



Bern, 25. November 2020

Pflegefinanzierung: Integration in eine einheitliche Finanzierung oder Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung der Postulate

16.3352 SGK-NR vom 13. Mai 2016

19.3002 SGK-NR vom 24. Januar 2019

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	2
Tabellenverzeichnis	2
Abkürzungsverzeichnis	3
Zusammenfassung.....	4
1 Ausgangslage	6
1.1 Herausforderungen in der Langzeitpflege	6
1.2 Neuordnung der Pflegefinanzierung.....	6
1.3 Einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen	9
1.4 Inhalt und Auftrag der Postulate	10
2 Finanzierungsoptionen	11
2.1 Festhalten an der bestehenden Pflegefinanzierung	12
2.2 Regelmässige, verpflichtende Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung	13
2.3 Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung	17
2.4 Pflegefinanzierung ausserhalb des KVG	19
2.5 Fazit aus Sicht des Bundesrates	23
3 Notwendige Grundlagen und Voraussetzungen	25
3.1 Kostentransparenz	25
3.2 Finanzierungsanteile bei einer einheitlichen Finanzierung der Pflege	29
3.3 Patientenbeteiligung.....	36
3.4 Tarifierung bei einer einheitlichen Finanzierung der Pflege	37
3.5 Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung.....	40
4 Umsetzung	42
5 Schlussfolgerungen	43
6 Literaturverzeichnis.....	45

Pflegefinanzierung: Integration in eine einheitliche Finanzierung oder Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Optionen der Pflegefinanzierung.....	11
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Geschätzte Entwicklung der Ausgaben für KVG-Leistungen pro Jahr 2016-2030	34
--	----

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
APN	Advanced Practice Nurse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFV	Eidgenössischen Finanzverwaltung
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30)
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
IV	Invalidenversicherung
KLV	Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31)
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102)
MiGeL	Liste der Mittel und Gegenstände
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
pa. Iv.	Parlamentarische Initiative
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
VKL	Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104)

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht des Bundesrates soll die Anliegen von zwei Postulaten erfüllen. Das Postulat 16.3352 SGK-NR beauftragt den Bundesrat, aufzuzeigen, wie die Kostensteigerung der Pflegeleistungen durch alle Kostenträger gleichermassen mitfinanziert werden könnte und wie die Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen regelmässig der Teuerung angepasst werden könnten. Mit dem Postulat 19.3002 wird der Bundesrat beauftragt, mittels Erarbeitung von Grundlagen zu prüfen, ob die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung integriert werden können.

Grundsätzliche Voraussetzung sowohl für einen Einbezug der Pflegeleistungen nach KVG in eine einheitliche Finanzierung wie auch für die Anpassung der Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen an die Kostenentwicklung ist, dass verschiedene Grundlagen vorhanden sind, insbesondere, dass Transparenz über die Höhe der Kosten für Pflegeleistungen hergestellt wird. Deshalb behandelt der vorliegende Bericht beide genannten Postulate gemeinsam. Zusammen mit den im Bericht des Bundesrates «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» skizzierten Finanzierungsoptionen verfügt das Parlament über die notwendigen Grundlagen, um entscheiden zu können, wie die Pflegefinanzierung künftig ausgestaltet sein soll.

Falls die seit 2011 bestehende Ausgestaltung der Pflegefinanzierung angepasst werden soll, könnten mehrere Optionen ins Auge gefasst werden. Soll am bestehenden Beitragssystem festgehalten werden, stellt sich die Frage, ob und wie die OKP-Pflegebeiträge an die Kostenentwicklung gekoppelt werden sollen. Alternativ wäre es möglich, die Pflegeleistungen nach KVG in die einheitliche Finanzierung einzubeziehen oder die Pflegeleistungen künftig anhand einer anderen denkbaren Option wie einer separaten Pflegeversicherung, einer direkten Staatsfinanzierung oder Pflegesparkonten zu finanzieren.

Eine regelmässige Anpassung der OKP-Pflegebeiträge kombiniert mit einer weiterhin unterschiedlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen wäre für die OKP von allen Optionen am teuersten, eine einheitliche Finanzierung lediglich von ambulanten und stationären Leistungen kombiniert mit einem dauerhaften Einfrieren der OKP-Pflegebeiträge auf dem heutigen Niveau am günstigsten. Für die Kantone sind die finanziellen Wirkungen gerade umgekehrt. Eine einheitliche Finanzierung würde die Anteile von OKP und Kantonen an der Finanzierung aller Leistungen nach KVG stabilisieren.

Die Finanzierung der Pflegeleistungen sollte aus Sicht des Bundesrates auch zukünftig auf einer Versicherungslösung beruhen. Diese hat verschiedene Vorteile gegenüber anderen Ansätzen wie einem Pflegesparkonto. Um neue Schnittstellen und zusätzlichen administrativen Aufwand zu vermeiden, ist eine Lösung innerhalb des KVG gegenüber einer separaten Pflegeversicherung zu bevorzugen. Eine regelmässige Anpassung der OKP-Pflegebeiträge an die Kostenentwicklung bei gleichzeitiger vollständiger Verantwortung der Kantone für die Festsetzung der Restfinanzierung wäre problematisch, weil dann die Kantone mit ihrer Regelung der Restfinanzierung, welche sie weitgehend selbst steuern können, über die Höhe der Beiträge der OKP mitbestimmen würden, obwohl für die OKP eigentlich der Bund zuständig ist. Für den Bundesrat steht deshalb eine Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung im Vordergrund, weil sie verschiedene Fehlanreize reduzieren und die Finanzierungsanteile von OKP und Kantonen stabilisieren kann. Sollte sich eine einheitliche Finanzierung politisch als nicht machbar erweisen, böte eine Weiterführung des Status quo mit konstanten Beiträgen der OKP für Pflegeleistungen ein gewisses Gegengewicht zur Mehrbelastung der OKP durch die laufende Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen. Ein Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung scheint dem Bundesrat insgesamt herausfordernd, aber machbar und angesichts der erhofften Vorteile anzustreben.

Damit die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung integriert oder die Beiträge der OKP regelmässig an die Kostenentwicklung angepasst werden können, muss die Qualität der Kostenrechnung und -daten insbesondere im ambulanten Bereich verbessert werden, so dass die Gesamtkosten der Pflegeleistungen nach KVG zuverlässiger bestimmt werden können. Liegt ein Beschluss für eine Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung vor, könnten die Finanzierungsanteile der Kostenträger (OKP, Kantone/Gemeinden und Versicherte) innert ein bis zwei Jahren mit Hilfe der heute verfügbaren Daten grob abgeschätzt oder innert mindestens vier bis fünf Jahren festgelegt werden, sofern dies auf der Grundlage einer verbesserten Kostentransparenz geschehen soll.

Bei einem Einbezug in eine einheitliche Finanzierung müsste die Tarifierung neu geregelt werden, da die Restfinanzierung durch die Kantone entfällt. Als Übergangslösung könnten auf Basis der bestehenden Regelungen normativ verhandelte beziehungsweise festgesetzte oder auf einem effizienten Benchmark beruhende Tarife vorgesehen werden. Für die Umsetzung dieser Option wären gegen fünf Jahre zu veranschlagen. Dabei ist zu prüfen, ob die bestehenden Beitragsstufen für die Leistungen der Pflegeheime von den Tarifpartnern angepasst werden müssen, da sie nicht dafür ausgelegt sind, die Leistungen vollständig zu vergüten, sondern für ein Zusammenspiel mit der allenfalls stärker differenzierenden Restfinanzierung der Kantone konzipiert wurden. Ausserdem müsste geprüft werden, ob mit den bestehenden Instrumenten in den Bereichen Planung und Aufnahmepflicht verhindert werden kann, dass ein allenfalls unsachgemässer Benchmark Patientenselektion zur Folge hat. Innert ca. zehn Jahren könnte versucht werden, datenbasiert eine Struktur zu finden, die ein möglichst gutes Verhältnis zwischen Effizienzanreizen und Anreizen für eine patientengerechte Pflege schafft.

Die Umsetzung wäre primär Sache der Tarifpartner und allenfalls der Kantone, der Bund könnte die Arbeiten begleiten und allenfalls mit der Anpassung von Vorschriften über die Kostenrechnung der Leistungserbringer auf Verordnungsebene erleichtern. Die Frage der Tarifierung können die Tarifpartner in eigener Regie angehen. Für die Umsetzung sollten die Akteure auf nationaler Ebene ein geeignetes Gefäss schaffen, in der die relevanten Interessengruppen vertreten sind und die einzelnen Themenbereiche (Kostentransparenz, Tarifierung) bearbeitet werden können.

1 Ausgangslage

1.1 Herausforderungen in der Langzeitpflege

Der Bundesrat hat in seinem Bericht vom 25. Mai 2016 «Bestandesaufnahmen und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» (Bundesrat 2016) aufgezeigt, dass aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung und des prognostizierten Anstiegs des Anteils der über 65-Jährigen respektive der über 80-Jährigen an der Bevölkerung in den kommenden Jahren mit einer starken Zunahme der Pflegebedürftigkeit zu rechnen ist. Diese Entwicklung bringt Herausforderungen insbesondere in den Bereichen Pflegepersonal, Versorgungsstrukturen und Finanzierung mit sich. Aufgrund des erhöhten Pflegebedarfs wird der Personalbedarf in den kommenden Jahren erheblich steigen. Im Bereich der Versorgungsstrukturen zeichnen sich neben einem Bedarf nach einem Ausbau der Kapazitäten neue Anforderungen an die zu erbringenden Pflegeleistungen ab. Auf der Finanzierungsseite wird die Ausgabendynamik in der Langzeitpflege zu einem deutlichen Anstieg der öffentlichen Gesamtausgaben für Gesundheit führen. Um eine frühzeitige Diskussion über die Eckwerte einer künftigen Finanzierung respektive über die Verteilung der Lasten im Bereich der Langzeitpflege zu ermöglichen, hat der Bundesrat in seinem Bericht von 2016 verschiedene Finanzierungslösungen einer künftigen Finanzierung aufgezeigt.

1.2 Neuordnung der Pflegefinanzierung

Der Anstieg der öffentlichen Ausgaben für die Pflege ist kein neues Phänomen und die Krankenversicherung war bis anhin stets massgeblich vom Anstieg der Ausgaben betroffen. Im Gegensatz zu den oftmals geringen Pflegebeiträgen des alten Rechts wurden mit dem am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) in der Pflege der Leistungskatalog wesentlich erweitert und zusätzliche Leistungserbringer zugelassen. Diese Leistungsausweitung führte bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu hohen Ausgaben für die Pflege. Bereits 1998 wurden als zeitlich befristete Massnahme Rahmentarife eingeführt, um die Ausgaben der OKP für Pflegeleistungen besser in den Griff zu bekommen (Bundesrat 2005).

Dennoch zeigte sich, dass die OKP zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen zu übernehmen hatte. 2005 schlug der Bundesrat deshalb eine Neuordnung der Pflegefinanzierung vor. Die Reform verfolgte das Hauptziel, die OKP im Bereich der Pflege finanziell nicht zusätzlich zu belasten. Der ursprüngliche Vorschlag des Bundesrates sah eine deutlichere Ausrichtung der OKP auf ihre eigentliche Kernaufgabe vor, krankheitsbedingte medizinische Leistungen zu vergüten. Die Behandlungspflege sollte voll zulasten der OKP gehen, während an die Grundpflege ein Beitrag ausgerichtet werden sollte (Bundesrat 2005). In der vom Parlament am 13. Juni 2008 verabschiedeten und per 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Reform wurde diese Unterscheidung nicht weiterverfolgt. Die Rahmentarife wurden durch ein Beitragssystem ersetzt, bei dem die OKP einen festgelegten, pflegebedarfsabhängigen Beitrag an die Pflegeleistungen leistet (vgl. Ziffer 1.2.1). Das Parlament strebte mit der Neuordnung eine gleichmässige Finanzierung der Pflegeleistungen an, im Sinne stabiler Finanzierungsanteile. Damit wurde – zusammen mit der im Jahr 2008 erfolgten Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) – die Finanzierungsverantwortung für die Pflegekosten stärker auf die Kantone und Gemeinden übertragen.

Eine im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) durchgeführte Evaluation (Infras et al. 2018) zeigte auf Basis der verfügbaren Daten, dass mit der Neuordnung das Hauptziel, die OKP im Bereich der Pflege nicht zusätzlich zu belasten, grundsätzlich erreicht werden konnte und sich der Finanzierungsanteil der OKP an den gesamten Ausgaben für Pflegeleistungen nach KVG stabilisiert hat. Die

Evaluation zeigte aber auch verschiedene Umsetzungsdefizite auf, namentlich in den Bereichen Restfinanzierung und Kostentransparenz. Der Bund hat die Umsetzungsdefizite im Rahmen eines regelmässigen Austauschs mit den Akteuren aufgenommen.

1.2.1 Heutige Finanzierung der Pflege

Die OKP übernimmt nach Artikel 25 KVG die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Die Pflegeleistungen nach KVG sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) präzisiert. Bei den Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV (Pflegeleistungen nach KVG) wird zwischen Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege unterschieden. Leistungsdefinition und -umfang sind schweizweit einheitlich, unabhängig davon, in welchem Bereich (ambulant, stationär, Tages- und Nachtstrukturen) die Leistung erbracht wird. Von den Pflegeleistungen nach KVG abzugrenzen sind weitere Leistungen wie die Betreuung, die zu einer professionellen Pflege gehören, aber nicht von der OKP übernommen werden.¹

Die OKP leistet heute einen Beitrag an die Pflegeleistungen ambulant und im Pflegeheim. Die Höhe des Beitrags wird vom Bundesrat festgelegt, welcher diese Kompetenz an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) delegiert hat. Pflegeleistungen im ambulanten Bereich werden nach einem Zeittarif abgegolten, dessen Ansatz von der Leistungsart (Abklärung, Beratung und Koordination; Behandlungspflege; Grundpflege) abhängt.² Der Beitrag der OKP an Pflegeleistungen im Pflegeheim ist pauschaliert. Die Höhe des OKP-Beitrags ist abhängig vom Pflegebedarf der Pflegeheimbewohnerin oder des Pflegeheimbewohners.³ Die Regelung der Restfinanzierung sieht eine Begrenzung der von den Sozialversicherungen nicht gedeckten Pflegekosten zulasten der Versicherten auf höchstens 20 Prozent des vom Bundesrat festzulegenden maximalen Pflegebeitrags der OKP vor. Die Finanzierung der darüber hinaus gehenden Leistungen, insbesondere solche mit gemeinwirtschaftlichem Charakter wie Aufnahme- und Versorgungspflicht, wird von den Kantonen geregelt und durch diese selber oder allenfalls die Gemeinden übernommen.

Indirekt beteiligen sich Bund und Kantone über weitere, subsidiäre und bedarfsabhängige Instrumente an der Finanzierung der Pflegekosten, namentlich über die Prämienverbilligung, über die Ergänzungsleistungen (EL) und Hilflosenentschädigungen zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) und zur Invalidenversicherung (IV) und gegebenenfalls Sozialhilfe. Dies sind aber dem KVG nachgelagerte Transferzahlungen des Staates an Privathaushalte, welche aus Sicht der Finanzierungsquellen relevant sind. In diesem Bericht wird auf die Sicht der Finanzierungsregimes fokussiert, es werden also lediglich die unmittelbaren Finanzierungsträger der Pflegeleistungen betrachtet. Wo notwendig wird aber auf mögliche Effekte auf die genannten nachgelagerten Finanzierungsebenen hingewiesen.

¹ Vgl. hierzu beispielsweise die Definition des «International Council of Nurses»: «Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung» (vgl. SBK o. J.).

² Für Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination entrichtet die OKP momentan einen von 76.90 Franken pro Stunde, für Leistungen der Behandlungspflege 63 Franken pro Stunde und für Leistungen der Grundpflege 52.60 Franken pro Stunde (vgl. Art. 7a Abs. 1 KLV). Die Vergütung der Beiträge erfolgt in Zeiteinheiten von fünf Minuten (vgl. Art. 7a Abs. 2 KLV).

³ In Artikel 7a Absatz 3 KLV werden zwölf Stufen unterschieden. Bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten pro Tag vergütet die OKP momentan 9.60 Franken an die Pflegeleistungen, der höchste Beitrag beträgt 115.20 Franken pro Tag bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten.

1.2.2 Anpassung der OKP-Beiträge (Kostenneutralität)

Am 2. Juli 2019 wurden die Beiträge der OKP mit einer Änderung der KLV im Rahmen der Überprüfung der Kostenneutralität per 1. Januar 2020 angepasst. Die Beiträge der OKP für Pflegeleistungen im ambulanten Bereich wurden leicht gesenkt, diejenigen für Pflegeheime leicht erhöht, mit entsprechend gegenläufigen Auswirkungen auf die Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung der jeweiligen Leistungen. Dabei handelt es sich nicht um eine Anpassung der OKP-Beiträge an die seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung eingetretene Kostenentwicklung, sondern um eine nachträgliche Sicherstellung eines kostenneutralen Übergangs für OKP und Kantone zum Einführungszeitpunkt der Neuordnung. Dies wurde vom Gesetzgeber verlangt und konnte erst nach Vorliegen der entsprechenden Daten erfolgen. Die Anpassung der OKP-Beiträge aufgrund des Kostenneutralitätserfordernisses führt zu jährlichen Mehrkosten zulasten der OKP im Umfang von schätzungsweise 83 Millionen Franken (CHF 115 Mio. Mehrausgaben für Pflegeleistungen der Pflegeheime sowie CHF 32 Mio. Minderausgaben für Leistungen für die Krankenpflege zu Hause).

Abgesehen von der Überprüfung der Kostenneutralität der Einführung wurden die Beiträge der OKP seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung nicht angepasst. Dennoch beteiligte sich die OKP laufend an der Zunahme der Pflegekosten. Die Beiträge der OKP werden pro versicherte Person und pro erbrachte Pflegestunde (ambulante Pflege) beziehungsweise pro Pflegebedarfsstufe (Pflegeheim) entrichtet. Bei einer Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Versicherter oder bei längerer Dauer der notwendigen Pflegeleistungen erhöht sich auch die Belastung der OKP im Gleichschritt. Steigende (Zeit-) Mengen werden grundsätzlich also vollständig durch die OKP-Beiträge mitgetragen. Ein Spezialfall sind hier lediglich die Pflegeheime, wo die Zahl der Pflegebedarfsstufen auf zwölf begrenzt ist und die OKP-Beiträge nicht mehr weiter steigen, wenn der Pflegebedarf einer versicherten Person bereits oberhalb von 220 Minuten, also gegen vier Stunden pro Tag liegt. Die OKP beteiligt sich bei unveränderten Beiträgen lediglich dann nicht an Mehrkosten, wenn die Preise pro geleistete Zeiteinheit Pflegeleistungen steigen. Dies kann dann der Fall sein, wenn die Löhne des Pflegepersonals steigen, die Intensität und Komplexität der Pflegeleistungen (bei konstanter aufgewendeter Zeit) zunimmt und deshalb beispielsweise besser ausgebildetes und entsprechend teureres Personal erforderlich ist oder wenn anderweitige Preissteigerungen (z. B. Mieten, allgemeine Inflation) eintreten.

1.2.3 Pflegematerial

Am 27. Mai 2020 hat der Bundesrat ausserdem die Botschaft zur KVG-Änderung betreffend Vergütung des Pflegematerials verabschiedet (Bundesrat 2020) und an die eidgenössischen Räte überwiesen. Damit soll die Vergütung des Pflegematerials vereinfacht werden und schweizweit einheitlich erfolgen. Durch Pflegefachpersonen verwendete Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung einer Krankheit dienen und in der Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) aufgeführt sind, sowie Mittel und Gegenstände, die nicht von der versicherten Person selbst oder von einer nichtberuflich mitwirkenden Person verwendet werden können, sollen nicht mehr über die Pflegefinanzierung, sondern separat gemäss dem Prinzip der MiGeL von der OKP vergütet werden. Für die Akut- und Übergangspflege soll das Material nicht mehr von der OKP und den Kantonen, sondern nur noch von der OKP bezahlt werden. In der MiGeL aufgeführtes Material, das von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich mitwirkenden Person verwendet wird, soll weiterhin von der OKP übernommen werden. Die Gesetzesänderung wird die finanzielle Belastung der Kantone und Gemeinden um schätzungsweise 65 Millionen Franken pro Jahr verringern. Der Entwurf sieht vor, dass dieser Betrag zukünftig von der OKP getragen wird (Bundesrat 2020). Unter der Voraussetzung, dass das Parlament die Vorlage zügig behandelt, kann die Änderung am 1. Juli 2021 in Kraft treten.

1.2.4 Zwischenfazit

Die mit der Einführung des KVG einhergehende Leistungsausweitung im Bereich der Pflege hatte für die OKP steigende Ausgaben für diesen Bereich zur Folge. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung hat das Parlament entschieden, die Beiträge der OKP an die Pflege per 1. Januar 2011 zu fixieren. Damit konnte der Finanzierungsanteil, den die OKP an die Pflegeleistungen nach KVG leistet, stabilisiert werden. Nehmen die Anzahl pflegebedürftiger Personen oder die Dauer der geleisteten Pflege zu, beteiligt sich die OKP jedoch nach wie vor an der Zunahme der Pflegekosten.

Per Anfang 2020 wurden die OKP-Pflegebeiträge angepasst, um das gesetzliche Erfordernis einer kostenneutralen Einführung des Beitragssystems zu erfüllen. Diese Anpassung führt zu jährlichen Mehrkosten zulasten der OKP im Umfang von etwa 83 Millionen Franken. Weitere jährlich anfallende Mehrkosten zulasten der OKP in der Höhe von schätzungsweise 65 Millionen Franken sind voraussichtlich ab Mitte 2021 von der vereinfachten Vergütung des Pflegematerials zu erwarten. Insgesamt ist damit von zusätzlichen Mehrkosten zulasten der OKP im Umfang von knapp 150 Millionen Franken pro Jahr auszugehen. Die restfinanzierenden Kantone und Gemeinden werden durch die beiden Änderungen entsprechend entlastet.

1.3 Einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen

Die Leistungen der OKP werden heute unterschiedlich finanziert, je nachdem, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Dies kann zu Fehlanreizen bei der Leistungserbringung und Tarifierung und bei den Versorgungsstrukturen führen. Zudem werden Kostenvorteile der koordinierten Versorgung nicht voll prämienvirksam, was deren Attraktivität senkt. Es resultieren mutmasslich Mehrkosten für die Gesellschaft ohne medizinischen Gegenwert. Durch die laufende Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen wird ausserdem der Anteil der Steuerfinanzierung an den Leistungen nach KVG tendenziell reduziert, während der prämiertenfinanzierte Anteil tendenziell steigt.

Verschiedene parlamentarische Vorstösse verlangen die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, namentlich die parlamentarische Initiative Humbel [09.528](#) «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus». Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) hat zur genannten parlamentarischen Initiative einen Entwurf erarbeitet, den der Nationalrat am 26. September 2019 ohne inhaltliche Änderungen verabschiedet hat. Der Entwurf sieht vor, dass die einheitliche Finanzierung für alle stationären und ambulanten Leistungen nach dem KVG gelten soll, mit Ausnahme der Pflegeleistungen bei Krankheit nach Artikel 25a Absatz 1 KVG.

In der Vernehmlassung zum Entwurf der SGK-NR forderten die Kantone neben verschiedenen weiteren Anpassungen einen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung als Voraussetzung für ihre Zustimmung zu einer einheitlichen Finanzierung. Nur mit einer einheitlichen Finanzierung auch der Pflegeleistungen könnten die Finanzierungsanteile der Finanzierungsträger (OKP und Kantone) dauerhaft stabilisiert werden und nur mit einer einheitlichen Finanzierung über alle Versorgungsbereiche hinweg kämen die Vorteile für die koordinierte Versorgung voll zum Tragen. Auch weitere Akteure, namentlich Organisationen der Leistungserbringer im Pflegebereich, erwähnten in der Vernehmlassung, dass sie einen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung in einem zweiten Schritt begrüssen würden.

Die parlamentarische Initiative 09.528 und die damit verbundenen Fragen werden momentan von der zuständigen vorberatenden Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) als Zweitrat behandelt.

1.4 Inhalt und Auftrag der Postulate

1.4.1 Postulat 16.3352

Am 13. Mai 2016 hat die SGK-NR das Postulat [16.3352](#) «Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger» eingereicht. Das Postulat wurde am 19. September 2016 vom Nationalrat angenommen.

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt aufzuzeigen, wie die Kostensteigerung der Pflegeleistungen durch alle Kostenträger – Krankenversicherer, öffentliche Hand und Private – gleichermassen mitfinanziert werden könnte und die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Pflegeleistungen, welche in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden, regelmässig der Teuerung angepasst werden könnten.

1.4.2 Postulat 19.3002

Am 24. Januar 2019 hat die SGK-NR das Postulat [19.3002](#) «Pflege und einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» eingereicht. Zuvor hatten insbesondere die Kantone im Rahmen der im Herbst 2018 durchgeführten Vernehmlassung zum Entwurf der SGK-NR für eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen im Zuge der pa. Iv. 09.528 einen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung gefordert. Eine Minderheit (Aeschi Thomas, Burgherr, Frehner) beantragte, das Postulat abzulehnen. Der Nationalrat hat das Postulat am 14. März 2019 angenommen.

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, zusammen mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer mittels Erarbeitung von Grundlagen zu prüfen, ob gegebenenfalls die Pflegeleistungen nach Artikel 25a Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung sowie die Beiträge der öffentlichen Hand (Kantone und Gemeinden) im Rahmen der KVG-Restkostenfinanzierung in die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich (Efas) eingebaut werden können. Bei den Grundlagen geht es insbesondere um:

- die Herstellung der Kostentransparenz,
- die Definition und Stabilisierung der Anteile der verschiedenen Kostenträger an der Pflegefinanzierung,
- die Definition der Pflegeleistungen in Abgrenzung zu Betreuungsleistungen,
- eine einheitliche Definition der Pflegestufen ambulant und stationär,
- eine Harmonisierung der Vergütungsregeln von ambulant und stationär,
- die Schaffung eines nationalen Gremiums für Tarifstrukturfragen in der Pflegefinanzierung.

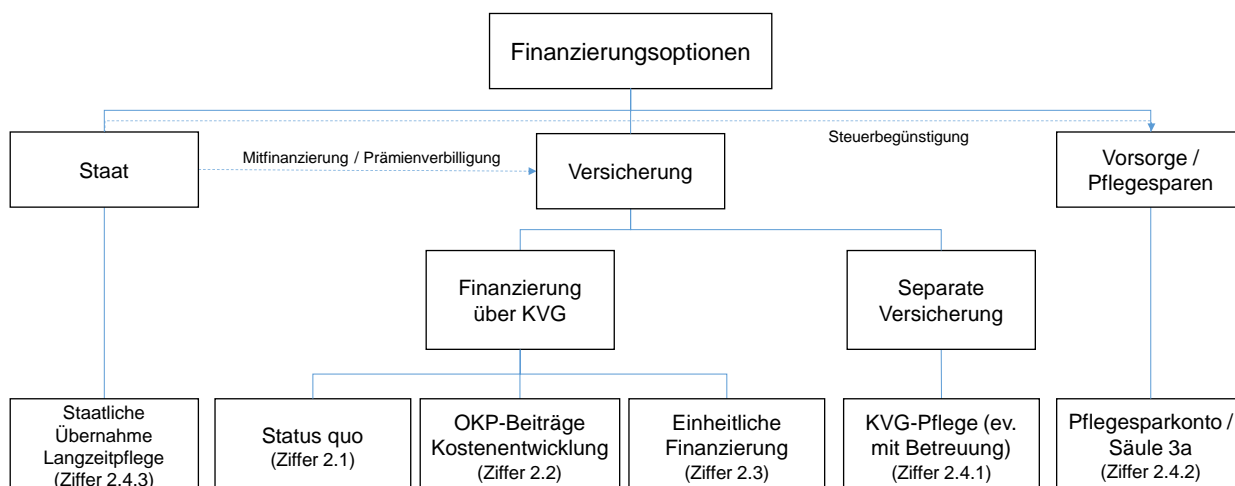
2 Finanzierungsoptionen

In Ziffer 1 wurde gezeigt, dass die Ziele, welche der Gesetzgeber mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt hat, weitgehend erreicht wurden. Dennoch wird die Diskussion um alternative Finanzierungsoptionen geführt, und der Bundesrat wurde mit den beiden Postulaten 16.3352 und 19.3002 beauftragt, aufzuzeigen, wie die Pflegefinanzierung geändert werden könnte, sei es mit einer Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung oder mit einer Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Daneben hat der Bundesrat bereits in seinem Bericht vom 25. Mai 2016 «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» (Bundesrat 2016: 59ff.) in Erfüllung der Postulate Fehr [12.3604](#), Eder [14.3912](#) und Lehmann [14.4165](#) verschiedene Optionen aufgezeigt, wie die Pflege finanziert werden könnte. Dabei wurde die bestehende Aufgaben- und Finanzierungsaufteilung zwischen Bund und Kantonen berücksichtigt.

Diese Optionen werden hier nochmals zusammenfassend dargestellt. Sie sind als Ergänzung zu verstehen gegenüber den beiden Optionen, die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung zu integrieren oder die OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung anzupassen. Teilweise gehen sie über die Finanzierung der Pflegeleistungen nach KVG hinaus und schlagen Lösungen zur Finanzierung weiterer, heute vornehmlich privat finanzierter Leistungen vor.

Die voraussichtliche Zusatzbelastung der öffentlichen Hand und der Versicherten für die Langzeitpflege (vgl. Ziffern 1.1 und 2.1) kann steuer- oder prämienfinanziert oder aus einer Mischung zwischen Steuer- und Prämienfinanzierung getragen werden. Eine Mischform davon stellen sowohl die heutige Pflegefinanzierung wie auch ein Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung dar. Auch eine Sparlösung ist denkbar. Die untenstehende Abbildung zeigt die verschiedenen Optionen. Sie werden im Folgenden diskutiert und eingeordnet.

Abbildung 1: Optionen der Pflegefinanzierung



2.1 Festhalten an der bestehenden Pflegefinanzierung

Mit dieser Option wird das bestehende System der Pflegefinanzierung unverändert weitergeführt. Die OKP und die versicherten Personen leisten begrenzte Beiträge an die Pflegekosten, die Kantone sind für die Restfinanzierung zuständig. Es liegt in der Kompetenz des Bundesrates, die Beiträge der OKP und damit auch der versicherten Personen oder allenfalls auch die Definition und Abgrenzung der Pflegebedarfsstufen anzupassen, etwa an veränderte Kosten (vgl. auch Ziffer 1.2). Mit ein Grund dafür, dass dieses System im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung gewählt wurde, ist die damit verbundene geringere Dringlichkeit einer trennscharfen Abgrenzung von Pflegeleistungen zu anderen Leistungen. Eine solche Abgrenzung ist herausfordernd und wird auch in Zukunft womöglich nicht immer eindeutig und einheitlich möglich sein. Mit der heutigen Lösung leistet die OKP Beiträge, die Verantwortung für die Restfinanzierung und damit letztlich auch für die Definition und Abgrenzung der Kosten für eine effiziente Erbringung der Pflegeleistungen nach KVG liegt aber bei den Kantonen, welche dafür auch aufzukommen haben.

Verzichtet der Bundesrat auf eine Anpassung der Beiträge, ist davon auszugehen, dass zwar die Mengenzunahme weitgehend auch von der OKP mitgetragen wird, allfällige Preiserhöhungen würden aber ausschliesslich zulasten der Kantone beziehungsweise der Gemeinden gehen. Die OKP wäre somit etwas weniger von den Kostensteigerungen im Pflegebereich betroffen als die Kantone und Gemeinden. Mit dieser Option ergibt sich im Bereich der Pflegeleistungen kein Anpassungsbedarf im Gesetz.

Neben der Restfinanzierung der Pflegeleistungen tragen die Kantone zur Deckung von weiteren Kosten der Pflegebedürftigkeit bei, namentlich über die EL, welche die Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen und die Kosten für Betreuung und weitere mit der Pflegebedürftigkeit verbundene Kosten übernimmt, wenn sie von Privaten nicht getragen werden können. Bei einem Festhalten an der bestehenden Pflegefinanzierung ohne Anpassung der Beiträge der OKP würden die Kantone somit einerseits Preissteigerungen im Bereich der Pflegeleistungen alleine tragen, da sich die OKP nur an den Mengensteigerungen beteiligt. Zusätzlich wären sie mit steigenden Ausgaben für weitere Kosten konfrontiert, die im Zusammenhang mit einer Pflegebedürftigkeit stehen. Gemäss den Projektionen der EFV wären die Kantone und Gemeinden gezwungen, zur Deckung der gesamten mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten die Steuern bis ins Jahr 2045 um 12 Prozent ihrer Fiskaleinnahmen zu erhöhen. Gleichzeitig zeigen die Projektionen der EFV, dass die OKP im Status quo auch künftig die Hauptlast des Ausgabenwachstums tragen wird, wenn nicht nur die Ausgaben für den Pflegebereich, sondern für Gesundheit insgesamt betrachtet werden.⁴ Im Status quo würde zudem das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz eingehalten: Die Kantone und Gemeinden, die für die Steuerung der Versorgung im Bereich der Langzeitpflege zuständig sind, tragen die finanziellen Folgen ihrer Politik weitgehend selber (vgl. Bundesrat 2016).

Eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen unter Ausschluss der Pflegeleistungen könnte, falls vom Gesetzgeber gewünscht, unabhängig vom Status quo der Pflegefinanzierung vorgesehen werden. An den Schnittstellen zwischen unterschiedlich finanzierten Leistungsbe-
reichen (Pflegeleistungen und übrige Leistungen nach KVG) würden aber weiterhin Fehlanreize bestehen, insbesondere die erhofften Effizienzvorteile der koordinierten Versorgung kämen wohl nicht vollständig zum Tragen.

⁴ Gemäss den Projektionen der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) werden sich die gesamten Ausgaben der OKP im Jahr 2045 auf knapp 41 Milliarden Franken belaufen (plus 18,6 Milliarden Franken im Vergleich zum Jahr 2011), davon 5,8 Milliarden Franken für den Bereich Langzeitpflege. Die Gesundheitsausgaben der Kantone und Gemeinden werden 2045 rund 34,6 Milliarden Franken betragen (ebenfalls plus 18,6 Milliarden Franken im Vergleich zum Jahr 2011), davon 11,3 Milliarden Franken für die Langzeitpflege (vgl. Bundesrat 2016: 114).

Die finanziellen Auswirkungen dieser Option über alle Leistungen nach KVG hinweg hängen sowohl für die OKP als auch für die Kantone stark davon ab, ob für die übrigen ambulanten und stationären Leistungen nach KVG eine einheitliche Finanzierung gewählt wird oder ob auch bei diesen die heutigen Finanzierungsregeln beibehalten werden. Kommt eine einheitliche Finanzierung unter Ausschluss der Pflegeleistungen zustande, wäre gegenüber der heutigen Situation eine weniger starke Zunahme der Kosten für die OKP zu erwarten, während die Kantone stärker belastet würden als mit einer vollständigen Beibehaltung des jetzigen Systems in allen Bereichen (vgl. Infrass 2019).⁵ Dies gilt jedoch nur für den Fall, dass die Beiträge der OKP vom Bundesrat dauerhaft nicht angepasst werden. Werden die OKP-Beiträge vom Bundesrat erhöht, kann diese Option zu den für die OKP unvorteilhaftesten zählen, besonders falls auf eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen verzichtet wird (siehe auch Ziffer 2.2). Für die Kantone präsentieren sich die finanziellen Folgen gerade umgekehrt. Aus Sicht des Bundesrates wäre ein Festhalten an der bestehenden Pflegefinanzierung dann wünschenswert, wenn eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sich als nicht machbar erweisen sollte.

2.2 Regelmässige, verpflichtende Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung

Mit dieser Option würde die heutige, freie Kompetenz⁶ des Bundesrates, die Beiträge der OKP für Pflegeleistungen festzusetzen, beschnitten. Neu käme hinzu, dass die Beiträge vom Bundesrat verpflichtend regelmässig der Kostenentwicklung der KVG-Pflegeleistungen anzupassen sind. Im vorliegenden Bericht wird die im Postulat 16.3352 erwähnte «Teuerung» gleichgesetzt mit «Kostensteigerung der Pflegeleistungen», da neben der allgemeinen Teuerung (Löhne etc.) auch beispielsweise die Entwicklung der Krankheitsbilder oder der medizinischen Praxis die Entwicklung der Kosten pro Zeiteinheit Pflegebedarf beeinflussen. Zudem ist im KVG nicht vorgesehen, Tarife oder Beiträge automatisch an die Teuerung anzupassen. Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung hat der Gesetzgeber sowohl eine regelmässige Anpassung der OKP-Pflegebeiträge an die Kostenentwicklung wie auch eine automatische Anpassung an die Teuerung (gemäss Landesindex der Konsumentenpreise) abgelehnt (vgl. Debatte der Vorlage [05.025](#)).

Falls der Gesetzgeber zusätzliche Regeln für die Gestaltung der OKP-Beiträge festlegen möchte, wären dafür verschiedene Eckwerte zu definieren. Es wäre vom Gesetzgeber erstens zu definieren, wie oder anhand welcher Bezugsgrösse eine Änderung der Beiträge erfolgen soll, zweitens, wer in Zukunft die Kompetenz zur Festlegung der Beiträge haben soll, drittens, wann oder unter welchen Umständen die Beiträge angepasst werden sollen, und viertens, welche Begleitmassnahmen für eine solche Änderung notwendig wären.

⁵ Gemäss den Schätzungen von Infrass (2019: 51ff.) würde die OKP bei einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG (ohne Pflegeleistungen) im Jahr 2030 mit zusätzlichen Ausgaben in der Höhe von 11,3 Milliarden Franken belastet (im Vergleich zu den Ausgaben im Jahr 2016, + 40 %), im Status quo betrüge die Zusatzbelastung 12,7 Milliarden Franken (+ 45 % gegenüber 2016). Die Kantone hätten bei einer einheitlichen Finanzierung ohne Pflege zusätzliche Ausgaben für Leistungen nach KVG in der Höhe von 4,7 Milliarden Franken (+ 49 % gegenüber 2016) zu tragen, im Status quo betrügen die Mehrausgaben 3,3 Milliarden Franken (+ 34 %, vgl. auch Ziffer 3.2.5).

⁶ abgesehen vom Erfordernis, die OKP-Beiträge so anzupassen, dass eine kostenneutrale Einführung sichergestellt werden kann

2.2.1 Bezugsgrösse für eine Anpassung der Beiträge

Mit einer regelmässigen Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung wird das Ziel verfolgt, die Finanzierungsanteile von OKP und Kantonen/Gemeinden sowie Patientinnen und Patienten zu stabilisieren. Im heutigen Beitragssystem finanziert die OKP Mengenerhöhungen laufend mit, da die Beiträge im Grundsatz an die für die Erbringung von Pflegeleistungen benötigte Zeit gebunden sind. Preiserhöhungen pro Zeiteinheit Pflegeleistungen (Löhne, Qualifikation des Pflegepersonals, Intensität/Komplexität der Pflegeleistung etc.) werden bei konstanten OKP-Beiträgen hingegen nicht mitfinanziert. Um die Finanzierungsanteile für die OKP und die Kantone und Gemeinden konstant zu halten, müssten die Beiträge nur der Preisentwicklung (im oben ausgeführten umfassenden Sinn) angepasst werden. Eine Anpassung an die gesamte Kostenentwicklung würde den Finanzierungsanteil der OKP erhöhen, da die Mengenzunahme dann doppelt berücksichtigt und somit überkompensiert würde. Um mit einer Anpassung der OKP-Beiträge die Finanzierungsanteile konstant zu halten, müssen also die relevanten Gesamtkosten und ihre Entstehung bekannt sein. Insbesondere müsste die Entwicklung der Mengen (Zeiteinheiten Pflegeleistungen) getrennt werden können von der Preisentwicklung im umfassenden Sinn. Damit diese Option möglich würde, müssen somit wie bei einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, namentlich eine verbesserte Kostentransparenz (siehe hierzu Ziffer 3.1).

Zusätzlich stellt sich auch die Frage, welche Kostenentwicklung gemeint ist. In Abwesenheit von Tarifen, welche durch die Tarifpartner vereinbart werden, müsste somit auch differenziert werden, welcher Teil der Preisentwicklung auf eine Erhöhung der Kosten für eine effiziente Leistungserbringung zurückzuführen ist und deshalb in einer Erhöhung der Beiträge der OKP abgebildet werden soll. Ansonsten bestünde das Problem, dass die Kantone mit ihren Entscheiden bei der Festlegung der Restfinanzierung auch die Beiträge der OKP mitbeeinflussen, ohne dass die Versicherer oder der für die OKP zuständige Bund entsprechende Steuerungsmöglichkeiten im Bereich der Restfinanzierung hätten, mit denen sichergestellt werden könnte, dass die Grundsätze des KVG, insbesondere die Wirtschaftlichkeit, eingehalten werden.

Falls die Priorität auf die zuverlässige Stabilisierung der Finanzierungsanteile gelegt wird, könnte versucht werden, aus der Kosten- und der Mengenentwicklung die Entwicklung der Preise und damit auch die notwendige Anpassung der Beiträge als Residualgrösse herzuleiten. Zusätzlich müsste, etwa mittels Benchmarks, differenziert werden können, welcher Teil der Preisentwicklung auf eine Kosten-erhöhung bei effizienter Leistungserbringung zurückzuführen ist. Dies setzt eine erhöhte Kostentransparenz und die Umsetzung der dafür unmittelbar notwendigen Massnahmen voraus (siehe hierzu Ziffer 3.1).

Alternativ könnte versucht werden, die Preisentwicklung direkt über Indizes wie Lohnentwicklung, Qualifikation des eingesetzten Personal etc. herzuleiten. Wenn das Zusammenspiel von Mengen- und Preisentwicklung nicht hinreichend bekannt ist, wäre allerdings damit zu rechnen, dass die Beiträge zuweilen zu wenig oder zu stark erhöht würden und das Ziel, die Finanzierungsanteile konstant zu halten, teilweise verfehlt würde. Insbesondere wäre bei einer direkten Abstützung auf Indizes statt der tatsächlichen, transparenten Kostenentwicklung auch nicht gewährleistet, dass bei gestiegenen Kosten nicht nur die OKP, sondern auch die Kantone ihren Finanzierungsbeitrag erhöhen, da sie die Restfinanzierung immer noch in eigener Kompetenz festlegen könnten.

Die notwendigen Anpassungen sind somit komplex und lassen sich vermutlich nicht sinnvoll auf Gesetzesstufe definieren, etwa mittels einer einfachen Formel oder definierten Bezugsgrösse, welche alle relevanten Aspekte abbildet. Das System der OKP-Beiträge wurde nicht entwickelt, um Kostensteigerungen als Zusammenspiel von Preis und Menge zuverlässig abbilden zu können. Vor diesem Hintergrund würde sich, falls vom Gesetzgeber gewünscht, vermutlich eher die Formulierung eines

abstrakten Ziels eignen, etwa eine Annäherung an möglichst konstante Finanzierungsanteile, bei dessen Interpretation und Umsetzung in der Praxis ein beträchtlicher Spielraum bestünde. Es müsste vermutlich in Kauf genommen werden, dass die Finanzierungsanteile nur näherungsweise konstant gehalten werden können.

2.2.2 Zuständigkeit für eine Anpassung der Beiträge

Angesichts der Komplexität der jeweils notwendigen Anpassungen würde es sich anbieten, dass für die Festsetzung und Anpassung der OKP-Pflegebeiträge weiterhin der Bundesrat zuständig bleibt. Alternativ könnte diese Kompetenz dem Gesetzgeber selbst zufallen.

2.2.3 Zeitpunkt für eine Anpassung der Beiträge

Wenn der Bundesrat die Pflegebeiträge der OKP nicht mehr in eigener Verantwortung frei anpassen können soll, müsste festgelegt werden, wann beziehungsweise unter welchen Voraussetzungen eine Anpassung erfolgen müsste. Es könnte beispielsweise eine Periode definiert werden, nach welcher der Bundesrat oder das zuständige Gremium die Beiträge im Hinblick auf die gesetzlich festgelegten Kriterien prüfen und gegebenenfalls anpassen muss. Möglich wäre auch, dass eine Prüfung und Anpassung erfolgen muss, wenn ein bestimmtes Ausmass an Kostenentwicklung eingetreten ist, oder bei einer vordefinierten Abweichung der Finanzierungsanteile von OKP einerseits und Kantonen und Gemeinden andererseits. Alternativ könnte der Zeitpunkt einer Anpassung der OKP-Pflegebeiträge wie heute frei durch den Bundesrat bestimmt werden, der Bundesrat wäre aber an die mittels Bezugsgrösse gesetzten Ziele gebunden. Diese Variante würde den Spielraum des Bundesrates für die Anpassung im Vergleich zu einer vordefinierten Periode etwas erhöhen.

2.2.4 Begleitmassnahmen zu einer Anpassung der Beiträge

Die Kompetenz zur Regelung der Restfinanzierung liegt in dieser Option nach wie vor bei den Kantonen. Die Kostenentwicklung der Gesamtkosten wird massgeblich von der Höhe der Restfinanzierung beeinflusst, die allein von den Kantonen festgelegt wird. Der Bund, die Versicherer und die Leistungserbringer haben keine direkte Möglichkeit, die Höhe der Restfinanzierung zu beeinflussen. Könnte der Bundesrat die Höhe der OKP-Beiträge nicht mehr in eigener Kompetenz frei anpassen, sondern wäre gesetzlich vorgesehen, dass die Beiträge regelmässig und vollständig der Kostenentwicklung der Gesamtkosten angepasst werden müssen, dann würde die OKP so gesehen faktisch zu einer anteilmässigen Mitfinanzierung der Kostenentwicklung der Pflegeleistungen verpflichtet. Folglich würden die OKP-Beiträge vom Gedanken her automatisch der Kostenentwicklung angepasst, ohne dass die OKP bzw. die Versicherer die Entwicklung der Gesamtkosten, das heisst inklusive Restfinanzierung, massgeblich beeinflussen könnten.

Aus Gründen der fiskalischen Äquivalenz wäre eine verpflichtende und vollständige Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung aus Sicht des Bundesrates nur akzeptabel, wenn dieser Pflicht auch entsprechende Steuerungsmöglichkeiten gegenüberstünden. Die Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung und damit für die Entwicklung der Gesamtkosten müsste somit ergänzt werden um Möglichkeiten der Mitwirkung für Bund oder Versicherer zur Bestimmung der Höhe der Gesamtkosten. Das Beitragssystem wurde aber gerade geschaffen, weil den Kantonen die Verantwortung für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen zugewiesen wurde und in diesem Bereich keine Tarifpartner und kein Tarif bestehen. Das Konzept der Beiträge eignet sich somit im Grunde nicht für eine regelmässige, verpflichtende und vollständige Anpassung, welche einer faktischen Mitfinanzierung der Kostenentwicklung gleichkommt.

Wenn eine faktische anteilmässige Mitfinanzierung der Kostenentwicklung gewünscht wird, wäre anstelle des Systems der Beiträge der OKP und Restfinanzierung durch die Kantone ein Tarifsysteem die bessere Lösung, welches von den Tarifpartnern unter Mitwirkung der Kantone verhandelt würde, so wie dies auch bei einer einheitlichen Finanzierung vorgesehen wäre (siehe Ziffer 2.3).

Zu beachten wäre schliesslich auch, dass die Kantone die Restfinanzierung unterschiedlich regeln, sowohl betreffend die Höhe der Restfinanzierung als auch betreffend die Art der Festlegung (Infras et al. 2018). Dies führt dazu, dass sich die Kosten für Pflegeleistungen auch bei ansonsten gleichem Ausmass der Pflegebedürftigkeit je nach Kanton unterschiedlich entwickeln. Weil sich die Anpassung der Beiträge der OKP an der Kostenentwicklung auf gesamtschweizerischer Ebene orientieren würde, hätte das Handeln einzelner Kantone also Einfluss auf die Höhe der Beiträge der OKP für alle anderen Kantone. Falls ein Kanton beispielsweise eine sehr restriktive Restfinanzierung pflegt, würden auch die schweizweiten OKP-Beiträge in geringerem Mass angepasst, was den Finanzierungsanteil eines Kantons mit durchschnittlicher Restfinanzierung erhöhen würde. Auch aus diesem Grund wäre eine Abkehr von der ausschliesslichen Verantwortung der einzelnen Kantone für die Festlegung der Restfinanzierung bei einer regelmässigen Anpassung der Beiträge wünschenswert.

2.2.5 Schlussfolgerungen

Falls die Beiträge der OKP regelmässig und vollständig der Kostenentwicklung der Pflegeleistungen angepasst würden und gleichzeitig eine einheitliche Finanzierung lediglich der ambulanten und stationären Leistungen eingeführt würde, wären die finanziellen Auswirkungen für OKP und Kantone dieselben wie bei einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen (siehe hierzu Ziffer 2.3), allerdings ohne deren erhoffte Wirkung, dass Fehlanreize an den Schnittstellen von Leistungsbereichen mit bisher unterschiedlicher Finanzierung wegfallen und die Effizienzvorteile einer koordinierten Versorgung ausgeschöpft werden können. Eine einheitliche Finanzierung aller Leistungen, auch der Pflegeleistungen, wäre deshalb aus Sicht des Bundesrates einer regelmässigen Anpassung der OKP-Beiträge vorzuziehen.

Eine regelmässige Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung wäre nur dann allenfalls sinnvoll, wenn die Anpassung an die Kosten nicht vollständig, sondern nur teilweise erfolgen soll, um das prämienfinanzierte Kostenwachstum etwas zu dämpfen, und wenn eine solche Anpassung durch den Bundesrat in eigener Regie erfolgen könnte. Damit wäre der Unterschied zum heutigen System allerdings sehr gering.

Eine regelmässige, vollständige Anpassung könnte auch dann in Betracht gezogen werden, wenn eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sich als nicht machbar erweist. Im Hinblick auf eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Anteile aller Leistungen nach KVG wäre in diesem Fall aber aus Sicht des Bundesrates auf eine Anpassung der OKP-Beiträge zu verzichten, da sich die Kostenbelastung der Kantone bei den übrigen Leistungen nach KVG durch die Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen fortlaufend verringert. Konstante Beiträge der OKP für Pflegeleistungen bieten hier ein gewisses, wenn auch unvollständiges Gegenstück dazu. Die zu erwartende Kostenzunahme ist für die OKP am grössten und entsprechend für die Kantone am geringsten, wenn die Beiträge der OKP für Pflegeleistungen regelmässig der Kostenentwicklung angepasst würden und gleichzeitig auf eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen verzichtet würde. Der Bundesrat hat in der Strategie Gesundheit 2020 das Ziel formuliert, dass die steuerfinanzierten Anteile am Gesundheitswesen mittel- und längerfristig nicht sinken sollten. Ein solches Szenario ist aus Sicht des Bundesrates deshalb nicht anzustreben. Auch aus Gründen der fiskalischen Äquivalenz steht der Bundesrat einer regelmässigen Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung sehr kritisch gegenüber, da die Festlegung der Höhe der Restfinanzierung und damit der Kosten nach wie vor ausschliesslich bei den Kantonen läge.

2.3 Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung

Diese Option sieht einen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung vor. Die Idee ist, dass alle Leistungen nach KVG und damit auch alle Pflegeleistungen nach demselben Schlüssel finanziert werden. Alternativ zu dieser Hauptvariante wäre es theoretisch denkbar, bei der Pflege zwischen Leistungen der Grund- und solchen der Behandlungspflege zu unterscheiden. Ebenso wie eine Anpassung der Pflegebeiträge der OKP an die Kostenentwicklung setzt eine Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung voraus, dass die Höhe der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG sowie deren Entwicklung bekannt ist.

2.3.1 Hauptvariante: Einheitliche Finanzierung aller Pflegeleistungen nach KVG

In der Hauptvariante würden die Pflegeleistungen und damit alle Leistungen nach KVG nach denselben Regeln finanziert. Mögliche Fehlanreize an den Schnittstellen von Leistungsbereichen mit unterschiedlicher Finanzierung würden innerhalb der Leistungen nach KVG komplett wegfallen, die erhofften Effizienzvorteile, namentlich durch die koordinierte Versorgung, wären in dieser Option am grössten. Mit einem vollständigen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung wäre auch das Anliegen des Postulats 16.3352 erfüllt, da die Finanzierungsträger die Kostensteigerungen der Pflegeleistungen wie auch der anderen Leistungen in gleichem Ausmass übernehmen würden. Damit der anzuwendende Finanzierungsschlüssel für eine einheitliche Finanzierung gegenüber heute kostenneutral festgelegt werden kann, müssen die relevanten Gesamtkosten bekannt sein. Zudem bedingt der Wegfall der Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung, dass eine Lösung für die Vergütung der Pflegeleistungen gefunden wird. Damit diese Option möglich würde, müssen somit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein (siehe Ziffer 3).

Bei dieser Option würden neu nicht mehr nur die Zunahme der Menge der Pflegeleistungen, sondern auch Preissteigerungen von der OKP mitgetragen. Bezogen lediglich auf die Pflegeleistungen würde die Kostenzunahme für die OKP deshalb etwas stärker ausfallen als im Status quo (siehe Ziffer 2.1). Bezogen auf alle Leistungen nach KVG ändert das Bild. Zwar lassen einerseits die Projektionen bis zum Jahr 2045 der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV, vgl. hierzu Bundesrat 2016) erwarten, dass die Kosten für Pflegeleistungen angesichts der alternden Bevölkerung in den kommenden Jahren im Vergleich zu den anderen Leistungen nach KVG prozentual überdurchschnittlich zunehmen werden. Andererseits müsste die OKP mit einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen die Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen nicht mehr alleine tragen. Bei einer Fortsetzung des Status quo würde die absolute Mehrbelastung der OKP durch die volumenmässig bedeutendere Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen deshalb vermutlich grösser ausfallen als die Mehrbelastung der OKP durch eine einheitliche Finanzierung der Pflegeleistungen. Im Vergleich zum heutigen System würde die OKP also mutmasslich von einer einheitlichen Finanzierung leicht entlastet werden, auch wenn die Pflegeleistungen miteinbezogen werden (vgl. Ziffer 3.2.5 sowie Infrass 2019, basierend auf den Projektionen der EFV und des Obsan).

2.3.2 Alternativvariante: Einheitliche Finanzierung der Behandlungspflege, OKP-Beitrag an Grundpflege

Alternativ zur oben erwähnten Finanzierung aller Leistungen nach KVG nach denselben Regeln wäre theoretisch auch denkbar, innerhalb der Pflege eine Unterscheidung von Leistungen der Grund- und der Behandlungspflege vorzusehen, wie vom Bundesrat bereits im Vorfeld der Neuordnung der Pflegefinanzierung angedacht (vgl. Vorlage 05.025, Bundesrat 2005). Grundidee dieses Modells ist, dass die OKP die Kosten für jene medizinischen Massnahmen voll vergütet, die ein therapeutisches oder

palliatives Ziel zur Behandlung einer Krankheit verfolgen (Behandlungspflege), während an die auf die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse ausgerichtete Grundpflege ein Beitrag entrichtet wird.

Vorteil einer solchen Lösung wäre, dass die Leistungen der Grundpflege gegenüber der Betreuung nicht abgegrenzt werden müssten. Diese Abgrenzung verursacht einigen Aufwand und ist auch 20 Jahre nach Einführung des KVG nicht erfolgreich umgesetzt (vgl. Ziffer 3.1).

Zu bedenken ist, dass das Parlament bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung eine andere Lösung gewählt hat. Die Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung der Grundpflege entfielen, wie in der Vorlage 05.025 vorgesehen, zulasten einer Verantwortung der Patientinnen und Patienten respektive weiterer, bestehender oder neu zu schaffender subsidiärer Sozialversicherungen (wie beispielsweise Ergänzungsleistungen zu AHV/IV oder eine allfällige Pflegeversicherung, siehe Ziffer 2.4.1). Entlastet würden bei dieser Variante vermutlich sowohl die Kantone⁷ als auch die OKP, sofern die OKP-Beiträge nicht an die Kostenentwicklung angepasst werden.⁸ Hingegen würde sich die Belastung der Privathaushalte und indirekt weiterer sozialpolitischer Instrumente gegenüber der heutigen Situation erhöhen.⁹

Eine Auftrennung der Grund- und Behandlungspflege würde somit neue Fragen aufwerfen, wie die Grundpflege sozialpolitisch zufriedenstellend finanziert werden kann, es verblieben Schnittstellen mit unterschiedlicher Finanzierung zwischen Grundpflege und Behandlungspflege und sie würde auch statistisch eine neue Abgrenzung zwischen Grund- und Behandlungspflege bedingen.¹⁰ Aus diesen Gründen steht für den Bundesrat die Hauptvariante mit einer einheitlichen Finanzierung aller Pflegeleistungen im Vordergrund.

⁷ Die Kantone würden von ihrer Verantwortung für die Mitfinanzierung der Grundpflege befreit. Es ist davon auszugehen, dass aus Sicht des Finanzierungsregimes die Belastung für die Kantone verringert würde, da die Patientinnen und Patienten selbst für die Finanzierung der über die Beiträge der OKP hinausgehenden Kosten verantwortlich wären.

⁸ Mengensteigerungen im Bereich der Grundpflege würden durch die Weiterführung des Beitragssystems weiterhin weitgehend von der OKP mitgetragen. Allfällige Preissteigerungen pro Mengeneinheit Grundpflege (Löhne etc.) würden von der OKP aber solange nicht mitgetragen, als die OKP-Beiträge für die Grundpflege nicht an die Preisentwicklung (vgl. hierzu Ziffer 2.2.1) angepasst werden. Deshalb wäre die Belastung für die OKP mit einem Ausschluss der Grundpflege aus einer einheitlichen Finanzierung wohl etwas geringer als mit einem Einbezug aller Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung. Umgekehrt müssten die Patientinnen und Patienten respektive subsidiär weitere Sozialversicherungen (EL, Hilflosenentschädigung, Sozialhilfe, allfällige Pflegeversicherung) etwas höhere Lasten tragen. Dies setzt aber voraus, dass die OKP-Beiträge für die Grundpflege dauerhaft nicht angepasst werden. Sobald die OKP-Beiträge für die Grundpflege regelmässig der Preisentwicklung angepasst werden (was einer Kombination der Optionen in Ziffer 2.2 für die Grundpflege und Ziffer 2.3 für die übrigen Leistungen nach KVG gleichkäme), wären die finanziellen Auswirkungen dieser theoretischen Alternativvariante vergleichbar mit einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG, inklusive der Grundpflege. Es ist unklar, inwiefern sich die finanziellen Auswirkungen dieser Variante auf OKP und Kantone von einer einheitlichen Finanzierung aller Pflegeleistungen unterscheiden.

⁹ Falls keine zusätzliche Versicherung neu geschaffen würde (siehe Ziffer 2.4.1), wäre davon auszugehen, dass die Kantone einen Teil dieser Kosten trotzdem übernehmen müssten, etwa über Ergänzungsleistungen zu AHV/IV und weitere Instrumente, da ein Teil der Patientinnen und Patienten die zusätzliche Belastung durch den Wegfall der Restfinanzierung durch die Kantone nicht selbst tragen könnte. Für den Bund sollte sich dadurch keine zusätzliche Belastung ergeben, da die Kantone die Ergänzungsleistungen für heimbedingte sowie krankheits- und behinderungsbedingten Kosten vollumfänglich tragen. Der Bund übernimmt fünf Achtel der Kosten für die Lebenshaltung der Personen zu Hause und im Heim. Die Kantone übernehmen die restlichen drei Achtel dieser Kosten. Ergänzungsleistungen im Zusammenhang mit heimbedingen Mehrkosten sowie mit Krankheits- und Behinderungskosten, zu denen unter anderem die Kosten für die Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen zählen, werden vollständig von den Kantonen getragen (vgl. Art. 13 und 14 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30). Insgesamt wäre somit anzunehmen, dass die Kantone im Vergleich zum geltenden Restfinanzierungsregime etwas entlastet würden, da ein Teil der Lasten zu den Privathaushalten verschoben würde.

¹⁰ Mit dieser theoretischen Alternativvariante würden potenzielle Fehlanreize an den Schnittstellen zwischen Bereichen mit unterschiedlicher Finanzierung in den meisten Fällen ebenfalls wegfallen. Im Unterschied zur Hauptvariante verbliebe allerdings eine Schnittstelle zwischen der Grundpflege und den anderen Leistungen nach KVG, namentlich der Behandlungspflege. Es ist unklar, in welchem Ausmass dies die erhofften Effizienzvorteile im Vergleich zur Hauptvariante schmälert. Die für eine einheitliche Finanzierung notwendigen Voraussetzungen (siehe Ziffer 3) gelten auch für die Alternativvariante. Zusätzlich müsste für eine kostenneutrale Umstellung bekannt sein, wie sich die heutigen Kosten zwischen Grund- und Behandlungspflege aufteilen. Für die Vergütung müssten für die Grund- und Behandlungspflege jeweils unabhängige Lösungen gefunden werden.

2.4 Pflegefinanzierung ausserhalb des KVG

Der Bundesrat hat in seinem Bericht in Erfüllung der Postulate Fehr Jacqueline 12.3604, Eder 14.3912 und Ledermann 14.4165 (Bundesrat 2016) weitere Optionen der Pflegefinanzierung eingehend diskutiert. Diese Optionen sind als Ergänzung zu verstehen gegenüber den beiden Optionen, die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung zu integrieren oder die OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung anzupassen und werden hier zusammenfassend dargestellt, damit eine vollständige Auslegeordnung der verschiedenen Optionen der Pflegefinanzierung vorliegt.

Anstelle einer Weiterführung der bisherigen Finanzierung der Pflegeleistungen, allenfalls verbunden mit einer regelmässigen Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung, oder einer Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung könnten die Pflegeleistungen theoretisch auch aus dem Leistungsbereich nach KVG herausgelöst und anderweitig finanziert werden. Optional könnten auch lediglich die Leistungen der Grundpflege, etwa in Kombination mit einer Integration der Behandlungspflege in eine einheitliche Finanzierung, aus dem KVG herausgelöst werden. Verschiedene alternative Möglichkeiten für eine Pflegefinanzierung ausserhalb des KVG mit jeweils unterschiedlichen möglichen Ausgestaltungen im Detail sind denkbar:

1. eine obligatorische oder freiwillige separate Pflegeversicherung,
2. ein obligatorisches oder freiwilliges Pflegesparen sowie
3. eine direkte Finanzierung der Pflegekosten durch den Staat.

Diese eigenständigen Finanzierungslösungen für die Pflegeleistungen könnten falls gewünscht auch mit der Finanzierung von weiteren mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten wie etwa der Betreuung kombiniert werden. Die drei Möglichkeiten werden im Folgenden kurz vorgestellt und eingeordnet.

2.4.1 Eigenständige Pflegeversicherung für Pflegeleistungen

Bei dieser Variante würden die Pflegeleistungen nach KVG (Abklärung, Beratung und Koordination; Untersuchung und Behandlung; Grundpflege) aus der OKP ausgegliedert. Der steuerfinanzierte Anteil der Kantone, der prämienfinanzierte Anteil der OKP und allenfalls auch die Patientenbeteiligung der Pflegebedürftigen würden in eine Pflegeversicherung überführt, was die bisherigen Finanzierungsträger entlasten würde. Die neue Sozialversicherung würde im Umlageverfahren finanziert. Die Kosten würden durch das neue Versichertenkollektiv der Pflegeversicherung getragen. Diese Lösung entspricht der Finanzierungsoption d (Modell B) im Bericht zur Langzeitpflege (Bundesrat 2016: 67f.). Falls die Behandlungspflege einheitlich finanziert werden soll (vgl. Ziffer 2.3), könnte in einer Untervariante auch eine Pflegeversicherung vorgesehen werden, welche lediglich die Grundpflege finanziert. Eine Pflegeversicherung, die sämtliche Pflegeleistungen nach KVG inklusive Patientenbeteiligung übernimmt, würde schätzungsweise 60 Prozent der Gesamtkosten der Langzeitpflege abdecken (vgl. Bundesrat 2016: 68)¹¹.

Eine Pflegeversicherung könnte obligatorisch oder freiwillig sein. Bei einer freiwilligen Versicherung bestünde aber ähnlich wie bei der Versicherung von Krankheitsrisiken das Problem, dass für die einzelne Person ein gewisser Anreiz besteht, sich nicht zu versichern. Wenn davon ausgegangen wird, dass die Gesellschaft es nicht zulassen würde, dass Pflegebedürftige nicht oder nur unzureichend versorgt würden, wenn sie die Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht selbst tragen könnten, würde die Allgemeinheit in diesem Fall letztlich einen grossen Teil der Kosten übernehmen. Dies reduziert den

¹¹ Nicht abgedeckt wären die Kosten der Unfallversicherung, der Hilflosenentschädigung zur AHV sowie weitere privat getragene Kosten wie insbesondere Betreuung und Hotellerie.

Anreiz stark, sich zu versichern, besonders für einkommensschwächere Personen. Im Interesse einer fairen Verteilung der Lasten sollte deshalb eine obligatorische Versicherung im Vordergrund stehen.

Zu klären wäre, ob sich eine obligatorische Versicherungs- und Beitragspflicht auf die ganze Bevölkerung oder nur auf einzelne Bevölkerungsgruppen beziehen soll. Eine Pflegeversicherungspflicht könnte beispielsweise für die Altersgruppe der über 50-jährigen Personen vorgesehen werden. Wird die Pflegeversicherungspflicht neu auf einen bestimmten Kreis von Versicherten eingeschränkt, müsste im Vergleich zum Status quo ein kleineres Kollektiv von (Pflege-) Versicherten eine stärker zunehmende Finanzierungslast tragen, da davon auszugehen ist, dass die Kosten der Langzeitpflege wegen der demografischen Entwicklung relativ stärker wachsen als die gesamten OKP-Kosten.

Zur Finanzierung einer Pflegeversicherung sind viele Varianten denkbar. Die Pflegeversicherung könnte über eine einheitliche Kopfprämie, differenzierte Kopfprämien oder Lohnprozente finanziert werden. Die sozialpolitischen Auswirkungen einer Pflegeversicherung hängen davon ab, wie die Versicherungsprämien (einheitlich abgestufte oder einkommensabhängige Kopfprämien oder Lohnprozente) erhoben würden (linear oder progressiv zum Einkommen, abgestuft nach dem Alter bzw. nicht abgestuft usw.). Aus sozialpolitischer Sicht würden eine Lohnbeitragsfinanzierung oder einkommensabhängige Kopfbeiträge Vorteile gegenüber einheitlichen oder nach Alter abgestuften Kopfprämien aufweisen. Die sozialpolitisch unerwünschten Auswirkungen von einheitlichen Pro-Kopf-Prämien könnten mit einem Prämienverbilligungssystem analog der individuellen Prämienverbilligung (IPV) in der OKP weitgehend vermieden werden.

Da die Kantonshaushalte in dieser Variante finanziell stark entlastet würden, wären die Möglichkeiten einer entsprechenden Kompensationsleistung zu prüfen wie zum Beispiel die Übernahme der Kosten für Prämienverbilligungen durch die Kantone. Ohne sozialpolitisches Korrektiv ist davon auszugehen, dass bei einem Wegfall der Steuerfinanzierung und der Einführung einer Versicherungslösung die Personen mit hohem Einkommen tendenziell entlastet und jene mit tiefen Einkommen im Gegenzug belastet würden. Eine Pflegeversicherung würde die heutigen Zuständigkeiten von Bund und Kantonen in der Aufgabenerfüllung grundsätzlich nicht tangieren. Die Kantone und Gemeinden wären weiterhin für die Pflegeheime zuständig und dem Bund würden keine neuen Lasten auferlegt.

Eine Pflegeversicherung würde allerdings neue Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Sozialversicherungen schaffen. Gegenüber heute aufwändiger würde die Administration insbesondere bei einer Auslagerung lediglich eines Teils der Pflegeleistungen der OKP in eine Pflegeversicherung, weil dann die Leistungserbringer neu mit zwei verschiedenen Versicherungen statt wie heute mit einer Versicherung abrechnen müssten. Das bereits verschachtelte System der sozialen Sicherheit würde so weiter verzettelt.

Eine von der OKP unabhängige Versicherung für Pflegeleistungen ausserhalb des KVG könnte kombiniert werden mit einer Versicherung für weitere mit der Pflegebedürftigkeit verbundene Kosten wie Betreuung.¹² Bei dieser Option würde ein Teil der Kosten der Betreuung zu Hause und im Pflegeheim, der noch genauer mit einem Leistungskatalog zu definieren wäre, ebenfalls durch die obligatorische Pflegeversicherung übernommen.¹³ Die Betreuung wird heute vornehmlich privat finanziert. Mit der Übernahme der Kosten der Betreuung zu Hause und im Pflegeheim durch eine Pflegeversicherung würden die privaten Haushalte, die heute einen erheblichen Teil der Betreuungskosten tragen, und die Kantone, welche die Betreuung über die Ergänzungsleistungen mitfinanzieren, entlastet. Umgekehrt würde das Versichertenkollektiv stärker belastet. Ein solches Versicherungsgefäss würde schätzungsweise 70 Prozent der Kosten der Langzeitpflege finanzieren (Bundesrat 2016: 69).

¹² Dies entspräche der Option d [Modell C] im Bericht zur Langzeitpflege (Bundesrat 2016: 68f.).

¹³ Die Definition kann enger oder weiter gefasst werden. Eine enge Definition würde zum Beispiel «pflegenähe» Betreuung umfassen wie zum Beispiel die Überwachung der Pflegebedürftigen in bestimmten Situationen. Eine weite Definition wäre beispielsweise die Betreuung im Pflegeheim wie Organisation gemeinsamer Aktivitäten, Förderung von sozialen Kontakten usw..

Mit einer solchen kombinierten Versicherung für die Kosten der Pflegeleistungen und beispielsweise der Betreuung stünde den neu entstehenden Fehlanreizen an der Schnittstelle zu den übrigen Leistungen nach KVG (ambulante und stationäre Leistungen) immerhin eine Reduktion der Schnittstellen- und Abgrenzungsprobleme etwa zwischen Pflege und Betreuung gegenüber.

Die Nachteile einer separaten Pflegeversicherung, wie zusätzliche Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungen, insbesondere der OKP, damit verbundenen Fehlanreizen und einer zusätzlich notwendigen separaten Administration könnten den Vorteilen einer separaten Versicherung wohl nur dann die Waage halten, wenn die Ausgestaltung dieser Pflegeversicherung sich stark von derjenigen der OKP unterscheiden würde, wenn sie also beispielsweise nicht dem Konzept des regulierten Wettbewerbs folgen würde. Je ähnlicher die Ausgestaltung von Pflegeversicherung und OKP, desto eher würde sich zur Vermeidung von neuen Schnittstellen und zusätzlichem administrativem Aufwand ein Verzicht auf eine separate Pflegeversicherung und ein Beibehalten der Integration in die OKP beziehungsweise ins KVG aufdrängen, allenfalls verbunden mit einer einheitlichen Finanzierung.

Dient eine Pflegeversicherung lediglich dazu, spezifische finanz- oder sozialpolitische Ziele zu erreichen, so ist aufgrund der oben ausgeführten Nachteile einer separaten Lösung eine Regelung beziehungsweise Anpassung im Rahmen des KVG vorzuziehen. Mögliche Ziele könnten dabei etwa eine andere Aufteilung zwischen progressiv wirkender Steuerfinanzierung und degressiv wirkenden Kopfprämien oder eine andere Verteilung der Lasten auf die Altersgruppen sein, beispielsweise indem die Versicherungsbeiträge für Pflegeleistungen erst ab einem bestimmten Alter zu leisten wären. Mit geringerem Aufwand könnten dafür im KVG zusätzliche, nach Alter differenzierte Prämiengruppen geschaffen werden. Auch falls eine zusätzliche Versicherungslösung beispielsweise für Betreuungsleistungen, welche die heutige vornehmlich private Finanzierung ersetzen würde, gewünscht wird, diese dann aber doch ähnlich ausgestaltet und finanziert werden soll wie die OKP, wäre nicht zwingend die Schaffung einer separaten Sozialversicherung erforderlich. Eine separate Pflegeversicherung wäre aus Sicht des Bundesrates somit nur dann sinnvoll, wenn deren Ausgestaltung stark von derjenigen der OKP abweichen würde und wenn die neu entstehenden Schnittstellen zwischen OKP und Pflegeversicherung nicht zu grösseren Fehlanreizen führen würden. Für die Finanzierung der Pflegeleistungen bevorzugt der Bundesrat eine Lösung innerhalb des KVG. Für die übrigen, mit Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Leistungen, die nicht vom KVG erfasst werden, wie Betreuungs-, Hotellerie- oder hauswirtschaftliche Leistungen, kann die Lösungsfindung unabhängig erfolgen.

2.4.2 Pflegespargen

Verschiedene parlamentarische Vorstösse haben vorgeschlagen, die Kosten der Pflegebedürftigkeit über ein freiwillig oder obligatorisch und individuell zu äufnendes Sparkonto oder über eine Ausweitung der Säule 3a zu finanzieren. Der Bundesrat hat sich bereits gegen die Einführung von Pflegesparkonten ausgesprochen¹⁴ und steht einer Finanzierung der Pflege im Kapitaldeckungsverfahren skeptisch gegenüber.¹⁵

Eine Versicherungslösung bietet bei Risiken mit potentiell hohen Kosten, welche aber nur bei einem Teil der Personen eintreten und bei denen von diesen Personen schlecht beeinflusst werden kann, ob sie eintreten oder nicht, grundlegende Vorteile gegenüber einem Sparkonto.¹⁶ Im Falle ungleichmässig verteilter Risiken besteht bei einer Sparlösung ein inhärenter Zielkonflikt zwischen einer möglichst

¹⁴ vgl. hierzu Stellungnahmen zu den Motionen Dittli [16.4086](#) «Pflegesparkonto. Senkung der Krankenkassenprämien und Entlastung des Pflegepersonals» und FDP-Liberale Fraktion [18.4180](#) «Pflegesparkonto. Finanzierungsinstrument des 21. Jahrhunderts»

¹⁵ vgl. hierzu die Ausführungen des Bundesrates in seinem Bericht zur Langzeitpflege (Bundesrat 2016: 77f.) im Zusammenhang mit dem Postulat Lehmann 14.4165 «Pflegekostenversicherung auf den Prüfstand. Schutz des eigenen Vermögens»

¹⁶ vgl. hierzu die Stellungnahme des Bundesrates zur zurückgezogenen Motion Dittli 16.4086

weitgehenden Abdeckung der Kosten und dem Ziel, im Einzelfall unnötige Einschränkungen der Eigentumsgarantie zu vermeiden. Entweder wird das angesparte Kapital gar nicht oder nur teilweise für den geplanten Zweck gebraucht, oder es reicht zur Finanzierung der Pflegekosten nicht aus. Individuell angespartes Pflegekapital würde bei nicht pflegebedürftig gewordenen Erblassern ungenutzt verfallen. Sie könnten zu Lebzeiten nicht darüber verfügen, was einen problematischen Eingriff in die Eigentumsgarantie darstellt, zumal mit einer Versicherungslösung der gleiche Zweck mit weniger weitgehenden Eingriffen zu erreichen ist.

Bei Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen wäre zudem davon auszugehen, dass sie die geforderten obligatorischen Sparbeiträge nicht aufbringen können. Für diese Personen müssten aus sozialpolitischen Gründen wohl weiterhin aus anderen Quellen Mittel bereitgestellt werden, um ihre Sparbeiträge oder Pflegekosten decken zu können.

Eine allenfalls privilegierte Besteuerung würde somit zu Steuerausfällen bei Bund, Kantonen und Gemeinden führen, denen nicht entsprechende Minderausgaben entgegenstünden, zumal die Steuererleichterungen vor allem die wirtschaftlich stärkeren Haushalte begünstigen würden, für welche vergleichsweise geringere Sozialleistungen anfallen. Ein weiteres, staatlich geregeltes Zwangssparen (neben der beruflichen Vorsorge)¹⁷ könnte sich aus volkswirtschaftlicher Sicht als problematisch erweisen.

Bei freiwilligen, steuerbegünstigten Sparlösungen, wie sie beispielsweise im Postulat Eder [14.3912](#) «Ausweitung der Säule 3a zur Deckung der Pflegekosten» oder mit der Motion FDP Liberale Fraktion 18.4180 «Pflegesparkonto. Finanzierungsinstrument des 21. Jahrhunderts» gefordert wurden, kommt verschärfend hinzu, dass von ihnen primär Personen Gebrauch machen würden, die im heutigen System nicht auf die Unterstützung durch Sozialversicherungen wie etwa Ergänzungsleistungen angewiesen sind. Die Anreize zur freiwilligen zusätzlichen Vorsorge wären gerade für einkommensschwächere Personen, welche heute teilweise vom Staat unterstützt werden, gering, weil sie vergleichsweise kleine Steuervorteile hätten. Solange angesparte Mittel vorhanden sind, fallen zudem Sozialleistungen weg, die sie ohne Ersparnisse erhalten hätten. Für diese Personen müssten weiterhin Auffanglösungen bestehen. Einer Reduktion des Steueraufkommens stünden damit kaum Reduktionen von Sozialausgaben gegenüber.

Das Pflegesparen ist somit aus Sicht des Bundesrates keine optimale Lösung zur Finanzierung der Kosten der Pflegebedürftigkeit. Für die Struktur des zu lösenden Problems weist eine Versicherungslösung deutliche Vorteile auf.

2.4.3 Finanzierung der Pflegekosten durch den Staat

In einigen Ländern werden die Kosten für Krankheit und Pflege direkt durch den Staat finanziert, teilweise werden die notwendigen Leistungen sogar direkt durch vom Staat angestellte Personen erbracht. Ein solches sogenanntes Beveridge-System unterscheidet sich aber stark vom in der Schweiz angewendeten System zur Deckung von Risiken wie Krankheit und Unfall. Eine direkte Finanzierung der Pflegekosten durch den Staat in vollem Umfang, sei es durch die Kantone und Gemeinden oder durch den Bund, steht deshalb für die Schweiz wohl nicht im Vordergrund.

Hingegen tragen Kantone und Gemeinden heute im Rahmen ihrer Verantwortung für die Restfinanzierung heute einen bedeutenden Teil der Pflegekosten. Bei den stationären Leistungen finanzieren die Kantone einen fixen Anteil (mindestens 55 %) der Kosten mit. Ausserdem tragen die Kantone und der

¹⁷ 2018 wurden reglementarische Beiträge in der Höhe von 47,3 Milliarden Franken geleistet (BFS 2019)

Bund über Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung zu AHV und IV sowie über die Sozialhilfe einen Teil derjenigen Kosten, welche von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht getragen werden können.

Eine Mitfinanzierung aus steuerfinanzierten Quellen als sozialpolitisches Instrument zur Reduktion der Prämienlast lässt sich somit mit einer Versicherungslösung kombinieren, sei es im Rahmen des KVG (vgl. Abbildung 1) oder einer separaten Pflegeversicherung (vgl. Ziffer 2.4.1). Auch ein freiwilliges oder obligatorisches Pflegespargen (vgl. Ziffer 2.4.2) könnte über Steuerbegünstigungen oder direkte Sparbeiträge vom Staat subventioniert werden. Der Umfang dieser Mitfinanzierung oder Subventionierung lässt sich politisch grundsätzlich ebenso frei festlegen wie die Frage, welche staatliche Ebene(n) dafür in der Verantwortung stehen. Zusätzlich oder alternativ zu einer generellen Mitfinanzierung der Leistungen kann auch eine sozialpolitisch motivierte individuelle Verbilligung der Prämien durch den Staat erfolgen, bei der die Höhe und zuständige Ebene politisch ebenfalls grundsätzlich frei festgelegt werden kann.

Im Bericht zur Langzeitpflege (Bundesrat 2016: 62f.) wurde unter anderem eine Beteiligung des Bundes an den Pflegekosten (Option b) oder eine vollständige Übernahme der Zuständigkeit für die Langzeitpflege durch den Bund (Option c) skizziert. Ein finanzielles Engagement des Bundes müsste allerdings einhergehen mit neuen Steuerungskompetenzen des Bundes in Bereichen, die zurzeit vollständig in der Zuständigkeit der Kantone liegen. Eine derart weitreichende Reform könnte aber nur begründet werden, wenn die Aufgabenerfüllung die Möglichkeiten der Kantone übersteigen würde. Nur unter diesen Voraussetzungen wäre das im schweizerischen Föderalismus zentrale Subsidiaritätsprinzip auch bei einer Bundeszuständigkeit eingehalten. Sie würde zudem einen entgegengesetzten Transfer von Aufgaben vom Bund an die Kantone oder aber einen Einnahmentransfer im Bereich der direkten Steuern von den Kantonen zum Bund bedingen.

Der Bundesrat erachtet eine direkte Beteiligung des Bundes an den Pflegekosten, welche über die Beteiligung an den Kosten der Ergänzungsleistungen zu AHV/IV und an den Kosten der individuellen Prämienverbilligung hinausgeht, nach wie vor nicht als opportun. Die Verantwortung für eine steuerfinanzierte Mit- oder Restfinanzierung im Bereich der Langzeitpflege sollte weiterhin bei den Kantonen liegen, die auch über die entsprechenden Kompetenzen und Steuerungsmöglichkeiten verfügen.

2.5 Fazit aus Sicht des Bundesrates

Wie aufgezeigt, erachtet der Bundesrat Lösungsvorschläge zur zukünftigen Finanzierung der Kosten der Pflegebedürftigkeit wie ein Pflegesparkonto oder eine direkte Finanzierung der Pflegekosten durch den Bund als nicht opportun. Eine Versicherungslösung, kombiniert mit steuerfinanzierten Beiträgen als sozialpolitisches Instrument, weist für den Bereich der Pflegekosten deutliche sachliche Vorteile auf und entspricht auch am ehesten den bereits vorhandenen Kompetenzen und Strukturen. Eine Versicherungslösung innerhalb des KVG wäre dabei aus Sicht des Bundesrates für den Bereich der Pflegeleistungen zu bevorzugen, um zusätzliche Schnittstellen und zusätzlichen administrativen Aufwand zu vermeiden. Die Lösungsfindung für die weiteren Kosten der Pflegebedürftigkeit, wie Betreuungs-, Hotellerie- oder hauswirtschaftliche Leistungen kann unabhängig erfolgen.

Falls die Aufteilung zwischen Steuer- und Prämienfinanzierung abgeändert oder nur ein bestimmter Versichertenkreis mit den Kosten der Pflege belastet werden soll, wäre dies auch innerhalb des KVG möglich. Wie bereits in seiner Stellungnahme zum Entwurf der SGK-NR zur pa. Iv. 09.528 Humbel «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» sowie zur Motion 19.3970 SGK-NR «Einbezug der Langzeitpflege in eine einheitliche Finanzierung ambulanter und

stationärer Leistungen» ausgeführt, steht für den Bundesrat grundsätzlich eine einheitliche Finanzierung und ein Einbezug aller Pflegeleistungen in dieselbe im Vordergrund, sofern die notwendigen Grundlagen dafür erfüllt sind. Diese Option stabilisiert die steuer- und prämiendifinanzierten Anteil über alle Leistungen nach KVG hinweg und bietet von allen untersuchten Optionen die grösste Reduktion von Fehlanreizen an Schnittstellen zwischen Leistungsbereichen mit unterschiedlicher Finanzierung, was unter anderem die koordinierte Versorgung fördert.

Falls sich eine einheitliche Finanzierung als nicht machbar herausstellen sollte, wäre eine regelmässige Anpassung der Pflegebeiträge der OKP an die Kostenentwicklung für den Bundesrat nicht wünschbar, solange der Finanzierungsanteil der OKP durch die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen insgesamt steigt. Konstante Beiträge der OKP für Pflegeleistungen böten dazu ein gewisses, wenn auch unvollständiges Korrektiv. Auch Gründe der fiskalischen Äquivalenz sprechen gegen eine regelmässige Anpassung der Pflegebeiträge der OKP, solange die Kompetenz zur Festlegung der Restfinanzierung ausschliesslich bei den Kantonen liegt. Bei einem Verzicht auf eine einheitliche Finanzierung stünde für den Bundesrat deshalb ein Festhalten an der aktuellen Regelung der Pflegefinanzierung im Vordergrund.

Im Folgenden wird deshalb, auch entsprechend dem Auftrag der beiden Postulate, der Fokus auf die Optionen einer Integration der Pflege in die einheitliche Finanzierung (vgl. Ziffer 2.2) und einer regelmässigen Anpassung der OKP-Pflegebeiträge an die Kostenentwicklung vgl. Ziffer 2.3) gelegt. Dabei wird insbesondere näher untersucht, unter welchen Voraussetzungen diese Optionen umsetzbar sind.

3 Notwendige Grundlagen und Voraussetzungen

Im Folgenden wird, wie von den beiden Postulaten 16.3352 und 19.3002 gefordert, aufgezeigt, welche Grundlagen notwendig sind und wie sowie in welchem Zeitrahmen sie geschaffen werden können. Damit die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung integriert werden können oder die Beiträge für die Pflegeleistungen an die Kostenentwicklung angepasst werden können, müssen notwendige Grundlagen vorhanden sein. Namentlich muss Transparenz über die vollen relevanten Kosten für Pflegeleistungen bestehen (vgl. Ziffer 3.1). Bei Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung ist zu bestimmen, wie die Finanzierungsanteile der Kostenträger festgelegt werden (vgl. Ziffer 3.2) und wie mit der Patientenbeteiligung umzugehen ist (vgl. Ziffer 3.3). Zusätzlich muss eine neue Lösung für die Tarifierung der Pflegeleistungen gefunden werden, da die bisherige Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung wegfällt (vgl. Ziffer 3.4). Eine regelmässige Anpassung der OKP-Pflegebeiträge an die Kostenentwicklung erfordert, wie eine Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung, Transparenz über die Kosten der Pflegeleistungen. Zudem stellen sich verschiedene Umsetzungsfragen (vgl. Ziffer 3.5).

Die hier gemachten Ausführungen stützen sich massgeblich auf die Resultate eines externen Mandates, welches vom BAG zur Klärung der offenen Fragen vergeben wurde. Die Beratungsfirma Polynomics AG hat zusammen mit der Hochschule Luzern (HSLU) im Auftrag des BAG eine Konzeptstudie zur Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung erarbeitet (Polynomics / HSLU 2020). Die Erarbeitung des Berichts wurde von den relevanten Akteuren der Pflegefinanzierung (Verbände der Leistungserbringer und Versicherer, GDK, Schweizerischer Städteverband und Schweizerischer Gemeindeverband) begleitet. Der Bericht zeigt, welche Grundlagen nötig sind, um

- die Kostentransparenz im ambulanten und im stationären Bereich der Pflege herstellen zu können,
- die Finanzierungsanteile der Kostenträger (OKP, Kantone/Gemeinden, Versicherte) bestimmen zu können sowie um
- die Pflegeleistungen schweizweit einheitlich vergüten zu können.

3.1 Kostentransparenz

Der erste Schritt zur Schaffung von Kostentransparenz ist eine klare Abgrenzung der relevanten Leistungen. Grundvoraussetzung für die Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung oder für eine Anpassung der Pflegebeiträge an die Kostenentwicklung ist, dass Pflegeleistungen nach KVG klar von Betreuungs- und Hauswirtschafts- oder Hotellerieleistungen sowie gemeinwirtschaftlichen Leistungen abgegrenzt werden können und die Leistungserbringer in der Lage sind, die entsprechenden Kosten transparent auszuweisen.

Heute ist jedoch unklar, wie hoch die tatsächlichen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG sind. Gründe hierfür liegen nicht auf der Ebene der Leistungsdefinition und des Leistungskatalogs, sondern vielmehr auf der Ebene der Kostentransparenz und Kostenrechnung. Abgrenzungsprobleme auf Ebene der Kostenrechnung und eine zu geringe Datenqualität führen dazu, dass keine vollständige Kostentransparenz besteht, sowohl im Bereich der ambulanten Pflege wie auch der Pflege im Pflegeheim. Entsprechend können mit den heute vorliegenden Informationen weder die genauen Finanzierungsanteile der Kostenträger noch die effektive Kostenentwicklung ermittelt werden.

Die Verbesserung der Kostentransparenz ist komplex, weil eine Reihe von Massnahmen auf verschiedenen Ebenen ergriffen werden muss und alle relevanten Akteure dazu ihren Beitrag leisten müssen.

3.1.1 Definition und Abgrenzung der Pflegeleistungen nach KVG

Die OKP übernimmt nach Artikel 25 KVG die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Die Pflegeleistungen nach KVG sind in der KLV präzisiert. In Artikel 7 Absatz 2 KLV (Pflegeleistungen nach KVG) wird zwischen Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege unterschieden. Leistungsdefinition und -katalog sind für den Bereich der Pflege schweizweit einheitlich, unabhängig davon, in welchem Bereich (ambulant, stationär, Tages- und Nachtstrukturen) die Leistung erbracht wird. Sie werden fortlaufend, zum Teil auch auf der Grundlage von Gerichtsurteilen, überprüft und angepasst. Zusätzlich bestehen im ambulanten und im stationären Bereich Tätigkeitslisten der Leistungserbringerverbände. Nach Einschätzung von Polynomics / HSLU (2020: 19ff.) ist es in der Praxis mit den vorhandenen Grundlagen möglich, die Pflegeleistungen nach KVG von Betreuungs- oder Hotellerie- bzw. Hauswirtschaftsleistungen abzugrenzen. Das Problem der Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen und anderen Leistungen liegt laut Polynomics / HSLU (2020) vielmehr auf der Ebene der Kostentransparenz und Kostenrechnung. Von den Pflegeleistungen nach KVG abzugrenzen sind weitere Leistungen wie die Betreuung, die zu einer professionellen Pflege gehören, aber nicht von der OKP übernommen werden (vgl. Ziffer 1.2.1).

3.1.2 Einschätzung der Kostentransparenz im ambulanten Bereich

Für die Leistungserbringer entstehen bei der Erbringung von Pflegeleistungen neben direkt verrechenbarem Aufwand (direkter Personalaufwand) auch Kosten, die nicht direkt verrechenbar sind. Dazu gehören neben dem Sachaufwand insbesondere der übrige Personalaufwand für die Erbringung von Struktur- beziehungsweise Hintergrundleistungen sowie Leistungen auf Ebene der Führung und Administration («Overhead») und Wegkosten (im ambulanten Bereich) (vgl. Wächter et al. 2017). Der indirekte Aufwand kann einen beträchtlichen Anteil an den Kosten ausmachen. Bei diesen Kosten können zudem grosse Unterschiede zwischen den Leistungserbringern bestehen.

Im Bereich der ambulanten Pflege besteht mit dem Handbuch zum Rechnungswesen für Spitex-Organisationen (Finanzmanual 2020) gemäss Polynomics / HSLU (2020) grundsätzlich eine gute Grundlage, um die Datenerfassung der Betriebe und die Kostenrechnungen zu vereinheitlichen. Die Zuweisung und Abgrenzung des direkten Personalaufwands in der Kostenrechnung auf die Kostenträger (Pflege, Hauswirtschaft/Betreuung, weitere Leistungen) ist grundsätzlich gegeben, weil die erbrachten Leistungen direkt auf Ebene der Klientinnen und Klienten erfasst werden. In der Kostenrechnung nicht einheitlich abgegrenzt und umgelegt werden jedoch die indirekten Kosten. Weil sich die Kosten der Leistungserbringung je nach Spezialisierung stark unterscheiden können, gehören deshalb nicht nur eine einheitliche Erfassung und harmonisierte Kostenrechnung zur Kostentransparenz, sondern es müssen ausserdem Einflussfaktoren für gerechtfertigte Kostenunterschiede identifiziert werden, damit begründbare Unterschiede von Ineffizienzen im Rahmen von Betriebsvergleichen abgegrenzt werden können. Dabei wären insbesondere auch unterschiedliche Klientenstrukturen (Daten zu Pflegebedarf und -massnahmen, Eintritt-, Austrittsgeschehen etc.) und Versorgungsaufgaben zu berücksichtigen (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 25ff.).

Die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, KVV; SR 832.102) und die (selbständigen) Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Art. 49 KVV) werden von der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) nicht erfasst. Es ist den Kantonen und Gemeinden überlassen, welche Grundlage sie zur Berechnung der Restfinanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand vorschreiben, etwa das (allenfalls um eigene Vorgaben ergänzte) Finanzmanual von Spitex Schweiz oder andere

Vorschriften. Notwendig wären deshalb aus Sicht von Polynomics / HSLU (2020) schweizweit einheitliche Vorgaben zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen sowie eine Validierung der unterschiedlichen Verteil- und Umlageschlüssel für die Zuteilung des direkten Personalaufwands, der indirekten Leistungen sowie der Betriebs- und Infrastrukturkosten auf den Kostenträger Pflege. Ebenfalls notwendig wäre eine einheitliche Erfassung wichtiger Primärdaten. Die heute verwendeten Kostenrechnungsmodelle beruhen auf zu hoch aggregierten Daten und zu wenig ausdifferenzierten Umlagen, so dass die Verteilung der nicht direkt verrechenbaren Kosten auf die Kostenträger zu ungenau ist (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 9).

3.1.3 Einschätzung der Kostentransparenz bei den Pflegeheimen

Pflegeheime und Spitäler bezüglich ihrer Langzeitpflegeabteilung müssen gemäss VKL seit dem 1. Januar 2003 eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik führen und eine Zeiterfassung vornehmen, um die Kosten der Betreuung und der Hotellerie auszuschneiden und die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG zu ermitteln. Sie müssen darüber hinaus Transparenz über die gemeinwirtschaftlichen Kosten sowie Kosten der Versorgungspflicht schaffen, damit Kantone und Gemeinden die Höhe der Restfinanzierung festlegen können.

Mit den Handbüchern zur Rechnungslegung und Anlagennutzung von Curaviva (2018/2019) und der Branchenlösung Rechnungswesen und Controlling von H+ (2018) wurden laut Polynomics / HSLU (2020) grundsätzlich gute Grundlagen geschaffen, um die Datenerfassung der Betriebe und die Kostenrechnungen zu vereinheitlichen. Die Umsetzung der Vorgaben der VKL, namentlich die Verteilung der Strukturzeiten und der Zeiten der leistungserbringenden Kostenstellen auf die Kostenträger Pension, Betreuung und KVG-Pflege, erfolgt nicht einheitlich.¹⁸ Die Verteilung erfolgt vornehmlich aufgrund betriebsindividueller Verteilschlüssel, die auf Arbeitszeitanalysen oder groben Schätzungen basieren, oder aufgrund (unterschiedlicher) kantonal oder kommunal vorgegebener Verteilschlüssel, die sich am durchschnittlichen Schweregrad von Pflegeheimen orientieren (Polynomics / HSLU 2020: 37). Eine saubere Ausscheidung der Kosten für Pflegeleistungen nach KVG ist damit in den meisten Heimen nicht gegeben (Felder / Straumann 2019: 42).

Die Verteilung des direkten Personalaufwands für die Erbringung von Pflegeleistungen im Pflegeheim auf den Kostenträger KVG-Pflege hängt jedoch stark von betriebsindividuellen Arbeitszeit- und Tätigkeitsanalysen und verwendeten Verteilschlüsseln ab und ist damit uneinheitlich. Wie sich der direkte Personalaufwand auf die einzelnen Tätigkeiten und Pflegebedürftigen verteilt, wird nicht täglich erfasst.¹⁹ Tätigkeits- und Arbeitszeitanalysen erfolgen, wenn überhaupt, nur periodisch oder die Aufschlüsselung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten wird aufgrund vorgegebener oder betriebsspezifischer Schlüssel vorgenommen. Die Abgrenzung des direkten Personalaufwands für Pflegeleistungen nach KVG ist insgesamt unterschiedlich genau und unterliegt den Vorgaben und der Kontrolle der restfinanzierenden Kantone oder Gemeinden. Auch die Umlage der Strukturzeiten erfolgt uneinheitlich und unterschiedlich genau. Die Abgrenzung der Kosten für notwendige indirekte Leistungen sowie der Betriebs- und Infrastrukturkosten wird durch Schlüsselfaktoren auf verschiedenen Ebenen bestimmt (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 22ff.).²⁰

¹⁸ Es gibt zudem auch heute noch Pflegeheime, die keine oder nur eine marginale Kostenrechnung führen, darunter vor allem kleine private, gemeinwirtschaftliche Institutionen (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 39f.). Dass Pflegeheime die Vorgaben der VKL unterschiedlich umsetzen und die Leistungserfassung nicht einheitlich erfolgt, zeigte bereits eine Evaluation der Umsetzung der VKL aus dem Jahr 2008 (Rey et al. 2008).

¹⁹ In Langzeitpflegeabteilungen von Spitälern kann der Personalaufwand tagesgenau auf Patientenebene erfasst werden, wenn ein entsprechendes Zeiterfassungssystem angewendet wird (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 23).

²⁰ Darunter fallen die Struktur und Qualität der primären Datenerfassung, die Einspeisung der Daten in die Kostenrechnung, die Auflösung des verwendeten Kostenrechnungsmodells und die Verwendung extern vorgegebener respektive die Ermittlung und Validierung betriebsspezifischer Verteil- und Umlageschlüssel.

Pflegeheime ohne Zeiterfassung haben bei der Aufteilung der Pflege- und Betreuungskosten einen Handlungsspielraum, den sie zur Beeinflussung ihrer Finanzierung nutzen können (Felder / Straumann 2019: 25). Umgekehrt haben auch kantonale Vorgaben und Weisungen zu den anrechenbaren Kosten der Pflegeleistungen, zu Zusatzbeiträgen und zur Berücksichtigung von Anlagenwerten sowie zu den Umlage- und Verteilschlüsseln einen grossen Einfluss darauf, wie die betriebliche Kostenrechnung ausgestaltet ist. Dies führt dazu, dass die Kostenrechnungen interkantonal zum Teil nicht vergleichbar sind (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 37).

3.1.4 Massnahmen zur Herstellung der Kostentransparenz

Der Schlüssel zur Herstellung der Kostentransparenz liegt laut Polynomics / HSLU (2020) in einer Verbesserung der Datenqualität und der Verfahren zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen. Unmittelbar notwendige Massnahmen zur Herstellung der Kostentransparenz wären damit (vgl. Polynomics / HSLU 2020, insbesondere 71f.):

- im Bereich der ambulanten Pflege der Erlass von Bestimmungen zur einheitlichen Kostenermittlung und Leistungserfassung;
- die Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der bestehenden Kostenrechnungsmodelle, um die notwendige höhere Auflösung der Daten sicherzustellen und validierte Umlage- und Verteilschlüssel definieren zu können;²¹
- eine Übersicht über die kantonalen (und sofern nötig kommunalen) Vorgaben und Weisungen mit Auswirkungen auf die Rechnungslegung, um die bestmöglichen Vorgaben identifizieren zu können sowie als Grundlage für eine einheitliche Erfassung der kantonalen und kommunalen (Restfinanzierungs-)Beiträge und allfällige weitere Harmonisierung;
- der Aufbau eines kantonsübergreifenden Benchmarksystems, unter anderem um die heutige Restfinanzierung verlässlich und vergleichbar abzubilden und um gerechtfertigte Kostenunterschiede zwischen den Leistungserbringern identifizieren zu können, damit es möglich ist, aussagekräftige Betriebsvergleiche vorzunehmen; sowie
- die Verwendung von Kennzahlen als Führungsinstrument zu fördern, um Datenqualität und Kosteneffizienz zu steigern und gleichzeitig zur Qualitätsentwicklung beizutragen.

Der Umsetzungszeitraum für diese unmittelbar notwendigen Massnahmen beträgt laut Polynomics / HSLU (2020: 72) ab Beschluss einer entsprechenden Regelung zwischen vier und fünf Jahre. In verschiedenen Bereichen bestehen bereits wichtige Ansatzpunkte, weshalb Initiativen und Kräfte gebündelt werden könnten. Der Umsetzungszeitraum hängt stark ab von den Anforderungen an die Leistungserbringer und an die Kennzahlen der Kostentransparenz, von der Koordination und Kooperationsbereitschaft der Akteure sowie von der Art und vom Umfang der Finanzierung der notwendigen Schritte.

Später umsetzbar, das heisst auch nach einem allfälligen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung, wären verbindliche Massnahmen wie eine Weiterentwicklung der Kennzahlensysteme sowie die Einbindung von Qualitätsindikatoren und von Unterschieden in den Versorgungsstrukturen. Die Umsetzungsdauer dieser Massnahmen dürfte vor allem mit Blick auf den Einbezug der Qualitätsdimension eher bei zehn Jahren ab Beschluss einer entsprechenden Regelung liegen (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 72).

²¹ möglichst unter Berücksichtigung des Spannungsfelds zwischen der Vorgabe «harmonisierter», überprüfter Umlageschlüssel und individuellen betrieblichen Gegebenheiten

3.2 Finanzierungsanteile bei einer einheitlichen Finanzierung der Pflege

3.2.1 Normative Entscheide zur Festlegung der Finanzierungsanteile

Wenn als Prämisse davon ausgegangen wird, dass die Finanzierungsanteile bei der Einführung einer einheitlichen Finanzierung so festgelegt werden sollen, dass sich die Kosten für die Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG im Übergang zum neuen System insgesamt nicht verändern (Kostenneutralität), setzt dies voraus, dass die Finanzierungsanteile an den heutigen Pflegekosten bekannt sind oder zuverlässig geschätzt werden können.

Wie schon angesprochen, stehen die Finanzierungsanteile aus Sicht der Finanzierungsregimes (OKP, Kantone und Gemeinden sowie Privathaushalte) im Zentrum des Interesses, da es vorliegend darum geht, einen Finanzierungsteiler zwischen OKP und Kantonen im Gesetz festzulegen beziehungsweise die Beiträge der OKP anzupassen. Die Beiträge der Privathaushalte werden zwar teilweise ebenfalls von Kantonen und Gemeinden und auch vom Bund getragen, etwa über Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung und Sozialhilfe. Eine solche Betrachtung nach Finanzierungsquellen steht hier aber nicht im Vordergrund. Allerdings muss beachtet werden, dass Änderungen im Finanzierungsregime «Privathaushalte», namentlich eine Aufhebung der Patientenbeteiligung, auch Auswirkungen haben auf den Beitrag beispielsweise der Finanzierungsquelle «Ergänzungsleistungen» und damit auf die Höhe der letztendlichen, steuerfinanzierten Leistungen der öffentlichen Hand. Der Begriff «Kostenneutralität» bezieht sich hier deswegen auf die Betrachtung nach Finanzierungsregime.

Bei der Berechnung der Finanzierungsanteile für eine einheitliche Finanzierung ohne Pflegeleistungen wurden Unterschiede in den Versorgungs- und Kostenstrukturen (z. B. kantonale Höhe der Baserate, Infrastrukturfinanzierung) nicht berücksichtigt. Die verfügbaren Daten zu den Kostenstrukturen zeigen, dass auch im Bereich der Pflege im ambulanten Bereich und im Pflegeheim erhebliche Kostenunterschiede bestehen (vgl. Polynomics / HSLU 2020 sowie für die Pflegeheime BAG 2020). Umgekehrt weisen Kennzahlen zu den Leistungsstrukturen auf Versorgungsunterschiede in Kantonen und Regionen hin. Diese führen zu höheren Vollkosten und damit auch zu höheren Kosten in der Restfinanzierung pro verrechnete Leistungseinheit (Pflegestunden und -minuten): Psychiatrische Spitex, Palliative Care, Nachtabdeckung, Wundambulatorium, Einsatz von Advanced Practice Nurses (APN) im Bereich der Spitex oder Hospize und Langzeitpflegeabteilungen von Spitälern im Verhältnis zu den anderen Leistungserbringern der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) des Bundesamtes für Statistik (BFS).

Vor diesem Hintergrund gilt es, eine normative Entscheidung zu treffen, inwieweit die Ist-Situation mit den aktuellen Restfinanzierungsbeiträgen respektive den kantonale oder kommunal anerkannten Kosten der Pflegeleistungen analog zur einheitlichen Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen ohne Pflege als Referenz anerkannt wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es angesichts der vom Gesetz her zugelassenen Handlungsspielräume bei der Ausgestaltung der Restfinanzierung und Steuerung und Planung der Versorgung eine laut Polynomics / HSLU (2020) praktisch unlösbare Herausforderung ist, eine theoretisch begründete und ideale Soll-Referenz aus den vorliegenden Daten herauszuarbeiten. Im Vordergrund stünde somit wohl ein pragmatischer Ansatz, in welchem der für alle Kantone verbindliche Mindestfinanzierungsanteil basierend auf den heutigen, von Kanton zu Kanton unterschiedlichen Versorgungs-, Kosten- und Finanzierungsstrukturen festgelegt würde, analog zum Vorgehen bei den ambulanten und stationären Leistungen.

Wie in den anderen Leistungsbereichen wird sich der festzulegende Finanzierungsanteil zudem unterscheiden, je nachdem ob sich die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Brutto- oder Nettokosten der OKP ausrichtet. Es wäre ausserdem festzulegen, ob die Finanzierungsanteile eines einzigen Jah-

res oder die durchschnittlichen Finanzierungsanteile über mehrere Jahre für die Bestimmung des Anteils relevant sind. Der von der SGK-NR vorgeschlagene Finanzierungsteiler für ambulante und stationäre Leistungen ging von den letzten vier Jahren aus, für welche Daten verfügbar waren.²²

3.2.2 Lücken für die Ermittlung der Finanzierungsanteile

Während die OKP-Beiträge und die maximale Höhe der Patientenbeteiligung in der KLV beziehungsweise im KVG festgelegt und deren Volumen hinreichend bekannt sind, lässt sich die Höhe der von den Kantonen (und Gemeinden) geleisteten Restfinanzierung aus zwei Gründen nicht genau bestimmen: Erstens weist ein Teil der Leistungserbringer in der Kostenrechnung die Restfinanzierung beziehungsweise die Deckungsbeiträge der öffentlichen Hand nicht eindeutig dem Kostenträger für die Erträge aus Pflegeleistungen nach KVG zu.²³ Zweitens führen die zahlreichen Arten kantonaler Zusatz- und Defizitbeiträge und unterschiedliche kantonale Vorgaben dazu, dass die Kostenrechnungsdaten in den BFS-Statistiken SOMED und Spitex-Statistik nicht einheitlich erfasst und so abgegrenzt werden können, dass der Anteil der Beiträge für KVG-Pflegeleistungen genau bestimmt werden kann. Deshalb lassen sich auch die Finanzierungsanteile der Kostenträger der Pflegeleistungen nach KVG (OKP, Kantone/Gemeinden und Versicherte) aktuell nur näherungsweise ermitteln (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 47).

Um die Finanzierungsanteile aus den Leistungserbringerstatistiken zuverlässig und direkt den relevanten BFS-Statistiken entnehmen zu können, wären nach Polynomics / HSLU (2020: 49) erstens eine klar definierte, einheitliche Erfassung der Restfinanzierung der Pflegeleistungen unter den Ertragsarten Pflege und deren Zuweisung zu den Kostenträgern Pflege, zweitens harmonisierte und verbesserte Kostenrechnungen der Leistungserbringer bei gleichzeitigem Aufbau von aussagekräftigen Benchmarkstrukturen und drittens eine Steigerung der Datenqualität sowie eine Validierung der Daten, die in die SOMED bzw. Spitex-Statistik einfließen, notwendig.

3.2.3 Varianten zur Bestimmung der Finanzierungsanteile

Vor diesem Hintergrund gibt es grundsätzlich zwei Varianten zur Bestimmung der Finanzierungsanteile. Die Anforderungen an die Genauigkeit der Abschätzung der Finanzierungsanteile und die zur Verfügung stehende Zeitdauer bestimmen, welche Variante geeigneter ist.

Bei der ersten Variante werden die Finanzierungsanteile mit Hilfe der heute verfügbaren Daten grob abgeschätzt. Die ex-ante-Berechnung der prozentualen Finanzierungsanteile der drei Finanzierungsregimes Krankenversicherer, Patientenbeteiligung und öffentliche Hand könnte, falls gewünscht, mit den realen Finanzdaten am Ende der Übergangszeit der Einführung der einheitlichen Finanzierung nachjustiert werden. Eine grobe Abschätzung der Finanzierungsanteile sowie eine Nachjustierung dürften jeweils etwa ein Jahr in Anspruch nehmen.

In der zweiten Variante werden die Finanzierungsanteile erst festgelegt, nachdem die Kostentransparenz ein bestimmtes Niveau erreicht hat. Zwingend notwendige Arbeitsschritte in dieser Variante sind erstens der Aufbau eines kantonsübergreifenden Benchmarksystems, damit die Unterschiede in den anerkannten Kosten und bei den Erträgen aus den drei Finanzierungsregimes (OKP, Kantone/Gemeinden und Patientenbeteiligung) der Pflegeleistungen nach KVG identifiziert werden können. Zweitens bräuchte es eine Übersicht über die Rechenschaftspflichten der Leistungserbringer als Grundlage für harmonisierte Kostenrechnungen. Der Umsetzungszeitraum für diese Variante entspricht der

²² Im Entwurf der SGK-NR waren für die Berechnung der Finanzierungsanteile die Beiträge der Kantone der Jahre 2012 bis 2015 für stationäre Spitalleistungen massgebend (SGK-NR 2019: 3513).

²³ Die Kostenrechnungsdaten der Leistungserbringer werden in den beiden BFS-Statistiken SOMED (für die Pflegeheime) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Statistik) erfasst.

Zeitdauer für die unmittelbar notwendigen Massnahmen zur Umsetzung der Kostentransparenz von vier bis fünf Jahren (ab Beschluss einer entsprechenden Regelung).

3.2.4 Bisherige Schätzungen der Finanzierungsanteile

Im Sinne der ersten Variante hat das Beratungsbüro Infras im Auftrag der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) eine Schätzung des Finanzierungsanteils der Kantone und ihrer Gemeinden vorgenommen (Infras 2019). Da dieser Finanzierungsanteil wie oben dargelegt nicht direkt den heutigen Leistungserbringerstatistiken entnommen werden kann, hat Infras eine direkte Erhebung bei den Kantonen vorgenommen und die Zahlen – zum Teil in einem iterativen Prozess – plausibilisiert und in Hochrechnungen und Abschätzungen eingebettet. Laut Polynomics / HSLU (2020) hat Infras (2019) den aktuellen Möglichkeitsspielraum ausgeschöpft und auf belastbarem und pragmatischem Weg die aktuellen Finanzierungsanteile der Kantone mit den heutigen Statistiken und Zusatzerhebungen zur Validierung eingegrenzt. Bei einzelnen Kantonen könnte mit der heutigen Datenlage zusätzlich überprüft werden, ob regionale oder kantonale Benchmarkplattformen (wie z. B. Benchmark Zentralschweiz oder Datenerhebungen der Kantonalverbände Spitex und Curaviva) zur Plausibilisierung und Ergänzung der kantonalen Angaben aus der direkten Erhebung oder zur Ableitung von betriebsspezifischen oder kantonalen durchschnittlichen Restfinanzierungsbeiträgen für die ertragsseitige Hochrechnung herangezogen werden könnten.

Bedingt auch durch die Datenverfügbarkeit berücksichtigt die Studie von Infras (2019) allerdings keine normativen Fragen, inwieweit die heutigen Beiträge der Kantone eine grosszügige oder restriktive Restfinanzierung darstellen (siehe Felder / Straumann 2019) und auch nicht die Frage, in welchem Ausmass eine Quersubventionierung der Pflegeleistungen nach KVG durch die Leistungen Betreuung und Hotellerie oder Hauswirtschaft in einzelnen Betrieben oder Kantonen erfolgt. Eine nicht ausgewiesene Quersubventionierung der Pflegeleistungen nach KVG durch Einnahmen aus Betreuungs-, Hauswirtschafts- oder Hotellerieleistungen hat zur Folge, dass die Kosten und die eigentlich notwendige Restfinanzierung der Pflegeleistungen nach KVG unterschätzt werden. Der Finanzierungsanteil des Kantons würde somit zu tief angesetzt. Sie kann auch keine Ausscheidung von Kosten und Finanzierungsanteilen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (Ausbildung, ergänzende Beratung und Koordination) vornehmen oder den Einfluss von heutigen Investitionskostenzuschüssen, die günstige Abtretung von Land oder Gebäuden oder sonstige Zusatzaufwendungen abschätzen. Die Beantwortung dieser Fragen ist stark an die Voraussetzung einheitlicherer Finanzierungsmodelle, einer stärkeren Harmonisierung und Validierung der betrieblichen Kostenrechnungen, dem Aufbau von Benchmarkplattformen und in letzter Folge auch einer verbesserten Datenqualität in den Leistungserbringerstatistiken geknüpft (vgl. oben «Lücken für die Ermittlung der Finanzierungsanteile»).

In einem ersten Schritt schätzte Infras (2019) die Höhe der gesamten, aktuellen Kosten der KVG-Pflege (Ausgaben der OKP plus Patientenbeteiligung plus Restfinanzierung durch Kantone und Gemeinden plus weitere indirekte Beiträge der Kantone). Die gesamten Kosten der KVG-Pflege beliefen sich im Jahr 2016 auf 5,5 bis 5,7 Milliarden Franken. Davon trugen Kantone und Gemeinden 2,2 bis 2,5 Milliarden Franken, die OKP trug 2,8 Milliarden Franken (vgl. Infras 2019: 57). Die Schätzung erscheint grundsätzlich plausibel zu sein, unter der Einschränkung, dass die Finanzierungsbeiträge der Kantone und Gemeinden in den öffentlichen Statistiken nicht immer korrekt ausgewiesen sind, insbesondere, weil die Abgrenzung zwischen KVG- und Nicht-KVG-Leistungen nicht immer sauber erfolgt. Insgesamt schätzt die Studie von Infras (2019) den Finanzierungsanteil der Kantone für Pflegeleistungen nach KVG auf 38 bis 40 Prozent, denjenigen der OKP auf 48 bis 50 Prozent. Die Patientenbeteiligung macht 11 bis 12 Prozent aus. Kombiniert mit dem zum damaligen Zeitpunkt von der SGK-NR vorgesehenen kantonalen Finanzierungsanteil von 22,6 Prozent der Bruttokosten für die ambulanten und stationären Leistungen (ohne Pflegeleistungen nach KVG) ergäbe sich für alle Leistungen nach

KVG (inkl. Pflege) ein kantonaler Finanzierungsanteil von 25,5 Prozent, sofern die Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen beibehalten würde.²⁴ Wenn der Finanzierungsteiler als Prozentsatz der Nettokosten definiert würde, wie vom Nationalrat beschlossen, wäre der für eine kostenneutrale Einführung festzulegende Prozentsatz etwas höher.

3.2.5 Schätzungen zu den Auswirkungen der Finanzierungsszenarien

Auswirkungen der verschiedenen Szenarien in qualitativer Hinsicht

Die für die Zukunft zu erwartende Finanzierungslast für Kantone und OKP unterscheidet sich je nachdem, welches Szenario vom Gesetzgeber gewählt wird:

1. Erstens könnte am heutigen System einer unterschiedlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie am System von (unveränderten) Beiträgen der OKP und gleichzeitiger Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen festgehalten werden (Status quo).
2. Zweitens könnten ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert werden bei gleichzeitigem Beibehalten der (unveränderten) Beiträge der OKP für Pflegeleistungen.
3. Drittens könnten alle Leistungen nach KVG einheitlich finanziert werden.
4. Viertens könnten lediglich ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert werden, während die Beiträge der OKP für Pflegeleistungen regelmässig und vollständig der Kostenentwicklung angepasst werden.
5. Fünftens könnten die Beiträge der OKP regelmässig der Kostenentwicklung angepasst werden, während die heutige unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen beibehalten würde.

Bei einer Weiterführung des Status quo (Szenario 1) würde die OKP durch die fortlaufende Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich stärker belastet, während sich die Kantone in diesem Bereich anteilmässig entlasten könnten. Umgekehrt würde im Bereich der Pflegeleistungen die Belastung der OKP zwar ebenfalls ansteigen, allerdings etwas weniger stark als diejenige der Kantone. Bei einem Festhalten an der bestehenden Pflegefinanzierung ohne Anpassung der Beiträge der OKP würden die Kantone Preissteigerungen im Bereich der Pflegeleistungen alleine tragen, da sich die OKP nur an den Mengensteigerungen beteiligt. Die OKP würde somit in diesem Bereich anteilmässig etwas entlastet.

Kommt eine einheitliche Finanzierung lediglich der ambulanten und stationären Leistungen zustande (Szenario 2), also unter Ausschluss der Pflegeleistungen, für welche die bis anhin geltenden Beiträge der OKP unverändert gelten würden bei gleichzeitiger Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung, wäre gegenüber der Beibehaltung des Status quo eine weniger starke Zunahme der Kosten für die OKP zu erwarten, während die Kantone stärker belastet würden. Die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen bliebe fortan ohne Auswirkung auf den Finanzierungsanteil von Kantonen und OKP, weil ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert würden. Hingegen würden die Kantone aufgrund ihrer Verantwortung für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen weiterhin einen steigenden Anteil der Kosten der Pflegeleistungen übernehmen, da die OKP bei konstanten Beiträgen zwar die Mengenzunahme weitgehend mitträgt, nicht aber allfällige Preissteigerungen. Für die OKP alleine betrachtet wäre diese zweite Variante somit am vorteilhaftesten, während sie für die Kantone am unvorteilhaftesten wäre. Dies gilt jedoch nur für den Fall, dass die Beiträge der OKP vom Bundesrat dauerhaft nicht angepasst werden.

²⁴ Würde die Patientenbeteiligung von der OKP, den Kantonen und Gemeinden übernommen, betrüge der kantonale Finanzierungsanteil maximal 26,8 Prozent.

Bei einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG (Szenario 3) beziehungsweise bei einer einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen kombiniert mit einer regelmässigen und vollständigen Anpassung der OKP-Beiträge für Pflegeleistungen an die Kostenentwicklung (Szenario 4) würde der Finanzierungsanteil von Kantonen und OKP nicht nur im Bereich der ambulanten und stationären Leistungen stabilisiert, sondern über alle Leistungen hinweg. Das dritte und vierte Szenario sind bezüglich der direkten finanziellen Auswirkungen für Kantone und OKP praktisch identisch. Allerdings entfallen beim vierten Szenario die erhofften Vorteile einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen, während sie beim dritten Szenario voll zum Tragen kommen.

Neu würden nicht mehr nur die Zunahme der Menge der Pflegeleistungen, sondern auch Preissteigerungen von der OKP mitgetragen. Bezogen lediglich auf die Pflegeleistungen würde die Kostenzunahme für die OKP deshalb etwas stärker ausfallen als im Status quo. Bezogen auf alle Leistungen nach KVG ändert sich das Bild. Zwar lassen einerseits die Projektionen EFV (vgl. hierzu Bundesrat 2016) erwarten, dass die Kosten für Pflegeleistungen angesichts der alternden Bevölkerung in den kommenden Jahren im Vergleich zu den anderen Leistungen nach KVG prozentual überdurchschnittlich zunehmen werden. Andererseits müsste die OKP mit einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen die Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen nicht mehr alleine tragen. Bei einer Fortsetzung des Status quo (Szenario 1) würde die absolute Mehrbelastung der OKP durch die volumenmässig bedeutendere Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen deshalb vermutlich grösser ausfallen als die Mehrbelastung der OKP durch eine einheitliche Finanzierung der Pflegeleistungen. Im Vergleich zum heutigen System würde die OKP also mutmasslich von einer einheitlichen Finanzierung leicht entlastet werden, auch wenn die Pflegeleistungen miteinbezogen werden (vgl. Infrass 2019).

Bei einer regelmässigen und vollständigen Anpassung der OKP-Beiträge für Pflegeleistungen an die Kostenentwicklung, kombiniert mit einer Beibehaltung der heutigen unterschiedlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (Szenario 5) würden die Finanzierungsanteile bei den Pflegeleistungen stabilisiert, während die OKP durch die fortlaufende Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen stärker belastet und die Kantone entlastet würden.

Quantitative Schätzung der Auswirkungen der verschiedenen Szenarien

Auf Basis der geschätzten Kosten der Pflege nach KVG für das Jahr 2016 hat Infrass (2019: 51ff.) im Auftrag der GDK verschiedene Szenarien berechnet, wie sich die Kosten für OKP und Kantone bis 2030 je nach Szenario entwickeln würden, wenn eine einheitliche Finanzierung ab 2016 in Kraft getreten wäre. Bei einem späteren Inkrafttreten, beispielsweise ab 2025, würden sich die auf die Zukunft bezogenen Grundaussagen der Studie zu den Kostenfolgen der verschiedenen Szenarien nicht ändern, hingegen wäre bis zum Inkrafttreten einer einheitlichen Finanzierung eine Entwicklung analog zum Status quo (Szenario 1) zu erwarten.

Für die Entwicklung der Kosten in den drei relevanten Leistungsbereichen trifft Infrass (2019) die Annahme, dass bis zum Jahr 2030 im Bereich der ambulanten Leistungen ein jährliches Kostenwachstum von zwischen 2,9 und 3,2 Prozent erwartet werden kann, und übernimmt damit die Projektionen der EFV unverändert. Im Bereich der stationären Leistungen erwartet Infrass (2019) ein jährliches Kostenwachstum von 1,0 bis 1,5 Prozent, während die EFV von 3,1 bis 4,5 Prozent jährlich ausgeht.

Da sich seit den Projektionen der EFV aus dem Jahr 2012 das Kostenwachstum im stationären Bereich (ohne Pflege) gedämpft und sich die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich intensiviert hat, hat Infrass (2019) allerdings die Wachstumsrate für den stationären Bereich im Ver-

gleich zu den Projektionen der EFV nach unten korrigiert. Das effektive Kostenwachstum im spitalstationären Bereich lag bereits in den Jahren 2014 bis 2018 mit knapp weniger als 1,0 Prozent jährlich²⁵ sogar noch unter den Annahmen von Infras (2019). Allerdings ist zu bedenken, dass der Stützzeitraum für die Vergangenheit sehr kurz ist und noch Übergangseffekte aufgrund der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 wirksam sein können. Langfristig auf die Ausgaben wirksame Strukturfaktoren wie Demografie, Einkommen und medizinisch-technischer Fortschritt dürften in dieser kurzen Periode jedoch überdeckt werden.

Im Bereich der Pflegeleistungen erwartet Infras (2019) ein jährliches Kostenwachstum von 2,8 bis 4,5 Prozent, während die Projektionen der EFV von 4,5 bis 5,5 Prozent jährlich ausgehen. Die Zahlen der EFV liegen laut Infras (2019) etwas höher, weil diese nicht nur Pflege- sondern auch Betreuungsleistungen umfassen und weil die Projektionen der EFV teilweise von einer völligen Absenz von Produktivitätssteigerungen ausgehen.

Die Schätzungen von Infras (2019) scheinen nicht unplausibel, sind aber aufgrund der Unsicherheiten bei den Kostenprognosen mit Vorsicht zu interpretieren – insbesondere in Bezug auf die Höhe der erwarteten Veränderungen. Die folgende Tabelle zeigt die geschätzten Kostenfolgen der Finanzierungsszenarien basierend auf den Annahmen von Infras (2019).

Tabelle 1: Geschätzte Entwicklung der Ausgaben für KVG-Leistungen pro Jahr 2016-2030

Variante	Kantone/Gemeinden	OKP
Status quo (Szenario 1)	+3,3 Mia. CHF (+ 34%)	+12,7 Mia. CHF (+ 45%)
Einheitliche Finanzierung ohne Pflege (Szenario 2)	+4,7 Mia. CHF (+ 49%)	+11,3 Mia. CHF (+ 40%)
Einheitliche Finanzierung mit Pflege (Szenario 3) bzw. einheitliche Finanzierung ohne Pflege, kombiniert mit regelmässiger und vollständiger Anpassung Pflegebeiträge OKP an die Kostenentwicklung (Szenario 4)	+4,1 Mia. CHF (+ 42%)	+11,9 Mia. CHF (+ 42%)
Status quo Finanzierung ambulant/stationär, kombiniert mit regelmässiger und vollständiger Anpassung Pflegebeiträge OKP an die Kostenentwicklung (Szenario 5)	+2,9 Mia. CHF (+ 30%)	+13,1 Mia. CHF (+ 46%)

Darstellung BAG auf Basis von Infras (2019), ergänzt durch Berechnungen BAG zu Szenario 5 auf Basis der Annahmen von Infras (2019).

Aufgrund der unterschiedlichen Kostenentwicklungsdynamiken in den Bereichen Pflege, ambulante und stationäre Leistungen sind die finanziellen Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden bei einer Weiterführung des Status quo kombiniert mit einer regelmässigen Anpassung der OKP-Pflegebeiträge (Szenario 5) am geringsten (Kostensteigerung von + 2,9 Mia. CHF bzw. + 30 %). Auch beim Status quo (Szenario 1) wäre die Kostensteigerung für die Kantone und Gemeinden vergleichsweise gering (+ 3,3 Mia. CHF bzw. + 34 %), bei einer einheitlichen Finanzierung ohne Pflegeleistungen nach

²⁵ Berechnungen BAG auf Basis der Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen (stationäre Kurativbehandlung) 2018 des BFS.

KVG (Szenario 2) hingegen am höchsten (+ 4,7 Mia. CHF bzw. + 49 %). Bei einer Integration der Pflegeleistungen nach KVG in eine einheitliche Finanzierung (Szenario 3) oder bei einer einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen kombiniert mit einer regelmässigen und vollständigen Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung (Szenario 4) liegt die geschätzte Kostensteigerung zulasten der öffentlichen Hand dazwischen (+ 4,1 Mia. CHF bzw. + 42 %).

Für die OKP fiele umgekehrt die Kostenentwicklung bei einer einheitlichen Finanzierung ohne Pflegeleistungen nach KVG (Szenario 2) am geringsten aus (+ 11,3 Mia. CHF bzw. + 40 % gegenüber + 12,7 Mia. CHF bzw. + 45 % im Status quo [Szenario 1]). Bei einer Integration der Pflegeleistungen nach KVG in eine einheitliche Finanzierung oder bei einer einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen kombiniert mit einer Anpassung der OKP-Pflegebeiträge (Szenarien 3 und 4) würde die Belastung wie für die Kantone und die Gemeinden um 42 Prozent steigen (+11,9 Mia. CHF). Bei einer Beibehaltung des Status quo im ambulanten und stationären Bereich, kombiniert mit einer regelmässigen Anpassung der OKP-Pflegebeiträge an die Kostenentwicklung wäre die Kostensteigerung für die OKP am stärksten (+ 13,1 Mia. CHF bzw. + 46 %).

Sensitivitätsanalyse

Eine Sensitivitätsanalyse der Resultate von Infras (2019) durch das BAG zeigt, dass bei jeweils etwas stärkerem Wachstum des spitalstationären Bereichs (ab + 2,46 % jährlich, statt wie von Infras (2019) angenommen + 1,25 % jährlich) oder der Pflegeleistungen nach KVG (ab + 4,77 % jährlich, statt wie von Infras (2019) angenommen + 3,68 % jährlich) die Belastung für die OKP bei einer einheitlichen Finanzierung inklusive Pflege (Szenario 3) gleich gross oder grösser sein könnte als bei einer Weiterführung des Status quo (Szenario 1).

Die Projektionen der EFV liegen besonders für die Kostenentwicklung im spitalstationären Bereich etwas oberhalb der Bandbreite, bei welcher eine einheitliche Finanzierung aller Leistungen nach KVG für die OKP gegenüber dem Status quo vorteilhaft wäre. Allerdings berücksichtigen die Projektionen der EFV wie erwähnt die zu erwartende Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich nicht. Das Kostenwachstum im spitalstationären Bereich lag bereits in den Jahren 2014 bis 2018 unter den Annahmen von Infras (2019) und damit auch deutlich unter der Schwelle, bei welcher eine einheitliche Finanzierung mit Pflege für die OKP kostspieliger wäre als der Status quo.

Insgesamt scheint die Schlussfolgerung von Infras (2019) deshalb nicht unplausibel, dass eine einheitliche Finanzierung auch mit einem Einbezug der Pflege (Szenario 3) für die OKP finanziell vorteilhafter wäre als der Status quo (Szenario 1), umso mehr, wenn man ein gewisses Sparpotenzial durch eine einheitliche Finanzierung berücksichtigt.

Finanzielle Auswirkungen auf den Bund

Geht man davon aus, dass die Höhe der Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen (vgl. Ziffer 3.3) von einer einheitlichen Finanzierung nicht betroffen ist (entspricht Vorgehen in Ziffer 3.3.1), dass also die Beiträge der OKP und damit auch die Patientenbeteiligung vom Bundesrat nicht erhöht werden (Szenario 1 und 2) beziehungsweise bei einer einheitlichen Finanzierung auch der Pflegeleistungen ein in seiner Höhe unveränderter Frankenbetrag pro Person und Tag als Patientenbeteiligung festgeschrieben wird (Szenario 3), ergeben sich keine Auswirkungen der Szenarien 1 bis 3 auf die Ergänzungsleistungen. Es ergäben sich lediglich Verschiebungen zwischen der Belastung der OKP und der Kantone und Gemeinden (Mitfinanzierung der stationären Leistungen und Restfinanzierung der Pflegeleistungen). Bei den Szenarien 4 und 5, wo die Pflegebeiträge der OKP regelmässig an die Kostenentwicklung angepasst werden, würde die Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen bei unveränderter

gesetzlicher Regelung (maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Beitrags) allerdings proportional mit den Kosten der OKP für Pflegeleistungen steigen, so dass in den Szenarien 4 und 5 auch eine steigende Belastung von Bund und Kantonen durch die Ergänzungsleistungen zu AHV und IV zu erwarten wäre.

Da der Bund Prämienverbilligungen für die OKP in der Höhe von 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP leistet (Art. 66 Abs. 2 KVG), wäre er allerdings von Veränderungen der Belastung der OKP mitbetroffen. Würden beispielsweise die jährlichen Kosten zulasten der OKP bis 2030 mit einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG (Szenario 3) gegenüber dem Jahr 2016 lediglich um 11,9 Milliarden Franken steigen statt um 12,7 Milliarden Franken bei einer Weiterführung des Status quo (Szenario 1), würde der Bund im Jahr 2030 7,5 Prozent der geschätzten Kostendifferenz von 800 Millionen Franken, also rund 60 Millionen Franken, weniger an Prämienverbilligungen leisten müssen als bei einer Weiterführung des Status quo. Am höchsten wären die finanziellen Auswirkungen auf den Bund beim Szenario 5 (Status quo ambulant/stationär kombiniert mit regelmässiger und vollständiger Anpassung Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen): Hier würde sich die geschätzte Kostendifferenz zulasten der OKP im Jahr 2030 gegenüber dem Status quo (Szenario 1) auf 400 Millionen Franken belaufen, was für den Bund Mehrausgaben bei der individuellen Prämienverbilligung in der Höhe von etwa 30 Millionen Franken zur Folge hätte.

Die Prämienverbilligung durch die Kantone ist weniger strikt an die Höhe der Bruttokosten der OKP gekoppelt. Dennoch ist es möglich, dass Mehrbelastungen der OKP im Rahmen der Prämienverbilligung letztendlich teilweise durch die Kantone getragen werden, und umgekehrt, dass Entlastungen der OKP von den Kantonen durch eine Reduktion der Prämienverbilligungen kompensiert werden.

3.3 Patientenbeteiligung

In der heute geltenden Pflegefinanzierung müssen sich die Pflegebedürftigen mit maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten OKP-Pflegebeitrags an den Kosten der Pflegeleistungen nach KVG beteiligen. Diese Patientenbeteiligung spezifisch für Pflegeleistungen kommt hinzu zur ordentlichen Kostenbeteiligung (Selbstbehalt und Franchise), welche auf allen Leistungen nach KVG und damit auch auf Pflegeleistungen erhoben wird.

Eine Übernahme der Patientenbeteiligung durch Kanton und OKP würde die Pflegebedürftigen entlasten, das Versichertenkollektiv jedoch stärker belasten. Damit eine aus Sicht der Kostenträger (OKP, Kantone/Gemeinden, Versicherte) kostenneutrale Überführung in eine einheitliche Finanzierung sichergestellt werden kann, wäre konsequenterweise auch bei einer einheitlichen Finanzierung der Pflegeleistungen nach KVG vorzusehen, dass sich die pflegebedürftigen Personen an den Pflegekosten beteiligen.

Zu entscheiden ist in diesem Zusammenhang, ob die Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen wie heute spezifisch für Pflegeleistungen zusätzlich zur ordentlichen Kostenbeteiligung zu leisten wäre (und die Kantone die Patientenbeteiligung nach wie vor subventionieren können) oder ob die Patientenbeteiligung in die ordentliche Kostenbeteiligung integriert werden soll.

3.3.1 Patientenbeteiligung zusätzlich zur ordentlichen Kostenbeteiligung

Mit der ersten Möglichkeit könnte die Patientenbeteiligung in Höhe und Struktur unverändert belassen werden, allerdings müsste im Gesetz beispielsweise ein fixer Frankenbetrag für die maximale Patientenbeteiligung pro Tag festgelegt werden, oder die Kompetenz für die Festlegung könnte dem Bundesrat übertragen werden. Denkbar wäre auch, dass der maximale Beitrag nicht mehr pro Tag, sondern pro Kalender- oder Pflegemonat festgelegt wird. Damit würden alle Patientinnen und Patienten

mit gleichem Leistungsvolumen den gleichen Beitrag leisten, unabhängig davon, ob die Leistung am Stück oder mit zeitlicher Unterbrechung erbracht werden. Mit einer periodischen Inrechnungstellung könnte vermieden werden, dass medizinisch notwendige Pflegeleistungen aufgrund der Patientenbeteiligung nicht in Anspruch genommen werden. In einer Untervariante könnte es den Kantonen ähnlich wie bei der individuellen Prämienverbilligung frei gelassen werden, die Patientenbeteiligung teilweise oder vollständig zu übernehmen.

3.3.2 Integration der Patientenbeteiligung in die ordentliche Kostenbeteiligung

Die zweite Möglichkeit, eine Integration der Patientenbeteiligung in die ordentliche Kostenbeteiligung, würde zu einer auch aus Sicht der versicherten Personen einheitlichen Finanzierung aller Leistungen führen, aber auch die bestehende Umverteilung von jungen zu älteren Versicherten weiter verstärken. Pflegeleistungen, welche vorwiegend von älteren Versicherten nachgefragt werden, würden für die versicherten Personen durch den Wegfall der zusätzlichen Patientenbeteiligung spezifisch auf Pflegeleistungen etwas günstiger, während die Kostenbeteiligung auf allen anderen Leistungen, welche auch von jüngeren Personen benötigt werden, etwas erhöht würde.

Falls die zusätzliche Patientenbeteiligung spezifisch für Pflegeleistungen gegenüber dem heutigen Zustand modifiziert oder abgeschafft würde, hätte dies auch finanzielle Auswirkungen auf die Ergänzungsleistungen, die Hilflosenentschädigung und die Sozialhilfe.

3.4 Tarifierung bei einer einheitlichen Finanzierung der Pflege

Um die Pflegeleistungen nach KVG in eine einheitliche Finanzierung integrieren zu können, müssten die kantonal unterschiedlichen Regeln zur Restfinanzierung der Pflegeleistungen ersetzt werden durch eine national einheitliche Vorgehensweise zur Bildung von Tarifen als Grundlage für die Berechnung der Vergütung. Die Tariffindung ist grundsätzlich Sache der Tarifpartner und allenfalls der Kantone. Es läge also an diesen Akteuren, innerhalb der Möglichkeiten, welche das KVG bietet, einen geeigneten Tarif zu finden und sich auf ein zielführendes Vorgehen dazu zu verständigen. Dem Bundesrat käme die Aufgabe zu, einen Tarifvertrag, welcher landesweit gelten soll und auf welchen sich die Tarifpartner geeinigt haben, zu prüfen und zu genehmigen. Die Tarifpartner und allenfalls die Kantone werden in ihrem Handeln aber durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen beeinflusst, besonders in drei Punkten: Erstens durch die im Gesetz zugelassenen oder vorgeschriebenen Tarifarten, zweitens durch den bis zu einer Umstellung der Finanzierung zur Verfügung stehenden Zeitrahmen und drittens durch eine allenfalls vorgeschriebene nationale Tariforganisation. Ein weiterer Punkt, die Entscheidung darüber, welche Leistungserbringer von wem nach welchen Kriterien zur Abrechnung über die OKP zugelassen werden und ob die Vergabe von Leistungsaufträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen für einzelne Leistungserbringer in irgendeiner Form geregelt werden soll, hat zwar ebenfalls Bezüge zur Tarifierung und insbesondere zur Bestimmung einer Benchmark für effiziente Leistungserbringung (Polynomics / HSLU 2020), die Frage der Zulassung der Leistungserbringer und der gemeinwirtschaftlichen Leistungen kann aber aus Sicht des Bundesrates auch unabhängig von einer allfälligen einheitlichen Finanzierung der Pflegeleistungen betrachtet werden respektive muss mit einer solchen nicht zwingend angepasst werden.

3.4.1 Vorgabe oder Ausschluss bestimmter Tarifarten

Das KVG sieht vor, dass Tarife in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart werden. Ein Tarif kann auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif), für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif) oder pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif). Im Gesetz können aber für bestimmte Leistungen bestimmte Tarifarten vorgeschrieben oder ausgeschlossen werden. Beispielsweise sind für Tarifverträge mit Spitälern Pauschaltarife vorgeschrieben.

Je nach Ausgestaltung können Tarife unterschiedliche Anreizwirkungen entfalten. Es muss insbesondere zwischen den Anreizen für eine effiziente Leistungserbringung (insbesondere bei Pauschaltarifen) und den Anreizen für eine patientengerechte Pflege (bspw. mittels einer genügend differenzierten Tarifstruktur) abgewogen werden. Idealerweise wird deren Ausgestaltung aufgrund der Kostenstruktur bestimmt. Je stärker die Kosten statistisch streuen (z. B. über verschiedene Patienten oder Leistungen), desto eher ist eine differenzierte Abgeltung sinnvoll. Je weniger sie streuen, d. h. je homogener die Kosten innerhalb einer Gruppe sind, desto eher können Pauschalvergütungen ins Auge gefasst werden.

Falls gewünscht wird, dass die Definition von passenden Tarifen wie bei anderen Leistungen nach KVG primär den Tarifpartnern obliegt, könnte im Gesetz auf spezifische Vorschriften zur Tarifart für Pflegeleistungen verzichtet werden. Allenfalls könnte der Gesetzgeber einen Einzelleistungstarif ausschliessen. Die aktuelle Struktur der Beiträge der OKP für Pflegeleistungen hat Ähnlichkeiten mit einem Pauschal- und einem Zeittarif, nicht jedoch mit einem Einzelleistungstarif. Ein solcher drängt sich deshalb für die Tarifierung der Pflegeleistungen sicher nicht auf, zumal einzelne Leistungen im Pflegebereich vermutlich auch schwierig und aufwändig zu erfassen wären und auch weil ein Einzelleistungstarif weniger Anreize gegen Mengenausweitung bietet.

3.4.2 Zeitrahmen bis zur Einführung einer geänderten Finanzierung

Das Gesetz könnte in den Übergangsbestimmungen einen Zeitrahmen definieren, bis zu dem eine geänderte Finanzierungslösung in Kraft tritt und bis zu welchem demnach auch ein Tarif gefunden sein muss. Je nachdem, wieviel Zeit bis zu einer Umstellung der Finanzierung zur Verfügung steht, kommen für die Tarifpartner unterschiedliche Möglichkeiten zur Tariffindung überhaupt in Frage. Mit der Vorgabe eines bestimmten Zeitrahmens würde der Gesetzgeber also indirekt auch diesbezüglich ein Stück weit den Rahmen abstecken. Die vom BAG in Auftrag gegebene Studie (Polynomics / HSLU 2020) untersuchte auch die Frage, in welchem Zeitrahmen den Tarifpartnern welche Möglichkeiten zur Tarifgestaltung offen stünden. Die Resultate können in zwei Szenarien zusammengefasst werden.

Bei einem zur Verfügung stehenden Zeitrahmen bis zur Umstellung der Finanzierung von ungefähr fünf Jahren, also ähnlich dem minimal benötigten Zeitrahmen für die Herstellung einer besseren Kostentransparenz (siehe Ziffer 3.1) könnten sich die Tarifpartner entscheiden, die Struktur der heutigen Beiträge beizubehalten. Die aktuellen Beiträge der OKP sind für Pflegeheime pauschal nach dem im Voraus ermittelten Pflegebedarf abgestuft, ohne Differenzierung zwischen unterschiedlichen Arten von Pflegeleistungen. Im ambulanten Bereich sind die Beiträge nach der benötigten Zeit für die tatsächlich erbrachten Leistungen festgesetzt, in der Höhe differenziert zwischen unterschiedlichen Arten von Pflegeleistungen.

Die von den Tarifpartnern vereinbarten Tarife könnten sich beispielsweise an einem zu schaffenden Benchmark für effiziente Leistungserbringung orientieren oder würden normativ ausgehandelt beziehungsweise festgesetzt. Je nach Umsetzung ist der Aufwand unterschiedlich hoch. Für ein Benchmarking sind mehr Daten nötig und berechnete Kostenunterschiede müssen identifiziert werden. Wenn die Tarife normativ gesetzt werden, wäre der Umsetzungsaufwand im Vergleich dazu geringer.

Bei einer Tarifierung, welche die heute bestehende Beitragsstruktur weitgehend übernimmt, wäre aber zu beachten, dass diese Beitragsstruktur nicht als Tarifstruktur konzipiert wurde, welche die Vergütung der Leistungserbringer bestimmt. Die heutige Beitragsstruktur der OKP ist vielmehr darauf angelegt, dass die Kantone im Rahmen ihrer Verantwortung für die Restfinanzierung die Vergütung der Leistungserbringer zusätzlich differenzieren können. Ist die Kostenstreuung innerhalb der aktuell definierten Pflegebedarfsstufen beispielsweise hoch, bestünde ein Anreiz zur Patientenselektion. Verschiedene Kantone haben deshalb laut Polynomics / HSLU (2020) bei der Umsetzung der Restfinanzierung der Pflegeheime zusätzliche Pflegebedarfsstufen spezifiziert oder entrichten Zuschläge für gewisse Leistungen (z. B. Palliative Care oder Gerontopsychiatrie/Demenz). Auch im Bereich der Restfinanzierung der Pflegeleistungen im ambulanten Bereich entrichten einzelne Kantone und Gemeinden zusätzlich zur Abgeltung von Normkosten Zuschläge für gewisse Leistungen (z. B. die Kinderspitex, psychiatrische Pflege oder Nacht- und Wochenendzuschläge).

Dies deutet daraufhin, dass es der aktuellen Beitragsstruktur nicht ausreichend gelingt, Patientenklassen mit vergleichbaren Kosten zu definieren. Im heutigen System ist dies auch nicht notwendig, da die Kantone die Restfinanzierung regeln. Mit einer einheitlichen Finanzierung müssten solche Zuschläge aber entweder überall eingeführt werden oder überall entfallen, mit unklaren Auswirkungen auf die Versorgung. Ein Weiterbestehen der Möglichkeit für die Kantone, leistungsbezogene Zuschläge zu entrichten, würde einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen jedoch nicht entsprechen.

Wenn berechnete Kostenunterschiede zwischen Leistungserbringern nicht erfasst werden, wäre nicht auszuschliessen, dass für die Pflegeheime bei einer Überführung der aktuellen Beitragsstruktur in eine Tarifstruktur Anreize bestünden, nicht alle notwendigen Leistungen zu erbringen oder die Leistungsqualität zu reduzieren, weshalb ein Qualitätsmonitoring zwingend wäre. Aufgrund des Zeittarifs bestehen im ambulanten Bereich mit der heutigen Beitragsstruktur im Gegensatz zu Pflegeheimen hingegen Anreize zur Mengenausweitung, aber keine zur Patientenselektion, sofern die Versorgungspflicht genügend abgegolten wird.

Einige Anpassungen an der heutigen Beitragsstruktur wären von den Tarifpartnern wohl vorzunehmen, soweit dies innert des zur Verfügung stehenden Zeitrahmens möglich wäre, beispielsweise über eine vertiefte Evaluation der heute bestehenden kantonalen Regelungen und eine Prüfung, ob die Umsetzung in einem der Kantone zur Übernahme auf die nationale Ebene geeignet ist.

Eine Abgeltung der vollen entstandenen Kosten, wie sie heute im Rahmen der Restfinanzierung in einzelnen Kantonen praktiziert wird und wie sie in der Studie von Polynomics / HSLU (2020) zur Diskussion gestellt wurde, könnte die erwähnten Fehlanreize zwar reduzieren und würde die Anreize für eine patientengerechte Pflege verstärken. Der Effizienzanreiz für die Leistungserbringer wäre dafür aber gering. Vor allem aber würde eine Abgeltung der entstandenen Kosten auch nicht dem KVG entsprechen, da eine solche nicht unter den im Gesetz vorgesehenen Tarifarten figuriert, und fällt daher ausser Betracht.

Dieses erste Szenario könnte laut Polynomics / HSLU (2020) innerhalb der benötigten Zeit zur Verbesserung der Kostentransparenz (4–5 Jahre) beziehungsweise im Entwicklungszeitraum für sinnvolle Benchmarks (mindestens fünf Jahre) umgesetzt werden.

Ist der Zeitraum bis einer Umstellung der Finanzierung etwas länger, beispielsweise rund zehn Jahre, könnten die Tarifpartner laut Polynomics / HSLU (2020) in einem zweiten Szenario eine explorative, datenbasierte Entwicklung einer Tarifstruktur vorsehen, um ein möglichst gutes oder jedenfalls verbessertes Verhältnis zwischen Effizienzanreizen und Anreizen für eine patientengerechte Pflege zu schaffen. Ein Erfolg wäre aber nicht garantiert, der Datenbedarf ist hoch und der Umsetzungszeitraum mit rund zehn Jahren relativ lang. Allerdings sind verschiedene patientenbasierte Daten bereits heute vorhanden. Notwendig wären Angaben zu den Kosten pro Patient. Im Bereich der ambulanten Pflege wird der Zeitaufwand bereits heute auf den einzelnen Patienten gebucht. Bei den Pflegeleistungen im

Pflegeheim wäre hingegen eine Zeiterfassung notwendig. Zusätzlich werden Daten über die Diagnose eines Patienten sowie Strukturdaten benötigt. Solche Daten sind teilweise bereits heute verfügbar, und eine Analyse könnte auch auf einer repräsentativen Stichprobe beruhen.

Falls vom Gesetzgeber eine raschere Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung gewünscht und vorgegeben wird, ist auch denkbar, dass sich die Tarifpartner für eine Kombination mit dem ersten Szenario entscheiden, was für diese aber auch eine zweimalige Tarifentwicklung innert relativ kurzer Zeit mit sich bringen würde.

3.4.3 Nationale Tariforganisation

Der Gesetzgeber könnte Vorschriften machen zur Art, wie die Tarifpartner und allenfalls die Kantone einen Tarif erarbeiten. Im stationären Bereich ist gesetzlich vorgegeben, dass die Tarifpartner gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation einsetzen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen zuständig ist. Fehlt eine derartige Organisation, wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt.

Es könnte vom Gesetzgeber vorgesehen werden, eine solche Organisation auch für die Tarifierung der Pflegeleistungen vorzusehen. Generell ist es vorteilhaft, einen Rahmen vorzugeben, in dem zukünftige Tarifverhandlungen und Weiterentwicklungen der Tarifstruktur stattfinden (Polynomics / HSLU 2020). Ein Tarifwerk sollte sich weiterentwickeln können, um sich den sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Der Gesetzgeber sollte sich deshalb mit der Frage befassen, ob die Entwicklung ad hoc bei Bedarf von den Tarifpartnern an die Hand genommen werden oder ob dies in einem organisierten, allenfalls auch gesetzlich geforderten institutionellen Rahmen geschehen soll. Die Studie von Polynomics / HSLU (2020) kommt hier anhand des Beispiels der Tariforganisation im stationären Bereich zum Schluss, dass es sich lohnt, ex ante ein System zu schaffen, das die Entwicklung klar regelt und den Verhandlungserfolg erhöht.

3.5 Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung

Gegenüber einer Integration in eine einheitliche Finanzierung ist bei einer Anpassung der Pflegebeiträge der OKP an die Kostenentwicklung zusätzlich ein vertieftes Verständnis der Komponenten der Kostenentwicklung notwendig. Es muss abgegrenzt werden können, welcher Teil davon auf eine Mengenzunahme zurückzuführen ist (welche bereits heute weitgehend von der OKP mitgetragen wird, so dass keine Anpassung der Beiträge notwendig ist) und welcher Teil auf Preissteigerungen (für den bei konstanten Beiträgen die Kantone und Gemeinden aufkommen müssen). Polynomics / HSLU (2020) schlagen hierzu vor, die treibenden Faktoren der Kostenentwicklung zu untersuchen.²⁶

Bei Anpassungen wäre jeweils zu prüfen, ob parallel auch die Struktur der für die Leistungen der Pflegeheime geltenden Beitragsstufen angepasst werden muss. Falls die Kostensteigerungen etwa konzentriert bei den hohen Stufen erfolgen, wäre es ansonsten nicht auszuschliessen, dass bei einer starken, pauschalen Erhöhung aller OKP-Beiträge die OKP für einige Stufen höhere Beiträge leistet als Kosten in diesen Stufen entstehen.

Für eine Umsetzung sind grundsätzlich zwei Varianten denkbar. In einer ersten Variante könnte auf die Entwicklung der Höhe der anerkannten und abgegoltenen Pflegekosten nach KLV bei konstanter Leistungsmenge abgestützt werden. Ausgehend von der Kosten- und der Mengenentwicklung würde

²⁶ Eine Untersuchung der treibenden Faktoren der Kostenentwicklung müsste nach Polynomics / HSLU (2020) nicht zwingend auf einer Vollerhebung beruhen, sondern könnte auch mit einer möglichst repräsentativen Gruppe von Leistungserbringern durchgeführt werden, die bereits über eine höhere Datenqualität verfügen.

die Preisentwicklung als Residualgrösse ermittelt. Dies würde ermöglichen, dass die OKP-Beiträge relativ zuverlässig so angepasst werden können, dass die Finanzierungsanteile von OKP, Kantonen und Gemeinden und Patientinnen und Patienten konstant gehalten werden können. Dies setzt aber eine erhöhte Kostentransparenz und die Umsetzung der dafür unmittelbar notwendigen Massnahmen voraus (siehe hierzu Ziffer 3.1). Der Umsetzungszeitraum hängt damit – wie bei einer einheitlichen Finanzierung – massgeblich davon ab, wie lange es dauert, um die Kostentransparenz herzustellen. Polynomics / HSLU (2020) schätzen, dass innert vier bis fünf Jahren ab Beschluss einer entsprechenden Regelung die notwendige Kostentransparenz hergestellt werden kann.

Falls die Anforderungen an die Zuverlässigkeit und Transparenz einer Anpassung an die Kostenentwicklung geringer sind, könnte in einer zweiten Variante auch auf Indizes abgestützt werden. Die Kostentransparenz müsste aber trotzdem ausreichen, um die wichtigsten Kostentreiber identifizieren zu können. Angesichts des hohen Anteils des Personalaufwands an den Kosten schlagen Polynomics / HSLU (2020) einen mit dem Skill-Grade-Task-Mix²⁷ und der Produktivitätsentwicklung gewichteten Lohnindex vor. Weitere Faktoren, welche die Kosten beeinflussen, könnten eine Ausweitung der Rechenschaftspflichten oder Qualitätsentwicklungsmassnahmen oder ein steigender Aufwand für die Dokumentation und Datenschnittstellen zu anderen Leistungserbringern sein. Anspruchsvollere Leistungen (wie z. B. die Verlagerung spezialisierter Palliative Care oder psychiatrischer Pflege in das Setting der Pflege im ambulanten Bereich und in Pflegeheime oder die Verfügbarkeit von 24 Stunden an 7 Tagen an der Schnittstelle zur Spitalversorgung) würden diesen gewichteten Lohnindex über einen veränderten Skill-Grade-(Task-)Mix und eine veränderte Produktivität beeinflussen. Der Umsetzungszeitraum dieser Variante dürfte insgesamt etwa zwei bis drei Jahre ab Beschluss einer entsprechenden Regelung betragen.

²⁷ Ein Skill-Grade-Task-Mix bildet ab, welche Ausbildung und Kompetenz die Mitarbeitenden haben sowie für welche Aufgaben sie eingesetzt werden.

4 Umsetzung

Die notwendigen Grundlagen für eine Anpassung der Beiträge der OKP an Pflegeleistungen oder für einen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung überschneiden sich stark. Notwendig ist primär, die Kostentransparenz zu verbessern, indem die Kostenrechnung verbessert und vereinheitlicht wird, damit insbesondere die Kosten für Pflege und Betreuung besser unterschieden werden können. Bei einer Anpassung der OKP-Beiträge müsste zusätzlich unterschieden werden können, welcher Teil der Kostenentwicklung auf ein Mengenwachstum und welcher Teil auf steigende Preise zurückgeht. Bei einem Einbezug in eine einheitliche Finanzierung müsste die heutige Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung abgelöst werden durch die Vereinbarung von Tarifen durch die Tarifpartner.

Damit die notwendigen Grundlagen hergestellt werden können, ist eine enge Zusammenarbeit der zuständigen Akteure auf nationaler Ebene gefordert. Deshalb wäre es vorteilhaft, wenn die Akteure auf nationaler Ebene ein geeignetes Gefäss schaffen würden, in dem die relevanten Interessengruppen vertreten sind und die einzelnen Themenbereiche (Kostentransparenz, Tarifierung) bearbeitet werden können.

Das Vorgehen wäre abhängig von den Rahmenbedingungen, welche der Gesetzgeber setzt, insbesondere vom zur Verfügung stehenden Zeitrahmen bis zu einer Neuregelung. Falls eine einheitliche Finanzierung beschlossen würde, müsste der Gesetzgeber wohl in diesem Zug auch einen Finanzierungsteiler für die Kantone festlegen. Dieser könnte, falls gewünscht, zu einem späteren Zeitpunkt wieder angepasst werden, etwa falls sich zeigt, dass eine Umstellung der Finanzierung nicht kostenneutral erfolgt ist. Es wäre am Gesetzgeber zu entscheiden, ob ein solcher Finanzierungsteiler gestützt auf die heute verfügbaren, allenfalls aktualisierten Daten festgelegt werden soll oder ob mit einem entsprechenden Beschluss zugewartet werden soll, bis eine Verbesserung der Kostentransparenz erzielt werden konnte (schätzungsweise fünf Jahre, zuzüglich weiterer Jahre, falls die Daten mehrerer Jahre in die Berechnung einfließen sollen).

Im Anschluss an eine Entscheidung des Gesetzgebers mit einer bestimmten Übergangsfrist wäre die Kostentransparenz zu verbessern. Zuständig dafür wären primär die Tarifpartner und die Kantone, der Bund könnte die Arbeiten unterstützend begleiten. Der Bund wäre je nach den vom Gesetzgeber erlassenen Bestimmungen gefordert, auf Verordnungsebene Bestimmungen zu erlassen, welche eine harmonisierte Kostenrechnung der Leistungserbringer und eine einheitliche statistische Erfassung der KVG-Pflegekosten und Beiträge der öffentlichen Hand an KVG-Pflegeleistungen erleichtern können. Sinnvollerweise würde das BFS die relevanten Kostendaten, die in SOMED und Spitex-Statistik einfließen, validieren, wo nötig zusammen mit den Leistungserbringern (Kostenrechnungsdaten) und den Kantonen (Finanzierungsbeiträge). Denkbar ist zudem, dass der Bund subsidiär den Aufbau allenfalls notwendiger Benchmarkstrukturen unterstützt.

Bei einer regelmässigen Anpassung der OKP-Beiträge wären im Wesentlichen die Kantone, die weiterhin für die Restfinanzierung zuständig wären, dafür zuständig, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern die Bedingungen für mehr Transparenz zu schaffen. Dabei wäre es notwendig, dass sich die Kantone koordinieren. Der Bund könnte unterstützend auf Verordnungsebene Bestimmungen erlassen, welche eine harmonisierte Kostenrechnung der Leistungserbringer erleichtern können.

Für die Tarifierung sind wo möglich tarifpartnerschaftliche Lösungen sowie eine Umsetzung durch die betroffenen Akteure anzustreben. Im Bereich der Tarifentwicklung könnten die Tarifpartner und allenfalls die Kantone das Vorgehen innerhalb der gesetzlichen Vorgaben in Eigenregie gestalten. Je nach Vorgaben des Gesetzgebers zur Tarifierung müssten allenfalls zusätzlich notwendige Präzisierungen oder Ausführungsbestimmungen auf Verordnungsebene vorgenommen werden.

5 Schlussfolgerungen

Die absehbaren Kostensteigerungen der nächsten Jahre machen die Finanzierung der Langzeitpflege zur Herausforderung. Die vom Gesetzgeber mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgten Ziele wurden weitgehend erreicht, die Belastung der OKP wurde begrenzt. Dennoch wird weiterhin die Diskussion über die Zukunft der Finanzierung der Pflegeleistungen geführt, unter anderem vor dem Hintergrund der Diskussionen um eine mögliche einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Das Parlament hat den Bundesrat mit den beiden Postulaten 16.3352 und 19.3002 beauftragt, abzuklären, wie die Beiträge der OKP für Pflegeleistungen in Zukunft regelmässig der Kostenentwicklung angepasst werden können beziehungsweise wie die Grundlagen für einen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung geschaffen werden können.

Im vorliegenden Bericht zeigt der Bundesrat verschiedene Optionen auf, wie die Pflegeleistungen finanziert werden könnten. Einige dieser Optionen wurden bereits im Bericht des Bundesrates (2016) zur Langzeitpflege besprochen. Eine Versicherungslösung hat Vorteile gegenüber Sparlösungen oder einer direkten Staatsfinanzierung. Vorzugsweise sollte eine solche Versicherungslösung innerhalb des KVG erfolgen, um neue Schnittstellen und zusätzlichen administrativen Aufwand zu vermeiden. Eine regelmässige, verpflichtende Anpassung der Pflegebeiträge der OKP an die Kostenentwicklung ist problematisch, solange die Kantone die alleinige Kompetenz zur Festlegung der Restfinanzierung haben, da auf diese Weise die Restfinanzierung der Kantone die Höhe der Beiträge der OKP an Pflegeleistungen beeinflussen würde.

Für den Bundesrat steht deshalb ein Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung im Vordergrund. Diese kann, neben einer Stabilisierung der Finanzierungsanteile, auch Fehlanreize an Schnittstellen mit unterschiedlicher Finanzierung reduzieren und so die koordinierte Versorgung fördern. Vor dem Hintergrund der Problematik der Abgrenzung von Pflege- und Betreuungsleistungen wäre theoretisch auch eine lediglich teilweise Integration in eine einheitliche Finanzierung denkbar, etwa durch die Trennung von Behandlungspflege und Grundpflege, wie 2005 vom Bundesrat vorgeschlagen. Eine Abgrenzung der Leistungsbereiche ist in jedem Fall notwendig. Eine Auftrennung von Grund- und Behandlungspflege würde allerdings die seither eingetretene, auch gerichtlich verfestigte Abgrenzungspraxis obsolet machen und neue Abgrenzungsdiskussionen eröffnen, während bei einer Integration sämtlicher Pflegeleistungen auf dem seither eingeschlagenen Weg fortgefahren werden könnte. Zu bedenken ist zudem, dass das Parlament bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung eine andere Lösung gewählt hat und dass ein Wegfall der Restfinanzierung der Grundpflege durch die Kantone und Gemeinden eine gegenüber heute steigende Belastung der Privathaushalte zur Folge hätte, mit Auswirkungen auch auf weitere sozialpolitische Instrumente. All diese Gründe sprechen aus Sicht des Bundesrates für einen vollständigen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung.

Falls sich eine einheitliche Finanzierung politisch als nicht machbar erweist, bevorzugt der Bundesrat eine Weiterführung des bestehenden Finanzierungssystems. Konstante OKP-Beiträge für Pflegeleistungen bieten ein gewisses, wenn auch unvollständiges Gegengewicht zur zunehmenden Belastung der OKP durch die Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen.

Für die Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung ist primär eine Verbesserung der Kostentransparenz erforderlich, ebenso wie für eine Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung. In erster Linie müssten die Leistungserbringer und die Kantone Massnahmen zur Transparenzverbesserung umsetzen, etwa indem die Kostenrechnung der Leistungserbringer verbessert und vereinheitlicht wird. Der Bund kann die Bemühungen begleiten und unterstützen, etwa mit der Definition von Anforderungen an die Kostenrechnung auf Verordnungsebene. Die Entwicklung von Tarifen, welche bei einer einheitlichen Finanzierung durch den Wegfall der Verantwortung der Kantone

für die Restfinanzierung notwendig würde, kann dagegen von den Tarifpartnern im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben in Eigenregie angegangen werden.

Der Umsetzungszeitraum für die notwendigen Arbeiten dürfte bei mindestens vier bis fünf Jahren ab Beschluss einer Gesetzesänderung liegen. Falls der Finanzierungsanteil erst gestützt auf eine verbesserte Kostentransparenz festgelegt werden soll oder falls den Tarifpartnern mehr Zeit zur Entwicklung einer Tarifierung mit besserem Verhältnis von Effizienzanreizen und bedürfnisbezogener Versorgung eingeräumt werden soll, würde der Umsetzungszeitraum auf bis zu zehn Jahre ansteigen. Allerdings könnten Finanzierungsteiler wie auch Tarife gut auch in mehreren Schritten angepasst werden.

Ein Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung wäre insofern eine Herausforderung, als dafür die Kostentransparenz zügig weiter verbessert werden müsste und Lösungen für die Tarifierung der Pflegeleistungen zu finden sind. Es wäre davon auszugehen, dass gewisse Verbesserungen erst im Laufe einer Einführungsphase möglich würden und allenfalls auch nicht alle Abgrenzungsfragen eindeutig gelöst werden können. In Kombination mit den erhofften Vorteilen scheint dem Bundesrat ein Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung der Leistungen nach KVG aber insgesamt machbar und sinnvoll.

6 Literaturverzeichnis

- BAG (2020): Gesamtschweizerische und kantonale Kennzahlen der Pflegeheime 2018. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen/kennzahlen.html> [Stand: 8.7.2020].
- BFS (2019): Berufliche Vorsorge. Betriebsrechnung: Ordentliche und übrige direkte Beiträge. Neuchâtel: Bundeamt für Statistik. Abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/berufliche-vorsorge.assetdetail.11387334.html> [Stand: 23.6.2020].
- Bundesrat (2005): Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bern: BBI 2005 2033.
- Bundesrat (2016): Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates vom 25. Mai 2016 in Erfüllung der Postulate 12.3604, 14.3912 und 14.4165. Bern.
- Bundesrat (2020): Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vergütung des Pflegematerials). Bern: BBI 2020 4825.
- Felder, Stefan / Straumann, Rachel (2019): Kosteneffizienz in der stationären Langzeitpflege – Welchen Einfluss hat die Restfinanzierung? Basel: Universität Basel.
- Infras / Landolt Rechtsanwälte / Careum Forschung (2018): Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich.
- Infras (2019): Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege. Schlussbericht im Auftrag der GDK. Zürich.
- Polynomics / HSLU (2020): Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung. Olten, Luzern: Polynomics, Hochschule Luzern.
- Rey, Jean-Claude et al. (2008): Evaluation de la réalisation des objectifs de l'Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP). Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ecublens: Institut de santé et d'économie.
- SBK (o. J.): Definition der Pflege. Bern: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Abrufbar unter: <https://www.sbk.ch/pflegethemen/definition-der-pflege> [Stand: 8.7.2020].
- SGK-NR (2019): 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus. Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 5. April 2019. BBI 2019 3499.
- Wächter, Matthias / Künzi, Kilian / Hausammann, Margot / Abrassart, Aurélien (2017): Vollkosten der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen. Luzern / Bern / Zürich: Studie im Auftrag von Spitex Schweiz.