



Neuordnung der Pflegefinanzierung

Grundzüge eines Konsensmodells

1 Hintergrund

Das KVG sieht bei Kostentransparenz im Langzeitpflegebereich eine volle Finanzierung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) vor. Die Rahmentarife kommen zur Anwendung, wenn keine transparente und einheitliche Kostenrechnung vorliegt. Da die Leistungserbringer im Zuge der Bestimmungen in der VKL zunehmend den Anforderungen an eine einheitliche und transparente Buchhaltung erfüllen, wurde von Seiten der Versicherer ein Kostenschub von 1 Mrd. CHF befürchtet. Um diesen abzuwenden, hat das Parlament in der Herbstsession 2004 die geltenden Tarife bis längstens Ende 2006 eingefroren. Bis dann soll die Pflegefinanzierung neu geordnet werden.

Die GDK hatte gefordert, dass der Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG explizit auf die geltenden Tarife anzuwenden sei. In der dringlichen Regelung des Parlaments wurde dies jedoch nicht aufgenommen.

Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung hat der Bundesrat zwei Modelle A und B in die Vernehmlassung gegeben, zu welchen die GDK mit Schreiben vom 23.8.2004 Stellung genommen hat. Dabei wurde Modell B, welches eine Unterscheidung zwischen Akut- und Langzeitpflege vornimmt, mit einigen Änderungsanträgen gutgeheissen. Modell A, welches zwischen komplexen und einfachen Pflegesituationen sowie nach Grund- und Behandlungspflege unterscheidet, hat die GDK als praxisuntauglich verworfen.

Der Entwurf der Botschaft des Bundesrates soll eine Unterscheidung zwischen **Behandlungs- und Grundpflege** vornehmen. Mit einer gemeinsamen Erklärung an den Departementsvorsteher haben die GDK und namhafte Leistungserbringerverbände festgehalten, dass diese Unterscheidung zu einem Vollzugschaos führen würde und dass eine Unterscheidung zwischen **Akut- und Langzeitpflege** sinnvoll ist; in welcher Ausgestaltung wurde offen gelassen. Das BAG wurde eingeladen, die Stossrichtung der Botschaft des Bundesrat zu überarbeiten.

Weitere, von allen Partnern im Gesundheitswesen weitgehend unbestrittene **Ziele** der Revision sind:

- Das neue Modell muss die Vergütungen unter Einbezug aller Finanzierer koordinieren (Kantone und Gemeinden, Sozialversicherungen, Krankenversicherung, Selbstzahler).
- Dabei sollen die heutigen Finanzierungsanteile ungefähr beim Status quo belassen werden.
- Es braucht eine einfache Umsetzung, welche die Gefahr von Rechtsstreitigkeiten minimiert.
- Die Anreize für eine günstige Leistungserbringung (ambulant vor stationär) sind richtig zu setzen.
- Die Vergütung basiert auf einer Vollkostenrechnung der Leistungserbringer.
- Der Beitrag der Versicherer ist im Gesetz in Prozenten festzulegen und in der Verordnung in Franken pro Pflegebedarfsstufe zu definieren sowie der Kostenentwicklung periodisch anzupassen.



Es wird davon ausgegangen, dass die meisten der oben genannten Ziele auch erreicht werden können mit der heute geltenden, praxistauglichen Unterscheidung zwischen im Spital erbrachten Pflegeleistungen und jenen, die im Pflegeheim, ambulant oder als Krankenpflege zu Hause erbracht werden, und damit die wesentlichen Partner im Gesundheitswesen inkl. den Versicherern diesen Grundsatz als Verbesserung gutheissen können.

Wohl kann damit nicht in allen Punkten Konsens erreicht werden. Die weitergehenden Forderungen und die verbleibenden Einsprüche dürften jedoch unabhängig vom Modell, welches nach leistungserbringerbezogenen (institutionellen) Kriterien unterscheidet, bestehen bleiben.

2 Grundzüge eines Konsensmodells mit der bisherigen leistungserbringerbezogenen Unterscheidung

Ein Modell, welches nach Pflegeleistungen unterscheidet, die im Spital einerseits und im Pflegeheim ambulant oder als Krankenpflege zu Hause andererseits erbracht werden, orientiert sich stark am Status quo und weist folgende Eckpfeiler auf:

- Die Krankenversicherer leisten an die im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen lediglich einen **Beitrag**. Darin sind keine Abgeltungen für Investitionskosten enthalten. Die Pflegeleistungen der Krankenpflege zu Hause werden von den Krankenversicherung vollständig vergütet (100 Prozent). Es braucht damit keine neuen definitorischen Abgrenzungen im Gesetz oder in den Verordnungen.¹
- Der Beitrag der Versicherer wird so definiert, dass deren gesamtes Finanzierungsvolumen ungefähr dem **Status quo** entspricht.
- Der Beitrag wird **in Prozent** der anrechenbaren standardisierten Kosten festgelegt.
- Auf Grundlage des festgelegten Beitrags der Krankenversicherer in Prozent der standardisierten Kosten werden pro Pflegebedarfsstufe und für die beiden Leistungserbringerkategorien (d.h. unterschiedlich für Pflegeheime und Spitex-Organisationen) die **geltenden Tarife** für die gesamte Schweiz einheitlich festgelegt. Grundlage für die Tarifberechnung (Benchmarking) ist die durchschnittliche Kostenstruktur ausgewählter, repräsentativer Leistungserbringer (Referenzbetriebe, z.B. je 15–25). Hier bestehen Modellberührungspunkte zur DRG-Finanzierung im Akutspital. Überdies haben alle Leistungserbringer den Anreiz, ihre Kosten auf jene der "Referenzbetriebe" zu senken, die einzelnen Referenzbetriebe selber natürlich nicht ausgenommen.
- Die Tarife werden periodisch (jährlich) der **Kostenentwicklung** im Langzeitpflegebereich angepasst. Die Teuerung in den Pflegeheimen und den Spitex-Organisationen wird wiederum anhand der standardisierten Kostenstrukturen pro Pflegebedarfsstufe und Leistungserbringerkategorie erhoben.
- Die übrigen Pflegeleistungen der Pflegeheime werden dem **Pflegebedürftigen** in Rechnung gestellt. Es ist davon auszugehen, dass dazu die nicht bedarfsorientierten Leistungen der Sozialversicherungen (AHV, IV, Hilflosenentschädigung) herangezogen werden können.
- Zur weiteren Entlastung der Bezüger von Spitex-Leistungen ist für Personen zu Hause eine **Hilflosenentschädigung leichten Grades zur AHV** denkbar. Damit wird das Prinzip "ambulant vor stationär" auch finanziell unterstrichen.
- Der **Tarifschutz** gemäss Art. 44 KVG beschränkt sich somit im Langzeitpflegebereich explizit auf den Beitrag der Versicherer. Er ist im KVG entsprechend anzupassen.

¹ Damit wird auch nur beschränkt ein neues Modell vorgeschlagen, orientiert sich doch neben der heutigen gesetzlichen Regelung auch das Modell B mit der zeitlichen Abgrenzung zwischen Akut- und Langzeitpflege letztlich ebenfalls an institutionsbezogenen Hilfsgrössen. Der im Modell B verwendete und definierte Begriff der Langzeitpflege lässt sich am einfachsten an die Trägerschaft anbinden, d.h. die **Pflegeheime sowie die Spitex-Organisationen** erbringen Leistungen der Langzeitpflege.



- Die Pflegebedürftigen erhalten wie bisher bedarfsbezogene Leistungen aus den bestehenden sozialversicherungsrechtlichen Instrumenten, namentlich **Ergänzungsleistungen** (EL) und allenfalls **Fürsorgebeiträge**. Diese fallen zu einem grossen Teil bei den Kantonen und Gemeinden an. Mit dieser Regelung bedarf es keines weiteren rechtlichen Instituts.
- Die **finanziellen Implikationen für die Kantone und Gemeinden** unter Berücksichtigung der NFA müssen noch beziffert werden.
- **Übergangsbestimmungen:** Da die Pflegebedürftigen von jeglichen Finanzierungsverschiebungen (heute: kantonale Unterschiede!) direkt betroffen sind, sind genügend lange Übergangsfristen für die Anpassungen ausgehend von den heute geltenden Tarifen vorzusehen.

Dieses Modell ist praxistauglich. Es räumt Rechtsstreitigkeiten über die anrechenbaren Leistungen und Kosten weitgehend aus. Die Pflegeheime und Spitex-Organisationen genügen heute zunehmend den Anforderungen an eine transparente und einheitliche Kostenrechnung, so dass sich viele Leistungserbringer als Referenzbetriebe für das Benchmarking anbieten. Überdies kann damit gerechnet werden, dass sich über die Zeit auch Effizienzgewinne in einem geringeren Anstieg der Tarife niederschlagen werden.

3 Gesetzliche Anpassungen

Um das oben skizzierte Modell umzusetzen, bedarf es nur leichter Modifikationen der heute geltenden gesetzlichen Grundlagen.

Das Modell baut auf folgenden **Eckpfeilern** auf:

Gesetzliche Grundlage	Grundzüge und Änderungsbedarf
KVG, Art. 104a: Übernahme der Kosten für ambulante Krankenpflege, Krankenpflege zu Hause oder in einem Pflegeheim	Änderung: Aufheben, da die Einschränkung bzgl. Kostentransparenz obsolet wird.
KVG, Art. 25 Abs. 2 Bst. a ^{bis} (neu) ² : in Abweichung von Buchstabe a einen Beitrag an die Pflegemassnahmen der Grundpflege, die ambulant, bei Hausbesuchen oder im Pflegeheim durchgeführt werden;	Änderung: Im Sinne von Modell B: Festlegen, dass die Krankenversicherer einen Beitrag an sämtliche Pflegeleistungen von Pflegeheimen leisten. Spitex-Pflegeleistungen werden vollständig über die Krankenversicherung vergütet.
KVG, Art. 44: Tarifschutz	Änderung: Der Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG bezieht sich auf den durch die festgelegten Tarife gedeckten Leistungsanteil.
KL ³ , Art. 7: Umschreibung des Leistungsbereichs für Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim	Unverändert: - Definition der Leistungen: Abklärung und Beratung, Untersuchung, Behandlung und Grundpflege. - Keine Unterscheidung in der Abgeltung zwischen Grund- und Behandlungspflege

² Gemäss Botschaft des Bundesrates zur Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16.2.2005

³ Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)



Gesetzliche Grundlage	Grundzüge und Änderungsbedarf
KLV, Art. 9a Abs. 1–2: Kostentransparenz und Tariflimiten für Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim	Unverändert: <ul style="list-style-type: none">- Tarife pro Stunde für Spitex-Organisationen nach Art der Leistung- Tagespauschalen für Pflegeheime pro Pflegebedarfsstufe- Änderung: Anstelle der Rahmentarife wird ein einheitlicher Tarif pro Pflegebedarfsstufe festgelegt. Neu: <p>Die Tarife nach Art. 9a Abs. 1–2 bemessen sich an den standardisierten anrechenbaren Kosten und gelten für die gesamte Schweiz.</p>
KLV, Art. 9a Abs. 3: "Artikel 44 KVG ist anwendbar." (Tarifschutz)	Änderung: <p>Aufheben. (Einschränkung des Tarifschutzes vorzugsweise direkt in Art. 44 KVG festhalten)</p>
VKL ⁴ , Art. 11: Pflegeheime	Unverändert: <p>Finanzbuchhaltung, Anlagebuchhaltung und Kosten- und Leistungsrechnung erforderlich</p>

⁴ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)