

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 18. Dezember 2025 zu Handen der SGK-N

Anträge zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund des Bundesgesetzes über die Arbeitsbedingungen in der Pflege (BGAP)

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	2
2	Finanzierung der Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP ohne weitere Regelungen.....	2
2.1	Finanzierung der KVG-Leistungen in den Spitälern.....	2
2.2	Finanzierung der KVG-Pflegeleistungen von Pflegeheimen oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause.....	3
2.3	Fazit	4
3	Anträge zur Regelung der Finanzierung von Mehr- und Minderkosten.....	4
3.1	Ausgangslage	4
3.2	Finanzierung ausserhalb des KVG über gemeinwirtschaftliche Leistungen	4
3.2.1	Antrag Nr. 042.....	4
3.2.2	Bemerkungen	5
3.2.3	Formulierungsvorschlag.....	9
3.3	Finanzierung durch Steuermittel	10
3.3.1	Antrag Nr. 052.....	10
3.3.2	Begründung des Antrags	10
3.3.3	Bemerkungen	10
3.3.4	Formulierungsvorschlag.....	12
3.4	Finanzierung durch eine Bundesbeteiligung	12
3.5	Prospektive Abbildung der Mehr- und Minderkosten in Tarifen.....	14
3.5.1	Antrag Nr. 057.....	14
3.5.2	Begründung des Antrages	14
3.5.3	Bemerkungen	14
3.6	Befristete Finanzierung der von den Leistungserbringern definierten Mehrkosten.....	16
3.6.1	Antrag Nr. 043 (modifiziert)	16
3.6.2	Begründung des Antrages	17
3.6.3	Bemerkungen	18

1 Ausgangslage

Im Rahmen der Beratung des Geschäftes 25.054 Bundesgesetz über die Arbeitsbedingungen in der Pflege sowie Änderung des Gesundheitsberufegesetzes (GesBG; SR 811.21) hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) an der Sitzung vom 10. Oktober 2025 die Verwaltung mit der Erstellung eines Berichtes zum Umgang mit resp. den Finanzierungsmöglichkeiten für Mehrkosten, welche aufgrund des Bundesgesetzes über die Arbeitsbedingungen in der Pflege (BGAP) entstehen, beauftragt. Grundlage dieses Berichtes bilden die an der Sitzung vom 10. Oktober 2025 gestellten resp. modifizierten Anträge 042, 043, 052 sowie 057. Dieser Bericht gibt einen Überblick über die heute geltenden Regelungen und eine rechtliche Einschätzung sowie Formulierungsvorschläge zu den erwähnten Anträgen und deren Auswirkungen.

2 Finanzierung der Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP ohne weitere Regelungen

Ohne weitere gesetzliche Regelungen würden die Mehr- und Minderkosten des BGAP, soweit sie Kosten für Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) betreffen, über die Tarife für diese Leistungen finanziert. Dies hat der Bundesrat grundsätzlich bereits in seiner Botschaft vom 21. Mai 2025 zum BGAP dargestellt. Im Folgenden wird kurz aufgezeigt, was dies für die Finanzierung der Leistungen in den Spitälern einerseits und für die Pflege zu Hause und im Pflegeheim andererseits bedeuten würde.

2.1 Finanzierung der KVG-Leistungen in den Spitälern

Die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital werden mittels Fallpauschalen vergütet, die vom Krankenversicherer und vom Wohnkanton der versicherten Person bis und mit 2027 anteilmässig finanziert werden (Art. 49a Abs. 1 KVG). Der Anteil des Wohnkantons an der Vergütung beträgt bis und mit 2027 mindestens 55 Prozent, der Anteil der Krankenversicherer maximal 45 Prozent (Art. 49a Abs. 2^{ter} KVG). Die Tarife werden in Verträgen zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbart (Art. 43 Abs. 4 KVG) und bedürfen der Genehmigung durch die jeweils zuständige Behörde (Art. 46 KVG). In der Regel ist dies die zuständige Kantonsregierung. Wenn der Vertrag in der ganzen Schweiz gelten soll, ist der Bundesrat für die Genehmigung zuständig (Art. 46 Abs. 4 KVG, Art. 49 Abs. 2 KVG). Falls kein Tarifvertrag zustande kommt, setzt die zuständige Kantonsregierung einen Tarif fest (Art. 47 KVG).

Grundsätzlich gilt für die Tarifierung der KVG-Leistungen, dass die Tarife höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten für eine effiziente Leistungserbringung decken dürfen (Art. 59c Abs. 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung; KVV; SR 832.102).

Die Kosten für das Pflegepersonal sind Bestandteil der Gestehungskosten der Spitäler für KVG-Leistungen. Sie werden von den Spitälern ausgewiesen und fliessen so in die Berechnung der Fallnormkosten der Spitäler ein. In einem Effizienzvergleich werden die Fallnormkosten mittels eines Benchmarkings zwischen den Spitälern auf ihre Effizienz geprüft. Der daraus resultierende Referenzwert bildet die Ausgangslage für die spitalindividuellen Tarifverhandlungen, in denen durch Zu- oder Abschläge begründete Tarifiedifferenzierungen für die einzelnen Spitäler vorgenommen werden können. Wenn die Pflegekosten aufgrund regulatorischer Vorschriften

bei allen Spitälern ansteigen, dürfte dies – vorbehaltlich anderer Einflüsse auf die Gesteungskosten – zu einer Erhöhung aller Fallnormkosten im Benchmarking und damit zu einem Anstieg des Referenzwertes und letztlich der Basispreise der Spitäler führen.¹

Die Kosten- und Leistungsdaten eines Jahres bilden die Grundlage für die Tarife, die zwei Jahre später gelten. Dazwischen liegt das Jahr, in dem die Tarifverhandlungen stattfinden. Die zu erwartenden Mehr- und Minderkosten würden somit grundsätzlich zwei Jahre später zu höheren Tarifen führen.

Infolge der Änderung vom 22. Dezember 2023 des KVG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)² wird sich bei den stationären Spitalleistungen ab 2028 der Anteil des Wohnkantons an der Vergütung von heute mindestens 55 Prozent auf mindestens 26,9 Prozent reduzieren und der Anteil der Versicherer von maximal 45 Prozent auf maximal 73,1 Prozent erhöhen.³ Die restlichen Bestimmungen in Bezug auf die stationären Spitaltarife und die vorgängig beschriebene Methodik der Tarifiermittlung werden grundsätzlich nicht verändert.

2.2 Finanzierung der KVG-Pflegeleistungen von Pflegeheimen oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung, die seit 2011 in Kraft ist, sieht unter anderem vor, dass die OKP einen Beitrag an ambulant, d. h. ausserhalb des spitalstationären Bereichs erbrachte Pflegeleistungen leistet. Dies gilt namentlich für Pflegeleistungen zu Hause, in Tages- oder Nachtstrukturen sowie in Pflegeheimen (Art. 25a Abs. 1 KVG).

Der Bundesrat setzt die Beiträge, welche die OKP leistet, differenziert nach dem Pflegebedarf fest. Neben der OKP leisten auch die Versicherten einen Beitrag an die Kosten der Pflegeleistungen in einer Höhe von maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten OKP-Pflegebeitrags. Die Restfinanzierung wird von den Kantonen geregelt (Art. 25a Abs. 4 und 5 KVG). Die Modalitäten der Restfinanzierung sind je nach Kanton unterschiedlich ausgestaltet. Viele Kantone legen die Höhe der Restfinanzierung heute basierend auf Normkosten oder Höchstgrenzen fest, die häufig auf den durchschnittlichen Pflegekosten aller Leistungserbringer basieren.

Die einheitliche Finanzierung der KVG-Leistungen wird ab 2032 das derzeit geltende Regime der Neuordnung der Pflegefinanzierung ablösen. Mit der Integration der Pflegeleistungen in die einheitliche Finanzierung ab 2032 übernehmen die Versicherer die gesamte Vergütung der KVG-Pflegeleistungen. Die diesbezüglichen Tarife sind zwischen den Tarifpartnern zu vereinbaren. Wie bei den anderen KVG-Leistungen werden die Prämienzahlenden nach Berücksichtigung des Kantonsbeitrags an die Kosten der Leistungen der OKP maximal 73,1 Prozent (heute rund 54 Prozent) der Kosten übernehmen und die Kantone mindestens 26,9 Prozent (heute rund 46 Prozent). Auch für die Tarife für die Pflegeleistungen gelten grundsätzlich die Tarifierungsgrundsätze des KVG: Tarife müssen auf effektiven und transparent ausgewiesenen Kosten- und

¹ Die Tariffdifferenzierung ist allerdings kein Automatismus und muss im Einzelnen zwischen den Tarifpartnern verhandelt werden. H+ weist zudem darauf hin, dass die Teuerung der letzten Jahre nur zum Teil in den Basispreisen der Spitäler berücksichtigt worden seien.

² AS 2025 107

³ In den Übergangsbestimmungen der KVG-Änderung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen) ist festgehalten, dass zwischen 2028 und 2031 für die ambulanten und stationären Leistungen (ohne Pflegeleistungen) ein kantonaler Mindestfinanzierungsanteil von 24,5 Prozent gilt. Für Kantone, die zwischen 2016 und 2019 bei den ambulanten und stationären Leistungen stark vom Schweizer Durchschnitt abweichen (mehr als 1 Prozentpunkt) ist in dieser Übergangszeit eine schrittweise Anpassung vorgesehen, so dass sich ihr Kostenanteil um maximal einen Prozentpunkt pro Jahr verändert (vgl. kantonsindividuellen Mindestanteile in der Tabelle in den Übergangsbestimmungen). Die Kantone können in jedem Fall aber einen höheren Finanzierungsanteil festlegen.

Leistungsdaten beruhen und sich an den für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten orientieren.

2.3 Fazit

Wenn die Kosten für die Pflege aufgrund regulatorischer Vorschriften im Durchschnitt der Leistungserbringer ansteigen, dürfte dies – vorbehaltlich anderer Einflüsse auf die Gestehungskosten – wie beschrieben zu einer Erhöhung der Tarife nach KVG führen. Die höheren Tarife würden mit dem Inkrafttreten der Bestimmungen der einheitlichen Finanzierung der Leistungen ab 2028 im stationären Spitalbereich zu maximal 73,1 Prozent prämiens- und zu mindestens 26,9 Prozent steuerfinanziert⁴. Ab 2032 gilt dieser Verteilschlüssel auch für die Tarife für Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim. Die um die Minderkosten bereinigten Mehrkosten aufgrund des BGAP würden also zu rund drei Vierteln über Prämien und zu rund einem Viertel über Steuern finanziert.

In der Übergangszeit bis zum Einbezug der Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim im Jahr 2032 sind bei diesen Leistungsbereichen die Kantone und Gemeinden im Rahmen der Restfinanzierung verantwortlich für den Umgang mit Mehr- und Minderkosten des BGAP, sofern der Bundesrat die Beiträge der OKP (und damit verbunden auch den Patientenbeitrag der pflegebedürftigen Versicherten) nicht anpasst.

3 Anträge zur Regelung der Finanzierung von Mehr- und Minderkosten

3.1 Ausgangslage

Im Rahmen der Kommissionssitzung vom 10. Oktober 2025 sind verschiedene Anträge an die Verwaltung zur Regelung der im Zusammenhang mit dem BGAP entstehenden Mehr- und Minderkosten eingereicht worden, die unter anderem eine langfristige kantonale Zusatzfinanzierung sowie mögliche Varianten einer Übergangsfinanzierung vorsehen. Auch soll die Verwaltung einen Vorschlag für eine mögliche Bundesbeteiligung machen. In der Folge werden die Anträge sowie deren mögliche Umsetzung dargestellt und möglichen Folgen dargelegt.

3.2 Finanzierung ausserhalb des KVG über gemeinwirtschaftliche Leistungen

3.2.1 Antrag Nr. 042

«Die Verwaltung wird beauftragt, einen Formulierungsvorschlag zu erarbeiten, um die durch dieses Gesetz im Rahmen der Leistungserbringung entstandenen Mehrkosten gemäss folgenden Eckwerten abzugelten:

- Für die Zeit des Inkrafttretens bis Ende 2032 zu 50 Prozent durch die Kantone über Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) oder Restfinanzierung und zu 50 Prozent durch den Bund.
- Ab 2032 mit Inkrafttreten des Einbezugs der Pflege in EFAS vollumfänglich in Form von GWL.»

⁴ In den Jahren 2028 bis und mit 2031 gelten davon abweichende, je nach Kanton verschiedene Finanzierungsanteile.

3.2.2 Bemerkungen

Wenn die um die Minderkosten bereinigten Mehrkosten ausserhalb der Tarifregelungen nach KVG per Zusatzfinanzierung gedeckt werden sollen, so müssen sie genau nachgewiesen und insbesondere gegenüber den Personalkosten, die auch ohne Umsetzung der Massnahmen für die Erbringung von KVG-Pflegeleistungen angefallen wären, abgegrenzt werden. Das Schaffen einer solchen Kostentransparenz dürfte für viele Leistungserbringer eine grosse Herausforderung und administrative Zusatzbelastung darstellen.

Die vorliegend zu beurteilenden Mehr- und Minderkosten sind ihrer Natur nach Aufwendungen für Pflegeleistungen nach KVG, also eine Kostenart, welche grundsätzlich bei der Bestimmung der tarifrelevanten Kosten berücksichtigt wird. Es müsste somit sichergestellt werden, dass lediglich die Kostenanteile aus den Kosten für Pflegeleistungen nach KVG ausgeschieden werden, welche in Folge der Umsetzung der Massnahmen aufgrund des BGAP entstehen. Dies setzt voraus, dass die Leistungserbringer diejenigen Kosten für Leistungen, die infolge der Bestimmungen des BGAP gestiegen sind, einheitlich erfassen und zuweisen. Es dürfte in der Praxis im Einzelfall aber kaum möglich sein, zu bestimmen, ob beispielsweise eine Lohnerhöhung aufgrund des BGAP notwendig wurde oder aufgrund anderer Entwicklungen.

Die Gründe für die Entwicklungen der Löhne und Arbeitsbedingungen können nämlich unterschiedlicher Natur sein und nebeneinander auftreten. Lohnerhöhungen und Anpassungen der Arbeitsbedingungen können neben strukturellen Massnahmen wie einem Teuerungsausgleich ihren Ursprung auch in den erbrachten Leistungen, der übernommenen Verantwortung, der erlangten Erfahrung oder in einem vorgenommenen Funktionswechsel haben. Nicht zuletzt sind Löhne resp. deren Erhöhung oftmals das Resultat von individuellen Verhandlungen. Auch sonst lassen sich die möglichen Beweggründe für Lohnerhöhungen und Anpassungen der Arbeitsbedingungen kaum genau aufschlüsseln. So können Lohnerhöhungen oder verbesserte Arbeitsbedingungen beispielsweise vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels im Anwerben von neuem oder in der besseren Bindung des bestehenden Pflegepersonals begründet sein. Solche Massnahmen können strukturell oder individuell erfolgen. Gleiches gilt auch für einzelne Massnahmen. So muss eine Kompensation für kurzfristige Einsätze nicht zwingend dem BGAP zugrunde liegen, sondern kann ebenso Teil eines bestehenden, flexiblen Lohnmodells sein. Gleiches gilt grundsätzlich für die Kompensation von Überzeit oder Bereitschaft- und Pikettdienst.

Die Vielschichtigkeit der Lohnstrukturen und ihrer Entwicklung wird mit der in Artikel 17 E-BGAP vorgesehenen Verpflichtung zur Verhandlung (nicht Abschluss) von Gesamtarbeitsverträgen (GAV) unterstrichen. Im Rahmen solcher Verträge können Massnahmen zugunsten der Arbeitnehmenden vorgesehen werden, welche über diejenigen, welche im BGAP vorgesehen sind, hinausgehen. Auch können unter gewissen Voraussetzungen Massnahmen zuungunsten der Arbeitnehmenden vorgesehen werden. Die Ergebnisse dieser Verhandlungen liessen sich in ihrer Zusammensetzung kaum auf einzelne Massnahmen nach BGAP herunterbrechen. Es liesse sich also kaum mehr bestimmen, welche finanziellen Auswirkungen des GAV durch das BGAP bedingt sind und welche nicht. Ebenso wäre kaum zu beurteilen, ob der GAV nur aufgrund des BGAP (und wenn ja, mit welchen Bestimmungen) zustande gekommen ist oder ob er auch ohne BGAP zustande gekommen wäre.

Wenn ein Unternehmen heute besonders schlechte Arbeitsbedingungen bietet, wären die Mehrkosten zur Einhaltung eines eventuellen GAV (oder anderer Anforderungen im Zuge des BGAP) höher als bei einem Unternehmen, das heute bereits gute Arbeitsbedingungen bietet. Je nach

Ausgestaltung der Finanzierung der unternehmensspezifischen Mehrkosten über GWL bekäme ein solches Unternehmen dann eine grössere Zusatzfinanzierung des Kantons als ein Unternehmen, das schon heute gute Arbeitsbedingungen bietet. Dieses müsste weiter mit den (für die beiden Leistungserbringer im Grundsatz vergleichbaren) KVG-Tarifen auskommen und bekäme weniger oder gar keine Zusatzfinanzierung des Kantons.

Es ist weiter davon auszugehen, dass gewisse Unternehmen die Arbeitsbedingungen auch ohne das BGAP verbessern würden, um Fachkräfte anzuziehen – also beispielsweise Regelungen zu Überstunden, Nachtarbeit, Pausen, Umkleidezeit etc. verbessern würden. Falls die Umsetzung des BGAP mit einem Teuerungsschub zusammenfällt, wären auch ohne BGAP Folgen für die nominalen Lohnkosten zu erwarten. Die Arbeitsbedingungen ändern sich bereits heute im Zeitverlauf. Je nach gesetzten Anreizen hätten die Arbeitgeber einen Anreiz, sämtliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und die Kosten dafür in den fraglichen Perioden als BGAP-bedingt zu deklarieren, obwohl sie auch ohne BGAP Anpassungen vorgenommen hätten, wenn auch vielleicht nicht im selben Ausmass. Welche konkrete Anpassung der Arbeitsbedingungen in einem einzelnen Unternehmen nun durch das BGAP bedingt ist oder durch die allgemeine Situation am Arbeitsmarkt (Wettbewerb um Fachkräfte), ist im Einzelfall daher kaum abzugrenzen. Dafür besser geeignet dürften statistische Verfahren sein, welche die Kostenentwicklung über alle Leistungserbringer hinweg betrachten und den Kostensprung in zeitlichem Zusammenhang mit dem BGAP von anderen Faktoren isolieren, die auch ohne BGAP eingetreten wären (allgemeiner Trend über die Zeit, Inflation, etc.) – siehe dazu Ziffer 3.3.3.

Es kann umgekehrt auch sein, dass ein Unternehmen bereits heute einen über das geltende Recht hinausgehenden Ausgleich von Überstunden, Nachtarbeit etc. vorsieht und sich, wenn dies im Zuge des BGAP neu sämtliche Unternehmen tun müssen, gezwungen sieht, die Löhne zu erhöhen oder anderweitig (mit Kostenfolgen) attraktiver zu werden, um einen Attraktivitätsvorsprung gegenüber den Mitbewerbern am Arbeitsmarkt zu halten oder um anderweitige Attraktivitätsnachteile (z. B. periphere Lage) auszugleichen, um weiterhin die gesuchten Fachkräfte finden zu können. Solche Mehrkosten haben ebenfalls einen kausalen Zusammenhang mit dem BGAP, es wäre aber fraglich, inwiefern sie von den Unternehmen als BGAP-bedingt ausgewiesen und von den tarifrelevanten Kosten ausgenommen werden könnten.

Es stellt sich auch die Frage, wie die Leistungserbringer die Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP längerfristig ausweisen sollen, wenn sie dauerhaft nicht in die für die Tarifierung anrechenbaren Kosten einfließen sollen. Handelt es sich bei den Mehr- und Minderkosten um einen einmaligen Niveaueffekt, d.h. die auszuweisenden, um die Minderkosten bereinigten Mehrkosten aufgrund des BGAP bleiben dauerhaft konstant? Oder erhöhen sich die auszuweisenden Mehrkosten anteilmässig auch in Zukunft, wenn weitere Lohnerhöhungen oder Anpassungen der Arbeitsbedingungen erfolgen? In einem fiktiven Beispiel müssen für einen konstanten Pflegebedarf wegen der reduzierten Arbeitszeit statt 10 neu 12 Pflegefachpersonen angestellt werden mit Lohnkosten von je 1. In einem ersten Schritt bedeutet dies Mehrkosten aufgrund des BGAP von 2 Pflegefachpersonen (unter der Annahme, dass es ohne BGAP überhaupt keine Veränderungen gegeben hätte). Fünf Jahre darauf gibt es einen Inflationsschub und die Löhne werden um 10 Prozent erhöht auf je 1.1. Die gesamten Lohnkosten steigen von 12 auf 13.2.

Ohne BGAP wären sie aber nur von 10 auf 11 gestiegen.⁵ Es stellt sich daher die Frage, ob diese «zusätzlichen» Mehrkosten des Inflationsschubs von 0.2 ebenfalls als «Mehrkosten BGAP» über GWL zu finanzieren wären. Wenn ja, liefe dies nach einer Einführungsphase tendenziell auf einen fixen Anteil der «Mehrkosten BGAP» an den Pflegekosten hinaus. Wenn nein, liefe dies nach einer Einführungsphase tendenziell auf einen fixen Betrag der «Mehrkosten BGAP» hinaus, die von jedem Leistungserbringer von den zur Ermittlung der Tarife relevanten Kosten abgezogen werden müssten. So oder so wären die Mehrkosten des BGAP mittel- und längerfristig noch weniger von anderen KVG-Kosten zu unterscheiden als zu Beginn, sondern es müsste wohl normativ ein bestimmter Teil (der je nach Leistungserbringer verschieden wäre) der Kosten der KVG-Pflegeleistungen als «Nicht-KVG-anrechenbar» ausgewiesen werden.

Zudem müssten dann auch Einsparungen, die aus einer betriebsinternen Umverteilung der Personalkosten, einer Abnahme der Fluktuationsrate oder einer Reduktion des Bedarfs an externem Temporärpersonal resultieren könnten, berücksichtigt und je nachdem den tarifrelevanten Kosten oder den Mehr- und Minderkosten nach BGAP zugewiesen werden. Auch hier ist nicht zu erkennen, wie ein einzelnes Unternehmen beurteilen soll, ob die Tatsache, dass beispielsweise während eines Jahres weniger Mitarbeitende in diesem Unternehmen als sonst gekündigt haben (und deshalb Rekrutierungskosten – die ebenfalls beziffert werden müssten, was bei nicht angefallenen Kosten besonders herausfordernd sein dürfte – wegfallen) oder weniger Mitarbeitende sich krankgemeldet haben, mit dem BGAP zusammenhängt oder nicht. Kündigungen (und «Nicht-Kündigungen») von Mitarbeitenden können eine Vielzahl von sehr individuellen Gründen haben, und ihre Zahl schwankt gerade in kleinen Unternehmen auch stark von Jahr zu Jahr. Dasselbe gilt für Krankmeldungen. Eventuelle Korrelationen oder sogar Kausalitäten mit der Umsetzung des BGAP lassen sich auf aggregierter Ebene erkennen, auf der Ebene einzelner Unternehmen und ihrer Kostenrechnung hingegen kaum.

Insgesamt erscheint eine Ausscheidung der Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP auf der Ebene einzelner Leistungen und Leistungserbringer in der Praxis kaum oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand machbar. Jeder Leistungserbringer müsste dauerhaft, d.h. auch nach Jahren, auszuweisen versuchen, wie hoch seine Kosten für die Erbringung einer bestimmten Leistung ohne die Bestimmungen des BGAP wären, damit die Mehr- und Minderkosten des BGAP auf Ebene Leistung und Leistungserbringer separat ausgewiesen und finanziert werden könnten. Dies käme faktisch einer Verdoppelung der ohnehin durchzuführenden Kostenrechnung nahe. Die Unternehmen hätten insgesamt einen grossen Spielraum, um je nach den gesetzten Anreizen entweder möglichst viele oder möglichst wenige Kosten als durch das BGAP bedingt auszuweisen, was die sachgerechte Ermittlung der Mehr- und Minderkosten erschweren würde (siehe unten). Zudem hätte eine unternehmensspezifische Finanzierung der Mehr- und Minderkosten des BGAP über GWL den Fehlanreiz, dass wahrscheinlich jene Unternehmen besonders viel Zusatzfinanzierung bekämen, die heute besonders schlechte Arbeitsbedingungen bieten.

Da die vorgeschlagene Zuweisung der Kosten auf Ebene der Leistungserbringung ansetzt, müsste geregelt und sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer die entsprechenden Kosten bereits im Einzelfall der jeweiligen Kategorie BGAP/GWL oder KVG zuordnen. Eine solche

⁵ Nicht auszuschliessen ist, dass die Löhne ohne BGAP bei einem Inflationsschub noch stärker erhöht werden müssten – auf z.B. 11.3 – als mit BGAP, um Fachkräfte zu halten, weil die Arbeitsbedingungen mit BGAP besser sind als ohne BGAP und eine zukünftige Zurückhaltung bei der Lohnentwicklung deshalb vom Arbeitsmarkt mit BGAP vielleicht eher toleriert würde als ohne BGAP – die Frage wäre dann, ob dies als Minderkosten des BGAP angerechnet werden müsste und wenn ja, aufgrund welcher und von wem definierten kontrafaktischen Annahme.

Aufteilung wäre auch mit Fehlanreizen für die Leistungserbringer verbunden, die Kosten als demjenigen Bereich zugehörig auszuweisen (KVG vs. GWL), in dem die bessere Vergütung erwartet werden kann. Ein Bezug zu den effektiven Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP würde damit verwässert oder gar vereitelt. Die Frage der im Einzelfall korrekten Abgrenzung von GWL- und KVG-Leistungen durch den Leistungserbringer könnte auch Gegenstand von Rechtsstreitigkeiten zwischen den Kantonen (die 100 Prozent der GWL, aber nur 26,9 Prozent der KVG-Leistungen zu übernehmen hätten) und den Versicherern bilden.

Unter GWL werden gemeinhin Leistungen verstanden, die nicht der Erbringung von Leistungen nach KVG dienen, während über die Restfinanzierung gerade die Restkosten von Pflegeleistungen nach KVG durch die Kantone mitfinanziert werden. Damit fiel die rechtliche Einordnung, je nachdem ob die Kosten im Spital oder in der Pflege zu Hause oder im Pflegeheim anfallen bis zum Einbezug der Pflege in die einheitliche Finanzierung unterschiedlich aus. Im Spital und ab dem Jahre 2032 auch bei den Pflegeleistungen zu Hause ergäbe sich zudem die Situation, dass ein Teil der Kosten jener Leistungen, die laut der Leistungsdefinition Leistungen nach KVG sind, nicht als solche eingestuft würden. Eine solche Ausgrenzung eines Teils der Kosten von Leistungen, die eigentlich alle Voraussetzungen für KVG-Leistungen erfüllen, wäre inhaltlich nur schwer vermittelbar und aus rechtlicher Sicht letztlich inkonsequent.

Weiter liefe der Vorschlag in seinem Kern der gerade erst in der Volksabstimmung vom 24. November 2024 angenommenen Änderung des KVG zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen entgegen, weil für einen Teil der Leistungen, die eigentlich KVG-Leistungen sind, erneut ein spezielles Finanzierungsregime geschaffen würde. Dies hätte zur Folge, dass aus Sicht der Versicherer wie im bisherigen, nun zu beendenden System, nicht die eigentlichen Gesamtkosten der Leistungen relevant sind, sondern nur derjenige Teil, der von den Versicherern übernommen wird. Die Anreize der Versicherer wären zwischen verschiedenen Arten von Leistungen verzerrt, mit nachteiligen Folgen für die Koordination der Leistungen über die ganze Behandlungskette. Gerade dieser Fehlanreiz sollte mit der einheitlichen Finanzierung der Leistungen eigentlich behoben werden. Es würde sich auch die Frage stellen, wie sich die Abgrenzung der Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP von den übrigen Leistungskosten über die Zeit entwickelt.

Die vorgeschlagene Beteiligung des Bundes an den Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP im Bereich der Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim (aber nicht im Bereich der Spitäler) während der Übergangszeit bis zu deren Einbezug in die einheitliche Finanzierung der Leistungen, stünde zudem auch für die Übergangszeit mit dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz in Konflikt (siehe hierzu Ziffer 3.4). Es stellt sich zudem die Frage, warum für die Übergangszeit bis und mit 2031 eine andere Regelung getroffen werden soll als für die Zeit danach. Ohne weitere Regelung für die Übergangszeit wären für die Finanzierung der Mehr- und Minderkosten im Bereich der Pflege zu Hause und im Pflegeheim bis und mit 2031 bereits die Kantone zuständig im Rahmen der Restfinanzierung (vgl. Ziffern 2.2 und 2.3), sowie für die Zeit nach 2032 im Antrag Nr. 042 vorgesehen.

Die Arbeitgeber resp. Leistungserbringer wären zu verpflichten, die aufgrund des BGAP entstandenen Mehr- und Minderkosten auszuweisen und insbesondere von den übrigen Kosten für Leistungen nach KVG abzugrenzen. Hierzu müsste die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) angepasst und eine klare Vorgabe an die Leistungserbringer zur Ausscheidung der entsprechenden Kosten geschaffen werden. Es müsste geklärt werden, wie

diese Mehr- und Minderkosten im Einzelfall von den Leistungserbringern überhaupt identifiziert werden können. Diese Regelungen folgen dem Prinzip, dass der Bundesgesetzgeber festzulegen hat, welche Kostenanteile nicht nach KVG und somit ausserhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu vergüten sind.

Der Bundesgesetzgeber hat zudem ganz abgesehen von den geschilderten praktischen Herausforderungen weder die Kompetenz, die GWL abschliessend zu definieren, noch kann er die Kantone verpflichten, bestimmte Leistungen oder Kostenanteile im Rahmen von GWL zu finanzieren. Artikel 117 der Bundesverfassung (BV; SR 101) gibt dem Bund die Kompetenz, die Krankenversicherung zu regeln. GWL sind ausdrücklich gerade nicht Teil der Krankenversicherung. Der Bund kann somit lediglich vorsehen, dass die Mehr- und Minderkosten nach BGAP nicht als Teil der KVG-Leistungen betrachtet werden sollen, und diese entsprechend aus den tarifrelevanten Kosten auszuschneiden sind. In welcher Form resp. unter welchem Titel die Kantone diese Mehr- und Minderkosten letztlich tragen, bleibt jedoch in deren Kompetenz.

3.2.3 Formulierungsvorschlag

Falls trotz den geschilderten praktischen und rechtlichen Herausforderungen und der Möglichkeit einer Regelung mit weitgehend identischer Verteilungswirkung, mit der diese Herausforderungen vermieden werden können (siehe Ziffer 3.3), eine Regelung im Sinne des Antrags Nr. 042 ins Auge gefasst werden soll, wäre die vollständige Übernahme der Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP durch die Kantone in Form von GWL der zu regelnde Normalfall. Daher müsste dieser so im BGAP abgebildet werden. Ebenfalls müsste zu diesem Zweck wie oben dargestellt eine entsprechende Bestimmung zur Kostenauscheidung in der VKL geschaffen werden. Da es sich dabei aber um eine Bestimmung auf Verordnungsebene handelt, könnte diese erst im Nachgang zur Verabschiedung der Gesetzesregelungen erfolgen. Der vollständigen Information halber wird die Änderung aber im untenstehenden Vorschlag erwähnt. Die Aufteilung der Kostenübernahme für die Übergangszeit bis zum Zeitpunkt des Einbezugs der Pflege in die einheitliche Finanzierung würde hingegen in einer Übergangsbestimmung geregelt. Im gestellten Antrag wird das Ende der Übergangsregelung mit dem Einbezug der Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim in die einheitliche Finanzierung der KVG-Leistungen definiert. Zeitlich wird im Vorschlag der Verwaltung daher Bezug auf die Ausserkraftsetzung des für die bisherige Vergütung und Finanzierung von Pflegeleistungen relevanten Artikels 25a KVG Bezug genommen. Wie im Antrag vorgesehen, werden die Mehr- und Minderkosten für den kantonalen Anteil im Bereich der Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim bis zu diesem Zeitpunkt über die Restfinanzierung geregelt. Damit ergibt sich folgender Formulierungsvorschlag:

E-Art. 17a Kostenausweis

Arbeitgeber nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a müssen die Mehr- und Minderkosten, welche sich durch Vorgaben nach diesem Gesetz ergeben, erfassen und von den übrigen Kosten für Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) sowie dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) getrennt ausweisen.

E-Art. 18a Kostenübernahme durch den Kanton

¹ Die nach Artikel 17a ausgewiesenen Mehrkosten werden nach Abzug der Minderkosten durch den Kanton übernommen, in welchem der Arbeitgeber seinen Standort hat.

² Der Arbeitgeber stellt dem Kanton und den Versicherungsträgern nach KVG, IVG, UVG sowie MVG die ausgewiesenen Kosten jährlich im auf die erbrachten Aufwendungen folgenden Kalenderjahr in Rechnung.

³ Er gewährt dem Kanton und den Versicherungsträgern nach Absatz 2 Einsicht in die für die Berechnung und Ausweisung der Kosten relevanten Unterlagen und Dokumentationen.

Übergangsbestimmung vom ..

¹ Bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a im Rahmen der Änderung vom 22. Dezember 2023 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) beteiligt sich der Bund zur Hälfte an den gemäss Artikel 17a ausgewiesenen Mehr- und Minderkosten. Der Bund leistet die Beiträge direkt dem Kanton.

² Bis zum Zeitpunkt nach Absatz 1 regeln die Kantone die Übernahme der ausgewiesenen Mehr- und Minderkosten nach Artikel 17a im Bereich der Pflegeleistungen zu Hause oder im Pflegeheim gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG.

Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung

Art. 2 Ziele (neuer Buchstabe i)

¹ Die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen muss so erfolgen, dass damit die Grundlagen geschaffen werden für:

(..)

- i. die Ausscheidung der Kosten, die nach den Vorgaben des Bundesgesetzes über die Arbeitsbedingungen in der Pflege separat durch Bund und Kantone gedeckt sind.

3.3 Finanzierung durch Steuermittel

3.3.1 Antrag Nr. 052

«Die Verwaltung wird beauftragt, einen Formulierungsvorschlag zu erarbeiten, mit dem die Mehrkosten aufgrund des BGAP von den Kantonen aus Steuererträgen getragen werden.»

3.3.2 Begründung des Antrags

«Das Volk hat mit grossem Mehr die Pflegeinitiative angenommen. Mit verbesserten Arbeitsbedingungen kommt es zu Minderausgaben und zu Mehrausgaben. Es ist unklar, was die finanziellen Auswirkungen unter dem Strich sind, wenn alle Auswirkungen beziffert würden. Gemäss der heutigen gesetzlichen Regelung sind die Kantone für das Gesundheitswesen zuständig. Die Kantone haben über Jahrzehnte der Problematik des Pflegenotstandes wenig bis gar keine Abhilfe geschaffen. Es kann daher nicht sein, dass der Bund oder die Prämienzahlenden nun für die Versäumnisse der Kantone finanziell aufkommen.»

3.3.3 Bemerkungen

Der Antrag Nr. 52 zielt weitgehend auf die gleiche Verteilungswirkung zwischen Kantonen und Prämienzahlenden ab, wie bereits der Antrag Nr. 042 (Kantone bezahlen Mehrkosten, Prämienzahlende werden geschont). Der Unterschied besteht lediglich darin, dass auf einen Bundesbeitrag für die Mehrkosten im Bereich der Pflege zu Hause und im Pflegeheim bis und mit 2031 verzichtet wird. Der Antrag enthält betreffend konkrete Ausgestaltung jedoch keine konkreten

Vorgaben. Die gewünschte Verteilungswirkung könnte daher auf eine andere Art erreicht werden, ohne die Leistungserbringer zusätzlichen administrativen Belastungen auszusetzen und ohne neue Fehlanreize zu schaffen, die mit der einheitlichen Finanzierung eigentlich behoben werden sollten.

Konkret könnte der Prozentsatz für den Kantonsbeitrag an die KVG-Leistungen, welcher im Rahmen der einheitlichen Finanzierung der Leistungen im KVG auf mindestens 26.9 Prozent festgelegt wurde, erhöht werden. Zwar hat das schweizerische Stimmvolk im Rahmen der Volksabstimmung vom 24. November 2024 den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag an die einheitliche Finanzierung bestätigt. Allerdings entsteht mit der Schaffung des BGAP im Rahmen der Umsetzung der Pflegeinitiative eine neue Situation, und das Gesetz sieht vor, dass der Prozentsatz für den Kantonsbeitrag regelmässig überprüft wird. Dieser Ansatz würde bedeuten, dass die Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP nicht separat ausgewiesen werden müssen, sondern wie die üblichen Kosten für KVG-Leistungen in die jeweiligen Tarifberechnungen einfließen. Durch die Erhöhung des Kantonsanteils würden die Prämienzahlenden jedoch nicht weiter belastet, sondern die geschätzten um die Minderkosten bereinigten Mehrkosten würden durch Steuergelder der Kantone übernommen.

Der Umfang der Erhöhung des Kantonsbeitrages müsste im Voraus mittels Schätzungen und Studien ermittelt werden. Um die Angemessenheit dieser Schätzungen zu überprüfen, könnte vorgesehen werden, dass nach einer gewissen Zeit – idealerweise, wenn die Kostendaten für die Tarife nach zwei Jahren vorliegen – der Prozentsatz für den Kantonsbeitrag noch einmal überprüft wird, mit dem Ziel, dass die Erhöhung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag möglichst genau so ausfällt, dass die Kantone die um die Minderkosten bereinigten Mehrkosten aufgrund des BGAP zusätzlich übernehmen müssen, aber auch nicht mehr. Auch hier wäre die Abschätzung der bereinigten Mehrkosten aufgrund des BGAP zu den übrigen Kosten der KVG-Leistungen nicht vollends trennscharf möglich. Allerdings würde dieser Ansatz die entstandenen um die Minderkosten bereinigten Mehrkosten nach der Einführung des BGAP über alle Leistungserbringer auf Ebene des Gesamtsystems betrachten, wodurch Kostensprünge, die auf das BGAP zurückzuführen sein könnten, leichter auszumachen und von anderen massgebenden Einflussfaktoren zu trennen sind als auf Ebene der einzelnen Leistungen und Leistungserbringer. Es entfielen zudem gegenüber dem Antrag Nr. 042 die verfassungsrechtlichen Vorbehalte (fehlende Kompetenz des Bundes zur Regelung von GWL ist hier nicht relevant) und die Fehlanreize (kein Konflikt zur einheitlichen Finanzierung, kein Anreiz für Leistungserbringer, Kosten je nach zu erwartender Vergütung als BGAP-verbunden oder allgemein KVG zu deklarieren). Ein solcher Ansatz wäre insbesondere für die Leistungserbringer, aber wohl auch für die Kantone und Versicherer deutlich weniger aufwändig.

Da der Antrag keine separate Regelung der Übernahme der Mehr- und Minderkosten bis zur Eingliederung der Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim in die einheitliche Finanzierung der Leistungen vorsieht, entfällt eine entsprechende Übergangsregelung. Ohne spezifische Regelung werden die Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP im Bereich der Pflege zu Hause und im Pflegeheim bis und mit 2031 sowieso von den Kantonen im Rahmen der Restfinanzierung zu tragen sein, sofern der Bundesrat die Beiträge der OKP und damit verbunden auch der Versicherten nicht erhöht (vgl. Ziffer 2.3). Die Situation in der Übergangszeit entspricht somit sowieso der vom Antrag angestrebten Verteilungswirkung.

3.3.4 Formulierungsvorschlag

E-Art. 17a Kostenübernahme

Die Kantone übernehmen die aufgrund dieses Gesetzes entstandenen, um die Minderkosten bereinigten Mehrkosten im Rahmen ihres Kantonsbeitrages nach Artikel 60 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung.

Änderung anderer Erlasse

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

n-Art. 60 Berechnung

⁴ Jeder Kanton legt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag fest. Der Prozentsatz liegt bei mindestens XX Prozent.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ..

Der Bundesrat überprüft zwei Jahre nach Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Arbeitsbedingungen in der Pflege (BGAP), ob der Mindestprozentsatz des Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 4 des Gesetzes zur Übernahme der Kosten nach Artikel 17a BAGP angepasst werden muss. Er erstattet der Bundesversammlung nach dieser Überprüfung Bericht.

3.4 Finanzierung durch eine Bundesbeteiligung

Grundsätzlich gilt im Rahmen der Zuweisung und der Erfüllung staatlicher Aufgaben das Prinzip der sogenannten fiskalischen Äquivalenz. Geregelt wird dieses Prinzip unter Artikel 43a Absatz 2 und 3 BV. Diese Absätze besagen, dass das Gemeinwesen, in dem der Nutzen einer staatlichen Leistung anfällt, deren Kosten zu tragen hat. Das Gemeinwesen, welches die Kosten einer staatlichen Leistung trägt, soll wiederum über eben diese Leistung bestimmen können.

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung liegt in der Kompetenz der Kantone, der Bund hat in diesem Bereich grundsätzlich keine Steuerungsmöglichkeiten. Eine Beteiligung des Bundes an Mehr- und Minderkosten, welche durch die von den Kantonen zugelassenen Leistungserbringer ausgewiesen sowie mit den von den Kantonen genehmigten Tarifen vergütet würden, würde daher dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz widersprechen, da Einflussmöglichkeit und Finanzierungszuständigkeit aufgetrennt wären. Zwar könnte eingewendet werden, dass die Mehrkosten aufgrund des BGAP durch Anforderungen verursacht werden, die auf Bundesebene definiert werden. Auch im Kontext des BGAP gilt aber weiterhin, dass in erster Linie die Kantone und nicht der Bund Einfluss auf die Höhe der Gesundheitskosten ausüben können. Erstens reicht die Oberaufsicht des Bundes über die Kantone mittels Weisungen kaum aus, um davon auszugehen, dass der Bund die konkrete Ausgestaltung der Umsetzung der Vorgaben des BGAP auf Stufe der Leistungserbringer bestimmen könnte⁶. Hier bleibt seine Rolle hinter den Kantonen nachrangig. Zweitens zielen die Vorgaben und Massnahmen des BGAP auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege und damit insbesondere auch auf eine Verbesserung der medizinischen Grundversorgung in den Kantonen ab. Hier liegt der Nutzen – neben den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern – klar bei den Kantonen und ihrem Gesundheitswesen sowie ihrer Bevölkerung. Ausserdem entstehen die möglichen Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP grundsätzlich im Zusammenhang mit der Erbringung von KVG-Leistungen.

⁶ Die Aufsicht über die kantonalen Arbeitsinspektorate erfolgt durch das Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco)

Eine Kostenübernahme sollte sich daher an den üblichen Kostenträgern nach KVG (Kantone und Versicherer) orientieren.

Eine Beteiligung des Bundes an Mehr- und Minderkosten nach BGAP ohne Möglichkeit zur Einflussnahme auf die Leistungserbringer, könnte zudem die Anreize zur Kostendämpfung schmälern und damit Fehlanreize schaffen.

Sollen die Mehr- und Minderkosten trotzdem anteilmässig oder vollständig über eine Bundesbeteiligung gedeckt werden, so wäre ein Ansatz ähnlich demjenigen in Ziffer 3.3 zu wählen. Der Bund würde sich demnach an der Finanzierung aller KVG-Leistungen mitbeteiligen. Dies käme einem kompletten Paradigmenwechsel hin zu einer direkten Mitbeteiligung des Bundes an den Kosten der KVG-Leistungen gleich. Sollte ein solcher Paradigmenwechsel ins Auge gefasst werden, müsste im Sinne der fiskalischen Äquivalenz das gesamte Regelwerk des KVG überprüft werden. Es würde sich die Frage stellen, ob nicht eine generelle Verschiebung von Kompetenzen weg von den Kantonen hin zum Bund in diversen Bereichen (Spitalplanung, Zulassungssteuerung, Tarifgenehmigung, etc.) angebracht wäre. Es wäre auch zu prüfen, ob die verfassungsrechtlichen Voraussetzungen dafür, solche Kompetenzverschiebungen auf Gesetzesebene vorzusehen, vorhanden sind. Gegebenenfalls müssten diese Voraussetzungen erst geschaffen werden. Auf praktischer, rechtstechnischer Ebene würde dies in einem ersten Schritt bedeuten, dass im KVG entsprechend ein Prozentsatz für einen Bundesbeitrag vorgesehen werden müsste, der sich an den um die Minderkosten bereinigten Mehrkosten nach BGAP orientiert. Auch hier könnte eine Überprüfung der festgelegten Beteiligung bei Vorliegen der Kostendaten vorgesehen werden.

Dies ergibt folgenden Formulierungsvorschlag:

E-Art. 17a Kostenübernahme

Der Bund übernimmt die aufgrund dieses Gesetzes entstandenen, um die Minderkosten bereinigten Mehrkosten im Rahmen seines Bundesbeitrages nach Artikel 60b des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung.

Änderung anderer Erlasse

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

n-Art. 60b Beteiligung des Bundes

Der Bund beteiligt sich an der Finanzierung der Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz. Der Prozentsatz beträgt XX Prozent.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ..

Der Bundesrat überprüft zwei Jahre nach Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Arbeitsbedingungen in der Pflege (BGAP), ob der Prozentsatz des Bundesbeitrages nach Artikel 60b des Gesetzes zur Übernahme der Kosten nach Artikel 17a BAGP angepasst werden muss. Er erstattet der Bundesversammlung nach dieser Überprüfung Bericht.

3.5 Prospektive Abbildung der Mehr- und Minderkosten in Tarifen

3.5.1 Antrag Nr. 057

3b. Abschnitt: Finanzierung

Art. 17b

¹ Mehrkosten aufgrund von Massnahmen nach diesem Gesetz sind bei der Ermittlung der Tarife für ambulante und stationäre Leistungen nach Massgabe der auf den jeweiligen Versorgungsbe- reich anwendbaren Tarifierungsregeln von KVG, UVG, IVG und MVG zu berücksichtigen.

² Lassen sich die für die Tarifierung erforderlichen Mehrkosten noch nicht ausweisen, so sind in einer Übergangsphase von längstens zwei Jahren prospektive Kosten aufgrund von Schätzun- gen zu berücksichtigen.

3.5.2 Begründung des Antrages

«Die im Gesetz vorgesehen Massnahmen werden massive Mehrkosten bei den Spitälern resp. allen Einrichtungen, die Pflegefachkräfte beschäftigen, haben. Es braucht deshalb auch verbind- liche Regeln, wie diese Mehrkosten zu finanzieren sind. Der vorliegende Antrag sieht eine Fi- nanzierung über die bestehenden Tarifsysteme vor. Er besteht aus einem Absatz 1, der die lang- fristige Finanzierung vorsieht. Und einem Absatz 2, der eine Übergangsphase von längstens zwei Jahren statuiert.

Der Grundsatz für eine Regelfinanzierung gemäss Abs. 1 ist im BGAP ausdrücklich zu veran- kern, da der Gesetzgeber damit zum Ausdruck bringt, dass er sich der aufgrund des BGAP ent- stehenden Mehrkosten bewusst ist. Ansonsten werden die Mehrkosten nicht bzw. kaum in den Tarifen berücksichtigt werden.

Für die Übergangsphase (Abs. 2) von längstens zwei Jahren nach Inkrafttreten des BGAP sind prospektive Kosten aufgrund von Schätzungen zu berücksichtigen.»

3.5.3 Bemerkungen

Die Tarifierung nach KVG stützt sich auf die tatsächlich angefallenen, ausgewiesenen und effi- zienzbereinigten Kosten. Insofern bildet Absatz 1 des vorgeschlagenen Artikels 17b grundsätz- lich das bereits heute verankerte Verfahren bei der kostenbasierten Tarifberechnung ab. Mit diesem Vorschlag würden die Mehr- und Minderkosten aufgrund des BGAP als Bestandteil der Gestehungskosten der Spitäler für KVG-Leistungen in die Tarifberechnungen einfließen. In diesem Fall müsste auch nicht – im Gegensatz zum im Antrag Nr. 042 gewünschten Vorgehen – zwischen den üblichen Kosten der Leistungserbringung und den Mehr- und Minderkosten, welche aufgrund des BGAP anfallen, unterschieden werden. Eine Änderung des KVG erübrigt sich bei diesem Vorgehen grundsätzlich (vgl. Ziffer 2.1).

Markant abweichen von den bestehenden Tarifierungsregelungen würde hingegen Absatz 2, welcher vorsieht, dass die prospektiven Kosten aufgrund von Schätzungen berücksichtigt wer- den, sofern sich die erforderlichen Mehr- und Minderkosten noch nicht ausweisen lassen. Die Übergangsphase von längstens zwei Jahren scheint sich dabei auf die heute in der Tarifierung bestehende, verzögerte Abbildung der angefallenen Mehr- und Minderkosten (t-2) in den kos- tenbasierten Tarifen zu beziehen. Da Schätzungen ausdrücklich möglich sind, wäre immerhin nicht zwingend ein Ausweis der Mehrkosten des BGAP auf der Ebene einzelner Leistungen und Leistungserbringer erforderlich, was wie erwähnt in der Praxis kaum möglich sein dürfte.

Die Berücksichtigung von geschätzten prospektiven Kosten entspräche einem Präzedenzfall mit einer Entkoppelung der Tarife von der Grundlage der effektiv angefallenen, ausgewiesenen Kosten. Konsequenterweise müssten auch andere Faktoren berücksichtigt werden, von denen erwartet werden kann, dass sie die Kosten erhöhen oder senken. Wenn nicht auch Umstände berücksichtigt werden, die sich kostensenkend auswirken, wären Doppelvergütungen die Folge: kostensteigernde Faktoren würden in der einen Periode bereits (vor-)berücksichtigt, kostensenkende in einer anderen Periode aber nicht. Letztlich würden durch die prospektive Berücksichtigung von Mehr- oder Minderkosten Tarife resultieren, welche nicht mehr auf den tatsächlich erbrachten Leistungen resp. angefallenen, ausgewiesenen und effizienzbereinigten Kosten basieren. Es würden schlussendlich Kostenprognosen und nicht mehr tatsächlich entstandene Kosten tarifiert, was neben Fehlanreizen zu ungerechtfertigten Mehrkosten zu Lasten der OKP und damit der Prämienzahlenden führen kann und für die Tariffindung zu Rechtsunsicherheit führt. Dies liesse den administrativen Aufwand bei der Tariffindung ansteigen.

Es müsste schliesslich auch geklärt werden, wie mit den effektiv angefallenen Mehr- und Minderkosten bei der Tariffberechnung umzugehen ist, wenn diese in Wirklichkeit tiefer ausfallen als zuvor geschätzt. Da die Tarife grundsätzlich höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten einer effizienten Leistungserbringung decken dürfen, müsste eine Übervergütung konsequenterweise nachträglich von den Leistungserbringern an die Kostenträger zurückerstattet werden. Die Tarife könnten wohl nur mit diesem Vorbehalt provisorisch genehmigt oder festgesetzt werden, wenn dieser Grundsatz respektiert werden soll.

Die für die Genehmigung oder Festsetzung der Tarife zuständigen Behörden müssten, sobald die Kostendaten für die entsprechende Periode vorliegen, überprüfen, ob die effektiven Kosten tiefer lagen als im Vorfeld geschätzt. Sollte dies der Fall sein, müsste der Tarif nachträglich um die Differenz reduziert werden. Die nachträglichen Anpassungen und Rückerstattungen an die einzelnen Kostenträger dürften einen massiven administrativen Aufwand zur Folge haben. Denkbar wäre alternativ auch, die Tarife für eine zukünftige, im Voraus definierte Periode dafür tiefer anzusetzen. Ein solcher Ausgleich könnte aber von den Leistungserbringern durch die Ausweitung der abgerechneten Mengen umgangen werden. Zudem wären in einer späteren Periode teilweise andere Leistungserbringer betroffen als diejenigen, deren Leistungen in der früheren Periode zu grosszügig vergütet wurden.

Diese praktischen Probleme bei der Umsetzung verdeutlichen, dass es wichtig ist, einen Tarif zu vereinbaren, der allseits akzeptiert wird und nicht nachträglich noch angepasst werden muss. Dieses Ziel wird wesentlich erleichtert, wenn sich die Tariffindung auf transparent ausgewiesene Kostendaten stützen kann. Bereits heute gibt es einzelne nachträgliche Anpassungen von Tarifen nach gerichtlichen Urteilen. Dies bleiben allerdings Einzelfälle. Die Vereinbarung von Tarifen aufgrund von Schätzungen für die Zukunft würde es wahrscheinlicher machen, dass Tarife für ein breites Feld von Leistungserbringern nachträglich angepasst werden müssten, mit dem damit verbundenen Aufwand.

Es stellt sich weiter die Frage, auf welche Daten sich die vorzunehmenden Schätzungen ohne ausgewiesene Mehr- und Minderkosten abstützen sollen. Es müsste sichergestellt werden können, dass diese Schätzung von schweizweit einheitlichen Annahmen ausginge, um einer Ungleichbehandlung durch kantonal oder regional unterschiedliche Ansätze vorzubeugen und einer Verfälschung des Wettbewerbes unter den Leistungserbringern entgegenzuwirken.

Im Sinne einer klareren Regelung des möglichen Vorgehens schlägt die Verwaltung am ursprünglichen Antrag folgende Anpassungen vor:

3b. Abschnitt: Finanzierung

Art. 17b

Mehrkosten aufgrund von Massnahmen nach diesem Gesetz sind bei der Ermittlung der jeweils anwendbaren Tarife nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) sowie dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) zu berücksichtigen.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

¹ Ab Inkrafttreten dieses Gesetzes werden die Mehrkosten nach Artikel 17b für die Dauer von längstens zwei Jahren durch Schätzungen aufgrund der zu erwartenden Kosten nach schweizweit einheitlicher Methodik ermittelt.

² Sobald die Kostendaten für die Periode nach Absatz 1 vorliegen, prüfen die für die Genehmigung oder Festsetzung der Tarife zuständigen Behörden, ob die nach Absatz 1 geschätzten Kosten mit den tatsächlich angefallenen Kosten übereinstimmen. Ergibt sich, dass die tatsächlich angefallenen Kosten tiefer liegen als die geschätzten Kosten nach Absatz 1, so wird der Tarif für die Periode nach Absatz 1 nachträglich um die Differenz reduziert.

3.6 Befristete Finanzierung der von den Leistungserbringern definierten Mehrkosten

3.6.1 Antrag Nr. 043 (modifiziert)

«Beantragt wird eine befristete Finanzierung zur Mehrkostendeckung zwischen dem Inkrafttreten BGAP und dem Inkrafttreten der einheitlichen Finanzierung.»

E-Art. 17b	Antrag	Kommentar Antragsteller
Abs. 1	Bund und Kantone decken den Leistungserbringern gemäss Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben d ^{bis} , h und k KVG deren Mehrkosten aufgrund von Massnahmen nach diesem Gesetz bei Leistungen zu Lasten der Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung.	Absatz 1 ist der gesetzgeberische Imperativ, die Mehrkosten aufgrund der Massnahmen gemäss BGAP bei Leistungen zulasten der Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung abzugelten.
Abs. 2	Die Kantone bestimmen die Mehrkosten und deren vollumfängliche Deckung gemeinsam und einheitlich im Voraus für das folgende Kalenderjahr.	Absatz 2 legt fest, dass es die Aufgabe der Kantone ist, die Mehrkosten zu erfassen und die Deckung im Voraus festzulegen. Diese hat vollumfänglich zu erfolgen. Die Kantone sollen gemeinsam vorgehen und einheitlich regeln, ansonsten wird dem konföderalen Anliegen des BGAP zu wenig Beachtung geschenkt, und es würden unzweckmässige Konkurrenzsituationen zwischen den Kantonen provoziert. Zwar ein Novum im Lichte der kantonsindividuellen Restfinanzierung, aber

		es handelt sich um eine relativ kurze Übergangsfinanzierung von zwei bzw. vier Jahren, die einheitliche Einfachheit gebietet. Die Kantone können die Mehrkosten und deren Deckung z.B. in Kategorien detaillieren, wobei eine diesbezügliche Ermächtigung zusätzlich in den Gesetzestext aufgenommen werden könnte.
Abs. 3	Die Bundesbeiträge betragen die Hälfte der Beiträge, die die Kantone gewährt haben.	Absatz 3 legt direkt fest, dass die Bundesbeiträge die kantonalen Kosten zur Hälfte decken sollen.
Abs. 4	Die Leistungserbringer müssen die Mehrkosten budgetieren, im folgenden Jahr die tatsächlichen Mehrkosten ausweisen und Beiträge zurückerstatten, wenn die tatsächlichen Mehrkosten geringer als die budgetierten Mehrkosten ausfielen. Tatsächlich angefallene Mehrkosten, die für die Leistungserbringer nicht vorhersehbar waren, werden diesen rückwirkend vergütet.	Absatz 4 enthält notwendige Modalitäten, ansonsten fehlen Kontrolle und Daten, die für die Festlegung der Regelfinanzierung (ab E-FAS) wertvoll sind. Je nach Detaillierungsgrad der Mehrkosten bzw. deren Deckung sind Budgetierung und Kontrolle aussagekräftiger / effektiver.
Abs. 5	Die Kantone bestimmen die einheitlichen und transparenten Modalitäten der Budgetierung und des Ausweises der tatsächlich angefallene Mehrkosten.	Absatz 5 legt fest, dass Budgetierung und Kontrolle schweizweit einheitlichen Modalitäten folgen müssen. Ansonsten fehlt eine auswertbare Datengrundlage für die spätere Regelfinanzierung.
Abs. 6	Die Kantone hören vor Erlass ihrer Bestimmungen die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer an.	Absatz 6 legt fest, dass die Verbände anzuhören sind. Zum Materiellen wie zum Prozessualen.
Art. 28		
Abs. 3	Für ambulante Pflegeleistungen in Tages- und Nachtstrukturen oder im Pflegeheim gilt Artikel 17b bis am 31. Dezember 2031. Für Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht werden, gilt Artikel 17b während zwei Jahren nach seinem Inkrafttreten.	

3.6.2 Begründung des Antrages

«Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege ist notwendig, um die Berufsverweildauer zu erhöhen und die hohen Kosten der Rekrutierung von fest angestelltem und temporärem Pflegepersonal zu senken. Bis die Massnahmen die gewünschte Wirkung entfalten, führt die Umsetzung der Verbesserungen der Arbeitsbedingungen bei den Arbeitgebern zu Mehrkosten und erst mittelfristig dank tieferen Rekrutierungskosten und weniger Absenzen zu einer Kostendämpfung.

Bevor die Mehrkosten in die geltenden Tarife einberechnet werden können, braucht es eine Übergangsfinanzierung. Um solide Kostendaten zu erhalten, ist der Spitalbereich auf eine Übergangsfinanzierung von zwei Jahren angewiesen. Im Bereich der Langzeitpflege braucht es ebenfalls eine Übergangsfinanzierung, bis die Kosten ab 2032 Teil von EFAS sind.

Diese Übergangsfinanzierung muss im Voraus geklärt und ab der Inkraftsetzung des BGAP geregelt und auszahlbar sein, also periodengerecht und nicht periodenverschoben. Ansonsten bestehen für die Leistungserbringer zu viele Unsicherheiten, und ihre Liquidität würde zu sehr belastet.

Fraglich ist primär, ob eine Übergangsfinanzierung im Rahmen der bestehenden Finanzierungssysteme (OKP, IV, MV, UV, Kantone) oder allein durch die öffentliche Hand getragen werden soll. Für die öffentliche Hand spricht der duale Charakter des BGAP, das einerseits die Arbeitsbedingungen verbessert und andererseits die Pflegequalität und Patientensicherheit erhöht. Damit entstehen im Rahmen der Übergangsfinanzierung keine Mehrkosten der OKP-Pflichtleistungen, wodurch die Prämienzahlenden entlastet werden. Ebenso müssen die Patientinnen und Patienten, die auf Pflege angewiesen sind, keine zusätzlichen Kosten tragen. Die zu regelnde Materie soll der Einfachheit halber in einem Artikel «Befristete Übergangsfinanzierung» beschrieben werden, in dem die Grundsätze vorgegeben werden.

Die Übergangsregelung gilt für ambulante Leistungen vom Inkrafttreten des BGAP bis zur Integration der Langzeitpflege in EFAS am 1. Januar 2032. Im stationären Bereich müssen zwei Jahre lang Daten gesammelt werden, damit die dadurch entstehenden Mehrkosten in den Tarifen von SwissDRG berücksichtigt werden können. Diese Kostenanpassung erfolgt unabhängig von EFAS. EFAS regelt den Verteilschlüssel der anfallenden Kosten.»

3.6.3 Bemerkungen

Der vorliegende Antrag geht davon aus, dass die Mehrkosten aufgrund des BGAP schlussendlich über die regulären Tarife nach KVG, IVG, UVG und MVG übernommen werden. Allerdings sieht der Antrag für eine Übergangszeit eine volle Kostendeckung der von den Leistungserbringern ausgewiesenen Mehrkosten zu je gleichen Teilen durch Bund und Kantone vor. Diese Regelung weicht von den Regeln des KVG, die keine Kostendeckung vorsehen, sondern maximal die Übernahme der Kosten der effizienten Leistungserbringung, ab.

Die Übergangszeit soll für die stationären Tarife die Zeit von zwei Jahren ab Inkrafttreten des BAGP, sowie für die ambulante Pflege in Tages- oder Nachtstrukturen oder im Pflegeheim die Zeit bis zum Einbezug der Pflege in die einheitliche Finanzierung betreffen.

Im Gegensatz zu den anderen Anträgen wird hier vorgesehen, dass die Kantone gemeinsam die Mehrkosten sowie deren vollständige Deckung einheitlich im Voraus für das folgende Kalenderjahr festlegen. Weiter wird vorgesehen, dass die Leistungserbringer die Mehrkosten budgetieren, im folgenden Jahr die tatsächlichen Mehrkosten ausweisen und Beiträge zurückerstatten, wenn die tatsächlichen Mehrkosten unter den budgetierten liegen. Es wäre daher zu klären, wie die Zusammenwirkung zwischen den durch die Kantone festgelegten und den von den Leistungserbringern budgetierten Mehrkosten erfolgen soll und ob die Kantone an ein entsprechendes Budget der Leistungserbringer gebunden wären.

Ebenfalls wäre zu klären, wie die Festlegung resp. Budgetierung der Mehrkosten im Voraus, sowie eine allfällige Rückabwicklung von zu hoch budgetierten Mehrkosten oder eine nachträgliche Verrechnung von zusätzlichen Mehrkosten einheitlich umgesetzt werden kann, insbesondere für den Fall, dass sich die Kantone auf kein gemeinsames Vorgehen einigen können.

Da eine Trennung der Mehrkosten aufgrund des BGAP von den übrigen Kosten der Leistungserbringung wie in Ziffer 3.2 ausgeführt in der Praxis kaum möglich ist, würde die Bestimmung faktisch in der Tendenz auf eine vollständige Deckung eines grösseren Teils Kosten der Pflegeleistungen (aufgrund des BGAP und sonstiger Kosten der Leistungserbringung) hinauslaufen. Die Gleichzeitigkeit von sehr unterschiedlichen Regelungen (volle Kostendeckung bei den Mehrkosten aufgrund des BGAP, Tarife für die Kosten der effizienten Leistungserbringung bei den übrigen Kosten) gäbe den Leistungserbringer nämlich einen starken Anreiz, möglichst viele Kosten als durch das BGAP bedingt zu deklarieren. Diese Deklarationen wären aufgrund der schwierigen Abgrenzbarkeit der Mehrkosten kaum überprüfbar. Dies würde zumindest für die Gültigkeit der Übergangsregelung eine Abkehr vom Prinzip der Finanzierung einer effizienten Leistungserbringung darstellen. Die Kantone wiederum hätten nur wenig Anreize, die Leistungserbringer zu einem korrekten Ausweis der Mehrkosten aufgrund des BGAP zu bewegen (soweit sie dazu überhaupt die Instrumente haben und dies in der Praxis überhaupt möglich ist), da der Bund die Hälfte der von den Leistungserbringern ausgewiesenen Mehrkosten übernehmen müsste. Je höher die Mehrkosten, die die einzelnen Kantone gegenüber dem Bund ausweisen, desto grösser die Mittel, die aus einem allgemeinen, schweizweiten steuerfinanzierten Topf in die lokale Volkswirtschaft der Kantone fliessen. Eine solche Auftrennung von Entscheidungskompetenz und Zuständigkeit für die Finanzierung widerspricht dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (siehe auch Ziffer 3.4) sowie dem Kerngedanken des neuen Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen und birgt immanente Anreize zu einem unwirtschaftlichen Umgang mit Steuergeldern.

Gemäss Antrag hören die Kantone vor Erlass ihrer Bestimmungen die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer an. Durch ein Erlass- und Anhörungsverfahren werden die definierten Prozesse zur Bestimmung der Mehrkosten, welche sich letztlich auf die Budgetierung der Leistungserbringer stützen, schwerfällig.

Grundsätzlich soll die beantragte Regelung nur für die Übergangszeit bis zur Einberechnung der Mehrkosten in die Tarife nach KVG gelten. Ganz abgesehen von der offenen Frage der praktischen Umsetzbarkeit stellt sich somit die Frage nach dem Verhältnis von Nutzen und administrativem Aufwand. Schliesslich müsste für eine kurze Nutzungsdauer von lediglich rund zwei Jahren eine Vielzahl von neuartigen Regeln, Verfahren und Prozessen aufgebaut werden, die von der etablierten Praxis abweichen, wie erwähnt Fehlanreize und Abgrenzungsschwierigkeiten mit sich bringen und bei denen wohl auch gerichtliche Klärungen notwendig sein werden.