

zu 11.439

**Parlamentarische Initiative
Ergänzende Übergangsbestimmungen zur Einführung
der Spitalfinanzierung**

**Bericht vom 31. Mai 2011 der Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerates**

Stellungnahme des Bundesrates

vom 6. Juni 2011

Sehr geehrter Herr Ständeratspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Zum Bericht vom 31. Mai 2011 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates betreffend die parlamentarische Initiative «Ergänzende Übergangsbestimmungen zur Einführung der Spitalfinanzierung» nehmen wir nach Artikel 112 Absatz 3 des Parlamentsgesetzes (ParlG) nachfolgend Stellung.

Wir versichern Sie, sehr geehrter Herr Ständeratspräsident, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

6. Juni 2011

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Die Bundespräsidentin: Micheline Calmy-Rey

Die Bundeskanzlerin: Corina Casanova

Stellungnahme

1 Ausgangslage

In der Wintersession 2007 hat das Parlament die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen.

Die Revision des KVG ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Artikel 49a KVG mit Einschluss der Investitionskosten muss spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein.

Der Gesetzgeber hat, mit der Schaffung von gleichen Rahmenbedingungen für alle Spitäler, die einer kantonalen Planung entsprechen, die Voraussetzungen für die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Spitälern geschaffen. Der Wettbewerb soll die Elemente Wirtschaftlichkeit und Qualität zum Inhalt haben. Die Spitalplanungen müssen deshalb, auf der Grundlage der Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität, überarbeitet werden.

Die SGK des Ständerates legt eine parlamentarische Initiative vor, mit der die Übergangsbestimmungen auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Regelung zur Spitalfinanzierung per 31. Dezember 2011 geändert werden sollen. Die Kommission hat die Kantone kurzfristig zur Stellungnahme eingeladen. Mit einer gemeinsamen Stellungnahme der Konferenz der Kantonsregierungen, der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und der Konferenz der Finanzdirektorinnen und Finanzdirektoren lehnen diese Konferenzen sowie die 24 antwortenden Kantone die Vorlage vehement und einhellig ab.

2 Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat anerkennt den Willen der Kommission, dass alles getan werden muss, damit die Revision der Spitalfinanzierung ohne ungerechtfertigte Mehrkosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung eingeführt werden kann. Die von der Kommission formulierten gesetzlichen Mittel nach Absatz 1 des vorliegenden Entwurfs zur Änderung des KVG erachtet der Bundesrat jedoch als nicht tauglich und in der vorliegenden Form als nicht umsetzbar.

Die im Bericht in den Erläuterungen formulierte Absicht eines transparenten Ausweises der Wirkungen auf die Kosten und die Prämien steht im Widerspruch zu Absatz 1 der Vorlage, die viel weiter gehende Wirkungen entfalten würde. Auch aus Sicht der Rechtssicherheit für die mit der Umsetzung betrauten Kantone, Spitäler und Krankenversicherer ist die Vorlage abzulehnen. Ferner ist festzuhalten, dass es nicht gerechtfertigt ist, zu Dringlichkeitsrecht zu greifen, zumal die Kantone die bestehenden Übergangsbestimmungen zur Spitalfinanzierung gesetzeskonform angewendet haben, als sie ihren Kostenteiler nach Artikel 49a Absatz 2 KVG festgelegt haben.

In Übereinstimmung mit der Kommission will der Bundesrat die bestehenden Regelungen nutzen und insbesondere die Tarifpartner, aber auch die Kantone in die Verantwortung nehmen. Er besteht auf der kostenneutralen Einführung der Tarif-

strukturen sowie auf der Umsetzung der auf Verordnungsebene vorgegebenen Massnahmen, wie das Monitoring der Kosten und Leistungen, möglichen Korrekturmassnahmen und die Kontrolle der Qualität. Auch strebt der Bundesrat die erhöhte Transparenz bei der Prämien genehmigung und die Durchführung der Betriebsvergleiche an. Zudem will er kosteneindämmende Massnahmen auch ausserhalb der Spitalfinanzierung treffen.

Einer der Schwerpunkte war der Übergang zur Leistungsfinanzierung und die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. Leistungsbezogene Pauschalen sind in der Regel Fallpauschalen, die insbesondere im akutsomatischen Bereich zur Anwendung kommen dürften. In anderen Bereichen, insbesondere der Psychiatrie und der Rehabilitation, sind auch andere Arten des Leistungsbezugs denkbar. Diese Anpassungen sollten keine Kostenauswirkungen haben. Hingegen ändern weitere Elemente der Neuregelung der Spitalfinanzierung die Finanzierungszuständigkeiten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Kantone. Dazu gehören insbesondere die folgenden Regelungen:

- Einbezug der Investitionskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler in die Ermittlung der leistungsbezogenen Pauschalen: Damit erfolgt neu eine Mitfinanzierung der bisher ausschliesslich durch die öffentliche Hand beziehungsweise die Spitalträger finanzierten Kosten durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.
- Mitfinanzierung aller auf der Spitalliste des Kantons aufgeführten Spitäler: Die Leistungen aller Spitäler werden zukünftig zu mindestens 55 Prozent vom Kanton mitfinanziert. Die Kantone beteiligen sich daher zukünftig massgeblich an der Finanzierung der Leistungen von bisher nicht subventionierten Privatspitalern, wodurch insbesondere die Grund-, aber auch die Zusatzversicherung entlastet werden.
- Mitfinanzierung von ausserkantonalen Spitalaufenthalten: Der Wohnkanton der Versicherten hat zukünftig seinen Anteil an der Vergütung auch dann zu übernehmen, wenn sich Versicherte ohne zwingenden medizinischen Grund in einem zugelassenen Spital behandeln lassen, das nicht auf der Liste des Wohnkantons, hingegen auf jener des Standortkantons aufgeführt ist. Dadurch wird die Zusatzversicherung entlastet.

Vor allem durch diese Regelungen werden die Anteile von obligatorischer Krankenpflegeversicherung, Kantonen und Zusatzversicherung an der Finanzierung der Leistungen gemäss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verändert. Dass solche Belastungen beziehungsweise Entlastungen der verschiedenen Kostenträger die Folge der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sein werden, hat der Bundesrat in seiner Botschaft vom 15. September 2004 (BBl 2004 5551) transparent gemacht. Zusätzliche Verschiebungen ergeben sich wegen der freien Spitalwahl, die während der Beratungen des Parlaments aufgenommen wurde.

Der Gesetzgeber hat den Finanzierungsanteil der Kantone, die mindestens 55 Prozent der Vergütung übernehmen, unter Berücksichtigung der neu über die Prämien mitzufinanzierenden Kostenkomponenten festgelegt. Entsprechend beträgt der Anteil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung maximal 45 Prozent. Unter Berücksichtigung der unterschiedlich wirkenden Kostenverschiebungen ging der Gesetzgeber davon aus, dass bei einem Anteil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von maximal 45 Prozent statt bisher 50 Prozent die Mehrbelastungen

für die Krankenpflegeversicherung ungefähr aufgefangen werden können. In Absatz 5 der Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (AS 2008 2049) hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, die Möglichkeit haben, ihren Kostenteiler per 1. Januar 2012 auf mindestens 45 Prozent festzulegen und innert fünf Jahren an die geforderten 55 Prozent anzupassen. Damit sollte eine schrittweise Erhöhung der Kantonsbeiträge möglich werden. Die Kantone haben sich bei der Festsetzung ihrer Anteile im ersten Quartal 2011 an die gesetzlichen Vorgaben gehalten.

Die Ausgangslage in den Kantonen ist äusserst unterschiedlich. Diese und der Anfang 2011 festgesetzte Kantonsanteil an der Vergütung der leistungsbezogenen Pauschalen bestimmt teilweise die finanzielle Auswirkung im Kanton. In einigen Kantonen wird der festgelegte Kantonsanteil zu Prämientlastungen nicht nur in der Zusatzversicherung, sondern auch in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung führen. In anderen Kantonen hingegen wird der festgelegte Kantonsanteil voraussichtlich eine Prämienerrhöhung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Folge haben, wenn diese Kantone nicht weitere Massnahmen ergreifen. Das Ausmass der Kostenverschiebung und der daraus allenfalls resultierenden Prämienanpassungen ist derzeit noch nicht mit hinreichender Sicherheit bekannt, da wesentliche Faktoren noch nicht in die Schätzungen einbezogen werden können. Insbesondere sind die Tarifverhandlungen zwischen den Versicherern und Spitälern noch nicht abgeschlossen, die von den Kantonen allein zu bezahlenden Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen sind noch zu bestimmen und die Abgeltung der Anlagenutzungskosten ist noch nicht bekannt. Auch die neuen Spitalplanungen werden Wirkungen zeitigen, die nicht berücksichtigt sind. Dazu kommt, dass unter der alten Regelung die Kantonsanteile nicht explizit verankert waren und somit nur annäherungsweise geschätzt werden können. Bei den im Anhang des Kommissionsberichts dargestellten Werten handelt es sich um Schätzungen des Bundesamts für Statistik aus dem Jahre 2005 unter Einbezug weiterer Datenquellen, insbesondere der Statistik der öffentlichen Finanzen. Nicht in diese Schätzung einbezogen sind die Wirkungen des Ausschlusses der gemeinwirtschaftlichen Leistungen aus der Tarifermittlung, der Gleichbehandlung der bisher nicht subventionierten Privatspitäler, der Überarbeitung der Spitallisten und des Grundsatzes der freien Spitalwahl. Wenn auch die Vorzeichen der zu erwartenden Belastungen und Entlastungen unter den oben genannten Vorbehalten von der Tendenz her in die richtige Richtung zeigen dürften, sind die Grössenordnungen der dort ausgewiesenen Verschiebungen mit grösster Vorsicht zu interpretieren sind, da die vom Bundesamt für Statistik für das Jahr 2005 geschätzten Wirkungen noch stärker wären als die sehr pessimistischen Annahmen des Krankenversicherungsverbandes. Der Bundesrat bestätigt jedoch aufgrund der oben genannten Ausgangslage weder die eine noch die andere Schätzung.

Die gesundheitspolitische Verantwortung dafür, welche Wirkung die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierungsregelung in den Kantonen zeitigt, liegt bei diesen, soweit es sich nicht um die Frage der Einführung der Tarifstruktur handelt. Sie haben, zusätzlich zur Festsetzung des Anteils an der Vergütung, mit dem Entscheid über die Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen und mit der individuellen Prämienverbilligung verschiedene gesundheitspolitische Steuerungsinstrumente zur Verfügung.

Mit der vorgeschlagenen Regelung soll nun explizit festgehalten werden, dass die Änderung der Tarifstruktur sowie die Änderung der Finanzierungsanteile nicht als Argument für eine Tarifierhöhung oder eine Prämienerrhöhung vorgebracht werden dürfen.

2.1 Keine Tarifierhöhungen aufgrund des Wechsels der Tarifstruktur

Am 1. Januar 2012 gelten leistungsbezogene Pauschalen, die sich auf eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur stützen und in der Regel Fallpauschalen sind. In diesen Pauschalen werden neu die Investitionskosten, das heisst die Anlage-nutzungskosten, einbezogen. Diese vollständigen neuen Pauschalen sind mit den bis Ende 2011 geltenden Tarifen nicht vergleichbar. Die bisher geltenden Tagespauschalen, *All Patients Diagnosis Related Groups* (AP-DRG), Abteilungspauschalen usw., die von Spital zu Spital unterschiedlich ausgestaltet waren und aufgrund der direkten Subventionierung durch die öffentliche Hand unterschiedlich hoch waren, werden im akutsomatischen Bereich abgelöst von Pauschalen, mit denen die gesamten Behandlungskosten eines Falles unabhängig von der Dauer des Spitalaufenthaltes vergütet werden. In diese Pauschalen fliessen alle Betriebs- und Investitionskosten ein; eine Differenzierung zwischen öffentlichen, öffentlich subventionierten und Privatspitalern findet also nicht mehr statt. Die Pauschalen werden gemeinsam von Krankenversicherer und Wohnkanton anteilmässig übernommen. Aufgrund dieser Ausgangslage ist unklar, wie unter diesen Umständen in einem konkreten Fall einer Tarifgenehmigung, das heisst der Genehmigung des sogenannten Basispreises («Baserate»), ermittelt werden soll, was eine Tarifierhöhung ist und durch welches Element diese bedingt ist. Langwierige Streitigkeiten über die Interpretation dieser Bestimmung sind zu erwarten, was einen geordneten Übergang zum gewünschten Finanzierungssystem erschwert. Die Bestimmung, mit der Tarifierhöhungen untersagt werden, ist deshalb nicht umsetzbar.

Zudem spricht der Entwurf nur von Genehmigungsverfahren und nicht von den Festsetzungsverfahren, die nach Artikel 47 KVG dann auf kantonaler Ebene zur Anwendung kommen, wenn sich die Tarifpartner nicht auf einen Tarifvertrag einigen können. Die Kantone müssten sich in einem solchen Fall nicht an die Vorgabe nach dem Vorschlag der Kommission halten.

Der Bundesrat hat in Artikel 59c der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) klar festgehalten, dass ein Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen darf. In diesem Sinne hat er die Zielsetzung des Vorschlages der Kommission bereits vorweggenommen. Damit die Vorgabe der Kostenneutralität beachtet wird, hat der Bundesrat die Tarifpartner mit Absatz 2 der Schlussbestimmungen zur Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV (AS 2008 5097) verpflichtet, zusätzlich zur Tarifstruktur, einen gemeinsamen Vorschlag über die bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen zu unterbreiten, namentlich Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die erforderlichen Korrekturmassnahmen. Anlässlich der Genehmigung der Tarifstruktur vom 18. Juni 2010 hat der Bundesrat diese Vorgaben zuhanden der Tarifpartner bekräftigt und ausdrücklich festgehalten, dass nicht nur die Tarifgrundsätze nach Artikel 59c KVV zu beachten sind, sondern dass, unter sonst gleichen Bedingungen, das

neue Tarifmodell SwissDRG im Vergleich zu 2010 und 2011 keine Mehrkosten verursachen darf.

Der Bundesrat macht ferner darauf aufmerksam, dass ein Ausschluss jeglicher Tarifierhöhungen die Tarifhoheit der Tarifpartner tangiert, die überdies der gänzlich neuen Basis für die Bestimmung der Tarife nicht gerecht wird. Tarife umfassen künftig nicht nur den von der Krankenversicherung zu bezahlenden Betrag, sondern auch den Kantonsbeitrag. Dieser Tarif wird anschliessend zwischen diesen beiden Kostenträgern nach dem vom Kanton festgelegten Kostenteiler aufgeteilt. Damit die zuständige Behörde einen Tarif genehmigen kann, muss er den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit entsprechen. Das heisst, er muss einerseits die Kosten der Leistungen in angemessener Weise berücksichtigen und andererseits den Versicherern und den Versicherten zumutbar sein. Wenn ein Tarif, der diese Kriterien erfüllt, im Nachhinein, sei es im Genehmigungs- oder sei es im Beschwerdeverfahren, nach unten angepasst wird, erhalten die Leistungserbringer nicht mehr die Vergütung, die notwendig ist, um die Kosten zu decken, die bei einer genügenden Versorgung, bei effizienter Leistungserbringung und bei hochstehender Qualität durchschnittlich anfallen. Wollen die Kantone die geplanten Strukturen aufrechterhalten, müssen sie mit Defizitdeckungen oder Beiträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen die Lücken schliessen.

2.2 Ausschluss von Prämien erhöhungen gefährdet finanzielles Gleichgewicht der Krankenversicherer

Wie eingangs erwähnt, führt die Änderung der Finanzierungsordnung zur Belastung beziehungsweise Entlastung der verschiedenen Kostenträger. Die Belastung beziehungsweise Entlastung von obligatorischer Krankenversicherung und Kantonen ist abhängig von der Ausgangslage im jeweiligen Kanton und vom durch die Kantonsregierung festgelegten Kantonsanteil an der Vergütung. Die von einem Versicherer erhobenen Prämien müssen die voraussichtlichen Kosten decken. Die Kosten steigen wegen der demografischen Entwicklung und wegen der medizinischen und technischen Entwicklung. Einen Einfluss hat ebenfalls die Angebotsdichte. Die neue Spitalfinanzierung ändert zudem nicht die Kostenentwicklung, sondern deren Aufteilung zwischen obligatorischer Krankenpflegeversicherung, Kantonen und Zusatzversicherung.

Es ist schwierig festzustellen, welcher Teil der Prämienhöhung dem Trend entspricht und welcher sich auf die neue Spitalfinanzierung und innerhalb der neuen Spitalfinanzierung auf welches ihrer Elemente bezieht. Werden im Genehmigungsverfahren als «zu hoch» beurteilte Prämien zurückgewiesen und die Versicherer dazu gezwungen, nicht kostendeckende Prämien anzuwenden, so müssen die nicht gedeckten Kosten aus den Reserven finanziert werden. Ein derartiger Reserveabbau gefährdet die Solvenz der Versicherer. Abgebaute Reserven sind wiederum aufzubauen, damit sie den gesetzlichen Anforderungen entsprechen, was wiederum eine Prämienhöhung zur Folge hat. Zudem muss bei der nächstjährigen Prämienhöhung auch der Kostenanstieg des Vorjahres, der mit der Prämienhöhung des Vorjahres nicht gedeckt wurde, dazugezählt werden, was zu einer drastischen Prämienhöhung führen würde. Falls die vorgeschlagene Regelung eine Wirkung zeigen kann, dann nur kurzfristig. Spätestens nach dem Wegfall der Regelung müsste dann

mit einem Nachholbedarf bei den Prämien gerechnet werden, soweit die Lücke nicht durch inzwischen erhöhte Kantonsanteile kompensiert wurde. Da der Reserveaufbau zudem von allen Versicherten getragen werden müsste, würden die Versicherten in denjenigen Kantonen bestraft, die eine höhere Kostenübernahme vorsehen. Diese Ungleichbehandlung könnte nur damit behoben werden, dass der aufgrund zu tiefer Prämien erfolgte Reserveabbau mittels Beiträgen der entsprechenden Kantone an die Versicherer gedeckt würde.

Die Kantone haben den ihnen vom Gesetzgeber zugestandenen Handlungsspielraum genutzt und den Kantonsanteil auf das gesetzlich zulässige Mass von 55 Prozent festgelegt beziehungsweise von der diesbezüglichen Übergangsbestimmung zur stufenweise Anpassung Gebrauch gemacht. Sollen nun Prämien erhöhungen ausgeschlossen werden, auch wenn die Kosten steigen, bedeutet dies letztendlich ein Rückkommen auf den unter Ziffer 2 erwähnten Einschätzung der Finanzierungsaufteilung zwischen Kantonen und Krankenversicherern, wonach unter Berücksichtigung der neu über die Prämien mitzufinanzierenden Kostenkomponenten der Anteil der Krankenversicherung höchstens 45 Prozent betragen darf. Konsequenterweise müssten daher die Kantone auf diese Entscheide zurückkommen und ihren Kantonsanteil so festlegen, dass die durch die Krankenversicherung zu tragenden Kostenkomponenten zu keiner Prämienhöhung führen. Dies kann einerseits erreicht werden, indem ein Kantonsanteil von über 55 Prozent festgelegt wird oder auf die Nutzung der Übergangsfrist zur Erreichung des Kantonsanteils von 55 Prozent verzichtet wird.

Kommen hingegen die Kantone beziehungsweise die Kantonsparlamente nicht auf ihre rechtmässig gefällten Entscheide zurück, würde dies für die Krankenversicherer bedeuten, dass sie keine kostendeckenden Prämien erheben dürfen. Ihre finanzielle Sicherheit würde dadurch gefährdet.

2.3 Qualität und Wirtschaftlichkeit als Kriterium in allen Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren

Die Zulassung eines Spitals oder einer Institution zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist davon abhängig, ob es oder sie der Planung eines oder mehrerer Kantone entspricht. Die Planung hat auf der Grundlage der Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erfolgen. Die eidgenössischen Räte haben den Bundesrat verpflichtet, auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit einheitliche Planungskriterien zu erlassen. Die Spitalliste eines Kantons ergibt sich aus dessen Spitalplanung. Die Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit sind somit auch in Bezug auf die Spitalliste des Kantons massgebend. Der Bundesrat hat in Artikel 58b Absatz 4 Buchstabe a KVV zudem klar festgehalten, dass die Kantone bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung berücksichtigen müssen. Eine zusätzliche Regelung ist nicht erforderlich.

Wenn nun nachträglich in einer zusätzlichen Übergangsbestimmung festgehalten wird, dass in allen Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren die Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit massgebend sind, könnte dies zudem so verstanden werden, dass die neue Bestimmung die vorherige Regelung temporär ausser Kraft setzt und dass während der Geltungsdauer der ergänzenden Übergangsbestimmung nur die

Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit, nicht aber die übrigen in Gesetz und Verordnung verankerten Bestimmungen über die Spitalplanung, wie die Bedarfsgerechtigkeit, anwendbar sind. Wenn die Versorgungsplanung der Kantone nicht auf deren Bedarf zur Sicherstellung der Versorgung der Kantonsbevölkerung abgestützt ist, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die notwendige und kosteneindämmende Anpassung der Spitalisten nicht erfolgt oder behindert wird. Die vorgeschlagene Regelung ist nicht sachgerecht.

3 Antrag des Bundesrates

Mit der Kommission ist der Bundesrat der Ansicht, dass alles getan werden muss, damit die Revision der Spitalfinanzierung nicht zu ungerechtfertigten Mehrkosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung führt. Dazu will er die bestehenden Regelungen nutzen und insbesondere die Tarifpartner, aber auch die Kantone in die Verantwortung nehmen. Er besteht auf der kostenneutralen Einführung der Tarifstrukturen, sowie auf der Umsetzung der auf Verordnungsebene vorgegebenen Massnahmen, wie das Monitoring der Kosten und Leistungen, möglichen Korrekturmassnahmen und die Kontrolle der Qualität. Auch strebt der Bundesrat die erhöhte Transparenz bei der Prämien genehmigung und die Durchführung der Betriebsvergleiche an. Zudem will er kosteneindämmende Massnahmen auch ausserhalb der Spitalfinanzierung treffen. Die nun zusätzlich vorgesehene Regelung ist demgegenüber nicht justiziabel und steht im Widerspruch zu den Beschlüssen vom 21. Dezember 2007. Sie ist nicht geeignet, die gewünschte Wirkung zu erzielen. Der Bundesrat beantragt daher deren Ablehnung.

Falls das Anliegen der Kommission, wie in ihrem Bericht dargelegt, einzig darin besteht, dass im Prämien- und Tarifgenehmigungsverfahren die Kosten- und Prämienwirkungen transparent auszuweisen sind, müsste der Wortlaut der Vorlage angepasst werden. Diesem Anliegen kann am einfachsten entsprochen werden, indem der Bundesrat einen Bericht erstellt. Falls das Parlament hingegen im Übergang zur neuen Spitalfinanzierung die Übergangsbestimmungen weiter präzisieren will, beantragt der Bundesrat folgende Formulierung anstelle von Absatz 1 der Kommissionsinitiative:

«¹ Tarif- oder Prämien erhöhungen, die mit der Änderung der Tarifstruktur für stationäre Leistungen (Art. 49) oder der Aufteilung der Abgeltung stationärer Leistungen zwischen Kantonen und Versicherern (Art. 49a) begründet sind, werden gesondert von anderen Ursachen, die sich auf die Kosten und Prämien der Krankenversicherer auswirken, ausgewiesen.

^{1bis} Das Departement erhebt die Kosten- und Prämienwirkungen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die Resultate werden veröffentlicht.»