

## Stellungnahme der GELIKO zu einzelnen Artikeln der Verordnungsentwürfe KVV und KLV

### KLV

Art. KLV-Entwurf	Änderungsanträge zu den Verordnungsentwürfen ( <u>beantragte Ergänzungen unterstrichen</u> )	Stellungnahme und Begründung
Art. 7 Abs. 2ter	Die Leistungen können ambulant, <u>in einem Pflegeheim oder in einer vom Kanton anerkannten Tages- bzw. Nachtstätte</u> erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.	<b>Die Kantone müssen die Möglichkeit haben, mit einer Anerkennung von Tages- bzw. Nachtstätten die Beitragspflicht der Versicherer auszulösen.</b> Mit der vom Departement vorgeschlagenen Formulierung würden Tages- bzw. Nachtstätten, die nicht einem Heim oder einer Spitex-Organisation angegliedert sind und die vor allem die tageweise Pflege und Betreuung von Demenzkranken übernehmen, von der Finanzierung im Rahmen der OKP ausgeschlossen. Dies war mit Sicherheit nicht die Absicht des Parlamentes zumal diese Einrichtungen schon heute Beiträge der Krankenversicherer erhalten.
Art. 7a Abs. 1 und 3	Die bisherigen Leistungen der Versicherer sind im Rahmen der Tariffestlegung für die ambulante Pflege und im Pflegeheim weiterzuführen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Patientenbeteiligung den im Parlament vorgegebenen Betrag von 7'100 Franken nicht übersteigt.	Die kostenneutrale Überführung der Beiträge entspricht dem Beschluss des Parlamentes. Weil die Patientenbeteiligung direkt mit der Festlegung des höchsten Beitrags zusammenhängt, muss hier die im Parlament genannte Limite beachtet werden.
Art. 7a Abs. 4 neu	<u>Der maximale tägliche (eventuell: jährliche) Kostenbeitrag der versicherten Person gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG beträgt sowohl bei ambulanter Pflege wie auch bei Pflege im Heim 20.40 Franken (eventuell: 7'446 Franken).</u>	Benötigt eine Person intensive Pflege von täglich mehreren Stunden, führt die vorgeschlagene Lösung in der KLV zu einer massiven Privilegierung der Heimbewohner resp. zu einer massiven Mehrbelastung all jener pflegebedürftigen Personen, die daheim leben. Dem gesetzgeberischen Willen kann nur entsprochen werden, indem die maximale tägliche (eventuell: jährliche) Patientenbeteiligung im Bereich der ambulanten Pflege in der Verordnung auf das Maximum der täglichen (eventuell: jährlichen) Patientenbeteiligung im Pflegeheim begrenzt wird. Dies ist umso wichtiger, als Menschen, die (im IV-Alter) auf ambulante Pflege angewiesen sind, die ungedeckten Kosten oft nicht über die Ergänzungsleistungen finanzieren können, da sie noch keine Rente erhalten haben. Bei Heimbewohnern ist diese Konstellation wesentlich seltener.
Art. 7a Abs. 5 neu	<u>Das Bundesamt erarbeitet mit den Leistungserbringern zusammen eine Umrechnung der bisherigen Leistungserfassung auf die Beitragsstufen nach Abs. 3.</u>	RAI/RUG, BESA und PLAISIR beruhen auf unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen. Damit gleiche Leistungen gleich und unterschiedliche Leistungen unterschiedlich abgegolten werden, ist eine Koordination der drei Systeme auf die in Abs.3 aufgeführten Leistungsstufen nötig.

<p>Art. 7b Abs. 2</p>	<p>Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer <u>beziehungsweise dem Versicherten</u> beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG.</p>	<p><b>Dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet, muss sowohl im System des Tiers payant wie im System des Tiers garant möglich sein.</b> Gemäss Entwurf wäre die entsprechende Vereinbarung aber nur für das System des Tiers payant zulässig. Es ist deshalb eine Ergänzung nötig, welche die Vereinbarung auch für das System des Tiers garant ermöglicht. Dabei wird die Umstellung von tiers garant zum tiers payant, wie sie mit der Revision der Spitalfinanzierung eingeführt wurde (Art. 42 Abs. 2 KVG, in Kraft seit 1.1.2009) nicht berührt.</p>
<p>Art. 7c (neu)</p>	<p><u>Definition der Akut- und Übergangspflege</u>  <u>1 Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <u>Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.</u></li> <li>b. <u>Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.</u></li> <li>c. <u>Es liegt keine Rehabilitationsfähigkeit vor, welche einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nahe legen würde.</u></li> <li>d. <u>Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.</u></li> <li>e. <u>Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. d aufgestellt.</u></li> </ul> <p><u>2 Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der Akut- und Übergangspflege.</u></p>	<p><b>Die Akut- und Übergangspflege muss unbedingt in der Verordnung definiert werden, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation.</b></p> <p>Ohne einheitliche und klare Definition im Sinne einer Abgrenzung bleibt der neue Begriff nicht anwendbar und Streitigkeiten bezüglich der Indikation bzw. der Verordnung sind vorprogrammiert. Die IG Pflegefinanzierung unterstützt deshalb die von der GDK vorgeschlagene Formulierung eines Artikels 7c, welche als praxistauglich beurteilt wird.</p>

<p>Art. 9 Abs. 3 und 4 (neu)</p>	<p><sup>3</sup> Für Leistungserbringer gemäss KLV 7 Abs. 1 gilt für die Langzeitpflege unter Berücksichtigung von Art. 42 KVG folgendes Abrechnungsverfahren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten beziehungsweise dem Versicherer Rechnung über die vom Kanton festgelegten Vollkosten der Pflegemassnahmen.</li> <li>b. Der Versicherer verrechnet dem Versicherten Selbstbehalt und Franchise, sowie die vom Kanton festgelegte Patientenbeteiligung (max.20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags der Versicherer).</li> <li>c. Die Restkosten, welche die Summe des vom Bundesrat festgelegten Beitrags des Versicherers und der Patientenbeteiligung übersteigen, werden zwischen Kanton bzw. Gemeinden und Krankenversicherern abgerechnet.</li> </ol> <p><sup>4</sup> In Abweichung von Absatz 3 Buchstabe c kann der Kanton festlegen, dass er bzw. die zuständige Gemeinde die Restkosten direkt der leistungserbringenden Institution entrichtet.</p>	<p><b>Die Grundzüge des Abrechnungsverfahrens für die Langzeitpflege müssen – wie auch für die Akut- und Übergangspflege (Art. 7b Abs. 2 KLV) – in der Verordnung festgelegt werden. Nur so kann vermieden werden, dass sich 26 verschiedene Abrechnungssysteme entwickeln, was für die Leistungserbringer nicht handhabbar ist.</b></p> <p>Versicherte und Leistungserbringer haben Anspruch auf ein transparentes, nachvollziehbares und einheitliches Fakturierungssystem. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass Rechnungsstellung und Rückvergütungen für die Leistungserbringer, die Versicherer und die Kantone handhabbar ist. Zudem ist zu berücksichtigen, dass neben einer überschaubaren Zahl von Pflegeheimen rund 750 Spitex-Organisationen und 1500 freiberuflich tätige Pflegefachfrauen und –männer zu den Leistungserbringern gehören.</p> <p>Für die freiberuflich Tätigen ist eine Abwicklung der Restkostenvergütung der öffentlichen Hand über die Krankenversicherer schon aus organisatorischen Gründen zwingend. Für Spitex-Organisationen und Pflegeheime kann es jedoch sinnvoll sein, dass die Vergütung der Beiträge der öffentlichen Hand direkt erfolgt. Die Kantone sind deshalb zu ermächtigen, einen entsprechenden Zahlungsmodus für Institutionen festzulegen (Abs. 4).</p>
<p>II</p>	<p><sup>1</sup> Diese Änderung tritt am <del>1. Juli 2009</del> <u>1. Januar 2010 (ev. 1. Januar 2011)</u> in Kraft.</p>	<p>Ein Inkrafttreten per 1. Juli 2009 ist unmöglich, weil so den Kantonen die Zeit für den Erlass der nötigen Ausführungsbestimmungen fehlt. Eine Inkraftsetzung ist frühestens auf den 1.1.2010 möglich. Sollten die Kantone für die gesetzlichen Anpassungen mehr Zeit brauchen, ist die IG Pflegefinanzierung auch mit einer Inkraftsetzung auf den 1.1.2011 einverstanden.</p> <p>Eine unterjährige Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung (per 1.7.2009 oder 1.7.2010) wird wegen der damit verbundenen organisatorischen Probleme strikte abgelehnt.</p>

## KVV

Art. KVV-Entwurf	Änderungsanträge zu den Verordnungsentwürfen ( <u>beantragte Ergänzungen unterstrichen</u> )	Stellungnahme und Begründung
II Abs. 2 (neu)	<u>2 Die Einhaltung der Bestimmung nach Abs. 1 der Übergangbestimmungen der Änderung vom 13. Juni 2008 des Gesetzes wird im dritten Jahr nach Inkraftsetzung überprüft anhand der Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV unter Berücksichtigung der Bestimmung nach Art. 7a Abs. 2 KLV, der seit der erstmaligen Ermittlung der Beiträge aufgelaufenen allgemeinen Teuerung sowie der Entwicklung der Anzahl Bezügerinnen und Bezüger von Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 des Gesetzes nach Pflegebedarfsstufe und Kategorie. Das Departement passt gegebenenfalls die Bestimmungen nach Art. 7a Abs. 1–3 KLV an. Es hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.</u>	Der nebenstehende Änderungsantrag der GDK wird durch die IG Pflegefinanzierung unterstützt. Die Überprüfung der für die OKP kostenneutralen Umsetzung muss in der KVV präzisiert werden. Dabei ist unmissverständlich festzuhalten, dass die Kostenneutralität im 1. Jahr auf Basis der Bestimmungen nach Art. 7a Abs. 1–3 KLV gewährleistet sein muss (OKP-Beiträge und Bestimmung zur Abrechnung).
II Abs.3 (neu)	<u>3 Die Anpassung der geltenden Tarife und Tarifverträge gemäss Abs. 2 der Übergangbestimmungen der Änderung vom 13. Juni 2008 des Gesetzes erfolgt durch Festlegung der anwendbaren Tarife durch den Kanton. Die Anpassung erfolgt in einem oder mehreren Schritten zwischen dem vor Inkraftsetzung der Änderung vom 13. Juni 2008 geltenden Tarif für Pflegeleistungen und den entsprechenden Beiträgen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Leistungen nach Art. 25a Abs. 1 des Gesetzes.</u>	Der nebenstehende Änderungsantrag der GDK wird durch die IG Pflegefinanzierung ebenfalls unterstützt.
III	Diese Änderung tritt am <u>1. Juli 2009</u> <u>1. Januar 2010 (ev. 1. Januar 2011)</u> in Kraft.	Gleiche Begründung wie KLV.