

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GDK

Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege Schlussbericht

Zürich, 28. Mai 2019

Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar

Inhalt

Zusammenfassung	4
Ziel und Vorgehen der Studie	4
Ergebnisse	4
Synthèse	8
Objectif et démarche de l'étude	8
Résultats	8
1. Hintergrund und Ziel	12
1.1. Ausgangslage	12
1.2. Ziel und Fragestellungen	12
1.3. Methodisches Vorgehen	13
2. Gegenstand, Abgrenzungen und Datenquellen	15
2.1. Finanzierung der KVG-Pflegekosten	15
2.2. Kosten und Beiträge für die KVG-Pflege im Pflegeheim	18
2.3. Kosten und Beiträge für die KVG-Pflege zuhause	20
3. Schätzung der Beiträge der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege	22
3.1. KVG-Pflege im Pflegeheim	22
3.1.1. Direkte Beiträge der Kantone und Gemeinden	22
3.1.2. Indirekte Beiträge der Kantone via Ergänzungsleistungen (EL)	27
3.2. KVG-Pflege zuhause	32
3.2.1. Direkte Beiträge der Kantone und Gemeinden	32
3.2.2. Indirekte Beiträge der Kantone via Ergänzungsleistungen	36
3.3. Fazit	40
4. EFAS-Kostenteiler unter Einbezug der Pflege	42
5. Zukünftige Auswirkungen des Einbezugs der KVG-Pflegekosten in die EFAS	45
5.1. Geschätzte Kostenentwicklung bis zum Jahr 2030	45

5.1.1.	Grundlagen	45
5.1.2.	Schätzungen Bereich KVG-Pflege	47
5.1.3.	Schätzungen Bereich ambulante Leistungen	49
5.1.4.	Schätzungen Bereich stationäre Leistungen	50
5.2.	Auswirkungen auf die Finanzierungsträger	51
6.	Fazit zu den Fragestellungen	56
	Literatur	61
	Annex 1: Weiterführende Tabellen	62
	Tabellenanhang Kapitel 2	62
	Tabellenanhang Kapitel 3	69
	Tabellenanhang Kapitel 4	80
	Tabellenanhang Kapitel 5	81

Zusammenfassung

Ziel und Vorgehen der Studie

Im Zuge der Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» (EFAS), hat die GDK gefordert, die Beiträge der Versicherer und der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflegeleistungen in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzubeziehen. Der Einbezug der KVG-Pflegekosten in die EFAS hätte die Konsequenz, dass der von der SGK-N ermittelte Kostenteiler (22,6% Kantone, 77,4% Versicherer) für ambulante und stationäre Leistungen (ohne Pflege) angepasst wird. Ziel der Studie war es, einerseits den Kostenteiler unter Einbezug der Pflege zu ermitteln. Andererseits sollte die Studie aufzeigen, welche Auswirkungen der Einbezug der Pflege in die EFAS auf die Ausgabenlast der Kantone und Gemeinden sowie der Versicherer in der längeren Frist (bis 2030) hätte. Dazu sollte die Entwicklung der Ausgabenlast unter den verschiedenen Finanzierungssystemen (bestehendes Finanzierungssystem, EFAS ohne Einbezug der Pflege, EFAS mit Einbezug der Pflege) verglichen werden.

Die durchgeführten Schätzungen zu diesen Fragestellungen stützen sich auf verschiedene Grundlagen:

- Befragung der Kantone zu den Beiträgen der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege,
- öffentliche Statistiken zu den Kosten und der Finanzierung im Gesundheitswesen,
- Literatur zu Prognosen der Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen.

Ergebnisse

Finanzierungsbeiträge der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege

Um den Kostenteiler einer EFAS unter Einbezug der Pflege zu ermitteln, mussten zunächst die Beiträge der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege ermittelt werden. Diese sind in den bestehenden Statistiken des BFS (SOMED-Statistik und Spitex-Statistik) zu tief ausgewiesen. Dies hängt damit zusammen, dass die Kantone und Gemeinden zum Teil Finanzierungsbeiträge ausrichten, die sowohl KVG-Pflegekosten als auch Nicht-KVG-Pflegekosten umfassen und die Leistungserbringer die KVG-Pflegekosten nicht immer sauber abgrenzen. Daher wurden im Rahmen dieses Mandats die Finanzierungsbeiträge bei den Kantonen erhoben. Da die Kantone diese nicht alle genau beziffern können, haben wir zur Plausibilisierung und Ergänzung eigene Schätzungen vorgenommen. Die Angaben der Kantone wurden mit den Schätzungen verglichen, konsolidiert und mit den Kantonen abgestimmt. Die Erhebung ergab, dass von Seiten der Kantone und Gemeinden im Rahmen der Restkostenfinanzierung Beiträge in der Höhe von **CHF**

2.08 Mia. - 2.32 Mia. (Basis 2016) geleistet wurden. Dies sind rund CHF 0.5 Mia. mehr als in den öffentlichen Statistiken ausgewiesen sind. Hinzu kommen indirekte Beiträge der Kantone in Form von Beiträgen an die Patientenbeteiligung via Ergänzungsleistungen (EL) in der Höhe von CHF 0.25 Mia. - 0.35 Mia.

Kostenteiler unter Einbezug der Pflege in die EFAS

Bei einem Einbezug der KVG-Pflegekosten in die EFAS würde sich unter der Bedingung der Ausgabenneutralität ein Kostenteiler von **25.5% (Anteil Kantone und Gemeinden) zu 74.5% (Anteil Versicherer)** ergeben. Der Kostenteiler basiert auf den folgenden effektiv geleisteten Beiträgen im Jahr 2016:

Tabelle 1: Geleistete Beiträge an KVG-Kosten der Versicherer, Kantone und Gemeinden im Jahr 2016

Kostenträger	Ambulant (ohne Pflege)	Stationär (ohne Pflege)	Pflege	Total
Versicherer (OKP)	CHF 19.4 Mia. (100%)	CHF 6.1 Mia. (45%)	CHF 2.8 Mia. (56%)	CHF 28.3 Mia. (74.5%)
Kantone/ Ge- meinden	0	CHF 7.5 Mia. (55%)	CHF 2.2 Mia. (44%)	CHF 9.7 Mia. (25.5%)
Total	CHF 19.4 Mia. (100%)	CHF 13.6 Mia. (100%)	CHF 5.0 Mia. (100%)	CHF 38.0 Mia. (100%)

Tabelle INFRAS. Quellen: Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (2019), Spitex-Statistik 2016 und SOMED-Statistik 2016, Befragung der Kantone. Die Ausgaben für die Pflege entsprechen dem Mittel der errechneten Bandbreite.

Bei diesem Kostenteiler sind Patientenbeteiligungen an KVG-Pflegekosten von CHF 0.7 Mia. Franken nicht inbegriffen. Bei einem möglichen System EFAS mit Pflege stellt sich die Frage, ob diese zukünftig auch in das gemeinsam zu finanzierende Gesamtvolumen eingeschlossen werden sollen. Sollte dies politisch gewollt sein, ist festzulegen, wie diese Beiträge unter den Kantonen/Gemeinden und den Versicherern aufgeteilt werden. Dabei sind verschiedenen Szenarien denkbar unter denen der Kostenteiler (Anteil Kantone/Gemeinden) bei Aufhebung der Patientenbeteiligung folgendermassen ausfallen würde:

- Szenario 1: Volle Übernahme durch die Kantone/Gemeinden -> Kostenteiler 26.8%,
- Szenario 2: Häftige Aufteilung Kantone/Gemeinden und Versicherer -> Kostenteiler 25.9%,
- Szenario 3: Aufteilung gemäss heutiger Verteilung der Pflegekosten auf die Kantone und Versicherer -> Kostenteiler 25.8%.

Zukünftige Veränderung der Ausgabenlast in den verschiedenen Finanzierungssystemen

Für die Entwicklung der Kosten in den drei relevanten Leistungsbereichen gehen wir davon aus, dass der Bereich der Pflege am stärksten wachsen wird, gefolgt vom Bereich der ambulanten

Leistungen. Das tiefste Kostenwachstum ist im stationären Bereich zu erwarten. Konkret gehen wir bis zum Jahr 2030 von folgenden jährlichen Wachstumsraten aus:

- Ambulante Leistungen (KVG): 2.9% - 3.2%,
- Stationäre Leistungen (KVG): 1.0% - 1.5%,
- Pflegeleistungen (KVG): 2.8% - 4.5%.

Diese Schätzungen basieren grösstenteils auf bestehenden Prognosen der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) und des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan). Diese Prognosen berücksichtigen die Bevölkerungsentwicklung, Morbiditätsszenarien, Einkommenseffekte mit dem erwarteten Wirtschaftswachstum sowie die erwartete Teuerung. Im Bereich der Pflege sind zudem Verlagerungseffekte vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich berücksichtigt. Da sich seit den Schätzungen der EFV das Kostenwachstum im stationären Bereich (ohne Pflege) gedämpft hat und in den Schätzungen sich bereits abzeichnende Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich nicht berücksichtigt wurden, haben wir die Wachstumsrate für den stationären Bereich nach unten korrigiert.

Die Modellierungen der Ausgabenlast mit diesen Wachstumsraten (mittlerer Wert aus der Bandbreite) ergeben folgende zukünftige Veränderungen unter den verschiedenen Finanzierungssystemen:

Tabelle 2: Geschätzte Ausgabenentwicklung 2016 - 2030

Finanzierungssystem	Kantone/Gemeinden	Versicherer (OKP)
1) System Status Quo	+ 3.3 Mia. (+34%)	+ 12.7 Mia. (+45%)
2) EFAS ohne Pflege	+ 4.7 Mia. (+49%)	+ 11.3 Mia. (+40%)
3) EFAS mit Pflege	+ 4.1 Mia. (+42%)	+ 11.9 Mia. (+42%)

Tabelle INFRAS. Quellen: Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (2019), Spitex-Statistik 2016 und SOMED-Statistik 2016, Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Befragung der Kantone, Brändle und Colombier (2017), Bayer-Oglesby und Höpflinger (2010).

Gemäss den Schätzungen würde die Ausgabenlast der Kantone in dem System EFAS ohne Pflege stärker steigen als im System Status Quo. Grund ist, dass ein höherer relativer Anstieg der Kosten im ambulanten gegenüber dem stationären Bereich erwartet wird und sich die Kantone im System Status Quo nicht an den ambulanten Kosten beteiligen. Im System EFAS mit Pflege würde das Ausgabenwachstum der Kantone (und Gemeinden) etwas schwächer ausfallen als im System EFAS ohne Pflege. Dies hängt damit zusammen, dass sich die Kantone (und Gemeinden) im System Status Quo stark (mit ca. 44%) an den KVG-Pflegekosten beteiligen und

für diesen Bereich ein relativ stärkeres Wachstum angenommen wird als für die restlichen Ausgabenbereiche zusammen. Auf Seiten der Versicherer würde sich die Ausgabenlast umgekehrt entwickeln. Im System EFAS ohne Pflege würde sie etwas weniger ansteigen als im System Status Quo. Im System EFAS mit Pflege würden die Versicherer gegenüber dem System EFAS ohne Pflege wiederum mehr vom Ausgabenwachstum tragen.

Die Schätzungen sind aufgrund der Unsicherheiten bei den Kostenprognosen mit Vorsicht zu interpretieren – insbesondere in Bezug auf die Höhe der erwarteten Veränderungen. Sie lassen aus unserer Sicht dennoch den Schluss zu, dass durch das System EFAS ohne Pflege der Steuerzahler gegenüber dem Prämienzahler zukünftig relativ zum Ausgabenwachstum stärker belastet würde. Diese Lastenverschiebung würde durch den Einbezug der Pflege in die EFAS wieder etwas relativiert.

Synthèse

Objectif et démarche de l'étude

Dans le cadre de la consultation relative à la modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) intitulée « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation » (EFAS), la CDS a exigé que les contributions des assureurs et des cantons et communes aux prestations de soins LAMal soient intégrées dans le volume des coûts devant être financé de manière duale. L'intégration des coûts des soins LAMal aurait pour conséquence l'adaptation de la clé de répartition calculée par la CSSS-CN (cantons 22,6 %, assureurs 77,4 %) pour les prestations ambulatoires et les prestations avec hospitalisation (sans les soins). L'objectif de l'étude était d'une part de déterminer la clé de répartition soins compris. L'étude devait d'autre part montrer quelles répercussions l'intégration des soins dans EFAS aurait à plus long terme (jusqu'en 2030) sur les dépenses des cantons et des communes ainsi que des assureurs. Il s'agissait à cette fin de comparer l'évolution des dépenses selon les différents systèmes de financement (système de financement existant, EFAS sans les soins, EFAS soins compris).

Les estimations réalisées sur ces questions reposent sur différentes bases :

- enquête auprès des cantons sur les contributions des cantons et des communes aux soins LAMal
- statistiques officielles sur les coûts et le financement du système de santé
- littérature sur les prévisions de l'évolution des coûts du système de santé.

Résultats

Contributions financières des cantons et des communes aux soins LAMal

Pour déterminer la clé de répartition d'EFAS soins compris, il fallait d'abord calculer les contributions des cantons et des communes aux soins LAMal. Celles-ci sont trop basses dans les statistiques existantes de l'OFS (statistique SOMED et statistique de l'aide et des soins à domicile). Cela est dû au fait qu'une partie des cantons et des communes versent des contributions financières qui englobent aussi bien les coûts des soins LAMal que les coûts des soins non LAMal et que les fournisseurs de prestations ne délimitent pas toujours avec exactitude les coûts des soins LAMal. C'est pourquoi les contributions financières ont été recueillies auprès des cantons dans le cadre du présent mandat. Vu que les cantons ne sont pas tous en mesure de les chiffrer avec précision, nous avons réalisé nos propres estimations afin de vérifier leur plausibilité et de les compléter. Les indications des cantons ont été comparées aux estimations, consolidées et

ajustées avec eux. Le relevé a montré que les cantons et les communes ont versé, dans le cadre du financement des coûts résiduels, des contributions s'élevant à **CHF 2,08 mia – 2,32 mia** (base 2016). C'est environ 0,5 milliard de plus que ce qu'indiquent les statistiques publiques. Viennent s'ajouter les contributions indirectes des cantons sous la forme de contributions à la participation des patients via les prestations complémentaires (PC) à hauteur de CHF 0,25 mia – 0,35 mia.

Clé de répartition sous EFAS soins compris

En cas d'intégration des coûts de soins LAMal dans EFAS, on obtiendrait à condition que la neutralité des dépenses soit respectée une clé de répartition de **25,5 % (part des cantons et des communes) et 74,5 % (part des assureurs)**. La clé de répartition est basée sur les contributions suivantes effectivement versées en 2016.

Tableau 1 : contributions des assureurs, des cantons et des communes au financement des coûts LAMal en 2016

Agents payeurs	Ambulatoire (sans les soins)	Hospitalisation (sans les soins)	Soins	Total
Assureurs (AOS)	CHF 19,4 mia (100 %)	CHF 6,1 mia (45 %)	CHF 2,8 mia (56 %)	CHF 28,3 mia (74,5 %)
Cantons / communes	0	CHF 7,5 mia (55 %)	CHF 2,2 mia (44 %)	CHF 9,7 mia (25,5 %)
Total	CHF 19,4 mia (100 %)	CHF 13,6 mia (100 %)	CHF 5,0 mia (100 %)	CHF 38,0 mia (100 %)

Tableau INFRAS. Sources : Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (2019), statistique de l'aide et des soins à domicile 2016, statistique SOMED 2016, enquête auprès des cantons. Les dépenses pour les soins correspondent à la moyenne de la fourchette calculée.

Les participations des patients de CHF 0,7 mia aux coûts des soins LAMal ne sont pas prises en compte dans cette clé de répartition. Dans le cas d'un système EFAS soins compris, la question se pose de savoir si celles-ci doivent également être incluses dans le volume total devant être financé conjointement. Si cela est politiquement souhaité, il convient de déterminer la manière dont ces contributions seront réparties entre les cantons / communes et les assureurs. Différents scénarios sont envisageables dans lesquels la clé de répartition (part cantons / communes) serait la suivante en cas de suppression de la participation des patients.

- Scénario 1 : prise en charge complète par les cantons / communes -> clé de répartition 26,8 %
- Scénario 2 : répartition pour moitié cantons / communes et assureurs -> clé de répartition 25,9 %
- Scénario 3 : répartition selon partage actuel des coûts des soins entre cantons et assureurs -> clé de répartition 25,8 %

Future modification des dépenses dans les différents systèmes de financement

Pour l'évolution des coûts dans les trois domaines de prestations concernés, nous partons de l'idée que le domaine des soins connaîtra la plus forte croissance, suivi de celui des prestations ambulatoires. C'est dans les hospitalisations que la hausse des coûts devrait être la plus faible. Concrètement, nous prévoyons les taux de croissance annuels ci-après jusqu'en 2030.

- Prestations ambulatoires (LAMal) : 2,9 % - 3,2 %,
- Prestations avec hospitalisation (LAMal) : 1,0 % - 1,5 %
- Prestations de soins (LAMal) : 2,8 % - 4,5 %

Ces estimations reposent en grande partie sur les prévisions existantes de l'Administration fédérale des finances (AFF) et de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Ces prévisions tiennent compte de l'évolution de la population, des scénarios relatifs à la morbidité, des effets de la croissance économique attendue sur les revenus ainsi que du renchérissement attendu. Dans le domaine des soins, les effets du transfert du stationnaire dans le secteur ambulatoire sont de plus pris en compte. Vu que, depuis les estimations de l'AFF, la croissance des coûts s'est atténuée dans les hospitalisations (sans les soins) et que les transferts qui se dessinent déjà du stationnaire vers le secteur ambulatoire n'ont pas été pris en compte dans les estimations, nous avons corrigé à la baisse le taux de croissance pour les hospitalisations.

La modélisation des dépenses via ces taux de croissance (valeur moyenne de la fourchette) donne les modifications futures suivantes dans les différents systèmes de financement.

Tableau 2 : estimation de l'évolution des dépenses 2016 - 2030

Système de financement	Cantons / communes	Assureurs (AOS)
1) Statu quo	+ 3,3 mia (+ 34 %)	+ 12,7 mia (+ 45 %)
2) EFAS sans les soins	+ 4,7 mia (+ 49 %)	+ 11,3 mia (+ 40 %)
3) EFAS soins compris	+ 4,1 mia (+ 42 %)	+ 11,9 mia (+ 42 %)

Tableau INFRAS. Sources : Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (2019), statistique de l'aide et des soins à domicile 2016 et statistique SOMED 2016, statistique des coûts et du financement du système de santé, enquête auprès des cantons. Brändle et Colombier (2017), Bayer-Oglesby et Höpflinger (2010).

Selon les estimations, les dépenses des cantons dans le système EFAS sans les soins augmenteraient plus fortement qu'en cas de statu quo. Les raisons en sont que l'on s'attend à une croissance relative plus élevée des coûts dans le secteur ambulatoire que dans le secteur stationnaire et que les cantons ne participent pas aux coûts ambulatoires dans le système actuel.

Dans le système EFAS soins compris, la croissance des dépenses des cantons (et des communes) serait un peu plus faible que dans le système EFAS sans les soins. Cela est dû au fait que dans le système actuel, les cantons (et les communes) participent fortement (à hauteur de 44 %) au financement des coûts des soins LAMal et que pour ce domaine une croissance relativement plus forte est prévue que pour les autres dépenses réunies. L'évolution des dépenses serait inverse concernant les assureurs. Dans le système EFAS sans les soins, elles augmenteraient un peu moins que dans le système actuel. Dans le système EFAS soins compris, les assureurs assumeraient en revanche une part plus grande de la croissance des dépenses que dans le système EFAS sans les soins.

En raison des incertitudes liées aux prévisions des coûts, il convient d'interpréter les estimations avec prudence – en particulier concernant le niveau des changements attendus. À notre avis, celles-ci permettent toutefois de conclure que le contribuable serait à l'avenir plus fortement mis à contribution que le payeur de primes par le système EFAS sans les soins en tenant compte de la croissance respective des dépenses dans les trois domaines. L'intégration des soins dans EFAS relativiserait quelque peu ce transfert de charges.

1. Hintergrund und Ziel

1.1. Ausgangslage

Die SGK-N hat im April 2018 eine Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» (EFAS) eröffnet. Ziel der Gesetzesänderung ist es, die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen und die koordinierte Versorgung zu fördern und damit das Kostenwachstum zu bremsen sowie die prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten zu stabilisieren. Der Gesetzesentwurf schliesst dabei die Kosten der Langzeitpflege aus. Die GDK hält in ihrer Vernehmlassungsantwort vom 28.6.2018 fest, dass EFAS eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation erst entfalten kann, wenn auch die Pflege in das Finanzierungsmodell einbezogen wird. Denn auch an der Schnittstelle zwischen medizinischer Akutversorgung und Langzeitpflege sowie zwischen der ambulanten und stationären Langzeitpflege sind Fehlanreize zu beobachten. Die GDK fordert daher, den Beitrag der Versicherer an die Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 KLV und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der Restfinanzierung in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen und den von der SGK-N vorgeschlagenen Kostenteiler (22,6% Kantone, 77,4% Versicherer) entsprechend anzupassen.

Zur Integration der Pflege in die einheitliche Finanzierung müssen das Gesamtvolumen der KVG-Pflegekosten, deren Aufteilung zwischen Versicherern und Kantonen bzw. die voraussichtlichen Finanzflüsse im Gesamtsystem (stationär, (spital)ambulant, Pflege) bekannt sein. Die GDK hat deshalb das unabhängige Forschungs- und Beratungsbüro INFRAS mit der vorliegenden Studie beauftragt. Diese soll die Auswirkungen der Integration der KVG-Pflegekosten in die EFAS untersuchen.

1.2. Ziel und Fragestellungen

Ziel des Mandats ist es, die Auswirkungen einer Integration der KVG-Pflegekosten in EFAS auf die Finanzvolumina und Kostenteiler mittels geeigneter Methoden aufzuzeigen. Insbesondere soll die Studie folgende sieben Fragestellungen beantworten:

1. Welche Leistungskomponenten beinhalten die KVG-Pflegeleistungen im ambulanten resp. im stationären Pflegebereich? Für welche Leistungen bzw. Zwecke richteten Kantone und Gemeinden ihre Finanzierungsbeiträge an die Leistungserbringer im Jahr 2016 aus? Welcher Anteil davon kann den Restkosten der Pflege nach Art. 25a Abs. 5 KVG zugeordnet werden?

2. Wie hoch waren die effektiven Beitragsvolumina von Krankenversicherern (OKP), Kantonen und Gemeinden, Bewohner/innen resp. Klientinnen an die KVG-Pflegekosten in Pflegeheimen und für die Pflege zu Hause (insgesamt und pro versicherte Person) im Jahr 2016?
3. Welche Dynamik der KVG-Pflegekosten (insgesamt und pro Versicherten) wird für die kommenden Jahre – von 2016 bis ca. 2030 – erwartet? Unter welchen Annahmen?
4. Welche Dynamik steht dem für den gleichen Zeitraum für den ambulanten Bereich gegenüber? Unter welchen Annahmen? Welche Schlüsse können daraus für die Wirkung von EFAS mit und ohne Pflege in Bezug auf Steuer- und Prämienzahler gezogen werden?
5. Welcher Kostenteiler zwischen Versicherern und Kantonen würde sich bei einem Einrechnen des zusätzlichen Kostenblocks „Pflege“ in das Modell der einheitlichen Finanzierung ergeben – unter den gleichen Bedingungen wie sie von der SGK-N in der Vernehmlassung vom 15.5.2018 formuliert wurden?
6. Wie würde sich dadurch der Beitrag der Versicherer resp. der Beitrag der Kantone ändern (i) im Vergleich zu einer EFAS ohne Pflege und (ii) im Vergleich zum Status quo?
7. Welche Auswirkungen hätte der Einbezug der Pflege in die EFAS für die indirekten Beiträge der Kantone an die KVG-Pflege via Ergänzungsleistungen (resp. Krankheits- und Behindernungskosten bei der Pflege zu Hause)? Welche Entwicklungen dieser Ausgaben sind mit und ohne Einbezug der Langzeitpflege in die EFAS für die kommenden Jahre (2016-2030) zu erwarten?

1.3. Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellungen haben wir verschiedene Methoden eingesetzt. Hauptbestandteile des methodischen Vorgehens waren die Analyse von bestehenden Daten sowie eine schriftliche Befragung aller Kantone. Daneben haben wir eine Literaturanalyse durchgeführt sowie einzelne explorative Interviews geführt mit drei Vertretenden von Kantonen und je einem Experten/einer Expertin zur Finanzierung im Bereich Pflegeheime und Pflege zuhause.

Das Vorgehen zur Beantwortung der einzelnen Fragestellungen ist in den folgenden zwei Abschnitten kurz beschrieben. Eine detailliertere Beschreibung erfolgt in den Kapiteln 3-5.

Schätzung der Beiträge der Kantone/Gemeinden und des EFAS-Teilers (Fragen 1,2,5,6,7)

- Auswertung der bestehenden Datenquellen (SOMED-Statistik, Spitex-Statistik und Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS, EL-Registerdaten des BSV). Schätzung der direkten und indirekten Beiträge der Kantone und Gemeinden anhand von verschiedenen Schätzstrategien.

- Schriftliche Befragung der Kantone mit Excel-Fragebogen (inkl. Pretest). Plausibilisierung anhand der Schätzungen; Telefonisches und schriftliches Nachhaken bei Unklarheiten. Konsolidierung der Schätzungen und Angaben der Kantone. Die Kantone hatten anschliessend nochmals Gelegenheit, die konsolidierte Schätzung zu verifizieren und zu korrigieren.
- Berechnung des Kostenteilers EFAS unter Einbezug der Pflege anhand der Ergebnisse zu den Beiträgen der Kantone/Gemeinden.

Schätzung der Entwicklung der Kosten (Fragen 3 und 4)

- Auswertung der verfügbaren Literatur zur Dynamik der Gesundheitskosten. Zusatzabklärungen bei den AutorInnen der Studien.
- Modellierung der Kosten- und Ausgabenentwicklung basierend auf den Informationen aus der Literatur und den Daten zu Kosten und Finanzierung von KVG-Leistungen.

2. Gegenstand, Abgrenzungen und Datenquellen

Wichtiger Bestandteil der vorliegenden Arbeit ist es, die Ausgaben der Kantone und der Gemeinden für die KVG-Pflege zu eruieren (vgl. Fragen 1 und 2 in Kapitel 1.2). Hierzu sind die Ausgaben gesucht, welche die Kantone direkt für die KVG-Pflege aufwenden. Ferner übernehmen die Kantone in gewissen Fällen KVG-Pflegekosten, indem sie die durch die pflegebedürftigen Personen selbst zu tragenden Kosten via die Ergänzungsleistungen (EL) teilweise oder ganz übernehmen. Auch diese indirekten Beiträge sind zu ermitteln.

Kapitel 2 liefert einen Überblick über die Art und Weise, wie die Pflegeleistungen in der Schweiz finanziert werden (Kapitel 2.1). Hierzu gehört auch die Definition der KVG-Pflegekosten. In den Unterkapiteln 2.2 und 2.3 wird näher auf die gesuchten Beiträge für die Pflege im Pflegeheim und zuhause eingegangen.

2.1. Finanzierung der KVG-Pflegekosten

Finanzierung der KVG-Pflegekosten

Seit der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 wurde die Beitragspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gesetzlich in Art. 25a KVG verankert. Dieser Artikel legt fest, dass die KVG-Pflegekosten folgendermassen durch die obligatorische Kranken- und Unfallversicherung (OKP), die Versicherten und die Kantone und Gemeinden zu tragen sind:

- Die OKP hat fixe Beiträge an die Kosten der KVG-Pflegeleistungen zu erbringen, welche in Art. 7a der KLV festgehalten sind.
- Die nicht von der OKP zu übernehmenden Pflegekosten sind von der versicherten Person selbst und dem Kanton bzw. den Gemeinden zu tragen:
 - Die versicherte Person trägt maximal 20% der höchsten vom Bundesrat festbesetzten OKP-Beiträge¹ pro Tag. Dies entspricht CHF 15.95 pro Tag für die Pflege zu Hause und CHF 21.60 pro Tag für die Pflege im Pflegeheim.

¹ Diese betragen für die Pflege zu Hause CHF 79.80/Stunde für die Abklärung und die Beratung, CHF 65.40/Stunde für die Behandlungspflege und CHF 54.60/Stunde für die Grundpflege. Der Höchste Tarif liegt somit für die Pflege zu Hause bei CHF 79.80/Stunde für Leistungen der Pflege zu Hause. Im Pflegeheim liegt der Tarif bei CHF 9 pro 20 Minuten Pflegebedarf. Der Maximaltarif liegt bei CHF 108/Tag, welcher für einen Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten festgelegt wurde.

- Die Kantone bzw. die Gemeinden haben die Restfinanzierung zu regeln, wobei die Bundesgesetzgebung den Kantonen und Gemeinden nicht vorschreibt, wie die Restfinanzierung umzusetzen ist.²

Während die Finanzierung durch die Versicherer einheitlich geregelt ist, bestehen zwischen den Kantonen Unterschiede in den Regelungen der Restfinanzierung und des Beitrags der Versicherten (im Folgenden als Patientenbeteiligung bezeichnet). Die unterschiedlichen Regelungen und Praktiken sind im Folgenden kurz ausgeführt.

Patientenbeteiligung

Prinzipiell kann die oben erwähnte Patientenbeteiligung von max. 20% des höchsten vom Bundesrat festbesetzten OKP-Beitrags erhoben werden. Darüber hinaus steht es den Kantonen und/oder den Gemeinden frei, die Patientenbeteiligung zu subventionieren bzw. den Restfinanzierungsanteil um den Anteil der Patientenbeteiligung zu erhöhen. Mehrere Kantone machen von dieser Möglichkeit Gebrauch (vgl. Tabelle 17 und Tabelle 18 im Anhang).

In Bezug auf die Patientenbeteiligung ist zudem anzumerken, dass diese zum Teil indirekt durch die Kantone via Ergänzungsleistungen (EL) finanziert wird. Können die Pflegebedürftigen dafür nicht selbst aufkommen, werden sie durch die Ergänzungsleistungen übernommen. Bei der Pflege zuhause fällt die Patientenbeteiligung unter die Krankheits- und Behinderungskosten, die im Rahmen der Ergänzungsleistungen voll durch die Kantone erstattet werden. Bei der Pflege im Pflegeheim fällt die Patientenbeteiligung unter die heimbedingten Mehrkosten, welche ebenfalls voll durch den Kanton getragen werden.

Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden

In Bezug auf die Restfinanzierung zeigt die Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung (INFRAS, Careum, Landolt Rechtsanwälte 2018), dass die Finanzierungslösungen in den Kantonen grob in folgende vier Kategorien eingeteilt werden können:

- **Kantonale Normkosten** bzw. **kantonale Höchstgrenzen** bezeichnen eine vorgängig festgesetzte Pauschale, die für alle Institutionen gleich ist, jedoch von der Pflegebedarfsstufe (bei den Pflegeheimen) und der Leistungskategorie (bei der Pflege zuhause) abhängt. Während bei Normkosten die Leistungen zu den festgesetzten Tarifen entgolten werden, erhalten die Leistungserbringer bei Höchstgrenzen nur die effektiv angefallenen Kosten bis hin zu dieser Höchstgrenze abgegolten. Die Tarife setzen die Kantone entweder aufgrund von normativen

² Das heisst die Kantone haben Umsetzungsfreiheit bei der Regelung des zuständigen Gemeinwesens (Kanton und/oder Gemeinden) aber auch bei der Wahl der Finanzierungslösung und der Festlegung der Höchstgrenzen der Beiträge der öffentlichen Hand. Ebenfalls steht es den Kantonen frei, den Anteil der PatientInnen zu subventionieren.

Kriterien, durch Verhandlungen, durch Kostenvergleiche oder basierend auf den ausgewiesenen Kosten fest.

- **Betriebsindividuelle Normkosten** oder **Höchstgrenzen** bezeichnen Pauschalen oder Höchstgrenzen, die im Vorhinein festgesetzt werden, jedoch pro Institution oder Gruppe an Institutionen angepasst wird.
- **Gemeindespezifische Lösungen** bezeichnet die Situation in Kantonen, in denen die Art der Restfinanzierung durch die Gemeinden übernommen wird und von diesen unterschiedlich ausgestaltet wird.
- **Abgeltung effektiver Restkosten** bezeichnet den Fall, bei dem die Kantone oder die Gemeinden die effektiven Restkosten pro Fall gänzlich übernehmen.
- **Mischformen:** Einige Kantone bzw. deren Gemeinden verwenden auch Mischformen der vorher genannten Finanzierungsarten.

Tabelle 15 und Tabelle 16 im Annex zeigen basierend auf der durchgeführten Befragung der Kantone, welche Finanzierungslösungen im Jahr 2016 in den Kantonen zur Anwendung kamen. In fast allen Kantonen liegen in irgendeiner Form Maximalbeiträge für die Restkosten vor, welche pro Pflegestunde bzw. Pflgetag geleistet werden (sei es durch kantonsweite Normkosten oder Höchstgrenzen, betriebsgruppenspezifische Normkosten oder Höchstgrenzen oder weitere Finanzierungssysteme). Prinzipiell ist es somit auch möglich, dass Leistungserbringer ihre KVG-Pflegekosten nicht vollumfänglich decken können, bspw. wenn ihre durchschnittlichen Kosten über den festgesetzten Maximalbeiträgen liegen. In diesen Fällen kommt es zu Deckungslücken und die angefallenen KVG-Pflegekosten stimmen nicht mit der geleisteten Restkostenfinanzierung überein. Bei der Ermittlung der geleisteten Beiträge in Kapitel 3 und des Kostenteilers in Kapitel 4 gehen wir immer von den effektiv geleisteten Beiträgen der Kantone aus, unabhängig von möglichen Deckungslücken.

KVG-Pflegeleistungen

Die Pflegeleistungen sind auf Verordnungsebene in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 7 KLV) definiert. Im Bereich der Pflege zu Hause sind drei Leistungskategorien definiert (a: Abklärung und Behandlung, b: Behandlungspflege, c: Grundpflege). für die Pflege im Pflegeheim gelten zwölf Beitragsstufen, wobei die tiefste einen Pflegebedarf von bis zu 20 Minuten definiert und die Höchste einen Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten. Dieselben Beitragsstufen gelten auch für den Aufenthalt in Tages- oder Nachtstrukturen.

Die Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung hat gezeigt, dass die Kantone in der Regel die KVG-Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV nicht näher definiert haben. Dies kann bei

gewissen Leistungen dazu führen, dass nicht eindeutig ist, ob diese als Pflegeleistungen zu erfassen sind und wie die Abgrenzung der Pflegekosten von Nicht-Pflegekosten zu erfolgen hat. Als Beispiele werden hier die Demenz, die psychogeriatrische Pflege oder die Palliative Care genannt (INFRAS, Careum Forschung, Landolt Rechtsanwälte 2018). Diese teilweise unklare Definition wird auch vom Preisüberwacher (2016) kritisiert. Demnach würden Leistungen wie Demenzzuschläge oder Wegkosten bei der Spitex bei gewissen Institutionen als separate Leistungen verrechnet, in anderen Institutionen stellen diese einen Teil der KVG-Pflegekosten dar.

Zu den sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie die Versorgungspflicht, Beiträge an die Wegkosten im Bereich der Pflege zuhause oder die Aufrechterhaltung eines 24 Stunden-Dienstes gibt es keine expliziten Bestimmungen im KVG. Die vorliegende Befragung bei den Kantonen zeigt, dass die Kantone die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen unterschiedlich handhaben. So vergütet die Mehrheit der Kantone/Gemeinden diese Leistungen im Rahmen von speziellen Normkosten oder Höchstgrenzen für Leistungserbringer mit Versorgungspflicht. Einzelne Kantone können diese Beiträge explizit in einer separaten Kategorie «Gemeinwirtschaftliche Leistungen» ausweisen. In wenigen anderen Kantonen wiederum werden die Kosten für solche Leistungen durch allgemeine «Subventionen» oder «weitere Beiträge» abgegolten. Die Beiträge werden nicht separat als Beiträge für KVG-Leistungen erfasst.

2.2. Kosten und Beiträge für die KVG-Pflege im Pflegeheim

In diesem Kapitel sind die verfügbaren Datenquellen und die Bestandteile der Finanzierung von KVG-Pflegekosten im Pflegeheim näher ausgeführt.

Verfügbare Datenquellen

Zu den Kosten und der Finanzierung der KVG-Pflege im Pflegeheim liegen folgende Statistiken vor:

- *SOMED-Statistik:*
 - Finanzierungsseitig liefert die SOMED-Statistik Angaben zu den Erträgen aus Pflgetaxen aufgeteilt nach Finanzierungsträger (Versicherer, BewohnerIn, Gemeinden und Kanton), Beiträge und Subventionen (von Gemeinden, Kantonen, Bund und weiteren Akteuren) sowie zu allfälliger Defizitdeckung.
 - Kostenseitig liefert die SOMED-Statistik eine Kostenträgerrechnung, welche alle angefallenen Kosten auf KVG-pflichtige Pflege und weitere Leistungen unterteilt.
- *Statistik zu den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens:* Schätzt die in Alters- und Pflegeheim anfallenden Gesamtkosten sowie die Finanzierungsanteile der öffentlichen Hand, der Versicherungen, Privatpersonen und weiterer Akteure. Dabei ist nicht ersichtlich,

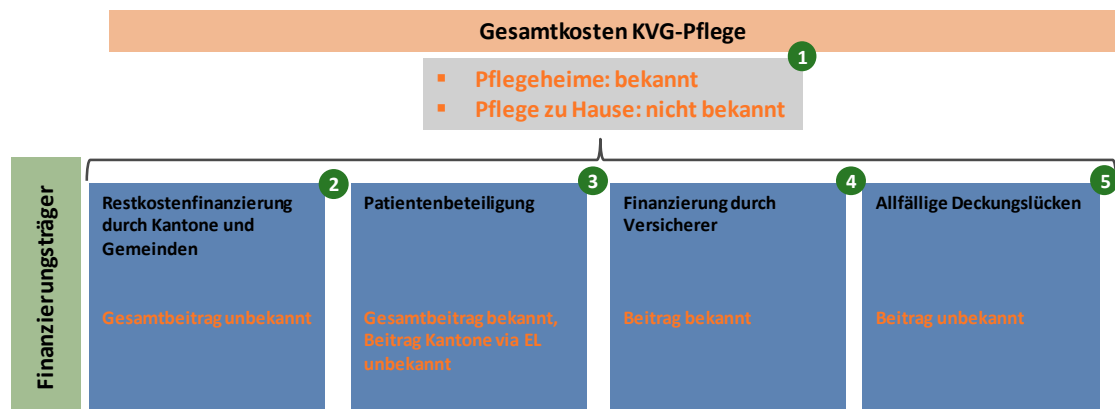
bei welchem Teil der Kosten bzw. der Finanzierung es sich um KVG-pflichtige Leistungen handelt und bei welchem nicht.

- *EL Registerdaten des BSV*: In der EL Statistik sind die Ausgaben der EL für BezügerInnen der AHV, sowie Angaben zur Wohnsituation (im Heim/zuhause) enthalten. Nicht ersichtlich ist, welcher Teil der Ausgaben der EL für die Patientenbeteiligung und somit die KVG-pflichtige Pflege gesprochen wurden. Zudem ist nicht ersichtlich, welcher Teil von Bund und welcher Teil von den Kantonen finanziert wird.

Kosten und Beiträge an die KVG-Pflege im Pflegeheim

Folgende Abbildung zeigt eine schematische Darstellung der Gesamtkosten der KVG-pflichtigen Pflege in Alters- und Pflegeheimen. Prinzipiell fallen bei den Alters- und Pflegeheimen auch Kosten für weitere Leistungen an (Hotellerie, Betreuung, etc.). Für vorliegendes Mandat sind diese aber nicht von Interesse.

Abbildung 1: Finanzierungsbestandteile der KVG-pflichtigen Pflege



Grafik INFRAS. Quelle: Eigene Darstellung

Erläuterungen zur Abbildung:

- 1. Die KVG-Pflegekosten betragen gemäss SOMED-Statistik im Jahr 2016 CHF insgesamt rund CHF 4.07 Mia. Diese Kosten werden prinzipiell durch die Beiträge der OKP (Versicherer) (Kasten 4), die Patientenbeteiligungen (Kasten 3) und die Restkostenfinanzierung (Kasten 2) durch die Kantone getragen.
- 2. Die Restkostenfinanzierung der Kantone und Gemeinden ist die erste gesuchte Grösse. Gemäss SOMED-Statistik wenden die Kantone rund CHF 1.29 Mio. für die Restkostenfinanzierung auf. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Kosten in Realität nicht vollständig

abgebildet sind und in einigen Kantonen unter «weitere Beiträge/Subventionen» in der SOMED-Statistik verbucht werden. Um welchen Teil es sich dabei handelt, ist nicht bekannt. Somit sind die «weiteren Beiträge/Subventionen» ebenfalls von Interesse, wenn sie genutzt werden, um die angefallenen KVG-Pflegekosten zu decken. Die Gesamtausgaben der Kantone und Gemeinden für die Restkostenfinanzierung ist die erste gesuchte Grösse.

- 3. Patientenbeteiligungen: Diese sind in der SOMED-Statistik ausgewiesen (0.57 Mia.) und dürften stimmig sein, da sie sich aus den fixierten Beiträgen und den erbrachten Leistungen ergeben. Die Patientenbeteiligungen variieren dabei zwischen den Kantonen, welche geringere Patientenbeteiligungen vorsehen können. Bei den Patientenbeteiligungen ist zudem zu berücksichtigen, dass ein Teil dieser Ausgaben via die EL und somit indirekt durch die Kantone gedeckt wird. Diese indirekten Beiträge an die EL stellen die zweite gesuchte Grösse dar.
- 4. Beiträge der Versicherer: Diese sind aus verschiedenen Statistiken ersichtlich und bewegen sich in der Grössenordnung von rund CHF 1.8 Mia. Diese Angaben dürften stimmig sein, da die OKP-Beiträge fix sind und die Beitragssumme sich aus den Leistungen und den fixierten Beiträgen ergibt.
- 5. Deckungslücken: Schliesslich sind Deckungslücken zu erwähnen, die sich daraus ergeben, dass die Restkostenfinanzierung der Kantone und Gemeinden nicht immer die Kosten der Alters- und Pflegeheime vollständig deckt. Diese Grösse ist für vorliegendes Mandat nicht gesucht, aber für die folgenden Schätzstrategien dennoch relevant, wenn bei den Schätzungen von der Kostenseite und nicht von der Finanzierungsseite ausgegangen wird.

2.3. Kosten und Beiträge für die KVG-Pflege zuhause

Verfügbare Datenquellen

Spitex-Statistik

- Analog zur SOMED-Statistik ist auch bei der *Spitex-Statistik* die Finanzierungsseite insofern abgedeckt, als dass die Erträge aus Pflgetaxen aufgeteilt nach Finanzierungsträgern (Versicherer, Kantone, Gemeinden und PatientInnen) festgehalten sind. Ebenfalls sind weitere Beiträge durch Kantone und Gemeinden in der Spitex-Statistik festgehalten.
- Kostenseitig sind der *Spitex-Statistik* lediglich die Gesamtkosten zu entnehmen. Angaben zur Aufteilung der Kosten auf KVG-pflichtige Pflege und weitere Leistungen sind in der Spitex-Statistik nicht enthalten.

Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

- Auch zu den Spitex-Organisationen liefert die *Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens* Angaben zu den Gesamtkosten und den Finanzierungsträgern. Wie bei den Alters- und Pflegeheimen ist jedoch nicht ersichtlich, wie sich diese Kosten auf KVG-pflichtige Pflege und weitere Leistungen aufteilen.

Kosten und Beiträge an die KVG-Pflege zuhause

Prinzipiell gilt bei der Pflege zu Hause der gleiche Finanzierungsmechanismus wie bei den Alters- und Pflegeheimen (siehe Kapitel 2.1 und 2.2). Auch bei der Pflege zu Hause sind in vorliegender Studie die insgesamt durch die Kantone und Gemeinden geleisteten Restkosten gesucht (Kasten 2 in Abbildung 1). Ebenfalls ist von Interesse, in welchem Ausmass die Kantone Teile der Patientenbeteiligung für die Pflege zu Hause via die EL (bzw. durch die Rückerstattung von Krankheits- und Behinderungskosten) übernommen haben (Kasten 3 in Abbildung 1). Im Vergleich zur KVG-Pflege im Pflegeheim sind bei der Pflege zu Hause die Gesamtkosten der KVG-Pflege nicht bekannt (Kasten 1 in Abbildung 1).

3. Schätzung der Beiträge der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege

Um den Kostenteiler zwischen der OKP und den Kantonen/Gemeinden unter Einbezug der Pflege zu bestimmen, galt es zunächst, die Beiträge der Kantone und der Gemeinden an die KVG-Pflege im Pflegeheim und zuhause zu ermitteln. Diesbezüglich gehen aus den öffentlichen Statistiken zum Teil unplausible Informationen hervor. Daher wurde im Rahmen dieses Mandats eine Erhebung bei den Kantonen durchgeführt. Da die Kantone je nach Finanzierungssystem ihre Beiträge bzw. die Beiträge ihrer Gemeinden nicht immer exakt angeben können, haben wir eigene Schätzungen basierend auf verfügbaren Informationen vorgenommen. Die Angaben der Kantone wurden mit diesen Schätzungen plausibilisiert bzw. teilweise ergänzt.

In den folgenden Kapiteln sind die Angaben der Kantone sowie die Ergebnisse der jeweiligen Schätzungen aufgeführt. Die den Schätzungen zugrundeliegenden Methoden unterscheiden sich teils zwischen den Bereichen Pflege im Pflegeheim und Pflege zuhause. Sie sind daher in den jeweiligen Kapiteln separat beschrieben.

Wir unterscheiden zwischen **direkten Beiträgen**, welche die Restfinanzierung und allfällige Subventionen der Patientenbeteiligungen umfassen **sowie indirekten Beiträgen**.

3.1. KVG-Pflege im Pflegeheim

3.1.1. Direkte Beiträge der Kantone und Gemeinden

Unter direkten Beiträgen der Kantone an die KVG-pflichtige Pflege sind die Ausgaben zu verstehen, welche die Kantone bzw. Gemeinden im Rahmen der Restkostenfinanzierung (z.B. durch eine Normkostenfinanzierung) übernehmen. Sofern weitere Beiträge der Kantone bzw. Gemeinden wie bspw. Defizitdeckung, Objektfinanzierungen (wie z.B. Subventionen) oder andere Beiträge zur Deckung angefallener KVG-pflichtigen Pflegekosten genutzt werden, gehören auch diese Ausgaben dazu.

Die folgenden Abschnitte beschreiben das Vorgehen zur Ermittlung der Beiträge der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege im Pflegeheim. Anschliessend sind die Ergebnisse pro Kanton in einer Tabelle festgehalten.

Angaben der Kantone zu den direkten Beiträgen an die KVG-Pflegeleistungen

Die Kantone haben in der Befragung zu folgenden Positionen Angaben gemacht:

- KVG-Restkostenfinanzierung: Beiträge im Jahr 2016.

- Weitere Beiträge an Alters- und Pflegeheime im Jahr 2016 (Subventionen, Defizitdeckung, gemeinwirtschaftliche Leistungen und sonstige Beiträge) sowie der Anteil an diesen weiteren Beiträgen, der zur Deckung von KVG-Pflegekosten verwendet wird.

Die Summe der Beiträge zur Restkostenfinanzierung und der Anteil von weiteren Beiträgen für KVG-Pflegekosten ergeben die direkten Beiträge an die KVG-Pflege im Pflegeheim. Diese sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Als Bestandteil der Restkostenfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden sind ebenfalls die Beiträge für die KVG-Pflege in Tages- und Nachtstrukturen von Interesse. Diese Beiträge haben die Kantone in der Befragung teilweise separat, teilweise als Bestandteil der Beiträge an die Pflegeheime und teilweise als Bestandteil an die Beiträge für die Pflege zuhause angegeben. Somit tauchen diese Beiträge bei gewissen Kantonen in Kapitel 3.1.1, bei anderen Kantonen in Kapitel 3.2.1 auf.

Schätzungen aufgrund von weiteren Informationsquellen

Um die Angaben der Kantone zu plausibilisieren bzw. zu ergänzen, haben wir zwei Schätzungen der direkten Beiträge an die KVG-Pflege im Pflegeheim vorgenommen:

- **«Bottom-Up» Schätzung:** Dies ist eine Hochrechnung der Ausgaben der Kantone und Gemeinden anhand einer Multiplikation der Normkosten oder Höchstgrenzen und dem Leistungsvolumen. Es resultiert der Kasten 2 in Abbildung 1 in Kapitel 2.2. Die im Jahr 2016 geltenden Normkosten oder Höchstgrenzen haben wir aus der Befragung der Kantone erhalten. Die Mehrzahl der Kantone verwenden Normkosten oder Höchstgrenzen im Rahmen der Restkostenfinanzierung (siehe Tabelle 15 im Annex). Das Leistungsvolumen setzt sich aus den geleisteten Pflgetagen multipliziert mit der mittleren Pflegebedarfsstufe der im Kanton erbrachten Pflegeleistungen zusammen. Diese Angaben stammen aus der SOMED-Statistik gemäss Pflegeheimstandort.³

Wir gehen in der Regel davon aus, dass die erhaltene «Bottom-Up» Schätzung eine Untergrenze der Beiträge der Kantone/Gemeinden für die KVG-pflichtige Pflege darstellen. Grund dafür ist, dass die Normkosten oftmals keine zusätzliche Abgeltung für Leistungserbringer mit spezifischem Leistungsauftrag beinhalten. Handelt es sich bei der Berechnungsgrundlage um «Höchstgrenzen», ist es hingegen möglich, dass die Schätzung zu hoch ist, da die Höchstgrenzen nicht immer von allen Pflegeheimen im Kanton ausgeschöpft werden.⁴ In Tabelle 3

³ Die verwendeten Analysen der SOMED-Statistik basieren auf dem «Standortprinzip». Das heisst der Kanton, in dem die Leistung erbracht wurde, ist massgebend, unabhängig vom Wohnsitzkanton der BewohnerInnen. In Kantonen, in denen mehr Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz betreut werden als dass EinwohnerInnen in Pflegeheime in anderen Kantonen gehen, sind die «Bottom-Up» und «Top-Down» Schätzungen tendenziell überschätzt.

⁴ Inwieweit die Höchstgrenzen von den Pflegeheimen im Kanton ausgeschöpft werden, haben wir in der Befragung der Kantone ebenfalls erhoben.

ist jeweils präzisiert, ob der «Bottom-Up» Schätzung Höchstgrenzen oder Normkosten zugrunde liegen. In Tabelle 19 ist ferner präzisiert, inwieweit die Höchstgrenzen im Kanton gemäss Einschätzung des Kantons ausgeschöpft werden.

- **«Top-Down» Schätzung:** Für diesen Ansatz gehen wir von den Gesamtkosten der KVG-pflichtigen Pflege aus (vgl. gesamter Kasten von Abbildung 1 in Kapitel 2.2). Davon sind die Beiträge der PatientInnen und der Versicherer gemäss SOMED-Statistik abzuziehen (Kasten 3 und 4). Diese Restgrösse entspricht der Restkostenfinanzierung der Kantone bzw. Gemeinden (Kasten 2) plus allfälligen Deckungslücken (Kasten 5). Weil diese Schätzung allfällige Deckungslücken umfasst, ist die «Top-Down» Schätzung als Obergrenze der Beiträge der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege zu betrachten.

Konsolidierung der Angaben

Die Angaben der Kantone wurden jeweils mit den zwei Schätzwerten plausibilisiert. Bei der Konsolidierung sind wir grundsätzlich folgendermassen vorgegangen:

- Konnten die Kantone gemäss eigener Aussage genaue Angaben zu den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden machen und lagen die Angaben zwischen der «Bottom-Up» und der «Top-Down» Schätzung bzw. in Einzelfällen leicht darüber oder darunter⁵, so wurden die Angaben als plausibel angenommen. In diesen Kantonen resultiert nur ein Wert als direkter Beitrag des Kantons und der Gemeinden an die KVG-Pflege in Pflegeheimen.
- Waren die Angaben der Kantone unplausibel, weil sie weit unter der «Bottom-Up»- oder über der «Top-Down» Schätzung lagen, haben wir Abklärungen bei den Kantonen getroffen. Bei verbleibenden Unklarheiten haben wir eine Bandbreite gebildet, innerhalb derer die Beiträge gemäss den Schätzungen liegen dürften.
- Konnten die Kantone nur über Teile der Beiträge genaue Angaben machen, haben wir ebenfalls eine Bandbreite ausgewiesen.

Zu den Angaben der Kantone im Bereich der Pflegeheime zeigt sich folgendes Bild:

- Die Mehrheit der Kantone konnte gemäss eigenen Aussagen genaue Angaben zu den Beiträgen des Kantons und den Gemeinden machen. In den 9 Kantonen AI, BL, BS, GL, NE, NW, OW, UR und ZH liegen diese Angaben zwischen der «Bottom-Up» und der «Top-Down» Schätzung. In BE, LU und VS liegen sie über den «Top-Down» Schätzungen, was jedoch begründet werden kann. In FR, GE, TG und VD liegen die Angaben der Kantone unter der «Bottom-Up» Schätzung. Da die Abweichung geringer als 20% ausmacht und die Kantone die Beiträge vollständig beziffern können, haben wir von einer Korrektur abgesehen.

⁵ Maximal 20% unter der «Bottom-Up» Schätzung bzw. ca. 20% über der «Top-Down» Schätzung.

- Einige Kantone konnten keine Angabe darüber machen, ob die Gemeinden weitere Beiträge an die Alters- und Pflegeheime leisten und falls ja, welcher Anteil davon zur Finanzierung der KVG-pflichtigen Pflege verwendet werde (AG, AR, GR, SO und SZ). Bei diesen Kantonen verwenden wir die Angabe der Kantone als Untergrenze und die «Top-Down» Schätzung als Obergrenze, da die Gemeinden im Maximum alle Deckungslücken übernehmen könnten. (Korrektur A in Tabelle 3 und Tabelle 19)
- Einige weitere Kantone haben angegeben, dass nebst der KVG-Restkostenfinanzierung weitere Beiträge an die Alters- und Pflegeheime entrichtet werden. Sie konnten aber nicht angeben, welcher Anteil zur Deckung von KVG-Pflegekosten verwendet wird (Kantone JU, SG, SH). In diesen Fällen haben wir als Untergrenze die Angabe zur KVG-Restkostenfinanzierung der Kantone verwendet, die Obergrenze entspricht diesem Wert plus die gesamten weiteren nicht zuordenbaren Beiträge.⁶ (Korrektur B in Tabelle 3 und Tabelle 19)
- Im Kanton TI haben wir als Untergrenze die «Bottom-Up» Schätzung und als Obergrenze die «Top-Down» Schätzung verwendet. In diesem Fall konnte der Kanton die Ausgaben nicht beziffern (Korrektur C in Tabelle 3 und Tabelle 19).
- Schliesslich konnte auch der Kanton ZG keine Angaben zu den direkten Beiträgen der Gemeinden für die KVG-Restkostenfinanzierung machen. Da in ZG ebenfalls keine kantonsweiten Normkosten oder Höchstgrenzen vorliegen, haben wir diese anhand der im Jahr 2016 in den Zuger Gemeinden geltenden Rahmentarifen hochgerechnet⁷. Da diese Schätzung über der «Top-Down» Schätzung liegt, überschätzt es die wahren Kosten. Somit verwenden wir in diesem Fall die «Top-Down» Schätzung als Wert für die direkten Beiträge der Gemeinden. Für eine Unter- und Obergrenze gibt es keine Anhaltspunkte (Korrektur D in Tabelle 3 und Tabelle 19).

Ergebnisse

Nachfolgende Tabelle zeigt die Resultate auf. Nebst den Angaben der Kantone und den beiden Schätzergebnissen geben die fett gedruckten Werte die Werte nach Konsolidierung (entweder ein Wert oder Unter- und Obergrenze) an. Ebenfalls ist angegeben, ob eine oben beschriebene Korrektur der Kantonsangaben vorgenommen wurde. In der zweitletzten Spalte sind als weitere Plausibilisierungsgrösse die Ausgaben der Kantone und Gemeinden für die KVG-Pflege pro

⁶ Im Minimum würden somit gar keine weiteren Beiträge zur Deckung der KVG-Pflegekosten verwendet, im Maximum alle. Es gibt keine weiteren Anhaltspunkte, in welchem Bereich der wahre Wert zwischen diesen beiden Grenzen liegen könnte. Würde man diese Beiträge gemäss dem Anteil KVG-Kosten an den Gesamtkosten der Pflegeheime (gemäss SOMED-Statistik) verteilen, würden sich bei diesen Kantonen Anteile von 40%-50% der KVG-Kosten ergeben.

⁷ Anhand des Mittelwerts zwischen dem tiefsten und dem höchsten geltenden Rahmentarif.

Pflegetag angegeben.⁸ Um die Ausgaben der Kantone und Gemeinden pro Pflegetag besser einordnen zu können, zeigen wir in der letzten Spalte die mittlere Pflegebedarfsstufe im Kanton gemäss SOMED-Statistik 2016.

Im Anhang findet sich eine ausführlichere Form dieser Tabelle (vgl. Tabelle 19). Diese beinhaltet weitere Erläuterungen zu den Angaben der Kantone sowie mögliche Erklärungsansätze für Abweichungen zwischen den Angaben der Kantone und den beiden durchgeführten Schätzungen.

Tabelle 3: Schätzungen direkte Beiträge (Restkostenfinanzierung) der Kantone und Gemeinden an die Pflege im Pflegeheim

Kanton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Korrektur	Konsolidierte Werte		Ausgaben ¹ pro Pflegetag	Mittlere Pflegebedarfsstufe
	Eigene Angabe Kantone	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
AG	68'581'000	55'749'834 ²	90'624'300	A	68'581'000	90'624'300	36.4	5.0
AI	2'672'305	1'761'539 ²	2'654'600	-	2'672'305		46.7	4.7
AR	8'444'589	11'453'421 ³	16'062'600	A	8'444'589	16'062'600	33.0	4.7
BE	205'300'000	164'326'511 ²	169'085'500	-	205'300'000		41.5	5.4
BL	40'361'821	36'988'703 ²	48'504'100	-	40'361'821		37.5	5.0
BS	39'447'623	37'183'334 ²	52'556'900	-	39'447'623		36.9	5.5
FR	43'291'566	45'398'003 ⁴	86'384'900	-	43'291'566		45.6	6.3
GE	121'796'543	123'940'268 ²	136'735'000	-	121'796'543		87.0	8.4
GL	5'949'633	Keine	5'498'500	-	5'949'633		26.9	4.5
GR	31'904'400	33'213'639 ²	37'648'700	A	31'904'400	37'648'700	40.0	5.3
JU	9'037'199	6'921'666 ⁴	11'123'000	B	9'037'199	10'585'972	36.3	8.5
LU	92'624'820	Keine	86'998'900	-	92'624'820		53.3	5.5
NE	40'042'000	40'884'870 ²	45'161'500	-	40'042'000		47.5	8.0
NW	7'445'468	7'375'004 ⁴	7'994'000	-	7'445'468		45.1	5.3
OW	7'863'184	Keine	7'951'200	-	7'863'184		49.5	5.0
SG	65'530'589	77'858'950 ³	85'798'700	B	65'530'589	78'930'589	34.4	4.7
SH	12'852'610	15'256'597 ³	27'233'500	B	12'852'610	18'063'672	30.5	4.2
SO	31'600'000	29'720'782 ²	45'505'000	A	31'600'000	45'505'000	40.4	5.3
SZ	10'341'816	Keine	25'006'900	A	10'341'816	25'006'900	28.6	4.6
TG	33'926'013	37'782'123 ²	38'514'500	-	33'926'013		33.2	4.9
TI	Keine	70'232'930 ³	76'064'700	C	70'232'930	76'064'700	48.5	6.9

⁸ Diese basieren auf den Werten nach Konsolidierung. Bei Kantonen mit einer Bandbreite wurde dazu der Mittelwert verwendet.

Kanton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Korrektur	Konsolidierte Werte		Ausgaben ¹ pro Pflegetag	Mittlere Pflegedarfstufe
	Eigene Angabe Kantone	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
UR	8'289'000	Keine	8'261'900	-	8'289'000		43.0	5.1
VD	100'505'208	111'371'484 ²	106'485'300	-	100'505'208		41.4	8.5
VS	60'746'902	42'540'666 ²	54'271'200	-	60'746'902		54.1	7.1
ZG	Keine	22'309'836 ⁴	20'911'100	D	20'911'100		48.3	4.8
ZH	338'559'600	385'182'662 ⁴	338'185'600	-	338'559'600		60.0	5.0
CH			1'631'222'100	-	1'478'257'919	1'568'225'219	46.4	5.8

¹ Mittelwert zwischen unterer und oberer Bandbreite. ² Berechnet anhand von kantonalen *Normkosten* oder dem Durchschnitt der Normkosten, die für die unterschiedlichen Leistungserbringer(gruppen) festgelegt wurden mit den Leistungsdaten der SOMED-Statistik, Basis Standortkanton. ³ Berechnet anhand von kantonalen *Höchstgrenzen* oder dem Durchschnitt der Höchstgrenzen, die für die unterschiedlichen Leistungserbringer(gruppen) festgelegt wurden mit den Leistungsdaten der SOMED-Statistik, Basis Standortkanton. ⁴ Berechnet anhand von Angaben zu Höchstgrenzen/Normkosten, obwohl die effektiven Restkosten abgegolten werden oder ein anderes Finanzierungssystem vorliegt mit den Leistungsdaten der SOMED-Statistik, Basis Standortkanton.

Korrektur A: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze «Top-Down» Schätzung. Korrektur B: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze Angabe Kanton plus weitere Beiträge. Korrektur C: Untergrenze «Bottom-Up», Obergrenze «Top-Down». Korrektur D: Unter- und Obergrenze «Top-Down» Schätzung.

Tabelle INFRAS. Quelle: Erhebung bei den Kantonen/SOMED-Statistik

Fazit direkte Beiträge zu der KVG-Pflege im Pflegeheim

Anhand der bereinigten Angaben gehen wir von direkten Beiträgen der Kantone und Gemeinden für die Restkosten im Pflegeheim in der Höhe **von CHF 1.478 Mia. bis CHF 1.568 Mia.** aus. Diese entspricht einem Beitrag von rund CHF 45.0 bis CHF 47.7 pro Pflegetag. Der wahre Wert dürfte mit grosser Wahrscheinlichkeit innerhalb dieser Bandbreite von rund 6% liegen. Hierfür spricht, dass die Mehrheit der Kantone (16) die Ausgaben für die Restkostenfinanzierung der Pflege relativ klar beziffern konnte. In den restlichen zehn Kantonen haben wir eigene Korrekturen vorgenommen, wobei auch diese Korrekturen in den meisten Fällen basierend auf Angaben der Kantone gemacht werden konnten, bspw. indem sie die geleisteten weiteren Beiträge klar beziffern konnten oder Hinweise zu Normkosten liefern konnten. Die Unsicherheiten in diesen Kantonen bestanden vorwiegend darin, dass unbekannt ist, inwiefern Gemeinden weitere Beiträge an die Pflegeheime leisten.

3.1.2. Indirekte Beiträge der Kantone via Ergänzungsleistungen (EL)

Mit den indirekten Beiträgen an die KVG-Pflege im Pflegeheim sind die Beiträge der Kantone an die Patientenbeteiligungen via Ergänzungsleistungen gemeint (vgl. Kasten 3 in Kap. 2.2). Die

folgenden Abschnitte beschreiben das Vorgehen zur Ermittlung der indirekten Beiträge der Kantone an die KVG-Pflege im Pflegeheim. Anschliessend sind die Ergebnisse pro Kanton in einer Tabelle festgehalten.

Angaben der Kantone zu den indirekten Beiträgen im Bereich Pflegeheime

Im Fragebogen haben die Kantone Angaben zu den Ausgaben für die Patientenbeteiligungen an die KVG-pflichtige Pflege in Alters- und Pflegeheimen im Rahmen der EL für das Jahr 2016 gemacht. Hierzu haben 16 Kantone eine Angabe liefern können.

Schätzung anhand der EL-Registerdaten des BSV

Zur Plausibilisierung und Ergänzung der Angaben der Kantone haben wir die indirekten Beiträge anhand von Informationen aus den EL-Registerdaten des BSV geschätzt. Aus diesen Daten ist ersichtlich, wie viele Personen anfangs Dezember des Jahres 2016 pro Kanton in einem Heim wohnhaft waren und Ergänzungsleistungen zur AHV erhalten haben.^{9,10} Prinzipiell ist aus den EL-Registerdaten auch ersichtlich, in welcher Höhe EL für Personen mit EL zur AHV in Alters- oder Pflegeheimen geleistet wurden. Da diese Ausgaben jedoch sowohl die Patientenbeteiligung als auch Hotellerie und Betreuung sowie allfällige weitere Ausgaben umfassen, kann nicht identifiziert werden, welcher Anteil davon für die Patientenbeteiligung aufgewendet wurde.

Die beiden Schätzungen stellen eine obere und eine untere Grenze dar:

- **Schätzung anhand der EL-Höchsttaxen:** Der Teil der Ausgaben der EL für Personen in Alters- und Pflegeheimen, der auf die Patientenbeteiligung zurückfällt, kann annäherungsweise anhand der Höchsttaxen, die bei der EL abgerechnet werden dürfen, geschätzt werden. So gelten in den meisten Kantonen Höchsttaxen, welche im Normalfall die Betreuungs- und Hotellerietaxen sowie die Patientenbeteiligung für die KVG-Pflege umfassen.¹¹ Aufgrund dieser Angaben kann der Anteil der Patientenbeteiligung an den Höchsttaxen berechnet und als Verteilschlüssel verwendet werden.¹² Folglich kann dieser Anteil auf die gesamten Ausgaben der EL für Personen in Pflegeheimen angewandt werden. Diese Schätzung ist aus zwei Gründen mit Unsicherheiten verbunden: Erstens erheben einige Kantone bei Personen mit tiefem Pflegebedarf keine oder eine reduzierte Patientenbeteiligung. Zweitens ist unklar, inwiefern

⁹ Ebenfalls haben uns die Kantone Angaben dazu geliefert, wie viele EmpfängerInnen in Alters- und Pflegeheimen es in ihrem Kanton im Jahr 2016 gab. Wir haben uns dennoch auf die EL-Registerdaten gestützt, da dadurch eine einheitliche Basis für alle Kantone verwendet werden konnte.

¹⁰ Vereinfacht kann davon ausgegangen werden, dass im Heim wohnhafte Personen mit EL zur AHV in Alters- oder Pflegeheimen wohnen.

¹¹ Gemäss Befragung der Kantone kennen alle Kantone abgesehen von BL und GE eine solche Höchsttaxe.

¹² Sowohl die erhobene Patientenbeteiligung als auch geltenden Höchsttaxen haben wir bei den Kantonen erfragt.

die geltenden Tarife für die Hotellerie und die Betreuung tatsächlich diesen Höchsttaxen entsprechen, die für die Abrechnung bei der EL festgesetzt wurden. Wir wenden diese Schätzung somit nur bei denjenigen Kantonen an, die keine eigenen Angaben liefern konnten.

▪ **Schätzung anhand der Anzahl in Alters- und Pflegeheimen wohnhafter EL-EmpfängerInnen:**

Die zweite Schätzung erfolgt, indem die Anzahl der in Alters- und Pflegeheimen wohnhaften EL-EmpfängerInnen mit der im Kanton erhobenen Patientenbeteiligung pro Tag und Kopf¹³ multipliziert wird. Diesen Wert haben wir auf ein ganzes Jahr hochgerechnet. Das Resultat stellt aus den folgenden Gründen eine Obergrenze der indirekten Beiträge der Kantone dar:

- Der Schätzung liegt die Annahme zugrunde, dass die Patientenbeteiligung bei EL-Anspruch voll vergütet wird. Prinzipiell kalkulieren die kantonalen Ausgleichskassen den Anspruch auf EL mittels eines Vergleichs der Einnahmen und der anerkannten Ausgaben. Die jährlich bezogenen EL entsprechen der Differenz zwischen den anerkannten Ausgaben und den Einnahmen der PflegeheimbewohnerInnen mit EL-Anspruch. Die Patientenbeteiligung ist in den meisten Kantonen als Ausgabe anerkannt. Inwieweit die Kantone die Patientenbeteiligung bei EL-Anspruch voll oder nur anteilig am Ausgabenüberschuss übernehmen ist unklar und wird gemäss Auskünften einzelner Kantone sehr unterschiedlich gehandhabt.
- In einzelnen Kantonen gilt für PflegeheimbewohnerInnen mit tiefer Pflegebedarfsstufe eine geringere Patientenbeteiligung als 20% des höchsten OKP-Beitrags bzw. CHF 21.60 pro Tag. Da nicht bekannt ist, welcher Anteil der in Alters- und Pflegeheimen wohnhaften EL-EmpfängerInnen eine tiefe Pflegebedarfsstufe aufweist, konnte dies nicht korrigiert werden.

Konsolidierung

Beim Vergleich der Angaben der Kantone und der Schätzung zeigt sich kein klares Muster. Es ist somit nicht klar, ob die Angaben der Kantone oder die Schätzung gemäss der EL-Registerdaten verlässlicher sind. Wir haben je nach Situation folgende Korrekturen vorgenommen, wobei wir als weitere Plausibilisierungsgrösse die indirekten Beiträge der Kantone pro PflegeheimbewohnerIn pro Jahr im Kanton herangezogen haben (vgl. letzte Spalte in Tabelle 4):

- Lag die Angabe der Kantone zwischen den beiden Schätzungen anhand der EL-Registerdaten, haben wir die Angaben der Kantone verwendet (so der Fall in den 12 Kantonen AG, AR, BL, BS, GE, GL, JU, LU, NW, OW, UR, und ZG).
- In weiteren zwei Kantonen lagen die Angaben der Kantone über der Maximalschätzung anhand der EL-Registerdaten (NE und SG). Diese Kantone gehen von einer höheren Anzahl im

¹³ Dabei wurde die gemäss Angaben der Kantone effektiv geltenden Patientenbeteiligung verwendet. Diese beträgt meist CHF 21.20 pro Tag (20% des höchsten OKP-Beitrags) in einzelnen Fällen CHF 10.80 pro Tag (10% des höchsten OKP-Beitrags).

Heim wohnhafter EL-EmpfängerInnen aus als die EL-Registerdaten. Hier haben wir als Untergrenze die Schätzung anhand der Anzahl im Pflegeheim wohnhafter EL-EmpfängerInnen und als Obergrenze die Angabe der Kantone verwendet. (Korrektur A in Tabelle 4)

- Für alle neun Kantone, zu denen keine Informationen verfügbar sind (AI, BE, FR, GR, SH, SO, SZ, TG und ZH) haben wir anhand der beiden Schätzungen eine Bandbreite ausgewiesen. Die Untergrenze bildet die Schätzung anhand der EL-Höchsttaxen und die Obergrenze die Schätzung anhand der Anzahl EL-EmpfängerInnen und der Patientenbeteiligung. (Korrektur B in Tabelle 4).
- In VD, wo der Kantone diese Ausgaben nicht genau beziffern konnten und eine Schätzung aufgrund der EL-Höchsttaxen nicht möglich war, haben wir nur die Schätzung gemäss der Anzahl PflegeheimbewohnerInnen mit EL verwendet (Korrektur C Tabelle 4).¹⁴
- In VS und TI dürften keine Beiträge an Patientenbeteiligungen für Personen mit EL-Anspruch anfallen, da die Patientenbeteiligung bei Personen mit tiefem Vermögen entfällt bzw. einkommensabhängig ausgestaltet ist.

Tabelle 4: Schätzung der Ausgaben der Kantone für die Patientenbeteiligung im Pflegeheim via die EL

Kanton	Ausgaben des Kantons für die Patientenbeteiligung via EL			Kommentar / Korrektur	Konsolidierte Werte		Indirekte Beiträge pro PflegeheimbewohnerIn (total) und Jahr ¹
	Eigene Angabe	Schätzung anhand der EL-Höchsttaxen	Schätzung anhand der Patientenbeteiligung bzw. Anzahl EL-EmpfängerInnen		Untergrenze	Obergrenze	
AG	20'000'000	9'568'891	21'610'044		20'000'000		2'329
AI	Keine	245'319	630'720 B		245'319	630'720	1'856
AR	2'441'850	996'967	2'956'500		2'441'850		1'858
BE	Keine	29'708'165	64'499'004 B		29'708'165	64'499'004	2'460
BL	14'198'219	Keine	14'593'284		14'198'219		3'610
BS	6'580'000	7'178'406	14'924'412		6'580'000		1'608
FR	Keine	6'621'943	15'752'232 B		6'621'943	15'752'232	3'142
GE	7'786'842	Keine	7'892'760	Patientenbeteiligung von CHF 8/Tag	7'786'842		1'558
GL	1'200'000	797'997	2'018'304		1'200'000		1'493
GR	Keine	4'606'783	9'476'568 B		4'606'783	9'476'568	1'997
JU	4'474'317	2'208'256	4'809'240		4'474'317		4'448
LU	22'900'000	10'242'716	22'903'020		22'900'000		3'582

¹⁴ Grund dafür war, dass in VD die Höchstgrenze nach Institution unterschiedlich festgelegt ist.

Kanton	Ausgaben des Kantons für die Patientenbeteiligung via EL			Kommentar / Korrektur	Konsolidierte Werte		Indirekte Beiträge pro PflegeheimbewohnerIn (total) und Jahr ¹
	Eigene Angabe	Schätzung anhand der EL-Höchststeuern	Schätzung anhand der Patientenbeteiligung bzw. Anzahl EL-EmpfängerInnen		Untergrenze	Obergrenze	
NE	13'293'000	Keine	11'155'860	A	11'155'860	13'293'000	3'934
NW	1'360'428	547'030	1'497'960		1'360'428		2'238
OW	1'851'882	571'203	1'852'740		1'851'882		3'417
SG	28'400'000	10'385'413	25'733'376	Angaben des Kantons plausibel. Er geht von leicht mehr Personen aus als in den EL-Registerdaten. → Korrektur A	25'733'376	28'400'000	3'566
SH	Keine	1'521'213	4'162'752	B	1'521'213	4'162'752	1'346
SO	Keine	6'838'617	13'079'556	B	6'838'617	13'079'556	2'711
SZ	Keine	3'893'798	6'512'184	B	3'893'798	6'512'184	2'218
TG	Keine	3'777'058	9'311'004	B	3'777'058	9'311'004	1'678
TI	-	-	-	Einkommensabhängige Patientenbeteiligung	0		-
UR	1'440'000	775'346	2'246'940		1'440'000		1'827
VD	Keine	Keine	32'616'108	C	32'616'108		3'712
VS	-	-	-	- VS erhebt keine Patientenbeteiligung bei Personen mit Vermögen unter CHF 100'000.	0		-
ZG	932'612	772'527	1'840'914	Patientenbeteiligung von max. CHF 10.80/Tag.	932'612		581
ZH	Keine	24'836'649	61'510'968	B	24'836'649	61'510'968	1'921
CH					236'721'038	344'410'245	2'298

¹ Mittelwert zwischen unterer und oberer Bandbreite.

Vorgenommene Korrekturen: Korrektur A: Untergrenze Schätzung anhand Anzahl PflegeheimbewohnerInnen, die EL empfangen, Obergrenze Angaben der Kantone. Korrektur B: Untergrenze Schätzung anhand der EL-Höchstgrenzen, Obergrenze Schätzung anhand der Anzahl PflegeheimbewohnerInnen, die EL empfangen. Korrektur C: Unter- und Obergrenze Schätzung anhand der Anzahl PflegeheimbewohnerInnen, die EL empfangen.

Tabelle INFRAS. Quelle: Erhebung bei den Kantonen/EL-Registerdaten

Fazit indirekte Ausgaben der Kantone für die Pflege im Pflegeheim

Anhand der Angaben der Kantone und den zusätzlichen Schätzungen kommen wir auf indirekte Beiträge der Kantone an die KVG-Pflegekosten in der Höhe von **CHF 0.237 Mia. bis CHF 0.344 Mia.** Die Bandbreite ist bei dieser Schätzung deutlich grösser als bei der Schätzung der direkten Beiträge (die Untergrenze liegt 31% unter der Obergrenze). Grund dafür ist, dass einige Kantone hierzu keine Angaben machen konnten und die beiden angewandten Schätzmethoden aufgrund der EL-Registerdaten mit grösseren Unsicherheiten behaftet sind.

3.2. KVG-Pflege zuhause

Die folgenden Abschnitte beschreiben das Vorgehen zur Ermittlung der Beiträge der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege zuhause. Anschliessend sind wiederum die Ergebnisse pro Kanton in einer Tabelle festgehalten.

3.2.1. Direkte Beiträge der Kantone und Gemeinden

Im Bereich der Pflege zuhause ist das Vorgehen nicht ganz deckungsgleich mit dem Vorgehen bei der Pflege im Pflegeheim. Ein Grund hierfür ist, dass aus der Spitex-Statistik nicht hervorgeht, in welcher Höhe die Gesamtkosten der KVG-Pflege liegen. Deswegen ist keine «Top-Down» Schätzung wie im Bereich der Pflegeheime möglich.

Angaben der Kantone

Analog zum Bereich der Pflegeheime haben die Kantone in der Befragung Angaben zu der KVG-Restkostenfinanzierung und weiteren Beiträgen mit Anteil für KVG-Pflege für die Pflege zuhause gemacht. Diese wurden wiederum zu einem Gesamtwert zusammengerechnet (vgl. Tabelle 5).

Schätzung aufgrund von weiteren Informationsquellen

Analog zum Bereich der Pflegeheime haben wir eine **«Bottom-Up» Schätzung** erstellt. Dies ist eine Hochrechnung der Ausgaben der Kantone und Gemeinden anhand einer Multiplikation der Normkosten oder Höchstgrenzen und dem Leistungsvolumen. Die in den Kantonen geltenden Normkosten oder Höchstgrenzen haben wir aus der Befragung der Kantone erhalten. Im Vergleich zum Bereich der Pflegeheime haben die Kantone bei der Pflege zuhause häufiger unterschiedliche Normkosten bzw. Höchstgrenzen je nach Leistungserbringertyp (siehe Tabelle 16 im Annex). Dennoch liegen für die Mehrzahl der Kantone Informationen zu den Normkosten

bzw. Höchstgrenzen vor. Das Leistungsvolumen entspricht bei der Pflege zuhause den geleisteten Stunden nach Pflegekategorie. Diese Angabe entnehmen wir der Spitex-Statistik.

Wie erwähnt geht im Unterschied zur SOMED-Statistik aus der Spitex-Statistik das Total der KVG-Pflegekosten nicht hervor. Um eine «Top-Down» Schätzung analog zum Bereich Pflegeheime machen zu können, müsste somit zunächst eine Annahme dazu getroffen werden, in welcher Höhe sich die KVG-Pflegekosten bei der Pflege zuhause belaufen. Dazu liegen allerdings keine genügend validen Informationen vor.¹⁵ Als weitere Informationsgrundlage zur Schätzung der direkten Beiträge der Kantone könnten die Tarife verwendet werden, welche die Spitex Schweiz und die Association Spitex privée Suisse mit der in der Medizinaltarif-Kommission UVG organisierten Sozialversicherungen Unfallversicherung und Militärversicherung ab 2019 ausgehandelt haben. Diese Tarife¹⁶ wurden anhand eines Kostenmodells berechnet. Wir gehen davon aus, dass eine Schätzung aufgrund dieser Tarife zu grosse Unsicherheiten aufweist, da beispielsweise die Lohnunterschiede zwischen den Kantonen durch einen nationalen Tarif nicht abgebildet werden. Zur Illustration haben wir dennoch eine Schätzung anhand dieser Tarife erstellt (vgl. letzte Spalte in Tabelle 3). Im Unterschied zum Bereich Pflege in Pflegeheimen verwenden wir diese Schätzung aber nicht als Korrekturgrösse, sondern lediglich als Plausibilisierungsgrösse.

Konsolidierung der Angaben

Die Angaben der Kantone wurden mit der «Bottom-Up» Schätzung sowie den berechneten Beiträgen an KVG-Pflegeleistungen pro Pflegestunde verglichen.¹⁷ Es ergaben sich wieder verschiedene Fälle, mit denen wir folgendermassen umgegangen sind:

- In 17 Fällen erscheinen die Angaben der Kantone plausibel und müssen nicht mehr korrigiert werden (AG, AI, BE, BS, FR GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SH, TG, TI, VS und ZH).

¹⁵ Die Kantone wurden dazu befragt, konnten hierzu meist keine Angabe machen. Daneben existieren nach unserem Wissensstand keine neueren Studien, die diesen Verteilschlüssel berechnet haben. Eine ältere Studie (INFRAS 2006) kommt anhand von einer Analyse von Kostenrechnungen bei 23 Spitex-Betrieben zum Schluss, dass 61% der gesamten Betriebskosten jeweils den Pflegekosten zugeordnet werden können. Aus unserer Sicht ist diese Grundlage aber zu klein und zu wenig aktuell, um sie für den vorliegenden Zweck zu verwenden.

¹⁶ Ab 1.1.2019 liegt der Tarif bei der UV und MV für die Abklärung, Beratung und Koordination bei CHF 114.96/Stunde, derjenige für die Untersuchung und Behandlungspflege bei CHF 99.96/Stunde und derjenige für die Grundpflege bei CHF 90/Stunde. Die Gesamtkosten der KVG-Pflege zuhause haben wir abgeschätzt, in dem wir diese ausgehandelten Tarife mit dem Leistungsvolumen gemäss der Spitex-Statistik pro Kanton multipliziert haben. Von diesen geschätzten Gesamtkosten der KVG-Pflege haben wir schliesslich die Beiträge der Versicherer und der PatientInnen abgezogen, um so eine Grössenordnung der durch die Kantone finanzierten Restkosten zu erhalten.

¹⁷ In folgenden Kantonen haben wir die Plausibilität nur anhand der Ausgaben pro Pflegestunde beurteilt: BE, GE, GL, LU, OW, SH, TG, VS und ZH. Grund dafür ist, dass für GE, GL, LU, OW, SH und ZH keine «Bottom-Up» Schätzung vorliegt, für BE VS und ZH ist diese nicht zuverlässig. In GE, VS und ZH sind die Ausgaben pro Stunde eher hoch. Bei den Kantonen AI, BS, GR, NE und NW ist die eigene Angabe sowohl im Vergleich zur «Bottom-Up» Schätzung als auch die Betrachtung der Ausgaben pro Pflegestunde plausibel, wobei in AI und NE die Ausgaben pro Stunde eher tief sind.

- Zwei Kantone (AR und SO) konnten die Ausgaben für die KVG-Restkostenfinanzierung nicht genau beziffern, dafür aber die Gesamtbeiträge (Subventionen, GWL, Defizitdeckung oder weitere Beiträge) an die Pflege zuhause. In diesen Fällen haben wir als Untergrenze die «Bottom-Up» Schätzung verwendet, als Obergrenze die Gesamtbeiträge der Kantone. (Korrektur A in Tabelle 5 und Tabelle 20)
- Wie bei der Pflege in Pflegeheimen gaben einige Kantone auch bei der Pflege zuhause an, dass gewisse Teile weiterer Beiträge in die KVG-Pflege fliessen könnten. Die betroffenen Kantone konnten jeweils die Gesamthöhe dieser weiteren Beiträge ausweisen. (BL, JU, SG, UR und VD) aber nicht den Anteil für die KVG-Pflege. Somit haben wir in diesen Fällen als Untergrenze die Angabe der Kantone für die KVG-Restkostenfinanzierung verwendet. Die Obergrenze entspricht diesem Wert plus die gesamten weiteren Beiträge, die nicht punktgenau zugewiesen werden können.¹⁸ (Korrektur B in Tabelle 5 und Tabelle 20)
- Zwei Kantone (SZ und ZG) konnten keine Angaben zur geleisteten Restkostenfinanzierung für die Pflege zuhause machen. In diesen Fällen haben wir die «Bottom-Up» Schätzung verwendet.¹⁹ (Korrektur C Tabelle 5 und Tabelle 20)

Ergebnisse

Tabelle 5 zeigt die Schätzergebnisse für die Pflege zuhause. Wie bei der Pflege im Pflegeheim zeigen wir auf der linken Seite der Tabelle die Ausgangswerte, aus denen wir die definitiven Werte gebildet haben: Angabe der Kantone und «Bottom-Up» Schätzung. Die farbige Markierung beschreibt die vorgenommene Korrektur. Schliesslich sind als Plausibilisierungsgrösse bei der Pflege zuhause die Ausgaben der Kantone pro Pfl egetag – gemäss Mittelwert der korrigierten Unter- und Obergrenze – pro Pflegestunde aufgeführt. Detailliertere Erläuterungen zu den Angaben der Kantone sind in Tabelle 20 im Anhang zu finden.

Tabelle 5: Schätzungen direkte Beiträge (Restkostenfinanzierung) der Kantone und Gemeinden an die Pflege zuhause

Kanton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden		Korrektur	Konsolidierte Werte		Plausibilisierungsgrössen	
	Eigene Ausgabe	«Bottom-Up» Schätzung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	Ausgaben ¹ /Pfle-gestunde	Schätzung mit Tarifen UVG/MV
AG	27'360'000	21'856'591 ³		27'360'000		32	20'859'141
AI	836'238	873'710 ²		836'238		43	500'759

¹⁸ Somit würden im Minimum keine weiteren Beiträge in die KVG-Pflege fliessen, im Maximum die gesamten weiteren Beiträge. Es gibt keine weiteren Anhaltspunkte, in welchem Bereich der wahre Wert zwischen diesen beiden Grenzen liegen könnte. Würde man die weiteren Beiträge gemäss den von den Spitex-Organisationen im Jahr 2016 schweizweit geleisteten Stunden verteilen, würden rund zwei Drittel auf die KVG-Pflege fallen.

¹⁹ Für ZG weist diese Schätzung verhältnismässig hohe Ausgaben pro Pflegestunde aus.

Kan- ton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden		Korrektur	Konsolidierte Werte		Plausibilisierungsgrößen	
	Eigene An- gabe	«Bottom-Up» Schätzung		Untere Band- breite	Obere Bandbreite	Ausga- ben ^{1/} Pfl- gestunde	Schätzung mit Tarifen UVG/MV
AR	Keine	2'641'347 ⁴	A	2'641'347	3'100'000	50	1'571'847
BE	117'500'000	40'058'329 ²		117'500'000		47	78'891'284
BL	5'362'304	5'433'646 ²	B	5'362'304	24'495'081	33	11'981'749
BS	17'900'000	21'043'249 ²		17'900'000		37	14'145'027
FR	21'469'000	Keine		21'469'000		49	15'302'743
GE	95'000'000	Keine		95'000'000		92	26'505'064
GL	1'300'000	Keine		1'300'000		31	1'217'935
GR	9'163'000	8'452'851 ²		9'163'000		30	9'176'596
JU	4'067'584	4'088'474 ²	B	4'067'584	10'467'584	32	8'020'405
LU	21'100'212	Keine		21'100'212		36	10'146'177
NE	9'623'000	9'614'940 ⁴		9'623'000		25	12'402'794
NW	1'838'424	882'721 ²		1'838'424		39	874'094
OW	1'403'649	Keine		1'403'649		36	694'830
SG	8'100'000	2'332'916 ³	B	8'100'000	24'200'000	28	13'538'457
SH	4'000'000	Keine		4'000'000		31	2'402'545
SO	14'000'000	10'006'992 ²	A	10'006'992	14'000'000	27	8'976'652
SZ	Keine	3'527'546 ³	C	3'527'546		22	4'805'104
TG	7'330'111	Keine		13'186'396		34	10'506'984
TI	33'360'418	27'203'113 ³		33'360'418		35	31'911'809
UR	333'000	391'517 ²	B	333'000	2'026'000	33	730'653
VD	51'759'300	54'605'335 ²	B	51'759'300	142'089'967	47	73'749'711
VS	20'316'500	8'025'331 ²		20'316'500		51	14'517'216
ZG	Keine	6'412'406 ⁴	C	6'412'406		61	3'046'302
ZH	117'728'020	76'515'189 ⁴		117'728'020		54	56'511'576
CH				605'295'335	743'403'441	45	

¹ Basierend auf konsolidiertem Wert bzw. Mittelwert zwischen unterer und oberer Bandbreite. ² Berechnet anhand von kantonalen Normkosten oder dem Durchschnitt der Normkosten, die für die unterschiedlichen Leistungserbringer(gruppen) festgelegt wurden. ³ Berechnet anhand von kantonalen Höchstgrenzen oder dem Durchschnitt der Höchstgrenzen, die für die unterschiedlichen Leistungserbringer(gruppen) festgelegt wurden. ⁴ Berechnet anhand von Angaben zu Höchstgrenzen/Normkosten, obwohl die effektiven Restkosten abgegolten werden oder ein anderes Finanzierungssystem vorliegt.

Vorgenommene Korrekturen: Korrektur A: Untergrenze «Bottom-Up», Obergrenze Gesamtausgaben der Kantone. Korrektur B: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze Angabe Kanton plus weitere Beiträge. Korrektur C: Unter- und Obergrenze «Bottom-Up» Schätzung.

Tabelle INFRAS. Quelle: Erhebung bei den Kantonen/Spitex-Statistik

Fazit direkte Ausgaben Pflege zuhause

Nach Auswertung der Angaben der Kantone und Ergänzung der eigenen Schätzungen kommen wir zum Schluss, dass die Kantone und Gemeinden im Jahr 2016 insgesamt zwischen **CHF 0.605 und CHF 0.743 Mia.** CHF an direkten Beiträgen zur KVG-Pflege zuhause geleistet haben. Pro Pflegestunde liegen diese Beiträge im Durchschnitt bei CHF 40.60 bis CHF 49.90. Diese Bandbreite ist im Vergleich zur Schätzung der direkten Ausgaben für die Pflege im Pflegeheim grösser: Die Untergrenze liegt 19% unter der Obergrenze. Grund dafür ist, dass die Finanzierung der Pflege zuhause öfters eine Gemeindeaufgabe darstellt als die Pflege im Pflegeheim, wodurch die Kantone teilweise die genauen Beiträge nicht kennen.

In diesen Beiträgen für die Restkosten für die Pflege zuhause sind ebenfalls die Ausgaben der Kantone für GWL und gegebenenfalls Subventionen, Defizitbeiträge und sonstige Leistungen, die zur Deckung von KVG-Pflegekosten genutzt werden, miteingerechnet. Neun Kantone haben explizit Angaben geliefert, in welcher Höhe diese Beiträge maximal sind, in sieben dieser Kantone können die Beiträge nicht genauer abgegrenzt werden. Insgesamt machen diese Beiträge in diesen neun Kantonen maximal CHF 0.156 Mia. aus. Die Unsicherheit, inwiefern diese Beiträge zur Deckung von KVG-Pflegekosten verwendet wird, erklärt gänzlich die Unterschiede in der Schätzung der Unter- und Obergrenze. Da auch die anderen Kantone eine Versorgungspflicht gewährleisten müssen, gehen wir davon aus, dass die GWL für 24 Stunden Service oder Wegkosten über die angegebenen Restkosten finanziert werden. In diesen Fällen können wir die Beiträge für die GWL jedoch nicht explizit beziffern.

3.2.2. Indirekte Beiträge der Kantone via Ergänzungsleistungen

Die folgenden Abschnitte beschreiben das Vorgehen zur Ermittlung der indirekten Beiträge der Kantone an die KVG-Pflege zuhause. Die Datengrundlagen unterscheiden sich hier von jenen im Bereich der Pflegeheime.

Angaben der Kantone zu den indirekten Beiträgen im Bereich der Pflege zuhause

Im Fragebogen haben die Kantone Angaben zu den EL-Ausgaben für die Patientenbeteiligungen an die KVG-pflichtige Pflege zuhause (bzw. Rückerstattung von Krankheits- und Behinderungskosten für die Patientenbeteiligung an der KVG-pflichtigen Pflege zuhause) im Jahr 2016 gemacht. Die Mehrheit der Kantone konnte dazu Angaben machen.

Weitere Datengrundlage (EL-Statistik des BSV)

Für insgesamt 19 Kantone liegt eine Sonderauswertung der EL-Statistik des BSV zu den vergüteten Krankheits- und Behinderungskosten der EL nach Kostenart im Jahr 2016 vor. Diese Kantone lieferten dem BSV unter anderem ihre Ausgaben der Krankheits- und Behinderungskosten u.a. für die Kostenart Patientenbeteiligungen oder generell für die Pflege durch die Spitex.²⁰

Konsolidierung

Ein Vergleich der Angaben der Kantone mit den Angaben der EL-Statistik des BSV zeigt, dass sofern die Kantone Angaben liefern konnten, diese plausibel sind. Entweder entsprechen sie relativ genau den Angaben der EL-Statistik oder sie liegen drunter. Bei Fällen, in denen die Angaben der Kantone unter derjenigen der EL-Statistik liegen, war der Eintrag der Kantone in der EL-Statistik allgemeiner Art, d.h. sie haben nur in einer Kategorie «Pflege/Betreuung durch die Spitex» Angaben machen können, nicht aber in der Kategorie «Beiträge an die Patientenbeteiligung». In dieser erweiterten Kategorie könnten auch weitere Ausgaben enthalten sein. Folgende Fälle haben sich aus der Konsolidierung ergeben:

- Insgesamt haben 15 Kantone plausible Angaben bezüglich Ausgaben gemacht (AG, BL, BS, GE, GL, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR und ZG). In den sechs Kantonen FR, JU, NE, TI, VD und VS wird keine Patientenbeteiligung erhoben.
- Die Kantone AI und GR konnten keine Angabe zu den Ausgaben machen, in diesen Kantonen liegen jedoch Angaben aus der EL-Statistik vor.
- Schliesslich liegen für die Kantone AR, BE und ZH²¹ keine Angaben vor.

Für insgesamt 21 Kantone ist die Sachlage relativ klar. Für fünf Kantone gilt es, die Angaben zu schätzen. Da es sich insgesamt um wenige Korrekturen handelt, haben wir für diese Angabe keine Bandbreite geschätzt, sondern lediglich einen korrigierten Wert erstellt. Hierfür sind wir wie folgt vorgegangen:

- Bei Kantonen, die selbst keine Angaben machen konnten, in der EL-Statistik jedoch Informationen vorliegen, haben wir die Ausgaben gemäss EL-Statistik verwendet (AI und GR, Korrektur A).

²⁰ Das BSV sammelt die Angaben der Kantone gemäss den Kategorien der Kantone. Somit ist es nicht eindeutig, dass alle Kantone die Ausgaben für die Patientenbeteiligung in den gleichen Kategorien geliefert haben. So gibt es bspw. nur fünf Kantone, welche die Ausgaben explizit unter dem Titel «Patientenbeteiligung an die Spitex» genannt haben. Bei den anderen Kantonen sind diese Beiträge in einer der anderen Kategorien enthalten (Pflege/Betreuung durch Spitex, Pflege durch Spitex, Pflege/Betreuung durch angestellte Pflegekraft). Wir haben somit pro Kanton geprüft, in welcher Kategorie eine Angabe gemacht wurde und den jeweiligen Wert übernommen. In denjenigen Fällen, in denen nur eine Kategorie ausgefüllt war, welche die Pflege durch die Spitex im Allgemeinen betrifft, ist nicht auszuschliessen, dass auch weitere Beiträge bspw. für die Hauswirtschaft enthalten sind.

²¹ In ZH laufen zurzeit noch Rückfragen.

- Bei Kantonen, für die gar keine Angaben vorliegen, haben wir eine Schätzung anhand der Anzahl Spitex-KlientInnen und den Ausgaben in ähnlich strukturierten Kantonen vorgenommen (Korrektur B):
 - In AR haben wir dies anhand der in AI bezahlten durchschnittlichen Ausgaben pro Spitex-KlientIn hochgerechnet. Grund: Die Ostschweizer Kantone haben einen engen Austausch bezüglich der Finanzierung der Pflegeleistung. AI und AR erheben beide eine Patientenbeteiligung von max. CHF 8/Tag.²²
 - In ZH haben wir die Ausgaben des Kantons für die Patientenbeteiligung zuhause via EL anhand der durchschnittlichen Ausgaben pro KlientIn im Kanton ZG erhoben. Grund: Dieser Kanton erhebt wie der Kanton ZH eine Patientenbeteiligung von max. CHF 8/Tag und die Gemeinden sind für die Abgeltung der effektiven Restkosten zuständig.
 - In BE wird eine einkommens- und vermögensabhängige Patientenbeteiligung erhoben. Es ist davon auszugehen, dass Personen, welche einen Anspruch auf EL haben, von der Patientenbeteiligung befreit sind und diese Ausgaben bereits in den direkten Beiträgen enthalten sind.

Tabelle 6: Schätzung der Ausgaben der Kantone für die Patientenbeteiligung bei der Pflege zuhause via EL

Kanton	Ausgaben des Kantons für die Patientenbeteiligung via EL		Kommentar / Korrektur	Konsolidierte Werte
	Eigene Angabe	Angaben EL-Statistik BSV		
AG	712'525	713'456		712'525
AI	Keine	7'757	A	7'757
AR	Keine	Keine	Hochrechnung anhand der durchschnittlichen Ausgaben pro Spitex-KlientIn in einem anderen Kanton (AI) → Korrektur B	26'854
BE	Keine	Keine	Einkommens- und vermögensabhängige Patientenbeteiligung.	0
BL	218'440	218'940		218'440
BS	316'000	102'607	Angabe BS beinhaltet noch Ausgaben für Tagesstrukturen von CHF 173'000. Daher stimmen die Angaben mit den Angaben der EL-Statistik überein.	316'000
FR	-	-	Fribourg erhebt keine Patientenbeteiligung	0
GE	2'239'150	-		2'239'150
GL	13'369	29'738		13'369
GR	Keine	202'236	A	202'236
JU	-	-	Jura erhebt keine Patientenbeteiligung.	0

²² In den anderen Ostschweizer Kantonen SG, SH und SO liegt diese bei max. CHF 15.95 pro Tag.

LU	1'950'393	1'950'745		1'950'393
NE	-	-	NE erhebt keine Patientenbeteiligung.	0
NW	83'388	78'196		83'388
OW	113'388	137'451		113'388
SG	877'179	941'772		877'179
SH	256'095	256'091		256'095
SO	816'602	1'026'446		816'602
SZ	109'655	350'577		109'655
TG	121'795	303'915		121'795
TI	-	-	TI erhebt keine Patientenbeteiligung.	0
UR	64'415	70'895		64'415
VD	-	-	VD erhebt keine Patientenbeteiligung.	0
VS	-	-	VS erhebt keine Patientenbeteiligung.	0
ZG	60'674	88'141		60'674
ZH	Keine	Keine	Hochrechnung anhand der durchschnittlichen Ausgaben pro Spitex-KlientIn in einem anderen Kanton (ZG) → Korrektur B	1'370'541
CH				9'560'456

Korrekturen: Korrektur A: Angaben gemäss EL-Statistik verwendet. Korrektur B: Hochrechnung anhand der durchschnittlichen Ausgaben pro Spitex-KlientIn in einem anderen Kanton.

Tabelle INFRAS.

Fazit indirekte Ausgaben der Kantone für die Pflege zuhause

Die Befragung der Kantone und die punktuellen Korrekturen zeigen, dass die Kantone schätzungsweise **CHF 9.6 Mio.** für die Patientenbeiträge bei der Pflege zuhause via die EL ausgeben. Damit finanzieren die Kantone im Bereich der Pflege zuhause einen geringeren Anteil an den gesamten Patientenbeteiligungen – nämlich 13% – als im Bereich der Pflegeheime (zwischen 40% und 61%). Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei der Pflege zuhause deutlich mehr Kantone eine Patientenbeteiligung unter der gesetzlichen Maximalgrenze erheben als dies bei der Pflege im Pflegeheim der Fall ist (siehe dazu Kapitel 2.1 sowie Tabelle 17 und Tabelle 18 im Anhang). Ferner entsteht bei vielen Personen mit tiefem Alterseinkommen und Vermögen erst mit dem Heimeintritt ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Unsicherheiten dieser Angaben eher klein sind. Die einzigen Unsicherheiten bestehen bei den Kantonen, für die gar keine Angaben vorlagen und eine Schätzung anhand der Ausgaben in anderen Kantonen mit ähnlichem System vorgenommen werden musste (ZH und AR).

3.3. Fazit

Zusammenfassend kommen wir zum Schluss, dass die Kantone im Jahr 2016 zwischen **CHF 2.330 und 2.666 Mia.** für die KVG-Pflege aufgewendet haben. Dies entspricht rund **CHF 277 bis 317** pro versicherte Person. Knapp drei Viertel davon ist in den Pflegeheimbereich geflossen. Die indirekten Beiträge machen vergleichsweise einen kleinen Anteil aus (rund 12%), wobei der grösste Teil der indirekten Beiträge für die Patientenbeteiligung im Pflegeheim aufgewendet wird.

Tabelle 7: Geschätzte Gesamtausgaben der Kantone für die KVG-Pflege im Jahr 2016 in CHF

	Pflege im Pflegeheim	Pflege zuhause	Total
Direkte Beiträge der Kantone und Gemeinden	1.478 Mia. - 1.568 Mia.	0.605 Mia. - 0.743 Mia.	2.084 Mia. - 2.312 Mia.
Indirekte Beiträge der Kantone	0.237 Mia. - 0.344 Mia.	0.010 Mia.	0.246 Mia. - 0.354 Mia.
Total	1.715 Mia. - 1.913 Mia.	0.615 Mia. - 0.753 Mia.	2.330 Mia. - 2.666 Mia.

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage der Kantone und eigene Schätzungen

Betrachtet man zusätzlich die Beiträge der verschiedenen Finanzierungsträger, zeigt sich, dass die Versicherer zwischen 48% und 50% der gesamten Beiträge leisten, die Kantone und Gemeinden zwischen 42% und 46% (direkte und indirekte Beiträge) und die PatientInnen zwischen 5% und 7%. Betrachtet man nur die Beiträge ohne Patientenbeteiligung, ergibt sich eine Verteilung von 43% bis 45% (Kantone) und 55% bis 57% (Versicherer).

Tabelle 8: Beiträge der verschiedenen Finanzierungsträger

Finanzierungsbeiträge der Finanzierungsträger	Pflege im Pflegeheim	Pflege zuhause	Total
Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden (direkte Beiträge)	1.478 Mia. - 1.568 Mia. (38% - 39%)	0.605 Mia. - 0.743 Mia. (38% - 43%)	2.084 Mia. - 2.312 Mia. (38% - 40%)
Patientenbeteiligung	0.57 Mia. (14% - 15%)	0.08 Mia. (5%)	0.65 Mia. (11% - 12%)
davon Beiträge Kantone	0.237 Mia. - 0.344 Mia. (6% - 9%)	0.01 Mia. (1%)	0.246 Mia. - 0.354 Mia. (4% - 6%)
davon PatientInnen	0.333 Mia. - 0.226 Mia. (6% - 9%)	0.07 Mia. (4%)	0.404 Mia. - 0.294 Mia. (5% - 7%)
Beiträge Versicherer (OKP)	1.87 Mia. (47% - 48%)	0.91 Mia. (52% - 57%)	2.780 Mia. (48% - 50%)
Total Finanzierungsbeiträge	3.918 Mia. - 4.008 Mia.	1.595 Mia. - 1.733 Mia.	5.514 Mia. - 5.742 Mia.

Tabelle INFRAS. Quelle: SOMED-Statistik, Spitex-Statistik, eigene Schätzungen

Im Bereich der Pflegeheime sind im Unterschied zum Bereich der Pflege zuhause die Gesamtkosten der KVG-Pflege bekannt. Somit können für diesen Bereich auch die Finanzierungsanteile an den Gesamtkosten ausgewiesen werden. Mit den ermittelten Beiträgen der Kantone und Gemeinden ergibt sich ein Finanzierungsanteil von 36% - 39% an direkten Beiträgen und zusätzlich 6% - 8% an indirekten Beiträgen an die KVG-Pflegekosten im Bereich der Pflegeheime (vgl. folgende Tabelle). Gemäss diesen Zahlen werden zwischen 2% und 4% der KVG-Kosten in den Pflegeheimen nicht durch die Finanzierungsträger gedeckt.

Tabelle 9: Finanzierungsanteile im Bereich der Pflegeheime

	Total Kosten und Beiträge	Anteil der Beiträge an den Kosten
Gesamtkosten der KVG-Pflege	4.070 Mia.	
Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden (direkte Beiträge)	1.478 - 1.568 Mia.	36% - 39%
Patientenbeiträge (davon indirekte Beiträge Kantone)	0.570 Mia (0.237 - 0.344 Mia.)	14% (6% - 8%)
Beiträge Versicherer (OKP)	1.870 Mia.	46%
Deckungslücken	0.062 - 0.152 Mia.	2% - 4%

Tabelle INFRAS.

4. EFAS-Kostenteiler unter Einbezug der Pflege

Wie in Kap. 1.1 ausgeführt, schlägt die SGK-N in ihrer Vorlage zur Änderung des KVG «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» einen Kostenteiler von 22,6 % für die Kantone und 77,4% für die Versicherer vor.²³ Dieser Kostenteiler wurde so festgelegt, dass die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt. Die Berechnungen des Kostenteilers basieren auf einer Spezialauswertung des BFS aus der Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens.²⁴

In diesem Kapitel wird nun aufgezeigt, wie sich der Kostenteiler verändern würde, wenn die Kosten für KVG-Pflegeleistungen in die EFAS einbezogen würden. Bei der Herleitung des Kostenteilers 2016 unter Einbezug der Pflege sind zwei Situationen zu unterscheiden: Die Patientenbeteiligung wird beibehalten oder sie wird aufgehoben. Erstere bildet die Hauptvariante.

- **Hauptvariante «Patientenbeteiligung wird beibehalten»:** Bleibt die Patientenbeteiligung bestehen, berechnet sich der EFAS-Kostenteiler unter Einbezug der Pflege aus dem Verhältnis der im Jahr 2016 effektiv getätigten Ausgaben der Versicherer und der Kantone/Gemeinden für KVG-Leistungen im ambulanten und stationären Bereich sowie im Bereich der Pflege (Pflegeheime und zuhause).
- **Alternativvariante «Patientenbeteiligung wird aufgehoben»:** Wird die Patientenbeteiligung aufgehoben, ist offen, wie der Teil der Patientenbeteiligung auf die Kantone/Gemeinden und die Versicherer aufgeteilt würde. Dies ist nicht Gegenstand der aktuellen Diskussion. Daher haben wir drei mögliche Szenarien berechnet:²⁵
 - Szenario 1: Die Kantone/Gemeinden übernehmen die Patientenbeteiligung ganz. In diesem Fall erhöhen sich die Ausgaben der Kantone/Gemeinden vollumfänglich um die Patientenbeteiligung. Folglich übernehmen die Kantone/Gemeinden einen grösseren Anteil an den Gesundheitsausgaben und der EFAS-Kostenteiler für die Kantone erhöht sich.
 - Szenario 2: Die Patientenbeteiligung wird je hälftig auf die Kantone/Gemeinden und die Versicherer verteilt. Auch dies zieht eine Veränderung des EFAS-Kostenteilers nach sich.

²³ Im erläuternden Bericht der Kommission vom 5. April 2019 wurden die Ausgaben der Versicherer im Vergleich zum Vorentwurf der Kommission vom 19. April 2018 nach oben angepasst, wodurch der berechnete EFAS-Kostenteiler von 25,5% für die Kantone auf 22,6% für die Kantone reduziert wurde.

²⁴ In dieser Spezialauswertung wurden einzelne Kategorien der Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens feiner aufgedgliedert. Zudem wurde dafür korrigiert, dass in der Übergangsperiode nach der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung noch nicht alle Kantone den Anteil von 55% im stationären Bereich erreicht hatten.

²⁵ In den Kantonen, in denen die PatientInnen eine reduzierte oder keine Patientenbeteiligung übernehmen müssen, wird diese von den Kantonen übernommen und in unseren Berechnungen in Kapitel 3 als Teil der Restkostenfinanzierung gezählt. Wird die Patientenbeteiligung abgeschafft und diese Kosten wie in Szenario 2 und Szenario 3 auf die Kantone und die Versicherer aufgeteilt, ist prinzipiell auch zu diskutieren, inwiefern in den Kantonen mit reduzierter Patientenbeteiligung ein Teil der Restkostenfinanzierung ebenfalls neu aufgeteilt werden müsste. Um die Berechnungen möglichst nachvollziehbar zu gestalten, fliesst diese Überlegung nicht in unser Modell mit ein.

- Szenario 3: Die Patientenbeteiligung wird im gleichen Verhältnis wie die derzeitigen Ausgaben der Versicherer und Kantone/Gemeinden im Bereich der KVG-Pflege aufgeteilt. Auch dies würde eine Veränderung des EFAS-Kostenteilers bedeuten.

1) Hauptvariante unter Beibehaltung der Patientenbeteiligung

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse für die Hauptvariante des Einbezugs der Pflege in die EFAS, d.h. unter Beibehaltung der Patientenbeteiligung. Die Tabelle enthält die Ausgaben der Kostenträger im Jahr 2016 für die verschiedenen der Bereiche von KVG-pflichtigen Leistungen.

Tabelle 10: Ausgaben der Kostenträger für KVG-Leistungen im Jahr 2016

	Ambulante Leistungen (ohne Pflege)	Stationäre Leistungen (ohne Pflege)	Pflege	Total (ohne Patientenbeteiligung)
Versicherer (OKP)	CHF 19.41 Mia. (1)	CHF 6.14 Mia. (1)	CHF 2.78 Mia. (2)	CHF 28.32 Mia. (74.5%)
Kantone/Gemeinden	CHF 0	CHF 7.5 Mia. (1)	CHF 2.08 Mia. - CHF 2.31 Mia (3)	CHF 9.70 Mia. (25.5%)
Total	CHF 19.41 Mia.	CHF 13.64 Mia.	CHF 4.97 Mia.	CHF 38.02 Mia.

(1) Quelle = Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (2019). Hierfür hat das BFS eine Spezialauswertung der Statistik der Kosten- und Finanzierung des Gesundheitswesens des Jahres 2015 erstellt. Der angegebene Wert entspricht der Mitte der Bandbreite, die im Bericht der Kommission für soziale Sicherheit angegeben wurde. Die Aufteilung der Ausgaben der Versicherer haben wir wie folgt hergeleitet: Aus dem Bericht geht hervor, dass die Versicherer aktuell rund CHF 25.55 Mia. aufwenden, wobei nicht zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich unterschieden wird. Da die Kantone rund CHF 7.5 Mia. ausgegeben haben, was 55% der stationären Leistungen entsprechen sollte, haben folglich die Versicherer rund CHF 6.14 Mia. für den stationären Bereich aufgewendet (45% der Gesamtkosten). Folglich haben die Versicherer rund CHF 19.41 Mia. CHF für den ambulanten Bereich ausgegeben.

(2) Quelle = Spitex-Statistik 2016 und SOMED-Statistik 2016.

(3) Schätzungen der direkten Beiträge gemäss Kapitel 3. Für die Berechnung der Gesamtausgaben wurde bei der KVG-Pflege der Mittelwert der Unter- und Obergrenze verwendet.

Tabelle INFRAS.

Unter Einbezug der KVG-Pflege in EFAS erhöhen sich die Ausgaben der Versicherer auf CHF 28.32 Mia. und jene der Kantone auf CHF 9.70 Mia. (untere Bandbreite CHF 9.58 Mia., obere Bandbreite 9.8 Mia.). Dies ergibt für die Kantone einen EFAS-Kostenteiler unter Einbezug der Pflege von **25.5%** (bzw. 25.3% oder 25.7% bei Verwendung der unteren und oberen Bandbreite der Schätzung der direkten Ausgaben der Kantone). Bei den Ausgaben der Kantone für die KVG-Pflege sind die indirekten Beiträge via EL nicht enthalten, da in dieser Variante die Patientenbeteiligung beibehalten wird und die indirekten Beiträge der Kantone als «Sozialausgaben» betrachtet werden.

2) Variante ohne Patientenbeteiligung

Wird die Patientenbeteiligung aufgehoben und gemäss oben dargestellten Szenarien auf die beiden Finanzierungsträger aufgeteilt, resultiert ein leicht anderer Kostenteiler siehe Tabelle 23 im Annex.

- Szenario 1 (Kantone/Gemeinden übernehmen die Patientenbeteiligung vollumfänglich): Es resultiert ein Kostenteiler von **26.8%** für die Kantone und Gemeinden.
- Szenario 2 (Patientenbeteiligung wird hälftig auf die Kantone/Gemeinden und Versicherer aufgeteilt): Es resultiert ein Kostenteiler von **25.9%** für die Kantone und Gemeinden.
- Szenario 3 (Patientenbeteiligung wird gemäss dem Verhältnis der derzeitigen Ausgaben für die KVG-Pflege zwischen Kantonen/Gemeinden und Versicherer aufgeteilt): Es resultiert ein Kostenteiler von **25.8%** für die Kantone und Gemeinden.

5. Zukünftige Auswirkungen des Einbezugs der KVG-Pflegekosten in die EFAS

Auch wenn der Kostenteiler EFAS für die Finanzierer insgesamt kostenneutral ausgestaltet werden soll, hat die Umstellung des Finanzierungssystems Auswirkungen auf die zukünftige Ausgabenbelastung der Versicherer und Kantone – dies, weil sich die bisher unterschiedlich finanzierten Kostenbereiche unterschiedlich entwickeln. Es stellt sich die Frage, wie sich die zu erwartenden Kostensteigerungen in den verschiedenen Bereichen mit einem System EFAS mit Pflege für die Kantone auswirken. Hierzu ist zunächst zu bestimmen, in welchem Umfang die Kosten in den verschiedenen Bereichen (ambulant, stationär, Pflege) zukünftig bis zum Jahr 2030 steigen werden. Vor dem Hintergrund der Kostenentwicklung wird anschliessend die zukünftige Ausgabenbelastung der Kostenträger unter den folgenden drei Systemen verglichen:

- Beibehaltung Status Quo
- EFAS ohne Pflege
- EFAS mit Pflege

5.1. Geschätzte Kostenentwicklung bis zum Jahr 2030

5.1.1. Grundlagen

Um die Gesundheitskosten zu dynamisieren, stützen wir uns weitgehend auf bestehende Grundlagen. Es liegen Projektionen der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) (Brändle und Colombier 2017) und der Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich KOF (Köthenbürger und Sandqvist 2018) vor. Zur Projektion der Anzahl Personen mit Bedarf an Pflege dienen ferner die Projektionen des Obsan (Widmer et al. 2016, Bayer-Oglesby und Höpflinger 2010, Höpflinger et al. 2011).

Gemäss der Literatur sind für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen v.a. folgende Faktoren relevant:

- Entwicklung der Bevölkerungsstruktur (Alterung und Migrationsbewegungen),
- Morbidität,
- Wirtschaftliche Entwicklung/Einkommensentwicklungen,
- Medizinisch-technischer Fortschritt,
- Änderungen bei den Regulierungen²⁶.

²⁶ Bei unseren Schätzungen gehen wir von der vereinfachten Annahme aus, dass bis im Jahr 2030 keine massgeblichen Änderungen in den Regulierungen stattfinden werden.

Die drei identifizierten Quellen zur Projektion der Gesundheitsausgaben gehen wie folgt auf diese Themen ein:

Projektion der Anzahl Personen mit Pflege des Obsan²⁷

- Dieses Modell trifft Annahmen zur Entwicklung der Bevölkerungsstruktur. D.h. aus diesem Bericht geht hervor, wie viele Personen schätzungsweise im Jahr 2030 in einem Alters- oder Pflegeheim leben werden bzw. Pflege durch die Spitex benötigen. Schweizweite Projektionen liegen nur aus dem Jahr 2010 vor. Neuere Prognosen existieren für gewisse Kantone. Eine Aktualisierung der schweizweiten Prognosen ist zurzeit aber nicht vorgesehen. Das Obsan selbst geht davon aus, dass die Prognosen aus dem Jahr 2010 veraltet und überschätzt sind.
- Die Morbidität wird insofern berücksichtigt, als dass Annahmen dazu getroffen werden, ob eine Verlängerung der Lebenserwartung ebenfalls mit einer Verlängerung der Anzahl Jahre, in denen eine Person gesund ist, einhergeht.
- Die Produktivität und der medizinische Fortschritt sowie die wirtschaftliche Entwicklung sind im Modell des Obsan nicht enthalten.

Projektionen der EFV²⁸

- Die Projektion der EFV trifft ebenfalls Annahmen zur Bevölkerungsentwicklung und der Morbidität. Hierzu verwendet die EFV teilweise dieselben Szenarien wie das Obsan.²⁹
- Im Modell der EFV werden zusätzliche Annahmen für die Einkommenselastizität³⁰ getroffen.
- Ebenfalls trifft das Modell der EFV Annahmen zur Produktivitätsentwicklung. Je nach Szenario geht die EFV davon aus, dass der Baumoleffekt³¹ im Gesundheitswesen (ohne Pflege)

²⁷ Datengrundlage: Bevölkerungsszenarien des BFS, SOMED- und Spitex-Statistik.

²⁸ Datengrundlage: Statistik zu den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens und die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung.

²⁹ Das Obsan definiert insgesamt vier Szenarien für die Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung, die EFV deren drei. Zwei der Szenarien sind in beiden Berichten gleich definiert. Dies ist das Szenario «Healthy Ageing», welches davon ausgeht, dass die gewonnene Lebenserwartung in gutem Gesundheitszustand verbracht wird. Die durchschnittliche Pflegedauer einer Person bleibt somit unverändert und die Pflegebedürftigkeit setzt zu einem späteren Zeitpunkt ein (im Obsan-Bericht als «Referenzszenario» definiert). Das zweite identische Szenario in den beiden Berichten ist das «Pure-Ageing» Szenario. In diesem Szenario wird die gewonnene Lebenserwartung in schlechtem Gesundheitszustand verbracht. D.h. der Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit setzt im gleichen Alter ein wie bisher (im Bericht der EFV als «Pure Ageing», im Bericht des Obsans als «Szenario II: pessimistisch» definiert).

³⁰ Die Einkommenselastizität beschreibt, ob die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (und damit die Gesundheitsausgaben) überproportional zum Gesamteinkommen einer Volkswirtschaft ansteigt oder nicht. Dabei trifft die EFV die Annahme, dass in der Pflege kein Einkommenseffekt spielt, da die Pflegebedürftigkeit nicht freiwillig und unabhängig vom Einkommen eintritt, der Einkommenseffekt bei den ambulanten und den stationären Leistungen jedoch zum Tragen kommt (Einkommenselastizität von 10%).

³¹ Dieser Effekt bezeichnet ein Phänomen in personalintensiven Sektoren. In diesen Sektoren ist der Produktivitätsfortschritt aufgrund von technologischen Entwicklungen gering. Um die Qualität aufrecht zu erhalten, müssen die Löhne jedoch mit der allgemeinen Lohnerhöhung der Bevölkerung mithalten. Das Ergebnis ist ein allmählicher Anstieg der Kosten ohne entsprechende Produktivitätszunahmen.

nicht oder teilweise spielt und bei der Pflege vollständig eintritt.

KOF Prognosen der Gesundheitsausgaben³²

- Dieses Modell basiert ebenfalls auf einem Bevölkerungsszenario des BFS, wobei bezüglich der Morbidität leicht andere Annahmen getroffen wurden als beim Obsan und bei der EFV³³ und liegt zwischen dem «Healthy-Ageing» und «Pure-Ageing» Ansatz der anderen beiden Berichte.
- Das Modell betrachtet den Einfluss einiger exogener Variablen: Ärztedichte, Erwerbstätigkeit der Frauen (mit Folgen für die unentgeltliche Pflege in Privathaushalten), Konjunkturprognosen und Lohnwachstum.
- Die Projektionen gehen nur bis in das Jahr 2019.

5.1.2. Schätzungen Bereich KVG-Pflege

Vorgehen

Die zukünftigen Kosten der KVG-Pflege erhalten wir anhand der Multiplikation der heutigen Kosten pro pflegebedürftige Person mit der erwarteten Anzahl pflegebedürftiger Menschen gemäss der Projektion des Obsan. Diesen zukünftigen Kosten muss eine erwartete Entwicklung des Reallohns und der Teuerung zugrunde gelegt werden. Damit die prognostizierte Kostenentwicklung im Bereich der KVG-Pflege möglichst mit den prognostizierten Kosten für die weiteren KVG-Leistungen vergleichbar ist, halten wir uns für die Preisentwicklung an die Schätzungen der EFV.³⁴

Aus dem Bericht der EFV gehen ebenfalls Angaben zur Kostenentwicklung der Pflege hervor. In erster Linie halten wir uns für die Dynamisierung der Kosten der KVG-Pflege an die Prognosen gemäss Obsan. Grund dafür ist, dass das Modell der EFV auf den Daten der Statistik des BFS zu den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens beruht. Dieses enthält nebst den Ausgaben für die KVG-Pflege auch die weiteren Beiträge an die Institutionen der Alterspflege. Die Wachstumsrate für die KVG-Pflege gemäss Bericht der EFV dient zur Plausibilisierung.

³² Datengrundlage: Kosten- und Finanzierung des Gesundheitswesens.

³³ Es wird angenommen, dass der Anteil der Jahre, die in guter Gesundheit verbracht werden, gleichbleibend ist.

³⁴ Diese geht von einer jährlichen Zunahme des Nominalzinses von 2.5% aus (1.5% Wirtschaftswachstum, 1% Teuerung).

Ergebnisse

Insgesamt ist für die KVG-Pflege bis ins Jahr 2030 mit einer Kostensteigerung in der Höhe von **CHF 2.3 Mia.** (Szenario «Healthy Ageing» mit zukünftigen Verlagerung in den ambulanten Bereich) **bis CHF 4.2 Mia.** (Szenario «Pure Ageing» ohne zukünftige Verlagerung in den ambulanten Bereich) **bzw. 2.8 - 4.5% jährlich** zu rechnen. Im Mittel liegt die Zunahme bei CHF 3.3 Mia. CHF bzw. 3.7% jährlich. Zu diesem Ergebnis führen die Hochrechnungen anhand der Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Personen gemäss Prognosen des Obsans (Zunahme von rund 133'000 Personen im Jahr 2015 auf 175'000 bis 215'000 Personen im Jahr 2030). Davon leben schätzungsgemäss 51% bis 57% im Alters- und Pflegeheim, je nachdem, ob eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich stattfindet oder nicht. Gemäss Abklärungen mit dem Obsan müssten diese Schätzungen aus heutiger Sicht angepasst werden. Das Obsan geht aus verschiedenen Gründen³⁵ davon aus, dass die Mengenentwicklung vor allem im Bereich der Pflegeheime vor 10 Jahren überschätzt wurde und aus heutiger Sicht eine zukünftige Mengenentwicklung am unteren Rand der Bandbreite plausibel ist. Auf der anderen Seite ist auch die Preisentwicklung zu berücksichtigen. Diesbezüglich gehen wir von einer Teuerungsrate von 1% pro Jahr³⁶ aus (siehe Kapitel 5.1.1), wobei wir aus unserer Sicht eine konservative Schätzung vornehmen:

- Erstens ist es möglich, dass zusätzlich Einkommenseffekte spielen, d.h., dass mit dem Wirtschaftswachstum auch die Nachfrage nach Pflegeleistungen zunimmt. Für einen solchen Einkommenseffekt gibt es Argumente dafür und dawider: Auf der einen Seite sollte zumindest im Pflegeheim das Bedarfserfassungssystem dazu führen, dass nur Personen mit effektivem Bedarf KVG-Pflege im Heim erhalten. Bei der Spitex müssen diese Leistungen ebenfalls von ÄrztInnen verschrieben werden. Auf der anderen Seite ist denkbar, dass ein Einkommenseffekt bei der Wahl des Pflegesettings eine Rolle spielt. So könnte es bspw. sein, dass mit zunehmendem Einkommen eher versucht wird, eine Person zuhause zu pflegen, bspw. indem die nicht KVG-Pflege durch Care MigrantInnen übernommen wird und die KVG-Pflege durch die Spitex. Das bedeutet, dass mit zunehmenden Einkommen mehr Personen ambulant gepflegt werden, auch wenn es stationär kostengünstiger wäre (siehe dazu auch den Bericht von Consandey 2015). Würde analog zu den ambulanten und stationären Leistungen die Annahme getroffen, dass auch in der KVG-Pflege eine Einkommenselastizität von 1.1 vorliegt, würden sich die Wachstumsraten auf jährlich rund 4.4% - 6.2% erhöhen.

³⁵ Gründe: Die Bevölkerungsprognosen des BFS wurden zwischen 2010 und 2015 nach unten korrigiert und die Sterberatetabellen angepasst. Die Inanspruchnahme von Pflegeheimen ist zwischen 2008 (Referenzjahr für den damaligen Bericht) und 2017 (aktuellste Daten) zurückgegangen (vgl. Obsan-Indikator <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/betreuungsrate-alters-und-pflegeheimen>). Die Kantone haben ihre Politik der Alterspflege vermehrt nach dem Grundsatz ambulant vor stationär bzw. Förderung der Inanspruchnahme von ambulanten und intermediären Strukturen ausgerichtet.

³⁶ Für die Entwicklung der Kosten der KVG-Pflege gehen wir nicht von einem Einkommenseffekt aus. Grund dafür ist, dass wir die gleichen Annahmen wie im Bericht der EFV getroffen haben. Diese nimmt an, dass der Einkommenseffekt in der Alterspflege nicht spielt.

Zweitens ist im Pflegebereich denkbar, dass ein Baumol-Effekt stattfindet. Dies würde bedeuten, dass die Löhne in der Langzeitpflege sich nicht aufgrund von Produktivitätsfortschritten erhöhen, sondern lediglich, weil sich die Löhne in der Gesamtwirtschaft erhöhen (siehe dazu Kapitel 5.1.2). Diese Annahme hat die EFV in ihrem Bericht getroffen. Wenden wir diese Annahme auf unser Modell an, erhalten wir eine Wachstumsrate in der Höhe von 4.0% bis 5.8% jährlich. Diese Wachstumsrate liegt in einer ähnlichen Größenordnung wie die Prognosen der EFV³⁷ für den Pflegebereich.

Zusammenfassend liegen der angenommenen Prognose sowohl Unterschätzungen als auch Überschätzungen zugrunde. Wir erachten es daher als plausibel, dass die «wahre» Wachstumsrate innerhalb dieser Bandbreite liegt und gegen die Mitte tendiert.

5.1.3. Schätzungen Bereich ambulante Leistungen

Vorgehen

Die Entwicklung der Kosten für die ambulanten Leistungen bis ins Jahr 2030 entnehmen wir den Projektionen der EFV. In diesen Projektionen ist die Bevölkerungsentwicklung und die Morbidität analog zur Analyse des Obsan integriert. Auch die weiteren Einflussfaktoren wie die wirtschaftliche Entwicklung und die Preisentwicklung sind in diesem Bericht auf nachvollziehbare Weise miteinbezogen. Zu berücksichtigen gilt, dass die EFV in ihrem Modell von keiner Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich (ohne Pflege) ausgeht.

Die EFV weist in ihrem Bericht nur die Entwicklung der Kosten im gesamten Gesundheitsbereich ohne die Pflege aus. Die AutorInnen haben uns jedoch für das vorliegende Projekt gesonderte Angaben zur erwarteten Kostenentwicklung im ambulanten und stationären Bereich (ohne Pflege) zukommen lassen.

Ergebnisse

Für den ambulanten Bereich ohne die Pflege kann bis ins Jahr 2030 mit einer Kostensteigerung von ca. **CHF 9.6 Mia. bis CHF 10.7 Mia.** gerechnet werden. Dies entspricht einer jährlichen durchschnittlichen Wachstumsrate von 2.9% bis 3.2%. Diese Kostensteigerung unterliegt den-

³⁷ Die EFV geht in ihren Prognosen von einer stärkeren Zunahme der jährlichen Pflegekosten aus, und zwar von 4.5% bis 5.5% jährlich unter dem «Healthy-Ageing» bzw. dem «Pure-Ageing» Szenario. Dabei wird im Unterschied zu den Prognosen des Obsan keine Annahme bezüglich einer Verlagerung in den ambulanten Pflegebereich getroffen. Ferner geht die EFV wie erwähnt davon aus, dass bei der KVG-Pflege der Baumol-Effekt spielt. Im Durchschnitt über die Jahre 2017-2019 geht das KOF ebenfalls von einer leicht höheren Kostensteigerung für die Alterspflege aus, als dies die Berechnungen anhand des Obsan-Berichts ergeben haben (durchschnittlich 4.1% pro Jahr).

selben Annahmen bezüglich der Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung wie die prognostizierte Kostenentwicklung im Bereich der KVG-Pflege. Ferner wird angenommen, dass mit zunehmendem Gesamteinkommen der Schweiz die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen überproportional ansteigt (Einkommenselastizität), dass eine Teuerung von 1% stattfindet und das reale BIP mit 1.5% pro Jahr ansteigt (siehe dazu Kapitel 5.1.1).

Das KOF geht von einer höheren jährlichen Kostenentwicklung im ambulanten Bereich aus, nämlich von durchschnittlich 4.3%. Allerdings betreffen die Prognosen nur die Jahre 2017-2019.

Zu berücksichtigen ist, dass das Modell der EFV keine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich vorsieht. Wie in nachfolgendem Kapitel 5.1.4 zu den Entwicklungen im stationären Bereich dargestellt, weisen die Entwicklungen der vergangenen Jahre jedoch auf eine solche Verlagerung hin. Somit dürfte eine erwartete Ausgabensteigerung von jährlich 2.9% bis 3.2% im ambulanten Bereich tendenziell eine vorsichtige Prognose sein. Es war aufgrund der verfügbaren Informationen nicht möglich, den zusätzlichen Effekt der Verlagerung abzuschätzen.

5.1.4. Schätzungen Bereich stationäre Leistungen

Vorgehen

Auch für den Bereich der stationären Leistungen haben wir uns zunächst an den Wachstumsraten der EFV orientiert. Die dortigen Annahmen für die Entwicklung im stationären Bereich entsprechen den Annahmen für den ambulanten Bereich (siehe Kapitel 5.1.3). Demnach ist mit einem jährlichen durchschnittlichen Anstieg von rund 3.1% bis 4.5% jährlich zu rechnen.³⁸ Angesichts des deutlich geringeren Anstiegs in den letzten Jahren ist jedoch davon auszugehen, dass die Ausgaben im stationären Bereich in Zukunft weniger stark wachsen werden (siehe dazu die Statistik zu den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens).³⁹ Das Obsan hat in einer Studie die Kostenentwicklung der stationären Spitalleistungen der Jahre 2010 bis 2016 analysiert. Dieser Bericht zeigt auf, dass die Kosten der stationären Spitalleistungen zwischen 2010 und 2014 mit jährlich durchschnittlich 3.8% stiegen, zwischen 2014 und 2016 jedoch nur noch mit durchschnittlich 1.9% jährlich (Pellegrini und Roth 2018). Aufgrund dieses deutlich geringe-

³⁸ Das KOF hat die Kostenentwicklung der stationären Leistungen für die Jahre 2017 bis 2019 etwas höher, und zwar auf durchschnittlich rund 2.9% jährlich geschätzt

³⁹ Gemäss der Statistik zu den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens haben die Ausgaben der Versicherer und der Kantone für die stationären Leistungen zwischen 2012 und 2016 jährlich um durchschnittlich 1.8% zugenommen. Zwischen dem Jahr 2015 und 2016 haben diese Ausgaben sogar um 0.1% abgenommen.

ren Wachstums der vergangenen Jahre haben wir eine Korrektur der zu erwartenden stationären Kosten vorgenommen.⁴⁰ Wir gehen davon aus, dass erstens die KVG-Revision der Spitalfinanzierung und zweitens die zunehmenden Bestrebungen von Seiten Kantone und Bund⁴¹, die ambulante Behandlung bei bestimmten Eingriffen zu fördern, kostendämpfend wirken.

Ergebnisse

Anhand der vergangenen Entwicklung im stationären Bereich gemäss der Statistik zu den Kosten und der Finanzierung im Gesundheitswesen ist bis ins Jahr 2030 mit einer jährlichen durchschnittlichen Wachstumsrate von 1.0% bis 1.5% zu rechnen. Dies entspricht einem Kostenanstieg von CHF **2.0 bis CHF 3.2 Mia.** CHF zwischen dem Jahr 2016 und 2030.

5.2. Auswirkungen auf die Finanzierungsträger

Aus den Schätzungen zur Dynamik der KVG-Kosten im Bereich Pflege, im ambulanten Bereich (ohne Pflege) und im stationären Bereich (ohne Pflege) kann ermittelt werden, welche Verlagerungen in Zukunft zwischen den Finanzierungsträgern bei den drei möglichen zukünftigen Systemen (Beibehaltung Satus Quo, EFAS ohne Pflege, EFAS mit Pflege) zu erwarten sind.

1) Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden

Folgende Tabelle zeigt, welche Kosten bei den Kantonen/Gemeinden im Jahr 2016 und erwartungsgemäss im Jahr 2030 bei einer Situation EFAS ohne Einbezug der Pflege und mit Einbezug der Pflege anfallen. Für die Projektion der Kosten bis ins Jahr 2030 haben wir für den ambulanten Bereich eine Wachstumsrate von durchschnittlich 3.05% jährlich (basierend auf der Grundlage der EFV), im stationären Bereich 1.25% (basierend auf den Entwicklungen der letzten Jahre) und bei der KVG-Pflege 3.68% jährlich gerechnet (basierend auf der Grundlage des Obsan). Dies entspricht für den ambulanten Bereich und die KVG-Pflege jeweils dem Mittelwert zwischen dem «Healthy Ageing» und dem «Pure Ageing» Szenario (siehe dazu Kapitel 5.1).

Unter Beibehalt der aktuellen Finanzierungsregimes nehmen die Ausgaben der Kantone gemäss den Berechnungen bis 2030 um CHF 3.3 Mia. zu (+34%). In einer Situation mit EFAS ohne Einbezug der KVG-Pflege in dieses neue Finanzierungsmodell würden die Ausgaben der Kantone bis zum Jahr 2030 stärker, schätzungsweise um CHF 4.7 Mia. (+ 49%) zunehmen. Unter

⁴⁰ Die neusten Prognosen der EFV basieren auf den Daten der Statistik zu den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens des Jahres 2014. Diese neusten Entwicklungen der Kosten der stationären Leistungen sind in diesen Daten noch nicht widerspiegelt.

⁴¹ vgl. Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend «Ambulant vor Stationär», in Kraft seit 1. Januar 2019.

Einbezug der KVG-Pflege in die EFAS läge diese Zunahme etwas tiefer, und zwar bei CHF 4.1 Mia. (+42%).

Tabelle 11: Erwartete Dynamik der Ausgaben der Kantone unter verschiedenen Systemen

Ausgabenbereich	Ausgaben 2016	Ausgaben 2030	Entwicklung absolut und relativ
Beibehalt des Status Quo			
ambulante KVG-Leistungen	CHF 0	CHF 0	
stationäre KVG-Leistungen	CHF 7.50 Mia.	CHF 8.92 Mia.	
KVG-Pflege	CHF 2.20 Mia.	CHF 4.05 Mia.	
Total	CHF 9.70 Mia.	CHF 12.98 Mia.	+ CHF 3.28 Mia. (+34%)
		▪ UG: CHF 12.08 Mia.	▪ UG: + CHF 2.38 Mia.
		▪ OG: CHF 13.93 Mia.	▪ OG: + CHF 4.23 Mia.
Situation EFAS ohne Einbezug der Pflege			
ambulante KVG-Leistungen	CHF 4.39 Mia.	CHF 6.68 Mia.	
stationäre KVG-Leistungen	CHF 3.08 Mia.	CHF 3.67 Mia.	
KVG-Pflege	CHF 2.20 Mia.	CHF 4.05 Mia.	
Total	CHF 9.67 Mia.	CHF 14.40 Mia.	+ CHF 4.73 Mia. (+49%)
		▪ UG: CHF 13.56 Mia.	▪ UG: + CHF 3.89 Mia.
		▪ OG: CHF 15.30 Mia.	▪ OG: + CHF 5.63 Mia.
Situation EFAS mit Einbezug der Pflege			
ambulante KVG-Leistungen	CHF 4.95 Mia.	CHF 7.54 Mia.	
stationäre KVG-Leistungen	CHF 3.48 Mia.	CHF 4.14 Mia.	
KVG-Pflege	CHF 1.27 Mia.	CHF 2.10 Mia.	
Total	CHF 9.70 Mia.	CHF 13.78 Mia.	+ CHF 4.09 Mia. (+42%)
		▪ UG: CHF 13.26 Mia.,	▪ UG: + CHF 3.56 Mia.
		▪ OG CHF 14.32 Mia.	▪ OG: + CHF 4.62 Mia.

Tabelle INFRAS. Quelle: Berechnungen anhand der Schätzungen aus Kapitel 3 und Kapitel 5 sowie der SOMED- und der Spitex-Statistik.

1) Auswirkungen auf die Versicherer

In folgender Tabelle sind die gleichen Schätzungen für die Versicherer dargestellt. Den Prognosen liegen die gleichen Wachstumsraten zugrunde wie bei den Kantonen und Gemeinden. Eine Ausnahme bildet die Prognose der Ausgaben der Versicherer in einem System ohne Einbezug der Pflege in die EFAS bzw. dem Beibehalt der derzeitigen Finanzierungslösungen. Die Tarife der Versicherer sind im heutigen System fixiert. Daher ist die Dynamik bei den Versicherern voll durch die Mengenausweitung determiniert. Diese liegt – gemäss Grundlage des Obsan Berichts – bei rund 2.7% jährlich. Aufgrund der geplanten Änderungen der Tarife ab Ende 2019, rechnen wir zudem bei den Versicherern mit einer einmaligen Erhöhung der Ausgaben der Versicherer im Jahr 2019 um 3.3%.⁴²

Die Ergebnisse zeigen, dass unter Beibehalt des Status Quo die zusätzliche Belastung im Jahr 2030 im Vergleich zum Jahr 2016 CHF 12.7 Mia. bzw. +45% betragen würde. Im System EFAS ohne Einbezug der Pflege würden sich die Ausgaben etwas weniger erhöhen, d.h. um CHF 11.3 Mia. (+40%). Unter Einbezug der Pflege läge die Zunahme zwischen den zwei Systemen, nämlich bei CHF 11.9 Mia. (+42%).

⁴² Für die Ausgaben der Versicherer pro Pflegebedürftige gehen wir davon aus, dass bis Ende 2019 die aktuell geltenden Tarife angewendet werden. Da eine Änderung der Tarife jedoch vorgesehen und aktuell in der Vernehmlassung ist, rechnen wir ab 1.1.2020 mit den leicht veränderten Tarifen der Vernehmlassungsunterlagen. Siehe dazu: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kostenneutralitaet-pflegebedarfsermittlung.html>. Der vorgeschlagene Tarif liegt für die Pflege in Pflegeheimen bei CHF 9.60 pro 20 Minuten Pflege bzw. bei CHF 76.93, 63.05 und 52.63 für die KLV b und KLV c Leistungen bei der Pflege zu Hause. Im ambulanten Bereich werden somit die Tarife um rund 3.6% gekürzt, im stationären Bereich um 6.7% erhöht. Da die Ausgaben der Versicherer für die KVG-Pflege im Jahr 2016 zu rund zwei Dritteln in den stationären und zu rund einem Drittel in den ambulanten Bereich flossen, erhöhen sich die Ausgaben der Versicherer aufgrund der Tarifänderung um durchschnittlich 3.3%.

Tabelle 12: Erwartete Dynamik der Ausgaben der Versicherer unter verschiedenen Systemen

Ausgabenbereich	Ausgaben 2016	Ausgaben 2030	Entwicklung absolut und relativ
Beibehalt des Status Quo			
ambulante KVG-Leistungen	CHF 19.41 Mia.	CHF 29.56 Mia.	
stationäre Leistungen	CHF 6.14 Mia.	CHF 7.30 Mia.	
KVG-Pflege	CHF 2.77 Mia.	CHF 4.19 Mia.	
Total	CHF 28.32 Mia.	CHF 41.05 Mia.	+CHF 12.73 Mia. (45%)
		▪ UG: CHF 39.91 Mia.	▪ UG: + CHF 11.59 Mia.
		▪ OG: CHF 42.21 Mia.	▪ OG: + CHF 13.89 Mia.
EFAS ohne Einbezug der Pflege			
ambulante KVG-Leistungen	CHF 15.03 Mia.	CHF 22.88 Mia.	
stationäre KVG-Leistungen	CHF 10.55 Mia.	CHF 12.56 Mia.	
KVG-Pflege	CHF 2.77 Mia.	CHF 4.19 Mia. ³	
Total	CHF 28.35 Mia.	CHF 39.64 Mia.	+ CHF 11.28 Mia. (40%)
		▪ UG: CHF 39.29 Mia.	▪ UG: + CHF 10.94 Mia.
		▪ OG: CHF 39.97 Mia.)	▪ OG: + CHF 11.62 Mia.
EFAS mit Einbezug der Pflege			
ambulante KVG-Leistungen	CHF 14.46 Mia.	CHF 22.02 Mia.	
stationäre Leistungen	CHF 10.16 Mia.	CHF 12.09 Mia.	
KVG-Pflege	CHF 3.70 Mia.	CHF 6.14 Mia.	
Total	CHF 28.32 Mia.	CHF 40.25 Mia.	+ CHF 11.93 Mia. (42%)
		▪ UG: CHF 38.72 Mia.	▪ UG: + CHF 10.40 Mia.
		▪ OG: CHF 41.82 Mia.	▪ OG: + CHF 13.50 Mia.

Tabelle INFRAS. Quelle: Berechnungen anhand der Schätzungen aus Kapitel 3 und Kapitel 5 sowie der SOMED- und der Spitex-Statistik.

Fazit

Unter Beibehaltung des derzeitigen Finanzierungsregimes nehmen die Ausgaben der Kantone/Gemeinden schätzungsweise bis 2030 um CHF 3.28 Mia. (+34%) zu. Mit dem System EFAS ohne Pflege würden die Kantone und Gemeinden signifikant stärker belastet. Durch den Einbezug der KVG-Pflege in die EFAS würde diese Mehrbelastung etwas geringer ausfallen. Die Versicherer würden mit EFAS hingegen weniger belastet als ohne, am wenigsten ohne den Einbezug

der KVG-Pflege. Unter EFAS werden somit die Steuerzahler relativ mehr durch die Kostensteigerung belastet als ohne EFAS. Der Einbezug der KVG-Pflege in EFAS reduziert diese Mehrbelastung etwas. Die Prämienzahler erwarten hingegen mit EFAS eine weniger starke Belastung durch die Kostensteigerung, am geringsten ist diese bei der EFAS ohne KVG-Pflege.

Diesen Berechnungen liegen diverse Annahmen zugrunde, welche in den Kapiteln 5.1.2 bis 5.1.4 dargestellt wurden. Demnach ist bis im Jahr 2030 bei der KVG-Pflege mit einem Kostenwachstum von 2.8% bis 4.5% zu rechnen, bei den ambulanten KVG-Leistungen von einer jährlichen Zunahme von 2.9 - 3.2% und bei den stationären KVG-Leistungen zwischen jährlich 1% und 1.5%. Die geschätzten zukünftigen Ausgabenbelastungen sind stark durch diese Annahmen getrieben. Folgende Unsicherheiten sind zu berücksichtigen:

- **Entwicklung KVG-Pflegekosten:** Der angenommenen jährlichen Wachstumsrate von 2.8% - 4.5% liegen sowohl grosszügige als auch konservative Annahmen zugrunde. Zu hoch wurden gemäss Abklärungen mit dem Obsan vermutlich die Mengenentwicklungen geschätzt. Hingegen haben wir bei möglichen Preiseffekten konservative Annahmen getroffen (vgl. Kap. 5.1.2). Insgesamt erachten wir es bei diesen Unsicherheiten die angenommene Wachstumsrate als plausibel.
- **Entwicklung der ambulanten Kosten:** Für diesen Bereich bestehend ebenfalls Unsicherheiten, welche die Wachstumsrate in beide Richtungen tendieren lässt. D.h. die geschätzte jährliche Zunahme von rund 2.9% - 3.2% könnte zu hoch oder zu tief angesetzt sein. Auf der einen Seite wurde bei der Schätzung der EFV ein Einkommenseffekt unterstellt. Inwiefern die ambulanten Leistungen tatsächlich mit zunehmendem Einkommen mehr nachgefragt werden, ist jedoch nicht eindeutig (siehe dazu auch Brändle und Colombier 2017). Ohne Einkommenseffekt läge die Zunahme im ambulanten Bereich tiefer als die hier verwendeten 2.9% - 3.2%. Auf der anderen Seite haben wir bei der Schätzung der stationären Wachstumsrate eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich angenommen. Dieser Verlagerungseffekt wurde hier nicht aufgeschlagen.
- **Entwicklung der stationären Kosten:** Wie in Kapitel 5.1.4 dargestellt, gehen wir davon aus, dass die prognostizierte Entwicklung der EFV überschätzt ist, weshalb diese anhand der Entwicklungen der letzten Jahre nach unten auf eine durchschnittliche jährliche Zunahme von 1.0% bis 1.5% korrigiert wurde. Inwiefern diese Prognose eintrifft, hängt davon ab, wie dauerhaft die in den letzten Jahren zu beobachtende Kostendämpfung u.a. aufgrund von Verlagerung in den ambulanten Bereich ist.

6. Fazit zu den Fragestellungen

Im Folgenden sind die Ergebnisse entlang der Fragestellungen (vgl. Kap. 1.2) zusammengefasst:

Welche Leistungskomponenten beinhalten die KVG-Pflegeleistungen im ambulanten resp. im stationären Pflegebereich? Für welche Leistungen bzw. Zwecke richteten Kantone und Gemeinden ihre Finanzierungsbeiträge an die Leistungserbringer im Jahr 2016 aus? Welcher Anteil davon kann den Restkosten der Pflege nach Art. 25a Abs. 5 KVG zugeordnet werden? (Frage 1)

Die KVG-Pflegeleistungen sind auf Verordnungsebene in Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 7 KLV) definiert. Die Kantone und Gemeinden richten daneben auch Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen und sonstige Beiträge und Subventionen für Nicht-KVG-Leistungen und Gemeinkosten, die nicht im direkten Zusammenhang mit KVG-Pflegekosten stehen. Die verschiedenen Beiträge an KVG-Pflegeleistungen und Nicht-KVG-Pflegeleistungen werden von den Kantonen und Gemeinden nicht immer sauber abgegrenzt. Daher sind die Finanzierungsbeiträge der Kantone und Gemeinden an KVG-Pflegeleistungen in den öffentlichen Statistiken nicht korrekt ausgewiesen.

Wie hoch waren die effektiven Beitragsvolumina von Krankenversicherern (OKP), Kantonen und Gemeinden, Bewohner/innen resp. Klientinnen an die KVG-Pflegekosten in Pflegeheimen und für die Pflege zuhause (insgesamt und pro versicherte Person) im Jahr 2016? (Frage 2)

Die Kantone und Gemeinden haben im Jahr 2016 zwischen CHF 2.33 Mia. und CHF 2.67 Mia. für die KVG-Pflege aufgewendet. Wo sich der wahre Wert innerhalb dieser Bandbreite befindet, lässt sich aufgrund der Angaben der Kantone nicht genau einschätzen. Die Ausgaben der Kantone und Gemeinden entsprechen rund CHF 277 bis 317 pro versicherte Person. CHF 1.71 Mia. bis CHF 1.91 Mia. (bzw. CHF 204 - 228 pro versicherte Person) fliessen davon in den Pflegeheimbereich und CHF 0.615 Mia. bis CHF 0.753 Mia. (CHF 73 - 90 pro versicherte Person) in den Bereich der Pflege zuhause. Die indirekten Beiträge der Kantone an die KVG-Pflege via Ergänzungsleistungen machen zwischen 11% und 13% der gesamten Beiträge der Kantone und Gemeinden aus. Die Versicherer haben im Jahr 2016 insgesamt CHF 2.77 Mia. an die KVG-Pflegekosten beigetragen und die PatientInnen zwischen rund CHF 0.3 und CHF 0.4 Mia. Relativ an allen Beiträgen an den KVG-Pflegekosten fiel der grösste Anteil auf die Versicherer (48% - 50%), ein etwas kleinerer Teil auf die Kantone und Gemeinden (42% - 46%) und der kleinste Teil auf die PatientInnen (5% - 7%) (vgl. folgende Tabelle).

Tabelle 13: Beiträge der verschiedenen Finanzierungsträger and die KVG-Pflege

	Pflege im Pflegeheim	Pflege zuhause	Total
Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden (direkte Beiträge)	1.478 Mia. - 1.568 Mia. (38% - 39%)	0.605 Mia. - 0.743 Mia. (38% - 43%)	2.084 Mia. - 2.312 Mia. (38% - 40%)
Patientenbeteiligung	0.57 Mia. (14% - 15%)	0.08 Mia. (5%)	0.65 Mia. (11% - 12%)
<i>davon PatientInnen</i>	0.333 Mia. - 0.226 Mia.	0.07 Mia.	0.404 Mia. - 0.294 Mia.
<i>davon Beiträge Kantone via EL</i>	0.237 Mia. - 0.344 Mia.	0.01 Mia.	0.246 Mia. - 0.354 Mia.
Beiträge Versicherer (OKP)	1.87 Mia. (47% - 48%)	0.91 Mia. (52% - 57%)	2.780 Mia. (48% - 50%)
Total Finanzierungsbeiträge	3.918 Mia. - 4.008 Mia.	1.595 Mia. - 1.733 Mia.	5.514 Mia. - 5.742 Mia.

Tabelle INFRAS. Quelle: SOMED-Statistik, Spitex-Statistik, eigene Schätzungen

Welcher Kostenteiler zwischen Versicherern und Kantonen würde sich bei einem Einrechnen des zusätzlichen Kostenblocks „Pflege“ in das Modell der einheitlichen Finanzierung ergeben – unter den gleichen Bedingungen wie sie von der SGK-N in der Vernehmlassung vom 15.5.2018 formuliert wurden?

Bei einem Einbezug der KVG-Pflegekosten in die EFAS würde sich der Kostenteiler zwischen den Versicherern und Kantonen/Gemeinden verschieben. Bei der Variante «Beibehaltung der Patientenbeteiligung» ergäbe sich für die Kantone/Gemeinden unter der Bedingung der Ausgabeneutralität ein Kostenteiler von 25.5% (gegenüber 22.6% ohne Einbezug der Pflege). Bei der Variante «Aufhebung der Patientenbeteiligung» ergäbe sich je nach Szenario ein etwas höherer Kostenteiler für die Kantone von 25.8% - 26.8%.

Frage 6: Wie würde sich dadurch der Beitrag der Versicherer resp. der Beitrag der Kantone ändern (i) im Vergleich zu einer EFAS ohne Pflege und (ii) im Vergleich zum Status quo?

Der Beitrag der Versicherer für KVG-Pflegeleistungen *im Pflegeheim* lag im Jahr 2016 durchschnittlich bei CHF 56.80 pro Pflage-tag. Dieser Wert ergibt sich aus den Gesamtbeiträgen der Versicherer an die KVG-Pflege im Pflegeheim dividiert durch die Gesamtanzahl geleisteter Pflage-tage gemäss SOMED-Statistik. Der Beitrag der Kantone lag gemäss den Schätzungen in Kap. 3 bei CHF 45.00 - 47.70 pro Pflage-tag.

Für die *Pflege zuhause* ergibt dieselbe Berechnung anhand der Pflegestunden gemäss Spitex-Statistik, dass die Versicherer im Jahr 2016 CHF 60.90 pro Pflegestunde aufgewendet haben. Die Kantone gaben im Jahr 2016 pro Pflegestunde CHF 40.60 bis CHF 49.90 aus.

In einem System EFAS mit Pflege würde sich ein durchschnittlicher Beitrag der Versicherer von CHF 76.90 pro Pflageetag im Pflegeheim und CHF 77.80 pro Pflagegestunde bei der Pflege zuhause ergeben. Bei den Kantonen würden diese Beiträge bei CHF 26.2 bzw. CHF 26.40 liegen.

In einem System EFAS ohne Pflege würden sich die gleichen Beiträge an die KVG-Pflagekosten ergeben, da das heutige Finanzierungssystem im Bereich der Pflege beibehalten würde.

Tabelle 14: Beiträge der Versicherer und Kantone/Gemeinden im Status quo und System EFAS mit Pflege

Basis: 2016	Beiträge pro Pflageetag im Pflegeheim		Beiträge pro Pflagegestunde zuhause	
	Versicherer	Kantone/Gemeinden	Versicherer	Kantone/Gemeinden
Status quo / EFAS ohne Pflege	CHF 56.80	CHF 45.00 - 47.70	CHF 60.90	CHF 40.60 - CHF 49.90
EFAS mit Pflege (Kostenteiler 25.5% Kantone)	CHF 76.90	CHF 26.30	CHF 79.00	CHF 27.10

Tabelle INFRAS.

Welche Dynamik der KVG-Pflagekosten (insgesamt und pro Versicherten) wird für die kommenden Jahre – von 2016 bis ca. 2030 – erwartet? Unter welchen Annahmen? (Frage 3)

Insgesamt ist für die KVG-Pflage bis ins Jahr 2030 mit einer Kostensteigerung in der Höhe von CHF 2.3 Mia. (Szenario «Healthy Ageing») bis CHF 4.2 Mia. (Szenario «Pure Ageing») bzw. 2.8% bis 4.5% jährlich zu rechnen. Im Mittel liegt die Zunahme bei CHF 3.2 Mia. bzw. 3.7% jährlich. Pro versicherte Person liegt diese Zunahme beim «Healthy Ageing» Szenario bei CHF 179, beim «Pure Ageing» Szenario bei CHF 382.

Zu diesem Ergebnis führen die Hochrechnungen anhand der Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Personen gemäss Prognosen des Obsans (Zunahme von rund 133'000 Personen im Jahr 2015 auf 175'000 bis 215'000 Personen im Jahr 2030). Davon leben schätzungsgemäss 51% bis 57% im Alters- und Pflegeheim, je nachdem, ob eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich stattfindet oder nicht. Zum anderen wurde bei der Kostenentwicklung einer Teuerungsrate von 1% pro Jahr angenommen.

Welche Dynamik ist für den gleichen Zeitraum für den ambulanten und den stationären Bereich (ohne Pflege) zu erwarten? Unter welchen Annahmen? Welche Schlüsse können daraus für die Wirkung von EFAS mit und ohne Pflege in Bezug auf Steuer- und Prämienzahler gezogen werden? (Frage 4)

Für den ambulanten Bereich ohne die Pflege kann bis ins Jahr 2030 von einer Kostensteigerung von ca. CHF 9.6 Mia. bis CHF 10.7 Mia. gerechnet werden. Dies entspricht einem jährlichen durchschnittlichen Wachstum von 2.9% bis 3.2%. Im Mittel liegt die Kostensteigerung bei 3.05%. Diese Schätzung unterliegt denselben Annahmen bezüglich der Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung wie die prognostizierte Kostenentwicklung im Bereich der KVG-Pflege. Ferner wird angenommen, dass mit zunehmendem Gesamteinkommen der Schweiz die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen überproportional ansteigt (Einkommenselastizität), dass – gemäss Annahmen der EFV – eine Teuerung von 1% stattfindet und das reale BIP mit 1.5% pro Jahr ansteigt.

Für den stationären Bereich wird für den gleichen Zeitraum von einer jährlichen durchschnittlichen Wachstumsrate von 1% - 1.5% ausgegangen. Dieser Prognose liegt die Kostenentwicklung der letzten Jahre sowie der Annahme, dass in Zukunft Verlagerungseffekte vom stationären zum ambulanten Sektor stärker spielen werden, zugrunde.

Wenn die ambulanten Kosten in Zukunft stärker wachsen als die Kosten stationären Bereich (ohne Pflege) und die Kantone sich in einem System EFAS (ohne Pflege) neu an der Finanzierung der ambulanten Leistungen beteiligen würden, bedeutet dies, dass der Steuerzahler zukünftig relativ stärker belastet würde. Dies würde in einem System EFAS mit Pflege etwas relativiert. Dies hängt damit zusammen, dass sich die Kantone (und Gemeinden) im System Status Quo stark (mit ca. 44%) an den KVG-Pflegekosten beteiligen und für diesen Bereich ein relativ stärkeres Wachstum angenommen wird als für die restlichen Ausgabenbereiche zusammen.

Welche Auswirkungen hätte der Einbezug der Pflege in die EFAS für die indirekten Beiträge der Kantone an die KVG-Pflege via Ergänzungsleistungen (resp. Krankheits- und Behinderungskosten bei der Pflege zuhause)? Welche Entwicklungen dieser Ausgaben sind mit und ohne Einbezug der Langzeitpflege in die EFAS für die kommenden Jahre (2016-2030) zu erwarten? (Frage 7)

Für den Fall, dass bei einem Einbezug der Pflege in die EFAS, die Patientenbeteiligung weiter bestehen bleibt, hätte dies keine Konsequenzen für die indirekten Beiträge der Kantone via EL. Diese würden weiter durch die Kantone für EL-EmpfängerInnen geleistet, welche die Patientenbeteiligung nicht selbst tragen können.

Es ist aber vorstellbar, dass bei einem Einbezug der Pflege in die EFAS die Patientenbeteiligung aufgehoben und neu durch die Kantone und Gemeinden sowie die Versicherer im Rahmen der EFAS mit Pflege getragen wird. Dabei sind verschiedene Szenarien denkbar, nämlich 1) dass neu die Kantone und Gemeinden die Patientenbeteiligung voll zu tragen haben, 2) die Versicherer und die Kantone/Gemeinden sich diese Mehrbelastung hälftig aufteilen oder 3) die

Mehrbelastung gemäss dem Kostenteiler EFAS mit Pflege auf die Versicherer und Kantone/Gemeinden aufgeteilt wird.

Im Jahr 2016 haben die Kantone gemäss ihren Angaben und ergänzenden Schätzungen (vgl. Kap. 3) die Patientenbeteiligungen mit CHF 0.246 Mia. - CHF 0.354 Mia. via Ergänzungsleistungen mitfinanziert. Diese indirekten Beiträge an die KVG-Pflege würden im Szenario 1 weiterhin anfallen. Im Szenario 2 und 3 würden hingegen die Versicherer entweder 50% dieser indirekten Beiträge oder – gemäss dem heutigen Finanzierungsverhältnis der Versicherer an den Gesamtausgaben der Kantone/Gemeinden und Versicherer an den KVG-Pflegekosten – 56% dieser Beiträge übernehmen. Somit würden im Szenario 2 und 3 die Prämienzahler gegenüber den Steuerzahlern stärker belastet.

Es sind keine Aussagen darüber möglich, wie die indirekten Beiträge der Kantone sich bis in das Jahr 2030 entwickeln werden, da keine Prognosen zu Entwicklung der Anzahl EL-EmpfängerInnen vorliegen.

Literatur

- Bayer-Oglesby, L. & Höpflinger F. 2010:** Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Obsan Bericht 47. Neuchâtel.
- Brändle, T., Colombier. C. 2017:** Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045. Working Paper der EFV Nr. 21.
- Consandey 2016:** Neue Masstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. Kantonsmonitoring 7, avenir suisse.
- Höpflinger F., Bayer-Oglesby L. Zumbrunn A. 2011** Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Huber. Bern.
- INFRAS 2006:** Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- INFRAS, Landolt Rechtsanwälte, Careum Forschung 2018:** Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Köthenbürger M., Sandqvist P. 2018:** KOF Prognose der Gesundheitsausgaben Herbst 2018. KOF ETH Zürich.
- Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats 2018:** Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus. Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 19. April 2018.
- Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats 2019:** Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus. Erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 5. April 2019.
- Preisüberwacher 2016:** Pflegefinanzierung: Tarife auf dem Prüfstand. Fachtagung im Technopark Zürich, 14. Januar 2016.
- Pellegrini, S., Roth, S. 2018:** Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Obsan Bericht 73. Neuchâtel,
- Widmer M., Kohler D., Ruch N. 2016:** Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2013-2035 Kanton Zürich. Obsan. Neuchâtel. 24.2.2016.

Annex 1: Weiterführende Tabellen

Tabellenanhang Kapitel 2

Tabelle 15: Finanzierungssystem für die Pflege in Pflegeheimen

Kan	Finanzierungssystem	Kommentar Kanton
AG	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	
AI	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	Die Gemeinden haben im Kanton Appenzell I.Rh. Bezüglich dem Gesundheits- und Sozialwesen keine Aufgaben (Pflegefinanzierung wird ausschliesslich durch den Kanton (+ Patient + Versicherung) gewährleistet). In AI gibt es nur zwei Institutionen. Die Normkosten wurden anhand der effektiven Restkosten der beiden Institutionen festgelegt.
AR	Abgeltung der effektiven Restkosten mit kantonalen Höchstgrenzen	
BE	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	
BL	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	
BS	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	Für Bewohner, deren Pflegekosten auch über Stufe 12 nicht abgegolten sind (z.B. schwerst Pflegebedürftige), gibt es im Einzelfall die Möglichkeit, eine individuelle Sondertaxe zu vereinbaren. Diese wird zwischen Kanton und Leistungserbringer nach effektivem Aufwand individuell festgesetzt.
FR	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	Il existe tout de même un plafond dans le sens où les EMS doivent respecter la dotation ainsi que les autres directives et exigences. En cas de dépassement des règles, les montants ne seront pas financés.
GE	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	Seul le Canton finance la part résiduelle du coût des soins. Celle-ci est basée sur un coût normatif par minute de soins (calculé selon la méthode PLAISIR). Un contrat de prestations quadriennal régit ce mode de financement avec un nombre de minutes de soins cible pour toute la durée du contrat de prestations.
GL	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	Einheitliches Finanzierungssystem im Kanton Glarus mit Tarifgenehmigungspflicht durch den Kanton Glarus
GR	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	

Kan	Finanzierungssystem	Kommentar Kanton
JU	Anderes Finanzierungssystem	Indemnisation des coûts normatifs du canton, calculé sur la base des exigences en matière de dotation et de qualification du personnel de soins sur la base de moyenne (tenant compte des coûts résiduels effectifs).
LU	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	
NE	Abgeltung von Normkosten, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden, unabhängig der effektiven Restkosten.	
NW	Anderes Finanzierungssystem	Durchschnittstaxe, die sich an den durchschnittlichen Restkosten gewichtete nach Pflorgetagen orientiert.
OW	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	
SG	Abgeltung der effektiven Restkosten mit kantonalen Höchstgrenzen	
SH	Abgeltung der effektiven Restkosten mit kantonalen Höchstgrenzen	
SO	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	
SZ	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	
TG	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	
TI	Abgeltung der effektiven Restkosten mit Höchstgrenzen, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden.	Le droit cantonal prévoit une ventilation du coût total liée au financement des institutions. 1/5 du coût reste à la charge du canton et 4/5 est à la charge des communes selon une répartition qui considère les habitants dans les communes respectives d'une part et le total des revenus d'impôts de la commune de l'autre part.
UR	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	
VD	Abgeltung von Normkosten, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden, unabhängig der effektiven Restkosten.	
VS	Abgeltung von kantonalen Normkosten, unabhängig der effektiven Restkosten	
ZG	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen.	Aufgabe der Gemeinden. Gemäss Gesetzesauftrag müssen die Gemeinden die Taxen einheitlich berechnen. Dies haben die Gemeinden mit einem Tax-Berechnungstool umgesetzt.
ZH	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

Tabelle 16: Finanzierungssystem für die Pflege zuhause

Kan	Finanzierungssystem	Kommentar Kanton
AG	Abgeltung der effektiven Restkosten mit kantonalen Normkosten für Leistungserbringer ohne Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde. Die Gemeinden können zusätzlich eigenständig mit Leistungserbringern Leistungsvereinbarungen mit höheren Ansätzen abschliessen.	Die Gemeinden beteiligen sich grundsätzlich bei den Spitex-Organisationen im Rahmen von bilateralen Leistungsvereinbarungen. Sofern eine Spitex-Organisation über keine Leistungsvereinbarung verfügt, kommen kantonale Normkosten zur Anwendung. Auch die selbstständigen Pflegefachpersonen rechnen nach Normkosten ab.
AI	Abgeltung von Normkosten, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden, unabhängig der effektiven Restkosten.	Für Spitexorganisationen und Pflegefachpersonen ohne Leistungsauftrag werden keine allfälligen Restkosten übernommen. Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag werden Normkosten anhand der effektiven Restkosten und einem Benchmark festgelegt.
AR	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	
BE	Abgeltung von Normkosten, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden, unabhängig der effektiven Restkosten.	
BL	Abgeltung von Normkosten, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden, unabhängig der effektiven Restkosten.	Der Kanton BL nimmt an, dass in der Mehrheit der Gemeinden die effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen abgegolten werden.
BS	Kantonale Normkosten für LE ohne Versorgungspflicht. Die Gemeinden können zusätzlich eigenständig mit Anbietern Leistungsaufträge mit höheren Normkosten abschliessen.	
FR	Anderes Finanzierungssystem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subvention par l'Etat: SAD mandatés par les communes: 30% des charges des salaires du pers. soign.+ch.soc.+frais de déplacement- recettes OPAS; déficit à charge des communes. ▪ Subvention par l'Etat : SAD mandatés par l'Etat: couverture du déficit pour les prestations selon art. 7 OPAS; pas de charge pour les communes. Coût réel. ▪ Subvention par l'Etat : SAD non mandatés: légalement coût résiduel des soins à charge des patients, mais rien dans les faits ; pas de charges pour les communes. Selon le canton: coût résiduel effectif, selon les prestataires, coût normatif. ▪ Subvention par l'Etat: Inf. indép.: 35% coût résiduel des soins; 65% du coût résiduel des soins à charge des communes. Selon le canton: coût résiduel effectif, selon les prestataires, coût normatif.

Kan	Finanzierungssystem	Kommentar Kanton
GE	Anderes Finanzierungssystem	Le modèle 2016 de financement résiduel est différent selon le type de prestataires. 1/ Pour les OSAD privées, il est basé sur le coût horaire complet présenté selon la comptabilité analytique propre à chaque entité, puis négocié selon une base conventionnelle. Le nombre d'heures est plafonné. 2/ Pour les Infirmières indépendantes, le canton est encore en négociation pour déterminer le montant qui sera payé pour 2016 rétroactivement sur la base d'un règlement tarifaire avec tarif différencié OPAS a,b,c. Le nombre d'heures sera déplafonné. 3/ Pour les OSAD subventionnées, la part résiduelle est versée sous forme de subvention avec contrat de prestations LIAF sans distinction entre part résiduelle et PIG. Pour les OSAD subventionnées et privées (représentent près de 10% des heures des OSAD subventionnées), la subvention est plafonnée en nombre d'heures ; pour l'OSAD subventionnée et publique, il n'y a pas de plafond. Ce modèle de financement n'est plus en vigueur.
GL	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	
GR	Abgeltung von Normkosten, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden, unabhängig der effektiven Restkosten.	
JU	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	Selon calculs effectués en 2010.
LU	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	
NE	Anderes Finanzierungssystem	Indemnisation des coûts normatifs spécifiques de chaque groupe de fournisseurs, indépendamment des coûts résiduels, pour les infirmières et infirmiers indépendants et les organisations privées sans contrat de prestations. Subvention globale incluant le financement résiduel pour l'établissement cantonal de droit public, inclus dans son contrat de prestations. L'obligation de prise en charge est faite à certaines OSAD. A l'avenir, le Canton de Neuchâtel va identifier ce volet dans le cadre des prestations d'intérêt général. Pour l'heure, ce volet est encore « noyé » dans la subvention globale de NOMAD.
NW	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	
OW	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	Alle Spitexorg. müssen für die Tariffestlegung ihre Kostenrechnung vorlegen.

Kan	Finanzierungssystem	Kommentar Kanton
SG	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	Im Kanton St.Gallen sind die Gemeinden für die Restfinanzierung zuständig. Gemeinden können mit Leistungserbringern bilateral einen Vertrag aushandeln und die Finanzierung festlegen (z.B. Fixbetrag pro Leistungsstunde oder Defizitgarantie). Zusätzlich zu den Leistungserbringern mit einem Vertrag arbeiten in den Gemeinden auch Leistungserbringer ohne Vertrag (private Spitex, freischaffende Pflegefachleute). Für diese Gruppen hat der kantonale Gemeindeverband VS GP mit den Berufsverbänden (SBK und ASPS) spezielle Rahmenverträge abgeschlossen, die eine pauschale Restfinanzierung pro Leistungsstunde festlegen. Dank diesen Rahmenverträgen haben Gemeinden und Leistungserbringer weniger administrativen Aufwand. Für alle übrigen Fälle gelten die kantonalen Höchstansätze. Wir gehen aber davon aus, dass die grosse Mehrheit der Leistungserbringer eine LV haben bzw. über die Rahmenverträge abrechnen.
SH	Anderes Finanzierungssystem	Spitex mit Leistungsvertrag haben Defizitdeckung. Spitex ohne Leistungsvertrag erhalten Fr. 9.60/KLV-Std. gemäss § 38a AbPV. Die Spitex der Krebsliga erhält 31.20/Std. Bei der Patientenbeteiligung dürfen die Spitex-Anbieter die maximale Patientenbeteiligung ansetzen 15.95 Fr./Tag, Art. 10a AbPG. Nur wenige Anbieter verlangen weniger.
SO	Abgeltung von kantonalen Normkosten unabhängig der effektiven Restkosten	Im Jahr 2016 galt im Kanton Solothurn die im Gesetz verankerte Vermutung, dass die Pflegekosten mit dem Beitrag der Krankensversicherer und der Patientenbeteiligung grundsätzlich als gedeckt gelten. Somit gab es zu diesem Zeitpunkt de jure keine Restkostenfinanzierung (bis 31.12.2018). De facto wurde zumindest gegenüber den grundversorgenden Spitexorganisationen teilweise mittels Defizitübernahmen durch die Gemeinden eine Restkostenfinanzierung vorgenommen.
SZ	Abgeltung der effektiven Restkosten mit Höchstgrenzen, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden.	Leistungserbringer mit Versorgungspflicht: Festlegung Höchsttaxen/Restfinanzierung im Leistungsauftrag mit Gemeinden. Leistungserbringer ohne Versorgungspflicht und selbstständig tätige Pflegefachpersonen: Festlegung Höchsttaxen durch das Amt für Gesundheit und Soziales

Kan	Finanzierungssystem	Kommentar Kanton
TG	Abgeltung der effektiven Restkosten mit Höchstgrenzen, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden.	Abgeltung der effektiven Restkosten mit Höchstgrenzen, die je Leistungserbringergruppe individuell festgelegt werden: 1. Die Wohngemeinde vereinbart mit den von ihr beauftragten Leistungserbringern separate Tarife für die Restfinanzierung gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG[6] der ambulanten Pflege einschliesslich der ambulanten Pflege in Tagesheimen sowie in Tages- oder Nachtstrukturen von Pflegeheimen. Für gemeinwirtschaftliche Leistungen sind separate Leistungsvereinbarungen zu treffen. Die daraus folgenden Kosten sind zu übernehmen. 2. Der Beitrag der Wohngemeinde an Leistungserbringer ohne kommunalen Leistungsauftrag entspricht den effektiven Restkosten der Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG, höchstens jedoch den mit Leistungserbringern in ihrer Gemeinde vereinbarten Pflorgetarifen. 3. Die Festlegung der Pflorgetarife erfolgt nach betriebswirtschaftlichen Kriterien unter Berücksichtigung der von den Leistungserbringern ausgewiesenen anrechenbaren Kosten und der qualitativen Besonderheiten der erbrachten Leistungen.
TI	Abgeltung der effektiven Restkosten mit kantonalen Höchstgrenzen	Indemnisation des coûts normatifs de chaque group de fournisseurs pour les services d'intérêt public et les infirmiers indépendants, indemnisation des coûts effectifs jusqu'au plafond établie pour les services privés
UR	Abgeltung von Normkosten, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden, unabhängig der effektiven Restkosten.	
VD	Abgeltung von Normkosten, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden, unabhängig der effektiven Restkosten.	
VS	Abgeltung von Normkosten, die je Leistungserbringer(gruppe) individuell festgelegt werden, unabhängig der effektiven Restkosten.	
ZG	Anderes Finanzierungssystem	Die Gemeinden setzen jeweils Abgeltungspauschalen basierend auf Verhandlungen mit den Leistungserbringern fest. Die Pauschalen werden unterteilt in die Vergütung der kantonalen Spitex mit Leistungsauftrag mit einem Zuschlag für gemeinwirtschaftliche Leistungen und in die Vergütung von anderen Spitexorganisationen und selbständige Pflegefachpersonen.
ZH	Abgeltung der effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen	

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

Tabelle 17: Patientenbeteiligung für die Pflege im Pflegeheim

Erhobene Patientenbeteiligung	Kantone
CHF 0	-
CHF 8	GE
CHF 10.80	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ZG (für Personen in tieferen Pflegebedarfsstufen wird eine tiefere Patientenbeteiligung erhoben) ▪ VD
CHF 21.60	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ und TG (für Personen in tieferen Pflegebedarfsstufen wird eine tiefere Patientenbeteiligung erhoben) ▪ UR und ZH
Einkommens- bzw. Vermögensabhängige Patientenbeteiligung	TI und VS

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

Tabelle 18: Patientenbeteiligung für die Pflege zuhause

Erhobene Patientenbeteiligung	Kantone
CHF 0	FR, JU ¹ , NE, TI, VD, VS
CHF 8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AI, BL ², BS, (für Personen mit kürzerer Pflegedauer als eine Stunde wird eine tiefere Patientenbeteiligung erhoben). ▪ AR, GE, GR, SZ, ZH
CHF 15.95	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AG, LU, SG und TG (für Personen mit kürzerer Pflegedauer als eine Stunde wird eine tiefere Patientenbeteiligung erhoben). ▪ NW, OW, SH, SO, UR
10% des Krankenkassenbeitrags bis max. CHF 15.95.	▪
Einkommensabhängig	BE
Unterschiedlich nach Gemeinde	GL

¹ Im Jahr 2017 hat der Kanton JU eine Patientenbeteiligung von CHF 5/Tag eingeführt. ² Gemäss VO über Finanzierung von Pflegeleistungen (SGS 362.14) ist der Kostenanteil der versicherten Person im ambulanten Bereich pro Viertelstunde aufgeteilt.

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

Tabellenanhang Kapitel 3

Tabelle 19: Schätzungen direkte Beiträge (Restkostenfinanzierung) der Kantone und Gemeinden an die Pflege im Pflegeheim

Kanton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Kommentar und Korrektur	Konsolidierte Werte		Ausgaben ¹ pro Pflegetag	Mittlere Pflegebedarfsstufe
	Eigene Angabe Kantone	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
AG	68'581'000	55'749'834 ²	90'624'300	Angaben des Kantons möglicherweise unvollständig. Grund: Dem Kanton ist nicht bekannt, ob die Gemeinden die eigenen Pflegeheime nebst den kantonal geltenden Normkosten noch anderweitig subventionieren. Möglicher Grund für die Differenz der Angaben des Kantons zur «Bottom-Up» Schätzung: Im AG ist die Abrechnung von bis zu 320 Minuten sowie für spezialisierte Leistungen (Demenz, Gerontopsychiatrie) möglich. Diese Ausgaben sind in der Angabe des Kantons enthalten, jedoch in der «Bottom-Up» Schätzung nicht. → Korrektur A	68'581'000	90'624'300	36.4	5.0
AI	2'672'305	1'761'539 ²	2'654'600	Der Kanton kann die Ausgaben klar beziffern, da es nur zwei Heime im Kanton gibt und der Kanton für diese zuständig ist. Ferner entrichtet der Kanton im Jahr 2016 noch CHF 0.7 Mio. als Defizitdeckung, welche v.a. für die Investitionen verwendet wurden. Differenz zu «Bottom-Up»: Für ein gerontopsychiatrisches Heim galten höhere Tarife.	2'672'305		46.7	4.7
AR	8'444'589	11'453'421 ^{3,5}	16'062'600	Die Angaben des Kantons liegen unter dem «Bottom-Up» Ansatz (anhand von Höchstgrenzen errechnet, mit welchen die Mehrheit der Leistungserbringer abrechnet). Gemäss Kanton könnten noch einzelne Defizitdeckungen von Gemeinden hinzukommen. → Korrektur A	8'444'589	16'062'600	33.0	4.7

Kanton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Kommentar und Korrektur	Konsolidierte Werte		Ausgaben ¹ pro Pflegetag	Mittlere Pflegebedarfsstufe
	Eigene Angabe Kantone	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
BE	205'300'000	164'326'511 ²	169'085'500	Angaben des Kantons über beiden Schätzungen. Gemäss Rücksprache mit dem Kanton floss der durch den Kanton ausgewiesene Betrag vollständig in die Restkostenfinanzierung (5 Mio. davon in Tagesstätten, Respirationsabteilung, palliative Care und Demenzweiterbildungen). Mögliche Gründe für die Abweichung zu den «Top-Down» und «Bottom-Up» Angaben: Schiefe Verteilung des Pflegebedarfs («Bottom-Up» Schätzung beruht auf dem mittleren Pflegebedarf) und möglicherweise Differenzen bei der periodischen Abgrenzung der Leistungen in der SOMED-Statistik.	205'300'000		41.5	5.4
BL	40'361'821	36'988'703 ²	48'504'100	Angaben Kanton plausibel. Diese stammen aus den Gemeinderechnungen. Diese können sich zu einem kleinen Grad auch aus Nicht-KVG-Pflegekosten zusammensetzen. Der Kanton weist daneben weitere 1.8 Mio. Ausgaben aus, welche nicht genauer zuordenbar sind. Da die angegeben 40.3 Mio. leicht überschätzt sein könnten, werden diese weiteren Ausgaben nicht weiter berücksichtigt.	40'361'821		37.5	5.0
BS	39'447'623	37'183'334 ²	52'556'900	Angaben Kanton plausibel, weitere Beiträge/GWL hat er nachvollziehbar den KVG-Pflegekosten zugeordnet.	39'447'623		36.9	5.5
FR	43'291'566	45'398'003 ⁴	86'384'900	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	43'291'566		45.6	6.3
GE	121'796'543	123'940'268 ²	136'735'000	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig. Ausgaben pro Pflegestunde vergleichsweise hoch.	121'796'543		87.0	8.4
GL	5'949'633	Keine	5'498'500	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	5'949'633		26.9	4.5

Kanton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Kommentar und Korrektur	Konsolidierte Werte		Ausgaben ¹ pro Pflegetag	Mittlere Pflegebedarfsstufe
	Eigene Angabe Kantone	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
GR	31'904'400	33'213'639 ²	37'648'700	Angaben Kanton Untergrenze, Grund: Kanton weiss nicht, inwiefern die Gemeinden noch Defizitbeiträge leisten. «Bottom-Up» Schätzung anhand von Normkosten. → Korrektur A	31'904'400	37'648'700	40.0	5.3
JU	9'037'199	6'921'666 ⁴	11'123'000	Angaben Kanton Untergrenze. Grund: Kanton weist ebenfalls Subventionen in der Höhe von 1.6 Mio. aus, von denen ein Anteil in die KVG-pflichtige Pflege fliessen könnte (nicht in den 9 Mio. enthalten). «Bottom-Up» zu tiefer Ansatz, da sie für Heime mit psychiatrischem Auftrag höhere Beiträge bezahlen. → Korrektur B	9'037'199	10'585'972	36.3	8.5
LU	92'624'820	Keine	86'998'900	Angaben Kanton plausibel, aber eher Obergrenze. Die Angaben stammen aus den Gemeinderechnungen.	92'624'820		53.3	5.5
NE	40'042'000	40'884'870 ²	45'161'500	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	40'042'000		47.5	8.0
NW	7'445'468	7'375'004 ⁴	7'994'000	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	7'445'468		45.1	5.3
OW	7'863'184	Keine	7'951'200	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	7'863'184		49.5	5.0
SG	65'530'589	77'858'950 ^{3,5}	85'798'700	Angaben Kanton gemäss Kanton korrekt aber untere Grenze: Grund: Der Kanton leistet weitere 13.4 Mio. an Defizitdeckung, die teilweise in die KVG-Pflege fliessen. Mögliche Gründe für Abweichung von «Bottom-Up» Schätzung: Nicht alle Leistungserbringer rechnen die Höchstgrenzen ab oder schiefe Verteilung des Pflegebedarfs im Kanton («Bottom-Up» Schätzung beruht auf mittlerem Pflegebedarf). → Korrektur B	65'530'589	78'930'589	34.4	4.7

Kanton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Kommentar und Korrektur	Konsolidierte Werte		Ausgaben ¹ pro Pflegetag	Mittlere Pflegebedarfsstufe
	Eigene Angabe Kantone	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
SH	12'852'610	15'256'597 ^{3,5}	27'233'500	Angaben Kanton untere Grenze: Grund: Der Kanton leistet weitere 5.2 Mio. an Defizitdeckung. Es ist unklar, inwiefern ein Teil davon für die KVG-Kosten verwendet wird. → Korrektur B	12'852'610	18'063'672	30.5	4.2
SO	31'600'000	29'720'782 ²	45'505'000	Angabe Kanton Untergrenze. Er kann keine Angaben dazu machen, ob die Gemeinden noch weitere Beiträge leisten. → Korrektur A	31'600'000	45'505'000	40.4	5.3
SZ	10'341'816	Keine	25'006'900	Angabe Kanton Untergrenze. Er kann keine Angaben dazu machen, ob die Gemeinden noch weitere Beiträge leisten. → Korrektur A	10'341'816	25'006'900	28.6	4.6
TG	33'926'013	37'782'123 ²	38'514'500	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	33'926'013		33.2	4.9
TI	Keine	70'232'930 ^{3,5}	76'064'700	Kanton kann die Restkostenfinanzierung aus den Globalbudgets nicht genau abgrenzen. Der Kanton hat Höchstgrenzen in Abhängigkeit der Bettenzahl festgelegt. «Bottom-Up» Schätzung erfolgte anhand der Höchstgrenzen für Alters- und Pflegeheime, welche für die Kategorie 61 bis 70 Plätze definiert ist (Durchschnittsgrösse der Pflegeheime in TI gemäss SOMED im Jahr 2016 = 69 Betten) → Korrektur C	70'232'930	76'064'700	48.5	6.9

Kanton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Kommentar und Korrektur	Konsolidierte Werte		Ausgaben ¹ pro Pflegetag	Mittlere Pflegestufe
	Eigene Angabe Kantone	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
UR	8'289'000	Keine	8'261'900	Angabe des Kantons plausibel. Er gibt zwar an, keine Kenntnisse dazu zu haben, inwiefern die Gemeinden weitere Beiträge an die Alters- und Pflegeheime vergibt. Da seine Angabe aber bei der «Top-Down» Schätzung liegen, gehen wir davon aus, dass keine substantiellen weiteren Beiträge geleistet wurden.	8'289'000		43.0	5.1
VD	100'505'208	111'371'484 ²	106'485'300	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig. Die «Bottom-Up» Schätzung dürfte fehlerhaft sein, da diese anhand von den durchschnittlichen Normkosten erstellt wurden.	100'505'208		41.4	8.5
VS	60'746'902	42'540'666 ²	54'271'200	Angaben des Kantons plausibel, er kennt die Ausgaben, da er sie mitfinanziert. Angaben Kanton weicht von den Schätzungen ab, weil er noch die Patientenbeteiligung von Personen mit Vermögen unter 500'000 CHF mitträgt.	60'746'902		54.1	7.1
ZG	Keine	22'309'836 ⁴	20'911'100	«Bottom-Up» Berechnung anhand der Rahmentarifordnung des Kantons erstellt (dort Mittelwert zwischen niedrigstem und höchstem Beitrag verwendet). Kanton selbst verfügt über keine Angaben, da die Restkostenfinanzierung Aufgabe der Gemeinde ist. Möglicher Grund für die Differenz zwischen «Bottom-Up» und «Top-Down» Schätzung: Mittlerer Wert aus der Tarifordnung zu hoch angesetzt. → Korrektur D	20'911'100		48.3	4.8

Kanton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Kommentar und Korrektur	Konsolidierte Werte		Ausgaben ¹ pro Pflegetag	Mittlere Pflegestufe
	Eigene Angabe Kantone	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
ZH	338'559'600	385'182'662 ⁴	338'185'600	Kanton ZH kennt nur die Angaben gemäss SOMED-Statistik. Angabe unter der «Bottom-Up» Schätzung, welche mit den Tarifen für Leistungserbringer ohne Leistungsvertrag erstellt wurde. Ausgaben pro Pflegetag (letzte Spalte) vergleichsweise hoch.	338'559'600		60.0	5.0
CH			1'631'222'100		1'478'257'919	1'568'225'219	46.4	5.8

¹ Mittelwert zwischen unterer und oberer Bandbreite. ² Berechnet anhand von kantonalen *Normkosten* oder dem Durchschnitt der Normkosten, die für die unterschiedlichen Leistungserbringer(gruppen) festgelegt wurden mit den Leistungsdaten der SOMED-Statistik, Basis Standortkanton. ³ Berechnet anhand von kantonalen *Höchstgrenzen* oder dem Durchschnitt der Höchstgrenzen, die für die unterschiedlichen Leistungserbringer(gruppen) festgelegt wurden mit den Leistungsdaten der SOMED-Statistik, Basis Standortkanton. ⁴ Berechnet anhand von Angaben zu Höchstgrenzen/Normkosten, obwohl die effektiven Restkosten abgegolten werden oder ein anderes Finanzierungssystem vorliegt mit den Leistungsdaten der SOMED-Statistik, Basis Standortkanton. ⁵ Gemäss Einschätzung der Kantone rechnen in SH und TI alle Leistungserbringer Restkosten in Höhe der Höchstgrenzen ab, in den Kantonen AR und SG die Mehrheit.

Korrektur A: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze «Top-Down» Schätzung. Korrektur B: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze Angabe Kanton plus weitere Beiträge. Korrektur C: Untergrenze «Bottom-Up», Obergrenze «Top-Down». Korrektur D: Unter- und Obergrenze «Top-Down» Schätzung.

Tabelle INFRAS. Quelle: Erhebung bei den Kantonen/SOMED-Statistik

Tabelle 20: Schätzungen direkte Beiträge (Restkostenfinanzierung) der Kantone und Gemeinden an die Pflege zuhause

Kanton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden		Kommentar und Korrektur	Konsolidierte Werte		Plausibilisierungsgrössen	
	Eigene Angabe	«Bottom-Up» Schätzung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	Ausgaben ¹ /Pflegestunde	Schätzung mit Tarifen UVG/MV
AG	27'360'000	21'856'591 ³	Angabe des Kantons plausibel und gemäss Kanton vollständig.	27'360'000		32	20'859'141
AI	836'238	873'710 ²	Angabe des Kantons plausibel. (Ferner entrichtet der Kanton noch CHF 120'000 an Subventionen, die nicht in den 840'000 enthalten sind. Diese werden gemäss Angabe des Kantons nicht zur Deckung der KVG-Pflegekosten verwendet.	836'238		43	500'759
AR	Keine	2'641'347 ⁴	Kanton kennt die Ausgaben für KVG-Pflegekosten nicht genau. Im Jahr 2016 wurden Gesamtbeiträge in der Höhe von 3.1 Mio. geleistet. Darin sind auch die Beiträge für GWL und hauswirtschaftliche Leistungen enthalten. → Korrektur A	2'641'347	3'100'000	50	1'571'847
BE	117'500'000	40'058'329 ²	Angaben gemäss Kanton vollständig. Die angegebenen Normkosten (und entsprechend auch die «Bottom-Up» Schätzung) sind sehr tief, da viele KVG-Pflegeleistungen anderweitig bezahlt werden (Koordination, Einsatz pro Organisation, etc.).	117'500'000		47	78'891'284
BL	5'362'304	5'433'646 ²	Die Gemeinden im Kanton bezahlen weitere 19.1 Mio. an die Spitex, es ist unklar, welcher Anteil davon für die GWL/Defizitdeckung/Subventionen verwendet wird. → Korrektur B	5'362'304	24'495'081	33	11'981'749

Kanton	Restkostenfinanzierung		Kommentar und Korrektur	Konsolidierte Werte		Plausibilisierungsgrößen	
	Eigene Angabe	«Bottom-Up» Schätzung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	Ausgaben ¹ /Pflegestunde	Schätzung mit Tarifen UVG/MV
BS	17'900'000	21'043'249 ²	Angabe des Kantons plausibel. Bei «Bottom-Up» Ansatz haben wir eine Mischrechnung der Tarife für die LE mit und ohne Versorgungspflicht miteinfließen lassen. Diese können überschätzt sein.	17'900'000		37	14'145'027
FR	21'469'000	Keine	Keine «Bottom-Up» Schätzung. Kanton hat eine Schätzung der Restkostenfinanzierung vorgenommen. Diese ist plausibel.	21'469'000		49	15'302'743
GE	95'000'000	Keine	Kanton hat die Restkosten 2016 basierend auf den Restkosten pro Stunde im Jahr 2017 geschätzt. Ausgaben pro Pflegestunde vergleichsweise hoch.	95'000'000		92	26'505'064
GL	1'300'000	Keine	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	1'300'000		31	1'217'935
GR	9'163'000	8'452'851 ²	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	9'163'000		30	9'176'596
JU	4'067'584	4'088'474 ²	Kanton leistet zusätzlich Subventionen in der Höhe von 6.4 Mio. CHF (nicht in den CHF 4 Mio. enthalten). Je nach Definition könne ein Teil davon auch zu den KVG-Leistungen gezählt werden, bspw. Entschädigungen für die Versorgungspflicht. → Korrektur B	4'067'584	10'467'584	32	8'020'405
LU	21'100'212	Keine	Angaben gemäss Kanton vollständig. Keine «Bottom-Up» Schätzung zur Plausibilisierung möglich. Die Ausgaben des Kantons sind plausibel (Ausgaben pro Pflegestunde)	21'100'212		36	10'146'177
NE	9'623'000	9'614'940 ⁴	Angaben plausibel und gemäss Kanton vollständig.	9'623'000		25	12'402'794

Kanton	Restkostenfinanzierung		Kommentar und Korrektur	Konsolidierte Werte		Plausibilisierungsgrössen	
	Kantone/Gemeinden			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	Ausgaben ¹ /Pflegestunde	Schätzung mit Tarifen UVG/MV
	Eigene Angabe	«Bottom-Up» Schätzung					
NW	1'838'424	882'721 ²	Angaben gemäss Kanton vollständig. Möglicher Grund für die Differenz zu «Bottom-Up»: Zusätzlich wird für Einsätze kürzer als 30 Min. eine Kurzeinsatzpauschale von CHF 12 geleistet.	1'838'424		39	874'094
OW	1'403'649	Keine	Angaben gemäss Kanton vollständig. Keine «Bottom-Up» Schätzung zur Plausibilisierung möglich. Die Ausgaben des Kantons sind plausibel (Ausgaben pro Pflegestunde).	1'403'649		36	694'830
SG	8'100'000	2'332'916 ³	Angabe Kanton als Untergrenze zu sehen. Gemeinden leisten noch eine Defizitdeckung in der Höhe von 16.1 Mio. CHF (nicht in den CHF 8.1 Mio. enthalten), wovon ein Teil für die KVG-Pflege verwendet werden könnte. → Korrektur B	8'100'000	24'200'000	28	13'538'457
SH	4'000'000	Keine	Angaben gemäss Kanton vollständig. Keine «Bottom-Up» Schätzung zur Plausibilisierung möglich. Die Ausgaben des Kantons sind plausibel (Ausgaben pro Pflegestunde).	4'000'000		31	2'402'545
SO	14'000'000	10'006'992 ²	Im Jahr 2016 gab es in SO keine eigentliche Restkostenfinanzierung. Gemäss Kanton haben die Gemeinden aber Defizitdeckungen in der Höhe von 14 Mio. erbracht, wovon ein Teil für die KVG-Pflegekosten verwendet wurde. Ab 1.1.2019 gibt es eine Restkostenfinanzierung. «Bottom-Up» Schätzung anhand dieser Normkosten vorgenommen. → Korrektur A	10'006'992	14'000'000	27	8'976'652
SZ	Keine	3'527'546 ³	Kanton hat keine Angaben. «Bottom-Up» Schätzung dürfte den wahren Wert unterschätzen, da dieser nur anhand der Höchstgrenzen für die selbständigen Pflegefachpersonen errechnet wurde, der unter der Abgeltung für die Spitex-Organisationen mit Leistungsvertrag liegen könnte.	3'527'546		22	4'805'104

Kan- ton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden		Kommentar und Korrektur	Konsolidierte Werte		Plausibilisierungsgrößen	
	Eigene An- gabe	«Bottom- Up» Schät- zung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	Ausgaben ¹ / Pflegestunde	Schätzung mit Tarifen UVG/MV
			→ Korrektur C				
TG	7'330'111	Keine	Im Kanton wurden nebst 7.3 Mio. Restkosten zusätzliche 5.8 Mio. CHF für GWL geleistet. Die GWL umfassen Leistungen zur Sicherstellung der Grundversorgung und der bedarfsgerechten Koordination gemäss Leistungsauftrag der Gemeinden. Da die angegebenen GWL vollumfänglich zur Sicherstellung der Grundversorgung verwendet werden, haben wir sie gänzlich zu den Ausgaben für die KVG-Pflegekosten gezählt.	13'186'396		34	10'506'984
TI	33'360'418	27'203'113 ³	Angaben des Kantons plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig. Bei «Bottom-Up» Ansatz haben wir eine Mischrechnung der Tarife für die LE mit und ohne Versorgungspflicht miteinfließen lassen. Diese können unterschätzt sein.	33'360'418		35	31'911'809
UR	333'000	391'517 ²	Angabe des Kantons für die Restkosten ist die Untergrenze. Grund: Kanton leistet zusätzliche Beiträge für GWL. Es muss davon ausgegangen werden, dass davon bis zu CHF 1.7 Mio. zur Deckung der KVG-pflichtigen Pflegekosten verwendet werden könnten. → Korrektur B	333'000	2'026'000	33	730'653
VD	51'759'300	54'605'335 ²	Nebst den Restkosten leistet der Kanton auch GWL/Defizitdeckung in der Höhe von 90.3 Mio. Er gibt aber nicht an, inwiefern diese GWL noch KVG-Pflegekosten beinhalten könnten. → Korrektur B	51'759'300	142'089'967	47	73'749'711

Kan- ton	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden		Kommentar und Korrektur	Konsolidierte Werte		Plausibilisierungsgrößen	
	Eigene An- gabe	«Bottom- Up» Schät- zung		Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	Ausgaben ¹ / Pflegestunde	Schätzung mit Tarifen UVG/MV
VS	20'316'500	8'025'331 ²	Der Kanton hat insgesamt Restkosten in der Höhe von 8 Mio. CHF ausgewiesen. Ferner gibt er aber an, eine Defizitdeckung für die Leistungserbringer mit Versorgungspflicht zu leisten, wovon CHF 12.4 Mio. für die Pflege zuhause verwendet werden. Somit haben wir für den Kanton die geleisteten Restkosten um diesen Beitrag erhöht.	20'316'500		51	14'517'216
ZG	Keine	6'412'406 ⁴	Kanton selbst kennt die Ausgaben nicht. «Bottom-Up» Schätzung kommt zu einem eher hohen Resultat gemessen an den Ausgaben pro Pfllegetag. → Korrektur C	6'412'406		61	3'046'302
ZH	117'728'020	76'515'189 ⁴	Angabe des Kantons aus der Spitex-Statistik (Einnahmen für Pfllegetaxen durch öffentliche Hand). Möglicher Grund für die Differenz zur «Bottom-Up» Schätzung: Die Schätzung wurde anhand der kantonalen Normkosten erstellt, welche tiefer sein können als die Abgeltung bei den Leistungserbringern mit Versorgungsauftrag. Hingegen ist es auch möglich, dass die Angaben aus der Spitex-Statistik nicht korrekt sind.	117'728'020		54	56'511'576
CH				605'295'335	743'403'441	45	

¹ Basierend auf konsolidiertem Wert bzw. Mittelwert zwischen unterer und oberer Bandbreite. ² Berechnet anhand von kantonalen Normkosten oder dem Durchschnitt der Normkosten, die für die unterschiedlichen Leistungserbringer(gruppen) festgelegt wurden. ³ Berechnet anhand von kantonalen Höchstgrenzen oder dem Durchschnitt der Höchstgrenzen, die für die unterschiedlichen Leistungserbringer(gruppen) festgelegt wurden. ⁴ Berechnet anhand von Angaben zu Höchstgrenzen/Normkosten, obwohl die effektiven Restkosten abgegolten werden oder ein anderes Finanzierungssystem vorliegt.

Vorgenommene Korrekturen: Korrektur A: Untergrenze «Bottom-Up», Obergrenze Gesamtausgaben der Kantone. Korrektur B: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze Angabe Kanton plus weitere Beiträge. Korrektur C: Unter- und Obergrenze «Bottom-Up» Schätzung.

Tabelle INFRAS. Quelle: Erhebung bei den Kantonen/Spitex-Statistik

Tabellenanhang Kapitel 4

Tabelle 21: Ausgaben der Kostenträger für KVG-Leistungen bei Aufhebung Patientenbeteiligung (Basis: Kosten 2016)

	Ambulante Leistungen (ohne Pflege)	Stationäre Leistungen (ohne Pflege)	Pflegeleistungen	Total
Szenario 1: Kantone/Gemeinden übernehmen die Patientenbeteiligung vollumfänglich				
Versicherer (OKP)	CHF 19.41 Mia. (1)	CHF 6.14 Mia. (1)	CHF 2.77 Mia. (2)	CHF 28.32 Mia.
Kantone/Gemeinden	CHF 0	CHF 7.50 Mia. (1)	CHF 2.84 Mia. (davon CHF 0.647 Mia. Patientenbeteiligung) (3)	CHF 10.34 Mia.
Total	CHF 19.41 Mia.	CHF 13.64 Mia.	CHF 5.62 Mia.	CHF 38.67 Mia.
Szenario 2: Patientenbeteiligung wird hälftig auf die Kantone/Gemeinden und Versicherer aufgeteilt				
Versicherer (OKP)	CHF 19.41 Mia. (1)	CHF 6.14 Mia. (1)	CHF 3.10 Mia. (davon CHF 0.32 Mia. Patientenbeteiligung) (2)	CHF 28.65 Mia.
Kantone/Gemeinden	CHF 0	CHF 7.50 Mia. (1)	CHF 2.52 Mia. (davon CHF 0.32 Mia. Patientenbeteiligung) (3)	CHF 10.02 Mia.
Total	CHF 19.41 Mia.	CHF 13.64 Mia.	CHF 5.62 Mia.	CHF 38.67 Mia.
Szenario 3: Patientenbeteiligung wird gemäss dem Verhältnis der derzeitigen Ausgaben für die KVG-Pflege zwischen Kantonen/Gemeinden und Versicherer aufgeteilt				
Versicherer (OKP)	CHF 19.41 Mia. (1)	CHF 6.14 Mia. (1)	CHF 3.13 Mia. (davon CHF 0.36 Mia. Patientenbeteiligung) (2)	CHF 28.68 Mia.
Kantone/Gemeinden	CHF 0	CHF 7.50 Mia. (1)	CHF 2.48 Mia. (davon CHF 0.29 Mia. Patientenbeteiligung) (3)	CHF 9.98 Mia.
Total	CHF 19.41 Mia.	CHF 13.64 Mia.	CHF 5.62 Mia.	CHF 38.67 Mia.

(1) Quelle = Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (2019). Hierfür hat das BFS eine Spezialauswertung der Statistik der Kosten- und Finanzierung des Gesundheitswesens des Jahres 2015 erstellt. Der angegebene Wert entspricht der Mitte der Bandbreite, die im Bericht der Kommission für soziale Sicherheit angegeben wurde. Die Aufteilung der Ausgaben der Versicherer haben wir wie folgt hergeleitet: Aus dem Bericht geht hervor, dass die Versicherer aktuell rund CHF 25.55 Mia. aufwenden, wobei nicht zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich unterschieden wird. Da die Kantone rund CHF 7.5 Mia. ausgegeben haben, was 55% der stationären Leistungen entsprechen sollte, haben folglich die Versicherer rund CHF 6.14 Mia. für den stationären Bereich aufgewendet (45% der Gesamtkosten). Folglich haben die Versicherer rund CHF 19.41 Mia. CHF für den ambulanten Bereich ausgegeben.

(2) Quelle = Spitex-Statistik 2016 und SOMED-Statistik 2016. (3) Quelle = Schätzung in Kapitel 3 und SOMED-Statistik 2016, Spitex-Statistik 2016.

Tabelle INFRAS.

Tabellenanhang Kapitel 5

Tabelle 22: Erwartete Dynamik der Ausgaben der Kantone unter verschiedenen Systemen

Ausgabenbereich	Ausgaben 2016	Ausgaben 2030	Veränderung absolut und relativ
EFAS ohne Einbezug der Pflege			
ambulante KVG-Leistungen	= Total Ausgaben 2016 * Anteil Kantone gemäss Kostenteiler EFAS ohne Pflege =CHF 19.41 Mia ¹ * 0.226 =CHF 4.39 Mia.	= Total Ausgaben 2016 * WR * Anteil Kantone gemäss Kostenteiler EFAS ohne Pflege =CHF 4.39 Mia.*(1.031) ¹⁴ =CHF 6.68 Mia	
stationäre KVG-Leistungen	=Total Ausgaben 2016 * Anteil Kantone gemäss Kostenteiler EFAS mit Pflege =CHF 13.08 Mia. ¹ * 0.226 =CHF 3.08 Mia.	= Total Ausgaben 2016 * WR * Anteil Kantone gemäss Kostenteiler EFAS ohne Pflege =CHF 3.08 Mia.*(1.013) ¹⁴ =CHF 3.67 Mia.	
KVG-Pflege	= Ausgaben Kantone/Gemeinden 2016 =CHF 2.20 Mia.	= Kosten Pflege total 2030 - Ausgaben Versicherer 2030 =CHF 4.05 Mia.	
Total	CHF 9.67 Mia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHF 14.40 Mia. ▪ UG: CHF 13.56 Mia. ▪ OG: CHF 15.30 Mia. 	<ul style="list-style-type: none"> + CHF 4.73 Mia. (49%) UG: + CHF 3.89 Mia. OG: + CHF 5.63 Mia.
EFAS mit Einbezug der Pflege			
ambulante KVG-Leistungen	= Total Ausgaben 2016 * Anteil Kantone gemäss Kostenteiler EFAS mit Pflege = CHF 19.41 Mia. * 0.255 =CHF 4.95 Mia.	= Total Ausgaben 2016 * WR * Anteil Kantone gemäss Kostenteiler EFAS mit Pflege =CHF 4.95 Mia. *(1.031) ¹⁴ =CHF 7.54 Mia.	
stationäre KVG-Leistungen	=Total Ausgaben 2016 * Anteil Kantone gemäss Kostenteiler EFAS ohne Pflege =CHF 13.08 Mia. * 0.255 =CHF 3.48 Mia.	= Total Ausgaben 2016 * WR * Anteil Kantone gemäss Kostenteiler EFAS ohne Pflege =CHF 3.48 Mia.*(1.013) ¹⁴ =CHF 4.14 Mia.	
KVG-Pflege	= Total Ausgaben (Versicherer und Kantone und Gemeinden 2016) * Anteil Kantone/Gemeinden gemäss Kostenteiler EFAS mit Pflege	= Total Ausgaben 2016 * WR * Anteil Kantone/Gemeinden gemäss Kostenteiler EFAS mit Pflege =CHF 1.27 Mia.*(1.037) ¹⁴ =CHF 2.10 Mia.	

Ausgabenbereich	Ausgaben 2016	Ausgaben 2030	Veränderung absolut und relativ
	=CHF 4.97 Mia * 0.255 =CHF 1.27 Mia.		
Total	CHF 9.70 Mia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHF 13.78 Mia. ▪ UG: CHF 13.26 Mia., ▪ OG CHF 14.32 Mia. 	<ul style="list-style-type: none"> + CHF 4.09 Mia. (42%) UG: + CHF 3.56 Mia. OG: + CHF 4.62 Mia.
Beibehalt des Status Quo			
ambulante KVG-Leistungen	CHF 0	CHF 0	
stationäre KVG-Leistungen	CHF 7.5 Mia.	Total Ausgaben 2016 * WR =CHF 7.5 Mia.*(1.013 ¹⁴ =CHF 8.92 Mia.	
KVG-Pflege	= Ausgaben Kantone/Gemeinden 2016 =CHF 2.20 Mia.	= Kosten Pflege total 2030 - Ausgaben Versicherer 2030 =CHF 4.05 Mia.	
Total	CHF 9.70 Mia.	<ul style="list-style-type: none"> CHF 12.98 Mia. ▪ UG: CHF 12.08 Mia. ▪ OG: CHF 13.93 Mia. 	<ul style="list-style-type: none"> + CHF 3.28 Mia. (34%) UG: + CHF 2.38 Mia. OG: + CHF 4.23 Mia.

WR = Wachstumsrate gemäss geschätzter Dynamik der Kosten (ambulanten Bereich: jährlich 2.9% - 3.2%, stationärer Bereich: jährlich 1.0% - 1.5%, KVG-Pflege: jährlich 2.8% - 4.5%).

¹ Die Schätzung, dass der Bereich der ambulanten KVG-Leistungen aktuell CHF 19.4 Mia. kostet, haben wir dem Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (2019) entnommen. Daraus geht hervor, dass die Versicherer aktuell rund CHF 25.55 Mia. aufwenden, wobei nicht zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich unterschieden wird. Da die Kantone rund CHF 7.5 Mia. ausgegeben haben, was 55% der stationären Leistungen entsprechen sollte, haben folglich die Versicherer rund CHF 6.14 Mia. für den stationären Bereich aufgewendet (45% der Gesamtkosten). Folglich haben die Versicherer rund CHF 19.41 Mia. CHF für den ambulanten Bereich ausgegeben.

Tabelle INFRAS. Quelle: Berechnungen anhand der Schätzungen aus Kapitel 3 und Kapitel 5 sowie der SOMED- und der Spitex-Statistik.

Tabelle 23: Erwartete Dynamik der Ausgaben der Versicherer unter verschiedenen Systemen

Ausgabenbereich	Ausgaben 2016	Ausgaben 2030	Veränderung absolut und relativ
EFAS ohne Einbezug der Pflege			
ambulante KVG-Leistungen	= Total Ausgaben 2016 * Anteil Versicherer gemäss Kostenteiler E-FAS ohne Pflege =CHF 19.41 Mia. ¹ * 0.774 =CHF 15.03 Mia.	= Total Ausgaben 2016 * WR * Anteil Versicherer gemäss Kostenteiler EFAS ohne Pflege =CHF 15.03 Mia. *(1.031) ¹⁴ =CHF 22.88 Mia.	
stationäre KVG-Leistungen	=Total Ausgaben 2016 * Anteil Versicherer gemäss Kostenteiler E-FAS ohne Pflege =CHF 13.64 Mia. ¹ * 0.774 = CHF 10.55 Mia.	= Total Ausgaben 2016 * WR * Anteil Versicherer gemäss Kostenteiler EFAS ohne Pflege =CHF 10.55 Mia. *(1.013) ¹⁴ =CHF 12.56 Mia.	
KVG-Pflege	= Ausgaben Versicherer 2016 =CHF 2.77 Mia.	= Ausgaben Versicherer 2016 * WR der Anzahl Pflegebedürftiger * Tarife 2016 bzw. 2019 =CHF 4.19 Mia. ²	
Total	CHF 28.35 Mia.	CHF 39.64 Mia. ■ UG: CHF 39.29 Mia. ■ OG: CHF 39.97 Mia.)	+ CHF 11.28 Mia. (40%) UG: + CHF 10.94 Mia. OG: + CHF 11.62 Mia.
EFAS mit Einbezug der Pflege			
ambulante KVG-Leistungen	= Total Ausgaben 2016 * Anteil Versicherer gemäss Kostenteiler E-FAS mit Pflege =CHF 19.41 Mia. * 0.745 =CHF 14.46 Mia.	= Total Ausgaben 2016 * WR * Anteil Versicherer gemäss Kostenteiler EFAS mit Pflege =CHF 14.46 Mia. *(1.031) ¹⁴ =CHF 22.02 Mia.	
stationäre KVG-Leistungen	=Total Ausgaben 2016 * Anteil Versicherer gemäss Kostenteiler E-FAS mit Pflege =CHF 13.64 Mia. * 0.745 =CHF 10.16 Mia.	= Total Ausgaben 2016 * WR * Anteil Versicherer gemäss Kostenteiler EFAS mit Pflege Konservative Annahme: =CHF 10.16 Mia. *(1.013) ¹⁴ =CHF 12.09 Mia.	
KVG-Pflege	= Total Ausgaben (Versicherer und Kantone und Gemeinden 2016) * Anteil Versicherer gemäss Kostenteiler E-FAS mit Pflege =CHF 4.97 Mia * 0.745	= Total Ausgaben 2016 * WR * Anteil Versicherer gemäss Kostenteiler EFAS mit Pflege =CHF 3.70 Mia. *(1.037) ¹⁴ =CHF 6.14 Mia.	

Ausgabenbereich	Ausgaben 2016	Ausgaben 2030	Veränderung absolut und relativ
	=CHF 3.70 Mia.		
Total	CHF 28.32 Mia.	CHF 40.25 Mia.	+ CHF 11.93 Mia. (42%)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ UG: CHF 38.72 Mia. ▪ OG: CHF 41.82 Mia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UG: + CHF 10.40 Mia. ▪ OG: + CHF 13.50 Mia.
Beibehalt des Status Quo			
ambulante KVG-Leistungen	CHF 19.41 Mia.	= Total Ausgaben 2016 * WR =CHF 29.56 Mia.	
stationäre KVG-Leistungen	CHF 6.14 Mia.	= Total Ausgaben 2016 * WR =CHF 7.30 Mia.	
KVG-Pflege	= Ausgaben Versicherer 2016 =CHF 2.77 Mia.	= Ausgaben Versicherer 2016 * WR der Anzahl Pflegebedürftiger * Tarife 2016 bzw. 2019 =CHF 4.19 Mia. ²	
Total	CHF 28.32 Mia.	CHF 41.05 Mia.	+CHF 12.73 Mia. (45%)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ UG: CHF 39.91 Mia. ▪ OG: CHF 42.21 Mia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UG: + CHF 11.59 Mia. ▪ OG: + CHF 13.89 Mia.

WR = Wachstumsrate gemäss geschätzter Dynamik der Kosten (ambulanter Bereich: jährlich 2.9% - 3.2%, stationärer Bereich: jährlich 1.0% - 1.5%, KVG-Pflege: jährlich 2.8% - 4.5%).

¹ Die Schätzung, dass der Bereich der ambulanten KVG-Leistungen aktuell CHF 19.4 Mia. kostet, haben wir dem Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (2019) entnommen. Daraus geht hervor, dass die Versicherer aktuell rund CHF 25.55 Mia. aufwenden, wobei nicht zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich unterschieden wird. Da die Kantone rund CHF 7.5 Mia. ausgegeben haben, was 55% der stationären Leistungen entsprechen sollte, haben folglich die Versicherer rund CHF 6.14 Mia. für den stationären Bereich aufgewendet (45% der Gesamtkosten). Folglich haben die Versicherer rund CHF 19.41 Mia. CHF für den ambulanten Bereich ausgegeben. Die Gesamtausgaben der Kantone und Versicherer für den stationären Bereich belaufen sich demnach auf CHF 13.6 Mia.

² Dies wurde wie folgt berechnet: Zwischen 2016 und 2019: CHF 2.77 Mia. * (1.0276)³ = CHF 3.01 Mia. Einmalige Tarifierhöhung im Jahr 2019, wodurch sich die Ausgaben von CHF 3.01 Mia. auf CHF 3.11 Mia. erhöhen. Entwicklung 2019-2030: CHF 3.11 Mia. * (1.0276)¹¹ = CHF 4.19 Mia.

Tabelle INFRAS. Quelle: Berechnungen anhand der Schätzungen aus Kapitel 3 und der SOMED- und der Spitex-Statistik.