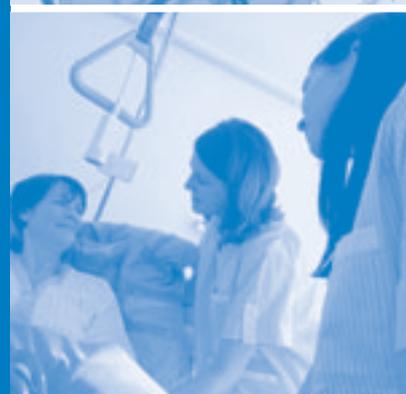


Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Finanzierung der Pflege

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt



BAG OFSP UFSP SFOPH

Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Finanzierung der Pflege

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt

Rolf Iten

Stephan Hammer

Februar 2004

Das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht in seiner Reihe «Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung» konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Gesundheit wieder.

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit
Publikationszeitpunkt: September 2005
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Gesundheit.

Weitere Informationen: BAG, Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung, Adrian Schmid, Telefon +41 (0)31 322 90 97
adrian.schmid@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Bezugsquelle: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

BBL-Artikelnummer: Form. Nr. 316.709
BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 9.05 500 kombi 60EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	1
	Avant-propos	2
	Prefazione	3
	Foreword	4
	Kurzfassung	5
	Synthèse	9
	Compendio	13
	Summary	17
1	Ausgangslage	22
2	Ziel, Fragen und Vorgehen	29
3	Heutige und zukünftige Finanzierung der Pflege	34
3.1.	Status Quo	34
3.2	Umsetzung KVG	39
4	Alternative Finanzierungsmodelle	46
4.1	Status Quo Plus	47
4.2	KVG – Staat – Pflegebedürftige	58
4.3	Empfehlung der Experten	63
5	Verworfenne Finanzierungsmodelle	66
5.1	KVG-Staat	66
5.2	Pflegeversicherung	70
5.2.1.	Pflegeversicherung OKP	71
5.2.2	Pflegeversicherung gesamte Pflegeleistungen	74
6	Rahmenbedingungen	77
6.1	Wechselwirkungen zu den Übrigen Teilprojekten	77
6.2.	Flankierende Massnahmen	77
A	Anhang	78
A 1	Mitglieder der Arbeitsgruppe «Finanzierung der Pflege»	79
A 2	Aufgaben des Systems der sozialen Sicherheit	79
A 3	Finanzierungsvorschläge	84
A 4	Positionen der in der Arbeitsgruppe vertretenen Organisationen	90
	Literatur	97

Abkürzungsverzeichnis

AHV Alters- und Hinterlassenenversicherung

ATSG Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)

BR Bundesrat

BV Berufliche Vorsorge

EL Ergänzungsleistungen zu AHV/IV

IV Invalidenversicherung

KLV Krankenpflege-Leistungsverordnung

KOF Konjunkturforschungsstelle der ETH

KV Krankenversicherung

KVG Bundesgesetz über die Krankenversicherung

MV Militärversicherung

NFA Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen

OKP Obligatorische Krankenpflegeversicherung

PV Prämienverbilligung

UV Unfallversicherung

SBK Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger

SDK Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz

SSR Schweizerischer Seniorenrat

SV Sozialversicherungen

VKL Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung

Für Zeiten des Aufbruchs

Aufbruchstimmung herrschte. Damals im Frühjahr 2002. Der Bundesrat hatte sich zur Klausursitzung in die Thurgauer Kartause Ittingen zurückgezogen und über den Stand und die Zukunft des Krankenversicherungsgesetzes KVG beraten. Seine Diagnose: Das KVG habe sich «grundsätzlich bewährt», allerdings wolle er «kostendämpfende Massnahmen noch vermehrt fördern». Für die Weiterentwicklung der Krankenversicherung beschloss der Bundesrat einen Etappenplan. Unter anderem wurde das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, längerfristige Reformschritte vorzubereiten – mit dem Ziel, die Grundlagen für eine spätere dritte Teilrevision des KVG zu schaffen. Konkret erhielt EDI vom Bundesrat den Auftrag,

- realisierbare Modelle für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei den Ärzten und allenfalls Spitätern und für die monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, wobei die Grundversorgung garantiert bleiben soll;
- zu prüfen, wie Managed-Care-Modelle mit geeigneten Anreizsystemen gefördert werden können und entsprechende Vorschläge zu unterbreiten;
- Vorschläge für die Steuerung der Nachfrage durch eine modifizierte Kostenbeteiligung (einkommensabhängige Franchise bzw. Kostenbeteiligung; nach medizinischer Leistung differenzierter Selbstbehalt) auszuarbeiten, deren ökonomische Anreizwirkung zu analysieren und dem Bundesrat vorzulegen.

Im Verlauf der Arbeiten wurden die «Finanzierung der Pflege» sowie das übergreifende Thema «Überprüfung Risikoausgleich» als Teilprojekte integriert.

Entstanden sind im Rahmen des Gesamtprojektes «Grundlagen 3. KVG-Teilrevision» innert Jahresfrist sechs fundierte Berichte von ausgewiesenen Experten ihrer Materie:

- «Monistische Spitalfinanzierung»: Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität, Bern
- «Kontrahierungszwang», Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zürich;
- «Managed Care», Markus Moser, Juristischer Berater im Gesundheitswesen, Niederwangen;
- «Kostenbeteiligung», Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, Biel-Benken;
- «Finanzierung der Pflege»: Rolf Iten und Stephan Hammer Büro Infrac, Zürich;
- «Risikoausgleich»: Stefan Spycher, Büro Bass, Bern

Nachdem der Nationalrat in der Wintersession 2003 die 2. KVG-Revision abgelehnt hatte, wurden die Arbeiten an der 3. KVG-Revision abgebrochen – insbesondere die Analyse von neuen Gesamtmodellen, die sich aus den Einzelvorschlägen der Experten ergaben. Verloren gingen die Ideen damit aber nicht: Das EDI beschloss Anfang 2004, in der Neuauflage der KVG-Revision die ausformulierten Vorschläge der 2. Revision zurückzugreifen und zum Teil mit neuen Elementen zu ergänzen, die sich aus den Vorarbeiten zur 3. Revision ergaben.

Der Inhalt der sechs Expertenberichte ist breit und sprengt den Rahmen des politisch Machbaren. Doch das Wissen, die Analysen und die Ideen müssen der Fachwelt zugänglich bleiben. Für viele Jahre. Immer wieder, wenn Aufbruchstimmung herrscht.

Hans Heinrich Brunner
Vizedirektor BAG

En temps de renouveau

Un vent de renouveau soufflait. C'était au début de l'année 2002. Le Conseil fédéral s'était alors retiré dans la Chartreuse d'Ittingen (canton de Thurgovie) pour une séance spéciale, afin d'évaluer la situation concernant la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et envisager son avenir. Son diagnostic : la LAMal a fait ses preuves mais le Conseil fédéral souhaiterait renforcer davantage les mesures de maîtrise des coûts. Il a alors décidé de concevoir un plan progressif pour améliorer le système de l'assurance-maladie. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a notamment été chargé de prévoir une réforme par étapes à long terme et ce, dans le but de préparer les bases d'une troisième révision de la LAMal. En clair, le Conseil fédéral a mandaté le DFI afin qu'il :

- propose des modèles réalisables pour la suppression de l'obligation de contracter pour les médecins et les hôpitaux ainsi que pour le financement moniste des hôpitaux, cadre dans lequel les soins de base continuent à être garantis,
- examine comment les modèles de réseaux de soins intégrés peuvent être encouragés au moyen de systèmes incitatifs appropriés et qu'il soumette des propositions en conséquence,
- formule des propositions concernant le contrôle de la demande, par une participation aux coûts modifiée (franchises établies en fonction du revenu ou de la participation aux coûts ; quote-part différenciée en fonction de la prestation médicale), qu'il analyse la rentabilité de leur effet incitatif et les soumette au Conseil fédéral.

Les projets partiels « financement des soins » et « examen de la compensation des risques » se sont rajoutés au cours des travaux.

En un an, six rapports ont été rédigés par des experts qualifiés dans le cadre du projet global « Bases de la troisième révision partielle de la LAMal » :

- « Financement hospitalier moniste », Robert E. Leu, Institut d'économie politique, Université de Berne
- « Obligation de contracter », Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zurich
- « Réseau de soins intégrés » (Managed Care), Markus Moser, conseiller juridique en matière de santé publique, Niederwangen
- « Participation aux coûts », Heinz Schmid, actuaire, Biel-Benken
- « Financement des soins », Rolf Iten et Stephan Hammer, Bureau Infrac, Zurich
- « Compensation des risques », Stefan Spycher, Bureau Bass, Berne

Après que le Conseil national a refusé la deuxième révision de la LAMal lors de la session d'hiver en 2003, les travaux engagés pour la troisième révision ont été interrompus, en particulier l'analyse des nouveaux modèles globaux issus des propositions faites par chaque expert. Mais les idées ont été conservées : le DFI a décidé, début 2004, de reprendre les propositions formulées dans le cadre de la deuxième révision pour la nouvelle édition de la révision de la LAMal et de les compléter par de nouveaux éléments provenant des travaux préparatoires de la troisième révision.

Le contenu des six rapports d'experts est étendu et sa mise en pratique n'est pas réalisable au plan politique. Mais les connaissances, les analyses et les idées doivent cependant continuer à faire partie du monde des spécialistes. Pour de longues années, à chaque fois qu'un vent de renouveau soufflera.

Hans Heinrich Brunner
Vice-directeur OFSP

In attesa del grande cambiamento

Allora, nel febbraio 2002, l'atmosfera era quella che preannuncia un rivolgimento. Il Consiglio federale si era ritirato in clausura nell'ex monastero certosino Kartause di Ittigen per discutere in merito alla legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e al suo futuro. La sua diagnosi: la LAMal «in linea di principio ha dato buona prova», tuttavia il Consiglio federale intende «promuovere maggiormente le misure volte ad arginare i costi». Per progredire nello sviluppo dell'assicurazione malattie, il Consiglio federale ha deciso un piano a tappe. Tra l'altro, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) è stato incaricato di dare avvio ai lavori preparatori a lunga scadenza in vista della riforma, allo scopo di elaborare le basi per una futura terza revisione della LAMal. Concretamente il DFI è stato incaricato dal Consiglio federale di:

- presentare modelli attuabili per la soppressione dell'obbligo di contrarre per i medici ed eventualmente gli ospedali e per il finanziamento ospedaliero monistico, senza tuttavia rinunciare alla garanzia delle cure di base;
- verificare la possibilità di promuovere modelli managed care con adeguati sistemi di incentivo e presentare proposte in tale senso;
- elaborare delle proposte per il controllo della domanda mediante una modifica del principio della partecipazione ai costi (franchigia proporzionale al reddito e partecipazione ai costi; aliquota percentuale differenziata secondo la prestazione medica), analizzare gli effetti dell'incentivo economico e presentarne i risultati al Consiglio federale.

Nel corso dei lavori, sono stati integrati come sottoprogetti l'aspetto del «finanziamento delle cure» e il tema trasversale dell'«esame della compensazione dei rischi».

Nell'ambito del progetto globale «Aspetti fondamentali della 3a revisione parziale della LAMal», nell'arco di un anno, sono stati stesi da comprovati esperti in materia sei rapporti consolidati:

- «Monistische Spitalfinanzierung»: Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität, Berna;
- «Kontrahierungszwang», Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zurigo;
- «Managed Care», Markus Moser, Juristischer Berater im Gesundheitswesen, Niederwangen;
- «Kostenbeteiligung», Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, Biel-Benken;
- «Finanzierung der Pflege»: Rolf Iten und Stephan Hammer Büro Infrac, Zurigo;
- «Risikoausgleich»: Stefan Spycher, Büro Bass, Berna.

In seguito al rigetto della 2a revisione della LAMal da parte del Consiglio nazionale, nella sessione invernale 2003, sono stati interrotti i lavori della 3a revisione, in particolare l'analisi di nuovi modelli di finanziamento usciti dalle singole proposte degli esperti. Ma questo colpo di freno non ha cancellato le idee: il DFI, all'inizio del 2004, ha deciso di riprendere nel nuovo testo di revisione della LAMal le proposte formulate nell'ambito della 2a revisione e, in parte, di completarle con nuovi elementi scaturiti dalla 3a revisione.

Il contenuto dei sei rapporti peritali è ampio e supera i limiti di quanto è politicamente realizzabile. Tuttavia non dobbiamo precludere agli specialisti l'accesso alla conoscenza, alle analisi e alle idee. E questo per anni e anni, perché è sempre tempo di iniziare un nuovo cammino.

Hans Heinrich Brunner
Vicedirettore dell'UFSP

For times when change is in the air

Change was in the air, back in the spring of 2002. The Federal Council had withdrawn to the former Carthusian monastery of Ittingen in the Canton of Thurgau for an off-site session to discuss the status and future of the Health Insurance Act (*KVG*). The Council's diagnosis: The *KVG* had "proved of value, all things considered". However, the Federal Council wanted "to step up efforts to control costs". The Council decided on a plan to further develop health insurance in a series of stages. Among other measures, the Federal Department of the Interior (EDI) was commissioned to prepare long-term reform measures with a view to creating the basis for a subsequent third partial revision of the *KVG*. Specifically, the Federal Council tasked the EDI with

- submitting feasible models for revoking the contracting obligation of health insurance funds vis-à-vis doctors and possibly also hospitals, and for "monistic" funding (i.e. from a single source) of hospitals, while at the same time ensuring the provision of primary health care;
- examining appropriate incentive systems designed to promote managed-care models and submitting corresponding proposals;
- drawing up proposals for controlling demand by means of a modified cost-participation system (income-based annual deductible/contribution to costs; variable service-based deductible depending on the medical service provided), analysing their effectiveness as economic incentives and submitting them to the federal Council.

As the work proceeded, "Financing of nursing care" and the overarching subject of "Review of risk spread" were included as additional sub-projects.

Within a year the general project, "Basis, 3rd Partial Revision of *KVG*", generated six well-substantiated reports by proven experts in their respective subjects:

- "Monistic financing of hospitals": Robert E. Leu, Department of Economics, University of Bern
- "Contracting obligation"; Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Zurich;
- "Managed Care"; Markus Moser, legal advisor, healthcare sector, Niederwangen;
- "Cost participation"; Heinz Schmid, actuary, Biel-Benken;
- "Financing of nursing care": Rolf Iten and Stephan Hammer, INFRAS, Zurich;
- "Risk spread": Stefan Spycher, BASS, Bern

When the National Council turned down the 2nd Partial *KVG* Revision in the 2003 winter session, work on the 3rd *KVG* Revision was suspended, particularly the analysis of the new global models resulting from the experts' individual proposals. The underlying ideas were not abandoned, however: Early in 2004, the EDI decided that the new version of the *KVG* revision would incorporate proposals formulated in the 2nd Revision, with some being supplemented with new elements derived from the preliminary work on the 3rd Revision.

The six expert reports are wide-ranging in their scope and go way beyond the limits of what is politically feasible. But the know-how, analyses and ideas they contain must remain accessible to specialists. For many years to come, for whenever change is in the air.

Hans Heinrich Brunner
Vice-Director, Swiss Federal Office of Public Health

Zusammenfassung

Ausgangslage

Die Finanzierung des Pflegesektors (Pflegeheime und Pflege zu Hause) steht vor zentralen Herausforderungen:

- Erstens wird davon ausgegangen, dass die Leistungserbringer die Transparenzerfordernisse des KVG kurz- bis mittelfristig erfüllen. Die Krankenversicherer werden in der Folge nach KVG einen grösseren Anteil an den Pflegekosten übernehmen müssen. Schätzungen gehen von einer Zusatzbelastung in der Grössenordnung von über 1 Mia. CHF aus (rund 10 Prämienprozente). Die Höhe der Mehrkosten, die von den Krankenversicherern zu übernehmen wären, ist jedoch sehr umstritten.
- Zweitens ist betreffend den von den Versicherern zu übernehmenden Kosten mit definitionsbedingten Abgrenzungsproblemen zu rechnen. Dies kann zu langwierigen Rechtsstreitigkeiten und daraus folgender Rechtsunsicherheit führen.
- Drittens führt die bisherige Finanzierungsregelung bei den schwer Pflegebedürftigen heute zu einer grossen finanziellen Last. Ein beachtlicher Teil dieser Personen ist auf Unterstützung durch die öffentliche Hand angewiesen. Zudem werden vorhandene Synergiepotenziale zwischen verschiedenen Leistungserbringern (insbesondere auch zum Spitalsektor) ungenügend ausgeschöpft.

Auftrag und Vorgehen

Im Projekt «Finanzierung der Pflege» werden realisierbare Modelle zur Finanzierung der Pflege sowie deren finanzielle Auswirkungen auf die Finanziierer untersucht. Die neue Regelung soll bedarfsorientiert sowie zielgerecht und für die Pflege im Heim und die Pflege zu Hause anwendbar sein. Damit wird eine Grundlage für die zukünftige Regelung im Rahmen der 3. KVG-Revision geschaffen.

Vorliegender Expertenbericht wurde von einer Arbeitsgruppe begleitet, die sich aus ausgewählten VertreterInnen betroffener Organisationen und Verbände zusammensetzte. Die Arbeitsgruppe wurde im Rahmen von drei Workshops und ergänzenden bilateralen Kontakten in die Arbeiten miteinbezogen.

Heutige Finanzierung der Pflege

Die heutige Finanzierung ist historisch gewachsen. Die Pflegebedürftigen finanzieren die von ihnen beanspruchten Pflegeleistungen über Beiträge der Sozialversicherungen (Krankenversicherung, Hilflosenentschädigung AHV/IV, Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV/IV, eigene Mittel und bedarfsabhängige Beiträge der öffentlichen Hand (Sozialhilfe).

Die gesamten Pflegekosten (inkl. Hotellerie) betragen im Jahr 2000 6.1 Mia. CHF (Pflegeheime: 5.2 Mia. CHF; Spitex 0.9 Mia. CHF). Von diesen Kosten trugen die Krankenversicherer 1.3 Mia. CHF, die Pflegebedürftigen 2.5 Mia. und die öffentliche Hand rund 1.8 Mia. CHF. Die restlichen Kosten wurden von den AHV/IV-Versicherten und aus privaten Mitteln finanziert. Die Beiträge der öffentlichen Hand wurden über die EL und Objektsubventionen schwergewichtig von den Kantonen (1.2 Mia. CHF) erbracht.

Aufgrund der Erfüllung der Transparenzanforderungen seitens der Leistungserbringer, der Reduktion der Objektsubventionen der Kantone und Gemeinden im Heimsektor und der Neuregelung des Finanzausgleichs (NFA) ist davon auszugehen, dass sich die Finanzanteile der verschiedenen Finanziierer kurz- bis mittelfristig mit der «Umsetzung KVG» (resp. der Übernahme der vollen anrechenbaren krankheitsbedingten Kosten der Pflegeleistungen nach KVG) gegenüber der heutigen Finanzierung («Status Quo») ändern werden.

deutlich verändern werden. Die folgende Schätzung der finanziellen Auswirkungen ist jedoch mit Unsicherheiten verbunden:

- Der Finanzierungsanteil der Versicherer verdoppelt sich auf rund 2.4 Mia. CHF.
- Die Pflegebedürftigen (-580 Mio. CHF) und die öffentliche Hand (-550 Mio. CHF, davon Kantone: -220 Mio. CHF) werden massgebend entlastet.

Wir gehen davon aus, dass diese absehbare neue Verteilung der finanziellen Lasten zu einer deutlichen Verschlechterung der Finanzierbarkeit und zu einer starken Belastung der Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» führt. Zudem ist aufgrund der erwähnten Abgrenzungsprobleme mit einer zunehmenden Rechtsunsicherheit zu rechnen. Die aktuellen politischen Vorstösse und Diskussionen zeigen, dass die deutliche Entlastung der Pflegebedürftigen und die hohe Zusatzbelastung der Versicherten politisch auf sehr grossen Widerstand stossen und die politische Akzeptanz der «Umsetzung KVG» als gering einzuschätzen ist. Aus den erwähnten politischen und rechtlichen Gründen besteht deshalb ein klarer Handlungsbedarf zur Einführung einer neuen, längerfristig tragbaren und optimierten Finanzierungsregelung.

Neue Finanzierungsmodelle

Die Modelle «Status Quo plus» und «KVG – Staat – Pflegebedürftige» stehen als mögliche neue Finanzierungsmodelle im Vordergrund. Beide Modelle gehen vom heutigen Finanzierungssystem aus, sehen vor, dass die Versicherer nicht massgeblich zusätzlich belastet werden und führen durch zusätzliche Beiträge der öffentlichen Hand zu einer Entlastung der Pflegebedürftigen. Zudem wird in beiden Modellen zwischen der Finanzierung der Akutpflege (Überbrückungspflege in Heimen und Akutpflege Spitex) und der Finanzierung der Langzeitpflege unterschieden. Bei der Akutpflege werden die vollen Pflegeleistungen nach KVG von den Versicherern übernommen. Die Langzeitpflege wird von den Versicherern, der öffentlichen Hand und den Pflegebedürftigen gemeinsam finanziert. Damit sollen die Betroffenen entlastet und Effizienzpotenziale genutzt werden.

Das Modell «Status Quo plus» geht von der heutigen Finanzierung der Pflege aus, indem es einen «Beitrag» der Versicherer an die Kosten der Langzeitpflege festlegt und durch den Ausbau der EL gezielt ergänzt. Im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» werden dagegen die gesamten Kosten der Langzeitpflege über eine Pauschale finanziert.

Bei beiden Modellen sind verschiedene Varianten denkbar, die sich durch unterschiedliche Finanzierungsanteile der Versicherer, der Pflegebedürftigen und der öffentlichen Hand unterscheiden.

Die im Bericht dargestellten Varianten führen gegenüber dem «Status Quo» zu einer geringfügigen Zusatzbelastung der Versicherer (+70 Mio. CHF durch die zusätzliche Finanzierung in der Akutpflege), einer Entlastung der Pflegebedürftigen von über 300 Mio. CHF und einer Mehrbelastung der öffentlichen Hand von rund 240 Mio. CHF. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der Kantone durch den Ausbau der EL («Status Quo plus») resp. den Beitrag an die Pauschale der Langzeitpflege («KVG – Staat – Pflegebedürftige») und die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben (NFA) deutlich zunimmt (+540 Mio. CHF). Der Bund durch die NFA und die Gemeinden durch die Reduktion der Objektfinanzierung können ihre Anteile um je rund 150 Mio. CHF reduzieren.

Der entscheidende Unterschied der zwei Modelle besteht darin, dass die zusätzlichen Beiträge der Kantone im Modell «Status Quo plus» bedarfsorientiert über einen Ausbau der EL und im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» über einen Beitrag an die Pauschale erfolgt. Dadurch kann im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» ein Teil der von den Kantonen zu leistenden Beiträge verbindlicher geregelt werden. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass in diesem Modell zur Finanzierung der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex weiterhin öffentliche Mittel notwendig sind.

Im Vergleich zur heutigen Finanzierungsregelung («Status Quo» und «Umsetzung KVG») führen beide alternativen Modelle zu einer besseren Finanzierbarkeit, einer ausgewogeneren Verteilung der finanziellen Last und entsprechend verbesserter Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» sowie zu einer Verbesserung der politischen Akzeptanz. Gegenüber dem «Status Quo» kann zudem die Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» deutlich verbessert werden.

Aus folgenden Gründen ziehen die Experten das Modell «Status Quo plus» dem Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» vor:

1. Wir sehen die primäre Aufgabe der öffentlichen Hand in der bedarfsorientierten Unterstützung der Pflegebedürftigen, die ihre Kosten aus eigenen Mitteln nicht finanzieren können. Deshalb ziehen wir den gezielten bedarfsabhängigen Ausbau der EL gegenüber einem Pauschalssystem vor, das zu einer geringeren Solidarität zwischen «Arm» und «Reich» führt.
2. Durch die Revision der EL können die bisherigen Schwächen der EL aus Sicht der Pflegebedürftigen behoben werden (z.B. EL-Begrenzung; ungenügender Vermögensfreibetrag für die selbstbewohnte Liegenschaft). Dadurch kann die EL ihre Funktion als bedarfsabhängige Alternative zu einer Pflegeversicherung stärker wahrnehmen.
3. Das Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» wird durch die Einführung des Pauschalystems zur Finanzierung der Langzeitpflege ohne entsprechenden Verzicht auf andere Finanzierungsquellen intransparenter, führt zu einem höheren Vollzugsaufwand und ist damit aus unserer Sicht weniger praktikabel.
4. Aufgrund des Widerstands der Kantone gegenüber dem Modell «KVG – Staat - Pflegebedürftige» und der geringeren Solidarität zwischen «Arm» und «Reich» unter den Pflegebedürftigen gehen wir von einer geringeren politischen Akzeptanz dieses Modells aus.

Verworfenne Finanzierungsmodelle

Im Rahmen des Projekts wurden folgende weitere Finanzierungsmodelle geprüft und verworfen

Tabelle 1

Verworfenne Finanzierungsmodelle		
Modell	Ausgestaltung	Begründung der Ablehnung
Status Quo	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherer: Beitrag im «heutigen Rahmen». • Keine ergänzenden Massnahmen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzierungsprobleme der schwer Pflegebedürftigen. • Starke Belastung der Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken». • Unterwünschte Anreize und ungenügende Nutzung von Effizienzpotenzialen. • Rechtsunsicherheit und Rechtsstreitigkeiten aufgrund der ungelösten Abgrenzung zwischen Betreuung und Grund-/ Behandlungspflege. • Geringe politische Akzeptanz auf Seiten der Pflegebedürftigen, der Leistungserbringer und der älteren Bevölkerung.

KVG - Staat	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherer und öffentliche Hand tragen je 50 Prozent der Pflegepauschale 	<ul style="list-style-type: none"> • Die mit dem Modell verbundenen verteilungspolitischen Auswirkungen führen zu einer geringen politischen Akzeptanz: deutliche Entlastung der Pflegebedürftigen; massive Belastung der Kantone (+990 Mio. CHF); Zusatzbelastung der Versicherer (+140 Mio. CHF). • Die Pflegepauschale führt zu einer regressiven Wirkung unter den Pflegebedürftigen und damit zu einer geringeren Solidarität zwischen «Arm» und «Reich».
Pflegeversicherung OKP	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeversicherung für die Pflegeleistungen nach KVG. • Risikodifferenzierte Kopfprämie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Einseitige Belastung der älteren Bevölkerung und damit einhergehende starke Belastung der Solidarität zwischen «Jung» und «Alt». • Fehlende politische Akzeptanz.
Pflegeversicherung gesamte Pflegeleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeversicherung für die gesamten Pflegeleistungen. • Einheitliche Kopfprämie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Massive Zusatzbelastung der Versicherten und damit einhergehende starke Belastung der Solidarität zwischen «Jung» und «Alt». • Fehlende politische Akzeptanz.

Empfehlung der Experten

Wir empfehlen, das Modell «Status Quo plus» in der im Bericht beschriebenen Variante umzusetzen.

Bei der Einführung des neuen Modells sind folgende Aspekte zu beachten:

1. Die Änderungen im KVG und im ELG müssen zwingend gemeinsam als «Paket» beschlossen und eingeführt werden.
2. Die Detailbestimmungen sind auf Verordnungsstufe festzulegen (z.B. Definition Langzeitpflege; neue «Rahmentarife»; Konkretisierung der von den Versicherern zu übernehmenden Leistungen in der Akutpflege). Wir empfehlen, zur Erarbeitung der Grundlagen für die Detailbestimmungen eine Arbeitsgruppe einzusetzen.
3. Die Kantone und Gemeinden sind im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zu verpflichten, weiterhin objektbezogene Beiträge an die Spitex zu leisten (Finanzierung der Hauswirtschaftsleistungen).
4. Die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) ist unter Berücksichtigung der Gesetzesänderungen im KVG und im ELG zu aktualisieren.

Synthèse

Point de la situation

Le financement du secteur des soins (établissements médico-sociaux et soins à domicile) devra faire face à des défis majeurs:

- Premièrement, on part du principe que les fournisseurs de prestations satisferont aux exigences de transparence de la LAMal à court et à moyen terme. Cependant, à plus long terme, les assureurs-maladie devront assumer une part plus importante des frais de soins au sens de la LAMal. Les estimations indiquent que la charge supplémentaire serait de l'ordre de plus d'un milliard de francs (soit environ 10 % des primes); le montant des coûts supplémentaires à la charge des assureurs-maladie est toutefois très controversé.
- Ensuite, s'agissant des frais devant être pris en charge par les assureurs, il faut s'attendre à des problèmes de délimitation liés à la définition des prestations, ce qui pourrait entraîner des litiges interminables qui auraient pour effet une incertitude juridique.
- Enfin, la réglementation en vigueur jusqu'ici en matière de financement entraîne aujourd'hui une charge financière importante pour les personnes nécessitant des soins lourds. Une forte proportion de ces personnes est tributaire d'un soutien financier des pouvoirs publics. Les synergies potentielles existant entre les différents fournisseurs de prestations (notamment aussi avec le secteur hospitalier) ne sont en outre pas suffisamment exploitées.

Mandat et mode opératoire

Le projet « Financement des soins » analyse les modèles de financement des soins susceptibles d'être réalisés ainsi que leurs effets sur les financeurs. La nouvelle réglementation devra être axée sur le besoin et pouvoir s'appliquer de manière ciblée tant pour les soins dispensés en institution que pour ceux prodigués à domicile. La base de la future réglementation dans le cadre de la 3e révision de la LAMal sera ainsi posée.

Le présent rapport d'experts a été suivi par un groupe de travail composé de représentants des organisations et associations concernées. Le groupe de travail a été associé aux travaux à l'occasion de trois colloques ainsi que par le biais de contacts bilatéraux complémentaires.

financement actuel des soins

Le financement actuel est marqué par l'histoire du système de santé. Les personnes nécessitant des soins financent les prestations de soins dont elles bénéficient par le biais des contributions des assurances sociales (assurance-maladie, allocation pour impotent de l'AVS/AI, prestations complémentaires (PC) à l'AVS/AI), de leurs propres ressources et des contributions des pouvoirs publics liées au besoin (aide sociale).

En 2000, les coûts globaux des soins (y compris les frais de repas et de logement) se sont élevés à 6,1 milliards de francs (établissements médico-sociaux 5,2 milliards; Spitex 0,9 milliard), dont 1,3 milliard a été supporté par les assureurs-maladie, 2,5 milliards par les personnes nécessitant des soins et environ 1,8 milliard par les pouvoirs publics, le reste ayant été financé par les assurés AVS/AI et par des fonds privés. Les contributions des pouvoirs publics ont été supportées en grande partie par les cantons (1,2 milliard de francs) par le biais des PC et des subventions aux établissements de soins.

Du fait que les fournisseurs de prestations satisfont aux exigences en matière de transparence, que les subventions octroyées par les cantons et les communes aux établissements dans le secteur des EMS diminuent et que la réforme de la péréquation et de la répartition des tâches (RPT) va entrer en vigueur, on peut s'attendre à court ou à moyen terme, avec le modèle « Application de la LAMal » (ou la prise en charge de tous les coûts imputables aux soins liés à la maladie au sens de la LAMal), à une modification sensible de la part de financement incombant aux différents financeurs par rapport au financement actuel (modèle « Statu quo »), soit:

- un doublement de la part de financement à la charge des assureurs, qui pourrait atteindre environ 2,4 milliards de francs; et
- un allègement important de la charge des personnes nécessitant des soins (-580 millions de francs) et de celle des pouvoirs publics (-550 millions de francs, dont -220 millions pour les cantons).

Même si ces estimations des conséquences financières sont entachées d'incertitude, il est probable que cette nouvelle répartition prévisible des charges financières entraînerait une nette détérioration des possibilités de financement et qu'elle solliciterait de manière trop importante la solidarité entre « jeunes » et « vieux ». Il faut en outre s'attendre à une incertitude juridique de plus en plus grande en raison des problèmes liés à la délimitation des prestations. Les interventions et les discussions politiques actuelles révèlent que le principe d'un net allègement de la charge des personnes nécessitant les soins et d'une plus grande charge pour les assurés se heurte à une résistance politique importante, et que l'acceptation politique du modèle « Application de la LAMal » peut être considérée comme faible. Au vu des aspects juridiques et politiques énoncés, il est clair que des mesures doivent être prises afin d'introduire une nouvelle réglementation optimisée et supportable sur le long terme pour le financement des soins.

Nouveaux modèles de financement

Les modèles « Statu quo plus » et « LAMal – Etat – personnes nécessitant des soins » sont considérés comme de nouveaux modèles de financement possibles. Partant tous deux du système de financement actuel, ils prévoient que la charge supplémentaire des assureurs n'augmentera pas de manière déterminante, et ils ont pour effet un allègement de la charge des personnes nécessitant des soins par le biais de contributions supplémentaires des pouvoirs publics. Les deux modèles font en outre une distinction entre le financement des soins aigus (soins dans des établissements médico-sociaux pendant une période transitoire et soins aigus Spitex) et le financement des soins de longue durée. S'agissant des soins aigus, les prestations de soins sont intégralement prises en charge par les assureurs au sens de la LAMal. Les soins de longue durée sont en revanche financés à la fois par les assureurs, les pouvoirs publics et les personnes nécessitant les soins. Cette approche vise ainsi à alléger la charge des personnes touchées tout en exploitant les potentiels d'efficience.

Le modèle « Statu quo plus » part du système de financement actuel des soins en fixant une « contribution » des assureurs aux coûts des soins de longue durée, qui est complétée par un élargissement des PC. Dans le modèle « LAMal – Etat – personnes nécessitant des soins », l'ensemble des coûts des soins de longue durée est financé par le biais de forfaits.

On peut imaginer diverses variantes de ces deux modèles qui se distingueraient par une répartition différente du financement entre les assureurs, les personnes nécessitant des soins et les pouvoirs publics.

Comparées au « Statu quo », les variantes présentées dans le rapport ont pour effet une charge supplémentaire minimale pour les assureurs (+70 millions de francs liés au financement supplémentaire des soins aigus), un allègement de plus de 300 millions de francs de la charge des personnes nécessitant des soins et une charge supplémentaire d'environ 240 millions de francs pour les pouvoirs publics. Il faut toutefois prendre en considération la nette augmentation de la part des cantons (+540 millions de francs) découlant de l'élargissement des PC (modèle « Statu Quo plus ») ou de la contribution aux forfaits pour soins de longue durée (modèle « LAMal – Etat – personnes nécessitant des soins »), ainsi que de la réforme de la péréquation et de la répartition des tâches (RPT). La part de la Confédération et celle des communes peut néanmoins être abaissée d'environ 150 millions de francs, de par la RPT pour la première et en raison de la diminution du financement par établissement pour les secondes.

La différence cruciale entre les deux modèles réside dans le fait que, dans le modèle « Statu quo plus », les contributions supplémentaires des cantons sont axées sur le besoin par le biais d'un élargissement des PC, alors que, dans le modèle « LAMal – Etat – personnes nécessitant des soins », elles sont obtenues par une participation aux forfaits, ce qui permet de régler de manière plus contraignante une partie des contributions des cantons dans le second modèle. Il faut toutefois tenir compte du fait que, dans ce modèle, les fonds publics sont toujours nécessaires pour le financement des prestations d'aide à domicile Spitex.

Par rapport au règlement actuel (« Statu quo » et « Application de la LAMal »), les deux modèles préconisés offrent de meilleures possibilités de financement, une répartition plus équilibrée de la charge financière et un renforcement de la solidarité entre les générations; leur acceptation politique est aussi meilleure. Ils permettent également d'améliorer de manière sensible la solidarité entre « bien-portants » et « malades » par rapport au « Statu quo ».

Les experts privilégient le modèle « Statu quo plus » par rapport au modèle « LAMal – Etat – personnes nécessitant des soins », et ce pour les raisons suivantes:

1. Ils considèrent que la tâche première des pouvoirs publics est d'apporter un soutien axé sur le besoin aux personnes nécessitant des soins qui n'ont pas les moyens financiers d'en assumer les coûts. Ils préfèrent donc un élargissement ciblé des PC en fonction du besoin à un système de forfaits où la solidarité entre « riches » et « pauvres » est moins grande.
2. La révision de la LPC permettra de supprimer les faiblesses actuelles des PC en ce qui concerne les personnes nécessitant des soins (p. ex. plafonnement des PC, montant de la fortune non imputable insuffisant en cas d'habitation du bien immobilier propre). Les PC pourront ainsi mieux remplir leur fonction d'alternative, liée au besoin, à une assurance de soins.
3. Du fait de l'introduction d'un système de forfaits pour le financement des soins de longue durée sans suppression concomitante du recours aux autres sources de financement, le modèle « LAMal – Etat – personnes nécessitant des soins » n'offre pas une transparence suffisante et entraîne des frais d'exécution plus élevés; aussi les experts estiment-ils qu'il est plus difficile à appliquer.
4. Etant donné la résistance que le modèle « LAMal – Etat – personnes nécessitant des soins » a rencontré auprès des cantons et la solidarité moins grande entre bénéficiaires de soins « riches » et « pauvres » qu'il implique, les experts supposent que son acceptation politique sera moins bonne.

Modèles de financement rejetés

D'autres modèles de financement ont été examinés dans le cadre du projet et rejetés (Tableau 1)

Tableau 1

Modèles de financement rejetés		
Modèle	Structure	Motif du rejet
Statu quo	<ul style="list-style-type: none"> • assureurs: contribution dans « le cadre actuel » • pas de mesures complémentaires 	<ul style="list-style-type: none"> • problèmes de financement pour les personnes nécessitant des soins lourds • sollicitation importante de la solidarité entre « bien-portants » et « malades » • incitations non souhaitées et exploitation insuffisante des potentiels d'efficacité • incertitude juridique et litiges en raison du problème non résolu de la délimitation entre les tâches d'assistance et les soins de base/thérapeutiques • faible acceptation politique par les personnes nécessitant des soins, les fournisseurs de prestations et la population d'un certain âge
LAMal – Etat	<ul style="list-style-type: none"> • les assureurs et les pouvoirs publics prennent en charge les forfaits de soins à raison de 50 % chacun 	<ul style="list-style-type: none"> • les effets politiques liés à la répartition des coûts entraînent une acceptation politique faible: allègement sensible pour les personnes nécessitant des soins; charge très lourde pour les cantons (+990 millions de FRANCS); charge supplémentaire pour les assureurs (+140 millions de FRANCS) • les forfaits de soins induisent un effet régressif chez les personnes nécessitant des soins, et par conséquent un affaiblissement de la solidarité entre « riches » et « pauvres »
Assurance des soins AOS	<ul style="list-style-type: none"> • assurance des soins pour les prestations de soins au sens de la LAMal • prime par tête différenciée en fonction du risque 	<ul style="list-style-type: none"> • charge unilatérale pour la population d'un certain âge s'accompagnant d'une sollicitation importante de la solidarité entre « jeunes » et « vieux » • pas d'acceptation politique
Assurance des soins pour toutes les prestations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • assurance des soins pour l'ensemble des prestations de soins • prime uniforme par tête 	<ul style="list-style-type: none"> • charge supplémentaire très lourde pour les assurés s'accompagnant d'une sollicitation importante de la solidarité entre « jeunes » et « vieux » • pas d'acceptation politique.

Recommandations des experts

Les experts préconisent la mise en œuvre du modèle « Statu quo plus » selon la variante décrite dans le rapport.

Lors de l'introduction du nouveau modèle, ils recommandent notamment:

1. de décider et d'introduire les modifications de la LAMal et de la LPC ensemble, sous la forme d'un « paquet »;
2. de fixer les dispositions détaillées au niveau des ordonnances (p. ex. définition des soins de longue durée, nouveaux « tarifs cadres », définition concrète des prestations devant être prises en charge par les assureurs en matière de soins aigus) et d'instituer un groupe de travail chargé de l'élaboration des bases pour les dispositions détaillées;
3. dans le cadre de la refonte de la péréquation financière et de la répartition des tâches, d'obliger les cantons et les communes à continuer de fournir au système Spitex des contributions par objet (financement des prestations d'aide à domicile);
4. d'actualiser la réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) en tenant compte des modifications introduites dans la LAMal et dans la LPC.

Compendio

Situazione iniziale

Il finanziamento del settore delle cure (case di cura e cure a domicilio) si trova a dover fronteggiare sfide importanti:

- In primo luogo si parte dal principio che i fornitori di prestazioni adempiano le esigenze di trasparenza della LAMal a breve e lungo termine. Gli assicuratori malattie dovranno in seguito assumersi, secondo la LAMal, una parte importante dei costi delle cure. Le stime partono da un onere supplementare dell'entità di oltre 1 miliardo di franchi (circa il 10 per cento dei premi). Il totale dei costi supplementari che gli assicuratori malattie dovrebbero assumersi è tuttavia una questione molto controversa.
- In secondo luogo, per quanto riguarda i costi che gli assicuratori devono assumersi, bisogna tenere conto delle difficoltà di delimitazione legate alla definizione delle prestazioni. Ciò può determinare controversie giuridiche e una conseguente incertezza del diritto.
- In terzo luogo, il disciplinamento del finanziamento attuato finora comporta un grande onere finanziario per quanto attiene alle persone bisognose di cure intensive. Parte notevole di queste persone ha bisogno dell'assistenza pubblica. Inoltre, i potenziali sinergici esistenti fra i diversi fornitori di prestazioni (in particolare anche nel settore ospedaliero) sono insufficientemente sfruttati.

Mandato e procedura

Nel progetto «Finanziamento delle cure» sono esaminati modelli di finanziamento delle cure realizzabili e le loro ripercussioni finanziarie sui finanziatori. Il nuovo disciplinamento dev'essere fondato sul fabbisogno nonché sugli obiettivi e applicabile per le cure in case di cura e le cure a domicilio. In tal modo viene creata una base per la regolamentazione futura nel quadro della 3a revisione della LAMal.

Il presente rapporto d'esperti è stato affiancato da un gruppo di lavoro composto da rappresentanti selezionati delle organizzazioni interessate e di altre associazioni. Il gruppo di lavoro è stato coinvolto nei lavori in occasione di tre workshop e attraverso contatti bilaterali complementari.

Finanziamento attuale delle cure

Il finanziamento attuale delle cure si è consolidato nel corso degli anni. Le persone bisognose di cure finanziano le prestazioni di cura richieste mediante contributi delle assicurazioni sociali (assicurazione malattie, assegni per grandi invalidi AVS/AI, prestazioni complementari (PS) all'AVS/AI, fondi propri e contributi da parte degli enti pubblici in funzione del fabbisogno (aiuto sociale)).

I costi complessivi delle cure (incluse spese ospedaliere di vitto e alloggio) ammontavano nel 2000 a 6,1 miliardi di franchi (case di cura: 5,2 miliardi di franchi; Spitex 0,9 miliardi di franchi). Di questi costi 1,3 miliardi sono stati a carico delle assicurazioni malattie, 2,5 miliardi delle persone bisognose di cure e circa 1,8 miliardi degli enti pubblici. I costi rimanenti sono stati finanziati dagli assicurati AVS/AI e mediante mezzi privati. I contributi degli enti pubblici sono stati erogati, attraverso PS e sussidi agli istituti di cura, in prevalenza dai Cantoni (1,2 miliardi di franchi).

A causa dell'adempimento delle esigenze di trasparenza da parte dei fornitori di prestazioni, della riduzione dei sussidi a singoli oggetti da parte dei Cantoni e dei Comuni nel settore delle cure a domicilio e del nuovo disciplinamento della perequazione finanziaria (NPF), ci si può attendere, a breve e a medio termine, che le quote finanziarie dei diversi finanziatori saranno decisamente modificate con l'«attuazione della LAMal» (e dell'assunzione per intero dei costi dovute a malattie per le prestazioni di cura secondo

la LAMal) rispetto al finanziamento attuale (modello «status quo»). La stima seguente delle ripercussioni finanziarie è tuttavia molto incerta:

- La quota di finanziamento degli assicuratori si raddoppia ammontando a circa 2,4 miliardi di franchi.
- Le persone bisognose di cure (- 580 milioni di franchi) e gli enti pubblici (-550 milioni di franchi; per i Cantoni -220 milioni di franchi) vengono corrispondentemente sgravate.

È probabile che questa prevedibile nuova ripartizione degli oneri finanziari comporti un evidente aggravamento del finanziamento e una forte incidenza sulla solidarietà fra giovani e anziani. Inoltre, si dovranno fare i conti con una crescente incertezza giuridica a causa delle citate difficoltà di delimitazione. Gli attuali interventi parlamentari e i dibattiti in corso dimostrano che lo sgravio netto delle persone bisognose di cure e l'elevato onere supplementare per gli assicuratori suscita un'opposizione politica molto forte, e l'accettazione dell'«attuazione della LAMal», per parte sua, un assenso ridotto. I motivi politici e giuridici ora menzionati impongono la necessità evidente dell'introduzione di una nuova, ottimale regolamentazione del finanziamento, sostenibile a lungo termine.

Nuovi modelli di finanziamento

I modelli «Status Quo plus» e «LAMal - Stato - Persone bisognose di cure» sono in primo piano quali nuovi modelli possibili di finanziamento. Entrambi i modelli scaturiscono dall'attuale sistema di finanziamento e prevedono che agli assicuratori non vengano imposti oneri supplementari gravosi e che attraverso contributi supplementari da parte degli enti pubblici si giunga a uno sgravio delle persone bisognose di cure. Inoltre, nei due modelli si opera una distinzione fra finanziamento delle cure acute (cure transitorie in case di cura e cure acute Spitex) e il finanziamento delle cure a lungo termine. Nel caso delle cure acute, tutte le prestazioni di cura, ai sensi della LAMal, sono finanziate dagli assicuratori. Le cure a lungo termine sono finanziate congiuntamente da assicuratori, enti pubblici e persone bisognose di cure. Il modello mira a sgravare gli interessati utilizzando i potenziali in termini di efficacia.

Il modello «Status Quo plus» presuppone l'attuale finanziamento delle cure fissando un «contributo» degli assicuratori ai costi delle cure a lungo termine, completato mediante un'estensione mirata delle prestazioni complementari. Nel modello «LAMal - Stato - Persone bisognose di cure», i costi complessivi delle cure a lungo termine sono per contro finanziati mediante un importo forfetario.

Per ambedue i modelli sono possibili diverse varianti che si distinguono per i differenti contributi di finanziamento degli assicuratori, delle persone bisognose di cure e degli enti pubblici.

Le varianti presentate nel rapporto comportano, rispetto al modello «Status Quo», un onere supplementare esiguo per gli assicuratori (+70 milioni di franchi attraverso il finanziamento supplementare nelle cure acute), uno sgravio a favore delle persone bisognose di cure di oltre 300 milioni di franchi e un onere maggiorato per gli enti pubblici di circa 240 milioni di franchi. In merito, va considerato che il contributo dei Cantoni si accresce nettamente (+540 milioni di franchi) a causa dell'estensione delle prestazioni complementari («Status Quo plus»), del contributo all'importo forfetario per le cure a lungo termine («LAMal - Stato - Persone bisognose di cure») e della nuova perequazione finanziaria e dei compiti (NPF). La Confederazione, attraverso la NPF, e i Comuni, grazie alla riduzione del finanziamento per istituto, si vedono la loro quota ridotta di circa 150 milioni di franchi ciascuno.

La differenza determinante fra i due modelli consiste nel fatto che i contributi supplementari dei Cantoni sono effettuati, nel modello «Status Quo plus» in funzione del fabbisogno mediante l'estensione delle prestazioni complementari e, nel modello «LAMal - Stato - Persone bisognose di cure», mediante il contributo all'importo forfetario. Di conseguenza, nel modello «LAMal - Stato - Persone bisognose di cure», una parte dei contributi cantonali può essere disciplinata in maniera più vincolante. Dev'essere tuttavia considerato il fatto che in questo modello sono necessari ulteriori risorse pubbliche per il finanziamento delle prestazioni d'economia domestica della Spitex.

Rispetto all'attuale regolamentazione del finanziamento (modelli «Status Quo» e «Attuazione LAMal»), i due modelli alternativi permettono un finanziamento migliore, una ripartizione ponderata degli oneri finanziari, una maggior solidarietà fra giovani e anziani e un migliore gradimento politico. Rispetto al modello «Status Quo», la solidarietà fra persone sane e persone malate può essere nettamente migliorata.

Gli esperti preferiscono il modello «Status Quo plus» al modello «LAMal - Stato - Persone bisognose di cure» per i motivi seguenti:

1. Si ritiene che il compito primario degli enti pubblici sia l'assistenza necessaria delle persone bisognose di cure che non sono in grado di finanziare i loro costi con mezzi propri. Di conseguenza, si preferisce l'estensione mirata, secondo il fabbisogno, delle prestazioni complementari (PC) rispetto al sistema degli importi forfetari che incrina la solidarietà fra poveri e ricchi.
2. Mediante la revisione delle PC, le lacune attuali nel settore delle prestazioni complementari, per quanto riguarda le persone bisognose di cure, possono essere colmate (ad es. limitazione delle PC; importo della sostanza imponibile insufficiente per chi abita in abitazioni di sua proprietà). In tal modo, le prestazioni complementari possono svolgere in maniera più congrua la loro funzione di alternativa dipendente dal fabbisogno a un'assicurazione per le cure.
2. Il modello «LAMal - Stato - Persone bisognose di cure» diventa meno trasparente a causa dell'introduzione degli importi forfetari per il finanziamento delle cure a lungo termine senza una corrispondente rinuncia ad altre fonti di finanziamento; esso comporta un onere esecutivo maggiore ed è dunque, dal nostro punto di vista, meno praticabile.
4. A causa dell'opposizione dei Cantoni al modello «LAMal - Stato - Persone bisognose di cure» e della minore solidarietà fra poveri e ricchi nell'ambito delle persone bisognose di cure, prevediamo un gradimento politico esiguo di questo modello.

Modelli di finanziamento respinti

Nel quadro del progetto, i seguenti ulteriori modelli di finanziamento sono stati esaminati e respinti

Tabella 1

Modelli di finanziamento respinti		
Modello	Struttura	Motivo del rifiuto
Status Quo	<ul style="list-style-type: none"> • Assicuratori: contributo «nei limiti attuali». • Nessuna misura integrativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemi di finanziamento delle persone fortemente bisognose di cura. • Forte onere a carico delle solidarietà fra persone sane e persone malate. • Incentivi indesiderati e utilizzazione insufficiente dei potenziali in termini di efficacia. • Incertezza giuridica e controversie giuridiche a causa della mancata delimitazione fra assistenza e cure di base/cure mediche. • Gradimento politico ridotto da parte delle persone bisognose di cure, dei fornitori di prestazioni e della popolazione anziana.

LAMal - Stato	<ul style="list-style-type: none"> Assicuratori ed enti pubblici si assumono rispettivamente il 50 per cento degli importi forfetari per le cure 	<ul style="list-style-type: none"> Le ripercussioni politiche connesse al modello in materia di ripartizione incidono negativamente sul gradimento politico: chiaro sgravio delle persone bisognose di cure; onere massiccio a carico dei Cantoni (+ 990 milioni di franchi); onere supplementare per gli assicuratori (+140 milioni di franchi). Gli importi forfetari per le cure hanno un effetto regressivo sulle persone bisognose di cure e in tal modo determinano una ridotta solidarietà fra poveri e ricchi.
Assicurazione per le cure AOCMS	<ul style="list-style-type: none"> Assicurazione per le cure per le prestazioni di cura secondo LAMal. Premi pro capite con differenziazione del rischio. 	<ul style="list-style-type: none"> Onere unilaterale a carico della popolazione anziana e conseguente forte fardello a carico della solidarietà fra giovani e anziani. Gradimento politico assente.
Assicurazione per le cure per tutte le prestazioni di cura	<ul style="list-style-type: none"> Assicurazione per le cure per tutte le prestazioni di cura. Premio procapite unitario. 	<ul style="list-style-type: none"> Massiccio onere supplementare per gli assicurati e conseguente forte fardello a carico della solidarietà fra giovani e anziani. Gradimento politico assente.

Raccomandazione degli esperti

Raccomandiamo di adottare il modello «Status Quo plus» nella variante descritta nel rapporto.

Introducendo il nuovo modello occorre considerare gli aspetti seguenti:

1. Le modifiche della LAMal e della LPC devono essere decise e introdotte congiuntamente quale «pacchetto».
2. I dettagli vanno disciplinati a livello di ordinanza (ad es. definizione di cura di lunga durata; nuove «tariffe limite»; concretizzazione delle prestazioni a carico degli assicuratori nel caso di cure acute). Raccomandiamo di incaricare un gruppo di lavoro per l'elaborazione delle basi per le disposizioni di dettaglio.
3. Nell'ambito della nuova perequazione finanziaria e dei compiti, i Cantoni e i Comuni sono tenuti a versare sussidi specifici alla Spitex (finanziamento delle prestazioni per l'economia domestica).
4. La nuova perequazione finanziaria e dei compiti fra Confederazione e Cantoni (NPF) deve essere aggiornata considerando le modifiche di legge intervenute nella LAMal e nella LPC.

Summary

Background

There are some fundamental challenges facing the way the nursing sector (nursing homes and domiciliary nursing) is financed:

- Firstly, it is assumed that the service providers will meet the requirements for transparency stated in the KVG in the short to medium term. Consequently, under the terms of the KVG, the health insurance providers will have to pay a larger proportion of the costs for nursing care. Estimates show that the additional financial burden will be in excess of CHF 1 billion (around 10 percent of premiums). However, the extent of the additional costs that the health insurers will have to pay is the subject of great controversy.
- Secondly, there are likely to be problems in defining the costs that insurance providers will have to pay. This could lead to tedious legal disputes and, as a result, uncertainty about the legal position.
- Thirdly, the current mechanism for funding nursing care for very serious cases creates a major financial burden. A considerable proportion of individuals requiring a high level of nursing care are dependent on state assistance. In addition, existing potential for synergy between various service providers (particularly in the hospital sector) is not being exploited adequately.

Task and approach

The aim of the «Financing nursing care» project is to examine practicable models for financing nursing care and their financial impact on the payers. The new system needs to be needs-oriented and appropriate for meeting its targets, and must be applicable to both care provided in nursing homes and domiciliary care. This will create a basis for introducing a new system as part of the 3rd revision of the KVG.

The expert report was flanked by a working group comprising selected representatives of affected organizations and associations. The working group was involved in writing the report through participation in three workshops and additional bilateral contact.

How nursing care is currently financed

The current system of financing nursing care has developed over the years into its present form. People in need of nursing finance the nursing services they require through contributions paid into the social security system (health insurance, disability allowance under the AHV/IV insurance system, supplementary benefits under the AHV/IV system, own resources and needs-tested contributions from the state (social welfare)).

Expenditure on nursing care (including accommodation) totalled CHF 6.1 billion in 2000 (nursing homes: CHF 5.2 billion; domiciliary care (Spitex): CHF 0.9 billion). CHF 1.3 billion of this total was borne by the health insurance providers, CHF 2.5 billion by the recipients of the nursing care, and around CHF 1.8 billion by the state. The remaining costs were borne by people insured under the AHV/IV system and from private means. Most of the public funding (CHF 1.2 billion) came from the cantons in the form of supplementary benefits and object subsidies.

Now the service providers have to meet transparency criteria, the cantons and communes have reduced their object subsidies for nursing homes, and the regulations governing the financial compensation mechanism (NFA) have been revised, so it can be assumed that the share of funding provided by each of the players will change dramatically once the revised KVG is implemented (and the health insurance

system covers the full allowable sickness-related costs of nursing care under the KVG). The following estimate of the financial impact does, however, contain some uncertainties:

- The proportion of financing contributed by the insurance providers will double to around CHF 2.4 billion.
- The financial burden on patients (CHF -580 million) and the state (CHF -550 million, of which the cantons account for CHF -220 million) will be greatly reduced.

We assume that this foreseeable redistribution of the financial burden will make it much more difficult to finance nursing care, and that a greater strain will be placed on the solidarity between «young» and «old». The legal situation is also likely to become increasingly uncertain because of the difficulty, mentioned before, of defining categories of care. The current political initiatives and discussions show that there is enormous political resistance to the major reduction of the burden on patients in favour of placing an additional burden on insurance providers, and political acceptance of the way the KVG is being implemented is low. In view of the stated political and legal situation, therefore, there is a clear need to introduce a new and sustainable optimized regulation for financing nursing care.

New financing models

The «Status Quo plus» and «KVG – State – Patients» models are under discussion as possible new financing models. Both are based on the present system, seek to avoid placing any major additional burden on the insurance providers, and relieve the burden on patients requiring nursing care by incorporating additional funding from the state. In addition, both models draw a distinction between financing acute care (short-term post-hospitalization care in homes and acute care provided in the home setting) and financing long-term care. In the case of acute care, the nursing benefits are paid for in full by the insurance providers under the terms of the KVG. Long-term care is funded jointly by the insurance providers, the state and the patients themselves. The intention here is to reduce the burden on patients who require nursing care and to exploit potential for greater efficiency.

The «Status Quo plus» model is based on the current system of financing nursing in that it defines a «contribution» that the insurance providers are required to pay towards the cost of long-term care and provides for a dedicated additional contribution by expanding the scope of the supplementary benefit system. The «KVG – State – Patients» model, on the other hand, finances the entire cost of long-term nursing care through a flat rate.

Various versions of either model could be developed; they would differ with respect to the proportions of funding supplied by the insurance providers, patients requiring nursing care, and the state.

The versions discussed in the report place a slightly higher financial burden on the insurance providers than the «Status Quo» (CHF +70 million as a result of the additional contribution to financing acute care), reduce the contribution paid by patients requiring nursing care by more than CHF 300 million, and increase the burden on the public purse by around CHF 240 million. It should be borne in mind that the proportion paid by the cantons would increase considerably (CHF +540 million) as a result of expanding the system of supplementary benefits («Status Quo plus») or paying part of the flat rate for long-term care («KVG – State – Patients») and the revision of the financial compensation system and task allocation. The shares paid by the federal government and the communes would be reduced by about CHF 150 million each, in the first instance as a result of the revised financial compensation system, in the second through lower payments to finance objects.

The fundamental difference between the two models is that the additional funding from the cantons under the «Status Quo plus» model would be paid on a needs-oriented basis under an expanded system of supplementary benefits, while under the «KVG – State – Patients» model it would take the form of a contribution to the flat rate. This means that part of the contributions from the cantons could be

regulated on a more mandatory basis under the «KVG – State – Patients» model. However, it must be remembered that in this model public funding will continue to be needed for the domestic services provided under Spitex.

Compared to the current regulations for financing nursing care («Status Quo» and «Implementation of KVG»), both alternative models make nursing care easier to finance, spread the financial burden more evenly, improve the solidarity between «young» and «old» accordingly, and increase political acceptance. In addition, they considerably improve the solidarity between the «healthy» and the «sick» compared with the present system.

The experts would give preference to the «Status Quo plus» model over the «KVG – State – Patients» model for the following reasons:

1. We feel that the primary task of the state is to provide need-tested support for people who require nursing care but who cannot pay for it from their own resources. This is why we would give preference to targeted, need-driven expansion of supplementary benefits rather than to a flat-rate system which would undermine the solidarity between «rich» and «poor».
2. Revision of the supplementary benefit system could eliminate the existing shortcomings of the supplementary benefit system from the point of view of those who require nursing care (e.g. restriction of supplementary benefit, inadequate allowance made for owner-occupied property in means-testing). This would enable the supplementary benefit system to more fully play its role as a need-dependent alternative to nursing care insurance.
3. The «KVG – State – Patients» model will be made less transparent by the introduction of a flat-rate system to finance long-term care if this is not accompanied by the removal of other sources of funding. It will also require a greater administrative effort and, from our point of view, is less practicable for that reason.
4. We assume that political acceptance of the «KVG – State – Patients» model will be lower because of the resistance from the cantons and the low level of solidarity between the «poor» and the «rich» among those requiring nursing care.

Rejected financing models

During the project the following other financing models were examined and rejected

Table 1:

Rejected financing models		
Model	Features	Reasons for rejection
Status Quo	<ul style="list-style-type: none"> • Insurance providers: contribution much the same as now • No additional measures 	<ul style="list-style-type: none"> • Problems with financing care for the most severe cases • Great burden on solidarity between «healthy» and «sick» • Unwanted incentives and inadequate use of efficiency potential • Legal uncertainty and legal disputes because of unresolved demarcation between nursing care and basic/therapeutic care • Low political acceptance on the part of those requiring nursing care, service providers and older age groups

KVG – State	<ul style="list-style-type: none"> • Insurance providers and state each pay 50 percent of a flat rate for nursing care 	<ul style="list-style-type: none"> • The way in which this model assigns shares of the total costs would meet with little political acceptance: major reduction of the burden on patients requiring care; a massive burden on the cantons (CHF +990 million); additional burden on insurance providers (CHF +140 million) • The flat rate for nursing care would have a regressive effect on funding generated from people requiring nursing care and would thus lead to lower solidarity between «poor» and «rich»
Nursing insurance as part of the mandatory health insurance system	<ul style="list-style-type: none"> • Nursing insurance for nursing benefits provided under the terms of the KVG • Per capita premium differentiated according to risk 	<ul style="list-style-type: none"> • Unilateral burden on older members of society and thus a great burden on the solidarity between «young» and «old» • Lack of political acceptance
Nursing insurance covering all nursing benefits	<ul style="list-style-type: none"> • Nursing insurance covering all benefits related to nursing care • Uniform per capita premium 	<ul style="list-style-type: none"> • Massive additional burden on insurance providers and thus a great burden on the solidarity between «young» and «old» • Lack of political acceptance

The experts' recommendation

We recommend implementing the «Status Quo plus» model in the form described in the report. If the new model is introduced, the following aspects must be borne in mind:

1. It is vital for the revisions of the Health Insurance Law (KVG) and Supplementary Benefit Law (ELG) to be passed and introduced together as a «package».
2. The detailed provisions must be set out in an ordinance (e.g. the definition of long-term care, new «framework tariffs», specification of the benefits relating to acute care that insurance providers must pay for). We recommend forming a working group to develop a basis for the detailed provisions of the legislation.
3. As part of the revision of the financial compensation system and task allocation, the cantons and communes must be obligated to continue paying object-related contributions into the Spitex system (to finance domestic benefits).
4. The revision of the financial compensation system and the division of functions between the federal government and the cantons must be updated in the light of the revisions to the KVG and ELG.

1 Ausgangslage

Am 22. Mai 2002 hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, als Grundlagen für die 3. KVG-Revision Massnahmen zur Kosteneindämmung der sozialen Krankenversicherung zu konkretisieren. Unter anderem sollen in diesem Zusammenhang auch Modelle zur Finanzierung der Pflege geprüft werden (Auftragserteilung: Ende 2002). Der vorliegende Bericht dokumentiert die Ergebnisse des Teilprojekts «Finanzierung der Pflege».

Im Folgenden werden zunächst wichtige grundlegende Aspekte für die weiteren Arbeiten dargelegt. Es sind dies:

- Definitionen und Abgrenzungen,
- eine Darstellung der Berücksichtigung der Pflege im KVG,
- die Herausforderungen, vor denen der Pflegesektor heute steht,
- die politische Ausgangslage.

Definitionen und Abgrenzungen

Folgende Definitionen und Abgrenzungen sind bei der Prüfung von Modellen zur Finanzierung der Pflege zu beachten:

- (1) Der Begriff der «Pflege» wird ganzheitlich verstanden. Die betrachteten Pflegeleistungen umfassen Abklärungs- und Beratungsmassnahmen, Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen sowie die Grundpflege und Betreuung, auf die pflegebedürftige Personen kurzfristig oder dauernd angewiesen sind. Während die «Behandlungspflege» in der Regel ein explizites therapeutisches Ziel zur Behandlung von Krankheiten verfolgt¹, besteht die «Grundpflege» in der allgemeinen Grundpflege der pflegebedürftigen Personen (Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen).
- (2) «Pflegebedürftigkeit» umschreibt nach Latzel et al. (1997) Art und Grad des individuellen Autonomieverlustes, der dazu führt, dass die betreffende Person nicht mehr alle Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig ausführen kann und der Pflege Dritter bedarf. Von Pflegebedürftigkeit wird jedoch erst dann gesprochen, wenn die Abhängigkeit von der Hilfe durch Dritte eine Dauer erreicht, welche über die Zeitspanne hinausgeht, die als normale Rekonvaleszenzzeit bei einer akuten Erkrankung angenommen wird. Wie lange diese Dauer sein muss, damit die Pflegebedürftigkeit anerkannt wird, kann jedoch nicht objektiv geklärt werden und wird normativ festgelegt. Dies hat dazu geführt, dass im schweizerischen Sozialversicherungsrecht unterschiedliche Karenzfristen entstanden sind und Pflegebedürftigkeit einen uneinheitlichen Regelungsbestand darstellt. Pflegebedürftigkeit zieht im individuellen Fall einen sehr unterschiedlichen Bedarf an medizinischen, paramedizinischen und sozialen Leistungen mit sich.
- (3) Da sich insbesondere bei Fällen von länger dauernden oder gar irreversiblen Erkrankungen Finanzierungsprobleme ergeben können, steht in der vorliegenden Arbeit die Langzeitpflege im Vordergrund. In Anlehnung an Huber (1997) wird von Langzeitpflege gesprochen, «wenn eine Person über einen längeren Zeitraum betreut und gepflegt werden muss oder auf Dienstleistungen (Personen, Hilfsmittel) für die täglichen Grundlebensverrichtungen angewiesen ist».² Die Langzeitpflege kann zu Hause (unter Inanspruchnahme des familiären Umfelds, angestellter Pflegekräfte und Spitex-Dienste) oder in einem Alters-, Invaliden-, Kranken- oder Pflegeheim erfolgen.

¹ Gemäss Santésuisse ist zu berücksichtigen, dass die Behandlungspflege nicht immer ein therapeutisches Ziel zur Behandlung einer Krankheit hat, z.B. werden in der palliativen Pflege (Linderung in der Endphase des Lebens) verschiedene Behandlungspflegemassnahmen vorgenommen, die nicht zur Behandlung der Krankheit, sondern zur Linderung der Symptome dienen (Schmerztherapie).

² Gemäss Santésuisse wird Langzeitpflege in der Regel über die Abgrenzung zur Akutpflege definiert, die wiederum mit «Krisensituationen bis max. 6 Wochen» definiert wird.

- (4) Das vorliegende Teilprojekt konzentriert sich auf die Alters- und Pflegeheime und die Krankenhäuser (im Folgenden unter dem Begriff «Pflegeheime» subsumiert) sowie die Pflege zu Hause (Spitex). Nicht betrachtet werden die Kurzzeitpflege in Spitälern und die Pflege in Behindertenheimen.

Berücksichtigung der Pflege im KVG

Mit dem KVG werden die Pflegeheime und die Spitex-Organisationen neu als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aufgenommen. Während das KVG im Vergleich zum früheren Krankenversicherungsgesetz (KUVG) bei den Pflegeheimen zu einer Vereinheitlichung der Finanzierung durch die OKP führte³, stellt die OKP im Spitexbereich eine neue Finanzierungsquelle dar. Für die Finanzierung der Pflege sind folgende Regelungen des KVG besonders relevant:

- Die Leistungspflicht der OKP ist explizit an den Krankheitsbegriff⁴ gebunden. Die OKP übernimmt nach Art. 25 KVG die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Entsprechend spricht die Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) von «Krankenpflegeleistungen».
- Die OKP übernimmt nach Art. 25 KVG die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflege-massnahmen, die ambulant, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden.
- Voraussetzung zur Kostenübernahme ist, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 KVG). Die Pflegeleistungen müssen zudem aufgrund einer Bedarfsabklärung und auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden (Art. 7 KLV).
- Gemäss Art. 44 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weiter gehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz).
- Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause (Art. 50 KVG).
- Die Leistungen der Krankenpflege im Pflegeheim und zu Hause sind in Art. 7 KLV detailliert aufgeführt und abschliessend geregelt. Die OKP übernimmt auf ärztliche Anordnung hin die Kosten der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und der Behandlung sowie der allgemeinen und psychiatrischen Grundpflege (Art. 7 KLV; im Folgenden Pflegeleistungen nach KVG genannt). Die OKP übernimmt jedoch keine Leistungen, die unter die sog. «Hotellerie» (Verpflegung, Unterkunft, Reinigung etc.), die soziale Betreuung oder die Haushaltshilfe fallen (Bundesrat 1999). Allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer werden ebenfalls nicht angerechnet (Art. 7, Abs. 2 KLV). Dasselbe gilt für Nebenbetriebe resp. Abteilungen und/oder Prozesse, die nicht zum Kerngeschäft eines Leistungserbringers der Krankenpflege gehören und auch durch externe Dienstleister erbracht werden können wie z.B. Restaurationsbetriebe, allgemein zugängliche Räumlichkeiten, Wäscherei etc. (Angabe Santésuisse).
- In Art. 9a KLV hat der Gesetzgeber Tariflimiten (sog. «Rahmentarife») festgelegt, die nicht überschritten werden dürfen, solange die Leistungserbringer nicht über mit den Versicherern gemeinsam erarbeitete Kostenberechnungsgrundlagen (Spitex) oder eine einheitliche Kostenstellenrechnung (Pflegeheime) verfügen (Erfordernis der Kostentransparenz). Die Pflege zu Hause und im Heim wird unterschiedlich vergütet. Bei Spitex-Leistungen werden die Rahmentarife pro Stunde nach dem

³ Das KVG hat insbesondere zu einer Annäherung in der Finanzierung der Alters- und Pflegeheime und der Krankenhäuser durch die OKP geführt. Während sich der Finanzierungsbeitrag der OKP bei den Alters- und Pflegeheimen deutlich erhöhte (heutige Finanzierung gemäss den Rahmentarifen je nach Pflegebedürftigkeit von 10 bis 70 CHF im Vergleich zu 9 CHF während 720 Tagen unter dem KUVG) und damit zu einer Entlastung der HeimbewohnerInnen führte, konnten sich die Kantone im Bereich der Finanzierung der Krankenhäuser entlasten (INFRAS 2001).

⁴ Gemäss Art. 3, Abs. 2 ATSG (Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts) ist Krankheit «jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat».

Schwierigkeitsgrad differenziert. Für die Heime kennt die OKP eine nach vier Pflegebedarfsstufen differenzierte Pauschalvergütung, die auf maximal 70 CHF pro Tag beschränkt ist.

- Mit der am 1.1.2003 in Kraft getretenen Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) ist eine wichtige Grundlage für die transparente Kostenerfassung in den Heimen geschaffen worden. Sobald die Heime ihre Kosten entsprechend der VKL ausweisen, muss die OKP die vollen Kosten der Krankenpflegeleistungen nach KVG übernehmen (Santésuisse/SDK 2002). Damit werden die bisherigen Rahmentarife zukünftig hinfällig.

In der heutigen Regelung der Finanzierung der Pflege gemäss KVG sind zwei Aspekte von besonderer Bedeutung:

- (1) Die Rahmentarife gemäss Art. 9a KLV decken gemäss den Kantonen und den Leistungserbringern (Pflegeheime und Spitex) nur einen Teil der Kosten der von den Versicherern nach Art. 7 KLV zu übernehmenden Pflegeleistungen ab. Gemäss den Leistungserbringern und den Kantonen besteht deshalb ein «Rechtssvakuum» (INFRAS 2001) resp. eine gesetzliche Unzulänglichkeit (SDK). Gemäss Schätzungen beträgt der Anteil der OKP an die Kosten der KLV-Leistungen («Deckungsbeitrag») bei den Pflegeheimen 50 bis 60 Prozent⁵ und der Spitex 70 bis 80 Prozent⁶. Der heutige Anteil der OKP (Rahmentarife) an die effektiven Pflegeleistungen nach KVG ist jedoch sehr umstritten. Nach Berechnungen von Santésuisse würde die Übernahme der vollen anrechenbaren krankheitsbedingten Pflegekosten gemäss KVG (sofern die Leistungserbringer die Transparenzanforderungen der VKL erfüllen) gemäss den Forderungen der Pflegeheime zu Mehrkosten für die Versicherer führen. Die Höhe der Mehrkosten ist jedoch noch unklar. Dabei wird einerseits auf definitorische Probleme (s. unten), andererseits auf die nach wie vor ungenügenden Kostengrundlagen bzw. -rechnungen der Pflegeheime verwiesen. Santésuisse bestreitet, dass die Versicherer die von den Leistungserbringern geschätzten Mehrkosten für den Pflegeheimbereich von 1.2 Mia. CHF voll übernehmen müssen. Während für die Leistungserbringer im stationären Bereich nur die unterste Pflegestufe (BESA-Stufe 1) kostendeckend ist (Angabe H+), besteht nach Auffassung der Versicherer aufgrund von Hochrechnungen nur in der obersten Pflegestufe (BESA-Stufe 4) eine Deckungslücke. Der Stellenwert der Rahmentarife ist ebenfalls umstritten. Nach Angaben des BSV sind die beteiligten Akteure (BSV, Kantone, Leistungserbringer) beim Erlass der Rahmentarife davon ausgegangen, dass diese die Vergütung der KVG-relevanten Pflegeleistungen entsprechend den Kriterien von Art. 32 KVG (Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) sicherstellen, und die Pflegeleistungen nach KVG damit abgedeckt sind. Laut SDK wurden die Rahmentarife erarbeitet, weil die von den Versicherern zu finanzierenden Pflegekosten die ursprünglich angenommene Zusatzbelastung für die OKP von 800 Mio. CHF sehr schnell überstieg und klar wurde, dass über die Rahmentarife auf Verordnungsstufe ein Beitrag der Versicherer an die Pflegekosten nach KVG festgelegt werden musste, um die finanzielle Belastung der Versicherer in Grenzen zu halten. Weiteres Ziel war, durch die Rahmentarife und die damit verbundene Rechtssicherheit Zeit zu gewinnen, um eine längerfristige Finanzierungslösung zu erarbeiten.
- (2) Bei der Abgrenzung der Pflegeleistungen nach KVG von den übrigen Pflegeleistungen bestehen grosse Schwierigkeiten. Unklar ist nach Santésuisse insbesondere, wie die Betreuung von der Behandlungs- und der Grundpflege zu trennen ist und die entsprechenden Kosten separat ausgewiesen werden können. Die Definition der psychiatrischen Grundpflege nach Art. 7 KLV ist nicht geklärt. Wie erwähnt führen die Abgrenzungsprobleme dazu, dass die von den Versicherern zu übernehmenden Pflegekosten sehr unterschiedlich geschätzt werden.

⁵ Quellen: Schätzungen Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) und Wenger (2002).

⁶ Quellen: Gemäss Spitex-Statistik 2000 (BSV 2002a) betragen die Gesamtkosten pro Stunde 80 CHF und die Einnahmen für Krankenpflege 49 CHF. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass in den in der Spitex-Statistik angegebenen Gesamtkosten pro Stunde die Kosten zu Lasten der OKP nicht ausgeschieden wurden und deshalb zur Berechnung des Deckungsbeitrags zu hoch sind (Angabe BSV). Im Tarifentscheid Spitex Neuenburg vom 19.12.01 (RUKV 4/2002; Tarif applicable dès le 1er janvier 1999 par les services neuchâtelais de soins à domicile pour les assureurs-maladie non signataires de la convention du 10 décembre 1998 et de son avenant no 1 (tarif SPITEX)) ist der Bundesrat demgegenüber von einem gewichteten kostenbereinigten Durchschnitt von 62 CHF ausgegangen. Basierend auf dem erwähnten Entscheid gehen wir davon aus, dass die Kosten zu Lasten KVG rund 60 bis 70 CHF pro Stunde betragen. Daraus folgt, dass der Deckungsbeitrag bei Einnahmen von 49 CHF rund 70 bis 80 Prozent beträgt. Die Kostendeckung im Bereich Spitex ist jedoch umstritten. So geht der Spitex-Verband nach eigenen Angaben von Kosten zu Lasten KVG von durchschnittlich 90 CHF und einem Kostendeckungsgrad von 50 bis 60 Prozent aus.

Im Rahmen dieses Teilprojekts war es nicht möglich, die Abgrenzungs- und Definitionsprobleme zu klären. Wir gehen jedoch davon aus, dass die Abgrenzung der KVG-pflichtigen von den nicht KVG-pflichtigen Pflegeleistungen durch die Definition geeigneter Kriterien und gewisse Vereinfachungen möglich, die Erfassung der Kosten jedoch mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Aus pflegerischer und medizinischer Sicht sowie aufgrund des Finalitätsprinzips erachten wir eine Abgrenzung der Pflegeleistungen als fragwürdig, da die Leistungen in der Regel gemeinsam erbracht werden und wir davon ausgehen, dass sich die Wirkungen der verschiedenen Leistungen ergänzen und verstärken. Zudem weist der Schweizerische Seniorenrat (SSR 2003) darauf hin, dass neuere Erfassungssysteme, die zum Teil auf umfangreichen Fragebogen beruhen, vom Pflegepersonal als belastend und von den Pflegebedürftigen teilweise als diskriminierend empfunden werden.

Die Überprüfung der von den Versicherern zu übernehmenden Kosten der Pflegeleistungen nach KVG war im Rahmen des Teilprojekts ebenfalls nicht möglich. Mit den Kantonen und den Leistungserbringern nehmen wir jedoch an, dass von spürbaren Mehrkosten für die Versicherer auszugehen ist (vgl. Kapitel 3.2). Aufgrund der mit den bisherigen Hochrechnungen der Kantone und der Leistungserbringer verbundenen Unsicherheiten (Definitionen, Kostengrundlagen, Hochrechnungen) sind die Angaben jedoch mit Vorsicht zu behandeln.

Herausforderungen

Der Pflegesektor (Pflegeheime und Pflege zu Hause) steht vor folgenden zentralen Herausforderungen:

- (1) Die gesamten Pflegekosten (Pflegeheime und Spitex) haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen.⁷ Im Jahr 2000 betragen die Pflegekosten in der Schweiz nach Angaben des BFS (2002) rund 6.1 Mia. CHF (Heime 5.2 Mia. CHF; Pflege zu Hause 0.9 Mia. CHF). Die Pflegekosten werden aus strukturellen Gründen voraussichtlich auch zukünftig zunehmen. Einerseits wird damit gerechnet, dass sich die Bewohnerstruktur in den Heimen weiter in Richtung einer verstärkten Übernahme von Akutpatienten aus den Spitälern (Überbrückungspflege) mit entsprechenden Kostenfolgen verändern wird. Andererseits wird aufgrund der demografischen Entwicklung davon ausgegangen, dass die Pflegekosten weiter spürbar zunehmen.⁸ Zur Entlastung der Pflegekosten werden u.a. die Effizienzsteigerung bei der Leistungserbringung, die Verhinderung der Überinanspruchnahme von Leistungen und die Förderung der ambulanten gegenüber der stationären Pflege gefordert (Oggier 2002).
- (2) Das KVG hat zu einer spürbaren Umverteilung der Kosten der Pflegeheime geführt. Während die HeimbewohnerInnen und die Kantone entlastet worden sind, übernehmen die Krankenversicherer heute einen grösseren Anteil der Kosten. Die von den Krankenversicherern getragenen Pflegekosten haben sich nach Angaben des BFS (2002) seit Inkrafttreten des KVG mehr als verdoppelt und betragen im Jahr 2000 1.24 Mia. CHF (Pflegeheime 1.03 Mia. CHF; Spitex 0.21 Mia. CHF).⁹ Die volle Übernahme der im KVG vorgesehenen Pflegeleistungen wird zu einer weiteren Belastung der Versicherer führen. Nach Angaben der Versicherer führt allein die Forderung der Pflegeheime zu einer Zusatzbelastung von 1.2 Mia. CHF, was eine Prämienerrhöhung von rund 10 Prozent bedeuten würde (Santésuisse 2002a).¹⁰
- (3) Aufgrund der fehlenden Transparenz der Kostenrechnungsgrundlagen und der Abgrenzungsschwierigkeiten ist bis heute nicht geklärt, wie hoch die von den Versicherern zu übernehmenden Pflegekosten nach KVG sind.

7 Gemäss Greppi et al. (2000) haben sich die Gesamtkosten der Pflegeheime zwischen 1995 auf 1998 um 14 Prozent, die Gesamtkosten der Pflege zu Hause um 16 Prozent erhöht.

8 Die Konjunkturforschungsstelle der ETH KOF (2002) geht davon aus, dass zur Deckung des demografisch bedingten Kostenanstiegs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bis ins Jahr 2035 jährliche Prämienerrhöhungen von rund 0.4 Prozent notwendig sind. Die KOF erwartet, dass ab dem Jahr 2025 die Gruppe der AltersrentnerInnen mit einem Bevölkerungsanteil von knapp über 20 Prozent mehr als die Hälfte der Ausgaben der Krankenpflegeversicherung ausmacht.

9 Die jährliche Kostenzunahme der von den Krankenversicherern zu tragenden Pflegekosten war nach Angaben von Santésuisse (2002a) systembedingt insbesondere nach Einführung des KVG bis 1998 sehr hoch (jährliche Kostensteigerung um 20 bis 30 Prozent). Ab 1999 hat sich die jährliche Kostensteigerung auf zwischen 7 und 10 Prozent stabilisiert.

10 Aufgrund unseren Schätzungen (vgl. Kapitel 3.2) gehen wir davon aus, dass die Kosten für die Versicherer insgesamt verdoppelt werden (Zunahme der Pflegekosten OKP bei Pflegeheimen und Spitex um rund 1.2 Mia. CHF).

- (4) Aufgrund der definitionsbedingten Abgrenzungsprobleme ist bei Vorliegen von Kostenrechnungen nach VKL unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots¹¹ von langwierigen Rechtsstreitigkeiten betreffend den von den Versicherern zu übernehmenden Kosten und damit einhergehender Rechtsunsicherheit auszugehen.
- (5) Die heutige Regelung führt insbesondere bei den schwer pflegebedürftigen HeimbewohnerInnen zu einer grossen finanziellen Last. Einerseits wird das persönliche Einkommen und Vermögen dieser Personen praktisch vollständig verzehrt. Andererseits vermag ein beachtlicher Teil dieser Personen die Kosten für den Aufenthalt in einem Heim aus eigenen Mitteln nicht zu decken und ist auf Unterstützung durch die öffentliche Hand angewiesen.¹²
- (6) Der Pflegesektor ist sehr heterogen und stark reguliert. Aufgrund des KVG und den kantonalen Vorschriften bestehen gewichtige Markthemmnisse: Objektfinanzierung, heterogenes Finanzierungssystem mit kantonal unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen, Wettbewerbsverzerrungen zwischen öffentlich subventionierten und privaten Heimen (Wenger 2002).
- (7) Das heutige System der Finanzierung der Pflegeleistungen (s. Kapitel 3) ist historisch gewachsen und basiert nicht auf einem kohärenten und ganzheitlichen Finanzierungskonzept. In den verschiedenen Sozialversicherungssystemen, die für die Deckung der Pflegekosten aufkommen (KV, AHV/IV, Ergänzungsleistungen zu AHV/IV, Unfall- und Militärversicherung, Sozialhilfe) besteht ungenügende Transparenz und Harmonisierungsbedarf. So stellt die «Pflegebedürftigkeit» in leistungrechtlicher Hinsicht keinen eigenständigen Anknüpfungsbestand dar und wird im Zusammenhang mit anderen sozialen Risiken (Invalidität, Alter, Krankheit, Unfall etc.) geregelt. In den verschiedenen Sozialversicherungssystemen besteht dadurch eine uneinheitliche Leistungsordnung (Beitragsvoraussetzungen; Höhe der Leistungen). Gefordert wird eine Harmonisierung mit stärkerer Orientierung am Finalitätsprinzip (Latzel et al. 1997, Landolt 2002, Oggier 2002, Bundesrat 2002b).

Politische Ausgangslage

In den Neunzigerjahren war die Finanzierung der Pflege mehrmals Thema politischer Vorstösse im Parlament (s. Annex 3). Diese Vorstösse, die entsprechenden Auffassungen des Bundesrates (s. Annex 3) sowie die zunehmende finanzielle Belastung der Versicherer mit der Übernahme von Pflegekosten seit Einführung des KVG prägten die politische Ausgangslage:

- (1) Das Pflegerisiko bei Betagten wird als anerkanntes Lebensrisiko anerkannt, dessen Abdeckung die finanziellen Kapazitäten der betroffenen Personen häufig übersteigt und eine kollektive Lösung erfordert (Bundesrat 1999a).
- (2) Die Weiterführung des geltenden Systems resp. der bis anhin geltenden Finanzierung des Pflegebereichs durch verschiedene Quellen, d.h. durch Krankenversicherung, andere Sozialversicherungen, Kantone und Gemeinden sowie private Mittel, wird befürwortet (Bundesrat 1999b, EDI 1995).
- (3) Der Bundesrat (1999b, 2002b) weist jedoch darauf hin, dass mittel- bis längerfristig die Harmonisierung der bestehenden Instrumente auf der Grundlage der Finalität in Betracht gezogen werden soll.
- (3) Die vom KVG für die medizinischen Pflegemassnahmen eingerichtete Solidarität zwischen den Generationen muss bewahrt werden. Dabei sind alle betroffenen Personen, unabhängig von der Altersklasse, gleich zu behandeln (Bundesrat 1999a). Eine Einrichtung einer speziellen Versicherung zur Finanzierung der Pflegeleistungen («Pflegeversicherung») wird von allen politischen Akteuren (Bundesrat, Parlament, Kantone, Versicherer, Leistungserbringer und betroffenen Personen) explizit abgelehnt.

¹¹ Nach Angaben des BSV ist ein transparenter Kostenausweis eine notwendige Bedingung für die Kostenübernahme durch die soziale Krankenversicherung, kann jedoch aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots kein hinreichender Grund für eine volle Kostenübernahme sein.

¹² Insgesamt bezogen im Jahr 2001 50 bis 60 Prozent der Heimbewohner Ergänzungsleistungen im Umfang von 1.3 Mia. CHF (BSV 2002b).

- (4) Der Bundesrat wurde im März 2000 von der nationalrätlichen Kommission beauftragt, ein Konzept zur Finanzierung des Pflegebereichs zu erarbeiten (Bundesrat 2000a). Abgestützt auf die Aufgabenabgrenzung zwischen den Krankenversicherern, den Kantonen und den Gemeinden soll die Finanzierungsfrage geregelt werden. Dabei hält der Bundesrat fest, dass die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und die im Rahmen der 4. IV-Revision vorgesehene Assistenzentschädigung in die Betrachtung einzubeziehen sind. Das Pflegekonzept hat sowohl die Pflege in einem Pflegeheim als auch die Pflege zu Hause zu umfassen.
- (5) Gegen die volle Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG durch die Versicherer besteht aufgrund des damit verbundenen Prämienschubs massiver politischer Widerstand:
- Erstens erarbeiteten die Versicherer gemeinsam mit den Kantonen einen Finanzierungsvorschlag, der vorsieht, dass die OKP zukünftig einen Beitrag an die Pflege erbringt, der sich im bisherigen Rahmen bewegt (SDK und Santésuisse 2002; s. Annex 3).
 - Zweitens beschloss der Ständerat im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG am 20. März 2003, dass die Versicherer neu nur noch einen Beitrag an die Pflegemassnahmen leisten sollen (Ständerat 2003a). Die Höhe des Beitrags soll vom Bundesrat bestimmt werden, der zudem für die Koordination mit der Leistungspflicht anderer Sozialversicherungen, einschliesslich der Ergänzungsleistungen, zu sorgen hat. Abgelehnt wurden der Antrag Forster, der vorsah, dass sich der Beitrag auf die Massnahmen der Langzeitpflege bezieht und der Antrag Leuenberger, der am bisherigen Finanzierungsmodell¹³ festhalten wollte.
- (6) Der Nationalrat entschied am 18. Juni 2003, die Leistungspflicht bei den Pflegemassnahmen nicht auf einen Beitrag einzuschränken (Nationalrat 2003a). Damit schuf er im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG eine Differenz zum Ständerat.
- (7) Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) beschloss nach Anhörung von Pflegeorganisationen am 20./21. Oktober 2003, erstens auf den ursprünglichen Vorschlag zu verzichten und sich damit der Fassung des Nationalrates anzuschliessen, zweitens in Form einer Übergangsbestimmung die Tarife im Pflegebereich auf den Stand vom 1. Januar 2003 einzufrieren und drittens den Bundesrat mit einer Motion (03.3571) zu beauftragen, spätestens im Jahr 2004 dem Parlament einen Vorschlag zur Neuordnung der Finanzierung der Krankenpflege zu unterbreiten (Ständerat 2003b). Dabei soll besonders die Langzeitpflege berücksichtigt und das heutige Finanzierungsvolumen beibehalten werden.¹⁴ Der Bundesrat erklärte sich am 26. November 2003 bereit, die Motion entgegenzunehmen (www.parlament.ch). Der Ständerat schloss sich am 3. Dezember 2003 dem Vorschlag seiner Kommission an (Ständerat 2003b). Am 4. Dezember 2003 überwies der Ständerat die Motion der SGK-SR (Ständerat 2003c).
- (8) Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) lehnte die Motion der SGK-SR ab, da sie mit dem letzten Satz nicht einverstanden ist und eine Anpassung des Finanzierungsvolumens nach oben ermöglichen will. Am 4. Dezember 2003 reichte die SGK-NR eine identische Motion (03.3597) ohne den letzten Satz ein. Gemäss dem Präsident der SGK-NR ist der Bundesrat bereit, die Motion entgegenzunehmen (www.parlament.ch). Gleichzeitig schloss sich die SGK-NR dem Vorschlag des Ständerates zur Festschreibung der Rahmentarife in der Übergangsbestimmung Absatz 13 an, schlug jedoch eine Fassung vor, die dem Departement Anpassungen erlaubt (Nationalrat 2003b). Der Nationalrat folgte am 8. Dezember 2003 seiner Kommission. Er lehnte die Motion der SGK-SR ab, überwies die Motion der SGK-NR und sprach sich für eine Übergangsbestimmung aus, die tarifliche Anpassungen seitens des Departements ermöglicht (Nationalrat 2003b, www.parlament.ch).

¹³ In der Terminologie des vorliegenden Berichts: «Status Quo».

¹⁴ Text der am 21. Oktober 2003 eingereichten Motion 03.3571 der SGK-SR (www.parlament.ch): «Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament im Jahr 2004 einen Vorschlag zur Neuordnung der Finanzierung der Krankenpflege zu unterbreiten, unter besonderer Berücksichtigung der Pflege von Patientinnen und Patienten, welche während längerer Zeit der Pflege bedürfen, sowie in Koordination mit der Leistungspflicht anderer Sozialversicherungen einschliesslich der Ergänzungsleistungen zur Alters- und Hinterlassenenversicherung. Dabei soll grundsätzlich das von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung heute getragene Finanzierungsvolumen aufrechterhalten werden.»

- (9) Der Ständerat stimmte in Bezug auf die noch verbleibende Differenz im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG zur Finanzierung der Pflege, dem Absatz 13 der Übergangsbestimmungen, am 16. Dezember 2003 dem Vorschlag der Einigungskonferenz zu, die sich auf die Fassung des Nationalrates festgelegt hatte (Ständerat 2003d).
- (10) Der Nationalrat lehnte am 17. Dezember 2003 die Vorschläge der Einigungskonferenz ab (Nationalrat 2003c). Damit wurde die ganze Vorlage zu Fall gebracht.
- (11) Das EDI beabsichtigt, bis Ende 2004 einen Vorschlag zur Regelung der Pflegefinanzierung zu erarbeiten.

Weitere Grundlagen

Zum Thema Finanzierung der Pflege liegen folgende Studien und Expertenberichte vor, die wichtige Grundlagen des vorliegenden Teilprojekts bilden:

- Ausgehend von parlamentarischen Vorstössen (insbesondere Initiative Tschopp «AHV-Plus»; vgl. Annex 3) wurden in einer Forschungsarbeit (Latzel et al. 1997) das bestehende System analysiert und alternative Finanzierungsmodelle diskutiert.
- Im Expertenbericht Oggier (2002) zur Finanzierung der Pflege werden drei Finanzierungsmodelle in den Vordergrund gestellt und einer ersten Bewertung unterzogen. Zwei dieser Modelle werden in der vorliegenden Arbeit aufgenommen (vgl. Kapitel 4 und Annex 3).
- Weiterführende Grundlagen sind die vom Bund in den Neunzigerjahren durchgeführten umfangreichen Analysen des heutigen Sozialversicherungssystems: «3-Säulenbericht» zur AHV und IV (EDI 1995), IDAFiSo 1 (IDAFiSo 1/BSV 1996) zu den mittel- und langfristigen Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen und IDAFiSo 2 (IDAFiSo 2/BSV 1998) zur Untersuchung dreier Szenarien der Ausgestaltung des Systems der sozialen Sicherheit.

2 Ziel, Fragen und Vorgehen

Auftrag und Fragestellungen

Auftrag des Projekts «Finanzierung der Pflege» ist gemäss Steuergruppe «Grundlagen 3. KVG-Teilrevision» die Prüfung realisierbarer Modelle zur Finanzierung der Pflege sowie deren finanzielle Auswirkungen auf die Finanziierer (Krankenversicherung, AHV, IV, EL, Selbstzahler) im Rahmen eines Expertenberichts. Die neue Regelung soll bedarfsorientiert und zielgerecht sein. Sie soll in der Praxis möglichst schematisch und mit einfachen Kriterien angewandt werden können und für die Pflege im Heim und die Pflege zu Hause (Spitex) anwendbar sein. Es soll ein Hauptvorschlag erarbeitet werden, allenfalls eine oder mehrere Zusatzvarianten, jeweils mit einem Vorschlag für die Umsetzung im Gesetz. Es stellen sich folgende Fragen:

- (1) Wie werden die Pflegeleistungen heute finanziert?
- (2) Welche Finanzierungsmodelle sollen evaluiert werden? Nach welchen Kriterien sind die Modelle zu beurteilen?
- (3) Wie sind die Finanzierungsmodelle zu beurteilen? Insbesondere:
 - Welche Anreize hinsichtlich Leistungen, Kosten und Finanzierung sind mit den Finanzierungsmodellen für die Leistungserbringer, die Versicherer, die Versicherten, die Kantone und die übrigen Kostenträger verbunden?
 - Welche Auswirkungen haben die Modelle auf die Leistungserbringer, die Versicherer, die Versicherten, die Kantone (insbes. auch Berücksichtigung der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA)) und die übrigen Kostenträger (Leistungen, Kosten, Finanzierung, Nebenwirkungen)? Welche Auswirkungen haben die Modelle auf die anderen Sozialversicherungen (AHV, IV etc.)?
 - Welches sind die Stärken und Schwächen der Modelle? Wie sind die Modelle insgesamt zu beurteilen?
- (4) Welchen Einfluss haben die anderen Teilprojekte resp. andere Elemente des KVG auf die Modelle (insbes. Spitalfinanzierung)?
- (5) Wie können die Modelle in der Gesetzgebung umgesetzt werden?
- (6) Welche Organisationen begrüssen/bekämpfen die verschiedenen Modelle, soweit dies in den Arbeitsgruppen geäussert wurde?
- (7) Welche Modelle sollen weiterverfolgt werden? Wie lässt sich die allfällige Verwerfung von Modellen begründen?
- (8) Welche Fragen müssen bei den vorgeschlagenen Modellen vertieft werden?

Vorgehen

Die Erarbeitung des Expertenberichts wurde von einer Arbeitsgruppe begleitet, die sich aus ausgewählten VertreterInnen von betroffenen Organisationen und Verbänden zusammensetzte (s. Annex 1). Die Arbeitsgruppe wurde im Rahmen von drei Workshops im ersten Halbjahr 2003 sowie in einer Vernehmlassung zum Schlussbericht in die Arbeiten miteinbezogen. Dieser Bericht gibt die Auffassungen der Experten wieder und stellt die Positionen der Mitglieder der Arbeitsgruppe, soweit sie aus Dokumenten ersichtlich sind oder an den Workshops geäussert wurden, gesondert dar (s. Annex 4). Wir betonen, dass der Bericht weder die offizielle Haltung der Auftraggeberin noch der jeweilig vertretenen

Gruppierungen zu den empfohlenen Finanzierungsmodellen vorwegnimmt. Der Bericht wurde im Wesentlichen im Juli 2003 abgeschlossen. Im Februar 2004 wurde lediglich die politische Ausgangslage aktualisiert (vgl. Kapitel 1).

Vorliegender Expertenbericht wurde entsprechend den Frageblöcken in folgenden Schritten erarbeitet:

1. Erarbeiten der Grundlagen

Im ersten Schritt wurden einerseits aufgrund einer Dokumentenanalyse und ergänzenden Abklärungen das bisherige Finanzierungsmodell, die Herausforderungen und die vorliegenden Finanzierungsvorschläge beschrieben. Andererseits wurden die Beurteilungskriterien erarbeitet und durch eine erste Triage die vertieft zu analysierenden «realisierbaren» Finanzierungsmodelle festgelegt. Bei der Beurteilung der «Realisierbarkeit» wurde neben der «technischen» Realisierbarkeit vor allem die politische Akzeptanz resp. «Machbarkeit» stark gewichtet.

Die Ergebnisse wurden in einem ersten Arbeitspapier (INFRAS 2003a) dokumentiert und in einem Workshop mit der Arbeitsgruppe diskutiert. Die Ergebnisse des Workshops wurden protokolliert.

2. Beurteilung der Finanzierungsmodelle

Im zweiten Schritt wurden die ausgewählten Finanzierungsmodelle detailliert beschrieben, hinsichtlich ihrer finanziellen Auswirkungen und ihrer Anreizwirkungen analysiert und im Vergleich zur heutigen Finanzierung («Status Quo») beurteilt. Ergänzend wurden die Finanzierungsmodelle im Vergleich zur «Umsetzung KVG» beurteilt, die die volle Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG durch die Versicherer beinhaltet. Dieses Finanzierungsmodell stellt geltendes Recht dar, das bei unbeeinflusster Entwicklung umgesetzt werden muss. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die «Umsetzung KVG» hypothetischer Art und damit mit Unsicherheiten verbunden ist.

Die Finanzierungsmodelle wurden nach einem einheitlichen Vorgehen wie folgt beurteilt:

- (1) Beschreiben der Änderungen der Modelle in der Ausgestaltung gegenüber dem Referenzmodell («Status Quo»).
- (2) Darstellung und Analyse der finanziellen Auswirkungen des betrachteten Finanzierungsmodells gegenüber der Referenz. Der Vergleich erfolgte anhand eines quantitativen «Finanzmodells», das in grober Form aufzeigt, welche Finanzierungsquelle (Sozialversicherungen, Pflegebedürftige, öffentliche Hand) welchen Anteil der Pflegekosten trägt. Der Vergleich des Einflusses des veränderten regulatorischen Umfelds (unabhängige Variablen) auf die Finanzierung der Pflegeleistungen im Jahr 2000 (abhängige Variablen) wurde in einer rein statischen Betrachtung vorgenommen. Einflussfaktoren wie die demografische Veränderung oder technische und soziale Faktoren mit dynamischer Wirkung wurden nicht berücksichtigt. Bei der Schätzung der finanziellen Auswirkungen der Finanzierungsmodelle ist zu berücksichtigen, dass der von den Versicherern heute übernommene Anteil an den nach KVG zu tragenden Pflegekosten umstritten ist und von den Angaben und Schätzungen der verschiedenen Parteien ausgegangen werden musste.
- (3) Analyse und Beschreibung der Anreize auf die Pflegebedürftigen, die Leistungserbringer (Pflegeheime und Spitex) und die Finanzierer.
- (4) Beurteilung der Finanzierungsmodelle anhand folgender Kriterien, die sich an den gesetzlichen Vorgaben des KVG, den Vorgaben des Bundesrates, gesundheitspolitischen Kriterien (vgl. Oggier 2002) sowie an den Hinweisen der Mitglieder der Arbeitsgruppe orientieren:

Tabelle 2

Beurteilungskriterien	
Kriterien	Beschreibung der erwünschten normativen Ausprägung
Finanzierbarkeit	Die Finanzierbarkeit wird durch eine faire Verteilung der finanziellen Belastungen verbessert. Die verschiedenen Quellen (Krankenversicherung, Direktzahlungen Kantone/Gemeinden, private Haushalte, Ergänzungsleistungen) sollen weiterhin angemessen – im Rahmen des heute gefundenen Gleichgewichts – zur Finanzierung beitragen.
Wirtschaftlichkeit/ Effizienz	<p>Das Finanzierungsmodell sollte Anreize zur effizienten Leistungserbringung auf Ebene der Pflegeheime und Spitex sowie des gesamten Gesundheitswesens (inkl. Betreuung durch Verwandte und Bekannte) stiften. Mittel dazu sind u.a. Schaffung von Transparenz und Wettbewerb, Vergabe von marktorientierten Leistungsaufträgen, wirkungsorientiertes Controlling.</p> <p>Auf gesamtwirtschaftlicher Ebene sollte das Finanzierungsmodell Anreize zu möglichst positiven Allokations- und Wachstumseffekten setzen. Dabei gehen wir vereinfachend von folgenden Zusammenhängen aus (betrifft v.a. die Heime):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die zusätzliche finanzielle Belastung der öffentlichen Hand ist bei den heutigen Verhältnissen aus Wachstumsgründen einer entsprechenden Belastung der Krankenversicherer vorzuziehen. Begründung: Eine zusätzliche finanzielle Belastung der öffentlichen Hand und/oder der Krankenversicherer führt in beiden Fällen zu negativen Wachstumseffekten. Da bei einer zusätzlichen Belastung der Versicherer alle Versicherten betroffen sind, gehen wir aufgrund des geringeren real verfügbaren Einkommens im Vergleich zur Belastung der öffentlichen Hand, die bei einer Finanzierung über die direkten Steuern vor allem die höheren Einkommen trifft, von geringeren negativen Wachstumseffekten aus.¹⁵ 2. Eine zusätzliche Belastung der Pflegebedürftigen ist aus der reinen Wachstums-sicht einer zusätzlichen Belastung aller Versicherten bzw. der öffentlichen Hand vorzuziehen. Begründung: Die zusätzliche Belastung der Pflegebedürftigen wirkt sich aufgrund der angebotsseitig neutralen Wirkungen und der tieferen Konsumneigung der Pflegebedürftigen weniger negativ auf das Wachstum aus als die Belastung der Versicherten und/oder der öffentlichen Hand. 3. Bei Finanzierung des Beitrags der öffentlichen Hand wirkt sich die bedarfsgerechte Belastung der EL weniger negativ auf das Wachstum aus als eine Finanzierung eines «Pauschalbeitrags» an alle Pflegebedürftigen. Begründung: höhere Einkommenselastizität der ärmeren Personen, mit der eine grössere Reduktion des real verfügbaren Einkommens verbunden ist.
Qualität der Leistungen	Erwünscht ist eine qualitative Verbesserung der Leistungen. Die Diskussion in der Arbeitsgruppe hat gezeigt, dass die Beurteilung der Auswirkungen der Finanzierungsmodelle auf die Qualität der Leistungen schwierig ist. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass die Art der Finanzierung keinen massgebenden Einfluss auf die Qualität der Leistungen ausübt. Als viel wesentlicher werden Qualitätssicherungsmassnahmen erachtet, die auch unabhängig von der Finanzierung ergriffen werden.

¹⁵ Die angebotsseitigen Wirkungen auf das Wachstum über die höheren Lohnkosten (Belastung Versicherer) und reduziertem Arbeitsangebot der reicheren Personen aufgrund des gestiegenen Grenzsteuersatzes (Belastung öffentliche Hand) sind schwierig zu beurteilen.

Solidarität (resp. Verteilungs- gerechtigkeit)	<p>Die Solidarität zwischen verschiedenen Gruppen, insbesondere zwischen den Generationen, soll «bewahrt» werden (Bundesrat 1999a). Im Vordergrund steht die Solidarität zwischen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Gesunden» und «Kranken» resp. Pflegebedürftigen. • «Jungen» und «Alten»; resp. Erwerbstätigen und RentnerInnen. • Haushalten mit hohem und niedrigem Einkommen. <p>Die Diskussionen in der Arbeitsgruppe haben gezeigt, dass die Beurteilung der «Solidarität» sehr problematisch ist und dieses Kriterium mit entsprechender Vorsicht angewendet werden muss. Einerseits bestehen sehr unterschiedliche normative Vorstellungen zur wünschbaren «Solidarität». Andererseits können zwischen den verschiedenen Dimensionen der Solidarität Zielkonflikte auftreten.</p> <p>Da das Solidaritätsziel ein zentraler Eckpfeiler des KVG darstellt, ist eine entsprechende Beurteilung u.E. unerlässlich. Ausgehend von den Auffassungen des Bundesrates und den Diskussionen in der Arbeitsgruppe gehen wir von folgenden vereinfachten normativen Vorstellungen resp. «Beurteilungsmassstäben» aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausgehend davon, dass die Pflegebedürftigkeit ein unverschuldetes Risiko ist, dass kollektiv abgesichert werden soll, wird die Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» verbessert, je grösser der Anteil der kollektiv (über die Sozialversicherungen oder allgemeine Mittel der öffentlichen Hand) abgedeckten Kosten der Pflegeleistungen nach KVG ist. • Die «Solidarität» zwischen «Jungen» und «Alten» sowie zwischen Haushalten mit hohem und niedrigem Einkommen wird belastet, wenn das neue Finanzierungsmodell zu einer finanziellen Verteilung führt, die in «erheblichem Masse» von der bisherigen Verteilung der finanziellen Last («Status Quo») zwischen den erwähnten Gruppen abweicht. Dabei wird implizit angenommen, dass die bisherige finanzielle Verteilung ein «politisch akzeptiertes Gleichgewicht» darstellt, von dem nicht in grossem Masse abgewichen werden sollte.
Transparenz	<p>Das Modell soll möglichst transparent sein. Zu beachten sind insbesondere Perspektiven der potenziellen NutzerInnen, der Leistungserbringer, der Versicherer und der PolitikerInnen. Ein wichtiger Schritt in Richtung erhöhter Transparenz ist eine Harmonisierung der Kriterien und Leistungen für Transfers im Pflegebereich.</p>
Finalität; Kollektive Abdeckung des Risikos «Pflegebe- dürftigkeit»	<p>Mit der Anerkennung der Pflegebedürftigkeit als anerkanntes Lebensrisiko, der notwendigen Prüfung der Koordination der verschiedenen Sozialversicherungen im Rahmen eines Pflegekonzepts und dem Hinweis auf Forderungen von Experten hat der Bundesrat (1999a, 2002b) das Ziel formuliert, dass die Finanzierung im Pflegebereich möglichst finalen Charakter aufweisen soll. Der Anspruch auf Abgeltung der Pflegeleistungen soll entsprechend soweit möglich unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit erfolgen. Da die Abdeckung des Pflegerisikos die finanziellen Kapazitäten der betroffenen Personen häufig übersteigt, ist eine kollektive Lösung zu suchen (Bundesrat 1999a). Aufgrund der Befürwortung des heutigen Systems und der Ablehnung einer Pflegeversicherung durch den Bundesrat interpretieren wir die gewünschte «kollektive Lösung» dahingehend, dass sie nicht zwingend die gesamten Pflegekosten decken, sondern insbesondere die Kosten tragen soll, die die finanziellen Möglichkeiten der betroffenen Personen übersteigen.</p>
Realisier- barkeit	<p>Das Modell soll realisierbar sein. Zu beachten sind dabei Vollzugsaspekte (z.B. zu verwendende Abgrenzungskriterien) wie auch die politische Akzeptanz. Das theoretisch beste Modell ist wertlos, wenn die praktische Realisierbarkeit und die politische Akzeptanz nicht gegeben sind. Die Realisierung eines Finanzierungsmodells erachten wir insbesondere dann als sehr schwierig, wenn dem Modell aus Solidaritätsgründen grosser politischer Widerstand entgegen steht resp. die politische Akzeptanz als sehr gering einzustufen ist.</p>

Bei der Bewertung der Finanzierungsmodelle stehen in erster Linie die Beurteilungskriterien «Finanzierbarkeit», «Solidarität» resp. «Finanzielle Belastung» und «Realisierbarkeit» im Vordergrund. Die übrigen Kriterien werden entweder als weniger bedeutend eingestuft («Transparenz», «Finalität») oder der Einfluss der Finanzierungsmodelle auf die Kriterien wird als relativ gering erachtet («Wirtschaftlichkeit/Effizienz», «Qualität der Leistungen»).

- (5) Die Beurteilung der Modelle wird mit einer Stärken/Schwächen-Analyse abgeschlossen, in der die vorangehenden Ergebnisse zusammengefasst werden. Ergänzend wird bei den verworfenen Modellen deren Ablehnung explizit begründet.

Auf eine vertiefte Überprüfung der Koordination der verschiedenen Sozialversicherungssysteme wurde verzichtet. Wir sind der Auffassung, dass die vom Bundesrat sowie vom Ständerat vorgesehene Koordination der Bestimmungen der Krankenversicherung (Leistungspflicht nach Pflegestufen) mit den anderen Sozialversicherungen (insbesondere der EL) nachgelagert auf Gesetzes- und/oder Verordnungsebene stattfinden muss.

3. Empfehlungen und Schlussbericht

Im letzten Schritt wurden die Umsetzung der realisierbaren Modelle in der Gesetzgebung diskutiert und Empfehlungen erarbeitet. Die Stellungnahmen der Mitglieder der Arbeitsgruppe zum Schlussbericht wurden integriert.

Aufbau des Berichts

Der Bericht ist wie folgt aufgebaut:

- Kapitel 3 stellt die heutige und die zukünftige Finanzierung der Pflege dar («Status Quo» und «Umsetzung KVG»).
- In Kapitel 4 werden zwei alternative Finanzierungsmodelle («Status Quo plus», «KVG – Staat – Pflegebedürftige») beschrieben und beurteilt.
- In Kapitel 5 werden die verworfenen Modelle dargestellt und beurteilt. Die Ablehnung der Modelle wird begründet.
- Kapitel 6 bettet das empfohlene Finanzierungsmodell in die übrigen im Rahmen der Vorarbeiten zur 3. Teilrevision untersuchten Massnahmen ein.
- Der Anhang enthält die Liste der Mitglieder der Arbeitsgruppe «Finanzierung der Pflege» (Annex 1), eine Beschreibung der Aufgaben des Systems der sozialen Sicherheit (Annex 2), die Darstellung der bisherigen Finanzierungsvorschläge (Annex 3) und die Darstellung der Positionen der in der Arbeitsgruppe vertretenen Organisationen (Annex 4).

3 Heutige und zukünftige Finanzierung der Pflege

Im Folgenden wird erstens die heutige Finanzierung der Pflege (Status Quo) dargestellt (Kapitel 3.1). Zweitens werden die Änderungen beschrieben und beurteilt, die sich bei der absehbaren und unbeeinflussten Entwicklung ergeben (Kapitel 3.2).

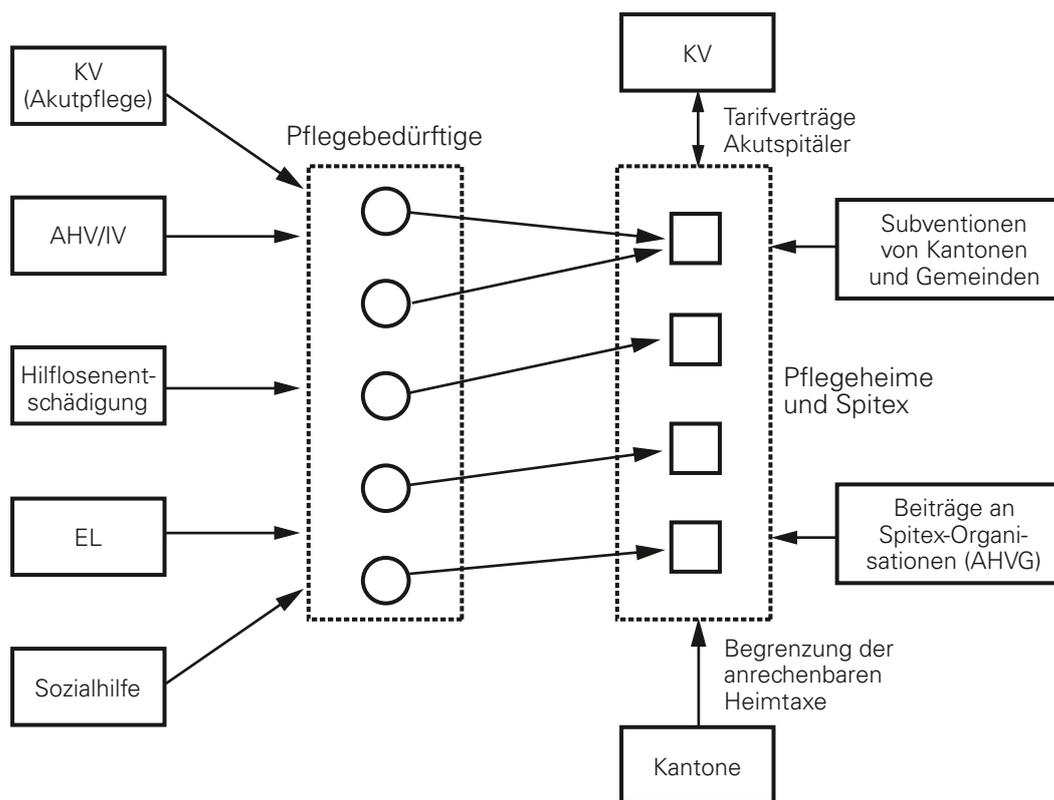
3.1 Status Quo

Finanzierungsmodell

Das heutige Finanzierungsmodell ist historisch gewachsen. Die Pflegebedürftigen finanzieren die von ihnen beanspruchten Pflegeleistungen heute über Beiträge der Sozialversicherungen (Krankenversicherung, Hilflosenentschädigung AHV/IV, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV), eigene Mittel (Einkommen u.a. aus AHV/BVG, Vermögensverzehr) und bedarfsabhängige Beiträge der öffentlichen Hand (Sozialhilfe). Die Heime und Spitex werden zudem durch private und öffentliche Objektsubventionen (Bau- und Betriebsbeiträge) finanziert. Die Spitex-Organisationen erhalten zusätzlich Beiträge von der AHV (Art. 101bis AHVG) (vgl. Figur 1).¹⁶

«Status Quo»: Finanzierungsmodell

Figur 1



Quelle: eigene Darstellung.

¹⁶ Die Aufgaben des Systems der sozialen Sicherheit in der Pflege werden in Annex 2 diskutiert.

Bei der subjektbezogenen Finanzierung lassen sich verschiedene Stufen unterscheiden:

- (1) Die Krankenversicherung (KV) hat grundsätzlich die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG (resp. KLV) zu übernehmen. Aufgrund der bei Inkrafttreten des KVG noch mangelnden Kostentransparenz der Leistungserbringer sind heute die Leistungen der Versicherer durch die Rahmentarife begrenzt. Dies führt dazu, dass die Versicherer heute nur einen Beitrag an die Pflegekosten nach KVG leisten (vgl. Kapitel 1).¹⁷
- (2) Die Pflegebedürftigen beziehen wie die übrigen Versicherten Renten der AHV/IV sowie der beruflichen Vorsorge. Die AHV sieht bei einer altersbedingten Pflegebedürftigkeit keine zusätzlichen Leistungen vor. Nebst den Renten richten AHV und IV bei Hilflosigkeit Hilflosenentschädigungen aus (vgl. auch Annex 2).
- (3) Zur Finanzierung der noch ungedeckten Kosten von Pflegemassnahmen verwenden die Pflegebedürftigen ihr Einkommen und Vermögen. In erster Linie decken sie damit die allgemeinen Lebenskosten. Weiter müssen sie mit ihren privaten Ersparnissen die ungedeckten Pflegekosten finanzieren.
- (4) Genügen die Einkünfte zur Deckung der Ausgaben nicht, können einkommensabhängige Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV und zur IV beantragt werden. Bei einem Heimaufenthalt entsprechen die anerkannten Ausgaben den Heimtaxen, die von den Kantonen begrenzt werden können. Bei den EL sind folgende Regelungen zu berücksichtigen:
 - Gemäss Art. 2 ELG besteht ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen, sofern die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.
 - 10 bis 20 Prozent des Vermögens, das 25'000 CHF übersteigt (Vermögenslimite bei Alleinstehenden), muss in Form eines «Vermögensverzehr» für die Finanzierung der Pflegekosten pro Jahr eingesetzt werden (Art. 3c, Abs. 1, Bst. c ELG und Art. 5 Abs. 3, Bst. b ELG). Dies bedeutet, dass das gesamte persönliche Vermögen bis auf die geltende Vermögenslimite sinken kann. Dies kann unerwünschte Auswirkungen zur Folge haben (Schwarzgeld, Ausweichen durch Verschenken etc.) (Huber 1997).
 - Die EL sind auf rund 30'000 CHF jährlich begrenzt (Art. 3a ELG und Bundesrat 1999a).
 - Verschiedene Kantone und Gemeinden sehen zur Entlastung der Sozialhilfe Zusatzsysteme zur EL vor (vgl. Annex 2). Die Gewährung dieser zusätzlichen Leistungen hängt in der Regel von den Gesundheitskommissionen der Gemeinden ab.
- (5) Letztes soziales Auffangnetz bildet die Sozialhilfe der Kantone und der Gemeinden.

Berücksichtigt werden muss, dass bei der Pflege zu Hause ein wesentlicher Teil der Leistungen für Pflegebedürftige unentgeltlich über «informelle Netze» (Angehörige, Nachbarschaft, Bekannte etc.) erbracht wird.

Bei der objektbezogenen Finanzierung (Investitions- und Betriebsbeiträge) sind folgende Finanzierungsquellen von Bedeutung:

- (1) Die AHV richtet an Spitex-Organisationen einen Beitrag von 27 Prozent der Lohnkosten (Jahr 2003) aus (Art. 101bis AHVG).¹⁸

¹⁷ Wie erwähnt (vgl. Kapitel 1) ist für Santésuisse aufgrund definitorischer Schwierigkeiten und mangelnder Kostengrundlagen unklar, wie hoch die von den Versicherern zu übernehmenden Kosten der Leistungen nach KVG sind. Aus diesen Gründen bestreitet Santésuisse, dass die Versicherer heute nur einen Beitrag an die Pflegekosten nach KVG leisten.

¹⁸ Keine AHV-Beiträge erhalten die öffentlich-rechtlichen Organisationen und jene wenigen privatrechtlichen Organisationen, die über ein grosses Vermögen verfügen. Gemäss BSV kommen rund 90 Prozent der Spitex-Organisationen in den Genuss der AHV-Beiträge. Da die Lohnkosten (exkl. Sozialleistungen und «übriger Personalaufwand») gemäss Spitex-Statistik (BSV 2002a) rund 70 Prozent der Gesamtkosten betragen, werden bei beitragsberechtigten Spitex-Organisationen knapp 20 Prozent der Kosten pro Stunde durch die AHV übernommen.

- (2) Die Pflegeheime werden teilweise (je nach Kanton) durch private und öffentliche Beiträge an Investitions- und Betriebskosten subventioniert.
- (3) Die Spitex-Organisationen werden durch private und öffentliche Beiträge unterstützt. Gemäss Informationen des Spitex-Verbandes Schweiz übernimmt heute aufgrund des Tarifschutzes die öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden) die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG, die den Beitrag der Versicherer übersteigen. Weiter subventionieren Kantone und Gemeinden die hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex.

Finanzierung

Wie erwähnt betragen die Pflegekosten im Jahr 2000 6.1 Mia. CHF (Pflegeheime 5.2 Mia. CHF; Spitex 0.9 Mia. CHF) und die von den Versicherern übernommenen Leistungen 1.24 Mia. CHF (Pflegeheime 1.03 Mia. CHF; Spitex 0.21 Mia. CHF), was rund 8 Prozent (Pflegeheime: 6.6 Prozent; Spitex: 1.4 Prozent) der gesamten von der OKP finanzierten Gesundheitskosten (BSV 2001a) beträgt.

In Tabelle 4 wird die heutige Finanzierung der Pflege aufgrund der vorliegenden Quellen und ergänzenden Schätzungen dargestellt. Folgende Aspekte sind zu berücksichtigen:

- Entsprechend der Definition des Pflegesektors (s. Kapitel 1) werden nur die Kosten der Pflegeheime (Alters- und Pflegeheime, Krankenhäuser resp. «Institutionen für Betagte und Chronischkranke» gemäss Definition BFS 2002) und die Pflege zu Hause (Spitex) berücksichtigt. Die Kosten der Pflege bei Spitalaufenthalt sowie der Institutionen für Behinderte werden nicht berücksichtigt.
- Die in Tabelle 4 ausgewiesenen Kosten umfassen die gesamten Leistungen der Pflegeheime und der Spitex: Allgemeine Betriebs- und Infrastrukturkosten (inkl. Abschreibungen, Verzinsung/Unterhalts- und Reparaturkosten sowie Verwaltungsaufwand), Kosten der Hotellerie (Unterkunft und Verpflegung, Reinigung etc.) sowie der Haushaltshilfe/Mahlzeitendienste, Kosten der Betreuung, Kosten der Krankenpflege (Abklärung und Beratung, Grundpflege, Behandlungspflege). Die Anteile dieser Leistungen an den gesamten Kosten sind jedoch nur teilweise bekannt. Während die Kosten der Hotellerie resp. Haushaltshilfe/Mahlzeitendienste grundsätzlich ausgewiesen werden können, bestehen insbesondere bei der Abgrenzung der Betreuung von der Behandlungs- und der Grundpflege Abgrenzungsschwierigkeiten (s. auch Kapitel 1). Mit Ausnahme der Spitex-Statistik (BSV 2002a), die zwischen «Pflegerischen Leistungen gemäss KLV» und «Hauswirtschaftlichen Leistungen» unterscheidet, bestehen keine konsolidierten statistischen Angaben zu den Kosten der verschiedenen Leistungsbereiche.¹⁹
- Da die Angaben des BFS die einzige konsolidierte Datengrundlage darstellen, stützen wir uns in erster Linie auf diese offiziellen Daten ab. Dadurch kann eine möglichst grosse Konsistenz der Daten erreicht werden. In den Erläuterungen zu den Finanzgrössen wird jeweils auf abweichende Angaben hingewiesen.²⁰
- Liegen zu einzelnen Finanzgrössen keine offiziellen Angaben vor, wurden in Absprache mit Vertretern des BSV und des BFS Schätzungen vorgenommen. Die Grundlagen und Annahmen der Schätzungen sind in den Erläuterungen zur Tabelle 4 dargestellt.

¹⁹ Gemäss BSV umfassen die Angaben der Spitex-Statistik nicht ausschliesslich die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG, sind also nicht vollständig «kostenbereinigt» und deshalb tendenziell zu hoch.

²⁰ Santésuisse fordert demgegenüber, dass für den von den Versicherern geleisteten Zahlungen die Zahlen des Datenpools Santésuisse verwendet werden. Während die Angaben des BSV und des Datenpools Santésuisse bei den Bruttoleistungen gemäss Santésuisse kaum voneinander abweichen, treten aufgrund des Definitionsspielraums bei von den Versicherern ans BSV zu liefernden Aufsichtsdaten deutliche Differenzen bei der Aufteilung der Daten (Pflegeheime, Spital ambulant etc.) auf.

Tabelle 3

«Status Quo»: Finanzierung Jahr 2000				
Finanzierer	Finanzierung (in Mio. CHF)			Kostenbereich
	Heime	Spitex	Heime + Spitex	
Krankenversicherung ^{a)}	1'035	215	1'250	Beitrag an die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG gemäss den Rahmentarifen (Art. 9a KLV) resp. Tarifverträgen.
Hilflosenentschädigung (AHV/IV) ^{b)}	300	85	385	Entschädigung nach Grad der «Hilflosigkeit».
EL zu AHV/IV ^{c)}	990	40	1'030	Beitrag an Pflege- und Betreuungskosten, falls anrechenbare Ausgaben nicht durch anrechenbare Einkünfte gedeckt werden können.
Pflegebedürftige («Out of Pocket») ^{d)}	2'430	45	2'475	Selbstkostenbeitrag an die Pflege- und Betreuungskosten sowie an die «Hotellerie». Dafür werden AHV-Rente, BVG-Rente sowie Vermögensertrag und -verzehr herangezogen. ²¹
Sozialhilfe ^{e)}	130	0	130	Beitrag an die Pflege- und Betreuungskosten bei erfüllten Sozialhilfekriterien. Teilweise werden auch andere Finanzmittel herangezogen (z.B. ergänzende EL).
Private Objektfinanzierung ^{f)}	65	45	110	Private Beiträge (Spenden etc.) an Heime und Spitex-Organisationen.
AHV ^{g)}	0	160	160	Beiträge an Spitex-Organisationen gem. Art. 101 ^{bis} AHVG.
Objektsubventionen Kantone und Gemeinden ^{h)}	250	300 ⁱ⁾	550	Direkte Objektbezogene Subventionen von Kantonen und Gemeinden an Heime und Spitex-Organisationen.
Total^{k)}	5'200²²	890	6'090	

Erläuterungen zu den Quellen und Schätzungen der Finanzgrössen:

- a) *Quelle: Kosten des Gesundheitswesens (BFS 2002); gemäss Santésuisse (Versichertenstatistik) betragen die Pflegekosten zu Lasten der OKP im Jahr 2000 insgesamt 1'447 Mio. CHF; davon Pflegeheime und Pflegeabteilungen von Altersheimen 1'197 Mio. CHF und Spitex 250 Mio. CHF (Santésuisse 2002). Bei der Spitex wird ein kleiner Teil über Privatversicherungen finanziert (2 Mio. CHF, BFS 2002).*

21 Zu berücksichtigen ist, dass die Angabe bei den Heimen die «Hotelkosten» (Übernachtung, Mahlzeiten) beinhalten, die Angaben bei der Spitex nur die Hauswirtschaftsleistungen (ohne Logierkosten).

22 Demgegenüber betragen die Kosten im Pflegeheimbereich gemäss Berechnungen von CURAVIVA rund 5.7 Mia. CHF (durchschnittliche Kosten pro Bewohner/Tag von 200 CHF; 78'000 BewohnerInnen).

- b) *Quelle: Gemäss Jahresbericht Ausgleichsfonds 2000 betrug die Hilflosenentschädigung AHV/IV insgesamt 498 Mio. CHF. Die Hilflosenentschädigung AHV von 355 Mio. CHF teilt sich im Verhältnis von 80%/20% auf Heime und Spitex auf (Schätzung BSV). Von der Hilflosenentschädigung IV von 142 Mio. CHF entfällt rund 40% auf BezügerInnen «zu Hause» (57 Mio. CHF), davon Spitex-BezügerInnen: rund 25% = 15 Mio. CHF (Schätzung BSV). Von der Hilflosenentschädigung IV «im Heim» von 85 Mio. CHF entfällt rund 20% (Schätzung BSV) auf BewohnerInnen von Pflegeheimen: 17 Mio. CHF. Die in Tabelle 4 ausgewiesene Summe von 385 Mio. CHF weicht vom Total gemäss Ausgleichsfonds von 498 Mio. CHF ab, weil die Behindertenheime nicht berücksichtigt werden und nur ein Teil der IV-BezügerInnen «zu Hause» Spitex-Leistungen beanspruchen.*
- c) *Quelle: Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2000 (BSV 2001b). EL AHV Heime: Tabelle 4.8: (mittlerer EL-Betrag/Monat) 1'842 CHF * 12 * (Anzahl Personen AV im Heim) 36'948 = 880 Mio. CHF; EL IV: Tabelle 4.8 (mittlerer EL/Betrag/Monat) 2'147 * 12 * 2'800 (Anteil der pflegebedürftigen IV-BezügerInnen, die in Pflegeheimen leben, beträgt 15 bis 20% der IV-BezügerInnen in Heimen von 16'355, Schätzung BSV; Wir gehen vom Mittelwert von 17,5% aus.) = 70 Mio. CHF; Heim, vorübergehender Aufenthalt: 40 Mio. CHF (Hochrechnung aufgrund Angabe für fünf Kantone, BSV 2001b, T. 5.2.2; insgesamt EL in Pflegeheimen: 990 Mio. CHF +. EL AHV/IV Spitex: Tabelle 5.2.2.: (Haushaltshilfe und Pflege zu Hause, fünf Kantone) 10.5 Mio. CHF hochgerechnet auf die ganze Schweiz (anhand Bevölkerungszahlen) = 37.5 Mio. CHF.*
- d) *«Residualgrösse» (inkl. Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung, Franchise und Selbstbehalt); der Vergleich mit den Angaben des BFS (2002) für private Haushalte von 4'000 Mio. CHF abzüglich der obigen Angaben für Hilflosenentschädigung (AHV), EL (AHV) und Sozialhilfe ergibt eine Restgrösse «Out of Pocket» von 2'550 Mio. CHF. Dieser «Quercheck» zeigt, dass obige Grössenordnungen in etwa stimmen dürften.*
- e) *Quelle: Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2000 (BSV 2001b), Tabelle 4.8: (Mittlerer Restbetrag über EL-Maximum pro Monat) 270 CHF * 12 * (Anzahl Personen AV im Heim) 39'948 = 129.4 Mio. CHF (Annahme: Der Restbetrag wird durch die Sozialhilfe übernommen). Bei den EL-BezügerInnen zu Hause entsteht gemäss BSV 2001b kein Restbetrag über dem EL-Maximum.*
- f) *Quelle: Kosten des Gesundheitswesens (BFS 2002).*
- g) *Quelle: Kosten des Gesundheitswesens (BFS 2002).*
- h) *Quelle: Kosten des Gesundheitswesens (BFS 2002). Heime: Kantone und Gemeinden je 125 Mio. CHF; Spitex: Kantone: 170 Mio.; Gemeinden: 130 Mio. CHF.*
- i) *Abweichend davon weist die Spitex-Statistik (BSV 2002a) Beiträge von Kantonen und Gemeinden im Jahr 2000 von rund 250 Mio. CHF aus.*
- k) *Quelle: Kosten des Gesundheitswesens (BFS 2002).*

Tabelle 4 zeigt, dass die Pflegekosten (inkl. Hotellerie) massgeblich von den Pflegebedürftigen selbst (40 Prozent), der Krankenversicherung (20 Prozent) und der EL zu AHV/IV (17 Prozent) getragen werden. Die übrigen Finanzierungsquellen tragen 23 Prozent der benötigten finanziellen Mittel bei.

Den Anteil der öffentlichen Hand schätzen wir (ohne Prämienverbilligung) auf insgesamt knapp 30 Prozent (1.8 Mia. CHF) der insgesamten Pflegekosten von 6.1 Mia. CHF. Wir schätzen, dass von diesem Betrag von 1.8 Mia. CHF rund 18 Prozent (0.33 Mia. CHF) durch den Bund, 63 Prozent (1.16 Mia. CHF) durch die Kantone und 19 Prozent (0.35 Mia. CHF) von den Gemeinden finanziert werden.²³ Damit tragen Kantone 19 Prozent und die Gemeinden rund 6 Prozent der gesamten Pflegekosten.

²³ Kostenteiler: Hilflosenentschädigung AHV: 17% Bund, 3% Kantone; Hilflosenentschädigung IV: 37.5% Bund; 12.5% Kantone; EL: 22% Bund, 78% Kantone; Sozialhilfe: 25% Kantone; 75% Gemeinden; AHV (Spitex): 17% Bund; 3% Kantone; Objektsubventionierungen Kantone und Gemeinden gemäss BFS 2002.

3.2 Umsetzung KVG

Das Finanzierungsmodell «Umsetzung KVG» geht von der heutigen Finanzierung (Status Quo, vgl. Kapitel 3.1) aus und berücksichtigt die absehbare unbeeinflusste Entwicklung.

Ausgestaltung

Relevant sind folgende Änderungen gegenüber der heutigen Finanzierung der Pflege:

- (1) Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Übernahme der vollen anrechenbaren krankheitsbedingten Kosten der Pflegeleistungen nach KVG unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots, vorausgesetzt, die Leistungserbringer erfüllen die Anforderungen der VKL (volle Transparenz).²⁴
- (2) Verdoppelung der Hilflosenentschädigung IV für die Spitex-BezügerInnen (4. IV-Revision).
- (3) Ergänzungsleistungen: Stärkere Finanzierungslast bei den Kantonen durch die Einführung des geplanten neuen Finanzausgleichs.
- (4) Heimfinanzierung: Trend der Kantone und Gemeinden zur Subjektfinanzierung.

In Tabelle 4 werden die Änderungen ausführlich dargestellt:

«Umsetzung KVG»: Ausgestaltung	
Finanzierer	Änderungen in der Ausgestaltung gegenüber dem «Status Quo»
Krankenversicherung	Heute beträgt der Deckungsbeitrag der Versicherer an die nach KVG zu übernehmenden Pflegekosten in den Heimen rund 50 bis 60 Prozent und in der Spitex rund 70 bis 80 Prozent (vgl. Kapitel 1). Es ist davon auszugehen, dass die Leistungserbringer kurz- und mittelfristig die Anforderungen der VKL an die Kostentransparenz erfüllen und die KV damit unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots die vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG (Art. 7 KLV) zu übernehmen hat.
Hilflosenentschädigung (IV)	Im Rahmen der 4. IV-Revision hat das Parlament die Hilflosenentschädigung für sämtliche Versicherte, die ausserhalb eines Heims wohnen, im Vergleich zu heute verdoppelt. Zudem wurde der Höchstbetrag für zu Hause wohnende Personen mit schwerer Hilflosigkeit von heute 25'000 CHF neu auf 90'000 CHF im Jahr erhöht. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Hilflosenentschädigung IV nur einen kleinen Teil gesamten Hilflosenentschädigung (AHV und IV) an Pflegebedürftige zu Hause umfasst (rund 15 Mio. CHF, vgl. Erläuterungen zu Tabelle 4).
EL zu AHV/IV	Im Jahr 2000 finanzierte der Bund 22 Prozent, die Kantone 78 Prozent der EL zur AHV/IV. Die geplante Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) (Bundesrat 2001) sieht vor, dass der Bund zukünftig im Rahmen der EL vorwiegend für die Existenzsicherung zuständig ist (5/8 der Kosten) und die Kantone neben einer Beteiligung an der Existenzsicherung (3/8 der Kosten) vollständig die EL übernehmen, die im Zusammenhang mit Heim- oder Gesundheitskosten stehen. Die Kantone haben damit den Betrag der Heimkosten, der den Existenzbedarf (rund 80 CHF/Tag) überschreitet, vollständig zu übernehmen. Gestützt auf die EL-Statistik (BSV 2001) gehen wir davon aus, dass die überwiegende Mehrzahl der Pflegebedürftigen im Heim den Existenzbedarf von rund 80 CHF/Tag durch ihre Einnahmen finanzieren können. Daraus folgern wir, dass der Bund aufgrund der NFA einen Anteil von 0 bis 5 Prozent, die Kantone einen Anteil von 95 bis 100 Prozent der Finanzierung der EL zu AHV im Heimbereich übernehmen.
Objektsubventionen Kantone und Gemeinden	Die SDK geht davon aus, dass im Heimbereich in den nächsten Jahren weitere Kantone und Gemeinden von der Objekt- zur Subjektfinanzierung wechseln werden. Wie viele Kantone und Gemeinden in welchem Zeitraum Änderungen vornehmen, ist jedoch ungewiss.

²⁴ Anzumerken ist, dass umstritten ist, welche Pflegeleistungen nach KVG zu übernehmen sind (vgl. S. 14/15) und dass von einer umfassenden Definition der Pflege ausgegangen wird (vgl. S. 11).

Finanzielle Auswirkungen

Tabelle 6 stellt die finanziellen Auswirkungen der «Umsetzung KVG» im Vergleich zur heutigen Finanzierung der Pflege («Status Quo») dar. Wiederum sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Definitionsgemäss werden nur die Kosten der Pflegeheime (Alters- und Pflegeheime, Krankenhäuser) und der Pflege zu Hause (Spitex) berücksichtigt.
- Die ausgewiesenen Kosten umfassen den gesamten Leistungsumfang der Pflegeheime und der Spitex (inkl. Hotellerie resp. hauswirtschaftliche Leistungen).

Tabelle 5

Finanzierer	«Umsetzung KVG»: Finanzielle Auswirkungen (Jahr 2000)					
	Heime	Änderung ggü. Status Quo	Spitex	Änderung ggü. Status Quo	Heime + Spitex	Änderung ggü. Status Quo
Krankenversicherung	2'070 ^{a)}	+1035	310 ^{b)}	+95	2'380	+1130
Hilflosenentschädigung (AHV/IV) ^{c)}	300	–	100	+15	400	+15
EL (AHV/IV) ^{d)}	760	-230	30	-10	790	-240
Pflegebedürftige («Out of Pocket») ^{d)}	1'850	-580	40	-5	1'890	-585
Sozialhilfe ^{d)}	105	-25	0	–	105	-25
Private Objektfinanzierung	65	–	45	–	110	–
AHV	0	–	160	–	160	–
Objektsubventionen Kantone und Gemeinden	50 ^{e)}	-200	205 ^{f)}	-95	255	-295
Total	5'200		890		6'090	

Erläuterungen zu den Quellen und Schätzungen der finanziellen Auswirkungen:

- a) *Quellen:* Die durch die Krankenversicherer zusätzlich zu übernehmenden Pflegekosten in den Heimen werden auf 800 (Wenger 2002) bis 1'200 Mio. CHF (Forderungen der Pflegeheime; zitiert nach Santésuisse 2002a) geschätzt. Aufgrund dieser Bandbreite und des geschätzten Kostendeckungsgrads von 50% bis 60% gehen wir von einer Verdoppelung der von den Versicherern zu übernehmenden Pflegekosten in den Heimen aus. Santésuisse (2002b) stützt sich in ihrer Schätzung resp. Hochrechnung auf Kostenrechnungen von Heimen, in denen der Anteil der vollen Pflegekosten ermittelt und ausgewiesen worden ist.
- b) *Grundlage:* Geschätzter Kostendeckungsgrad von 70% bis 80% (vgl. Kapitel 1). Da der Kostendeckungsgrad umstritten ist, verwenden wir für die Abschätzung der finanziellen Auswirkungen den Kostendeckungsgrad von 70%.

- c) *Die Hilflosenentschädigung IV von rund 15 Mio. CHF (vgl. Tabelle 6) wird aufgrund der 4. IV-Revision auf 30 Mio. CHF verdoppelt. Im Heimbereich bleibt sie unverändert.*
- d) *Wir gehen davon aus, dass die erhöhten Leistungen der OKP im Heimbereich im Verhältnis der Finanzierungsanteile Pflegebedürftige («Out of Pocket») (68%)/ EL (28%) und Sozialhilfe (4%) im «Status Quo» aufteilen. Die betreffenden Angaben sind jedoch als Grössenordnungen zu verstehen.*
- e) *Wir nehmen an, dass im Heimbereich 80% der Kantone und Gemeinden mit Objektfinanzierung auf Subjektfinanzierung umstellen werden. Begründung: 1. Trend in Richtung Subjektfinanzierung; 2. Anreiz, sich aus der Objektfinanzierung zurückzuziehen, weil die KV einen höheren Anteil der Pflegekosten tragen.*
- f) *Gemäss Informationen des Spitex-Verbandes Schweiz übernimmt heute aufgrund des Tarifschutzes die öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden) die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG, die den Beitrag der Versicherer übersteigen. Entsprechend werden die Kantone und Gemeinden bei einer vollen Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG durch die Versicherer entlastet (-95 Mio. CHF).*

Es ergeben sich folgende finanziellen Auswirkungen im Vergleich zur heutigen Finanzierung («Status Quo»):

- (1) Durch die Übernahme der vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG verdoppelt sich der Finanzierungsanteil der Krankenversicherer und beträgt 2.4 Mia. CHF (+1.13 Mia. CHF). Aufgrund des bereits heute deutlich höheren Anteils fällt die Zunahme bei den Heimen (+1.03 Mia. CHF) im Vergleich zur Spitex (+0.1 Mia. CHF) wesentlich höher aus.
- (2) Die deutliche Zunahme des Finanzierungsanteils der Versicherer führt im Heimbereich zu spürbaren Entlastung der Pflegebedürftigen (-580 Mio. CHF), der EL (-230 Mio. CHF) und der Sozialhilfe (-25 Mio. CHF). Die diesbezüglichen Angaben sind jedoch grobe Schätzungen und demzufolge als Grössenordnungen zu interpretieren.
- (3) Bei der Spitex ergibt sich durch die zusätzlichen Beiträge der Versicherer in erster Linie eine Entlastung der Kantone und Gemeinden bei der Objektfinanzierung (-95 Mio. CHF). Zudem gehen wir davon aus, dass durch die erhöhten Beiträge der Hilflosenentschädigung zur IV die EL (-10 Mio. CHF) und die Pflegebedürftigen (-5 Mio. CHF) geringfügig entlastet werden.
- (4) Wir gehen davon aus, dass sich das Finanzungsverhältnis der EL zur AHV/IV durch die NFA bei den Heimen von 78 Prozent auf über 95 Prozent zu Lasten der Kantone verschiebt. Während der Bund durch die generelle Reduktion der EL zur AHV und die NFA deutlich entlastet wird (-185 Mio. CHF), erzielen die Kantone in der EL nur eine geringfügige Entlastung von rund 5 Prozent (-55 Mio. CHF). Wir gehen jedoch davon aus, dass die Einsparungen beim Bund durch die Zunahme der Prämienverbilligung wieder egalisiert werden.
- (5) Durch die Übernahme der vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG durch die Krankenversicherer und die Reduktion der Objektfinanzierung werden die Kantone und Gemeinden in den Bereichen EL zur AHV/IV, Sozialhilfe und Objektfinanzierung mit rund 370 Mio. CHF finanziell spürbar entlastet (davon Kantone -220 Mio. CHF und Gemeinden -150 Mio. CHF). Dieser Entlastung steht jedoch eine Zunahme bei der Prämienverbilligung bei den Kantonen gegenüber.
- (6) Der Anteil der öffentlichen Hand reduziert sich insgesamt (ohne Prämienverbilligung) auf rund 20 Prozent (1.2 Mia. CHF) der gesamten Pflegekosten von 6.1 Mia. CHF. Wir schätzen, dass von diesem Betrag von 1.2 Mia. CHF rund 12 Prozent (0.15 Mia. CHF) durch den Bund, 74 Prozent (0.94 Mia. CHF) durch die Kantone und 14 Prozent (0.2 Mia. CHF) von den Gemeinden finanziert werden. Damit tragen die Kantone 15 Prozent und die Gemeinden rund 3 Prozent der gesamten Pflegekosten.

Anreize

Im Folgenden werden die Anreize der «Umsetzung KVG» auf die Pflegebedürftigen, die Leistungserbringer (Pflegeheime und Spitex) sowie die Finanzierer aufgezeigt. Insgesamt gehen wir davon aus, dass die zusätzlichen Anreize der «Umsetzung KVG» bezüglich Transparenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit/Effizienz der Leistungen im Vergleich zum «Status Quo» gering sind und nicht überbetont werden dürfen. Diese Einschätzung wird insbesondere auch von der Arbeitsgruppe gestützt, die der Ansicht ist, dass die Finanzierung generell nur einen sehr geringen Einfluss auf die genannten Faktoren hat. Verbesserungen in der Transparenz, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit/Effizienz der Leistungen werden im Urteil der Arbeitsgruppe unabhängig vom Finanzierungsmodell «systembedingt» durch geeignete Massnahmen (z.B. Einführung von transparenten Kostenrechnungen und Qualitätsmanagementmassnahmen) erzielt.

Tabelle 6

«Umsetzung KVG»: Anreize	
Akteure	Anreize im Vergleich zum «Status Quo»
Pflegebedürftige	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der vollen Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG durch die Versicherer haben die Pflegebedürftigen (resp. ihre Angehörigen) in den Heimen keinen Anreiz mehr, entsprechende Pflegeleistungen aus Kostengründen zu reduzieren resp. möglichst gering zu halten. • Die Wahl zwischen Heimeintritt oder Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen wird durch die finanziellen Verschiebungen allenfalls bei den leicht Pflegebedürftigen (BESA-Stufe 1 und 2) in bisher subventionierten Heimen beeinflusst, für die der Heimaufenthalt durch die Reduktion der Objektsubventionen von Kantonen und Gemeinden teurer wird. • Aufgrund der Entlastung durch den erhöhten Beitrag der KV haben die Pflegebedürftigen einen geringeren Anreiz, sich dem Zugriff auf persönliche Einkünfte und Vermögen zu entziehen («Schwarzgeld», Schenkungen etc.). Zudem haben sie einen Anreiz, dass die Krankenversicherer einen möglichst grossen Anteil der Grundpflege/Betreuung übernehmen.
Heime und Spitex; «unentgeltliche» Pflegeleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Reduktion der Objektfinanzierung bei den Heimen vermindert die Verzerrungen in der Finanzierung und stärkt damit den Wettbewerb zwischen den Heimen. • Die Krankenversicherer sind veranlasst, aufgrund ihres grösseren Finanzierungsanteils über die Tarifverhandlungen und Kostenkontrollen insbesondere auf die Heime einen grösseren Druck auszuüben (s. unten). • Die Heime haben mit der Übernahme der vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG durch die Versicherer einen Anreiz, bei der notwendigen Abgrenzung im Bereich Grundpflege/Betreuung einen möglichst grossen Teil den Versicherern anzulasten. • Die notwendige Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen nach KVG und den übrigen Pflegeleistungen wird in den Heimen die Einführung detaillierter Erfassungssysteme zur Folge haben. Dies könnte sich auf das Pflegepersonal belastend auswirken. • Der deutlich höhere Finanzierungsanteil der Versicherer stellt einen Anreiz dar, die «unentgeltlichen» Pflegeleistungen (Leistungen von Personen, die ihre Verwandten und Bekannten pflegen) zu reduzieren (betrifft Heime).
Finanzierer	<ul style="list-style-type: none"> • Die Krankenversicherer haben mit der spürbar höheren Belastung und der erhöhten Kostentransparenz einen Anreiz, in den Tarifverhandlungen einen erhöhten Druck auszuüben und die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung verstärkt zu kontrollieren. Weiter haben sie das Interesse, die Abgrenzungsfrage möglichst zu ihrem Vorteil auszulegen, um einen möglichst geringen Teil der Grundpflege übernehmen zu müssen. • Der geringere Anreiz der Pflegebedürftigen, ihre Einkünfte und Vermögen dem Zugriff zu entziehen (s. oben), könnte zu höheren Steuereinnahmen führen. • Die Kantone und Gemeinden haben aufgrund der höheren Beiträge der Krankenversicherer einen Anreiz, die Objektsubventionierung abzubauen (insbesondere im Heimbereich). Aufgrund der verstärkt subjektorientierten Finanzierung haben sie analog den Pflegebedürftigen ebenfalls das Interesse, dass die Krankenversicherer einen möglichst grossen Anteil der Grundpflege/Betreuung tragen.

Beurteilung

Im Folgenden wird das Modell «Umsetzung KVG» gegenüber der heutigen Finanzierung der Pflege («Status Quo») anhand ausgewählter Kriterien (vgl. Kapitel 2) beurteilt.

Tabelle 7

«Umsetzung KVG»: Beurteilung gegenüber dem Status Quo		
Kriterien	Beurteilung	Begründung
Finanzierbarkeit	Starke Verschlechterung	Die Zunahme des von den KV zu finanzierenden Anteils der Pflegekosten führt zu einem Prämienanstieg von rund 10 Prozent. Diese starke Zusatzbelastung würde die Finanzierungsmöglichkeit durch die privaten Haushalte spürbar verschlechtern. Da der Prämienanstieg voraussichtlich nur beschränkt durch eine verstärkte Prämienverbilligung abgedeckt wird, gehen wir insgesamt von einer starken Verschlechterung der Finanzierbarkeit aus.
Wirtschaftlichkeit/ Effizienz	Spitex/Heime: Leichte Verbesserung	Wir gehen davon aus, dass sich die Effizienz der Leistungserbringung durch die erhöhte Kostentransparenz und den stärkeren Druck der Versicherer zu Kosteneinsparungen leicht verbessert. Einerseits werden die Versicherer ihren Druck in den Tarifverhandlungen erhöhen. Andererseits sind sie gefordert, effektivere Kostenkontrollen (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) durchzuführen (Benchmarking). Zudem stärkt die Reduktion der Objektfinanzierung im Heimbereich den Wettbewerb zwischen den Heimen.
	Gesamtes Gesundheitswesen: evtl. leichte Verschlechterung	Aufgrund des Anreizes, die «unentgeltlichen» Pflegeleistungen (Leistungen von Personen, die ihre Verwandten und Bekannten pflegen) zu reduzieren, gehen wir davon aus, dass die Kosten des gesamten Gesundheitswesens leicht zunehmen könnten.
	Wachstumseffekte: Leichte Verschlechterung	Die bedeutende Entlastung der Pflegebedürftigen und die entsprechende Belastung der Versicherten führt zu einer leichten Verschlechterung der Wachstumswirkungen (Begründung s. Kapitel 2)
Qualität der Leistungen	Leichte Verbesserung	Die volle Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG durch die Versicherer reduziert den Druck für die Leistungserbringer, aus Kostengründen allenfalls Abstriche an der Qualität der medizinischen Leistungen machen zu müssen. Dies lässt eine leichte Qualitätssteigerung erwarten. Zudem gehen wir davon aus, dass die verstärkten Kontrollen der Versicherer einen Anreiz hinsichtlich Qualitätssteigerungen ausüben könnten.
Solidarität	«Gesunde»/ «Kranke»: starke Verbesserung	Im Heimbereich verbessert sich die Solidarität zu Gunsten der Pflegebedürftigen durch die volle Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG und die entsprechende Entlastung der Versicherten stark. In der Spitex bleibt die hohe Solidarität zu Gunsten der «Kranken» unverändert. Neu ergibt sich lediglich eine Mittelverschiebung von den Kantonen und Gemeinden zu den Versicherern.
	«Jung»/«Alt»: Starke Verschlechterung	Die Zusatzbelastung der OKP führt zu einer bedeutenden Umverteilung zu Lasten der «Jungen». Die starke Erhöhung der KV-Prämien belastet die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt». Angesichts der im Vorfeld der KVG-Abstimmung vom Bundesrat angenommenen Kostensteigerung durch die Pflege von 800 Mio. CHF (Santésuisse 2002a) kann die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» durch die Zusatzbelastung der «Jungen» als gefährdet empfunden werden.

	«Ärmere»/ «Reichere»: leicht regressiv ²⁵	Die spürbare Entlastung des Vermögens der Pflegebedürftigen führt zu einer potenziellen Erhöhung des Erbes. Zusammen mit der tendenziell regressiven Wirkung der Prämienzunahme ²⁶ führt dies zu einer stärkeren Belastung der «ärmeren» Haushalte resp. Familien.
Transparenz	Leichte Verbesserung	Die Umsetzung der VKL wird zu einer Verbesserung der Kostentransparenz der Leistungserbringer führen. Zudem gehen wir davon aus, dass die Abgrenzungsproblematik bei den Pflegekosten durch klare Kriterien gelöst werden muss und sich dadurch die Transparenz der Finanzierung verbessert. Aufgrund der weiterhin verschiedenen Finanzierungsquellen und der fehlenden Gesamtsicht wird die Transparenz der Finanzierung der gesamten Pflegeleistungen jedoch nicht spürbar verbessert.
Finalität; Kollektive Übernahme des Risikos «Pflegebedürftigkeit»	Leichte Verbesserung	Da das heutige Finanzierungssystem beibehalten und lediglich die Finanzierungsanteile geändert werden, wird das Finalitätsprinzip in der Finanzierung grundsätzlich nicht stärker verankert. Da die Pflegebedürftigen jedoch massgeblich entlastet werden, wird ein grösserer Anteil des Risikos «Pflegebedürftigkeit» kollektiv abgedeckt.
Realisierbarkeit	Grosser politischer Widerstand	Wir gehen von einem grossen politischen Widerstand gegen die massive Prämienhöhung und die damit verbundene Umverteilung der Finanzierungslast im Pflegebereich aus (Belastung der Versicherten; Entlastung der Pflegebedürftigen sowie der Kantone und Gemeinden). Obwohl die Übernahme der vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG durch die Versicherer gesetzlich verankert ist, dürfte die politische Akzeptanz zur Umsetzung der entsprechenden Bestimmungen aufgrund der bestehenden Belastung der OKP durch die Pflege gering sein.
	Abgrenzungsprobleme; Rechtsstreitigkeiten und -unsicherheit	Die Abgrenzung zwischen den von den Versicherern zu übernehmenden Pflegekosten von den restlichen Pflegekosten ist schwierig (vgl. Kapitel 1). Aufgrund der unterschiedlichen Interessen der Akteure gehen wir davon aus, dass es zu mehrjährigen Rechtsstreitigkeiten und damit zu Rechtsunsicherheit kommen wird.

25 Bei einer «regressiven» Wirkung werden die niedrigen Einkommensklassen im Vergleich zu ihren Einkommen stärker belastet, die höheren Einkommensklassen anteilmässig entlastet. Bei einer «progressiven» Wirkung werden die niedrigen Einkommensklassen entlastet und die höheren anteilmässig belastet.
26 Das Ausmass der regressiven Wirkung hängt u.a. vom Umfang der Prämienverbilligung ab.

Zusammenfassend weist die «Umsetzung KVG» folgende Stärken und Schwächen auf:

Tabelle 8

«Umsetzung KVG»: Stärken und Schwächen	
	Beschreibung
Stärken	<ul style="list-style-type: none">• Mit dem Modell «Umsetzung KVG» wird das heute geltende Recht umgesetzt und damit die bestehenden rechtlichen Unzulänglichkeiten beseitigt.• Die volle Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG durch die Krankenversicherer führt zu einer deutlichen Verbesserung der Solidarität mit den Pflegebedürftigen. Durch die Entlastung der Pflegebedürftigen wird ein grösserer Anteil des Lebensrisikos «Pflegebedürftigkeit» kollektiv abgedeckt.• Wir erwarten, dass sich die Wirtschaftlichkeit/Effizienz bei den Leistungserbringern und die Qualität sowie die Transparenz der Leistungen geringfügig verbessern.
Schwächen	<ul style="list-style-type: none">• Durch die enorme Zusatzbelastung der Versicherten verschlechtern sich die Finanzierbarkeit und die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» stark• Aufgrund der deutlichen Umverteilung der Finanzierungslast im Pflegebereich zu Lasten der Versicherten (erwartete Prämiensteigerung von 10 Prozent) ist mit einem grossen politischen Widerstand gegen die «Umsetzung KVG» zu rechnen. Der politische Widerstand ist bereits deutlich spürbar (vgl. Vorschlag SDK/Santésuisse; Entscheid Ständerat 2. KVG-Teilrevision vom März 2003)• Die Abgrenzungsprobleme betreffend die von den KV zu übernehmenden Pflegekosten werden aufgrund der unterschiedlichen Interessen der Akteure zu Rechtsstreitigkeiten und damit zu Rechtsunsicherheit führen.• Dem Modell «Umsetzung KVG» liegt kein ganzheitliches Konzept zu Grunde, das sich am Finalitätsprinzip orientiert und zu einer Koordination der verschiedenen Sozialversicherungssysteme führt.• Der deutlich höhere Finanzierungsanteil der Versicherer stellt einen Anreiz dar, die «unentgeltlichen» Pflegeleistungen (Leistungen von Personen, die ihre Verwandten und Bekannten pflegen) zu reduzieren. Zudem ist von einer leichten Verschlechterung der gesamtwirtschaftlichen Wachstumswirkungeneffekte auszugehen.

4 Alternative Finanzierungsmodelle

Im Folgenden werden die alternativen Finanzierungsmodelle «Status Quo plus» und «KVG – Staat – Pflegebedürftige» beschrieben und beurteilt. Beiden Modellen liegt zu Grunde, dass die Finanzierung der Pflege wie bis anhin durch verschiedene Quellen (Krankenversicherung, andere Sozialversicherung, private Mittel und öffentliche Hand) erfolgt, zwischen der Akut- und der Langzeitpflege differenziert wird und keine Pflegeversicherung eingeführt werden soll:

- Das Modell «Status Quo plus» geht von der heutigen Finanzierung der Pflegeleistungen aus, indem es einen «Beitrag» der Krankenversicherer an die Kosten der Langzeitpflege festlegt und durch den Ausbau der EL gezielt sozialpolitisch ergänzt wird. Bei der Akutpflege werden die vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG durch die Versicherer übernommen.
- Im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» werden die gesamten Kosten der Langzeitpflege (exkl. Hotellerie) über eine Pauschale bezahlt, die gemeinsam von Krankenversicherern, öffentlicher Hand und Pflegebedürftigen finanziert wird. Im Unterschied zum Modell «Status Quo plus» wird das Finalitätsprinzip stärker beachtet und der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand verbindlicher geregelt. Bei der Akutpflege werden die vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG wiederum durch die Versicherer übernommen.

Die Differenzierung zwischen der Akut- und der Langzeitpflege drängt sich auf, weil es sich um zwei verschiedene Dienstleistungen handelt, bei den Pflegebedürftigen der beiden Produkte unterschiedliche finanzielle Voraussetzungen bestehen und die damit verbundenen Anreize aus gesundheitsökonomischer Sicht erwünscht sind:²⁷

- In den Heimen wird die «Überbrückungspflege» gemäss H+ als reaktivierend-therapeutische Nachakutpflege verstanden. Ziel ist dabei, die PatientInnen «soweit gesund» zu pflegen, um sie nach Hause oder in ein Altersheim entlassen zu können (Annahme H+: Pflegeaufenthalt im Heim unter 30 Tagen).²⁸ «Langzeitpflege» besteht demgegenüber in einer dauernden Betreuung und Pflege in einem Heim. Die Überbrückungspflege ist bisher im KVG noch nicht geregelt.²⁹ Wir schlagen vor, dass eine zu bildende Arbeitsgruppe die entsprechenden Grundlagen (Definitionen und Abgrenzungen) erarbeitet.³⁰

Durch die Überbrückungspflege kann gemäss H+ durch den Auf- und den Ausbau einer optimalen Versorgungskette eine bessere Zusammenarbeit zwischen Akut- und Langzeitpflege und damit insgesamt eine bessere und für Kantone, Versicherer und PatientInnen kostengünstigere Leistungserbringung erreicht werden. Damit können die Spitäler durch die Überbrückungspflege entlastet und Effizienzgewinne erzielt werden. Gemäss H+ genügen die heutigen Beiträge der Versicherer an die Kosten der Überbrückungspflege in vielen Fällen nicht (insbes. bei Personen, die keine EL beanspruchen können). Dadurch kann das Sparpotenzial in den Spitälern durch die vermehrte Nutzung der Überbrückungspflege nicht ausgeschöpft werden.

- In der Spitex-Akutpflege drängt sich eine Sonderregelung auf (volle Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG), weil Personen, die keine EL beziehen, bei einer «Beitragslösung» gemäss dem Spitex-Verband Schweiz i.d.R. nicht in der Lage sind, die Spitex-Dienste zu finanzieren. Dies führt dazu, dass Pflegebedürftige keinen Anreiz haben, das Spital vorzeitig zu verlassen, und damit aus Sicht des gesamten Gesundheitswesens unvorteilhafte Anreize gesetzt werden. Demgegenüber erwarten wir von der Gleichstellung der Akutpflege in Spitälern mit der Spitex-Akutpflege die

²⁷ Eine differenzierte Behandlung der Akut- und der Langzeitpflege wurde im Rahmen der Diskussion der 2. KVG-Revision auch von Ständerätin Forster vorgeschlagen, im Ständeratsplenum jedoch abgelehnt (vgl. Antrag Forster, Kapitel 1).

²⁸ Gemäss dem Forum stationäre Altersarbeit Schweiz ist der heutige Anteil der Personen in Überbrückungspflege nicht bekannt. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass sich der Anteil der Überbrückungspflege aufgrund der Zunahme der Fallpauschalen in Spitälern erhöhen wird.

²⁹ Gemäss BSV ist die «Überbrückungspflege» kein etablierter Begriff. Insbesondere ist nicht klar, welches der Leistungsumfang ist, der von der Krankenversicherung übernommen wird, d.h. ob sie als stationäre Behandlung oder als Langzeitpflege gilt.

³⁰ Die Forderung von H+, dass auch die Kosten der Palliativpflege, die Langzeit- (Halb-) Akutpflege sowie die Dementenbetreuung vollständig von den Versicherern zu übernehmen sind (vgl. Annex 4), müssten ebenfalls in dieser Arbeitsgruppe geprüft werden.

vermehrte Inanspruchnahme der Spitex-Akutpflege und damit Effizienzgewinne. Die Abgrenzung der Akut- von der Langzeitpflege ist nicht geklärt. Fachpersonen gehen davon aus, dass von Langzeitpflege nach «etwas weniger» als einem Jahr gesprochen werden kann. Zur Verhinderung von Missbräuchen wird zu Abgrenzung die Festlegung einer Anzahl Tage («Tagesdefinition») vorgeschlagen. Analog zum Pflegeheimbereich schlagen wir vor, dass eine Arbeitsgruppe die entsprechenden Grundlagen (Definitionen und Abgrenzungen) erarbeitet.

Bei den Modellen wurden die vom Gesetzgeber verabschiedeten Änderungen im Bereich der IV (4. IV-Revision: Verdoppelung der Hilflosenentschädigung für BezügerInnen, die «zu Hause» leben) und die geplanten Änderungen durch die Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA; stärkere Finanzierungslast bei der EL für die Kantone) berücksichtigt. Bei der IV und der NFA wurde auf weiter gehende Reformvorschläge verzichtet, weil sich aus inhaltlichen und/oder politischen Gründen u.E. kein Änderungsbedarf aufdrängt. Die Änderungen im Finanzierungsvolumen der EL haben jedoch einen Einfluss auf die NFA, der je nach gewähltem Modell durch entsprechende aktualisierte Kalkulationen zu berücksichtigen ist.

4.1 Status Quo Plus

Das Finanzierungsmodell «Status Quo plus» geht im Sinne des Vorstosses SDK/Santésuisse (vgl. Annex 3) und des Vorschlags des Ständerates im Rahmen der 2. Teilrevision KVG vom März 2003 (s. Kapitel 1) von der heutigen Finanzierung aus (Festlegung eines «Beitrags» der Versicherer an die Pflegekosten nach KVG), die durch einen Ausbau der Ergänzungsleistungen in Anlehnung an den Vorschlag des Schweizerischen Seniorenrates (SSR) (vgl. Annex 3), ergänzt wird. Damit sollen einerseits die Nachteile der «Umsetzung KVG» (Finanzierungs- und Verteilungsproblematik; fehlende politische Akzeptanz) gemildert und andererseits die Solidarität mit den Pflegebedürftigen verbessert resp. die heutige hohe Belastung der schwer Pflegebedürftigen sozial «abgefedert» werden. Neu wird wie erwähnt zwischen der Finanzierung der Akut- und der Langzeitpflege unterschieden. Mit dem Finanzierungsmodell «Status Quo plus» soll die Finanzierung der Pflege mittelfristig im Sinne einer politisch realisierbaren Kompromisslösung gesichert werden.

Bei der Ausgestaltung des Modells «Status Quo plus» sind unterschiedliche Varianten denkbar. Insbesondere können die Höhe des Beitrags der Versicherer, das Ausmass des Ausbaus der EL, die Behandlung der Leistungserbringer (Pflegeheime und Spitex) und das Ausmass der Koordination der Krankenversicherer mit den anderen Sozialversicherungssystemen variiert werden. Gemeinsam mit der Arbeitsgruppe vertreten wir die Auffassung, dass die Festlegung dieser Eckwerte Sache des politischen Prozesses ist.

Im Folgenden wird die Variante des Modells «Status Quo plus» dargestellt und beurteilt, die wir aufgrund der Auswirkungen und der politischen Akzeptanz resp. der «Realisierbarkeit» als die Erfolg versprechendste einstufen. Ergänzend werden am Schluss des Kapitels die Vor- und Nachteile der Variation einzelner Ausgestaltungsparemeter (z.B. Höhe des Beitrags der Versicherer) diskutiert.

Ausgestaltung

Relevant sind folgende Änderungen gegenüber der heutigen Finanzierung der Pflege:

- (1) Zwischen der Finanzierung der Akutpflege (Überbrückungspflege in den Heimen und Spitex-Akutpflege) und der Langzeitpflege wird differenziert. Während die Krankenversicherer in der Langzeitpflege einen Beitrag an die Pflegeleistungen nach KVG im «heutigen Rahmen» ausrichten, übernehmen sie in der Akutpflege die vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG.
- (2) Die Ergänzungsleistungen werden ausgebaut.
- (3) Die Kantone verpflichten sich, im Heimbereich vollständig auf objektbezogene Subventionen zu verzichten.³¹
- (4) Die Leistungen der verschiedenen Sozialversicherungssysteme werden koordiniert.

³¹ Zu berücksichtigen ist gemäss SDK jedoch, dass auch zukünftig ein Teil der Kantone an Investitionsbeiträgen an Heime festhalten könnte.

In folgender Tabelle 9 werden die Änderungen ausführlich dargestellt:

«Status Quo plus»: Änderungen	
Finanzierer	Änderungen gegenüber der heutigen Finanzierung
Krankenversicherung	<p>Akutupflege: Die Krankenversicherung (KV) übernimmt bei der Überbrückungspflege in den Heimen und der Spitex-Akutupflege die vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG.</p> <p>Langzeitpflege: Die KV leistet einen Beitrag an die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG im «bisherigen Rahmen». Präzisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die KV entrichtet Beiträge an alle im KVG definierten Leistungen (Abklärungen, Behandlungs- und Grundpflege). • Die «Beiträge» an die Kosten der Pflegeleistungen entsprechen dem heute geleisteten Volumen der Krankenversicherer an die Langzeitpflege. Die Beiträge werden nicht prozentual zu den Pflegekosten festgelegt, sondern wie heute in Form von Tarifen erbracht, die nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit abgestuft sind. Daraus folgt, dass die Leistungen der KV bei gleicher Anzahl und Verteilung der Pflegebedürftigen an die Langzeitpflege dem heutigen Volumen entsprechen, sich bei einer Änderung der Anzahl der Pflegebedürftigen und/oder des Schweregrads der Pflegebedürftigen ändert. • Die Leistungserbringer werden bezüglich Langzeitpflege gleich behandelt. <p>Die Tarifmodelle bei den Leistungserbringern werden beibehalten, jedoch angepasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heime: Wie bisher werden die Beiträge der KV durch Rahmentarife, die nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit abgestuft sind, in ihrer Höhe begrenzt. Die bisher vierstufigen Klassifizierungssysteme der Pflegebedürftigkeit werden durch differenzierte resp. mehrstufige ersetzt und die Rahmentarife entsprechend angepasst.³² Das neue System ist mit den übrigen Beitragssystemen der Sozialversicherung zu koordinieren. Die Rahmentarife werden periodisch der Teuerung angepasst. • Spitex: Die Rahmentarife für Spitex-Leistungen, die weiterhin nach zeitlichem Aufwand und Schwierigkeitsgrad bemessen werden, werden entsprechend den Änderungen im Heimbereich angepasst (v.a. Differenzierung Schweregrad).
EL zu AHV/IV	<p>Die EL wird weitgehend im Sinne des Vorschlags des SSR (2003) durch eine Anhebung bei den Vermögenslimiten und ergänzenden Massnahmen ausgebaut:³³</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung des Vermögensfreibetrags der EL bei HeimbewohnerInnen bei Alleinstehenden von 25'000 auf 100'000 CHF, bei Ehepaaren von 40'000 auf 200'000 CHF (Art. 3c Abs. 1 Bst. c ELG). • Begrenzung des Vermögensverzehr auf maximal 10 Prozent des Vermögens (heute maximal 20 Prozent, Art. 5 Abs. 3 Bst. b ELG). • Aufhebung der EL-Begrenzung von max. 30'000 CHF bei HeimbewohnerInnen (Art. 3a Abs. 3 ELG). • Festlegung der Höhe der anerkannten Heimtaxen auf kantonaler Ebene (unter Berücksichtigung eines nationalen Rahmens).³⁴ Bei Wohnsitzstreitigkeiten legt das BSV den Wohnsitz fest.³⁵ • Erhöhung des Vermögensfreibetrags für eine selbstbewohnte Liegenschaft von 75'000 CHF (Art. 3c. ELG) auf 300'000 CHF. Möglichkeit für die Kantone, diesen Freibetrag für Liegenschaften auf maximal 400'000 CHF zu erhöhen (Art. 5 Abs. 3 Bst. c ELG).³⁶ • Zur Förderung des Verbleibens in der eigenen Wohnung werden Pflegekosten zu Hause auch dann vergütet, wenn die anrechenbaren Einnahmen die anerkannten Ausgaben um bis zu 20'000 CHF übersteigen.³⁷ • Um zu Hause betreut zu werden, bedeuten Ferientaufenthalte in Heimen gemäss SSR eine wichtige Entlastung der Angehörigen. Diese Kosten werden schon heute von der EL vergütet. Dies sollte entsprechend im ELG festgehalten werden.

Objektsubventionen Kantone und Gemeinden	Die Kantone verpflichten sich, im Heimbereich vollständig auf objektbezogene Subventionen zu verzichten und nur noch «bedarfsgerechte» subjektbezogene Beiträge auszurichten. ³⁸ Bei der Pflege zu Hause gehen wir davon aus, dass die objektbezogenen Beiträge aus Lenkungsgründen (Förderung der Pflege zu Hause gegenüber den Heimen aus Kostengründen) beibehalten wird.
Koordination Sozialver- sicherungen	Zu koordinieren sind insbesondere die Bestimmungen der Krankenversicherung (beitragsmässige Limitierung der Leistungspflicht nach Pflegestufen gemäss dem neuen Klassifizierungssystem) mit den Ergänzungsleistungen und der Hilflosenentschädigung.

Finanzielle Auswirkungen

Tabelle 12 stellt die finanziellen Auswirkungen des Modells «Status Quo Plus» gegenüber dem Status Quo (vgl. Kapitel 3.1) dar. Ergänzend wird auf die finanziellen Veränderungen gegenüber der Umsetzung KVG (vgl. Kapitel 3.2) hingewiesen, die jedoch mit grösseren Unsicherheiten verbunden sind. Folgende Aspekte sind bei unten stehender Tabelle 12 zu berücksichtigen (vgl. auch Kapitel 3.1):

- Definitionsgemäss werden nur die Kosten der Pflegeheime (Alters- und Pflegeheime, Krankenhäuser) und der Pflege zu Hause (Spitex) berücksichtigt.
- Die ausgewiesenen Kosten umfassen den gesamten Leistungsumfang der Pflegeheime und der Spitex (inkl. Hotellerie resp. hauswirtschaftliche Leistungen).
- Auf die Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der Übernahme der Kosten der Überbrückungspflege in den Heimen durch die Versicherer wird aufgrund fehlender Grundlagen verzichtet.

32 Die heutige Methodenvielfalt soll erhalten bleiben. Grundsätzlich sind Bemessungsinstrumente anzuwenden, die den Kriterien entsprechen, die die Santésuisse, die SDK, der Heimverband und die Instrumentenanbieter am 7. Juni 2000 gemeinsam verabschiedet haben.

33 Der Vorschlag des SSR (2003), auf den Einbezug der EL in die Neugestaltung des Finanzausgleich (NFA) zu verzichten, wird aus politischen Gründen nicht übernommen. Die NFA ist jedoch mit den Änderungen im EL-System abzustimmen.

34 Eine einheitliche Festlegung der Heimtaxen auf Bundesebene, wie sie der SSR zur Diskussion stellt (SSR 2003), erachten wir aufgrund der Diskussionen in der Arbeitsgruppe als nicht zweckmässig und politisch kaum realisierbar.

35 Diese ergänzende Bestimmung dient gemäss SSR (2003) der Entschärfung von Problemen bei Wohnsitzstreitigkeiten.

36 Die gegenwärtige Regelung führt gemäss Spitex-Verband dazu, dass Pflegebedürftige mit selbstbewohnter Liegenschaft durch den obligatorischen Vermögensverzehr ein Einkommen erreichen, das über der EL-Grenze liegt. Da das Vermögen des Wohneigentums i. d. R. abbezahlt, jedoch nicht direkt verfügbar ist, zwingt die heutige EL-Regelung zur erneuten Aufnahme von Hypotheken, deren Verzinsung anschliessend die laufenden Ausgaben (und damit die EL) belastet. Durch die Erhöhung der Freigrenze für eine selbstbewohnte Liegenschaft werden das Wohnen und damit die Pflege zu Hause gefördert. Bei den Heimbewohnerinnen und -bewohnern mit einem/r Partner/in, der/die eine selbstbewohnte Liegenschaft bewohnt, kann die finanzielle Situation ebenfalls verbessert werden. Durch die Möglichkeit, den Freibetrag auf max. 400'000 CHF zu erhöhen, sollen die Kantone den kantonal unterschiedlichen Verhältnissen Rechnung tragen können. Dieser Vorschlag ist kein Bestandteil des Berichts SSR (2003).

37 Gemäss SSR (2003) ist diese Erhöhung des finanziellen Spielraums bei Pflege und Betreuung zu Hause notwendig, um finanzielle Engpässe abzudecken und damit eine «Abschiebung» in ein Heim aus finanziellen Gründen möglichst vermieden werden kann.

38 Zu berücksichtigen ist gemäss SDK, dass allenfalls vereinzelte Kantone weiterhin Investitionsbeiträge an Heime ausrichten werden.

Tabelle 10

«Status Quo plus»: Finanzielle Auswirkungen (Jahr 2000)							
Finanzierer	Finanzierung (in Mio. CHF)						
	Heime	Änderung ggü. Status Quo	Spitex	Änderung ggü. Status Quo	Heime + Spitex	Änderung ggü. Status Quo	Änderungen ggü. Umsetzung KVG
Krankenversicherung	1'035 ^{a)}	–	285 ^{b)}	+70	1'320	+70	-1'060
Hilflosenentschädigung (AHV/IV)	300	–	100 ^{c)}	+15	400	+15	–
EL zu AHV/IVd)	1'545	+555	55	+15	1'600	+570	+810
Pflegebedürftige («Out of Pocket»)	2'145 ^{e)}	-285	15	-30	2'160	-315	+270
Sozialhilfe ^{e)}	110	-20	0	–	110	-20	+5
Private Objektfinanzierung	65	–	45	–	110	–	–
AHV	0	–	160	–	160	–	–
Objektsubventionen Kantone und Gemeinden	0	-250	230 ^{f)}	-70	230	-320	-25
Total	5'200		890		6'090		

Erläuterungen zu den Quellen und Schätzungen der finanziellen Angaben:

- a) Wie Status Quo (vgl. Tabelle 4). Auf die Abschätzung der Kosten der Überbrückungspflege wird aufgrund mangelnder Datengrundlagen verzichtet.
- b) Der Spitex-Verband schätzt die Mehrkosten der Akutpflege Spitex auf rund 75 Mio. CHF (Aussage Forster, Amtliches Bulletin Ständerat 13.3.03). Annahmen: Die Akutpflege Spitex für unter 65-Jährige betrifft etwa 20 Prozent. Bei den 65- bis 79-Jährigen schätzt der Spitex-Verband Mehrkosten von rund 20 Mio. CHF, bei den über 80-Jährigen 10 Mio. CHF. Ein Vergleich mit den Mehrkosten der Umsetzung KVG von 95 Mio. CHF (vgl. Tabelle 6) zeigt, dass diese Schätzung eine Obergrenze darstellen dürfte. Wir gehen deshalb von leicht geringeren Mehrkosten für die Versicherer von rund 70 Mio. CHF aus.
- c) Bei der Spitex wird wie beim Modell «Umsetzung KVG» die Verdoppelung der Hilflosenentschädigung IV (+15 Mio. CHF) berücksichtigt.
- d) Die Erweiterung der EL nach Vorschlag SSR führt gemäss Berechnungen des SSR (2003) zu Mehrkosten von rund 370 Mio. CHF gegenüber dem Status Quo (ohne Berücksichtigung der Erhöhung des Freibetrags für selbstbewohnte Liegenschaften). Vereinfachend nehmen wir an, dass sich dieser Betrag im Verhältnis der EL-Leistungen im Status Quo (vgl. Tabelle 4) auf Heime (+355 Mio. CHF) und Spitex (+15 Mio. CHF) aufteilt. Bei den Heimen ist zudem zu berücksichtigen, dass ein Grossteil der wegfallenden Objektsubventionen von Kantonen und Gemeinden (-250 Mio. CHF gegenüber dem Status Quo) neu durch zusätzliche EL ersetzt wird. Ausgehend von den Schätzungen des SSR gehen wir davon aus, dass im Modell «Status Quo plus» aufgrund des EL-Ausbaus ca. 70% bis 80%

der HeimbewohnerInnen EL beziehen werden (heute 50% bis 60%, BSV 2002b). Dadurch hat die EL zusätzliche Kosten von rund 200 Mio. CHF zu übernehmen (Objektfinanzierungen Status Quo: 250 Mio. CHF, vgl. Tabelle 4).

- e) Im Heimbereich wirken sich die Erhöhung der EL und die Reduktion der Objektfinanzierung auf die Pflegebedürftigen und die Sozialhilfe aus. Insgesamt gehen wir im Vergleich zum Status Quo davon aus, dass die Sozialhilfe leicht (-20 Mio. CHF) und die Pflegebedürftigen spürbar (-285 Mio. CHF) entlastet werden.
- f) Die zusätzlichen Beiträge der Versicherer aufgrund der Übernahme der Kosten der Akutpflege Spitex von rund 70 Mio. CHF führen zu einer Entlastung der öffentlichen Hand im selben Umfang (vgl. auch Tabelle 6). Wir gehen davon aus, dass die öffentliche Hand die Spitex wie bisher massgebend mit Beiträgen unterstützt.

Da wir sowohl die finanziellen Auswirkungen gegenüber dem Status Quo als auch der «Umsetzung KVG» als relevant erachten, werden im Folgenden Vergleiche zu beiden Modellen gezogen. Im Vergleich zum **«Status Quo»** ergeben sich folgende finanzielle Auswirkungen:

- (1) Der Anteil der Krankenversicherer erhöht sich um die Mehrkosten der Übernahme der vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG bei der Überbrückungspflege in Heimen und der Spitex Akutpflege. Wir schätzen, dass sich der Anteil der Versicherer durch die Mehrkosten der Akutpflege Spitex um rund 70 Mio. CHF erhöht (+5.5 Prozent). Die Mehrkosten der Übernahme der Kosten der Überbrückungspflege in den Heimen kann mangels Datengrundlagen nicht abgeschätzt werden.
- (2) Durch den Ausbau der EL und die Reduktion der Objektsubventionen im Heimbereich (-250 Mio. CHF) nimmt der Finanzierungsanteil der EL um insgesamt 570 Mio. CHF zu (+55 Prozent).
- (3) Die Pflegebedürftigen werden um 315 Mio. CHF entlastet (-13 Prozent). Ergänzend kann auch die Sozialhilfe entlastet werden (-20 Mio. CHF resp. -15 Prozent).
- (4) Die öffentliche Hand übernimmt insgesamt mit rund 2.1 Mia. CHF einen grösseren Finanzierungsanteil (+240 Mio. CHF). Während der Anteil der Kantone durch den Ausbau der EL und die NFA deutlich zunimmt (+545 Mio. CHF), können der Bund durch die NFA und die Gemeinden durch die Reduktion der Objektfinanzierung ihre Anteile um 145 resp. 165 Mio. CHF reduzieren.

Gegenüber der **«Umsetzung KVG»** ergeben sich folgende finanzielle Auswirkungen:

- (1) Durch die Stabilisierung des Anteils der KV in der Langzeitpflege auf dem heutigen Niveau wird der Finanzierungsanteil der Krankenversicherer gegenüber der «Umsetzung KVG» praktisch halbiert. Die Versicherer werden um rund 1.1 Mia. CHF entlastet.
- (2) Aufgrund des deutlich geringeren Finanzierungsanteils der KV sind zur Finanzierung der restlichen Pflegekosten bei den Heimen gegenüber der «Umsetzung KVG» zusätzliche finanzielle Mittel der Pflegebedürftigen, der EL und der Sozialhilfe notwendig. Unsere Schätzung zeigt, dass die Reduktion des Finanzierungsanteils der Krankenversicherer grösstenteils durch zusätzliche Mittel der EL (+810 Mio. CHF) und durch zusätzliche Beiträge der Pflegebedürftigen (+270 Mio. CHF) kompensiert wird.
- (3) Bei der Spitex gehen wir davon aus, dass die Reduktion der Beiträge der KV wie im «Status Quo» durch entsprechende Beiträge der Kantone und Gemeinden kompensiert werden.³⁹ Aufgrund des Ausbaus der EL gehen wir zudem von einer Entlastung der Pflegebedürftigen aus (-30 Mio. CHF).

³⁹ Gemäss Spitex-Verband Schweiz ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Beiträge der öffentlichen Hand aufgrund der Beschränkung des Tarifschutzes in der Langzeitpflege auf einen Beitrag an die Pflegekosten nach KVG nicht verbindlich gesichert sind und reduziert werden könnten.

- (4) Durch den Ausbau der EL werden Bund und Kantone (ohne Prämienverbilligung) gegenüber der «Umsetzung KVG» insgesamt um 810 Mio. CHF stärker belastet. Beim Bund ist jedoch davon auszugehen, dass die Einsparungen in der Prämienverbilligung die Zusatzbelastung in der EL (ca. 40 Mio. CHF⁴⁰) übersteigen.
- (5) Die Kantone werden im Vergleich zur «Umsetzung KVG» (ohne Prämienverbilligung) um rund 765 Mio. CHF zusätzlich belastet, die Gemeinden durch die Reduktion der Objektsubventionen um rund 15 Mio. CHF entlastet.

Anreize

Im Folgenden werden die Anreize des Modells «Status Quo plus» im Vergleich zum «Status Quo» auf die Pflegebedürftigen, die Leistungserbringer (Pflegeheime und Spitex) sowie die Finanzierer aufgezeigt. Ausgehend davon, dass die Finanzierung nur einen geringen Einfluss auf die Transparenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit/Effizienz der Leistungen hat, sind kaum spürbare Auswirkungen auf diese Faktoren zu erwarten. Wie erwähnt, können diese Faktoren vor allem durch geeignete Massnahmen im Gesamtsystem verbessert werden (vgl. Kapitel 3.2).

Tabelle 11

«Status Quo Plus»: Anreize	
Akteure	Anreizwirkungen im Vergleich zum «Status Quo»
Pflegebedürftige	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der vollen Übernahme der Finanzierung der Kosten der Pflegeleistungen gemäss KVG in der Akutpflege (Überbrückungspflege Heime und Akutpflege Spitex) haben die betroffenen Pflegebedürftigen ohne EL-Bezugsberechtigung einen höheren Anreiz, die entsprechenden Leistungen zu beanspruchen (betrifft v.a. Heime). • Unter der Annahme, dass die Kantone und Gemeinden die Spitex weiterhin massgeblich unterstützen, werden die Anreize betreffend Spitex-Langzeitpflege nicht massgeblich verändert. Falls die öffentliche Hand ihre Beiträge an die Spitex reduziert, reduziert die Übernahme der vollen Pflegekosten nach KVG in der Akutpflege durch die Versicherer den Anreiz, in ein Heim zu wechseln. Damit kann ein Abbau der «unentgeltlichen Pflege» durch Verwandte und Bekannte verhindert werden.
Heime und Spitex	<ul style="list-style-type: none"> • Die Heime haben einen verstärkten Anreiz, sich in der Überbrückungspflege zu engagieren, was zu einer Entlastung der Spitäler führt. • Spitex und «unentgeltliche Pflege»: s. oben
Finanzierer	<ul style="list-style-type: none"> • Die Rolle der Kantone in der Finanzierung der Pflege wird durch die höhere Bedeutung der EL gestärkt. Sie haben einen verstärkten Anreiz, einen Kosten eindämmenden Einfluss auf die Heime und die Spitex auszuüben (Begrenzung der Heimtaxen, Pflegeheimplanung, Kostenkontrollen etc.). • Aufgrund der Beschränkung des Tarifschutzes in der Langzeitpflege auf einen «Beitrag» haben die Kantone und Gemeinden einen Anreiz, ihre objektbezogenen Beiträge zu reduzieren. • Im Vergleich zum Status Quo haben die Pflegebedürftigen der Langzeitpflege einen kleineren Anreiz, Einkünfte und Vermögen nicht zu deklarieren («Schwarzgeld», Schenkungen etc.), um in einem grösseren Ausmass von den EL zu profitieren und dadurch das potenzielle Erbe zu entlasten.

40 Anteil EL unter Berücksichtigung des NFA: 5%.

Beurteilung

Im Folgenden wird das Modell «Status Quo plus» gegenüber der heutigen Finanzierung («Status Quo») (vgl. Tabelle 14) und der «Umsetzung KVG» (vgl. Tabelle 15) beurteilt.

Tabelle 12

«Status Quo plus»: Beurteilung gegenüber «Status Quo»		
Kriterien	Beurteilung	Begründung
Finanzierbarkeit	Leichte Verbesserung	Die Finanzierungsmöglichkeit der Pflegeleistungen durch die Pflegebedürftigen wird durch die mit der Übernahme der vollen Pflegekosten nach KVG in der Akutpflege und dem Ausbau der EL einhergehenden Entlastung der Pflegebedürftigen verbessert.
Wirtschaftlichkeit/ Effizienz	Heime/Spitex: Leichte Verbesserung	Bei den Heimen wird die Effizienz der Leistungserbringung durch den Wechsel von Objekt- zu Subjektfinanzierung und die damit zusammenhängende Beseitigung von Marktverzerrungen verbessert.
	Gesamtes Gesundheitswesen: leichte Verbesserung	Wir gehen davon aus, dass die volle Übernahme der Pflegekosten nach KVG in der Akutpflege die Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen erhöht und damit durch die Entlastung der Spitäler zu leichten Effizienzgewinnen führt.
	Wachstumseffekte: leichte Verschlechterung	Die Entlastung der Pflegebedürftigen zu Lasten der öffentlichen Hand und der Versicherer führt tendenziell zu einer leichten Verschlechterung der gesamtwirtschaftlichen Wachstumseffekte (Begründung s. Kapitel 2).
Qualität der Leistungen	Keine Veränderung	Die Anreize für die Leistungserbringer bleiben im Wesentlichen gleich.
Solidarität	«Gesunde»/«Kranke»: leichte Verbesserung	Durch die Entlastung der Pflegebedürftigen wird die Solidarität zu Gunsten der «Kranken» leicht verbessert.
	«Jung»/«Alt»: Leichte Verschlechterung	Im Vergleich zum «Status Quo» wird die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» durch die Zusatzbelastung der EL leicht verschlechtert.
	«Ärmere»/»Reichere»: keine Veränderung	Die Solidarität zwischen den Einkommensklassen wird kaum verändert.
Transparenz	Leichte Verbesserung	Durch die Differenzierung des Erfassungssystems werden die Pflegekosten transparenter erhoben. Die Koordination zwischen den verschiedenen Sozialversicherungssystemen trägt ebenfalls zur erhöhten Transparenz bei.
Finalität; Kollektive Übernahme des Risikos «Pflegebedürftigkeit»	Leichte Verbesserung	Da die EL mit ihrem finalen Charakter einen grösseren Teil der Finanzierung trägt, verbessert sich die «Finalität» des Finanzierungsmodells. Zudem wird ein grösserer Anteil des Risikos «Pflegebedürftigkeit» kollektiv (v.a. öffentliche Hand) abgedeckt und die Pflegebedürftigen entsprechend entlastet.
Realisierbarkeit	Verbesserung der politischen Akzeptanz	Wir gehen davon aus, dass die politische Akzeptanz durch die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen, die Kompensation über die Subjekt orientierten «bedarfsabhängigen» Beiträge der EL und die Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG der Akutpflege im Vergleich zum «Status Quo» verbessert wird.
	Vollzug: keine Änderung	Im Vollzug ergeben sich keine wesentlichen Änderungen.

Gegenüber der «Umsetzung KVG» beurteilen wir das Modell «Status Quo plus» wie folgt:

Tabelle 13

«Status quo plus»: Beurteilung gegenüber der «Umsetzung KVG»		
Kriterien	Beurteilung	Begründung
Finanzierbarkeit	Starke Verbesserung	Die Finanzierungsmöglichkeit der Pflegeleistungen durch die Versicherten wird durch die deutliche Entlastung der Versicherten (-1.1 Mia. CHF) stark verbessert.
Wirtschaftlichkeit/ Effizienz	Spitex/Heime: keine Veränderung	Wir gehen davon aus, dass der Druck der Versicherer und der Kantone die Transparenz und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen nicht wesentlich verändern.
	Gesamtes Gesundheitswesen: evtl. leichte Verbesserung	Der Anreiz, die «unentgeltlichen» Pflegeleistungen zu reduzieren, ist im Modell «Status Quo plus» geringer als in der «Umsetzung KVG». Dies könnte zu einer geringfügigen Reduktion der Kosten im Gesundheitswesen führen.
	Wachstumseffekte: neutral	Wir gehen davon aus, dass sich die positiven Effekte (Entlastung der Versicherten) mit den negativen Effekten (zusätzliche Belastung der Pflegebedürftigen und der öffentlichen Hand) in etwa neutralisieren.
Qualität der Leistungen	Keine Veränderung	Wir gehen davon aus, dass die Qualität der Pflegeleistungen durch den Unterschied in der Finanzierung nicht spürbar beeinflusst wird.
Solidarität	«Gesunde»/«Kranke»: Leichte Verschlechterung	Die Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» verschlechtert sich durch den geringeren Finanzierungsanteil der Versicherer, wird jedoch durch den Ausbau der EL teilweise kompensiert.
	«Jung»/«Alt»: Starke Verbesserung	Die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» wird durch das Modell «Status Quo plus» weit weniger belastet als bei der «Umsetzung KVG». Erstens werden die Versicherten weit weniger belastet. Zweitens tragen die Pflegebedürftigen einen grösseren Teil der Finanzierung. Drittens kompensiert die EL nur einen Teil der Reduktion des Finanzierungsanteils der KV. Zudem ist die Finanzierung der EL über Steuergelder breiter abgestützt.
	«Ärmere»/«Reichere»: leicht progressiv	Die Zusatzleistungen der EL wirken tendenziell progressiv.
Transparenz	neutral	Wir gehen davon aus, dass der evtl. leicht abnehmende Druck der Versicherer durch den zunehmenden Druck der Kantone kompensiert wird. Zu berücksichtigen ist, dass es im Eigeninteresse der Heime und der Spitex liegt, ihre Kosten transparent auszuweisen (Dies gilt für alle Finanzierungsmodelle.).
Finalität; Kollektive Übernahme des Risikos «Pflegebedürftigkeit»	Leichte Verschlechterung	Da im Modell «Status Quo plus» ein geringerer Anteil des Risikos Pflegebedürftigkeit kollektiv abgedeckt wird, gehen wir von einer leichten Verschlechterung aus.
Realisierbarkeit	Verbesserung der politischen Akzeptanz	Die Entlastung der KV sowie der Ausbau der EL verbessern die politische Akzeptanz und damit die Realisierbarkeit des Modells «Status Quo plus» gegenüber der «Umsetzung KVG» deutlich.
	Leichte Verbesserung im Vollzug	Aufgrund der teilweise entfallenden Abgrenzungsprobleme schätzen wir die Gefahr von Rechtsstreitigkeiten und Rechtsunsicherheit wesentlich geringer ein. Im administrativen Bereich (Erfassung der Leistungen) erwarten wir bei den Leistungserbringern kaum spürbare Einsparungen.

Zusammenfassend weist das Modell «Status Quo plus» folgende Stärken und Schwächen auf:

Tabelle 14

«Status Quo Plus»: stärken und schwächen	
Beschreibung	
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> • Die Finanzierbarkeit wird sowohl gegenüber der «Umsetzung KVG» und gegenüber dem «Status Quo» deutlich verbessert. Einerseits werden die Versicherten nicht übermässig zusätzlich belastet, andererseits die Pflegebedürftigen entlastet. • Durch die Stabilisierung des Finanzierungsanteils der KV auf dem heutigen Niveau mit gleichzeitiger «sozialer Abfederung» über den Ausbau der EL kann die politische Akzeptanz gegenüber der «Umsetzung KVG» und dem «Status Quo» erhöht werden. • Gegenüber dem «Status Quo» kann eine leichte Verbesserung der Wirtschaftlichkeit/Effizienz, der Transparenz, der Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» und der kollektiven Abdeckung des Risikos «Pflegebedürftigkeit» erreicht werden. Durch den Wegfall der Objektfinanzierung wird zudem der Wettbewerb zwischen den Heimen gestärkt. • Gegenüber der «Umsetzung KVG» wird die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» weniger stark belastet. Zudem ist die Rechtssicherheit grösser.
Schwächen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Solidarität gegenüber den Pflegebedürftigen ist im Vergleich zur Umsetzung KVG trotz Ausbau der EL etwas geringer. Das Risiko der «Pflegebedürftigkeit» wird nicht im selben Masse über die Sozialversicherungen und die öffentliche Hand kollektiv abgedeckt. Der Ausbau der EL soll jedoch sicherstellen, dass die Kosten für die Pflegebedürftigen tragbar sind. • Dem Modell «Status Quo plus» liegt kein ganzheitliches Konzept zu Grunde, das sich in erster Linie am Finalitätsprinzip orientiert. • Die Wirtschaftlichkeit/Effizienz, die Transparenz und die Qualität der Leistungen werden gegenüber dem «Status Quo» kaum in relevantem Ausmass beeinflusst. Durch das Modell «Status Quo plus» können demzufolge in diesen Bereichen kaum positive Anreize gesetzt werden. • Die objektbezogenen Beiträge der öffentlichen Hand sind nicht verbindlich gesichert (betrifft v.a. die Spitex). • Wichtige Finanzierungseckwerte werden in erster Linie nach politischen Gesichtspunkten bestimmt. Es besteht die Gefahr, dass die Eckwerte bei einer Änderung des politischen Umfelds leicht angepasst werden könnten.

Variantendiskussion

Wie erwähnt sind beim Modell «Status Quo plus» viele Varianten denkbar. Letztlich ist es Aufgabe der Politik, im Gesetzgebungsprozess die Eckwerte des Modells festzulegen. Im Folgenden werden die zentralen Parameter des Modells diskutiert:

Tabelle 15

«Status Quo plus»: diskussion zentraler Eckwerte		
Parameter	Veränderung ggü. Status Quo	Beurteilung
Höhe des Beitrags der Versicherer	Erhöhung	<p>In der oben beschriebenen Variante des Modells «Status Quo plus» wird der Beitrag der Versicherer durch die Übernahme der vollen Kosten der Pflegeleistungen der Akutpflege leicht erhöht (+70 Mio. CHF, resp. +5 Prozent).</p> <p>Wir gehen davon aus, dass eine massgebliche Erhöhung des Beitrags der Versicherer über dieses Niveau politisch nicht durchsetzbar ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstens ist die Akzeptanz der Bevölkerung hinsichtlich einer zusätzlichen Prämiensteigerung gering. • Zweitens setzen sich die Versicherer und die Kantone mit einem gemeinsamen Vorstoss für die Stabilisierung der Beiträge der KV auf heutigem Niveau ein (SDK/Santésuisse 2002). • Drittens hat sich der Ständerat bereits im Rahmen der 2. Teilrevision KVG dafür ausgesprochen, dass die Versicherer nur noch einen «Beitrag an die Pflegemassnahmen» zu entrichten haben. Die Kommission des Nationalrates ist ebenfalls der Auffassung, dass die Versicherer lediglich «Beiträge» an die pflegerischen Massnahmen zu entrichten haben. Der Nationalrat hat jedoch auf Antrag der Kommission entschieden, die Frage der Finanzierung der Pflege in der nächsten KVG-Revision zu behandeln. <p>Allenfalls wäre denkbar, dass bei den Tarifen der oberen Pflegestufen gewisse Anpassungen vorgenommen werden (Forderung SSR und Forum stationäre Altersarbeit, s. Annex 4). Wir gehen jedoch davon aus, dass diese Forderung politisch schwierig durchzusetzen ist.</p>
	Reduktion	<p>Ein Verzicht auf die zusätzlichen Abgeltungen der KV im Bereich der Akutbehandlung (Überbrückungspflege und Akutpflege Spitex) würde die heute bestehenden Finanzierungsprobleme der Betroffenen in diesem Bereich und die unerwünschten Anreize zwischen den Leistungserbringern (insbes. auch zum Spitalsektor) fortschreiben. Die Chance, mit relativ bescheidenen Beiträgen positive Wirkungen zu erzielen, würde nicht genutzt.</p> <p>Eine Reduktion der Beiträge der KV an die Langzeitpflege steht nicht zur Diskussion.</p>
Behandlung der Leistungserbringer in der KV	Bevorzugung der Spitex	<p>Eine Bevorzugung der Spitex durch eine volle Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG der Langzeitpflege durch die KV führt zu unerwünschten Anreizen. Langzeitpflegefälle sollten unabhängig vom Ort der Pflege betreffend Leistungen der KV wie bisher in etwa gleich gestellt werden, damit nicht aufgrund finanzieller Anreize falsche Pflegeorte bevorzugt werden (z.B. Barriere für Eintritt in Pflegeheim). Der Standort der Leistungserbringung (Heim/Spitex) darf nicht zu einer unterschiedlichen Abgeltung führen.</p>
Ausmass des Ausbaus der EL	Erhöhung	<p>Ein zusätzlicher Ausbau der EL ist grundsätzlich denkbar, könnte jedoch aufgrund des möglichen Widerstands der Kantone die politische Akzeptanz des Vorschlags beeinträchtigen.</p>
	Reduktion	<p>Eine Reduktion des EL-Ausbaus würde die Funktion der EL als gezielter bedarfsorientierter Ersatz einer Pflegeversicherung schmälern und zu einer unzureichenden Entlastung der Betroffenen führen.</p>

Umsetzung in der Gesetzgebung

Zur Umsetzung des Modells «Status Quo plus» sind gesetzliche Änderungen im KVG und im ELG notwendig. Zentrale Voraussetzung für die Umsetzung des Modells ist, dass die Änderungen zwingend gleichzeitig als «Paket» eingeführt werden. Nachstehend werden erste Formulierungen zu den notwendigen Gesetzesänderungen dargestellt, die sich an bestehende Vorschläge anlehnen. Bei einer Umsetzung des Modells sind die Formulierungen zu prüfen und allenfalls zu überarbeiten.

1) Änderungen im KVG

Die Änderungen im KVG entsprechen dem Antrag Forster vom 12. März 2003 (Amtliches Bulletin Ständerat vom 13.3.03):

Art. 25 Abs. 2

Diese Leistungen umfassen:

a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:

...

3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen; vorbehalten ist Buchstabe abis;

abis. in Abweichung von Buchstabe a einen Beitrag an die Massnahmen der Langzeitpflege, die im Pflegeheim, ambulant oder bei Hausbesuchen durchgeführt werden;

...

Art. 50 Abs. 2

Der Bundesrat legt für die Leistungen bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause sowie beim Aufenthalt in Pflegeheimen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe abis fest, in welchem Ausmass diese zu übernehmen sind. Er legt im Weiteren fest, was als Langzeitpflege gilt. Er sorgt für die Koordination mit der Leistungspflicht anderer Sozialversicherungen einschliesslich der Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

2) Änderungen im ELG

Die Änderungen im ELG lehnen sich massgeblich am Vorschlag SSR (2003) an (Ausnahme: Regelung Freibetrag für selbstbewohnte Liegenschaften, die nicht Bestandteil des Berichts SSR ist.):

Art. 2 Abs. 1^{bis} (neu)

Bei Wohnsitzstreitigkeiten im Falle eines Heim- oder Spitalaufenthaltes legt das Bundesamt für Sozialversicherung den Wohnsitz fest.

Art. 3c Abs. 1 Bst. c

..., so ist nur der 300'000 Franken übersteigende Wert der Liegenschaft...

...zu berücksichtigen. Bei Heimbewohnern beginnt die Vermögensanrechnung bei Alleinstehenden ab 100'000 Franken und bei Ehepaaren ab 200'000 Franken.

Art. 3d Abs. 1 Bst. b

b. Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen und bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Heim.

Art. 3d abs. 1^{bis} (neu)

Die Kosten für Aufwendungen gemäss Buchstabe b Absatz 1 werden auch vergütet, wenn die anrechenbaren Einnahmen die anerkannten Ausgaben um bis zu 20'000 Franken übersteigen. Bei einem höheren Überschreibungsbetrag reduzieren sich die vergütbaren Kosten um den entsprechenden Betrag.

Art. 5 Abs. 1 Bst. d (neu):

d. einen Höchstbetrag, der für die Tagestaxe in einem Heim oder Spital nach Artikel 3b Absatz 2 Buchstabe a zu berücksichtigen ist; bei anerkannter palliativer Pflege erhöhen sich die Beträge um 50 Prozent. Massgebend ist die Tagestaxe, die im Kanton des Heimes oder Spitals gilt.

Art. 5 Abs. 3 Bst. b:

Streichen (der Vermögensverzehr soll einen Zehntel nicht übersteigen).

Art. 5 Abs. 3 Bst. c

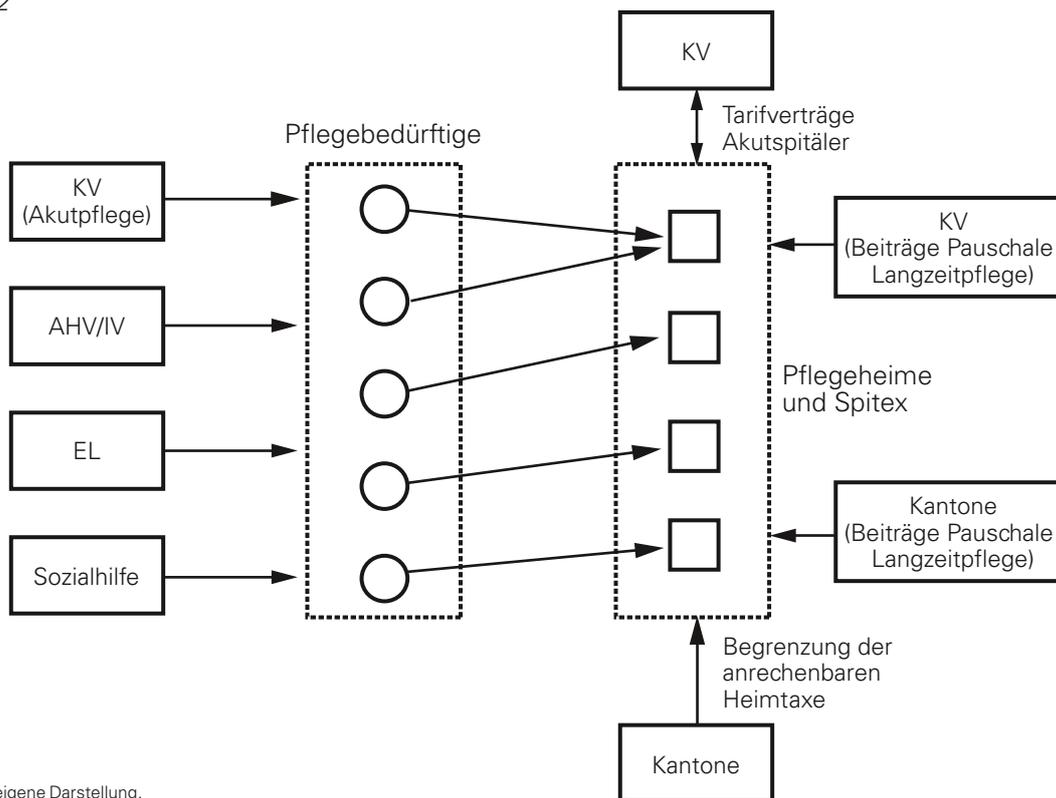
Den Freibetrag für Liegenschaften nach Artikel 3c Absatz 1 Buchstabe c maximal auf 400'000 Franken erhöhen.

4.2 KVG – Staat – Pflegebedürftige

Als Alternative zum Modell «Status Quo plus» (resp. zur Umsetzung KVG) wird im Folgenden ein Finanzierungsmodell dargestellt, das auf dem von Oggier (2002) vorgeschlagenen «kombinierten Modell KVG – Staat» aufbaut⁴¹, jedoch die Pflegebedürftigen stärker in die Finanzierungspflicht miteinbezieht und wesentliche Elemente des Modells «Status Quo plus» übernimmt (vgl. Figur 2).

«KVG – Staat – Pflegebedürftige»: Finanzierungsmodell

Figur 2



Quelle: eigene Darstellung.

41 Das von Oggier vorgeschlagene «kombinierte Modell KVG – Staat» wird in vorliegendem Bericht verworfen (s. Kapitel 5.1).

Im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» werden die Akut- und die Langzeitpflege unterschiedlich finanziert. Während die Pflegekosten nach KVG in der Akutpflege (Überbrückungspflege in den Heimen und Akutpflege Spitex) wie im Modell «Status Quo plus» vollständig von den Versicherern getragen werden, werden die Pflegekosten (exkl. Hotellerie) durch eine Pauschale bezahlt, die gemeinsam von Krankenversicherern, der öffentlichen Hand und den Pflegebedürftigen finanziert wird. Die EL wird nicht ausgebaut. Gemäss den Vorstellungen der Arbeitsgruppe soll sich die Aufteilung der Kosten der Pflegemassnahmen (inkl. Hotellerie) auf die Versicherer, die öffentliche Hand und die Pflegebedürftigen an der im Modell «Status Quo plus» gewählten Aufteilung orientieren. Wiederum sind verschiedene Ausgestaltungsvarianten denkbar. Im Unterschied zum Modell «Status Quo plus» wird mit dem Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» das Finalitätsprinzip stärker beachtet und der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand verbindlicher geregelt.

Ausgestaltung

Relevant sind folgende Änderungen gegenüber der heutigen Finanzierung der Pflege:

- (1) Die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG der Akutpflege (Überbrückungspflege in den Heimen und Spitex-Akutpflege) werden vollständig von den Versicherern getragen (analog «Status Quo plus»).
- (2) Die Kosten der Langzeitpflege (inkl. Investitionsanteil, Pflege- und allgemeine Betreuungsleistungen; exkl. Hotellerie) werden über eine gemeinsam von Versicherern, Staat und Pflegebedürftigen getragene Pauschale finanziert. Die Finanzierungsanteile der Versicherer, der öffentlichen Hand und der Pflegebedürftigen richten sich nach den entsprechenden Anteilen im Modell «Status Quo plus» (s. Abschnitt «Finanzielle Auswirkungen»). Der «Grad der kollektiven Abdeckung» des Risikos «Pflegebedürftigkeit» durch Versicherer und öffentliche Hand entspricht damit in etwa dem Modell «Status Quo plus». Für die Spitex bedeutet dies, dass die Pflege- und Betreuungskosten in erster Linie von den Versicherern und der öffentlichen Hand getragen werden. Die Pflegebedürftigen leisten nur einen kleinen Beitrag an die Pauschale, die im Wesentlichen dem Selbstbehalt entspricht.
- (2) Die bisherigen Objektsubventionen von Kantonen und Gemeinden entfallen.

Wir schlagen vor, auf die Hilflosenentschädigung zur AHV/IV nicht zu verzichten, weil sie unter Berücksichtigung des Finalitätsprinzips eine besondere Funktion ausübt und bei einem Verzicht vollständig durch Beiträge der öffentlichen Hand (v.a. Kantone) ersetzt werden müsste.

Finanzielle Auswirkungen

Tabelle 18 stellt die finanziellen Auswirkungen des Modells «KVG – Staat – Pflegebedürftige im Vergleich zur heutigen Finanzierung der Pflege (Status Quo) und ergänzend zur Umsetzung KVG dar.

Tabelle 16

«KVG – Staat - Pflegebedürftige»: Finanzielle Auswirkungen (Jahr 2000)							
Finanzierer	Finanzierung (in Mio. CHF)						
	Heime	Änderung ggü. Status Quo	Spitex	Änderung ggü. Status Quo	Heime + Spitex	Änderung ggü. Status Quo	Änderungen ggü. Umsetzung KVG
Krankenversicherung a)	1'035	–	285	+70	1'320	+70	-1'060
Hilflosenentschädigung (AHV/IV)	300	–	100	+15	400	+15	–
EL zu AHV/IV	890 ^{b)}	-100	10 ^{d)}	-30	900	-130	+110
Pflegebedürftige («Out of Pocket»)	2'145 ^{b)}	-285	30 ^{d)}	-15	2'175	-300	+285
Sozialhilfe	120 ^{b)}	-10	0	–	120	-10	+15
Private Objektfinanzierung	65	–	45	–	110	–	–
AHV	0	–	160	–	160	–	–
Objektsubventionen Kantone und Gemeinden	0	-250	165 ^{e)}	-135	165	-385	-90
Subventionen öffentliche Hand an Pauschale (v.a. Kantone)	645 ^{c)}	+645	95 ^{e)}	+95	740	+740	+740
Total	5'200		890		6'090		

Erläuterungen zu den Quellen und Schätzungen der finanziellen Auswirkungen:

- a) Annahmegemäss verändert sich der Anteil der KV im Vergleich zum Modell «Status Quo plus» (vgl. Tabelle 12) nicht.
- b) Aufgrund von Angaben von CURAVIVA gehen wir davon aus, dass sich die Gesamtkosten im Heimbereich von 5.2 Mia. CHF zu 2.8 Mia. CHF auf die Hotellerie (Annahmen: durchschnittliche Hotelkosten/Tag: 100 CHF; 78'000 HeimbewohnerInnen) und zu 2.4 Mia. CHF auf Pflege- und Betreuungsleistungen aufteilen. Da wir wiederum davon ausgehen, dass sich die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten im selben Verhältnis wie im Status Quo auf die Pflegebedürftigen (68%), die EL (28%) und Sozialhilfe (4%) verteilen, tragen die Pflegebedürftigen 1.9 Mia. CHF, die EL 785 Mio. CHF und die Sozialhilfe 110 Mio. CHF der Hotelkosten. Da wir davon ausgehen, dass der Finanzierungsanteil der Pflegebedürftigen dem Anteil im Modell «Status Quo plus» entspricht, übernehmen die Pflegebedürftigen zusätzlich 240 Mio. CHF der Pflege- und Betreuungskosten (die EL entsprechend 105 Mio. CHF und die Sozialhilfe 10 Mio. CHF).
- c) Definitionsgemäss übernimmt die öffentliche Hand (v.a. Kantone) den restlichen Teil der Pflegepauschale.
- d) Bei der Spitex teilen sich die Gesamtkosten von 890 Mio. CHF zu 46.2% (410 Mio. CHF) auf Pflegemassnahmen und zu 53.8% (480 Mio. CHF) auf Haushalts- und weitere Leistungen auf. Wir gehen davon aus, dass sich der Finanzierungsanteil der Pflegebedürftigen und der EL gegenüber dem Modell «Status Quo plus» aufgrund des Ausbaus der EL in diesem Modell leicht reduziert. Die Anteile der Pflegebedürftigen decken im Wesentlichen den Selbstbehalt der Pflegekosten ab.
- e) Definitionsgemäss übernimmt die öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden) den restlichen Teil der Pflegepauschale: 480 Mio. CHF – 285 Mio. CHF (KV) – 30 Mio. CHF (Pflegebedürftige) = 95 Mio. CHF. Dabei wird implizit davon ausgegangen, dass mit den Beiträgen der AHV, der Hilflosenentschädigung und der privaten Objektfinanzierung in erster Linie die Hauswirtschaftsleistungen beglichen werden.

Zur Entlastung der Pflegebedürftigen gehen wir davon aus, dass die Kantone und Gemeinden weiterhin einen massgeblichen objektbezogenen Beitrag an die Hauswirtschaftsleistungen leisten.

Im Vergleich zum **«Status Quo»** ergeben sich folgende finanzielle Auswirkungen:

- (1) Der Anteil der Versicherer erhöht sich wie im Modell «Status Quo plus» geringfügig um die Übernahme der vollen Kosten der Akutpflege (+ 70 Mio. CHF, resp. + 5.5 Prozent).
- (2) Durch die Übernahme eines massgeblichen Anteils der Pflegepauschale durch die öffentliche Hand (645 Mio. CHF) kann der Anteil der Pflegebedürftigen in den Heimen auf den Anteil im Modell «Status Quo plus» reduziert werden (2.15 Mia. CHF). Entsprechend reduzieren sich auch die Anteile der EL (-100 Mio. CHF) und der Sozialhilfe (-10 Mio. CHF). Die wegfallenden Objektsubventionen in den Heimen werden durch den Beitrag der öffentlichen Hand an die Pflegepauschale kompensiert.
- (3) Bei der Spitex können die Anteile der Pflegebedürftigen und der EL durch den zusätzlichen Anteil der Versicherer (Akutpflege) reduziert werden. Der Beitrag der öffentlichen Hand an die Pflegepauschale (95 Mio. CHF) führt zusammen mit den zusätzlichen Beiträgen der Versicherer zu einer Reduktion der Objektsubventionen der Kantone und Gemeinden (-135 Mio. CHF). Um die Pflegebedürftigen nicht zusätzlich zu belasten, sind diese Objektsubventionen, mit denen in erster Linie die hauswirtschaftlichen Leistungen mitfinanziert werden, weiterhin notwendig. Die Objektsubventionen sind jedoch wie in den übrigen Modellen nicht verbindlich gesichert.
- (4) Die öffentliche Hand übernimmt insgesamt mit rund 2.1 Mia. CHF einen grösseren Finanzierungsanteil (+220 Mio. CHF). Während der Anteil der Kantone durch die Beiträge an die Pflegepauschale deutlich zunimmt (+540 Mio. CHF)⁴², reduzieren sich die Anteile des Bundes (Reduktion der EL) und der Gemeinden (Reduktion der Objektsubventionen bei den Heimen).

Ergänzend sind Vergleiche mit der «Umsetzung KVG» und dem Modell «Status Quo plus» von Interesse:

- Im Vergleich zur «Umsetzung KVG» wird der Finanzierungsanteil der Versicherer praktisch halbiert und durch höhere Beiträge der Pflegebedürftigen (+285 Mio. CHF) sowie der öffentlichen Hand (+775 Mio. CHF) kompensiert.
- Im Vergleich zum Modell «Status Quo plus» ändern sich annahmegemäss die Finanzierungsanteile der Versicherer, der öffentlichen Hand und der Pflegebedürftigen nicht (Ausnahme: leicht höherer Anteil der Pflegebedürftigen in der Spitex). Während der Anteil der Kantone in beiden Modellen gleich hoch ist (1.7 Mia. CHF), wird der Anteil des Bundes leicht reduziert (Reduktion EL) und derjenige der Gemeinden leicht erhöht (Beitrag an Pauschale). Der entscheidende Unterschied der beiden Modelle besteht darin, dass die Kantone ihren Anteil im Modell «Status Quo plus» in erster Linie bedarfsabhängig über die EL und im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» über einen Beitrag an die Pflegepauschale erbringen, der sich nach dem Finalitätsprinzip orientiert.

Anreize

Vom Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» gehen im Vergleich zum «Status Quo» im Wesentlichen die selben Anreize aus wie im Modell «Status Quo plus» (vgl. Tabelle 13). Folgende Unterschiede sind zu beachten:

- Aufgrund des geregelten Beitrags an die Pflegepauschale ist das Ausmass einer möglichen Reduktion der objektbezogenen Subventionen in der Spitex geringer.
- Der Anreiz für die Pflegebedürftigen, Einkünfte und Vermögen nicht zu deklarieren, ist im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» aufgrund der geringeren Bedeutung der EL als Finanzierungsquelle geringer.

Beurteilung

Da das Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» explizit als Alternative zum Modell «Status Quo plus» zu betrachten ist und diesem in vielen Aspekten entspricht⁴³, wird im Folgenden nur eine Beurteilung zum Modell «Status Quo plus» vorgenommen.

⁴² Annahmen: Der Beitrag der öffentlichen Hand an die Pflegepauschale im Heimbereich wird vollständig von den Kantonen getragen. Die Subventionen der Spitex teilen sich zu 55% auf die Kantone und zu 45% auf die Gemeinden auf (Verhältnis der Objektsubventionen im Status Quo).

⁴³ Trennung der Finanzierung der Akut- und der Langzeitpflege; Finanzierungsanteile Versicherer, Pflegebedürftige, öffentliche Hand; Beibehaltung Hilflosenentschädigung AHV/IV, Beiträge AHV und öffentliche Hand an Spitex.

Tabelle 17

«KVG – Staat - Pflegebedürftige»: Beurteilung gegenüber «Status Quo plus»		
Kriterien	Beurteilung	Begründung
Finanzierbarkeit	neutral	Aufgrund der Kompensation der geringeren EL-Leistungen im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» durch die Beiträge der öffentlichen Hand (v.a. Kantone) an die Pflegepauschale verändert sich die Finanzierbarkeit der Pflegekosten aus Sicht der Pflegebedürftigen kaum. Bei der Spitex kann durch den Beitrag der öffentlichen Hand an die Pauschale eine grössere Verbindlichkeit der öffentlichen Beiträge hergestellt werden, was die Finanzierungsmöglichkeit durch die Betroffenen tendenziell verbessert.
Wirtschaftlichkeit/ Effizienz	Heime/ Spitex: keine Veränderung	Da die Beiträge der öffentlichen Hand an die Pflegepauschale subjektbezogen ausgerichtet werden, ergeben sich keine Änderungen.
	Gesamtes Gesundheitswesen: keine Veränderung	Im Vergleich zum Modell «Status Quo plus» bestehen keine spürbaren Anreize hinsichtlich der Verbesserung der Effizienz des Gesundheitswesens.
	Wachstumseffekte: leichte Verschlechterung	Die bedarfsorientierte Finanzierung über die EL wirkt sich weniger belastend auf das Wachstum aus als die Finanzierung eines «Pauschalbeitrags» an alle Pflegebedürftigen (Begründung s. Tabelle 3)
Qualität der Leistungen	Keine Veränderung	Die Anreize für die Leistungserbringer bleiben im Wesentlichen gleich.
Solidarität	«Gesunde»/ «Kranke»: leichte Verbesserung	Da die Pflegebedürftigen vom Pauschalbeitrag unabhängig ihrer privaten finanziellen Situation in gleichem Masse begünstigt werden, beurteilen wir die Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» als leicht besser. Im Modell «Status Quo plus» werden die Pflegebedürftigen nicht gleich behandelt.
	«Jung»/«Alt»: keine Veränderung	Die Finanzierungsanteile und damit die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» verändern sich nicht.
	«Ärmere»/ «Reichere»: leichte Verschlechterung	Die Solidarität zwischen «ärmeren» und «reicheren» Pflegebedürftigen wird durch die Finanzierung über die bedarfsabhängige EL besser gewährleistet als über einen Pauschalbetrag. Die Pflegepauschale wirkt unter den Pflegebedürftigen progressiv.
Transparenz	Leistungen: keine Veränderung	Keine veränderten Anreize.
	Finanzierungsmodell: leichte Verschlechterung	Die Einführung der Pflegepauschalen führt zu einem unübersichtlicheren Finanzierungsmodell, weil auf die übrigen Finanzierungsquellen nicht verzichtet werden kann (z.B. Objektfinanzierung Spitex).
Finalität; Kollektive Übernahme des Risikos «Pflegebedürftigkeit»	Leichte Verbesserung	Da im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» allen Pflegebedürftigen unabhängig von ihrer finanziellen Situation entsprechende Pauschalbeiträge ausgerichtet werden, wird das Finalitätsprinzip in diesem Modell stärker beachtet. Bei allen Pflegebedürftigen wird derselbe Teil des Risikos «Pflegebedürftigkeit» finanziell abgedeckt.
Realisierbarkeit	Politische Akzeptanz: leichte Verschlechterung	Wir gehen davon aus, dass die politische Akzeptanz durch den Widerstand der Kantone und der Versicherer gegenüber der Pflegepauschale (vgl. Annex 4), die praktisch vollständige Einführung einer kollektiven Übernahme des Pflegerisikos (die Pflegebedürftigen in Heimen übernehmen rund 10 Prozent der Pflege- und Betreuungsleistungen) sowie die nicht bedarfsorientierte Ausrichtung der knappen Mittel der öffentlichen Hand im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» geringer ist.
	Vollzug: leichte Verschlechterung	Die Einführung der Pflegepauschale ohne massgeblichen Verzicht auf andere Finanzierungsquellen führt zu einem höheren Vollzugaufwand und zu einer geringeren Praktikabilität (Berechnung der Pauschale; gesonderte Finanzierung durch Versicherer, Kantone und Gemeinden und Pflegebedürftige).

Zusammenfassend weist das Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» gegenüber dem Modell «Status Quo plus» folgende Stärken und Schwächen auf:

Tabelle 18

«KVG – Staat – Pflegebedürftige»: stärken und schwächen gegenüber «Status Quo plus»	
Beschreibung	
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> • Durch die Pflegepauschale, die massgeblich durch die Versicherer und die öffentliche Hand finanziert wird, verbessert sich die Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken». Gleichzeitig wird das Finalitätsprinzip stärker beachtet resp. bei allen Pflegebedürftigen unabhängig von der persönlichen finanziellen Situation derselbe Anteil des Risikos «Pflegebedürftigkeit» kollektiv abgedeckt. • Der Anreiz für die Pflegebedürftigen, Einkünfte und Vermögen nicht zu deklarieren, um von der EL profitieren zu können, ist kleiner.
Schwächen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegepauschale führt unter den Pflegebedürftigen gegenüber der bedarfsgerichteten Finanzierung durch die EL zu einer geringeren Solidarität zwischen «Arm» und «Reich» (progressive Wirkung). Aus bedarfsorientierter Sicht werden die knappen Mittel der öffentlichen Hand weniger zielgerichtet verwendet. • Wir schätzen die politische Akzeptanz des Modells «KVG – Staat – Pflegebedürftige» als geringer ein: Widerstand der Kantone; Interpretation als Schritt in Richtung einer unerwünschten Pflegeversicherung. • Das Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» ist intransparenter und mit einem höheren Vollzugsaufwand verbunden. Die Praktikabilität ist geringer. • Leichte Verschlechterung der Allokations- und Wachstumseffekte.

4.3 Empfehlung der Experten

Die folgenden Empfehlungen der Experten stützen sich auf die Analyse der heutigen Finanzierung der Pflege (Kapitel 3) und alternativer Modelle (Kapitel 4.1 und 4.2) sowie die Diskussionen in der Arbeitsgruppe.

Besteht Handlungsbedarf?

Aus unserer Sicht besteht aus politischen und rechtlichen Gründen ein klarer Handlungsbedarf. Wird im Pflegesektor kein neues Finanzierungsmodell eingeführt, sind die heute geltenden Bestimmungen des KVG umzusetzen mit folgenden kurz- bis mittelfristigen Konsequenzen:

- Die Versicherer hätten mit einer deutlichen Zusatzbelastung von bis zu 1.2 Mia. CHF (rund 10 Prämienprozente) zu rechnen. Dies würde einerseits die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» stark belasten. Andererseits würden die Pflegebedürftigen selbst (Einkünfte und Vermögen) und damit das potenzielle Erbe sehr stark entlastet. Die politischen Vorstösse und Diskussionen zeigen, dass die hohe Entlastung der Pflegebedürftigen und insbesondere die massive Belastung der Versicherten politisch auf sehr grossen Widerstand stossen.
- Die Abgrenzung zwischen den von den Versicherern zu übernehmenden Pflegekosten von den restlichen Pflege- und Betreuungskosten wird aufgrund der finanziellen Tragweite zu mehrjährigen Rechtsstreitigkeiten und damit einhergehender Rechtsunsicherheit führen.

Aufgrund des grossen politischen Widerstands gegenüber der Umsetzung des KVG im Pflegesektor und der ausdrücklichen Ablehnung einer Pflegeversicherung schliessen wir, dass der politische Willen fehlt, einen sehr grossen Teil der Pflegekosten kollektiv über die Versicherer und/oder die öffentliche Hand abzudecken. Folglich ist ein alternatives Finanzierungsmodell einzuführen.

Soll der Status Quo festgeschrieben werden?

Wir empfehlen, aus folgenden Gründen von einer gesetzlichen Verankerung des Status Quo (Beschränkung des Anteils der Versicherer auf einen Beitrag im «heutigen Rahmen»; keine ergänzenden Massnahmen) abzusehen:

- Heute werden die Pflegebedürftigen finanziell sehr stark belastet. Finanzierungsprobleme bestehen insbesondere bei den schwer Pflegebedürftigen in Heimen, den Personen in akuter Pflege (Überbrückungspflege Heime und Akutpflege Spitex), den Personen, die kein Anrecht auf EL haben und den Pflegebedürftigen mit Partnern.
- Die Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» und insbesondere mit den Pflegebedürftigen mit bescheidenen Einkünften und Vermögen ist heute stark belastet.
- Die heutige Finanzierung der Pflege setzt unerwünschte Anreize und lässt Effizienzpotenziale ungenutzt. Durch die unzureichende Finanzierung der Akutpflege werden die vorhandenen Effizienzpotenziale in der Koordination zwischen Spital- und Pflegesektor unvollständig ausgeschöpft. Zudem besteht die Gefahr, dass die Pflegebedürftigen bei einem allfällig reduzierten öffentlichen Beitrag der Kantone und Gemeinden in der Spitex einen Anreiz haben, ins Heim zu wechseln.
- Der «Status Quo» setzt keine spürbaren Anreize zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit/Effizienz und der Transparenz der Leistungen. Dem «Status Quo» liegt kein ganzheitliches Konzept zugrunde, das sich am Finalitätsprinzip orientiert.
- Aufgrund der mit dem Status Quo verbundenen Finanzierungsprobleme und Belastung der Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» schätzen wir die politische Akzeptanz vor allem auf Seiten der Pflegebedürftigen, der Leistungserbringer und der älteren Bevölkerung als gering ein.

Welches alternative Finanzierungsmodell ist zu wählen?

Bei den alternativen Finanzierungsmodellen stehen die Modelle «Status Quo plus» und «KVG – Staat – Pflegebedürftige» im Vordergrund. Beide Modelle gehen davon aus, dass die Finanzierung der Pflege wie bis anhin durch verschiedene Quellen (Krankenversicherung, andere Sozialversicherungen, private Mittel und öffentliche Hand) erfolgt. Beide Modelle sehen vor, dass die Versicherer nicht massgeblich zusätzlich belastet werden und führen durch zusätzliche Beiträge der öffentlichen Hand zu einer Entlastung der Pflegebedürftigen. Zudem wird in beiden Modellen zwischen der Finanzierung der Akut- und der Langzeitpflege unterschieden.

Die beiden Modelle unterscheiden sich in der Art, wie die Kosten der Langzeitpflege finanziert werden. Während das Modell «Status Quo plus» von der heutigen Finanzierung der Pflegeleistungen ausgeht, indem es einen «Beitrag» der Versicherer an die Kosten der Langzeitpflege festlegt und durch den Ausbau der EL gezielt ergänzt, werden im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» die gesamten Kosten der Langzeitpflege über eine Pauschale finanziert, die gemeinsam von Versicherern, öffentlichen Hand und Pflegebedürftigen getragen wird. Durch die kollektive Abdeckung eines grösseren Anteils des Risikos «Pflegebedürftigkeit» über die Pauschale wird die Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» stärker beachtet und der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand verbindlicher geregelt. Demgegenüber werden im Modell «Status Quo plus» die Mittel der öffentlichen Hand aus bedarfsorientierter Sicht zielgerichteter eingesetzt.

Aus folgenden Gründen empfehlen wir, das Modell «Status Quo plus» umzusetzen:

- Beide Modelle zielen auf eine Entlastung der Pflegebedürftigen durch zusätzliche Beiträge der öffentlichen Hand. Da wir die primäre Aufgabe der öffentlichen Hand in der bedarfsorientierten Unterstützung der Pflegebedürftigen sehen, die ihre Kosten aus eigenen Mitteln nicht finanzieren können (vgl. Annex 2), ziehen wir den gezielten Ausbau der EL gegenüber einem Pauschalssystem vor. Während der Ausbau der EL die Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der finanziellen Situation bedarfsabhängig entlastet, führt die Pflegepauschale unter den Pflegebedürftigen im Vergleich zum EL-Ausbau zu einer geringeren Solidarität zwischen «Arm» und «Reich». Durch die Revision der EL können gleichzeitig die bisherigen Schwächen aus Sicht der Pflegebedürftigen behoben werden.
- Das Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» wird durch die Einführung des Pauschalsystems zur Finanzierung der Langzeitpflege ohne entsprechenden Verzicht auf andere Finanzierungsquellen intransparenter, führt zu einem höheren Vollzugsaufwand und ist damit aus unserer Sicht weniger praktikabel.
- Aufgrund des Widerstands der Kantone gegen das Modell «KVG – Pflegebedürftige – Staat» und der geringeren Solidarität zwischen «Arm» und «Reich» innerhalb der Pflegebedürftigen gehen wir von einer geringeren politischen Akzeptanz dieses Modells aus.

Welche Variante des Modells Status Quo plus wird zur Umsetzung empfohlen?

Wir empfehlen, die in Kapitel 4.1 beschriebene Variante umzusetzen (vgl. Tabelle 10). Änderungen zentraler Eckwerte beurteilen wir zusammenfassend wie folgt (vgl. Tabelle 17):

- Eine weitere Erhöhung des Finanzierungsanteils der Versicherer (z.B. Anpassung der Tarife der oberen Pflegestufen) beurteilen wir als politisch sehr schwierig durchzusetzen. Ein Verzicht auf die volle Übernahme der Kosten der Akutpflege (Überbrückungspflege Heime und Akutpflege Spitex) durch die Versicherer hätte Finanzierungsprobleme zur Folge und würde einen Teil der Potenziale im Zusammenwirken verschiedener Leistungserbringer (insbes. Spital- und Pflegesektor) unausgeschöpft lassen.
- Eine Bevorzugung der Spitex durch die volle Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG der Langzeitpflege hätte unerwünschte Anreize in der Wahl des Standorts der Leistungserbringung zur Folge.
- Einen zusätzlichen Ausbau der EL erachten wir aufgrund der zusätzlichen Belastung der Kantone als schwierig durchsetzbar. Eine Reduktion des EL-Ausbaus würde die Funktion der EL als bedarfsorientierter Ersatz einer Pflegeversicherung schmälern und zu einer unzureichenden Entlastung der Betroffenen führen.

Welche Aspekte sind bei der Einführung des Modells «Status Quo plus» zu beachten?

Folgende Aspekte sind bei der Einführung des Modells «Status Quo plus» zu beachten:

- Die Änderungen im KVG und im ELG müssen zwingend gemeinsam als «Paket» eingeführt werden. Eine Revision des KVG ohne entsprechenden Ausbau der EL würde zur Festschreibung des Status Quo im Bereich der Langzeitpflege führen.
- Die Detailbestimmungen sind auf Verordnungsstufe festzulegen (z.B. Definition Langzeitpflege; neue «Rahmentarife»; Konkretisierung der von den Versicherern zu übernehmenden Leistungen in der Akutpflege). Wir empfehlen, zur Erarbeitung der Grundlagen zur Festlegung der Detailbestimmungen eine Arbeitsgruppe einzusetzen.
- Die Kantone und Gemeinden sind im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) zu verpflichten, weiterhin objektbezogene Beiträge an die Spitex zu leisten (Finanzierung der Hauswirtschaftsleistungen).
- Die Neugestaltung der Finanzausgleichs und der Aufgaben (NFA) sind unter Berücksichtigung der Gesetzesänderungen im KVG und im ELG zu aktualisieren.

5 Verworfenne Finanzierungsmodelle

Im Folgenden werden die verworfenen Finanzierungsmodelle «KVG – Staat» und Pflegeversicherung dargestellt und beurteilt. Ergänzend wird die Empfehlung begründet, diese Modelle nicht weiter zu verfolgen.

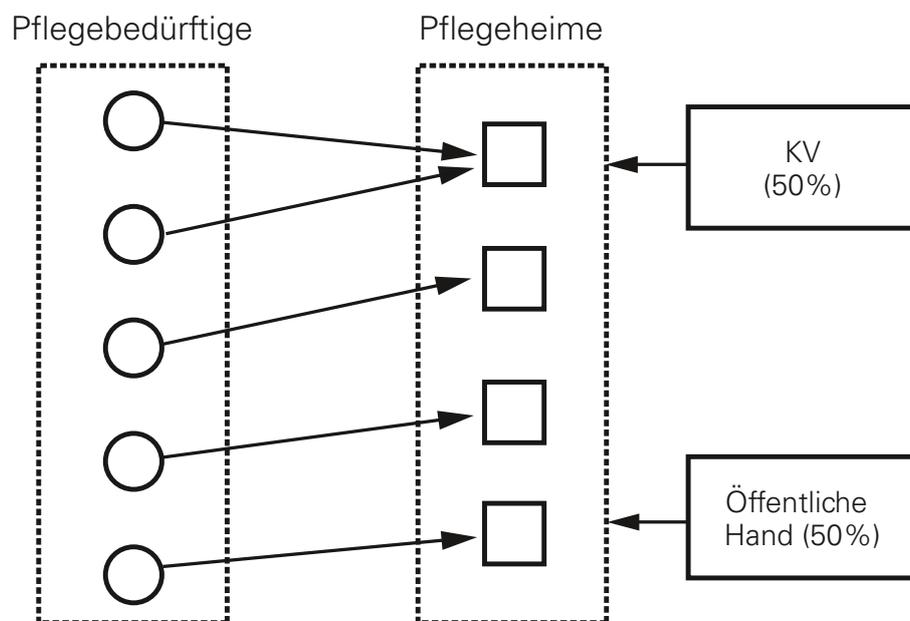
5.1 KVG-Staat

Ausgestaltung

Ausgehend von den Diskussionen der Neuregelung der Spitalfinanzierung schlägt Oggier (2002) u.a. ein «kombiniertes Modell KVG – Staat» vor, in dem die stationären Leistungen bei Pflegebedürftigkeit – gleich welcher Ursache – durch Pauschalen finanziert werden, die je zur Hälfte von Krankenversicherern und der öffentlichen Hand übernommen werden (vgl. Figur 3). Ambulante Leistungen aus Pflegebedürftigkeit sollen vollständig von den Krankenversicherern übernommen werden.

Finanzierungsmodell «KVG – Staat» (Stationäre Langzeitpflege)

Figur 3



Quelle: eigene Darstellung.

Gegenüber der «Umsetzung KVG» sind folgende Änderungen relevant:

- Die Krankenversicherer übernehmen bei den Heimen neu 50 Prozent der gesamten Pflegekosten (inkl. Investitionsanteil, Pflege- und allgemeine Betreuungsleistungen; excl. Hotellerie).
- Die öffentliche Hand übernimmt ebenfalls 50 Prozent der gesamten Pflegekosten in der stationären Langzeitpflege. Die Hilflosenentschädigung AHV/IV in Heimen entfällt.
- Aus diesem Modell folgt, dass die «Pflegepauschalen» neu für die gesamten Pflegeleistungen und gemeinsam zwischen den Krankenversicherern und der öffentlichen Hand sowie den Heimen (resp. deren kantonalen Verbänden) ausgehandelt werden.

Finanzielle Auswirkungen

Tabelle 21 stellt die finanziellen Auswirkungen des Modells «KVG – Staat» im Vergleich zum Status Quo und ergänzend zur «Umsetzung KVG» dar. Folgende Aspekte sind zu berücksichtigen:

- Definitionsgemäss werden nur die Kosten der Pflegeheime (Alters- und Pflegeheime, Krankenhäuser) und der Pflege zu Hause (Spitex) berücksichtigt.
- Die ausgewiesenen Kosten umfassen den gesamten Leistungsumfang der Pflegeheime und der Spitex (inkl. Hotellerie resp. hauswirtschaftliche Leistungen).

Tabelle 19

«KVG – Staat»: Finanzielle Auswirkungen (Jahr 2000)							
Finanzierer	Finanzierung (in Mio. CHF)						
	Heime	Änderung ggü. Status Quo	Spitex	Änderung ggü. Status Quo	Heime + Spitex	Änderung ggü. Status Quo	Änderungen ggü. Umsetzung KVG
Krankenversicherung	1'080 ^{a)}	+45	310 ^{c)}	+95	1'390	+140	-990
Hilflosenentschädigung (AHV/IV)	0	-300	100	+15	100	-285	-300
EL zu AHV/IV	800 ^{b)}	-190	30	-10	830	-200	+40
Pflegebedürftige («Out of Pocket»)	1'940 ^{b)}	-490	40	-5	1'980	-495	+90
Sozialhilfe	115 ^{b)}	-15	0	–	115	-15	+10
Private Objektfinanzierung	65	–	45	–	110	–	–
AHV	0	–	160	–	160	–	–
Objektsubventionen Kantone und Gemeinden	0	-250	205	-95	205	-345	-50
Subventionen öffentliche Hand an Pauschale (v.a. Kantone)	1'200 ^{a)}	+1'200	0	–	1'200	+1'200	+1'200
Total	5'200		890		6'090		

Erläuterungen zu den Quellen und Schätzungen der finanziellen Auswirkungen:

- a) Wie im Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» gehen wir von einer Aufteilung der Gesamtkosten von 5.2 Mia. CHF auf 2.4 Mia. CHF Pflege- und Betreuungskosten und 2.8 Mio. CHF Hotelkosten aus (Begründung s. Erläuterungen zu Tabelle 18). Definitionsgemäss werden die Pflege- und Betreuungskosten je zu 50% von den Versicherern und der öffentlichen Hand getragen. Die Pflegebedürftigen tragen einzig Selbstbehalt und Franchise.
- b) Wir gehen davon aus, dass sich die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Restkosten von rund 2.9 Mia. CHF im selben Verhältnis auf die Pflegebedürftigen (68%), die EL (28%) und die Sozialhilfe (4%) aufteilen wie im Status Quo.
- c) Die Spitex wird gleich finanziert wie in der «Umsetzung KVG» (s. Tabelle 6).

Im Vergleich zum «Status Quo» und zur «Umsetzung KVG» ergeben sich folgende finanzielle Auswirkungen:

- (1) Durch die hälftige Aufteilung der Pflege- und Betreuungskosten zwischen den Versicherern und der öffentlichen Hand sowie der Übernahme der vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG in der Spitex erhöht sich der von den Versicherern zu übernehmenden Kostenanteil gegenüber dem Status Quo um rund 140 Mio. CHF. Gegenüber der «Umsetzung KVG» reduziert sich der Finanzierungsanteil der Versicherer um 990 Mio. CHF.
- (2) Die Pflegebedürftigen werden praktisch in gleichem Ausmass entlastet wie in der «Umsetzung KVG». Gegenüber dem «Status Quo» reduziert sich der Finanzierungsanteil der Pflegebedürftigen um 495 Mio. CHF.
- (3) Der Anteil der öffentlichen Hand (exkl. Prämienverbilligung) erhöht sich gegenüber dem Status Quo» (+585 Mio. CHF) und der «Umsetzung KVG» (+1.14 Mia. CHF) und beträgt 2.4 Mia. CHF⁴⁴. Von Bedeutung ist insbesondere die Zunahme des Finanzierungsanteils der Kantone auf 2.15 Mia. CHF (+990 Mio. ggü. «Status Quo»; +1210 ggü. «Umsetzung KVG»).

Beurteilung

Im Folgenden wird das Modell «KVG – Staat» gegenüber dem «Status Quo» beurteilt:

⁴⁴ Annahmen: Der Beitrag der öffentlichen Hand an die Pflegepauschale im Heimbereich wird vollständig von den Kantonen getragen. Die Subventionen der Spitex teilen sich zu 55% auf die Kantone und zu 45% auf die Gemeinden auf (Verhältnis der Objektsubventionen im Status Quo).

Tabelle 20

«KVG – Staat»: Beurteilung gegenüber dem «Status Quo»		
Kriterien	Beurteilung	Begründung
Finanzierbarkeit	Starke Verschlechterung	Einerseits verbessert sich die Finanzierungsmöglichkeit der privaten Haushalte durch die Entlastung der Versicherten. Andererseits führt die deutliche Zusatzbelastung der öffentlichen Hand im Vergleich zum «Status Quo» zu einer deutlichen Verschlechterung der Finanzierbarkeit, insbesondere aus Sicht der Kantone.
Wirtschaftlichkeit/ Effizienz	Heime: Leichte Verbesserung	Die einheitliche Anwendung des Pauschalmodells für die gesamten Pflegekosten und der vollständige Verzicht auf Objektsubventionen könnten zu einem verstärkten Wettbewerb unter den Heimen führen. Dadurch liessen sich Effizienzgewinne realisieren.
	Gesamtes Gesundheitswesen: evtl. leichte Verschlechterung	Aufgrund des Anreizes, die «unentgeltlichen» Pflegeleistungen (Leistungen von Personen, die ihre Verwandten und Bekannten pflegen) zu reduzieren, gehen wir davon aus, dass die Kosten des gesamten Gesundheitswesens leicht zunehmen könnte (vgl. «Umsetzung KVG», Tabelle 8).
	Wachstumseffekte: leichte Verschlechterung	Die Entlastung der Pflegebedürftigen zu Lasten der öffentlichen Hand führt tendenziell zu einer leichten Verschlechterung der gesamtwirtschaftlichen Wachstumseffekte (Begründung s. Kapitel 2).
Qualität der Leistungen	Leichte Verbesserung	Die volle Übernahme der Pflegekosten durch Versicherer und öffentliche Hand könnte eine verbesserten Qualitätssicherung und verstärkte Leistungskontrollen (Zweckmässigkeit, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit) zur Folge haben. Dies könnte zusammen mit dem vermutlich verstärkten Wettbewerb zu einer Steigerung der Qualität der Leistungen führen.
Solidarität	«Gesunde»/«Kranke»: leichte Verschlechterung	Durch die vollständige Finanzierung der Pflege- und Betreuungsleistungen durch kollektive Mittel (Sozialversicherung und öffentliche Mittel) und die trotzdem notwendigen bedarfsabhängigen Zahlungen (EL, Sozialhilfe) wird die Solidarität zu Lasten der «Gesunden» strapaziert.
	«Jung»/«Alt»: Starke Verschlechterung	Die deutliche Entlastung der Pflegebedürftigen (inkl. des potenziellen Erbes) und die damit zusammenhängende starke Belastung der öffentlichen Hand gefährdet die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» resp. zwischen «Erwerbstätigen» und «Nichterwerbstätigen».
	«Ärmere»/«Reichere»: leicht progressiv	Im Vergleich zum Status Quo wirkt das Modell «KVG – Staat» durch die Erhöhung des Finanzierungsanteils der öffentlichen Hand tendenziell progressiv. Bei den Pflegebedürftigen werden die «Reicheren» durch die Reduktion ihres Finanzierungsanteils und die Subventionen der öffentlichen Hand an die Pflegepauschale im Vergleich zu den «Ärmeren» stärker entlastet.
Transparenz	Leichte Verbesserung	Die einheitliche Finanzierung der Pflegekosten durch das ganzheitliche Pauschalmodell und die Orientierung am Finalitätsprinzip verbessern die Transparenz. Zudem tragen der Verzicht auf die Hilflosenentschädigung und die Objektfinanzierung sowie die weit geringere Rolle der EL und der Sozialhilfe teilweise zur Harmonisierung des gesamten Finanzierungssystems bei.
Finalität; Kollektive Übernahme des Risikos «Pflegebedürftigkeit»	Starke Verbesserung	Das Modell «KVG – Staat» orientiert sich neu am Finalitätsprinzip, indem Pflegeleistungen bei «Pflegebedürftigkeit» finanziert werden, unabhängig von der Ursache. Gegenüber dem «Status Quo» wird ein wesentlich grösserer Anteil des Risikos «Pflegebedürftigkeit» kollektiv abgedeckt.
Realisierbarkeit	Grosser politischer Widerstand	Wir gehen von einem grossen politischen Widerstand gegen die deutliche Entlastung der Pflegebedürftigen und die damit zusammenhängende spürbare Prämienerhöhung bei der OKP und die massive Kostenbelastung für die öffentliche Hand aus. Wir nehmen an, dass sich die Einführung des Modells «KVG – Staat», mit der faktisch eine Pflegeversicherung eingeführt wird, praktisch nicht realisieren lässt.
	Administrative Vorteile	Auf der Vollzugsebene ergäben sich durch die Vereinfachung des Finanzierungsmodells leichte administrative Vorteile.

Zusammenfassend weist das Modell «KVG – Staat» folgende Stärken und Schwächen auf:

Tabelle 21

Modell «KVG – Staat»: Stärken und Schwächen	
Beschreibung	
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> • Ganzheitlicher Finanzierungsansatz, der zu einer einfacheren, transparenteren Finanzierung führt, die sich am Finalitätsprinzip orientiert. Die Abgrenzung zwischen den Kosten der Pflegeleistungen nach KVG und den übrigen Pflegeleistungen fällt weg. • Die Anwendung des ganzheitlichen Pauschalmodells beinhaltet Anreize zur Verbesserung des Wettbewerbs zwischen den Heimen und zu verstärkten Qualitäts- und Kostenkontrollen. Damit kann eine Verbesserung der Effizienz und der Qualität der Leistungserbringung erwartet werden.
Schwächen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Finanzierbarkeit wird aus Sicht der Kantone durch die massive Zusatzbelastung verschlechtert. • Die Entlastung der Pflegebedürftigen und die massive Zusatzbelastung der öffentlichen Hand gefährdet die Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» sowie vor allem zwischen «Jung» und «Alt». • Verschlechterung der Allokations- und Wachstumseffekte. • Aufgrund der mit dem Modell «KVG – Staat» zusammenhängenden Verteilungswirkungen (zusätzliche Belastung der Versicherer und der Kantone; stärkere Belastung der Jungen; deutliche Entlastung der Pflegebedürftigen, insbes. auch der «reicheren») schätzen wir die Akzeptanz des Modells als gering ein. Das Modell ist damit politisch kaum realisierbar.

Begründung der Verwerfung des Modells

Das Modell «KVG – Staat» weist zwar lenkungsseitig leichte Vorteile auf (Transparenz, Effizienz, Qualität), wird jedoch aufgrund seiner verteilungspolitischen Auswirkungen (deutliche Entlastung der Pflegebedürftigen; Belastung der öffentlichen Hand und der Versicherer) und der damit zusammenhängenden Auswirkungen als gering eingeschätzten politischen Akzeptanz verworfen. Die Kantone dürften die mit dem Modell verbundene massive Erhöhung ihres Finanzierungsanteils kaum akzeptieren. Ein weiterer Nachteil des Modells ist, dass die Beiträge der öffentlichen Hand an die Pauschalen nach dem «Giesskannenprinzip» und nicht bedarfsorientiert ausgerichtet werden. Dadurch werden die «reicheren» Pflegebedürftigen im Vergleich zu den «ärmeren» tendenziell deutlich stärker entlastet.

5.2 Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung umfasst eine separate Versicherung, die die Versicherten gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit absichert resp. die gesamten Pflegekosten, unabhängig von ihrer Ursache, übernimmt (vgl. Kapitel 5.2.2.). Ergänzend ist eine von der Krankenpflegeversicherung separierte eingeschränkte Pflegeversicherung denkbar, die sich ausschliesslich auf die medizinisch indizierten Pflegekosten gemäss KVG bezieht (vgl. Kapitel 5.2.1.).

Die Einführung einer Pflegeversicherung wurde in der Schweiz bereits mehrmals diskutiert und verworfen (vgl. u.a. Antwort des Bundesrates zur Initiative Tschopp, Annex 3). Gegen die Einführung einer Pflegeversicherung sprechen sich nicht nur Parlament und Bundesrat, sondern auch die Akteure des Gesundheitswesens (Leistungserbringer, Krankenversicherer, Kantone) explizit aus.

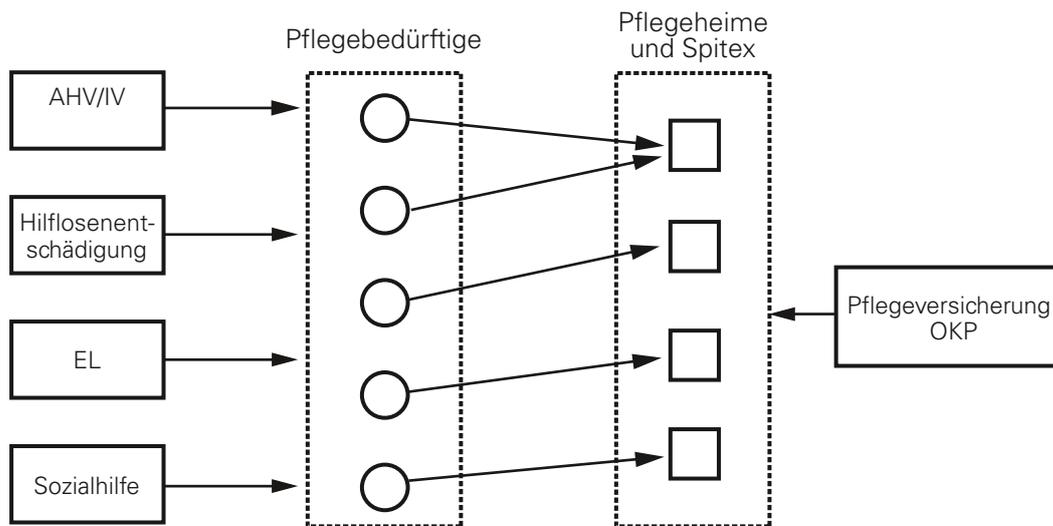
5.2.1. Pflegeversicherung OKP

Ausgestaltung

Anstelle der Finanzierung über die Krankenpflegeversicherung könnten die medizinisch indizierten Pflegeleistungen gemäss KVG über eine eigenständige Pflegeversicherung finanziert werden, wie dies von der KOF (2002) vorgeschlagen wird («Pflegeversicherung OKP»). Die übrigen Pflegeleistungen (Betreuung etc.) sind weiterhin von den Pflegebedürftigen, weiteren Sozialversicherungen sowie der öffentlichen Hand zu tragen (vgl. Figur 4).

Modell «Pflegeversicherung OKP»

Figur 4



Quelle: eigene Darstellung.

Die «Pflegeversicherung OKP» kann über eine einheitliche Kopfprämie (Intergenerationensolidarität), risikodifferenzierte Kopfprämien (Intragegenerationensolidarität), Lohnprozente oder allgemeine Steuermittel finanziert werden. Da die Finanzierung über eine einheitliche Kopfprämie im Wesentlichen dem Modell «Umsetzung KVG» entspricht und die Finanzierung über Lohnprozente sowie allgemeine Steuermittel politisch nicht im Vordergrund stehen, wird im Folgenden die von der KOF (2002) vorgeschlagene Finanzierung über risikogerechte Kopfprämien beurteilt (zwei Alterskategorien; Altersgrenze bei 50 Jahren). Die übrigen Finanzierungsalternativen werden anschliessend kurz diskutiert.

Beurteilung

Im Folgenden wird das Modell «Pflegeversicherung OKP» gegenüber dem «Status Quo» beurteilt:

Tabelle 22

«Pflegeversicherung OKP»: Beurteilung gegenüber dem «Status Quo»		
Kriterien	Beurteilung	Begründung
Finanzierbarkeit	< 50 Jahre: leichte Verbesserung > 50 Jahre: starke Verschlechterung	Durch die risikogerechte Prämie werden die unter 50-Jährigen entlastet, die über 50-Jährigen belastet. Entsprechenden verbessert sich die Finanzierbarkeit für die unter 50-Jährigen, während sich die Finanzierbarkeit der über 50-Jährigen stark verschlechtert.
Wirtschaftlichkeit/ Effizienz	Heime/Spitex: Leichte Verbesserung	S. «Umsetzung KVG», Tabelle 8.
	Gesamtes Gesundheitswesen: evtl. leichte Verschlechterung	S. «Umsetzung KVG», Tabelle 8.
	Wachstumseffekte: Leichte Verschlechterung	S. «Umsetzung KVG», Tabelle 8.
Qualität der Leistungen	Leichte Verbesserung	S. «Umsetzung KVG», Tabelle 8.
Solidarität	«Gesund»/«Krank»: starke Verbesserung	S. «Umsetzung KVG», Tabelle 8.
	«Jung»/«Alt»: Starke Verschlechterung	Durch die risikoabhängige Prämie wird die Pflegeversicherung praktisch vollständig von den über 50-Jährigen finanziert (vgl. Berechnungen KOF 2002). Damit wird eine separate Lösung für die ältere Bevölkerung geschaffen, die die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» zu Ungunsten der ältern sehr stark belastet.
	«Ärmere»/«Reichere»	Bei den über 50-Jährigen wirkt sich die risikoabhängige Prämie leicht progressiv, bei den unter 50-Jährigen leicht regressiv aus.
Transparenz	Leistungserbringung: Leichte Verbesserung	Wie bei der «Umsetzung KVG» ist davon auszugehen, dass die Heime und Spitex ihre Kosten transparent ausweisen werden.
	Finanzierungsmodell: leichte Verschlechterung	Die Einführung einer zusätzlichen Versicherung würde das ohnehin stark diversifizierte System der sozialen Sicherheit weiter verzetteln.
Finalität; Übernahme des Risikos «Pflegebedürftigkeit»	Leichte Verbesserung	S. «Umsetzung KVG», Tabelle 8.
Realisierbarkeit	Grosser politischer Widerstand	Die einseitige Belastung der älteren Bevölkerung wird politisch kaum akzeptiert.
	Administrative Belastung	Administrativ könnte durch die Schaffung einer neuen Sozialversicherung eine zusätzliche Belastung entstehen, der keine entsprechende administrative Entlastung gegenübersteht.

Zusammenfassend weist das Modell «Pflegeversicherung OKP» folgende Stärken und Schwächen auf:

Tabelle 23

Modell «Pflegeversicherung okp»: Stärken und Schwächen	
Beschreibung	
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Entlastung der unter 50-jährigen Bevölkerung und damit bessere Finanzierbarkeit und Akzeptanz seitens dieser Bevölkerungsgruppe. • Da sich die Pflegeversicherung ausschliesslich auf die Pflegeleistungen OKP bezieht, weist sie keine Vorteile betreffend Lenkungseffekte und Transparenz auf.
Schwächen	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Belastung der über 50-jährigen Bevölkerung mit entsprechend grösserer Belastung der Finanzierbarkeit dieser Bevölkerungsgruppe. • Starke Belastung der Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» zu Ungunsten der älteren Bevölkerung (über 50 Jahre). • Verschlechterung der Transparenz des Systems der sozialen Sicherheit durch die Einführung einer weiteren Sozialversicherung. • Verschlechterung der Allokations- und Wachstumseffekte. • Administrative Zusatzbelastung durch Schaffung einer separaten Versicherung für die Pflegeleistungen. • Geringe politische Akzeptanz der einseitigen Belastung der älteren Bevölkerung und damit geringe politische Realisierbarkeit.

Begründung der Verwerfung des Modells

Eine Pflegeversicherung, die sich ausschliesslich auf die Pflegeleistungen OKP bezieht und durch risikodifferenzierte Kopfprämien finanziert ist, wird aufgrund der einseitigen Belastung der älteren Bevölkerung und der damit einhergehenden geringen politischen Akzeptanz abgelehnt. Insbesondere stehen den schwer wiegenden Nachteilen dieses Finanzierungsmodells mit Ausnahme der Entlastung der unter 50-jährigen Bevölkerung keine positiven Aspekte gegenüber.

Finanzierungsalternativen

Andere Finanzierungsvarianten der Pflegeversicherung vermögen aus unserer Sicht die mit diesem Modell verbundenen Nachteile nicht zu beheben:

- Die Wahl einer anderen Altersgrenze oder zusätzlicher Abstufungen lösen das Solidaritätsproblem zwischen den verschiedenen Alterskategorien nicht.
- Die Finanzierung der Pflegeversicherung über eine einheitliche Kopfprämie (Intergenerationensolidarität) würde faktisch der «Umsetzung KVG» mit der entsprechenden Solidaritätsproblematik (starke Belastung der jüngeren Bevölkerung, siehe Kapitel 3.2.) entsprechen.
- Eine Finanzierung der Pflegeversicherung über Lohnbeiträge wird aufgrund der damit verbundenen Umverteilung ebenso abgelehnt wie die Finanzierung über allgemeine Steuermittel.

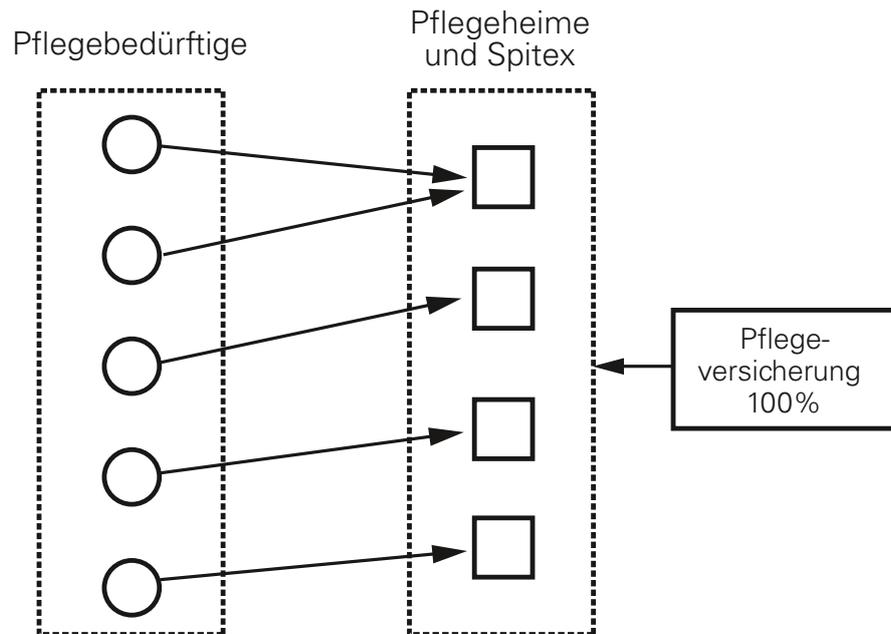
5.2.2 Pflegeversicherung gesamte Pflegeleistungen

Ausgestaltung

Die separate Pflegeversicherung kann auch auf die gesamten Pflegeleistungen⁴⁵ bezogen werden («Pflegeversicherung gesamte Pflegeleistungen»). Diese Pflegeversicherung deckt sämtliche aus Pflegebedürftigkeit entstehenden Ansprüche, unabhängig von der Ursache (Finalitätsprinzip) (vgl. Figur 5).

Modell «Pflegeversicherung gesamte Pflegeleistungen»

Figur 5



Quelle: eigene Darstellung.

Die «Pflegeversicherung gesamte Pflegeleistungen kann analog zur Pflegeversicherung OKP» (vgl. Kapitel 5.1.2) über eine einheitliche Kopfprämie (Intergenerationensolidarität), eine nach Alter differenzierte Kopfprämie (Intragenerationensolidarität), über Lohnprozente oder allgemeine Steuermittel finanziert werden. In Anlehnung an den Vorschlag von Oggier (2002) beurteilen wir im Folgenden die Finanzierung über einheitliche Kopfprämien, die durch ein Prämienverbilligungssystem ergänzt werden. Vollzugsmäßig schlägt Oggier (2002) vor, dass die bisher im System enthaltenen öffentlichen Gelder durch eine öffentliche Anstalt verwaltet werden, die mit den Versicherern Verträge abschliesst.

Die alternativen Finanzierungsmodelle werden im Anschluss daran kurz diskutiert.

Beurteilung

Im Folgenden wird das Modell «Pflegeversicherung gesamte Pflegeleistungen» gegenüber dem «Status Quo» beurteilt:

⁴⁵ Exkl. Hotellerie in den Heimen und Haushalthilfe, Mahlzeitendienst etc. bei der Pflege zu Hause.

Tabelle 24

Modell «Pflegeversicherung gesamte Pflegeleistungen»: Beurteilung gegenüber der «Umsetzung KVG»		
Kriterien	Beurteilung	Begründung
Finanzierbarkeit	Starke Verschlechterung	Da sich die Pflegeversicherung auf die gesamten Pflegekosten bezieht, hätten die Versicherten einen wesentlich grösseren Finanzierungsanteil als im Modell Status Quo zu tragen (Heime: +1.17 Mia. CHF) ⁴⁶ . Der von den Versicherern zu tragende Anteil würde denjenigen bei der «Umsetzung KVG» entstehenden Anteil deutlich übertreffen.
Wirtschaftlichkeit/ Effizienz	Leichte Verbesserung	Aufgrund der einheitlichen Finanzierung und der verbesserten Kostentransparenz gehen wir davon aus, dass der Verhandlungs- und Wettbewerbsdruck auf die Heime und Spitex erhöht und die Kosten- und Qualitätskontrollen verstärkt werden. Dadurch verbessert sich die Effizienz des gesamten Pflegesystems.
Qualität der Leistungen	Leichte Verbesserung	Wir nehmen an, dass sich die Qualität der Leistungen durch den Wettbewerbsdruck auf Leistungserbringerseite und die verbesserte Qualitätssicherung erhöht.
Solidarität	«Gesunde»/ «Kranke»:	Die Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» wird zu Lasten der «Gesunden» belastet, indem die Pflegebedürftigen mit Ausnahme einer allfälligen Kostenbeteiligung von der Kostenübernahme befreit werden.
	«Junge»/«Alte»:	Gegenüber dem «Status Quo» verschlechtert sich durch die massive Entlastung der Pflegebedürftigen die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» bzw. «Erwerbstätigen» und «Nichterwerbstätigen».
	«Ärmere»/ «Reichere»:	Die ganzheitliche Pflegeversicherung führt im Vergleich zum «Status Quo» zu einer Umlagerung von der Finanzierung über öffentliche Mittel hin zu einer höheren Finanzierung über Prämien.
Transparenz	Leistungen: Leichte Verbesserung	Da sich die Pflegeversicherung auf die gesamten Pflegekosten bezieht, gehen wir von einer Verbesserung der Kostentransparenz der gesamten Pflegeleistungen aus.
	Finanzierungssystem: leichte Verbesserung	Der Verzicht auf die Hilflosenentschädigung und die Objektfinanzierung sowie die weit geringere Rolle der EL und der Sozialhilfe tragen zur erhöhten Transparenz und grösserer Harmonisierung des gesamten Finanzierungssystems bei.
Finalität	Starke Verbesserung	Das Pflegeversicherungsmodell orientiert sich neu am Finalitätsprinzip, indem Pflegeleistungen bei «Pflegebedürftigkeit» finanziert werden, unabhängig von der Ursache.
Realisierbarkeit	Grosser politischer Widerstand	Der politische Widerstand, den wir bereits bei der «Umsetzung KVG» als hoch erachten, akzentuiert sich durch die stärkere Prämienbelastung der Versicherten nochmals. Damit wird die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» und damit die politische Akzeptanz zusätzlich belastet.
	Administrativer Mehraufwand	Zudem ist davon auszugehen, dass die Pflegeversicherung zu administrativem Mehraufwand führt, dem keine Einsparungen in ähnlichem Ausmass gegenüber stehen. So kann durch die Einführung der Pflegeversicherung einzig auf die Hilflosenentschädigung und die Objektsubventionen verzichtet werden. Zudem hätte die Pflegeversicherung schwierige Abgrenzungsprobleme zur Folge

⁴⁶ Wir gehen von Pflege- und Betreuungskosten von rund 2.4 Mio. CHF aus (s. Erläuterungen zu Tabelle 18). Davon sind Selbstbehalt und Franchise abzuziehen.

Zusammenfassend weist das Modell «Pflegeversicherung gesamte Pflegeleistungen» folgende Stärken und Schwächen auf:

Tabelle 25

Modell «Pflegeversicherung gesamte Pflegeleistungen»: Stärken und Schwächen	
Beschreibung	
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> • Die ganzheitliche Betrachtung der Pflegeleistungen verbessert die Transparenz. • Aufgrund der verbesserten Kostentransparenz, des erhöhten Drucks in den Tarifverhandlungen sowie der verbesserten Qualitäts- und Kostenkontrollen verbessern sich die Effizienz der Leistungserbringung sowie deren Qualität. • Die ganzheitliche Pflegeversicherung orientiert sich am Finalitätsprinzip.
Schwächen	<ul style="list-style-type: none"> • Durch die enorme Zusatzbelastung der Versicherten verschlechtern sich die Finanzierbarkeit sowie insbesondere die Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» bzw. «Erwerbstätigen und «Nichterwerbstätigen» • Aufgrund der massiven Zusatzbelastung der erwerbsmässig aktiven Bevölkerung ist von einem im Vergleich zur «Umsetzung KVG» noch verstärkten politischen Widerstand mit entsprechend geringer politischer Akzeptanz auszugehen.

Begründung der Verwerfung des Modells

Das Modell «Pflegefinanzierung gesamte Pflegeleistungen» weist gegenüber der «Umsetzung KVG» Vorteile in der Lenkungswirkung (insbes. Transparenz, Effizienz, Qualität der Leistungen) auf. Es wird in dieser Form jedoch verworfen, weil die massive Zusatzbelastung der Versicherten zu einer starken Belastung der erwerbstätigen Bevölkerung und der Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» führt und damit auf geringe politische Akzeptanz stösst.

Finanzierungsalternativen

Zwei alternative Finanzierungsvarianten lehnen wir aus bereits erwähnten Gründen ebenfalls ab (vgl. Kapitel 5.2.1):

- Eine risikodifferenzierte Kopfprämie belastet die ältere Bevölkerung stark und wird aus Solidaritätsgründen verworfen.
- Eine Finanzierung über Lohnprozente oder allgemeine Steuermittel wird aus verteilungspolitischen Gründen ebenfalls abgelehnt.

Langfristig stellt die (ganzheitliche) Pflegeversicherung u.E. eine Option dar, wenn eine Finanzierungslösung gefunden wird, die neben der Prämienfinanzierung und der Finanzierung durch die öffentliche Hand auch die Pflegebedürftigen selber zur Finanzierung bezieht. Ein Ansatz in diese Richtung stellt die Ausrüstung der Pflegeversicherung mit einer geeigneten Regelung von Franchise und Selbstbehalt dar. Mit diesem Ansatz könnten die Stärken der Pflegeversicherung (Lenkungswirkung) realisiert werden, ohne zu abrupt vom gefundenen trilateralen Finanzierungsgleichgewicht abzuweichen.

Diese Option ist jedoch gemäss unserer Einschätzung aus Akzeptanz- und Praktikabilitätsgründen nicht relevant für die 3. KVG-Revision. Sie sollte u.E. jedoch für spätere Weiterentwicklungen der Pflegefinanzierung im Auge behalten werden.

6 Rahmenbedingungen

Im Folgenden werden die Berührungspunkte und Wechselwirkungen des Finanzierungsmodells «Status Quo plus» zu den übrigen Teilprojekten der 3. Teilrevision KVG aufgezeigt sowie für die Umsetzung notwendige flankierende Massnahmen dargestellt.

6.1 Wechselwirkungen zu den Übrigen Teilprojekten

Tabelle 26

Wechselwirkungen		
Teilprojekte	Berührungspunkte	Wechselwirkungen
Aufhebung Kontrahierungszwang	Falls Kontrahierungszwang für alle Leistungserbringer aufgehoben wird, stärkere Verhandlungsposition der Versicherer.	<ul style="list-style-type: none"> • Im stationären Bereich aufgrund des knappen Angebots kaum Auswirkungen zu erwarten • Spitex: Allenfalls Aufhebung der Gebietszuständigkeit
Monistische Spitalfinanzierung	Bessere Steuerung des Patientenstroms durch Versicherer (Schnittstellen Spital – Pflege zu Hause – Pflegeheim)	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Berücksichtigung der Pflege zu Hause; tiefere Gesamtkosten
Managed Care: Stärkung	Besseres Management der Schnittstelle Spital – Pflege zu Hause – Pflegeheim	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Berücksichtigung der Pflege zu Hause; tiefere Gesamtkosten
Kostenbeteiligung: höherer Selbstbehalt	Höhere Kostenbeteiligung der Pflegebedürftigen je nach Ausgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Belastung der Pflegebedürftigen und der bedarfsabhängigen Leistungen der öffentlichen Hand. • Da die Wirkung bei den Chronischkranken beschränkt ist, müsste als Ausgleich der Beitrag der Versicherer erhöht werden.
Risikoausgleich: Verbesserung	Vermeidung von Risiko-selektion.	

6.2. Flankierende Massnahmen

Bei der Umsetzung des Modells «Status Quo plus» sind folgende flankierende Massnahmen zu beachten:

1. Die Kantone und Gemeinden sind im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) zu verpflichten, weiterhin objektbezogene Beiträge an die Spitex zu leisten (Finanzierung der Hauswirtschaftsleistungen).
2. Die Neugestaltung der Finanzausgleichs (NFA) ist unter Berücksichtigung der Gesetzesänderungen im KVG und im ELG zu aktualisieren.

Anhang

Annex 1: Mitglieder der Arbeitsgruppe «Finanzierung der Pflege»

Tabelle 27

Mitglieder der Arbeitsgruppe «Finanzierung der Pflege»	
Organisation	Vertreterinnen und Vertreter
Schweizerischer Seniorenrat SSR	<ul style="list-style-type: none"> • Herr K. Aeschbach • Herr P. Rothacher
Forum stationäre Altersarbeit Schweiz	<ul style="list-style-type: none"> • Herr J. Rohner, Geschäftsführer • Frau L. Valkanover, CURAVIVA⁴⁷
H+ Die Spitäler der Schweiz	<ul style="list-style-type: none"> • Herr H. Schönenberg, Projektleiter Qualitätsmanagement und Langzeitpflege
Spitex Verband Schweiz	<ul style="list-style-type: none"> • Frau Dr. S. Mörikofer-Zwez, Präsidentin • Frau M. Dubois
Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Herr P. Théraulaz, Präsident • Frau E. Wandeler, Leiterin Abteilung Berufspolitik
Santésuisse	<ul style="list-style-type: none"> • Frau V. Bucher, Santésuisse • Herr G. Klaus, CSS
Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz SDK	<ul style="list-style-type: none"> • Herr U. Roth, Sanitätsdepartement des Kantons Basel-Stadt • Herr J.-P. Mottu, Service de la Santé Publique VD
Bundesamt für Sozialversicherungen	<ul style="list-style-type: none"> • Frau S. Schneider, Bereich Krankenversicherung • Herr F. Huber, Leiter Fachstelle Altersfragen • Frau D. Foffa, Bereich IV

Annex 2: Aufgaben des Systems der sozialen Sicherheit

Im Folgenden werden die Aufgaben der verschiedenen Instrumente des Systems der sozialen Sicherheit im Pflegesektor beschrieben. Neben der Erstellung einer Auslegeordnung als Grundlage für Finanzierungsfragen im Pflegesektor wird der Frage nachgegangen, ob eine Abgrenzung zwischen den Versicherungsleistungen, die durch Beiträge der Versicherten finanziert werden, den Leistungen des Staates, die durch Steuern finanziert werden und aus privaten Mitteln zu deckenden Leistungen, für die im Bedarfsfall die EL oder die Sozialhilfe aufkommen, vorgenommen werden soll.

1. Aufgaben System der Sozialen Sicherheit in der Pflege

Die soziale Sicherheit bezweckt erstens die Kompensation bei eingetretenen Schadensfällen (Erwerbsausfall, Kostenerstattung bei Krankheit, Unfall etc.), zweitens die Unterstützung und Beratung bei der Bewältigung von Lebenslagen, die das Individuum überfordern, und drittens die Umverteilung und den sozialen Ausgleich. Das System der sozialen Sicherheit kann in drei Bereiche unterschieden werden:

- 1) die direkten Leistungen der Sozialversicherungen: AHV, IV, KV, UV, MV etc. (inkl. Hilflosenentschädigung der AHV/IV/UV).

⁴⁷ CURAVIVA besteht seit 1.1.2003 und ist aus der «Fusion» des Heimverbands Schweiz (HVS) mit dem Verband christlicher Institutionen (vci) hervorgegangen.

- 2) die risiko- oder zweckgebundenen Bedarfsleistungen der Sozialversicherungen: Ergänzungsleistungen (EL) zu AHV/IV, Prämienverbilligung KV.
- 3) die Sozialhilfe: Leistungen auf Basis der kantonalen Sozialhilfegesetze.

Während die «direkten» Sozialversicherungen auf dem Kausalitätsprinzip (d.h. der Ursache der materiellen Not) basieren, orientieren sich die bedarfsorientierten Leistungen der Sozialversicherungen und die Sozialhilfe am Finalitätsprinzip, d.h. an der Bedürftigkeit, ohne dass die Ursache eine Rolle spielt. Ein weiteres wichtiges Prinzip des gesamten Systems der sozialen Sicherheit ist das Solidaritätsprinzip. So steht in verschiedenen Sozialversicherungen die Solidarität zwischen verschiedenen Lebenssituationen im Vordergrund (krank/gesund; jung/alt; etc.). In einigen Bereichen spielt auch die Solidarität zwischen unterschiedlichen einkommens- oder vermögensstarken Gruppen eine wichtige Rolle (z.B. ALV, EO).

Sozialversicherungen

Die Sozialversicherungen decken ursächlich begründete Risiken wie Krankheit, Unfall, Invalidität, Alter ab und werden über Prämien finanziert. Während die Prämien der Krankenversicherung über Kopfprämien primär durch die Versicherten getragen werden, sind die übrigen Sozialversicherungen stark mit der Erwerbsarbeit verknüpft (Finanzierung via Lohnprozente). Eine Versicherung, die das Risiko «Pflegebedürftigkeit» (Pflegerisiko) deckt (Pflegeversicherung), besteht in der Schweiz nicht. Verschiedene Sozialversicherungen gelten jedoch Teile der mit der Pflegebedürftigkeit einhergehenden Kosten der Pflegeleistungen ab.

Krankenversicherung (KV)

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt nach Art. 25 KVG die Kosten der medizinischen Behandlungen, unabhängig davon, ob sie in einem Pflegeheim, stationär, teilstationär oder ambulant bei Hausbesuchen durchgeführt werden. Voraussetzung zur Kostenübernahme ist, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 KVG) und deren Bedarf abgeklärt wurde (Art. 8 KLV). Die Leistungen der Krankenpflege im Pflegeheim und zu Hause sind in Art. 7 KLV detailliert umschrieben. Die OKP übernimmt auf ärztliche Anordnung hin die Kosten der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und der Behandlung sowie der allgemeinen und psychiatrischen Grundpflege (Art. 7 KLV). Die OKP übernimmt jedoch keine nicht medizinischen Leistungen, die unter die sog. «Hotelkosten» (Verpflegung und Unterkunft), die soziale Betreuung oder die Haushalthilfe fallen (Bundesrat 1999). Allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer werden ebenfalls nicht angerechnet (Art. 7, Abs. 2 KLV). Nach Landolt (2002) setzt eine Pflegebedürftigkeit i.S. des KVG voraus, dass der/die Betreffende alltägliche Lebensverrichtungen nicht ohne Hilfe ausführen kann (Hilflosigkeit) und dieser Zustand zudem als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls Massnahmen der Behandlungs- und Grundpflege erforderlich macht. Überwiegt der Betreuungsaspekt bzw. liegt bloss eine Hilflosigkeit und nicht eine Pflegebedürftigkeit vor, so ist eine Leistungspflicht der OKP ausgeschlossen. Im Gegensatz zu anderen Sozialversicherungen (IV, UV, MV) wird die von Angehörigen erbrachte Hauspflege vom KVG grundsätzlich nicht übernommen (Landolt 2002).

Die Pflegeleistungen nach KVG lassen sich jedoch von den anderen bei Pflegebedürftigkeit erbrachten Leistungen nicht immer leicht unterscheiden (Bundesrat 1999a). Nach Auskunft des BSV bestehen Abgrenzungsschwierigkeiten vor allem im Bereich der Grundpflege/Betreuung bei der «Hilfe bei alltäglichen Tätigkeiten» und der «psychiatrischen Krankenpflege». Laut Latzel et al. (1997) ist die Frage nicht geklärt, welcher Anteil der Pflegekosten schliesslich effektiv von den Krankenversicherern übernommen wird. Zudem lassen die kantonal geführten Tarifverhandlungen im Pflegefall vieles offen. Gemäss Santésuisse ist die Abgrenzung von Behandlungs- und Grundpflege in der Regel einfach und bereitet den Pflegepersonen keine Mühe. Es ist jedoch in der Praxis schwierig, die Betreuung von der Grund-

und Behandlungspflege zu unterscheiden, insbesondere bereitet es Mühe, die betreffenden Kostenblöcke auszuscheiden.

Die OKP wird über Kopfprämien der Versicherten finanziert. Bund und Kantone leisten im Rahmen der Prämienverbilligung (s. weiter unten) Beiträge über allgemeine Steuern.

Invalidenversicherung (IV), Unfall- (UV) und Militärversicherung (MV)

Die IV, die UV und die MV richten folgende Leistungen an medizinischen Pflegemassnahmen aus:⁴⁸

- Die IV übernimmt unter dem Titel «medizinische Massnahmen» den invaliditätsbedingt zu leistenden Mehraufwand in der Hauspflege (Betreuung) bis zu einer Höchstgrenze. Die Vergütung richtet sich nach dem Betreuungsaufwand, der in vier Stufen gegliedert ist (Latzel et al. 1997). Die öffentliche Hand leistet Beiträge an die IV, die primär durch paritätische Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert werden.
- Die UV übernimmt im Rahmen der Hauspflege die ärztlich angeordnete Heilbehandlung und medizinische Pflege zu Hause. Gemäss Bigovic-Balzardi 2000 richten die Unfallversicherer in der Praxis zudem einen angemessenen Beitrag an die unfallkausalen Kosten der nichtmedizinischen Pflege der betroffenen Person aus. Die UV wird durch Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert.
- Die MV gewährt Zulagen für medizinisch indizierte Pflege- und Betreuungsmassnahmen. Dabei wird der effektive Pflegeaufwand entschädigt (Bigovic-Balzardi 2000). Die MV wird aus allgemeinen Steuermitteln des Bundes finanziert.

Altersversicherung (AHV/BVG)

Die Pflegebedürftigen im AHV-Alter beziehen nach dem System der Altersversicherung Rentenleistungen aus der AHV und der beruflichen Vorsorge (BVG). Bei einer altersbedingten Pflegebedürftigkeit sieht die AHV keine zusätzlichen Leistungen vor. Ansprüche auf Pflegehilfsmittel sowie ungedeckte Pflegekosten können erst im Bedarfsfall über die EL geltend gemacht werden (Landolt 2002). Zu berücksichtigen ist dabei, dass die EL eine eingeschränkte Leistungspflicht vorsieht (s. weiter unten).

Die AHV und die BV werden primär durch Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert. Die öffentliche Hand leistet Beiträge an die AHV.

Hilflosenentschädigung

Verschiedene Sozialversicherungen (AHV/IV/UV/MV) sehen neben den beschriebenen medizinischen Pflegemassnahmen und Renten eine Hilflosenentschädigung vor. Als hilflos gilt, wer infolge eines versicherten Gesundheitsschadens für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der dauernden Pflege und der persönlichen Überwachung bedarf (Landolt 2002). Dabei wird von sechs alltäglichen Lebensverrichtungen ausgegangen: (1) An- und Auskleiden; (2) Absitzen, Aufstehen, Abliegen; (3) Essen; (4) Körperpflege; (5) Verrichten der Notdurft; (6) Fortbewegung im oder ausser Haus und Kontaktaufnahme. Bei der Hilflosenentschädigung zur AHV und zur IV besteht eine Karenzfrist von einem Jahr. Die Hilflosenentschädigung wird nur in der Schweiz ausgerichtet.

Es werden drei Grade der Hilflosigkeit unterschieden (schwere, mittelschwere und leichte Hilflosigkeit). Während die IV bei allen Graden eine entsprechende Entschädigung ausgerichtet, gewährt die AHV nur für die mittlere und die schwere Hilflosigkeit eine Entschädigung (Pauschalbeträge). Der Besitzstand aus der IV bleibt jedoch im AHV-Rentalter gewährleistet (Huber 1997). In der MV wird die Entschädigung nach dem individuellen Bedarf bemessen (Bundesrat 1999a). Die IV richtet ihre Hilflosenentschädigung

⁴⁸ Die IV, UV und MV richten zudem eine Hilflosenentschädigung aus (siehe weiter unten).

bei anspruchsberechtigten Behinderten, die in Heimen leben, über öffentlich (kollektiv) finanzierte Betriebsbeiträge aus (Bundesrat 2001, Huber 1997).

Im Rahmen der laufenden 4. IV-Revision hat das Parlament beschlossen, die Hilflosenentschädigung für sämtliche Versicherte, die ausserhalb eines Heimes wohnen, im Vergleich zu heute zu verdoppeln.

Öffentliche Hand

Die Aufgaben der öffentlichen Hand werden generell in der Deckung der Pflegekosten gesehen, die die finanziellen Möglichkeiten der Pflegebedürftigen übersteigen. Diese Leistungen umfassen die Bedarfsleistungen (Ergänzungsleistungen zu AHV/IV, Prämienverbilligung KV, eigene Bedarfsleistungen der Kantone und Gemeinden) und die Sozialhilfe. Daneben beteiligt sich der Bund durch Beiträge an die Sozialversicherungen (KV, UV, AHV, IV und MV).

Begründet wird die Verwendung von öffentlichen Mitteln zur Finanzierung der Pflegeleistungen dadurch, dass die Langzeit-Pflegebedürftigkeit zunehmend als Lebens- oder Existenzrisiko anerkannt wird und die Deckung der Pflegekosten die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen häufig übersteigt. Daraus wird gefordert, dass sich die öffentliche Hand über eine «kollektive Lösung» an der Finanzierung der Kosten beteiligt (Bundesrat 1999a, Latzel et al. 1997).

Öffentliche Mittel werden von allen staatlichen Ebenen aufgebracht.

- Der Bund beteiligt sich wie erwähnt an der Finanzierung der Sozialversicherungen. Zudem leistet er Beiträge an die Prämienverbilligung der OKP und die Ergänzungsleistungen zu AHV/IV. Ergänzend leistet er im Rahmen der IV objektorientierte Leistungen an Einrichtungen für Behinderte und im Rahmen der AHV Beiträge an ambulante Pflege- und Hilfsdienste (Latzel et al. 1997).
- Die Kantone beteiligen sich an den Pflegeleistungen in sehr unterschiedlicher Weise. Neben der Beteiligung an der Prämienverbilligung OKP und den EL kristallisieren sich zwei Hauptmodelle heraus (Latzel et al. 1997):
- Ein Teil der Kantone überlässt die Finanzierung der Kosten, die die individuellen Mittel der Pflegebedürftigen übersteigen, den Gemeinden (Sozialhilfe).
- Beim zweiten Modell finanzieren die Kantone (evtl. zusammen mit Gemeinden) Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen (Subjektfinanzierung). Einige Kantone geben jedoch der Objektfinanzierung (Beiträge an Investitions- und teilweise Betriebskosten) den Vorzug (Bundesrat 1999a).
- Einige Gemeinden beteiligen sich neben der Finanzierung der Sozialhilfe an bedarfsorientierten Zusatzleistungen zur Finanzierung der Pflegeleistungen (Subjekthilfe). Zudem unterstützen die Gemeinden die Heime und die ambulanten Dienste mit objektorientierten Beiträgen.

Im Folgenden wird auf die Bedarfsleistungen und die Sozialhilfe eingegangen.

Prämienverbilligung OKP

Der Bund und die Kantone gewähren den Versicherten (also auch den Pflegebedürftigen) in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen (Art. 65 KVG).

Ergänzungsleistungen (EL)

Pflegebedürftige, denen eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung der AHV/IV zustehen, können Ergänzungsleistungen (EL) beantragen, falls sie ihre Ausgaben nicht durch ihre Einkünfte⁴⁹ decken können. Die EL sind Subjekthilfen, die vom Bedarf abhängig sind (Huber 1997). Sie sind in ihrer Höhe begrenzt.⁵⁰

Den EL kommen in der Auffassung des Bundesrats (2001) zwei Hauptaufgaben zu. Einerseits haben sie allen Personen mit Anspruch auf Renten der AHV/IV eine angemessene Existenzsicherung zu gewährleisten. Andererseits erfüllen die EL immer mehr auch Aufgaben einer «Pflegeversicherung», indem sie eine wichtige Aufgabe bei der Finanzierung der Heimaufenthalte übernehmen. So wohnten in den letzten Jahren rund ein Drittel aller EL-Bezügerinnen und –bezüger in einem Heim. Daraus folgt, dass 50 bis 60 Prozent aller Heimbewohnerinnen und –bewohner EL bezogen (Bundesrat 2001, BSV 2002b).

Die EL werden von den Kantonen ausgerichtet und vom Bund nach Abstufung der Finanzkraft der Kantone subventioniert. In den letzten Jahren hat der Bund das System der Ergänzungsleistungen ausgebaut. Im Jahr 2001 finanzierte der Bund etwa 20 Prozent, die Kantone 80 Prozent der EL.

Der Neue Finanzausgleich (NFA) sieht vor, dass der Bund zukünftig im Rahmen der EL vorwiegend für die Existenzsicherung («Grundbedarf») zuständig ist (5/8 der Kosten) und die Kantone neben einer Beteiligung an der Existenzsicherung (3/8 der Kosten) vollständig die EL übernehmen, die im Zusammenhang mit Heim- oder Gesundheitskosten stehen (Bundesrat 2001).

Ergänzende Leistungen der Kantone und Gemeinden

Wie erwähnt, richten einige Kantone und Gemeinden nebst den EL zusätzliche Leistungen aus, um die Pflegekosten zu finanzieren. Dabei ist zwischen bedarfs- und subjektorientierten Systemen und objektorientierten Modellen zu unterscheiden. Beispiele für subjektorientierte Zusatzsysteme sind die Erhöhung der Vermögenslimite der EL im Kanton Freiburg auf 200'000 CHF und Zusatzleistungen der Stadt Zürich, damit Heimbewohnerinnen und –bewohner, die die EL ausgeschöpft haben, ihre Heimkosten bezahlen können, ohne auf die Sozialhilfe zurückgreifen zu müssen (SSR 2003). Einzelne Kantone und Gemeinden (z.B. Kanton Genf) haben in letzter Zeit einen Systemwechsel zu einem System der Subjektfinanzierung vorgenommen (Bundesrat 1999a).

Sozialhilfe

Die Sozialhilfe gilt als letztes Auffangnetz, das das Recht auf Existenzsicherung («Hilfe in Notlagen») abdecken soll. Nach dem Subsidiaritäts- und dem Bedarfsprinzip werden die Kosten von Pflegeleistungen nur dann übernommen, wenn alle anderen Hilfsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Die Sozialhilfe ist hauptsächlich Aufgabe der Kantone und Gemeinden, wobei kantonal unterschiedliche gesetzliche Regelungen bestehen (Mauch Consulting et al. 2001).

Privatpersonen

Zur Finanzierung der Pflegekosten werden auch Einkommen und das Vermögen der Pflegebedürftigen herangezogen. Mit den privaten Mitteln sind in erster Linie die Lebenskosten (Nahrung, Wohnen, persönliche Auslagen) zu decken. In zweiter Hinsicht besteht aus Solidaritätsgründen die weit verbreitete Auffassung, dass die Pflegebedürftigen mit ihren privaten Einkommen und Ersparnissen auch einen Beitrag an die Finanzierung der Pflegekosten leisten sollen (insbes. Betreuung). Angesichts der Probleme bei der Finanzierung der Sozialversicherungen würde es als stossend empfunden, wenn die Ersparnisse der Betroffenen nicht berücksichtigt würden und diese ungeachtet ihres Vermögens von den Solidaritätsleistungen der aktiven Bevölkerung profitieren würden (Huber 1997).

⁴⁹ Ausgaben: Heimtaxe, Betrag für persönliche Auslagen, durchschnittliche Krankenversicherungsprämie. Einkünfte: Renteneinkommen, Vermögensertrag und –verzehr, Leistungen KV, Hilflosenentschädigung etc. (nach Oggier 2002).

⁵⁰ Die maximal mögliche Ergänzungsleistung beträgt bei Aufenthalt im Heim ca. 30'000 CHF. Dabei können die Kantone die anrechenbaren Heimtaxen begrenzen. Personen, die zu Hause leben, können Ergänzungsleistungen bis zu 25'000 CHF beziehen (Oggier 2002).

Ergänzend zu den persönlichen Mitteln sind selbstverständlich auch Leistungen allfälliger privater Zusatzversicherungen (beispielsweise für Chronischkranke) zu verwenden.

2. Abgrenzungsfragen

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob eine Abgrenzung vorgenommen werden soll zwischen den Versicherungsleistungen, die durch Beiträge der Versicherten finanziert werden, den Leistungen des Staates, die durch Steuern finanziert werden und aus privaten Mitteln zu deckenden Leistungen, für die im Bedarfsfall EL oder die Sozialhilfe aufkommen. Aus den vorangehenden Ausführungen lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

- (1) Zur Finanzierung der Pflegeleistungen sind alle bisherigen Finanzierer beizuziehen: Versicherte und Arbeitgeber (Prämien), Pflegebedürftige (persönliche Mittel), öffentliche Hand (Beiträge an Sozialversicherungen; Bedarfsleistungen).
- (2) Die Lebenskosten (Nahrung und Wohnung resp. «Hotelkosten», persönliche Auslagen) sind primär durch die Pflegebedürftigen selbst zu finanzieren.
- (3) Die von den Versicherten über Prämien zu finanzierende Leistungen hängen von den Risiken und den damit verbundenen Leistungen ab. Im Rahmen des KVG sind die in der KLV definierten Pflegeleistungen, nicht jedoch die gesamten Pflegeleistungen, versichert.
- (4) Die Abgrenzung der von der Krankenversicherung zu übernehmenden Kosten der Pflegeleistungen von den übrigen Pflegekosten (v.a. Betreuung) ist klärungsbedürftig, insbesondere im Bereich der Grundpflege und der psychischen Betreuung. Eine Abgrenzung ist unseres Erachtens durch die Definition geeigneter Kriterien und gewissen Vereinfachungen möglich, jedoch mit erheblichem Erfassungsaufwand verbunden. Aus pflegerischer und medizinischer Sicht erachten wir eine Abgrenzung fragwürdig, da die Leistungen in der Regel gemeinsam erbracht werden und wir davon ausgehen, dass sich die Wirkungen der verschiedenen Leistungen ergänzen und verstärken.⁵¹
- (5) Die primäre Aufgabe der öffentlichen Hand sehen wir in der bedarfsorientierten Unterstützung der Pflegebedürftigen, die ihre Kosten aus eigenen Mitteln nicht finanzieren können. Daraus folgt einerseits, dass die öffentliche Hand auf eine allfällige Objektfinanzierung verzichten und ihre Beiträge subjektorientiert ausrichten sollte. Objektfinanzierungen führen zu wettbewerbsverzerrenden Anreizen und sind nicht bedarfsgerecht. Andererseits sollte die öffentliche Hand über die EL oder zusätzliche Bedarfsleistungen ausreichende Mittel zur Finanzierung des Existenzbedarfs zur Verfügung stellen. Auf eine Beanspruchung der Sozialhilfe ist möglichst zu verzichten.
- (6) Die EL nehmen eine wichtige Rolle in der Finanzierung der stationären Pflegeleistungen ein. Zur Vereinfachung des Finanzierungssystems ist zu prüfen, ob die Hilflosenentschädigung nicht durch höhere EL ersetzt werden sollte (s. auch Huber 1997).

⁵¹ Gemäss Santésuisse ist eine (qualitative) Abgrenzung aus pflegerischer und aus ärztlicher Sicht sehr wohl sinnvoll, da damit die Qualität der Arbeit beurteilt werden kann. Hingegen macht laut Santésuisse eine quantitative Abgrenzung aus ökonomischer/betriebswirtschaftlicher Sicht keinen Sinn, weil der administrative Erfassungsaufwand nicht gerechtfertigt ist.

Annex 3: Finanzierungsvorschläge

Im Folgenden werden politisch relevante Vorschläge zur Finanzierung der Pflegeleistungen beschrieben. Die Vorschläge unterscheiden sich zum einen in Modelle, die auf eine Optimierung des heutigen Finanzierungssystems abzielen und solchen, die die Schaffung einer neuen, spezifisch auf das Pflegerisiko ausgerichteten Versicherung anvisieren. Weiter unterscheiden sich die Modelle bezüglich des betrachteten Leistungsumfangs resp. der betrachteten «Grenze» beim System der sozialen Sicherheit (KV, AHV/IV, EL, UV, MV, Sozialhilfe). Die Finanzierungsvorschläge werden mit den bisher vom Bundesrat in der Beantwortung von politischen Vorstössen geäusserten Auffassungen ergänzt.

Ziel dieses Kapitels ist die Vornahme einer ersten Grobtriage möglicher mittel- und längerfristiger Finanzierungsmodelle. Dabei gehen wir vom Grundsatz aus, Finanzierungsvorschläge, die im politischen Prozess abgelehnt wurden oder als nicht realisierbar beurteilt werden, nicht mehr weiter zu verfolgen.

1. Optimierung des heutigen Systems

Initiative Rychen

Nationalrat Rychen reichte am 6. März 1997 eine parlamentarische Initiative ein, mit der er u.a. die im KVG vorgesehenen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Krankenpflege zu Hause und im Pflegeheim beschränken wollte (Nationalrat 1997). Während der Vorschlag einschränkender Kostenübernahme bei der Pflege zu Hause im Februar vom Initiant zurückgezogen wurde, reichte er zur Krankenpflege im Pflegeheim am 4./5. Februar 1999 einen modifizierten Antrag ein, der an der geforderten Aufhebung der Kostenübernahmepflicht der Krankenversicherung festhält. Der Antrag sieht vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur noch einen Beitrag an die Krankenpflegekosten in der Höhe der Hälfte der tarifvertraglich festgelegten Kosten (Art. 7 KLV) zu erbringen hätte. Begründet wird die Forderung damit, dass der Gesetzgeber mit dem KVG einen Beitrag der Pflegekosten vergüten wollte, eine Pflegeversicherung jedoch ausdrücklich ablehnte. Insbesondere übersteige die absehbare Kostenverlagerung von der öffentlichen Hand zum Prämienzahler das gewünschte Ausmass.

Der Bundesrat lehnt in seiner Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG vom 18. September 2000 (Bundesrat 2002a) den Vorschlag von Nationalrat Rychen ab. Begründet wird die Ablehnung damit, dass eine analoge Finanzierungsregel für die Leistungen der Spitäler (Vorschlag des Bundesrates zur Spitalfinanzierung) und der Pflegeheime nicht angebracht sei. So stehen die Pflegeleistungen im Pflegeheim bzw. im Spital nicht im selben Kontext, erfüllen einen verschiedenartigen Zweck. Folglich sind die Institutionen auch anders finanziert. Auf Antrag der nationalrätlichen Kommission wurde die Parlamentarische Initiative am 24. März 2000 abgeschrieben.

Motion Leuthard

Nationalrätin Leuthard schlägt vor, die pflegenden Angehörigen durch Steuerabzüge zu entlasten. Durch diese Anreize soll die Pflege zu Hause gefördert, der Eintritt in ein Pflegeheim verzögert und in der Folge eine Kosten dämmende Wirkung erzielt werden (Motion vom 2.10.2002).

Der Bundesrat (2002a) anerkennt in seiner Stellungnahme den hohen Wert der Betreuungsarbeit durch Angehörige. Er beantragt jedoch die Ablehnung der Motion, weil er die Anpassung steuerlicher Vorschriften nicht für das geeignete Mittel hält. Insbesondere fehlt es steuerlich an einer messbaren und kontrollierbaren Grundlage, um den entsprechenden Tätigkeiten angemessene Steuerabzüge zuzuordnen.

Vorschlag SDK und Santésuisse

Angesichts der steigenden Pflegekosten zielt der Vorschlag der SDK und Santésuisse darauf ab, das bestehende System (ohne volle Übernahme der Pflegekosten gemäss Art. 7 KLV) beizubehalten und gesetzlich festzuschreiben. SDK und Santésuisse (2002) schlagen vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung zukünftig einen Beitrag an die Pflege erbringt, der sich im bisherigen Rahmen

bewegt. Ziel ist, die Pflegekosten in der Krankenpflegeversicherung auf dem heutigen Niveau zu stabilisieren und den Versicherten durch die Pflege keine zusätzlichen Kosten aufzubürden. Die Kantone verpflichten sich, wie bereits heute, einen «bedarfsgerechten» Beitrag an die Pflegekosten zu leisten (subjektbezogene Beiträge). Dabei stützen sie sich auf die einschlägigen kantonalen und eidgenössischen Erlasse (EL) ab.

Begründet wird die Beibehaltung der heutigen Finanzierungslösung mit dem durch die volle Übernahme der Pflegekosten durch die OKP und die demografische Entwicklung erwarteten zusätzlichen Kostenschub. Im Urteil der SDK und Santésuisse hat sich das heutige System bewährt. Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass die Beitragsleistungen der Pflegebedürftigen entsprechend ihrer finanziellen Kraft, der Eigenverantwortung und den finanziellen Möglichkeiten der Versicherten Rechnung tragen.

Santésuisse (2002a und b) wehrt sich gegen die Forderung der Pflegeheime, die den Versicherern zusätzliche Kosten aufbürden wollen. Aus Sicht von Santésuisse liegt die erwartete Kostensteigerung von 1.2 Mia. CHF und der daraus folgende Prämien Schub von 10 Prozent nicht im Interesse einer ausgewogenen gesamtgesellschaftlichen Finanzierung und belastet die im KVG verankerte Solidarität zwischen Jung und Alt schwer.⁵²

Vorschlag Oggier

Ausgehend von den Diskussionen der Neuregelung der Spitalfinanzierung schlägt Oggier (2002) im «Kombinierten Modell KVG – Staat» vor, dass die stationären Leistungen bei Pflegebedürftigkeit – gleich welcher Ursache – durch Pauschalen finanziert werden, die je zur Hälfte von Krankenversicherern und der öffentlichen Hand übernommen werden. Dabei ist der Investitionsanteil in den Pauschalen enthalten. Für die Miet- und Pensionskosten würden nach wie vor die Pflegebedürftigen aufkommen. Ambulante Leistungen aus Pflegebedürftigkeit sollen durch die Krankenversicherung übernommen werden. Der Vorschlag Oggier berücksichtigt das finale Prinzip, indem es nicht nach der Ursache der Pflegebedürftigkeit unterscheidet. Weiter enthalten die Pauschalen, die zur Hälfte von den Krankenversicherern zu übernehmen sind, die gesamten Pflegeheimkosten (inkl. Investitionsanteil, Pflege- und allgemeine Betreuungsleistungen) abzüglich der Hotelleriekosten. Sie beziehen sich damit nicht nur auf die gemäss Art. 7 KLV zu übernehmenden Pflegeleistungen. Die Abgrenzungsfragen bei den Leistungen (Grundpflege/Betreuung) fallen hingegen weg.

Vorschlag Schweizerischer Seniorenrat (SSR)

Der SSR (2003)⁵³ möchte grundsätzlich am bestehenden Finanzierungssystem, das aus seiner Sicht in der politischen Praxis akzeptiert ist, festhalten. Gemäss SSR erfüllt das EL-System für Pflegebedürftige, die die anfallenden Pflegekosten nicht bezahlen können, weitgehend die Funktion einer Pflegeversicherung. Der SSR schlägt vor, die Mängel des heutigen Systems durch eine Reform des EL-Systems im Bereich der Langzeitpflege im Heim zu beheben. Der Hauptmangel des heutigen EL-Systems liegt gemäss SSR bei den geltenden Vermögenslimiten, die nicht an einem bedarfsgerechten System zur Deckung der Pflegekosten orientiert sind. Durch eine Anhebung der Vermögenslimiten und ergänzenden Massnahmen soll das EL-System seine Funktion im Pflegebereich besser erfüllen und für alle, die mit ihren laufenden Einkünften (Leistungen der Krankenversicherung, Assistenzentschädigungen, Vermögenserträge etc.) die Pflegekosten nicht decken können, einen sozial gerechteren Kostenersatz gewährleisten. Im Einzelnen sind folgende Massnahmen vorgesehen:

- Der Vermögensfreibetrag der EL soll bei Heimbewohnern bei Alleinstehenden von 25'000 auf 100'000 CHF, bei Ehepaaren von 40'000 auf 200'000 CHF erhöht werden. Der Vermögensverzehr soll maximal 10 Prozent des Vermögens betragen (heute max. 20 Prozent).

⁵² Betreffend den Anteil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beruft sich Santésuisse auf die vorgängig zur Abstimmung über das KVG vom BSV geschätzten Kosten von 800 Mio. CHF, die bereits heute um mehr als 700 Mio. CHF übertroffen sind.

⁵³ Das Plenum des SSR hat den Bericht zur Finanzierung der Langzeitpflege am 7. Mai 2003 verabschiedet.

- Die EL-Begrenzung von 30'000 CHF bei Heimbewohnern soll aufgehoben werden.
- Die Höhe der Heimtaxen ist auf Bundesebene zu begrenzen (heute Kann-Bestimmung auf kantonaler Ebene).
- Zur Förderung des Verbleibens in der eigenen Wohnung sollen Pflegekosten zu Hause auch vergütet werden, wenn die anrechenbaren Einnahmen die anerkannten Ausgaben um bis zu 20'000 CHF übersteigen.

Das heutige, politisch anerkannte Finanzierungsmodell mit der Verteilung der Pflegekosten auf mehrere Träger wird beim Vorschlag des SSR beibehalten, im Urteil des SSR jedoch effizienter und sozialverträglicher ausgestaltet:

- Die neue Regelung führt zu einem geringeren Vermögensverzehr und beseitigt stossende Härten der geltenden Regelung.
- Der Bericht des SSR äussert sich nicht explizit zur Höhe des Beitrags der Krankenversicherer an die Pflegekosten. Es wird jedoch gefordert, dass die «Beiträge der Krankenversicherung in den oberen Pflegestufen gegenüber dem heutigen Zustand spürbar verbessert werden». Aus dieser Forderung schliessen wir, dass der SSR von der Krankenversicherung einen Finanzierungsanteil fordert, der den heutigen Anteil übersteigt.
- Der Reformvorschlag geht davon aus, dass die medizinische Krankenpflege und die soziale Betreuung in der Langzeitpflege als Ganzes zu betrachten und finanziell zu regeln sind. Dadurch können Abgrenzungsprobleme zwischen Pflege und Betreuung gemildert und die Erfassungssysteme vereinfacht werden.

Der SSR geht davon aus, dass die vorgeschlagene Erweiterung der EL Mehrkosten von etwa 370 Mio. CHF zur Folge hätte. Damit geht er davon aus, dass die vorgeschlagene Lösung verglichen mit der Übernahme der vollen Pflegekosten durch die Krankenversicherer (Erhöhung um 1.2 Mia. CHF) für die Versicherten deutlich vorteilhafter wäre.

2. Pflegeversicherung

Initiative Tschopp

Die parlamentarische Initiative Tschopp vom 30. November 1992 schlug die Einrichtung einer von der Krankenversicherung unabhängigen Bundesversicherung «AHV plus» vor, die die Gesundheits- und Betreuungskosten für über 75-jährige Betagte übernimmt. Die Initiative sah vor, dass AHV plus im Sinne einer Pflegeversicherung die medizinische, hauswirtschaftliche und betreuerische Grundversorgung der über 75-Jährigen finanziert. Die Pflegeversicherung AHV plus ist als Ergänzung der Krankenversicherung auf die Zielgruppe «Viertes Alter» ausgerichtet und sollte über Steuern finanziert werden (direkte und indirekte Vermögens- und Erbschaftssteuern). Durch AHV plus sollte die Krankenversicherung und dadurch die Solidarität zwischen den Generationen entlastet und je nach Steuerquelle ein gewisser Umverteilungseffekt erzielt werden (Latzel et al. 1997).

Der Bundesrat sprach sich in seinem Bericht über die Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit vom 13. Januar 1999 (Bundesrat 1999a) gegen eine Versicherungslösung aus, die sich auf das «vierte Alter» konzentriert. Der Bundesrat ist der Auffassung, «dass die vom KVG für die medizinischen Pflegemassnahmen eingerichtete Solidarität zwischen den Generationen bewahrt werden muss und alle betroffenen Personen, unabhängig von der Altersklasse, gleich behandelt werden sollten.»

Motion Gross

Mit seiner Motion «Finanzierung der Pflege sichern» vom 3. September 1999 wollte Nationalrat Gross den Bundesrat beauftragen, die Finanzierung der stationären und der ambulanten Pflege (Pflegeheime auf der Pflegeheimliste und Spitex) grundsätzlich vollkostendeckend sicherzustellen (evtl. mit Selbstbehalt, differenziert nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit), unter Einbezug der Kantone in die finanzpolitische Verantwortung.

Der Bundesrat hält es in seiner Erklärung vom 1. Dezember 1999 (Bundesrat 1999b) angesichts der fehlenden Kostentransparenz nicht für angebracht, die Frage einer über die Rahmentarife hinausgehenden Kostendeckung zu verfolgen. Im Urteil des Bundesrates würde die Vollkostendeckung einen Schritt in Richtung der Einführung einer umfassenden Pflegeversicherung bedeuten, die er ablehnt.

Vorschlag KOF

Die Konjunkturforschungsstelle der ETH KOF (2002) schlägt angesichts der erwarteten Kostenverlagerung in die Grundversicherung aus Solidaritätsüberlegungen eine Aufspaltung der Krankenpflegeversicherung in eine eigenständige Kranken- und eine separate Pflegeversicherung vor. Dadurch soll eine «gerechtere» bzw. angemessene Solidarität zwischen den Altersgruppen erzielt werden.

Der Vorschlag der KOF sieht vor, dass die Pflegeleistungen nach KVG (Pflegeheime und Spitex) in einer obligatorischen Pflegeversicherung separat versichert und die Kopfprämien altersabhängig differenziert werden. Vorgeschlagen werden zwei Altersgruppen mit Grenze 50 Jahre. Berechnungen der KOF zeigen, dass die Pflegeversicherungsprämie der 19- bis 50-Jährigen zur Deckung der heutigen von der Krankenpflegeversicherung übernommenen Pflegekosten ein Prämie von knapp über 1 CHF, die über 50-Jährigen eine Prämie von 47 CHF pro Monat zu entrichten hätten.

Im Urteil der KOF ist eine risikogerechtere Differenzierung der Prämien einer Pflegeversicherung aus sozialpolitischer Sicht vertretbar. Dabei wird davon ausgegangen, dass ähnlich wie bei der heutigen Krankenpflegeversicherung eine Obergrenze der Belastung der Einkommen festgelegt würde. Einerseits wird durch die vorgeschlagene Pflegeversicherung die Altersgruppe bis 50 Jahre entlastet und damit die erwartete Umverteilung abgeschwächt resp. die jüngeren Erwachsenen von speziellen Solidaritätsleistungen entlastet. Andererseits wird der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der über 50-Jährigen besser Rechnung getragen. Da innerhalb der Gruppe der über 50-Jährigen eine gewisse Solidarität spielt, muss der Solidaritätsgedanke nicht aufgegeben werden.

Vorschlag Oggier

Oggier (2002) stellt eine obligatorische Pflegeversicherung zur Diskussion, bei der sämtliche aus Pflegebedürftigkeit entstehenden Ansprüche, unabhängig von der Ursache, vom gleichen Versicherer übernommen werden (Finalitätsprinzip). Entsprechend werden die zu erbringenden Leistungen unabhängig von der Ursache zu gleichem Preis entschädigt. Vorgeschlagen wird die Finanzierung über Kopfprämien, die durch ein Prämienverbilligungssystem ergänzt wird. Alternativ wird ein Modell zur Diskussion gestellt, bei dem die Prämien mit höheren Einkommen und Vermögen steigen. Vorgesehen ist, dass die bisher im System enthaltenen öffentlichen Gelder durch eine öffentliche Anstalt verwaltet werden, die mit den Versicherern Verträge abschliesst. Die Versicherer kommen sowohl für die Behandlungskosten im ambulanten wie im stationären Bereich auf. Finanziert werden vom entsprechenden Versicherer auch Invaliditätsrenten, wobei die Taggeldansprüche in den Bereichen IV, MV, UV und der obligatorischen Taggeldversicherung nach KVG harmonisiert werden.

3. Weitere Finanzierungsmodelle

Finanzierung über Steuermittel

Oggier (2002) stellt ein Finanzierungsmodell vor, in dem sämtliche aus Pflegebedürftigkeit entstehenden Ansprüche aus einem «Hochrisikopool» bezahlt werden, der durch Beiträge von Bund und Kantonen gespiesen wird.

Da sich der Bundesrat explizit für die Beibehaltung des heutigen Systems mit verschiedenen Finanzierern (Versicherte, Pflegebedürftige, öffentliche Hand) geäußert hat (Bundesrat 1999b), wird dieses Modell nicht weiter verfolgt.

Gutscheinsystem zur Finanzierung der Langzeitpflege

Zweifel und Felder (zitiert nach Latzel et al. 1997) schlagen vor, die Hilflosenentschädigung und die Ergänzungsleistungen durch (steuerfinanzierte) Gutscheine zu ersetzen. Zum Bezug von Gutscheinen wäre berechtigt, wer eine zu bestimmende Einkommens-/Vermögensgrenze unterschreitet und pflegebedürftig wird. Die Berechtigten könnten mit den Gutscheinen die von ihnen benötigten Dienstleistungen im Gesundheitsmarkt «einkaufen». Von diesem System, das über Steuergelder finanziert werden soll, wird durch die Einführung von marktwirtschaftlichen Instrumenten eine Effizienzverbesserung erwartet. Die in der Studie von Latzel et al. (1997) befragten Experten lehnen dieses System ab, weil es administrativ aufwändig sei und fürsorglichen Charakter habe.

Dieses Modell wird hier nicht weiter vertieft, weil es sich im «Theorie-Stadium» befindet und sich die Latzel et al. (1997) befragten Experten sowie der Bundesrat für die Verbesserung des bestehenden Systems aussprechen.

Private Versicherungsmodelle

Private Versicherungsmodelle (private Pflegeversicherung oder Partnerschaft zwischen öffentlichen und privaten Versicherungen) werden nicht vertieft, weil sich der Bundesrat und das Parlament einig sind, dass die Abdeckung des Pflegerisikos einer kollektiven Lösung bedarf. Bei privaten Versicherungslösungen kämen Versicherte mit mittleren und unteren Einkommen schnell an die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit, was dem Solidaritätsgedanken widersprechen würde. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Hindernisse für private Versicherer auf diesem Markt (Erzielung des notwendigen Marktanteils) sehr hoch sind (Latzel et al. 1997, Oggier 2002).

Pflegeversicherung in Deutschland

In Deutschland besteht eine obligatorische Pflegeversicherung, die über Lohnprozente finanziert wird. In der Schweiz wird die Einführung eines solchen Modells als unnötig erachtet, weil die Voraussetzungen unterschiedlich sind (bessere Sicherung der Pflegebedürftigkeit als in Deutschland), und ein auf Lohnprozenten basierendes Finanzierungsmodell als nicht angemessen beurteilt wird (Latzel et al. 1997, Bundesrat 1999b).

4. Auffassungen des Bundesrates

Der Bundesrat vertritt in der Beantwortung von parlamentarischen Vorstößen und der Behandlung von Gesetzesrevisionen (insbes. zweite Teilrevision KVG; 4. Revision IV) folgende Auffassungen zur Finanzierung der Pflegeleistungen:

- Der Bundesrat anerkennt das Pflegerisiko bei Betagten als anerkanntes Lebensrisiko, dessen Abdeckung die finanziellen Kapazitäten der betroffenen Personen häufig übersteigt und eine kollektive Lösung erfordert (Bundesrat 1999a).
- Der Bundesrat lehnt analog dem Parlament eine umfassende Pflegeversicherung ausdrücklich ab. Er befürwortet die Weiterführung der bis anhin geltenden Finanzierung des Pflegebereichs durch verschiedene Quellen, d.h. durch die Krankenversicherung, andere Sozialversicherungen, Kantone und Gemeinden sowie private Mittel (Bundesrat 1999b, EDI 1995).
- Der Bundesrat vertritt die Auffassung, dass die vom KVG für die medizinischen Pflegemassnahmen eingerichtete Solidarität zwischen den Generationen bewahrt werden muss. Dabei ist er explizit

der Auffassung, dass alle betroffenen Personen, unabhängig von der Altersklasse, gleich behandelt werden sollten. Eine Einrichtung einer speziellen Versicherung zur Finanzierung der Pflegeleistung von Betagten drängt sich nach Auffassung des Bundesrates nicht auf. Zur Entlastung von Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen müssen mittels Massnahmen zur Kostenkontrolle und zur individuellen Prämienreduktion Lösungen gefunden werden (Bundesrat 1999a).

- Der Bundesrat hält für den Pflegebereich eine im Vergleich zum Spitalbereich analoge Finanzierungsregel nicht für angezeigt (Bundesrat 1999b, Bundesrat 2000).
- Der Bundesrat sieht vor, die verschiedenen Sozialversicherungssysteme auf eine Koordination hin zu überprüfen (Bundesrat 1999a). Insbesondere sollen die Ergänzungsleistungen mit den Bestimmungen der Krankenversicherung (beitragsmässige Limitierung der Leistungspflicht der Krankenversicherer nach Pflegestufen), der Hilflosenentschädigung der AHV und mit der geplanten Assistenzentschädigung der IV koordiniert werden.
- Der Bundesrat strebt mit der Einführung der Assistenzentschädigung der IV (4. IV-Revision; Bundesrat 2001) die Einführung einer Assistenzentschädigung als einheitliche Leistungskategorie anstelle der bestehenden Hilflosenentschädigung sowie einen Leistungsausbau bei der Pflege zu Hause im Bereich der IV vor.
- Der Bundesrat vertritt die Auffassung, dass ein Konzept zur Finanzierung des Pflegebereichs die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und die im Rahmen der 4. IV-Revision vorgesehene Assistenzentschädigung in die Betrachtung mit einbeziehen muss (Bundesrat 2000a). Er erklärt sich bereit, die Frage, wie die Pflege finanziert ist, im Gesamtkontext der von den Sozialversicherungen abzudeckenden bzw. abgedeckten Leistungen zu prüfen (Bundesrat 1999).
- Der Bundesrat (2002a) lehnt eine steuerliche Entlastung der Personen, die Angehörige pflegen, aus steuertechnischen Gründen ab.
- Der Bundesrat (2002b) vertritt die Ansicht, dass das geltende System bewahrt werden soll. Er weist jedoch darauf hin, dass mittel- bis längerfristig die Harmonisierung der bestehenden Instrumente auf der Grundlage der Finalität in Betracht gezogen werden sollte.

Annex 4: Positionen der in der Arbeitsgruppe vertretenen Organisationen

Im Folgenden werden die Positionen der Organisationen und Verbände wiedergegeben, die in der Arbeitsgruppe vertreten waren. Die Positionen stützen sich auf Dokumente und protokollierte Aussagen in den Workshops.

1. Positionen zur heutigen Finanzierung und den alternativen Modellen

Pflegebedürftige

Die Pflegebedürftigen waren durch den Schweizerischen Seniorenrat (SSR) in der Arbeitsgruppe vertreten. Der SSR hat seine zentralen Forderungen zur Finanzierung der Pflege in einem Positionspapier festgehalten (SSR 2003), in dem er gleichzeitig einen eigenen Finanzierungsvorschlag formuliert (vgl. Annex 3).

Tabelle 28

Position des Schweizerischen Seniorenrates	
Finanzierungsmodell	Position
Umsetzung KVG	Der SSR hält grundsätzlich am geltenden Recht fest und geht damit von der vollen Deckung der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG durch die Versicherer aus. Er ist nur bereit, auf die «Umsetzung KVG» zu verzichten, wenn eine aus Sicht des SSR «ebenso gute Lösung» gewählt wird.
Status Quo (Vorschlag SDK/Santésuisse)	Der SSR lehnt eine isolierte Begrenzung der von den Krankenversicherern zu übernehmenden Kosten der Pflegeleistungen auf einen Beitrag «im heutigen Rahmen» ohne soziale Begleitmassnahmen (z.B. Ausbau EL) ab. Er begründet dies mit der einseitigen finanziellen Zusatzbelastung der älteren Generation und dem Anspruch an die Sozialversicherungen, aus Solidaritätsgründen die aus Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten vollständig zu tragen.
Status Quo plus	Die Stossrichtung des Modells «Status Quo plus» wird gutgeheissen. In Abweichung zur Variante des vorliegenden Berichts werden folgende Forderungen gestellt: <ul style="list-style-type: none"> • Der SSR fordert, dass die Beiträge der KV in den oberen Pflegestufen gegenüber dem heutigen Zustand spürbar in Richtung kostendeckende Entschädigung erhöht werden. Damit spricht er sich insgesamt für einen höheren Finanzierungsanteil der Versicherer aus. • Im Vorschlag des SSR wird der Verzicht des Einbezugs der EL in den Neuen Finanzausgleich gefordert. Gleichzeitig favorisiert er eine Begrenzung der anerkannten Heimtaxen auf Bundesebene. Der SSR fordert ausdrücklich, dass die Änderungen im EL-Bereich gleichzeitig mit der Revision des KVG als «Paketlösung» zu verwirklichen sind.
KVG – Staat – Pflegebedürftige	Der SSR unterstützt grundsätzlich die Stossrichtung des Modells, fordert jedoch ebenfalls höhere Beiträge der Versicherer

Quellen: SSR 2003; Protokolle der Workshops der Arbeitsgruppe «Finanzierung der Pflege» vom 10.2., 3.3. und 1.4.2003.

Leistungserbringer

Die Leistungserbringer waren in der Arbeitsgruppe durch das Forum stationäre Altersarbeit Schweiz (Forum), durch den Verband CURAVIVA (Heime), H+, den Spitex Verband Schweiz und den Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) vertreten.

Grundsätzlich ziehen die Leistungserbringer den Vollzug des KVG nach geltendem Gesetz («Umsetzung KVG») den übrigen Finanzierungsmodellen vor. Begründet wird dies damit, dass die Pflegeleistungen Bestandteil der OKP sind und auch in Zukunft bleiben sollten. Mit zweiter Priorität setzen sie sich mit Ausnahme des Forums für das Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftigkeit» ein, mit dritter Priorität für das Modell «Status Quo plus». Das Forum favorisiert das Modell «Status Quo plus» gegenüber dem Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» aus Gründen der besseren und schnelleren politischen Realisierbarkeit.

Der SBK lehnt den Bericht in der vorliegenden Fassung ab, da er aus seiner Sicht gravierende Mängel aufweist (u.a. bei der Definition der Pflege, der Definition der Pflegebedürftigkeit, den Beurteilungskriterien, der fehlenden Diskussion von grundsätzlichen Fragen).

In Tabelle 31 werden die Positionen der Leistungserbringer dargestellt. Allfällige divergierende Meinungen werden hervorgehoben.

Tabelle 29

Positionen der Leistungserbringer	
Finanzierungsmodell	Positionen
Umsetzung KVG	Für das Forum, H+, den Spitex Verband Schweiz und den SBK hat der Vollzug des KVG, an dem grundsätzlich festgehalten wird, nach wie vor erste Priorität. Die Umschreibung der Pflegeleistungen wird als sinnvoll erachtet.
Status Quo (Vorschlag SDK/Santésuisse)	Die Leistungserbringer lehnen den Vorschlag SDK/Santésuisse ohne soziale «Abfederung» und eine verbindliche Einbindung der Kantone in die Finanzierung ab.
Status Quo plus	<p>Die Leistungserbringer unterstützen die Stossrichtung des Modells «Status Quo plus», jedoch überwiegend nur mit dritter Priorität. Sie betonen, dass die Höhe der Beiträge der Versicherten politisch auszuhandeln ist. Grundsätzlich fordern sie, dass die Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Finanzierungsanteile der Sozialversicherungen und der Beiträge der öffentlichen Hand im Vergleich zur «Umsetzung KVG» nicht wesentlich schlechter gestellt werden.</p> <p>Die Leistungserbringer erachten die volle Übernahme der Kosten der Akutpflege (inkl. Überbrückungspflege in Heimen) durch die Versicherer als absolut zwingend und notwendig. Ihrer Ansicht nach wird nur mit dieser Massnahme eine bessere und für Kantone, Versicherer und PatientInnen kostengünstigere Leistungserbringung und Zusammenarbeit zwischen Akut- und Langzeitpflege möglich. H+ fordert, dass die 100%ige Pflegekostenübernahme durch die Versicherer nicht nur im Bereich der reaktiven-therapeutischen (also in der Akutspital nachgelagerten temporären) Pflege, sondern auch für die Palliativpflege, Langzeit- (Halb-) Akutpflege sowie in der Dementenbetreuung erfolgt. Die Leistungserbringer fordern ausdrücklich, dass die Änderungen im EL-Bereich gleichzeitig mit der Revision des KVG als «Paketlösung» zu verwirklichen sind.</p> <p>Der Spitex Verband Schweiz stellt folgende zusätzliche Forderungen (Stellungnahme vom 16. Mai 2003):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Beitrag der Versicherer an die Kosten der Langzeitpflege ist in Form eines Prozentsatzes von den gesamten Pflegekosten, die einheitlich zu definieren sind, festzulegen. • Bei Inkrafttreten der neuen Finanzierungsregelung sind die bisherigen Objektsubventionen für nicht KVG-bezogene Leistungen (Hauswirtschaftsleistungen, etc.) auf kantonaler und/oder kommunaler Ebene gesetzlich festzuschreiben. • Die Pflegebedürftigen sind entsprechend ihren Bedürfnissen gleich zu behandeln («égalité de traitement»). <p>Das Forum fordert, dass die Höhe der Beiträge der Krankenversicherer höher sein müsste als heute. Sie sollten zwingend pro Pflegebedarfsstufe neu ausgehandelt und besonders in den höheren Stufen deutlich erhöht werden (Stellungnahme vom 15. Mai 2003).</p>
KVG – Staat – Pflegebedürftige	<p>Die Leistungserbringer favorisieren mehrheitlich das Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» gegenüber dem Modell «Status Quo plus». Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit den Pflegepauschalen kann mindestens ein Teil der kantonalen Beiträge national verbindlich geregelt und gesichert werden. • Begrüsst wird, dass durch die Pauschale ein grösserer Anteil der Pflegebedürftigen unabhängig vom finanziellen Bedarf Leistungen der öffentlichen Hand erhalten wird (stärkere Berücksichtigung des Finalitätsprinzips). • Im Unterschied zum Status Quo plus werden geringere Finanzierungsprobleme von Pflegebedürftigen erwartet, die kein Anrecht auf EL haben. • Erwartet wird, dass das Modell «KVG – Staat – Pflegebedürftige» besser geeignet ist, die Pflegebedürftigen und die sie betreuenden Angehörigen zu entlasten und deshalb grössere Anreize zur Förderung der Pflege zu Hause bietet. • Mehrheitlich mittel- und schwer pflegebedürftige PatientInnen in den H+ Betrieben. <p>Das Forum hat sekundär an diesem Modell Interesse, weil es eine sichere Einbindung der Partner (v.a. Kantone) bringen würde. Allerdings wäre nach Ansicht des Forums noch eine Reihe von weiteren Abklärungen nötig (Stellungnahme vom 15. Mai 2003).</p>

Quellen: Protokolle der Workshops der Arbeitsgruppe «Finanzierung der Pflege» vom 10.2., 3.3. und 1.4.2003; Stellungnahmen der in der Arbeitsgruppe vertretenen Leistungserbringer H+, Forum stationäre Altersversorgung, Spitex Verband Schweiz und SBK zum Bericht.

Der SBK schlägt vor, dass die Arbeitsgruppe die begonnen Arbeit weiterführt mit dem Ziel, primär die Strategie der Versorgung in der Langzeitpflege, unter Einbezug der Dynamik des Systems und den Anreizen, die mit dem Finanzierungssystem gesetzt werden sollen, zu definieren. In seiner Stellungnahme vom 15. Mai 2003 hebt er folgende Aspekte als besonders wichtig heraus:

- «Das Finanzierungssystem für die Langzeitpflege in Heimen muss analog dem Finanzierungssystem der Akutversorgung übernommen werden. Es ist also vorgängig zu klären, ob in der Akutversorgung zur monistischen Finanzierung übergegangen werden soll.
- Im Spitexbereich muss eine volle Kostenübernahme sichergestellt und es müssen Anreize für pflegende Angehörige geschaffen werden.
- Damit die Kostenträger definiert werden können, müssen zuerst die Schnittstellen zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen geklärt werden.
- Eine verbindliche Definition der Pflegeleistungen wird notwendig sein. Dies zeigt auch der bestehende Handlungsbedarf bezüglich Klärung der Kostenpflicht von ambulanten psychiatrischen Pflegeleistungen.»

Versicherer

Die Versicherer waren in der Arbeitsgruppe durch Santésuisse und den Vertreter einer grossen Versicherung vertreten. Die Versicherer haben ihre Position gemeinsam mit den Kantonen in einem gemeinsamen Vorschlag festgehalten (Santésuisse/SDK 2002).

In ihrer Stellungnahme zum vorliegenden Bericht vom 16. Mai 2003 bedauert Santésuisse, dass der Bericht keine neuen Antworten auf die bereits seit langem bestehenden Definitionsprobleme zu geben vermag (klare Kriterien zur Trennung von Grundpflege, Behandlungspflege und Betreuung). Moniert wird, dass mit der Schaffung neuer Begriffe wie Akut-, Langzeit- und Überbrückungspflege neue Abgrenzungsprobleme geschaffen werden.

Tabelle 30

Position der Versicherer	
Finanzierungsmodell	Position
Umsetzung KVG	Die Versicherer (Stellungnahme vom 16. Mai 2003) lehnen die Umsetzung des KVG im Pflegesektor aufgrund der heute vorliegenden Forderungen der Pflegeheime und der damit befürchteten langjährigen Rechtsstreitigkeiten/Rechtsunsicherheiten ab. Da es nie die politische Absicht gewesen ist, mit dem KVG auch eine Pflegeversicherung einzuführen, bestreiten sie, dass die KVG-konforme Umsetzung der Pflegefinanzierung die volle Kostenübernahme durch die Versicherer bedeutet, sofern die Transparenz in den Kostenrechnungen der Pflegeheime gemäss VKL hergestellt ist. Zudem stellen sie die Gesetzmässigkeit der VKL in Frage: In der Auffassung von Santésuisse kann die Frage der Vollkostenübernahme bzw. der Übernahme eines Beitrags nicht auf Verordnungsstufe geklärt werden.
Status Quo (Vorschlag Santésuisse/SDK)	Die Versicherer sprechen sich für eine Neuregelung der Pflegekosten auf Basis von Beiträgen im KVG aus. Präzisierungen (Stellungnahme vom 16. Mai 2003): <ul style="list-style-type: none"> • «In Anlehnung an das Finalitätsprinzip kommen die Beiträge unabhängig vom Ort der Leistungserstellung und unabhängig von der Dauer der Pflegebedürftigkeit sowohl für Spitex als auch für Pflegeheime zur Anwendung. • Die Beiträge sind durch fixe Beiträge in CHF festzulegen und sind differenziert nach Pflegebedarfsstufen auszugestalten. • Die Beiträge sind insgesamt im Ausmass der heutigen Finanzierung festzulegen.»
Status Quo plus	Die Versicherer unterstützen grundsätzlich das Modell «Status Quo plus». Die im vorliegenden Bericht dargestellte Lösungsvariante wird jedoch aufgrund der Trennung von Akut- und Langzeitpflege abgelehnt. Gemäss Position Santésuisse (s. Bemerkungen unter «Status Quo») erübrigt sich eine Aufteilung bzw. Trennung der Akut-, Langzeit- und Überbrückungspflege. Neue Begriffe wie Akut-, Langzeit- und Überbrückungspflege sind unbedingt zu vermeiden, da diese Begriffe zu neuen Rechtsunsicherheiten führen und der Forderung widersprechen, die Pflege als Ganzes zu betrachten.
KVG – Staat – Pflegebedürftige	Die Versicherer lehnen dieses Modell ausdrücklich ab, weil es in Richtung Einführung einer Pflegeversicherung geht (Stellungnahme vom 16. Mai 2003).

Quellen: Santésuisse/SDK 2002; Protokolle der Workshops der Arbeitsgruppe «Finanzierung der Pflege» vom 10.2., 3.3. und 1.4.2003; Stellungnahme Santésuisse zum Schlussbericht vom 16. Mai 2003.

Kantone

Die Kantone waren in der Arbeitsgruppe durch zwei Repräsentanten der SDK vertreten. Wie erwähnt, haben sie ihre Position gemeinsam mit den Versicherern formuliert.

Tabelle 31

Position der Kantone	
Finanzierungsmodell	Position
Umsetzung KVG	Die Kantone lehnen die Umsetzung des KVG im Pflegesektor aufgrund des damit verbundenen Kostenschubs ebenfalls ab.
Status Quo	Die Kantone vertreten den Vorschlag SDK/Santésuisse.
Status Quo plus	<p>Die Kantone schliessen sich dem vorgeschlagenen Finanzierungsmodell im Grundsatz an. In ihrer Stellungnahme zum Bericht vom 13. Mai 2003 äussern sie folgende Bemerkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die vorgeschlagene Unterscheidung zwischen Finanzierung der Akutpflege und Finanzierung der Langzeitpflege ist im vorliegenden Bericht nur sehr vage dargestellt. Ob das ein gangbarer Weg ist, wird sich im Rahmen der weiterführenden Arbeiten herauszustellen haben. • Zwischen stationären (Pflegeheim) und ambulanten (Spitex) Leistungen sollte verstärkt differenziert werden. In diesem Zusammenhang wird die «Bevorzugung der Spitex» (d.h. volle Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG) nach wie vor als eine prüfenswerte Variante erachtet, die im Rahmen von Folgearbeiten zwingend näher analysiert werden sollte. • Die vorgeschlagene Modellvariante wird zu einer markanten Finanzierungsverschiebung zulasten der Kantone führen. Einer solchen Lastenverschiebung (EL-Ausbau) sind jedoch sehr enge Grenzen gesetzt. Die Aktualisierung der NFA unter Berücksichtigung der Gesetzesänderungen (KVG und ELG) wird als unumstössliche Forderung erachtet (sine qua non). Anzustreben ist eine «ausgewogene(re)» Gesamtlösung. In diesem Zusammenhang sollte die Frage der Beitragshöhe der Krankenversicherer (Erhöhung der Rahmentarife in den oberen Pflegestufen) nicht vorweg zurückgewiesen werden. Darauf hingewiesen wird ebenfalls, dass die Festlegung der Eckwerte der Finanzierungslösung Sache des politischen Prozesses ist. • Die Änderungen im KVG und im ELG müssen nicht zwingend als «Paket» beschlossen werden. Die Finanzierung der Pflegeleistungen im Pflegeheim bedarf aufgrund gesetzlicher Widersprüchlichkeiten dringend einer Lösung im Rahmen der 2. KVG-Revision (vgl. Positionspapier SDK/Santésuisse). Diese Problemlösung im Sinne eines «Moratoriums» ist vordringlich und kann nicht weiter verzögert im Rahmen einer 3. Revision angegangen werden. <p>Ergänzend haben die SDK-Vertreter in der Arbeitsgruppe gefordert, dass die Pflegeleistungen nach einem differenzierten Erfassungssystem entschädigt werden.</p>
KVG – Staat – Pflegebedürftige	<p>Die Kantone lehnen dieses Modell aus folgenden Gründen entschieden ab (Stellungnahme vom 13. Mai 2003):</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Die öffentliche Hand hat die Pflegebedürftigen, die ihre Ausgaben nicht decken können, zusätzlich über die EL und die Sozialhilfe bedarfsorientiert zu unterstützen. Eine Vermischung von bedarfsorientierten und pauschalisierten fixen Beiträgen der öffentlichen Hand führt letztlich weder zu einem effizienteren noch effektiveren Finanzierungssystem. Umgekehrt sind wir der Auffassung, dass es praktisch unmöglich ist, in einem solchen System ‚trilateral-fixe‘ Beiträge festzulegen. • Ein solches System führt zudem weg von der konsequent bedarfsorientierten Ausgestaltung und hin zu einem «Giesskannenprinzip». Daraus resultieren verteilungspolitische Probleme bei insgesamt knappen Ressourcen der öffentlichen Hand. • Zudem müsste wohl auch die (verfassungsrechtliche) Frage geklärt werden, ob es im Rahmen einer KVG-Revision überhaupt zulässig wäre, eine solche generelle Subventionsverpflichtung mit fixen Beiträgen festzuschreiben.»

Quellen: Santésuisse/SDK 2002; Protokolle der Workshops der Arbeitsgruppe «Finanzierung der Pflege» vom 10.2., 3.3. und 1.4.2003, Stellungnahme Herren Roth und Mottu vom 13. Mai 2003 zum Bericht.

2. Positionen zu den Verworfenen Modellen

Modell «KVG – Staat»

Das Modell «KVG – Staat» wird von allen in der Arbeitsgruppe vertretenen Organisationen aufgrund der fehlenden politischen Akzeptanz (massive Belastung der Kantone; Schritt in Richtung Pflegeversicherung) abgelehnt. Sehr grossen Widerstand gegenüber diesem Modell äussern die Kantone (massive Zusatzbelastung) und die Versicherer (Belastung über dem heutigen Niveau).

Pflegeversicherung

Eine Pflegeversicherung wird von allen in der Arbeitsgruppe vertretenen Organisationen explizit abgelehnt. Betont wird, dass die Pflegeversicherung auch längerfristig keine Option darstellt. Folgende Gründe werden angeführt:

- Die Krankenpflege ist bereits über das KVG versichert. Eine weitere Versicherung ist nicht notwendig (Spitex Verband Schweiz, SDK, SBK).
- Die Pflegeversicherung hätte schwierige Abgrenzungsprobleme zur Folge (Spitex Verband Schweiz, SBK).
- Die Versicherer wehren sich dagegen, dass sie über die Pflegeversicherung kurzfristig die gesamten Kosten der Pflegeleistungen nach KVG übernehmen müssen (Santésuisse 2002a).
- Die SDK (2002) lehnt eine vom KVG abgetrennte Pflegeversicherung ab, die den Versichertenkreis und die Finanzierung im Alter beschränken.

Literatur

- Bigovic-Balzardi A. 2000: Die heutigen Leistungen der IV und anderer Sozialversicherungen im Bereich der Pflege und Betreuung behinderter Menschen, in: Soziale Sicherheit 2/2000.
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) 2001a: Statistik über die Krankenversicherung 2000, Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) 2001b: Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2001, Bern
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) 2002a: Spitex-Statistik 2000, Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) 2002b: Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2001, Bern
- Bundesamt für Statistik 2002: Kosten des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 2000 und Entwicklung seit 1995. Neuchâtel.
- Bundesrat 1999a: Bericht über die Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit vom 13. Januar 1999, Bern.
- Bundesrat 1999b: Erklärung des Bundesrates vom 1. Dezember 1999 zur Motion Gross «Finanzierung der Pflege sichern» vom 3. September 1999 99.3447, Bern.
- Bundesrat 2000a: Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000, Bern.
- Bundesrat 2000b: Botschaft über die 11. Revision der Alters- und Hinterlassenenversicherung und die mittelfristige Finanzierung der Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung vom 2.2.2000, Bern.
- Bundesrat 2001: Botschaft zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 14. November 2001, Bern.
- Bundesrat 2002a: Stellungnahme vom 26.2.2003 zur Motion Leuthard (Unterstützung der erbrachten Pflege zu Hause durch Verwandte und Bekannte) 02.3546, Bern.
- Bundesrat 2002b: Stellungnahme vom 9.12.2002 zur Motion Raggenbass 02.3611, Bern
- Eidg. Departement des Innern (EDI) 1995: Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, Bern.
- Greppi S., Ritzmann H., Rossel R., Siffert N. 2000: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit, Neuchâtel.
- Huber F. 1997: Langzeitpflege in der Schweiz und ihre Finanzierung, in: Soziale Sicherheit 5/1997.
- IDAFiSo 1/ Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) 1996: Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen, Bern.
- IDAFiSo 2/ Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) 1998: Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen. Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien, Bern.
- INFRAS 2001: Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer, Zürich

Literatur

- Konjunkturforschungsstelle (KOF) 2002: Quantitative Analyse des Systems der Krankenpflegeversicherung, Zürich.
- Landolt H. 2002: Das soziale Pflegesicherungssystem. Eine Darstellung der sozialen Pflegeleistungen des Bundes und der Kantone unter besonderer Berücksichtigung der Spital-, Heim und Hauspflegeleistungen, Bern.
- Latzel G., Andermatt Ch., Walther R. 1997: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit, Zürich
- Oggier W. 2002: Die Pflege-Finanzierung in der Schweiz – eine Analyse aus gesundheitsökonomischer Sicht, Zürich.
- Mauch Consulting, INFRAS, Ernst Basler und Partner AG 2001: Politik der nachhaltigen Entwicklung in der Schweiz, Standortbestimmung und Perspektiven. Anhänge zum Hauptbericht: Konzeptioneller Rahmen und Analysen der 25 Politiksektoren, Oberlunkhofen, Zürich, Zollikon.
- Nationalrat 1997: Parlamentarische Initiative Rychen. Befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bern.
- Nationalrat 2003a: Amtliches Bulletin vom 18.6.2003, www.parlament.ch.
- Nationalrat 2003b: Amtliches Bulletin vom 8.12.2003, www.parlament.ch.
- Nationalrat 2003c: Amtliches Bulletin vom 17.12.2003, www.parlament.ch.
- Santésuisse 2002a: Pflegeheimkosten und –Finanzierung, Positionspapier vom 2. Oktober 2002.
- Santésuisse 2002b: Neue Pflegeversicherung notwendig, Medienmitteilung vom 2. Oktober 2002.
- Santésuisse/SDK 2002: Neuregelung der Pflegekosten im KVG, Positionspapier vom 18. Oktober 2002.
- Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) 2002: Neuregelung der Finanzierung der Pflegekosten im Pflegeheimen, Sitzung des SDK-Plenunms vom 21. November 2002.
- Schweizerischer Seniorenrat (SSR) 2003: Bericht zur Reform der Langzeitpflege (Modell zur zukünftigen Finanzierung).
- Ständerat 2003a: Amtliches Bulletin der Sitzung vom 20.3.03, www.parlament.ch.
- Ständerat 2003b: Amtliches Bulletin der Sitzung vom 3.12.03, www.parlament.ch.
- Ständerat 2003c: Amtliches Bulletin der Sitzung vom 4.12.03, www.parlament.ch.
- Ständerat 2003d: Amtliches Bulletin der Sitzung vom 16.12.03, www.parlament.ch.
- Wenger B. 2002: Finanzierung des stationären Langzeitbereichs, Referat vom November 2002, redaktionell überarbeitet im Januar 2003.

