



Neuregelung der Pflegekosten im KVG

Ausgangslage

Am 1.1.2003 tritt die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) in Kraft. Damit werden die heute geltenden Rahmentarife (gemäss Art. 9a KLV) hinfällig. Mit den Rahmentarifen wollte man verhindern, dass, solange die Pflegeheime ihre Pflegekosten nicht transparent ausweisen, die vollen Pflegekosten via obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mit Kopfprämien zu finanzieren sind.

Mit der VKL sind nun die Grundlagen für die angestrebte Kostentransparenz gelegt worden. Somit muss die OKP - sobald die Pflegeheime die Kosten entsprechend der VKL ausweisen - die vollen Pflegekosten übernehmen. Weil die Pflegekosten darüber hinaus in den nächsten Jahren steigen werden (Demographie), ist für die OKP mit einer massiven Kostensteigerung zu rechnen. Berechnungen von santésuisse zeigen einen **zusätzlichen Kostenschub von 1,2 Mia. CHF**, der über mehrere Jahr verteilt anfallen wird. Diese Mehrkosten werden sich markant auf die Prämien der Grundversicherung auswirken. Ein Kostenschub von 1,2 Milliarden Franken unter Berücksichtigung von Reserven und Rückstellungen entspricht **einer Prämienhöhung von rund 10 %!**

Lösungsvorschlag

SDK und santésuisse sind der Meinung, dass diese zusätzlichen Kosten nicht den Prämienzahlern zugemutet werden können. Sie erinnern daran, dass der Bundesrat bei den Beratungen zum KVG und im Vorfeld der Volksabstimmung über das KVG lediglich von Mehrkosten von rund 800 Mio. Franken im Pflegebereich ausging, ein Betrag, der schon heute weit überschritten ist. Die SDK und santésuisse plädieren deshalb weiterhin für die beschränkte Leistungspflicht der Krankenversicherer. Dies würde für die Zukunft folgendes bedeuten:

- Durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird ein Beitrag an die Pflege erbracht, der sich im bisherigen Rahmen bewegt
- Die Leistungserbringer stellen den Pflegebedürftigen weiterhin Rechnung für die Kosten, welche nicht von der obligatorischen Krankenversicherung bezahlt werden. Die Kantone ihrerseits leisten - wie bereits heute - einen bedarfsgerechten Beitrag an die Pflegekosten (subjektbezogene Beiträge). Sie stützen sich dabei auf die einschlägigen kantonalen und eidgenössischen Erlasse (Ergänzungsleistungen) ab.

Dieses System hat sich bewährt. Es führt dazu, dass sowohl die Beitragszahler, wie die Kantone, aber auch die betroffenen Pflegebedürftigen selbst entsprechend ihrer finanziellen Kraft, Beiträge an die Pflegekosten leisten. Eine volle Finanzierung der gesamten Pflegekosten durch die Allgemeinheit - sei dies durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung allein oder durch eine Mitbeteiligung der Kantone - wäre eine Finanzierung im Giesskannensystem, die der Eigenverantwortung und den finanziellen Möglichkeiten der Versicherten nicht Rechnung trüge.

Handlungsbedarf

Damit die heutige Situation weitergeführt werden kann, muss das KVG zwingend bereits im Rahmen der 2. Revision angepasst werden. Notwendig sind folgende Änderungen:

Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG

bisher	neu
<p>2 Diese Leistungen umfassen:</p> <p>a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ärzten oder Ärztinnen, 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen, 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen; 	<p>2 Diese Leistungen umfassen:</p> <p>a. die Untersuchungen <u>und</u> Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär- oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ärzten oder Ärztinnen, 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen, 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen; <p><u>a^{bis} die Pflegemassnahmen, die ambulant, stationär oder teilstationär im Spital durchgeführt werden;</u></p> <p><u>a^{ter} einen Beitrag an die vom Bundesrat definierten Pflegemassnahmen, die aufgrund einer Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im Auftrag eines Arztes erbracht werden von</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>1. Krankenschwestern oder Krankenpflegern;</u> <u>2. Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause;</u> <u>3. von Pflegeheimen.</u>

Art. 44 Abs. 1 KVG

bisher	neu
<p>1 Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.</p>	<p>1 Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen, <u>welche die Versicherer</u> nach diesem Gesetz bezahlen, keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.</p>

Art. 44 Abs. 1 KVG muss angepasst werden, um klarzustellen, dass für den nicht von den Krankenversicherern finanzierten Teil der Pflegekosten kein Tarifschutz besteht (gleiches gilt übrigens auch für den nicht von den Krankenversicherern finanzierten Teil der Transport- und Rettungskosten).