

Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV)

Vorgesehene Änderungen per 1. Juli 2009

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, 18. Dezember 2008

Inhaltsverzeichnis

Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV)

Pflegefinanzierung

1	Einführung	3
11	Ausgangslage	3
12	Von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordnete Leistungen	3
13	Pflegeleistungen ambulant oder im Pflegeheim	3
2	Bestimmungen	4
21	Von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordnete Leistungen (Art. 4)	4
22	Gliederungstitel vor Artikel 7	4
23	Umschreibung des Leistungsbereich (Art. 7)	4
24	Beiträge (Art. 7a)	4
25	Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege (Art. 7b)	5
26	Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung (Art. 8)	5
27	Kontroll- und Schlichtungsverfahren (Art. 8a)	5
28	Abrechnung (Art. 9)	5
29	Kostentransparenz und Tariflimiten (Art. 9a)	5

Pflegefinanzierung

1 Einführung

11 Ausgangslage

Die Eidgenössischen Räte haben am 13. Juni 2008 die Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Pflegefinanzierung beschlossen (BBI 2008 5247). Die Revision hat zur Folge, dass auch die von den Änderungen betroffenen Verordnungen angepasst werden müssen. Es handelt sich dabei namentlich um die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und die Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31). Die Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV; SR 831.101) muss auch angepasst werden, insbesondere hinsichtlich der Definition der Heime.

Für die Festlegung des Datums des Inkrafttretens des Gesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (im Folgenden "das Gesetz" genannt) ist der Bundesrat zuständig. Vorgesehen ist ein Inkrafttreten per 1. Juli 2009.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung beinhaltet, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Frankenbetrag leistet, der je nach Pflegebedarf variiert. Die Beiträge werden vom Bundesrat für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt. Dabei handelt es sich einzig um Pflegeleistungen im Sinne des Artikel 25a Absatz 1 KVG, da die Pensions- und Betreuungskosten wie heute von den pflegebedürftigen Personen getragen werden müssen, bzw. subsidiär durch die Sozialleistungen (insbesondere die Ergänzungsleistungen [EL]), die bedarfsabhängig ausgerichtet werden. Für die Pflegekosten, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden, dürfen die versicherten Personen bis zu einem Betrag von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags belastet werden. Die Versicherten haben zudem auch auf dem Pflegebeitrag die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG zu entrichten. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Angesichts des vorgesehenen Datums für die Inkraftsetzung, sind die Kantone aufgefordert, die notwendigen kantonalen Ausführungsbestimmungen umgehend an die Hand zu nehmen.

12 Von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordnete Leistungen

Mit der Gesetzesrevision (Art. 25 Abs. 2 Bst. a) dürfen neu auch Personen auf Anordnung oder im Auftrag eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin tätig sein. Aus der parlamentarischen Beratung (AB 2006 S 652 ff) geht eindeutig hervor, dass es die Intention des Gesetzgebers ist, den Chiropraktoren und Chiropraktorinnen zu ermöglichen, Leistungen, die von Physiotherapeuten oder Physiotherapeutinnen durchgeführt werden, zu verordnen. Entsprechend wird eine Erweiterung der von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordneten Leistungen auf die Leistungen der Physiotherapie vorgesehen.

13 Pflegeleistungen ambulant oder im Pflegeheim

Die Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden, sind mit der Revision in Bezug auf die Finanzierung neu geregelt worden. Das revidierte Gesetz sieht keine einheitliche Finanzierung aller Pflegeleistungen vor, sondern unterscheidet zwischen „Pflegeleistungen“ und „Leistungen der Akut- und Übergangspflege“. Bei den „Pflegeleistungen“ liegt der Fokus eher auf einem längerfristigen Pflegebedarf und die Krankenversicherung vergütet an die Pflegeleistungen zukünftig einen Beitrag in Franken, der vom Bundesrat bzw. mit der vorgeschlagenen Delegationsnorm in Artikel 33 Buchstabe h KVV vom Departement festgelegt wird. Die Tarifbestimmungen des KVG kommen folglich nicht mehr zur Anwendung. Die „Akut- und Übergangspflege“ soll einen zeitlichen befristeten Pflegebedarf im Anschluss an einen Spitalaufenthalt abdecken und entsprechend nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet werden. Für diese Leistungen, die inhaltlich den Leistungen in Artikel 7 KLV entsprechen, haben die Versicherer und Leistungserbringer Pauschaltarife zu vereinbaren, so

dass auf die im Gesetz bereits bestehenden Tarifbestimmungen abgestellt werden kann und keine zusätzlichen Bestimmungen auf Verordnungsstufe notwendig sind.

Die Leistungen der Pflege sind bereits heute in Artikel 7 Absatz 2 KLV definiert und die Umschreibung des Leistungsbereichs auf Verordnungsstufe wird grundsätzlich beibehalten. In Bezug auf den Leistungsbereich ist daher auch keine Unterscheidung zwischen den Pflegeleistungen und den Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu machen. Entsprechend ist auch die kumulative Vergütung von Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege ausgeschlossen. In Bezug auf die unterschiedliche Finanzierungsregelung sind dennoch gewisse Anpassungen auf Verordnungsstufe notwendig.

In Bezug auf Leistungsdefinition und -umfang ist zu ergänzen, dass eine Überprüfung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen wird. Insbesondere wird dabei zu klären sein, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt und gegebenenfalls Anpassungen notwendig sind.

2 Bestimmungen

21 Von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordnete Leistungen (Art. 4)

Der Einleitungssatz wird geändert und der Buchstabe e neu eingeführt, so dass es den Chiropraktoren und Chiropraktorinnen ermöglicht wird, Leistungen der Physiotherapie zu verschreiben.

22 Gliederungstitel vor Artikel 7

Der Begriff Krankenpflege „zu Hause“ bzw. Pflegeleistungen „zu Hause“ wird im revidierten Gesetz nicht mehr genannt, da mit dem Begriff „ambulant“ auch die Pflegeleistungen zu Hause eingeschlossen sind. Entsprechend wurde der Gliederungstitel des 3. Abschnittes auf „Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim“ gekürzt.

23 Umschreibung des Leistungsbereich (Art. 7)

In Absatz 1 wird neu Bezug auf Artikel 33 KVV genommen, um die dort genannten Pflegeleistungen zu präzisieren. Der Absatz 2ter wird neu aufgenommen, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass im Gesetz der Begriff Tages- und Nachstrukturen aufgenommen wurde.

In Absatz 3 werden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege umschrieben. Die Leistungen entsprechen analog den Pflegeleistungen den Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV und als Leistungserbringer gelten ebenfalls diejenigen, die bereits in Artikel 7 Absatz 1 KLV aufgeführt sind. Zudem wird auch auf Verordnungsstufe festgehalten, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nur im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erfolgen können.

24 Beiträge (Art. 7a)

In diesem Artikel werden die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Pflegeleistungen konkretisiert. An der heutigen Vergütungsform ist grundsätzlich nichts zu ändern, d.h. die Pflegeleistungen ambulant sollen weiterhin mittels eines Zeitansatzes und die Pflegeleistungen im Pflegeheim mittels eines Tagesansatzes vergütet werden.

Die Ermittlung der Beiträge erfolgt auf Basis der in Absatz 1 der gesetzlichen Übergangsbestimmung enthaltenen Vorgabe der Kostenneutralität für die obligatorische Krankenversicherung. Bei den Pflegeheimen wurde ausgehend von den Daten aus der sozialmedizinischen Statistik ein Mengengerüst für ein linear abgestuftes Beitragssystem geschätzt. Dem wurden die geschätzten Vergütungen der Krankenversicherung für 2006 für Pflegeleistungen (rund 1.5 Mrd. CHF, ohne Vergütungen für Arztleistungen, Medikamente u.a.) gegenübergestellt. Die so ermittelten Beiträge wurden dann um die durchschnittliche Erhöhung der Rahmentarife zwischen 2006 und 2008 (3.17%) angepasst und am Schluss auf 50 Rappen (ab-)gerundet.

Im Bereich der Spitex wurde für die Ermittlung der kostenneutralen Beiträge auf die Erhebung des Expertenbüros INFRAS (INFRAS, Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten, 16. Mai 2007, Zürich) abgestellt. Aus dieser Erhebung lassen sich die durchschnittlichen Kosten pro Stunde Pflegeleistung und pro Leistungsart berechnen. Diesen wurde die durchschnittliche Vergütung der Krankenversicherung gemäss der Spitex-Statistik 2006 für KLV-Leistungen pro Stunde (rund 56 CHF) gegen-

übergestellt. Die so ermittelten Beiträge wurden dann um die durchschnittliche Erhöhung der Rahmentarife zwischen 2006 und 2008 angepasst (2.93%) und am Schluss auf 5 Rappen gerundet.

In Absatz 1 werden die Beiträge nach den Leistungskategorien in Artikel 7 Absatz 2 KLV für ambulante Leistungserbringer pro Stunde genannt. Die effektive Vergütung soll aber dann in Zeiteinheiten von 5 Minuten erfolgen, was in Absatz 2 formuliert ist. Da die ambulanten Leistungserbringer die Patienten und Patientinnen i.d.R. aufsuchen und zu Hause pflegen, drängt es sich auf, eine Mindesteinsatzdauer zu berücksichtigen. Die Vergütung soll deshalb pro Einsatz mindestens 10 Minuten umfassen. In Bezug auf eine Begrenzung der zu vergütenden Stunden, bleibt die Regelung in Artikel 8a Absatz 3 KLV grundsätzlich bestehen (vgl. auch Ziffer 27). In Absatz 3 werden die Beiträge abgestuft nach dem Pflegebedarf für die Pflegeheime genannt. Die Abstufung erfolgt mittels einer linearen 20-Minuten-Skala. Damit soll erstens eine genügende Differenzierung der Pflegebedürftigkeit sichergestellt werden. Zweitens lassen sich dank den Minutenangaben die heutigen - unterschiedlich ausgestalteten - Systeme auf einen gemeinsamen Nenner überführen. Dies bedeutet auch, dass die bestehenden Pflegebedarfsysteme beibehalten werden können.

25 Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege (Art. 7b)

In diesem Artikel wird die Kostenübernahme der Akut- und Übergangspflege beschrieben.

Die Vergütung wird in den Absätzen 1 und 2 gemäss den gesetzlichen Bestimmungen zur Spitalfinanzierung präzisiert.

26 Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung (Art. 8)

In Absatz 3bis wird explizit festgehalten, dass auch für die Leistungen der Akut- und Übergangspflege der Pflegebedarf nach einheitlichen Kriterien zu ermitteln und auf einem einheitlichen Formular festzuhalten ist.

Absatz 4 enthält bezüglich Pflegebedarfsstufen den Verweis auf die Pflegestufen nach dem neuen Artikel 7a Absatz 2 KLV. In Absatz 6 wurde die im Gesetz vorgeschriebene Anforderung der ärztlichen Anordnung für Patienten der Akut- und Übergangspflege eingebaut. Zudem musste in Absatz 7 ergänzt werden, dass eine Wiederholung der Anordnung bei diesen Patienten ausgeschlossen ist.

27 Kontroll- und Schlichtungsverfahren (Art. 8a)

Angesichts der Einführung der Beitragslösung für die Pflegeleistungen mit dem Inkrafttreten des Gesetzes sind in Absatz 1 und 2 die Verweise auf die Tarifverträge bzw. Tariffestsetzung zu streichen. In Absatz 1 musste zudem das Wort „zu Hause“ mit „ambulant“ ersetzt werden, da der Begriff „zu Hause“ auf Gesetzesebene, d.h. in Artikel 25 Absatz 2 KVG, nicht mehr genannt wird. Das Streichen des Begriffes „zu Hause“ erfordert dann zusätzlich die Präzisierung, dass sich der Begriff Leistungserbringer in Absatz 1 auf die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b bezieht.

In Absatz 3 wird weiter eine Präzisierung in Bezug auf die Zuständigkeit für die Überprüfungen der ärztlichen Anordnungen vorgeschlagen. Wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden, kann die Überprüfung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin erfolgen.

28 Abrechnung (Art. 9)

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes und der Einführung der Beitragslösung für die Pflegeleistungen sind die spezifischen Tarifbestimmungen in diesem Artikel zu streichen. Hingegen ist in Absatz 1 und 2 festzuhalten, dass die Leistungen analog zur Differenzierung der Beiträge abzurechnen sind, damit eine einheitliche und nachvollziehbare Rechnungsstellung gewährleistet werden kann. Für weitere KVG-Leistungen, die von Pflegeheimen und Spitex erbracht werden und für die Tarife zu vereinbaren sind (z.B. die Akut- und Übergangspflege oder Arztleistungen in einem Pflegeheim), gelten die allgemeinen Tarifregeln nach Artikel 43 ff KVG.

29 Kostentransparenz und Tariflimiten (Art. 9a)

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes und der Einführung der Beitragslösung für die Pflegeleistungen besteht keine Notwendigkeit mehr, Rahmentarife festzusetzen. Der Artikel ist daher aufzuheben.