

FDP Kanton Nidwalden
Postfach 634
CH-6371 Stans

Staatskanzlei Nidwalden
Regierungsgebäude
6371 Stans

31. Dezember 2009

Vernehmlassung zum kantonalen Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrter Herr Landamann
Sehr geehrte Damen und Herren Regierungsräte

Wir bedanken uns für die Einladung zur Vernehmlassung zum kantonalen Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Für die Ausarbeitung dieser Stellungnahme hat die FDP Nidwalden eine Arbeitsgruppe mit folgenden Personen eingesetzt:

a.LR Jutta Floria – (Verfasserin der Stellungnahme)
RA Maja Müller – (Verfasserin der Stellungnahme)
LR Paul Leuthold
LR Trudy Barmettler

Generell halten wir fest, dass wir es begrüsst hätten, wenn ein Fragebogen, wie bei anderen Vernehmlassungen, beigelegt worden wäre.

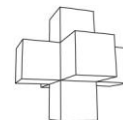
Die FDP Nidwalden nimmt zum vorliegenden Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wie folgt Stellung:

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KKVg)

Art. 6a, Abs. 2

Amt

Bei der Aufgabenübertragung an eine Anstalt des Kantons oder an eine andere öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Unternehmung muss zwingend darauf geachtet werden, dass eine kostengünstige und dennoch effiziente Variante bevorzugt wird. Wir befürchten, dass die Ausgliederung an die AHV-Ausgleichskasse diese Kriterien in Bezug auf kostengünstig eher nicht erfüllt.



Art. 28a, Abs. 1, Ziffer 2

Grundsatz

Die Politischen Gemeinden haben die Restfinanzierung von erbrachten Pflegeleistungen von zugelassenen Pflegefachpersonen oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zu übernehmen. Da die Pflögetaxen durch den Regierungsrat jährlich festgelegt werden, widerspricht dies dem Grundsatz „wer zahlt, befiehlt“. Die Gemeinden werden zur Kostenübernahme verpflichtet, ohne irgendwelchen Einfluss auf die Kosten zu haben. Wir sind deshalb der Meinung, dass diese Restfinanzierung ebenfalls durch den Kanton getragen werden müsste. Demzufolge müsste Art. 25a Abs. 5 KVG angepasst werden. Ein allfälliger Finanzausgleich wäre zu überprüfen.

Art. 28e, Abs. 3

Pflegefachpersonen sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Wir begrüssen es, dass Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahres keinen Anteil von 20% an die nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten zu tragen haben, sondern lediglich die Kostenbeteiligung gemäss Art. 64 KVG. Speziell im Bereich der Kinderspitex (z.B. bei jungen Krebspatienten) ist dieser Verzicht gerechtfertigt.

Art. 28f

Taxe für Pflegeleistungen – Festlegung

Die jährliche Festlegung der Pflögetaxe durch den Regierungsrat erscheint uns richtig. Damit werden einheitliche Tarife im ganzen Kanton gewährleistet.

Art. 28l, Abs. 3

Abrechnung

Die Abrechnung müsste sinnvollerweise mit der Pflögetaxe pro Bedarfsstufe ergänzt werden.

Art. 28i – 28l

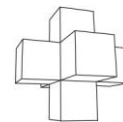
Taxe für Pflegeleistungen – Formulare, Information

Beiträge des Kantons, Verfahren – Geltendmachung, Erlöschen des Anspruchs – Prüfung der Gesuche, Entscheid – Rechnungsstellung, Abrechnung

Wir stellen fest, dass das vorgesehene Verfahren sehr komplex ausgestaltet ist. Es wird insbesondere neu verlangt, dass jede versicherte Person formelle Leistungsanträge stellen muss und alle Leistungen auf Einzelfallstufe erfasst werden müssen, was einen enormen Verwaltungsaufwand verursacht, den letztlich der Steuerzahler finanzieren muss. Wir sind es dem Steuerzahler schuldig, ein möglichst schlankes und effizientes Verfahren vorzusehen.

Antragsformular für den Pflegebeitrag des Kantons

Wir haben uns eingehend mit der Frage auseinandergesetzt, ob die neu vorgesehenen formellen Anträge (Formulare) der versicherten Personen wirklich notwendig sind. Ein formeller Leistungsantrag ist in der Krankenversicherung nicht üblich. Zwar sieht das ATSG grundsätzlich einen Formularzwang für den Leistungsantrag vor (Art. 29 ATSG). Die Leistungsansprüche nach KVG sind jedoch explizit von diesem Formularzwang ausgenommen worden (Art. 42 Abs.6 KVG). In der Krankenversicherung genügt das Einsenden der Rechnung des Leistungserbringers an den Versicherer als (faktischer) Antrag. Es gibt kein Antragsformular. Der Kanton ist entsprechend ebenfalls nicht verpflichtet, generell Antragsformulare vorzusehen. Wir teilen die im Bericht vertretene Auffassung, es müsse immer ein formeller Antrag gestellt werden, nicht. Es kann durchaus davon abgesehen werden. Unseres Erachtens muss man dabei die zwei verschiedenen Vergütungssysteme des Krankenversicherungsrechts unterscheiden:



Leistungen im tiers payant

Der Kanton bezahlt den Pflegebeitrag direkt an den Leistungserbringer. Die versicherte Person bezahlt die entsprechend reduzierte Rechnung des Leistungserbringers.

Die Direktzahlung ist bereits heute in Bezug auf die stationäre Pflege in Pflegeheimen üblich. Es hat sich diesbezüglich ein einfaches und kostengünstiges Meldeverfahren (Pflegeheim an Kanton) bewährt. Die Vergütung erfolgt nicht pro Einzelfall, sondern im Voraus vierteljährlich akonto (Art. 28m) mit Endabrechnung Ende Jahr. So sieht es auch der vorliegende Gesetzesentwurf vor. Ein Verfahren mit Formularantrag der versicherten Person im Einzelfall wie neu vorgesehen, ist in diesem Vergütungssystem artfremd und führt zu einer unnötigen Verkomplizierung des Verfahrens. Zudem dürfte es auch öfters unmöglich sein, von den gesundheitlich sehr fragilen versicherten Personen eine rechtsgültige Unterschrift zu erhalten. Es ist nicht ersichtlich, warum hier Antragsformulare notwendig sein sollen. Sie bringen keinen Nutzen, sondern verursachen unnötige Kosten.

Sowohl Krankenversicherer wie Pflegeheime haben ein grosses und übereinstimmendes Interesse daran, die Direktzahlung beizubehalten. Daran wird sich nichts ändern, auch wenn jetzt neu der Tarif nicht mehr in Verträgen vereinbart werden muss, sondern vom Bund festgelegt wird. Es ist nicht davon auszugehen, dass in der Krankenversicherung vom tiers payant zum tiers garant gewechselt wird. Man wird die Tarifverträge in Bezug auf die Direktzahlung weiter bestehen lassen oder neue Regelungen finden, die den tiers payant vorsehen. Es macht daher unsres Erachtens wenig Sinn, eine spezielle Bestimmung für allfällige Rechnungen der Pflegeheime im tiers garant vorzusehen (Art. 28j). Wenn schon müsste es ein einheitliches Verfahren für alle Leistungsabrechnungen im tiers garant geben.

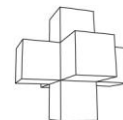
Generell würden wir es begrüessen, wenn der Kanton zusammen mit den anderen Zentralschweizer Kantonen (via Gesundheitsdirektorenkonferenz) den Kontakt zu santésuisse Zentralschweiz (Verband der Krankenversicherer) und Curaviva Zentralschweiz (Heimverband) suchen würde. Bei der Frage der Direktzahlung müssten unseres Erachtens die Kantone auch mitreden können, wenn sie schon mitzahlen müssen. Sie sollten nicht darauf warten, bis die Krankenversicherer Vereinbarungen getroffen haben, sondern sie sollten sich aktiv an den Verhandlungen beteiligen. Da die Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung vernünftigerweise kurzfristig um ein halbes Jahr auf den 1.1.2011 verschoben wurde ist der zeitliche Rahmen gegeben, dass solche Gespräche stattfinden können.

Leistungen im tiers garant

Der Kanton bezahlt den Pflegebeitrag an die versicherte Person. Die versicherte Person bezahlt die volle Rechnung des Leistungserbringers.

Diese Vergütungsweise ist vor allem bei ambulanten Pflegeleistungen üblich. Es besteht dabei das Risiko, dass die versicherte Person die vom Krankenversicherer und Kanton erhaltenen Beiträge für anderes verwendet als für die Vergütung der Rechnung des Leistungserbringers.

Der Kanton ist natürlich daran interessiert, dass sein Pflegebeitrag effektiv dem Leistungserbringer zugute kommt. Dies kann erreicht werden, wenn die versicherte Person eine Abtretung ihres Leistungsanspruchs für den Kantonsbeitrag an den Leistungserbringer unterzeichnet oder diesen mit dem Inkasso des Kantonsbeitrages beauftragt. Für diese notwendigen Erklärungen kann ein Formular geschaffen werden. Die Abtretung und Inkassovollmacht könnten jedoch auch in die ohnehin notwendigen Formulare der Leistungserbringer integriert werden und beim ersten Besuch der Pflegefachperson vom Patienten unterzeichnet werden. Es müsste bei dieser Lösung nur ein einziges Formular ausgefüllt und unterzeichnet werden ohne grossen administrativen



Aufwand für die versicherte Person und den Kanton. Das Antragsformular ist bei geschickter Lösung in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern ebenfalls nicht notwendig.

Wir gehen davon aus, dass vor allem der ambulante Bereich aufwändig sein wird, zumal nicht nur die Spitex, sondern auch einzelne Pflegefachpersonen Rechnung stellen dürfen. Wir rechnen mittelfristig mit einer erheblichen Zunahme der Anzahl Leistungserbringer. Das sind schnell einmal viele Rechnungen, die es abzurechnen gilt. Der Fokus der Verfahrensbestimmungen im Einführungsgesetz müsste sich auf diesen Bereich richten und weniger darauf, die kostengünstigen Verfahren in Bezug auf die Pflegeheime grundlegend zu ändern und zu verteuern. Das ist aus unserer Sicht zu überarbeiten und zu ergänzen.

Fazit:

Wir sind aus den dargelegten Gründen der Ansicht, dass die generelle Einführung eines Antragsformulars nicht notwendig ist. Die Formularpflicht ist auf das Verfahren betreffend Leistungen im tiers garant zu beschränken, kann aber auch da in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern (oder deren Verbänden) optimiert werden. Das Verfahren wie im Einführungsgesetz vorgesehen ist zu überarbeiten. Wir schlagen vor, dass zwei Untertitel mit revidierten Verfahrensbestimmungen eingefügt werden:

- Verfahren bei Vergütung im tiers payant (ohne Antragsformular)
- Verfahren bei Vergütung im tiers garant (mit formeller Abtretung des Leistungsanspruchs und allenfalls mit Inkassovollmacht)

Art. 28m

Auszahlung

Akontozahlungen werden mit Leistungszeitpunkt geregelt. Unseres Erachtens müsste die jährliche Schlussabrechnung noch ergänzt werden.

Art. 28r

Führungsinstrumente

Art. 28s

Strategisches Controlling

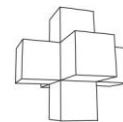
Der Aufwand der Heime für eine Kostenrechnung und Leistungsstatistik sowie das Controlling der Direktion sollte sich aufs Notwendigste beschränken und nicht ins uferlose ausarten. Unnötige finanzielle Mehrbelastungen sind zu vermeiden.

Gesetz über die Beitragsleistungen an stationäre Einrichtungen für Hilfebedürftige aus Nidwalden (Heimbeitragsgesetz, HeimG)

Art. 2

Arten von Heimen und Anstalten

Wir stellen fest, dass Demenzkranke nicht als Hilfebedürftige im Heimbeitragsgesetz aufgeführt sind. Diese Gruppe von Hilfebedürftigen hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Unseres Erachtens müssten Demenzkranke ebenfalls in der Auflistung von Hilfebedürftigen ins Gesetz aufgenommen werden.



Gerne hoffen wir, dass unsere Bemerkungen und Argumente zur weiteren Behandlung der Vorlage Berücksichtigung finden werden.

Freundliche Grüsse

**Freisinnig-Demokratische
Partei Nidwalden**

Für die Arbeitsgruppe:

Jutta Floria