

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 18. März 2009

419. Krankenversicherung (Entwürfe zu den Teilrevisionen der Verordnung über die Krankenversicherung, der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung; Anhörung)

Mit Schreiben vom 18. Dezember 2008 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Entwürfe zu den Teilrevisionen der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) und der Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV) in die Vernehmlassung gegeben. Die Teilrevisionen dienen der Umsetzung des am 13. Juni 2008 von den eidgenössischen Räten verabschiedeten Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Mit den nun vorliegenden Ausführungsbestimmungen werden zunächst die Modalitäten der Finanzierung der Pflegeleistungen geregelt, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) leistet künftig einen festen, nach Zeitaufwand abgestuften Beitrag an die ärztlich verordneten Pflegeleistungen. In der KVV wird die Kompetenz zur Festsetzung dieser Beiträge an das EDI delegiert. In der Verordnung des EDI (der KLV) werden die Beiträge in Franken festgesetzt. Ebenso werden in dieser Verordnung die Leistungen der Akut- und Übergangspflege geregelt, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der oder des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG) übernommen werden müssen. Die Pflegefinanzierung betrifft auch die Gesetzgebung zur AHV. Aus diesem Grund wird auch eine Anpassung der AHVV bezüglich der Heimdefinition vorgenommen. Die Änderung der KVV zur Umsetzung der Pflegefinanzierung wird zudem zum Anlass genommen, weitere Punkte zu revidieren. Zu erwähnen sind insbesondere die Verlängerung der Dauer der kantonalen Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland sowie die Zulassung von Organisationen der Physiotherapie als Leistungserbringer, womit die bisher teilweise tatsächlich bereits erfolgte Abrechnung von Leistungen angestellter Physiotherapeutinnen oder -therapeuten zulasten der OKP neu formell im Rahmen von solchen Organisationen zugelassen werden soll.

Mit Schreiben vom 9. Januar 2009 ersuchte die Gesundheitsdirektion die Direktionen des Regierungsrates, den Gemeindepräsidentenverband des Kantons Zürich, das Gesundheits- und Umweltsdepartement der Stadt Zürich, das Departement Soziales der Stadt Winterthur, den Verband Zürcher Krankenhäuser, den Heimverband Curaviva Kanton Zürich und den Spitex-Verband Kanton Zürich um Stellungnahme zu den Ausführungsbestimmungen. Das Ergebnis dieser Untervernehmlassung lässt sich im Wesentlichen wie folgt zusammenfassen: Zunächst werden eine substanzielle Erhöhung der Frankenbeiträge der OKP an die Pflegeleistungen sowie eine periodische Überprüfung und Anpassung der Beiträge an die Teuerung verlangt. Die gegenüber heute vorgesehene grössere Differenzierung der Beiträge für Leistungen der Pflegeheime, bei der die Tarife in zwölf Pflegebedarfsstufen mit linearen Schritten von 20 Minuten abgestuft werden, wird grundsätzlich begrüsst. Für Personen, die in der höchsten Pflegebedarfsstufe wesentlich mehr als 220 Minuten Pflege benötigen, wird indessen ein höherer Beitrag gefordert. Sodann wird verlangt, dass bei der Überführung der verschiedenen Pflegebedarfsabklärungsinstrumente in das Tarifabgeltungssystem sicherzustellen sei, dass gleiche Leistungen gleich entschädigt werden. Begrüsst wird, dass die Überprüfung der ärztlichen Aufträge und Anordnungen von Spitex-Pflegeleistungen von voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal durch Vertrauensärztinnen oder -ärzte neu als «Kann-Bestimmung» formuliert wurde. Gleichzeitig wird aber darauf hingewiesen, dass sich in der Praxis gezeigt habe, dass die Grenze bei 60 Stunden zu tief angesetzt sei, weshalb diese auf 90 Stunden angehoben werden sollte. Weiter wird die Auffassung vertreten, dass die Verpflichtung der Kantone, die Deckung derjenigen Restkosten zu regeln, die nach neuArt. 25a Abs. 5 KVG weder von den Versicherern noch von der versicherten Person übernommen werden müssten, eine schweizweit einheitliche Festlegung der Vollkosten der Pflege bedinge. Aus Gründen der Rechtssicherheit seien deshalb einheitliche Kriterien zur Berechnung der Vollkosten festzulegen. Bezüglich Akut- und Übergangspflege wird die Klärung bzw. Präzisierung verschiedener offener Fragen in der Verordnung angeregt. Schliesslich wird beantragt, die neue Pflegefinanzierung nicht wie vorgesehen bereits auf den 1. Juli 2009, sondern erst per 1. Januar 2011 in Kraft zu setzen.

Der Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat eine Musterstellungnahme zu den Verordnungsänderungen zuhanden der Kantone verabschiedet (bestehend aus einem Vernehmlassungsschreiben samt einer gesonderten Übersicht, welche die neuen Bestimmungen im Detail würdigt). Im Vernehmlassungsschreiben wird einleitend festgestellt, dass sich die neuen Bestimmungen auf ein Mindestmass beschränken, was zur Folge hat,

dass viele offengelassene, wichtige Fragen (wie zum Beispiel die Finanzierung der nach Abzug der Versicherungsbeiträge und der Beiträge der versicherten Person verbleibenden Kosten) im kantonalen Recht zu regeln sein werden. Unter anderem vor diesem Hintergrund wird eine kurzfristige Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung für nicht möglich erklärt und eine Inkraftsetzung per 1. Januar 2011 beantragt. Hinsichtlich der zu revidierenden Verordnungen werden sodann im Wesentlichen eine Definition der Akut- und Übergangspflege und die Kompetenz der Kantone, die zu dieser neuen Pflegekategorie zuzulassenden Leistungserbringer zu bezeichnen, gefordert. Für die von den Kantonen nach neu Art. 25a Abs. 5 KVG zu regelnde Restfinanzierung sei den Kantonen die Kompetenz einzuräumen, die von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Pfl egetaxen anzuerkennen bzw. normativ festzulegen, da nur so die Restfinanzierung geregelt bzw. die durch das KVG eingeschränkte Überwälzung von nicht gedeckten Pflegekosten auf die pflegebedürftigen Personen (von höchstens 20% des höchsten Krankenversichererbeitrags) sichergestellt werden könnten. Sodann sei zusätzlich die Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV) zu ergänzen und darin festzuhalten, dass die Kantone befugt seien, die Tagestaxen der anerkannten Heime bezüglich derjenigen Kostenelemente zu beschränken, die nicht von anderen Sozialversicherungen übernommen würden. Nur so könne sichergestellt werden, dass nicht von der OKP gedeckte Pfl egetaxen, die im Rahmen von Ergänzungsleistungen zu übernehmen sind, auf ein vernünftiges Mass gesenkt werden können. Sodann sei zu klären bzw. im Kommentar zur KVV festzuhalten, ob es sich bei den Ergänzungsleistungen um Leistungen einer «Sozialversicherung» im Sinne von neu Art. 25a Abs. 5 KVG oder um akzessorische Leistungen zur AHV und IV handelt, da die Zuordnung dieser Leistungen Auswirkungen auf die Reihenfolge der Berücksichtigung der nicht gedeckten Pflegekosten und die Abwicklung der Restfinanzierung und damit auf die Lastenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden habe. Weiter werden die vorgeschlagenen Beiträge der Krankenversicherer im Spitex- und Pflegeheimbereich als deutlich zu tief erachtet und gefordert, dass diese entsprechend zu erhöhen seien. Zudem sei in der KVV festzuhalten, dass das Departement die Beiträge der Krankenversicherer periodisch zu prüfen und der Teuerung anzupassen habe.

Die von der GDK erarbeitete Musterstellungnahme ist inhaltlich zutreffend und deckt auch die im Rahmen der Untervernehmlassung erhobenen Forderungen weitgehend ab, weshalb im Vernehmlassungsschreiben des Kantons Zürich grundsätzlich darauf verwiesen werden kann. Ergänzend ist lediglich im Zusammenhang mit den ärztlich angeordneten Spitexleistungen zu fordern, dass eine vertrauensärztliche

Überprüfung erst ab 90 (statt 60) Stunden pro Quartal erfolgen soll und dass geklärt werden soll, ob allfällige Hilfloßenentschädigungen bei der Berechnung des Patientenanteils der Pflegekosten zu berücksichtigen sind. Nachzudoppeln ist schliesslich beim Anliegen, dass die Inkraftsetzung erst per 1. Januar 2011 erfolgen soll.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Schreiben an das Eidgenössische Departement des Innern (Zustelladresse: Bundesamt für Gesundheit, Bereich Kranken- und Unfallversicherung, 3003 Bern und per E-Mail an corinne.erne@bag.admin.ch):

Mit Schreiben vom 18. Dezember 2008 haben Sie uns eingeladen, zu den Teilrevisionen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) und der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV) Stellung zu nehmen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Meinungsäusserung. Grundsätzlich teilen wir die Haltung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), wie sie in dem vom Vorstand der GDK verabschiedeten Stellungnahme vom 12. März 2009 samt Anhang zum Ausdruck gebracht wird. In Ergänzung dazu halten wir lediglich noch Folgendes fest:

Zu Art. 8a Abs. 3 KLV-Entwurf

Zu begrüssen ist, dass die Überprüfung der ärztlichen Aufträge und Anordnungen von Spitex-Pflegeleistungen von voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal durch Vertrauensärztinnen und -ärzte neu als «Kann-Bestimmung» formuliert ist. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass die Grenze bei 60 Stunden zu tief angesetzt ist, weshalb beantragt wird, diese auf 90 Stunden anzuheben.

Hilfloßenentschädigung

Gemäss neuArt. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstes 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. In diesem Zusammenhang ersuchen wir um Klärung der Frage, ob es sich bei den Leistungen der Hilfloßenentschädigung um Leistungen einer «Sozialversicherung» im vorerwähnten Sinne handelt und gegebenenfalls, in welchem Umfang die Hilfloßenentschädigung zur Deckung der Pflegekosten angerechnet werden kann.

Zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung

Der vorgeschlagene Inkraftsetzungstermin vom 1. Juli 2009 ist viel zu eng gesetzt. Die Kantone sind gemäss Art. 25a Abs. 5 revKVG verpflichtet, die Restfinanzierung der Kosten zu regeln, die nach Abzug von Versicherungsbeiträgen und Beiträgen der versicherten Person verbleiben. Da solche kantonalen Finanzierungsbestimmungen der Rechtsgrundlage in einem formellen Gesetz bedürfen, muss den Kantonen auch ausreichend Zeit zum Erlass der Bestimmungen im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens eingeräumt werden. Dies lässt eine Inkraftsetzung der neuen Bestimmungen bis 1. Juli 2009 nicht zu und verunmöglicht damit eine demokratisch legitimierte Umsetzung der Pflegefinanzierung im kantonalen Recht. Wir ersuchen Sie deshalb, die neue Pflegefinanzierung erst auf den 1. Januar 2011 in Kraft zu setzen.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Regierungsrates und an die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:

Husi