

Finanzielle Auswirkungen einer Abschaffung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen sowie einer Verlängerung der Akut- und Übergangspflege mit Übernahme der Kosten des Aufenthalts; zeitlich flexibler Einbezug der Pflegeleistungen

Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom 19. Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	1
2	Kostenfolgen einer Abschaffung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen	1
2.1	Mehrkosten für die Kantone	1
2.2	Finanzieller Kontext	3
2.3	Fazit	4
3	Finanzielle Auswirkungen einer Verlängerung der Akut- und Übergangspflege (AÜP) mit Übernahme der Aufenthaltskosten durch die OKP	5
3.1	Szenario «Umfang AÜP wie heute»	5
3.2	Szenario «AÜP bei allen direkten Übertritten vom Spital ins Pflegeheim»	7
3.3	Szenario «Stadt Zürich»	9
3.4	Fazit	10
4	Zeitlich flexibler Einbezug der Pflegeleistungen	11
	Anhang: Ausgaben Patientenbeitrag	12

1 Ausgangslage

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) fasste im Rahmen der Differenzvereinbarung zur parlamentarischen Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» am 26. April 2023 in erster Lesung folgende Beschlüsse:

1. Der spezielle Patientenbeitrag für Pflegeleistungen, welcher heute bei pflegebedürftigen Personen zusätzlich zur ordentlichen Kostenbeteiligung erhoben wird, soll abgeschafft werden. Die Kosten, die heute mit dem Patientenbeitrag gedeckt werden, sollen neu vollständig von den Kantonen übernommen werden. Dafür ist es notwendig, den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag in Artikel 60 Absatz 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) anzupassen.
2. Die Dauer der Akut- und Übergangspflege (AÜP) soll von längstens zwei auf längstens vier Wochen verlängert werden, mit der Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um längstens weitere vier Wochen. Zudem soll die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) neu bei AÜP die Kosten des Aufenthalts im Spital oder Pflegeheim übernehmen.

Die SGK-N beauftragte die Verwaltung, bis zur zweiten Lesung die finanziellen Auswirkungen dieser Entscheide für die Kantone, Versicherer und die versicherten Personen aufzuzeigen. Zudem soll die Verwaltung die Formulierung zum zeitlich flexiblen Inkrafttreten des Einbezugs der Pflegeleistungen mit dem Bundesamt für Justiz (BJ) prüfen.

2 Kostenfolgen einer Abschaffung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen

2.1 Mehrkosten für die Kantone

Gestützt auf den heutigen Artikel 25a Absatz 5 KVG dürfen den versicherten Personen höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältzt werden. Die Kantone sind jedoch frei, diese Patientenbeiträge teilweise oder vollständig zu übernehmen. Im Durchschnitt der Referenzjahre 2016 bis 2019 betrug dieser theoretisch maximal zulässige Patientenbeitrag 924 Millionen Franken pro Jahr.¹ 252 Millionen Franken des maximal möglichen Patientenbeitrags wurden im Durchschnitt der Referenzjahre bereits freiwillig von den Kantonen übernommen.² Es verbleiben somit effektiv von den versicherten Personen übernommene Beiträge von 672 Millionen Franken pro Jahr.³

Der Ständerat legte für den Kantonsbeitrag einen Prozentsatz von 26,9 Prozent fest. Darin waren die bisherigen Ausgaben der Kantone und Gemeinden für stationäre Spitalleistungen sowie für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen eingerechnet, nicht aber die freiwillige (Teil-)

¹ Vgl. 09.528. Bericht des BAG vom 5. Januar 2022, Tabelle 19, basierend auf Schätzungen in Infrass (2021), Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung, Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG.

² Quelle: Infrass 2021, Tabellen 9 und 10, S. 44f. Siehe Tabelle 1 im Anhang. Die nach Kantonen differenzierten Werte für die effektiv von Patienten geleistete Patientenbeteiligung in Tabelle 1 weichen wegen unterschiedlichen Datenquellen (Spitex-Statistik und SOMED) leicht (ca. 2 Mio. Franken) von den Werten für die gesamte Schweiz (Infrass 2021) ab.

³ 924 Millionen Franken abzüglich 252 Millionen Franken. Nicht berücksichtigt ist hier, dass pflegebedürftige Personen, die eine AHV-Rente beziehen, unter gewissen Voraussetzungen zusätzlich zu ihrer Rente eine Hilflosenentschädigung erhalten. Die Aufenthalts- und Betreuungskosten dürften aber den Betrag der Hilflosenentschädigung bereits übersteigen, so dass diese nicht für die Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen verwendet wird.

Übernahme des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen durch die Kantone und Gemeinden. Des-
sen Übernahme wäre ja mit dem Beschluss des Ständerates weiterhin freiwillig. Für die Be-
rechnung des neuen Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag muss also der maximal mögliche
Patientenbeitrag von 924 Millionen Franken zu den bisher eingerechneten Ausgaben der Kan-
tone und Gemeinden addiert werden. Es resultiert ein neuer Prozentsatz für den Kantonsbeitrag
von 28,6 Prozent.

Artikel 14 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und In-
validenversicherung (ELG; SR 831.30) verpflichtet die Kantone, den Bezügerinnen und Bezü-
gern von jährlichen Ergänzungsleistungen⁴ die ausgewiesenen, im laufenden Jahr entstandenen
Krankheits- und Behinderungskosten unter anderem für vorübergehende Aufenthalte im Heim
oder Spital, für die Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause und die Kostenbeteiligung an der
OKP zu vergüten.

Da die Kantone bereits heute einen Teil derjenigen Patientenbeiträge, welche in einem ersten
Schritt von den versicherten Personen übernommen werden, in einem zweiten Schritt über die
Ergänzungsleistungen übernehmen, werden die Mehrkosten für die Kantone bei einer Abschaf-
fung des Patientenbeitrags geringer ausfallen als 672 Millionen Franken pro Jahr. Für die Ab-
schätzung der realen Mehrkosten für die Kantone müssen die heute für Pflegeleistungen ausbe-
zahlten Ergänzungsleistungen abgezogen werden.

Mehrkosten für Kantone bei Abschaffung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen (in Millionen
Franken)

Maximal möglicher Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 5 KVG	924
Abzüglich der von den Kantonen bereits heute freiwillig übernommene Beiträge der Versicherten für Pflegeleistungen	-252
Effektiv von Versicherten geleistete Beiträge an die Kosten der Pflegeleistungen	672
Davon indirekt von Kantonen über Ergänzungsleistungen getragen (ca. 28%)	-189
Mehrkosten der Kantone bei Abschaffung der Patientenbeiträge für Pflegeleistungen	483

Die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des Bundesamts für Statistik
(BFS) deutet darauf hin, dass ungefähr 28 Prozent der Patientenbeiträge für Pflegeleistungen

⁴ Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben unter anderem Personen, die – neben weiteren Voraussetzungen – eine Altersrente
der AHV beziehen, ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (Art. 4 ELG) und über ein Reinver-
mögen unterhalb von 100 000 Franken (alleinstehende Personen) beziehungsweise 200 000 Franken (Ehepaare) verfügen
(Art. 9a ELG). Die jährlichen Ergänzungsleistungen entsprechen im Allgemeinen dem Betrag, um den die anerkannten Aus-
gaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen (Art. 9 ELG). Die Vergütung der Krankheitskosten durch die Kantone kommt
zu den jährlichen Ergänzungsleistungen hinzu.

durch die Ergänzungsleistungen und damit letztlich von den Kantonen getragen werden.^{5,6} Dies entspricht in den Referenzjahren 189 Millionen Franken pro Jahr. Bringt man diesen Betrag von den zuvor genannten 672 Millionen Franken in Abzug, resultieren durch die Abschaffung des Patientenbeitrags geschätzte Mehrkosten für die Kantone von 483 Millionen Franken pro Jahr (immer bezogen auf die Referenzjahre 2016 bis 2019). Diejenigen Kantone, welche bereits bisher freiwillig einen Teil der Beiträge der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen übernommen haben, werden vergleichsweise weniger belastet als Kantone, die keine Beiträge der Versicherten übernommen haben.

Die versicherten Personen werden im selben Ausmass entlastet. Die Entlastung kommt pflegebedürftigen Personen zugute, die keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben oder darauf verzichten, diesen geltend zu machen. Von einer Abschaffung des Patientenbeitrags würden somit primär ältere und sehr alte Versicherte mit mittleren und höheren Einkommen oder Vermögen (sowie deren Erben) profitieren.

2.2 Finanzieller Kontext

Der Nationalrat hatte den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag bei seiner Entscheid im September 2019 basierend auf der Referenzperiode 2012 bis 2015 festgelegt. Der Ständerat hat sich im Dezember 2022 auf die Referenzperiode 2016 bis 2019 gestützt. Zwischen der früheren und der späteren Referenzperiode ist der Finanzierungsanteil der Kantone an den ambulanten und stationären Leistungen (ohne Pflegeleistungen) von 26,2 auf 24,5 Prozent zurückgegangen.⁷ Die Verwendung der späteren Referenzperiode 2016 bis 2019 statt der früheren Periode 2012 bis 2015 entspricht, bezogen auf das Kostenniveau der Jahre 2016 bis 2019, einer Entlastung der Kantone um rund 565 Millionen Franken pro Jahr bei entsprechender Mehrbelastung der Prämienzahlenden.

Für die Pflegeleistungen sind für die Jahre 2012 bis 2015 keine genauen Zahlen verfügbar. Es könnte jedoch angenommen werden, dass sich die Restfinanzierung durch die Kantone in den Jahren 2012 bis 2015 ähnlich entwickelt hat wie 2016 bis 2019. Zwischen 2016 und 2019 ist der Anteil der Kantone an den Pflegeleistungen (ohne Patientenbeitrag, Nettoleistungen) von

⁵ Bei Aufenthalten im Heim, die länger als drei Monate dauern, beteiligt sich zwar auch der Bund zu fünf Achteln an den Kosten, allerdings nur bis zu der Höhe, in der auch bei Aufenthalt zu Hause Kosten angefallen wären (sog. Existenzsicherung). Nach Auskunft des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) würde sich eine Abschaffung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen also nur auf die von den Kantonen getragenen Ergänzungsleistungen auswirken, nicht jedoch auf die vom Bund getragenen Ergänzungsleistungen.

⁶ Die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS weist aus, dass während der Referenzperiode 2016 bis 2019 für die Langzeitpflege (inkl. Aufenthalts- und Betreuungskosten) im Pflegeheim, durch Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause (Spitex) sowie durch selbständige Pflegefachpersonen Ergänzungsleistungen zur AHV in der Höhe von 1686 Millionen Franken pro Jahr ausgerichtet wurden. Gleichzeitig leisteten Private und private Versicherungen für dieselben Leistungen Beiträge in der Höhe von 4308 Millionen Franken pro Jahr. Der Anteil der Ergänzungsleistungen an den potenziell privaten Zahlungen entspricht damit 28 Prozent. Wir gehen davon aus, dass derselbe Prozentsatz sowohl für KVG-Leistungen (Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen, ordentliche Kostenbeteiligung) wie auch für Nicht-KVG-Leistungen (Aufenthalt, Betreuung) übernommen werden kann, da eine Person entweder Anspruch auf Ergänzungsleistungen hat oder nicht und im ersten Fall Anspruch auf die Erstattung der anrechenbaren Kosten hat.

⁷ Der Nationalrat hatte einen Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von 25,5 Prozent beschlossen. Dieser ergibt sich aus der Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS. Der Ständerat hatte sich auf eine differenziertere Methodik gestützt, deren Basis die Statistik der OKP des BAG sowie die Angaben der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sind. Bei Verwendung der Methodik des Ständerates ergibt sich für die Jahre 2012 bis 2015 ein Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von 26,2.

43,0 auf 44,9 Prozent gestiegen. Unterstellt man einen linearen Anstieg des Anteils der Restfinanzierung auch in den Jahren ab 2012, entspricht die Verwendung der späteren Referenzperiode 2016 bis 2019 statt der früheren Periode 2012 bis 2015 einer Mehrbelastung der Kantone durch die Restfinanzierung der Pflegeleistungen von näherungsweise 130 Millionen Franken pro Jahr, bezogen auf das Kostenniveau der Jahre 2016 bis 2019.

Über alle Leistungen hinweg betrachtet resultiert eine Entlastung der Kantone durch die Verwendung der späteren Periode 2016 bis 2019 statt der früheren Periode 2012 bis 2015 von näherungsweise 435 Millionen Franken pro Jahr,⁸ bezogen auf das Kostenniveau 2016 bis 2019. Dies entspricht gerade auch der Verlagerung von der Steuer- zur Prämienfinanzierung, die im Verlauf von vier Jahren eingetreten ist. Der Bundesbeitrag für Versicherte im Ausland entlastet die Kantone zusätzlich um jährlich 12 Millionen Franken.⁹ Durch die Verschiebung der Referenzperiode und den neuen Bundesbeitrag werden die Kantone somit um näherungsweise 447 Millionen Franken pro Jahr entlastet. Diesem Betrag steht infolge der Abschaffung des Patientenbeitrags eine Mehrbelastung der Kantone von 483 Millionen Franken gegenüber.

Werden, wie vom Nationalrat ursprünglich beschlossen, als Ausgangsbasis die Jahre 2012 bis 2015 verwendet statt wie der Ständerat die Jahre 2016 bis 2019, verbleibt mit der Abschaffung des Patientenbeitrags und seiner Übernahme durch die Kantone (Prozentsatz für den Kantonsbeitrag 28,6%) eine Mehrbelastung der Kantone von näherungsweise 36 Millionen Franken pro Jahr.¹⁰

2.3 Fazit

Etwas vereinfacht gesagt würde mit der Abschaffung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen die zwischen den Perioden 2012 bis 2015 und 2016 bis 2019 erfolgte Entlastung der Steuerfinanzierung rückgängig gemacht und leicht überkompensiert. Die finanziellen Mittel des Kantons kämen aber nicht allen Prämienzahlenden zugute, sondern konzentriert älteren und sehr alten pflegebedürftigen Versicherten, deren Einkommen oder Vermögen zu hoch für den Bezug von Ergänzungsleistungen sind oder die darauf verzichten, ihren Anspruch geltend zu machen.

Falls der Anteil der Steuerfinanzierung ausgehend von der Periode 2012 bis 2015 statt 2016 bis 2019 festgelegt werden soll, wäre es alternativ mit vergleichbaren finanziellen Konsequenzen für die Kantone auch möglich, einen Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von 28,0 festzulegen.¹¹ Die Differenz zwischen 28,0 und 28,6 bei Abschaffung des Patientenbeitrags entspricht nicht

⁸ Rund 565 Millionen Franken Entlastung bei ambulanten und stationären Leistungen abzüglich rund 130 Millionen Franken Mehrbelastung bei der Restfinanzierung der Pflegeleistungen.

⁹ Mit der einheitlichen Finanzierung ist ein neuer Bundesbeitrag für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland vorgesehen, die keinen Anknüpfungspunkt an einen Kanton haben (im Wesentlichen Rentenbeziehende im europäischen Ausland). Durch diesen Bundesbeitrag werden die Kantone mit einer einheitlichen Finanzierung um ungefähr 12 Millionen Franken pro Jahr entlastet (siehe Bericht der SGK-N zur pa. Iv. 09.528 vom 5. April 2019, BBl 2019 3499, S. 3531).

¹⁰ Mehrbelastung von 483 Millionen Franken durch Abschaffung Patientenbeitrag für Pflegeleistungen abzüglich 447 Millionen Franken (Verlagerung Steuerfinanzierung zu Prämienfinanzierung 2012 bis 2015 vs. 2016 bis 2019: 435 Millionen Franken, Bundesbeitrag für Versicherte im Ausland: 12 Millionen Franken).

¹¹ Prozentsatz Kantonsbeitrag 28,0: Mehrkosten einer einheitlichen Finanzierung für Kantone von -12 Millionen Franken gegenüber der Referenzperiode 2012 bis 2015, +423 Millionen Franken gegenüber der Referenzperiode 2016 bis 2019. Im Vergleich dazu Abschaffung Patientenbeitrag und Prozentsatz Kantonsbeitrag 28,6: Mehrkosten von +36 Millionen Franken gegenüber der Referenzperiode 2012 bis 2015, +471 Millionen Franken gegenüber der Referenzperiode 2016 bis 2019.

einer zusätzlichen Beteiligung der Kantone,¹² sondern kommt dadurch zustande, dass das Volumen der KVG-Leistungen bei Abschaffung des Patientenbeitrags vergrössert wird, weil Kosten beziehungsweise Kostenbeteiligungen, die heute über Ergänzungsleistungen finanziert werden, neu Teil der Ausgaben für KVG-Leistungen sind. Im Unterschied zur Abschaffung des Patientenbeitrags würde ein Kantonsbeitrag von 28 Prozent unter Beibehaltung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen zu generellen Prämiensenkungen führen (ca. 1,5 Prämienprozente). Es wären auch beliebige andere Finanzierungsanteile denkbar. Eine Erhöhung des Kantonsbeitrags um einen Zehntelprozentpunkt entspricht jeweils einer Mehrbelastung der Kantone von 38,5 Millionen Franken, bezogen auf die Jahre 2016 bis 2019.

3 Finanzielle Auswirkungen einer Verlängerung der Akut- und Übergangspflege (AÜP) mit Übernahme der Aufenthaltskosten durch die OKP

Die finanziellen Auswirkungen einer Verlängerung der AÜP mit Übernahme der Aufenthaltskosten durch die OKP sind schwieriger abzuschätzen. Sie hängen erstens davon ab, wie stark sich Angebot und Nachfrage nach AÜP durch die neue Regelung entwickeln. Die heutige Ausgestaltung bietet den Leistungserbringern relativ geringe Anreize, Leistungen unter dem Titel der AÜP zu erbringen. Das Instrument wird deshalb relativ wenig angeboten und genutzt. Dies könnte sich ändern, wenn die Kosten des Aufenthalts ebenfalls übernommen werden.

Zweitens ist nicht klar, wie gross das geltend gemachte mögliche Sparpotenzial ist. Versicherte, die heute aufgrund der finanziellen Belastung durch die Aufenthaltskosten auf eine intensivere, aber relativ kurzzeitige Pflege verzichten, würden möglicherweise neu AÜP in Anspruch nehmen und dadurch mittelfristig wieder nach Hause zurückkehren. Damit können eventuell erneute Spital- oder Pflegeheimintritte vermieden oder verzögert werden. Ein solches Sparpotenzial lässt sich datengestützt nicht ermitteln. Wegen der Unsicherheiten zeigen wir für die finanziellen Auswirkungen deshalb Szenarien auf, verzichten aber gleichzeitig darauf, ein allfälliges Sparpotenzial zu schätzen. Falls vorhanden, müsste ein allfälliges Sparpotenzial somit jeweils von den aufgezeigten Mehrkosten abgezogen werden.

3.1 Szenario «Umfang AÜP wie heute»

In einem Szenario mit minimalen finanziellen Auswirkungen gehen wir davon aus, dass das Volumen der AÜP dasselbe bleibt wie bisher. Wir gehen auch davon aus, dass heute bei den Personen, welche AÜP erhalten, auch nach der bisherigen Frist von zwei Wochen sämtliche medizinisch notwendigen Pflegeleistungen durchgeführt werden. Diese werden heute nach den Regeln der Pflegefinanzierung vergütet und finanziert, neu würden die Pflegeleistungen einheitlich finanziert. Die Mehrkosten für die KVG-Leistungen (finanziert von Versicherern und Kantonen) beschränken sich in diesem Szenario daher auf die Übernahme der Aufenthaltskosten während der neuen, verlängerten Dauer der AÜP beim bisher schon bestehenden Kreis von Patientinnen und Patienten. Wenn die Patientenbeiträge für Pflegeleistungen, welche heute nach Ablauf der zwei Wochen von den Patientinnen und Patienten bezahlt werden müssen, abgeschafft und von den Kantonen übernommen werden (siehe Ziffer 2), entstehen in diesem Punkt durch die Verlängerung der AÜP keine zusätzlichen Mehrkosten für die Kostenträger der KVG-Leistungen.

Die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS deutet darauf hin, dass die Aufenthaltskosten für Leistungen der AÜP im Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019 jährlich

¹² Abgesehen vom Unterschied von 48 Millionen Franken zwischen den beiden Varianten, siehe Fussnote 11 (-12 vs. +36 Millionen Franken bezogen auf 2012 bis 2015, bzw. 423 vs. 471 Millionen Franken bezogen auf 2016 bis 2019).

20,4 Millionen Franken betragen.¹³ 5,7 Millionen Franken oder ungefähr 28 Prozent dieser Aufenthaltskosten wurden von den Kantonen als Ergänzungsleistungen übernommen, der Rest wurde von den Patientinnen und Patienten getragen. Auch mit der neuen Regelung müssten die versicherten Personen bei AÜP einen Beitrag von aktuell 15 Franken pro Tag an die Kosten des Aufenthalts leisten, so wie heute im Spital (bei Versicherten mit Anspruch auf Ergänzungsleistungen würde auch dieser Betrag von den Ergänzungsleistungen übernommen). Dies würde 2,3 Millionen Franken ausmachen,¹⁴ es verblieben Aufenthaltskosten von 18,2 Millionen Franken, die neu von den Kostenträgern der KVG-Leistungen, also Kantonen und Prämienzahlenden, zu übernehmen wären.

Wenn sich die durchschnittliche Dauer der AÜP auf vier Wochen verdoppelt, würde sich dieser Betrag auf 36,3 Millionen Franken verdoppeln. Wenn die maximale Länge der AÜP von acht Wochen in allen Fällen ausgereizt würde, würden sich die Ausgaben auf 72,7 Millionen Franken vervierfachen. Den Prämienzahlenden entstünden jährliche Mehrkosten von 13 bis 52 Millionen Franken, je nach durchschnittlicher Dauer der AÜP. Da die Kantone bereits heute ungefähr 28 Prozent der Aufenthaltskosten über Ergänzungsleistungen tragen, würden die von den Kantonen zu tragenden Kosten ungefähr gleichbleiben.

Szenario minimale Mehrkosten für Prämienzahlende und Kantone bei Übernahme der Aufenthaltskosten für AÜP im Rahmen des KVG (nach durchschnittlicher Dauer der AÜP, in Millionen Franken pro Jahr)

	2 Wochen	4 Wochen	6 Wochen	8 Wochen
Total KVG (Brutto, vor EL)	18,2	36,3	54,5	72,7
Prämienzahlende	13,0	25,9	38,9	51,9
Kantone (Brutto, vor EL)	5,2	10,4	15,6	20,8
Kantone (Netto, nach EL)	0,1	0,3	0,4	0,5

Basis ist ein Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von 28,6 Prozent (siehe Ziffer 2). Beim Prozentsatz des Ständerates von 26,9 Prozent würden sich die Mehrkosten geringfügig zwischen Prämienzahlenden (Mehrbelastung) und Kantonen (Entlastung) verschieben.

¹³ Die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS weist für die Jahre 2016 bis 2019 durchschnittliche jährliche Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege von 39 Millionen Franken aus. Davon sind 15 Millionen Franken Zahlungen durch Kantone und Gemeinden, OKP sowie Kostenbeteiligung der Versicherten. Wir gehen davon aus, dass diese 15 Millionen Franken Leistungen betreffen, die schon heute im KVG-Leistungsbereich enthalten sind. Bei 3 Millionen Franken sind andere Finanzierungsregime betroffen (AHV, IV, MV, UV etc.). Als Aufenthaltskosten behandeln wir die Ergänzungsleistungen sowie die Selbstzahlungen von Privaten, die nicht Kostenbeteiligungen an Versicherungen sind. Diese betragen 20,4 Millionen Franken.

¹⁴ Basis dafür ist die Annahme, dass ein heutiger AÜP-Aufenthalt im Durchschnitt die vollen 14 Tage dauert und Aufenthaltskosten von 136 Franken pro Tag anfallen. Dies entspricht implizit etwa 10 700 Patientinnen und Patienten, die pro Jahr eine AÜP durchlaufen ($20\,400\,000 / (136 \cdot 14)$). In den Jahren 2017 bis 2019 betrugen die durchschnittlichen Pensionskosten der Pflegeheime, die AÜP durchführen gemäss Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) des BFS 136 Franken. Es wurden nicht die (leicht höheren) Taxen der Pflegeheime als Basis verwendet, sondern die Kosten, weil die OKP nur die Kosten der effizienten Leistungserbringung abgelten kann. Ein Positionspapier von H+ vom Februar 2018 (www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/UEbergangspflege/20181203_AUEP_Positionspapier_dt.pdf) geht von höheren Aufenthaltskosten aus (150 bis 250 Franken pro Tag), dies würde entsprechend höhere Mehrkosten bedeuten.

3.2 Szenario «AÜP bei allen direkten Übertritten vom Spital ins Pflegeheim»

In einem Szenario mit höheren finanziellen Auswirkungen gehen wir davon aus, dass sich das Volumen der AÜP stark erhöht. Da die Aufenthaltskosten während knapp zwei Monaten übernommen werden, wäre es für sämtliche Versicherte, die aus einem Spital in ein Pflegeheim eintreten müssen, finanziell attraktiv, die ersten beiden Monate des Heimaufenthaltes in der Form der AÜP in Anspruch zu nehmen. Wir gehen in diesem Szenario davon aus, dass dies sämtlichen Versicherten in dieser Situation möglich wäre. Die AÜP würde dann faktisch darauf hinauslaufen, dass während der ersten zwei Monate der Aufenthalt im Pflegeheim von den Kostenträgern der KVG-Leistungen übernommen würde. Dies entspräche nicht dem eigentlichen Sinn der AÜP, die ein Angebot für Patientinnen und Patienten mit vorübergehend erhöhtem Nachsorgebedarf sein sollte, so dass sie idealerweise mittelfristig in ihre vor dem Spitalaufenthalt gewohnte Umgebung (zum Beispiel nach Hause oder ins Pflegeheim ohne im Vergleich zu vor dem Spitalaufenthalt höheren Pflegebedarf) zurückkehren können sollten.

Diese etwas unrealistische Annahme hat den Vorteil, dass sich ein solches Szenario mit den Daten der Medizinischen Statistik des BFS gut berechnen lässt. Die zu erwartenden Mehrkosten würden damit einerseits überschätzt. Andererseits kann es aber auch sein, dass bei Personen, die heute vom Spital nach Hause austreten, eigentlich eine stationäre AÜP angezeigt wäre, sie dieses Angebot aber heute aus Kostengründen nicht in Anspruch nehmen. In diesem Fall würden die zu erwartenden Mehrkosten unterschätzt, so dass theoretisch auch noch höhere Mehrkosten denkbar wären.

Wir gehen auch in diesem Szenario davon aus, dass heute bei den Personen, bei welchen AÜP grundsätzlich in Frage kommt, bereits sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen durchgeführt werden, unabhängig davon, ob diese unter dem Titel AÜP oder als «normale» ambulante Behandlung abgerechnet werden. Eine stärkere Verbreitung der AÜP würde deshalb zu keinen Mehrkosten führen. Sollte heute auf medizinisch notwendige Leistungen wegen der von den Versicherten zu tragenden Aufenthaltskosten während der AÜP verzichtet werden, würde die Übernahme der Aufenthaltskosten hingegen die Kostenträger durch die zusätzlich durchgeführten, medizinisch notwendigen KVG-Leistungen zusätzlich belasten. Gleichzeitig wäre es auch möglich, dass ein Sparpotenzial besteht, wenn durch eine kurzfristig intensivierte Pflege mittelfristig Pflegeheim- und Spitaleintritte vermieden oder verzögert werden. Beide Effekte dürften mit der neuen Regelung teilweise eintreten, welcher davon in der Praxis überwiegen wird, lässt sich datengestützt nicht ermitteln. Da wir keine Mehrkosten für zusätzliche Pflegeleistungen einrechnen, beziffern wir auch hier ein mögliches Sparpotenzial nicht.

Szenario höhere Mehrkosten für Prämienzahlende und Kantone bei Übernahme der Aufenthaltskosten AÜP im Rahmen des KVG (nach durchschnittlicher Dauer der AÜP, in Millionen Franken pro Jahr)

	2 Wochen	4 Wochen	6 Wochen	8 Wochen
Mehrkosten, wenn alle Versicherten, die nach dem Spitalaufenthalt in ein Pflegeheim übertreten, dazwischen stationäre AÜP in Anspruch nehmen				
Total KVG (Brutto, vor EL)	57,4	114,9	172,3	229,8
Prämienzahlende	41,0	82,0	123,0	164,1
Kantone (Brutto, vor EL)	16,4	32,9	49,3	65,7
Kantone (Netto, nach EL)	0,4	0,8	1,2	1,6
Mehrkosten, wenn alle Versicherten, die vor dem Spitalaufenthalt zu Hause wohnten und danach in ein Pflegeheim eintreten, vor dem Übertritt ins Pflegeheim stationäre AÜP in Anspruch nehmen				
Total KVG (Brutto, vor EL)	31,7	63,3	95,0	126,6
Prämienzahlende	22,6	45,2	67,8	90,4
Kantone (Brutto, vor EL)	9,1	18,1	27,2	36,2
Kantone (Netto, nach EL)	0,2	0,4	0,7	0,9

Basis ist ein Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von 28,6 Prozent (siehe Ziffer 2). Beim Prozentsatz des Ständerates von 28 Prozent würden sich die Mehrkosten geringfügig zwischen Prämienzahlenden (Mehrbelastung) und Kantonen (Entlastung) verschieben.

Im Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 traten pro Jahr knapp 34 000 Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaufenthalt direkt in ein Pflegeheim ein.¹⁵ Wenn alle diese Personen vor dem Übertritt in ein Pflegeheim eine AÜP in Anspruch nehmen würden, entstünden durch die Übernahme der Aufenthaltskosten je nach durchschnittlicher Dauer der AÜP Mehrkosten für die KVG-Kostenträger von 57 bis 230 Millionen Franken pro Jahr.¹⁶ Den Prämienzahlenden entstünden jährliche Mehrkosten von 41 bis 164 Millionen, je nach durchschnittlicher Dauer der AÜP. Da die Kantone bereits heute ungefähr 28 Prozent der Aufenthaltskosten über Ergänzungsleistungen tragen, würden die von den Kantonen zu tragenden Kosten ungefähr gleichbleiben.

Knapp 19 000 Patientinnen und Patienten traten von zu Hause aus ins Spital und danach in ein Pflegeheim ein. Wenn diese alle eine AÜP durchlaufen würden, würden durch die Übernahme der Aufenthaltskosten, je nach durchschnittlicher Länge der AÜP, Mehrkosten für die KVG-Kostenträger von 32 bis 127 Millionen Franken entstehen. Den Prämienzahlenden entstünden jährliche Mehrkosten von 23 bis 90 Millionen Franken, je nach durchschnittlicher Dauer der AÜP. Wiederum würden die von den Kantonen zu tragenden Kosten ungefähr gleichbleiben.

¹⁵ Für 2016 sind in der SOMED keine ausreichend differenzierten Daten verfügbar.

¹⁶ Annahme: Aufenthaltskosten von 136 Franken pro Tag, siehe auch Fussnote 4.

3.3 Szenario «Stadt Zürich»

Die im Auftrag des BAG durchgeführte Studie von Ecoplan und Serdaly&Ankers zur AÜP¹⁷ erwähnt die Stadt Zürich als Beispiel einer Gemeinde, die bereits heute schon die ersten beiden Wochen der Nachsorge im Pflegeheim konsequent als AÜP abrechnet und ein gut ausgebautes Angebot mit spezialisierten Abteilungen innerhalb der Pflegeheime aufweise. Insofern könnte die bisherige Situation in der Stadt Zürich Aufschluss darüber geben, wie viele Patientinnen und Patienten für eine stationär durchgeführte AÜP in Frage kommen könnten, wenn die Aufenthaltskosten im Rahmen des KVG übernommen würden.

Wenn davon ausgegangen wird, dass mit der neuen Regelung in der ganzen Schweiz ein Angebot und auch eine Nachfrage geschaffen würde, die dem heutigen Niveau in der Stadt Zürich entsprechen, würden den KVG-Kostenträgern jährliche Mehrkosten für die Übernahme der Aufenthaltskosten von 47 bis 188 Millionen Franken entstehen.¹⁸ Den Prämienzahlenden entstünden jährliche Mehrkosten von 34 bis 134 Millionen Franken, je nach durchschnittlicher Dauer der AÜP.

Wiederum würden die von den Kantonen zu tragenden Kosten ungefähr gleichbleiben, wenn davon ausgegangen wird, dass sämtliche Personen bereits heute im Pflegeheim betreut werden und entsprechende Ergänzungsleistungen anfallen. Bei diesem Szenario wäre aber im Vergleich zu den vorhergehenden noch verstärkt zu erwarten, dass mit der neuen Regelung auch Personen eine AÜP durchlaufen, welche heute aus Kostengründen nach Hause austreten. Somit würden auch den Kantonen gewisse Mehrkosten entstehen.

Szenario Modell Stadt Zürich, Mehrkosten für Prämienzahlende und Kantone bei Übernahme der Aufenthaltskosten AÜP im Rahmen des KVG (nach durchschnittlicher Dauer der AÜP, in Millionen Franken pro Jahr)

	2 Wochen	4 Wochen	6 Wochen	8 Wochen
Total KVG (Brutto, vor EL)	47,0	94,0	141,0	188,0
Prämienzahlende	33,6	67,1	100,7	134,3
Kantone (Brutto, vor EL)	13,4	26,9	40,3	53,8
Kantone (Netto, nach EL)	0,3	0,7	1,0	1,3

Basis ist ein Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von 28,6 Prozent (siehe Ziffer 2). Beim Prozentsatz des Ständerates von 28 Prozent würden sich die Mehrkosten geringfügig zwischen Prämienzahlenden (Mehrbelastung) und Kantonen (Entlastung) verschieben.

¹⁷ Ecoplan und Serdaly&Ankers. 2022. Akut- und Übergangspflege. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Veröffentlicht unter: www.bag.admin.ch > Das BAG > Publikationen > Forschungsberichte > Kranken- und Unfallversicherung.

¹⁸ Im Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 durchliefen in der Stadt Zürich 1 348 Patientinnen und Patienten pro Jahr eine AÜP (für 2016 sind keine ausreichend differenzierten Daten verfügbar). Diese Zahl rechnen wir proportional zur Wohnbevölkerung auf die ganze Schweiz hoch und nehmen an, dass die Morbidität der beiden Gruppen vergleichbar ist. Wir erhalten so 27 759 potenzielle AÜP-Patientinnen und Patienten pro Jahr in der Schweiz. Wir nehmen wiederum Aufenthaltskosten von 136 Franken und einen Beitrag der Versicherten an die Aufenthaltskosten von 15 Franken pro Tag an (siehe Fussnote 4).

3.4 Fazit

Die Mehrbelastung der Prämienzahlenden für eine verlängerte AÜP und aufgrund der Übernahme der Aufenthaltskosten im Rahmen des KVG hängen stark davon ab, wie sich die Änderung auf Angebot und Nachfrage nach diesem Instrument auswirkt:

- Bleibt der Umfang der im Rahmen der AÜP erbrachten Leistungen gleich, sind die Mehrkosten für die Prämienzahlenden moderat (13 bis 52 Millionen Franken jährlich, je nach durchschnittlicher Dauer der AÜP).
- Wenn sämtliche Versicherte, die in der Vergangenheit nach dem Spitalaufenthalt direkt in ein Pflegeheim übertraten, neu während zwei Monaten in der AÜP verbleiben würden, entstünden aufgrund der Übernahme der Aufenthaltskosten bedeutende Mehrkosten für die Prämienzahlenden (jährlich 41 bis 164 Millionen Franken allein für den Aufenthalt).
- Wenn sich Angebot und Nachfrage nach AÜP in der ganzen Schweiz so entwickeln würden, wie sie heute in der Stadt Zürich bestehen, wäre allein für den Aufenthalt mit Mehrkosten für die Prämienzahlenden von 34 bis 134 Millionen Franken pro Jahr zu rechnen, immer bezogen auf die Referenzjahre 2016 bis 2019. Hinzu kämen Mehrkosten, falls gegenüber heute zusätzliche Leistungen erbracht würden.

Die finanziellen Auswirkungen für die Kantone dürften sich vermutlich in Grenzen halten, da sie heute bereits einen Teil der Aufenthaltskosten in der Form von Ergänzungsleistungen übernehmen. Dieser Anteil bewegt sich in ähnlicher Höhe wie der vorgesehene Prozentsatz für den Kantonsbeitrag. Zusätzliche Mehrkosten für die Kantone wären ebenso wie bei den Prämienzahlenden dann zu erwarten, wenn mit der neuen Regelung Personen, die heute aus Kostengründen nach dem Spitalaufenthalt nach Hause eintreten, bei denen aber eigentlich eine stationäre AÜP angezeigt wäre, dieses Angebot neu in Anspruch nehmen. Das mögliche Sparpotenzial infolge verzögerter oder vermiedener Pflegeheim- und Spitaleintritte sowie indirekte Mehrkosten für die Kantone durch einen zusätzlichen Bedarf an Verbilligung für die gestiegenen Prämien wurden nicht einberechnet.

Entlastet würden durch den Wegfall der heute von den Versicherten zu bezahlenden Aufenthaltskosten diejenigen Patientinnen und Patienten, die das AHV-Alter noch nicht erreicht oder wegen zu hohen Einkommen oder Vermögen keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben oder diesen nicht geltend machen. Stärker belastet würden diejenigen Prämienzahlenden, deren Prämie durch die Prämienverbilligung nicht oder nur teilweise verbilligt wird.

Die Grundidee der AÜP ist, dass im Kontext der durch die KVG-Revision Spitalfinanzierung möglicherweise verkürzten Spitalaufenthalte während einer beschränkten Zeit nach einem Spitalaufenthalt eine Pflege mit erhöhter Intensität notwendig sein kann. Diese soll entsprechend übernommen werden. Die Übernahme der Aufenthaltskosten bei AÜP durch die KVG-Kostenträger sollte hingegen nicht dazu führen, dass der Aufenthalt im Pflegeheim während maximal zwei Monaten auch bei Versicherten übernommen wird, bei denen eine AÜP nicht angezeigt ist und die nach dem Spitalaufenthalt direkt in ein Pflegeheim eintreten. Vielmehr dürfte es darum gehen, für spezifische Patientengruppen mit vorübergehend erhöhtem Nachsorgebedarf ein spezielles Angebot zu schaffen, damit die Selbständigkeit im Alltag wiedererlangt werden kann. Die Übernahme der Aufenthaltskosten könnte den Patientinnen und Patienten, die eventuell bisher teilweise aus finanziellen Gründen auf einen eigentlich angezeigten vorübergehenden Nachsorgeaufenthalt verzichteten und nach Hause zurückkehrten, diesen Schritt erleichtern. Daraus könnte sich möglicherweise auch ein Sparpotenzial ergeben, wenn durch eine rechtzeitige Nachsorge im Rahmen der AÜP spätere Pflegeheim- oder erneute Spitaleintritte vermieden oder verzögert werden.

4 Zeitlich flexibler Einbezug der Pflegeleistungen

In erster Lesung sah die SGK-N vor, dass der vom Bundesrat frühestens nach sieben Jahren festzulegende Einbezug der Pflegeleistungen erst erfolgen kann, wenn für diese Tarife vorliegen, die den Anforderungen des Gesetzes entsprechen, die also insbesondere auf einheitlichen und transparenten Kosten- und Datengrundlagen basieren, und wenn die Pflegeinitiative vollständig umgesetzt ist. Insbesondere das zweite Kriterium lässt sich nicht exakt definieren. Die Bewertung, ob eine Volksinitiative vollständig umgesetzt ist oder nicht, bleibt eine politische Einschätzung. Der Bundesrat hätte in diesem Punkt einen grossen Ermessensspielraum.

Das BJ gibt in seiner Einschätzung zu Bedenken, dass eine solche Übergangsbestimmung zu rechtlichen Unsicherheiten führen könnte. Zwar ist ein Entscheid des Bundesrates, den Einbezug der Pflegeleistungen in Kraft treten zu lassen, nicht direkt anfechtbar. Betroffene Akteure könnten aber bei anderen Rechtsfragen, auf die sich der Einbezug der Pflegeleistungen auswirkt, vor Gericht argumentieren, dass der Bundesrat diese nicht hätte in Kraft setzen dürfen, da die Volksinitiative noch nicht vollständig umgesetzt sei. Es könnte sich dem Gericht deshalb trotzdem die Frage stellen, ob der Bundesrat im Rahmen seines Ermessens gehandelt hat. Ein ähnliches Beispiel war die Frage, ob der Bundesrat zu einem Eingriff in die Tarifstruktur Tarmed befugt war, was vom Bundesgericht bejaht wurde.¹⁹

Während der Zeitdauer einer eventuellen gerichtlichen Klärung wäre somit unsicher, ob die Pflegeleistungen zu Recht bereits in eine einheitliche Finanzierung einbezogen wurden. Um diese Unsicherheit zu vermeiden, empfiehlt das BJ, in einer Kommissionsmotion festzuhalten, welche Anforderungen erfüllt sein müssen, damit der Bundesrat den Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung beschliessen kann. Der Bundesrat wäre damit ebenso an diese Kriterien gebunden. Das Parlament hätte so die Möglichkeit, politisch zu bewerten, ob der Bundesrat zu Recht gehandelt hat, indem es die Motion als erfüllt abschreibt oder nicht. Ein Formulierungsvorschlag der Verwaltung für eine solche Motion, zusammen mit einer entsprechenden Anpassung des Erlassentwurfs, wird der SGK-N als Beilage zu diesem Bericht gestellt.

Alternativ wäre es unter Verzicht auf eine Kommissionsmotion möglich, das erste Kriterium genauer zu definieren (Vorliegen einer vom Bundesrat genehmigten Tarifstruktur für Pflegeleistungen) und beim zweiten Kriterium vorzusehen, dass der Bundesrat bei seinem Entscheid den Umsetzungsstand der Pflegeinitiative berücksichtigen muss. Ein solcher Formulierungsvorschlag für eine Anpassung des Erlassentwurfs wird der SGK-N ebenfalls als Beilage zu diesem Bericht zugestellt.

¹⁹ BGE 144 V 138 E. 6.4 und 6.5

Anhang: Ausgaben Patientenbeitrag

Tabelle 1: Ausgaben der Versicherten und der Kantone für Patientenbeitrag für KVG-Pflegeleistungen 2016-2019

	Pflege zu Hause (Spitex)			Pflegeheim			KVG-Pflege gesamt		
	Versicherte ¹	Kantone ²	Total ³	Versicherte ¹	Kantone ²	Total ³	Versicherte ¹	Kantone ²	Total ³
ZH	19'431'789	19'560'435	38'992'224	110'180'221	-	110'180'221	129'612'010	19'560'435	149'172'445
BE	16'202'430	25'730'447	41'932'877	98'592'850	-	98'592'850	114'795'279	25'730'447	140'525'726
LU	9'569'192	-	9'569'192	36'134'344	-	36'134'344	45'703'536	-	45'703'536
UR	580'035	-	580'035	3'797'221	-	3'797'221	4'377'256	-	4'377'256
SZ	898'911	1'838'117	2'737'028	12'708'222	-	12'708'222	13'607'133	1'838'117	15'445'250
OW	686'334	-	686'334	3'313'452	-	3'313'452	3'999'786	-	3'999'786
NW	821'776	-	821'776	3'411'499	-	3'411'499	4'233'275	-	4'233'275
GL	270'854	510'333	781'187	3'942'427	-	3'942'427	4'213'281	510'333	4'723'614
ZG	661'013	1'138'734	1'799'746	6'471'595	-	6'471'595	7'132'608	1'138'734	8'271'342
FR	2'376	7'947'638	7'950'013	11'356'418	9'160'097	20'516'515	11'358'794	17'107'735	28'466'528
SO	6'271'071	k. A.	k. A.	19'806'585	-	19'806'585	26'077'655	k. A.	k. A.
BS	2'978'263	2'675'000	5'653'263	22'281'818	-	22'281'818	25'260'081	2'675'000	27'935'081
BL	3'461'230	4'916'695	8'377'925	22'345'362	-	22'345'362	25'806'592	4'916'695	30'723'287
SH	2'089'527	-	2'089'527	8'911'710	-	8'911'710	11'001'238	-	11'001'238
AR	480'054	473'200	953'254	6'753'075	-	6'753'075	7'233'129	473'200	7'706'329
AI	139'027	169'618	308'645	1'092'644	-	1'092'644	1'231'670	169'618	1'401'288
SG	6'193'466	3'892'891	10'086'357	38'893'233	-	38'893'233	45'086'699	3'892'891	48'979'590
GR	1'802'305	2'344'500	4'146'805	17'582'513	-	17'582'513	19'384'817	2'344'500	21'729'317
AG	9'033'937	5'839'319	14'873'256	41'995'459	-	41'995'459	51'029'396	5'839'319	56'868'715
TG	2'421'940	-	2'421'940	21'442'997	-	21'442'997	23'864'936	-	23'864'936
TI	3'780	18'075'310	18'079'089	6'595'261	24'379'253	30'974'514	6'599'041	42'454'563	49'053'603
VD	1'716'820	36'138'565	37'855'385	36'464'587	23'381'272	59'845'858	38'181'406	59'519'837	97'701'243
VS	153	7'772'232	7'772'385	6'873'527	16'895'575	23'769'102	6'873'680	24'667'807	31'541'487
NE	-	8'325'081	8'325'081	16'997'323	-	16'997'323	16'997'323	8'325'081	25'322'404
GE	8'732'285	8'869'662	17'601'946	11'484'604	19'438'712	30'923'315	20'216'888	28'308'373	48'525'262
JU	935'769	2'971'343	3'907'112	5'528'221	-	5'528'221	6'463'990	2'971'343	9'435'333
CH	95'384'332	159'189'119	254'573'451	574'957'164	93'254'908	668'212'072	670'341'496	252'444'027	922'785'523

Anmerkungen: Ausgaben in Franken. Zahlen entsprechen dem Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019.

¹ Effektiv von Patientinnen und Patienten geleistete Beiträge für KVG-Pflege (würde Mehrkosten Kanton entsprechen, wenn Patientenbeteiligung abgeschafft würde und vollständig vom Kanton zu übernehmen wäre). Quelle: Spitex-Statistik BFS, Tabelle 15.2, Finanzen nach Kanton, sowie SOMED-Statistik.

² Von Kantonen übernommene Patientenbeiträge für KVG-Pflege. Quelle: Infrac 2021, Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG, Tabelle 9, S. 44 (Pflegeheime) und Tabelle 10, S. 45 (Pflege zu Hause).

³ Summe der theoretisch maximal von Patientinnen und Patienten zu übernehmenden Beiträge, falls Kanton vollständig auf Übernahme verzichtet.