistik

- Am 24. September 2019 hat das BAG die offiziellen Prämien für das Jahr 2020 kommuniziert: die bestandsgewichtete Referenzprämie (= sog. Standardprämie mit freier Arztwahl Franchise 300 Franken, inkl. Unfall) für den Kanton Basel-Stadt liegt im kommenden Jahr bei 605 Franken (Abbildung 16). Dies entspricht einer Erhöhung von 0,5% gegenüber 2019 und leicht unter der gesamtschweizerischen Entwicklung (0,9%).
- Zwischen 2014 und 2020 ist die Standardprämie für Erwachsene um 2,8% pro Jahr gestiegen; Für Kinder betrug der Anstieg 3,0%. Für Jugendliche bzw. junge Erwachsene ist Monatsprämie in dieser Zeit um 0,5% zurückgegangen (vgl. Tabelle A 12 im Anhang).
- Durch die Umsetzung der neuen Bestimmungen zur Entlastung der Versicherer beim Risikoausgleich für junge Erwachsene (Art. 16a Abs. 1 KVG) sind die Prämien in dieser Alterskategorie für die Jahre 2019 und 2020 gesunken. Neu müssen die Versicherer auch für junge Erwachsene eine tiefere Prämie festsetzen als für erwachsene Versicherte. Zusätzlich muss die Prämie für Kinder tiefer sein als diejenige für junge Erwachsene. Die Kompensation erfolgte mittels einer leicht erhöhten Prämie für erwachsene Versicherte.
- Die Prämien im Kanton Basel-Stadt bleiben nach wie vor die höchsten. Aufgrund der unterdurchschnittlichen Entwicklung der letzten Jahre hat sich die Differenz zu den nachfolgenden Kantonen jedoch verringert (z.B. Kanton Genf 602 Franken).

5.2 Entwicklung der mittleren Prämien

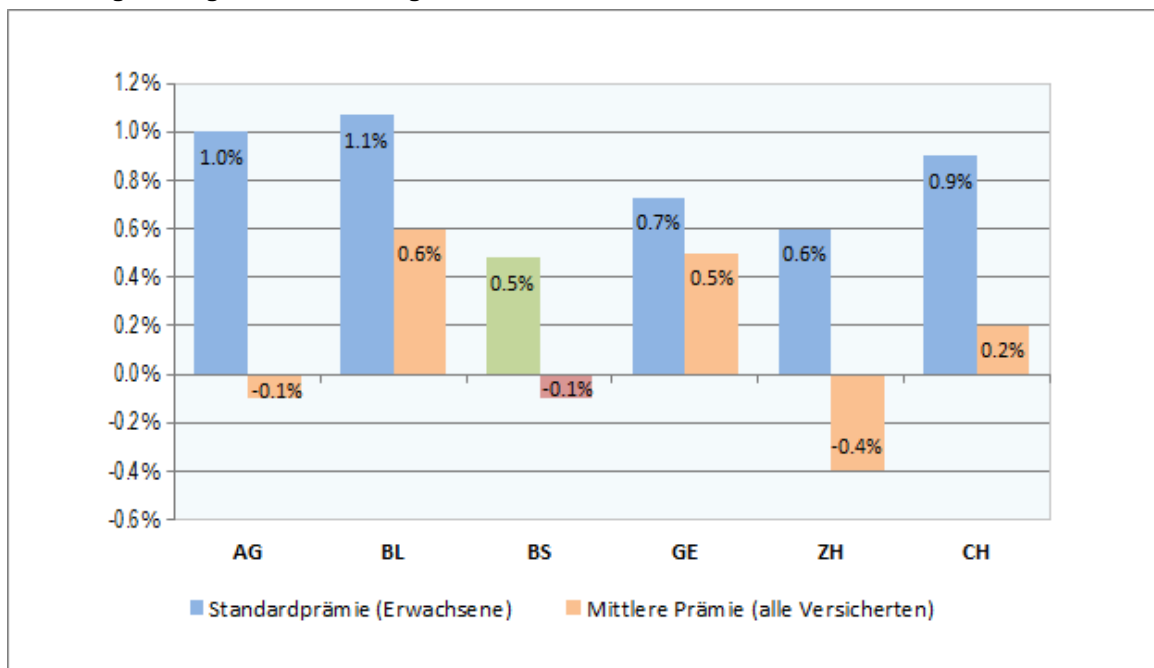
Seit 2018 weist das BAG als wichtigste Kennzahl nicht mehr die Standardprämie als Referenz aus sondern den gewichteten Durchschnitt über sämtliche Versicherungsmodelle und Franchise-stufen (sog. „Mittlere Prämie“)¹³.

Die mittlere Prämie entspricht dem gesamten Prämienvolumen („Prämienoll“) geteilt durch die Anzahl Versicherte. Dazu verwendet das BAG die von den Versicherern geschätzte Verteilung aller Krankenversicherten auf die verschiedenen Prämien. Sie ist aus den folgenden Gründen niedriger als die durchschnittliche Standardprämie:

- Versicherungen mit Wahlfranchise sowie mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers sind preiswerter und werden bei der mittleren Prämie berücksichtigt.
- Der Prämienanteil für die Unfaldeckung wird bei der mittleren Prämie nur für diejenigen eingerechnet, die die Unfaldeckung einschliessen.
- Kinder und junge Erwachsene bezahlen weniger als Erwachsene und sind in der mittleren Prämie enthalten, während sich die Standardprämie nur auf Erwachsene bezieht.

Im Kanton Basel-Stadt dürfte die mittlere Prämie von 2019 auf 2020 um 0,1% sinken, während sie im gesamtschweizerischen Durchschnitt leicht steigt (+0,2%). Da die Erwartungen in Bezug auf die wechselwilligen Versicherten in den verschiedenen Kantonen voneinander abweichen können, besteht nicht unbedingt ein linearer Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Standard- und der mittleren Prämien (vgl. Abbildung 17)

Abbildung 17 Vergleich Entwicklung Standard- und mittlere Prämien von 2019 auf 2020



Für die Jahre 2014 bis 2018 betrug die *mittlere* jährliche Prämienentwicklung für den Kanton Basel-Stadt 3,6%, während die *durchschnittliche* Entwicklung der Referenzprämien für Erwachsene im selben Zeitraum bei 4,1% lag. Die Differenz erklärt sich durch den Wechsel eines Teils der Versicherten in höhere Franchise- oder besondere Versicherungsmodelle mit tieferen Prämien (dafür höheren Kostenbeteiligungen oder besonderen Auflagen beim Arztbesuch).

¹³ Für die Berechnung der Ergänzungsleistungen und Prämienverbilligungen bleibt jedoch die Standardprämie massgebend.

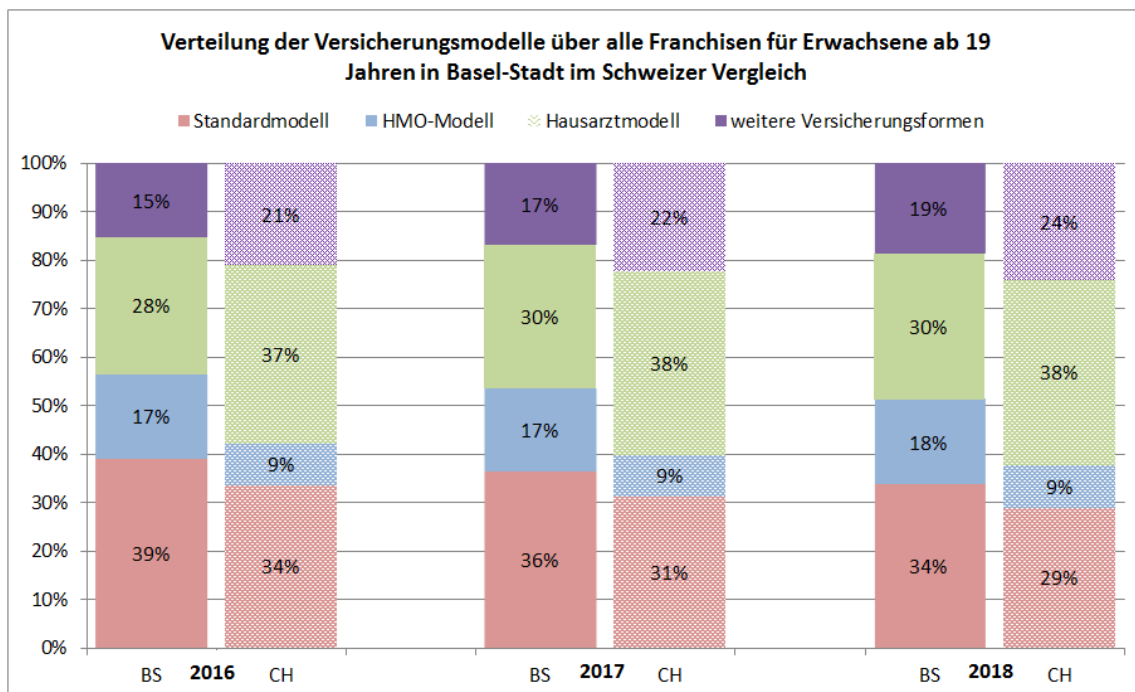
5.3 Alternative Versicherungsmodelle

In Bezug auf die Kostenentwicklung wird seit mehreren Jahren auf die Problematik der unkoordinierten Behandlungsführung hingewiesen, die insb. aufgrund von unnötigen Mehrfachuntersuchungen kostentreibend wirkt. Man geht davon aus, dass eine stärkere Steuerung über sogenannte integrierte (bzw. „koordinierte“) Versorgungsmodelle hier einen bedeutenden kostendämmenden Effekt entfalten könnte, insbesondere bei der Behandlung von chronischen und multimorbiden Patienten.

Im Rahmen der OKP werden verschiedene „besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer“ angeboten (Art. 41 Abs. 4 bzw. Art. 62 KVG), wobei das beliebteste das sogenannte Hausarztmodell ist. Daneben existieren auch weitere besondere Versicherungsformen, wie das HMO-Modell oder die telefonische Triage (z.B. „TelMed“), welche gegenüber dem Hausarztmodell für den Versicherten höhere oder tiefere Auflagen in Bezug auf seine Wahlfreiheit implizieren. Üblicherweise gilt: je eingeschränkter die Wahlfreiheit, desto höher der Prämienrabatt, wobei dieser maximal auf 20% der ordentlichen Prämie für dieselbe Franchisestufe begrenzt ist (Art. 101 KVV). Höhere Rabatte können nur gewährt werden, wenn diese auf risikobereinigten Erfahrungszahlen über mindestens fünf Rechnungsjahre beruhen.

Abbildung 18 zeigt die Verteilung der Versicherten im Kanton Basel-Stadt auf die alternativen Versicherungsmodelle. Gegenüber dem schweizweiten Durchschnitt haben die baselstädtischen Versicherten einen höheren Anteil Versicherten im Standard- aber auch im HMO-Modell, während tendenziell weniger Versicherte in Hausarzt- und anderen Modellen versichert sind. Im Kanton Basel-Stadt, wie auch gesamtschweizerisch entwickelt sich der Trend aber immer mehr in Richtung besondere Versicherungsformen. 2018 haben bereits zwei Drittel der Versicherten ein alternatives Versicherungsmodell gewählt (CH: 71%).

Abbildung 18 Besondere Versicherungsformen in der OKP



Quelle: BAG, OKP-Statistik

6. Entwicklung der Gesundheitskosten in der Rechnung des Kantons Basel-Stadt

6.1 Transferaufwand für die Spitalfinanzierung

Die Gesamtbelastung der Staatsrechnung des Kantons Basel-Stadt durch die Beiträge an die Spitalfinanzierung konnte in den vergangenen fünf Jahren kontinuierlich reduziert werden. Einem moderaten Wachstum beim Kantonsanteil für stationäre Behandlungen (durchschnittlich 1,5% pro Jahr zwischen 2014 und 2018) stand die deutliche Senkung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen gegenüber. Gesamthaft gesehen resultierte daraus eine durchschnittliche Entlastung des Transferaufwands für die Spitalfinanzierung um 1,5% pro Jahr seit 2014.

Tabelle 10: Transferaufwand Spitalfinanzierung (Kantonsbeitrag Behandlung und Gemeinwirtschaftliche Leistungen)

Transferaufwand Spitalfinanzierung	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Kantonsanteil stationäre Behandlung in 1'000 Franken	275'099	282'282	283'841	289'344	292'230	-
Veränderung	2.1%	2.6%	0.6%	1.9%	1.0%	1.5%
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler in 1'000 Fr.	99'401	95'944	69'540	68'929	60'191	-
Veränderung	-7.8%	-3.5%	-27.5%	-0.9%	-12.7%	-11.8%
Total	374'501	378'226	353'381	358'273	352'421	-
Veränderung	-0.8%	1.0%	-6.6%	1.4%	-1.6%	-1.5%

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

6.1.1 Stationäre Behandlungen

- Während die von den Versicherern ausgewiesenen OKP-Bruttoleistungen (gesamt) im stationären Spitalbereich für den Kanton Basel-Stadt im Zeitraum 2014–2018 weitgehend stabil geblieben sind (2014: 221,6 Mio. Franken, 2018: 220,6 Mio. Franken; vgl. Tabelle A 2 im Anhang)¹⁴ sind die entsprechenden Kantonsbeiträge in der gleichen Zeitperiode leicht gestiegen, wie die obige Tabelle 10 zeigt (2014: 275,1 Mio. Franken, 2018: 292,2 Mio. Franken).
- Die genaue Ursache für die leichte Abweichung ist nicht restlos geklärt, da die Rechnungen der einzelnen Versicherer nicht im Detail bekannt sind. Jedoch liegt die Vermutung nahe, dass es sich um Unterschiede in den Abgrenzungen der Rechnungsperioden und Rückabwicklungen für den Zeitraum vor 2014 handelt, als die Einführung der neuen Spitalfinanzierung zu grösseren Verzögerungen bei der Rechnungsstellung geführt hatte. Diese wurden nachträglich und rückwirkend verrechnet.
- Darüber hinaus hat die Anpassung des Kostenteilers im Kanton Basel-Stadt von 55% auf 56% im Jahr 2016 für eine entsprechende zusätzliche Belastung der Staatsrechnung und Entlastung der Versicherer geführt, die sich im Rückgang von 2,5% bei den stationären Bruttoleistungen zeigen (vgl. Tabelle A 2 im Anhang).
- In Bezug auf die Anzahl der stationären Fälle von baselstädtischen Patientinnen und Patienten sind diese zwischen 2014 und 2018 ebenfalls nahezu stabil geblieben (2014: 42'576 Fälle; 2018: 43'244 Fälle, wovon 89% innerkantonal)¹⁵, wobei ein sichtbarer Rückgang zwischen 2017 und 2018 zu verzeichnen war, der insbesondere mit der neuen AVOS-Regelung zusammenhängen dürfte¹⁶.

¹⁴ Zu beachten ist, dass sich der in Kapitel 3.3.1 dargelegte stärkere Rückgang auf die Bruttoleistungen *pro versicherte Person* bezieht. Zwischen 2014 und 2018 hat der Versichertenbestand im Kanton BS um rund 2,5% zugenommen.

¹⁵ Quelle: Gesundheitsversorgungsbericht 2018

¹⁶ Vgl. Kapitel 7.3.2 (Versorgungsmonitoring).

6.1.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Die Staatsbeiträge zur Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden mittels Rahmenausgabenbewilligungen (RAB) für die baselstädtischen Spitäler und für das universitäre Kinderspital beider Basel (UKBB) alle 3 Jahre vom Grossen Rat genehmigt.

Für die Periode 2016–2018 betrug die RAB für die rein baselstädtischen Spitäler rund 62,7 Mio. und für das UKBB 6,4 Mio., insgesamt also 69,1 Mio. Franken.

Diese Beträge wurden in den Jahren 2016 (69,5 Mio.) und 2017 (68,9 Mio.) weitgehend ausgeschöpft, während im Jahr 2018 aufgrund von notwendig gewordenen Rückforderungen für zu viel abgerechnete Leistungen in den Vorjahren nur noch rund 60 Mio. effektiv ausbezahlt wurden.

Insgesamt sind seit dem Jahr 2014 die GWL-Ausgaben von 99,4 Mio. Franken auf 60,2 Mio. Franken (- 39,2 Mio. Franken bzw. 39.4%) reduziert worden. Diese Entlastung kam im Wesentlichen durch zwei Faktoren zustande:

- Durch die degressive Ausgestaltung der Beiträge an die ungedeckten Kosten der Spitalambulatorien der öffentlichen Spitäler in den Jahren 2013–2016.
- Durch die Reduktion des Staatsbeitrags an die ungedeckten Kosten der universitären Lehre und Forschung seit 2013 auf 37,2 Mio. Franken ab dem Jahr 2016.

Im Gegenzug wurde im Jahr 2016 beim Universitätsspital Basel eine Anhebung des Basispreises (sog. Baserate) um 300 Franken notwendig, um die sachgerechte Verrechenbarkeit der KVG-pflichtigen Leistungen sicherzustellen. Damit diese Kostenumlagerung nicht zu einer zusätzlichen Belastung der Prämienzahlenden führte, hat der Regierungsrat den Vergütungsteiler gemäss Art. 49a KVG um einen Prozentpunkt erhöht (Kanton 56%, Krankenversicherung 44%). Dies führt zu einer dauerhaften Erhöhung des Kantonsanteils um rund 5,0 Mio. Franken jährlich.

Am 20. Dezember 2018 bzw. am 9. Januar 2019 hat der Grosse Rat die Ratschläge des Regierungsrats für die RAB für die Jahre 2019–2021 für gemeinwirtschaftliche und ungedeckten Leistungen in den baselstädtischen Spitälern sowie im UKBB behandelt und den Anträgen zugestimmt. Die RAB sehen einerseits eine leichte Senkung der GWL bei den BS-Spitälern auf nunmehr 58,7 Mio. Franken pro Jahr vor, jedoch eine Erhöhung auf 7,1 Mio. Franken im UKBB.

6.2 Transferaufwand für die Langzeitpflege

Der Transferaufwand für die nicht finanzierten Leistungen der Langzeitpflege (Restfinanzierung) im Zeitraum 2014–2018 ist im Kanton Basel-Stadt durchschnittlich um 3,5% jährlich gestiegen. Besonders ausgeprägt war der Anstieg bei den Pflegeheimen, während sich die Restfinanzierung für Spitex-Leistungen etwas moderater entwickelt hat. Umgekehrt sind die Beiträge für die „ambulante Langzeitpflege“, welche die Unterstützung der Tagespflegeheime, den Leistungsauftrag für Hauswirtschaft der Spitex Basel sowie die Beiträge an die Angehörigenpflege zu Hause umfassen, in der gleichen Periode deutlich zurückgegangen (vgl. Tabelle 11 nachstehend). Dies insbesondere aufgrund der geringeren Inanspruchnahme der Tagesstrukturen. Gesamthaft belastete der Transferaufwand für die Langzeitpflege im Jahr 2018 die Staatsrechnung des Kantons um rund 63,3 Mio. Franken.

6.2.1 Restfinanzierung Pflegeheime

Tabelle 11: Transferaufwand Langzeitpflege

Transferaufwand Langzeitpflege	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Restfinanzierung Pflegeheime in 1'000 Franken	33'164	34'826	37'251	37'531	40'203	-
<i>Veränderung</i>	-0.9%	5.0%	7.0%	0.8%	7.1%	4.9%
Restfinanzierung Spitex in 1'000 Franken	13'841	14'550	15'743	16'615	15'958	-
<i>Veränderung</i>	7.9%	5.1%	8.2%	5.5%	-4.0%	3.6%
Beiträge ambulante Langzeitpflege (1) in 1'000 Franken	8'071	8'234	8'268	7'609	7'132	-
<i>Veränderung</i>	-12.5%	2.0%	0.4%	-8.0%	-6.3%	-3.0%
Total	55'076	57'610	61'262	61'755	63'293	-
<i>Veränderung</i>	-0.8%	4.6%	6.3%	0.8%		3.5%

(1) Beiträge Pflege zu Hause, Tagespflegeheime, HW Spitex Basel

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

- Zwischen 2014 und 2018 hat die kantonale Restfinanzierung zugunsten der Pflegeheime von rund 33 Mio. auf 40 Mio. Franken (bzw. um ca. 20%) zugenommen. Wie in Kapitel 3.3.2 dargestellt, ist ein bedeutender Teil dieser Zunahme einerseits mit den zu tief festgelegten Pflegebeiträgen in der OKP und andererseits mit dem Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts betreffend MiGeL zu erklären. Insbesondere ist der markante Anstieg von 7,1% im Jahr 2018 dem Rückgang um 12,6% bei den Pflegeheimleistungen in der OKP im selben Jahr gegenüberzustellen.
- Der Regierungsrat hat mit dem Verband der gemeinnützigen Basler Alterspflegeheimen (VAP bzw. seit Mitte 2017 neu Curaviva Basel-Stadt) einen Pflegeheim-Rahmenvertrag für die Jahre 2017 bis 2021 abgeschlossen, in welchem der allgemeine Leistungsauftrag der Vertragsheime, die Qualitätssicherung, die Tagestaxen, die einheitliche Rechnungslegung der Vertragsheime sowie die allgemein gültigen Vertragsbestimmungen geregelt werden. Neu wurde unter anderem eine Taxanpassung der Pflorgetaxe zur leistungsorientierten verursachergerechten Abbildung der Pflegekosten (Neukalibrierung RAI-Index, welcher insbesondere demenzielle Erkrankungen besser abbildet) und die Umsetzung des dritten Anhebungsschrittes der Liegenschaftstaxen zur Umsetzung des vom Regierungsrat beschlossenen Systemwechsels in der Liegenschaftsfinanzierung vereinbart¹⁷.

6.2.2 Restfinanzierung Spitex

- Während die Beiträge an die Spitex in den Jahren 2014 bis 2017 zum Teil noch stärker gestiegen sind als die Pflegeheimbeiträge war im Jahr 2018 ein Rückgang zu verzeichnen, wobei sich der Aufwand um 4% vermindert hat. Diese Entwicklung ist noch ausgeprägter als der Rückgang der Spitex-Leistungen in der OKP, der schon in Kapitel 3.3.2 beschrieben wurde.
- Zu diesem Ergebnis beigetragen hat sicherlich der Umstand, dass die Spitex-Anbieter seit dem 1. Januar 2018 zur elektronischen Rechnungsstellung verpflichtet sind. Dadurch wurde eine systematische Überprüfung der Abrechnungsregeln und Rechnungsbeträge durch das zuständige Departement ermöglicht. Wie im stationären Bereich erfolgt die Rechnungsprüfung nun in einem ersten Schritt durch eine automatisierte Plausibilisierung und bei festgestellten Unstimmigkeiten durch eine manuelle Nachprüfung.
- Gesamthaft hat der Transferaufwand für die Spitex-Restfinanzierung zwischen 2014 und 2018 um rund 2 Mio. Franken bzw. 15% zugenommen.

¹⁷ RRB Nr. 13/37/14 vom 10. Dezember 2013.

7. Kantonale Massnahmen zur Qualitätssicherung und Kostendämpfung

7.1 Prävention und Gesundheitsförderung

7.1.1 Nicht-übertragbare Krankheiten (NCDs)

Die präventiven Bemühungen des Kantons Basel-Stadt orientieren sich an der nationalen Strategie der Nichtübertragbaren Krankheiten, kurz NCD-Strategie. In Zusammenarbeit mit den verschiedenen nationalen Partnern werden kantonale Präventionsprogramme unterhalten und stetig weiterentwickelt. Neben Projekten und Angeboten wie Präventionsworkshops, Weiterbildungen, Beratungen, Kursen und Verhältnisprävention, wird ein Schwerpunkt auf eine optimale kantonale und nationale Vernetzung und auf Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Nachfolgend werden die Aktivitäten anhand zweier Präventionsprogramme beispielhaft beschrieben.

a) Prävention in der Gesundheitsversorgung – Projekt „SomPsyNet“

Seit 2019 läuft das Projekt „SomPsyNet“, welches das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt zusammen mit dem Universitätsspital Basel, dem Bethesda Spital, Felix Platter-Spital, St. Claraspital und einem Konsortium bestehend aus ca. 20 weiteren Partnern umsetzt. SomPsyNet möchte im Kanton Basel-Stadt unter Einbezug der gesamten Versorgungskette ein Modell zur Prävention psychosozialer Belastungsfolgen etablieren. Dieses Versorgungsmodell sieht die frühzeitige Erkennung und bedarfsgerechte Behandlung von psychischen Störungen/Belastungen bei somatischen Patienten vor. Hierzu werden zunächst Risikopatienten unter Nutzung eines Screenings identifiziert. Es folgt eine bedarfsorientierte Abklärung, gegebenenfalls unter Beteiligung des psychosomatischen Konsiliar- und Liaison-Dienstes. Mit Hilfe einer Online-Plattform, welche verfügbare Angebote vernetzt und Schweregrad gestuft koordiniert, werden geeignete Interventionen vermittelt. Finanziert wird SomPsyNet von 2019 bis 2022 im Wesentlichen durch Gesundheitsförderung Schweiz.

Mit SomPsyNet verfolgt der Kanton Basel-Stadt im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung folgende Hauptziele: Patientenbezogen soll die Lebensqualität verbessert werden. Systembezogen will das Netzwerk Schnittstellen verbessern und Kosten senken.

Aktuell steht das Projekt mitten in den Vorbereitungen und Detailplanungen. Das Konsortium stellt sich zusammen, das zweistufige Screening und die folgenden Interventionen sowie die Online-Plattform werden ausgearbeitet, die umfassende Evaluation wird konzipiert. Ende 2019/Anfang 2020 wird das beteiligte Personal in den Spitälern geschult. Im 1. Quartal 2020 sollen die ersten Patienten im Rahmen des Versorgungsmodells betreut werden. Es folgt eine gestaffelte Einführung auf den ausgewählten Stationen der beteiligten Spitäler. Der Zeitplan sieht die Erstellung eines Strategiepapiers bis Ende 2021 vor, welches die Finanzierung ab 2023 bzw. nach Ablauf der Förderung von Gesundheitsförderung Schweiz sicherstellen soll.

b) Kantonales Aktionsprogramm Bewegung und Ernährung

Das Kantonale Aktionsprogramm (KAP) für Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen wurde im Jahr 2007 ins Leben gerufen. Aktuell steht die dritte Staffel, welche vier Jahre andauert, vor dem Abschluss. Ein Antrag auf Verlängerung ist bereits eingereicht und von Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) genehmigt worden. Es ist vorgesehen, nach der einjährigen Verlängerung, erneut eine vierjährige Staffel durchzuführen.

Das Aktionsprogramm für Ernährung und Bewegung ist mittlerweile ein gut vernetztes und hoch angesehenes Programm. Die zahlreichen Projekte geniessen sowohl verwaltungsintern als auch kantonale und überkantonale eine grosse Anerkennung. Der Erfolg wird insbesondere darauf zurückgeführt, dass ein Grossteil der Projekte vom Gesundheitsdepartement geleitet wird und die von externen Partnern durchgeführten Projekte eng betreut werden. Dies ist nicht zuletzt dank

der zur Verfügung stehenden Personalmittel aus der Kooperation mit GFCH möglich. Ein weiterer Faktor ist ein konsequenter Einbezug von allfälligen Stakeholdern bei der Entwicklung, aber auch der Evaluation und Weiterentwicklung von Projekten. Schöne Beispiele hierfür sind die Kooperation mit dem Erziehungsdepartement, insbesondere mit den Schulleitungen, bei der Bewerbung von «Bodytalk» oder die intensivierete Zusammenarbeit mit der Fachstelle Tagesbetreuung bei der Rekrutierung von Kitas für «Auf in den Wald».

Weiter erhebt das Gesundheitsdepartement systematisch Daten, welche zum Ziel haben, den aktuellen Gesundheitszustand der Basler Bevölkerung zu überprüfen und bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln. Ein Beispiel für die systematische Datenerhebung ist die Erhebung der Gewichtsdaten der Kinder im ersten Kindergarten, der dritten und der neunten Klasse, welche seit dem Schuljahr 1979/1980 erhoben werden <http://www.statistik.bs.ch/zahlen/tabellen/14-gesundheit/praevention.html>. Der Kanton Basel-Stadt beteiligt sich dabei seit einigen Jahren am Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Im Schuljahr 2017/18 waren 17,3% aller Schüler/innen übergewichtig oder adipös. Rund ein Viertel dieser Kinder (4,1%) war adipös. Im Vergleich mit der ersten Erhebung im Schuljahr 2005/06 hat sich der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher um 2,6% verringert.

7.1.2 Krebsfrüherkennung

a) Systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge¹⁸

Brustkrebs ist die häufigste Krebskrankheit bei Frauen in der Schweiz; er stellt annähernd eine von drei Krebsneuerkrankungen und nahezu einen von fünf Todesfällen in Zusammenhang mit Krebs dar. Acht von zehn betroffenen Frauen sind dabei älter als 50 Jahre. Die Mammografie ist die am besten geeignete Methode zur Früherkennung von Brustkrebs. Im Rahmen des kantonalen systematischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes können deshalb seit dem Jahr 2014 alle in Basel-Stadt wohnhaften Frauen im Alter von 50–69 Jahren – seit August 2016 bis 74 Jahre – alle zwei Jahre freiwillig eine Mammografie zu Lasten der Krankenkasse durchführen lassen. Mit der Durchführung des Programms ist die Krebsliga beider Basel betraut, die das Projekt in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt realisiert hat. Der Kanton Basel-Stadt beteiligt sich an den Programmkosten mit einem Betrag von jährlich 500'000 Franken.

Zielsetzung

Das ganzheitliche und qualitätskontrollierte Programm zur systematischen Screening-Mammografie verfolgt folgende Ziele:

- Möglichst frühe Entdeckung von Brustkrebs, da eine frühe Erkennung die Heilungschancen verbessert und eine schonende Behandlung ermöglicht;
- Zugang für alle Frauen aus allen sozialen Schichten;
- Laufende Optimierung der Qualität in der Befundung;
- Kosteneinsparung im Gegensatz zum unsystematischen Screening;
- Jährliche Steigerung der Anzahl teilnehmender Frauen.

Seit dem Start des Programms wird der Einladungsbrief mit einem Gesundheitsfragebogen und einem Informationsflyer in acht Sprachen versandt. Die ersten Einladungen zur Teilnahme am Programm erfolgten im Juli 2014 und die Teilnahmequote betrug bis am 31. Juli 2018 42%.

Wirkungen

In der Tabelle der Verlaufs- und Wirkungsindikatoren werden die Ergebnisse des Basler Brustkrebsfrüherkennungsprogramms von August 2016 bis Juli 2018 dargestellt.

¹⁸ Näheres zum Programm, seinen Inhalten und Angeboten findet sich auf der Homepage: www.klbb.ch/de/mammografie_screening_kanton_basel_stadt/. Daneben nimmt der Regierungsrat in seiner Antwort vom 9. Januar 2019 auf die schriftliche Anfrage Sarah Wyss betreffend «Mammografie Screening Programm Kanton Basel-Stadt» Stellung zu einer Reihe von detaillierten Fragen zum Programm. (GD/P 185348).

Die Ergebnisse des Basler Brustkrebs-Früherkennungsprogramm zeigen auf, dass von den total 9'336 Teilnehmerinnen 10,7 % weiter abgeklärt wurden und total 89 Frauen (9,5‰) einen positiven Befund erhalten haben.

Tabelle 12 Ergebnisse Basler Brustkrebs-Früherkennungsprogramm 2016 – 2018 und Referenzwerte der EU-Leitlinien

Parameter	Gesamtzahl	Anteil/Verhältnis	Referenzwerte EU-Leitlinien (Erstuntersuchung)
Einladung			
Einladungen gesamt/effektive Einladungen*	27 706 / 22 039	100%	
Teilnehmerinnen**	9 333	42%	> 70%
Erstmalige Mammografie überhaupt	2 550	27%	
Untersuchung			
Fälle in den Konsensus-konferenzen	1 867	20%	
Indikationen zur Abklärung	996	10.7%	≤ 7%
Nachweis von Brustkrebs			
Entdeckter Brustkrebs**	89	9,5‰	
In-situ-Karzinome (DCIS)	21	24%	> 15%
Invasive Karzinome	68	76%	

* Effektive Einladungen: Für den Untersuchungszeitraum 1. August 2016 bis 31. Juli 2018 wurde die Gesamtzahl der Einladungen aus folgenden Gründen um 5'667 gekürzt: ungültige Adressen, verstorbene Frauen, definitive Ablehnungen, Mammografien ausserhalb des Programms und Kantonswechsel.

** Teilnehmerinnen werden gezählt, wenn die Mammografien im Untersuchungszeitraum erfolgten. Untersuchungszeitraum: 1. August 2016 bis 31. Juli 2018.

Quelle: Kantonales Brustkrebs-Früherkennungsprogramm, Report 2018, Krebsliga Beider Basel, online abrufbar (Tabellenauszug, eigene Formatierung)

b) Kantonales Darmkrebs-Vorsorgeprogramm

In Ergänzung zum kantonalen Mammografie-Screening-Programm wird ab 2020 das Dickdarmkrebs-Vorsorgeprogramm operativ starten. Die Krebsliga beider Basel ist mit dem Aufbau und der Durchführung des Programmes betraut, welches sich an Frauen und Männer vom 50. bis zum 69. Lebensjahr richtet mit dem Ziel, die Entstehung von Dickdarmkrebs zu vermeiden bzw. eine Krebserkrankung möglichst früh zu entdecken. Im Rahmen des Darmkrebs-Vorsorgeprogramms sollen im Kanton Basel-Stadt über einen Zeitraum von fünf Jahren rund 52'000 Männer und Frauen zur freiwilligen Teilnahme eingeladen werden. Der Kanton Basel-Stadt beteiligt sich an den Programmkosten mit Ausgaben in der Höhe von maximal 320'000 Franken für das Jahr 2019 und für die Folgejahre in der Höhe von jährlich 200'000 Franken.

7.2 Gesundheitsschutz

7.2.1 Kantonale Impfprogramme

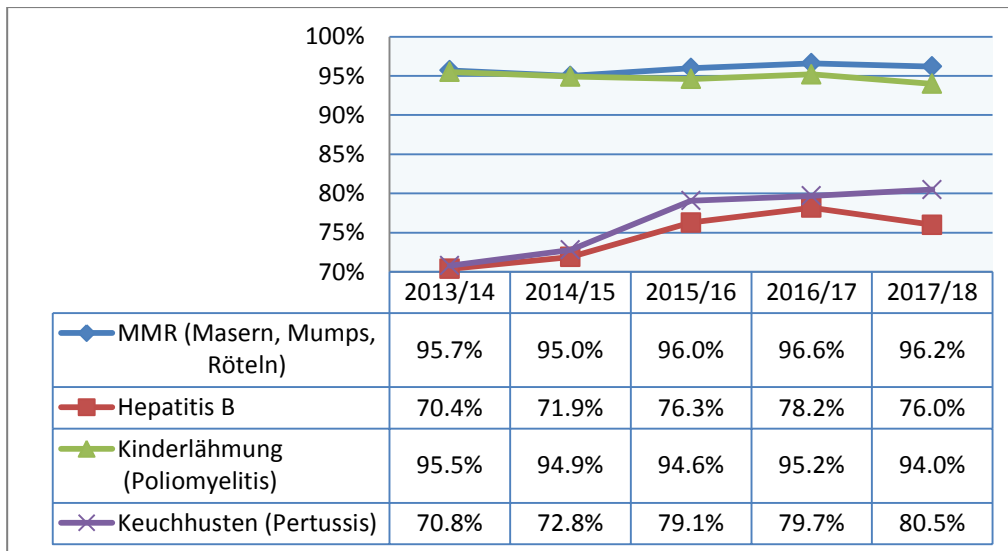
Impfungen gehören zu den wirksamsten und kostengünstigsten medizinischen Gesundheitsinterventionen und damit zu den wichtigsten Präventionsmassnahmen zur Bekämpfung von Infekti-

onskrankheiten. Der Kanton kann die Inanspruchnahme von Impfungen insbesondere mit niederschweligen Impfangeboten aktiv unterstützen. Aus diesem Grund hat sich das Gesundheitsdepartement auch im Jahr 2018 wesentlich an der weiteren Umsetzung der Nationalen Strategie zu Impfungen beteiligt.

a) Kantonales Impfprogramm bei Schulkindern

Die Durchimpfungsraten der baselstädtischen Kinder und Jugendlichen liegen Dank der Kombination von privatärztlichen und schulärztlichen Impfungen über den nationalen Werten. Jedes Jahr werden im Rahmen von schulärztlichen Untersuchungen oder Impfkationen auf vier Klassenstufen die Impfausweise kontrolliert, mit dem Ziel noch vorhandene Impflücken zu erfassen und zu schliessen. So hat der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im 2018 bei 4'999 Schülerinnen und Schülern den Impfstatus überprüft, Impfpfehlungen an die Eltern abgegeben und selber 1'836 indizierte und gewünschte Impfungen gemacht. Die gemäss Epidemiengesetz und der Nationalen Strategie zu Impfung geforderten flächendeckenden, niederschweligen Impfstatuskontrollen und Impfangebote sind in Basel-Stadt bei den Schulkindern im Rahmen des kantonalen schulärztlichen Impfprogramms seit Jahren gut etabliert. Zudem wird die wöchentliche Impfsprechstunde des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes für Jugendliche und junge Erwachsene rege genutzt.

Abbildung 19 Kantonale Durchimpfungsraten bei 13- und 14-Jährigen



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Die wichtigsten Durchimpfungsraten bei den 13- und 14-Jährigen in Basel-Stadt werden in der vorgehenden Abbildung 19 dargestellt. Obwohl die Durchimpfungsraten im nationalen Vergleich hoch sind und z.B. bei der Masernimpfung der für die Elimination erforderliche Wert in Basel-Stadt erreicht wird, ist das Potenzial an Massnahmen zur Verhinderung impfverhütbarer Erkrankungen noch nicht genügend ausgeschöpft, insbesondere auch im Erwachsenenbereich, wo es keine systematischen Impfstatuskontrollen oder Erhebungen von Durchimpfungsraten gibt.

b) Impfprogramm im Erwachsenenbereich

Im Rahmen des Aktionsplans der Nationalen Strategie zu Impfungen soll die Bevölkerung auch durch nichtärztliche Gesundheitsberufe vermehrt und einfacheren Zugang zu Impfinformationen und Impfangeboten erhalten. Neu gibt es seit dem 1. Mai 2018 im Erwachsenenalter ein niederschwelliges Impfangebot in den basel-städtischen Apotheken. In diesen dürfen an Personen ab 18 Jahren Impfungen gegen die saisonale Grippe, FSME sowie gegen Hepatitis A, Hepatitis B sowie Hepatitis A + B vorgenommen werden. Dadurch sollen in Ergänzung zu den Impfungen in den privatärztlichen Praxen die Durchimpfungsraten in der erwachsenen Bevölkerung erhöht werden. Bis zum heutigen Zeitpunkt wird die Möglichkeit zu einer Impfung in 34 Apotheken in Basel-Stadt angeboten. Im Vergleich dazu bieten im Kanton Basel-Landschaft bisher 36 Apothe-

ken und im Kanton Solothurn 16 Apotheken diese Dienstleistung an. Im Kanton Aargau fehlt den Apothekern noch die rechtliche Grundlage zum Impfen.

7.3 Gesundheitsversorgung

7.3.1 Gemeinsame Gesundheitsregion

Die stationäre Versorgungsplanung wurde in der Region bisher von jedem Kanton separat durchgeführt. Mit dem am 10. Februar 2019 von der Bevölkerung der Kantone Basel-Stadt (BS) und Basel-Landschaft (BL) angenommenen Staatsvertrag zur Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung erhalten die beiden Kantone die Möglichkeit, die Versorgungsplanung gemeinsam durchzuführen. Im vergangenen Jahr haben das Amt für Gesundheit BL und das Gesundheitsdepartement BS die gemeinsamen Grundlagen für die Versorgungsplanung im gemeinsamen Gesundheitsraum (GGR) erarbeitet.

Abbildung 20 Zeitachse Versorgungsplanung GGR

Zeitachse seit Abstimmung vom 10. Februar 2019

bis Mitte 2019	<ul style="list-style-type: none">• Versorgungsplanungsbericht als Grundlage erarbeitet• Kriterien für die Aufnahme auf die Spitallisten erarbeitet• Verfahren zur Vergabe der Leistungsaufträge erarbeitet• Mitglieder der Fachkommission gewählt
bis Ende 2019	<ul style="list-style-type: none">• Start der Einbindung der Fachkommission• Start des Bewerbungsverfahrens zur Aufnahme auf die Spitallisten• Start Verfahren zur Vergabe der Leistungsaufträge• Wirkungsanalyse von Handlungsoptionen
bis Mitte 2020	<ul style="list-style-type: none">• Abschluss Evaluationsprozess für die Leistungsaufträge• Vernehmlassung der provisorischen gleichlautenden Spitallisten
Bis Ende 2020	<ul style="list-style-type: none">• Inkraftsetzung der Spitallisten 2021 durch die beiden Regierungen per 1. Januar 2021

Bisher wurden der Bedarf und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nur für die jeweilige kantonale Bevölkerung ermittelt. Die Datengrundlagen wurden mit Hilfe der Statistischen Ämter nun zusammengeführt. Darauf basierend wurde der Bedarf an akutstationären Leistungen für die kommenden Jahre ermittelt. Die Analysen werden in den kommenden Jahren auf die Inanspruchnahme von spitalambulanten, psychiatrischen und rehabilitativen Angebote ausgeweitet.

Am 4. September 2019 ist das Bewerbungsverfahren zur Aufnahme auf die gleichlautenden Spitallisten der beiden Kantone gestartet. Am 1. Januar 2021 werden die gleichlautenden Spitallisten in Kraft gesetzt (siehe Abbildung).

Was ist das Besondere an dem Verfahren? Erstmals wird kantonsübergreifend der Bedarf an somatischen stationären Leistungen für die Bevölkerung ermittelt. Die bisherige Leistungsanspruchnahme wird mit wissenschaftlichen Analysemethoden kritisch hinterfragt. Daraus resultiert, dass derzeit mindestens 4'000 Spitalaufenthalte der Bevölkerung des gemeinsamen Gesundheitsraums nicht durch die Bevölkerungsstruktur oder die Sozialstrukturen erklärbar sind. Es ist davon auszugehen, dass diese Überversorgung angebotsinduziert ist. Angebotsinduzierte Überversorgung trifft nur dann zu, wenn medizinische Leistungen erbracht werden, die entweder nicht notwendig sind oder mit weniger Ressourceneinsatz erbracht werden können. Mit der Umsetzung der gleichlautenden Spitallisten streben die beiden Kantone den Abbau dieser Überversorgung

an. Dies wird es ermöglichen, die Kosten in der somatischen Spitalversorgung um rund 38 Mio. Franken pro Jahr zu senken, was rund 3% der gesamten stationären Spitalkosten entspricht. Die Einsparungen werden sowohl die Krankenversicherer entlasten als auch die Ausgaben der Kantone für Spitalleistungen reduzieren. Viel wichtiger ist jedoch, dass jede medizinisch nicht notwendige Operation, welche nicht durchgeführt wird, Belastungen für die Patienten vermeidet.

7.3.2 Versorgungsmonitoring – Umsetzung der Regelung „ambulant vor stationär (AVOS)“ im Kanton Basel-Stadt

Hintergrund

Mit der Änderung der Verordnung vom 25. November 2008 über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO, SG 834.410) ist per 1. Juli 2018 eine Liste von 13 elektiven Untersuchungen und Behandlungen eingeführt worden, welche von den Spitälern künftig, ausser beim Vorliegen von speziellen Umständen, nur noch ambulant durchgeführt werden dürfen.

Das Ziel der Massnahme besteht darin, weniger schwerwiegende operative Eingriffe vermehrt in den kostengünstigeren ambulanten Bereich zu verlagern. Dies einerseits in Anwendung der WZW-Kriterien¹⁹, die für OKP-Pflichtleistungen gelten. Andererseits ist die Massnahme aber auch aus einer Perspektive des Patientenkomforts und -sicherheit angebracht, zumal die Gefahr von nosokomialen (im Spital erworbenen) Infektionen bei ambulanten Behandlungen gegenüber stationären Aufenthalten geringer ist.

Das EDI hat per 1. Januar 2019 eine Liste mit sechs Gruppen von operativen Eingriffen (6er Liste), die nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet werden, erstellt. Diese bundesrechtlich geregelten elektiven Eingriffe, welche gemäss der neuen Bestimmung der KLV ab 1. Januar 2019 schweizweit Geltung haben, sind in der umfangreicheren basel-städtischen 13er-Liste bereits enthalten²⁰.

Kostendämpfungspotenzial

Berechnungen des Gesundheitsdepartements, die im Vorfeld der Einführung von AVOS für das Jahr 2016 erstellt wurden, ergaben für die 13 Eingriffe ein Verlagerungspotenzial für die basel-städtische Wohnbevölkerung von rund 1'100 stationären Fällen pro Jahr. Dabei wird mit der 13er-Liste das jährliche Sparpotenzial für den Kanton Basel-Stadt auf rund 3,4 Mio. Franken beziffert. Im Gegenzug haben die Krankenversicherer bei einer vollen Verlagerung von 100% eine Mehrbelastung von 0,3 Mio. Franken zu tragen, was rund 0,033% des Prämienvolumens entspricht. Bei den Versicherern wurde vorsichtshalber bereits ein geringer Mehrbetrag durch die ambulante Nachversorgung bzw. -betreuung beim Arzt (u.a. Verbandwechsel) mitberücksichtigt. In Übereinstimmung mit weiteren Kantonen, in denen die AVOS-Regelung bereits eingeführt worden ist, wird davon ausgegangen, dass unter Berücksichtigung der festgelegten Ausnahmekriterien nur circa 50% der potenziell ambulanten Fälle vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden können. Für den Kanton Basel-Stadt ergibt sich daraus letztlich ein geschätztes jährliches Sparpotenzial von rund 1,7 Mio. Franken.

Die 13er-AVOS-Liste ist mit der KVO-Verordnungsänderung per 1. Juli 2018 in Kraft getreten. Unter Berücksichtigung des relativ engen Zeitrahmens und aus Rücksicht auf die notwendigen Prozessanpassungen in den Spitälern, wurde den Leistungserbringern nach dem Inkrafttreten der Verordnungsänderung eine Übergangsfrist von drei Monaten für die Umsetzung gewährt. Die Spitäler waren somit erst ab dem 1. Oktober 2018 verpflichtet, die gelisteten Eingriffe ambulant durchzuführen und stationäre Fälle der 13er-AVOS-Liste anhand des vom Gesundheitsdepartement vorgegebenen Kriterienrasters zu begründen.

¹⁹ Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

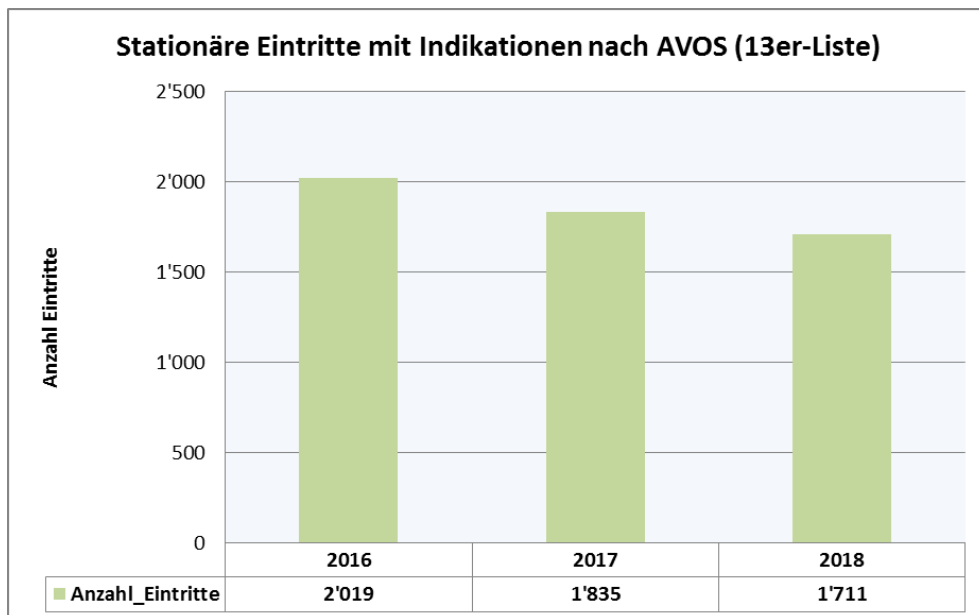
²⁰ Vgl. Kapitel 2.1.2.

Wirkungen

Für die Beurteilung der bereits eingetretenen und noch zu erwartenden Wirkungen werden die Jahre 2016 und 2017 als Baseline herangezogen. Gegenüber diesen beiden Jahren ist bei der basel-städtischen Wohnbevölkerung im Jahr 2018 die Anzahl der stationären Eintritte für einen Eingriff der 13er-AVOS-Liste um 308 (-15,3%) respektive 124 (-6,8%) Fälle zurückgegangen (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Dabei haben sich in diesem Zeitraum auch die Kantonsbeiträge für die stationären Eingriffe der 13er-AVOS-Liste um rund 890'000 Franken (-14,1%) respektive 264'000 Franken (-4,6%) verringert (vgl. Abbildung 22). Diese Rückgänge deuten darauf hin, dass im Jahr 2018 eine Verlagerung von den auf der 13er-AVOS-Liste aufgeführten Eingriffen vom stationären in den ambulanten Bereich stattgefunden hat.

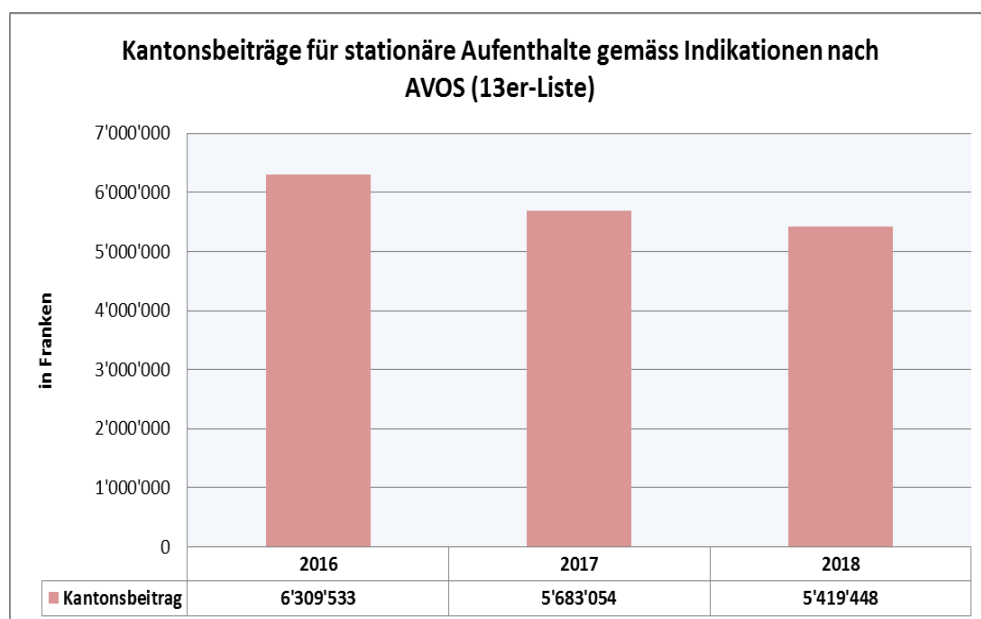
Da die Spitäler aufgrund der vom Gesundheitsdepartement gewährten dreimonatigen Übergangsfrist eigentlich erst ab dem 1. Oktober 2018 verpflichtet waren, die gelisteten Eingriffe ambulant durchzuführen und stationäre Fälle der 13er-AVOS-Liste zu begründen, ist zudem ein Vergleich zwischen den Zeiträumen Oktober 2016 bis Juni 2017 vor Einführung und Oktober 2018 bis Juni 2019 nach Einführung der AVOS-Liste sinnvoll. Dabei zeigt sich, dass die Anzahl der stationären Eintritte für einen Eingriff der 13er-AVOS-Liste nach Einführung der Liste um 158 (-10,5%) Fälle gesunken ist und sich die dafür geleisteten Kantonsbeiträge um rund 373'000 Franken (-8.0%) verringert haben.

Abbildung 21: Anzahl stationärer Eintritte der basel-städtischen Wohnbevölkerung für Eingriffe der 13er-AVOS-Liste in den Jahren 2016 bis 2018



Quelle: Stationäre SwissDRG-Abrechnungsdaten der basel-städtischen und ausserkantonalen Spitäler, Auswertung durch das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Abbildung 22: Kantonsbeiträge für die bei der basel-städtischen Wohnbevölkerung stationär durchgeführten Eingriffe der 13er-AVOS-Liste in den Jahren 2016 bis 2018



Quelle: Stationäre SwissDRG-Abrechnungsdaten der basel-städtischen und ausserkantonalen Spitäler, Auswertung durch das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Da sich die vom Gesundheitsdepartement definierte 13er-AVOS-Liste leicht von den Listen anderer Kantone, die ebenfalls die Regelung „ambulant vor stationär“ umsetzen, unterscheidet, ist ein kantonaler Vergleich bezüglich der bereits eingetretenen Verlagerungs- und Kosteneinspareffekte nur bedingt möglich.

Nachdem der Kanton Luzern per 1. Juli 2017 als erster Kanton in der Schweiz eine AVOS-Liste mit 12 Eingriffskategorien eingeführt hatte, ging in den ersten sechs Monaten nach der Einführung der Liste bei den definierten Gruppen die Zahl der stationären Behandlungen um 26% zurück. Dabei resultierte für den Kanton Luzern eine Nettoentlastung von rund 1,5 Mio. Franken. Dass damit der im Kanton Luzern initial beobachtete Verlagerungs- und Kosteneinspareffekt höher als im Kanton Basel-Stadt ausfällt, hängt insbesondere mit den relativ fallstarken und kostenintensiven Herzkatheteruntersuchungen zusammen, welche im Kanton Basel-Stadt von der AVOS-Regelung ausgenommen worden sind.

Im Rahmen des Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung (GGR), welcher am 10. Februar 2019 von der Bevölkerung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft angenommen worden ist, ist geplant, sowohl die vom Gesundheitsdepartement Basel-Stadt definierte 13er-AVOS-Liste als auch die von der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft eingeführte 6er-Liste per 1. Januar 2021 auf eine vereinheitlichte 16er-Liste zu erweitern. Durch diese Erweiterung werden zukünftig auch die kardiologischen Untersuchungsverfahren, der Herzschrittmacher inklusive Wechsel und die perkutane transluminale Angioplastik inklusive Ballondilatation auf die basel-städtische AVOS-Liste aufgenommen und somit ebenfalls unter die AVOS-Regelung fallen.

7.3.3 Ambulante Zulassungssteuerung

Mit der Steuerung der Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zulasten der OKP soll die Kostensteigerung im Gesundheitswesen eingedämmt werden. So belastet nach Angaben der Krankenversicherer jede neu eröffnete Arztpraxis die obligatorische Grundversicherung mit durchschnittlich 300'000 bis 500'000 Franken pro Jahr.

Der Kanton Basel-Stadt setzt die Zulassungseinschränkung seit dem 18. August 2013 gestützt auf Art. 55a KVG und die Verordnung vom 3. Juli 2013 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL, SG 832.103) mittels kantonaler Verordnung (Verordnung betreffend Vollzug der eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 13. August 2013, SG 310.500; Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung) um. Die ursprünglich bis 30. Juni 2019 befristete kantonale Verordnung wurde im Zuge der Verlängerung der Geltungsdauer der VEZL analog bis 30. Juni 2021 verlängert.

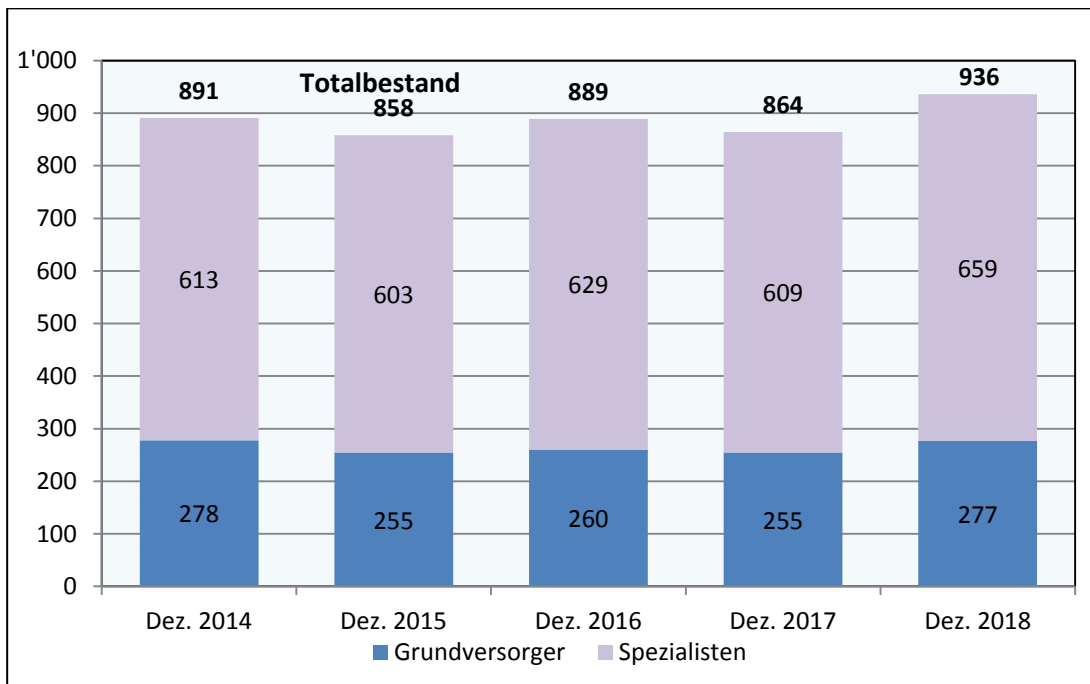
Für Grundversorger sieht die geltende kantonale Verordnung bezüglich Praxisnachweis seit dem 3. Juli 2016 neu eine Erleichterung vor. So sind Grundversorger, welche nachweislich mindestens ein Jahr an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, von der Zulassungseinschränkung ausgenommen. Dabei handelt es sich gemäss § 2a der Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung um folgende Weiterbildungstitel:

- a) Allgemeine Innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel;
- b) Praktische Ärztin oder praktischer Arzt als einziger Weiterbildungstitel;
- c) Kinder- und Jugendmedizin als einziger Weiterbildungstitel.

Diese Bestimmung wurde in Anbetracht des sich abzeichnenden Mangels an Hausärztinnen/Hausärzten in der Verordnung verankert.

Aufgrund der geltenden Zulassungseinschränkung prüfen die Medizinischen Dienste als zuständige Behörde eingehende Gesuche um Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP. Allfällige Ausnahmen sind gemäss § 3 Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung nur bei Vorliegen eines ausgewiesenen Bedarfs (begründeter Einzelfall) gemäss den Beurteilungskriterien der VEZL nach weiteren Ärztinnen und Ärzten der entsprechenden Fachrichtung möglich, sofern der Nachweis der mindestens dreijährigen bzw. einjährigen Praxis (Grundversorger) an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte nicht erbracht werden kann. Die Umsetzung der Zulassungseinschränkung erfolgt im Gesundheitsdepartement mit den bestehenden Ressourcen.

Abbildung 23 Entwicklung Berufsausübungsbewilligungen für Ärztinnen und Ärzte im Kanton Basel-Stadt 2014 – 2018

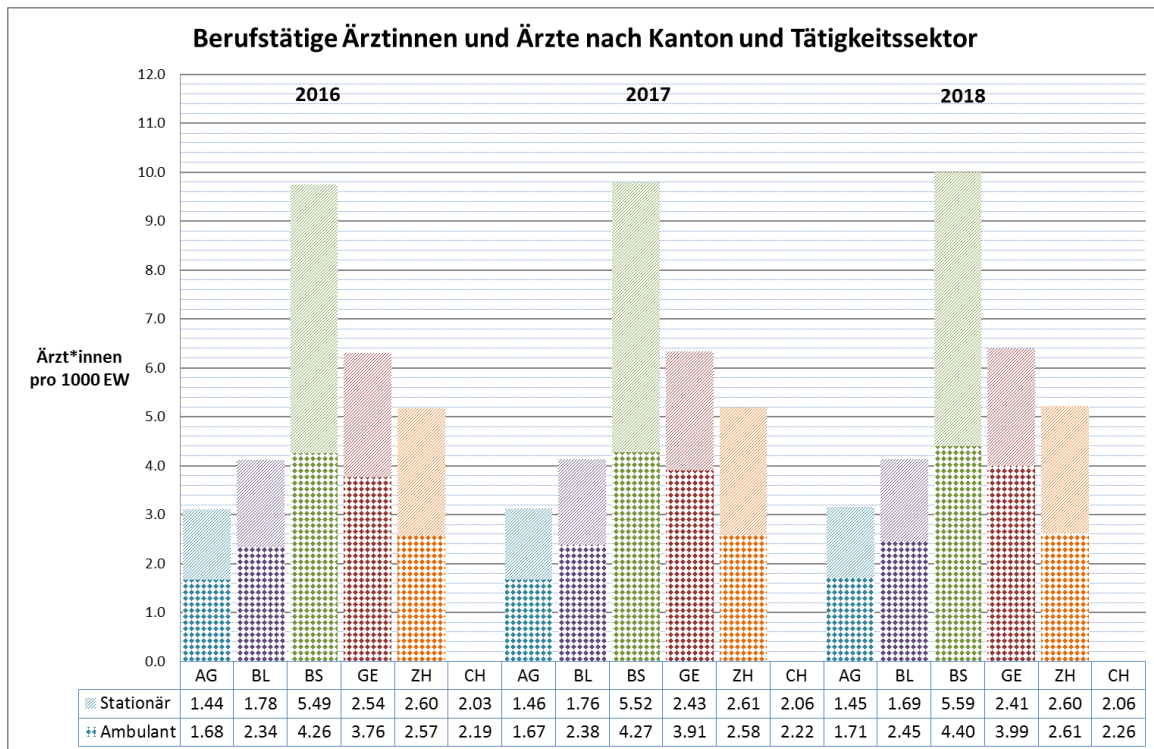


Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Gemäss Monitoring haben die Zahlen somit im Jahr 2018 sowohl bei den Grundversorgern als auch bei den Spezialisten zugenommen. Die Zunahme ist teilweise damit begründet, dass aufgrund der Revision des Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG, SR 811.11) per 1. Januar 2018 auch in ambulanten Einrichtungen tätige angestellte Ärztinnen und Ärzte eine Bewilligung benötigen, sofern sie ihren Beruf privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben (vgl. Art. 34 MedBG).

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich, dass der Kanton Basel-Stadt nach wie vor die höchste medizinische Leistungserbringerdichte in der Schweiz hat, mit 4,40 Ärztinnen und Ärzten im ambulanten und 5,59 Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich jeweils pro 1'000 Einwohner im Jahr 2018. Die entsprechenden Kennzahlen liegen bei 2,26 (ambulant) und 2,06 (stationär) im schweizerischen Durchschnitt. Diese Feststellung muss aber insofern relativiert werden, als Basel-Stadt als Stadtkanton eine medizinische Zentrumsfunktion für die umliegende Agglomeration wahrnimmt, die sich ebenso in anderen Städten mit einem Universitätsspital wie Genf und Zürich wiederfindet, dort aber nicht mit den Kantonsgrenzen zusammenfällt. Diese Vermutung wird durch die (eher) unterdurchschnittlichen Leistungserbringerdichten in den Nachbarkantonen gestützt, wie die untenstehende Abbildung 24 darlegt²¹. Tatsächlich zeigt sich bei einem Vergleich der Grossregionen Nordwestschweiz, Zürich und Genferseeeregion (nicht abgebildet), dass die Leistungserbringerdichten vergleichbar sind, aber in der Nordwestschweiz tendenziell tiefer liegen als in den beiden anderen Regionen.

Abbildung 24 Ärztedichten im interkantonalen Vergleich



Quelle: FMH Statistik 2018, Berechnungen Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

²¹ Im Kanton Basel-Landschaft liegt die ärztliche Leistungserbringerdichte im ambulanten Bereich unwesentlich über dem Gesamtschweizer Durchschnitt, ist aber über den ambulanten und stationären Bereich zusammengenommen unterdurchschnittlich.

7.3.4 E-Health & Integrierte Versorgung

Das elektronische Patientendossier

Mit der Verabschiedung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) im April 2016 hat der Bund die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) gesamtschweizerisch für verbindlich erklärt. Spitäler (ab April 2020) sowie Pflegeheime und Geburtshäuser (ab April 2022) sind gemäss Übergangsbestimmungen im KVG dazu verpflichtet, sich an ein zertifiziertes EPD-System (=Stammgemeinschaft) anzuschliessen. Für die Bevölkerung und die ambulanten Leistungserbringer ist die Teilnahme am EPD nach wie vor freiwillig.

Der Kanton Basel-Stadt hat das Potenzial des EPD bereits früh erkannt und nach den Erfahrungen mit dem E-Health-Modellversuch Basel (2012 bis 2016) die Gründung des E-Health-Trägervereins Nordwestschweiz (TV NWCH) initiiert. Der Trägerverein Nordwestschweiz (TV NWCH) startete das EPD-Pilotprojekt „myEPD“ mit dem Ziel, das EPD in der Region Nordwestschweiz möglichst frühzeitig zu etablieren. Im Juni 2018 wurden unter dem Label „myEPD“ die ersten EPDs in der Region eröffnet. Der TV NWCH integrierte die baselstädtischen Vorarbeiten in „myEPD“ und konnte so zeigen, dass die Umsetzung des EPD gemäss den Vorgaben des Bundes möglich ist.

Parallel dazu entstand in Zürich die E-Health-Initiative XAD, die sich aus den beiden Eigner-Organisationen Cantosana AG (Verbund der Kantone) und XAD-Trägerverein (Verbund der Leistungserbringer) sowie der Axsana AG (Betreibergesellschaft, im Besitz der vorgenannten Organisationen zu je 50%) zusammensetzt. XAD hat sich sehr schnell über Bern auf weite Teile der Deutschschweiz ausgebreitet. Ein grosses Einzugsgebiet einer EPD-Stammgemeinschaft bringt positive Skaleneffekte mit sich, da Fixkosten sowohl bei der technischen Infrastruktur (IT-Plattform) als auch bei der Administration entstehen. Zudem muss eine Stammgemeinschaft als Kommunikationsplattform angesehen werden, die je grösser desto mehr Vernetzungsmöglichkeiten und somit eine vollständigere Kommunikation unter den Leistungserbringern ermöglicht.

Aus diesen Gründen haben die Mitglieder des TV NWCH im April 2019 beschlossen, keine eigene Stammgemeinschaft zu zertifizieren und den EPD-Pilotversuch „myEPD“ abzuschliessen. Der TV NWCH empfiehlt seinen Mitgliedern (bzw. den Leistungserbringern in seinem Einzugsgebiet) den Anschluss an XAD und ist selbst Mitglied des XAD Trägervereins geworden. Der Kanton Basel-Stadt als im Bereich E-Health aktivster Kanton der NWCH ist seit Mitte 2019 Aktionär der Cantosana AG. Aufgrund seiner Vorleistungen hat die Cantosana AG dem Kanton Basel-Stadt die zu leistende Anschubfinanzierung erlassen und erhält im Gegenzug das EPD Umsetzungs-Know-how der NWCH. Mit dem Anschluss der NWCH an XAD entsteht eine EPD-Stammgemeinschaft, die sich mit wenigen Ausnahmen über die gesamte Deutschschweiz erstreckt.

EPD und elektronische Identität

Das EPD fällt wie auch die Services im Bereich e-Government unter die sogenannten e-Dienste. Die Nutzung der e-Dienste bedingt grundsätzlich das Vorhandensein einer elektronischen Identität (eID). Der Bundesrat will deshalb mit dem geplanten Bundesgesetz über elektronische Identifizierungsdienste (eID-Gesetz) rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen für die Anerkennung von elektronischen Identifizierungsmitteln schaffen. Wichtig hierbei wäre eine einheitliche eID, die für alle e-Dienste verwendet werden kann. Mit der Verbindlichkeit der Umsetzung des EPD im April 2020 konnte jedoch nicht auf die Inkraftsetzung des eID-Gesetzes gewartet werden. Das EPDG stellt dementsprechend eigene Anforderungen (zur Zertifizierung) an eine EPD-taugliche eID. Hier ist eine verstärkte Koordination gefragt, damit die Bevölkerung zur Nutzung der verschiedenen e-Dienste dereinst nicht mehrere eIDs benötigt (einheitliche Zertifizierungsanforderungen).

EPD und Integrierte Versorgung²²

Das EPD eröffnet auch neue Möglichkeiten im Bereich der Integrierten Versorgung. Das Schweizer Gesundheitswesen ist angebotsseitig stark fragmentiert. Spitäler, Ärzte, Apotheken, Therapeuten und viele weitere Gesundheitsfachpersonen bieten sowohl stationäre als auch ambulante Therapien an. Patientinnen und Patienten haben grundsätzlich die Wahl, das für sie passende Therapieangebot in Anspruch zu nehmen. Vor allem in Fällen von Multimorbidität oder chronischen Erkrankungen werden Leistungen von verschiedenen Leistungserbringern in Anspruch genommen, ein Therapie-Entscheid ist für die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten nicht einfach zu fällen. Zudem wäre es für eine effiziente Behandlung wichtig, dass eine zentrale Instanz den Überblick über den gesamten Therapieverlauf hat. In einigen Fällen übernimmt ein Hausarzt oder eine Hausärztin dieses Case-Management, manchmal die Patientin oder der Patient selbst. Eine gesetzlich vorgeschriebene Koordinationsinstanz gibt es nicht.

Hier beginnt die Integrierte Versorgung. Sie bietet den Patientinnen und Patienten Unterstützung auf ihrem Weg durch das Gesundheitswesen. Managed Care, also koordinierte Pflege, ist ein Teilbereich der Integrierten Versorgung und sieht vor, mittels eines Care Managers diese Funktion auszufüllen. Es gibt bereits eine beträchtliche Anzahl von Versicherungsmodellen, welche eine entsprechende Betreuung von Patientinnen und Patienten vorsehen. In der Kombination mit einer sogenannten Capitation, d.h. einer fixen Versicherungsleistung pro Patientin und Patient, werden Anreize gesetzt, Behandlungen (u.U. innerhalb eines Netzes von Leistungserbringern) möglichst effizient durchzuführen.

Die Integrierte Versorgung fokussiert jedoch nicht ausschliesslich auf den therapeutischen Bereich der Gesundheitsversorgung. Gemäss diversen Studien beträgt der Einfluss der Gesundheitsversorgung auf die Gesundheit der Bevölkerung nur 10% bis 15%. Prävention, das sozio-ökonomische Umfeld, Bildung, Ernährung, Hygiene und die genetische Veranlagung sind im Hinblick auf eine gute Volksgesundheit ebenso zentral.

Basel-Stadt als reiner Stadtkanton mit einer entsprechenden Demografie und dem Universitäts-spital als grösstem Leistungserbringer kann von Anstrengungen im Bereich der Integrierten Versorgung besonders stark profitieren. Mit dem im April 2020 beginnenden EPD-Regelbetrieb wird die Infrastruktur für eine Datenkommunikation entlang der verschiedenen Behandlungspfade im gesamtschweizerischen Gesundheitswesen geschaffen. Das Gesundheitsdepartement BS wird sich deshalb vermehrt für die Umsetzung verschiedene Programme im Rahmen der Integrierten Versorgung einsetzen.

7.3.5 Beratung und Bedarfsabklärung im Bereich der Langzeitpflege

Die Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements führt mit dem Team der Bedarfsabklärung und Beratung eine Anlaufstelle für Personen, die Pflege oder Unterstützung im Alltag benötigen.

Anhand der Bedarfsabklärung wird geklärt, ob Pflege benötigt wird oder ob allenfalls die Betreuung oder Wohnform den aktuellen Bedürfnissen angepasst werden sollte. Je nach Pflegebedarf der Person wird ein ambulantes oder stationäres Setting empfohlen. Die Bedarfsabklärung und Beratung hat verschiedene Vorteile: Erstens hat die betroffene Person oder ihre Angehörige eine Ansprechperson, die dank langjähriger Erfahrung und Professionalität eine fundierte Empfehlung betreffend geeignetem Pflegesetting abgeben kann. Somit kann z.B. mit Spitex, Mahlzeitendienst und/oder Tagespflegeheimen dem oft bestehenden Wunsch so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden alt zu werden entsprochen werden. Sollte der Eintritt in ein Pflegeheim angezeigt

²² Für mehr Information zum Thema Integrierte Versorgung kann die Homepage des Schweizer Forums für Integrierte Versorgung (www.fmc.ch, Forum Managed Care) empfohlen werden. Das fmc ist seit 1997 aktiv und fördert den Austausch von Wissen, Erkenntnissen und Erfahrungen zur besseren Vernetzung und Koordination der Gesundheitsversorgung. In seinen „Denkstoff-Publikationen“ findet sich viel Wissenswertes zum Thema.

sein, kann auch dort anhand von medizinischen Angaben (z.B. Demenzerkrankung) und dem Wunsch des Betroffenen (z.B. bestimmtes Quartier) die richtige Wohnform empfohlen werden.

Mit der Pflegeberatung wird einerseits der Wunsch des Betroffenen berücksichtigt und andererseits werden auch die Finanzen des Kantons geschont. So hat die durchschnittliche Aufenthaltsdauer seit 2014 um ein halbes Jahr abgenommen, während das Durchschnittsalter bei Heimeintritt von 82 Jahren auf 82,7 Jahren zugenommen hat. Gleichzeitig hat sich aufgrund der Einrichtung von zusätzlichen Pflegeheimkapazitäten in den letzten Jahren im Kanton Basel-Stadt auch die angespannte Lage auf der entsprechenden Warteliste entspannt und konnte insbesondere der sehr kostenintensive Rückstau in den Akutspitälern vermieden werden. Aufgrund des höheren Durchschnittsalters der Betroffenen zum Zeitpunkt der Bedarfsabklärung ist auch die Anmeldequote für einen Pflegeheimeintritt in den letzten Jahren leicht gestiegen.

Tabelle 13 Kennzahlen Pflegeberatungen und Heimeintritte

	2014	2015	2016	2017	2018
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (in Jahren)	3.1	2.8	2.7	2.8	2.6
Durchschnittsalter bei Heimeintritt	82	82.5	82.5	82.7	82.7
Anzahl Abklärungen gesamt	1543	1481	1453	1597	1546
Abklärungen mit Anmeldung (Pflegeheim)	1152	1151	1088	1199	1225
Anteil Abklärungen ohne Anmeldung	25.3%	22.2%	25.1%	24.9%	20.7%

Quelle: Gesundheitsdepartement (Datenbasis im Vorjahr Verstorbene)

7.4 Schadensminderung

7.4.1 Kontakt- und Anlaufstellen Basel-Stadt

Hintergrund

Die Schadensminderung ist ein Teil der bewährten 4-Säulen-Strategie im Suchtbereich. Sie verfolgt sowohl gesundheitspolitische wie auch sozialpolitische Ziele:

- Ein risikoarmer Konsum hinsichtlich der Ansteckungsgefahr mit Infektionskrankheiten;
- die Stabilisierung des Gesundheitszustandes von Drogenkonsumierenden und die Verbesserung der sozialen Integration.

Darüber hinaus ermöglichen es die schadensmindernden Massnahmen auch, drogenabhängige Personen therapeutischen Angeboten zuzuführen. Auf gesellschaftlicher Ebene werden die Verringerung der sozialen Kosten und die Erhöhung der öffentlichen Sicherheit angestrebt. Eine ausführlichere Darstellung der Suchtpolitik des Kantons Basel-Stadt findet sich im aktuellen Monitorbericht Sucht 2019²³.

Massnahme

Im Kanton Basel-Stadt ist der Betrieb von zwei Kontakt- und Anlaufstellen (K+A) am Dreispitz und Riehenring ein wichtiger Teil der Versorgungsstruktur der Schadensminderung im ambulanten Suchthilfebereich und des sozialen Systems der Gesundheitsversorgung. Die Angebote der K+A reichen von der Abgabe sauberen Injektionsmaterials zur Eindämmung übertragbarer

²³ Suchtpolitik und Monitoring des Suchtbereichs Basel-Stadt. Jahresbericht 2019. Bericht im Auftrag des interdepartementalen Führungsgremiums Sucht IFS

Krankheiten über Aufenthalts- und Konsumräumen, Information und Beratung, ärztliche Sprechstunde (angeboten vom Zentrum für Suchtmedizin) bis hin zu niederschweligen Pflege- und Verpflegungsangeboten.

Tabelle 14 K+A Durchschnittliche Besuche pro Öffnungszeit und intensive Betreuungen

	2014	2015	2016	2017	2018
Ø Anzahl Besuchende/ Öffnungszeit	209	193	195	204	197
Anzahl intensive Betreuungen (pro Jahr)	3'779	4'561	5'345	5'330	6'213

Quelle: Jahresbericht Suchtmonitoring Basel-Stadt

Die K+A sind von Montag–Samstag alternierend zwischen 11h und 16h bzw. zwischen 16h und 22h geöffnet bzw. sonntags von 13h bis 21h. Pro Öffnungszeit besuchten 2018 durchschnittlich 197 Personen die K+A. Über die letzten fünf Jahre ist die Frequentierung des Angebots weitgehend stabil geblieben. Das Geschlechterverhältnis betrug 20% Frauen zu 80% Männern. Die K+A sind wöchentlich 74 Stunden geöffnet an 365 Tagen im Jahr. Seit 2018 haben die K+A auch eine Wundsprechstunde eingeführt.

Kosten

Im Jahr 2018 beliefen sich die effektiven Gesamtkosten der zwei K+A-Betriebe auf rund 3,38 Mio. Franken. Nach Abzug des Beitrags des Kantons Basel-Landschaft an den Kanton Basel-Stadt in Höhe von 850'000 Franken betragen die Ausgaben zulasten des Kantons Basel-Stadt noch rund 2,53 Mio. Franken. Die Kosten des Angebots sind in den letzten fünf Jahren stabil geblieben.

Wirkungen

Verminderung des Ansteckungsrisikos mit Infektionskrankheiten

Unsachgemässe oder unhygienische Injektionen können zur Übertragung von (Infektions-)Krankheiten (HIV; Hepatitis), Blutvergiftungen und Abszesse verursachen. Heroinkonsum birgt immer das Risiko von akuten Todesfällen durch Überdosis. Eine bei der heroingestützten Behandlung durchgeführte Studie zeigte eine erhebliche Kosteneinsparung in der Folge dieser Massnahme. Entsprechende, kostendämpfende Effekte sind auch bei den hier beschriebenen Massnahmen anzunehmen.

Während im Jahr 1994 noch geschätzte 28% (Frauen) respektive 25% (Männer) der positiven HIV-Tests auf infizierte Spritzen beim intravenösen Drogenkonsum zurück zu führen waren, nahm dieser Anteil in den darauffolgenden Jahren sukzessiv ab und hat sich seit mehreren Jahren auf einem tiefen Niveau stabilisiert (bei rund 3-4%). Ebenso ging auch die Zahl der durch den direkten Drogenkonsum (Intoxikation) ausgelösten Todesfälle in den letzten zwei Jahrzehnten durch die beschriebenen Massnahmen stark zurück.

Risikoreduzierter Konsum

Seit Einführung eines Sniff-Konsumraums im Jahr 2009 ist eine Veränderung der Konsumform beobachtbar, wonach der intravenöse Konsum tendenziell abnimmt und das Sniffen zunimmt. Somit ist eine Verlagerung hin zu einer risikoärmeren Konsumform zu beobachten, wodurch weniger Komplikationen im gesundheitlichen Bereich entstehen und entsprechende Behandlungskosten entfallen.

Zunahme der komplexen Fälle und individuellere Betreuung

Die intensiven Betreuungen haben seit 2008 kontinuierlich zugenommen und lagen im Jahr 2018 bei 6'213. Dies ist teilweise auf substanzbezogene und teilweise auf klientelbezogene Faktoren zurückzuführen. Einerseits wird ein hoher Kokain-, Misch- und Medikamentenkonsum festgestellt, ebenso eine gefährlichere Zusammensetzung der Inhaltsstoffe wie z.B. Streckmittel oder ein hoher Wirkstoffanteil in den Substanzen und andererseits ein höheres Durchschnittsalter der Kon-

sumierenden, weshalb sich der allgemeine Gesundheitszustand der Besuchenden über die Zeit tendenziell verschlechtert hat. Diese wichtige Erstversorgung wird direkt vor Ort durch die Mitarbeitenden der K+A gewährleistet. Der Einbezug externer Leistungserbringer bzw. Spitalbehandlungen würde hier deutlich teurer ausfallen.

8. Einschätzung und Ausblick

Im Rahmen des vorliegenden Berichts wurden die Entwicklung der Kosten, Leistungen und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den letzten fünf Jahren sowie die aktuellen Entwicklungen im politischen Umfeld und Massnahmen zur Kostendämpfung beschrieben.

Die Betrachtung hat gezeigt, dass sich die Bruttoleistungen im OKP-Bereich in den meisten Kostengruppen über den dokumentierten Zeitraum eher moderat entwickelt haben und im Jahr 2018 im Kanton Basel-Stadt sogar rückläufig waren.

Der vergleichsweise gemässigte Kostenanstieg in den letzten Jahren ist teilweise durch ausserordentliche Faktoren und Kostenverschiebungen begründet (wie z.B. den Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts betreffend die Abgabe von Hilfsmitteln und Gegenständen in Pflegeheimen).

Grösstenteils dürfte aber die Entwicklung auf einige wirksame Massnahmen zurückzuführen sein, die in den letzten Jahren sowohl auf Bundesebene wie auch auf Kantonsebene umgesetzt werden konnten. Nachdem sich viele Spitäler in den ersten Jahren nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung gezwungen sahen, z. T. kostenintensive Strukturanpassungen durchzuführen, scheinen die SwissDRG-Pauschalen inzwischen den erwünschten kostendämpfenden Effekt zu entfalten. Dieser Trend wird durch die technologische Anpassung und den Druck der Kantone in Bezug auf die Regel „ambulant vor stationär“ weiter verstärkt.

Daneben scheinen die Eingriffe des Bundesrates in die TARMED-Tarifstruktur per 1. Januar 2018 auch im ambulanten Bereich wirksam gewesen zu sein, ebenso wie die systematischen Preisüberprüfungen bei den Arzneimitteln der Spezialitätenliste.

Für die Zukunft ist indessen unklar, inwiefern solche Einzelmassnahmen eine nachhaltige Wirkung auf den seit Jahrzehnten anhaltenden Trend zum Kostenanstieg in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben können. Die Prognosen²⁴ für das Jahr 2020 des Konjunkturforschungsinstituts (KOF) deuten darauf hin, dass die OKP-Kosten schon im kommenden Jahr wieder in die Höhe schnellen und mit über 3% wachsen könnten. Auch wenn diese Prognosen mit einer bedeutenden Unsicherheit behaftet sind, so ist dennoch zu erwarten, dass der Trend bei der Kostenentwicklung in den kommenden Jahren eher wieder anziehen dürfte. In diesem Sinn werden weitere Massnahmen mit einem längerfristigen Horizont notwendig sein.

Nachdem der Bundesrat mit Gesundheit 2020 erstmals eine gesundheitspolitische Gesamtschau präsentiert hat, ist er daran dieses Strategiedokument unter der Bezeichnung Gesundheit 2030 weiterzuentwickeln. Die neue Strategie dürfte voraussichtlich bis Ende 2019 verabschiedet werden. Es ist nicht ausgeschlossen, dass der Bundesrat in diesem Rahmen oder anlässlich des 2. Kostendämpfungspakets auch die Möglichkeit von Zielvorgaben für das OKP-Wachstum in Erwägung ziehen wird, einer der Hauptmassnahmen, welche die internationale Expertengruppe unter der Leitung von aRR Verena Diener im Herbst 2017 vorgeschlagen hatte.

Auch auf kantonaler Ebene müssen die Effizienzmassnahmen zur Kostendämpfung fortgeführt werden. Wie im Bericht gezeigt wurde, gibt es im Kanton Basel-Stadt nach wie vor überdurchschnittlich viele stationäre Behandlungen. Hier setzen zwei Schlüsselmassnahmen an, welche schon beschlossen sind und nun umgesetzt werden: einerseits die Ausweitung des Grundsatzes

²⁴ Prognose der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Jahre 2019 und 2020, ETHZ, 2019, online abrufbar.

„ambulant vor stationär“ mit der neuen AVOS 16er-Liste, welche auch kardiologische Eingriffe und Untersuchungsverfahren umfassen wird, und andererseits die gemeinsame Versorgungsplanung der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Letztere hat zum Ziel eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung in der gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) sicherzustellen, wobei es insbesondere darum geht, die stationären Kapazitäten noch besser auf den tatsächlichen Bedarf abzustimmen.

Längerfristig greift eine rein sektorale Betrachtungsweise der Versorgungsstrukturen jedoch zu kurz. Die Alterung der Bevölkerung hat zur Folge, dass immer mehr Menschen an verschiedenen altersinduzierten chronischen und psychischen Leiden erkranken, während viele Diagnosen, sei es in der Onkologie oder im Bereich der seltenen Krankheiten, die früher als unheilbar galten, dank neuer Therapien behandelbar - aber nur selten heilbar - geworden sind. Diese Entwicklungen führen zu einer Zunahme von chronischen und multimorbiden Patientinnen und Patienten in der Bevölkerung, deren Behandlungskosten dank moderner aber teurer Therapieformen stetig ansteigen.

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, ist es zunächst wichtig, die Anstrengungen bei der Prävention und der Früherkennung von nichtübertragbaren Krankheiten weiter zu stärken. Viele chronische Krankheiten können mit einem gesunden Lebensstil vermieden oder zumindest kann ihr Ausbruch verzögert werden. Darüber hinaus gilt es die Übergänge und Schnittstellen bei der Vielzahl von Versorgungsinstanzen, die bei der Behandlung von chronischen, multimorbiden und pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten einbezogen sind, besser auf einander abzustimmen. Integrierte Versorgungsmodelle können hier ansetzen, und der Kanton Basel-Stadt mit einem hohen und diversifizierten Leistungsangebot sowie kurzen Wegen bietet sich für solche integrierte Versorgungsformen besonders gut an. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist jedoch die rasche Einführung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers, welches das zentrale Instrument bei einer besseren Koordination von Versorgungsleistungen sein muss.

Auch in Bezug auf die Prämienentwicklung im Kanton war in den letzten Jahren ein unterdurchschnittliches Wachstum zu verzeichnen. So ist die Referenzprämie für Erwachsene für die Jahre 2014 bis 2019 im Kanton Basel-Stadt im Durchschnitt um 3,3% gewachsen während es gesamtschweizerisch 3,8% waren. Im Licht der Kostenentwicklung in diesem Zeitraum erscheint der Prämienanstieg dennoch als eher hoch. Die für die Prämienrechnung ausschlaggebenden Nettoleistungen pro versicherte Person sind in den Jahren zwischen 2014 und 2018 um durchschnittlich 1,9% gestiegen, während das effektive Prämien Soll pro Versicherten um 3,6% zugenommen hat. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass ein überdurchschnittlicher Anteil an der beträchtlichen Reservebildung der Krankenversicherer in den letzten Jahren zu Lasten der Stadtbasler Versicherten erfolgt ist. Im Rahmen des Prämien genehmigungsprozesses hat das zuständige kantonale Gesundheitsdepartement diesen Umstand immer wieder gegenüber dem BAG als Prämien genehmigungsbehörde kritisiert.

Zum Schluss gilt es auch festzuhalten, dass der Kostenanstieg im Gesundheitswesen nicht per se negativ ist. Die zunehmende Lebenserwartung und der allgemein verbesserte Gesundheitszustand der Bevölkerung zeigen, dass den Kosten ein grosser Nutzen gegenübersteht. Auch die Volkswirtschaft ist Nutzniesserin: neben der Wertschöpfung des Gesundheitssektors, erhöht sich die Produktivität der Arbeitnehmenden und vermindern sich soziale Kosten. Im Kantonsvergleich hat Basel-Stadt zwar das teuerste Gesundheitswesen in der Schweiz, aber der Kanton hat auch das höchste Bruttoinlandprodukt pro Kopf. Dieses ist zwischen 2014 und 2018 von 169'796 auf 180'072 Franken angestiegen bzw. durchschnittlich um 1,5% pro Jahr. Damit trägt das Wirtschaftswachstum massgeblich dazu bei, die Belastung durch die steigenden Gesundheitskosten abzufedern.

9. Antrag

Mit diesem Bericht erfüllt der Regierungsrat den gesetzlichen Auftrag gemäss § 67 Abs. 2 GesG und beantragt dem Grossen Rat die Kenntnisnahme.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Elisabeth Ackermann
Präsidentin



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

Beilage

Entwurf Grossratsbeschluss

Anhang 1: Datentabellen

a) OKP-Leistungen

Tabelle A 1 OKP- Bruttoleistungen Gesamt in Franken

Total Leistungen OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	851'494	889'201	918'275	934'867	935'332	-
Veränderung	2.3%	4.4%	3.3%	1.8%	0.0%	2.4%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	4'639	4'812	4'930	4'997	4'977	-
Veränderung	1.6%	3.7%	2.5%	1.3%	-0.4%	1.8%
Nettoleistungen in 1'000 Franken	747'407	783'005	808'746	824'766	823'665	-
Veränderung	2.3%	4.8%	3.3%	2.0%	-0.1%	2.5%
Nettoleistungen pro Versicherten in Franken	4'062	4'233	4'342	4'408	4'385	-
Veränderung	1.5%	4.2%	2.6%	1.5%	-0.5%	1.9%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 2 OKP-Bruttoleistungen Spital stationär in Franken

Stationäre Spitalkosten OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	221'658	232'301	226'533	221'003	220'647	-
Veränderung	1.6%	4.8%	-2.5%	-2.4%	-0.2%	-0.1%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'208	1'257	1'216	1'181	1'174	-
Veränderung	0.9%	4.1%	-3.2%	-2.9%	-0.6%	-0.7%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 3 OKP-Bruttoleistungen Spital ambulant in Franken

Ambulante Spitalkosten OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Bruttoleistungen in 1'000 Franken inkl. Medis (1)	136'172	135'046	146'236	149'316	149'214	-
Veränderung	4.4%	-0.8%	8.3%	2.1%	-0.1%	2.3%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken (1)	742	731	785	798	794	-
Veränderung	3.6%	-1.5%	7.4%	1.6%	-0.5%	1.7%
Bruttoleistungen in 1'000 Franken ohne Medis (2)	120'256	118'826	127'813	130'089	127'156	-
Veränderung	4.3%	-1.2%	7.6%	1.8%	-2.3%	1.4%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken (2)	654	642	686	695	677	-
Veränderung	3.5%	-1.8%	6.7%	1.3%	-2.7%	0.9%

(1) inkl. Medikamente; (2) ohne Medikamente

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 4 OKP-Bruttoleistungen Arztpraxis ambulant in Franken

Ambulante Arztkosten OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	194'338	202'169	208'472	212'806	214'743	-
Veränderung	-0.1%	4.0%	3.1%	2.1%	0.9%	2.5%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'059	1'094	1'119	1'138	1'142	-
Veränderung	-0.9%	3.3%	2.3%	1.7%	0.4%	1.9%
davon ärztliche Behandlungskosten in 1'000 Fr. (inkl. Labor)	175'055	181'334	187'047	190'936	193'093	
Veränderung	0.6%	3.6%	3.2%	2.1%	1.1%	2.5%
davon ärztlich angewendete Medikamente in 1'000 Fr.	19'283	20'836	21'426	21'870	21'650	
Veränderung	-6.3%	8.1%	2.8%	2.1%	-1.0%	2.9%
ärztliche Behandlungskosten pro Versicherten in Franken (inkl. Labor)	954	981	1'004	1'021	1'027	
Veränderung	-0.2%	2.9%	2.3%	1.6%	0.7%	1.9%
davon ärztlich angewendete Medikamente pro Versicherten in Franken	105	113	115	117	115	
Veränderung	-7.0%	7.3%	2.0%	1.6%	-1.4%	2.3%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 5 OKP-Bruttoleistungen Medikamente Apotheke in Franken

Apotheken OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	127'672	132'383	140'643	143'837	143'347	-
Veränderung	0.3%	3.7%	6.2%	2.3%	-0.3%	2.9%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	696	716	755	769	763	-
Veränderung	-0.4%	3.0%	5.4%	1.8%	-0.8%	2.3%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 6 OKP-Leistungen Pflegeheime in Franken

Pflegeheime OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	53'596	55'829	55'958	60'685	53'259	-
Veränderung	-2.7%	4.2%	0.2%	8.4%	-12.2%	-0.2%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	292	302	300	324	283	-
Veränderung	-3.4%	3.5%	-0.6%	8.0%	-12.6%	-0.7%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 7 OKP-Leistungen Spitex in Franken

Spitex-Leistungen OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	26'724	26'228	28'745	30'461	29'929	-
Veränderung	19.0%	-1.9%	9.6%	6.0%	-1.7%	2.9%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	146	142	154	163	159	-
Veränderung	18.1%	-2.5%	8.7%	5.5%	-2.2%	2.3%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 8 Aufenthalte Tagespflegeheime

Tagespflegeheime OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Pflegertage Bewohner Basel-Stadt	42'005	35'506	34'587	31'965	31'247	
Veränderung	-2.5%	-15.5%	-2.6%	-7.6%	-2.2%	-7.1%
Pflegertage ausserkantonale Bewohner	1'553	1'408	1'467	1'727	1'982	
Veränderung	-18.4%	-9.3%	4.2%	17.7%	14.8%	6.3%
Auslastung inkl. ausserkantonale Bewohner	91%	86%	88%	82%	82%	
Entwicklung Wartende auf einen Pflegeheimplatz	235	194	209	148	122	
Veränderung	-12.0%	-17.4%	7.7%	-29.2%	-17.6%	-15.1%

Quelle: GSV

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 9 OKP-Leistungen Physiotherapie

PhysiotherapeutInnen OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	26'945	29'924	32'347	33'329	35'654	-
Veränderung	11.0%	11.1%	8.1%	3.0%	7.0%	7.3%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	147	162	174	178	190	-
Veränderung	10.2%	10.3%	7.2%	2.6%	6.5%	6.6%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 10 Laboranalysen zu Lasten OKP in Franken

Laboratorien (1) OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	25'863	33'757	35'694	38'219	41'641	-
Veränderung	10.7%	30.5%	5.7%	7.1%	9.0%	12.6%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	141	183	192	204	222	-
Veränderung	9.9%	29.6%	4.9%	6.6%	8.5%	12.0%

(1) Aufgrund von Änderungen in der Zuordnung der Kostengruppen sind die Werte ab 2015 nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 11 Übrige OKP-Leistungen in Franken

Übrige Leistungen OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	38'527	41'552	43'646	45'211	46'899	-
Veränderung	5.6%	7.9%	5.0%	3.6%	3.7%	5.0%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	210	225	234	242	250	-
Veränderung	4.8%	7.1%	4.2%	3.1%	3.3%	4.4%
davon:						
ChiropraktikerInnen in 1'000 Franken	1'360	1'546	1'514	1'529	1'445	1.5%
Hilfsmittel- und Gegenstände (1) in 1'000 Franken	14'790	16'234	15'402	16'807	17'834	0
Komplementärleistungen in 1'000 Franken	569	535	448	490	348	-11.5%
Übrige Leistungen in 1'000 Franken	21'809	23'236	26'282	26'385	27'271	0

(1) Aufgrund von Änderungen in der Zuordnung der Kostengruppen sind die Werte ab 2015 nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

b) Krankenversicherungsprämien

Tabelle A 12 OKP-Referenzprämien Basel-Stadt

Referenzprämien (1) Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/14
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene in Franken	512	533	546	567	592	602	605	
Veränderung in %	1.3%	4.1%	2.3%	4.0%	4.3%	1.8%	0.5%	2.8%
Veränderung in Franken	6	21	12	22	25	10	6	
durchschnittliche Monatsprämie junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken	473	498	506	529	556	477	459	
Veränderung in %	2.6%	5.2%	1.7%	4.5%	5.1%	-14.2%	-3.8%	-0.5%
Veränderung in Franken	12	24	9	23	27	-79	-16	
durchschnittliche Monatsprämie Kinder (2) in Franken	123	128	129	136	142	145	147	
Veränderung in %	1.1%	3.8%	1.2%	5.1%	4.7%	2.1%	1.2%	3.0%
Veränderung in Franken	1	5	1	7	6	3	2	

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

(2) Bei Kindern (0 - 18 Jahre) beträgt die Franchise Fr. 0

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 13 OKP-Referenzprämien Schweiz

Referenzprämien (1) Schweiz	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/14
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene in Franken	396	412	428	447	465	478	483	
Veränderung in %	2.2%	4.0%	4.0%	4.5%	4.0%	2.8%	0.9%	3.4%
durchschnittliche Monatsprämie junge Erwachsene (19 - 25 Jahre) in Franken	364	380	394	414	433	374	367	
Veränderung in %	3.0%	4.4%	3.7%	5.2%	4.4%	-13.5%	-2.0%	0.2%
durchschnittliche Monatsprämie Kinder (2) in Franken	92	95	99	105	111	114	115	
Veränderung	2.4%	3.8%	4.1%	6.4%	5.0%	3.0%	1.4%	3.9%

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

(2) Bei Kindern (0 - 18 Jahre) beträgt die Franchise Fr. 0

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 14 OKP-Prämienvolumen Basel-Stadt

Prämienvolumen OKP Basel-Stadt	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	2020*	Δ 20/14
Prämiensoll (1) pro Jahr in 1'000 Franken	799'298	834'157	861'499	900'398	940'036	954'214	966'296	-
Veränderung	1.6%	4.4%	3.3%	4.5%	4.4%	1.5%	1.3%	3.2%
Prämiensoll (1) pro versicherte Person in Franken	362	376	385	401	417	419	419	-
Veränderung	0.8%	3.8%	2.6%	4.0%	4.0%	0.4%	0.0%	2.5%

(1) Summe der effektiv an die Versicherten fakturierte Prämien (vor Abzug Prämienverbilligung). Bereits abgezogen sind alle Rabatte (Kinder, Unfall, Wahlfanchise, besondere Versicherungsmodelle).

* kalkulierte, provisorische Werte

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

c) Kantonsbeiträge

Tabelle A 15 Transferaufwand Spitalbeiträge

Transferaufwand Spitalfinanzierung	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Kantonsanteil stationäre Behandlung in 1'000 Franken	275'099	282'282	283'841	289'344	292'230	-
<i>Veränderung</i>	2.1%	2.6%	0.6%	1.9%	1.0%	1.5%
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler in 1'000 Fr.	99'401	95'944	69'540	68'929	60'191	-
<i>Veränderung</i>	-7.8%	-3.5%	-27.5%	-0.9%	-12.7%	-11.8%
Total	374'501	378'226	353'381	358'273	352'421	-
<i>Veränderung</i>	-0.8%	1.0%	-6.6%	1.4%	-1.6%	-1.5%

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

 Δ : durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 16 Transferaufwand Langzeitpflege

Transferaufwand Langzeitpflege	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 18/14
Restfinanzierung Pflegeheime in 1'000 Franken	33'164	34'826	37'251	37'531	40'203	-
<i>Veränderung</i>	-0.9%	5.0%	7.0%	0.8%	7.1%	4.9%
Restfinanzierung Spitex in 1'000 Franken	13'841	14'550	15'743	16'615	15'958	-
<i>Veränderung</i>	7.9%	5.1%	8.2%	5.5%	-4.0%	3.6%
Beiträge ambulante Langzeitpflege (1) in 1'000 Franken	8'071	8'234	8'268	7'609	7'132	-
<i>Veränderung</i>	-12.5%	2.0%	0.4%	-8.0%	-6.3%	-3.0%
Total	55'076	57'610	61'262	61'755	63'293	-
<i>Veränderung</i>	-0.8%	4.6%	6.3%	0.8%		3.5%

(1) Beiträge Pflege zu Hause, Tagespflegeheime, HW Spitex Basel

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

 Δ : durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Anhang 2: Rechtsgrundlagen

Kapitel 2 Politisches Umfeld

Hochspezialisierte Medizin

Bund / Kantone

- Die Kantone sind auf Grundlage von Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG²⁵ beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen. Mit der Unterzeichnung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) per 1. Januar 2019, haben die Kantone sich zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet.
- Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse fest und definiert die Kriterien, welche eine Leistung erfüllen muss, um als hochspezialisiert zu gelten. Die im Rahmen der Umsetzung der IVHSM verfügbaren Leistungszuteilungen haben schweizweit einen rechtsverbindlichen Charakter und gehen gemäss Art. 9 Abs. 2 der IVHSM den kantonalen Leistungszuteilungen vor.
- Mit der Vereinbarung haben die Kantone die Kompetenz, den Bereich der HSM zu definieren und zu planen, an das HSM-Beschlussorgan delegiert. Für den Fall, dass die Kantone dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen sollten, sieht das Gesetz zudem vor, diese Planung dem Bundesrat zu übertragen.

Kapitel 3 Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Gesamtkosten der OKP (Bruttoleistungen)

Bund

- Die Bruttoleistungen der OKP umfassen alle Pflichtleistungen gemäss Art. 25–31 KVG vor Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligung.
- Die gesetzliche Kostenbeteiligung gemäss Art. 64 KVG umfasst einen festen Jahresbeitrag (Franchise) und 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der Bundesrat bestimmt die Minimalfranchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Gemäss Art. 103 Abs. 2 KVV²⁶ beläuft sich der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes auf 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder.

Stationäre Spitalleistungen

Bund

- Die stationären Spitaltarife nach Art. 49 KVG stellen das wichtigste Finanzierungselement für die Abgeltung der stationären Spitalleistungen dar. Sie sind die Grundlage für die Leistungsverrechnung der Krankenversicherungen, der Wohnkantone und der Patientinnen und Patienten.
- Das KVG fordert die Leistungserbringer und Krankenversicherer auf, die Tarife vertraglich zu vereinbaren. Erst wenn dies definitiv gescheitert ist, legt die Kantonsregierung die Verrechnungspreise ersatzweise fest (so genanntes Festsetzungsverfahren nach Art. 47 KVG). Diese Festsetzungsverfügungen können die Tarifparteien durch das

²⁵ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10).

²⁶ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102).

Bundesverwaltungsgericht prüfen lassen, welches in der Regel endgültig urteilt.

- Gemäss Art. 49a KVG legt der Kanton den Vergütungsteiler für die stationären Spitalbehandlungen jährlich fest. Der Kanton muss mindestens 55% dieser Kosten übernehmen. Demnach trägt die Krankenversicherung maximal 45% der KVG-Tarife.
- Der Kanton ist gemäss Art. 39 KVG für eine bedarfsgerechte, leistungsorientierte Spitalplanung zuständig. In der hochspezialisierten Medizin (HSM) sind die Kantone zu einer gesamtschweizerischen Koordination ihrer Planung verpflichtet, welche im Rahmen einer Interkantonalen Vereinbarung (IVHSM) wahrgenommen wird. Die betroffenen Spitäler können gegen Verfügungen betreffend Erteilung von Leistungsaufträgen auf der kantonalen Spitalliste Beschwerde vor dem Bundesverwaltungsgericht führen. Dieses entscheidet letztinstanzlich. Gemäss dem Grundsatzurteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 8. September 2010 (C-623/2009) sind die Krankenversicherer in dieser Angelegenheit nicht zur Beschwerde legitimiert.

Kanton

- Für die Jahre 2012–2015 hat der Regierungsrat den kantonalen Vergütungsanteil mit 55% festgelegt. Für das Jahr 2016 wurde er auf 56% erhöht. Für die Jahre 2017–2019 wurde er auf diesem Wert belassen.

Pflegeleistungen in Pflegeheimen

Bund

- In Art. 25a KVG und Art. 7a KLV²⁷, welche im Jahr 2011 in Kraft traten, erfolgt eine abschliessende Definition der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden medizinisch bedingten Pflegeleistungen und die Aufteilung der Finanzierung auf die Krankenversicherung. Der Kanton regelt die Restfinanzierung und die Patientinnen und Patienten übernehmen einen Eigenbeitrag der auf maximal 20% des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherung begrenzt ist.
- Die Krankenversicherung vergütet denselben Katalog an Pflichtleistungen bei ambulanter Pflege wie bei Aufenthalt im Pflegeheim (Art. 50 KVG, Art. 7 KLV).
- Zur Abgeltung der Pflegeleistungen in Heimen entrichten die Versicherer feste Beiträge in zwölf Stufen zwischen 9 und 108 Franken pro Tag gemäss dem in Minuten gemessenen Pflegebedarf (Art. 7a Abs. 3 KLV). Die Leistungsvergütung erfolgt aufgrund einer ärztlich bescheinigten Bedarfsabklärung.
- Der Kanton ist gemäss Art. 39 KVG für eine bedarfsgerechte Pflegeheimplanung zuständig und führt eine Pflegeheimliste.

Kanton

- Die Pflegenormkosten bei Aufenthalt im Pflegeheim sind gemäss § 8d Abs. 1 lit. a Ziffer 1 KVO²⁸ festgelegt.

Ärztliche Leistungen

Bund

- Ambulante Leistungen werden in der Regel durch Einzelleistungstarife abgerechnet (vgl. Art. 43 Abs. 2 lit. b KVG). Dabei werden einzelne Leistungen mit Taxpunkten bewertet, wobei die Leistungen national gemäss TARMED einheitlich definiert sind. Durch die Multiplikation mit den Taxpunktswerten errechnet sich der Vergütungswert der Leistung. Taxpunktswerte werden in kantonalen Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern vereinbart. Für die in der Praxis erbrachten Laborleis-

²⁷ Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31).

²⁸ Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 25. November 2008 (KVO, SG 834.410).

tungen bildet die Analyseliste die Abrechnungsgrundlage. In der Praxis ärztlich angewandte Medikamente (keine Selbstdispensation in BS) werden gemäss Spezialitätenliste vergütet. Diese Preise werden amtlich festgelegt. Im Jahr 2010 wurde im Rahmen der Angleichung der Taxpunktweite für ambulante Spitalbehandlungen und für Behandlungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft der Taxpunktwert auf 91 Rappen festgelegt.

- Der Bundesrat kann seit dem Jahr 2013 Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG).
- Das KVG fordert die Leistungserbringer und Krankenversicherer auf, die Tarife vertraglich zu vereinbaren. Erst wenn dies definitiv gescheitert ist, legt die Kantonsregierung die Verrechnungspreise ersatzweise fest oder verlängert den bestehenden Vertrag um längstens ein Jahr (Festsetzungsverfahren und Vertragsverlängerung nach Art. 47 KVG). Diese Festsetzungsverfügungen können die Tarifparteien durch das Bundesverwaltungsgericht prüfen lassen, welches letztinstanzlich urteilt.

Kanton

- Der Kanton verfügt im ambulanten Bereich über keine gesetzlichen Planungskompetenzen. Er hat eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht gemäss GesG (Praxisbewilligung, Qualitätssicherung). Für Praxisniederlassungen gilt grundsätzlich die Wirtschaftsfreiheit.

Arzneimittel

Bund

- Ein vom Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) zugelassenes Medikament wird von der OKP vergütet, wenn es ärztlich verschrieben und in der Spezialitätenliste (SL) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) aufgeführt ist (www.sl.bag.admin.ch). Für die Aufnahme in die SL muss nachgewiesen werden, dass die Arznei wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Die Aufnahmebedingungen werden alle drei Jahre überprüft (Art. 34, 65 und 65d KVV).
- Die Aufnahme in die SL kann unter der Bedingung einer Limitierung erfolgen. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen und begrenzt die Vergütungspflicht der OKP (Art. 73 KVV). Sind Medikamente von Swissmedic zugelassen, jedoch nicht oder noch nicht in die SL aufgenommen, werden die Kosten nur mit vertrauensärztlicher Genehmigung der Krankenversicherung übernommen (Art. 71a bis 71d KVV). Das Gleiche gilt, wenn Medikamente ausserhalb der von Swissmedic festgelegten Anwendungen und ausserhalb der Limitation gemäss SL eingesetzt werden.
- Das BAG überprüft sämtliche Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, in einem dreijährigen Rhythmus darauf, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen (Art. 65d KVV). Dabei werden die Preise regelmässig im Vergleich zu anderen Arzneimitteln und dem Auslandpreisvergleich überprüft (Art. 65b KVV) und ggf. gesenkt.

Kanton

- Der Kanton verfügt über keine gesetzlichen Planungskompetenzen. Er führt eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung). Betreffend Eröffnung und Führung einer Apotheke gilt die verfassungsrechtliche Wirtschaftsfreiheit.

Spitex-Leistungen

Bund

- Zur Abgeltung der ambulanten Pflege entrichten die Krankenversicherer feste Beiträge abgestuft nach den Leistungskategorien Bedarfsabklärung, Grund- und Behandlungspflege gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV. Sie werden aufgrund einer ärztlich bescheinigten

Bedarfsabklärung gewährt.

Kanton

- Der Kanton hat eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung) über die selbstständigen Pflegefachkräfte und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause. Es gilt die verfassungsrechtliche Wirtschaftsfreiheit.
- Für zugelassene Spitex-Anbieter gelten die vom Kanton festgelegten Pflegenormkosten gemäss § 8d Abs. 2 lit. b Ziffer 1 KVO.
- Die Beiträge für die ambulante Langzeitpflege umfassen die Beiträge an die Pflege zu Hause gemäss der Pflegebeitragsverordnung²⁹, Beiträge an die Tagespflegeheime gemäss § 8 Abs. 4 GesG³⁰ und die Beiträge an Hauswirtschaftsleistungen gemäss § 9 Abs. 2 GesG.

Leistungen der übrigen Leistungserbringer

Bund

- Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbringen gemäss Art. 35 KVG Leistungen auf ärztliche Anordnung. Die Pflichtleistungen der OKP richten sich nach Art. 5 KLV.
- Laboratorien sind gemäss Art. 35 KVG zugelassene Leistungserbringer.
- Die durch die OKP vergüteten Pflichtleistungen werden gemäss Art. 52 KVG durch das BAG in der Analysenliste (kurz AL) festgelegt. Formell handelt es sich um Anhang 3 der KLV. Er wird jedoch gesondert publiziert.

Kanton

- Der Kanton hat eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung) über die selbstständigen und in Betrieben tätigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Es gilt die Wirtschaftsfreiheit.
- Gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG ist die Kantonsbehörde zuständig für die Genehmigung von kantonalen Tarifverträgen sowie für die Festsetzung der Tarife oder Taxpunktwerte im vertragslosen Zustand (Art. 47 Abs. 1 KVG).

Kapitel 5 Krankenversicherungsprämien

Prämiengenehmigung

- Seit dem Jahr 2016 richtet sich die Genehmigung der Prämien der sozialen Krankenversicherung nach Art. 16 KVAG³¹. Zuständig für die Genehmigung der Prämien ist das BAG. Die Ausführungsbestimmungen zur Prämiengenehmigung sind in Art. 27 KVAV³² zu finden. Art. 25 KVAV enthält Ausführungen zur Höhe der Prämien.
- Weitere Bestimmungen, die in Zusammenhang mit den Prämien der OKP massgebend sind, finden sich in den Art. 61 und 62 KVG. Deren Ausführungsbestimmungen sind in der KVV zu finden: Die allgemeinen Bestimmungen zu den Prämien der Versicherten in der OKP mit Wohnsitz in der Schweiz werden in den Art. 89–91b KVV festgehalten. Die Ausführungsbestimmungen betreffend Prämien der besonderen Versicherungsformen sind in den Art. 95 ff. KVV zu finden.
- Die Aufsichtsbehörde prüft, ob die vorgelegten Prämientarife die Solvenz des Versiche-

²⁹ Verordnung betreffend Beiträge an die unentgeltliche Pflege und Betreuung von dauernd pflegebedürftigen Personen zu Hause (Pflegebeitragsverordnung, SG 329.110) vom 4. Dezember 2012.

³⁰ Gesundheitsgesetz vom 21. September 2011 (GesG, SG 300.100).

³¹ Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SR 832.12).

³² Verordnung vom 18. November 2015 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, KVAV; SR 832.121).

ers und die Interessen der Versicherten nach dem KVG gewährleisten. Es gilt der Grundsatz, wonach die Prämien die kantonal unterschiedlichen Kosten zu decken haben. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person. Zu berücksichtigen sind insbesondere der Risikoausgleich, die Veränderungen der Rückstellungen sowie die Grösse und die laufende Veränderung des Versichertenbestandes im entsprechenden Kanton (Art. 16 KVAG). Die Aufsichtsbehörde verweigert die Genehmigung, wenn die Prämien unangemessen hoch über den zu erwartenden Kosten liegen.

- Die Krankenversicherer können dem BAG beantragen, zu hohe Prämieinnahmen im Folgejahr an die Versicherten zurückzuerstatten, wenn die kumulierten Kosten in einem Kanton deutlich über den vereinnahmten Prämien liegen (Art. 17 KVAG). Ferner können die Krankenversicherer übermässige Reserven freiwillig abbauen (Art. 26 KVAV).
- Gemäss Art. 61 KVG muss eine Versicherung für alle Versicherten in einem Kanton die gleiche Prämie festlegen, soweit das Gesetz keine Ausnahme vorsieht.
- Die Regelungen bezüglich Rabattierungsvorschriften betreffend Prämienrabatte für Kinder und junge Erwachsene (Art. 61 Abs. 3 KVG), Minimalprämie (Art. 90c KVV), Abstufung nach Prämienregionen (Art. 91 KVV), Ausschluss der Unfaldeckung (Art. 91a KVV), maximaler Prämienrabatt bei Wahlfranchisen (Art. 95 KVV) sowie aufgrund der Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 101 KVV) sind einzuhalten.
- Vor der Genehmigung des Prämientarifs können die Kantone zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten gegenüber den Versicherern und der Aufsichtsbehörde Stellung nehmen (Art. 16 Abs. 6 KVAG).

Kapitel 7 Kantonale Massnahmen

Zulassungsbeschränkung

Bund

- Aufgrund der als problematisch erachteten Entwicklung sowie mangels Alternativen hat das Schweizer Parlament am 21. Juni 2013 der bis 30. Juni 2016 befristeten Wiedereinführung der Zulassungseinschränkung zugestimmt.
- Mit der erneuten Einführung des angepassten Artikels KVG erhielten die Kantone wiederum die Möglichkeit, die Anzahl Ärztinnen und Ärzte auf ihrem Gebiet zu steuern.
- Ausgenommen von der Zulassungssteuerung sind Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Diese Ärztinnen und Ärzte haben weiterhin die Möglichkeit, ohne Bedürfnisnachweis eine eigene Praxis zu eröffnen und zulasten der OKP abzurechnen.
- Die befristete Zulassungseinschränkung gemäss Art. 55a KVG wurde per 1. Juli 2019 um weitere zwei Jahre bis 30. Juni 2021 verlängert.
- Die Kriterien für den Bedürfnisnachweis sind in der VEZL³³ geregelt.

Kanton

- Der Kanton Basel-Stadt setzt die Zulassungseinschränkung mittels der Zulassungseinschränkungs-Verordnung³⁴ um. Die ursprünglich bis 30. Juni 2019 befristete kantonale Verordnung wurde im Zuge der Verlängerung der Geltungsdauer der VEZL analog

³³ Verordnung vom 3. Juli 2013 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL, SG 832.103).

³⁴ Verordnung betreffend Vollzug der eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 13. August 2013 (Zulassungseinschränkungs-Verordnung, SG 310.500).

bis 30. Juni 2021 verlängert.

Grossratsbeschluss

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

(vom [Datum eingeben])

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt, nach Einsichtnahme in den Bericht des Regierungsrates Nr. [Nummer eingeben] vom [Datum eingeben] und nach dem mündlichen Antrag der [Kommission eingeben] vom [Datum eingeben], beschliesst:

1. Der Grosse Rat nimmt den fünften Bericht über die Leistungs-, Kosten und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten gemäss § 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes zur Kenntnis.

Dieser Beschluss ist zu publizieren.