



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

**CDS** Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Bundesamt für Gesundheit  
Kranken- und Unfallversicherung  
3003 Bern

UZ: 47.61/AY

Lausanne/Bern, 12. März 2009

(unter Aktualisierung der Tabelle auf  
der letzten Seite am 30.3.2009)

### **Ausführungsbestimmungen zur neuen Pflegefinanzierung: Stellungnahme der GDK im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens**

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Departementschef des EDI hat mit Schreiben vom 18.12.2008 die Ausführungsbestimmungen zur neuen Pflegefinanzierung bis zum 31.3.2009 zur Anhörung unterbreitet. Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme und für die ausreichend lange Antwortfrist.

Wir stellen fest, dass sich die Entwürfe auf ein Minimum an Bestimmungen beschränken. Dies ist einerseits zu begrüßen, weil dadurch die bestehenden Bestimmungen nicht mehr als notwendig geändert werden. Andererseits bleiben damit aber zahlreiche Umsetzungsfragen offen, welche nun von den Kantonen – teilweise unter Anpassung der kantonalen Gesetzesgrundlagen mit Referendumpflicht, teilweise in Absprache bzw. nach Anhörung der Leistungserbringer und Versicherer – geklärt werden müssen. Dies betrifft insbesondere die Restfinanzierung sowie den neuen Begriff der Akut- und Übergangspflege. Für die Vorbereitungsarbeiten und die Anpassung der kantonalen gesetzlichen Grundlagen benötigen die Kantone sämtliche Bestimmungen auf Bundesgesetzes- und -verordnungsebene. Sie müssen auf dieser Basis zuhanden der kantonalen Parlamente nicht nur die finanziellen Konsequenzen abschätzen können, sondern auch wissen, welche der nachfolgend beantragten Präzisierungen letztlich in der Verordnung fehlen und deshalb auf kantonaler Ebene zu klären und zu verankern sind. Dies betrifft insbesondere die normative Festlegung der von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Pflegekosten (Basis 100%), die Definition der Akut- und Übergangspflege sowie die Durchsetzung des Tarifschutzes. Die anschliessenden gesetzgeberischen Verfahrensschritte sowie die Umsetzungsarbeiten unter Anhörung der Leistungserbringer, Gemeinden und weiterer Institutionen nehmen auch bei einem ambitionierten Zeitplan 1 bis 1½ Jahre in Anspruch.

Des Weiteren bewirkt die neue Pflegefinanzierung bei einer für die OKP kostenneutralen Überführung Kostenverschiebungen von schätzungsweise 350 Mio. CHF zulasten der Kantone und Gemeinden. Die notwendigen Gelder sind für 2009 weder bei den Kantonen noch bei den Gemeinden budgetiert.

In Anbetracht dessen bestätigt sich nun unsere Feststellung, die wir bereits unmittelbar nach Verabschiedung der Gesetzesänderungen am 13.6.2008 gemacht haben, wonach eine kurzfristige Inkraftsetzung und Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung nicht möglich sind. Da die Verordnungsentwürfe die meisten relevanten Fragestellungen nicht beantworten, ist eine ordentliche Umsetzung auch innert Jahresfrist nicht zu bewerkstelligen, auch wenn die nachstehend beantragten Präzisierungen noch vorgenommen und ungefähr im Mai 2009 vom Bundesrat verabschiedet werden können. Wir ersuchen Sie daher, dem Bundesrat eine **Inkraftsetzung per 1.1.2011** zu beantragen. Sicher ist, dass die Kantone die Gesetzesänderungen unter keinen Umständen am 1.7.2009 werden umsetzen können.



Auf Stufe der Verordnung sollten folgende **Definitionen** erfolgen, die in den Entwürfen fehlen:

- a. Die **Akut- und Übergangspflege** ist in Abgrenzung zu den übrigen Leistungsarten zu definieren. **Die Kantone müssen die Kompetenz erhalten, die Leistungserbringer zu bezeichnen**, welche Akut- und Übergangspflege erbringen, damit die Qualität und die Anforderungen gewährleistet und die Kapazitäten genutzt werden können. Sie finden nachfolgend einen Regelungsvorschlag inkl. Begründung der Anträge (Art. 7b Abs. 2 (neu) und 7c KLV (neu)).  
Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege müssen überdies in der Kostenrechnung der Leistungserbringer ausgewiesen werden, damit die Pauschalen auf Basis der Kosten vereinbart werden können, was eine **Anpassung der VKL** erfordert. Überdies müssen diese Werte in die statistischen Erhebungen des BFS einfließen. Wir unterbreiten Ihnen nachstehend einen entsprechenden Antrag zur Anpassung der VKL.
- b. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG-n regeln die Kantone die **Restfinanzierung**. In der Verordnung ist daher unmissverständlich klarzustellen, dass die Kantone die Kompetenz haben, die von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten **Pflegesteuern (Basis: 100% der Pflegekosten) anzuerkennen bzw. normativ festzulegen**, um den "Rest" definieren zu können. Nur so kann die Restfinanzierung geregelt und die Überwälzung nicht gedeckter Pflegekosten auf die pflegebedürftigen Personen (auf einen geringeren Beitrag als 20% des höchsten OKP-Tarif) limitiert werden. Des Weiteren sollen die Rechte und Pflichten der Leistungserbringer in einem Leistungsauftrag der Kantone festgehalten werden können. Unser diesbezüglicher Antrag findet sich ebenfalls im Anhang und ist als neuer Art. 59a KVV formuliert.
- c. Die von den Heimen verrechenbaren und im Rahmen des ELG als Ausgaben anrechenbaren **Pflegesteuern** sind neu ebenfalls explizit als Teil der Tagestaxen nach Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG-n zu definieren. Da die OKP nur noch einen Beitrag an die Pflegeleistungen finanziert, müssen die dadurch expressis verbis entstehenden ungedeckten Pflegekosten über das ELG anrechenbar sein. Dies bedeutet, dass unter die (vom Kanton limitierbaren) Tagestaxen nicht nur Hotellerie- und Betreuung fallen, sondern auch die ungedeckten Pflegekosten. Wir unterbreiten Ihnen nachstehend einen Antrag zu Art. 25a ELV.
- d. Im Zusammenhang mit den Beiträgen der Pflegebedürftigen nach Art. 25a Abs. 5 KVG-n bedarf es in der KVV einer Definition in Abgrenzung zum **Tarifschutz** nach Art. 44 KVG. Sie finden einen entsprechenden Antrag als Art. 59a Abs. 3 KVV formuliert.
- e. Im Zusammenhang auf den Begriff der **Sozialversicherungen**, wie er in Art. 25a Abs. 5 KVG-n erwähnt wird, ist offenbar nicht klar, ob es sich bei den Ergänzungsleistungen um Leistungen einer Sozialversicherung oder um eine akzessorische Leistung zur AHV und IV handelt. Diese Unterscheidung hat Auswirkungen auf die Reihenfolge bei der Berücksichtigung der nicht gedeckten Pflegekosten und der Abwicklung der **Restfinanzierung** und damit auf die Lastenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden. Wir bitten Sie, diese Frage zumindest im Kommentar zur KVV zu klären.

### OKP-Beiträge nach Art. 7a KLV

Die vorgeschlagenen OKP-Beiträge nach Art. 7a KLV sind gemäss unseren Schätzungen um 7.4% oder 37 Mio. CHF (Abs. 1: Spitex) bzw. um 13.8% oder 230 Mio. CHF (Abs. 3: Pflegeheim) zu tief. **Wir beantragen Ihnen eine Korrektur gemäss den Beiträgen im Anhang**. Explizit machen wir an dieser Stelle bereits auf den **Bedarf zur Anpassung des Beitrags in der obersten Pflegebedarfsstufe im Heim** aufmerksam, der mit einem hinterlegten Maximalaufwand von 220 Min. zu tief veranschlagt ist. Des Weiteren ist in der KVV festzuhalten, dass das Departement die Beiträge der OKP periodisch prüft und der Teuerung anpasst. Wir begrüssen hingegen, dass die Pflegebedarfsstufen im Pflegeheim in Minuten dargestellt werden, so dass die jeweiligen Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung auf die jeweiligen Stufen nach Art. 7a Abs. 3 KLV umlegbar sind. Diese Umlegbarkeit ist allerdings durch das BAG in einem neuen Absatz (s. Art. 7a Abs. 4 KLV) zu gewährleisten.



Es scheint uns sinnvoll, die Einführung des Begriffs der Akut- und Übergangspflege im KVG einer Evaluation zu unterziehen und diese bereits heute vorzusehen, indem die notwendigen Informationen erhoben werden.

Unabhängig von der Vernehmlassung der Verordnungsänderungen im Zuge der Neuordnung der Pflegefinanzierung beantragen wir Ihnen, die **ab 2009 geltenden Tariflimiten gemäss Art. 9a KLV** der allgemeinen Teuerung des Jahres 2008 anzupassen.

Zu den einzelnen Artikeln der Verordnungsentwürfe nehmen wir gerne im **Anhang** detailliert Stellung und danken Ihnen im Voraus für die wohlwollende Prüfung und Berücksichtigung unserer Anträge.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN  
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Der stv. Zentralsekretär

Pierre-Yves Maillard  
Staatsrat

Michael Jordi

#### Anhang erwähnt

##### Kopie an:

Kantonale Gesundheitsdepartemente  
FDK  
SODK und kantonale Sozialdepartemente  
per E-Mail: [corinne.erne@bag.admin.ch](mailto:corinne.erne@bag.admin.ch)



# ANHANG

## 1. KVV

Art. KVV-Entwurf	Entwurf zur Vernehmlassung mit Änderungsanträgen (von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)	Stellungnahme	Begründung
Art. 22 Abs. 3 Bst. d	<sup>3</sup> Die gemeinsame Einrichtung entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Versicherer in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren über: d. die Erstattung der Leistungen, die ein aushelfender Träger zugunsten einer bei diesem Versicherer versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island, Liechtenstein oder Norwegen im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe übernommen hat.	Einverstanden	
Art. 33 Bst. b, h und i	Das Departement bezeichnet nach Anhören der zuständigen Kommission: b. die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 25a Absätze 1 und 2 des Gesetzes; h. das Verfahren der Bedarfsermittlung; i. den in Artikel 25a Absätze 1 und 4 des Gesetzes vorgesehenen und nach Pflegebedarf differenzierten Beitrag an die Pflegeleistungen. <u>Das Departement überprüft diese Beiträge periodisch und passt sie der Teuerung an.</u>	Bst. b: Einverstanden  Bst. h: Einverstanden, soweit es sich um eine Delegationsnorm der Bestimmung nach Art. 25a Abs. 4 KVG-n an das EDI handelt und diese Delegation einzig zur Festlegung der Pflegebedarfsstufen nach Art. 7 Abs. 2 KLV genutzt wird, wie dies im Kommentar festgehalten wird. Bst. i: Ergänzen, damit das Departement die Möglichkeit hat, zumindest der allgemeinen Teuerung Rechnung zu tragen und die OKP-Beiträge entsprechend anzupassen.	Bst. h: Eine schweizweite Vereinheitlichung der Bedarfsabklärungsinstrumente hätte hingegen einen enormen Aufwand zur Folge, der sich aufgrund der Abrechnung nach hinterlegten Minuten auf Basis von Art. 9 KLV-r nicht rechtfertigen lässt.
Art. 36a Abs. 3 Bst. a	<sup>3</sup> Pilotprojekte müssen folgende Anforderungen erfüllen: a. Die Projektdauer beträgt vier Jahre ab der Genehmigung durch das Departement; sie kann einmal um bis zu vier Jahre verlängert werden.	Einverstanden	



Art. KVV-Entwurf	Entwurf zur Vernehmlassung mit Änderungsanträgen (von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)	Stellungnahme	Begründung
Art. 52a Organisationen der Physiotherapie	<p>Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie:</p> <p>a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;</p> <p>b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;</p> <p>c. über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;</p> <p>d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p> <p>e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Physiotherapie erbracht wird.</p>	Einverstanden	
Art. 59a	Aufgehoben	Einverstanden mit der Aufhebung des heutigen Wortlautes	Sachlich logisch.
<u>Art. 59a</u>	<p><sup>1</sup> <u>Die Kantone können im Sinne von Art. 25a Abs. 5 des Gesetzes maximal verrechenbaren Pfelegetaxen der Leistungserbringer nach Art. 39 Abs. 3 des Gesetzes (Pflegeheim) sowie nach Art. 49 (Pflegefachleute) und Art. 51 (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) festlegen.</u></p> <p><sup>2</sup> <u>Die vom Kanton anerkannten Pfelegetaxen stellen die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Leistungsvergütung nach Artikel 32 KVG und Art. 25a Abs. 5 KVG sicher.</u></p> <p><sup>3</sup> <u>Der Betrag nach Abs. 1 gilt als behördlich festgelegter Preis im Sinne von Art. 44 des Gesetzes (Tarifschutz) für Leistungen nach Art. 25a Abs. 1 des Gesetzes.</u></p> <p><sup>4</sup> <u>Für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 5 des Gesetzes in einem Pflegeheim ist der Kanton zuständig, der für die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV der versicherten Person zuständig ist. Der Kanton kann die verrechenbaren Pfelegetaxen nach Absatz 1 auf höchstens die Ansätze beschränken, welche für Pflegeheime auf der Pflegeheimliste des zuständigen Kantons gelten.</u></p> <p><sup>5</sup> <u>Der Kanton kann die Rechte und Pflichten der Leistungserbringer in einem Leistungsauftrag formulieren.</u></p>	<p>Anstelle von Art. 59a sollte das Verhältnis der Kostenbeteiligung zum Tarifschutz und die Regelung der Pfelegetaxen für die ambulante und stationäre Leistungserbringung definiert werden. Die maximal verrechenbaren Pfelegetaxen werden auf Basis der anrechenbaren Pfelegekosten der Leistungserbringer aufgrund einer Normkostenrechnung festgelegt.</p> <p>Die Restfinanzierung in einem Pflegeheim ist von jenem Kanton geschuldet, in dem die Heimbewohnerin oder der Heimbewohner zuletzt seinen Wohnsitz hatte. Einschränkung ist festzuhalten, dass analog zu Art. 41 KVG-n (Spitalfinanzierung) in der Regel maximal die innerkantonale Pfelegetaxe nach Art. 25a Abs. 5 KVG-n geschuldet ist.</p>	<p>Dies ist nötig, damit einerseits die maximale Kostenüberwälzung auf die Pflegebedürftigen limitiert und andererseits die Restfinanzierung durch die Kantone definiert werden kann.</p> <p>Damit wird auch der Finanzierungsträger bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt analog zur Zuständigkeit für Ergänzungsleistungen geregelt.</p>
Art. 90b	Aufgehoben	Einverstanden	Nachvollzug eines BGE



Art. KVV-Entwurf	Entwurf zur Vernehmlassung mit Änderungsanträgen (von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)	Stellungnahme	Begründung
II	<sup>1</sup> Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... Für Pilotprojekte nach Artikel 36a, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... genehmigt wurden, wird die Projektdauer von vier Jahren um die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung bereits abgelaufene Zeit gekürzt.	Einverstanden	
II Abs. 2 (neu)	<sup>2</sup> Die Einhaltung der Bestimmung nach Abs. 1 der Übergangsbestimmungen 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.	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).	Die Überprüfung dient in erster Linie der langfristig richtigen Festlegung der OKP-Beiträge. Die kostenneutrale Umsetzung erfolgt daher auf Basis der Beiträge, welche die OKP im ersten Jahr zahlen würde, wenn die Beiträge im ersten Jahr angewendet würden. Die Richtigkeit der OKP-Beiträge kann jedoch nicht anhand der effektiven Zahlungsströme im ersten Jahr erfolgen, da sich die OKP-Zahlungen dann noch in Anpassung von den geltenden Tarifen hin zu in OKP-Beiträgen befinden. Dies ist zu präzisieren.
II Abs.3 (neu)	<sup>3</sup> Die Anpassung der geltenden Tarife und Tarifverträge gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen 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.	Es ist festzuhalten, wie die Anpassung der Tarife erfolgt. Wir schlagen eine technische Anpassung seitens der Kantone vor, so dass aufwendige Tarifverhandlungen während der dreijährigen Übergangsfrist entfallen.  Die Anpassung soll in einem oder mehreren Schritten erfolgen, wobei ein einziger Schritt auch eine sofortige Umsetzung erlauben würde.	
III	Diese Änderung tritt am <del>1. Juli 2009</del> 1. Januar 2011 in Kraft.	Ein Inkrafttreten per 1. Juli 2009 ist unmöglich.	Ein realistischer Umsetzungstermin ist angesichts der notwendigen Definitionen und Vorbereitungsarbeiten der 1.1.2011. Eine unterjährige Inkraftsetzung ist überdies nicht sinnvoll.



## 2. KLV

Art. KLV-Entwurf	Entwurf zur Vernehmlassung mit Änderungsanträgen (von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)	Stellungnahme	Begründung
Art. 4 Einleitungssatz und Bst. e	Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimitteln, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, bildgebenden Verfahren sowie physiotherapeutischen Leistungen: <u>e. physiotherapeutische Leistungen nach Artikel 5.</u>	Einverstanden	
Gliederungstitel vor Art. 7	<b>3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim</b>	Einverstanden	
Art. 7 Abs. 1	<sup>1</sup> Als Leistungen nach Artikel 33 Buchstaben b KVV gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und nach Artikel 8 auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden: a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV); b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV); c. von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994; KVG).	Einverstanden	
Art. 7 Abs.2 und 2 <sup>bis</sup>	<i>Definition der Pflegeleistungen und der Bedarfsabklärung: Unverändert</i>	Es ist richtig und wichtig, dass der Katalog der Pflegeleistungen nicht reduziert wird.	
Art. 7 Abs.2 <sup>ter</sup>	<sup>2ter</sup> Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.	Einverstanden	
Art. 7 Abs.3	<sup>3</sup> <i>Allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer werden bei der Ermittlung der Kosten der Leistungen nicht an gerechnet.</i>	Der geltende Abs. 3 sollte zur unveränderten Gewährleistung der Rechtssicherheit belassen werden. Er hält fest, dass nur die pflegespezifischen Infrastruktur- und Betriebskosten zur Kostenermittlung der Pflege herangezogen werden dürfen.	Der geltende Abs. 3 KLV bleibt für die Kostenermittlung gemäss VKL relevant. Eventualiter ist sein Inhalt in die VKL zu überführen.



Art. KLV-Entwurf	Entwurf zur Vernehmlassung mit Änderungsanträgen (von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)	Stellungnahme	Begründung
Art. 7 Abs.3	<sup>3</sup> Als Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG gelten die Leistungen nach Absatz 2, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 8 nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden von Personen und Institutionen nach Absatz 1 Buchstaben a–c.	Es ist richtig, dass Akut- und Übergangspflege einzig die Pflegeleistungen nach Abs. 2 umfasst.	
Art. 7a Beiträge Abs. 1	<sup>1</sup> Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach <u>Art. 25a Abs. 1 des Gesetzes und Artikel 7 Absatz 2</u> pro Stunde: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: <del>79.20</del> <u>86.00</u> Franken; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: <del>64.80</del> <u>70.00</u> Franken; c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: <del>54.00</del> <u>58.30</u> Franken.	Es ist zu präzisieren, dass die OKP-Beiträge an die Pflege zu Hause einzig für die Langzeitpflege im Sinne Art. 25a Abs. 1 KVG-n gelten.  In den Beträgen muss noch die Teuerung 2008 angemessen berücksichtigt werden. Zum Nachvollzug unserer Anträge vgl. separate Tabelle unten.	Die Rahmentarife nach Art. 7a des geltenden KLV sollten der allgemeinen Teuerung angepasst werden. Es ist angemessen, die kostenneutrale Überführung ins neue Gesetz zumindest nach realen und nicht nach nominalen Werten vorzunehmen.
Art. 7a Beiträge Abs. 2	<sup>2</sup> Die Vergütung der Beiträge nach Absatz 1 erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 10 Minuten.		
Art. 7a Beiträge Abs. 3	<sup>3</sup> Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach <u>Art. 25a Abs. 1 des Gesetzes und Artikel 7 Absatz 2</u> pro Tag: a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten : <del>8.50</del> <u>5.20</u> Franken; b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: <del>17.00</del> <u>15.60</u> Franken; c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: <del>25.50</del> <u>26.00</u> Franken; d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: <del>34.00</del> <u>36.40</u> Franken; e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: <del>42.50</del> <u>46.80</u> Franken; f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: <del>51.00</del> <u>57.20</u> Franken; g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten Pflegebedarf:	Es ist zu präzisieren, dass die OKP-Beiträge an die Pflege im Pflegeheim einzig für die Langzeitpflege im Sinne von Art. 25a Abs. 1 KVG-n gelten.  Insgesamt sind die Beiträge um 13.8% zu gering. Des Weiteren beantragen wir einen linearen Beitrag pro durchschnittliche Pflegeminute (arithmetisches Mittel) anstelle eines linearen Beitrags pro höchste Pflegeminute. Zum Nachvollzug unserer Anträge vgl. separate Tabelle unten. In den Beträgen muss noch die Teuerung 2008 angemessen berücksichtigt werden. Dies ist im Übrigen auch für die Weiterführung der Rahmentarife bis zur Inkraftsetzung der neuen Regelung vorzusehen.	Für Akut- und Übergangspflege leistet die OKP nicht den vom Bundesrat festgelegten Beitrag, sondern einen zu verhandelnden Tarif auf Basis von 100% der Kosten, welcher zu max. 45 bzw. mind. 55% zwischen OKP und Kanton aufgeteilt wird. Damit ist Art. 7a Abs. 3 auf Akut- und Übergangspflege nicht anwendbar. Der Bezug zur Langzeitpflege kann am besten über Art. 25a Abs. 1 KVG-n hergestellt werden. (Art. 7 Abs. 2 verweist im Gegensatz dazu auf die Pflegeleistungen allgemein, d.h. inkl. Akut- und Übergangspflege.)



Art. KLV-Entwurf	Entwurf zur Vernehmlassung mit Änderungsanträgen (von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)	Stellungnahme	Begründung
	<p><del>59.50</del> <u>67.60</u> Franken;  h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: <del>68.00</del> <u>78.00</u> Franken;  i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: <del>76.50</del> <u>88.40</u> Franken;  j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: <del>85.00</del> <u>98.80</u> Franken;  k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: <del>93.50</del> <u>109.20</u> Franken;  l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: <del>102.00</del> <u>131.00</u> Franken.</p>	<p>Einverstanden mit 12 Stufen. Eine Reduktion der Anzahl Stufen würde keine ausreichende Differenzierung nach Pflegebedarf ermöglichen.</p> <p>Bst. l.: Für die höchste Pflegebedarfsstufe ist ein höherer Beitrag festzulegen. Wir beantragen eine Festlegung des Beitrags auf 131.00 CHF. Dies entspricht dem analogen gewichteten Beitrag für einen Pflegebedarf zwischen 220 und (lediglich) 300 Minuten.</p>	<p>Bst. l.: Diese Stufe umfasst im Gegensatz zu den anderen Stufen nicht ein Zeitintervall von 20 Minuten, sondern ist nach oben offen. Im Durchschnitt resultiert ein höherer Pflegebedarf</p>
<p>Art. 7a Beiträge Abs. 4 (neu)</p>	<p><u>Der Pflegebedarf gemäss Abs. 3 wird von den Heimen im Rahmen eines standardisierten und vom BAG anerkannten Systems erfasst. Das BAG sichert eine äquivalente Umlage der systemspezifischen Pflegestufen auf die Bedarfsstufen gemäss Abs. 3 durch Festlegung der anwendbaren Umlagekriterien.</u></p>		<p>Dieser Absatz ist notwendig, damit die Beiträge nach Abs. 3 direkt anwendbar sind, zumal keine Tarifverträge mehr abgeschlossen werden, welche dies regeln könnten.</p>
<p>Art. 7b Abs. 1</p>	<p><b>Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege</b>  <sup>1</sup> Der Wohnkanton und die Versicherer übernehmen die Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege anteilmässig <u>nach Art. 25a Abs. 2 des Gesetzes</u>. <del>Der Wohnkanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner und -einwohnerinnen geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.</del></p>	<p>Der 2. und 3. Satz sind im Verhältnis zum Gesetz redundant und zugunsten der vorgeschlagenen Formulierung zu streichen.</p> <p>Art 25a Abs. 2 KVG-n seinerseits verweist auf die Aufteilung gemäss den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG-n), die allerdings erst ab 2012 angewendet werden.</p>	<p>Zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung der Pflegefinanzierung ist der Kantonsanteil nach Art. 49a KVG noch nicht bekannt. Er wird erstmals für das Jahr 2012 angewendet und kann dann auch weniger als 55% betragen. Zur Vereinfachung der Aufteilung soll während einer Übergangsfrist bis Ende 2011 der OKP-Anteil fix 45% betragen (s. unten).</p>
<p>Art. 7b Abs. 2 (neu)</p>	<p><sup>2</sup> <u>Der Kanton kann die Leistungserbringer für Leistungen nach Abs. 1 bezeichnen.</u></p>		<p>Zur Gewährleistung der Qualität und der spezifischen Anforderungen an die Akut- und Übergangspflege und für die Bereitstellung und Auslastung massvoller Kapazitäten braucht es die Möglichkeit zur Bezeichnung ausgewählter</p>



Art. KLV-Entwurf	Entwurf zur Vernehmlassung mit Änderungsanträgen (von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)	Stellungnahme	Begründung
			Leistungserbringer durch den Kanton.
Art. 7b Abs. 2	<p><sup>2,3</sup>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 beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG.</p>	<p>Abs. 2 wird aufgrund der oben beantragten Ergänzung zu Abs. 3 inhaltlich einverstanden.</p>	
Art. 7c (neu)	<p><b>Definition der Akut- und Übergangspflege</b></p> <p><u><sup>1</sup> Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.</u></li> <li><u>Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.</u></li> <li><u>Es liegt keine Rehabilitationsfähigkeit vor, welche einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nahe legen würde.</u></li> <li><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><u>Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. d aufgestellt.</u></li> </ol> <p><sup>2</sup> <u>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>Die Akut- und Übergangspflege bedarf dringend einer Definition, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation.</p> <p>Der Begriff muss in der Verordnung allgemeingültig definiert werden. Wir schlagen dazu einen neuen Art. 7c vor.</p>	<p>Es fehlt eine Definition, wann Akut- und Übergangspflege indiziert ist, dies insbesondere in Abgrenzung zur Langzeitpflege und Geriatrie einerseits und zur Rehabilitation andererseits.</p> <p>Ohne einheitliche und klare Definition im Sinne einer Abgrenzung bleibt der neue Begriff nicht anwendbar oder führt zu nicht erwünschten Verschiebungen zwischen Leistungen bzw. Streitigkeiten über die jeweilige Indikation.</p>
Art. 8 Abs. 3 <sup>bis</sup>	<p><sup>3bis</sup> Die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. <u>Die Tarifpartner sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars.</u></p>	<p>Es braucht einen klaren Auftrag an die Tarifpartner, das Formular zu schaffen.</p>	
Art. 8 Abs. 4	<p><sup>4</sup> Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung von Pflegebedarfsstufen (Art. 9 Abs. 2). Die vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarfsstufe gilt als ärztliche Anordnung oder</p>	<p>Einverstanden (Anpassung der Referenz sowie redaktio-</p>	



Art. KLV-Entwurf	Entwurf zur Vernehmlassung mit Änderungsanträgen (von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)	Stellungnahme	Begründung
	als ärztlicher Auftrag.	nelle Anpassungen)	
Art. 8 Abs. 6	<sup>6</sup> Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a. bei Akutkranken für maximal drei Monate; b. bei Langzeitpatienten und -patientinnen für maximal sechs Monate; c. bei Patienten und Patientinnen der Akut- und Übergangspflege für maximal zwei Wochen.	Neu ist Bst. c: Einverstanden	Einverstanden aus Gründen der Lesbarkeit mit Blick auf Abs. 7, wenn auch sachlich redundant, da bereits im KVG.
Art. 8 Abs. 7	<sup>7</sup> Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 6 Buchstaben a und b können verlängert werden.	Einverstanden	
Art. 8a Abs. 1	<b>Kontroll- und Schlichtungsverfahren</b> <sup>1</sup> Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b und Versicherer vereinbaren gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei ambulanter Krankenpflege.	Einverstanden	Berechtigte technische Anpassung, weil "Tarifverträge" entfallen.
Art. 8a Abs. 2	<sup>2</sup> Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten das Verfahren nach Absatz 1 fest.	Einverstanden	Berechtigte technische Anpassung, weil "Tarif" entfällt.
Art. 8a Abs. 3	<sup>3</sup> Das Verfahren dient der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach 25a Abs. 1 des Gesetzes. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen können vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen.	Sehr einverstanden! Diese Anpassung (Kann- statt Muss-Formulierung) ist höchst sinnvoll und erlaubt eine Entkrampfung zwischen den Pflegebedürftigen und den Versicherern.  Die Einschränkung der ambulant erbrachten Anzahl Stunden ist jedoch für die Akut- und Übergangspflege zu streichen, d.h. die Bestimmung ist nur für die Langzeitpflege anwendbar.	Teilweise wird heute auf Pflegebedürftige zu Hause, die einen Pflegebedarf von über 60 Stunden pro Quartal aufweisen, Druck ausgeübt, ins Pflegeheim zu gehen. Die Kann-Formulierung zur Überprüfung des Leistungsauftrags ist eine minimale Antwort auf diese ungerechtfertigte aber offenbar nicht unübliche Praxis.  Die Einschränkung der Anzahl Stunden auf ein Quartal ist in der Akut- und Übergangspflege unsachgemäss, da diese nur während einer kürzeren Zeit erbracht wird. Auch soll kein Signal



Art. KLV-Entwurf	Entwurf zur Vernehmlassung mit Änderungsanträgen <u>(von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)</u>	Stellungnahme	Begründung
			gesetzt werden, wonach die Intensität der Akut- und Übergangspflege a priori limitiert werden soll, zumal teilweise eine überdurchschnittlich hohe Pflegeintensität zu erwarten ist.
Art. 9 Abs. 1	<b>Abrechnung</b> <sup>1</sup> Die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause müssen nach Art der Leistung in Rechnung gestellt werden.	Einverstanden	
Art. 9 Abs. 2	<sup>2</sup> Die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Pflegeheime müssen nach Pflegebedarfsstufen in Rechnung gestellt werden.	Einverstanden	
Art. 9a	Aufgehoben	Einverstanden	
II Übergangsbestimmung	<sup>1</sup> <u>Bis zur Inkraftsetzung der Regelung zur Spitalfinanzierung leistet die Versicherung 45% an den nach Art. 25a Abs. 2 KVG vereinbarten Pauschalen für die Akut- und Übergangspflege.</u>	Bis zur Umsetzung der neuen Regeln Spitalfinanzierung ab 2012 ist eine einfache Regelung für die Akut- und Übergangspflege anzuwenden.	s. Antrag zu Art. 7b Abs. 1 KLV
II Übergangsbestimmung	<sup>2</sup> Diese Änderung tritt am <del>1. Juli 2009</del> <u>1. Januar 2011</u> in Kraft.	s. oben	s. oben



### 3. AHVV

Art. AHVV-Entwurf	Entwurf zur Vernehmlassung mit Änderungsanträgen (von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)	Stellungnahme	Begründung
Art. 66 <sup>bis</sup> Abs. 1	<sup>1</sup> Für die Bemessung der Hilflosigkeit ist Artikel 37 Absatz 1, Absatz 2 Buchstabe a und b sowie Absatz 3 Buchstaben a bis d der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV) sinngemäss anwendbar.	Einverstanden	
Art. 66 <sup>bis</sup> Abs. 3	<sup>3</sup> Als Heim im Sinne von Artikel 43 <sup>bis</sup> Absatz 1 <sup>bis</sup> AHVG gilt jede Einrichtung, die von einem Kanton als Heim anerkannt wird oder über eine kantonale Betriebsbewilligung als Heim verfügt.	Einverstanden	
//	Diese Änderung tritt am <del>1. Juli 2009</del> 1. Januar 2011 in Kraft.	s. oben	

### 4. ELV: Zusätzlich beantragte Anpassung

Art. ELV	Änderungsanträge (von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)	Stellungnahme	Begründung
Art. 25a	<sup>1</sup> Als Heim gilt jede Einrichtung, die von einem Kanton als Heim anerkannt wird oder über eine kantonale Betriebsbewilligung verfügt. <sup>1bis</sup> <u>Der Kanton kann die Tagestaxen der anerkannten Heime nach Art. 10 Abs. 2 Bst. a des Gesetzes beschränken. Diese Kompetenz gilt in Bezug auf alle Kostenelemente, welche nicht von (anderen) Sozialversicherungen übernommen werden.</u>	Die vorgeschlagene Ergänzung ist nötig um zu präzisieren, dass unter die Tagestaxen auch die Pflgetaxen fallen, soweit sie nicht über den OKP-Beitrag gedeckt sind. Die Tagestaxe umfasst somit die in Rechnung gestellten Kosten für Hotellerie, Betreuung sowie die Pflgetaxe (=100% der anerkannten Pflegekosten, welche ihrerseits nach OKP-Beitrag, Beitrag des Pflegebedürftigen und Restfinanzierung nach Art. 25a Abs. 5 KVG aufgeteilt werden).	Diese Präzisierung ist nötig, da das KVG explizit nur noch einen Beitrag an die Pflegekosten leistet und daher diese Kosten im Rahmen der EL als Ausgaben berücksichtigt werden können müssen.



## VKL: Zusätzlich beantragte Anpassungen

Art. VKL	Änderungsanträge (von der GDK beantragte Ergänzungen unterstrichen)	Stellungnahme	Begründung
Art. 11	<p><b>3. Abschnitt: Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen</b></p> <p><b>Pflegeheime</b></p> <p><sup>1</sup> Die Pflegeheime müssen eine Finanzbuchhaltung führen.</p> <p><sup>2</sup> Zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung ist eine Anlagebuchhaltung zu führen.</p> <p><sup>3</sup> Es ist eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen. <u>Kosten und Leistungen müssen nach Langzeitpflege einerseits sowie nach Akut- und Übergangspflege andererseits ausgewiesen werden.</u></p>	<p>Abs. 3: Die Akut- und Übergangspflege macht eine Anpassung der VKL notwendig. Insbesondere sind die Kosten und Leistungen separat auszuweisen, auf deren Basis die Pauschalen verhandelt werden.</p> <p>Diese Werte sind auch in der sozialmedizinischen Statistik des BFS zu erfassen und die entsprechende Verordnung allenfalls anzupassen. Gleichzeitig sind auch die Informationen zu erfassen, welche eine Evaluation der Auswirkungen der Einführung des Begriffs der Akut- und Übergangspflege im KVG ermöglichen.</p>	
Art. 14	<p><b>4. Abschnitt: Ausweis der erbrachten Leistungen</b></p> <p><b>Pflegeheime</b></p> <p><sup>1</sup> Die Leistungsstatistik der Pflegeheime muss in Abstimmung mit der nach dem Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes erstellten Statistik der sozialmedizinischen Institutionen erstellt werden.</p> <p><sup>2</sup> Die Leistungsstatistik muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Aufenthaltstage und Pfl egetage pro Pflegebedarfsstufe umfassen. <u>Die Leistungen müssen nach Langzeitpflege einerseits sowie nach Akut- und Übergangspflege andererseits ausgewiesen werden.</u></p>	<p>Abs. 2: Anpassung der Vollständigkeit halber aus demselben Grund wie in Art. 11.</p>	



## OKP-Beiträge für Spitex nach Art. 7a Abs. 1 KLV unter Berücksichtigung der Kosten- und Mengenentwicklung

### 1. Leistungen (brutto) Spitex in Franken

<i>kursiv: geschätzt</i>	OKP für Pflegeheime (2007: OKP-Statistik des BAG), CHF	Veränderung 2007	Veränderung 2008 gemäss Monitoring BAG (Basis Jan-Dez.)	Jahresteuierung 2009 (BFS)	Total nur Pflegekosten ("Soll"-Wert), CHF	Differenz GDK zu Verordnungs-entwurf (CHF)	Differenz GDK zu Verordnungs-entwurf (Prozent)
2006	416'812'036				416'812'036		
2007	456'109'013	9.4%			456'109'013	-7'880	0%
2008	481'195'009		5.5%		481'195'009	25'078'116	5%
2009	492'743'689			2.4%	<b>492'743'689</b>	36'626'796	7.4%

### 2. Hochrechnung der OKP-Beiträge gemäss Vernehmlassungsentwurf

Annahme: Leistungsmenge 2008-2009 konstant			Berechnungsbasis: Entwurf Verordnungsänderung KVL 7a Abs. 1 KLV		Umlage Soll (GDK)		
	Verrechnete Stunden 2007 (Total: Spitex-Statistik)	Verrechnete Stunden, auf 2008 hochgerechnet (Mengenentwicklung)	Entwurf OKP-Beitrag	Leistungen OKP KLV-Entwurf	Leistungen OKP Soll	OKP-Beitrag Soll (gerundet)	Differenz Soll (GDK) / Entwurf (BAG)
Art. 7.2 Bst. a KLV	402'050	419'790	<b>79.20</b>	33'247'333		<b>86.00</b>	6.80
Art. 7.2 Bst. b KLV	1'873'073	1'961'977	<b>64.80</b>	127'136'118		<b>70.00</b>	5.20
Art. 7.2 Bst. c KLV	5'225'877	5'476'545	<b>54.00</b>	295'733'442		<b>58.30</b>	4.30
<b>Total (Spitex Statistik)</b>	<b>7 501 000</b>	<b>7 858 312</b>		<b>456'116'893</b>	<b>492'743'689</b>	<b>492'722'888</b>	<b>7%</b>
						-20'801	<b>36'626'796</b>

86 CHF= 85.60 + 40 Rp.  
zum weitgehenden  
Ausgleich der  
Rundungsdifferenz

### Aufteilung der Pflegeleistungen ermittelt im Bericht Infrass

Abklärung / Betreuung	72'766
Behandlungspflege	339'003
Grundpflege	945'819
	1'357'588

### 4. Aufteilung in Teuerungs- und Mengenkomponente (Faktoren)

Max. OKP Tarife (Art. 9a.1 KLV)	Art. 7.2 Bst. a KLV	Art. 7.2 Bst. b KLV	Art. 7.2 Bst. c KLV
2006	47.00	68.00	73.00
2007	48.00	69.50	74.50
2008	48.50	70.00	75.00
2007-2008			
Teuerungskomponente	1.010	1.007	1.007
Mengenentwicklung	<b>1.044</b>	<b>1.047</b>	<b>1.048</b>
Total	1.055	1.055	1.055



## OKP-Beiträge für Pflegeheime nach Art. 7a Abs. 3 KLV auf Basis der Pflagetage 2007 (provisorische Werte)

### 1. Leistungen (brutto) Pflegeheim in Franken

<i>kursiv: geschätzt</i>	OKP für Pflegeheime (2007: OKP-Statistik des BAG), CHF	Veränderung gemäss Monitoring BAG (Basis Jan-Dez)	Jahressteigerung 2009 (BFS)	Anteil nicht Pflegekosten 7.7%* (CHF) wird abgezogen	Total nur Pflegekosten ("Soll"-Wert), CHF	Differenz GDK zu Verordnungsentwurf (CHF)	Differenz GDK zu Verordnungsentwurf (Prozent)
2007	1'706'548'226			131'404'213	1'575'144'013	142'131'945	9%
2008	1'759'451'221	3.1%		135'477'744	1'623'973'477	190'961'410	12%
2009	1'801'678'050		2.4%	138'729'210	<b>1'662'948'840</b>	229'936'773	13.8%

\*Anteil nicht Pflegekosten (Therapie, Arzt, MiGel, Medis)

7.70% Annahme

### 2. Hochrechnung der OKP-Beiträge gemäss Vernehmlassungsentwurf

Annahme: Unbekannter Code ohne OKP-Leistungen

Annahme 2: Leistungsmenge seit 2007 konstant

Berechnungsbasis: Entwurf Verordnungsänderung KVL 7a Abs. 3 KLV

SOMED 2007 (definitive Werte)	Anzahl Pflagetage	Arithmetisches Mittel Pflegemin.	Max. Minuten	Entwurf OKP-Beitrag (BAG)	Leistungen OKP gemäss BAG	Minutenpreis (Basis Maximum)	Minutenpreise (Basis Durchschnitt)
Unbekannter Code	151380						
Stufe 0	749132	0					
1 bis 20 Min	3032873	10	20	<b>8.50</b>	25779420.5	0.425	0.85
21 bis 40 Min	2227848	30	40	<b>17.00</b>	37873416	0.425	0.57
41 bis 60 Min	3484914	50	60	<b>25.50</b>	88865307	0.425	0.51
61 bis 80 Min	1201596	70	80	<b>34.00</b>	40854264	0.425	0.49
81 bis 100 Min	4019196	90	100	<b>42.50</b>	170815830	0.425	0.47
101 bis 120 Min	1814497	110	120	<b>51.00</b>	92539347	0.425	0.46
121 bis 140 Min	592014	130	140	<b>59.50</b>	35224833	0.425	0.46
141 bis 160 Min	3839109	150	160	<b>68.00</b>	261059412	0.425	0.45
161 bis 180 Min	1916167	170	180	<b>76.50</b>	146586775.5	0.425	0.45
181 – 200 Min	347757	190	200	<b>85.00</b>	29559345	0.425	0.45
201 – 220	347757	210	220	<b>93.50</b>	32515279.5	0.425	0.45
221 +	4620969	<b>252</b>		<b>102.00</b>	471338838		0.40
<b>Total</b>	<b>27444697</b>				<b>1'433'012'068</b>		
221 bis 260 Min	3414194	240					
261 bis 300 Min	826994	280					
300 Min und mehr	379781	<b>300</b>					

OKP-Beitrag / Minute

### 3. Umlage auf Pflegebedarfsstufen

Umlage Soll (GDK)			
Zwischenschritt: Anzahl Minuten Pflege	Leistungen OKP Soll (Umlage auf Basis Min.)	OKP-Beitrag Soll (gerundet)	Differenz Soll (GDK) / Entwurf (BAG)
30328730	15'763'822.17	<b>5.20</b>	-3.30
66835440	34'738'744.11	<b>15.60</b>	-1.40
174245700	90'566'872.68	<b>26.00</b>	0.50
841117200	43'718'355.38	<b>36.40</b>	2.40
3617276400	188'013'483.93	<b>46.80</b>	4.30
1995946700	103'742'388.28	<b>57.20</b>	6.20
7696182000	40'002'085.29	<b>67.60</b>	8.10
57586635000	299'315'359.87	<b>78.00</b>	10.00
325748390000	169'312'717.40	<b>88.40</b>	11.90
660738300000	34'342'885.64	<b>98.80</b>	13.80
7302897000000	37'957'926.24	<b>109.20</b>	15.70
116489918000000	605'474'199.48	<b>131.00</b>	29.00
3'199'422'440	<b>1'662'948'840</b>	1'663'299'034	<b>14%</b>
		350'194	<b>229'936'773</b>

0.52