

## **Was vergüten die Krankenversicherer gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) im Kanton Schwyz im Jahr 2011**

Am 1. Januar 2011 tritt die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft. Im Bereich Pflege werden keine neuen Leistungen geschaffen, aber die Kosten werden neu aufgeteilt.

### **1. Was übernehmen die Krankenversicherungen im Rahmen der gesetzlichen Grundversicherung?**

→ **Die Versicherungen beteiligen sich an den Kosten für ärztlich verordnete Krankenpflege zu Hause bei Krankheit, Unfall, Mutterschaft**

In Rechnung gestellt werden können:

- Massnahmen der Abklärung und Beratung
- Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung
- Massnahmen der Grundpflege

→ Im Rahmen der Grundversicherung gibt es seitens der Krankenversicherer hingegen **keine Kostenbeteiligung für hauswirtschaftliche Leistungen**. (Deckung nur über freiwillige Zusatzversicherungen möglich).

### **2. Welcher Preis gilt für Spitex-Pflegeleistungen im Kanton Schwyz?**

Bisher hat Ihre Spitex-Organisation die bezogene Leistung zu Fr. 52.20 pro Stunde in Rechnung gestellt. Sie haben die Rechnung bezahlt und anschliessend ihrer Krankenkasse eingereicht. Diese hat die noch fälligen Beträge für Selbstbehalt und Franchise verrechnet und Ihnen den verbleibenden Anspruch zurück erstattet.

→ Neu wird Ihre Spitex-Organisation die bezogene Leistung zu den neuen Krankenkassentarifen **und zusätzlich 10% dieses Betrages in Rechnung stellen müssen**.

→ Die Krankenkassentarife betragen für alle Leistungserbringer einheitlich (ganze Schweiz) neu:

- Fr. 79.80** pro Stunde für Massnahmen der Bedarfsabklärung und Beratung,
- Fr. 65.40** pro Stunde für Massnahmen der Behandlung,
- Fr. 54.60** pro Stunde für Massnahmen der Grundpflege.

→ Die 10% Kostenbeteiligung, welche Ihnen neu in Rechnung gestellt wird, müssen Sie selber übernehmen (**zusätzlich zum bisherigen Selbstbehalt und zur Franchise**). Diese zusätzlichen Kosten sind jedoch auf maximal Fr. 8.-- pro Tag begrenzt. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Kostenbeteiligung befreit.

→ Am Abrechnungsverfahren ändert sich zurzeit nichts. Sie **bezahlen Ihrer Spitex-Organisation die Rechnung** innert 30 Tagen.

→ Das als Rückerstattungsbeleg bezeichnete **Original der Rechnung** senden Sie **so schnell als möglich** an Ihre Krankenversicherung. Diese wird Ihnen direkt den verbleibenden Anspruch zurück erstatten.

→ **Der Selbstbehalt entfällt, sobald Sie innerhalb eines Kalenderjahres** zusätzlich zur Jahresfranchise und Ihrer Kostenbeteiligung **insgesamt Fr. 700.-- Selbstbehalt auf sämtlichen Rechnungen (Arzt, Spital, Spitex, Physiotherapie etc.) bezahlt haben**.

Für die **Pflege**-Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung gilt der Tarifschutz. Dies bedeutet, dass Ihnen Ihre Spitex-Organisation für diese Leistungen nur die vom Bundesrat festgelegten Tarife sowie die zusätzliche Kostenbeteiligung (10% bzw. maximal Fr. 8.-- pro Tag) in Rechnung stellen darf.

Die Tarife gelten auch für Einsätze an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht. Das KVG verbietet es den Leistungserbringern, für Leistungen die im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung bezahlt werden, Zuschläge für Nacht-, Sonntags- und Feiertageinsätze in Rechnung zu stellen. Desgleichen ist es den Leistungserbringern vom Gesetz her nicht erlaubt, für die Erbringung der gesetzlich vorgegebenen Pflegeleistungen zu Hause separat und zusätzlich einen Weg und/oder Wegzeit-Aufwand oder administrativen Aufwand in Rechnung zu stellen.

Die beiden vorstehenden Einschränkungen gelten jedoch ausschliesslich nur für pflegerische Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung, nicht aber für hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen. Diese sind nicht Pflichtleistungen der Grundversicherung und die Organisationen sind in der Tarifgestaltung diesbezüglich frei.

### 3. Unter welchen Voraussetzungen zahlen die Krankenversicherungen?

→ Die Rückerstattung der Spitex-Kosten ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft:

1. Die Krankenversicherung muss für die verrechneten Leistungen vergütungspflichtig sein.  
Die Rechnung darf nicht Leistungen betreffen, für die eine andere Versicherung aufkommen muss (z. B Unfall-, Militär-, Haftpflichtversicherung etc.).
2. Nur die Kosten für ärztlich verordnete Pflegeleistungen werden zurückerstattet.  
Die Spitex-Organisationen verfügen über ein spezielles Formular, das Ihr Arzt oder Ihre Ärztin auszufüllen hat (Ärztliche Anordnung resp. ärztlicher Auftrag).  
Der Arzt / die Ärztin darf diese Verordnung für maximal 3 Monate respektive bei Langzeitpatienten für maximal 6 Monate ausstellen. Nachher muss die Verordnung erneuert respektive verlängert werden.  
Bei Personen, die wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit eine Hilflosenentschädigung der AHV, der IV oder der Unfallversicherung erhalten, gilt die ärztliche Anordnung resp. Verordnung bis zu einer allfälligen Revision der Hilflosenentschädigung.  
Die ärztliche Anordnung/Verordnung muss spätestens zusammen mit der ersten Rechnung der Krankenversicherung zugestellt werden. Eine Kopie davon wird in der Buchhaltung der Spitex-Organisation aufbewahrt.

### 4. Hinweise

- Bezahlen Sie Ihre Krankenversicherungsprämie innerhalb der vorgegebenen Fristen! Sonst stoppt die Versicherung die Rückvergütung an Sie, auch die Rückvergütung der Spitex-Rechnungen.
- Denken Sie daran, dass die AHV und die IV unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge an Spitex-Kosten leisten (Hilflosen-Entscheidung, Ergänzungsleistungen). Erkundigen Sie sich bei den zuständigen Stellen.
- Manche freiwillige private Zusatzversicherungen decken auch hauswirtschaftliche Leistungen der Spitex. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Versicherung.
- Weitere Informationen können Sie auf der Homepage des Kantons unter [www.sz.ch](http://www.sz.ch) (Gesundheit/Soziales – Pflegefinanzierung – Ambulante Krankenpflege) einsehen.