



Faktenblatt

Pflegefinanzierung

Datum:

8. Mai 2024

Pflegefinanzierung

Hintergrund

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung, die seit 2010 in Kraft ist, sieht unter anderem vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) einen Beitrag an ambulante Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung erbracht werden, leistet. Dies gilt namentlich für Pflegeleistungen in Tages- oder Nachtstrukturen sowie Alters- und Pflegeheimen (Art. 25a Abs. 1 KVG).

Der Bundesrat setzt die Beiträge, den die Krankenpflegeversicherung leistet, nach dem Pflegebedarf fest. Neben der Krankenversicherung finanzieren zum Teil auch die Versicherten Pflegeleistungen bis maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages. Die Restfinanzierung wird von den Kantonen gedeckt (Art. 25a Abs. 5 KVG).

Dabei gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers, unabhängig vom Wohnort der Patientin oder des Patienten. Das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im Pflegeheim ist für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.

Definition

Wer Pflegeleistungen erbringen darf, ist in Artikel 7 Absatz 1 KLV definiert. Namentlich sind es

- a. Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV);
- b. Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);
- c. Pflegeheime (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994, KVG).

Die Pflegeleistungen sind in die folgenden drei Kategorien unterteilt (Art. 7 Abs. 2 KLV):

- a. Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination;
- b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung;
- c. Massnahmen der Grundpflege.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Kommunikation, media@bag.admin.ch www.bag.admin.ch
Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.

Finanzierung

Artikel 7a KLV weist die Beiträge aus, die die Krankenkassen für Pflegeleistungen übernehmen. Diese Beiträge variieren je nach Leistungserbringer. Für Pflegefachpersonen sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sind die Tarife pro Stunde und nach Art der Leistung festgelegt (Art. 7a Abs. 1 KLV), für Pflegeheime nach Tag und Pflegebedarf (in benötigte Minuten) (Art. 7a Abs. 3 KLV). Die Beiträge, die die OKP übernimmt, sowie die Beteiligung der Versicherten und die Restfinanzierung durch die Kantone sind im Anhang erklärt.

Seit dem 1. Oktober 2021 ist schweizweit eine einheitliche Vergütung für Pflegematerial im KVG festgeschrieben. Die Krankenversicherer müssen die in der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) aufgeführten Mittel und Gegenstände übernehmen, unabhängig davon, ob diese von den Versicherten selbst, einer nichtberuflich mitwirkenden Person oder dem Pflegefachpersonal verwendet werden. Mit der Anpassung des KVG wird die Finanzierung des Pflegematerials, das ambulant oder in Pflegeheimen verwendet wird, sichergestellt.

Vorgehen

Bis 1. Januar 2020

Nach altArtikel 8 Absatz 1 KLV bestimmte der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung, welche von Pflegefachpersonen oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause erbrachten Leistungen der Patient oder die Patientin aufgrund der Ermittlung des Pflegebedarfs und der gemeinsamen Planung benötigt.

Auch wenn das Gesetz eine ärztliche Präsenz vorschrieb, ermittelten in der Praxis die Pflegefachpersonen oder die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause den Pflegebedarf, brauchten aber für sämtliche Leistungskategorien eine ärztliche Zustimmung, um die Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zu erbringen. Ohne ärztlichen Auftrag, ärztliche Anordnung und ohne ärztliche Zustimmung zur Bedarfsermittlung wurden die Leistungen nicht von der OKP übernommen.

Betreffend Pflegeheime besagte altArtikel 8 Absatz 4 KLV, dass sich die Bedarfsermittlung auf den Pflegebedarf abstützen habe. Der vom Arzt oder der Ärztin festgestellte Pflegebedarf entspricht dem ärztlichen Auftrag oder der ärztlichen Anordnung. Auch hier bedurfte die Bedarfsermittlung einer ärztlichen Zustimmung, um Leistungen zulasten der OKP zu erbringen.

AltArtikel 8 Absatz 2 KLV bestimmte, dass die Bedarfsermittlung die Beurteilung der Gesamtsituation der Patientin oder des Patienten sowie die Abklärung des Umfeldes und der benötigten Krankenpflege und Hilfe zu Hause umfasst.

Nach dem 1. Januar 2020

Auch mit der angepassten Fassung der KLV vom 1. Januar 2020 wurde die Anforderung einer ärztlichen Anordnung bzw. eines ärztlichen Auftrags nicht aufgehoben, um Pflegeleistungen zulasten der OKP zu erbringen.

Artikel 8a Absatz 1 KLV bestimmt, dass die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder den Angehörigen erfolgt. Das Ergebnis dieser Bedarfsermittlung ist umgehend dem Arzt oder der Ärztin zuzustellen, der oder die die Anordnung bzw. den Auftrag erteilt hat. Die Bedarfsermittlung muss also laut Gesetz nicht mehr in Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes erfolgen.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Kommunikation, media@bag.admin.ch www.bag.admin.ch
Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.

Nach dem 1. Juli 2024

Neu werden die Pflegeleistungen nach Abklärung, Beratung, Koordination (Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV), Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. c KLV) und nach Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2, Bst. b KLV) unterschieden. Abklärungs-, Beratungs-, Koordinations- und Grundpflegeleistungen können ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag zulasten der OKP erbracht werden, was dem Pflegepersonal mehr Autonomie gewährt. Massnahmen der Untersuchung und Behandlung müssen hingegen weiterhin auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erfolgen, da diese Leistungen eng mit der ärztlichen Behandlung verknüpft sind.

Die vorherige Abklärung des Pflegebedarfs bleibt in jedem Fall erforderlich. Sie muss zur Information an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin weitergeleitet werden.

Berechnung der Beiträge an die Pflegeleistungen durch die OKP

Das EDI hat die ab 1. Januar 2011 geltenden Beiträge getrennt für den Pflegeheimbereich und den Bereich der Pflege zu Hause berechnet und in Artikel 7a KLV festgesetzt. Die Beiträge der OKP wurde entsprechend der Vorgabe der Kostenneutralität festgesetzt. Das bedeutet, dass die Beiträge für die Vergütung der Pflegeleistungen durch die OKP so festzulegen waren, dass sie der Summe der Vergütungen für die ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen in dem Jahr, das dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung vorangeht (d. h. 2010), entsprechen. Die Übergangsbestimmungen der Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 2008 sahen denn auch vor, dass der Bundesrat in den nachfolgenden Jahren die erforderlichen Anpassungen vorzunehmen hat, wenn die Kostenneutralität nicht eingehalten werden kann.

Aus diesem Grund wurden die Beiträge per 1. Januar 2020 denn auch angepasst: Sie wurden für Alters- und Pflegeheime leicht nach oben, für die Pflege zu Hause leicht nach unten korrigiert.

Die Berechnungsmethode der Beiträge an die Pflegeleistungen sowie die genaue Berechnung des Korrekturfaktors sind im Kommentar zu den Änderungen der KLV betreffend Kostenneutralität und Bedarfsermittlung für Pflegeleistungen erläutert ([Kommentar Änderung der KLV im Bereich der Kostenneutralität und der Bedarfsermittlung \(admin.ch\)](#)).

Allfällige künftige Anpassungen fallen in den Kompetenzbereich des EDI. Im Pflegefinanzierungssystem führt jede Anpassung bei den Beträgen zwingend zu einer Anpassung der Restfinanzierung durch die Kantone.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Kommunikation, media@bag.admin.ch www.bag.admin.ch
Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.