

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

**Erhebung der Vollkosten von Pflege- und
nichtpflegerischen Leistungen der Zürcher
Pflegerheime und Spitex-Institutionen**

Bericht

24. März 2010

Inhalt

1	Auftrag der Gesundheitsdirektion an die Nabholz Beratung	4
2	Stationäre Leistungen	5
2.1	Stichprobe	5
2.2	Analyse der Kostenrechnungs-Modelle	6
2.3	Analyse der Kostenrechnungs-Daten	6
2.4	Ermittlung der Vollkosten	8
2.4.1	Pensionskosten	8
2.4.2	Betreuungskosten	8
2.4.3	Pflegekosten	9
2.5	Vergleich der Resultate mit anderen Studien	10
2.5.1	Pensionskosten pro Tag	10
2.5.2	Betreuungskosten pro Tag	10
2.5.3	Pflegekosten pro Minute	11
2.6	Leistungsdaten	11
2.7	Finanzielle Auswirkungen für Kanton, Gemeinden, Leistungsbezüger	12
2.8	Vergleich der Resultate mit anderen Studien	16
3	Ambulante Leistungen (Spitex)	18
3.1	Stichprobe	18
3.2	Vorgehen und Annahmen	18
3.3	Ermittlung der Vollkosten	19
3.3.1	Ergebnis (Gewinn/Verlust) pro Leistungsminute	19
3.3.2	Vollkosten pro Leistungsminute	21
3.3.3	Erträge pro Leistungsminute	23
3.3.4	Kosten dipl. Krankenpflegepersonal pro Leistungsminute	23
3.4	Finanzielle Auswirkungen für Kanton, Gemeinden, Leistungsbezüger	26
3.4.1	Erläuterung der Berechnungen	26
3.4.2	Den Berechnungen zugrunde liegende Annahmen	29
3.4.3	Schlüsselerkenntnisse	29
3.5	Vergleich der Resultate mit anderen Studien	30
3.5.1	Plausibilisierung der Kosten- und Finanzierungsberechnungen für 2008	30
3.5.2	Vergleich mit früherer Schätzung der GD	31
4	Leistungen der Freiberuflichen Pflegefachfrauen (FPFF)	32
4.1	Daten	32
4.2	Vorgehen und Annahmen	32
4.3	Finanzielle Auswirkungen für Kanton, Gemeinden, Leistungsbezüger	33
5	Zusammenfassung Finanzielle Auswirkungen	34
5.1	Basisszenario ohne Leistungs- und Kostenanstieg	34
5.2	Szenario mit Leistungs- und Kostenanstieg	35
5.3	Szenario neues kantonales Pflegegesetz tritt nach nKVG in Kraft	36

Anhang

A 1 Stationäre Leistungen	37
A 1.1 Szenario mit Leistungs- und Kostenanstieg	37
A 1.2 Szenarien mit Benchmark-Normdefizit	38
A 2 Ambulante Leistungen	39
A 2.1 Berechnungen Normdefizit, Beitrag Leistungsbezüger	39
A 2.2 Szenario mit 3% Leistungs- und 1% Kostenanstieg jährlich	40
A 2.3 Szenarien mit Benchmark-Normkosten	41
A 3 Abkürzungsverzeichnis	42

1 Auftrag der Gesundheitsdirektion an die Nabholz Beratung

- Ermittlung der durchschnittlichen Vollkosten pro Minute/Tag für stationäre und ambulante Pflege- und nichtpflegerische Leistungen als Basis für die Berechnung der zukünftigen Staatsbeiträge

Differenzierung:

Stationäre Leistungen	Ambulante Leistungen	
- Pflege	- Abklärung und Beratung - Untersuchung und Behandlung - Grundpflege	jeweils für Spitex-Institutionen - mit - ohne gemeinwirtschaftliche Leist. und - freiberufliches Pflegepersonal
- Betreuung	- Hauswirtschaftliche Leistungen	- Spitex-Institutionen mit gemeinwirtschaftlichen Leist.
- Pension		

- Schätzung der zukünftigen Belastung des Kantons, der Gemeinden und Leistungsbezüger

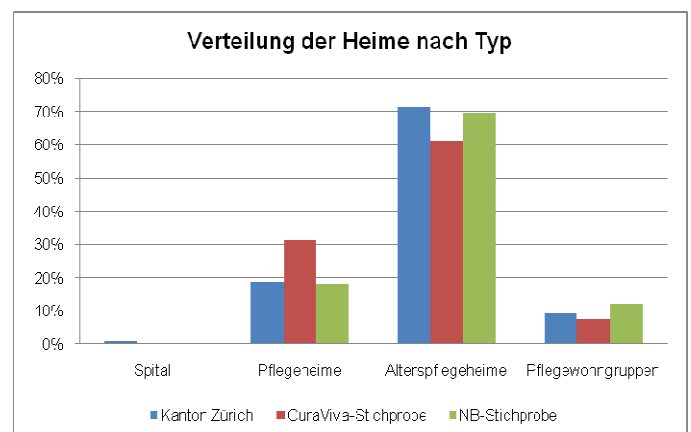
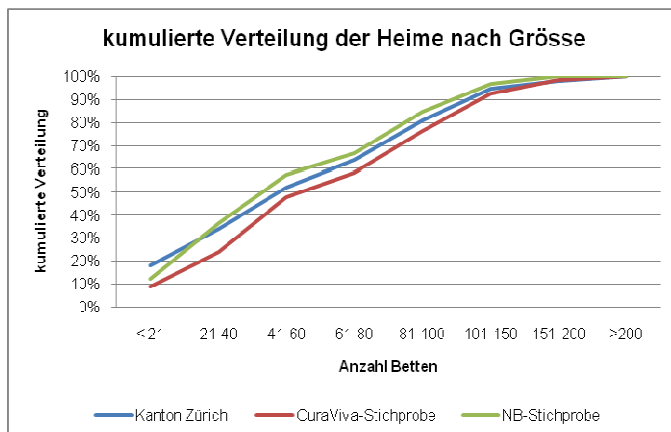
2 Stationäre Leistungen

2.1 Stichprobe

- Bildung einer Stichprobe („**NB-Stichprobe**“) von 33 Heimen, welche bezüglich Typ (APH, PH und PWG) und Grösse (Anzahl Betten) den Kanton Zürich repräsentieren. Die NB-Stichprobe repräsentiert rund 15% der Heime im Kanton Zürich (exklusive Stadt Zürich).
- Die 28 Alters- und 10 Pflegezentren der **Stadt Zürich** werden separat analysiert.
- In der NB-Stichprobe sind die **privaten Heime** mit zwei PH, einem APH und einer PWG untervertreten, da auf unsere Datenerhebung (Schreiben der GD vom 2. Februar 2010) nur zwei private PH geantwortet haben. Somit konnte keine repräsentative Aufteilung nach kommunalen und privat-gemeinnützigen sowie privaten Heimen erzielt werden. Wir haben alle vier privaten Heime in die Stichprobe einbezogen und die drei fehlenden privaten APH durch drei staatsbeitragsberechtigte Heime in der entsprechenden Grösse ersetzt.

NB-Stichprobe	SOLL	IST	Abw.
Langzeitabteilungen in Spitälern	0	0	0
Staatsbeitragsberechtigte Pflegeheime	4	4	0
Private Pflegeheime	1	2	-1
Staatsbeitragsberechtigte Alterspflegeheime	19	22	-3
Private Alterspflegeheime	5	1	4
Staatsbeitragsberechtigte Pflegewohngruppen	3	3	0
Private Pflegewohngruppen	1	1	0
Total	33	33	0

- In der NB-Stichprobe sind aufgrund des vorhandenen Datenmaterials die kleineren Heime leicht überrepräsentiert, im Gegensatz zur Curaviva-Stichprobe, bei der die kleinen Heime unterrepräsentiert sind.
- Die NB-Stichprobe repräsentiert den Typ relativ exakt. Bei der Curaviva-Stichprobe sind hingegen die PH über- und die APH untervertreten.
- Die Daten für den Kanton Zürich sind den SOMED-Daten (Langzeitversorgung Kenndaten 2008) entnommen.



2.2 Analyse der Kostenrechnungs-Modelle

- Für die in der Stichprobe definierten Heime haben wir die anonymisierten **Kostenrechnungen** von **Curaviva** erhalten sowie zwei Kostenrechnungen direkt von zwei **privaten PH**.
- Die Kostenrechnungen basieren auf zwei ähnlichen Methoden, die sich hauptsächlich im Detaillierungsgrad unterscheiden. Grössere Heime benutzen meist das detaillierte Modell („**Müller-Modell**“), die kleineren das vereinfachte („**Brönimann-Modell**“). Ertragszahlen sind nur im Müller-Modell enthalten. Von drei Heimen haben wir ein eigenes Kostenrechnungs-Modell erhalten.
- Das Müller-Modell ist nachvollziehbar, und mehrere Annahmen sind standardisiert hinterlegt.
- Das **Brönimann-Modell** ist ebenfalls nachvollziehbar. Gewisse Annahmen unterscheiden sich aber zum Müller-Modell und zum Teil wurden Kosten nicht vollständig umgelegt. Aus diesem Grund haben wir folgende **Änderungen** an den Daten bei 16 Heimen vorgenommen:
 - Lohn Personal für Alltagsgestaltung zu 80% Betreuung/20% Pflege zugeordnet anstatt zu 100% Pension und entsprechend Sozialleistungen angepasst
 - Falls von den Verwaltungs- und Hauswirtschaftskosten weniger als 2/3 auf Pension umgelegt wurden, haben wir den Satz auf 75% angehoben, was rund dem Mittel der Brönimann-Kostenrechnungen entspricht.
 - Hilfskostenstellen wie Gebäude, Verwaltung, Hausdienst etc. wurden nur auf Pension und Pflege umgelegt. Die Umlage auf Pension haben wir gemäss den Durchschnittswerten aus dem Müller-Modell zu 77% auf Pension und zu 23% auf Betreuung umgelagert.
 - Kosten vollständig umgelegt.

2.3 Analyse der Kostenrechnungs-Daten

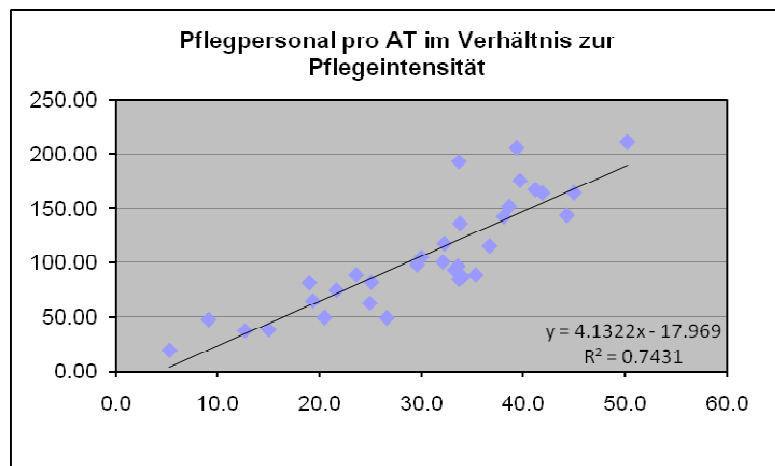
- Die **Kostenrechnungen** wurden nur grob **plausibilisiert**. Die Anrechenbarkeit der Kosten, des Schlüssels, anhand dessen die Lohnkosten des Pflegepersonals der Pflege zugeteilt werden, und der Umgang mit den Umlagen wurden nicht geprüft. In unserer Analyse wurden mit Ausnahme der obigen Punkte keine Daten angepasst.
- Infolge der Anonymität der Kostenrechnungen wurde keine Abstimmung der Kostenrechnungs-Daten mit den entsprechenden Jahresrechnungen vorgenommen.
- 1 **BESA-Punkt** wird mit **3.06 Pflegeminuten** bewertet, was gemäss unserer Erkenntnis bei den Heimen im Kanton Zürich üblich zu sein scheint.

Leistungsdaten

- Die durchschnittlichen **BESA-Punkte pro Aufenthaltstag** (AT) pro Stufe („**Pflegeintensität**“) liegen bei den untersuchten Heimen in den Bandbreiten der Stufen. Der Mittelwert in BESA-1 (1-11 Punkte) beträgt 7 Punkte pro AT und liegt somit über der Stufenmitte, bei BESA-2 (12-26 Punkte) 19 Punkte pro AT, BESA-3 (27-44 Punkte) 35 Punkte pro AT und BESA-4 (>45 Punkte) 56 Punkte pro AT. Über alle Stufen (inkl. BESA-0) beträgt das Mittel 30 Punkte pro AT.
- Die „Pflegeintensität“ über alle Stufen ist im Durchschnitt bei den PH (38 Punkte pro AT) höher als bei den APH (24 Punkte pro AT) oder PWG (31 Punkte pro AT), wobei es aber Ausnahmen gibt. Es scheint, dass die offizielle Typen-Zuordnung auf der seinerzeitigen Betriebsbewilligung basiert und sich die Pflegestruktur über die Zeit geändert hat.

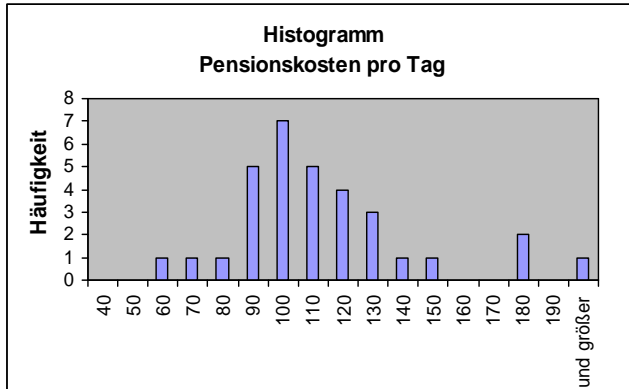
Kostendaten

- Durchschnittlich fallen rund 45% der Betriebskosten in der Pension, 19% in der Betreuung und 37% in der Pflege an.
- Die Pflegekosten setzen sich zu **90%** aus **Personalkosten** für Pflegefachpersonal, Pflegeassistenten und Pflegepersonal in Ausbildung zusammen, rund 10% sind Umlagen (Gebäude, Verwaltung, Hausdienst, etc).
- Die Aufteilung der Pflegepersonalkosten auf Pflege und Betreuung erfolgt in den Müller-Modellen gemäss der VAKA-Studie (80% Pflegefachpersonal auf Pflege, 20% auf Betreuung; 69% Pflegeassistenten auf Pflege, 31% auf Betreuung). Die Aufteilung in den Brönimann-Modellen ist meist 80%/80% oder 85%/85%, geht aber bis zu 98%/98%. Die Aufteilung haben wir nicht angepasst, da wir mangels besserer Daten davon ausgehen mussten, dass sie dem wirklichen Zeitbedarf der Heime entspricht.
- Die Personalkosten des Pflegepersonals pro AT korreliert relativ gut mit der „Pflegeintensität“ der Heime (Bestimmtheitsmass R^2 von 74%).
- Die Hilfskostenstellen (Gebäude, Verwaltung, Hausdienst, etc) werden im Durchschnitt zu 76% auf Pension, 18% auf Betreuung und 6% auf Pflege umgelegt (siehe auch 2.2).



2.4 Ermittlung der Vollkosten

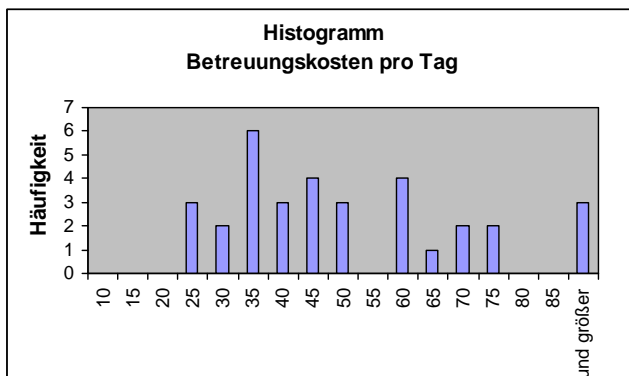
2.4.1 Pensionskosten¹



- Ungewichteter Mittelwert = CHF 108
- Gewichteter Mittelwert² = CHF 108
- Median = CHF 102
- 40. Perzentil = CHF 96
- 25. Perzentil = CHF 91
- 75. Perzentil = CHF 118

- Breite Streuung mit Peak bei CHF 80-130 kann weder durch Grösse, Typ noch „Pflegeintensität“ erklärt werden. Die Pensionskosten hängen wohl eher mit dem Komfort und Angebot zusammen, welche u.a. durch die Lage bzw. die Finanzkraft der Gemeinde definiert sind. Gemäss unserer Erfahrung korreliert die Kostenstruktur in vielen Bereichen (z.B. Schule) mit der Finanzkraft der Gemeinde.
- Da die Kostenrechnungen anonym sind, können wir keine Verbindung zum Angebot und FKI der Gemeinde herstellen.

2.4.2 Betreuungskosten



- Ungewichteter Mittelwert = CHF 48
- Gewichteter Mittelwert³ = CHF 51
- Median = CHF 45
- 40. Perzentil = CHF 37
- 25. Perzentil = CHF 33
- 75. Perzentil = CHF 59

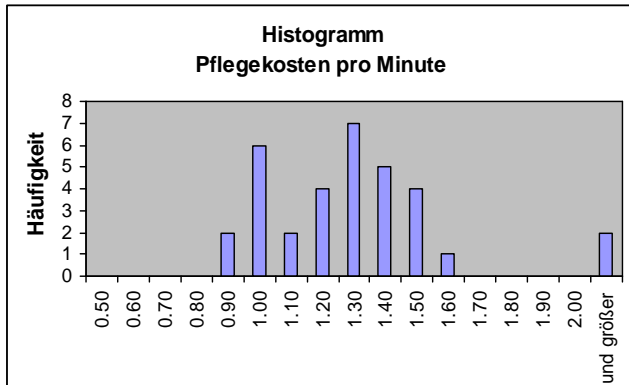
- Breite, gleichverteilte Streuung kann weder durch Grösse, Typ noch „Pflegeintensität“ erklärt werden. Die Betreuungskosten hängen wohl noch stärker als die Pensionskosten mit dem Angebot zusammen, welches u.a. durch die Lage bzw. die Finanzkraft der Gemeinde definiert ist.
- Unter der Annahme, dass 30% der Betreuungskosten fix sind (Annahme im Müller-Modell) und somit auf jeder nKLV-Stufe anfallen, lassen sich die Betreuungskosten in einen Sockelbeitrag von CHF 15 pro Person und Tag sowie einen variablen Betrag von CHF 0.42 pro Pflegeminute, Person und Tag (als Mass der Pflegebedürftigkeit) errechnen.

¹ Das Histogramm ist eine graphische Darstellung der Häufigkeitsverteilung einer Stichprobe. Auf der x-Achse werden die Klassen der zu untersuchenden Grösse und auf der Y-Achse die Anzahl Ausprägungen (Häufigkeit) dargestellt. Das bedeutet z.B., dass es sieben Heime gibt, deren Pensionskosten pro Tag zwischen CHF 90 und 100 liegen.

² Gewichtet mit total AT

³ Gewichtet mit total AT

2.4.3 Pflegekosten



- Ungewichteter Mittelwert = CHF 1.29
- Gewichteter Mittelwert⁴ = CHF 1.21
- Median = CHF 1.22
- 40. Perzentil = CHF 1.18
- 25. Perzentil = CHF 1.03
- 75. Perzentil = CHF 1.35

- 90% der Heime liegen bei den Pflegekosten pro Minute zwischen CHF 0.93 und CHF 1.44 bei einem Median von CHF 1.22.
- Die durchschnittlichen Pflegekosten pro Minute eines PH sind mit CHF 1.28 höher als beim APH mit CHF 1.24 und bei der PWG mit CHF 1.17 (jeweils Median).
- Es fällt auf, dass die vier privaten Heime im Mittel tiefere Pflegekosten pro Minute aufweisen als die kommunalen und privat-gemeinnützigen. Die Stichprobe ist aber bezüglich Staatsbeitragsberechtigung nicht repräsentativ.
- Die Grösse und „Pflegetintensität“ erklären wiederum nicht die Unterschiede in den Pflegekosten pro Minute.
- Die durchschnittlichen Pflegekosten pro Tag korrelieren stark (Bestimmtheitsmass R^2 von 85%) mit der „Pflegetintensität“ des Heims, da wie erwähnt rund 90% der Pflegekosten Personalkosten sind.

⁴ Gewichtet mit total Pflegeminuten

2.5 Vergleich der Resultate mit anderen Studien

2.5.1 Pensionskosten pro Tag

in CHF	Mittelwert	Gewichteter Mittelwert	Median
NB-Stichprobe	108	108	102
Curaviva-Stichprobe	115	111	112
SOMED-Daten 2008 ⁵		108	
Infras-Studie ⁶		91	
PH / APH Stadt Zürich		102 / 111	

- Die Pensionskosten pro Tag der NB-Stichprobe liegen unter den Daten der Curaviva-Stichprobe, u.a. weil wir die umgelegten Kosten in der Pension der Brönimann-Modelle teilweise der Betreuung zugeordnet haben.
- Die Infras-Studie zeigt Kosten für die ganze Schweiz und liegt deshalb unter unseren Berechnungen.

2.5.2 Betreuungskosten pro Tag

in CHF	Mittelwert	Gewichteter Mittelwert	Median
NB-Stichprobe	48	51	45
Curaviva-Stichprobe	43	53	41
SOMED-Daten 2008		43	
Infras-Studie		30	
PH / APH Stadt Zürich		86 / 42	

- Die Betreuungskosten pro Tag der NB-Stichprobe liegen über den Daten der Curaviva-Stichprobe, u.a. weil wir wie erwähnt die umgelegten Kosten in der Pension der Brönimann-Modelle teilweise der Betreuung zugeordnet haben.
- Die Infras-Studie zeigt Kosten für die ganze Schweiz und liegt deshalb unter unseren Berechnungen.

⁵ Erfahrungsgemäss ist auf die Finanzdaten der SOMED im Gegensatz zu den Leistungsdaten kein Verlass.

⁶ Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten für das Bundesamt für Gesundheit, 2007; die Studie basiert auf Kostenrechnungs-Daten aus dem Jahr 2004. Diese wurden mit 3% p.a. auf 2008 hochgerechnet. Es wurden nur wenige Heime mit unterschiedlichen Kostenrechnungen untersucht. Aus diesem Grund ist die Infras-Stichprobe nicht repräsentativ.

2.5.3 Pflegekosten pro Minute

in CHF	Mittelwert	Gewichteter Mittelwert	Median
NB-Stichprobe	1.29	1.21	1.22
Curaviva-Stichprobe	1.29	1.23	1.25
SOMED-Daten 2008		1.15	
Infras-Studie		1.00	
PH / APH Stadt Zürich		1.22 / 1.14	

- Die Pflegekosten pro Minute liegen nahe den Resultaten aus der Curaviva-Stichprobe. Die geringe Abweichung kann wahrscheinlich dadurch erklärt werden, dass in der Curaviva-Stichprobe relativ mehr PH enthalten sind, welche etwas höhere Kosten aufweisen.
- Die Infras-Studie zeigt Kosten für die ganze Schweiz und liegt deshalb unter unseren Berechnungen

2.6 Leistungsdaten

- Die Leistungsdaten entnehmen wir den **SOMED-Daten 2008**. Die AT müssen auf die neuen zwölf nKLV-Stufen verteilt werden.
- Wir gehen davon aus, dass die Definition einer Pflegeminute in der nKLV der bisherigen BESA-Definition entspricht.
- Curaviva hat bei ihren Mitgliedern die Anzahl Bewohner pro BESA-/RAI-Stufe erhoben (Rücklauf von 77% der Betten) und basierend auf diesen Daten die Verteilung der AT auf die nKLV-Stufen geschätzt.
- Im Vergleich zu den SOMED-Leistungsdaten 2008, zu unserer Stichprobe wie auch zur Kostenrechnungs-Stichprobe von Curaviva sind die BESA-1-Bewohner in der Erhebung der Curaviva übervertreten und die BESA-4-Bewohner untervertreten. Daraus resultiert, dass zu viele AT den tiefen nKLV-Stufen zugeordnet werden.
- Aus der Curaviva-Verteilung resultieren 441 Mio. Pflegeminuten für den Kanton. Werden die SOMED-Daten 2008 mit den entsprechenden durchschnittlichen Minuten pro BESA-Stufe aus unserer Stichprobe resp. aus der Curaviva-Stichprobe hochgerechnet, ergeben sich total 460–470 Mio. Pflegeminuten.
- Aus diesem Grund haben wir anhand der Verteilung der AT auf die bisherigen BESA-Stufen gemäss SOMED und der prozentualen Zuordnung der bisherigen BESA-Stufen auf die nKLV-Stufen anhand der Erhebung von Curaviva die **Verteilung der AT auf die nKLV-Stufen** geschätzt.

- Basierend auf unserer Verteilung resultieren **467 Mio. Pflegeminuten**.

nKLV-Stufe	Durchschnittliche Minuten	Verteilung NB	Verteilung Curaviva
1	10	11.12 %	11.51 %
2	30	13.33 %	15.71 %
3	50	10.17 %	7.80 %
4	70	8.72 %	9.90 %
5	90	8.85 %	9.72 %
6	110	8.78 %	8.72 %
7	130	8.30 %	12.21 %
8	150	12.24 %	9.07 %
9	170	6.58 %	7.81 %
10	190	5.47 %	3.70 %
11	210	3.03 %	1.65 %
12	252	3.40 %	2.21 %

- Unsere Annahme, dass die durchschnittlichen Minuten pro nKLV-Stufe dem Mittelwert der Stufe entsprechen, konnte anhand der Erhebung von Curaviva plausibilisiert werden.

2.7 Finanzielle Auswirkungen für Kanton, Gemeinden, Leistungsbezüger

- Wir gehen davon aus, dass in den Jahren 2011–2013 die **Übergangsbestimmungen** zur Änderung des KVG vom 13.06.2008 zum Tragen kommen, d.h. die bisherigen OKP-Tarife weiter gelten. Der Tarifschutz muss aber eingehalten werden, wobei die Leistungsbezüger maximal CHF 21.60 pro AT beisteuern müssen⁷. Ab 2014 gilt das neue Tarifsystem.
- Leistungsdaten gemäss SOMED-Daten 2008, ab 2014 Aufteilung auf die zwölf neuen nKLV Stufen (siehe Abschnitt 2.6).
- Annahme von **Pflegekosten pro Minute** von **CHF 1.21** gemäss gewichtetem Mittelwert unserer Stichprobe (siehe Abschnitt 2.4.3).
- Für die **Akut- und Übergangspflege** werden folgende Annahmen getroffen:
 - Die ersten 14 Tage der Eintritte vom Spital ins Heim (gemäss SOMED-Daten 2008: 3 369 von total 8 420 Eintritten) werden als Akut- und Übergangspflege deklariert. Dies entspricht 47 166 AT. Die AT in der Langzeitpflege entsprechen demnach der Differenz zwischen total AT und AT in der Akut- und Übergangspflege.
 - Die AT in der Akut- und Übergangspflege werden in BESA-4 eingestuft.
 - Die Pflegekosten pro Minute entsprechen denjenigen der Langzeitpflege.
 - Aufgrund des direkten Zusammenhangs mit einer stationären Akutbehandlung werden die Pflegekosten gleich wie bei der Spitalfinanzierung von der OKP (45%) und der öffentlichen Hand (55%) übernommen (Art. 49a nKVG).
- **Basisszenario ohne Leistungs- und Kostenanstieg**, um den alleinigen Einfluss der Gesetzesänderung sichtbar zu machen.
- Berechnung eines Szenarios mit einem jährlichen Leistungsanstieg von 1.6% in der Langzeitpflege (historischer Mittelwert 2003-2008 gemäss SOMED-Daten) und von 10% in der Akut- und Übergangspflege (historischer Mittelwert 2006-2008 gemäss SOMED-Daten) sowie einem jährlichen Kostenanstieg von 3.2% (historischer Mittelwert total Betriebskosten 2003-2008 gemäss SOMED-Daten) im Anhang 1.1.

⁷ „Beschränkter Tarifschutz“ gemäss nKVG Art. 25a Abs. 5

- Die Aufteilung der **Beiträge**, die die **öffentliche Hand** übernehmen muss, auf den Kanton und die Gemeinden erfolgt im Verhältnis 18% resp. 82%⁸. Dazu wurden für jede Gemeinde deren Heimbewohner ermittelt, die Kosten, die die öffentliche Hand für diese Heimbewohner bezahlen muss, geschätzt und basierend auf dem FKI der Anteil des Beitrags des Kantons gemäss Art. 41k E-GesG (3–50% in Abhängigkeit vom FKI) ermittelt. Die Heimbewohner wurden auf Basis von SOMED-Daten, die uns von der GD zur Verfügung gestellt wurden, ermittelt.

Leistungsdaten und Normdefizit 2011–2013 (BESA-System)⁹

BESA-Stufe	Aufenthaltstage Langzeitpflege ¹⁰	Stufenbreite in Pflege-minuten	Durchschnittl. Pflege-minuten der Stufe	Durchschnittl. Pflege-kosten (CHF/AT)	OKP-Beitrag (CHF/AT)	Beitrag Leistungs-bezüger (CHF/AT)	Beitrag Kanton (CHF/AT)	Beitrag Gemein-den (CHF/AT)
1	983 000	1-31	23	27.40	20.50	6.90	0.00	0.00
2	1 047 000	34-73	57	69.24	41.00	21.60	1.19	5.44
3	1 112 000	76-121	106	128.85	66.50	21.60	7.34	33.42
4	1 494 834	>127	172	208.09	82.00	21.60	18.81	85.68
Total	4 636 834							

Leistungsdaten und Normdefizit ab 2014

nKLV-Stufe	Aufenthaltstage Langzeitpflege ¹¹	Stufenbreite in Pflege-minuten	Durchschnittl. Pflege-minuten der Stufe	Durchschnittl. Pflege-kosten (CHF/AT)	OKP-Beitrag (CHF/AT)	Beitrag Leistungs-bezüger (CHF/AT)	Beitrag Kanton (CHF/AT)	Beitrag Gemein-den (CHF/AT)
1	520 827	<20	10	12.10	9.00	3.10	0.00	0.00
2	624 359	21-40	30	36.30	18.00	18.30	0.00	0.00
3	476 346	41-60	50	60.50	27.00	21.60	2.14	9.76
4	408 468	61-80	70	84.70	36.00	21.60	4.88	22.22
5	414 459	81-100	90	108.90	45.00	21.60	7.61	34.69
6	411 331	101-120	110	133.10	54.00	21.60	10.35	47.15
7	385 608	121-140	130	157.30	63.00	21.60	13.09	59.61
8	556 001	141-160	150	181.50	72.00	21.60	15.82	72.08
9	298 967	161-180	170	205.70	81.00	21.60	18.56	84.54
10	248 492	181-200	190	229.90	90.00	21.60	21.29	97.01
11	137 447	201-220	210	254.10	99.00	21.60	24.03	109.47
12	154 531	>221	252	304.92	108.00	21.60	31.56	143.76
Total	4 636 834							

⁸ Die Resultate für die drei Varianten, bei denen der Kanton seinen Beitrag basierend auf einem Normdefizit (Variante 25. Perzentil (entspricht Pflegekosten pro Minute von CHF 1.03), Variante 40. Perzentil (entspricht Pflegekosten pro Minute von CHF 1.18) und Variante 75. Perzentil (entspricht Pflegekosten pro Minute von CHF 1.35)) berechnet, sind im Anhang A 1.2. dargestellt. Entsprechend ändert sich auch die prozentuale Aufteilung der Beiträge der öffentlichen Hand auf Kanton und Gemeinden.

⁹ Bei der Berechnung der OKP-Beiträge sowie der Beiträge der Leistungsbezüger wurde nach RAI- und BESA-System unterschieden.

¹⁰ Exkl. Akut- und Übergangspflege

¹¹ Exkl. Akut- und Übergangspflege

Finanzielle Auswirkungen

in CHF Mio.	2008	2011	2014	Δ 2008-2011	Δ 2011-2014	Δ 2008-2014
Aufenthalstage						
- Langzeitpflege	4 684 000	4 636 834	4 636 834	-47 166	0	-47 166
- Akut- und Übergangspflege	0	47 166	47 166	47 166	0	47 166
Total	4 684 000	4 684 000	4 684 000	0	0	0
Pflegekosten						
- Langzeitpflege	564	554	554	-10	0	-10
- Akut- und Übergangspflege	0	10	10	10	0	10
Total	564	564	564	0	0	0
Finanzierung Langzeitpflege						
- OKP	269	265	226	-4	-39	-43
- Leistungsbezüger	85	85	88	0	4	3
<i>Entlastung durch EL Pflege</i>				0	-2	-2
- Kanton	11	37	43	25	7	32
<i>Belastung aus EL Pflege</i>				0	1	1
- Gemeinden	162	167	197	6	30	36
<i>Belastung aus EL Pflege</i>				0	1	1
- Differenz FIBU/BEBU, etc.	37	0	0	-37	0	-37
Finanzierung Akut- und Übergangspflege						
- OKP		4	5	4	0	5
- Leistungsbezüger		0	0	0	0	0
- Kanton		1	1	1	0	1
- Gemeinden		4	5	4	0	5
Finanzierung Total						
- OKP	269	269	230	1	-39	-39
- Leistungsbezüger	85	85	88	0	4	3
<i>Entlastung durch EL Pflege</i>				0	-2	-2
- Kanton	11	38	44	26	7	33
<i>Belastung aus EL Pflege</i>				0	1	1
- Gemeinden	162	172	202	10	30	40
<i>Belastung aus EL Pflege</i>				0	1	1
- Differenz FiBu/BeBu etc.	37	0	0	-37	0	-37

Herleitung der Beiträge 2008

- Die **OKP-Beiträge** über CHF 269 Mio. wurden basierend auf den aktuellen KLV-Tarifen und den AT für die RAI/RUG- resp. BESA-Heime separat ermittelt.
- Der **Kanton** übernahm CHF 12 Mio. Kosten. Die **Gemeinden** finanzierten CHF 117 Mio. Aufwendungen und CHF 53 Mio. Investitionen. Die gesamten Beiträge haben wir um die geschätzten Beiträge an Pension und Betreuung gekürzt.
- Unsere **Hochrechnung der Pflegekosten** sämtlicher Zürcher Heime über **CHF 564 Mio.** abzüglich der Beiträge der OKP und der öffentlichen Hand zeigen Kosten von rund CHF 122 Mio., deren Finanzierung unklar ist. Es stellt sich die Frage, ob und in welcher Höhe die Leistungsbezüger für diesen Restbetrag aufgekommen sind.
- Basierend auf unserer Stichprobe haben wir versucht, die Finanzierung dieses Restbetrags aufzuschlüsseln. Da wir aber nur von 15 Heimen, vornehmlich den grösseren, über Ertragszahlen verfügen (plus den städtischen APH/PH), ist die Stichprobe nicht repräsentativ. Wir glauben aber dennoch, dass die Tendenz der nachfolgenden Aussage richtig ist.

- Die effektiven Pflegeerträge pro AT sind um rund CHF 25 höher als die basierend auf den AT pro Stufe berechneten OKP-Beiträge. Auf den Kanton hochgerechnet ergeben sich **Mehrerträge** von rund **CHF 85 Mio**. Diese Mehrerträge können folgende Ursache haben:
 - Weitere **Beiträge der Leistungsbezüger** (entweder direkt erhoben oder indirekt durch Quersubventionierung aus den Bereichen Pension und Betreuung)
 - Hilflosenentschädigungen, die von den Heimen verlangt wurden und grundsätzlich den Leistungsbezüger zur Finanzierung anderer Kosten zustehen.
- Ob **Quersubventionen** durch erhöhte Pensions- und Betreuungstarife stattfinden, können wir aus den Daten nicht abschliessend beurteilen. Bei einigen Heimen ist nicht auszuschliessen, dass sie insbesondere die Betreuungstaxen höher als kostendeckend ansetzen.
- Die meisten Heime erzielten in allen drei Bereichen Pension, Betreuung und Pflege einen negativen Deckungsbeitrag. Einzig der Bereich Betreuung arbeitet zum Teil kostendeckend.
- Die **restlichen ungedeckten Kosten** von CHF 37 Mio. können folgende Ursachen haben:
 - Differenz Finanzbuchhaltung (FiBu)–Betriebsbuchhaltung (BeBu): Der in den Jahresrechnungen (Finanzbuchhaltung) der Heime ausgewiesene Aufwand zeigt keine Vollkosten, da die Investitionen durch Beiträge der öffentlichen Hand vermindert und bereits weitgehend abgeschrieben sind. Zudem wird keine Verzinsung des investierten Eigenkapitals ausgewiesen.
 - Individuelle Kostengutsprachen der Krankenkassen

Kommentar zu den Veränderungen 2011/2014

- Die **Beteiligung der Leistungsbezüger** an den Pflegekosten wird offiziell erst mit dem nKVG eingeführt, hat aber bisher möglicherweise über Quersubventionierung und Hilflosenentschädigung stattgefunden. Wie oben erwähnt, schätzen wir diese Beteiligung im Jahr 2008 auf rund CHF 85 Mio. Der Patientenbeitrag ab 2011 entspricht ziemlich genau dem Umfang der bisherigen Patientenbeteiligung, so dass sich für die Leistungsbezüger insgesamt kaum Veränderungen ergeben.
- Auf die Leistungsbezüger der Stadtzürcher APH/PH dürften Mehrkosten in der Höhe von CHF 20–25 Mio. zukommen. In den Landgemeinden sollte gemäss Modellrechnung insgesamt eine entsprechende Entlastung der Leistungsbezüger resultieren. Diese Entlastung müsste über eine Tarifreduktion (direkt in der Pflege oder indirekt in der Pension/Betreuung) erfolgen.
- Unsere Modellrechnung geht von der Kostenbasis 2008 und der Annahme aus, dass die neuen Gesetzesbestimmungen eingehalten werden. Es ist nicht auszuschliessen, dass im Zuge der neuen Pflegefinanzierung die Zusatzerträge der Heime nicht über Tarifreduktionen an die Leistungsbezüger weitergegeben werden, sondern für Lohnerhöhungen etc. verwendet werden. Dadurch ergäbe sich eine Mehrbelastung der Leistungsbezüger. Solche Effekte kann und soll unser Modell jedoch grundsätzlich nicht abbilden.
- **Ergänzungsleistungen (EL):**
 - Das Kantonale Sozialamt schätzt, dass rund die Hälfte der Heimbewohner EL bezieht.
 - Eine Erhöhung der Beiträge der Leistungsbezüger hat gemäss Schätzung des Kantonalen Sozialamts folgende Konsequenzen:
 - Bestehende EL-Bezüger: Die Hälfte der Patientenbeitragserhöhung geht zulasten der EL
 - Neue EL-Fälle: Ein zusätzliches Fünftel der EL-Erhöhung der bestehenden EL-Bezüger fällt für Heimbewohner an, die infolge der Beitragserhöhung neu EL beziehen müssen.
 - Da sich gemäss unseren Berechnungen der Beitrag der Leistungsbezüger insgesamt nur unwesentlich ändert, sollte die Mehrbelastung des Kantons und der Gemeinden aufgrund der EL insgesamt minim bleiben.

2.8 Vergleich der Resultate mit anderen Studien

- Da keine der anderen Studien Leistungs- und Kostenwachstum in ihren Berechnungen einbezieht, vergleichen wir nur die Resultate des Szenarios ohne Leistungs- und Kostenwachstum.
- Die anderen Studien gehen nicht explizit auf die Akut- und Übergangspflege ein.

Pflegekosten 2008

in CHF Mio.	NB	GD Kt ZH	Santé-suisse	Curaviva	Avaloxx	SOMED
Pflegekosten	564	420	263	543	540	535

- Die Schätzungen der Pflegekosten der einzelnen Studien unterscheiden sich aufgrund unterschiedlicher Annahmen und Modelle.
- Die GD geht von Benchmark-Kosten (25. Perzentil) aus, welche aus dem Jahr 2003 stammen und mit einem jährlichen Wachstum von 2.12% auf 2010 hochgerechnet wurden. Unsere Hochrechnung sowie diejenigen von Curaviva/Avaloxx basieren auf **Vollkosten**, welche auf Basis von 2008er Daten erhoben wurden.
- Die Pflegekosten von Curaviva/Avaloxx unterscheiden sich von unserer Hochrechnung, da die **Anzahl Pflegeminuten** bei Curaviva/Avaloxx tiefer sind als bei uns (siehe Abschnitt 2.6). Curaviva/Avaloxx rechnen mit Vollkosten von CHF 1.23 pro Minute, wir mit CHF 1.21 pro Minute.
- Die Pflegekosten von Santé-suisse sind u.E. nicht nachvollziehbar, da sie ungefähr den OKP-Beiträgen entsprechen. Es ist aber bekannt, dass 2008 der Kanton CHF 12 Mio. und die Gemeinden rund CHF 170 Mio. an Beiträgen leisteten.

Pflegekosten in der Übergangsfrist (2011–2013)

in CHF Mio.	2011-2013	
	NB	Curaviva
Pflegekosten	564	543
OKP	269	269
Leistungsbezüger	85	85
öffentliche Hand	210	188

- Die errechneten Pflegekosten sowie die Beiträge sind bei Curaviva aufgrund der geringeren Pflegeminuten (siehe Abschnitt 2.6) resp. der Verteilung der AT pro KLV-Stufe tiefer als unsere Hochrechnung.
- Der Einfluss der um CHF 0.02 tieferen Pflegekosten pro Minute ist vernachlässigbar.

Pflegekosten ab 2014

in CHF Mio.	Ab 2014			
	NB	GD Kt ZH	Curaviva	Avaloxx
Pflegekosten	565	453	543	540
OKP	230	257	219	218
Leistungsbezüger	88	49	90	89
öffentliche Hand	246	147	234	233

- Gründe für die Abweichung zwischen unserer Hochrechnung sowie der von Curaviva/Avaloxx wurden oben erklärt. Zusätzlich beeinflussen die Überlegungen zur Akut- und Übergangspflege unsere Werte.
- Im Gegensatz zur GD gehen wir und Curaviva/Avaloxx davon aus, dass die OKP-Beiträge sinken werden, dies zulasten der öffentlichen Hand (CHF 35-45 Mio.). Bei der GD wird die öffentliche Hand mit CHF 26 Mio. entlastet.

3 Ambulante Leistungen (Spitex)

3.1 Stichprobe

- Im Jahr 2008 existierten **total 141 Spitex-Institutionen** im Kanton Zürich (112 gemeinnützige, 29 kommerzielle).
- Vorliegend sind **Kostenrechnungen** von 53 Spitex-Institutionen mit gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Es wurden nur diejenigen Kostenrechnungen verwendet, welche den Richtlinien entsprechend ausgefüllt sind. Aufgrund diverser Mängel mussten die Kostenrechnungen von 12 Institutionen aus der Stichprobe ausgeschlossen werden.
- Die Qualität der in der Stichprobe **verbleibenden 41 Kostenrechnungen** ist unterschiedlich. In einzelnen Kostenrechnungen wurden Fehler gefunden, welche wir nach Möglichkeit korrigiert haben.
- Daten der **kommerziellen Spitex-Institutionen** fehlen weitgehend. Der Rücklauf auf das Schreiben der GD vom 28.01.2010 war gering (10 Institutionen) und aufgrund qualitativer Mängel nicht verwertbar.

3.2 Vorgehen und Annahmen

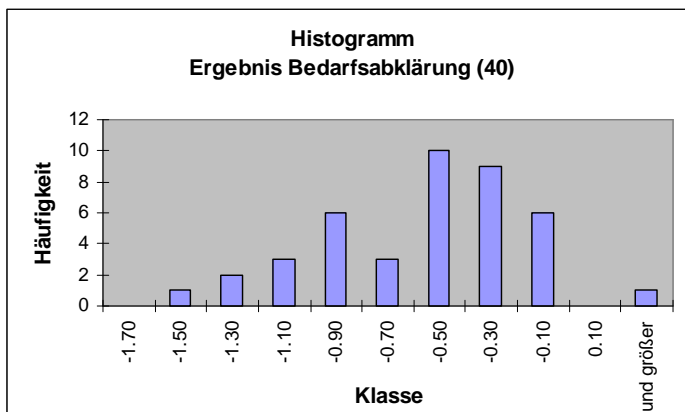
- Für jede Spitex-Institution wurden in einem ersten Schritt die **Leistungsstunden** (LStd) pro Leistungsart geschätzt (Erträge/OKP-Ansätze) im Sinn einer Plausibilisierung der Daten gemäss Spitex-Statistik. Die Abweichungen, bezogen auf das Verhältnis zur Gesamtzahl der Leistungsstunden, waren in den meisten Fällen vernachlässigbar. Für die nichtpflegerischen Leistungen wurden die LStd gemäss den vorhandenen Angaben der Institutionen übernommen.
- Für jede Institution wurden in einem weiteren Schritt die **Kosten** für die wichtigsten Kostenarten sowie die **Erträge** und das Ergebnis (Gewinn/Verlust) pro LStd ermittelt. Anschliessend wurden die Resultate auf Leistungsminuten (LMin) umgerechnet.
- Die Kosten pro LMin umfassen sämtliche anrechenbaren Kosten, während die Erträge nebst den OKP-Ansätzen auch die übrigen anrechenbaren Erträge beinhalten.
- Die Leistungsarten „Hauswirtschaft und Familienhilfe“ (50), „Übrige“ (51-80) und „Verein/Vorstand“ (89) wurden unter dem Titel „**nichtpflegerische Leistungen**“ zusammengefasst. Dieses Vorgehen erscheint gerechtfertigt, da auf der Mengenseite die Leistungsstunden für den nichtpflegerischen Bereich gemäss den Angaben von Frau Lionello, GD, nicht nur Stunden für Hauswirtschaft und Familienhilfe sondern auch sozialbetreuerische Stunden enthalten und sich kaum trennen lassen. Auf der Kostenseite wurden Aufwand und Erträge aus Mahlzeiten- und Fahrdienst gemäss Angaben von Frau Früh, GD, bereits aus den Kostenrechnungen eliminiert. Die Zusammenfassung der restlichen, sozialbetreuerischen Leistungen mit dem Bereich „Hauswirtschaft + Familienhilfe“ erscheint daher, analog zum Vorgehen auf der Mengenseite, konsequent und sinnvoll.
- Die **Umlage der Hilfskostenstellen** „Zentrumskosten“, „Führung + Administration“, „Mobilität“ und „Weiterbildung“ auf die einzelnen Kostenträger erfolgt in Abweichung zur Vorlage des Kantons mit Hilfe der Leistungsstunden. Mit diesem Vorgehen werden keine langfristigen Durchschnittswerte als Umlageschlüssel verwendet sondern es wird auf die Daten des aktuellen Jahres abgestellt.

3.3 Ermittlung der Vollkosten

- Nachfolgend finden sich die Resultate der Auswertung der Kostenrechnungen sämtlicher in der Stichprobe berücksichtigten Spitex-Institutionen.
- Für jede der vier Leistungsarten (Abklärung und Beratung, Untersuchung und Behandlung, Grundpflege und nichtpflegerische Leistungen) werden die Ergebnisse, die Summe des Aufwands sowie exemplarisch eine wichtige Komponente der Personalkosten, die Kosten des dipl. Krankenpflegepersonals, in CHF pro LMin dargestellt.
- Für die Leistungsart „nichtpflegerische Leistungen“ werden zudem die Erträge pro LMin ausgewiesen.

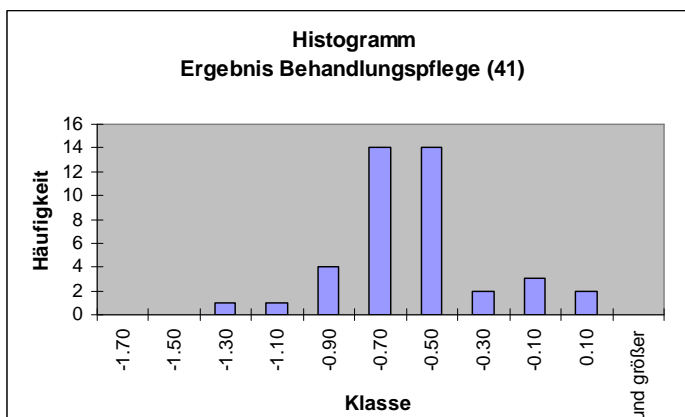
3.3.1 Ergebnis (Gewinn/Verlust) pro Leistungsminute¹²

Abklärung und Beratung (Kostenstelle 40)



- Ungewichteter Mittelwert = CHF -0.65
- Gewichteter Mittelwert¹³ = CHF -0.86
- Median = CHF -0.62
- 25. Perzentil = CHF -1.03
- 75. Perzentil = CHF -0.40

Untersuchung und Behandlung (41)



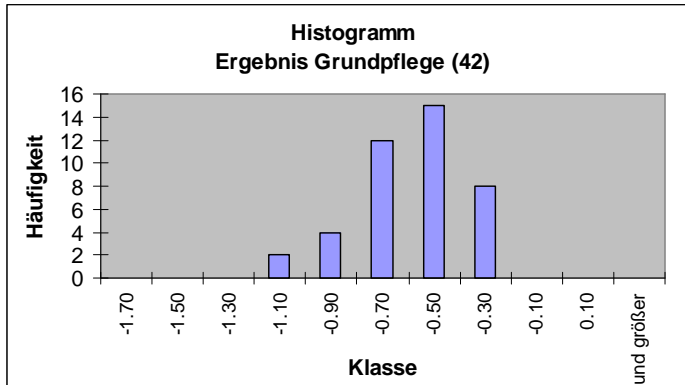
- Ungewichteter Mittelwert = CHF -0.67
- Gewichteter Mittelwert¹⁴ = CHF -0.80
- Median = CHF -0.66
- 25. Perzentil = CHF -0.84
- 75. Perzentil = CHF -0.55

¹² Vor Beiträgen der öffentlichen Hand

¹³ Gewichtet mit LStd

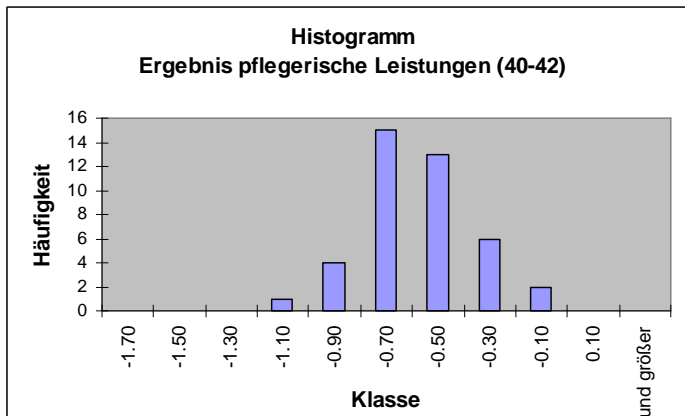
¹⁴ Gewichtet mit LStd

Grundpflege (42)



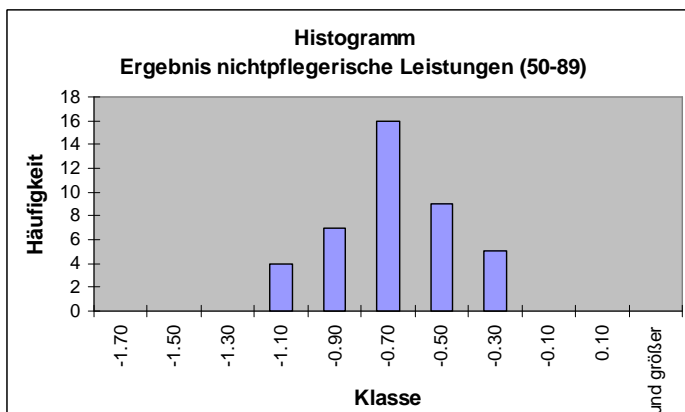
- Ungewichteter Mittelwert = CHF -0.70
- Gewichteter Mittelwert¹⁵ = CHF -0.83
- Median = CHF -0.69
- 25. Perzentil = CHF -0.86
- 75. Perzentil = CHF -0.54

Total pflegerische Leistungen (40-42)



- Ungewichteter Mittelwert = CHF -0.68
- Gewichteter Mittelwert¹⁶ = CHF -0.82
- Median = CHF -0.68
- 25. Perzentil = CHF -0.80
- 75. Perzentil = CHF -0.54

Nichtpflegerische Leistungen (50-89)



- Ungewichteter Mittelwert = CHF -0.77
- Gewichteter Mittelwert¹⁷ = CHF -0.73
- Median = CHF -0.77
- 25. Perzentil = CHF -0.95
- 75. Perzentil = CHF -0.64

- Die Stichproben der Leistungsarten „Bedarfsabklärung“ und „Behandlungspflege“ weisen im Vergleich mit den Stichproben der Leistungsarten „Grundpflege“ und „nichtpflegerische Leistungen“ eine breitere Streuung auf.

¹⁵ Gewichtet mit LStd

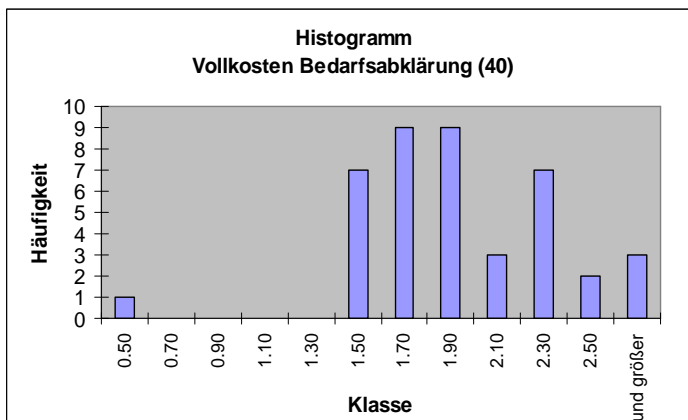
¹⁶ Gewichtet mit LStd

¹⁷ Gewichtet mit LStd

- Bei allen Stichproben liegt der ungewichtete Mittelwert sehr nahe beim Medianwert, was darauf hinweist, dass die Stichprobe relativ robust gegenüber Ausreißern ist. Einzig die Leistungsart „Bedarfsabklärung“ weist einen Ausreisser mit einem Ergebnis von mehr als CHF 0.10 aus (Spitex Hombrechtikon).
- Der gewichtete Mittelwert hingegen weicht deutlich vom Medianwert ab. Dies deutet darauf hin, dass grosse Institutionen mit vielen Leistungsstunden tendenziell grössere Defizite ausweisen (ex. Zürich Nord, Zürich MitteWest, Stadt Winterthur, Rechtes Limmattal).

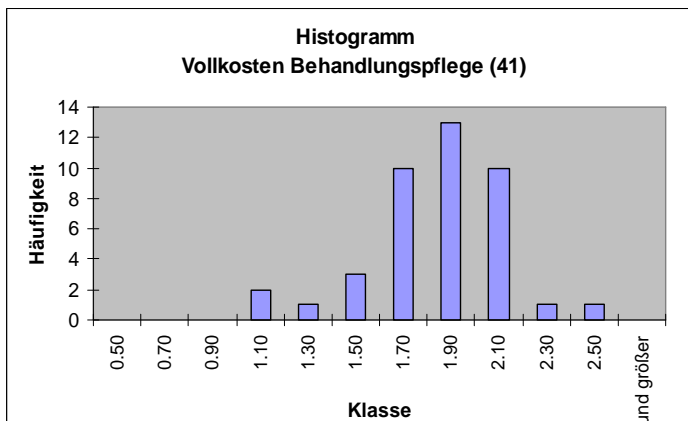
3.3.2 Vollkosten pro Leistungsminute

Abklärung und Beratung (Kostenstelle 40)



- Ungewichteter Mittelwert = CHF 1.84
- Gewichteter Mittelwert¹⁸ = CHF 2.13
- Median = CHF 1.78
- 25. Perzentil = CHF 1.56
- 75. Perzentil = CHF 2.19

Untersuchung und Behandlung (41)

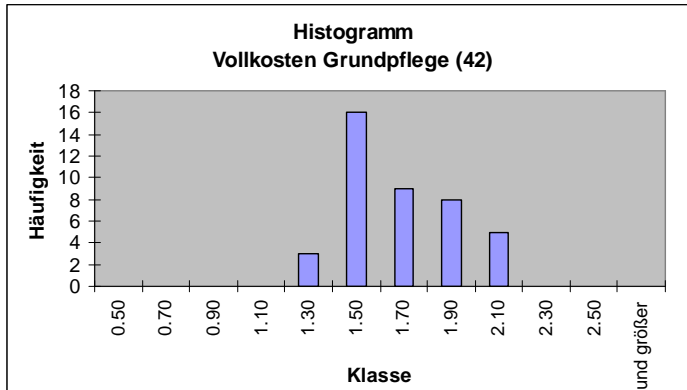


- Ungewichteter Mittelwert = CHF 1.75
- Gewichteter Mittelwert¹⁹ = CHF 1.90
- Median = CHF 1.75
- 25. Perzentil = CHF 1.63
- 75. Perzentil = CHF 1.93

¹⁸ Gewichtet mit LStd

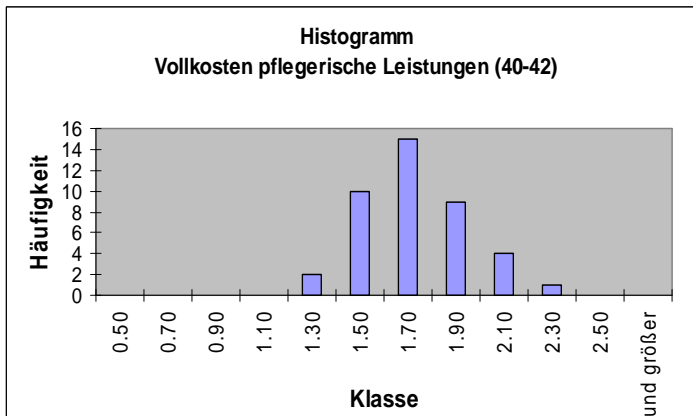
¹⁹ Gewichtet mit LStd

Grundpflege (42)



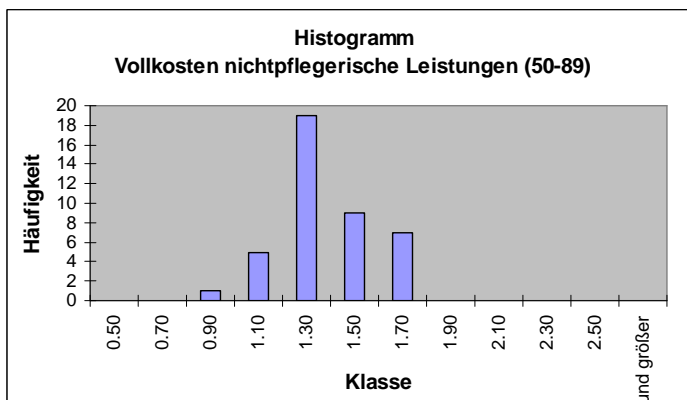
- Ungewichteter Mittelwert = CHF 1.58
- Gewichteter Mittelwert²⁰ = CHF 1.70
- Median = CHF 1.55
- 25. Perzentil = CHF 1.39
- 75. Perzentil = CHF 1.72

Total pflegerische Leistungen (40-42)



- Ungewichteter Mittelwert = CHF 1.64
- Gewichteter Mittelwert²¹ = CHF 1.78
- Median = CHF 1.64
- 25. Perzentil = CHF 1.48
- 75. Perzentil = CHF 1.74

Nichtpflegerische Leistungen (50-89)



- Ungewichteter Mittelwert = CHF 1.29
- Gewichteter Mittelwert²² = CHF 1.28
- Median = CHF 1.23
- 25. Perzentil = CHF 1.18
- 75. Perzentil = CHF 1.48

- Mit Ausnahme der Stichproben der Leistungsart „Abklärung und Beratung“ weisen die Stichproben der anderen Leistungsarten eine relativ **geringe Streuung** auf.

²⁰ Gewichtet mit LStd

²¹ Gewichtet mit LStd

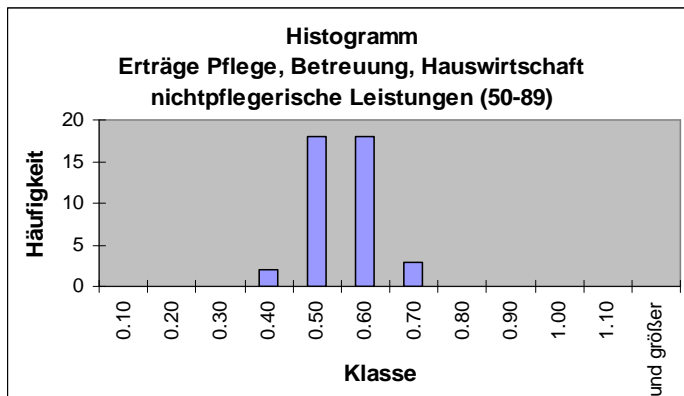
²² Gewichtet mit LStd

- Die Stichprobe der Leistungsart „Abklärung und Beratung“ weist einen deutlichen Ausreisser nach unten aus (Spitex Hombrechtikon, CHF 0.37). Zudem weisen 3 Spitex-Institutionen einen Aufwand aus, der grösser ist als CHF 2.50.
- Die grossen **stadtzürcherischen Institutionen** (insbes. Zürich Nord und Mitte-West) weisen für alle Leistungsarten weit überdurchschnittliche Kosten auf. Mit ihrem hohen Gewicht (LMin) ziehen sie den gewichteten Mittelwert stark nach oben, so dass dieser erheblich vom ungewichteten Mittel und Median abweicht.

3.3.3 Erträge pro Leistungsminute

- Bei den Erträgen pro LMin wird lediglich die Leistungsart „nichtpflegerische Leistungen“ betrachtet, da die Erträge der übrigen Leistungsarten den OKP-Ansätzen entsprechen.

Nichtpflegerische Leistungen (50-89)



- Ungewichteter Mittelwert = CHF 0.50
- Gewichteter Mittelwert²³ = CHF 0.51
- Median = CHF 0.50
- 25. Perzentil = CHF 0.45
- 75. Perzentil = CHF 0.53

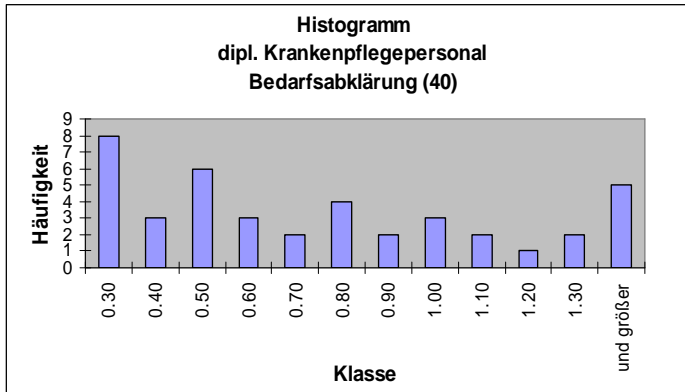
- Die Stichprobe weist eine geringe Streuung auf. Die den Leistungsbezürgern verrechneten **Tarife** scheinen mithin relativ einheitlich zu sein.
- 3 Institutionen weisen Erträge zwischen CHF 0.60 und 0.70 aus und 2 Institutionen verzeichnen Erträge zwischen CHF 0.30 und 0.40

3.3.4 Kosten dipl. Krankenpflegepersonal pro Leistungsminute

- Die Personalkosten machen den grössten Teil der Gesamtkosten der Spitex-Institutionen aus (gemäss Spitex-Statistik im Jahr 2008 rund 88 % der Gesamtkosten).
- Die meisten Personalkosten fallen dabei bei den Kostenarten „dipl. Krankenpflegepersonal“, „dipl. Personal mit Zusatzdiplomen“ und „FaGe / Hauspflege“ an.
- Nachfolgend werden exemplarisch die Resultate für die Kostenart „dipl. Krankenpflegepersonal“ dargestellt.

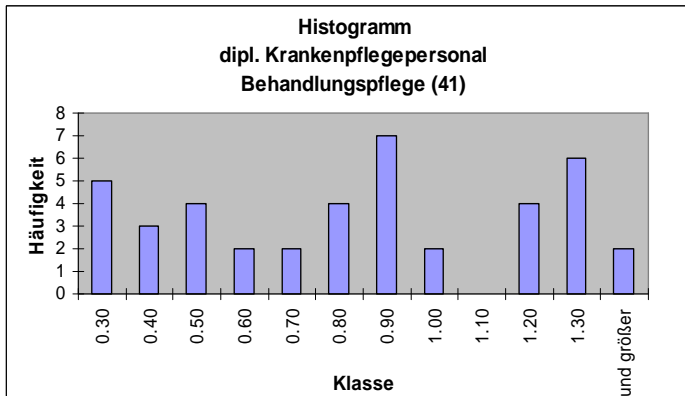
²³ Gewichtet mit LStd

Abklärung und Beratung (40)



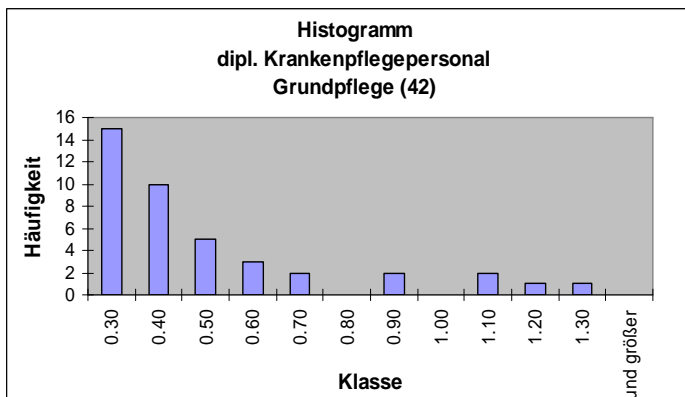
- Ungewichteter Mittelwert = CHF 0.70
- Gewichteter Mittelwert²⁴ = CHF 0.71
- Median = CHF 0.66
- 25. Perzentil = CHF 0.39
- 75. Perzentil = CHF 0.92

Untersuchung und Behandlung (41)



- Ungewichteter Mittelwert = CHF 0.76
- Gewichteter Mittelwert²⁵ = CHF 0.85
- Median = CHF 0.81
- 25. Perzentil = CHF 0.46
- 75. Perzentil = CHF 1.11

Grundpflege (42)



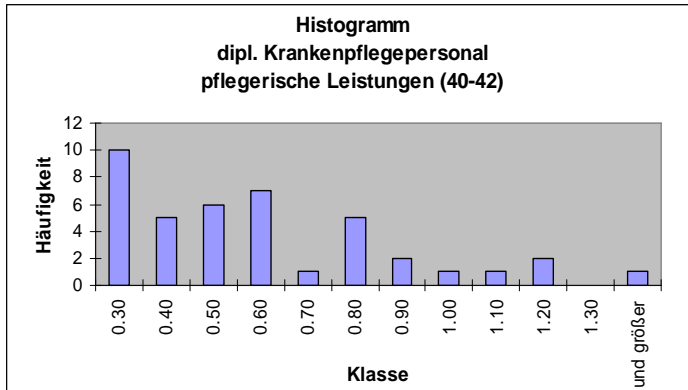
- Ungewichteter Mittelwert = CHF 0.42
- Gewichteter Mittelwert²⁶ = CHF 0.34
- Median = CHF 0.33
- 25. Perzentil = CHF 0.22
- 75. Perzentil = CHF 0.55

²⁴ Gewichtet mit LStd

²⁵ Gewichtet mit LStd

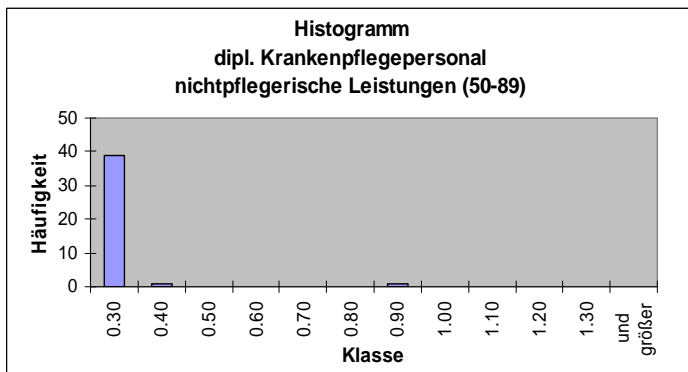
²⁶ Gewichtet mit LStd

Total pflegerische Leistungen (40-42)



- Ungewichteter Mittelwert = CHF 0.53
- Gewichteter Mittelwert²⁷ = CHF 0.51
- Median = CHF 0.49
- 25. Perzentil = CHF 0.32
- 75. Perzentil = CHF 0.71

Nichtpflegerische Leistungen (50-89)



- Ungewichteter Mittelwert = CHF 0.05
- Gewichteter Mittelwert²⁸ = CHF 0.06
- Median = CHF 0.01
- 25. Perzentil = CHF 0.00
- 75. Perzentil = CHF 0.05

- Die Stichproben weisen eine breite Streuung auf.
- Die Medianwerte weichen erheblich von den Mittelwerten ab, was darauf hindeutet, dass die Stichproben wenig stabil und anfällig für Ausreisser sind.
- Es ist anzunehmen, dass die Streuung zu einem wesentlichen Teil auf unterschiedliche Praxen bei der Aufteilung der Kostenarten auf die einzelnen Kostenträger zurückzuführen ist.

²⁷ Gewichtet mit LStd

²⁸ Gewichtet mit LStd

3.4 Finanzielle Auswirkungen für Kanton, Gemeinden, Leistungsbezüger

3.4.1 Erläuterung der Berechnungen

- In der Tabelle auf Seite 28 wird die für die Jahre 2008, 2011 und 2014 berechnete Belastung der Kostenträger ausgewiesen. Die Berechnungen erfolgten folgendermassen:
- **Vollkosten** = Errechneter ungewichteter Mittelwert der Vollkosten pro Leistungsart (vgl. Abschnitt 3.3.2), hochgerechnet mit Anzahl Leistungsstunden gemäss Spitex-Leistungsdaten 2008. Das ungewichtete Mittel wird verwendet, weil in der Stichprobe die grossen, kostenintensiven stadtzürcherischen Institutionen übervertreten sind und deshalb das gewichtete Mittel der Stichprobe für den Kanton nicht repräsentativ ist.

Während für die gemeinnützigen Institutionen mit Statistikdaten gerechnet werden kann, liegen solche für die kommerziellen Institutionen nicht vor. Die Vollkosten der kommerziellen Institutionen werden deshalb mit einem Einschlag gegenüber den gemeinnützigen Institutionen angesetzt (vgl. Annahmen in Abschnitt 3.4.2).

Leistungsart	Vollkosten pro LStd (CHF)	
	Gemeinnützige Institutionen	Kommerzielle Institutionen (Annahme)
Abklärung und Beratung	109.80	71.37
Untersuchung und Behandlung	105.00	68.25
Grundpflege	94.80	61.62
Nicht-KLV	77.40	50.31

- **OKP-Steuer** = Ansätze gemäss untenstehender Tabelle hochgerechnet mit Anzahl Leistungsstunden.

Leistungsart	OKP-Steuer pro LStd (CHF)	
	2008–2013	ab 2014
Abklärung und Beratung	70.00	79.80
Untersuchung und Behandlung	65.00	65.40
Grundpflege	51.40	54.60

- **Beiträge Leistungsbezüger** = Gemäss Berechnung in Tabelle Anhang 2.1
- **Staatsbeiträge** = Für jede staatsbeitragsberechtigte²⁹ Institution wurde das Normdefizit (2008 mit CHF 41.64 pro LStd für alle KLV-Leistungsarten und mit CHF 38.10 pro LStd für Nicht-KLV-Leistungen festgelegt; 2011/2014 gemäss Normdefizit-Berechnungen) multipliziert mit den Leistungsstunden der Institution und dem Staatsbeitragssatz, welcher gemäss Finanzkraftindex für die Sitzgemeinde der Institution³⁰ gilt.
- **Gemeindebeiträge** = Differenz zwischen rechnerischem Normdefizit aller staatsbeitragsberechtigten Institutionen und dem Staatsbeitrag.

²⁹ 2008 nur gemeinnützige Spitex-Institutionen, ab 2011 sämtliche Institutionen

³⁰ An sich wäre der Finanzkraftindex der Wohnsitzgemeinde der Leistungsbezüger massgebend. Vereinfachend wird angenommen, dass die Spitex-Institutionen nur in ihrer Sitzgemeinde tätig sind.

- Berücksichtigung der **Akut- und Übergangspflege** ab 2011: Annahme, dass sich die gesamten Leistungsstunden jeder Leistungsart wie folgt auf die normale Pflege und Akut- und Übergangspflege verteilen:

Leistungsart	Aufteilung LStd	
	Normale Pflege	Akut- und Überg.
Abklärung und Beratung	93 %	7 %
Untersuchung und Behandlung	93 %	7 %
Grundpflege	93 %	7 %
Nicht-KLV	100 %	0 %

2008	Abklärung Beratung	Untersuch. Behandl.	Grund- pflege	Total KLV	Nicht-KLV	Total
Leistungsstunden	51 158	417 177	841 315	1 309 650	978 522	2 288 172
Vollkosten	6	42	73	121	71	192
Finanzierung:						
- OKP	4	27	43	74	0	74
- Leistungsbezüger	0	0	0	0	34	34
- Kanton	1	5	9	14	9	24
- Gemeinden	1	10	20	32	27	59
Überschuss/Defizit	0	0	-1	-1	-1	-2

in CHF Mio.

2011	Abklärung Beratung	Untersuch. Behandl.	Grund- pflege	Total KLV	Nicht-KLV	Total	Δ 2008-2011
Leistungsstunden:							
- Pflege	47 577	387 975	782 423	1 217 975	978 522	2 196 497	
- Akut-/Übergangspfl.	3 581	29 202	58 892	91 676		91 676	
- Total	51 158	417 177	841 315	1 309 650	978 522	2 288 172	0
Vollkosten:							
- Pflege	5	39	68	112	71	184	
- Akut-/Übergangspfl.	0	3	5	8		8	
- Total	6	42	73	121	71	192	0
Finanzierung Pflege:							
- OKP	3	25	40	69	0	69	-5
- Leistungsbezüger	1	14	15	30	34	64	30
<i>Entlastung durch EL</i>							-6
- Kanton	0	0	4	4	9	13	-10
<i>Belastung aus EL</i>							3
- Gemeinden	1	0	9	9	27	36	-22
<i>Belastung aus EL</i>							3
Finanz. Akut-/Üb'pfl.:							
- OKP	0	1	2	4		4	4
- Leistungsbezüger	0	0	0	0		0	0
- Kanton	0	0	0	0		0	0
- Gemeinden	0	2	3	4		4	4
Überschuss/Defizit	0	0	0	0	-1	-1	1

2014	Abklärung Beratung	Untersuch. Behandl.	Grund- pflege	Total KLV	Nicht-KLV	Total	Δ 2011-2014	Δ 2008-2014
Leistungsstunden:								
- Pflege	47 577	387 975	782 423	1 217 975	978 522	2 196 497	0	
- Akut-/Übergangspfl.	3 581	29 202	58 892	91 676		91 676	0	
- Total	51 158	417 177	841 315	1 309 650	978 522	2 288 172	0	0
Vollkosten:								
- Pflege	5	39	68	112	71	184	0	
- Akut-/Übergangspfl.	0	3	5	8		8	0	
- Total	6	42	73	121	71	192	0	0
Finanzierung Pflege:								
- OKP	4	25	43	72	0	72	3	-2
- Leistungsbezüger	1	14	15	30	34	64	0	30
<i>Entlastung durch EL</i>							0	-6
- Kanton	0	0	3	3	9	13	-1	-11
<i>Belastung aus EL</i>							0	3
- Gemeinden	0	0	7	8	27	35	-2	-24
<i>Belastung aus EL</i>							0	3
Finanz. Akut-/Üb'pfl.:								
- OKP	0	1	2	4		4	0	4
- Leistungsbezüger	0	0	0	0		0	0	0
- Kanton	0	0	0	0		0	0	0
- Gemeinden	0	2	3	4		4	0	4
Überschuss/Defizit	0	0	0	0	-1	-1	0	1

3.4.2 Den Berechnungen zugrunde liegende Annahmen

- **Kosteneinsparungen der kommerziellen Institutionen** gegenüber gemeinnützigen so festgesetzt, dass 2008 keine wesentlichen Defizite resultierten (Annahme, dass kommerzielle Institutionen keine defizitären Leistungen erbringen würden und dass das Fehlen von Vorhalteleistungen und die längeren durchschnittlichen Einsatzdauern wesentliche Kosteneinsparungen erlauben).
- Ein Patient erhält einem Tag nur eine Leistungsart; Durchschnittliche **Behandlungsdauer** pro Patient und Tag (Total aller Einsätze der gleichen Leistungsart, falls mehrere Einsätze am gleichen Tag) für Berechnung Beitrag Leistungsbezüger ab 2011 (vgl. Berechnung in Anhang 2.1):

Leistungsart	Behandlungsdauer pro Tag
entweder Abklärung und Beratung	60 Min.
oder Untersuchung und Behandlung	20 Min.
oder Grundpflege	40 Min.

- Bisher keine Beiträge der Leistungsbezüger an die Pflegekosten.
- Im **Nichtpflegerischen Bereich** wurde die aus den Kostenrechnungen ermittelte **Durchschnittstaxe** von CHF 30.00 pro Stunde eingesetzt; das nach Taxerträgen und Staatsbeiträgen verbleibende Defizit geht zulasten der Gemeinde.

3.4.3 Schlüsselerkenntnisse

- Die gesetzlich vorgesehene **Beteiligung der Leistungsbezüger** an den Pflegekosten mit maximal CHF 15.95 pro Tag wird ab einer Pflegedauer von ca. ½ LStd pro Tag voll ausgeschöpft. Erst bei einer kürzeren Pflegedauer wird sie reduziert. Sie bewirkt eine Belastungsverlagerung von ca. CHF 30 Mio. pro Jahr von der öffentlichen Hand zu den Leistungsbezügern. Die Erhöhung der OKP-Steuer ab 2014 entlastet fast ausschliesslich die öffentliche Hand, da die Leistungsbezüger nach wie vor beinahe den maximalen Beitrag zu entrichten haben.
- Die Annahmen hinsichtlich der **durchschnittlichen Pflegedauer pro Tag** haben sehr starke Auswirkungen auf die Lastenverteilung zwischen Leistungsbezügern und öffentlicher Hand. Bereits eine geringfügig höher angesetzte Pflegedauer pro Tag ergibt wesentlich tiefere Patientenbeiträge und höhere Beiträge der öffentlichen Hand (und umgekehrt).
- Während der **Leistungsanstieg** alle Kostenträger stärker belastet, geht der **Kostenanstieg** voll zulasten der öffentlichen Hand.

3.5 Vergleich der Resultate mit anderen Studien

3.5.1 Plausibilisierung der Kosten- und Finanzierungsberechnungen für 2008

- Im Spitex-Bereich sind zu Vergleichszwecken die Daten der **Spitex-Statistik** verfügbar, welche bis 2007 durch den Kantonalen Spitex-Verband und seither durch die GD geführt wurde. Diese Daten sind im „Kenndatenbuch Langzeitversorgung 2008“ der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich publiziert.
- Die **Leistungsdaten** der Spitex-Statistik 2008 beziehen sich auf sämtliche Institutionen des Kantons, die **Finanzdaten** der Spitex-Statistik 2008 dagegen nur auf die gemeinnützigen Institutionen. Unsere Berechnungen beziehen sich durchgehend auf sämtliche Institutionen des Kantons.

Abgleich Vollkosten

in CHF Mio.	NB	Spitex-Statistik 2008
Ausgewiesene Vollkosten	192	186
- Vollkosten kommerzielle Spitex-Institutionen	-24	
- Vollkosten Verkauf KLV-pflichtiges Pflegemat. u. Medikamente		- 3
- Vollkosten weitere Spitex-Leistungen ³¹		- 3
- Vollkosten Vereinstätigkeit ³²		- 9
Vollkosten nach Standardisierung	168	171
Abweichung		3

Abgleich OKP-Beiträge

in CHF Mio.	NB	Spitex-Statistik 2008
Ausgewiesene OKP-Beiträge Pflegeleistungen	74	64
- OKP-Beiträge kommerzieller Spitex-Institutionen	-11	
OKP-Beiträge nach Standardisierung	63	64
Abweichung		1

³¹ Beinhaltet z.B. Mahlzeitendienst

³² Annahme, dass Vollkosten der Vereinstätigkeit den Erträgen aus Mitgliederbeiträgen, Spenden/Legaten und anderen Erträgen (Miet- u. Kapitalerträge) entsprechen

Abgleich Beiträge Leistungsbezüger

in CHF Mio.	NB	Spitex-Statistik 2008
Ausgewiesene Beiträge Leistungsbezüger	33	23
- Beiträge an kommerzielle Spitex-Institutionen	-10	
OKP-Beiträge nach Standardisierung	23	23
Abweichung		0

- Bei den Beiträgen von Kanton und Gemeinden sind die Abweichungen zwischen den NB-Daten und denen des Spitex-Verbandes mit unter CHF 2 Mio. bzw. unter CHF 1 Mio. gering
- Die Plausibilisierung anhand der Spitex-Statistik zeigt, dass sich mit unserem **Rechnungsmodell** die Vollkosten und Finanzierungsbeiträge für das Jahr 2008 **relativ präzise** ermitteln lassen. Damit soll ein gewisses Vertrauen in die Modellergebnisse für die Jahre 2011 und 2014 geschaffen werden.

3.5.2 Vergleich mit früherer Schätzung der GD

- Die von der GD anlässlich der Vernehmlassung zum E-GesG publizierte Schätzung der Auswirkungen der Gesetzesänderung auf die verschiedenen Kostenträger beruht teilweise auf älteren Daten (z.B. bisherige Gemeinde-Beiträge) sowie vereinfachenden Annahmen (z.B. Eigenbelastung der Leistungsbezüger) und weicht deshalb von unseren Ergebnissen ab.

4 Leistungen der Freiberuflichen Pflegefachfrauen (FPFF)

4.1 Daten

- Zu den Leistungen der Freiberuflichen Pflegefachfrauen (FPFF) sind kaum Daten vorhanden. Einzig die Kantone beider Basel haben für die Jahre 2005–2008 eine detaillierte Erhebung vorgenommen. Im Rahmen dieser Erhebung wurden die Anzahl FPFF sowie die verrechneten Leistungsstunden, aufgeteilt nach den Leistungsarten „Bedarfsabklärung und Beratung“, „Behandlungspflege“, „Grundpflege“ erhoben.
- Die Daten aus dieser Erhebung sind betreffend ihrer Qualität schwierig zu beurteilen. Diverse Faktoren (nicht plausible Schwankungen der Anzahl FPFF und unrealistische Zunahmen bei den Leistungsstunden) deuten jedoch darauf hin, dass die Zahlen mit Vorsicht zu betrachten sind.

4.2 Vorgehen und Annahmen

- In Ermangelung anderer Daten haben wir uns auf die Leistungszahlen aus Basel abgestützt.
- Wir haben für die einzelnen Leistungsarten den Mittelwert 2005–2008 der erhobenen Leistungsstunden pro FPFF als Basis für die Berechnungen herangezogen und diese drei Werte mit der Anzahl FPFF im Kanton Zürich (2008: 233) multipliziert, um die von den FPFF jährlich erbrachten LStd bzw. LMin zu erhalten.
- Um die effektiv geleisteten Minuten der FPFF des Kantons Zürich zu erhalten, haben wir bezüglich der Auslastung (verrechnete/geleistete Minuten) folgende Annahmen getroffen:
 - Auslastung Bedarfsabklärung und Beratung: 80 %
 - Auslastung Behandlungspflege: 70 %
 - Auslastung Grundpflege: 80 %Die Auslastung bei den gemeinnützigen Spitex-Institutionen lag in den Jahren 2004–2008 durchschnittlich bei knapp 66 %, Tendenz leicht rückläufig. Dieser Wert liegt unter den von uns getroffenen Annahmen für die FPFF. Es ist jedoch anzunehmen, dass FPFF anteilmässig mehr verrechenbare Leistungen erbringen.
- Um die Vollkosten pro LMin für alle FPFF im Kanton zu ermitteln, haben wir bezüglich der Lohn- und weiteren Kosten folgende weiteren Annahmen getroffen:
 - Brutto-Jahreslohn einer dipl. Pflegefachfrau: CHF 75 000
 - Jahresarbeitsstunden (ohne Ferien): 1 930 (115 800 Min.)
 - Sozialversicherungen („Arbeitgeber-Beitrag“): 11 % des Brutto-Jahreslohnes
 - Übrige Kosten (z.B. Aus- u. Weiterbildung, Verwaltung): 10 % des Brutto-Jahreslohnes
- Um den Beitrag der Leistungsbezüger zur Finanzierung der Vollkosten zu ermitteln, musste die analoge Annahme betreffend durchschnittlicher Pflegedauer pro Tag wie bei den Spitex-Institutionen getroffen werden (vgl. Abschnitt 3.4.2).

4.3 Finanzielle Auswirkungen für Kanton, Gemeinden, Leistungsbezüger

Die Belastung der Kostenträger für die Jahre 2008, 2011 und 2014 bezüglich der Leistungen der FPFF sieht folgendermassen aus (ohne Leistungs- und Kostenanstieg):

in CHF Mio.

2008	Abklärung + Beratung	Untersuch. + Behandlung	Grundpflege	Total KLV
Leistungsminuten	545 220	810 840	1 146 360	2 502 420
Vollkosten	0.5	0.9	1.1	2.6
Finanzierung:				
- OKP	0.6	0.9	1.0	2.5
- Leistungsbezüger	0.0	0.0	0.0	0.0
- Kanton	0.0	0.0	0.0	0.0
- Gemeinden	0.0	0.0	0.0	0.0
Total Beiträge	0.6	0.9	1.0	2.5
Überschuss/Defizit	0.1	0.0	-0.1	-0.1

2011	Abklärung + Beratung	Untersuch. + Behandlung	Grundpflege	Total KLV
Leistungsminuten	545 220	810 840	1 146 360	2 502 420
Vollkosten	0.5	0.9	1.1	2.6
Finanzierung:				
- OKP	0.6	0.9	1.0	2.5
- Leistungsbezüger	0.0	0.0	0.1	0.2
- Kanton	0.0	0.0	0.0	0.0
- Gemeinden	0.0	0.0	0.0	0.0
Total Beiträge	0.6	0.9	1.1	2.7
Überschuss/Defizit	0.1	0.0	0.0	0.1

2014	Abklärung + Beratung	Untersuch. + Behandlung	Grundpflege	Total KLV
Leistungsminuten	545 220	810 840	1 146 360	2 502 420
Vollkosten	0.5	0.9	1.1	2.6
Finanzierung:				
- OKP	0.7	0.9	1.0	2.7
- Leistungsbezüger	0.0	0.0	0.1	0.1
- Kanton	0.0	0.0	0.0	0.0
- Gemeinden	0.0	0.0	0.0	0.0
Total Beiträge	0.7	0.9	1.1	2.8
Überschuss/Defizit	0.2	0.0	0.0	0.2

5 Zusammenfassung Finanzielle Auswirkungen

5.1 Basisszenario ohne Leistungs- und Kostenanstieg

- **Basisszenario** macht den alleinigen Einfluss der Gesetzesänderung sichtbar.
- Die Daten umfassen sowohl die **Langzeitpflege** als auch die **Akut- und Übergangspflege**, jedoch keine nichtpflegerischen Leistungen.

2008	Stationäre Pflege	Ambulante Pflege		Total
		Spitex	FPPF	
Vollkosten	564	121	3	688
Finanzierung:				
- OKP	269	74	3	346
- Leistungsbezüger	85	0	0	85
- Kanton	11	14	0	25
- Gemeinden	162	32	0	194
- Differenz FiBu/Bebu	37			37

in CHF Mio.

2011	Stationäre Pflege	Ambulante Pflege		Total	Δ 2008-2011
		Spitex	FPPF		
Vollkosten:					
- Pflege	554	113	3	670	
- Akut-/Übergangspf.	10	8	0	18	
- Total	564	121	3	688	0
Finanzierung:					
- OKP	269	74	3	346	0
- Leistungsbezüger	85	30	0	115	30
<i>Entlastung durch EL</i>					-6
- Kanton	38	4	0	42	17
<i>Belastung aus EL</i>					3
- Gemeinden	172	13	0	185	-9
<i>Belastung aus EL</i>					3

2014	Stationäre Pflege	Ambulante Pflege		Total	Δ 2011-2014	Δ 2008-2014
		Spitex	FPPF			
Vollkosten:						
- Pflege	554	113	3	670		
- Akut-/Übergangspf.	10	8	0	18		
- Total	564	121	3	688	0	0
Finanzierung Pflege:						
- OKP	230	76	3	309	-37	-37
- Leistungsbezüger	88	30	0	118	3	33
<i>Entlastung durch EL</i>					-2	-8
- Kanton	44	3	0	47	5	22
<i>Belastung aus EL</i>					1	4
- Gemeinden	202	12	0	214	29	20
<i>Belastung aus EL</i>					1	4

5.2 Szenario mit Leistungs- und Kostenanstieg

- Zusammenfassung der Berechnungen der Anhänge 1.1 und 2.2.; jährliche Wachstumsraten:

	Leistungsanstieg		Kostenanstieg
	Langzeitpflege	Akut-/Übergangspflege	
Stationäre Leistungen	1.6 %	10.0 %	3.2 %
Ambulante Leistungen	3.0 %	3.0 %	1.0 %

2008	Stationäre Pflege	Ambulante Pflege		Total
		Spitex	FPPF	
Vollkosten	564	121	3	688
Finanzierung:				
- OKP	269	74	3	346
- Leistungsbezüger	85	0	0	85
- Kanton	11	14	0	25
- Gemeinden	162	32	0	194
- Differenz FiBu/Bebu	37			37

in CHF Mio.

2011	Stationäre Pflege	Ambulante Pflege		Total	Δ 2008-2011
		Spitex	FPPF		
Vollkosten:					
- Pflege	639	127	3	769	
- Akut-/Übergangspf.	14	9	0	23	
- Total	653	136	3	792	104
Finanzierung:					
- OKP	284	79	3	366	20
- Leistungsbezüger	92	35	0	127	42
<i>Entlastung durch EL</i>					-12
- Kanton	49	5	0	54	29
<i>Belastung aus EL</i>					6
- Gemeinden	226	17	0	243	49
<i>Belastung aus EL</i>					6

2014	Stationäre Pflege	Ambulante Pflege		Total	Δ 2011-2014	Δ 2008-2014
		Spitex	FPPF			
Vollkosten:						
- Pflege	737	143	3	883	114	
- Akut-/Übergangspf.	21	10	0	31	8	
- Total	758	153	3	914	122	226
Finanzierung Pflege:						
- OKP	258	91	3	352	-14	6
- Leistungsbezüger	101	39	0	140	13	55
<i>Entlastung durch EL</i>					-7	-19
- Kanton	72	6	0	78	24	53
<i>Belastung aus EL</i>					3	9
- Gemeinden	328	17	0	345	102	151
<i>Belastung aus EL</i>					4	10

5.3 Szenario neues kantonales Pflegegesetz tritt nach nKVG in Kraft

- Tritt die hier vorgesehene Gesetzesänderung bis zur Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 nicht in Kraft, kann die vorgesehene Kostenbeteiligung von 20% des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherer mangels Rechtsgrundlage nicht von den Leistungsbezügerinnen und -bezügern verlangt werden. Entsprechend würde sich der bisherige Restfinanzierungsanteil der öffentlichen Hand für Pflegeleistungen von rund CHF 219 Mio. um bis zu CHF 115 Mio. erhöhen. Insgesamt würden entsprechend den für Pflegeheime bzw. für ambulante Leistungserbringer geltenden Staatsbeitragsätzen zusätzlich rund CHF 90 Mio. zu Lasten der Gemeinden und rund CHF 25 Mio. zu Lasten des Kantons anfallen

A 1 Stationäre Leistungen

A 1.1 Szenario mit Leistungs- und Kostenanstieg

- 1.6% Leistungsanstieg p.a. Langzeitpflege
- 10% Leistungsanstieg p.a. Akut- und Übergangspflege
- 3.2% Kostenanstieg p.a.

in CHF Mio.	2008	2011	2014	Δ 2008-2011	Δ 2011-2014	Δ 2008-2014
Aufenthaltsstage						
- Langzeitpflege	4 684 000	4 862 266	5 098 658	178 266	236 392	414 658
- Akut- und Übergangspflege	0	62 778	83 557	62 778	20 780	83 557
Total	4 684 000	4 925 044	5 182 216	241 044	257 172	498 216
Pflegekosten						
- Langzeitpflege	564	639	737	75	99	174
- Akut- und Übergangspflege	0	14	21	14	7	21
Total	564	653	759	89	106	195
Finanzierung Langzeitpflege						
- OKP	269	278	248	9	-30	-21
- Leistungsbezüger	85	92	101	7	9	16
<i>Entlastung durch EL Pflege</i>				-4	-5	-10
- Kanton	11	48	70	37	22	59
<i>Belastung aus EL Pflege</i>				2	2	4
- Gemeinden	162	220	318	59	98	157
<i>Belastung aus EL Pflege</i>				2	3	5
- Differenz FIBU/BEBU, etc.	37	0	0	-37	0	-37
Finanzierung Akut- und Übergangspflege						
- OKP	0	6	10	6	3	10
- Leistungsbezüger	0	0	0	0	0	0
- Kanton	0	1	2	1	1	2
- Gemeinden	0	6	10	6	3	10
Finanzierung Total						
- OKP	269	284	258	15	-27	-11
- Leistungsbezüger	85	92	101	7	9	16
<i>Entlastung durch EL Pflege</i>				-4	-5	-10
- Kanton	11	50	72	38	22	61
<i>Belastung aus EL Pflege</i>				2	2	4
- Gemeinden	162	227	328	65	101	167
<i>Belastung aus EL Pflege</i>				2	3	5
- Differenz FIBU/BEBU, etc.	37	0	0	-37	0	-37

A 1.2 Szenarien mit Benchmark-Normdefizit

- Für die Berechnung der Staatsbeiträge wurde in der Basisvariante (Abschnitt 2.7) der gewichtete Mittelwert der Pflegekosten der Heime herangezogen. Im Sinne eines Anreizes für Effizienzsteigerungen könnte die GD jedoch auch sog. Benchmark-Normkosten verwenden, um das Normdefizit und die Staatsbeiträge zu berechnen. Als Benchmarks kommen z.B. das 25., 40. und 75. Perzentil der Pflegekosten in Frage.
- Unter der Annahme, dass Effizienzgewinne erst verzögert eintreten, hat die Kürzung der Staatsbeiträge infolge der Anwendung von Benchmark-Normkosten zunächst lediglich zur Folge, dass die Gemeinden einen grösseren Anteil am gleichbleibenden Defizit tragen müssen. Im Folgenden werden deshalb nur die unterschiedlichen Kostenverteilungen zwischen Kanton und Gemeinden in den verschiedenen Szenarien dargestellt
- Vollkosten pro Minute der stationären Pflege:

	Vollkosten pro Minute (CHF)			
	Basisvariante Mittelwert	Variante A 25. Perzentil	Variante B 40. Perzentil	Variante C 75. Perzentil
Pflegekosten	1.21	1.03	1.18	1.35

- Kostenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden (in CHF Mio., Langzeit- und Akut-/Übergangspflege, ohne Berücksichtigung von EL):

Jahr	Kostenträger	Beiträge in Szenario 1 (in CHF Mio.) (ohne Leistungs- und Kostenanstieg)			
		Basisvariante	Variante A	Variante B	Variante C
2011	Kanton	38	25	36	47
	Gemeinden	172	184	174	162
	Total	209	209	209	209
2014	Kanton	44	30	42	56
	Gemeinden	202	216	204	190
	Total	246	246	246	246

Jahr	Kostenträger	Beiträge in Szenario 2 (in CHF Mio.) (1.6%/10% Leistungs- und 3.2% Kostenanstieg)			
		Basisvariante	Variante A	Variante B	Variante C
2011	Kanton	50	36	47	61
	Gemeinden	227	240	229	216
	Total	276	276	276	276
2014	Kanton	72	52	69	88
	Gemeinden	328	348	331	312
	Total	400	400	400	400

A 2 Ambulante Leistungen

A 2.1 Berechnungen Normdefizit, Beitrag Leistungsbezüger (Szenario ohne Leistungs- und Kostenanstieg)

in CHF

Berechnung Normdefizit pro Leistungsstunde

2008	Gemeinnützige Institutionen				Kommerzielle Institutionen				festgelegtes Normdefizit	Kosteneinsparung ggü gemeinn. Inst.
	Patienten-Beitrag	Normkosten	rechner. Normdefizit	festgelegtes Normdefizit	Patienten-Beitrag	Normkosten	rechner. Normdefizit	festgelegtes Normdefizit		
Abklär. + Berat.	0.00	-109.80	-39.80	-41.64	0.00	-71.37	-1.37	0.00	35%	
Untersuch. + Beh.	0.00	-105.00	-40.00	-41.64	0.00	-68.25	-3.25	0.00	35%	
Grundpflege	0.00	-94.80	-43.40	-41.64	0.00	-52.14	-0.74	0.00	45%	
Nicht-KLV	30.00	-77.40	-47.40	-38.10	54.18	-50.31	0.00	0.00	35%	

2011	Gemeinnützige Institutionen				Kommerzielle Institutionen				festgelegtes Normdefizit	Kosteneinsparung ggü gemeinn. Inst.
	Patienten-Beitrag	Normkosten	rechner. Normdefizit	festgelegtes Normdefizit	Patienten-Beitrag	Normkosten	rechner. Normdefizit	festgelegtes Normdefizit		
Abklär. + Berat.	15.95	-109.80	-23.85	-23.85	1.37	-71.37	0.00	0.00	35%	
Untersuch. + Beh.	40.00	-105.00	0.00	0.00	3.25	-68.25	0.00	0.00	35%	
Grundpflege	23.93	-94.80	-19.48	-19.48	0.74	-52.14	0.00	0.00	45%	
Nicht-KLV	30.00	-77.40	-47.40	-38.10	54.18	-50.31	0.00	0.00	35%	

2014	Gemeinnützige Institutionen				Kommerzielle Institutionen				festgelegtes Normdefizit	Kosteneinsparung ggü gemeinn. Inst.
	Patienten-Beitrag	Normkosten	rechner. Normdefizit	festgelegtes Normdefizit	Patienten-Beitrag	Normkosten	rechner. Normdefizit	festgelegtes Normdefizit		
Abklär. + Berat.	15.95	-109.80	-14.05	-14.05	0.00	-71.37	0.00	0.00	35%	
Untersuch. + Beh.	39.60	-105.00	0.00	0.00	2.85	-68.25	0.00	0.00	35%	
Grundpflege	23.93	-94.80	-16.28	-16.28	0.00	-52.14	0.00	0.00	45%	
Nicht-KLV	30.00	-77.40	-47.40	-38.10	54.18	-50.31	0.00	0.00	35%	

Berechnung Patienten-Beitrag pro Tag 2011

Abklär. + Berat.	Gemeinnützige Institutionen				Kommerzielle Institutionen			
	Annahme Pflegeminuten pro Tag und Patient	OKP-Taxen	Normkosten	Patienten-Beitrag	Annahme Pflegeminuten pro Tag und Patient	OKP-Taxen	Normkosten	Patienten-Beitrag
60	70.00	-109.80	15.95	15.95	60	70.00	-71.37	1.37
20	21.67	-35.00	13.33	0.00	20	21.67	-22.75	1.08
40	34.27	-63.20	15.95	-12.98	40	34.27	-34.76	0.49

Maximalbeitrag Patient pro Tag 15.95

Berechnung Patienten-Beitrag pro Tag 2014

Abklär. + Berat.	Gemeinnützige Institutionen				Kommerzielle Institutionen			
	Annahme Pflegeminuten pro Tag und Patient	OKP-Taxen	Normkosten	Patienten-Beitrag	Annahme Pflegeminuten pro Tag und Patient	OKP-Taxen	Normkosten	Patienten-Beitrag
60	79.80	-109.80	15.95	-14.05	60	79.80	-71.37	0.00
20	21.80	-35.00	13.20	0.00	20	21.80	-22.75	0.95
40	36.40	-63.20	15.95	-10.85	40	36.40	-34.76	0.00

Maximalbeitrag Patient pro Tag 15.95

A 2.3 Szenarien mit Benchmark-Normkosten

- Für die Berechnung der Staatsbeiträge wurden in der Basisvariante (Abschnitt 3.4) die ungewichteten Mittelwerte der Vollkosten der Spitex-Institutionen herangezogen. Im Sinne eines Anreizes für Effizienzsteigerungen könnte die GD jedoch auch sog. Benchmark-Normkosten verwenden, um das Normdefizit und die Staatsbeiträge zu berechnen. Als Benchmarks kommen z.B. das 25., 40. und 75. Perzentil der Vollkosten der Spitex-Institutionen in Frage.
- Unter der Annahme, dass Effizienzgewinne erst verzögert eintreten, hat die Kürzung der Staatsbeiträge infolge der Anwendung von Benchmark-Normkosten zunächst lediglich zur Folge, dass die Gemeinden einen grösseren Anteil am gleichbleibenden Defizit tragen müssen. Im Folgenden werden deshalb nur die unterschiedlichen Kostenverteilungen zwischen Kanton und Gemeinden in den verschiedenen Szenarien dargestellt.
- Vollkosten pro Leistungsminute gemeinnütziger Spitex-Institutionen:

Leistungsart	Vollkosten pro LMin (CHF)			
	Basisvari. Mittelwert	Variante A 25. Perzentil	Variante B 40. Perzentil	Variante C 75. Perzentil
Abklärung und Beratung	1.84	1.56	1.69	2.19
Untersuchung und Behandlung	1.75	1.63	1.70	1.93
Grundpflege	1.58	1.39	1.49	1.72
Nicht-KLV	1.29	1.18	1.21	1.48

- Kostenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden (in CHF Mio., Langzeit- und Akut-/Übergangspflege, ohne Berücksichtigung von EL):

Jahr	Kostenträger	Beiträge in Szenario 1 (in CHF Mio.) (ohne Leistungs- und Kostenanstieg)			
		Basisvariante	Variante A	Variante B	Variante C
2011	Kanton	14	11	12	16
	Gemeinden	40	43	42	38
	Total	54	54	54	54
2014	Kanton	13	10	12	15
	Gemeinden	39	42	40	37
	Total	52	52	52	52

Jahr	Kostenträger	Beiträge in Szenario 2 (in CHF Mio.) (3% Leistungs- und 1% Kostenanstieg)			
		Basisvariante	Variante A	Variante B	Variante C
2011	Kanton	15	12	13	19
	Gemeinden	49	52	51	45
	Total	64	64	64	64
2014	Kanton	15	12	13	20
	Gemeinden	58	61	60	53
	Total	73	73	73	73

A 3 Abkürzungsverzeichnis

APH	Alterspflegeheim
AT	Aufenthaltstag
BESA	Bewohner/innen-Einstufungs- und Abrechnungs-System
CHF	Schweizer Franken
E-GesG	Entwurf vom 11.11.09 zu den Änderungen des Gesetzes über das Gesundheitswesen vom 4.11.62
EL	Ergänzungsleistungen
FKI	Finanzkraftindex
FPPF	Freiberufliche Pflegefachfrauen
GD	Gesundheitsdirektion
KLV	Verordnung des EDI vom 29.09.1995 über Leistungen in den obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
nKLV	Neue (teilrevidierte) Krankenpflege-Leistungsverordnung, Inkrafttreten 1.1.2011
LMin	Leistungsminute
LStd	Leistungsstunde
NB	Nabholz Beratung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PH	Pflegeheim
PWG	Pflegewohngruppe
RAI	Resident Assessment Instrument
RUG	Resource Utilization Groups
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen