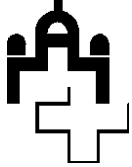


Ständerat

Conseil des Etats

Consiglio degli Stati

Cussegl dals stadis



**04.061 s Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision.
Spitalfinanzierung**

Erläuternder Bericht

der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 30. August 2005

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) hat an ihrer Sitzung vom 30. August 2005 die Vorlage des Bundesrates zur Teilrevision des „KVG. Spitalfinanzierung (04.061s)“ verabschiedet und dabei wesentliche Änderungen vorgenommen. Der Ständerat ist am 20. September 2005 auf die Vorlage eingetreten und hat sie gleichzeitig an die Kommission zurückgewiesen mit dem Auftrag, eine Vernehmlassung bei den Kantonsregierungen durchzuführen und in der Wintersession wieder dem Rat zu unterbreiten.

Die Anträge der Kommission finden sich auf der Fahne (siehe Beilage).

Im Namen der Kommission
Die Präsidentin:

Christiane Brunner

Inhalt:

Eintretensvotum der Kommissionspräsidentin

Auszug aus dem Bericht der Subkommission vom 16. Juni 2005, mit Ergänzungen nach der Sitzung der Kommission vom 30. August 2005

1 Eintretensvotum der Kommissionspräsidentin am 20. September 2005

Bei der Vorlage des Bundesrates geht es im Wesentlichen darum, von dem System, unter dem die Kantone die öffentlichen und gewisse Privatspitäler subventionieren, zu einem System überzugehen, das die Abgeltung von Leistungspauschalen vorsieht. Die Finanzierung soll also auf Grund der Tätigkeit (also der Leistungen) und nicht mehr auf Grund der Struktur des Spitals und der Dauer des Spitalaufenthalts erfolgen. So wird beispielsweise eine Blinddarmentzündung unabhängig vom Krankheitsgrad und von der Spitalaufenthaltsdauer nach einem Kostentarif finanziert. Bei der Grundversicherung schlägt der Bundesrat deshalb vor, jede Leistung nach einer festen Pauschale zu finanzieren, mit Ausnahme gewisser Spezialfälle wie beispielsweise der Vielfacherkrankung (Multimorbidität) oder von psychischen Leiden. Unsere Kommission hat sich zusammen mit allen angehörten Fachpersonen für die Vorlage des Bundesrates und damit für einen Wechsel vom Subventionierungssystem zur leistungsorientierten Pauschalfinanzierung ausgesprochen. Dieses System ist in gewissen Kantonen bereits eingeführt worden; es bietet eine hohe Kostentransparenz und ermöglicht einen Vergleich zwischen den Spitälern. Überall erhofft man sich von dieser Transparenz eine Effizienzsteigerung und mit der Zeit Einsparungen im stationären Bereich.

Mit der Abkehr vom System der Objektfinanzierung rührt der Bundesrat an den Kern der Spitalfinanzierung. Er stellt zunächst das - von uns befürwortete - Prinzip auf, wonach die Rechtsform eines Spitals nicht mehr von Belang ist. Zweitens schlägt er vor, dass die Leistungspauschale je zur Hälfte von der Krankenversicherung und den Kantonen finanziert wird. Diese Aufteilung erscheint sinnvoll, hat aber in allen Kantonen, in denen der Kantonsanteil bis jetzt insgesamt über 50 Prozent lag, einen katastrophalen Prämienanstieg zur Folge. Im Durchschnitt dürften die Prämien gesamtschweizerisch um 7 Prozent ansteigen, ohne dass den Versicherten aus dem Systemwechsel ein besonderer Vorteil erwächst. Allein schon deshalb erhält man den Eindruck, dass der Vorschlag des Bundesrats zum Scheitern verurteilt ist. Natürlich hätten wir eine andere Kostenaufteilung zwischen Kantonen und Krankenversicherung vorschlagen können, beispielsweise 60 Prozent zu Lasten der Kantone und 40 Prozent zu Lasten der Versicherung. Diese Lösung wäre jedoch von den meisten Kantonen abgelehnt worden, weil sie den extremen Unterschieden zwischen den Kantonen nicht Rechnung trägt. Andererseits hat der Bundesrat in seinen Gesetzesentwurf die Verpflichtung aufgenommen, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten des revidierten KVG zu einem monistischen Finanzierungssystem überzugehen. Die grosse Mehrheit der Kommission konnte nicht an die Realisierbarkeit dieses Versprechens glauben und stellte ernsthaft in Zweifel, ob der Bundesrat bereit sein würde, drei Jahre, nachdem alle Spitäler und die Kantone zu einem Systemwechsel verpflichtet wurden, das ganze Dossier erneut aufzunehmen.

Schliesslich setzte sich unsere Kommission eingehend mit den bestehenden Ungleichbehandlungen von ambulanten und stationären Leistungen auseinander. Dieses Missverhältnis ist ein Geburtsgebrechen des KVG, das ausgemerzt werden muss. Traditionell liegt der stationäre Sektor im Bereich der Kantone und der ambulante in jenem der Ärzte. Noch vor zwanzig Jahren kam es selten vor, dass ein Spital eine ambulante Leistung anbot. Aber die Dinge haben sich geändert und sie schaffen zuweilen widersprüchliche Anreize, die einzig mit den Finanzströmen zu tun haben und keineswegs mit dem Bemühen, den Patienten auf bestmögliche Weise zu behandeln. So tendieren beispielsweise die Versicherer dazu, ihre Versicherten zu hospitalisieren, weil sich in diesem Fall der Kanton an den Kosten beteiligen muss, während die Kantone in den Spitälern die ambulanten Leistungen

ausgebaut haben, weil diese Leistungen vollumfänglich von den Versicherern übernommen werden. Hier ist zu erwähnen, dass wir schon viel Zeit dafür aufgewendet haben, die ambulanten beziehungsweise die stationären Leistungen und vor allem die teilstationären Leistungen zu definieren. Diese Aufgabe ist unlösbar und kommt der Quadratur des Zirkels gleich.

Unsere Kommission hat deshalb nach einer Lösung gesucht, wie im stationären und im ambulanten Bereich ein identischer Finanzstrom zu schaffen ist. Dieser Auftrag wurde einer Subkommission übertragen. Sie hat achtmal getagt und darauf ihren Bericht der Gesamtkommission vorgelegt, welche ihn einstimmig annahm. Die Lösung ist sicher neu, entspricht aber in allen Punkten dem erteilten Auftrag:

- die Finanzströme im ambulanten und im stationären Sektor sind dieselben;
- die Beitragsquote der Kantone darf nur in Ausnahmefällen unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegen;
- die Krankenversicherung übernimmt die restlichen Kosten.

Aus dem Zahlenmaterial, das uns von der Bundesverwaltung basierend auf das Jahr 2002 zur Verfügung gestellt wurde, geht hervor, dass die Kantone im Durchschnitt für 30 Prozent der ambulanten und stationären Leistungen aufkommen. Darin enthalten ist alles, was die Kantone für Spitäler, Pflegeheime und die Krankenpflege zu Hause bezahlen. In einigen Kantonen ist es schwierig, die Forschung und die universitäre Lehre von den Spitalkosten zu trennen, in anderen Kantonen wurde diese Kostenausscheidung bereits gemacht. Es ist also möglich, dass diese Zahlen zu wenig genau sind und vom Nationalrat präzisiert und aktualisiert werden müssen. Die Kantone, deren Beitragsquote im Zeitpunkt, da das Gesetz in Kraft tritt, über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt, können diese um jährlich 0,5 Prozentpunkte senken, sind aber nicht dazu verpflichtet. Die Kantone, deren Beitragsquote im gleichen Zeitpunkt unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt, müssen diesen um 1 Prozentpunkt pro Jahr erhöhen; davon ausgenommen sind die Kantone, in denen das Prämienniveau unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt, da es nicht sinnvoll ist, Kantone mit bereits sehr niedrigen Prämien stärker zu belasten. Allerdings kann kein Kanton - unabhängig von der Entwicklung seiner Prämien - seine Beitragsquote unter diejenige senken, die für ihn bei Inkrafttreten des Gesetzes gilt. Dies wird mit ziemlicher Sicherheit die Prämiensituation verbessern, denn die Kantone hatten bis zu dem Entscheid, den das Eidgenössische Versicherungsgericht in Bezug auf die Leistungen fällte, ihre Kostenbeteiligung fortdauernd gesenkt. Gemäss unserem Vorschlag legen die Kantone ihre Beitragsquoten basierend auf den Gesetzesbestimmungen und den Erhebungen des Bundes fest. Gegen diese kantonalen Entscheide kann keine Beschwerde erhoben werden.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich gemäss der Vorlage des Bundesrates die Kantonsbeiträge für sämtliche stationären Leistungen auf 50 Prozent belaufen sollen, ob es sich nun um den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung handelt oder um die analoge Leistung, die in der halbprivaten oder privaten Abteilung erbracht wird. Unsere Kommission folgte der Logik des Bundesrates, die sich aus der Interpretation des geltenden Gesetzes durch das Eidgenössische Versicherungsgericht ergibt und gegen die sich die Kantone sträuben. Und was die Behauptung der Kantone betrifft, dass von uns vorgeschlagene System käme zwei Milliarden Franken teurer zu stehen als das geltende, ist es so, dass es sich zum einen um die vom Bundesrat vorgeschlagene Milliarde für die kantonalen Leistungen im Bereich der halbprivaten und privaten

Abteilungen handelt und zum andern um eine Milliarde für Pflegeheime und die Krankenpflege zu Hause, die heute von den Kantonen getragen wird. Der Vorschlag unserer Kommission hat demzufolge im Vergleich zu jenem des Bundesrates weder eine Mehrbelastung für die Versicherten noch für die Kantone oder den Bund zur Folge.

Auch müssen einige Klarstellungen zu den Planungskompetenzen der Kantone gemacht werden. In der ersten Phase geht es nur um die gesundheitspolizeiliche Bewilligung zur Eröffnung eines Spitals, in der zweiten Phase muss der Kanton sagen, welche Spitäler er anerkennt und welchen ein Leistungsauftrag zu erteilen ist, so dass die erbrachten Leistungen von der Grundversicherung abgedeckt werden. Es geht hier also um die Spitalplanung jedes einzelnen Kantons. Das Ergebnis dieser Planung ist die Spitalliste.

Die Spitäler, die nicht auf dieser Liste aufgeführt sind oder Leistungen anbieten, die nicht zu ihrem Auftrag gehören, erhalten den Kantonsanteil für diese Leistungen nicht. Die Kantone können somit ihre Kosten mit einer wirklich bedarfsgerechten Planung erheblich verringern. Die Kantone können auch Leistungsaufträge erteilen, die der Versorgung der Bevölkerung dienen. Solche gemeinwirtschaftliche Leistungen umfassen namentlich die Aufnahmepflicht, die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, sowie die Forschung und universitäre Lehre. Die Kosten dieser gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden von den Kantonen alleine getragen. Wir haben andererseits der Beschwerde der Kantone Rechnung getragen, wonach sie ihre Planungskompetenzen nicht nutzen können, weil die von der Spitalliste ausgeschlossenen Spitäler ständig rekurrieren würden, die Verfahren äusserst lang seien und die Spitäler in der Regel Recht bekämen. Wir haben deshalb die Verfahrensdauer drastisch gekürzt und für Planungseinsprachen die Beschwerden wegen Verstosses gegen das Bundesrecht eingeschränkt, indem die Rüge der Unangemessenheit des Entscheids völlig ausgeschlossen wurde.

2 Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen

Art. 25, 29, 35

Dem Vorschlag des Bundesrates soll Folge geleistet werden, das heisst, die Begriffe „allgemeine Abteilung“ und „teilstationär“ sollen gestrichen werden. Um eine Klärung bezüglich der im Spital zu übernehmenden Aufenthaltskosten zu erreichen, soll aber der Zusatz „entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung“ eingefügt werden.

Art. 39

Entsprechend dem Vorschlag des Bundesrates soll sich die Spitalplanung auf alle Versicherten beziehen, unabhängig davon, ob sie „nur“ obligatorisch versichert sind oder eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Zudem müssen die Kantone eine gemeinsame Planung der hoch spezialisierten Medizin beschliessen.

Bezüglich der Zulassung der Spitäler ist daran zu erinnern, dass es sich um ein mehrstufiges Verfahren handelt. Aufgrund seiner gesundheitspolizeilichen Zuständigkeit erteilt der Standortkanton in einem ersten Schritt dem Spital als Institution eine Betriebsbewilligung. In einem zweiten Schritt entscheidet der Kanton, welche Spitäler erstens gemeinwirtschaftliche Leistungen erbringen sollen und zweitens, welche Spitäler beziehungsweise Abteilungen zur Erbringung von Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind. Neben ausreichender ärztlicher Betreuung, dem erforderlichen Fachpersonal und zweckentsprechenden Einrichtungen ist es notwendig, dass ein Spital der von einem oder mehreren Kantonen erstellten Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung entspricht. Mit dem Erlass der Spitalliste entscheidet der Kanton über die Zulassung eines Spitals zur Erbringung von Leistungen in den festgelegten Bereichen. Die Spitalliste ist somit das Resultat der Spitalplanung. Die Kantone sind verpflichtet, eine Liste zu erstellen, auf der alle Spitäler beziehungsweise Abteilungen aufgeführt sind, welche benötigt werden, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Deren Leistungen werden, soweit sie der Planung entsprechen, von den Versicherern vergütet. Nicht der Planung entsprechende Leistungen werden nicht vergütet.

Das Instrument, mit welchem festgelegt wird, welche Aufgaben ein Spital zu erfüllen hat, war bis anhin der Leistungsauftrag. Neu soll zwischen Leistungsaufträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen und der eigentlichen Zulassung für die Erbringung von Leistungen gemäss KVG (mittels Zulassungsverfügung) unterschieden werden. Die Bedeutung des Begriffs „Leistungsauftrag“ ändert sich gegenüber der bis anhin geltenden: Mit der Aufführung auf der Spitalliste wird bestimmt und dies ohne Abgeltungspflicht des Kantons, in welchem Bereich das Spital tätig sein darf, währenddem der Kanton mit dem Leistungsauftrag die gemeinwirtschaftlichen Leistungen regelt. Damit ist ebenfalls eine Kapazitätszuweisung verbunden, um die erforderliche Angebotssteuerung zu erreichen. Bei der Zulassung zur Erbringung von Leistungen gemäss KVG haben die Kantone zu berücksichtigen, ob die Spitäler beziehungsweise Abteilungen in der Lage sind, die ihnen zugedachte Aufgabe zu erfüllen. Eine Pflicht der Spitäler zur Aufrechterhaltung der Kapazitäten ist mit der Zulassungsverfügung nicht verbunden. Sollte ein Spital die in der Zulassung enthaltenen Kapazitäten nicht aufrecht halten, liegt es an ihm, entsprechend zu reagieren. Der Kanton kann dann entweder einem anderen Spital diese Kapazitäten für die Erbringung von Leistungen gemäss KVG oder, falls die notwendigen Leistungen als gemeinwirtschaftlich einzustufen sind, diese mit einem abgeltungspflichtigen Leistungsauftrag für gemeinwirtschaftliche Leistungen einem Spital zuweisen. Es liegt nämlich grundsätzlich an den Kantonen, dass die zur Versorgung erforderlichen Kapazitäten zur Verfügung stehen.

Art. 41 Abs. 1 und 2

Gemäss Vorschlag des Bundesrates

Art. 41 Abs. 3

Der Absatz ist aufzuheben; der bundesrätliche Vorschlag bezieht sich auf die dual-fixe Finanzierung, der Wohnkanton erbringt indessen im vorgeschlagenen Modell keinen direkten Anteil an die Vergütung. Die Fragen in Bezug auf den kantonalen Beitrag an sämtliche Leistungen gemäss KVG werden in den Artikeln 49a bzw. 66b und 66c geregelt.

Art. 47 Abs. 2

Weil der bundesrätliche Vorschlag davon ausgeht, dass die Aufhebung des Vertragszwangs vor der Neuregelung der Spitalfinanzierung in Kraft tritt, die Abfolge von den eidgenössischen Räten jedoch inzwischen geändert worden ist, kann nicht mehr auf den Zulassungsvertrag Bezug genommen werden. Vielmehr ist vom aktuellen Gesetzestext auszugehen. Da in der geltenden Bestimmung noch die teilstationäre Behandlung erwähnt ist, muss sie angepasst werden.

Art. 49 Abs. 1 und 2

Gemäss Vorschlag des Bundesrates soll von der inputorientierten Kostendeckung zur outputorientierten Leistungsfinanzierung übergegangen werden. Die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt im Spital erfolgt deshalb mittels leistungsbezogenen Pauschalen, welche auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. Die Vertragspartner können vereinbaren, dass besondere diagnostische und therapeutische Leistungen getrennt in Rechnung gestellt werden. Mit der Vergütung werden sowohl die Betriebs- wie die Investitionskosten abgedeckt. Falls mit den Vergütungen die Kosten nicht gedeckt werden, ist das Spitalunternehmen für den Umgang mit dem Defizit verantwortlich.

Art. 49 Abs. 3 und 4

Da im bundesrätlichen Vorschlag das dual-fixe Modell beschrieben wird, ist die Bestimmung anzupassen. Beizubehalten ist jedoch die Regelung, dass Kostenanteile für Lehre und Forschung nicht in die Vergütungen fliessen dürfen. Einerseits entspricht dies der bundesrätlichen Rechtsprechung und andererseits finanziert der Kanton Lehre und Forschung als gemeinwirtschaftliche Leistung im vorliegenden Modell gemäss Artikel 49a separat.

Art. 49a (neu)

In den Leistungsaufträgen gemäss Artikel 39 Absatz 4 legen die Kantone fest, welche gemeinwirtschaftlichen Leistungen die Spitäler erbringen.

Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen umfassen namentlich die Aufnahmepflicht, die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre. In Abweichung von der bisherigen Entscheidungspraxis des Bundesrates wird einzig die universitäre Lehre als gemeinwirtschaftliche Leistung bezeichnet, nicht aber die Kosten der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie die Kosten der Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals sowie des paramedizinischen Personals. Die Kosten der Weiterbildung werden grundsätzlich durch die Personen in Weiterbildung getragen, was einen Beitrag des Betriebs nicht ausschliesst.

Der Kanton soll die Mehrkosten, welche aus dem zur Verfügung Stellen von Kapazitäten für gemeinwirtschaftliche Leistungen entstehen, finanzieren; die eigentlichen medizinischen

Leistungen sind durch die Krankenversicherung zu vergüten. Welches die Leistungen sind, entscheidet der Kanton mit seinem Leistungsauftrag.

Art. 50

Gemäss Vorschlag des Bundesrates

Art. 53 Abs. 2

Das Beschwerdeverfahren vor dem Bundesrat soll insofern beschleunigt werden, dass neue Tatsachen und Beweismittel nur so weit vorgebracht werden können, als der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt; ein weiterer Schriftenwechsel ist zudem nicht mehr zulässig. Die Regelung gilt für Beschwerden an den Bundesrat, hingegen nicht unbesehen für spätere Beschwerden an das Bundesverwaltungsgericht. Entscheide nach Artikel 39 können nur wegen Verletzung von Bundesrecht angefochten werden. Die Rüge der Unangemessenheit des Entscheids soll völlig ausgeschlossen sein.

Art. 64 Abs. 1

Das von der Kommission vorgeschlagene Modell macht eine Präzisierung in Absatz 1 von Artikel 64 nötig. Aus dem heute geltenden Wortlaut kann nämlich nicht abgeleitet werden, ob sich die „Kosten der für sie erbrachten Leistungen“ nur auf die OKP-Kosten bezieht, die von den Versicherern getragen werden, oder auch auf die OKP-Kosten, die von den Kantonen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG getragen werden. Die Bestimmung wird bisher stets so angewandt, dass die Berechnung der Kostenbeteiligung einzig von den OKP-Kosten ausgeht, die die Versicherer tragen. An diesem Rechtszustand soll auch mit dem Modell der SGK nichts geändert werden. Dies muss aber explizit gesagt werden. Somit wird klar gestellt, dass mit dem SGK-Modell die Kostenbeteiligung nur auf dem vom Versicherer getragenen Anteil geschuldet ist.

Art. 66b und c (neu)

Im von der Kommission vorgeschlagenen Finanzierungsmodell wird der gesamtschweizerische Mindestbeitrag der Kantone an die Leistungen gemäss KVG im Gesetz verankert und auf 30 Prozent festgesetzt. Diese Zahl gibt das Finanzierungsverhältnis zwischen Kantonen und Krankenversicherern wieder (vgl. dazu die Tabelle im Anhang 2). Der von den Kantonen und Versicherern getragene Anteil am Finanzierungsvolumen soll im Zeitpunkt des Übergangs nicht ändern. Ein Kanton kann diese Mindestbeitragsquote indessen unterschreiten und eine tiefere Beitragsquote festsetzen, wenn die Erwachsenen-Durchschnittsprämie im Kanton unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt.

Die Leistungserbringer stellen die Gesamtkosten der Leistungen gemäss KVG den Versicherern in Rechnung. Zur Geltendmachung des kantonalen Beitrages erstellen die Versicherer quartalsweise für jeden Kanton eine Übersicht der vergüteten Kosten. Die Kantone sind befugt, die Angaben beim Versicherer zu überprüfen, wobei die Überprüfung medizinischer Angaben unter Aufsicht des kantonsärztlichen Dienstes erfolgen muss. Streitigkeiten zwischen Kantonen und Versicherern, welche den kantonalen Beitrag betreffen, werden durch das Versicherungsgericht des betroffenen Kantons entschieden.

Durch kantonales Gesetz können die Kantone vorsehen, dass der auf den Kanton entfallende Vergütungsanteil nicht an den Versicherer, sondern direkt an den Leistungserbringer entrichtet wird.

Art. 79a

Der Vorschlag des Bundesrates ist nicht aufzunehmen. Die Referenz auf den Wohnkanton wäre dem vorgeschlagenen Modell nicht angepasst, da sämtliche Behandlungen vom Versicherer finanziert werden und der Versicherer den Beitrag des Wohnkantons erhält. Im Fall des Rückgriffs eines Versicherers ist der Anspruch des Kantons zwischen Versicherer und Kanton zu klären.

Art. 104a Abs. 2

Gemäss Vorschlag des Bundesrates

Übergangsbestimmungen Abs. 1

Gemäss Vorschlag des Bundesrates

Übergangsbestimmungen Abs. 2

Gemäss Vorschlag des Bundesrates soll dieser den Zeitpunkt bestimmen, in dem die leistungsbezogenen Pauschalen auf einheitlichen Strukturen zu beruhen haben. Die Einführung der verschiedenen Strukturen erfolgt, nach Inkrafttreten der Änderung, zeitlich gestaffelt. Aus Absatz 3 des Vorschlages des Bundesrates wird die Regelung eingefügt, dass dieser zu bestimmen hat, wie die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden.

Übergangsbestimmungen Abs. 3, 4 und 5

Der Vorschlag des Bundesrates ist nicht aufzunehmen. Die Bestimmungen über den Übergang zum dual-fixen Modell sowie zu einem allenfalls später einzuführenden monistischen Modell werden mit dem vorgeschlagenen neuen Modell obsolet.

Übergangsbestimmungen Abs. 6 und 7

Jene Kantone, deren Finanzierungsanteil bei Inkrafttreten der Gesetzesänderung unter den gesetzlich festgelegten 30 Prozent liegt, müssen ihre Beitragsquote anheben, sofern die Erwachsenen-Durchschnittsprämie im Kanton gleich oder über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt ist. Die Erhöhung beträgt einen Prozentpunkt pro Jahr. Da im Jahr 2002 in keinem der betroffenen Kantone die Beitragsquote unter 25 Prozent lag, ist davon auszugehen, dass die Anpassung an die neue Regelung innerhalb von fünf Jahren erfolgen kann. Gleichzeitig soll festgelegt werden, dass Kantone, deren Finanzierungsanteil über dem Mindestbeitrag von 30% liegt, ihre Beitragsquote zwar senken können, dies aber höchstens in Schritten von jährlich 0.5 Prozentpunkten.

Übergangsbestimmungen Abs. 8 und 9

Mit Einführung der leistungsorientierten Pauschalen soll auf die Betriebsvergleiche zwischen Spitälern verzichtet werden.

Inkrafttreten

Um genügend Flexibilität für das Inkrafttreten zu belassen, soll der Bundesrat den Zeitpunkt bestimmen. Sinnvoll wäre ein Inkrafttreten auf den 1. Januar 2008.