



economiesuisse

Bundesamt für Gesundheit  
Postfach  
3003 Bern  
Bundesamt für Gesundheit  
Kranken- und Unfallversicherung  
Postfach  
3003 Bern

23. September 2004

**Vernehmlassungsverfahren: Pflegefinanzierung / Teilrevision der Bundesgesetze über die Krankenversicherung, die Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie über die Ergänzungsleistungen**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 24. Juni 2004 haben Sie uns eingeladen, zur Neuregelung der Pflegefinanzierung Stellung zu nehmen. Wir danken Ihnen für diese Gelegenheit. Unsere Stellungnahme basiert auf einer internen Umfrage, aus der insbesondere folgende Kernaussagen hervorgehen:

- Ein klares Nein für eine eigenständige Pflegeversicherung:  
Die Wirtschaft begrüsst den Grundsatzentscheid des Bundesrates, den Pflegebereich mit den bestehenden sozialpolitischen Instrumenten zu regeln und auf eine eigenständige Pflegeversicherung zu verzichten. Durch eine Pflegeversicherung wäre keine der offenen Fragen einfacher zu lösen, sondern es entstünden vielmehr zusätzliche Probleme (vgl. Situation in Deutschland).
- Ein unbestrittener Reformbedarf des KVG im Pflegebereich:  
Die Wirtschaft unterstützt im Grundsatz eine Anpassung der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die veränderten Verhältnisse und damit die notwendige KVG-Revision. Dies aus folgenden Gründen: Die aus dem Verzicht auf eine Revision resultierende Rechtsunsicherheit ist unbedingt zu vermeiden. Die Regelung mit den Rahmentarifen kann und soll nicht zu einer definitiven Lösung werden. Die bei der konsequenten Umsetzung des KVG (ohne Revision) zu erwartenden Prämienstei-

gerungen in der Krankenversicherung bei gleichzeitiger massiver Entlastung der Pflegebedürftigen sind unseres Erachtens falsch.

- Die Stabilisierung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist wichtig, damit am Prinzip der Kopfprämien festgehalten werden kann.
- Es fehlen kostendämpfende Elemente in der Vorlage.
- Ein Unbehagen der Wirtschaft gegenüber beiden Modellen mit einer Präferenz für Modell B. Das Unbehagen ist insbesondere auf die Unausgereiftheit der zwei Finanzierungsvarianten zurückzuführen.

Unsere Stellungnahme setzt sich aus einem ersten Teil mit grundsätzlichen Bemerkungen und einem 2. Teil mit Anmerkungen zu den einzelnen Modellen zusammen.

### **1. Grundsätzliche Bemerkungen**

Die Stossrichtung des Bundesrates, die in beiden Finanzierungsvarianten auf die Stabilisierung der Ausgaben der OKP, die Koordination der Neuregelung der Pflegefinanzierung im KVG mit den anderen Sozialversicherungen sowie die Förderung der geriatrischen Prävention abzielt, unterstützen wir grundsätzlich. Die Stabilisierung der OKP-Kosten durch teilweise Auslagerung von Pflegekosten auf andere Kostenträger (z.B. Ergänzungsleistungen [EL]) darf aber nicht dazu führen, dass die anderen Kostenblöcke wie beispielsweise der Spitalsektor vom Spardruck entlastet werden.

In der laufenden Diskussion und in der Vernehmlassungsvorlage wird über die „richtige“ Verteilung der Pflegekosten debattiert. Aus unserer Sicht ist diese Diskussion zwar notwendig, aber nicht ausreichend. Wir erwarten, dass Massnahmen zur Kostendämpfung gesucht und umgesetzt werden. Die im Bericht vorgeschlagene Stärkung der Prävention genügt dafür nicht.

Was den Ausbau der EL anbelangt, so ist im erläuternden Bericht erstens unklar auf welchen Zeitraum sich die angegebenen CHF 236 Mio. Mehrkosten zu Lasten der öffentlichen Hand beziehen. Zweitens fragen wir uns, ob die Mehraufwendungen der EL im vorgeschlagenen Ausmass notwendig und sinnvoll sind, und ob die versicherten bzw. pflegebedürftigen Personen dadurch nicht zu stark entlastet werden. Für eine abschliessende Beurteilung diesbezüglich fehlen uns aber genauere Angaben in den Vernehmlassungsunterlagen. Wir verlangen deshalb eine präzisere Analyse der mittelfristigen und langfristigen finanziellen Auswirkungen der Modelle auf alle Kostenträger. So muss beispielsweise bei den EL untersucht werden, wie sich die Bezugsquote in den nächsten 10-20 Jahren verändern wird. Hierbei müssen insbesondere die demographische Entwicklung sowie die künftige Vermögens- und Rentensituation (AHV, BVG) der Rentner berücksichtigt werden. Zudem muss die Neuregelung der Pflegefinanzierung nicht nur isoliert, sondern auch im Systemkontext beurteilt werden. Wir verlangen deshalb eine Gesamtschau für die Sozialversicherungen, insbesondere weil in den nächsten 10-20 Jahren aufgrund der demographischen Entwicklung die Ausgaben sämtlicher Versicherungszweige zunehmen werden. Es macht z.B. keinen Sinn, bei der AHV Leistungsanpassungen politisch durchzukämp-

fen, wenn gleichzeitig die EL durch die Hintertür einen Leistungsausbau einführt. Die Sanierung der Sozialwerke muss immer alle Pfeiler erfassen, auch die EL. Eine Gesamtschau ist ausserdem zwingend nötig, um die angestrebte Koordination des KVG mit den anderen Sozialversicherungen sinnvoll zu realisieren.

### **Grundsätzliche Forderungen an eine Neuregelung der Pflegefinanzierung aus Sicht der economiestudien**

- Die Neuregelung der Pflegefinanzierung darf nicht in einer reinen Kostenumverteilung resultieren, sondern muss kostendämpfende Elemente enthalten.
- Stärkung der Eigenverantwortung (Beibehaltung eines hohen Eigenanteils des Pflegebedürftigen, Beibehaltung des Anreizes zur unentgeltlichen Pflege und zur individuellen Vorsorge).  
Aus Sicht der Wirtschaft ist anzustreben, dass die Alterspflege nicht allein eine Aufgabe der Sozialversicherungen ist, sondern auch der individuellen Vorsorge (z.B. private, freiwillige Zusatzversicherung). Die Sozialversicherungen sind vor allem als Auffangeinrichtung zu sehen. Die Neuregelung darf die Pflegebedürftigen nicht zu stark von Kosten entlasten und somit zu einem Erbenschutz führen.
- Keine separate Pflegefinanzierung. Diese würde als zusätzliches Sozialversicherungssystem viele Probleme der Krankenversicherung erneut aufwerfen und den öffentlichen Finanzhaushalt übermässig belasten.
- Prüfwert scheint uns hingegen die Einführung einer nach Alter abgestuften Kopfprämie in der OKP (z.B. ab Alter 50 eine höhere Prämie) zur Finanzierung der Pflege. Dies insbesondere aus den folgenden drei Gründen: Erstens werden die Leistungen gerade im Bereich Krankheit und Pflege infolge des medizinischen Fortschritts laufend ausgebaut. Die heutige Rentnergeneration erhält also mehr Leistungen als sie in ihrem Erwerbsleben selber finanzierte. Zweitens besteht für die junge Generation der Nettozahler angesichts der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen eine erhebliche Unsicherheit darüber, ob sie später selber zu den Nettoempfängern gehören wird. Drittens hat das heutige System unerwünschte Verteilungswirkungen. Dies führt dazu, dass Familien in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen die Prämien der Rentnergeneration subventionieren, die oft nicht in finanziellen Schwierigkeiten steckt. Bereits heute hat man innerhalb der sogenannten Einheitsprämie 3 Altersstufen (Alter 0-18J, 19-25J, 26J-Lebensende). Die Einführung einer 4. Altersstufe würde zu einer generationengerechteren Prämieinstufung beitragen. Somit würde dieses Modell die Umverteilung von Jung zu Alt abschwächen und der finanziellen Lastenverteilung im Lebenszyklus Rechnung tragen (tiefere Prämien für Familien mit hohen Lasten, höhere Prämien für ältere Leute mit geringeren Lasten) ohne den Generationenvertrag aufzukündigen.
- Die Pflege soll dort stattfinden, wo sie den Bedürfnissen und dem Bedarf des Patienten gerecht werden kann und eine bestmögliche Nutzung der Ressour-

cen erlaubt. Die Neuregelung der Pflegefinanzierung muss einer volkswirtschaftlichen Gesamtschau Rechnung tragen.

- Koordination: Die verschiedenen Sozialversicherungen müssen besser koordiniert werden.
- Stabilisierung der Ausgaben der OKP. Die Ausgaben der OKP sollen aus folgenden Gründen weitgehend auf dem heutigen Ausmass (Rahmentarife) stabilisiert werden: Erstens wird dadurch ein möglichst prämieneutraler Übergang in ein neues Finanzierungssystem gewährleistet, so dass am Prinzip der obligatorischen individuellen Kopfprämien festgehalten werden kann. Diese sind aus Sicht der Wirtschaft eine der wichtigsten Voraussetzungen für ein nachfragegesteuertes Gesundheitswesen. Zweitens muss ein weiterer Prämienanstieg verhindert werden, um nicht den Druck für zusätzliche Prämienverbilligungen zu verstärken. Drittens ist ein prämieneutraler Übergang auch nötig, um die Generationensolidarität zwischen Alt und Jung (siehe oben) nicht weiter zu strapazieren. Bei einer Übernahme der vollen Pflegekosten durch die Versicherer wäre mit einer massiven Mehrbelastung der OKP und folglich einer starken Prämienhöhung zu rechnen (je nach Schätzung zwischen CHF 400 Mio. und CHF 1,2 Mrd. Mehrbelastung der OKP, verteilt über mehrere Jahre, was unter Berücksichtigung von Reserven und Rückstellungen einer Prämienhöhung von bis zu 10% entsprechen würde). Dadurch würde das Umverteilungsvolumen von Jung zu Alt sowie die Belastung des Mittelstandes weiter zunehmen. Bereits der in der Botschaft 2A Spitalfinanzierung vom Bund vorgeschlagene und von *economiesuisse* kritisierte Kostenverteilungsschlüssel zwischen Kantonen und Versicherer würde einen Prämienanstieg in ähnlichem Umfang bewirken. Wir verlangen deshalb, dass die zwei Vorlagen Spitalfinanzierung und Neuregelung der Pflegefinanzierung unter anderem in Bezug auf die Auswirkungen auf die Prämien aufeinander abgestimmt werden.
- Schaffen von Rechtssicherheit: Die KVG-Revision ist nötig, um die Rechtsunsicherheit zu beseitigen und die Rahmentarife durch eine definitive Lösung abzulösen. Die Finanzierung der Pflege muss nach einfachen, transparenten und kostendämpfenden Kriterien erfolgen. Damit werden die im heutigen KVG begründeten Definitions- und Abgrenzungsprobleme vermieden. Die Neuregelung der Pflegefinanzierung muss die unterschiedlichen Auslegungsmöglichkeiten der Rechtsgrundlagen durch Leistungserbringer und Versicherer durch die Schaffung von Rechtssicherheit unterbinden. Die wesentlichsten Grundlagen der Finanzierung sind auf Gesetzes- und nicht auf Verordnungsebene zu regeln. Zudem müssen die von den Leistungserbringern und Versicherern im Leistungskatalog (Art. 7 KLV) unterschiedlich interpretierten Begriffe „Betreuung“ und „psychiatrische und psychogeriatrische Grundpflege“ präzisiert werden.
- Subjektfinanzierung: Die geltende Objektfinanzierung ist durch eine Subjektfinanzierung abzulösen. Dies bedeutet, dass die Pflegebedürftigen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Kran-

kenversicherung (und anderer Sozialversicherungen) haben, anstatt dass Subventionen und Betriebszuschüsse an einzelne Institutionen ausgerichtet werden und die anrechenbaren Kosten vergütet werden. Auch wenn unsere generelle Stossrichtung auf einen Übergang zur Subjektfinanzierung zielt, könnten die objektbezogenen Beiträge der Kantone und Gemeinden an die Spitex zur Finanzierung der Hauswirtschaftsleistungen durchaus beibehalten werden, da es Sinn macht, den Pflegebedürftigen zu einem längeren Verweilen im eigenen Haushalt zu verhelfen. Die Subjektfinanzierung würde die Eigenverantwortung des Pflegebedürftigen bzw. seiner Angehörigen stärken, den Wettbewerb unter den Leistungserbringern ankurbeln und der Diskussion zwischen Leistungserbringern und Versicherern um die anrechenbaren Kosten ein Ende setzen. Sie entspräche somit der Stossrichtung der KVG-Reform, die neben der Kostendämpfung auf die Stärkung der Eigenverantwortung und des Wettbewerbs sowie der Schaffung von Rechtssicherheit abzielt.

- Keine unterschiedliche Abgeltung der Pflege nach Ort bzw. Leistungserbringer: Die Finanzierung der Pflege muss in Anlehnung an das Finalitätsprinzip unabhängig vom Ort bzw. Leistungserbringer erfolgen (Abgeltung nach grundsätzlich gleichen Regeln für Pflege zu Hause mit Spitex oder im Heim), um Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern.
- Beseitigung falscher Anreize: Die gegenwärtige finanzielle Ungleichbehandlung der Übergangspflege gegenüber der stationären Akutpflege führt zu massiven volkswirtschaftlichen Mehrkosten (z.B. Verbleib in der teureren Akutversorgung; ambulante Rehabilitationsprogramme werden nicht genutzt). Dieser Fehlanreiz müsste beseitigt werden.
- Gewisse gesamtschweizerische Vereinheitlichung im Pflegebereich: Die Neuregelung der Pflegeversicherung sollte sicherstellen, dass gesamtschweizerisch dieselben Grundsätze und ein einziges Grundkonzept etabliert werden.
  - Die gegenwärtige kantonale und insbesondere regionale (Deutschschweiz und Romandie) unterschiedliche Finanzierung führt zu stossenden unterschiedlichen Eigenanteilen der Patienten. So wird in der Romandie die Finanzierungslücke zwischen den Rahmentarifen und den vollen Pflegekosten in der Regel infolge von Gerichtsurteilen von der öffentlichen Hand übernommen, in der Deutschschweiz jedoch nicht oder in viel geringerem Ausmass.
  - Im Sinne der Transparenzerhöhung ist zu prüfen, ob die unzähligen Pflegebedarfsinstrumente im Heimbereich analog dem Spitexbereich vereinheitlicht werden sollten. In der Spitex ist für 2006 die Einführung eines einheitlichen Pflegebedarfsinstruments (Rai-Homecare) geplant. Als Alternative wäre im Sinne einer besseren Koordination der verschiedenen Sozialversicherungen auch ein einheitliches Instrument (z.B. für die Krankenversicherung [KV], Invalidenversicherung [IV], Hilflosenentschädigung [HE]) zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und Hilflosigkeit zu prüfen.

## 2. Bemerkungen zu den Modellen

economiesuisse begrüsst die Absicht beider Finanzierungsvorschläge, die Ausgaben der OKP weitgehend zu stabilisieren. Wir wenden uns aber gegen die in Modell A und B vorgesehene unterschiedliche Abgeltung der Leistungen der Spitex und Pflegeheime. Unterschiedliche Abgeltungsformen für die gleichen Leistungen je nach Leistungserbringer sind wettbewerbsverzerrend und wirken sich damit letztlich negativ auf Kosten und Qualität aus.

Die im Vorschlag zur Verfügung gestellten Daten sind für eine umfassende Meinungsbildung ungenügend. Bessere Datengrundlagen bezüglich der anfallenden Kosten für die verschiedenen Kostenträger (öffentliche Hand, OKP, private Haushalte, Privatversicherungen, Sozialversicherungen [HE der AHV/IV, EL]) sowie eine gesamtwirtschaftliche Kostenübersicht sind zwingend nötig und sind allenfalls durch Erhebung neu zu erstellen. Die zwei Modelle sind zu unausgereift, um abschliessend beurteilt werden zu können.

Da sowohl aus gesellschaftlicher Sicht als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht die Reduzierung der Pflegebedürftigkeit im Alter ein übergeordnetes Ziel sein muss, begrüsst economiesuisse die Absicht des Bundesrates, in beiden Modellen die geriatrische Prävention zu fördern. Es ist aber nicht die Aufgabe des Gesetzgebers, die konkrete inhaltliche Schwerpunktsetzung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz mittels der KVG-Reform festzuhalten. Eine vertiefte Prüfung der Präventionsmöglichkeiten im Alter scheint uns u. a. sinnvoll, da die im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes „Alter“ (NFP 32) durchgeführte Studie gezeigt hat, dass die geriatrische Prävention zumindest für Nicht-Behinderte, nicht nur medizinisch wirksam, sondern, wenn auch nur mittelfristig, kosteneffizient ist. Eine kosteneffiziente Prävention könnte den demographischen Kostenanstieg im Pflegebereich eindämmen. economiesuisse unterstützt eine Altersprävention, die sowohl medizinisch sinnvoll als auch kosteneffizient ist.

### Bemerkungen zu Modell A

- Fehlende Verankerung der Grundlagen des neuen Finanzierungssystems im Gesetz (KVG): Im Modell A werden die Grundlagen des neuen Finanzierungssystems wie z.B. die Einteilung in einfache (keine OKP-Leistungen) und komplexe Pflegesituation (OKP-Leistungen) mit der entsprechenden Finanzierung durch die OKP nicht im KVG verankert. Dies ist eine der Hauptschwächen des Modells A, da sie unserer Forderung nach Schaffung von Rechtssicherheit nicht gerecht wird. Zudem entsteht durch die Streichung des Art. 104a KVG, der die Möglichkeit zu Rahmentarifen eröffnet und die Beibehaltung des Art. 25 KVG, der die Übernahme der vollen Pflegekosten beinhaltet, ein Widerspruch zur Absicht des Bundesrates, die OKP-Ausgaben zu stabilisieren.

- Praxisuntauglicher Ansatz: Der vom Bundesrat im Modell A verfolgte Grundgedanke zwischen alters- und krankheitsbedingter Pflege zu unterscheiden und nur die krankheitsbedingte nicht aber die altersbedingte Pflege durch die Krankenversicherung zu finanzieren, lässt sich nicht in die Praxis umsetzen. Erstens ist die Abgrenzung der zwei Formen sehr schwierig und zweitens gibt es praktisch keine rein altersbedingte Pflege. Die Pflege im Alter ist meist auch krankheitsbedingt.
- Widersprüchliche, unklare Definitionen: Aufbauend auf dem praxisuntauglichen Grundgedanken der Unterscheidung zwischen KVG-pflichtiger krankheitsbedingter und nicht KVG-pflichtiger altersbedingter Pflege wählt das Modell A mit der Unterscheidung einer einfachen Pflegesituation, die nicht zu Lasten der OKP geht und einer komplexen Pflegesituation, deren Pflegekosten voll zu Lasten der OKP, gehen einen pragmatischen Ansatz. Für die Beschreibung der einfachen und komplexen Pflegesituation werden aber zwei unterschiedliche Definitionen verwendet, die nicht kompatibel sind. Die eine Definition (a) nimmt die Einteilung in eine einfache und komplexe Pflegesituation aufgrund der Behandlungspflege vor. Sobald eine Behandlungspflege vorliegt, gilt die Pflegesituation als komplex. Die andere Definition (b) nimmt die Einteilung in eine einfache und komplexe Pflegesituation aufgrund der Hilflosigkeit vor, wobei eine einfache Pflegesituation einer leichten und mittleren Hilflosigkeit entspricht und eine komplexe Pflegesituation einer schweren Hilflosigkeit. Diese zwei Definitionen sind nicht kompatibel und ergeben in der Praxis Zuordnungsprobleme: So kann ein Pflegebedürftiger mit einer Behandlungspflege (z.B. Insulinspritze) eine leichte Hilflosigkeit aufweisen. Gemäss der Definition a würde er als komplexe Pflegesituation eingestuft, gemäss der Definition b als einfache Pflegesituation. Zudem würden nach unseren Informationen bei einer Anknüpfung der komplexen Pflegesituation an die Behandlungspflege 90% der heutigen Pflegebedürftigen als komplexe Pflegefälle eingestuft. Die genannten Definitionsprobleme könnten somit zu einer unbeabsichtigten Kostensteigerung im Pflegeheimbereich zu Lasten der Prämienzahler führen.
- Finanzierungslücke bei mittlerer Hilflosigkeit: Aus den oben genannten widersprüchlichen Definitionen ergibt sich zudem eine Finanzierungslücke bei mittlerer Hilflosigkeit. So führt Modell A mit der Begründung der Schaffung eines Anreizes für die Pflege zu Hause eine HE leichten Grades für die Pflege zu Hause ein. Gleichzeitig wird mit der Begründung, dass die OKP die Heimleistungen übernehme, die mittlere und schwere HE im Heim abgeschafft. Bei einer mittleren Hilflosigkeit entsteht somit eine Finanzierungslücke, da die HE der AHV/IV nur für leichte Hilflosigkeit, und nur zu Hause, geplant ist, und die OKP nur bei schwerer Hilflosigkeit (=komplexe Pflegesituation) bezahlen muss.
- Ungenügende Koordination der OKP mit der HE: Es kommt zur oben geschilderten Finanzierungslücke bei mittlerer Hilflosigkeit und zu einer ungleichen Behandlung von Heim- und Spitexpatienten, da die leichte HE nur für die

Pflege zu Hause (Spitex) eingeführt werden soll, nicht aber für die Pflege im Heim. economiesuisse lehnt eine unterschiedliche Finanzierung der Leistungen der Pflegeheime und Leistungen der Spitex ab, da dies zu Wettbewerbsverzerrungen führen kann.

- Falscher Anreiz von der Spitex zur stationären Einrichtung: Da die HE der AHV/IV erst mit einer Karenzfrist von 9 Monaten ausgerichtet wird und die Pflegefinanzierung wie oben geschildert für Personen die weder AHV- noch IV-Bezüger sind im Modell A offen gelassen wird, werden Personen ohne AHV und IV die vorübergehend pflegebedürftig sind je nach Interpretation von Modell A keine Leistungen mehr erhalten (weder OKP noch HE). Das würde bedeuten, dass insbesondere die heutigen Spitexleistungen nicht mehr aus der OKP finanziert würden. Dies würde aus einer volkswirtschaftlichen Sicht einen falschen Anreiz schaffen: Patienten würden länger in den teureren stationären Einrichtungen liegen bleiben anstatt die aus gesamtwirtschaftlicher Sicht billigere Option der Entlassung nach Hause mit Spitex zu wählen.
- Unklare Finanzierung für Personen unterhalb des AHV-Alters ohne IV: Gemäss dem erläuterndem Bericht S.24 kommt das vorgeschlagene Finanzierungsmodell A nur für Personen im AHV-Rentenalter zur Anwendung. Die Finanzierung von jüngeren pflegebedürftigen Personen soll schergewichtig weiterhin die Invalidenversicherung übernehmen. Die Finanzierung der Pflege für Personen, die weder AHV noch IV beziehen und vorübergehend pflegebedürftig sind, wird in Modell A somit offen gelassen. Gibt es hier keine OKP-Leistungen oder OKP-Leistungen gemäss dem heutigen KVG? Wenn ja in welchem Umfang (Übernahme der Rahmentarife oder der vollen Pflegekosten durch die OKP)? Da im Gesetzesentwurf gleichzeitig der Art. 104a KVG, der die Möglichkeit zu Rahmentarifen schafft, gestrichen wird und der Art. 25 KVG, der die Übernahme der vollen Pflegekosten durch die OKP beinhaltet, bestehen bleibt, könnte dies zur Übernahme der vollen Pflegekosten durch die OKP führen. Dies würde aber die Absicht des Bundesrates die Ausgaben der OKP zu stabilisieren kompromittieren. Eine je nach Alter unterschiedliche Pflegefinanzierung widerspricht unserer grundsätzlichen Forderung nach einem einfachen und transparenten Modell.

#### **Bemerkungen zu Modell B**

- Keine Veränderung bei der AHV: Wir erachten es als zweckmässig, die Stellung der AHV im Bereich der Pflegefinanzierung, wie in Modell B vorgeschlagen, nicht zu verändern, da u. a. die längerfristigen Auswirkungen auf die AHV auf der Basis der Unterlagen nicht beurteilt werden können.
- Verankerung der Grundlagen des neuen Finanzierungssystems im Gesetz (KVG): Eine der bedeutendsten Stärken des Modell B ist aus Sicht von economiesuisse die Regelung der Grundlagen des neuen Finanzierungssystems im Gesetz (KVG) durch die gesetzliche Verankerung der Beitragspflicht der

OKP an die Langzeitpflege mittels entsprechender Anpassung des Art. 25 KVG. Modell B nimmt somit unsere grundsätzliche Forderung nach Rechtssicherheit in diesem Punkt wahr.

- Beseitigung falscher Anreize: Ein weiterer Vorteil des Modell B besteht darin, dass die Entlassung aus dem aus volkswirtschaftlicher Sicht teureren Spital in die günstigere Akutpflege gefördert wird, weil in beiden Fällen die OKP und der Kanton (im Falle des Spitals) bzw. die OKP allein (im Falle der Akutpflege) die vollen Pflegekosten übernehmen. Der Fehlanreiz des heutigen Systems, Pflegebedürftige länger als nötig im Spital zu behalten, würde damit beseitigt. Dies entspricht unserer Forderung nach einer Pflegefinanzierung, die einer volkswirtschaftlichen Gesamtschau Rechnung trägt.
- Missbrauchspotential:  
Die im Modell B vorgeschlagene unterschiedliche Finanzierung der Akutpflege (OKP übernimmt volle Pflegekosten) und Langzeitpflege (OKP übernimmt nur einen Beitrag) erfolgt aufgrund einer zeitlichen Grenze. Dies ist im Vollzug wesentlich einfacher zu handhaben, als die im Modell A vorgeschlagene Lösung mit der Abgrenzung einer einfachen von einer komplexen Pflegesituation, könnte aber die Tür zum Missbrauch öffnen: Langzeitpflegebedürftige bzw. chronisch Kranke könnten mehr als nötig ins Spital eingewiesen werden, um anschliessend wieder während 90 Tagen als Akutpflegebedürftige die vollen Pflegekosten auf die OKP überwälzen zu können anstatt nur einen Beitrag der OKP an die Langzeitpflege zu erhalten. Ein solcher kostentreibender Missbrauch müsste durch eine zusätzliche Regelung verhindert werden. Vergessen wird bei Modell B zudem, dass die Pflegebedürftigen im hohen Alter schon heute ohne Fehlanreiz ein- bis zweimal pro Jahr ins Akutspital eingewiesen werden.
- Die Höhe der Pflegekostenübernahme durch die OKP in der Akutphase ist unklar. Gemäss erläuterndem Bericht sollen die Pflegekosten in der Akutphase „voll zu Lasten des KVG“ gehen. Es wird jedoch nicht präzisiert, ob mit „voll“ lediglich die Übernahme in Höhe der heutigen Rahmentarife oder die volle Höhe gemeint sind und ob nur die krankheitsbedingten Kosten gemäss Art. 7 KLV oder sämtliche Pflegekosten darunter verstanden werden. Somit ist die Rechtssicherheit nicht gegeben.

### 3. Schlussfolgerung

economiesuisse hält eine Neuregelung der Pflegefinanzierung aufgrund der finanziellen und sozialpolitischen Herausforderungen sowie der heute bestehenden Intransparenz und Rechtsunsicherheit für dringend nötig. Beide Finanzierungsvarianten sind zu unausgereift, um umfassend und abschliessend beurteilt zu werden. Modell B ist aber Modell A vorzuziehen, da es erstens aufgrund der gesetzlichen Verankerung des Finanzierungssystems die Rechtsunsicherheit eher zu beseitigen vermag als Modell A. Zweitens ist im Modell B die Abgrenzung bezüglich der Leistungspflicht der Krankenversicherung mit einer zeitlichen Grenze im Vollzug wesentlich einfacher zu handhaben als mit der im Modell A vorgeschlagenen Lösung. Drittens will Modell B im Gegensatz zu Modell A die Stellung der AHV im Bereich der Pflegefinanzierung nicht verändern. Modell B bedarf aber einer gründlichen Überarbeitung.

Wir empfehlen unsere Ausführungen Ihrer geschätzten Aufmerksamkeit.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. Rudolf Walser  
Mitglied der Geschäftsleitung



Dr. med. Menga Sandoz, MPH  
Issue Manager