

Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)

Vorgesehene Änderungen per 1. August 2009 (andere Änderungen) und 1. Juli 2010 (Pflegefinanzierung)

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, 10. Juni 2009

Inhaltsverzeichnis

Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)

I. Pflegefinanzierung

1	Einführung	3
11	Ausgangslage	3
12	Revision der Verordnung	3
2	Bestimmungen	4
21	Allgemeine Leistungen (Art. 33)	4
22	Rahmentarife (Art. 59a)	4

II. Andere Änderungen

1	Einführung	5
2	Bestimmungen	5
21	Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland, Verlängerung der Dauer des Projektes (Art. 36a)	5
211	Ausgangslage	5
212	Bestimmungen	6
22	Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen (Art. 47)	6
23	Organisationen der Physiotherapie (Art. 52a)	7
231	Ausgangslage	7
232	Rechtliche Grundlagen	7
233	Bestimmung	7
24	Reihenfolge der Prämienermässigungen (Art. 90b)	7

III. Beilage 1

I. Pflegefinanzierung

1 Einführung

11 Ausgangslage

Die Eidgenössischen Räte haben am 13. Juni 2008 die Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Pflegefinanzierung beschlossen (BBI 2008 5247). Die Revision hat zur Folge, dass auch die von den Änderungen betroffenen Verordnungen angepasst werden müssen. Es handelt sich dabei namentlich um die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und die Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31). Die Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV; SR 831.101) muss auch angepasst werden, insbesondere hinsichtlich der Definition der Heime.

Für die Festlegung des Datums des Inkrafttretens des Gesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (im Folgenden "das Gesetz" genannt) ist der Bundesrat zuständig. Vorgesehen ist ein Inkrafttreten per 1. Juli 2010.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung beinhaltet, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Frankenbetrag leistet, der je nach Pflegebedarf variiert. Die Beiträge werden vom Bundesrat für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt. Dabei handelt es sich einzig um Pflegeleistungen im Sinne des Artikel 25a Absatz 1 KVG, da die Pensions- und Betreuungskosten wie heute von den pflegebedürftigen Personen getragen werden müssen, bzw. subsidiär durch die Ergänzungsleistungen (EL), die bedarfsabhängig ausgerichtet werden. Für die Pflegekosten, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden, dürfen die versicherten Personen bis zu einem Betrag von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags belastet werden (Art. 25a Abs. 5 KVG). Unter dem Begriff Sozialversicherungen sind im wesentlichen die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verstehen. Die Ergänzungsleistungen wurden im Rahmen der parlamentarischen Diskussion in diesem Kontext nie erwähnt und fallen daher nicht darunter. In Bezug auf die Hilflosenentschädigungen, die potenziell darunter subsumiert werden könnten, bestand im Rahmen der parlamentarischen Diskussion kein Konsens über die Anrechenbarkeit. Angesichts dessen, dass die Hilflosenentschädigungen eine nicht zweckgebunden Geldleistung darstellt, ist davon auszugehen, dass auch diese nicht darunter fällt.

Neben der Beiteilung an den Pflegekosten haben die Versicherten zudem auf dem Pflegebeitrag die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG zu entrichten. Die Kantone haben danndie Restfinanzierung zu regeln. Angesichts des vorgesehenen Datums für die Inkraftsetzung, sind die Kantone aufgefordert, die notwendigen kantonalen Ausführungsbestimmungen umgehend an die Hand zu nehmen.

12 Revision der Verordnung

Nach Artikel 25a Absatz 1 des Gesetzes leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant erbracht werden.

Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung. Er setzt ebenfalls die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken sowie die Modalitäten für die Qualitätskontrolle fest.

Mit dem dringlichen Bundesgesetz vom 8. Oktober 2004 (Pflegetarife; AS 2004 4375) wurde eine Übergangsbestimmung in das KVG aufgenommen, die das Einfrieren der Pflegetarife vorsah und damit ein Überschreiten der Rahmentarife nicht mehr erlaubte. Im Hinblick auf die Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde die Gültigkeitsdauer dieses Gesetzes bis zum Inkrafttreten der Neuordnung, längstens bis zum 31. Dezember 2006 befristet. Die Gültigkeitsdauer des dringlichen Bundesgesetzes wurde später bis zum 31. Dezember 2008 verlängert (AS 2006 5767). Auch wenn der vorgesehene Termin für das Inkrafttreten der Pflegefinanzierung nicht direkt an das dringliche Bundesgesetz anschliesst, ist eine Verlängerung des Einfrierens nicht zwingend notwendig und deshalb nicht vorgesehen. Die geltenden KVG-Bestimmungen zu den Rahmentarifen sind nämlich auch beim Wegfall des

dringlichen Bundesgesetzes anwendbar. Folglich können die Rahmentarife nur unter den in Artikel 9a KLV festgelegten Bedingungen überschritten werden.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes wird hingegen dieses System der Rahmentarife hinfällig. Die einschlägigen Bestimmungen sind daher auf diesen Zeitpunkt aufzuheben.

2 Bestimmungen

21 Allgemeine Leistungen (Art. 33)

Artikel 33 KVV zählt diejenigen Kompetenzen auf, die der Bundesrat dem Departement bezüglich der Leistungsbezeichnung überträgt. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden die Regelungen zu den Pflegeleistungen auf Gesetzesstufe neu strukturiert. Artikel 25 KVG umschreibt die allgemeinen Leistungen bei Krankheit, nach Artikel 33 Absatz 2 KVG bezeichnet der Bundesrat die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen Leistungen näher. Neu regelt Artikel 25a des Gesetzes die Frage der Kostenübernahme der Pflegeleistungen im engeren Sinn, d.h. die Leistungen der Krankenpflege und überträgt damit dem Bundesrat zusätzliche Vollzugskompetenzen. Eine Übertragung dieser Kompetenzen an das Departement benötigt daher eine entsprechende Anpassung von Artikel 33 KVV.

Mit Buchstabe b überträgt der Bundesrat dem Departement die Kompetenz zur Bezeichnung der Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 KVG, die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbracht werden. Im Bereich der Pflege hat das Departement diese Kompetenz bereits in Artikel 7 KLV genutzt. Mit der Ergänzung in Artikel 25a Absatz 3 des Gesetzes ist Buchstabe b zu präzisieren und explizit festzuhalten, dass das Departement auch bezogen auf diesen Artikel über die Kompetenz zur Bezeichnung der Leistungen nach Artikel 25a Absätze 1 und 2 verfügt.

Weiter ist ein neuer Buchstabe h einzuführen, wonach dem Departement nach Artikel 25a Absatz 3 des Gesetzes explizit die Kompetenz übertragen wird, das Verfahren der Bedarfsermittlung zu definieren. Die Artikel 8 und 9 KLV sehen bereits Bestimmungen vor, um insbesondere eine Abstufung nach Pflegebedarfsstufen vorzuschreiben.

Mit einem weiteren Buchstaben i erhält das Departement zudem die Kompetenz, gestützt auf Artikel 25a Absatz 1 und 4 des Gesetzes die Höhe der Beiträge an die Pflegeleistungen differenziert nach Pflegebedarf in Franken festzulegen. Das Departement hat demzufolge auch die Kompetenz, nötigenfalls Anpassungen im Sinne von Absatz 1 der im Gesetz vorgesehenen Übergangsbestimmungen vorzunehmen.

22 Rahmentarife (Art. 59a)

Nach Artikel 59a KVV hat das Departement bisher die Kompetenz, Rahmentarife für die Pflegeleistungen festzulegen. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes, dem Wegfall von Artikel 104a KVG und der Einführung der Beitragslösung besteht keine Notwendigkeit mehr, Rahmentarife festzusetzen. Der Artikel ist daher aufzuheben.

Die Frage der Restfinanzierung beziehungsweise der Festlegung des maximalen Beitrags an die Pflege (Grundlage: 100 Prozent der Pflegekosten) muss auf kantonaler Ebene geregelt werden.

Die Restfinanzierung von Aufenthalten eines Versicherten in einem Pflegeheim ausserhalb des Wohnkantons ist, unter Berücksichtigung der Bestimmungen im Schweizerischen Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB, SR 210) enthaltenen Bestimmungen über den Wohnsitz sowie der diesbezüglichen Rechtsprechung, im kantonalen Recht zu regeln.

Die Vergütung der Pflegekosten wird somit zwischen der Krankenversicherung, der die in Artikel 7a KLV vorgesehene Beiträge übernimmt, den Versicherten, die 20 Prozent der vom Bundesrat festgelegten Höchstbetrags übernehmen, und dem Kanton, der für den Restbetrag aufkommt, aufgeteilt.

Die als Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG bezahlten Aufwendungen werden den Bezügerinnen und Bezüger von jährlichen Ergänzungsleistungen vom Kanton zurückerstattet (Art. 14 Abs. 1 Bst. g des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV vom 6. Oktober 2006 (ELG; SR 831.30)).

Die vom Versicherten zu tragenden Kosten, das heisst die 20 Prozent des vom Bundesrat festgelegten Höchstbeitrags, dürfen den Betrag von 365 x die 20 Prozent des Höchstbetrags nicht übersteigen (s. Beilage 1). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass der Anteil des Versicherten nur in den Fällen

geschuldet ist, in denen die Pflegekosten durch die in der KLV vorgesehenen Beiträge nicht vollständig gedeckt sind.

II. Andere Änderungen

1 Einführung

Unabhängig von der Revision der obgenannten Pflegefinanzierung ergreift das Eidgenössische Departement des Innern die Gelegenheit, um zusätzliche Änderungen der KVV vorzuschlagen. Diese betreffen die Verlängerung der Projektdauer für Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland (Art. 36a), die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen (Art. 47), die Organisationen der Physiotherapie (Art. 52a) sowie Anpassungen technischer Art (Art. 90b).

2 Bestimmungen

21 Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland, Verlängerung der Dauer des Projektes (Art. 36a)

211 Ausgangslage

Der Bundesrat hat am 26. April 2006 im Rahmen einer Revision der KVV eine kontrollierte Lockerung des Territorialitätsprinzips in der Krankenversicherung beschlossen. Nach dem neuen Artikel 36a KVV kann das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) Pilotprojekte bewilligen, die eine Kostenübernahme für Leistungen vorsehen, die in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht werden. Die Projekte sind von einem oder mehreren Kantonen und von einem oder mehreren Krankenversicherern gemeinsam einzureichen. Die Projektdauer ist bis zum 31. Dezember 2009 befristet. Die einzelnen Pilotprojekte müssen ein Konzept zur wissenschaftlichen Projektbegleitung beinhalten. Die Bestimmung wurde auf den 10. Mai 2006 in Kraft gesetzt.

Mit der Verabschiedung von Artikel 36a KVV hat der Bundesrat gleichzeitig folgenden Beschluss gefasst: „Le DFI est autorisé à proposer au Parlement, dans le cadre des délibérations en cours relatives aux révisions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'insertion d'une base légale prévoyant la possibilité de procéder à des projets pilotes concernant l'assouplissement du principe de la territorialité.“ Gestützt auf diesen Beschluss wurde dem Parlament ein Vorschlag für einen neuen Artikel 34 Absatz 3 KVG, mit dem Inhalt, dass der Bundesrat eine Kostenübernahme von Leistungen im Ausland im Rahmen zeitlich befristeter Pilotprojekte vorsehen kann, unterbreitet. Dieser Vorschlag wurde der KVG-Revision Managed Care (04.062) angefügt. In der Wintersession 2006 wurde diese Vorlage vom Ständerat beraten, und er hat dem neuen Artikel 34 Absatz 3 KVG am 5. Dezember 2006 zugestimmt. Vom Nationalrat wurde diese Vorlage bis anhin noch nicht beraten.

Seit dem 1. Januar 2007 läuft das erste Pilotprojekt. Es betrifft das Grenzgebiet der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und des Landkreises Lörrach. Das Pilotprojekt steht den Versicherten offen, die bei einem am Projekt teilnehmenden Krankenversicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgeschlossen haben und im Kanton Basel-Stadt oder im Kanton Basel-Landschaft wohnen. Das Pilotprojekt enthält eine Liste mit den ausländischen Leistungserbringern und den Leistungen, die im Landkreis Lörrach bezogen werden können. Die wissenschaftliche Projektbegleitung wird durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) durchgeführt. Aus dem Zwischenbericht über das erste Projektjahr geht hervor, dass sich bis anhin nur wenige Personen in einer deutschen Klinik behandeln liessen. Das Projekt wird dennoch von den meisten Akteuren positiv bewertet. Im Rahmen des Projektes können sich auch deutsche Versicherte aus dem Landkreis Lörrach in Spitälern der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft behandeln lassen.

Auf den 1. Januar 2008 wurde ein zweites Projekt bewilligt. Es betrifft den Kanton St. Gallen und das Fürstentum Liechtenstein. Danach können sich Versicherte, die bei einem am Projekt teilnehmenden Krankenversicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgeschlossen haben und im Kanton St. Gallen wohnen, auch im Liechtensteinischen Landesspital in Vaduz behandeln lassen. Umgekehrt können sich Versicherte aus dem Fürstentum Liechtenstein schon seit vielen Jahren in den Spi-

tälern des Kantons St. Gallen behandeln lassen.

Gestützt auf die geltende Verordnungsbestimmung ist die Projektdauer bis zum 31. Dezember 2009 befristet (Art. 36a Abs. 3 Bst. a KVV). Für die bereits laufenden Pilotprojekte würde das bedeuten, dass sie Ende 2009 auslaufen müssten. Das Pilotprojekt Basel hätte dann insgesamt nur drei Jahre und das Pilotprojekt St. Gallen nur zwei Jahre gedauert. Die bereits bestehenden Projekte könnten also nur noch für eine relativ kurze Zeit laufen.

Die Pilotprojekte sollen dazu dienen, genügend Grundlagen für den Entscheid, inwieweit das Territorialitätsprinzip in der Krankenversicherung definitiv gelockert und ins ordentliche Recht übernommen werden soll, zu liefern. Um dieses Ziel erreichen zu können, müssen genügend Daten für die wissenschaftlichen Untersuchungen vorhanden sein. Deshalb sollten die Pilotprojekte eine Mindestlaufzeit von vier Jahren haben, wobei es möglich sein sollte, ein einzelnes Projekt vorher abzubrechen. Zudem sollte es mindestens vier bis sechs Projekte geben, die sich auf möglichst viele Grenzregionen der Schweiz erstrecken. Das Bundesamt für Gesundheit hat sich am 8. Mai 2008 mittels einer Umfrage bei allen Grenzkantonen erkundigt, ob sie Interesse an der Lancierung eines Pilotprojektes hätten, denn es wurde angenommen, dass sie wegen der Befristung bis zum 31. Dezember 2009 von einer Realisierung abgehalten werden. Die Umfrage hat ergeben, dass noch weitere Grenzkantone ein Pilotprojekt für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland einreichen würden, wenn die Frist verlängert würde.

212 Bestimmungen

Artikel 36a Absatz 3 Buchstabe a: Aus diesen Gründen wird mit der vorgeschlagenen Verordnungsrevision die Befristung in Artikel 36a Absatz 3 Buchstabe a KVV geändert. Weil die Pilotprojekte nicht gleichzeitig eingereicht wurden und werden, wird mit der vorgeschlagenen Bestimmung beantragt, die Gültigkeitsdauer der einzelnen Pilotprojekte auf vier Jahre festzulegen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung bis maximal vier Jahre zu gewähren. Damit neue Pilotprojekte nicht unbegrenzt eingereicht werden, und damit die Pilotprojekte einmal abgeschlossen sind und ausgewertet werden können, muss in der Bestimmung festgelegt werden, dass neue Pilotprojekte nur bis zum 31. Dezember 2012 eingereicht werden können.

Übergangsbestimmung: Da zwei Projekte bereits laufen, muss in einer Übergangsbestimmung geregelt werden, dass der neue Artikel 36a Absatz 3 Buchstabe a KVV auch für die bereits laufenden Pilotprojekte gilt, das heisst, dass auch die zwei Projekte insgesamt vier Jahre mit der Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung bis maximal vier Jahre dauern können. Die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung bereits abgelaufene Projektdauer muss also von der neu festgelegten Gültigkeitsdauer von vier Jahren abgezogen werden.

22 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen (Art. 47)

Ein Physiotherapeut muss unter anderem eine zweijährige Tätigkeit nachweisen, damit er selbstständig und auf eigene Rechnung Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen kann. Die Tätigkeit kann beispielsweise bei Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten, die nach KVV zugelassen sind, absolviert werden (vgl. Art. 46 Abs. 1 i.V.m. Art. 47 Abs. 1 Bst. b KVV). Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die in den mit dieser Revision neu geschaffenen Organisationen der Physiotherapie (vgl. dazu unten Art. 52a) tätig sind, verfügen über dieselben fachlichen Voraussetzungen wie ihre selbstständig tätigen Berufskollegen. Somit ist es gerechtfertigt, die Absolvierung der praktischen Tätigkeit unter den gleichen Voraussetzungen wie bei den selbstständigen Physiotherapeuten auch in Organisationen der Physiotherapie zuzulassen. Artikel 47 Absatz 1 Buchstabe b wird deshalb entsprechend ergänzt.

23 Organisationen der Physiotherapie (Art. 52a)

231 Ausgangslage

In der Praxis erbringen Physiotherapeutinnen und -therapeuten seit Jahren nicht nur im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit, sondern auch als Angestellte bei selbständig tätigen Physiotherapeutinnen oder -therapeuten Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Unter den geltenden Bestimmungen ist dies nur insoweit zulässig, als es sich um praktische Arbeitstätigkeit zur Erlangung der Möglichkeit der eigenen Abrechnungsfähigkeit handelt. Bei anderen Kategorien von Leistungserbringern sind Anstellungsverhältnisse ausserhalb der Weiterbildung teilweise zulässig, beispielsweise in der Ergotherapie oder der Pflege. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, die rechtlichen Grundlagen an die geltende Praxis anzugleichen und damit einem entsprechenden Antrag des Schweizer Physiotherapie Verbands (Fisio), heute physioswiss, zu entsprechen.

232 Rechtliche Grundlagen

Artikel 35 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) zählt die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer auf. Die Physiotherapie wird im KVG nicht namentlich erwähnt. Nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG sind Personen zugelassen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen und Organisationen, die solche Personen beschäftigen. Artikel 38 KVG gibt dem Bundesrat die Kompetenz, die Anforderungen an diese Personen und Organisationen festzulegen.

233 Bestimmung

Organisationen der Physiotherapie sollen neu als Leistungserbringer zugelassen werden. Damit wird der gängigen Praxis, wonach Leistungen angestellter Physiotherapeutinnen oder -therapeuten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden, Rechnung getragen, ohne dass dies zu einer Mengenausweitung in der Physiotherapie beitragen sollte.

Analog zu den Organisationen der Ergotherapie müssen die Organisationen der Physiotherapie nach dem neuen Artikel 52a KVG nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sein (Bst. a); ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben (Bst. b); über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen (Bst. d) und an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 KVG teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Physiotherapie erbracht wird (Bst. e). Hingegen sind die Leistungen der Organisationen der Physiotherapie ausdrücklich durch Personen zu erbringen, welche die Voraussetzungen eines zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Physiotherapeuten nach Artikel 47 erfüllen (Bst. c). Es ist davon auszugehen, dass dies der einleitend erwähnten Praxis entspricht. Zudem ist die Formulierung angezeigt, um eine Mengenausweitung zu vermeiden und die Qualität zu sichern.

24 Reihenfolge der Prämienermässigungen (Art. 90b)

Nach dem sich das Bundesgericht im Urteil 9C_599/2007 vom 18. Dezember 2007¹ unter anderem mit der Frage, der in Artikel 90b Buchstaben c und d KVV verordneten Reihenfolge der Ermässigungen für die Versicherungen mit wählbarer Franchise und bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer befasse, ist die Bestimmung anzupassen.

Die Abstufungen der Prämien für die Festlegung der Prämien der ordentlichen Versicherung haben zuerst zu erfolgen. Dabei handelt es sich um die Prämienermässigungen aufgrund der Prämienregionen (Art. 91 Abs. 1 und 2) und die altersabhängigen Prämienermässigungen (Art. 91 Abs. 3), welche in den Buchstaben a und b geregelt sind. In seinem Urteil bestätigt denn auch das Bundesgericht, dass die ordentliche Prämie diejenige sei, bei welcher die Reduktionen für das Alter und die Prämienregion berücksichtigt wurden.

¹ <http://www.bger.ch/de/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-urteile2000.htm>

Mit den Buchstaben c und d des Artikels wollte der Bundesrat die Reihenfolge der Rabattierungen zwischen Prämienermässigungen für die wählbaren Franchisen (Art. 95) und der Prämienermässigungen bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 101) regeln. Das Bundesgericht hat dazu aber festgehalten, dass das Vorgehen des Bundesamtes, die zulässige Prämienermässigung für die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer in Prozenten der bereits auf Grund des Franchisenrabatts reduzierten Prämie zu berechnen und nicht in Prozenten der Prämie für die ordentliche Versicherung, einen Verstoß gegen Artikel 101 Absatz 3 KVV darstelle.

Zur Prämienermässigung bei Sistierung der Unfalldeckung (Art. 91a) hat sich das Bundesgerichtsurteil nicht geäußert. Der prozentuale Abzug bezieht sich gemäss dem Verordnungstext auf die Prämie mit Unfalldeckung (und nicht immer auf die ordentliche Versicherung, wie dies bei den Versicherungsformen nach den Artikeln 93-101 der Fall ist).

Da die Reihenfolge betreffend der Ermässigungen für *die Buchstaben a, b und e* des bisherigen Artikel 90b klar sind und die *Buchstaben c und d* aufgrund des Gerichtsurteils und der aktuellen gesetzlichen Situation nicht in einer Reihenfolge geregelt werden können, erübrigt sich eine Regelung zur Reihenfolge der Ermässigungen. Der Artikel 90b ist daher zu streichen.

III. Beilage 1

Beispiele Patientenbeteiligung neue Pflegefinanzierung

Gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG (neu) dürfen die Versicherten max. mit 20% des höchsten von der OKP vergüteten Beitrages belastet werden.

Patient/-in im Pflegeheim

Beispiel 1: Patient/-in hat Pflegebedarf von 45 Minuten pro Tag

Pflegetaxe des Heims (Annahme):	Fr.	45.00
Beitrag OKP für Stufe 3 (Brutto)	Fr.	27.00
Rest (nicht durch OKP gedeckt)	Fr.	18.00
Patientenbeteiligung (max. 20% von Fr. 108.-- = Fr. 21.60)	Fr.	18.00
Restfinanzierung (Kanton)	Fr.	0.00

Beispiel 2: Patient/-in hat Pflegebedarf mehr als 300 Minuten pro Tag

Pflegetaxe des Heims (Annahme):	Fr.	200.00
Beitrag OKP für Stufe 12 (Brutto)	Fr.	108.00
Rest (nicht durch OKP gedeckt)	Fr.	92.00
Patientenbeteiligung (max. 20% von Fr. 108.-- = Fr. 21.60)	Fr.	21.60
Restfinanzierung (Kanton)	Fr.	70.40

Patient/-in zu Hause, Pflege durch Spitex

Beispiel 1: Patient/-in hat Pflegebedarf von 20 Minuten (10 Minuten Behandlungspflege und 10 Minuten Grundpflege) pro Tag

Tarif Spitex (Annahme):	Fr.	35.00
Beitrag OKP für 10 Min. Behandlungspflege (Brutto)	Fr.	10.90
Beitrag OKP für 10 Min. Grundpflege (Brutto)	Fr.	9.10
Rest (nicht durch OKP gedeckt)	Fr.	15.00
Patientenbeteiligung (max. 20% von Fr. 79.80 = Fr. 15.95)	Fr.	15.00
Restfinanzierung (Kanton)	Fr.	0.00

Beispiel 2: Patient/-in hat Pflegebedarf von 80 Minuten (20 Minuten Behandlungspflege und 60 Minuten Grundpflege) pro Tag

Tarif Spitex (Annahme):	Fr.	140.00
Beitrag OKP für 20 Min. Behandlungspflege (Brutto)	Fr.	21.80
Beitrag OKP für 60 Min. Grundpflege (Brutto)	Fr.	54.60
Rest (nicht durch OKP gedeckt)	Fr.	63.60
Patientenbeteiligung (max. 20% von Fr. 79.80 = Fr. 15.95)	Fr.	15.95
Restfinanzierung (Kanton)	Fr.	47.65