



# Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

12.1639.01

GD/P121639  
Basel, 19. Dezember 2012

Regierungsratsbeschluss  
vom 18. Dezember 2012

## **Kantonale Volksinitiative für „bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt“**

**Bericht über die rechtliche Zulässigkeit der Initiative und zum weiteren Vorgehen**

## **A. Zustandekommen der Initiative**

### **1. Initiativtext**

*„Der Kanton Basel-Stadt sorgt dafür, dass die Krankenkassenprämien in Basel-Stadt im Vergleich zu anderen Regionen mit ähnlicher Struktur stabilisiert und auf ein ähnliches Niveau gesenkt werden. Dazu schöpft der Kanton konsequent sämtliche ihm zur Verfügung stehenden Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten aus, ohne die Qualität der Grundversorgung zu verschlechtern. Der Regierungsrat erstattet diesbezüglich dem Grossen Rat jährlich Bericht über sämtliche Massnahmen in seinem Einflussbereich, über die Ausschöpfung und Umsetzung dieser Massnahmen sowie über die erzielten Ergebnisse. Er setzt sich zudem für einen besseren finanziellen Ausgleich zwischen den Kantonen ein.“*

### **2. Vorprüfung**

Die obgenannte Initiative ist am 1. Oktober 2012 von der Staatskanzlei auf ihre Übereinstimmung mit den gesetzlichen Formvorschriften vorgeprüft und gemäss § 4 Abs. 3 des Gesetzes betreffend Initiative und Referendum (IRG) mit Titel und Text im Kantonsblatt vom 30. März 2011 veröffentlicht worden. In dieser Publikation wurde zudem auf die 18-monatige Frist für den Ablauf der Unterschriftensammlung 30. September 2012 hingewiesen.

### **3. Zustandekommen**

Die Unterschriftenlisten der vorliegenden Initiative sind innert Frist eingereicht worden.

Aufgrund der §§ 9 und 10 IRG hat die Staatskanzlei nach Prüfung der Stimmrechtsbescheinigungen am 3. Oktober 2012 durch Verfügung festgestellt, dass die Initiative „bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt“ mit 3'498 gültigen Unterschriften die vorgeschriebene Zahl der gültigen Unterschriften aufweist und damit zustande gekommen ist. Diese Verfügung ist im Kantonsblatt vom 6. Oktober 2012 veröffentlicht worden.

Die Rechtsmittelfrist von 10 Tagen ist am 17. Oktober 2012 abgelaufen.

### **4. Überweisung an den Regierungsrat**

Wenn das Zustandekommen der Initiative feststeht, überweist die Staatskanzlei sie gemäss § 13 IRG an den Regierungsrat. Dieser stellt dem Grossen Rat innerhalb von drei Monaten den Antrag, sie für zulässig oder unzulässig zu erklären.

## **B. Rechtliche Zulässigkeit der Initiative**

### **1. Das Anliegen der Initiative**

Die vorliegende Initiative will, dass im Kanton Basel-Stadt die Krankenkassenprämien entsprechend anderen Regionen mit vergleichbaren Strukturen stabilisiert und gesenkt werden. Zur Erreichung dieses Ziels soll der Kanton alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel ausschöpfen, ohne die Qualität der Grundversorgung zu verschlechtern. Jährlich soll der Regierungsrat dem Grossen Rat Bericht erstatten. Im Weiteren soll sich der Regierungsrat für einen besseren finanziellen Ausgleich zwischen den Kantonen einsetzen.

### **2. Formulierte - unformulierte Initiative**

Gemäss § 1 Abs. 1 IRG enthalten formulierte Initiativen einen ausgearbeiteten Verfassungstext, Gesetzes- oder Beschlusstext. Sofern sie geltendes Recht aufheben oder ändern wollen, müssen sie gemäss § 1 Abs. 2 IRG den betroffenen Erlass oder Beschluss sowie den oder die betroffenen Paragraphen bezeichnen.

Sofern Initiativen die Voraussetzungen gemäss § 1 IRG nicht erfüllen, gelten sie gemäss § 2 Abs. 1 IRG als unformuliert, wenn sie gemäss § 2 Abs. 2 IRG den Inhalt und den Zweck des Begehrens umschreiben. Das trifft auf die vorliegende Initiative zu.

Im Kantonsblatt vom 30. März 2011 ist die Initiative durch die die Publikation veranlassende Staatskanzlei als „formulierte Initiative“ bezeichnet worden. Die Unterschriftenbögen, welche den Stimmberechtigten zur Unterzeichnung vorgelegt wurden, enthalten dieses Adjektiv aber korrekterweise nicht. Der Initiativtext stellt keine ausformulierte Bestimmung dar, welche in einen bestehenden, im Übrigen auch nicht bezeichneten Erlass aufgenommen werden soll. Auch erfüllt er die Voraussetzungen für ein neues, eigenständiges Gesetz nicht. Der Initiativtext fasst zusammen, was die Initiantinnen und Initianten ausführlich auf der zweiten Seite des Unterschriftenbogens darlegen. Dort zeigen sie mögliche Massnahmen auf, welche sie als geeignet erachten, das angestrebte Ziel – stabile und tiefere Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt – zu erreichen. Es handelt sich dabei keineswegs um eine abschliessende Aufzählung, vielmehr sollen diese Beispiele Hinweis darauf sein, dass alle Möglichkeiten zu prüfen sind, um das Ziel der Initiative zu erreichen. Es handelt sich somit um eine unformulierte Initiative.

### **3. Prüfung der Zulässigkeit der Initiative**

Gemäss § 48 Abs. 2 der Kantonsverfassung und § 14 IRG ist eine Initiative zulässig, wenn sie höherstehendes Recht beachtet, sich nur mit einem Gegenstand befasst und nicht etwas Unmögliches verlangt.

#### **3.1 Beachtung höherstehenden Rechts (Bundesrecht, Staatsverträge)**

Es sind keine ins Auge springende Unvereinbarkeiten mit dem Bundesrecht und mit Staatsverträgen ersichtlich. Wie dargelegt, ist die Initiative für „bezahlbare Krankenkassenprämien

in Basel-Stadt“ eine unformulierte Initiative, die vom Grossen Rat vorgängig oder nach ihrer Annahme durch die Stimmberechtigten in der Volksabstimmung erst noch auszuformulieren ist. Dass er dabei das Bundesrecht und die Staatsverträge zu beachten hat, ist selbstverständlich.

### **3.2 Beachtung kantonalen Rechts**

§ 47 Abs. 1 der Kantonsverfassung berechtigt 3'000 Stimmberechtigte dazu, jederzeit eine unformulierte oder formulierte Initiative auf Erlass, Aufhebung oder Änderung von Verfassungsbestimmungen, von Gesetzesbestimmungen oder referendumsfähigen Grossratsbeschlüssen einzureichen.

### **3.3 Verfassungsänderung, Gesetzesänderung oder -aufhebung**

Es ist keine Verfassungs- oder Gesetzesbestimmung ersichtlich, auf deren Änderung oder Aufhebung die vorliegende unformulierte Initiative hinzielt.

### **3.4 Keine Unmöglichkeit**

Die unformulierte Initiative für „bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt“ verlangt nicht etwas Unmögliches und ist durchführbar.

### **3.5 Einheit der Materie**

Das Gebot der Einheit der Materie ist bei der vorliegenden Initiative gewahrt.

## **4. Ähnliche Vorstösse auf Bundesebene und auf kantonaler Ebene**

Im Jahre 2002 scheiterte eine Eidgenössische Volksinitiative „für eine minimale Grundversicherung mit bezahlbaren Krankenkassenprämien („miniMax“-KVG-Initiative)“ im Sammelstadium.

Im Kanton Schaffhausen ist derzeit eine entsprechende Initiative anhängig. Sie kommt am 25. November 2012 zur Volksabstimmung. Die Initiative mit dem Titel „für bezahlbare Krankenkassenprämien“ will eine Prämienverbilligung erreichen. Die maximale Krankenkassenprämie soll für die Grundversicherung auf 15% des anrechenbaren Einkommens festgesetzt werden.

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen und gestützt auf § 20 Abs. 2 IRG und § 13 Satz 2 IRG kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass die vorliegende unformulierte Initiative rechtlich zulässig ist.

## C. Aktuelle Situation im Gesundheitswesen

### 1. Einleitung zum System der Krankenversicherung

Die schweizerische Krankenversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG, auch Grundversicherung genannt) ist nach dem Versicherungsprinzip aufgebaut und wird im Ausgaben-Umlage-Verfahren über Prämien finanziert (Art. 60 Abs. 1 KVG). Die Einnahmen eines einzelnen Krankenversicherers (Prämien) sollen die Kosten decken, die von den Versicherten dieses Krankenversicherers verursacht werden, zum Beispiel Spitalrechnungen, Arztbehandlungen, Medikamente usw. Die Krankenkassenprämien eines Krankenversicherers sind somit das Spiegelbild der Gesundheitskosten der Versicherten des Versicherers in einer Prämienregion, indem die Höhe der Prämien über mehrere Jahre betrachtet den Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen entspricht. Nehmen Versicherte einer Prämienregion viele Leistungen in Anspruch, so sind die Prämien auch entsprechend hoch.

Die Leistungen der Grundversicherung sind durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und seine Verordnungen genau festgelegt. Die Leistungen aller Krankenversicherer sind somit identisch und die Krankenversicherer treten untereinander in einen Preis- und Qualitätswettbewerb. Jeder Versicherte kann selbst entscheiden, bei welcher von den gegenwärtig rund achtzig vom Bund anerkannten Krankenversicherungen er versichert sein möchte.

Das KVG sieht bei den Prämien drei Altersklassen vor: 0–18-Jährige, 19–25-Jährige, ab 26-Jährige. Innerhalb dieser Altersklassen bezahlen Männer wie Frauen, Gesunde wie Kranke, in der gleichen Prämienregion und bei derselben Krankenversicherung identische Prämien. Beispiel: Eine 25-jährige Frau in der Stadt Basel, die einmal pro Jahr den Arzt aufsucht, bezahlt bei ihrer Versicherung die gleiche Prämie wie ein 60-jähriger Mann, der sich regelmässig wegen eines chronischen Leidens in Spitalbehandlung begibt. Der soziale Gedanke steht, wie es das KVG vorsieht, im Vordergrund.

Die Prämien berechnen sich nach dem Territorialitätsprinzip (jeweils für eine Prämienregion) pro Krankenversicherer und berücksichtigen damit zwingend auch regionale Unterschiede von Kosten und Inanspruchnahme von Leistungen. Grundsätzlich gilt für jeden Versicherer, dass er seine Prämie über alle seine Versicherten in der ganzen Schweiz berechnet; zulässig sind aber regionale Prämienabstufungen eines Versicherers (Art. 61 Abs. 2 KVG), weil die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen regional unterschiedlich und von diversen Faktoren in den Kantonen abhängig sind (Angebotsdichte, Demographie der Bevölkerung, etc). Je nach Situation können auch innerhalb eines Kantons beim gleichen Versicherer zwei oder drei Prämienregionen vorkommen (städtisch, halbstädtisch, ländlich). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) legt diese Regionen für alle Krankenversicherer verbindlich fest. Da der Kanton Basel-Stadt für verschiedene Prämienregionen zu klein ist, gibt es im Kanton nur eine Prämienregion (städtisch).

Für einen künftigen Ausgleich von zu hohen oder zu niedrigen Krankenkassenprämien in einer Region, hat der Bundesrat eine KVG-Gesetzesänderung vorgeschlagen. Neu soll das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Genehmigung der Prämien verweigern können, wenn die Prämien eines Versicherers in einer Region unangemessen über den Kosten liegen oder

zu übermässigen Reserven führen. Sollten die Prämieinnahmen zu hoch ausfallen, soll das BAG im Folgejahr eine Rückerstattung des Krankenversicherers in der entsprechenden Region anordnen können, sofern die wirtschaftliche Situation des Krankenversicherers dies zulässt.

## **2. Kostenentwicklung im Gesundheitswesen**

Der Gesundheitssektor in der Schweiz ist insgesamt gut und erbringt einen hohen individuellen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Nutzen. Dank der obligatorischen Grundversicherung erhalten alle Bürgerinnen und Bürger bei Bedarf Zugang zu qualifizierten Gesundheitsleistungen. Die Lebenserwartung in der Schweiz liegt im internationalen Vergleich sehr hoch.

Der Gesundheitssektor entwickelt sich seit Jahren überproportional zur Wirtschaft als Ganzes und weist mittlerweile die höchste Anzahl an Beschäftigten aller Branchen auf. Seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 wächst das Volumen der pro Person abgerechneten medizinischen Leistungen, und damit die Kosten.

In den letzten Jahren ist es dank verschiedener Bemühungen gelungen, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu kontrollieren; in den letzten 5 Jahren sind die Gesamtkosten im Gesundheitswesen nicht stärker gestiegen als die Wirtschaftsleistung und stabilisierten sich im Verhältnis von Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt (BIP) bei 11,4%. Die Schweiz zählt aber zu den Ländern mit hohen Gesundheitskosten. Laut OECD-Angaben von 2009 lagen die USA mit 17,4 Prozent BIP-Anteil der Gesundheitskosten an der Spitze. Vor der Schweiz mit rund 12 Prozent lagen die Niederlande, Frankreich und Deutschland, Kanada hatte den gleichen Anteil wie die Schweiz.

Hauptgründe für die steigenden Gesundheitskosten sind vor allem die vermehrte Inanspruchnahme durch die Versicherten (steigende Bedürfnisse der Konsumentinnen und Konsumenten), teilweise Fehlanreize in der Finanzierung durch das KVG (wenig Anreize für die Leistungserbringer, sich kostengünstig zu verhalten) und wenig ausgeprägte Anreize für die Versicherten, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen. Ein weiterer Grund ist der medizinische Fortschritt (neue Behandlungsmethoden, neue technische Produkte und Hilfsmittel, neue Medikamente etc.), der neben einer Verbesserung der Lebensqualität auch Kosten mit sich bringt. Aber auch die demographische Entwicklung (Alterung der Bevölkerung) führt zu mehr Kosten (Pflege, Demenzbetreuung etc.), aber auch mehr Lebensqualität im Alter und höherer Produktivität aufgrund der Abnahme krankheitsbedingter Absenzen vom Arbeitsplatz.

## **3. Situation in Basel-Stadt**

Für Leistungen, welche im Jahr 2010 im Rahmen der Grundversicherung erbracht wurden, wurden brutto CHF 24,3 Mrd. oder durchschnittlich CHF 3'123 pro versicherte Person bezahlt. Diese Bruttoleistungen beinhalten die Leistungen der Versicherer sowie die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) der Versicherten. Die kantonalen Unterschiede für die Leistungen sind gross: Mit CHF 2'126 wurde im Kanton Appenzell-Innerrhoden am wenig-

ten ausgegeben. Im Kanton Basel-Stadt führt eine Summation der oben genannten Effekte zu den höchsten Gesundheitskosten in der Schweiz; mit CHF 4'252 pro versicherte Person (2010) liegt der Kanton Basel-Stadt an der Spitze aller Kantone. Damit sind auch die Prämien im Kanton Basel-Stadt die höchsten schweizweit. Wegen des Kernstadt-Charakters von Basel-Stadt sind Vergleiche mit anderen Kantonen, mit auch ländlichen Regionen, aber irreführend; am ehesten müsste Basel-Stadt mit anderen Kernstädten wie Zürich (Prämienregion 1 = städtisch) oder Luzern (Prämienregion 1 = städtisch) verglichen werden, was zu ähnlich hohen Werten in den anderen Kantonen führen würde.

Die Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt sind die höchsten schweizweit. Es besteht die Möglichkeit, diese Prämien durch die Wahl von günstigeren Hausarztmodellen oder HMO-Modellen (Gruppenpraxen) sowie durch die Übernahme eines grösseren Risikos über eine höhere Franchise merklich zu reduzieren. Zudem gewährt der Kanton Basel-Stadt wirk-same Prämienverbilligung für untere Einkommen. Nach Berücksichtigung der Prämienvergünstigungen liegt der Kanton Basel-Stadt mit der Prämienbelastung im nationalen Vergleich an dritter Stelle. Dennoch stellt die Prämienlast für mittelständische Familien, die nicht mehr in den Genuss von Prämienvergünstigungen kommen, ein grosses finanzielles Problem dar.

Es ist zu beachten, dass die Angebotsdichte, vor allem an stationären Leistungen, im Kanton Basel-Stadt sehr hoch ist, weil hier wichtige Funktionen im Rahmen von Zentrumsleistungen, welche auch für die umliegenden Kantone, aber auch für grenzüberschreitende Behandlungen erbracht werden. Auf Grund der heutigen Finanzierungsmechanismen (Vollkostendeckung inklusive der Investitionskosten) belasten die Behandlungen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten die Prämien von Basel-Stadt nicht. Im Gegenteil tragen die ausserkantonalen oder internationalen Patienten dazu bei, dass die Basler Spitäler und die medizinische Fakultät sich im Bereich der Medizin und Life-Science national und international positionieren können. Das Gesundheitswesen ist unbestrittenermassen ein wichtiger Wirtschaftsfaktor im Kanton.

#### **4. Eingeleitete Massnahmen**

Der Bund ist für die Regulierung und Ausgestaltung der Grundversicherung zuständig. In diesem Rahmen bezeichnet er die von der Krankenversicherung zu vergütenden Leistungen und setzt gewisse eidgenössische Tarife und Preise fest (z.B. Arzneimittel, medizintechnische Produkte etc.). Die Kantone haben in diesem Bereich keinerlei Steuerungsmöglichkeiten.

Im Jahr 2011 wurde die neue Pflegefinanzierung eingeführt, die Auswirkungen im ambulanten (Spitex) und stationären (Pflegeheime) Bereich hat. Das neue Gesetz regelt die Aufteilung der Pflegekosten ambulant und im Pflegeheim zwischen den pflegebedürftigen Personen, Krankenversicherern und Kantonen bzw. Gemeinden. Für Patientinnen und Patienten sowie die Krankenkassen ist die Belastung durch die vom Bund festgelegten Fixbeiträge begrenzt. Die Kantone sind verpflichtet, in diesem Bereich die Restfinanzierung zu übernehmen, was dazu führt, dass sie alle Mehrkosten zu tragen haben. Die Kostenentwicklung ist

dabei durch Menge und Pflegebedarf gesteuert und kann durch den Kanton nur marginal beeinflusst werden.

Im stationären Akutbereich legen die Kantone für ihre Bevölkerung fest, welche Leistungsaufträge sie an welche Spitäler erteilen, die dann die Versorgung der Bevölkerung in allen Bereichen sicherstellen müssen. Gemäss KVG müssen sich die Kantone mit mindestens 55% an den in der Grundversicherung anfallenden Kosten im stationären Bereich (Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Psychiatrische Kliniken und der Akut- und Übergangspflege) beteiligen. Die Steuerungsmöglichkeiten eines Kantons liegen hierbei bei der Bestimmung der Leistungsaufträge an die Spitäler für die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots. Ein tendenzielles Unterangebot führt zu geringeren Kosten, aber auch längeren Wartezeiten für die Patienten, ein relatives Überangebot eher zu einer vermehrten Inanspruchnahme durch die Patienten und damit zu höheren Kosten.

Durch die Erhöhung der Kantonsbeteiligung auf mehr als 55% kann ein Kanton die Leistungskosten im KVG senken und damit auch direkten Einfluss auf die Prämienlast nehmen, indem der steuerfinanzierte Anteil erhöht wird.

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahre 2009 (mit einer dreijährigen Übergangsfrist) wollte der eidgenössische Gesetzgeber mehr Transparenz und mehr Wettbewerb in die stationäre Versorgung und die Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern erreichen. Die Spitäler auf der Spitalliste müssen den Kriterien von Qualität und Wirtschaftlichkeit entsprechen, was mittelfristig zu einer Stabilisierung der Kostenentwicklung beitragen soll. Erste Tarifverträge für das Jahr 2013 zeigen, dass die Baserates bereits im zweiten Jahr der neuen Spitalfinanzierung sinken.

Im ambulanten Bereich (Niedergelassene Ärzte, Spitalambulatorien) verfügen die Kantone im Vergleich mit dem Bund und den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Versicherer) über beschränkte Möglichkeiten zur gestaltenden Einflussnahme auf die ambulante Gesundheitsversorgung. Das weitgehende Fehlen von Planungs- und Finanzierungs Kompetenzen im Rahmen der Krankenversicherung hat in verschiedener Hinsicht eine schwache Steuerungsmöglichkeit zur Folge. Dies wäre aber wichtig, weil der ambulante Spitalbereich derjenige Bereich ist, der heute den grössten Anteil an der Steigerung der Krankenkassenprämien hat, da dieser Sektor zu 100% über Prämien finanziert wird und weil immer mehr Leistungen vom dual durch Krankenkassen und Kantone finanzierten stationären Sektor in den ambulanten Sektor verlagert werden. Dies führt dazu, dass die zwar volkswirtschaftlich kosteneffizienteren und schonenderen ambulanten Behandlungen die Krankenkassenprämien überdurchschnittlich in die Höhe treiben.

Der Regierungsrat ist seit vielen Jahren bestrebt, die regionale Spitalversorgung in der Nordwestschweiz mit einer freien Spitalwahl für alle Einwohnerinnen und Einwohner in der ganzen Region voranzutreiben. Die Entwicklung partnerschaftlicher Kooperationen ist oft langwierig und gelingt nicht immer im ersten Anlauf. Die gemeinsame Bedarfsplanung der nordwestschweizer Kantone und das gemeinsame Universitäts-Kinderspital beider Basel stellen positive Beispiele dar. Ferner wird eine komplette Freizügigkeit zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt ab 1. Januar 2014 umgesetzt. Die Vision für die künf-



tige Entwicklung ist eine erweiterte Kooperation mit anderen Kantonen im Sinne eines eigentlichen Gesundheitsversorgungsraums.

Der Kanton Basel-Stadt setzt sich auf nationaler Ebene vehement für eine transparente und adäquate Berechnung der Krankenkassenprämien ein und engagiert sich für den Ausgleich der in den letzten Jahren zu viel bezahlten Prämien (Stichwort Reserverenausgleich).

#### **D. Antrag auf Überweisung der Initiative zur Berichterstattung an den Regierungsrat; weiteres Vorgehen**


Die Initiative umfasst komplexe gesundheitspolitische Fragestellungen und greift zum Teil Themen auf, bei denen die kantonalen Kompetenzen beschränkt sind. Der Regierungsrat wird in einer breiten Auslegeordnung die Ausgangslage, die möglichen Ansatzpunkte für eine Verminderung der Kosten- und damit auch Prämienlast für die basel-städtische Bevölkerung aufzeigen, sowie Massnahmen vorschlagen. Ferner sind die Auswirkungen bei einer Annahme der Initiative aufzuzeigen.

#### **E. Anträge**

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen stellt der Regierungsrat dem Grossen Rat die folgenden Anträge:

1. Dem beiliegenden Entwurf zu einem Grossratsbeschluss wird zugestimmt und die unformulierte Initiative „bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt“ für rechtlich zulässig erklärt.
2. Die Initiative „bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt“ wird dem Regierungsrat gemäss § 18 Abs. 3 lit. b IRG zur Berichterstattung überwiesen. Dieser Beschluss fällt dahin, falls ein Gericht die Initiative infolge einer Beschwerde gemäss § 16 IRG rechtskräftig für unzulässig erklärt.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin  
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl  
Staatsschreiberin

#### **Beilage**

Entwurf Grossratsbeschluss

## Grossratsbeschluss

### **über die rechtliche Zulässigkeit der unformulierten Initiative „bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt“**

(vom [Hier Datum eingeben])

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt, nach Einsicht in den oben stehenden Ratschlag beschliesst:

://: Die mit 3'498 gültigen Unterschriften zustande gekommene unformulierte Initiative „bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt“ wird für rechtlich zulässig erklärt.

Dieser Beschluss kann beim Verfassungsgericht durch Beschwerde angefochten werden. Die Beschwerde ist innert 10 Tagen seit der Veröffentlichung im Kantonsblatt schriftlich beim Verfassungsgericht anzumelden. Innert 30 Tagen vom gleichen Zeitpunkt an gerechnet, ist die schriftliche Begründung einzureichen, welche die Anträge, die Angabe der Tatsachen und Beweismittel und eine kurze Rechtserörterung zu enthalten hat.

Dieser Beschluss ist zu publizieren.