

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG

Schlussbericht
Zürich, 28. Oktober 2021

Judith Trageser, Sabine Fries, Thomas von Stokar

Impressum

Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG

Schlussbericht

Zürich, 28. Oktober 2021

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Projektleitung

Christian Marti, BAG

Christian Vogt, BAG

Autorinnen und Autoren

Judith Trageser, Sabine Fries, Thomas von Stokar

INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95

info@infras.ch

Inhalt

Zusammenfassung	4
Ausgangslage und Ziel	4
Methodik	4
Abgrenzung der Beiträge an KVG-Pflegeleistungen	5
Ergebnisse zu den Beiträgen der Kantone an die KVG-Pflegeleistungen	5
Ergebnisse zum EFAS-Kostenteiler unter Einbezug der Pflegeleistungen	6
Fazit	8
1. Ausgangslage, Ziel und Methodik	14
1.1. Ausgangslage	14
1.2. Ziel	14
1.3. Methodik	15
2. Gegenstand, Abgrenzungen und Datenquellen	17
2.1. Datenquellen	17
2.2. Gegenstand und Abgrenzungen	17
3. Schätzung der Beiträge der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege	21
3.1. KVG-Pflege im Alters- und Pflegeheim	24
3.2. KVG-Pflege zuhause	30
3.3. Gesamtbeiträge	35
4. EFAS-Kostenteiler unter Einbezug der Pflege	39
Annex: Weiterführende Tabellen	44
Tabellenanhang Kapitel 2	44
Tabellenanhang Kapitel 3	49
Fragebogen	64
Tabellenverzeichnis	75
Literatur	76

Zusammenfassung

Ausgangslage und Ziel

Im Zuge der parlamentarischen Initiative 09.528 Humbel «*Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus*» hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) im Auftrag der SGK-SR einen Bericht (Verwaltungsbericht des EDI vom 30. November 2020) zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erstellt. In diesem wurde unter anderem in Ziffer 2.1.2. (S. 12ff.) die Frage der Finanzierungsanteile von Kantonen und Versicherern behandelt. Zur Berechnung der Finanzierungsanteile unter Einbezug der Pflegeleistungen hat das EDI für die Beiträge der beiden Finanzierungsträger Kantone/Gemeinden und Pflegebedürftige Schätzungen aus einer von der GDK beauftragten Studie als Basis verwendet (INFRAS 2019). Die Schätzungen aus dieser Studie beziehen sich auf das Jahr 2016. Um die Schätzungen auf weitere Jahre abzustützen und um mögliche Sondereffekte auszuschliessen, hat das BAG INFRAS im April 2021 beauftragt, die Studie zu aktualisieren.

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Beiträge der Finanzierungsträger Kantone/Gemeinden, PatientInnen und Krankenversicherern (OKP) für die KVG-relevanten Pflegekosten für die Jahre 2016 bis 2019 zu bestimmen. Folgende Fragestellungen werden mit der Studie beantwortet:

1. Wie hoch waren die Beiträge der Kantone und Gemeinden an Pflegeleistungen nach KVG in Pflegeheimen und im ambulanten Bereich in den einzelnen Jahren 2016 bis 2019?
2. Wie teilten sich die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG auf die einzelnen Finanzierungsträger auf (Krankenversicherer [OKP], Kantone und Gemeinden [Restfinanzierung] sowie Pflegebedürftige [Patientenbeteiligung])?
3. Welcher Kostenteiler für die einheitliche Finanzierung (EFAS) ergibt sich unter Einbezug der Beiträge an Pflegeleistungen nach KVG?

Methodik

Für die vorliegende Studie wurde die Methodik der Studie für die GDK (INFRAS 2019) grösstenteils übernommen. Kern der Studie bildet eine **schriftliche Erhebung zu den geleisteten Beiträgen bei den Kantonen**. Vorbereitend wurden Gespräche mit einzelnen Kantonen geführt. Die Angaben aus der schriftlichen Befragung wurden anhand von **zusätzlichen Schätzungen** mit Informationen aus öffentlichen Statistiken plausibilisiert und konsolidiert. Die Kantone hatten schliesslich Gelegenheit, die für ihren Kanton erfassten Beiträge zu validieren.

Abgrenzung der Beiträge an KVG-Pflegeleistungen

Die gesuchte Grösse sind die Beiträge der Kantone und Gemeinden an KVG-Pflegeleistungen.

Diese wurden für den vorliegenden Zweck wie folgt abgegrenzt:

- Neben der Restkostenfinanzierung im Rahmen ihrer Finanzierungsmodelle leisten die Kantone und Gemeinden teilweise zusätzlich weitere Beiträge an die Leistungserbringer (z.B. Subventionen, gemeinwirtschaftliche Leistungen). Sofern diese dazu genutzt werden, KVG-pflichtigen Pflegekosten zu decken, gehören auch diese Ausgaben zur Restkostenfinanzierung.
- Nicht zu den Beiträgen an die KVG-Pflege gezählt werden «freiwillige Subventionen» an die Patientenbeteiligungen, welche von Kantonen und Gemeinden geleistet werden, wenn sie tiefere Patientenbeteiligungen festgelegt haben als das in KVG Art. 25a Abs. 5 geforderte Maximum.
- Ebenfalls nicht zu den Beiträgen an KVG-Pflegeleistungen zählen indirekte Beiträge der Kantone an die Patientenbeteiligung via Ergänzungsleistungen.
- In den Jahren 2018 und 2019 wurde aufgrund von zwei Bundesverwaltungsgerichtsurteilen im Jahr 2017 Pflegematerial, das von Pflegefachpersonen in Pflegeheimen und bei der Pflege zu Hause verwendet wird, von den Kantonen und Gemeinden im Rahmen der Restfinanzierung mitfinanziert. Da diese Kosten mit Beschluss des Bundesrates vom 4. Juni 2021 zukünftig wieder voll den Versicherern in Rechnung gestellt werden, wurden die in 2018 und 2019 durch die Kantone und Gemeinden geleisteten MiGeL-Beiträge nicht berücksichtigt, sondern den Leistungen der Versicherer zugeschlagen.

Ergebnisse zu den Beiträgen der Kantone an die KVG-Pflegeleistungen

Basierend auf der Erhebung und ergänzenden Schätzungen haben die Kantone und Gemeinden in den Jahren 2016-2019 insgesamt zwischen **CHF 8.273 Mia. und CHF 8.789 Mia.** für die KVG-Pflege aufgewendet, wobei die Beiträge von Jahr zu Jahr gestiegen sind (vgl. folgende Tabelle). Durchschnittlich entspricht dies einem **jährlichen Betrag von CHF 2.068 Mia. bis CHF 2.197 Mia.** Rund 70% davon sind in die Pflegeheime geflossen.

**Geschätzte Gesamtausgaben der Kantone und Gemeinden für die KVG-Pflege in den Jahren 2016-2019
(in Mia. CHF)**

	Pflege im Pflegeheim	Pflege zuhause	Total
2016	1.377 - 1.426	0.528 - 0.597	1.905 - 2.023
2017	1.460 - 1.514	0.567 - 0.640	2.027 - 2.154
2018	1.484 - 1.555	0.598 - 0.671	2.083 - 2.225
2019	1.616 - 1.671	0.642 - 0.716	2.258 - 2.387
Total 2016-2019	5.937 - 6.166	2.336 - 2.623	8.273 - 8.789
Mittelwert 2016-2019	1.484 - 1.541	0.584 - 0.656	2.068 - 2.197

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen und eigene Schätzungen

Ergebnisse zum EFAS-Kostenteiler unter Einbezug der Pflegeleistungen

Mit den erhobenen und konsolidierten Informationen für die KVG-Pflege ergibt sich nach dem Bruttoprinzip (d.h. inkl. der Kostenbeteiligungen der Versicherten bei den OKP-Beiträgen) im Mittel über die vier Jahre ein EFAS-Kostenteiler von 24.0% bis 24.2% für die Kantone und Gemeinden bzw. 75.8% bis 76.0% für die Versicherer. Bei Anwendung des Nettoprinzips erhöht sich der Kostenteiler für die Kantone/Gemeinden auf 26.8% bis 27.0%. Folgende Tabelle zeigt die detaillierten Zahlen für das Bruttoprinzip.

Ausgaben der Kostenträger für KVG-Leistungen in den Jahren 2016-2019 (in Mia. CHF) (Bruttoprinzip¹)

	Ambulante Leistungen (ohne Pflege)	Stationäre Leistungen (ohne Pflege)	Pflege	Total
2016				
Versicherer (OKP)	21.936 ¹	6.686 ¹	2.723 ¹	31.344 (75.5% - 75.7%)
Kantone/Gemeinden	0	8.171 ¹	1.905 - 2.023 ³	10.077 - 10.195 (24.3% - 24.5%)
Total	21.936	14.857	4.629 - 4.746	41.421 - 41.539
2017				
Versicherer (OKP)	22.863 ¹	6.661 ¹	2.791 ¹	32.315 (75.8% - 76.1%)
Kantone/Gemeinden	0	8.142 ¹	2.027 - 2.154 ³	10.169 - 10.295 (23.9% - 24.2%)
Total	22.863	14.803	4.818 - 4.945	42.484 - 42.611
2018				
Versicherer (OKP)	23.121 ¹²	6.604 ¹²	2.876 ¹²	32.601 (76.0% - 76.2%)
Kantone/Gemeinden	0	8.072 ¹	2.083 - 2.225 ³	10.155 - 10.297 (23.8% - 24.0%)
Total	23.121	14.676	4.959 - 5.102	42.756 - 42.899
2019				
Versicherer (OKP)	24.228 ¹	7.006 ¹	2.969 ¹	34.202 (75.8% - 76.0%)
Kantone/Gemeinden	0	8.563 ¹	2.258 - 2.387 ³	10.820 - 10.949 (24.0% - 24.2%)
Total	24.228	15.568	5.227 - 5.355	45.023 - 45.151
Mittelwert 2016-2019				
Versicherer (OKP)				32.616 (75.8% - 76.0%)
Kantone/Gemeinden				10.305 - 10.434 (24.0% - 24.2%)

¹ Quelle: OKP-Statistik. Der Anteil der OKP im stationären Bereich wurde gemäss Methodik des Berichts des EDI vom 30. November 2020 auf 45% normiert. Bei den ambulanten Leistungen (ohne Pflege) wurden allfällige Leistungen der Kantone und Gemeinden an MiGeL-Pflegematerial draufgeschlagen (vgl. Kap. 2.2, Abschnitt zu MiGeL-Pflegematerial).

² Diese Zahlen weichen von der publizierten OKP-Statistik ab. Grund ist, dass es sich um eine korrigierte Zahl handelt.

³ Schätzungen der Beiträge der Kantone gemäss Kapitel 0.

Tabelle INFRAS.

¹ Beim Bruttoprinzip sind die Kostenbeteiligungen der Versicherten in den OKP-Beiträgen enthalten.

Fazit

Der Kostenteiler für die Kantone und Gemeinden fällt gegenüber jenem des Verwaltungsberichts des EDI vom 30. November 2020 etwas tiefer aus (Jahr 2016: 0.8 Prozentpunkte tiefer bei Anwendung des Bruttoprinzips)². Dies hängt zum grossen Teil damit zusammen, dass die freiwilligen Subventionen an die Patientenbeteiligung, welche rund 4% der Gesamtbeiträge an die KVG-Pflege ausmachen, in der vorliegenden Studie von den Beiträgen der Kantone an die KVG-Pflege abgezogen wurden.

Der Kostenteiler schwankt um bis zu 0.7 Prozentpunkte zwischen den Jahren 2016 und 2019 und sinkt tendenziell im Zeitverlauf. Die Abstützung auf mehrere Jahre trägt zu einem stabileren Kostenteiler bei.

Der ermittelte Kostenteiler zwischen den Kantonen/Gemeinden und Versicherern für die Leistungen nach KVG schwankt um 0.2 Prozentpunkte zwischen der unteren und oberen Schätzung. Der Grund dafür ist, dass die Finanzierungstransparenz im Bereich der Pflegeleistungen nicht vollständig gegeben ist. Insbesondere leisten Kantone und Gemeinden teilweise Beiträge, bei denen nicht zwischen KVG- und Nicht-KVG-Leistungen unterschieden wird. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass die verbleibende Unsicherheit bezogen auf den Finanzierungsteiler für alle Leistungen nach KVG nicht allzu gross ist.

Schliesslich bleibt festzuhalten, dass der ermittelte Kostenteiler auf der normativen Entscheidung beruht, von der effektiv erfolgten Restfinanzierung durch Kantone und Gemeinden auszugehen. Diese muss nicht notwendigerweise dem Ausmass an Restfinanzierung entsprechen, welches vom KVG gefordert wird. Gemäss der Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung (INFRAS et al. 2016) gibt es Hinweise darauf, dass bei der Finanzierung der KVG-Pflegeleistungen Deckungslücken bestehen. Ein weiterer Hinweis dafür ist unter anderem, dass die ermittelte Restfinanzierung von Kanton zu Kanton zum Teil stark variiert. Das theoretische Ausmass der vom Gesetz geforderten Restfinanzierung lässt sich nicht genau bestimmen, zumal auch unklar ist, inwieweit die Deckungslücken auch auf Ineffizienzen beruhen. Geht man von den in der SOMED-Statistik publizierten KVG-Pflegekosten und den oben aufgeführten Finanzierungsbeiträgen aus, blieben in den Jahren 2016 bis 2019 durchschnittlich zwischen 3.3% und 4.6% der KVG-Kosten im Bereich der Pflegeheime ungedeckt. Für den Bereich der Pflege zu Hause kann dieser Anteil nicht ermittelt werden, da die KVG-Pflegekosten nicht bekannt sind.

² Die vom Verwaltungsbericht für das Jahr 2016 geschätzten Finanzierungsanteile der Kantone und Gemeinden an allen Leistungen nach KVG betragen 24.7 bis 25.1 Prozent (Bruttoprinzip) bzw. 27.5 bis 27.9 Prozent (Nettoprinzip).

Résumé

Contexte et objectif

Dans le cadre du traitement de l'initiative parlementaire Humbel 09.528 « *Financement moniste des prestations de soins* », le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a rédigé sur mandat de la CSSS-CE un rapport (du 30 novembre 2020) sur le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ce document traitait notamment, au ch. 2.1.2 (pp. 12 ss), de la question des parts de financement respectives des cantons et des assureurs. Afin de calculer ces parts avec intégration des prestations de soins, le DFI a utilisé, s'agissant des contributions des agents payeurs cantons/communes et personnes tributaires de soins, des estimations tirées d'une étude commandée par la CSSS (INFRAS 2019). Celles-ci se réfèrent à l'année 2016. En avril 2021, l'OFSP a chargé INFRAS de mettre cette étude à jour pour pouvoir fonder les estimations sur les chiffres des années suivantes et exclure d'éventuels facteurs extraordinaires.

L'objectif de la présente étude est de déterminer les contributions respectives des trois agents payeurs : cantons/communes, patients et assureurs-maladie (AOS) aux coûts des soins relevant de la LAMal pour les années 2016 à 2019. L'étude répond aux questions suivantes :

1. Quel a été le niveau des contributions des cantons et des communes aux prestations de soins au sens de la LAMal fournies dans les EMS et dans le domaine ambulatoire pour chacune des années 2016 à 2019 ?
2. Comment se sont répartis les coûts des prestations de soins au sens de la LAMal entre les agents payeurs (assureurs-maladie [AOS], cantons et communes [financement résiduel] et personnes tributaires de soins [participation aux coûts]) ?
3. Quelles parts de financement en résultent, dans un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS), si l'on y intègre les soins au sens de la LAMal ?

Méthode appliquée

La présente étude reprend dans une large mesure la méthode appliquée dans l'étude réalisée sur mandat de la CSSS (INFRAS 2019). L'élément essentiel en est une **enquête écrite auprès des cantons sur les contributions fournies par eux**. Des entretiens avec quelques-uns d'entre eux ont été menés durant la phase préparatoire. Les indications issues de l'enquête écrite ont été consolidées et leur plausibilité vérifiée à l'aide d'**estimations supplémentaires** tirées de statistiques officielles. Enfin, les cantons ont pu valider leurs contributions ainsi calculées.

Délimitation des contributions aux coûts des soins au sens de la LAMal

Les valeurs recherchées étaient les contributions des cantons et des communes aux coûts des soins au sens de la LAMal. Pour les besoins de la présente étude, celles-ci ont été délimitées comme suit :

- Outre le financement des coûts résiduels dans le cadre de leurs modèles de financement, les cantons et les communes octroient parfois des contributions supplémentaires aux fournisseurs de prestations (p. ex. subventions, prestations d'intérêt général). Si ces contributions servent à couvrir des coûts de soins au sens de la LAMal, elles font aussi partie du financement des coûts résiduels.
- Ne font pas partie des contributions aux coûts des soins au sens de la LAMal, en revanche, les « subventions facultatives » aux participations des patients que des cantons et des communes accordent lorsqu'ils ont fixé des participations inférieures au maximum exigé à l'art. 25a, al. 5, LAMal.
- N'en font pas non plus partie les contributions indirectes aux participations des patients que les cantons fournissent via les prestations complémentaires.
- En 2018 et en 2019, en vertu de deux arrêts rendus en 2017 par le Tribunal administratif fédéral, le matériel de soins utilisé par le personnel infirmier dans les EMS et pour les soins à domicile a été cofinancé par les cantons et les communes dans le cadre du financement résiduel. Comme dorénavant ces coûts, conformément à la décision prise le 4 juin 2021 par le Conseil fédéral, seront de nouveau facturés dans leur intégralité aux assureurs, les contributions fournies par les cantons et les communes pour les moyens et appareils inscrits sur la liste correspondante (LiMA) n'ont pas été prises en compte en ce qui les concerne, mais ont été ajoutées aux prestations des assureurs.

Résultats concernant les contributions des cantons aux coûts des soins au sens de la LAMal

Sur la base de l'enquête et des estimations complémentaires, les cantons et les communes ont dépensé en tout, de 2016 à 2019, entre **8,273 et 8,789 milliards de francs** au titre des soins au sens de la LAMal, les montants augmentant d'année en année (voir tableau ci-après). Cela correspond à une **contribution annuelle moyenne de 2,068 à 2,197 milliards de francs**, dont 70 % environ destinés aux EMS.

Estimation des dépenses totales des cantons et des communes, de 2016 à 2019, au titre des soins au sens de la LAMal (en milliards de francs)

	Soins en EMS	Soins à domicile	Total
2016	1,377 à 1,426	0,528 à 0,597	1,905 à 2,023
2017	1,460 à 1,514	0,567 à 0,640	2,027 à 2,154
2018	1,484 à 1,555	0,598 à 0,671	2,083 à 2,225
2019	1,616 à 1,671	0,642 à 0,716	2,258 à 2,387
Total 2016-2019	5,937 à 6,166	2,336 à 2,623	8,273 à 8,789
Moyenne 2016-2019	1,484 à 1,541	0,584 à 0,656	2,068 à 2,197

Tableau INFRAS. Source : enquête auprès des cantons et estimations des auteurs

Résultats concernant les parts de financement EFAS avec intégration des soins

Des informations recueillies et consolidées concernant les soins au sens de la LAMal, il résulte en moyenne pour les quatre années, sur la base des prestations brutes (c.-à-d. participation des assurés aux coûts incluse dans la contribution de l'AOS), des parts de financement de 24,0 à 24,2 % pour les cantons et les communes, et de 75,8 à 76,0 % pour les assureurs. Sur la base des prestations nettes, la part de financement des cantons et des communes est de 26,8 à 27 %. Le tableau qui suit donne les chiffres détaillés pour le calcul basé sur les prestations brutes.

Dépenses des agents payeurs au titre des prestations LAMal de 2016 à 2019 (en milliards de francs) (prestations brutes³)

	Prestations ambulatoires (sans intégration des soins)	Prestations stationnaires (sans intégration des soins)	Soins	Total
2016				
Assureurs (AOS)	21,936 ¹	6,686 ¹	2,723 ¹	31,344 (75,5 à 75,7 %)
Cantons / communes	0	8,171 ¹	1,905 à 2,023 ³	10,077 à 10,195 (24,3 à 24,5 %)
Total	21,936	14,857	4,629 à 4,746	41,421 à 41,539
2017				
Assureurs (AOS)	22,863 ¹	6,661 ¹	2,791 ¹	32,315 (75,8 à 76,1 %)
Cantons / communes	0	8,142 ¹	2,027 à 2,154 ³	10,169 à 10,295 (23,9 à 24,2 %)
Total	22,863	14,803	4,818 à 4,945	42,484 à 42,611
2018				
Assureurs (AOS)	23,121 ¹²	6,604 ¹²	2,876 ¹²	32,601 (76,0 à 76,2 %)
Cantons / communes	0	8,072 ¹	2,083 à 2,225 ³	10,155 à 10,297 (23,8 à 24,0 %)
Total	23,121	14,676	4,959 à 5,102	42,756 à 42,899
2019				
Assureurs (AOS)	24,228 ¹	7,006 ¹	2,969 ¹	34,202 (75,8 à 76,0 %)
Cantons / communes	0	8,563 ¹	2,258 à 2,387 ³	10,820 à 10,949 (24,0 à 24,2 %)
Total	24,228	15,568	5,227 à 5,355	45,023 à 45,151
Moyenne 2016-2019				
Assureurs (AOS)				32,616 (75,8 à 76,0 %)
Cantons / communes				10,305 à 10,434 (24,0 à 24,2 %)

¹ Source : statistique de l'AOS. La part de financement de l'AOS dans le domaine stationnaire a été normée à 45 % conformément à la méthode appliquée dans le rapport du DFI du 30 novembre 2020. Pour les prestations ambulatoires (sans intégration des soins), les contributions éventuelles des cantons et des communes au matériel de soins de la LiMA ont été ajoutées (cf. ch. 2.2).

² Ces chiffres diffèrent de ceux publiés dans la statistique de l'AOS, car une rectification a été opérée.

³ Contributions des cantons estimées selon chap. 0.

Conclusions

La part de financement des cantons et des communes, selon les nouveaux calculs, est légèrement inférieure à celle à laquelle aboutissait le rapport du DFI du 30 novembre 2020 (2016 : de 0,8 point plus basse avec calcul basé sur les prestations brutes)⁴. Cela tient pour une large part au fait que, dans la présente étude, les subventions facultatives aux participations des patients, qui représentent environ 4 % des contributions totales aux coûts des soins au sens de la LAMal, sont déduites des contributions des cantons à ce titre.

La variation de cette part de financement entre 2016 et 2019 peut aller jusqu'à 0,7 point ; ladite part tend à diminuer au fil du temps. Sa valeur est plus stable si le calcul se fonde sur plusieurs années.

Les parts de financement respectives des cantons/communes et des assureurs pour les prestations au titre de la LAMal varient de 0,2 point entre les valeurs inférieure et supérieure des estimations. Cela tient au fait que la transparence n'est pas totale en ce qui concerne le financement des soins. Les cantons et les communes, en particulier, ne font pas toujours la distinction, dans leurs contributions, entre les prestations qui relèvent de la LAMal et celles qui lui sont étrangères. Les résultats obtenus montrent toutefois aussi que l'incertitude qui demeure quant aux parts de financement pour l'ensemble des prestations au titre de la LAMal n'est pas très grande.

Il faut enfin noter que les parts de financement calculées reposent sur la décision normative de partir du financement résiduel effectivement assumé par les cantons et les communes. Celui-ci ne correspond pas nécessairement au volume de financement résiduel qu'exige la LAMal. Selon l'évaluation du nouveau régime de financement des soins (INFRAS et al. 2016), des indices laissent à penser que ce financement accuse encore des lacunes dans la couverture des coûts des soins au sens de la LAMal. Un autre indice en ce sens est, entre autres, que le financement résiduel calculé varie parfois considérablement d'un canton à l'autre. Il n'est pas possible de déterminer exactement le volume théorique du financement résiduel exigé par la loi, d'autant qu'on ignore dans quelle mesure les lacunes de financement reposent aussi sur un manque d'efficience. Si l'on se fonde sur les coûts des soins au sens de la LAMal publiés dans la statistique SOMED et sur les contributions au financement indiquées plus haut, en moyenne entre 3,3 et 4,6 % des coûts au titre de la LAMal n'ont pas été couverts, de 2016 à 2019, dans le domaine des EMS. Dans celui des soins à domicile, la part non couverte ne peut être calculée, le volume des coûts des soins relevant de la LAMal n'étant pas connu.

³ C.-à-d. avec inclusion des participations des assurés aux coûts dans les contributions de l'AOS

⁴ Dans le rapport du DFI, l'estimation des parts de financement des cantons et des communes pour l'ensemble des prestations au sens de la LAMal était comprise, pour 2016, entre 24,7 et 25,1 % (sur la base des prestations brutes), et entre 27,5 et 27,9 % (sur la base des prestations nettes).

1. Ausgangslage, Ziel und Methodik

1.1. Ausgangslage

Im Zuge der Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» (EFAS) hat die GDK gefordert, die Beiträge der Versicherer und der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflegeleistungen in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzubeziehen.

Die GDK beauftragte INFRAS deshalb mit einer Studie, welche den Kostenteiler zwischen Kantonen und Versicherern unter Einbezug der Pflege ermittelte (INFRAS 2019). Darin wurden die Beiträge der Kantone und Gemeinde an die KVG-Pflege geschätzt. Diese Schätzungen basierten auf einer Datenerhebung eines einzelnen Jahres (2016).

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat im Auftrag der SGK-SR einen Bericht (Verwaltungsbericht des EDI vom 30. November 2020) zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erstellt. In diesem wurde unter anderem in Ziffer 2.1.2. (S. 12ff.) die Frage der Finanzierungsanteile von Kantonen und Versicherern behandelt. Für die Berechnung des Kostenteilers inklusive KVG-Pflege wurden die von INFRAS (2019) ermittelten Beiträge an die KVG-Pflege verwendet.

Ziel des vorliegenden Berichts im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) ist es, die Angaben zum Kostenteiler breiter abzustützen. Um mögliche Sondereffekte einzelner Jahre auszuschliessen, sollten Angaben aus zusätzlichen Jahren (2017-2019) herangezogen werden. Die Methodik der Studie für die GDK (INFRAS 2019) wurde dabei grösstenteils übernommen, da sie sich für die Fragestellung – auch gemäss einer Studie von Polynomics / HSLU (2020) – bewährt hatte.

1.2. Ziel

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Beiträge der Finanzierungsträger Kantone/Gemeinden, PatientInnen und Krankenversicherern (OKP) für die KVG-relevanten Pflegekosten für mehrere Jahre (2016-2019) zu bestimmen. Folgende Fragestellungen werden mit der Studie beantwortet:

1. Wie hoch waren die Beiträge der Kantone und Gemeinden an Pflegeleistungen nach KVG in Pflegeheimen und im ambulanten Bereich in den einzelnen Jahren 2016 bis 2019?
2. Wie teilten sich die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG auf die einzelnen Finanzierungsträger (insbesondere Krankenversicherer [OKP], Kantone und Gemeinden [Restfinanzierung] sowie Pflegebedürftige [Patientenbeteiligung] auf?)»)

3. Welcher Kostenteiler für die einheitliche Finanzierung (EFAS) ergibt sich unter Einbezug der Beiträge an Pflegeleistungen nach KVG?

1.3. Methodik

Die Studie stützt sich auf folgendes Vorgehen, um die einzelnen Fragestellungen zu beantworten:

- Hauptbestandteile des methodischen Vorgehens waren eine **schriftliche Befragung aller Kantone** in den Monaten Juli/August 2021 sowie die **Analyse von bestehenden Daten** (SO-MED-Statistik, Spitex-Statistik, OKP-Statistik).
- Grundlage für die schriftliche Befragung war der Fragebogen aus der Erhebung im Jahr 2018/2019. Vor der Erhebung wurden in einem ersten Schritt die Ergebnisse der Befragung für die INFRAS-Studie 2019 retrospektiv hinsichtlich Optimierungen analysiert. In einem zweiten Schritt führten wir im Mai 2021 **vorbereitende Gespräche mit drei Kantonen** (BS, LU, ZH) durch, um die Zweckmässigkeit einzelner Fragen und den Anpassungsbedarf zu überprüfen. Der Fragebogen 2021 ist im Annex zu finden. Die wichtigsten Anpassungen bei der schriftlichen Befragung sind in Box 1 zusammengefasst.
- Die **schriftliche Befragung aller Kantone** mittels Excel-Fragebogen fand in den Monaten Juli/August 2021 statt.
- Die Angaben der Kantone wurden einzeln geprüft. Unklarheiten in den Angaben wurden direkt mit den Kantonen auf schriftlichem oder telefonischem Weg geklärt. Zusätzlich wurden die Angaben der Kantone **anhand von zusätzlichen Schätzungen plausibilisiert**. Die Schätzungen und Angaben wurden anschliessend konsolidiert. Die Kantone hatten schliesslich nochmals Gelegenheit, die konsolidierte Schätzung zu verifizieren und zu korrigieren. Details zur Plausibilisierung und Konsolidierung der Angaben der Kantone sind in Kapitel 0 beschrieben.
- Anhand der Ergebnisse zu den Beiträgen der Kantone/Gemeinden sowie Informationen aus der OKP-Statistik wurde schliesslich **der Kostenteiler EFAS** unter Einbezug der Pflege berechnet.

Box 1: Erhebung bei den Kantonen: Wichtigste Änderungen gegenüber INFRAS (2019)

Die inhaltlichen Anpassungen umfassen im Wesentlichen folgende Punkte:

- **Ergänzung der Jahre 2017-2019**
- **Fakultative Beiträge der Kantone an die Patientenbeteiligung** in Form von reduzierten Patientenbeiträgen sowie Beiträge an die Kosten von **MiGeL-Materialien**: Diese Beiträge wurden separat erhoben. Ziel war es, diese Beiträge von den Restkosten abzugrenzen (vgl. Kap. 2.1). Wo die Kantone keine Angaben machen konnten, haben wir diese Beiträge geschätzt (vgl. Kapitel 0).
- **Beiträge Kantone zu Ergänzungsleistungen**: Diese Angaben wurden nicht mehr erhoben, da diese Beiträge ausserhalb des KVG erfolgen und für die Ermittlung des Anteils an der direkten Finanzierung der Leistungen nach KVG nicht relevant sind.
- **Beiträge zu Pflegeleistungen in intermediären Angeboten**: Beiträge an die KVG-pflichtigen Kosten intermediärer Angebote (z. B. Tages- und Nachtstrukturen oder Inhouse-Spitex) wurden in der Befragung für die GDK (INFRAS 2019) teilweise als Beiträge an die Pflege in Pflegeheimen und teilweise als Bestandteil der Beiträge an die Pflege zuhause ausgewiesen. Angesichts der zunehmenden Bedeutung intermediärer Angebote haben wir im Rahmen der vorliegenden Erhebung sowohl die Beiträge der Kantone als auch nähere Angaben zu den Angeboten in diesem Bereich erhoben. Konnten die Kantone die Beiträge nicht separat ausweisen, haben wir sie gebeten, anzugeben, wo diese einfließen.

Weitere Optimierungen des Fragebogens umfassten folgende Punkte:

- Optimierung der Definitionen zentraler Begriffe (wie z. B. KVG-Restkostenfinanzierung, Normkosten, Normdefizite)
- Klarere Erfassung von Mischsystemen zur Verbesserung der Bottom-up Schätzung
- Technische Optimierungen zur Erhöhung der Benutzerfreundlichkeit

2. Gegenstand, Abgrenzungen und Datenquellen

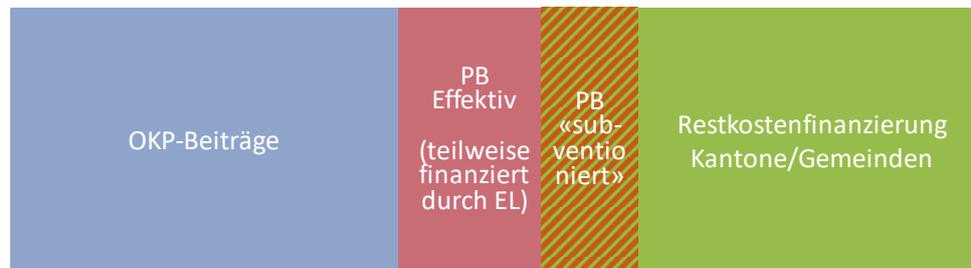
2.1. Datenquellen

Folgende Daten wurden verwendet, um die Angaben der Kantone zu plausibilisieren, ergänzende Schätzungen vorzunehmen sowie den Kostenteiler zu berechnen:

- SOMED-Statistik mit ausführlichen Informationen zur Finanzseite der Alters- und Pflegeheime. Diese detaillierte Statistik nach Kanton konnte via GDK bei Curaviva Schweiz beschafft werden.
- Spitex-Statistik: Die nötigen Daten bis und mit 2019 konnten auf der Webseite des BFS heruntergeladen werden. Zusätzlich stellte das BAG detailliertere Daten der Spitex-Statistik nach Leistungserbringertyp zur Verfügung.
- OKP-Statistik (Ausgaben der Versicherer für ambulante und stationäre Leistungen sowie Pflegeleistungen): Diese wurde vom BAG zur Verfügung gestellt.

2.2. Gegenstand und Abgrenzungen

Abbildung 1: Zusammensetzung der Finanzierung der Pflegeleistungen nach KVG



PB = Patientenbeteiligung

Grafik INFRAS.

Beiträge der Kantone/Gemeinden (Restkostenfinanzierung KVG-Pflege)

Die gesuchte Grösse sind die Beiträge der Kantone/Gemeinden für KVG-pflichtige Pflegeleistungen (**KVG-Restkostenfinanzierung**). Darunter verstehen wir die Ausgaben, welche die Kantone bzw. Gemeinden im Rahmen der Restkostenfinanzierung übernehmen. Abbildung 1 zeigt die Zusammensetzung Finanzierung der Pflege nach KVG. Die gesuchten Beiträge entsprechen der grünen Fläche in der Abbildung.

Die Restkostenfinanzierung durch die Kantone/Gemeinden sollte der Differenz entsprechen zwischen den totalen KVG-Pflegekosten und den Kosten, welche von den Versicherern (OKP-Beiträge) sowie den PatientInnen (Patientenbeteiligung) getragen werden. In der Realität deckt die Restfinanzierung der Kantone/Gemeinden jedoch nicht die vollen KVG-Pflegekosten, da in der überwiegenden Mehrheit der Kantone die Kosten nur bis zu einem definierten Betrag übernommen werden.⁵⁶ Dadurch entstehen Deckungslücken, welche im Rahmen der vorliegenden Studie jedoch nicht näher betrachtet werden. Es bestehen ausserdem verschiedene Restkostenfinanzierungsmodelle auf Seiten der Kantone und Gemeinden. Teilweise leisten sie zusätzlich weitere Beiträge an die Leistungserbringer (z. B. Subventionen, gemeinwirtschaftliche Leistungen). Sofern diese dazu genutzt werden, KVG-pflichtige Pflegekosten zu decken, gehören auch diese Ausgaben zur Restkostenfinanzierung. Sie werden von den Leistungserbringern und Kantonen/Gemeinden jedoch nicht immer genau abgegrenzt und sind in den offiziellen Statistiken daher nicht immer separat aufgeführt.

Freiwillige Subventionen der Kantone/Gemeinden an die Patientenbeteiligungen

Gemäss KVG (Art. 25a Abs. 5) dürfen höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages auf die PatientInnen überwältzt werden. Dies entsprach bis zum Jahr 2020⁷ im Bereich der stationären Pflege maximal CHF 21.60 (20% von CHF 108.-) pro Tag und bei ambulanten Leistungserbringern maximal CHF 15.95 (20% von CHF 79.80) pro Tag. Den Kantonen steht es frei, tiefere Patientenbeteiligungen festzulegen. Solche reduzierte Patientenbeteiligungen gelten in vielen Kantonen, insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege. Diese «Subventionen» sind in Abbildung 1 mit der rot/grün schraffierten Fläche gekennzeichnet.

⁵ Eine Übersicht der Restkostenfinanzierungsmodelle findet sich in der Studie von INFRAS für die GDK (INFRAS 2019).

⁶ In seinem Urteil vom 20. Juli 2018 (9C_446/2017) hat sich das Bundesgericht mit der Frage der Restfinanzierung durch kantonale Höchstansätze auseinandergesetzt. Es ist zum Schluss gekommen, dass die Kantone grundsätzlich ihrer Pflicht zur Restfinanzierung der Pflegekosten mittels Festlegung von Höchstansätzen nachkommen können. Sollten diese im Einzelfall jedoch nicht kostendeckend sein, erwiesen sie sich als mit der Regelung von Artikel 25a Absatz 5 Satz 2 KVG nicht vereinbar. Zudem seien die Kantone verpflichtet, die Einhaltung der Vorgaben zur transparenten Ausweis der Kosten für die Erbringung der Pflege nach KVG sicherzustellen. Erst auf dieser Basis seien sie in der Lage, gestützt auf Betriebsvergleiche zu überprüfen, ob die Leistungen wirtschaftlich erbracht worden sind. Geschehe dies nicht, seien die Kantone (oder ihre Gemeinden) verpflichtet, vollständig für die ungedeckten Restkosten aufzukommen, auch wenn das kantonale Recht dafür Höchstansätze vorsieht.

⁷ Ab dem Jahr 2020 gelten aufgrund der geänderten OKP-Beiträge andere Patientenbeteiligungen: Pflegeheime CHF 23.00 (20% von CHF 115.20) und bei ambulanten Leistungserbringern CHF 15.35 (20% von CHF 76.90).

net. Im vorliegenden Mandat sind die freiwilligen Subventionen **nicht Gegenstand der gesuchten Beiträge der Kantone/Gemeinden** und wurden somit nicht zur Restfinanzierung gezählt. Gegenüber der Studie für die GDK (INFRAS 2019) handelt es sich hierbei um eine andere Abgrenzung. In INFRAS (2019) wurden diese «Subventionen» zu den direkten Beiträgen der Kantone/Gemeinden im Sinne der Restfinanzierung gezählt. Im Rahmen dieses Mandats sollen zur Restkostenfinanzierung der Kantone/Gemeinden jedoch nur jene Beiträge der Kantone/Gemeinden gezählt werden, die sie *mindestens* per Gesetz leisten müssten.

Indirekte Beiträge der Kantone (Ergänzungsleistungen an die Patientenbeteiligung)

Daneben leisten die Kantone weitere Beiträge an die KVG-Pflege via Ergänzungsleistungen zur Finanzierung von Patientenbeteiligungen, für die PatientInnen nicht selbst aufkommen können. Diese indirekten Beiträge wurden im Rahmen dieses Mandats nicht separat ausgewiesen, sondern als Teil der Patientenbeiträge (rote Fläche in Abbildung 1) betrachtet. In diesem Mandat ist nur die direkte Finanzierung der Leistungen nach KVG relevant. Indirekte Beiträge sind für die Bestimmung der Finanzierungsanteile für die direkte Finanzierung der Leistungen nicht relevant.

Beiträge an MiGeL-Pflegematerial

Pflegematerial, das von Pflegefachpersonen in Pflegeheimen und bei der Pflege zu Hause verwendet wird, wurde bis zum Jahr 2018 den Versicherern separat und voll in Rechnung gestellt. Gemäss zwei Bundesverwaltungsgerichtsurteilen im September 2017 sind diese Kosten jedoch nicht separat durch die OKP zu vergüten, sondern nach dem Verteilschlüssel der Pflegefinanzierung durch die drei Kostenträger (OKP, Kantone/Gemeinden und Versicherte). Die Kantone und Gemeinden übernahmen daher diese Kosten ab dem Jahr 2018.⁸ Mit dem Beschluss des Bundesrates vom 4. Juni 2021⁹ wird diese Gesetzgebung jedoch wieder dahingehend angepasst, dass die MiGeL-Beiträge ab dem 1. Oktober 2021 wieder von den Krankenversicherern übernommen werden müssen. Um den Kostenteiler mit der künftigen Finanzierung durch die Krankenversicherungen vergleichbar zu machen, haben wir die Beiträge der Kantone an das MiGeL-Pflegematerial in den Jahren 2018 und 2019 in der vorliegenden Studie separat erhoben, von den Restkosten der Kantone und Gemeinden abgezogen.¹⁰ Die Beiträge an MiGeL-Pflegematerial werden bei der vorliegenden Abgrenzung somit über die ganze Periode hinweg

⁸ Dabei gibt es gemäss der Erhebung Ausnahmen (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 12 im Anhang). Darüber hinaus laufen gemäss Aussagen von Kantonen teilweise noch Gerichtsverfahren zu Rückforderungen der Krankenversicherer für die Jahre vor 2018. Dies konnte im Rahmen dieser Studie nicht berücksichtigt werden, da ungewiss ist, ob die Rückforderungen erfolgreich sein werden.

⁹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-des-kvg-verguetung-des-pflegematerials.html>

¹⁰ Diese Beträge wurden in der Konsequenz bei der Berechnung des Kostenteilers als Beiträge der OKP im Rahmen der Finanzierung von ambulanten Leistungen aufgeschlagen (vgl. Kap. 4)

nicht als KVG-Pflegefinanzierung (sondern als Finanzierung von ambulanten Leistungen der OKP) betrachtet. Sie sind daher auch nicht in Abbildung 1 aufgeführt. Darüber hinaus ist anzumerken, dass die Kosten für das MiGeL-Pflegematerial im Vergleich zu den Gesamtkosten der Pflege nicht substantiell sind. Gemäss SOMED-Statistik bewegen sie sich bei den Pflegeheimen in der Grössenordnung von rund 1.5% der gesamten KVG-Pflegekosten.

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

Je nach Finanzierungssystem konnten die Kantone ihre Beiträge bzw. die Beiträge ihrer Gemeinden nicht immer exakt angeben. Da auch aus den öffentlichen Statistiken nicht immer plausible Angaben hervorgehen, haben wir die Angaben der Kantone mit eigenen Schätzungen basierend auf verfügbaren Informationen verglichen (bottom-up bzw. top-down). Die Angaben der Kantone wurden mit diesen Schätzungen plausibilisiert bzw. teilweise ergänzt oder – wo unplausibel – korrigiert. Die Korrekturen haben wir den Kantonen zur Validierung unterbreitet. Für die Validierung und Schätzung sind wir analog zur Studie für die GDK (INFRAS 2019) vorgegangen (für Details vgl. INFRAS 2019, S. 22-24 und S. 32-34):

1. Eigene Schätzung der direkten Beiträge der Kantone an KVG-Pflegeleistungen: Dazu erfolgte eine kostenseitige Top-Down-Schätzung sowie eine ertragsseitige Bottom-Up-Schätzung (vgl. untenstehende Boxen 1 und 2).
2. Vergleich der Bandbreite mit Angaben der Kantone; Plausibilisierung der Angaben anhand von weiteren Informationen.
3. Abklärungen bei Kantonen, falls Angaben weit von der geschätzten Bandbreite und Plausibilisierungsgrössen liegen (inkl. Sichtung von kantonalen Gesetzgebungsdokumenten: Verordnungen, Kreisschreiben, Leistungsverträge).
4. Konsolidierung basierend auf Methodik INFRAS (2019). Waren die Angaben der Kantone vollständig, wurden diese als plausibel angenommen. In den restlichen Fällen wurden die Angaben korrigiert. Die verschiedenen Korrekturen sind in Kapiteln 3.1 und 3.2 ausgeführt.
5. Validierung der vorgenommenen Korrekturen mit den Kantonen.

Im Vergleich zur GDK-Studie gab es in Bezug auf die Abgrenzung und damit auch die Berechnung der Beiträge folgende zwei Abweichungen:

Abgrenzung der «freiwilligen» Subventionen» der Kantone an die Patientenbeteiligung

Nicht alle Kantone konnten diese Beträge beziffern. Wo nötig haben wir daher die Subventionen geschätzt. Im Bereich der Pflegeheime waren gute Schätzungen möglich, im Bereich der Pflege zuhause mussten zusätzliche Annahmen getroffen werden:

- Pflegeheime: Die gesetzlich festgelegte Patientenbeteiligung entspricht maximal 20% des höchsten OKP-Beitrags an die KVG-Pflegeleistungen bzw. CHF 21.60 pro Tag für die Pflege im Pflegeheim. Die effektiv durch die PatientInnen geleistete Patientenbeteiligung pro Tag kann der SOMED-Statistik entnommen werden. Die Subvention entspricht schliesslich der Differenz aus gesetzlich festgelegter und effektiv geleisteter Patientenbeteiligung.

- Pflege zuhause: Die effektiv gezahlte Patientenbeteiligung geht aus der Spitex-Statistik hervor. Die gesetzlich festgelegte maximale Patientenbeteiligung entspricht CHF 15.95 pro Tag, an dem Pflegeleistungen bezogen werden. Die eigentlich gemäss KVG zu leistende Patientenbeteiligung kann jedoch nicht einfach ermittelt werden, denn in der Spitex-Statistik sind nicht die Anzahl Tage, an denen Pflege geleistet wurde, sondern nur die Anzahl Pflegestunden insgesamt erfasst. Um eine Schätzung machen zu können, wurden daher Informationen dazu benötigt, wie viele Minuten pro Tag die PatientInnen im Durchschnitt gepflegt werden. Hierzu haben wir Angaben aus drei Kantonen (JU, SO, ZH) erhalten.¹¹ Aus diesen Angaben geht einheitlich hervor, dass die PatientInnen im Durchschnitt rund 60 Minuten pro Tag Pflege erhalten. Auf Basis dieser Angabe haben wir schliesslich die Subvention der Patientenbeteiligung für die Kantone geschätzt, die selbst keine Angabe machen konnten.

Schätzung Beiträge an MiGeL-Pflegematerial

Nicht alle Kantone konnten ihre Beiträge zu MiGeL-Pflegematerial ausweisen.¹² Im Bereich der Pflegeheime haben wir von vier Kantonen Hinweise erhalten, die auf eine Grössenordnung der MiGeL-Pauschale (je nach Pflegebedarfsstufe) zwischen CHF 1 und CHF 3 pro Tag hinweist. Um die MiGeL-Beiträge für die restlichen Kantone zu schätzen, sind wir wie folgt vorgegangen: Wir haben anhand der Kantone mit verfügbaren Angaben eine durchschnittliche MiGeL-Pauschale ermittelt, indem wir ihre Angabe durch die Anzahl Pfl egetage (stationärer Bereich) bzw. Anzahl Pflegeminuten (ambulanter Bereich) geteilt haben. Dabei resultierte eine durchschnittliche MiGeL-Pauschale von CHF 1.85 pro Tag (stationärer Bereich) bzw. CHF 1.00¹³ pro Stunde (ambulanter Bereich). Angesichts der vergleichsweise geringen Beträge für die MiGeL-Leistungen erachten wir die vorgenommenen Schätzungen als unkritisch.

¹¹ Zusätzlich haben wir bei der SASIS AG sowie bei Spitex Schweiz angefragt, um Informationen dazu zu erhalten. Die Anfragen waren jedoch erfolglos. Die SASIS AG kann mit den Versichererdaten die Anzahl Pflegestunden pro PatientIn lediglich pro Monat ausweisen. Spitex Schweiz verfügt über keine Informationen zu den abgerechneten Pflegeminuten pro Tag und PatientIn.

¹² Eigene Schätzungen der MiGeL-Beiträge haben wir im Bereich der Pflegeheime für die Kantone AI, AR, LU, OW, ZG und im Bereich der Pflege zuhause für die Kantone AR, BL, GL, LU, OW, SG, SH, SZ, TG, TI, ZG vorgenommen.

¹³ Dieser Wert wurde auf Basis weniger Angaben ermittelt. Da dieser Wert jedoch auch ungefähr der durchschnittlichen MiGeL-Pauschale des Kantons Zürich im ambulanten Bereich entspricht, schätzen wir ihn als plausibel ein. Der Kanton Zürich gibt an, dass diese Informationen aufgrund von Bemühungen des Kantons relativ genau im Rahmen der Spitex-Statistik bei den Leistungserbringern erhoben werden.

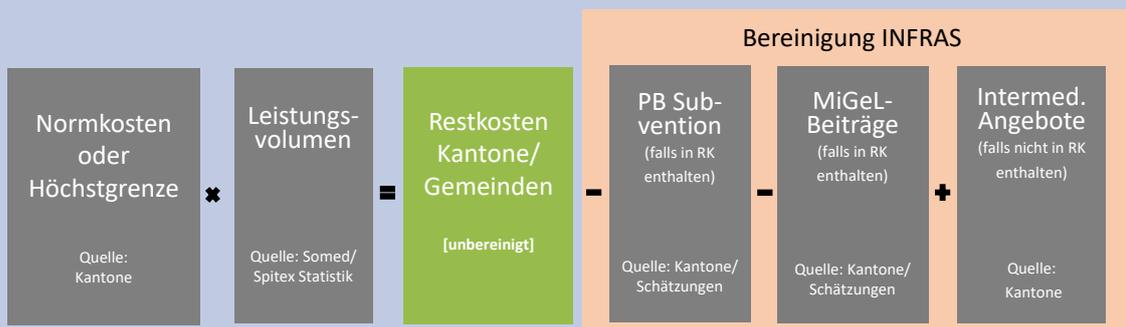
Box 1: Bottom-Up-Schätzung

Wir multiplizieren die Normkosten oder Höchstgrenzen (eigene Angabe Kantone) mit dem Leistungsvolumen (Angabe aus SOMED bzw. Spitex-Statistik). Die resultierende grüne Fläche entspricht den unbereinigten Restkosten der Kantone/Gemeinden. Wir haben diese Grösse anschliessend wie folgt bereinigt:

- Abzug der allfälligen Subventionen der Patientenbeiträge (sofern in Restkosten enthalten)
- Abzug der MiGeL-Beiträge (sofern in Restkosten enthalten)
- Addition der Beiträge an intermediäre Angebote (sofern nicht bereits in den Restkosten enthalten und Beiträge bekannt).

Diese Schätzung stellt eine **Untergrenze** dar, da es sich um die Ertragsseite handelt und die Normkosten und Höchstgrenzen oftmals keine zusätzliche Abgeltung für Leistungserbringer mit spezifischem Leistungsauftrag beinhalten.

Abbildung 2: Schätzmethode Bottom-up



Grafik INFRAS.

Box 2: Top-Down-Schätzung

Ausgehend von den Gesamtkosten der KVG-pflichtigen Pflege haben wir die unbereinigten Restkosten ermittelt, indem wir die effektive Patientenbeteiligung und effektiven OKP-Beiträge (gemäss SOMED-Statistik) subtrahierten. Wir haben diese Grösse anschliessend wie folgt bereinigt (analog zur Bottom-up Schätzung):

- Abzug der allfälligen Subventionen der Patientenbeiträge (sofern in Restkosten enthalten)
- Abzug der MiGeL-Beiträge (sofern in Restkosten enthalten)
- Addition der Beiträge an intermediäre Angebote (sofern nicht bereits in den Restkosten enthalten und Beiträge bekannt).

Weil diese Schätzung von den Kosten ausgeht und somit auch allfällige Deckungslücken bei der Finanzierung umfasst, ist die «Top-Down» Schätzung als **Obergrenze** der Beiträge der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege zu betrachten. Die Top-Down-Schätzung war nur im Bereich der Pflegeheime möglich (anhand der SOMED-Daten). Bei der Pflege zuhause geht aus der SpiteX-Statistik nicht hervor, in welcher Höhe die Gesamtkosten der KVG-Pflege liegen.

Abbildung 3: Schätzmethode Top-down



Grafik INFRAS.

In den folgenden Kapiteln führen wir die Angaben der Kantone sowie die Ergebnisse der jeweiligen Schätzungen auf. Die Methoden, welche den Schätzungen zugrunde liegen, unterscheiden sich teils zwischen den Bereichen Pflege im Pflegeheim und Pflege zuhause. Sie sind daher in den jeweiligen Kapiteln separat beschrieben.

3.1. KVG-Pflege im Alters- und Pflegeheim

Die folgenden Abschnitte beschreiben, wie wir die Beiträge der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege im Pflegeheim ermittelt haben. Anschliessend sind die Ergebnisse pro Kanton in einer Tabelle festgehalten.

Angaben der Kantone zu den Beiträgen an die KVG-Pflegeleistungen

Die Kantone haben in der Befragung Angaben zu folgenden Positionen gemacht (vgl. auch Fragebogen im Annex):

- KVG-Restkostenfinanzierung: Beiträge in den Jahren 2016-2019.
- Weitere Beiträge an Alters- und Pflegeheime in den Jahren 2016-2019 (Subventionen, Defizitdeckung, gemeinwirtschaftliche Leistungen und sonstige Beiträge) sowie der Anteil an diesen weiteren Beiträgen, der zur Deckung von KVG-Pflegekosten verwendet wird.
- Weitere Angaben zu Normkosten oder Höchstgrenzen, sofern zutreffend.¹⁴
- Angaben zur Patientenbeteiligung, deren allfälligen Subvention durch den Kanton sowie zu MiGeL-Ausgaben für die Jahre 2016-2019.
- Angaben zu intermediären Angeboten für die Jahre 2016-2019.

Die Summe der Beiträge zur Restkostenfinanzierung und der Anteil von weiteren Beiträgen für KVG-Pflegekosten ergeben die Beiträge der Kantone an die KVG-Pflege im Pflegeheim. Diese Angaben haben wir bereinigt um freiwillige Subventionen der Kantone an die Patientenbeteiligung sowie um Beteiligung der Kantone an das MiGeL-Pflegematerial. Zudem haben wir – wo immer eine Angabe verfügbar war – die Beiträge der Kantone an die intermediären Angebote ausgewiesen. Wenn diese in den Restkosten enthalten sind, haben wir dies ausgewiesen (vgl. Tabelle 13). Wenn diese nicht in den Restkosten enthalten waren und die Beiträge bekannt waren, haben wir diese hinzugerechnet. Das Ergebnis dieser Berechnungen ist in Tabelle 1 aufgeführt.

Schätzungen aufgrund von weiteren Informationsquellen

Um die Angaben der Kantone zu plausibilisieren bzw. zu ergänzen, haben wir zwei Schätzungen der Beiträge der Kantone/Gemeinden an die KVG-Pflege im Pflegeheim vorgenommen. Dabei sind wir gemäss den Schritten in Box 2 vorgegangen.

- Für die **«Bottom-Up»-Schätzung** haben wir die Normkosten oder Höchstgrenzen, die in den Jahren 2016-2019 in den jeweiligen Kantonen galten, aus der Befragung der Kantone erhalten. Die Mehrzahl der Kantone verwenden Normkosten oder Höchstgrenzen im Rahmen der Restkostenfinanzierung.¹⁵ Das Leistungsvolumen entspricht den geleisteten Pflorgetagen

¹⁴ Diese Angaben wurden für die Plausibilisierung (Bottom-Up-Schätzungen) verwendet.

¹⁵ 21 von 26 Kantonen. Ausnahmen sind die Kantone GL, LU, OW, SZ, UR, die keine Normkosten oder Höchstwerte anwenden. Für diese Kantone konnte keine Bottom-Up-Schätzung gemacht werden.

multipliziert mit der mittleren Pflegebedarfsstufe der Pflegeleistungen, die im Kanton geleistet wurden. Diese Angaben stammen aus der SOMED-Statistik gemäss Pflegeheimstandort.¹⁶

- **Für die «Top-Down»-Schätzung:** Die Gesamtkosten der KVG-pflichtigen Pflege sowie die Beiträge der PatientInnen und der Versicherer haben wir der SOMED-Statistik entnommen.

Konsolidierung der Angaben

Wir haben die Angaben der Kantone jeweils mit den zwei Schätzwerten plausibilisiert. Bei der Konsolidierung sind wir folgendermassen vorgegangen:

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

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

- Die Mehrheit der Kantone (insgesamt 19: AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE; GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, TI, UR, VD, VS) konnte gemäss eigenen Aussagen genaue Angaben zu den Beiträgen des Kantons und den Gemeinden machen.
- Einige Kantone konnten keine Angabe darüber machen, ob die Gemeinden weitere Beiträge an die Alters- und Pflegeheime leisten und falls ja, welcher Anteil davon zur Finanzierung der KVG-pflichtigen Pflege verwendet werden (AR, SO, SZ, TG). Bei diesen Kantonen verwendeten wir die Angabe der Kantone als Untergrenze und die «Top-Down»-Schätzung als Obergrenze, da die Gemeinden im Maximum alle Deckungslücken übernehmen könnten (**Korrektur A** in Tabelle 1 und Tabelle 14).
- Einige weitere Kantone haben angegeben, dass nebst der KVG-Restkostenfinanzierung weitere Beiträge an die Alters- und Pflegeheime entrichtet werden. Sie konnten aber nicht genau angeben, welcher Anteil zur Deckung von KVG-Pflegekosten verwendet wird (Kantone

¹⁶ Die verwendeten Analysen der SOMED-Statistik basieren auf dem «Standortprinzip». Das heisst der Kanton, in dem die Leistung erbracht wurde, ist massgebend, unabhängig vom Wohnsitzkanton der BewohnerInnen. In Kantonen, in denen mehr Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz betreut werden als dass EinwohnerInnen in Pflegeheime in anderen Kantonen gehen, sind die Kosten gemäss «Bottom-Up»- und «Top-Down»-Schätzungen tendenziell überschätzt.

SH, ZH). In diesen Fällen haben wir als Untergrenze die Angabe zur KVG-Restkostenfinanzierung der Kantone verwendet, die Obergrenze entspricht diesem Wert plus ein (durch die Kantone geschätzter) maximaler Anteil¹⁷ der weiteren, nicht zuordenbaren Beiträge (**Korrektur B** in Tabelle 1 und Tabelle 14).

- Schliesslich konnte auch der Kanton ZG innerhalb der Erhebungsperiode keine Angaben zu den direkten Beiträgen der Gemeinden für die KVG-Restkostenfinanzierung machen, weil dafür die Gemeinden zuständig sind. Da in ZG ebenfalls keine kantonsweiten Normkosten oder Höchstgrenzen vorliegen, haben wir diese anhand der im Jahr 2016-2019 in den Zuger Gemeinden geltenden Rahmentarifen hochgerechnet.¹⁸ Diese Schätzung resultiert in einem ähnlichen Bereich wie die Top-Down-Schätzung. Da wir aber die Schätzung anhand der Rahmentarife als unsicherer einschätzen, verwenden wir die «Top-Down»-Schätzung als Wert für die Beiträge der Gemeinden. Für eine Unter- und Obergrenze gibt es keine Anhaltspunkte (**Korrektur C** in Tabelle 1 und Tabelle 14).

Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die konsolidierten Schätzungen der Restkosten der Kantone und Gemeinden für die Jahre 2016-2019. In der Tabelle ist zudem angegeben, ob die Kantonsangaben durch uns korrigiert wurden (mit einer der oben beschriebenen Korrekturen A, B, C). Im Anhang findet sich eine ausführlichere Form dieser Tabelle (vgl. Tabelle 14). Diese beinhaltet neben weiteren Erläuterungen zu den Angaben der Kantone auch Erläuterungen zu Unter- und Obergrenzen sowie mögliche Erklärungsansätze für Abweichungen zwischen den Angaben der Kantone und den durchgeführten Schätzungen. Als weitere Plausibilisierungsgrösse sind dort auch die Beiträge der Kantone und Gemeinden für die KVG-Pflege pro Pflageetag gemäss SOMED-Statistik angegeben.¹⁹ Um die Ausgaben der Kantone und Gemeinden pro Pflageetag besser einordnen zu können, zeigen wir dort zudem die mittlere Pflegebedarfsstufe im Kanton gemäss SOMED-Statistik im jeweiligen Jahr.

¹⁷ Dieser Anteil beruht auf einer approximativen Einschätzung des KLV-relevanten Anteils in Absprache mit dem jeweiligen Kanton.

¹⁸ Anhand des Mittelwerts zwischen dem tiefsten und dem höchsten geltenden Rahmentarif.

¹⁹ Diese basieren auf den Werten nach Konsolidierung. Bei Kantonen mit einer Bandbreite wurde dazu der Mittelwert verwendet.

Tabelle 1: Schätzungen Restkostenfinanzierung der Kantone und Gemeinden an die Pflege im Pflegeheim

Kanton	Konsolidierte Werte ¹				Korr.
	2016	2017	2018	2019	
AG	68'581'000	75'252'000	80'782'000	88'154'000	.
AI	3'374'909	2'884'761	2'926'304	3'275'209	.
AR	8'444'589 - 16'062'600	8'541'470 - 15'701'300	8'547'261 - 15'298'977	10'560'752 - 14'486'050	A
BE	200'200'000	207'400'000	216'800'000	230'400'000	.
BL	40'361'821	42'503'888	45'607'576	61'257'605	.
BS	41'400'000	41'900'000	42'960'000	46'230'000	.
FR	34'191'673	44'651'373	44'091'512	47'944'460	.
GE	102'801'341	110'026'861	113'627'889	131'272'186	.
GL	5'949'633	6'599'966	5'286'925	5'043'571	.
GR	32'445'000	35'442'000	35'831'000	35'394'000	.
JU	9'037'199	9'529'479	10'370'275	10'925'988	.
LU	92'624'820	96'937'678	92'927'567	95'479'773	.
NE	40'042'000	41'086'403	42'024'042	44'229'748	.
NW	7'255'578	8'242'333	8'392'562	9'489'609	.
OW	8'143'100	8'358'400	8'313'550	8'620'693	.
SG	70'890'589	73'706'070	76'454'248	89'324'876	.
SH	12'900'000 - 15'505'000	13'500'000 - 15'795'000	14'680'000 - 19'590'000	15'623'000 - 20'065'000	B
SO	31'600'000 - 45'505'000	32'600'000 - 49'357'800	32'600'000 - 54'462'500	33'600'000 - 43'241'000	A
SZ	10'341'817 - 25'006'900	11'081'868 - 28'772'700	12'180'676 - 29'977'800	14'014'956 - 32'872'500	A
TG	33'926'013 - 38'514'500	36'534'945 - 42'584'600	39'252'960 - 42'872'400	43'404'933 - 46'979'070	A
TI	39'701'422	41'865'010	45'413'730	50'002'826	.
UR	8'289'000	8'143'000	8'233'000	8'437'000	.
VD	74'060'339	73'152'761	66'285'634	80'989'976	.
VS	44'086'800	46'159'500	47'151'200	47'803'200	.
ZG	20'911'100	19'271'100	22'150'912	21'194'619	C
ZH	335'484'580 - 341'418'064	364'202'538 - 368'295'105	361'547'350 - 377'006'112	383'243'701 - 397'824'970	B
CH	1'377'044'322 - 1'426'359'387	1'459'573'405 - 1'513'619'089	1'484'438'170 - 1'554'837'711	1'615'916'683 - 1'670'937'930	.

¹ Die Angaben der Kantone wurden wie folgt bereinigt: Subtraktion der fakultativen Subventionen der Patientenbeteiligung sowie der Beiträge an MiGeL-Pflegematerial (sofern in den RK enthalten), Addition der Beiträge an intermediäre Angebote (sofern nicht bereits in RK enthalten und Beiträge bekannt).

Korrektur A: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze «Top-Down» Schätzung.

Korrektur B: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze Angabe Kanton plus weitere Beiträge.

Korrektur C: nur «Top-Down» Schätzung.

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

In diesen Beiträgen für die Restkosten für die Pflege im Pflegeheim sind ebenfalls die Ausgaben der Kantone für GWL und gegebenenfalls Subventionen, Defizitbeiträge und sonstige Leistungen, die zur Deckung von KVG-Pflegekosten genutzt werden, miteingerechnet. Anders als in der Studie für die GDK (INFRAS 2019) sind die Beiträge bereinigt um allfällige freiwillige Subventionen der Kantone an die Patientenbeiträge²⁰ sowie in den Restkosten enthaltene MiGeL-Beiträge.²¹ Zudem haben wir die Ausgaben für intermediäre Angebote den Beiträgen zugeordnet, sofern sie bekannt waren und nicht bereits in den Restkosten enthalten waren. Aus diesem Grund fallen in einzelnen Kantonen auch die Beiträge für das Jahr 2016 anders aus als in INFRAS (2019).

Fazit Beiträge zu der KVG-Pflege im Pflegeheim

Wir gehen anhand der bereinigten Angaben von Beiträgen der Kantone und Gemeinden in den Jahren 2016-2019 von durchschnittlichen Restkosten im Pflegeheim **zwischen CHF 1.484 Mia. und CHF 1.541 Mia. pro Jahr** aus. Dies entspricht je nach Jahr einem Beitrag von durchschnittlich CHF 43.72 pro Pflage-tag (vgl. Tabelle 2). Die Beiträge sind zwischen 2016 und 2019 sowohl absolut als auch pro Pflage-tag angestiegen.

Tabelle 2: Schätzung gesamthaften Restkosten für die Pflege im Pflegeheim (2016-2019)

	Untere Bandbreite (in Mia. CHF)	Obere Bandbreite (in Mia. CHF)	RK pro Pflage-tag ¹ (in CHF)	Differenz Bandbreiten
2016	1.377	1.426	40.64	3.6%
2017	1.460	1.514	43.29	3.7%
2018	1.484	1.555	44.08	4.8%
2019	1.616	1.671	46.87	3.4%
Mittelwert 2016-2019	1.484	1.541	43.72	3.9%

¹ Basierend auf Mittelwert zwischen unterer und oberer Bandbreite.

Tabelle INFRAS. Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Erhebung bei den Kantonen/SOMED-Statistik

²⁰ In den folgenden Kantonen wurden Subventionen an die Patientenbeteiligung in Abzug gebracht: FR, GE, TI, VD, VS (vgl. Tabelle 9).

²¹ In den folgenden Kantonen wurden MiGeL-Beiträge in Abzug gebracht (in gewissen Kantonen nur in einzelnen relevanten Jahren): AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH (vgl. Tabelle 11).

Der wahre Wert dürfte mit grosser Wahrscheinlichkeit innerhalb dieser Bandbreite von rund 3.4%-4.8% (Mittelwert über vier Jahre 3.9%) liegen. Hierfür spricht, dass die Mehrheit der Kantone (19) die Ausgaben für die Restkostenfinanzierung der Pflege im Pflegeheim relativ klar beziffern konnte. In den restlichen sieben Kantonen haben wir eigene Korrekturen vorgenommen, wobei auch diese Korrekturen in den meisten Fällen basierend auf Angaben der Kantone gemacht werden konnten, bspw. indem sie die geleisteten weiteren Beiträge klar beziffern konnten oder Hinweise zu Normkosten liefern konnten. Die Unsicherheiten in diesen Kantonen bestanden vorwiegend darin, dass unbekannt ist, inwiefern Gemeinden weitere Beiträge an die Pflegeheime leisten.

Im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2019 für das Jahr 2016 konnte die Bandbreite nochmals stärker eingegrenzt werden (damals Bandbreite von 6%, neu Bandbreite von 3.6%). Dies war möglich durch tiefergehende Abklärungen bei den Kantonen, inwieweit weitere Beiträge neben der Restkostenfinanzierung im engeren Sinne KVG-relevant sind.

3.2. KVG-Pflege zuhause

In den folgenden Abschnitten beschreiben wir, wie wir die Beiträge der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege zuhause ermittelt haben. Anschliessend sind wiederum die Ergebnisse pro Kanton in einer Tabelle festgehalten.

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

Angaben der Kantone

Analog zum Bereich der Pflegeheime haben die Kantone in der Befragung Angaben zu der KVG-Restkostenfinanzierung und weiteren Beiträgen mit Anteil für KVG-Pflege für die Pflege zuhause gemacht. Diese wurden wiederum zu einem Gesamtwert zusammengerechnet. Wie im Bereich der Pflegeheime haben wir diese Angaben bereinigt um freiwillige Subventionen der Kantone an die Patientenbeteiligung sowie um die Beteiligung der Kantone an den MiGeL-Kosten und an intermediären Angeboten. Das Ergebnis dieser Berechnung ist in Tabelle 3 aufgeführt.

Schätzung aufgrund von weiteren Informationsquellen

Analog zum Bereich der Pflegeheime haben wir eine «**Bottom-Up**»-Schätzung erstellt. Diese ist eine Hochrechnung der Ausgaben der Kantone und Gemeinden: Wir haben die Normkosten

oder Höchstgrenzen mit dem Leistungsvolumen pro Kanton und Jahr multipliziert. Die Normkosten oder Höchstgrenzen pro Jahr und Kanton haben wir aus der Befragung der Kantone erhalten. Im Vergleich zum Bereich der Pflegeheime haben die Kantone bei der Pflege zuhause häufig unterschiedliche Normkosten bzw. Höchstgrenzen je nach Leistungserbringertyp. Diese haben wir differenziert erhoben (inkl. Leistungsvolumen nach Leistungserbringertyp). Für die Mehrzahl der Kantone lagen diese Informationen vor. Das Leistungsvolumen entspricht bei der Pflege zuhause den geleisteten Stunden nach KLV-Pflegekategorie. Diese Angabe haben wir den eigenen Angaben der Kantone oder – wo diese nach Leistungserbringertyp fehlen – der Spitex-Statistik entnommen.

Konsolidierung der Angaben

Wir haben die Angaben der Kantone mit der «Bottom-Up»-Schätzung sowie den berechneten Beiträgen an KVG-Pflegeleistungen pro Pflegestunde verglichen.²² Es ergaben sich wieder verschiedene Fälle, mit denen wir folgendermassen umgegangen sind:

- In 18 Fällen erschienen die Angaben der Kantone plausibel und mussten nicht korrigiert werden (AI, BE, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SH, SZ, TG, TI, UR, VD, VS).
- Zwei Kantone (AG, AR) konnten die Ausgaben für die KVG-Restkostenfinanzierung nicht genau beziffern bzw. konnten keine weiteren Angaben dazu machen, wie sich die Beiträge zusammensetzen und welcher Anteil davon KVG-relevant ist. Da die eigenen Angaben der Kantone den wahren Wert möglicherweise überschätzen, haben wir diese Gesamtbeiträge der Kantone als Obergrenze verwendet und als Untergrenze die «Bottom-Up»-Schätzung verwendet (**Korrektur A** Tabelle 3 und Tabelle 15).
- Wie bei der Pflege in Pflegeheimen gaben einige Kantone auch bei der Pflege zuhause an, dass gewisse Teile weiterer Beiträge in die KVG-Pflege fliessen könnten. Die betroffenen Kantone konnten jeweils die Gesamthöhe dieser weiteren Beiträge ausweisen (GL²³, SG, ZH), aber nicht den Anteil für die KVG-Pflege. Somit haben wir in diesen Fällen die Angabe der Kantone als Untergrenze für die KVG-Restkostenfinanzierung verwendet. Die Obergrenze entspricht diesem Wert plus die gesamten weiteren Beiträge, die nicht punktgenau zugewiesen werden konnten (**Korrektur B** in Tabelle 15).²⁴

²² In folgenden Kantonen haben wir die Plausibilität lediglich anhand der Ausgaben pro Pflegestunde beurteilt: AI, BE, BS, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SH, SZ, TG, TI, UR, VD und VS. Grund dafür ist, dass diese Kantone bereits genauere Angaben machen konnten als dies eine Bottom-Up-Berechnung ergeben hätte.

²³ Da der Kanton GL die Defizitbeiträge als sehr wahrscheinlich KVG-relevant einstufte, haben wir diese voll zur Untergrenze gezählt. Hingegen wurden die unsicheren Angaben zu GWL zur Obergrenze gezählt.

²⁴ Somit würden im Minimum keine weiteren Beiträge in die KVG-Pflege fliessen, im Maximum die gesamten weiteren Beiträge. Es gibt keine weiteren Anhaltspunkte, in welchem Bereich der wahre Wert zwischen diesen beiden Grenzen liegen könnte.

- Zwei Kantone (SO und ZG) konnten keine Angaben zur geleisteten Restkostenfinanzierung für die Pflege zuhause machen. In diesen Fällen haben wir die «Bottom-Up»-Schätzung als Näherungswert verwendet (**Korrektur C** in Tabelle 3 und Tabelle 15).²⁵
- Ein weiterer Kanton (BL) schätzte seine eigene Angabe als eher zu hoch ein, weil die Gemeindestatistiken den Teil der KVG-Restkostenfinanzierung nicht abgrenzen. Dieser Kanton schätzte, dass der wahre Wert zwischen 60%-90% der eigenen Angaben zu liegen kommt. Wir haben die Unter- und Obergrenze in Absprache mit dem Kanton entsprechend definiert (**Korrektur D** in Tabelle 3 und Tabelle 15).

Ergebnisse

Tabelle 3 zeigt die konsolidierten Schätzergebnisse für die Restkosten der Kantone und Gemeinden für die Pflege zuhause sowie Angaben zu den vorgenommenen Korrekturen. Detailliertere Erläuterungen zu den eigenen Angaben der Kantone sowie zu den vorgenommenen Korrekturen finden sich in Tabelle 15 im Anhang. Dort zeigen wir als weitere Plausibilisierungsgrösse bei der Pflege zuhause auch die Ausgaben der Kantone pro Pflegestunde – gemäss Mittelwert der korrigierten Unter- und Obergrenze.

²⁵ Für ZG weist diese Schätzung verhältnismässig hohe Ausgaben pro Pflegestunde aus.

Tabelle 3: Schätzungen Restkostenfinanzierung der Kantone und Gemeinden an die Pflege zuhause

Kanton	Konsolidierte Werte ¹				Korr.
	2016	2017	2018	2019	
AG	8'108'166 - 30'089'572	8'830'971 - 32'380'121	9'166'523 - 33'361'147	13'963'013 - 36'969'520	A
AI	770'531	732'338	944'057	903'944	.
AR	2'242'708 - 2'886'037	2'235'597 - 3'235'116	2'460'005 - 3'366'119	2'427'004 - 3'382'984	A
BE	83'217'524	89'726'679	90'500'227	86'633'782	.
BL	8'991'164 - 15'520'426	8'314'791 - 14'738'622	7'699'296 - 14'497'813	8'099'700 - 15'316'227	D
BS	17'700'000	18'200'000	17'800'000	19'412'814	.
FR	15'231'021	16'111'997	17'967'619	18'527'482	.
GE	86'918'700	89'534'804	99'726'455	107'856'906	.
GL	547'179 - 922'179	551'275 - 926'275	747'247 - 1'122'247	928'284 - 1'303'284	B
GR	6'906'000	6'806'000	6'974'000	7'221'000	.
JU	6'832'212	7'567'584	6'617'584	6'967'584	.
LU	21'100'212	22'011'675	24'072'152	28'284'169	.
NE	2'172'618	3'591'303	3'640'434	3'311'439	.
NW	1'838'424	2'169'836	2'516'576	2'768'672	.
OW	847'205	1'011'895	1'015'626	1'067'723	.
SG	4'353'885 - 20'453'885	4'808'757 - 21'108'757	5'588'214 - 21'488'214	6'932'851 - 22'632'851	B
SH	4'360'000	4'650'000	4'961'005	4'758'207	.
SO	10'006'992	10'225'572	10'678'401	8'881'537	C
SZ	2'398'020	2'275'992	3'246'333	3'276'159	.
TG	12'587'721	12'809'568	13'416'334	14'767'534	.
TI	20'068'349	19'087'494	19'582'858	19'543'114	.
UR	1'461'667	1'420'000	1'426'000	1'460'000	.
VD	90'247'494	99'138'755	105'456'451	110'731'465	.
VS	14'319'091	19'005'808	21'508'776	25'931'526	.
ZG	5'388'419	5'514'986	6'732'785	7'192'754	C
ZH	99'652'415 - 122'805'763	111'105'410 - 136'140'980	113'625'175 - 137'998'282	130'049'128 - 156'468'460	B
CH	528'267'715 - 597'050'059	567'439'086 - 640'122'154	598'070'130- 670'617'492	641'897'791 - 715'571'139	.

¹ Die Angaben der Kantone wurden wie folgt bereinigt: Subtraktion der fakultativen Subventionen der Patientenbeteiligung sowie der Beiträge an MiGeL-Pflegematerial (sofern in den RK enthalten), Addition der Beiträge an intermediäre Angebote (sofern nicht bereits in RK enthalten und Beiträge bekannt).

Korrektur A: Untergrenze «Bottom-Up», Obergrenze Gesamtausgaben der Kantone.

Korrektur B: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze Angabe Kanton plus weitere Beiträge.

Korrektur C: nur «Bottom-Up»-Schätzung.
Korrektur D: Eigene Einschätzung der Bandbreite durch den Kanton.

Tabelle INFRAS. Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Erhebung bei den Kantonen/Spitex-Statistik

Fazit direkte Ausgaben Pflege zuhause

Wir kommen nach der Auswertung der Angaben der Kantone und Ergänzung der eigenen Schätzungen zum Schluss, dass die Kantone und Gemeinden in den Jahren 2016-2019 durchschnittlich zwischen **CHF 0.584 Mia. und CHF 0.656 Mia. pro Jahr** an Beiträgen zur KVG-Pflege zuhause geleistet haben. Pro Pflegestunde liegen diese Beiträge im Durchschnitt bei CHF 37.81. Wie im Bereich der Pflegeheime sind auch im Bereich der Pflege zuhause die Beiträge der Kantone und Gemeinden über die vier Jahre stetig angestiegen, dies sowohl absolut als auch pro Pflegestunde.

Tabelle 4: Schätzung gesamthaften Restkosten für die Pflege zuhause (2016-2019)

	Untere Bandbreite (in Mia. CHF)	Obere Bandbreite in Mia. CHF)	RK pro Pflege- stunde ¹ (in CHF)	Differenz Bandbreiten
2016	0.528	0.597	37.70	13.0%
2017	0.567	0.640	37.83	12.8%
2018	0.598	0.671	37.55	12.1%
2019	0.642	0.716	38.15	11.4%
Mittelwert	0.584	0.656	37.81	12.3%

¹ Basierend auf Mittelwert zwischen unterer und oberer Bandbreite.

Tabelle INFRAS. Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Erhebung bei den Kantonen/Spitex-Statistik

In diesen Beiträgen für die Restkosten für die Pflege zuhause sind ebenfalls die Ausgaben der Kantone für GWL und gegebenenfalls Subventionen, Defizitbeiträge und sonstige Leistungen, die zur Deckung von KVG-Pflegekosten genutzt werden, miteingerechnet. Anders als in der Studie für die GDK (INFRAS 2019) sind die Beiträge bereinigt um allfällige freiwillige Subventionen der Kantone an die Patientenbeiträge²⁶ sowie in den Restkosten enthaltene MiGeL-Beiträge.²⁷ Zudem haben wir die Ausgaben für intermediäre Angebote den Beiträgen zugerechnet, sofern sie bekannt waren und nicht bereits in den Restkosten enthalten waren. Aus diesem Grund fallen in einzelnen Kantonen auch die Beiträge für das Jahr 2016 anders aus als in INFRAS (2019).

²⁶ In den folgenden Kantonen wurden Subventionen an die Patientenbeteiligung in Abzug gebracht: AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, NE, SG, SZ, TI, VD, VS, ZH.

²⁷ In den folgenden Kantonen wurden MiGeL-Beiträge in Abzug gebracht (in gewissen Kantonen nur in einzelnen relevanten Jahren): AI, AR, BE, BL; BS, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, TI, UR, VD.

Diese Bandbreite ist im Vergleich zur Schätzung der Ausgaben für die Pflege im Pflegeheim grösser und liegt zwischen 11.4% und 13.0% (Mittelwert 12.3%). Grund dafür ist, dass die Finanzierung der Pflege zuhause öfters eine Gemeindeaufgabe darstellt als die Pflege im Pflegeheim, wodurch die Kantone teilweise die genauen Beiträge nicht kennen. Im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2019 für das Jahr 2016 konnte der Unsicherheitsbereich jedoch reduziert werden (für das Jahr 2016 von 19% auf 13%). Einige Kantone konnten genauere Angaben machen. Insbesondere der Kanton VD, bei dem bei der letzten Erhebung eine grosse Bandbreite angenommen werden musste, kann dank genauerer Erhebungen bei den Leistungserbringern die Beiträge genauer beziffern.

Die Varianz bei den Restkosten pro Stunde ist im Bereich der Pflege zuhause relativ breit und reicht von CHF 5 bis CHF 91. Dabei ist anzumerken, dass die Anzahl der Stunden aus der Spitex-Statistik stammen, welche gemäss Rückmeldungen zweier Kantone nicht immer ganz korrekt sein könnten. Eine gewisse Unsicherheit bei den geschätzten Beiträgen betrifft in diesem Bereich die Schätzung der freiwilligen Subventionen an die Patientenbeteiligung, welche je nach Kanton mit der Schätzmethode leicht über- oder unterschätzt sein könnten.²⁸ Grund für die Abweichungen könnte sein, dass die freiwilligen Subventionen an die Patientenbeteiligung durch die Schätzmethode über- oder unterschätzt wurden.

3.3. Gesamtbeiträge

Wir kommen zum Schluss, dass die Kantone und Gemeinden in den Jahren 2016-2019 insgesamt zwischen **CHF 8.273 Mia. und CHF 8.789 Mia.** für die KVG-Pflege aufgewendet haben, wobei die Beiträge jedes Jahr gestiegen sind (vgl. Tabelle 5). Dies entspricht einem **jährlichen Betrag von durchschnittlich CHF 2.068 Mia. bis CHF 2.197 Mia.** Rund 70% davon ist in den Bereich der Pflege im Pflegeheim geflossen.

Im Vergleich zu INFRAS (2019) liegen diese jährlichen Beträge (bzw. die Beträge für das Jahr 2016) insgesamt tiefer. Der Grund dafür liegt in der Abgrenzung der Beiträge: In der vorliegenden Studie wurden die fakultativen Subventionen der Patientenbeteiligung durch die Kantone von den Restkosten subtrahiert. In einzelnen Fällen wurden auch die Angaben der Kantone revidiert.

²⁸ Bei der Schätzmethode liegt die Annahme zugrunde, dass die Zeit pro Tag, an dem Pflege an einer/einem PatientIn geleistet wird, im Durchschnitt rund 60 Minuten beträgt. Bei effektiv weniger als 60 Minuten wären die freiwilligen Subventionen überschätzt, bei effektiv mehr als 60 Minuten hingegen unterschätzt. Darüber hinaus werden Angaben zur Anzahl geleisteter Pflegestunden aus der Spitex-Statistik entnommen.

Tabelle 5: Geschätzte Gesamtausgaben der Kantone und Gemeinden für die KVG-Pflege in den Jahren 2016-2019 (in Mia. CHF)

	Pflege im Pflegeheim	Pflege zuhause	Total
2016	1.377 - 1.426	0.528 - 0.597	1.905 - 2.023
2017	1.460 - 1.514	0.567 - 0.640	2.027 - 2.154
2018	1.484 - 1.555	0.598 - 0.671	2.083 - 2.225
2019	1.616 - 1.671	0.642 - 0.716	2.258 - 2.387
Total 2016-2019	5.937 - 6.166	2.336 - 2.623	8.273 - 8.789
Mittelwert 2016-2019	1.484 - 1.541	0.584 - 0.656	2.068 - 2.197

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage der Kantone und eigene Schätzungen

Tabelle 6: Beiträge der verschiedenen Finanzierungsträger (in Mia. CHF)

Finanzierungsbeiträge der Finanzierungsträger	Pflege im Pflegeheim		Pflege zuhause		Total	
2016						
Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden	1.377 - 1.426	35%-36%	0.528 - 0.597	32%-35%	1.905 - 2.023	34%-36%
Patientenbeteiligung (KVG)*	0.664	17%	0.232	14%	0.895	16%
davon «Subventionen»*	0.094	2%	0.154	9%	0.248	4%
davon PatientInnen/EL*	0.569	14%-15%	0.078	4%-5%	0.647	11%-12%
Beiträge Versicherer (OKP) ¹	1.854	47%-48%	0.868	51%-53%	2.723	48%-49%
Total	3.895 - 3.944		1.628 - 1.697		5.523 - 5.641	
2017						
Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden	1.460 - 1.514	37%	0.567 - 0.640	33%-35%	2.027 - 2.154	35%-37%
Patientenbeteiligung (KVG)*	0.665	16%-17%	0.250	14%	0.915	16%
davon «Subventionen»*	0.096	2%	0.163	9%	0.259	4%
davon PatientInnen/EL*	0.569	14%	0.087	5%	0.655	11%
Beiträge Versicherer (OKP) ¹	1.866	46%-47%	0.925	51%-53%	2.791	48%-49%
Total Finanzierungsbeiträge	3.991 - 4.045		1.742 - 1.815		5.733 - 5.859	
2018						
Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden	1.484 - 1.555	37%-38%	0.598 - 0.671	32%-35%	2.083 - 2.225	35%-37%
Patientenbeteiligung (KVG)*	0.674	16%-17%	0.264	14%	0.938	16%
davon «Subventionen»*	0.098	2%	0.158	8%-9%	0.257	4%
davon PatientInnen/EL*	0.576	14%	0.106	6%	0.682	11%-12%
Beiträge Versicherer (OKP) ¹	1.885	46%-47%	0.991	51%-53%	2.876	48%-49%
Total Finanzierungsbeiträge	4.044 - 4.114		1.853 - 1.926		5.897 - 6.040	
2019						
Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden	1.616 - 1.671	38%-39%	0.642 - 0.716	33%-35%	2.258 - 2.387	37%-38%
Patientenbeteiligung (KVG)*	0.677	16%	0.273	13%-14%	0.950	15%
davon «Subventionen»*	0.084	2%	0.161	8%	0.245	4%
davon PatientInnen/EL*	0.593	14%	0.111	5%-6%	0.704	11%
Beiträge Versicherer (OKP) ¹	1.920	45%-46%	1.048	51%-53%	2.969	47%-48%
Total Finanzierungsbeiträge	4.213 - 4.268		1.963 - 2.037		6.176 - 6.305	

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

* Bei der Patientenbeteiligung handelt es sich um die gemäss KVG maximal zu leistende Patientenbeteiligung und nicht die effektiv durch PatientInnen geleisteten Beiträge. Darin enthalten sind freiwillige Subventionen durch die Kantone und Gemeinden in Form von reduzierten Patientenbeteiligungen gegenüber dem KVG (hier als «Subventionen» bezeichnet). Unter «davon PatientInnen/EL» sind die durch die PatientInnen gemäss kantonaler Regelung zu leisteten Beteiligungen gefasst. Diese werden teilweise durch Ergänzungsleistungen der Kantone finanziert.

1) Quelle: OKP-Statistik. Die Zahlen für das Jahr 2018 weichen von der publizierten OKP-Statistik ab. Grund ist, dass es sich um eine korrigierte Zahl handelt.

Betrachtet man die Beiträge der verschiedenen Finanzierungsträger (vgl. Tabelle 6), können folgende Tendenzen festgestellt werden: Die durchschnittlichen Gesamtbeiträge aller Finanzierungsakteure haben sich über die vier betrachteten Jahre stets erhöht. So lagen die Beiträge im Jahr 2019 rund 12% höher als im Jahr 2016. Die Anteile der einzelnen Finanzierungsträger haben sich dabei nur geringfügig verändert: Die Versicherer leisteten durchschnittlich zwischen 47% und 49% (Tendenz leicht abnehmend), die Kantone und Gemeinden (Restkostenfinanzierung) je nach Jahr zwischen 34% und 38% (Tendenz leicht zunehmend). Die Patientenbeteiligung blieb über die betrachtete Zeitspanne relativ konstant zwischen 15% und 16%. Ein Teil dieser Beiträge wurde von den Kantonen und Gemeinden in Form von fakultativen Subventionen übernommen (4%). Der restliche Anteil (je nach Jahr 11%-12%) wurde von den PatientInnen bzw. durch Ergänzungsleistungen finanziert.²⁹

²⁹ Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde nicht unterschieden, ob diese Beiträge von den PatientInnen selbst getragen wurden oder durch die Kantone mitfinanziert wurden (durch Ergänzungsleistungen). INFRAS (2019) hat diesen Anteil jedoch ermittelt.

4. EFAS-Kostenteiler unter Einbezug der Pflege

Der Verwaltungsbericht des EDI vom 30. November 2020 berechnet einen Kostenteiler (bezogen auf die Bruttoleistungen) für das Jahr 2016 von 24.7% bis 25.1% (Kantone und Gemeinden) und 74.9% bis 75.3% (Versicherungen) unter Einbezug der Angaben der OKP-Statistik für stationäre und ambulante Leistungen (ohne Pflege) und der Ergebnisse von INFRAS (2019) für KVG-Pflege. In diesem Kapitel zeigen wir die Kostenteiler unter Einbezug der vorliegenden breiter abgestützten Ergebnisse für die KVG-Pflege auf.

Für die Herleitung des Kostenteilers für die Jahre 2016 bis 2019 inkl. der Pflege gehen wir davon aus, dass die Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen beibehalten wird, d.h. dass dieser Teil der Finanzierung weiterhin durch die PatientInnen, durch freiwillige Subventionen der Kantone und Gemeinden sowie durch Ergänzungsleistungen getragen wird.

Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse des Einbezugs der Pflege in die EFAS (unter Beibehaltung der Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen). Die Tabelle enthält die Ausgaben der Kostenträger in den Jahren 2016-2019 für die verschiedenen Bereiche von KVG-pflichtigen Leistungen.

Tabelle 7: Ausgaben der Kostenträger für KVG-Leistungen in den Jahren 2016-2019 (in Mia. CHF) (Bruttoprinzip³⁰)

	Ambulante Leistungen (ohne Pflege)	Stationäre Leistungen (ohne Pflege)	Pflege	Total
2016				
Versicherer (OKP)	21.936 ¹	6.686 ¹	2.723 ¹	31.344 (75.5% - 75.7%)
Kantone/Gemeinden	0	8.171 ¹	1.905 - 2.023 ³	10.077 - 10.195 (24.3% - 24.5%)
Total	21.936	14.857	4.629 - 4.746	41.421 - 41.539
2017				
Versicherer (OKP)	22.863 ¹	6.661 ¹	2.791 ¹	32.315 (75.8% - 76.1%)
Kantone/Gemeinden	0	8.142 ¹	2.027 - 2.154 ³	10.169 - 10.295 (23.9% - 24.2%)
Total	22.863	14.803	4.818 - 4.945	42.484 - 42.611
2018				
Versicherer (OKP)	23.121 ¹²	6.604 ¹²	2.876 ¹²	32.601 (76.0% - 76.2%)
Kantone/Gemeinden	0	8.072 ¹	2.083 - 2.225 ³	10.155 - 10.297 (23.8% - 24.0%)
Total	23.121	14.676	4.959 - 5.102	42.756 - 42.899
2019				
Versicherer (OKP)	24.228 ¹	7.006 ¹	2.969 ¹	34.202 (75.8% - 76.0%)
Kantone/Gemeinden	0	8.563 ¹	2.258 - 2.387 ³	10.820 - 10.949 (24.0% - 24.2%)
Total	24.228	15.568	5.227 - 5.355	45.023 - 45.151
Mittelwert 2016-2019				
Versicherer (OKP)				32.616 (75.8% - 76.0%)
Kantone/Gemeinden				10.305 - 10.434 (24.0% - 24.2%)

¹ Quelle: OKP-Statistik. Der Anteil der OKP im stationären Bereich wurde gemäss Methodik des Berichts des EDI vom 30. November 2020 auf 45% normiert. Bei den ambulanten Leistungen (ohne Pflege) wurden allfällige Leistungen der Kantone und Gemeinden an MiGeL-Pflegematerial draufgeschlagen (vgl. Kap. 2.2, Abschnitt zu MiGeL-Pflegematerial).

² Diese Zahlen weichen von der publizierten OKP-Statistik ab. Grund ist, dass es sich um eine korrigierte Zahl handelt.

³ Schätzungen der Beiträge der Kantone gemäss Kapitel 0.

Tabelle INFRAS.

³⁰ Beim Bruttoprinzip sind die Kostenbeteiligungen der Versicherten in den OKP-Beiträgen enthalten.

Tabelle 8: Ausgaben der Kostenträger für KVG-Leistungen in den Jahren 2016-2019 (in Mia. CHF) (Netto- und Bruttoprinzip³¹)

	Total Bruttoprinzip	Kostenbeteiligungen OKP	Total Nettoprinzip
2016			
Versicherer (OKP)	31.344 (75.5% - 75.7%)	4.297	27.047 (72.6% - 72.9%)
Kantone/Gemeinden	10.077 - 10.195 (24.3% - 24.5%)		10.077 - 10.195 (27.1% - 27.4%)
Total	41.421 - 41.539		37.124 - 37.242
2017			
Versicherer (OKP)	32.315 (75.8% - 76.1%)	4.392	27.924 (73.1% - 73.3%)
Kantone/Gemeinden	10.169 - 10.295 (23.9% - 24.2%)		10.169 - 10.295 (26.7% - 26.9%)
Total	42.484 - 42.611		38.092 - 38.219
2018			
Versicherer (OKP)	32.601 (76.0% - 76.2%)	4.493	28.109 (73.2% - 73.5%)
Kantone/Gemeinden	10.155 - 10.297 (23.8% - 24.0%)		10.155 - 10.297 (26.5% - 26.8%)
Total	42.756 - 42.899		38.263 - 38.406
2019			
Versicherer (OKP)	34.202 (75.8% - 76.0%)	4.658	29.544 (73.0% - 73.2%)
Kantone/Gemeinden	10.820 - 10.949 (24.0% - 24.2%)		10.820 - 10.949 (26.8% - 27.0%)
Total	45.023 - 45.151		40.365 - 40.494
Mittelwert 2016-2019			
Versicherer (OKP)	32.616 (75.8% - 76.0%)	4.460	28.156 (73.0% - 73.2%)
Kantone/Gemeinden	10.305 - 10.434 (24.0% - 24.2%)		10.305 - 10.434 (26.8% - 27.0%)

Tabelle INFRAS.

³¹ Beim Bruttoprinzip sind die Kostenbeteiligungen der Versicherten in den OKP-Beiträgen enthalten.

Fazit

Obige Tabellen zeigen folgende Hauptergebnisse:

- Mit den erhobenen und konsolidierten Informationen für die KVG-Pflege ergibt sich nach dem Bruttoprinzip im Mittel über die vier Jahre ein EFAS-Kostenteiler von 24.0% bis 24.2% für die Kantone und Gemeinden bzw. 75.8% bis 76.0% für die Versicherer. Bei Anwendung des Nettoprinzips erhöht sich der Kostenteiler für die Kantone/Gemeinden auf 26.8% - 27.0%.
- Der Kostenteiler fällt gegenüber jenem des Verwaltungsbericht des EDI vom 30. November 2020 für die Kantone und Gemeinden etwas tiefer aus (Jahr 2016: 0.8 Prozentpunkte bei Anwendung des Bruttoprinzips)³². Dies hängt zum grossen Teil damit zusammen, dass die freiwilligen Subventionen an die Patientenbeteiligung, welche rund 4% der Gesamtbeiträge an die KVG-Pflege ausmachen, in der vorliegenden Studie von den Beiträgen der Kantone an die KVG-Pflege abgezogen wurden.
- Der Kostenteiler schwankt um bis zu 0.7 Prozentpunkte zwischen den Jahren 2016 und 2019 und sinkt tendenziell im Zeitverlauf. Die Abstützung auf mehrere Jahre trägt zu einem stabileren Kostenteiler bei.
- Der ermittelte Kostenteiler zwischen den Kantonen/Gemeinden und Versicherern für die Leistungen nach KVG schwankt um 0.2 Prozentpunkte zwischen der unteren und oberen Schätzung. Der Grund dafür ist, dass die Finanzierungstransparenz im Bereich der Pflegeleistungen nicht vollständig gegeben ist. Insbesondere leisten Kantone und Gemeinden teilweise Beiträge, bei denen nicht zwischen KVG- und Nicht-KVG-Leistungen unterschieden wird. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass die verbleibende Unsicherheit bezogen auf den Finanzierungsteiler für alle Leistungen nach KVG nicht allzu gross ist.

Schliesslich bleibt festzuhalten, dass der ermittelte Kostenteiler auf der normativen Entscheidung beruht, von der effektiv erfolgten Restfinanzierung durch Kantone und Gemeinden auszugehen. Diese muss nicht notwendigerweise dem Ausmass an Restfinanzierung entsprechen, welches vom KVG gefordert wird. Gemäss der Evaluation der Pflegefinanzierung (INFRAS et al. 2016) gibt es Hinweise darauf, dass bei der Finanzierung der KVG-Pflegeleistungen Deckungslücken bestehen. Ein weiterer Hinweis dafür ist unter anderem, dass die ermittelte Restfinanzierung von Kanton zu Kanton zum Teil stark variiert. Teilweise bestehen beträchtliche Unterschiede, insbesondere, wenn pro Pflgetag oder Pflegestunde standardisiert wird. Das theoretische Ausmass der vom Gesetz geforderten Restfinanzierung lässt sich nicht genau bestimmen, zumal auch unklar ist, inwieweit die Deckungslücken auch auf Ineffizienzen beruhen.

³² Die vom Verwaltungsbericht für das Jahr 2016 geschätzten Finanzierungsanteile der Kantone und Gemeinden an allen Leistungen nach KVG betragen 27.5 bis 27.9 Prozent (Nettoprinzip) beziehungsweise 24.7 bis 25.1 Prozent (Bruttoprinzip).

Geht man von den in der SOMED-Statistik publizierten KVG-Pflegekosten und den oben aufgeführten Finanzierungsbeiträgen aus, wurden durchschnittlich zwischen 2016 und 2019 zwischen 3.3% und 4.6% der KVG-Kosten im Bereich der Pflegeheime nicht durch die Finanzierungsträger gedeckt. Für den Bereich der Pflege zu Hause kann dieser Anteil nicht ermittelt werden, da die KVG-Pflegekosten nicht bekannt sind.

Annex: Weiterführende Tabellen

Tabellenanhang Kapitel 2

Tabelle 9: Subvention der Patientenbeiträge durch Kantone/Gemeinden, Bereich Pflegeheime

Kanton	2016	2017	2018	2019
AG	0	0	0	0
AI	0	0	0	0
AR	0	0	0	0
BE	0	0	0	0
BL	0	0	0	0
BS	0	0	0	0
FR	9'386'665	8'706'890	9'730'865	8'815'967
GE	18'995'202	19'322'472	19'622'842	19'814'330
GL	0	0	0	0
GR	0	0	0	0
JU	0	0	0	0
LU	0	0	0	0
NE	0	0	0	0
NW	0	0	0	0
OW	0	0	0	0
SG	0	0	0	0
SH	0	0	0	0
SO	0	0	0	0
SZ	0	0	0	0
TG	0	0	0	0
TI	23'198'578	24'034'990	24'386'270	25'897'174
UR	0	0	0	0
VD	26'444'869	27'352'447	27'511'574	12'216'197
VS	16'376'700	16'780'800	17'194'600	17'230'200
ZG	0	0	0	0
ZH	0	0	0	0
Total	94'402'014	96'197'599	98'446'151	83'973'867

Kursiv: Schätzungen durch INFRAS, da Kantone keine eigenen Angaben machen konnten.

Tabelle INFRAS. Quelle: Angaben der Kantone, eigene Schätzungen

Tabelle 10: Subvention der Patientenbeiträge durch Kantone/Gemeinden, Bereich Pflege zuhause

Kanton	2016	2017	2018	2019
AG	5'299'925	5'545'691	6'012'029	6'499'631
AI	169'963	172'410	216'743	119'356
AR	445'558	454'716	499'188	493'337
BE	33'382'476	34'073'321	20'099'773	15'366'218
BL	4'067'360	4'532'870	5'336'457	5'730'094
BS	2'600'000	2'800'000	2'700'000	2'600'000
FR	7'055'275	7'616'747	8'254'029	8'864'500
GE	8'238'036	8'636'713	9'119'087	9'484'811
GL	531'198	547'113	491'500	471'521
GR	2'257'000	2'333'000	2'355'000	2'433'000
JU	3'635'372	2'700'000	2'750'000	2'800'000
LU	0	0	0	0
NE	7'450'382	8'215'553	8'875'144	8'759'246
NW	0	0	0	0
OW	0	0	0	0
SG	3'446'115	3'791'243	3'852'153	4'482'053
SH	0	0	0	0
SO	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
SZ	1'737'134	1'797'568	1'818'775	1'998'990
TG	0	0	0	0
TI	15'360'169	16'893'124	19'019'689	21'028'257
UR	0	0	0	0
VD	32'767'233	35'358'279	37'295'167	39'133'580
VS	6'359'712	7'353'971	8'189'687	9'185'557
ZG	1'076'361	1'098'662	1'185'796	1'194'116
ZH	18'058'126	19'125'358	20'267'484	20'790'772
Total	153'937'395	163'046'339	158'337'702	161'435'039

Kursiv: Schätzungen durch INFRAS, da Kantone keine eigenen Angaben machen konnten.

Tabelle INFRAS. Quelle: Angaben der Kantone, eigene Schätzungen

Tabelle 11: MiGeL-Beiträge durch Kantone/Gemeinden, Bereich Pflegeheime

Kanton	2016	2017	2018	2019
AG	0	0	4'200'000	4'200'000
AI	0	0	104'181	102'564
AR	0	0	629'623	623'850
BE	0	0	0	8'000'000
BL	0	0	1'070'000	1'075'000
BS	0	0	2'240'000	2'270'000
FR	0	0	2'387'859	2'505'517
GE	0	0	0	0
GL	0	0	225'587	319'884
GR	0	0	1'585'000	1'593'000
JU	0	0	872'641	885'865
LU	0	0	3'185'302	3'203'009
NE	0	0	1'599'450	1'568'776
NW	330'000	330'000	320'379	378
OW	0	0	289'050	292'907
SG	0	0	3'042'543	3'093'580
SH	0	0	1'220'000	1'227'000
SO	0	0	0	0
SZ	0	0	1'057'000	1'065'000
TG	0	0	1'360'100	1'699'930
TI	3'100'000	3'100'000	3'200'000	3'100'000
UR	0	0	0	0
VD	0	0	6'708'000	7'299'035
VS	0	0	2'200'000	2'400'000
ZG	0	0	733'688	751'381
ZH	0	0	14'000'000	14'000'000
Total	3'430'000	3'430'000	52'230'403	61'276'676

Kursiv: Schätzungen durch INFRAS, da Kantone keine eigenen Angaben machen konnten.

Tabelle INFRAS. Quelle: Angaben der Kantone, eigene Schätzungen

Tabelle 12: MiGeL-Beiträge durch Kantone/Gemeinden, Bereich Pflege zuhause

Kanton	2016	2017	2018	2019
AG	0	0	0	0
AI	0	0	4'200	13'970
AR	0	57'197	62'791	62'055
BE	0	0	0	1'500'000
BL	0	0	561'281	603'261
BS	0	0	0	687'186
FR	0	0	0	0
GE	0	0	0	0
GL	k. A.	k. A.	52'126	55'118
GR	0	0	0	0
JU	0	0	0	0
LU	0	0	642'708	684'237
NE	0	0	0	0
NW	0	0	125	0
OW	0	39'295	43'695	46'395
SG	0	0	659'633	685'096
SH	0	0	138'995	141'793
SO	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
SZ	0	0	171'354	188'623
TG	0	0	405'623	426'033
TI	0	0	0	28'044
UR	0	0	0	70'000
VD	0	0	288'000	57'000
VS	0	0	0	0
ZG	0	0	116'007	122'837
ZH	0	0	2'400'000	2'400'000
Total	0	96'492	5'546'538	7'771'648

Kursiv: Schätzungen durch INFRAS, da Kantone keine eigenen Angaben machen konnten. k. A.: keine Angabe

Tabelle INFRAS. Quelle: Angaben der Kantone, eigene Schätzungen

Tabelle 13: Beiträge der Kantone/Gemeinden an intermediäre Angebote

Kanton	Betrag (falls bekannt)				Betrag in RK enthalten		Beschreibung des Angebots
	2016	2017	2018	2019	APH	PZH	
AG	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	x	.	Tages- und Nachtstrukturen
AI	.	.	.	.	.	.	keine Angebote vorhanden
AR	.	.	.	.	.	.	keine Angebote vorhanden
BE	4'900'000	5'500'000	4'700'000	4'900'000	.	x	z. B. Wohnen mit Dienstleistungen, Tagesstätten
BL	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	.	.	Diverse Tages- und Nachtstrukturen in einzelnen APH, eine Demenztagesstätte.
BS	2'500'000	2'300'000	2'300'000	2'300'000	.	(x)	Tages- und Nachtstrukturen
FR	.	.	.	.	.	.	keine Angebote vorhanden
GE	.	4'946'628	5'453'235	5'719'532	.	x	Unités d'accueil temporaire de répit
GL	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	x	x	Betreutes Wohnen
GR	40'000	46'000	40'000	28'000	x	.	Tages- und Nachstrukturen
JU	52'162	49'950	52'705	57'179	.	x	Tagesstrukturen für Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen
LU	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	x	x	Tages- und Nachstrukturen
NE	.	.	.	.	.	.	keine Angebote vorhanden
NW	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	x	.	Tages- und Nachtstrukturen
OW	.	.	.	.	.	.	keine Angebote vorhanden
SG	.	.	.	.	.	.	keine Angebote vorhanden
SH	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	x	.	Tagesstrukturen
SO	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	.	.	Tagesstätten im Alter
SZ	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	x	.	Tages- und Nachstrukturen
TG	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	.	x	Tagesheime mit Spitex-Bewilligung, Tages- und Nachtstrukturen in APH
TI	2'068'100	2'265'800	2'512'000	2'877'400	x	.	Tagestrukturen (in APH und extern)
UR	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	.	.	Tagesheim
VD	3'802'719	4'190'234	4'527'931	5'125'551	.	(x)	Tages- und Nachtstrukturen sowie CAT (Centres d'accueil temporaire)
VS	362'302	487'279	588'963	1'187'084	.	(x)	Tages- und Nachstrukturen sowie CAT (Centres d'accueil temporaire)
ZG	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	.	.	Tages- und Nachstrukturen.
ZH	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	x	.	Tages- und Nachtstrukturen

x : bereits in RK enthalten; (x) : zugerechnet aufgrund Angaben Kanton, RK: Restkosten, k. A.: keine Angabe ; PZH = Pflege zu Hause

Tabelle INFRAS. Quelle: Angaben der Kantone.

Tabellenanhang Kapitel 3

Tabelle 14: Schätzungen direkte Beiträge (Restkostenfinanzierung) der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege im Pflegeheim

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung (RK) Kantone/Gemeinden				Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK pro Pfle- getag ⁵	MPS ⁴
		Eigene An- gabe Kantone	Bereinigte An- gabe Kantone ³	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
AG	2016	68'581'000	68'581'000	55'749'834 ¹	90'624'300	.	Kanton kann die Ausgaben klar beziffern. Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	68'581'000		31.4	5.0
	2017	75'252'000	75'252'000	64'203'245 ¹	88'169'900			75'252'000		34.7	5.1
	2018	84'982'000	80'782'000	60'751'667 ¹	87'846'300			80'782'000		36.8	5.1
	2019	92'354'000	88'154'000	74'578'797 ¹	91'579'400			88'154'000		39.4	5.4
AI	2016	3'374'909	3'374'909	1'761'539 ¹	2'654'600	.	Kanton kann die Ausgaben klar beziffern, da es nur zwei Heime im Kanton gibt und der Kanton für diese zuständig ist. Restkosten enthalten Beiträge zur Defizitdeckung, welche durch Kanton als grösstenteils KVG-relevant eingestuft wurden. Differenz zu «Bottom-Up»: Für ein gerontopsychiatrisches Heim galten höhere Tarife.	3'374'909		59.0	4.7
	2017	2'884'761	2'884'761	1'784'347 ¹	4'026'900			2'884'761		49.8	4.7
	2018	3'030'485	2'926'304	1'889'898 ¹	2'977'119			2'926'304		52.0	4.9
	2019	3'377'773	3'275'209	1'937'628 ¹	2'507'336			3'275'209		59.1	5.0
AR	2016	8'444'589	8'444'589	11'453'421 ²	16'062'600	A	Angaben Kanton liegen unter dem «Bottom-Up» Ansatz (anhand von Höchstgrenzen errechnet, mit welchen die Mehrheit der Leistungserbringer abrechnet). Gemäss Kanton könnten noch einzelne Defizitdeckungen von Gemeinden hinzukommen.	8'444'589	16'062'600	33.0	4.7
	2017	8'541'470	8'541'470	10'016'834 ²	15'701'300			8'541'470	15'701'300	35.4	4.8
	2018	9'176'884	8'547'261	10'016'118 ²	15'298'977			8'547'261	15'298'977	35.0	4.8
	2019	11'184'602	10'560'752	11'637'324 ²	14'486'050			10'560'752	14'486'050	37.1	4.7

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung (RK) Kantone/Gemeinden					Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK pro Pfle- getag ⁵	MPS ⁴
			Eigene An- gabe Kantone	Bereinigte An- gabe Kantone ³	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
BE	2016	200'200'000	200'200'000	164'326'511 ¹	169'085'500	.	Angaben des Kantons gemäss Kanton verlässlich. Top-Down-Schätzung ist gemäss Kanton nicht plausibel.	200'200'000	40.4	5.4		
	2017	207'400'000	207'400'000	172'774'082 ¹	174'188'000			207'400'000	42.5	5.5		
	2018	216'800'000	216'800'000	182'552'802 ¹	223'354'600			216'800'000	44.7	5.6		
	2019	230'400'000	230'400'000	197'713'788 ¹	209'217'300			230'400'000	47.2	5.7		
BL	2016	40'361'821	40'361'821	36'988'703 ¹	48'504'100	.	Angaben Kanton plausibel. Diese stammen aus den Gemeinderechnun- gen. Diese können sich zu einem klei- nen Grad auch aus Nicht-KVG-Pflege- kosten zusammensetzen. Der Kanton weist daneben je nach Jahr weitere rund CHF 1.8 -2.0 Mio. Ausgaben aus, welche nicht genauer zuordenbar sind. Da die eigenen Angaben leicht überschätzt sein könnten, werden diese weiteren Ausgaben nicht weiter berücksichtigt.	40'361'821	37.5	4.9		
	2017	42'503'888	42'503'888	38'260'277 ¹	48'917'400			42'503'888	40.7	5.1		
	2018	46'677'576	45'607'576	42'023'694 ¹	59'096'400			45'607'576	42.7	5.2		
	2019	62'332'605	61'257'605	58'315'796 ¹	61'534'200			61'257'605	57.0	5.3		
BS	2016	42'185'112	41'400'000	37'183'334 ¹	52'556'900	.	Angaben Kanton plausibel, weitere Beiträge/GWL hat er nachvollziehbar den KVG-Pflegekosten zugeordnet.	41'400'000	38.7	5.5		
	2017	42'026'625	41'900'000	33'634'860 ¹	51'699'300			41'900'000	38.3	5.6		
	2018	45'245'113	42'960'000	32'694'301 ¹	42'118'300			42'960'000	39.4	5.6		
	2019	48'500'000	46'230'000	37'611'374 ¹	42'100'000			46'230'000	42.7	5.7		
FR	2016	43'578'338	34'191'673	34'671'491 ²	76'998'235	.	Angaben Kanton plausibel. Möglich- erweise eine Unterschätzung, da wei- tere Gemeindebeiträge möglich sind zur Defizitdeckung.	34'191'673	36.0	6.3		
	2017	53'358'263	44'651'373	39'980'507 ²	80'761'910			44'651'373	46.8	6.5		
	2018	56'210'236	44'091'512	43'765'290 ²	81'858'176			44'091'512	44.4	6.3		
	2019	59'265'944	47'944'460	42'896'465 ²	88'463'716			47'944'460	48.0	6.3		

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung (RK) Kantone/Gemeinden					Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK pro Pflegetag ⁵	MPS ⁴
			Eigene Angabe Kantone	Bereinigte Angabe Kantone ³	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
GE	2016	121'796'543	102'801'341	103'404'565 ¹	117'739'798	.	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig. Beiträge pro Pflgetag vergleichsweise hoch.	102'801'341		73.4	8.4	
	2017	129'349'333	110'026'861	106'596'656 ¹	121'803'028			110'026'861		77.3	8.5	
	2018	133'250'727	113'627'886	109'879'174 ¹	123'214'358			113'627'886		78.6	8.6	
	2019	151'086'516	131'272'186	112'587'172 ¹	123'215'370			131'272'186		89.9	8.7	
GL	2016	5'949'633	5'949'633	keine	5'498'500	.	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	5'949'633		26.9	4.5	
	2017	6'599'966	6'599'966	keine	5'460'800			6'599'966		31.5	4.4	
	2018	5'512'512	5'286'925	keine	5'575'313			5'286'925		25.4	4.2	
	2019	5'363'456	5'043'571	keine	5'014'016			5'043'571		23.8	4.3	
GR	2016	32'445'000	32'445'000	33'213'639 ¹	37'648'700	.	Angaben Kanton plausibel und vollständig. Zwar sind gemäss dem Kanton weitere Gemeindebeiträge möglich (Defizitdeckung, Subventionen), diese seien aber in der Summe vernachlässigbar.	32'445'000		37.3	5.3	
	2017	35'442'000	35'442'000	36'553'740 ¹	35'630'700			35'442'000		41.2	5.4	
	2018	37'416'000	35'831'000	37'544'107 ¹	37'734'800			35'831'000		42.0	5.5	
	2019	36'987'000	35'394'000	37'586'207 ¹	40'932'800			35'394'000		41.9	5.6	
JU	2016	9'037'199	9'037'199	6'581'123 ¹	11'123'000	.	Angaben Kanton plausibel und vollständig. Eigene Angabe des Kantons konnten im Vergleich zu INFRAS (2019) verfeinert werden.	9'037'199		33.4	8.5	
	2017	9'529'479	9'529'479	6'695'222 ¹	11'594'600			9'529'479		36.5	8.7	
	2018	11'242'916	10'370'275	7'600'097 ¹	11'724'859			10'370'275		39.0	9.1	
	2019	11'811'853	10'925'988	7'791'180 ¹	11'392'535			10'925'988		40.9	9.2	
LU	2016	92'624'820	92'624'820	keine	86'998'900	.	Angaben Kanton plausibel. Die Angaben stammen aus den Gemeinerechnungen. Weitere punktuelle Gemeindebeiträge sind nicht auszuschliessen.	92'624'820		53.3	5.5	
	2017	96'937'678	96'937'678	keine	93'406'700			96'937'678		55.8	5.5	
	2018	96'112'869	92'927'567	keine	91'684'698			92'927'567		54.0	5.5	
	2019	98'682'782	95'479'773	keine	96'964'691			95'479'773		55.1	5.5	

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung (RK) Kantone/Gemeinden					Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK pro Pfle- getag ⁵	MPS ⁴
			Eigene An- gabe Kantone	Bereinigte An- gabe Kantone ³	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
NE	2016	40'042'000	40'042'000	40'884'870 ¹	45'161'500	.	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	40'042'000	47.5	8.0		
	2017	41'086'403	41'086'403	41'618'696 ¹	39'810'000			41'086'403	49.3	8.1		
	2018	43'623'492	42'024'042	42'841'433 ¹	43'183'650			42'024'042	51.6	8.2		
	2019	45'798'524	44'229'748	44'454'455 ¹	43'081'224			44'229'748	56.1	8.3		
NW	2016	7'585'578	7'255'578	6'911'393 ¹	7'664'000	.	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig.	7'255'578	44.0	5.3		
	2017	8'572'333	8'242'333	7'264'777 ¹	8'574'900			8'242'333	51.0	5.4		
	2018	8'712'941	8'392'562	7'655'651 ¹	7'855'021			8'392'562	50.9	5.4		
	2019	9'489'988	9'489'609	9'029'882 ¹	9'884'422			9'489'609	56.1	5.6		
OW	2016	8'143'100	8'143'100	Keine	7'951'200	.	Angaben Kanton basieren auf SO-MED-Statistik und sind gemäss eigenen Angaben plausibel. Weitere Gemeindebeiträge sind möglich.	8'143'100	51.2	5.0		
	2017	8'358'400	8'358'400	keine	7'811'400			8'358'400	53.6	5.0		
	2018	8'602'600	8'313'550	keine	7'924'550			8'313'550	53.2	4.8		
	2019	8'913'600	8'620'693	keine	8'356'793			8'620'693	54.4	5.0		
SG	2016	70'890'589	70'890'589	61'909'408 ²	85'798'700	.	Eigene Angabe Kanton ist plausibel und liegt zwischen Bottom-Up- und Top-Down-Schätzung. Defizitdeckung konnte plausibel zugeordnet werden.	70'890'589	33.8	4.7		
	2017	73'706'070	73'706'070	63'539'661 ²	89'002'200			73'706'070	35.7	4.8		
	2018	79'496'791	76'454'248	61'750'743 ²	91'626'657			76'454'248	36.6	4.7		
	2019	92'418'456	89'324'876	91'578'606 ²	89'486'120			89'324'876	42.2	4.8		

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung (RK) Kantone/Gemeinden					Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK pro Pflege-tag ⁵	MPS ⁴
		Eigene Angabe Kantone	Bereinigte Angabe Kantone ³	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite			
SH	2016	12'900'000	12'900'000	13'009'109 ¹	27'233'500	B	Angaben Kanton untere Grenze: Grund: Der Kanton leistet weitere Defizitdeckung. Davon sind max. 50% (gem. Angabe Kanton als absolute Obergrenze) KVG-relevant. Da weitere Gemeindebeiträge möglich sind, werden 50% der Defizitdeckung als absolute Obergrenze verwendet.	12'900'000	15'505'000	28.1	4.2	
	2017	13'500'000	13'500'000	13'594'214 ¹	29'331'900			13'500'000	15'795'000	32.2	4.5	
	2018	15'900'000	14'680'000	14'563'692 ¹	25'823'600			14'680'000	19'590'000	38.4	4.6	
	2019	16'850'000	15'623'000	15'956'371 ¹	24'729'700			15'623'000	20'065'000	38.3	4.7	
SO	2016	31'600'000	31'600'000	29'720'782 ³	45'505'000	A	Angabe Kanton Untergrenze. Er kann keine Angaben dazu machen, ob die Gemeinden noch weitere Beiträge leisten.	31'600'000	45'505'000	40.4	5.3	
	2017	32'600'000	32'600'000	26'171'930 ³	49'357'800			32'600'000	49'357'800	41.5	5.5	
	2018	32'600'000	32'600'000	26'198'271 ³	54'462'500			32'600'000	54'462'500	44.0	5.5	
	2019	33'600'000	33'600'000	29'330'524 ³	43'241'000			33'600'000	43'241'000	38.2	5.5	
SZ	2016	10'341'817	10'341'817	Keine	25'006'900	A	Angabe Kanton Untergrenze. Er kann keine Angaben dazu machen, ob die Gemeinden noch weitere Beiträge (Defizitdeckung/GWL/sonstige Beiträge) leisten. Spannbreite relativ gross.	10'341'817	25'006'900	28.6	4.6	
	2017	11'081'868	11'081'868	Keine	28'772'700			11'081'868	28'772'700	31.7	4.7	
	2018	13'237'676	12'180'676	Keine	29'977'800			12'180'676	29'977'800	33.3	4.8	
	2019	15'079'956	14'014'956	Keine	32'872'500			14'014'956	32'872'500	36.3	4.9	
TG	2016	33'926'013	33'926'013	37'782'123 ¹	38'514'500	A	Weitere Gemeindebeiträge sind möglich. Daher Angabe Kanton als Untergrenze und Top-Down als Obergrenze.	33'926'013	38'514'500	35.4	4.9	
	2017	36'534'945	36'534'945	40'352'104 ¹	42'584'600			36'534'945	42'584'600	40.1	5.0	
	2018	40'613'060	39'252'960	43'045'590 ¹	42'872'400			39'252'960	42'872'400	40.2	5.1	
	2019	45'104'863	43'404'933	46'510'698 ¹	46'979'070			43'404'933	46'979'070	43.8	5.2	

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung (RK) Kantone/Gemeinden				Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK pro Pfle- getag ⁵	MPS ⁴
			Eigene Angabe Kantone	Bereinigte Angabe Kantone ³	«Bottom-Up» Schätzung			«Top-Down» Schätzung	Untere Bandbreite			Obere Bandbreite
TI	2016	66'000'000	39'701'422	76'397'741 ¹	49'766'122	.	Angaben gemäss Kanton vollständig.	39'701'422		26.3	6.9
	2017	69'000'000	41'865'010	73'242'732 ¹	57'204'010			41'865'010		27.6	6.9
	2018	73'000'000	45'413'730	72'608'242 ¹	64'094'930			45'413'730		29.5	6.9
	2019	79'000'000	50'002'826	82'213'790 ¹	75'957'426			50'002'826		30.5	6.9
UR	2016	8'289'000	8'289'000	Keine	8'261'900	.	Angabe des Kantons plausibel. Er gibt	8'289'000		43.0	5.1
	2017	8'143'000	8'143'000	Keine	8'299'700		zwar an, keine Kenntnisse dazu zu	8'143'000		43.9	5.1
	2018	8'233'000	8'233'000	Keine	9'685'900		haben, inwiefern die Gemeinden wei-	8'233'000		44.5	5.0
	2019	8'437'000	8'437'000	Keine	9'365'800		tere Beiträge an die Alters- und Pfl-	8'437'000		44.6	4.9
							geheime leisten. Da seine Angabe				
							aber nah bei der «Top-Down»-Schät-				
							zung liegen, gehen wir davon aus,				
							dass keine substanziellen weiteren				
							Beiträge geleistet wurden.				
VD	2016	100'505'208	74'060'339	84'926'615 ¹	80'040'431	.	Angaben Kanton plausibel und ge-	74'060'339		30.5	8.5
	2017	100'505'208	73'152'761	59'989'156 ¹	86'954'453		mäss eigenen Angaben vollständig.	73'152'761		29.7	8.4
	2018	100'505'208	66'285'634	60'097'988 ¹	76'004'526		Die «Bottom-Up»-Schätzung für 2016	66'285'634		25.9	8.4
	2019	100'505'208	80'989'976	72'830'503 ¹	91'092'568		dürfte fehlerhaft sein.	80'989'976		31.6	8.4
VS	2016	60'463'500	44'086'800	26'163'966 ¹	37'894'500	.	Angaben Kanton plausibel, er kennt	44'086'800		39.3	7.1
	2017	62'940'300	46'159'500	26'905'417 ¹	40'381'100		die Ausgaben, da er sie mitfinanziert.	46'159'500		41.1	7.2
	2018	66'545'800	47'151'200	27'500'440 ¹	42'148'200			47'151'200		41.1	7.3
	2019	67'433'400	47'803'200	28'248'076 ¹	44'254'500			47'803'200		40.8	7.3

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung (RK) Kantone/Gemeinden					Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK pro Pfle- getag ⁵	MPS ⁴
			Eigene An- gabe Kantone	Bereinigte An- gabe Kantone ³	«Bottom-Up» Schätzung	«Top-Down» Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite		
ZG	2016	keine	keine	22'309'836 ³	20'911'100	C	«Bottom-Up»-Berechnung anhand der Rahmentarife des Kantons erstellt (Mittelwert zwischen niedrigstem und höchstem Beitrag). Kanton selbst verfügt über keine Angaben, da die Restkostenfinanzierung Aufgabe der Gemeinde ist. Möglicher Grund für die Differenz zwischen «Bottom-Up»- und «Top-Down»-Schätzung: Mittlerer Wert aus den Rahmentarifen zu hoch angesetzt.	20'911'100		48.3	4.8	
	2017	keine	keine	19'352'616 ³	19'271'100			19'271'100		50.4	4.8	
	2018	keine	keine	19'095'712 ³	22'150'912			22'150'912		55.9	5.0	
	2019	keine	keine	19'150'067 ³	21'194'619			21'194'619		52.2	5.0	
ZH	2016	335'484'580	335'484'580	342'008'341 ³	338'185'600	B	Angabe unter der «Bottom-Up»-Schätzung, welche mit den Tarifen für Leistungserbringer ohne Leistungsvertrag erstellt wurde. Eigene Angabe Kanton als Untergrenze, Obergrenze beinhaltet 50% der Beiträge zur Defizitdeckung. Ausgaben pro Pflgetag (letzte Spalte) vergleichsweise eher hoch.	335'484'580	341'418'064	60.0	5.0	
	2017	364'202'538	364'202'538	369'453'994 ³	368'036'200			364'202'538	368'295'105	67.2	5.2	
	2018	375'547'350	361'547'350	364'975'522 ³	361'155'000			361'547'350	377'006'112	66.8	5.2	
	2019	397'243'701	383'243'701	389'298'287 ³	376'247'700			383'243'701	397'824'970	71.2	5.2	
CH	2016							1'377'044'322	1'426'359'387	40.6	5.8	
	2017							1'459'573'405	1'513'619'089	43.3	5.9	
	2018							1'484'438'170	1'554'837'711	44.1	5.9	
	2019							1'615'916'683	1'670'937'930	46.9	6.0	

¹ Berechnet anhand von kantonalen *Höchstgrenzen* oder dem Durchschnitt der *Höchstgrenzen*, die für die unterschiedlichen Leistungserbringer(gruppen) festgelegt wurden mit den Leistungsdaten der SOMED-Statistik, Basis Standortkanton.

² Berechnet anhand von Angaben zu Höchstgrenzen/Normkosten, obwohl die *effektiven Restkosten* abgegolten werden oder ein *anderes Finanzierungssystem* vorliegt mit den Leistungsdaten der SOMED-Statistik, Basis Standortkanton.

³ Die Angaben der Kantone wurden wie folgt bereinigt: Subtraktion der fakultativen Subventionen der Patientenbeteiligung sowie der Beiträge an MiGeL-Pflegematerial (sofern in den RK enthalten), Addition der Beiträge an intermediäre Angebote (sofern nicht bereits in RK enthalten und Beiträge bekannt).

⁴ MPS: Mittlere Pflegebedarfsstufe: Berechnet anhand von kantonalen *Normkosten* oder dem Durchschnitt der Normkosten, die für die unterschiedlichen Leistungserbringer(gruppen) festgelegt wurden mit den Leistungsdaten der SOMED-Statistik, Basis Standortkanton.

⁵ Berechnet mit Mittelwert zwischen unterer und oberer Bandbreite.

Korrektur A: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze «Top-Down»-Schätzung.

Korrektur B: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze Angabe Kanton plus weitere Beiträge.

Korrektur C: Nur «Top-Down»-Schätzung.

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

Tabelle 15: Schätzungen direkte Beiträge (Restkostenfinanzierung) der Kantone und Gemeinden an die Pflege zuhause

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK/ Pflege- stunde ⁴
		Eigene Angabe Kantone	Bereinigte Angabe Kantone ⁵	«Bottom-Up»- Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	
AG	2016	35'389'496	30'089'572	8'108'166 ¹	A	Eigene Angabe des Kantons umfasst sämtliche Beiträge der öffentlichen Hand und somit möglicherweise auch nicht KVG-pflichtige Ausgaben. Eine Unterscheidung ist nicht möglich, da die Leistungsvereinbarungen mit der öffentlichen Spitex auf Gemeindeebene geregelt sind. Daher wird die Bottom-Up-Schätzung als Untergrenze, die eigene Angabe als Obergrenze definiert.	8'108'166	30'089'572	22.6
	2017	37'925'812	32'380'121	8'830'971 ¹			8'830'971	32'380'121	22.7
	2018	39'373'176	33'361'147	9'166'523 ¹			9'166'523	33'361'147	22.2
	2019	43'469'151	36'969'520	13'963'013 ¹			13'963'013	36'969'520	25.0
AI	2016	940'494	770'531	keine	.	Angabe des Kantons plausibel und vollständig.	770'531		39.9
	2017	904'748	732'338	keine			732'338		40.0
	2018	1'165'000	944'057	keine			944'057		46.7
	2019	1'037'270	903'944	keine			903'944		46.2
AR	2016	3'331'594	2'886'037	2'242'708 ²	A	Kanton kennt die Ausgaben für die KVG-Pflegekosten nicht genau. Eigene Angabe des Kantons dürfte eine Obergrenze darstellen, da darin auch nicht-KVG-relevante Beiträge enthalten sind. Als Untergrenze dient die Bottom-Up-Schätzung.	2'242'708	2'886'037	45.8
	2017	3'747'029	3'235'116	2'235'597 ²			2'235'597	3'235'116	47.8
	2018	3'928'099	3'366'119	2'460'005 ²			2'460'005	3'366'119	46.4
	2019	3'938'377	3'382'984	2'427'004 ²			2'427'004	3'382'984	46.8

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK/ Pflege- stunde ⁴
		Eigene Angabe Kantone	Bereinigte Angabe Kantone ⁵	«Bottom-Up»- Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	
BE	2016	116'600'000	83'217'524	keine	.	Angaben gemäss Kanton vollständig. Die angegebenen Normkosten (und entsprechend auch die «Bottom-Up»-Schätzung) sind sehr tief, da viele KVG-Pflegeleistungen anderweitig bezahlt werden (Koordination, Einsatz pro Organisation, etc.).	83'217'524		33.1
	2017	123'800'000	89'726'679	keine			89'726'679		33.8
	2018	110'600'000	90'500'227	keine			90'500'227		34.0
	2019	103'500'000	86'633'782	keine			86'633'782		32.3
BL	2016	21'764'206	17'696'846	keine	D	Eigene Angaben des Kantons stammen aus der Spitex-Statistik und enthalten weitere Beiträge. Der wahre Wert dürfte gemäss Kanton in einer Bandbreite von 60-90% der eigenen Angabe liegen. Die Unter- und Obergrenze wurden auf Basis dieser Einschätzung gebildet.	8'991'164	15'520'426	27.4
	2017	21'412'769	16'879'899	keine			8'314'791	14'738'622	23.6
	2018	22'661'723	16'763'985	keine			7'699'296	14'497'813	19.8
	2019	24'055'091	17'721'736	keine			8'099'700	15'316'227	19.4
BS	2016	17'800'000	17'700'000	keine	.	Angaben des Kantons plausibel.	17'700'000		36.2
	2017	18'700'000	18'200'000	keine			18'200'000		34.8
	2018	18'200'000	17'800'000	keine			17'800'000		32.7
	2019	20'400'000	19'412'814	keine			19'412'814		34.5
FR	2016	22'286'296	15'231'021	keine	.	Angaben des Kantons plausibel.	15'231'021		34.4
	2017	23'728'744	16'111'997	keine			16'111'997		33.7
	2018	26'221'648	17'967'619	keine			17'967'619		34.7
	2019	27'391'982	18'527'482	keine			18'527'482		33.3
GE	2016	95'156'736	86'918'700	keine	.		86'918'700		83.9
	2017	98'171'517	89'534'804	keine			89'534'804		82.4
	2018	108'845'542	99'726'455	keine			99'726'455		86.9

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK/ Pflege- stunde ⁴
		Eigene Angabe Kantone	Bereinigte Angabe Kantone ⁵	«Bottom-Up»- Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	
	2019	117'341'717	107'856'906	keine		Eigene Angaben gemäss Kanton zuverlässig. Ausgaben pro Pflegestunde im interkantonalen Vergleich hoch. Sie dürften gemäss Kanton sogar unterschätzt sein, da die Spitex-Statistik tendenziell zu viele Stunden ausweist.	107'856'906		90.4
GL	2016	1'078'377	547'179	keine	B	Beiträge des Kantons zur Defizitdeckung als KVG-relevant eingestuft und werden den Restkosten für die Untergrenze zugerechnet. Kanton leistet zudem GWL-Beiträge, deren KVG-Relevanz unklar ist. Als Obergrenze dient daher Beitrag inkl. Defizitdeckung und GWL.	547'179	922'179	17.6
	2017	1'098'388	551'275	keine			551'275	926'275	15.8
	2018	1'238'747	747'247	keine			747'247	1'122'247	17.9
	2019	1'399'805	928'284	keine			928'284	1'303'284	20.2
GR	2016	9'163'000	6'906'000	keine	.	Angaben Kanton plausibel und gemäss eigenen Angaben vollständig (allfällige weitere Defizitbeiträge und Subventionen der Gemeinden werden von Kanton als vernachlässigbar eingestuft).	6'906'000		22.3
	2017	9'139'000	6'806'000	keine			6'806'000		21.1
	2018	9'329'000	6'974'000	keine			6'974'000		21.5
	2019	9'654'000	7'221'000	keine			7'221'000		21.1
JU	2016	10'467'584	6'832'212	keine	.	Angaben des Kantons plausibel. Kanton konnte KVG-relevanten Anteil der Subventionen plausibel den Restkosten zuordnen.	6'832'212		30.0
	2017	10'267'584	7'567'584	keine			7'567'584		30.8
	2018	9'367'584	6'617'584	keine			6'617'584		25.5
	2019	9'767'584	6'967'584	keine			6'967'584		25.2
LU	2016	21'100'212	21'100'212	keine	.	Angaben gemäss Kanton stammen aus Gemeindestatistik und sind vollständig und plausibel.	21'100'212		36.1
	2017	22'011'675	22'011'675	keine			22'011'675		35.8
	2018	24'714'860	24'072'152	keine			24'072'152		37.5
	2019	28'968'406	28'284'169	keine			28'284'169		41.3

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK/ Pflege- stunde ⁴
		Eigene Angabe Kantone	Bereinigte Angabe Kantone ⁵	«Bottom-Up»- Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	
NE	2016	9'623'000	2'172'618	keine	Angaben Kanton vollständig. Restkosten pro Pflegestunde fallen im interkantonalen Vergleich sehr tief aus.	2'172'618		5.1	
	2017	11'806'856	3'591'303	keine		3'591'303		7.6	
	2018	12'515'578	3'640'434	keine		3'640'434		7.1	
	2019	12'070'685	3'311'439	keine		3'311'439		6.6	
NW	2016	1'838'424	1'838'424	keine	Angaben Kanton vollständig und plausibel.	1'838'424		38.5	
	2017	2'169'836	2'169'836	keine		2'169'836		41.7	
	2018	2'516'701	2'516'576	keine		2'516'576		43.3	
	2019	2'768'672	2'768'672	keine		2'768'672		43.8	
OW	2016	847'205	847'205	keine	Eigene Angabe Kanton plausibel. Beiträge von 2016 wurden von Kanton korrigiert. Sonstige Beiträge gemäss Kanton nicht KVG-relevant. Weitere Beiträge zur Defizitdeckungen durch Gemeinden möglich.	847'205		21.5	
	2017	1'051'190	1'011'895	keine		1'011'895		25.8	
	2018	1'059'321	1'015'626	keine		1'015'626		23.2	
	2019	1'114'118	1'067'723	keine		1'067'723		23.0	
SG	2016	7'800'000	4'353'885	4'542'068 ²	B Angabe Kanton ist eine Untergrenze. Grund: Die Gemeinden leisten auch noch Defizitdeckung, wovon ein Teil für die KVG-Pflege verwendet werden könnte. Betrag mit voller Defizitdeckung dient als Obergrenze.	4'353'885	20'453'885	21.7	
	2017	8'600'000	4'808'757	4'793'066 ²		4'808'757	21'108'757	21.1	
	2018	10'100'000	5'588'214	4'715'160 ²		5'588'214	21'488'214	20.5	
	2019	12'100'000	6'932'851	4'415'974 ²		6'932'851	22'632'851	21.6	
SH	2016	4'360'000	4'360'000	keine	Eigene Angabe des Kantons basiert auf Schätzung und wird als plausibel angesehen.	4'360'000		34.3	
	2017	4'650'000	4'650'000	keine		4'650'000		36.4	
	2018	5'100'000	4'961'005	keine		4'961'005		35.7	
	2019	4'900'000	4'758'207	keine		4'758'207		33.6	

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK/ Pflege- stunde ⁴
		Eigene Angabe Kantone	Bereinigte Angabe Kantone ⁵	«Bottom-Up»- Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	
SO	2016	keine Angabe	keine Angabe	10'006'992 ^{1,3}	C	2016-2019 gab es im Kanton SO keine eigentliche Restkostenfinanzierung. Bottom-Up-Schätzung dient als Annäherungswert (2016-2018 basierend auf Normkosten im Sozialgesetz; 2019 basierend auf Empfehlung des Kantons für Normkosten). Bei der Schätzung handelt es sich vermutlich um eine Untergrenze, zu der weitere Defizitdeckungen hinzukommen könnten. Für eine Obergrenze gibt es keine Anhaltspunkte bzw. nur für 2016 (CHF 14'000'000 gemäss INFRAS (2019)).	10'006'992	22.9	
	2017	keine Angabe	keine Angabe	10'225'572 ^{1,3}			10'225'572	22.9	
	2018	keine Angabe	keine Angabe	10'678'401 ^{1,3}			10'678'401	22.9	
	2019	keine Angabe	keine Angabe	8'881'537 ^{1,3}			8'881'537	18.5	
SZ	2016	4'135'154	2'398'020	keine	.	Eigene Angaben Kanton basieren auf Benchmark des Spitexkantonalverbands Schwyz (LE mit Versorgungspflicht) und der LUSTAT-Statistik (LE ohne Versorgungspflicht). Gemäss Angabe Kanton exkl. ausserkantonale Beiträge, daher möglicherweise leichte Unterschätzung.	2'398'020	15.1	
	2017	4'073'560	2'275'992	keine			2'275'992	13.6	
	2018	5'236'462	3'246'333	keine			3'246'333	18.9	
	2019	5'463'772	3'276'159	keine			3'276'159	17.4	
TG	2016	12'587'721	12'587'721	keine	.	Eigene Angabe Kanton vollständig. GWL konnten plausibel den Restkosten zugeordnet werden. Eigene Angabe Kanton dürfte eher Obergrenze darstellen.	12'587'721	33.1	
	2017	12'809'568	12'809'568	keine			12'809'568	33.0	
	2018	13'821'957	13'416'334	keine			13'416'334	33.1	
	2019	15'193'567	14'767'534	keine			14'767'534	34.7	

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK/ Pflege- stunde ⁴
		Eigene Angabe Kantone	Bereinigte Angabe Kantone ⁵	«Bottom-Up»- Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	
TI	2016	33'360'418	20'068'349	keine	Angaben Kanton plausibel. Im interkan- tonalen Vergleich eher tiefe Restkosten pro Pflegestunde.	20'068'349	20.8		
	2017	33'714'817	19'087'494	keine		19'087'494	18.0		
	2018	36'090'547	19'582'858	keine		19'582'858	16.4		
	2019	37'722'015	19'543'114	keine		19'543'114	14.8		
UR	2016	1'461'667	1'461'667	keine	Angabe Kanton vollständig und plausibel. Im Vergleich zu INFRAS (2019) konnte Kanton Angaben eingrenzen (GWL als 2/3 KVG-relevant eingestuft).	1'461'667	40.3		
	2017	1'420'000	1'420'000	keine		1'420'000	38.2		
	2018	1'426'000	1'426'000	keine		1'426'000	37.0		
	2019	1'530'000	1'460'000	keine		1'460'000	37.2		
VD	2016	119'212'009	90'247'494	keine	Angabe Kanton vollständig und plausibel. Eigene Angabe gegenüber INFRAS (2019) präzisiert, was aufgrund genauerer Erhe- bungen ab 2018 möglich war.	90'247'494	43.9		
	2017	130'306'800	99'138'755	keine		99'138'755	44.7		
	2018	138'511'688	105'456'451	keine		105'456'451	45.1		
	2019	144'796'494	110'731'465	keine		110'731'465	45.1		
VS	2016	20'316'500	14'319'091	keine	Angaben Kanton vollständig und plausi- bel.	14'319'091	35.9		
	2017	25'872'500	19'005'808	keine		19'005'808	41.2		
	2018	29'109'500	21'508'776	keine		21'508'776	41.9		
	2019	33'930'000	25'931'526	keine		25'931'526	45.0		
ZG	2016	keine Angabe	keine Angabe	5'388'419 ³	C Kanton kennt Ausgaben nicht, da Ge- meinden zuständig. Bottom-Up-Schät- zung dient als Annäherung, dürfte aber eher eine Unterschätzung darstellen, da bei benutzten Rahmentarifen weitere Zuschläge für spezialisierte Pflege oder Abendstunden nicht eingerechnet sind.	5'388'419	51.3		
	2017	keine Angabe	keine Angabe	5'514'986 ³		5'514'986	51.3		
	2018	keine Angabe	keine Angabe	6'732'785 ³		6'732'785	58.0		
	2019	keine Angabe	keine Angabe	7'192'754 ³		7'192'754	58.6		

Kanton	Jahr	Restkostenfinanzierung Kantone/Gemeinden			Korr.	Kommentar	Konsolidierte Werte		RK/ Pflege- stunde ⁴
		Eigene Angabe Kantone	Bereinigte Angabe Kantone ⁵	«Bottom-Up»- Schätzung			Untere Bandbreite	Obere Bandbreite	
ZH	2016	117'710'541	99'652'415	keine	B	Angabe Kanton aus Spitex-Statistik (Einnahmen für Pflgetaxen durch öffentliche Hand). KVG-relevanter Anteil von sonstigen Beiträgen unbekannt. Angabe Kanton ohne sonstige Beiträge als Untergrenze; Obergrenze enthält sonstige Beiträge.	99'652'415	122'805'763	51.4
	2017	130'230'768	111'105'410	keine			111'105'410	136'140'980	53.1
	2018	136'292'659	113'625'175	keine			113'625'175	137'998'282	50.5
	2019	153'239'900	130'049'128	keine			130'049'128	156'468'460	53.3
CH	2016						528'267'715	597'050'059	37.7
	2017						567'439'086	640'122'154	37.8
	2018						598'070'130	670'617'492	37.6
	2019						641'897'791	715'571'139	38.2

¹ Aufgrund fehlender Angaben zu einzelnen Leistungserbringertypen: Berechnet anhand von kantonalen Normkosten oder dem Durchschnitt der Normkosten, die für Leistungserbringer ohne Versorgungspflicht festgelegt wurden (Kanton SO: Jahre 2016-2018).

² Berechnet anhand von kantonalen Höchstgrenzen oder dem Durchschnitt der Höchstgrenzen, die für die unterschiedlichen Leistungserbringer(gruppen) festgelegt wurden. ³ Berechnet anhand von Angaben zu Höchstgrenzen/Normkosten, obwohl die effektiven Restkosten abgegolten werden oder ein anderes Finanzierungssystem vorliegt (Kanton SO: Jahr 2019).

⁴ Mittelwert pro Stunde geleisteter Pflege zwischen unterer und oberer Bandbreite.

⁵ Die Angaben der Kantone wurden wie folgt bereinigt: Subtraktion der fakultativen Subventionen der Patientenbeteiligung sowie der Beiträge an MiGeL-Pflegematerial (sofern in den RK enthalten), Addition der Beiträge an intermediale Angebote (sofern nicht bereits in RK enthalten und Beiträge bekannt).

Korrektur A: Untergrenze «Bottom-Up», Obergrenze Gesamtausgaben der Kantone.

Korrektur B: Untergrenze Angabe Kanton, Obergrenze Angabe Kanton plus weitere Beiträge.

Korrektur C: nur «Bottom-Up»-Schätzung.

Korrektur D: Eigene Einschätzung der Bandbreite durch den Kanton.

Tabelle INFRAS. Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Erhebung bei den Kantonen/Spitex-Statistik

Fragebogen

EFAS MIT UND OHNE LANGZEITPFLEGE		VORWÄRTS	
EINLEITUNG			
ERLÄUTERUNGEN ZUM FRAGEBOGEN			
<u>Ausfüllende Personen</u>			
<p>Der vorliegende Fragebogen besteht aus zwei Teilen: 1. Restkostenfinanzierung in Alters- und Pflegeheimen, 2. Restkostenfinanzierung bei der Pflege zuhause. Möglicherweise sind in Ihrem Kanton unterschiedliche Personen für diese zwei Themen zuständig. Wir möchten Sie deshalb bitten, die Umfrage intern an die zuständigen Personen weiterzuleiten und die Angaben am Schluss in dieser Excel-Datei zu sammeln. Damit wir bei allfälligen Rückfragen wissen, an wen wir uns wenden dürfen, bitten wir Sie, nachfolgend die Kontaktangaben der jeweils zuständigen Personen anzugeben:</p>			
Kanton: <input style="width: 150px;" type="text"/>			
Person	Kantonales Amt	Beantwortete Fragen	E-Mail und Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Weitere Informationen und Kontext</u>			
<p>Detailliertere Informationen zu EFAS finden Sie in den folgenden Dokumenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Bundesrat (2019) Stellungnahme des Bundesrates zur parlamentarischen Initiative Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. > Bundesrat (2020) Pflegefinanzierung: Integration in eine einheitliche Finanzierung oder Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung. > Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 16.3352 SGK-N vom 13. Mai 2016 und 19.3002 SGK-N vom 24. Januar 2019. Bern. > EDI (2020) Bericht über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich. Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern vom 30. November 2020 > Webseite der GDK zur Einheitlichen Finanzierung (EFAS) (inkl. Studienbericht INFRAS 2019) > Argumentarium der GDK 			
<u>Navigation</u>			
<p>Die zwei Teile des Fragebogens sind auf zwei Registerblätter verteilt. Mit Klick auf "vorwärts" und "zurück" am rechten und linken oberen Rand eines Registerblatts können Sie zwischen den Teilen des Fragebogens hin und her navigieren. Alle Eingabefelder sind weiss markiert und grau umrahmt. Auf einzelnen Seiten teilweise gescrollt werden; das Ende einer Seite ist jeweils gekennzeichnet. Um die Kompatibilität mit verschiedenen Excel-Versionen zu verbessern, haben wir gegenüber der Erhebung von 2019 einige Eingabemasken vereinfacht. Ihre Angaben für das Jahr 2016 aus der letzten Befragung haben wir - wo zutreffend - bereits vorausgefüllt. Bitte überprüfen Sie diese Angaben und korrigieren Sie sie falls nötig in der dafür vorgesehenen Spalte. Textumbrüche innerhalb einer Zelle könnten mit ALT + Enter vorgenommen werden.</p>			
<u>Kenntnisse genauer Zahlen/Schätzungen</u>			
<p>In einigen Fragen bitten wir Sie um möglichst genaue Angaben zur Höhe der Ausgaben Ihres Kantons bzw. der Gemeinden. Uns ist bewusst, dass diese Zahlen aus diversen Gründen nicht überall vorliegen. In diesem Fall wäre es für die Abschätzung des Einbezugs der Pflegekosten ins Modell EFAS hilfreich, wenn Sie - soweit möglich - eine Grössenordnung für den Kanton schätzen können. Sie können jeweils kennzeichnen, ob es sich bei Ihrer Angabe um exakte Werte oder Schätzungen handelt. Bei allen Fragen haben Sie ferner die Möglichkeit, allgemeine Bemerkungen am rechten Rand des Fragebogens anzubringen. Die Leistungsvolumen (Pflegetage/Pflegestunden) werden in diesem Fragebogen nicht detailliert erhoben. Für diese Angaben greifen wir grösstenteils auf die öffentlichen Statistiken zurück.</p>			
<u>Anonymität/Vertraulichkeit der Daten</u>			
<p>Die von Ihnen angegebenen Zahlen zu den Finanzierungsbeiträgen werden von uns vertraulich behandelt. Sie werden nicht veröffentlicht, sondern nur für die Schätzungen verwendet.</p>			
<u>Ausdrucken des Fragebogens</u>			
<p>Sie können den Fragebogen auch ausdrucken. Bei den Druckereinstellungen müssen Sie dazu die Option "Gesamte Arbeitsmappe drucken" auswählen.</p>			
<u>Zurücksenden des Fragebogens/Kontaktangaben für weitere Fragen</u>			
<p>Bitte speichern Sie den elektronischen Fragebogen ab und senden Sie ihn per E-Mail an folgende Adresse: sabine.fries@infras.ch Für ergänzende Fragen steht Ihnen folgende Ansprechperson zur Verfügung: Sabine Fries INFRAS, 044 205 95 21, sabine.fries@infras.ch</p>			
<u>Frist</u>			
<p>Wir bitten Sie, die ausgefüllte Umfrage bis am Fr., 06. August 2021 an INFRAS zurückzusenden. Allfällige Fristverlängerungen dürfen Sie gerne mit INFRAS bilateral besprechen.</p>			
VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!			

ZURÜCK	EFAS MIT UND OHNE LANGZEITPFLEGE	VORWÄRTS
TEIL 1 - ALTERS- UND PFLEGEHEIME		
SYSTEM ZUR FINANZIERUNG DER KVG-RESTKOSTEN DER ALTERS- UND PFLEGEHEIME IN IHREM KANTON		
<p>Um die Auswirkungen von EFAS mit und ohne Langzeitpflege schätzen zu können, sind wir an einigen Angaben interessiert, wie in Ihrem Kanton die Restkostenfinanzierung bei den Alters- und Pflegeheimen ausgestaltet ist. Bitte beziehen Sie Ihre Angaben immer auf das angegebene Jahr.</p>		
<p>1.1 Welches Finanzierungssystem beschreibt das im Jahr 2019 geltende System zur Finanzierung der Restkosten in Alters- und Pflegeheimen in Ihrem Kanton am besten bzw. traf grossmehrheitlich zu?</p>		
<p>Bitte Kreuz setzen.</p>	<p>Abgeltung von...</p>	
<input type="checkbox"/>	... a) kantonalen Normkosten* - unabhängig der effektiven Restkosten (-> falls zutreffend, bitte Zusatzfragen 4 beantworten)	
<input type="checkbox"/>	... b) individuellen Normkosten* je Pflegeheim - unabhängig der effektiven Restkosten (-> falls zutreffend, bitte Zusatzfrage 5.1 beantworten)	
<input type="checkbox"/>	... c) effektiven Restkosten - bis zu kantonal festgelegten Höchstgrenzen* (-> falls zutreffend, bitte Zusatzfragen 4 beantworten)	
<input type="checkbox"/>	... d) effektiven Restkosten - ohne Höchstgrenzen*	
<input type="checkbox"/>	... e) anderes System (-> falls zutreffend, bitte im Kommentarfeld unten beschreiben)	
<p>* Präzisierung zu den Begriffen Normkosten und Höchstgrenzen:</p> <p>- Mit Normkosten ist ein fixer Beitrag/Taxe (Frankenbetrag pro Pflegebedarfsstufe und Tag) für die Restkosten gemeint. Normkosten werden im Vorhinein festgelegt (z.B. basierend auf Vorjahresrechnungen der Pflegeheime, einem Benchmark oder Orientierungsgrößen wie z.B. Lohnkosten). In den Normkosten sind Beiträge der Versicherer und Patienten bereits abgezogen. Teilweise werden die hier gemeinten Normkosten auch als Normdefizit bezeichnet.</p> <p>- Höchstgrenzen sind fixierte maximale Frankenbeiträge pro Pflegebedarfsstufe und Tag, ebenfalls exklusive der Beiträge der Versicherer und PatientInnen.</p> <p>- Unterschied: Bei Normkosten erfolgt die Vergütung unabhängig von den effektiven Restkosten. Bei Höchstgrenzen werden die effektiven Restkosten maximal bis zu der Höchstgrenze vergütet.</p>		
<p>Falls Sie "e) anderes System" angekreuzt haben: Bitte beschreiben Sie dieses System im untenstehenden Kommentarfeld</p>		
<p>1.2 Galt in Ihrem Kanton zwischen 2016 und 2018 ein anderes System als 2019 (oder auch mehrere andere Systeme)?</p>		
<p>Bitte Kreuz setzen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p>Falls in Ihrem Kanton verschiedene Systeme galten: Bitte beschreiben Sie diese Systeme und geben Sie an, in welchen Jahren sie galten.</p>		

AUSGABEN IHRES KANTONS BZW. DER GEMEINDEN IN IHREM KANTON FÜR DIE KVG-PFLICHTIGE PFLEGE

Nachfolgende Fragen bilden den Kern unserer Befragung. Wir sind daran interessiert, in welcher Höhe Ihr Kanton bzw. die Gemeinden in Ihrem Kanton in den Jahren 2016-2019 Beiträge an die KVG-pflichtige Pflege in Alters- und Pflegeheimen geleistet hat. Untenstehend finden Sie verschiedene Finanzierungsarten, mit denen Beiträge an die KVG-Pflege und andere Leistungen der Alters- und Pflegeheimen geleistet werden. Wir möchten Sie bitten, die Ausgaben Ihres Kantones/der Gemeinden in Ihrem Kanton dort einzuordnen und die Ausgaben - soweit bekannt - in den entsprechenden Feldern einzutragen.

! Wichtige Hinweise:

> Unter den Positionen 2.2a bis 2.2d fragen wir neben der Restkostenfinanzierung (2.1) jeweils das Total der Beiträge an die Alters- und Pflegeheimen (für KVG-Pflegeleistungen und Nicht-KVG-pflichtige Leistungen) sowie davon den Anteil für KVG-Pflegeleistungen ab. Je nach Finanzierungssystem ist es möglich, dass unter 2.2a bis 2.2d keine weiteren Beiträge an die KVG-Pflege mehr anfallen, da diese bereits unter 2.1 abgedeckt sind. Wichtig ist, dass Sie bei untenstehender Auflistung keine Beiträge doppelt auführen. (Bspw. wenn Beiträge für die Defizitdeckung bereits bei den Beiträgen für Restkosten miteinberechnet wurden.)

> Falls eine Finanzierungsart nicht zutreffend ist, geben Sie bitte eine "0" ein.

> Falls Sie Angaben machen können, geben Sie bitte rechts an, ob es sich um genaue Angaben oder Schätzungen handelt (entsprechendes Kreuz setzen).

> Falls unter einer Finanzierungsart Beiträge geleistet werden, aber Sie die Höhe nicht schätzen können, schreiben Sie bitte "Keine Angabe möglich" in das entsprechende Feld.

2. Bitte geben Sie bei den folgenden möglichen Finanzierungsformen an, in welcher Höhe Ihr Kanton und die Gemeinden in Ihrem Kanton in den Jahren 2016-2019 Beiträge an Alters- und Pflegeheimen geleistet hat/haben.

> Bitte prüfen Sie die Angaben für 2016 und korrigieren Sie diese falls nötig.

Beiträge für KVG- Pflegekosten in CHF

	2016	2017	2018	2019	
2.1 KVG-Restkostenfinanzierung*					Bitte Kreuz setzen. Genauere Angabe Schätzung

*Unter der KVG-Restkostenfinanzierung verstehen wir im Rahmen dieser Erhebung alle KVG-pflichtigen Pflegekosten, welche von Ihrem Kanton/den Gemeinden in Ihrem Kanton übernommen werden (inkl. ausserkantonale Leistungen, exkl. Akut- und Übergangspflege). Es handelt sich um die Restfinanzierung des Kantons/der Gemeinden nach Abzug der Versichererbeiträge (OKP) und der von den Patienten geleisteten Patientenbeiträge. Nicht zur KVG-Restkostenfinanzierung gehören Ergänzungsleistungen des Kantons für Patientenbeteiligung. Bitte rechnen Sie diese nicht in die Beiträge ein.

2.2 Weitere Beiträge an Alters- und Pflegeheimen (Angaben in CHF)

	2016	2017	2018	2019	
2.2a Subventionen (bitte präzisieren Sie im Bemerkungsfeld rechts)	Total Subventionen in CHF				Bitte Kreuz setzen. Genauere Angaben Schätzungen
	davon für KVG Pflegekosten in CHF				

	2016	2017	2018	2019	
2.2b Defizitdeckung	Total Defizitdeckung in CHF				Bitte Kreuz setzen. Genauere Angaben Schätzungen
	davon für KVG Pflegekosten in CHF				

	2016	2017	2018	2019	
2.2c Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) (bitte präzisieren Sie im Bemerkungsfeld rechts)	Total GWL in CHF				Bitte Kreuz setzen. Genauere Angaben Schätzungen
	davon für KVG Pflegekosten in CHF				

	2016	2017	2018	2019	
2.2d Sonstige Beiträge (bitte präzisieren Sie im Bemerkungsfeld rechts)	Total sonstige Beiträge in CHF				Bitte Kreuz setzen. Genauere Angaben Schätzungen
	davon für KVG Pflegekosten in CHF				

Falls die Beitragshöhe einer oder mehrerer Finanzierungsformen unbekannt ist: Aus welchem Grund kann der Kanton die Beiträge nicht beziffern?

Falls Sie bei einer oder mehreren Beitragsformen eine Schätzung vorgenommen haben: Worauf basiert die Schätzung?

2.3 Enthalten die Angaben unter Punkt 2.1 (Restkostenfinanzierung) auch Beiträge an MIGel-Pflegematerial?

Erläuterung: Pflegematerial, das von Pflegefachpersonen in Pflegeheimen und bei der Pflege zu Hause verwendet wird, wird gemäss Bundesverwaltungsgerichtsurteilen im Jahr 2017 nicht separat vergütet, sondern nach dem Verteilungsschlüssel der Pflegefinanzierung durch die drei Kostenträger (Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP, Kantone/Gemeinden und Versicherte). In seinem Urteil 9C_446/2017 vom 20. Juli 2018 (BGE 144 V 280) hat das Bundesgericht bestätigt, dass die Kantone oder Gemeinden die Kosten für Pflegeleistungen und Pflegematerialien übernehmen müssen, die nicht durch die Beiträge der OKP und der versicherten Person gedeckt sind. Per 1. Oktober 2021 wird das Pflegematerial aufgrund einer KVG-Änderung separat von der OKP vergütet (vgl. Informationen zur KVG-Änderung: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-des-kvg-verguetung-des-pflegematerials.html>).

Bitte jeweils Kreuz setzen.	2016	2017	2018	2019
Ja				
Nein				

Falls ja bei 2.3: Bitte geben Sie falls möglich die Beiträge pro Jahr an oder machen Sie eine Schätzung.

	2016	2017	2018	2019	
Beitrag an Pflegematerial in CHF					Bitte Kreuz setzen. Genauere Angabe Schätzung Keine Angabe möglich

PATIENTENBETEILIGUNG

3.1 Galt in Ihrem Kanton in den Jahren 2016-2019 die gesetzlich maximale Patientenbeteiligung für die Pflege in Alters- und Pflegeheimen von CHF 21.60 pro Tag für alle Pflegebedarfsstufen?

Bitte jeweils Kreuz setzen.

	2016	2017	2018	2019
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls nein: Bitte führen Sie aus, welche abweichenden Regelungen zur Patientenbeteiligung in Ihrem Kanton galten.

2016	<input type="text"/>
2017	<input type="text"/>
2018	<input type="text"/>
2019	<input type="text"/>

3.2 Falls nein bei 3.1: Sind die Beiträge des Kantons/der Gemeinden, die in Form der reduzierten Patientenbeteiligung freiwillig geleistet werden, in den Angaben unter Punkt 2.1 (Restkostenfinanzierung) enthalten?

Bitte jeweils Kreuz setzen.

	2016	2017	2018	2019
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 Bitte beziffern Sie diese freiwilligen Beiträge Ihres Kantons an die Patientenbeteiligung (pro Jahr, absolut).

Hinweis: Indirekte Beiträge des Kantons in Form von Ergänzungsleistungen sind hier nicht gemeint.

	2016	2017	2018	2019
Freiwilliger Beitrag an Patientenbeteiligung (CHF)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte Kreuz setzen.

<input type="checkbox"/>	Genauere Angabe
<input type="checkbox"/>	Schätzung
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe möglich

4. Zusatzfragen für Kantone mit kantonalen Normkosten oder Höchstgrenzen (Systeme a oder c in Frage 1.1)

4.1 Wie hoch waren die in den Jahren 2016 bis 2019 geltenden kantonalen Normkosten/Höchstgrenzen pro Pflegetag? (Angaben ohne die Beiträge der Versicherer und PatientInnen und ohne allfällige Ergänzungsleistungsbeiträge, siehe Präzisierung zu den Begriffen Normkosten/Höchstgrenzen in Frage 1.1.)

Hinweis: Bitte überprüfen Sie den vorausgefüllten Betrag für 2016. Falls dieser nicht korrekt ist, korrigieren Sie diesen bitte. Falls sich die Beträge seit 2016 nicht verändert haben, können Sie unter "Folgebahre gleich wie 2016" ein Kreuz setzen. Falls die Beträge in den Folgejahren nicht identisch sind, bitten wir Sie um Angabe für die Jahre 2017-2019 in den dafür vorgesehenen Spalten.

	2016	Folgebahre gleich wie 2016	Falls nicht gleich wie 2016: bitte um Angabe pro Jahr		
	CHF/Tag	Kreuz setzen falls zutreffend	2017	2018	2019
	CHF/Tag		CHF/Tag	CHF/Tag	CHF/Tag
Stufe 1					
Stufe 2					
Stufe 3					
Stufe 4					
Stufe 5					
Stufe 6					
Stufe 7					
Stufe 8					
Stufe 9					
Stufe 10					
Stufe 11					
Stufe 12					

Allfällige weitere Stufen

4.2 Gab es in den Jahren 2016-2019 in Ihrem Kanton Unterschiede in den Normkosten/Höchstgrenzen für verschiedene Leistungserbringer (z.B. mit oder ohne Leistungsauftrag) bzw. für verschiedene BewohnerInnen?

Bitte Kreuz setzen.

Ja
 Nein

4.2a Falls ja bei 4.2: Um welche Unterschiede handelt es sich pro Gruppe? Bitte geben Sie die abweichenden Normkosten/Höchstgrenzen je Stufe für die weiteren Gruppen an und präzisieren Sie, um welche Gruppen es sich bei den Angaben unter 4.1 und 4.2 handelt.

4.2b Falls ja bei 4.2: Wie viel Prozent des Leistungsvolumens (gemessen an Pflegetagen oder Betten) machen die einzelnen Gruppen jeweils aus?

4.3 Beinhalteten die angegebenen Normkosten/Höchstgrenzen lediglich die Restkostenfinanzierung der KVG-pflichtigen Pflegekosten oder auch die Finanzierung weiterer Leistungen?

Bitte Kreuz setzen.

Nur Beiträge für die Restkostenfinanzierung der KVG-pflichtigen Pflegekosten
 Beiträge für die Restkostenfinanzierung der KVG-pflichtigen Pflegekosten und zur Finanzierung weiterer Leistungen

Falls zum Teil auch weitere Leistungen: Bitte präzisieren Sie dies im Bemerkungsfeld rechts.

4.4 Nur für Systeme mit kantonalen Höchstgrenzen: Wie viele Alters- und Pflegeheime rechneten in den Jahren 2016-2019 die Restkosten in der Höhe der Höchstgrenzen ab?

Bitte Kreuz setzen.

alle
 die Mehrheit
 etwa die Hälfte
 eine Minderheit
 keine

Hinweis: Sollte es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Jahren 2016-2019 geben, bitten wir Sie um nähere Angaben im Bemerkungsfeld rechts.

5. Zusatzfragen für Kantone mit Normkosten, die pro Leistungserbringer individuell festgesetzt werden (System b in Frage 1.1)

5.1 Können Sie weitere Angaben zu den individuellen Normkosten (d.h. unterschiedlich je Leistungserbringer) in Ihrem Kanton machen, z.B. die durchschnittlich vergüteten Normkosten pro Pflegebedarfsstufe?

	2016	2017	2018	2019

ZURÜCK	EFAS MIT UND OHNE LANGZEITPFLEGE	VORWÄRTS
---------------	---	-----------------

TEIL 2 - PFLEGE ZUHAUSE (durch Spitex-Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen)

SYSTEM ZUR FINANZIERUNG DER KVG-RESTKOSTEN DER PFLEGE ZUHAUSE IN IHREM KANTON

Um die Auswirkungen von EFAS mit und ohne Langzeitpflege schätzen zu können, sind wir an einigen Angaben interessiert, wie in Ihrem Kanton die Restkostenfinanzierung bei der Pflege zuhause ausgestaltet ist.

1.1. Welches System beschreibt die Finanzierung der Restkosten bei der Pflege zuhause in Ihrem Kanton im Jahr 2019 am besten bzw. trifft grossmehrheitlich zu?

Bitte Kreuz setzen. **Abgeltung von...**

<input type="checkbox"/>	... a) kantonalen Normkosten* - unabhängig der effektiven Restkosten (-> falls zutreffend, bitte Zusatzfragen 4 beantworten)
<input type="checkbox"/>	... b) individuellen Normkosten* je Leistungserbringer - unabhängig der effektiven Restkosten (-> falls zutreffend, bitte Zusatzfrage 5.1 beantworten)
<input type="checkbox"/>	... c) effektiven Restkosten - bis zu kantonal festgelegten Höchstgrenzen* (-> falls zutreffend, bitte Zusatzfragen 4 beantworten)
<input type="checkbox"/>	... d) effektiven Restkosten - ohne Höchstgrenzen*
<input type="checkbox"/>	... e) anderes System/Mischsystem (-> falls zutreffend, bitte im Kommentarfeld unten beschreiben)

* Präzisierung zu den Begriffen Normkosten und Höchstgrenzen:
- Mit **Normkosten** ist ein fixer Beitrag/Taxe (Frankenbetrag pro Pflegebedarfsstufe und Tag) für die Restkosten gemeint. Normkosten werden im Vorhinein festgelegt (z.B. basierend auf Vorjahresrechnungen der Pflegeheime, einem Benchmark oder Orientierungsgrößen wie z.B. Lohnkosten). In den Normkosten sind **Beiträge der Versicherer und Patienten bereits abgezogen**. Teilweise werden die hier gemeinten Normkosten auch als Normdefizit bezeichnet.
- **Höchstgrenzen** sind fixierte maximale Frankenbeiträge pro Pflegebedarfsstufe und Tag, ebenfalls **exklusive der Beiträge der Versicherer und PatientInnen**.
- Unterschied: Bei Normkosten erfolgt die Vergütung unabhängig von den effektiven Restkosten. Bei Höchstgrenzen werden die effektiven Restkosten maximal bis zu der Höchstgrenze vergütet.

Falls Sie "e) anderes System" angekreuzt haben: Bitte beschreiben Sie dieses System im untenstehenden Kommtarfeld

1.2 Haben die Gemeinden in Ihrem Kanton eigene Finanzierungssysteme für Leistungserbringer in der Gemeinde?

Bitte Kreuz setzen

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

1.2a Falls ja bei 1.2: Bitte erläutern Sie, für welche Leistungserbringer eigene Systeme gelten (alle, nur Leistungserbringer mit Versorgungspflicht, etc..).

1.2b Falls ja bei 1.2: Bitte geben Sie an, welches System gemäss Ihrem Kenntnisstand bei der Mehrheit der Gemeinden zutrifft. Sie können sich dabei an der Liste in Frage 1.1 orientieren.

1.2c Falls ja, bei 1.2: Gibt es in Ihrem Kanton Empfehlungen für die Gemeinden (Bspw. durch den Kanton oder einen Gemeindeverband) oder Vereinbarungen zwischen mehreren Gemeinden und den Leistungserbringern in Bezug auf Normkosten/Höchstgrenzen? Falls ja, welche?

1.3 Galt in Ihrem Kanton zwischen 2016 und 2018 ein anderes System als 2019 (oder auch mehrere andere Systeme)?

Bitte Kreuz setzen.

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

Falls in Ihrem Kanton verschiedene Systeme galten: Bitte beschreiben Sie diese Systeme und geben Sie an, in welchen Jahren sie galten.

AUSGABEN IHRES KANTONS BZW. DER GEMEINDEN IN IHREM KANTON FÜR DIE KVG-PFLICHTIGE PFLEGE

Nachfolgende Fragen bilden den Kern unserer Befragung. Wir sind daran interessiert, in welcher Höhe Ihr Kanton bzw. die Gemeinden in Ihrem Kanton in den Jahren 2016-2019 Beiträge an die KVG-pflichtige Pflege zuhause geleistet hat. Untenstehend finden Sie verschiedene Finanzierungsarten, mit denen Beiträge an die KVG-Pflege und andere Leistungen der Pflege zuhause geleistet werden. Wir möchten Sie bitten, die Ausgaben Ihres Kantones/der Gemeinden in Ihrem Kanton dort einzuordnen und die Ausgaben - soweit bekannt - in den entsprechenden Feldern einzutragen.

! Wichtige Hinweise:

> Unter den Positionen 2.2a bis 2.2d fragen wir neben der Restkostenfinanzierung (2.1) jeweils das Total der Beiträge an Leistungserbringer der Pflege zuhause (für KVG-Pflegeleistungen und Nicht-KVG-pflichtige Leistungen) sowie den Anteil davon für KVG-Pflegeleistungen ab. Je nach Finanzierungssystem ist es möglich, dass unter 2.2a bis 2.2d keine weiteren Beiträge an die KVG-Pflege mehr anfallen, da diese bereits unter 2.1 abgedeckt sind. Wichtig ist, dass Sie bei untenstehender Auflistung der Beiträge keine Doppelzählungen vornehmen. (Bspw. wenn Beiträge für die Defizitdeckung bereits bei den Beiträgen für Restkosten miteinberechnet wurden.)

> Falls eine Finanzierungsart nicht zutreffend ist, geben Sie bitte eine "0" ein.

> Falls Sie Angaben machen können, geben Sie bitte rechts an, ob es sich um genaue Angaben oder Schätzungen handelt (entsprechendes Kreuz setzen).

> Falls unter einer Finanzierungsart Beiträge geleistet werden, aber Sie die Höhe nicht schätzen können, kreuzen Sie bitte "Keine Angabe möglich" an.

2 Bitte geben Sie bei den folgenden möglichen Finanzierungsformen an, in welcher Höhe Ihr Kanton und die Gemeinden in Ihrem Kanton Beiträge an die Leistungserbringer der Pflege zuhause in den Jahren 2016-2019 geleistet hat/haben.

> Bitte prüfen Sie die Angaben für 2016 und korrigieren Sie diese falls nötig.

Beiträge für KVG- Pflegekosten in CHF

	2016	2017	2018	2019	
2.1 KVG-Restkostenfinanzierung*					Bitte Kreuz setzen Genauere Angaben Schätzungen

* Unter der KVG-Restkostenfinanzierung verstehen wir im Rahmen dieser Erhebung alle KVG-pflichtigen Pflegekosten, welche von Ihrem Kanton/den Gemeinden in Ihrem Kanton übernommen werden (inkl. ausserkantonale Leistungen, excl. Akut- und Übergangspflege). Es handelt sich um die Restfinanzierung des Kantons/der Gemeinden nach Abzug der Versichererbeiträge (OKP) und der von den Patienten geleisteten Patientenbeiträge. Nicht zur KVG-Restkostenfinanzierung gehören **Ergänzungsleistungen des Kantons für Patientenbeteiligung**. Bitte rechnen Sie diese nicht in die Beiträge ein.

2.2 Weitere Beiträge an Leistungserbringer der Pflege zuhause

	2016	2017	2018	2019	
2.2a Subventionen (bitte präzisieren Sie im Bemerkungsfeld rechts)	Total Subventionen in CHF				Bitte Kreuz setzen Genauere Angaben Schätzungen
	davon für KVG Pflegekosten in CHF				

	2016	2017	2018	2019	
2.2b Defizitdeckung	Total Defizitdeckung in CHF				Bitte Kreuz setzen Genauere Angaben Schätzungen
	davon für KVG Pflegekosten in CHF				

	2016	2017	2018	2019	
2.2c Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) (bitte präzisieren Sie im Bemerkungsfeld rechts)	Total GWL in CHF				Bitte Kreuz setzen Genauere Angaben Schätzungen
	davon für KVG Pflegekosten in CHF				

	2016	2017	2018	2019	
2.2d Sonstige Beiträge (bitte präzisieren Sie im Bemerkungsfeld rechts)	Total sonstige Beiträge in CHF				Bitte Kreuz setzen Genauere Angaben Schätzungen
	davon für KVG Pflegekosten in CHF				

Falls die Beitragshöhe einer oder mehrerer Finanzierungsformen unbekannt ist: Aus welchem Grund kann der Kanton die Beiträge nicht beziffern?

Falls Sie bei einer oder mehreren Beitragsformen eine Schätzung vorgenommen haben: Worauf basiert die Schätzung?

2.3 Enthalten die Angaben unter Punkt 2.1 (Restkostenfinanzierung) auch Beiträge an MiGeL-Pflegematerial?

Erläuterung: Pflegematerial, das von Pflegefachpersonen in Pflegeheimen und bei der Pflege zu Hause verwendet wird, wird gemäss Bundesverwaltungsgerichtsurteilen im Jahr 2017 nicht separat vergütet, sondern nach dem Verteilungsschlüssel der Pflegefinanzierung durch die drei Kostenträger (Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP, Kantone/Gemeinden und Versicherte). In seinem Urteil 9C_446/2017 vom 20. Juli 2018 (BGE 144 V 280) hat das Bundesgericht bestätigt, dass die Kantone oder Gemeinden die Kosten für Pflegeleistungen und Pflegematerialien übernehmen müssen, die nicht durch die Beiträge der OKP und der versicherten Person gedeckt sind. Per 1. Oktober 2021 wird das Pflegematerial aufgrund einer KVG-Änderung separat von der OKP vergütet (vgl. Informationen zur KVG-Änderung: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-des-kvg-verguetung-des-pflegematerials.html>).

	2016	2017	2018	2019
Bitte jeweils Kreuz setzen.				
Ja				
Nein				

Falls ja bei 2.3: Bitte geben Sie falls möglich die Beiträge pro Jahr an oder machen Sie eine Schätzung.

	2016	2017	2018	2019	
Beitrag an Pflegematerial in CHF					Bitte Kreuz setzen. Genauere Angabe Schätzung Keine Angabe möglich

PATIENTENBETEILIGUNG

3.1 Galt in Ihrem Kanton in den Jahren 2016-2019 die gesetzlich maximale Patientenbeteiligung für die ambulante Pflege von CHF 15.95 pro Tag, an dem Pflegeleistungen nach KLV bezogen werden?

Bitte jeweils Kreuz setzen.

	2016	2017	2018	2019
Ja				
Nein				

Falls nein: Bitte geben Sie an, welche abweichenden Regelungen zur Patientenbeteiligung in Ihrem Kanton galten.

Beispiele:

- a) CHF 8 pro Tag, an dem Pflegeleistungen bezogen wurden
- b) 20% der verrechneten Kosten für Pflegeleistungen nach KLV (max 15.95 pro Tag)
- c) 10% der verrechneten Kosten für Pflegeleistungen nach KLV (max CHF 15.95 pro Tag)
- d) 10% der verrechneten Kosten für Pflegeleistungen nach KLV (max CHF 8 pro Tag)
- e) Keine Patientenbeteiligung
- f) Andere Regelung (bitte präzisieren im untenstehenden Kommentarfeld pro Jahr)

2016	
2017	
2018	
2019	

3.2 Falls nein bei 3.1: Sind die Beiträge des Kantons/der Gemeinden, die in Form der reduzierten Patientenbeteiligung freiwillig geleistet werden, in den Angaben unter Punkt 2.1 (Restkostenfinanzierung) enthalten?

Bitte jeweils Kreuz setzen.

	2016	2017	2018	2019
Ja				
Nein				

3.3 Bitte beziffern Sie falls möglich diese freiwilligen Beiträge Ihres Kantons an die Patientenbeteiligung (pro Jahr, absolut).

Falls Ihnen dies nicht möglich ist, vermerken Sie dies bitte im Bemerkungsfeld rechts.

Hinweis: Indirekte Beiträge des Kantons in Form von Ergänzungsleistungen sind hier nicht gemeint.

	2016	2017	2018	2019
Freiwilliger Beitrag an Patientenbeteiligung (CHF)				

ZUSATZFRAGEN ZUM RESTKOSTENFINANZIERUNGSSYSTEM IN IHREM KANTON

Ferner benötigen wir auch noch ein paar detailliertere Angaben zum System der Restkostenfinanzierung der Pflege zuhause in Ihrem Kanton.

Hinweis: Sie müssen nur diejenigen Fragen beantworten, welche zu Ihrem Finanzierungssystem gemäss Frage 1.1 passen. Falls Sie ein Mischsystem haben, das teilweise aus Normkosten/Höchstgrenzen besteht, bitten wir Sie ebenfalls diese Frage zu beantworten.

4. Zusatzfragen für Kantone mit kantonalen Normkosten oder Höchstgrenzen

4.1 Wie hoch waren die in den Jahren 2016-2019 geltenden kantonalen Normkosten/Höchstgrenzen pro Pflegestunde? (Angaben abzüglich die Beiträge der Versicherer und PatientInnen, siehe Präzisierung zu den Begriffen Normkosten/Höchstgrenzen in Frage 1.1.)

Hinweise:

> Falls in Ihrem Kanton die Leistungen aller Leistungserbringer mit den gleichen Normkosten/Höchstgrenzen abgebolten werden, füllen Sie nur die erste Kategorie ("Alle Leistungserbringer") aus.

> Falls Ihr Kanton unterschiedliche Normkosten/Höchstgrenzen für unterschiedliche Leistungserbringer anwendet (z.B. mit/ohne Versorgungspflicht, Selbstständige Pflegefachpersonen), bitten wir Sie, pro entsprechenden Leistungserbringertyp die Tabelle zu ergänzen. Bei unterschiedlichen Normkosten je Leistungserbringertyp, geben Sie bitte an, welchen Anteil an Pflegestunden diese ungefähr leisten (Leistungsvolumen)

Normkosten bzw. Höchstgrenzen in CHF/Stunde

		2016	2017	2018	2019
Alle Leistungserbringer	Abklärung/Beratung:				
	Behandlungspflege:				
	Grundpflege:				

Handelt es sich dabei jeweils um Normkosten oder Höchstgrenzen?
Hinweis: Sollte diese Angabe nicht für alle Jahre gelten, bitten wir Sie, dies im Kommentarfeld zu präzisieren.

Bitte Kreuz setzen.
 Normkosten
 Höchstgrenzen

Leistungserbringertyp 1 (bitte rechts über Tabelle präzisieren)	Leistungsvolumen Typ 1 in % Pflegestunden:	Typ: Leistungserbringer mit Versorgungspflicht			
	%	2016	2017	2018	2019
	Abklärung/Beratung:				
	Behandlungspflege:				
	Grundpflege:				

Bitte Kreuz setzen.
 Normkosten
 Höchstgrenzen

Leistungserbringertyp 2 (bitte rechts über Tabelle präzisieren)	Leistungsvolumen Typ 2 in % Pflegestunden:	Typ: Leistungserbringer ohne Versorgungspflicht			
	%	2016	2017	2018	2019
	Abklärung/Beratung:				
	Behandlungspflege:				
	Grundpflege:				

Bitte Kreuz setzen.
 Normkosten
 Höchstgrenzen

Leistungserbringertyp 3 (bitte rechts über Tabelle präzisieren)	Leistungsvolumen Typ 3 in % Pflegestunden:	Typ: Selbstständige Pflegefachpersonen			
	%	2016	2017	2018	2019
	Abklärung/Beratung:				
	Behandlungspflege:				
	Grundpflege:				

Bitte Kreuz setzen.
 Normkosten
 Höchstgrenzen

Leistungserbringertyp 4 (bitte rechts über Tabelle präzisieren)	Leistungsvolumen Typ 4 in % Pflegestunden:	Typ:			
	%	2016	2017	2018	2019
	Abklärung/Beratung:				
	Behandlungspflege:				
	Grundpflege:				

Bitte Kreuz setzen.
 Normkosten
 Höchstgrenzen

4.2 Beinhalteten die im jeweiligen Jahr geltenden Normkosten/Höchstgrenzen für Leistungserbringer der Pflege zu Hause lediglich die Restkostenfinanzierung der KVG-pflichtigen Pflegekosten oder auch die Finanzierung weiterer Leistungen?

Bitte Kreuz setzen.

Nur Beiträge für die Restkostenfinanzierung der KVG-pflichtigen Pflegekosten
 Beiträge für die Restkostenfinanzierung der KVG-pflichtigen Pflegekosten und zur Finanzierung weiterer Leistungen

Falls zum Teil auch weitere Leistungen: Bitte präzisieren Sie dies im Bemerkungsfeld rechts.

4.3 Nur für Systeme mit kantonalen Höchstgrenzen: Wie viele Alters- und Pflegeheime rechneten in den Jahren 2016-2019 die Restkosten in der Höhe der Höchstgrenzen ab?

Bitte Kreuz setzen.

alle
 die Mehrheit
 etwa die Hälfte
 eine Minderheit
 keine

Hinweis: Sollte es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Jahren 2016-2019 geben, bitten wir Sie um nähere Angaben in den Bemerkungen rechts.

5. Zusatzfragen für Kantone mit Normkosten, die pro Leistungserbringer individuell festgesetzt werden (System b in Frage 1.1)

5.1 Falls unterschiedliche Normkosten/Höchstgrenzen pro Leistungserbringer gelten: Können Sie weitere Angaben zu den individuellen Normkosten (pro Leistungserbringer) in Ihrem Kanton machen, z.B. die durchschnittlich vergüteten Normkosten pro KLV Leistungskategorie (Abklärung,Beratung; Behandlungspflege; Grundpflege)?

2016	2017	2018	2019

6. Intermediäre Angebote

6.1 Gibt es in Ihrem Kanton intermediäre Angebote, die KVG-Pflegeleistungen erbringen (z.B. Tages- und Nachtstrukturen)?

Bitte Kreuz setzen.

Ja, nämlich:

Nein

6.1a Falls ja in 6.1: Sind die an die intermediären Angebote geleisteten Beiträge der Kantone/Gemeinden in Ihren Angaben zu den Beiträgen im Teil 1 (Pflegerheime, Fragen 2.1 und 2.2) oder im Teil 2 (Pflege zu Hause, Fragen 2.1 und 2.2) enthalten?

Bitte Kreuz setzen.

Ja, bei den Alters- und Pflegerheimen

Ja, bei der Pflege zu

Nein, Beiträge werden separat erfasst

6.1b Falls ja in 6.1: Bitte geben Sie die Beiträge KVG- Pflege der Kantone/Gemeinden an die intermediären Angebote an.

Beiträge für KVG- Pflegekosten intermediäre Angebote in CHF

2016	2017	2018	2019

Bitte Kreuz setzen.

Genaue Angabe

Schätzung

Keine Angabe möglich

ENDE DES FRAGEBOGENS

ZUSATZFRAGEN ZUM RESTKOSTENFINANZIERUNGSSYSTEM IN IHREM KANTON

Ferner benötigen wir auch noch ein paar detailliertere Angaben zum System der Restkostenfinanzierung der Pflege zuhause in Ihrem Kanton.
Hinweis: Sie müssen nur diejenigen Fragen beantworten, welche zu Ihrem Finanzierungssystem gemäss Frage 1.1 passen. Falls Sie ein Mischsystem haben, das teilweise aus Normkosten/Höchstgrenzen besteht, bitten wir Sie ebenfalls diese Frage zu beantworten.

4. Zusatzfragen für Kantone mit kantonalen Normkosten oder Höchstgrenzen

4.1 Wie hoch waren die in den Jahren 2016-2019 geltenden kantonalen Normkosten/Höchstgrenzen pro Pflegestunde? (Angaben abzüglich die Beiträge der Versicherer und PatientInnen, siehe Präzisierung zu den Begriffen Normkosten/Höchstgrenzen in Frage 1.1.)

Hinweise:

> Falls in Ihrem Kanton die Leistungen aller Leistungserbringer mit den gleichen Normkosten/Höchstgrenzen abgegolten werden, füllen Sie nur die erste Kategorie ("Alle Leistungserbringer") aus.

> Falls Ihr Kanton unterschiedliche Normkosten/Höchstgrenzen für unterschiedliche Leistungserbringer anwendet (z.B. mit/ohne Versorgungspflicht, Selbstständige Pflegefachpersonen), bitten wir Sie, pro entsprechenden Leistungserbringertyp die Tabelle zu ergänzen. Bei unterschiedlichen Normkosten je Leistungserbringertyp, geben Sie bitte an, welchen Anteil an Pflegestunden diese ungefähr leisten (Leistungsvolumen)

		Normkosten bzw. Höchstgrenzen in CHF/Stunde			
		2016	2017	2018	2019
Alle Leistungserbringer	Abklärung/Beratung:				
	Behandlungspflege:				
	Grundpflege:				
Leistungserbringertyp 1 <small>(bitte rechts über Tabelle präzisieren)</small>	Leistungsvolumen Typ 1 in % Pflegestunden:	Typ: Leistungserbringer mit Versorgungspflicht			
	%				
	Abklärung/Beratung:	13.30 - 105.33			
	Behandlungspflege:	15.10 - 103.10			
	Grundpflege:	23.58 - 93.30			
Leistungserbringertyp 2 <small>(bitte rechts über Tabelle präzisieren)</small>	Leistungsvolumen Typ 2 in % Pflegestunden:	Typ: Leistungserbringer ohne Versorgungspflicht			
	%				
	Abklärung/Beratung:	21.00			
	Behandlungspflege:	26.10			
	Grundpflege:	26.40			
Leistungserbringertyp 3 <small>(bitte rechts über Tabelle präzisieren)</small>	Leistungsvolumen Typ 3 in % Pflegestunden:	Typ: Selbstständige Pflegefachpersonen			
	%				
	Abklärung/Beratung:	15.70			
	Behandlungspflege:	9.80			
	Grundpflege:	8.20			
Leistungserbringertyp 4 <small>(bitte rechts über Tabelle präzisieren)</small>	Leistungsvolumen Typ 4 in % Pflegestunden:	Typ:			
	%				
	Abklärung/Beratung:				
	Behandlungspflege:				
	Grundpflege:				

Handelt es sich dabei jeweils um Normkosten oder Höchstgrenzen?
 Hinweis: Sollte diese Angabe nicht für alle Jahre gelten, bitten wir Sie, dies im Kommentarfeld zu präzisieren.

Bitte Kreuz setzen.
 Normkosten
 Höchstgrenzen

4.2 Beinhalteten die im jeweiligen Jahr geltenden Normkosten/Höchstgrenzen für Leistungserbringer der Pflege zu Hause lediglich die Restkostenfinanzierung der KVG-pflichtigen Pflegekosten oder auch die Finanzierung weiterer Leistungen?

Bitte Kreuz setzen.
 Nur Beiträge für die Restkostenfinanzierung der KVG-pflichtigen Pflegekosten
 Beiträge für die Restkostenfinanzierung der KVG-pflichtigen Pflegekosten und zur Finanzierung weiterer Leistungen

Falls zum Teil auch weitere Leistungen: Bitte präzisieren Sie dies im Bemerkungsfeld rechts.

4.3 Nur für Systeme mit kantonalen Höchstgrenzen: Wie viele Alters- und Pflegeheime rechneten in den Jahren 2016-2019 die Restkosten in der Höhe der Höchstgrenzen ab?

Bitte Kreuz setzen.
 alle
 die Mehrheit
 etwa die Hälfte
 eine Minderheit
 keine

Hinweis: Sollte es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Jahren 2016-2019 geben, bitten wir Sie um nähere Angaben in den Bemerkungen rechts.

5. Zusatzfragen für Kantone mit Normkosten, die pro Leistungserbringer individuell festgesetzt werden (System b in Frage 1.1)

5.1 Falls unterschiedliche Normkosten/Höchstgrenzen pro Leistungserbringer gelten: Können Sie weitere Angaben zu den individuellen Normkosten (pro Leistungserbringer) in Ihrem Kanton machen, z.B. die durchschnittlich vergüteten Normkosten pro KLV Leistungskategorie (Abklärung, Beratung; Behandlungspflege; Grundpflege)?

	2016	2017	2018	2019

6. Intermediäre Angebote

6.1 Gibt es in Ihrem Kanton intermediäre Angebote, die KVG-Pflegeleistungen erbringen (z.B. Tages- und Nachtstrukturen)?

Bitte Kreuz setzen.
 Ja, nämlich:
 Nein

6.1a Falls ja in 6.1: Sind die an die intermediären Angebote geleisteten Beiträge der Kantone/Gemeinden in Ihren Angaben zu den Beiträgen im Teil 1 (Pflegeheime, Fragen 2.1 und 2.2) oder im Teil 2 (Pflege zu Hause, Fragen 2.1 und 2.2) enthalten?

Bitte Kreuz setzen.
 Ja, bei den Alters- und Pflegeheimen
 Ja, bei der Pflege zu Hause
 Nein, Beiträge werden separat erfasst

6.1b Falls ja in 6.1: Bitte geben Sie die Beiträge KVG-Pflege der Kantone/Gemeinden an die intermediären Angebote an.

Beiträge für KVG-Pflegekosten intermediäre Angebote in CHF

	2016	2017	2018	2019

Bitte Kreuz setzen.
 Genaue Angabe
 Schätzung
 Keine Angabe möglich

ENDE DES FRAGEBOGENS

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5: Geschätzte Gesamtausgaben der Kantone und Gemeinden für die KVG-Pflege in den Jahren 2016-2019 (in Mia. CHF)	6
Tabelle 1: Schätzungen Restkostenfinanzierung der Kantone und Gemeinden an die Pflege im Pflegeheim	28
Tabelle 2: Schätzung gesamthaften Restkosten für die Pflege im Pflegeheim (2016-2019)	29
Tabelle 3: Schätzungen Restkostenfinanzierung der Kantone und Gemeinden an die Pflege zuhause	33
Tabelle 4: Schätzung gesamthaften Restkosten für die Pflege zuhause (2016-2019)	34
Tabelle 5: Geschätzte Gesamtausgaben der Kantone und Gemeinden für die KVG-Pflege in den Jahren 2016-2019 (in Mia. CHF)	36
Tabelle 6: Beiträge der verschiedenen Finanzierungsträger (in Mia. CHF)	37
Tabelle 7: Ausgaben der Kostenträger für KVG-Leistungen in den Jahren 2016-2019 (in Mia. CHF) (Bruttoprinzip)	40
Tabelle 8: Ausgaben der Kostenträger für KVG-Leistungen in den Jahren 2016-2019 (in Mia. CHF) (Netto- und Bruttoprinzip)	41
Tabelle 8: Subvention der Patientenbeiträge durch Kantone/Gemeinden, Bereich Pflegeheime	44
Tabelle 9: Subvention der Patientenbeiträge durch Kantone/Gemeinden, Bereich Pflege zuhause	45
Tabelle 10: MiGeL-Beiträge durch Kantone/Gemeinden, Bereich Pflegeheime	46
Tabelle 11: MiGeL-Beiträge durch Kantone/Gemeinden, Bereich Pflege zuhause	47
Tabelle 12: Beiträge der Kantone/Gemeinden an intermediäre Angebote	48
Tabelle 13: Schätzungen direkte Beiträge (Restkostenfinanzierung) der Kantone und Gemeinden an die KVG-Pflege im Pflegeheim	49
Tabelle 14: Schätzungen direkte Beiträge (Restkostenfinanzierung) der Kantone und Gemeinden an die Pflege zuhause	57

Literatur

- Bundesrat 2020:** Pflegefinanzierung: Integration in eine einheitliche Finanzierung oder Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 16.3352 SGK-N vom 13. Mai 2016 und 19.3002 SGK-N vom 24. Januar 2019. Bern.
- EDI 2020:** Bericht über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich. Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern vom 30. November 2020. Bern.
- INFRAS 2019:** Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege. Schlussbericht im Auftrag der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK.
- INFRAS, Careum Forschung, Landolt Rechtsanwälte 2018:** Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht im Auftrag des BAG.
- Polynomics / HSLU 2020:** Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung. Olten, Luzern: Polynomics, Hochschule Luzern.