

**Bericht vom 26. April 2011**

**Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen**

---

## **Inhaltsverzeichnis**

- 1. Einleitung**
  
- 2. Resultate der Umfrage**
  - 2.1. Themen der Umfrage**
  - 2.2. Antworten der Kantone**
    - 2.2.1. Aufgabenverteilung**
    - 2.2.2. Restfinanzierung**
    - 2.2.3. Patientenbeteiligung**
    - 2.2.4. Regelung der Aufenthalte ausserhalb des Wohnkantons**
    - 2.2.5. Festlegung des kantonalen Kostenanteils für die Akut- und Übergangspflege**
    - 2.2.6. Spezifische Aufträge an die Leistungserbringer**
    - 2.2.7. Nutzung der Übergangsfrist in Absatz der Übergangsbestimmungen**
    - 2.2.8. Massnahmen zur Verhinderung einer Sozialhilfe-Abhängigkeit**
  
- 3. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen**
  - 3.1. Allgemeine Bemerkung**
  - 3.2. Wichtige Punkte**
    - 3.2.1. Erlass der kantonalen Bestimmungen**
    - 3.2.2. Restfinanzierung**
    - 3.2.3. Patientenbeteiligung**
    - 3.2.4. Übergangsbestimmungen**

## 1. Einleitung

Am 13. Juni 2008 hat das Parlament die neue Pflegefinanzierung verabschiedet (BBl 2008 5247). Aus dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung ergeben sich die folgenden Gesetzesänderungen:

- Änderung des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10):
  - Einführung einer Hilflosenentschädigung leichten Grades für Rentenbezügerinnen und -bezüger mit einer leichten Hilflosigkeit, die zu Hause leben<sup>1</sup>;
- Änderung des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über die Ergänzungsleistungen (ELG; SR 831.30):
  - der Aufenthalt in einem Heim darf nicht eine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründen;
  - Erhöhung der Vermögensfreibeträge, die bei der Berechnung der Hilflosenentschädigung berücksichtigt werden;
- Änderungen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10):
  - Ausrichtung eines Beitrags in Franken entsprechend dem Pflegebedarf durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP);
  - Die Akut- und Übergangspflege (max. 14 Tage im Anschluss an einen Spitalaufenthalt) wird nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet (Art. 49a Abs. 2 KVG: mindestens 55% zulasten des Kantons, der Rest zulasten des Krankenversicherers);
  - Die nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten werden von den Versicherten bis zu einem Betrag von höchstens 20% des höchsten Pflegebeitrags finanziert, der vom Bundesrat festgesetzt wird;
  - Übergangsbestimmungen: Einführung des Grundsatzes der Kostenneutralität und Festlegung einer Frist von höchstens drei Jahren für die Angleichung der Tarife durch die Kantonsregierungen.

An ihrer Sitzung vom 28. April 2010 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) die Verwaltung beauftragt, sie über den Stand der Umsetzung der Pflegefinanzierung in den Kantonen zu informieren. Zu diesem Zweck hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) eine Umfrage bei den kantonalen Gesundheitsämtern durchgeführt.

## 2. Resultate der Umfrage

### 2.1. Themen der Umfrage

Der Fragebogen umfasste eine erste allgemeine Frage zum Stand der gesetzgeberischen Arbeiten in den einzelnen Kantonen und danach acht Fragen zu den folgenden Themen:

1. Aufgabenverteilung im Kanton;
2. Restfinanzierung;
3. Patientenbeteiligung;
4. Aufenthalt ausserhalb des Wohnkantons;
5. Akut- und Übergangspflege;
6. Leistungserbringer;
7. Übergangsbestimmungen;
8. Ergänzungsleistungen.

---

<sup>1</sup> Diese Entschädigung entfällt bei einer Unterbringung in einem Pflegeheim (Art. 43bis Abs. 1bis AHVG).

## **2.2. Antworten der Kantone**

Die einleitende Frage bezog sich darauf, ob die Ausführungsgesetzgebung erlassen wurde oder sich noch im Entwurfsstadium befindet. Die Bestandesaufnahme erfolgte je nach Kanton zwischen dem 2. und dem 19. November 2010. Die in der Beilage 2 aufgeführten Gesetzesbestimmungen oder Entscheide für jeden Kanton sind das Resultat der zusätzlichen Recherchen des BAG, um den Stand der Regelungen möglichst aktuell wiederzugeben. Zusammengefasst sieht die aktuelle Situation wie folgt aus:

- 21 Kantone haben ein Gesetz und /oder eine Verordnung, oder Bestimmungen in einem Gesetz oder einer Verordnung erlassen (AG, AR, BL BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS, UR, ZG, ZH).
- In 4 Kantonen hat der Regierungsrat eine Entscheidung getroffen (AI, BE, GL, OW).

Aufgrund der Antworten auf die übrigen acht Fragen lässt sich teilweise aufzeigen, dass gemeinsame Regeln verabschiedet wurden, doch zumeist sind die Antworten heterogen. Als Mehrheit haben wir im Übrigen jeweils die Antworten von 13 oder mehr Kantonen bezeichnet; keine Frage wurde einstimmig beantwortet.

### **2.2.1. Aufgabenverteilung**

Aufgrund der Vielfalt der Antworten auf diese erste Frage lassen sich keine endgültigen Schlüsse ziehen. Einige Kantone haben diese Frage auf die Organisations- und Entscheidungskompetenzen bezogen, während sich andere Kantone zu den finanziellen Zuständigkeiten geäußert haben. Die Grösse der Kantone ist auf den ersten Blick nicht ein entscheidendes Kriterium für eine Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen Kanton und Gemeinden oder umgekehrt für die alleinige Zuweisung der Kompetenzen an den Kanton oder an die Gemeinden.

- In der Mehrheit der Kantone (16) sind die Kompetenzen zwischen dem Kanton und den Gemeinden aufgeteilt (AG, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VS).
- Die Aufteilung zwischen Kanton und Gemeinden kann je nach Bereich unterschiedlich sein (ambulante Pflege; stationäre Pflege; Spitex; Pflege im Pflegeheim; Tages- und Nachtstrukturen; Akut- und Übergangspflege).
- In vier Kantonen liegt die Zuständigkeit ausschliesslich beim Kanton (AI, GE, NE, VD).
- In fünf Kantonen liegt die Zuständigkeit ausschliesslich bei den Gemeinden (GR, LU, OW, ZG, ZH).

### **2.2.2. Restfinanzierung**

Die Neuregelung der Pflegefinanzierung sieht bekanntlich folgende Finanzierung der Pflegekosten vor:

- Beitrag der OKP (Art. 7a KLV);
- Beteiligung der versicherten Person, höchstens 20% des vom Bundesrat festgesetzten höchsten Pflegebeitrags. Dieser beläuft sich somit auf maximal CHF 21.60/Tag für die Pflege im Pflegeheim und auf CHF 15.95/Tag für die Pflege zu Hause (Art. 25a Abs. 5 KVG und 7a KLV);
- die von den Kantonen geregelte Restfinanzierung für die nicht durch den Beitrag der OKP und die Patientenbeteiligung gedeckten Pflegekosten. Sie können eine maximale Pflögetaxe festlegen.

#### **a) Regelung der Restfinanzierung – Modalitäten der Finanzflüsse**

Das Niveau und der Genauigkeitsgrad der Antworten zur Restfinanzierung sind sehr unterschiedlich.

15 der 26 befragten Kantone überweisen die Restfinanzierung direkt an die Leistungserbringer (AG, BE, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, TI, UR, VD, VS).

Die Modalitäten dieser Finanzierung können wie folgt variieren:

- In fünf Kantonen wird die Restfinanzierung vom Kanton und von den Gemeinden übernommen (FR; GR: für die Pflege zu Hause beträgt die Beteiligung des Kantons 55% und jene der Gemeinden 45%, für die Pflege im Heim liegen die entsprechenden Anteile bei 25% und 75%; SH; UR; ZH).
- Fünf Kantone überweisen Anzahlungen, die durch eine jährliche Abrechnung ergänzt werden (JU, NE; NW: normative Pflorgetaxe, die für alle Leistungserbringer gilt; TI: über einen Leistungsvertrag; VS: die Anteile der Gemeinden an den Beiträgen sind analog zu den kantonalen Anteilen geregelt).
- Der Kanton Genf stellt die Restfinanzierung durch einen jährlichen Beitrag sicher, der nur den anerkannten gemeinnützigen Einrichtungen ausgerichtet wird, die über einen Leistungsvertrag verfügen. Diese Lösung erscheint problematisch, da möglicherweise eine Ungleichbehandlung zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen entstehen könnte.
- Zwei Kantone geben an, dass die Rechnungen den Leistungserbringern über eine kantonalen Clearingstelle bezahlt werden (AG: Ausgleich durch die Gemeinden im Rahmen des Finanz- und Lastenausgleichs; VD).
- Der Kanton Freiburg hält fest, dass das Beitragssystem die vollständige Deckung des Aufwands der Spitexorganisationen regelt, während die Modalitäten der Rechnungstellung bei den Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern noch nicht geregelt sind. Die Restfinanzierung der Pflege im Pflegeheim erfolgt zu 45% durch den Kanton und zu 55% durch die Gesamtheit der Gemeinden. Die Aufteilung unter den Gemeinden soll anteilmässig nach ihrer gesetzlichen Bevölkerung erfolgen, ebenso wie die Beteiligung der Gemeinwesen an den Betreuungskosten.
- Der Kanton Luzern überweist die Restfinanzierung über eine Vollmacht des Bewohners an die Leistungserbringer.
- In vier Kanton übernehmen die Gemeinden die Restfinanzierung (AG; GL: im ambulanten Bereich entrichten die Gemeinden die Kosten als Global- oder Defizitbeitrag, die Restkosten werden leistungsorientiert entschädigt; SZ; BL: ebenfalls Rechnungstellung).
- Im Kanton Obwalden wird die Frage der Beteiligung an den Pflegekosten von den Gemeinden einzeln geregelt. Für die Rechnungstellung und das Inkasso sind generell die Leistungserbringer zuständig; sie stellen den Gemeinden die von diesen zu tragenden Kosten in Rechnung.
- Im Kanton St. Gallen erfolgt die Abwicklung der Zahlungen für die stationäre Pflege und die Tages- und Nachtstrukturen über die Sozialversicherungsanstalt. Diese überweist die Restfinanzierung direkt an die betreffenden Personen. Die Auszahlung der Restfinanzierung erfolgt monatlich zusammen mit den Ergänzungsleistungen und der Hilflosenentschädigung. Die Erstanmeldung zur Pflegefinanzierung muss bei der AHV-Zweigstelle der Wohngemeinde erfolgen. Bei der ambulanten Pflege stellen die Leistungserbringer die Restfinanzierung direkt den Gemeinden in Rechnung. Bei der Akut- und Übergangspflege entrichten die Gemeinden ihren Anteil gestützt auf eine Vereinbarung direkt an die Leistungserbringer.
- Der Kanton Schaffhausen gibt an, dass die Beiträge des Kantons und der Gemeinden direkt auf der Rechnung aufgeführt sind, die in der Regel monatlich gestellt wird.
- Der Kanton Schwyz sieht für die stationäre Pflege vor, dass die Ausgleichskasse als Durchführungsstelle fungiert und die Gemeinden die Rechnungstellung an die Versicherten übernehmen. Was die Spitex anbelangt, ist die Restfinanzierung im Leistungsvertrag geregelt. Besteht kein derartiger Vertrag, kann der Anspruch vierteljährlich bei der Gemeinde geltend gemacht werden.
- Im Kanton Thurgau stellen die Spitexorganisationen Rechnung an die Gemeinde, während die Pflegeheime die Rechnungen direkt an die Bewohnerinnen und Bewohner richten.
- Im Kanton Uri ist die Restfinanzierung für die stationäre Pflege durch die Gemeinden, jene für die ambulante Pflege durch den Kanton geregelt.

- Der Kanton Zug gibt an, dass die Trägerschaft die Restfinanzierung übernimmt, ohne genauer auszuführen, ob es sich dabei um den Kanton, die Gemeinden oder beide zusammen handelt.
- Der Kanton Zürich hat Normkosten definiert (Benchmark = 50. Perzentil). Der Kanton und die Gemeinden übernehmen die Restfinanzierung bis zu den Normkosten. Die übrigen Kosten gehen zulasten der Trägerschaft.
- Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat sich noch nicht entschieden.
- Zwei Kantone entrichten keinen kantonalen Beitrag (AI; SO: keine Restfinanzierung notwendig).

#### **b) Festlegung einer maximalen Pflorgetaxe und Kalkulationsbasis für diese Taxe**

In der Bundesgesetzgebung ist keine maximale Pflorgetaxe festgelegt. Somit verfügen die Kantone, die eine derartige Taxe festgelegt haben, über ein Instrument zur Kosteneindämmung, während jene, die keine Taxe festgesetzt haben, das Risiko eingehen, eine unkontrollierte Restfinanzierung tragen zu müssen. Acht Kantone haben die Kalkulationsbasis für diese Taxe angegeben, die jeweils unterschiedlich ist (AG, AI, AR, GE, GL, LU, SG, TG).

Zwölf Kantone haben eine maximale Taxe festgelegt (AG; AI; AR; BE; BL; GE; GL; SG; SZ: bei den Pflegeheimen wird nur eine maximale Pflorgetaxe festgelegt, wenn die Vorgaben nicht eingehalten werden, und bei der ambulanten Pflege wird eine derartige Taxe festgesetzt, wenn kein Leistungsauftrag besteht; TG; VS; ZG: Festlegung eines Rahmentarifs).

Andere Kantone haben nicht direkt eine maximale Pflorgetaxe definiert, sehen aber verwandte Lösungen vor: (BS: Festlegung einer einheitlichen Taxe, es gilt der gleiche Preis für die gleiche Leistung; FR: der Gesetzesentwurf sieht vor, dass sich die Preisobergrenze für die Pflege aus der Berechnung der Pflegekosten ergibt; JU: Festlegung der Maximaltarife nach Kategorie; NE: auf vordefinierte Gruppen anwendbare Tarife; NW; OW; TI: festgelegter Normtarif für die Pflege im Pflegeheim und zu Hause sowie festgelegte Obergrenze für die anderen Beträge; UR; VD).

#### **c) Kontrolle der Rechnungstellung der Leistungserbringer durch den Kanton**

In der Mehrheit der Kantone (19) ist eine Kontrolle bezüglich der Rechnungstellung der Leistungserbringer vorgesehen (AG, AI, BE, BL, BS, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, TG, TI, UR, VS, ZG). Die Zuständigkeit für diese Kontrolle liegt meist bei den Kantonen. Einige haben diese Aufgabe den Gemeinden oder einer anderen Stelle übertragen.

### **2.2.3. Patientenbeteiligung (nach Art. 25a Abs. 5 KVG)**

Fast alle Kantone haben bereits Bestimmungen zur Beteiligung der Versicherten verabschiedet oder planen den Erlass derartiger Bestimmungen. Die meisten haben eine Beteiligung der versicherten Person an den Kosten im Umfang von 10% für die Pflege zu Hause und von 20% für die Pflege im Pflegeheim festgelegt. Einige Kantone verzichten im Spitexbereich sogar ganz auf eine Beteiligung. Sie übernehmen somit eine höhere Restfinanzierung für diese Art von Pflege und schaffen damit einen Anreiz, um die Personen möglichst lange zu Hause zu betreuen. Ein Kanton scheint diese Kompetenz an die Gemeinden delegiert zu haben (GL).

#### **a) Regelung der möglichen Beteiligung der versicherten Person im Umfang von maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags**

- 25 Kantone haben eine Regelung zur Beteiligung der versicherten Person vorgesehen (AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG, ZH).

- Der Kanton Glarus kann in dieser Liste berücksichtigt werden, da er sich zur Beteiligung der versicherten Person an der Pflege im Pflegeheim geäussert hat, während die Beteiligung an der Pflege zu Hause in einer der drei Gemeinden des Kantons noch nicht bekannt ist.
- Der Kanton Wallis sieht keine Beteiligung der versicherten Person vor, weder für die Pflegeheime noch für die Pflege zu Hause.

## **b) Vorgesehene Regelung für die Pflege im Pflegeheim und/oder für die ambulante Pflege**

### Beteiligung der versicherten Person an der ambulanten Pflege:

- In neun Kantonen ist keine Beteiligung vorgesehen (AG: im Jahr 2011, danach Beratung im Parlament; AI: nur für Pflegeleistungen, die von Pflegefachfrauen oder Pflegefachmännern erbracht werden; BE; FR; JU; NE; TI; VS; VD; GL: zwei von drei Gemeinden haben bereits auf eine derartige Beteiligung verzichtet, während sich die dritte Gemeinde noch nicht entschieden hat).
- Elf Kantone haben eine Beteiligung von 10% vorgesehen, einer davon nur für 2011 (AI; AR; BL: provisorisch; BS: Personen mit Anspruch auf Prämienverbilligung wird dieser Betrag vom Kanton zurückerstattet; GR; SG; SO: im Jahr 2011, danach 20%; SZ; TG: proportional zum KLV-Betrag; ZG; ZH: keine Beteiligung für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren. Den Gemeinden steht es frei, die Eigenbeteiligung teilweise oder ganz zu übernehmen).
- Der Kanton Genf sieht bei den subventionierten Organisationen je nach Finanzkraft der Klientin oder des Klienten einen Beitrag zwischen 0 und 10% vor.
- Acht Kantone sehen eine Beteiligung von 20% vor (LU und OW: keine Beteiligung für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren; NW; UR; SH: im Jahr 2011: 20% und 2012 höchstens 20%; SO: in zwei Schritten – 10% im Jahr 2011 und 20% ab 2012; SG: für die Tages- und Nachtstrukturen; TG).

### Beteiligung der versicherten Person an der Pflege im Pflegeheim:

- 18 Kantone haben eine Beteiligung von 20% vorgesehen (AG; AR; BE; BL: provisorisch; FR; GL; GR; LU und OW: keine Beteiligung für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren; NE: gemäss der Pflegebedarfsstufe; NW; SG; SH: im Jahr 2011: 20% und 2012 höchstens 20%; SO; SZ; TG; UR; ZH: keine Beteiligung für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren. Den Gemeinden steht es frei, die Eigenbeteiligung teilweise oder ganz zu übernehmen).
- Drei Kantone sehen eine Beteiligung von 10% vor (AI; VD: ausser im Jahr 2011 einen einmaligen Betrag von CHF 8.-/Tag; ZG).
- Drei Kantone haben den Prozentsatz nicht angegeben (BS, JU, TI).
- Zwei Kantone sehen keine Beteiligung für die Pflege im Pflegeheim vor (GE, VS).

## **2.2.4. Regelung der Aufenthalte ausserhalb des Wohnkantons**

Die Antworten auf diese Frage sind nicht immer vollständig und die Umsetzungsmodalitäten sind von Kanton zu Kanton unterschiedlich.

- Zehn Kantone haben ausdrücklich festgehalten, dass sie eine spezifische Regelung für Aufenthalte ausserhalb des Wohnkantons geschaffen haben (AG; AR; BE; JU; NE: für ausserkantonale untergebrachte Neuenburgerinnen und Neuenburger; OW; SG; SO; TI; ZG); vier dieser Kantone machen jedoch keine genaueren Angaben zu den Modalitäten (AR; BE; TI; ZG).
- 13 Kantone ziehen als Referenztarif für die Gewährung eines Kantonsbeitrags bei einem ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalt den Tarif des Wohnkantons oder der Wohngemeinde heran (AG; AI; FR; GR; GL: erfolgt der Aufenthalt auf eigenen Wunsch, kann die Wohngemeinde ihren Beitrag begrenzen; JU; NE; OW; SG; SH; SO; TG; VS).

- Fünf Kantone verlangen eine Kostengutsprache (AG: die Kostengutsprache bezieht sich auf die Restkosten; GR; LU; OW; SG).
- Der Kanton Basel-Landschaft gibt an, dass die Rechnung bei einem ausserkantonalen Aufenthalt entsprechend dem Abrechnungsverfahren im Wohnkanton gestellt werden muss.
- Der Kanton Basel-Stadt weist darauf hin, dass für die Restfinanzierung der letzte Wohnsitz vor dem Heimeintritt massgebend ist.
- Der Kanton Nidwalden gibt an, dass in allen Fällen die kantonale Pflēgetaxe gilt.
- Der Kanton Solothurn verrechnet Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton einen Zuschlag zur kantonalen Taxe.
- Der Kanton Jura hat keine Regelung für Personen aus einem anderen Kanton vorgesehen.
- Zwei Kantone übernehmen die Kosten der Pflegeleistungen nicht, die für eine Person mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons erbracht werden (FR, VS).
- Vier Kantone haben keine spezifische Regelung vorgesehen (GE; VD: Anwendung des ELG und der kantonalen Gesetze für zusätzliche individuelle Unterstützungsleistungen und für Beiträge; ZG: ausserkantonale Aufenthalte sind im Sozialhilfegesetz geregelt; für Personen aus einem anderen Kanton berechnen die Pflegeheime direkt einen Aufschlag; ZH).

### **2.2.5. Festlegung des kantonalen Kostenanteils für die Akut- und Übergangspflege**

Artikel 7b Absatz 1 KLV sieht vor, dass der Wohnkanton und die Versicherer die Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege anteilmässig übernehmen und der Wohnkanton, jeweils für das Kalenderjahr, den kantonalen Anteil für die Kantonseinwohnerinnen und -einwohner festsetzt; dieser Anteil beträgt mindestens 55%. Diese Bestimmung übernimmt die Modalitäten, die für die Spitalfinanzierung gesetzlich festgelegt sind (Art. 49a Abs. 2 KVG).

- 20 Kantone (AG; AI; AR; BS; FR; GE; GL; GR; JU; NE; SG; SO; SZ; TG; TI; VD: im Jahr 2011; VS; ZH) haben den kantonalen Anteil auf 55% festgelegt oder planen, ihn entsprechend festzusetzen (BE, LU). Diese Kantone haben sich somit für den minimalen Prozentsatz entschieden, der von Gesetzes wegen zulässig ist.
- In vier Kantonen steht der kantonale Kostenanteil noch nicht fest (BL; NW; SH: Akut- und Übergangspflege noch nicht operativ; UR).

### **2.2.6. Spezifische Aufträge an die Leistungserbringer**

Die Vergabe von Leistungsaufträgen ermöglicht den Kantonen, die Leistungserbringer besser zu kontrollieren und allenfalls ihre Zahl zu begrenzen.

Es ist schwierig, die Antworten auf diese Frage zu analysieren, da sie mehr oder weniger ausführlich sind. Einige Kantone haben Leistungsaufträge vorgesehen, ohne anzugeben, ob diese für alle Kategorien von Leistungserbringern gelten. In anderen Kantonen können ein oder mehrere Bereiche betroffen sein (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex), Pflegeheime, Akut- und Übergangspflege).

- Acht Kantone erteilen den Leistungserbringern spezifische Leistungsaufträge (AI; BL; GE; GL; OW und SH: durch die Gemeinden; TI; ZG).
- Sechs Kantone haben spezifische Leistungsaufträge für die Leistungserbringer im Spitexbereich vorgesehen (BE; BS; JU; SO; VS: anerkannte gemeinnützige Spitexorganisationen; VD).
- Drei Kantone vergeben für die Akut- und Übergangspflege spezifische Leistungsaufträge an die Leistungserbringer (JU: Möglichkeit im Gesetz vorgesehen; SZ; UR).
- Nach der Evaluation eines auf drei Jahre befristeten Pilotprojekts wird der Kanton Aargau sieben Einrichtungen Leistungsaufträge für die Akut- und Übergangspflege erteilen.

- Der Kanton Zürich hat zwei Alternativen vorgesehen: Die Gemeinden müssen entweder Leistungsvereinbarungen abschliessen oder Richtlinien im Bereich der Versorgungssicherheit erlassen.
- Zwei Kantone sehen vor, die Frage im Rahmen der Betriebsbewilligungen zu regeln (NW, TG).
- Der Kanton Appenzell Ausserrhoden bezeichnet die zugelassenen Anbieter.
- Der Kanton Luzern hat eine Rechtsgrundlage geschaffen, die eine Begrenzung der Leistungserbringer im Bereich der Akut- und Übergangspflege ermöglicht, und vergibt Leistungsaufträge für die stationäre Pflege.
- Im Kanton Solothurn verfügen alle Spitexorganisationen über Leistungsvereinbarungen mit den Gemeinden oder Gemeindeverbänden.
- Zwei Kantone geben an, dass diese Kompetenz bei den Gemeinden liegt (BL, SH).
- Vier Kantone haben keine derartigen Aufträge vorgesehen (FR: die Frage muss noch geprüft werden; GR; NE: nicht im Jahr 2011; SG).

### **2.2.7. Nutzung der Übergangsfrist in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen vom 13. Juni 2008**

Den Kantonen wurde eine Frist von drei Jahren bis 31. Dezember 2013 eingeräumt, um die Tarife und Tarifverträge an die festgesetzten Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen anzugleichen.

- 14 Kantone haben die Tarife und Tarifverträge sowohl für die Pflege im Pflegeheim als auch für die Pflege zu Hause (Spitex) auf das Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung hin angeglichen. Mit anderen Worten, diese Kantone machen von der dreijährigen Übergangsfrist keinen Gebrauch (AI, AR, BS, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, UR, ZG).
- Zwei Kantone nutzen die Frist für die ambulante und für die stationäre Pflege (BE, ZH).

Einige andere Kantone haben die Tarife für den einen oder anderen dieser beiden Pflegetypen angeglichen:

- Zwei Kantone nutzen diese Frist für den Spitexbereich (BL: im Jahr 2011; SO: in den Jahren 2011 und 2012).
- Sieben Kantone haben vorgesehen, für die Pflegeheime von dieser Frist Gebrauch zu machen (AG: nur im Jahr 2011; FR; GL; SH; TG; VD; VS).
- Bezüglich der Pflege im Pflegeheim hat der Kanton Tessin noch keine Entscheidung getroffen.

### **2.2.8. Massnahmen zur Verhinderung einer Sozialhilfe-Abhängigkeit aufgrund eines Heimaufenthalts**

Mehrere Kantone (11) gehen davon aus, dass sich durch die Anhebung der EL-Obergrenze in den meisten Fällen verhindern lässt, dass wegen eines Heimaufenthalts Sozialhilfe bean-sprucht werden muss (AG; BE; BL; JU; NW; SG; TG; VD: die Sozialhilfe kommt nur zum Tragen, wenn kein Anspruch auf EL besteht; VS; ZG).

Einige Kantone (6) lösen das Problem, indem sie die Pflegeheimtaxen oder Höchsttaxen festlegen (AG, BE, SG, SH, SO) oder indem sie diese Taxe bei der Berechnung der EL berücksichtigen (NE). Die übrigen Kantone haben unterschiedliche Lösungen gewählt.

## **3. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen**

### **3.1. Allgemeine Bemerkung**

Da die Gesetzesrevision den Kantonen grossen Spielraum bei der Festlegung der Vollzugsbestimmungen und -modalitäten belässt, weichen die gewählten Lösungen stark voneinander ab und es ist oft schwierig, sie zusammenzufassen oder Gemeinsamkeiten herauszuar-



beiten. Im Übrigen scheint die Grösse der Kantone bei der Wahl der Lösungen kein entscheidender Faktor zu sein.

### **3.2. Wichtige Punkte**

Nachstehend sind die wichtigsten Punkte zusammengefasst, d. h. der Erlass der kantonalen Bestimmungen, die Restfinanzierung, die Patientenbeteiligung und die Übergangsbestimmungen.

#### **3.2.1. Erlass der kantonalen Bestimmungen**

Einleitend wurde nach dem Stand der Verabschiedung der Ausführungsbestimmungen zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung gefragt. Die Mehrheit der Kantone hat ein Gesetz oder eine Verordnung, oder Bestimmungen in einem Gesetz oder einer Verordnung erlassen. In vier Kantonen hat der Regierungsrat eine Entscheidung getroffen.

#### **3.2.2. Restfinanzierung**

Die neue Pflegefinanzierung sieht vor, dass die nicht von der OKP übernommenen Kosten von den Versicherten (Beteiligung von höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags, Art. 25a Abs. 5 KVG) und von den Kantonen (Restfinanzierung) finanziert werden. Die Beteiligung kann der versicherten Person nur verrechnet werden, wenn die Kosten der erbrachten Pflegeleistungen nicht vollständig durch die in der KLV vorgesehenen Beträge gedeckt sind. Die Versicherten müssen zudem die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG (Franchise und Selbstbehalt) übernehmen.

Da die Anteile der OKP und der Patienten definiert und limitiert sind, kann im Rahmen der Restfinanzierungsregel auf diesen beide Finanzierer nicht mehr zurückgegriffen werden, so dass de facto die Restfinanzierung durch den Kanton bzw. die Gemeinde sicher zu stellen ist.

Die überwiegende Mehrheit der Kantone hat eine Restfinanzierungsregel getroffen und sieht eine Mitfinanzierung der Pflegekosten durch die öffentliche Hand vor. Nur zwei Kantone (SO, AI) sehen überhaupt keine Mitfinanzierung vor, ein Kanton (GE) sieht eine Mitfinanzierung nur bei anerkannten gemeinnützigen Einrichtungen vor. Soweit dies nicht dazu führt, dass die Patientenbelastung nach Artikel 25a Absatz 5 KVG überschritten wird, ist dies kaum zu beanstanden. Hingegen müsste aus Sicht des KVG auch in diesen Kantonen Artikel 25a Absatz 5 KVG konsequent umgesetzt und damit geregelt werden, wer allfällige, nicht gedeckte Pflegekosten zu tragen hat.

In den meisten Fällen wird die Finanzierung direkt den Leistungserbringern überwiesen. Bezüglich der Übernahme der Restfinanzierung bestehen drei Varianten: durch den Kanton, durch die Gemeinden oder durch den Kanton und die Gemeinden.

Einige Kantone haben die Frage der Restfinanzierung im Fall von ausserkantonalen Heimaufenthalten angesprochen, die nicht explizit im KVG geregelt ist, sondern ebenfalls den Kantonen überlassen wird. Die Frage ergibt sich daraus, dass gemäss Rechtsprechung ein Heimaufenthalt noch keinen Wohnsitz nach Artikel 23 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) begründet. Gemäss der Umfrage übernehmen bestimmte Kantone diese Finanzierung, während andere nicht darauf eintreten, was zu Problemen führen kann, vor allem für jene Versicherten, die sich bereits seit einiger Zeit in einem Heim befinden. Sofern nicht die Gastkantone diese Finanzierung gewährleisten, könnten sich diese Personen veranlasst sehen, in ihren Wohnkanton zurückzukehren. Diese Lösung erscheint eher unbefriedigend und könnte zu einer Ungleichbehandlung zwischen den Versicherten führen. Das Problem liesse sich mit einem Wechsel des Wohnsitzes des Versicherten oder besser mit einer interkantonalen Vereinbarung lösen. Die GDK empfiehlt ausserkantonale Pflegeheimaufenthalte analog zur freien Spitalwahl im KVG, d.h. bis zur innerkantonalen Taxe, zu finanzieren.

### **3.2.3. Patientenbeteiligung**

Die Beteiligung von maximal 20% des höchsten Beitrages kann der versicherten Person nur verrechnet werden, wenn die Kosten der erbrachten Pflegeleistungen nicht vollständig durch die in der KLV vorgesehenen Beiträge gedeckt sind bzw. dürfen Beitrag der OKP und Patientenbeteiligung nicht höher ausfallen, als die Kosten für die Pflegeleistungen. Da es sich um eine Kann-Bestimmung handelt, muss diese nicht zwingend geltend gemacht werden. Insofern ist es zulässig, dass die Kantone eine tiefere Patientenbeteiligung vorsehen und im Rahmen der Restfinanzierung freiwillig mehr finanzieren.

Der Gesetzgeber will ältere Menschen unterstützen, ein selbstständiges Leben zu führen. Die Mehrheit der Kantone hat deshalb die Beteiligung der Versicherten für die ambulante Pflege bei 10% festgelegt oder sogar ganz auf eine Patientenbeteiligung verzichtet und fördert damit die Inanspruchnahme der ambulanten Pflege anstelle der Pflege im Pflegeheim. Aus dem gleichen Grund wurde der Beitrag der Versicherten an die Pflege im Pflegeheim übrigens zumeist bei 20% festgesetzt. Da auch der Bund bei der Festlegung der Beiträge der OKP zwischen der Pflege ambulant und der Pflege im Heim unterscheiden, ist eine Differenzierung der Patientenbeteiligung nach diesem Kriterium rechtlich kaum zu beanstanden.

Die Antworten zum Prozentsatz der Patientenbeteiligung sind nicht immer sehr klar und lassen sich auf zwei Arten auslegen. Sie können so verstanden werden, dass es sich um den Prozentsatz handelt (10 oder 20%), der entsprechend der Pflegebedarfsstufe festgelegt wird, oder aber dass unabhängig von der Pflegebedarfsstufe der Prozentsatz des Höchstbetrags von Artikel 7a KLV gemeint ist (zurzeit CHF 15.95 für die ambulante Pflege und CHF 21.60 für die Pflege im Pflegeheim).

### **3.2.4. Übergangsbestimmungen**

Gemäss den Übergangsbestimmungen vom 13. Juni 2008 können die Kantone die Tarife und Tarifverträge bis 31. Dezember 2013 an die festgelegten Beiträge der OKP angleichen. Die Mehrheit der Kantone hat davon nicht Gebrauch gemacht und bereits bei Inkrafttreten des Gesetzes die Beiträge nach Artikel 7a KLV zur Anwendung gebracht. Von den Kantonen, die von der Übergangsfrist Gebrauch machen, haben einige eine Angleichung für die ambulante Pflege oder für die stationäre Pflege vorgesehen, während andere Kantone in beiden Bereichen eine Angleichung vorgesehen haben. Diese Angleichung erstreckt sich über ein bis drei Jahre.

Beilagen:

- 1) Fragebogen
- 2) Liste der aktuellen kantonalen gesetzlichen Bestimmungen

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT

26. April 2011



## Questions aux cantons concernant la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

26 cantons ont répondu

Répartition des tâches dans le canton:

1 Quelle est la répartition des tâches entre canton et communes?

AG	Die Langzeitversorgung ist in der Aufgabenbereich der Gemeinden. Der Kanton hat in der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung und im Pflegesetz die entsprechenden Grundlagen geschaffen. Sowohl die Restkosten der ambulanten wie auch die stationären Langzeitpflege werden von den Gemeinden getragen. Die Akutsomatik ist im Aufgabenbereich des Kantons. Bei der Finanzierung der Grundversorgung besteht noch ein Kostenteiler zwischen Kanton und Gemeinden. Die vollständige Übernahme der Akutsomatik durch den Kanton bzw. die ausschliessliche Übernahme der Langzeitpflege durch die Gemeinden wird angestrebt. Die Umsetzung erfolgt bis spätestens 31.12.2013 im Rahmen einer übergeordneten Aufgaben- und Lastenverteilung, unter Einbezug weiterer Aufgabenbereiche mit der Zielsetzung, an der aktuellen gesamthaften Lastenverteilung Kanton und Gemeinden festzuhalten.
AI	alles bei Kanton, da keine eigentlichen Gemeinden
AR	Stationäre Pflege: Restfinanzierung durch Gemeinden; ambulante Pflege: Restfinanzierung durch Kanton (1/3) und Gemeinden (2/3); Akut- und Übergangspflege: Finanzierung durch Kanton (55%)
BE	Restfinanzierung wird gemeinsam von Kanton und Gemeinden finanziert (Lastenausgleich); Kanton setzt Normkosten fest und leistet Vorfinanzierung (gilt für ambulant + stationär/Spitex + PH)
BL	Sowohl ambulante als auch stationäre Alterspflege (Spitex, Pflegeheime) sind Sache der Gemeinden. Diese übernehmen auch die Restfinanzierung in der Langzeitpflege. Die Akut- und Übergangspflege wird durch den Kanton finanziert.
BS	Die Aufgabenteilung ist noch Gegenstand von Verhandlungen zwischen dem Kanton und den beiden Gemeinden.
FR	voir les art. 2,3 et 4 : <a href="http://www.fr.ch/publ/files/pdf25/2007-11_216_message.pdf">http://www.fr.ch/publ/files/pdf25/2007-11_216_message.pdf</a>
GE	Les communes n'ont pas de rôle particulier à Genève dans le financement des soins à domicile et en EMS.
GL	Gemeinden: Langzeitpflegebereich ambulant / stationär; Kanton für Akute Spitalversorgung, Rehabilitation, Akut- und Übergangspflege
GR	Die Gemeinden haben wie bis anhin für ein ausreichendes Angebot an Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung und an teilstationären und stationären Einrichtungen zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen zu sorgen.
JU	Les charges de santé sont entièrement à la charge du canton. Les prestations de type sociales (aide à domicile ou centre de jour) sont admis à la répartition avec les communes (72% canton; 28% communes).
LU	Zuständig für die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) sind die Gemeinden. Der Kostenanteil der öffentlichen Hand bei Akut- und Übergangspflege geht auch zu Lasten der Gemeinden. Der Kanton ist nur für die Pflegeheimplanung zuständig.
NE	Le domaine est de compétence cantonale, les communes ne participent ni financièrement ni en terme d'organisation
NW	Kanton ist für Restfinanzierung der Pflegekosten zuständig.
OW	Die Zuständigkeit liegt bei den Einwohnergemeinden.

SG	<p>Stationäre Pflege sowie Tages- und Nachtstrukturen:  Finanzierung: 4/5 Kanton, 1/5 Gemeinden  Zulassung: Kanton  Controlling: Kanton  Zuständigkeit: Departement des Innern</p> <p>Ambulante Pflege:  Finanzierung: Gemeinde 1/1  Zulassung: Spitex mit Leistungsvereinbarung mit Gemeinde bei der Gemeinde, ansonsten Kanton  Zuständigkeit: Gesundheitsdepartement</p> <p>Akut- und Übergangspflege:  Finanzierung: Gemeinde 1/1  Zuständigkeit: Gemeinde  Tarifgenehmigung: Regierung</p>
SH	<p>Finanzierung der stationären Alterspflege sowie der ambulanten Krankenpflege durch die Gemeinden, mit anteiliger Refinanzierung durch den Kanton zu 50% im Folgejahr. Die stationäre Akut- und Übergangspflege sowie die stationäre Pflege von Behinderten (inkl. Langzeitpsychiatrie) ist Sache des Kantons.</p>
SO	<p>ambulante häusliche Pflege (Spitex) und Langzeitpflege in Pflege- und Betreuungsheimen:  Kommunales Leistungsfeld</p> <p>Der Kanton sorgt allerdings für die Heimplanung; Aufsicht und Bewilligung, Qualitätssicherung und legt wegen der Ergänzungsleistungen die Höchsttaxen fest.</p> <p>AüP: Kantonales Leistungsfeld</p>
SZ	<p>a) stationär  Kanton ist Durchführungsstelle.  Gemeinde ist Restfinanzierer</p> <p>b) ambulant  Gemeinde ist Durchführungsstelle und für die Restfinanzierung zuständig.  Kanton legt Höchsttaxen fest</p>
TG	<p>Die Restkosten der Langzeitpflege werden zu je 50% durch Kanton und Gemeinden übernommen, die Aufteilung des Gemeindeanteils erfolgt aufgrund der Einwohnerzahl des Vorjahres 31.12. Die kant. Ausgleichskasse ist für die Auszahlung im System subjektorientierte Subjektfinanzierung zuständig. Die Akut- und Übergangspflege geht 100% zulasten Kanton. Auszahlung über das Gesundheitsamt</p>
TI	<p>Le Canton et les communes participent au financement des EMS et de l'aide et soins à domicile selon les lois cantonales. Le Canton paye 20%, les communes 80% de la somme des coûts résiduels (avec un clé de répartition entre communes qui tient compte des jours de séjour dans les EMS et de la force financière). Les communes peuvent être propriétaire d'un EMS ou être représenté dans les Comités des SASD d'intérêt public (association). Le Canton a en outre les tâches de la planification et de la souscription des contrats de prestations.</p>
UR	<p>ambulante Langzeitpflege = Kanton, stationäre Langzeitpflege = Gemeinden</p>
VD	<p>Ce domaine est de la compétence du Canton</p>
VS	<p>La planification des soins est une tâche cantonale.  Le financement est réparti entre le canton et les communes comme suit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EMS: 100% canton</li> <li>- Soins à domicile : 62.5% canton et 37.5% communes</li> <li>- Structures de soins de jour ou de nuit: 63% canton et 37% communes</li> </ul>
ZG	<p>Gemäss Spitalgesetz (BGS 826.11) ist der Kanton Zug für die Versorgung der Bevölkerung in den Bereichen Akutmedizin und Rehabilitation zuständig. Im Bereich der stationären Langzeitpflege stellt er die Schwerpunktversorgung durch Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm sicher. Die Gemeinden sind zuständig für die Versorgung im übrigen Bereich der stationären Langzeitpflege und der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege.</p>
ZH	<p>Die Versorgungssicherstellung ist Sache der Gemeinden</p>

26 cantons ont répondu

Questions aux cantons concernant la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

- Financement résiduel:
- De quelle manière le financement résiduel est-il régié? Comment sont établis les flux financiers?
  - Une taxe maximale des soins a-t-elle été définie? Si oui, sur quelles bases a-t-elle été calculée?
  - Un contrôle, par le canton, concernant la facturation des fournisseurs de prestations est-il envisagé?

AG	a) und c) Die Restkostenfinanzierung der stationären Langzeitpflege wird über eine kantonale Clearingstelle geregelt. Rechnungsstellung der Leistungserbringer an Clearingstelle, Kontrolle der Rechnung, Tarife, Wohnsitz durch die Clearingstelle, Bezahlung der Rechnung an Leistungserbringer und Weiterverrechnung an die Gemeinden durch die Clearingstelle. Der kommunale Aufwand der Restkostenfinanzierung wird im Finanz- und Lastenausgleich als separate Finanzbedarfsrösse angerechnet. b) Der Kanton Aargau hat eine kantonale Tarifordnung auf Basis der Kostenrechnungen aller stationären Leistungserbringer des Kantons AG. Hauptkostenstelle Pflege erlassen. Die Berechnungen wurden in Zusammenarbeit mit der VAKA (Verband Aargauer Kliniken) gemacht. Das Jahr 2011 gilt als Übergangsjahr. Die verschiedenen Tarife von BESA, RA1 / RUG und CH Index werden 2011 konvergiert (Versicherungsleistungen) Ab 2012 gelten die Tarife gem. Art. 7a Abs.3, KLV
AI	a) kein Kantonsrat b) ja, institutionenvergleich c) ja, im Département
AR	a) noch nicht entschieden, b) Ausbildungslosigkeit, c) -
BE	a) Direkte Beiträge des Kantons an die Organisationen und Institutionen (Finanzierung durch Kanton und Gemeinden (s.oben)) b) Ja (s.oben) c) Ja
BL	a) Die Restfinanzierung wird von der Wohngemeinde übernommen. Die Rechnungsstellung erfolgt an die Wohngemeinde. b) Die Pflegetaxe wird als Normtaxe gesetzlich festgehalten. Es gibt keine Abweichung nach oben. Eine Maximaltaxe wird für Heimerlie und Betreuung für EL-Bezügler festgeschrieben (in der Verordnung zum EL-Gesetz). c) durch die Wohngemeinde, bei EL-Bezügern durch die Sozialversicherungskasse.
BS	a) Direkte Vergütung Kanton an Leistungserbringer b) es ist keine maximale, sondern eine einheitliche Pflegetaxe festgelegt. Es gilt gleicher Preis für gleiche Leistung. C) Ja
FR	Pour les organisations d'aide et de soins mandatas, le système de subventionnement régle la couverture intégrale des charges des organisations. Il n'y a pas de règlement spécifique prévu. Pour les infirmiers et infirmières, le Conseil d'Etat est habilité à définir les modalités de facturation. Elles ne sont pas encore définies. a) Le projet de loi prévoit que le coût résiduel des soins fournis par les EMS soit financé à raison de 45% par le canton et 55% par l'ensemble des communes. La répartition entre les communes s'opérerait au prorata de leur population dite légale, sur la base des derniers chiffres arrêtés par le Conseil d'Etat, comme la participation des collectivités publiques aux frais d'accompagnement. b) Le projet ne prévoit pas de taxe maximale, le prix plafond des soins reposerait du calcul du coût des soins. c) non.
GE	a) le financement résiduel est réglé selon les dispositions de la loi cantonale sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) et la loi sur les établissements pour personnes âgées (LGEPA). Le canton intervient pour le financement résiduel qu'après des prestataires disposant d'un contrat de prestations au sens de la loi cantonale sur les indemnités et aides financières. Une des conditions obligatoires pour disposer d'un contrat de prestations est d'être reconnu d'utilité publique au sens de la LSDom. Le canton contrôle les comptes des organisations subventionnées. Seuls les soins selon l'OFAS font l'objet d'un co-financement cantonal. Le canton fixe en conséquence la subvention annuelle. b) Une taxe maximale de soins a été définie pour les EMS. Celle-ci a été déterminée sur la base : 1) de la comptabilité analytique des EMS et du benchmarking qui en résulte 2) des minutes de soins requis par résident et par EMS selon l'outil PLAISIR 3) d'une dotation de personnel soignant qui permet de couvrir le 86% des soins requis 3) d'un forfait de matériel de soins. c) Un contrôle de la facturation des EMS est effectué dans le cadre des mandats de révision des comptes annuels par les fiduciaires.
GL	a) die Gemeinden haben die Restfinanzierung für ambulante und stationäre Pflegeleistungen zu übernehmen Sie errechnen sich aus der Pflegetaxe gemäss Art. 33a EG KVG, von der die Beiträge KV sowie Kostenbeteiligung abzuziehen sind. Die Gemeinde entrichten dem Leistungserbringer diese Restkosten direkt. Im ambulanten Krankenpflegebereich entrichten die Gemeinden die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen (Kostenstellenkosten) als Global- oder Deitzbeitrag, die Restkosten an die Pflegetaxe ambulanz wird leistungsorientiert (pro erbrachte Leistung) entschädigt (Verordnung über ambulante soziale Kranken- und Gesundheitspflege). b) Pflegetaxe = anrechenbare Pflegekosten, wird von Gemeinde festgelegt oder vertraglich vereinbart. Höchsttaxe zur Berechnung der EL wird vom Kanton für den stationären Pflegebereich festgelegt (Kantonales ELG). c) Kann stationär nicht beurteilt werden, da Gemeindefache. Ambulant: Die Leistungserbringer haben ihren Auftragsgebenden zur Prüfung der Leistungsvereinbarungen Bericht zu erstatten. Leistungserfassung, Kostenrechnung und Finanzbuchhaltung sind auf der Grundlage des geltenden Handbuchs des Spitem Verbandes Schweiz zu führen. Im Rahmen der Leistungsvereinbarung zwischen Gemeinde und Spitem sind Kontrollen festzulegen.
GR	a) Spitem - Kanton 55%, Wohnsitzgemeinden 45%; Pflegeheime: Kanton, 25%, Wohnsitzgemeinden vor Eintritt in das Pflegeheim: 75%; die Rechnungsstellung an die verschiedenen Kostenträger erfolgt durch die Leistungserbringer b) siehe Ziffer 2 c) ja, Stichprobeweise
JU	a) Le canton versera le financement résiduel aux établissements sur la base d'un décompte (acomptes mensuels possibles) ; b) les tarifs reconnus sont les tarifs maximums par catégorie ; c) vérification du décompte.
LU	a) Grundsätzlich hat der Leistungsbezügler Anspruch auf den Restfinanzierungsbeitrag. Er kann diesen aber mittels Vollmacht an den Leistungserbringer abtreten. b) Dies ist Gegenstand der Leistungsvereinbarung. Basis Pflegevolknoten (vgl. Antwort 2). c) Die Leistungserbringer müssen eine differenzierte Rechnung erstellen und diese auch im Falle einer Vollmacht gemäss a) auf Verlangen dem Leistungsbezügler zustellen.
NE	a) des acomptes seraient versés en cours d'année et un décompte annuel par institution serait établi c) oui, par contrôle du décompte annuel b) pas de taxe maximale, puisque les tarifs définis s'appliqueraient à tous les EMS d'un groupe défini
NW	a) normative Pflegetaxe, welche für alle Leistungserbringer gilt - ambulanz: generell Einzelabrechnung - stationär: Akontozahlung und Erdbrechnung b) nein keine max. Pflegetaxe c) Stichprobenartige Kontrollen der Einstellungen bzw. Anzahl Stunden

OW	a) Gerechtm. im Reglement über die Beteiligung an den Pflegekosten, welches jede Gemeinde einzeln erlässt. Für die Rechnungsstellung der Leistung und das Inkasso der Leistungserbringer verantwortlich. Er stellt der Gemeinde die von ihr zu tragenden Kosten in Rechnung. b) Nein. c) Von den Einwohnergemeinden.
SG	a) Stationäre Pflege und Tages- und Nachstrukturen: Die Restfinanzierung der Pflegekosten im Kanton St.Gallen ist im „Gesetz über die Pflegefinanzierung“ (abgekürzt PFG), in der „Verordnung über die Pflegefinanzierung“ und in der „Verordnung über die Zulassung von Tages- und Nachstrukturen“ geregelt. In Art. 10 PFG wird die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen (abgekürzt SVA) als Abwicklungsstelle für die Restfinanzierung bestimmt. Gleichzeitig legt das Gesetz eine Subjektfinanzierung fest, welche die direkte Rechnungsstellung der Einrichtungen an die betroffenen Personen sowie die Rückforderung der Finanzierungsanteile der öffentlichen Hand durch die betroffenen Personen vorsieht. Die Erlaubnisse zur Pflegefinanzierung sollen durch die versicherte Person via die AHV-Zweigstelle der Wohngemeinde erfolgen. Pflegebedürftige Personen, die bereits bisher Ergänzungsleistungen beziehen, gelten als angemeldet und können auf eine separate Anmeldung für die Pflegefinanzierung verzichten. Für die Erfassung des konkreten Rückstellungsanspruchs genügt in der Regel das Zustellen der ersten Heimrechnung an die SVA. Die Auszahlung des Restfinanzierungsanteils der öffentlichen Hand erfolgt dann jeweils monatlich im Voraus zusammen mit weiteren Leistungen aus AHV, EL und Hilflosenentschädigung. Die Leistungen von Tages- und Nachstrukturen werden auf Grund unregelmässiger Erbringungszeiten von der SVA nicht im Voraus ausbezahlt sondern analog OKP Beiträgen im nachhinein rückvergütet. Ambulante Pflege: Restfinanzierung ist von den Gemeinden zu tragen, nachdem vom Kanton festgelegten Höchstansatz der Anteil Versicherter und die Patientenbeteiligung (wahrscheinlich 10%) abgezogen worden sind. Die Leistungserbringer haben die Restfinanzierung direkt den Gemeinden in Rechnung zu stellen. Akut- und Übergangspflege: Nach Art. 7b Abs. 2 KLV haben die Gemeinden den Anteil für ihre Einwohnerinnen und Einwohner direkt dem Leistungserbringer zu entrichten. Die Modalitäten dazu sind zwischen Leistungserbringern und Gemeinden zu vereinbaren. Eine Subjektfinanzierung (Vergütung an die betr. b) Stationäre Pflege Ja, es wird eine maximal verrechenbare Pilegetaxe (Höchstansatz) festgelegt. Die Festlegung der Höchstansätze für die stationäre Pflege basiert auf der Auswertung von Betriebszahlen (Kostenrechnung) aus dem Jahr 2008, die das Amt für Soziales im Herbst 2009 bei den im Kanton Siehe Nr. 2 c) Stationäre Pflege Es ist eine indirekte Kontrolle der Rechnungsstellung via Kostenrechnung und verrechneter Tarife vorgesehen. Ambulante Pflege Liegt in der Kompetenz der Gemeinden.
SH	a) Kostenbeiträge Gemeinden / Kantone sind diesen in Rechnung zu stellen (Verbot der Rechnungsstellung an die Patienten); in der Regel Sammelrechnungen pro Monat. - b) vgl. Antwort Frage 2. - c) Klärung erst im Rahmen des Vollzugs.
SO	a) Keine Restfinanzierung notwendig b) die Pilegetaxe besteht zwingend aus den vom Bundesrat festgelegten Krankenversicherungsleistungen und einer Patientenbeteiligung c) Spitex: Sache der Einwohnergemeinden. Neu werden die Spitexorganisationen verpflichtet, eine Kostenrechnung zu führen und die Pilegetaxe auszuweisen. Pflege- und Betreuungshome: Ist Der Kanton überprüft im Rahmen der Qualitätssicherung seit Jahren die Anwendung des RAI/RUG-Systems und der daraus resultierenden Kosten.
SZ	Stationär a) Durchführungsstelle ist die Ausgleichskasse Schwyz. Rechnung von VP wird den Gemeinden belastet. b) Berechnung nach KORE Aufwand 2009. Maximale Pilegetaxe wird nur festgelegt, wenn Vorgaben nicht eingehalten werden. c) Durch Ausgleichskasse Ambulant: a) Spitex mit LA der Gemeinden: Regelung im Leistungsauftrag Spitex ohne LA: Anspruch kann vierteljährlich bei der Gemeinde geltend gemacht werden b) Ja, für Spitex ohne LA der Gemeinde (s. 2) c) Information der Leistungsbezügler (Merkblatt), Intervention bei Reklamationen
TG	a) Spitex: Spitex stellt Fg. an Gemeinde; Pflegehomedo Langzeitpfleger: Fg. an Bewohner, dieser stellt Antrag an die Ausgleichskasse mit Einreichung der Fg. und Abrechnung der Krankenversicherung. b) Spitex: Nein, Pflegehomedo: Restkostenbeitrag für wirtschaftliche Leistungserbringung. 2011: Mittelwert der effektiven Rechnungsstellung 2010 an Ergänzungserbringer zuzüglich 3%. Ab 2012 aufgrund einzureichender Kostenträgerrechnungen. c) Störprobenkontrolle im Rahmen der Heim- und Spitexaufsicht.
TI	a) Le financement résiduel est réglé par le Canton à travers un contrat de prestation. Normalement, 4 acomptes seraient versés au cours d'une année. b) Pour les EMS et les SASD d'intérêt public s'appliqueraient les tarifs normatifs définis; pour les autres les montants fixés seront des plafonds. c) Oui
UR	a) Die Restfinanzierung ist analog der Aufgabenverteilung (siehe Frage 1) geregelt (Gemeinden stationär, Kanton ambulant). Die Pflegehomedo stellen die Pflege-Restkosten den Gemeinden in Rechnung, die Spitex dem Kanton. b) Eine maximale Pilegetaxe wird nicht festgelegt. c) Die Art und Weise der Rechnungsstellung ist im Gesetz und in der Verordnung geregelt.
VD	a) Le financement résiduel est déterminé selon les classes OPAS de soins requis. Il est versé aux établissements via une centrale de clearing par laquelle transigent toutes les factures des établissements à l'AOS et les versements de l'AOS aux établissements. b) non c) le contrôle de la facturation est effectué par les assureurs. L'Etat n'effectue pas de contrôle supplémentaire.
VS	a) Le financement résiduel est réglé par le canton. Il fixe les contributions résiduelles et déficits y relatifs pour les prestataires de soins. Les parts cantonales aux contributions sont payées directement par le canton aux établissements par acomptes et le solde sur la base d'un décompte annuel. Les parts des communes aux contributions sont réglées par analogie. b) Les montants fixés ne peuvent pas être dépassés. c) Oui
ZG	a) Bei ungedeckten Kosten übernimmt die Trägerschaft die Restfinanzierung Finanzierungsfluss: Pensionar, Betreuungstaxe, Anteil Pilegetaxe), Krankenkasse, Gemeinde b) Rahmentarif durch die Regierung auf Antrag der Sozialversichererkonferenz und CURAVIVA c) stichprobenweise anlässlich einer Heiminspektion
ZH	a) Es wurden kantonale Normkosten definiert (Benchmark = 50. Prozentil). Kanton und Gemeinden übernehmen die effektiven Restkosten gem. KORE bis zum kantonalen Normdefizit. Die übrigen Kosten gehen zu Lasten der Trägerschaft. Hat die Trägerschaft eine Leistungsvereinbarung werden darin Modalitäten festgehalten, wieviel die Gemeinde von den übrigen Kosten übernimmt. Die Gemeinden entrichten den Gesamtanteil der öffentlichen Hand nach Rechnungsstellung den Leistungserbringern. Der Kanton zahlt auf Grund des Normdefizites und Finanzkraft der Gemeinden seinen Anteil direkt an die Gemeinden b) Es wird ein Normdefizit für die Kostenteile der öffentlichen Hand definiert. Benchmark 50. Prozentil. Die Restkosten ergeben sich aus den effektiven Kosten des Leistungserbringers und werden wie oben erwähnt übernommen. c) Die öffentliche Hand hat das Recht Daten zu überprüfen, hierzu sind aber keine Regelungen vorgesehen. Für die Rechnungsstellung von Gemeinden an Kanton wird so gegliedert, dass der Kanton überprüfen kann, ob es sich um Zürcher Personen handelt, welche Leistung erbracht wurde und welcher Leistungserbringer aktiv war.

## Question 2 Financement résiduel canton de St Gall

a) Stationäre Pflege und Tages- und Nachtstrukturen: Die Restfinanzierung der Pflegekosten im Kanton St.Gallen ist im «Gesetz über die Pflegefinanzierung» (abgekürzt PFG), in der «Verordnung über die Pflegefinanzierung» und in der «Verordnung über die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen» geregelt. In Art. 10 PFG wird die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen (abgekürzt SVA) als Abwicklungsstelle für die Restfinanzierung bestimmt. Gleichzeitig legt das Gesetz eine Subjektfinanzierung fest, welche die direkte Rechnungstellung der Einrichtungen an die betroffenen Personen sowie die Rückforderung der Finanzierungsanteile der öffentlichen Hand durch die betroffenen Personen vorsieht.

Die Erstanmeldungen zur Pflegefinanzierung sollen durch die versicherte Person via die AHV-Zweigstelle der Wohngemeinde erfolgen. Pflegebedürftige Personen, die bereits bisher Ergänzungsleistungen beziehen, gelten als angemeldet und können auf eine separate Anmeldung für die Pflegefinanzierung verzichten. Für die Erfassung des konkreten Rückerstattungsanspruchs genügt in der Regel das Zustellen der ersten Heimrechnung an die SVA. Die Auszahlung des Restfinanzierungsanteils der öffentlichen Hand erfolgt dann jeweils monatlich im Voraus zusammen mit weiteren Leistungen aus AHV, EL und Hilflosenentschädigung. Die Leistungen von Tages- und Nachtstrukturen werden auf Grund unregelmässiger Erbringungszeiten von der SVA nicht im Voraus ausbezahlt sondern analog OKP Beiträgen im nachhinein rückvergütet.

Ambulante Pflege:

Restfinanzierung ist von den Gemeinden zu tragen, nachdem vom Kanton festgelegten Höchstansatz der Anteil Versicherer und die Patientenbeteiligung (wahrscheinlich 10%) abgezogen worden sind. Die Leistungserbringer haben die Restfinanzierung direkt den Gemeinden in Rechnung zu stellen.

Akut- und Übergangspflege:

Nach Art. 7b Abs. 2 KLV haben die Gemeinden den Anteil für ihre Einwohnerinnen und Einwohner direkt dem Leistungserbringer zu entrichten. Die Modalitäten dazu sind zwischen Leistungserbringern und Gemeinden zu vereinbaren. Eine Subjektfinanzierung (Vergütung an die betroffenen Personen) ist aufgrund des Bundesrechts nicht möglich.

b) Stationäre Pflege

Ja, es wird eine maximal verrechenbare Pfl egetaxe (Höchstansatz) festgelegt. Die Festlegung der Höchstansätze für die stationäre Pflege basiert auf der Auswertung von Betriebszahlen (Kostenrechnung) aus dem Jahr 2008, die das Amt für Soziales im Herbst 2009 bei den im Kanton zugelassenen Pflegeheimen erhoben hat. Ausgehend von den gesamten Pflegekosten pro Einrichtung und den von jeder Einrichtung verrechneten BESA-Punkten wurden für jedes Heim die individuellen Pflegekosten pro BESA-Punkt errechnet. Diese BESA-Punkte wurden auf die 12-stufige Einteilung nach Pflegeminuten gemäss KVG umgerechnet und inflationsbereinigt.

Ambulante Pflege

Siehe Nr. 2

c) Stationäre Pflege

Es ist eine indirekte Kontrolle der Rechnungsstellung via Kostenrechnung und verrechneter Tarife vorgesehen.

Ambulante Pflege

Liegt in der Kompetenz der Gemeinden.



## Questions aux cantons concernant la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

### 26 cantons ont répondu

#### Participation aux coûts (selon l'art. 25a, al. 5, LAMal):

- 3 a) Une réglementation se rapportant à la possibilité de prélever une participation, de la personne assurée, de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral est-elle prévue?  
b) Dans l'affirmative, est-elle aussi bien prévue pour les soins fournis dans un home que pour les soins fournis à domicile?

AG	a) Der Regierungsrat hat dem Parlamen im ambulanten Bereich vorgeschlagen auf die Patientenbeteiligung zu verzichten. In der ersten Beratung ist das Parlament dem Vorschlag des Regierungsrates nicht gefolgt und schlägt eine maximale Beteiligung von 20% vor. Dies bleibt vorbehältlich der zweiten parlamentarischen Beratung im Juni 2011. Für das Jahr 2011 wird auf die Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich verzichtet. b) Für die stationäre Langzeitpflege wird die Patientenbeteiligung von 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrages angewendet. §14 Abs. 1. PflG: An den Kosten der Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen beteiligen sich die Bewohnerinnen und Bewohner in der Höhe des nach Bundesrecht maximal zulässigen Pflegebeitrags. Die Restkosten werden dem Leistungserbringer auf Rechnung hin direkt von der kantonalen Clearingstelle vergütet.
AI	Patientenbeteiligung bei Spitex (10%) und Pflegeheim; keine Beteiligung bei Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 Bst. a KLV (tiefere normativ anrechenbare Kosten)
AR	Pflegeheime: 20%; Spitex: 10%
BE	a) Ja  b) Spitex: Keine Kostenbeteiligung Patient/in Pflegeheim: maximale Kostenbeteiligung Patient/in
BL	a) ja b) für Pflegeheimbewohner 20% und für Spitexdienstleistungen 10% (provisorisch; gesetzliche Regelung in parlamentarischer Beratung)
BS	Der RR des Kantons Basel-Stadt hat am 23.11.2010 - entgegen der kürzlich übermittelten Information - entschieden, den Eigenbeitrag im Jahr 2011 für Spitex-Leistungen in BS generell auf 10% des höchsten Tarifes zu beschränken (8 pro Tag). Personen mit Anspruch auf Prämienverbilligung erhalten auf Antrag den Eigenbeitrag ganz zurückerstattet. Auch für Kinder und Jugendlichen wird kein Eigenbeitrag erhoben.
FR	voir les art. 2, 3 et 4 dans : <a href="http://www.fr.ch/publ/files/pdf25/2007-11_216_message.pdf">http://www.fr.ch/publ/files/pdf25/2007-11_216_message.pdf</a>
GE	Par arrêté du Conseil d'Etat du 23 juin 2010, le canton a décidé de ne pas prélever de contribution personnelle en EMS. En revanche il prélève la contribution personnelle à domicile. Il la limite toutefois pour les établissements subventionnés entre 0 et 10% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral dans l'OPAS selon la capacité financière du client (Revenu déterminant unifié).
GL	a) ja, b) ja, allerdings besteht eine Kann-Formulierung, die den Gemeinden die Option gibt, die Kostenbeteiligung tiefer als die 20% im ambulanten Bereich festzulegen. 2 Gemeinden von 3 haben bisher bereits davon Gebrauch gemacht und auf die Kostenbeteiligung ambulant verzichtet. Stationär wird die Kostenbeteiligung voll ausgereizt.
GR	a) ja b) Spitex: Kostenbeteiligung nur zu 50% des nach Bundesrecht maximal möglichen Betrags; Pflegeheime: Kostenbeteiligung gemäss Bundesrecht
JU	a) oui ; b) uniquement dans les EMS, pas de participation pour les assurés prévue pour les soins à domicile.



LU	Ausser Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre haben die 20% Kostenbeteiligung alle Patientinnen und Patienten zu leisten.
NE	Oui; en EMS 20% du tarif OPAS de la classe du résidants (exemple en classe 4 : 20% de 36,-); à domicile pas de report prévu sur les clients
NW	a) Versicherte Personen beteiligen sich mit max. 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeiträge.  b) Gilt für ambulante wie auch stationäre Pflegeleistungen.
OW	a) Ja, ist im Musterreglement vorgesehen. b) 20% gilt für Erwachsene sowohl bei Spitex als auch bei Pflegeheimen. Für Kinder und Jugendliche ist keine Patientenbeteiligung vorgesehen.
SG	a) und b) Stationäre Pflege sowie Tages- und Nachstrukturen Beteiligung versicherte Person 20%, geregelt in Art. 8 PFG  Ambulante Pflege Beteiligung versicherte Person 10%, geregelt in Art. 15 PFG
SH	Der Regierungsrat hatte für die ambulante Krankenpflege-Organisationen mit öffentlichem Leistungsauftrag eine reduzierte Kostenbeteiligung der Patienten vorgeschlagen (50% des bundesrechtlichen Wertes). Das Kantonsparlament hat davon abweichend beschlossen, keine vom Bundesrecht abweichenden Regelungen zu treffen. Dieser Beschluss wird von den Links-Parteien nicht mitgetragen und hat eine Referendumsabstimmung über das ganze Gesetz bewirkt (Volksabstimmung Ende Februar 2011)
SO	a) Ja; Spitex in zwei Schritten innerhalb zweier Jahre 2011/2012; Alters- und Pflegeheime sofort ab 1.1.2011, aber noch ohne Kalibrierung  b) Spitex Fr. 8.00 im Jahr 2011 und Fr. 15.95 im Jahr 2012 auf der Basis eines Minutentarifes, aber höchstens als Tagespauschale -> sh. Antwort zu Frage 2  Pflege- und Betreuungsheime von Fr. 1.80 bis Fr. 21.60 (Tagespauschale); tiefere Pflegestufen verbilligt
SZ	a) JA B) Spitex: 10% des Beitrages der Versicherung, jedoch max. Fr.8.-- pro Tag, 20% in Pflegeheimen
TG	a) Ja b) Spitex 10% proportional zum an die KV verrechneten OKP-Beitrag, max. 15.95 pro Tag. Pflegeheim 20% bis max. 21.60 gemäss KVG.
TI	La participation aux coûts des assurés est prévu seulement pour les EMS.
UR	a) Der Landrat (Kantonsparlament) hat über die Höhe der Patientenbeteiligung sowohl in der stationären wie auch der ambulanten Langzeitpflege entschieden. ( siehe Verordnung über die Patientenbeteiligung und den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege <a href="http://www.ur.ch/dateimanager/pflegefinanzierung-20.2332.pdf">http://www.ur.ch/dateimanager/pflegefinanzierung-20.2332.pdf</a> b) Sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Langzeitpflege gelten max. 20 % Patientenbeteiligung gem. Art. 25a Abs. 5 KVG
VD	a) + b) La nouvelle législation prévoit une participation des résidents EMS correspondant à 10% des tarifs OPAS (ie : Fr. 0.90 à Fr. 10.80 selon les soins requis), sauf pour l'année 2011 où un montant unique de Fr. 8.-/jour sera facturé aux résidents EMS. Aucune participation n'est prévue pour les soins à domicile.
VS	a) Les dispositions cantonales ne prévoient pas de participation des assurés pour les soins fournis dans un EMS et à domicile.
ZG	a) in der VO über die stationäre und ambulante Langzeitpflege (BGS 826.113(1)). b) Pflegeheime: 10 % des Krankenkassenbeitrages Spitex: 10 % des Krankenkassenbeitrages
ZH	a) und b) Im Pflegeheimbereich ist eine Eigenbeteiligung von max. Fr. 21.60 pro Tag vorgesehen, im ambulanten Bereich von max. Fr. 8.00 pro Stunde und Tag. Bei Kindern und Jugendliche wird auf den Eigenbeitrag verzichtet. Es steht aber den Gemeinden frei, die Eigenbeteiligung teilweise oder ganz zu übernehmen.



## Questions aux cantons concernant la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

### 26 cantons ont répondu

#### Séjours hors canton:

#### 4 Une réglementation a-t-elle été mise en place pour les cas de séjour hors du canton de résidence ou pour les cas de patients venant d'autres cantons?

AG	§14a Abs 2 PflG: Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Aargau und Aufenthalt in einer ausserkantonalen stationären Pflegeeinrichtung benötigen eine Kostengutsprache der Wohnsitzgemeinde. Anspruch auf Kostengutsprache besteht nur für Pflegeeinrichtungen, die auf der Pflegeheimliste des Standortkantons sind, sowie höchstens im Umfang der vom Regierungsrat durch Verordnung festgelegten Referenztaxe, die sich an den Kosten aargauischer Leistungserbringer orientiert. Abs.3 Personen mit ausserkantonalem zivilrechtlichem Wohnsitz und Aufenthalt in einer aargauischen stationären Pflegeeinrichtung benötigen eine Kostengutsprache der im betreffenden Kanton zuständigen Behörde, welche die Übernahme der Restkosten garantiert. Die Kostengutsprache ist vor dem Eintritt der stationären Pflegeeinrichtung vorzulegen. Die Kostengutsprache ist der kantonalen Clearingstelle bei der Rechnungsstellung beizulegen.
AI	höchstens Beteiligung wie in eigenem Kanton
AR	ja
BE	Ja
BL	Bei einem ausserkantonalem Aufenthalt muss die Rechnung (Ansätze und Rechnungsempfänger) entsprechend dem Abrechnungsverfahren im Wohnkanton BL gestellt werden.
BS	Letzter Wohnsitz vor Heimeintritt ist massgebend für Restfinanzierung Pflegeheim.
FR	voir les art. 5 et 9 dans : <a href="http://www.fr.ch/publ/files/pdf25/2007-11_216_message.pdf">http://www.fr.ch/publ/files/pdf25/2007-11_216_message.pdf</a>
GE	non
GL	Bei stationärer Pflege in einem ausserkantonalen Pflegeheim gemäss Artikel 39 Absatz 3 KVG sind grundsätzlich die Tarif- respektive Finanzierungsvorgaben des Standortkantons massgebend. Verbleibt die versicherte Person auf eigenen Wunsch im ausserkantonalen Pflegeheim, obwohl ihr ein geeigneter Platz in einer innerkantonalen Institution angeboten wurde, kann die Wohnsitzgemeinde den Gemeindebeitrag an die Pflegeleistungen auf den Ansatz gemäss Absatz 3 begrenzen.
GR	Bei Aufenthalt ausserhalb des Kantons werden die ungedeckten Pflegekosten maximal in dem Umfang übernommen, die bei einem Aufenthalt in einer kantonalen Einrichtung angefallen wären. Die Aufnahme von Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz setzt eine Kostengutsprache des Wohnsitzkantons und/oder der Wohnsitzgemeinde voraus.
JU	Pour les patients qui séjournent dans un établissement hors-canton, la loi cantonale prévoit que le financement résiduel du canton de domicile (Jura) correspond au montant maximum pris en charge. Pas de réglementation pour les patients venant d'autres cantons.
LU	Für die Restfinanzierung ist grundsätzlich ist die Wohnsitzgemeinde zuständig. Bei ausserkantonalem Zuziehenden ist von der Herkunftsgemeinde eine Kostengutsprache einzureichen. Ansonsten haben die Heime den Eintritt zu verweigern. Der Bund sollte hier eine Regelung analog Artikel 21 Absatz 1 ELG oder Artikel 5 ZUG im KVG treffen.

NE	1 patients NE hébergés hors canton : le canton de NE paierait sa part en fonction des modalités du canton de résidence, en gardant la possibilité de refacturer sa part au client, si les modalités du canton de résidence ne prévoient pas ce report 2 patients hors canton hébergés à NE : pas de réglementation prévue; les EMS procéderont à la facturation comme pour un ressortissant NE, sous réserve des dispositions du canton de domicile
NW	. Ausserkantonale Platzierungen: es gilt die Nidwaldner Pflorgetaxe  . Bewohner aus anderen Kantonen: es gilt die Nidwaldner Pflorgetaxe
OW	Ja, im Musterreglement ist dies vorgesehen. Bei Aufenthalten in ausserkantonalen Pflegeheimen zahlt die Einwohnergemeinde höchstens im Umfang der Kostenansätze, die für die Leistungserbringer des Kantons Obwalden gelten. Ausserkantonale Patienten werden nur mit Kostengutsprache Wohngemeinde aufgenommen.
SG	Ja ist vorgesehen, es gelten die kantonalen Bestimmungen. Die versicherte Person mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons St.Gallen und Aufenthalt in einem innerkantonalen Pflegeheim reicht vor Eintritt eine Kostengutsprache der zuständigen Stelle ihres Wohnsitzkantons auf Übernahme der Pflegekosten ein (vgl. Art. 7 PFG). Für Betagte mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen und Aufenthalt in einem ausserkantonalen Pflegeheim gelten die Höchstansätze im stationären Bereich gemäss «Verordnung über die Pflegefinanzierung».
SH	Zahlungspflicht der Wohngemeinden bleibt auch bei ausserkantonaler Pflege bestehen (begrenzt auf das im Kanton SH festgelegte Kostenniveau bei Personen, die sich ohne medizinische Notwendigkeit ausserkantonale betreuen lassen, analog zu ausserkantonalen Spitalbetreuungen).
SO	Ja.  Ausserkantonale im eigenen Kanton: Kantonal-Solothurnische Taxen und Zuschlag  Kantonale in ausserkantonalen Heimen: Auch wer in einem ausserkantonalen Heim wohnt, zahlt die Taxen selbst. Keine Subventionierungen von Einwohnergemeinden oder Kanton. Allerdings: bis zur EL-Höchsttaxe gibt es eine Taxanerkenntnis im Einzelfall.
SZ	Gleiches Vorgehen wie innerkantonale. Die vP stellt Rechnung für Restfinanzierung an Ausgleichskasse Schwyz.
TG	Anzuwenden sind die Tarife des Wohnkantons, auch bei Aufenthalt in einem ausserkantonalen Heim
TI	Oui, mais seulement pour les EMS.
UR	Das kantonale Gesetz bzw. die darin enthaltenen Regelungen gelten nur für das Kantonsgebiet. Zuständig ist damit, diejenige Gemeinde, mit dem zivilrechtlichen Wohnsitz.
VD	Aucune réglementation particulière. Application de la loi fédérale sur les PC et des lois cantonales pour les aides individuelles supplémentaires et pour les subventions.
VS	Pour les patients valaisans pris en charge hors canton, le canton limite sa contribution résiduelle au maximum à celle valable pour un prestataire de soins valaisan. Pour les patients hors canton pris en charge en Valais, il n'y a pas de participation du canton du Valais. Deumeures réservées des conventions intercantionales à ce sujet.
ZG	Das Sozialhilfegesetz regelt den Aufenthalt ausserhalb des Wohnkantons. Eine kantonsinterne Regelung besteht nicht für BewohnerInnen aus einem anderen Kanton. Die Heime berechnen einen Aufschlag gemäss ihrer Taxordnung.
ZH	Es gelten jeweils die Regelungen des Wohnsitzkantons, wobei die öffentliche Hand des Kantons Zürichs max. das Normdefizit zu zahlen hat.



## Questions aux cantons concernant la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

26 cantons ont répondu

Soins aigus et de transition:

5 A quelle hauteur la part cantonale, pour les soins aigus et de transition, a-t-elle été fixée?

AG	55% der zwischen Santésuisse und VAKA (Verband Aargauer Kliniken) ausgehandelten Tarife.	
AI		0.55
AR		0.55
BE	Noch nicht festgelegt; vorgesehen sind 55%	
BL	Zur Zeit in Verhandlung (Spitex/Versicherer).	
BS		0.55
FR	<a href="http://www.fr.ch/publ/files/pdf12/2010_008_f.pdf">http://www.fr.ch/publ/files/pdf12/2010_008_f.pdf</a>	
GE		0.55
GL		0.55
GR		0.55
JU	fixée à 55%	
LU	Vorgesehen sind 55%.	
NE		0.55
NW	muss noch festgelegt werden	
OW	Es finden keine Verhandlungen statt.	
SG	Kantonaler Kostenanteil 55% im Gesetz festgelegt.	
SH	noch keine Regelung für 2011 (Akut- und Übergangspflege ist noch nicht operativ)	
SO		0.55
SZ	55 % Kanton	
TG		0.55
TI		0.55
UR	bisher keine Festlegung	

VD	La participation cantonale a été fixée à 55% pour 2011.	
VS	La part cantonale a été fixée à 55%.	
ZG	Spitex: Budgetiert für 2011 Fr. 150.-- pro Tag. Stationär in einem Pflegeheim: Fr. 370.-- pro Tag inkl. medizinische und therapeutische sowie Gemeinwirtschaftliche Leistungen	
ZH		0.55



## Questions aux cantons concernant la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

26 cantons ont répondu

Fournisseurs de prestations:

### 6 Des mandats de prestations spécifiques aux fournisseurs de prestations sont-ils prévus?

AG	§ 17 Abs 1 PflG: Leistungserbringer der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG benötigen dafür eine Bewilligung der zuständigen kantonalen Behörde. Der Regierungsrat regelt die Voraussetzungen der Bewilligungserteilung durch Verordnung. Abs. 2 Im Rahmen eines auf drei Jahre befristeten Pilotprojekts wird die Akut- und Übergangspflege auf einzelne stationäre Leistungserbringer beschränkt. Nach der Evaluation des Pilotprojekts entscheidet der Regierungsrat aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse über die Voraussetzungen für die Zulassung weiterer Leistungserbringer. Es werden Leistungsaufträge an 7 stationäre Leistungserbringer gegeben.
AI	ja
AR	Akut- und Übergangspflege stationär: Die Regierung bezeichnet die zugelassenen Anbieter
BE	Spitex: Ja Pflegeheime: Nein
BL	Die Erteilung von Leistungsaufträgen an Spitex und Pflegeheime obliegt den Gemeinden.
BS	Spitex: Ja, Pflegeheime: Nein
FR	Encore à examiner
GE	oui
GL	ja
GR	nein
JU	Possibilité prévue dans la loi, notamment pour des prestations d'intérêt général dans le cadre des organisations de soins à domicile et pour limiter les prestataires de soins aigus et de transition.
LU	Nach kantonalem Pflegefinanzierungsgesetz kann die Akut- und Übergangspflege auf bestimmte Leistungserbringer beschränkt werden. Im stationären Bereich soll dies auch per 1. Januar 2011 so geschehen und 2 Standorte benannt werden.
NE	Non, pas en 2011
NW	. Wird in Betriebs- bzw. Berufsausübungsbewilligungen geregelt
OW	Ja, von den Einwohnergemeinden.
SG	Nein
SH	Verpflichtung der Gemeinden zur Vergabe umfassender Leistungsaufträge (Grundversorgung = Service publique)

SO	Alle Spitexorganisationen haben eine Leistungsvereinbarung mit Einwohnergemeinden oder -verbänden.
SZ	Für AüP ja, ist vorgesehen
TG	Es wurden für Akut- und Übergangspflege zusätzliche Zulassungsbedingungen formuliert, das heisst, es braucht eine Zusatzbewilligung durch das Departement.
TI	Oui, ils sont en cours d'elaborations.
UR	Es ist vorgesehen, dass die Spitex Uri sowie sämtliche Pflegeheime auf der Pflegeheimliste für die Akut- und Übergangspflege zugelassen werden.
VD	Des mandats seront donnés aux organisations de soins à domicile.
VS	Les organisations de soins et d'aide à domicile publiques (Centres médico-sociaux) disposent d'un mandat de prestations.
ZG	ja für Spitex und Pflegeheime
ZH	Die Gemeinden müssen zur Versorgungssicherstellung eigene Einrichtungen betreiben oder Leistungsvereinbarungen mit Dritten abschliessen. Wie, mit welchem Inhalt und mit wem die Gemeinden die Leistungsvereinbarungen abschliessen, wird nicht vorgegeben.



## Questions aux cantons concernant la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

26 cantons ont répondu

### Dispositions transitoires:

- 7 Est-il prévu de faire usage du délai prévu par l'al. 2 des dispositions transitoires relatives au nouveau financement des soins? Dans l'affirmative, de quelle manière l'adaptation est-elle réglée?

AG	Siehe Antwort 2
AI	nein
AR	nein
BE	Lineare Anpassung der Tarife über 3 Jahre
BL	Spitex: Beibehaltung der bisherigen Tarife und Verzicht auf Patientenbeteiligung für das Jahr 2011. Ab 2012 Tarife gemäss KLV. Pflegeheime: sofortige Anwendung der Tarife gemäss KLV.
BS	Nein
FR	Pas pour les soins ambulatoires. Pour les soins en EMS: le nouveau système sera appliqué aux quatre niveaux de soins pour l'année 2011, selon la même convention tarifaire que celle actuellement en vigueur.
GE	non
GL	stationär: es wurde auf eine Angleichung bisweilen verzichtet. Ambulant: Angleichung auf die vom BR festgelegten Beiträge wurde vorgenommen per 1.1.2011
GR	nein
JU	non
LU	Nein. Die bestehenden Tarifverträge laufen aus. Ab 1. Januar 2011 werden die Tarife gemäss KLV gelten.
NE	Non
NW	nein
OW	Nein, Verträge wurden von santésuisse auf Dezember 2010 gekündigt.
SG	Es wird kein Gebrauch der Übergangsbestimmungen gemacht.
SH	formal ja (hoheitlich festgelegte Regeln zur Umrechnung des BESA-Systems in eine 12-stufige Systematik)
SO	sofortige Einführung im Bereich Alters- und Pflegeheime auch in Bezug auf die Krankenkassenbeiträge; Staffelung von 2 Jahren im Bereich Spitex, d.h. 2011 und 2012 -> sh. Antwort zu Frage 5.



SZ	<p>Die Umsetzung tritt auf den 1.1.2011 in Kraft. Übergangsfristen dienen nur den technischen/rechnerischen Anpassungen, wo noch nicht vorhanden.</p> <p>Von der Übergangsbestimmung betreffend Tarifierpassung wird nicht Gebrauch gemacht.</p>
TG	<p>Ja, im Bereich der Pflegeheime Langzeitpflege, da die Systeme nicht auf das neue 12-stufige System kalibriert wurden, sind vorerst separate Berechnungen für BESA / RAI/RUG notwendig.</p>
TI	<p>Soins à domicile: non. EMS: pas encore décidé.</p>
UR	<p>nein</p>
VD	<p>Quelques règles transitoires sont mises en place dans les EMS selon la convention passée entre les EMS et santésuisse et que le Conseil d'Etat devra approuver.</p>
VS	<p>Oui, il est prévu d'adapter les contributions AOS pour les EMS, soit de passer de 4 à 12 niveaux de soins et d'adapter les tarifs OPAS avec une majoration. Soins à domicile: néant</p>
ZG	<p>Nein</p>
ZH	<p>Ja, davon wird Gebrauch gemacht. Der Regierungsrat Kanton Zürich hat entschieden, dass im Jahr 2011 die Tarife gelten, die Ende 2010 gültig sind. Im Frühjahr 2011 wird für das Jahr 2012, aber allenfalls auch für die ganze Übergangsfrist, entschieden.</p>



## Questions aux cantons concernant la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

26 cantons ont répondu

### Prestations complémentaires:

8 **Comment les cantons veillent-ils à ce que le séjour dans un établissement médico-social reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance de l'aide sociale (Art. 10, al. 2, LPC)?**

AG	§14 b Abs. 2 PflG. Bei Personen, welche diese Kosten sowie die Beteiligung gemäss § 14a Abs. 1 nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können, beteiligt sich der Kanton im Rahmen der Ergänzungsleistungen. Abs. 3 Der Regierungsrat trifft bei Bedarf Massnahmen, damit der Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet. § 2 Abs2 ELG AG; 2 Die Tagestaxe gemäss Absatz 1 lit. a Ziff. 1 umfasst nur die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung. Sie erhöht sich um die Patientenbeteiligung gemäss § 14a Abs. 1 des Pflegegesetzes (PflG) vom 26. Juni 2007 ) sowie die jeweiligen Leistungen der Hilflosenentschädigung der AHV, IV, Militär- oder Unfallversicherung.
AI	eine Regelung wird zu einem späteren Zeitpunkt geprüft
AR	0
BE	Normkosten Hotellerie, Infrastruktur, Betreuung und Anteil Pflege Patient/in sind im Rahmen der EL-Höchstgrenzen gedeckt. Übrige Normkosten Pflege sind durch Beiträge Krankenversicherer und Kanton gedeckt.
BL	Die Ergänzungsleistung übernimmt die von Einkommen und Vermögen nicht gedeckten Kosten.
BS	Gemäss unseren Kalkulationen wird es das praktisch nicht geben. Änderungen sind keine notwendig.
FR	Par la prise en charge des pouvoirs publics de la part des coûts n'étant pas couverts par les PC.
GE	en ne prélevant pas la nouvelle contribution personnelle
GL	Zuständigkeit Departement Volkswirtschaft und Inneres: es besteht ein Art. 6a Sozialhilfegesetz, der vorsieht, dass für ungedeckte Heimkosten die Gemeinde aufzukommen hat.
GR	Anrechnung der effektiven Kostenbeteiligungen der Heimbewohner
JU	Les PC sont déplafonnées pour tenir compte des prix de pension approuvés par le Département pour les établissements situés sur le territoire cantonal; la participation aux soins est financée par les PC au titre de frais médicaux.
LU	Die EL-Taxgrenze vermag nicht in allen Heimen die vollen Taxen zu decken. Dort sind die Gemeinden gehalten, mit Sonderhilfen einzugreifen. Sozialhilfeabhängigkeit kann aber nicht in jedem Fall vermieden werden.
NE	Les prix de pension de chaque EMS sont fixés individuellement par le Conseil d'Etat et pris en compte comme tels par les prestations complémentaires dans les dépenses reconnues

NW	über Anpassungen des kantonalen ELG
OW	Wird durch die Ausgleichskasse kontrolliert.
SG	Mit den Höchstansätzen im Bereich der stationären Pflege sind die maximal verrechenbaren Pflegekosten der Betagten bis auf den Selbstbehalt von Fr. 21.60.- durch die Restfinanzierung der Pflege gedeckt. Für die Betreuungskosten und Pensionskosten kommen bei Bezugsberechtigung die EL zum tragen. Diese wurden so bemessen, dass sie mit maximal Fr. 180.- (Stand Vernehmlassung der «Verordnung über die Pflegefinanzierung») diese Kosten decken.
SH	Festlegung der maximal anrechenbaren Heimtaxen auf einem Niveau, das den im Kanton üblichen Tarifrahmen weitestgehend abdeckt
SO	Keine allgemeine EL-Obergrenze, vielmehr bilden die vom Regierungsrat festgelegten Höchsttaxen in Heimen, bzw. die gestützt darauf vom Departement bewilligten individuellen Heimtaxen pro Heim die Obergrenze. Also keine Sozialhilfe.
SZ	Ja
TG	Monitoring der Rechnungsstellung durch EL
TI	La participation aux coûts des assurés dépend de leur situation financière.
UR	Die EL-Höchsttaxe muss so berechnet sein, dass bei mindestens 95 % aller EL-Bezüger die individuelle anfallenden Heimkosten durch die EL gedeckt werden.
VD	Dans le canton de Vaud, depuis 2008, l'organe PC ne limite pas le montant de la taxe d'hébergement pris en compte dans le calcul des prestations complémentaires. L'aide sociale n'intervient donc pas pour ce motif (elle intervient uniquement lorsqu'il n'existe pas de droit aux PC selon la législation fédérale).
VS	Le canton approuve les prix de pension des EMS sous l'angle des prestations complémentaires.
ZG	Die Ergänzungsleistungen werden auf den höchsten Eigenanteil in einem Heim jährlich neu berechnet.
ZH	1) Die Übernahme der Restkosten der Pflege sind geregelt und fallen nicht bei den LeistungsbezügerInnen an. 2) Es werden kantonale Zuschüsse bei allen Zürchern und Zürcherinnen für ungedeckte Heimkosten entrichtet.

## Lois cantonales sur le nouveau régime de financement des soins / Kantonale Gesetze betreffend die neue Pflegefinanzierung

1. AG	<a href="http://gesetzessammlungen.ag.ch/frontend/texts_of_law">http://gesetzessammlungen.ag.ch/frontend/texts_of_law</a>	301.213 - Verordnung über die Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung für das Jahr 2011 vom 08.12.2010, in Kraft seit: 01.01.2011, Aktuelle Version in Kraft seit: 01.01.2011 bis: 31.12.2011, (Beschlussdatum: 08.12.2010)
2. AI	<a href="http://www.ai.ch/dl.php/de/4d21ad94e1c18/800.011.pdf">http://www.ai.ch/dl.php/de/4d21ad94e1c18/800.011.pdf</a>	Standeskommissionsbeschluss über die Pflegefinanzierung vom 30. November 2010 e.v. 01.01.2011
3. AR	<a href="http://www.bgs.ar.ch/frontend/versions/436">http://www.bgs.ar.ch/frontend/versions/436</a>	812.115 Vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung vom 22.06.2010 (Stand 01.01.2011)
4. BE	<a href="http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/formulare/alters-_und_pflegeheime.assetref/content/dam/documents/GEF/ALBA/de/Formulare_Bewilligungen/Alters_u_Pflegeheime/Finanzierung_Tarife/informationsschreiben_neuordnung_pflegefinanzierung_d.pdf#xml=http://194.124.141.40/texis/texis.exe/webinator/search_de/pdfhi.txt?vtid=1354&amp;obtreeSearchURL=http%3A//www.be.ch/web/suche.htm&amp;sector=1%2CKanton+Bern%2C/%2Cbe_de&amp;query=pflegefinanzierung&amp;pr=be_de&amp;prox=page&amp;rorder=500&amp;rprox=500&amp;rdfreq=500&amp;rfreq=500&amp;rlad=500&amp;rdepth=0&amp;sufs=2&amp;order=r&amp;uq=&amp;cq=&amp;id=4d9d9b391">http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/formulare/alters-_und_pflegeheime.assetref/content/dam/documents/GEF/ALBA/de/Formulare_Bewilligungen/Alters_u_Pflegeheime/Finanzierung_Tarife/informationsschreiben_neuordnung_pflegefinanzierung_d.pdf#xml=http://194.124.141.40/texis/texis.exe/webinator/search_de/pdfhi.txt?vtid=1354&amp;obtreeSearchURL=http%3A//www.be.ch/web/suche.htm&amp;sector=1%2CKanton+Bern%2C/%2Cbe_de&amp;query=pflegefinanzierung&amp;pr=be_de&amp;prox=page&amp;rorder=500&amp;rprox=500&amp;rdfreq=500&amp;rfreq=500&amp;rlad=500&amp;rdepth=0&amp;sufs=2&amp;order=r&amp;uq=&amp;cq=&amp;id=4d9d9b391</a>	Neuordnung der Pflegefinanzierung; Entscheide des Regierungsrates vom 23. Dezember 2009 und weiteres Vorgehen vom 16. Februar 2010  15.04.2011 Tél à Mme Müller cheffe de l'office des affaires sociales 061.633.78.79: pas d'autre projet de loi ou ordonnance, ce n'est pas nécessaire
5. BL	<a href="http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/parl-lk/protokolle/2010/p2010-12-09/2010-293_eg_kvg.pdf">http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/parl-lk/protokolle/2010/p2010-12-09/2010-293_eg_kvg.pdf</a>  <a href="http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/parl-lk/vorlagen/2010/2010-293.pdf">http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/parl-lk/vorlagen/2010/2010-293.pdf</a>	362 Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) Änderung vom 9. Dezember 2010 (§ 15a-15e und § 17b) (2010-293 vom 31. August 2010)  <u>Vorlage:</u> Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG), Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung- Bericht der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission vom <u>26. November 2010</u> - Beschluss des Landrats vom 8. Dezember 2010: < <u>1. Lesung abgeschlossen</u> - Beschluss des Landrats vom 9. Dezember 2010: < <u>beschlossen mit 4/5-Mehr</u> )

## Lois cantonales sur le nouveau régime de financement des soins / Kantonale Gesetze betreffend die neue Pflegefinanzierung

6. BS	<a href="http://www.gesetzessammlung.bs.ch/sgmain/default.html">http://www.gesetzessammlung.bs.ch/sgmain/default.html</a>  <a href="http://www.asb.bs.ch/2011_merkblatt_kk_zu_hause-2.pdf">http://www.asb.bs.ch/2011_merkblatt_kk_zu_hause-2.pdf</a>  <a href="http://www.asb.bs.ch/2011_merkblatt_kk_heim-2.pdf">http://www.asb.bs.ch/2011_merkblatt_kk_heim-2.pdf</a>  <a href="http://www.langzeitpflege-bs.ch/fileadmin/langzeitpflege/Merkblatt_Spitex_Dienste_Abrechnung_Restfinanzierung.pdf">http://www.langzeitpflege-bs.ch/fileadmin/langzeitpflege/Merkblatt_Spitex_Dienste_Abrechnung_Restfinanzierung.pdf</a>	<p>834.410 Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO) vom 25. November 2008</p> <p>Merkblatt über Vergütung von Krankheitskosten, gültig ab 1.1.2011</p> <p>Merkblatt über Vergütung von Krankheitskosten, gültig ab 1.1.2011 gilt nur für Personen, die sich in einem Heim oder Spital aufhalten</p> <p>Merkblatt zur Abrechnung der Restfinanzierung nach KVG für Spitex-Anbieter ohne besonderen Leistungsauftrag, 24.11.2010</p>
7. FR	<a href="http://www2.fr.ch/v_ofl_bdlf_pdf/en_vigueur/fra/82061v0001.pdf">http://www2.fr.ch/v_ofl_bdlf_pdf/en_vigueur/fra/82061v0001.pdf</a>  <a href="http://www2.fr.ch/v_ofl_bdlf_pdf/en_vigueur/fra/8206v0001.pdf">http://www2.fr.ch/v_ofl_bdlf_pdf/en_vigueur/fra/8206v0001.pdf</a>	<p>820.6 Loi du 9 décembre 2010 d'application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins</p> <p>820.61 Ordonnance du 25 janvier 2011 sur le nouveau régime de financement des soins</p>
8. GE	<a href="http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_06.html">http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_06.html</a>  <a href="http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/rsg_j7_20.html">http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/rsg_j7_20.html</a>	<p>K1 06 le financement résiduel est réglé selon les dispositions de la loi cantonale du 16 déc. 2009 sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom)</p> <p>J7 20 la loi du 4 déc. 2009 sur les établissements pour personnes âgées (LGEPA)</p> <p>Directive DARES</p>
9. GL	<a href="http://tonarchiv.gl.ch/data/2010.pdf">http://tonarchiv.gl.ch/data/2010.pdf</a>	<p>Landsgemeinde 02.05.2010 § 16 Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Neuordnung Pflegefinanzierung, Vollzug individuelle Prämienverbilligung)</p> <p>Der Landrat beantragt der Landsgemeinde, dem Änderungsentwurf zuzustimmen: siehe Memorial Seiten 139–141. Die Landsgemeinde ist dem Antrag gefolgt. – Die Änderung des EG KVG tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Der Landrat ist ermächtigt, zwingende Bedürfnisse vorläufig umzusetzen</p>

## Lois cantonales sur le nouveau régime de financement des soins / Kantonale Gesetze betreffend die neue Pflegefinanzierung

10. GR	<a href="http://www.gr-lex.gr.ch/frontend/versions/1199">http://www.gr-lex.gr.ch/frontend/versions/1199</a>  <a href="http://www.gr-lex.gr.ch/frontend/versions/1200">http://www.gr-lex.gr.ch/frontend/versions/1200</a>	<p>506.000 Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz) vom 02.12.1979, in Kraft seit: 01.01.1980</p> <p>506.060 Art. 11ss et 17ss Verordnung zum Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Verordnung zum Krankenpflegegesetz) Gestützt auf Art. 52 des Gesetzes vom 2. Dezember 1979 1) von der Regierung erlassen am 11. Dezember 2007</p>
11. JU	<a href="http://rsju.jura.ch/extranet/common/rsju/index.html">http://rsju.jura.ch/extranet/common/rsju/index.html</a>  <a href="http://rsju.jura.ch/extranet/common/rsju/index.html">http://rsju.jura.ch/extranet/common/rsju/index.html</a>	<p>832.11 Loi sur le financement des soins du 16 juin 2010</p> <p>832.111 Ordonnance sur le financement des soins du 7 décembre 2010</p>
12. LU	<a href="http://www.multidigital.ch/kantonsblatt/archiv/pdf_2010/gs-10-13.pdf#page=32&amp;pagemode=bookmarks">http://www.multidigital.ch/kantonsblatt/archiv/pdf_2010/gs-10-13.pdf#page=32&amp;pagemode=bookmarks</a>  <a href="http://www.multidigital.ch/kantonsblatt/archiv/pdf_2011/gs-11-02.pdf#page=24&amp;pagemode=bookmarks">http://www.multidigital.ch/kantonsblatt/archiv/pdf_2011/gs-11-02.pdf#page=24&amp;pagemode=bookmarks</a>  <a href="http://www.multidigital.ch/kantonsblatt/archiv/pdf_2010/gs-10-14.pdf#page=20&amp;pagemode=bookmarks">http://www.multidigital.ch/kantonsblatt/archiv/pdf_2010/gs-10-14.pdf#page=20&amp;pagemode=bookmarks</a>	<p>Nr. 867 Gesetz über die Finanzierung der Pflegeleistungen der Krankenversicherung (Pflegefinanzierungsgesetz) vom 13 Septembre 2010</p> <p>Nr. 867a, Verordnung zum Pflegefinanzierungsgesetz (Pflegefinanzierungsverordnung) vom 30 November 2010, Änderung vom 1. Februar 2011</p> <p>Nr. 867b, Beschluss über den kantonalen Anteil an der Vergütung der Kosten der Akut- und Übergangspflege im Jahr 2011</p>
13. NE	<a href="http://www.ne.ch/neat/site/jsp/rubrique/rubrique.jsp?StyleType=bleu&amp;CatId=6399&amp;DocId=40527">http://www.ne.ch/neat/site/jsp/rubrique/rubrique.jsp?StyleType=bleu&amp;CatId=6399&amp;DocId=40527</a>  <a href="http://www.ne.ch/neat/documents/social/publique/public_6399/Financement_soins_files/FO10101502.pdf">http://www.ne.ch/neat/documents/social/publique/public_6399/Financement_soins_files/FO10101502.pdf</a>  <a href="http://www.ne.ch/neat/documents/social/publique/public_6399/Financement_soins_files/FO08_42_ACE_DSAS_TarifsSoinsEMS.pdf">http://www.ne.ch/neat/documents/social/publique/public_6399/Financement_soins_files/FO08_42_ACE_DSAS_TarifsSoinsEMS.pdf</a>  <a href="http://www.ne.ch/neat/documents/social/publique/public_6399/Financement_soins_files/FO50_08_ACE_DSAS_05_ReglFinancementsoins.pdf">http://www.ne.ch/neat/documents/social/publique/public_6399/Financement_soins_files/FO50_08_ACE_DSAS_05_ReglFinancementsoins.pdf</a>	<p>Lien pour toutes les modifications en matière de nouveau régime de financement des soins</p> <p>Loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS) du 28 septembre 2010, promulguée le 21 février 2011</p> <p>Arrêté fixant les tarifs des soins de longue durée au sens de l'article 25a LAMal dispensés en établissement médico-social (EMS) du 21 février 2011</p> <p>Règlement provisoire d'introduction de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 15 décembre 2010</p>

## Lois cantonales sur le nouveau régime de financement des soins / Kantonale Gesetze betreffend die neue Pflegefinanzierung

14. NW	<a href="http://www.nw.ch/dl.php/de/4c1f3904656f8/EG_zur_BG_ueber_die_Neuordnung_der_Pflegefinanzierung.pdf">http://www.nw.ch/dl.php/de/4c1f3904656f8/EG_zur_BG_ueber_die_Neuordnung_der_Pflegefinanzierung.pdf</a>  <a href="http://www.lexfind.ch/dtah/77447/2/ofgesetz.htm%3Ff%3Dtemplates%26fn%3Ddocument-frame.htm%26q%3D%5Bfield%20742.112%3A%20%22742.112%22%5D%26x%3Dadvanced%262.0.html">http://www.lexfind.ch/dtah/77447/2/ofgesetz.htm%3Ff%3Dtemplates%26fn%3Ddocument-frame.htm%26q%3D%5Bfield%20742.112%3A%20%22742.112%22%5D%26x%3Dadvanced%262.0.html</a>	Projet de loi : Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Neuordnung der Pflegefinanzierung 742.112 Verordnung zur Pflegefinanzierung (Pflegefinanzierungsverordnung, PFV) du 21 déc. 2010  742.112 Verordnung zur Pflegefinanzierung (Pflegefinanzierungsverordnung, PFV) vom 21. Dezember 2010
15. OW	<a href="http://ilz.ow.ch/gessamml/pdf/851727.pdf">http://ilz.ow.ch/gessamml/pdf/851727.pdf</a>	851.727 Regierungsratsbeschluss über den Vertrag betreffend Pflegeleistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Pflegeheimvertrag) vom 16. November 2010
16. SG	<a href="http://www.gallex.ch/gallex//3/331.200.html">http://www.gallex.ch/gallex//3/331.200.html</a>  <a href="http://www.lexfind.ch/dtah/79642/2/331.21.html">http://www.lexfind.ch/dtah/79642/2/331.21.html</a>  <a href="http://www.lexfind.ch/dtah/79645/2/331.22.html">http://www.lexfind.ch/dtah/79645/2/331.22.html</a>	331.200 Verordnung über den Vollzug des Gesetzes über die Pflegefinanzierung vom 14. Dezember 2010  331.21 Verordnung über die Pflegefinanzierung vom 14. Dezember 2010  331.22 Verordnung über die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen vom 14. Dezember 2010
17. SH	<a href="http://www.sh.ch/fileadmin/Redaktoren/Dokumente_nicht_im_Formularpool/Abstimmungen/2010/AbstMag_2011-02-13.pdf">http://www.sh.ch/fileadmin/Redaktoren/Dokumente_nicht_im_Formularpool/Abstimmungen/2010/AbstMag_2011-02-13.pdf</a>  <a href="http://rechtsbuch.sh.ch/fileadmin/Redaktoren/Dokumente/gesetzestexte/Band_8/813.502.pdf">http://rechtsbuch.sh.ch/fileadmin/Redaktoren/Dokumente/gesetzestexte/Band_8/813.502.pdf</a>  <a href="http://www.sh.ch/fileadmin/Redaktoren/Dokumente/Gesundheitsamt/10-09-28_VO-Pflegefinanzierung-2011_RRB.PDF">http://www.sh.ch/fileadmin/Redaktoren/Dokumente/Gesundheitsamt/10-09-28_VO-Pflegefinanzierung-2011_RRB.PDF</a>	Lien sur le nouveau financement des soins document pour la votation du 13.02.2011 <i>Selon tél du 19.04.2011 la révision de la loi a été acceptée en votation et entrera en vigueur en 2012</i>  813.502 Verordnung zur Finanzierung der Pflegekosten im Jahre 2011 vom 28. September 2010 Regierungsratsbeschluss vom 28. September 2010 (betreffend Verordnung zur Finanzierung der Pflegekosten im Jahre 2011 I.

## Lois cantonales sur le nouveau régime de financement des soins / Kantonale Gesetze betreffend die neue Pflegefinanzierung

18. SO	<a href="http://www.so.ch/fileadmin/internet/ddi/igsaa/pflege_und_betreuung/interpellation/med_sod_2010_10_25_neuordnung_pflegefiananzierung_sogeko.pdf">http://www.so.ch/fileadmin/internet/ddi/igsaa/pflege_und_betreuung/interpellation/med_sod_2010_10_25_neuordnung_pflegefiananzierung_sogeko.pdf</a> <a href="http://bgs.so.ch/frontend/versions/3233">http://bgs.so.ch/frontend/versions/3233</a> <a href="http://www.appl.so.ch/appl/rrb/daten/rrb2010/1025/000001736007_2010_1922.pdf">http://www.appl.so.ch/appl/rrb/daten/rrb2010/1025/000001736007_2010_1922.pdf</a> <a href="http://www.appl.so.ch/appl/rrb/daten/rrb2010/1025/000001736008_2010_1923.pdf">http://www.appl.so.ch/appl/rrb/daten/rrb2010/1025/000001736008_2010_1923.pdf</a> <a href="http://www.appl.so.ch/appl/rrb/daten/rrb2010/0928/000001717005_2010_1747.pdf">http://www.appl.so.ch/appl/rrb/daten/rrb2010/0928/000001717005_2010_1747.pdf</a> <a href="http://www.appl.so.ch/appl/rrb/daten/rrb2010/0810/000001680852_2010_1446.pdf">http://www.appl.so.ch/appl/rrb/daten/rrb2010/0810/000001680852_2010_1446.pdf</a>	<p>Grundsätzliche Prüfung der Auswirkungen</p> <p>832.15 Verordnung über die Akut- und Übergangspflege (AüP) vom 29. Juni 2010</p> <p>Regierungsratsbeschluss: Ambulante Pflege zu Hause (Spitex) – Taxweisungen zur Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung für das Jahr 2011, vom 25 Oktober 2010</p> <p>Regierungsratsbeschluss: Alter: Langzeitpflege Heime – Festlegung Höchsttaxen 2011, vom 25 Oktober 2010</p> <p>Regierungsratsbeschluss: Neuordnung der Pflegefinanzierung – Übergangsregelung für die Spitex vom 28 September 2010</p> <p>Regierungsratsbeschluss: Neuordnung der Pflegefinanzierung - Übergangsregelung für die Alters- und Pflegeheime vom 28 September 2010</p>
19. SZ	<a href="http://www.lexfind.ch/dtah/76350/2/571_110.pdf">http://www.lexfind.ch/dtah/76350/2/571_110.pdf</a> <a href="http://www.lexfind.ch/dtah/76387/2/361_511.pdf">http://www.lexfind.ch/dtah/76387/2/361_511.pdf</a>	<p>571.110 Gesundheitsverordnung (GesV) vom 16 Oktober 2002</p> <p>361.511 Pflegefinanzierungsverordnung vom 3. Novembre 2010</p>
20. TG	<a href="http://www.gesundheitsamt.tg.ch/documents/Def.Verordnung_KVG_Aenderung_betreffend_Neuordnung_Pflegefiananzierung.pdf">http://www.gesundheitsamt.tg.ch/documents/Def.Verordnung_KVG_Aenderung_betreffend_Neuordnung_Pflegefiananzierung.pdf</a>	<p>Verordnung betreffend die Änderung der Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 19. Dezember 1995 vom 7. Dezember 2010</p>
21. TI	<a href="http://www3.ti.ch/CAN/sw/temi/rl/variazioni/pdf_rl/6.4.5.1.pdf">http://www3.ti.ch/CAN/sw/temi/rl/variazioni/pdf_rl/6.4.5.1.pdf</a> <a href="http://www3.ti.ch/CAN/sw/temi/rl/variazioni/pdf_rl/6.4.5.5.pdf">http://www3.ti.ch/CAN/sw/temi/rl/variazioni/pdf_rl/6.4.5.5.pdf</a>	<p>6.4.5.1 Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz) del 30 novembre 2010</p> <p>6.4.5.5 Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30 novembre 2010</p>
22. UR	<a href="http://ur.lexspider.com/html/20-2231.htm">http://ur.lexspider.com/html/20-2231.htm</a> <a href="http://ur.lexspider.com/html/20-2235.htm">http://ur.lexspider.com/html/20-2235.htm</a>	<p>2231 GESETZ über die Langzeitpflege vom 26. September 2010</p> <p>2235 VERORDNUNG über die Akut- und Übergangspflege vom 16. Juni 2010</p>



## Lois cantonales sur le nouveau régime de financement des soins / Kantonale Gesetze betreffend die neue Pflegefinanzierung

23. VD	<a href="http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/sash/Directive_Fin_resid_15mars2011_annexes.pdf">http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/sash/Directive_Fin_resid_15mars2011_annexes.pdf</a>  <a href="http://www.rsv.vd.ch/dire-cocoon/rsv_site/doc.pdf?docId=852269&amp;Pvigueur=&amp;Padoption=&amp;Pcurrent_version=0&amp;PetatDoc=vigueur&amp;Pversion=&amp;docType=arrete&amp;page_format=A4_3&amp;isRSV=true&amp;isSJJ=true&amp;outformat=pdf&amp;isModifiante=false">http://www.rsv.vd.ch/dire-cocoon/rsv_site/doc.pdf?docId=852269&amp;Pvigueur=&amp;Padoption=&amp;Pcurrent_version=0&amp;PetatDoc=vigueur&amp;Pversion=&amp;docType=arrete&amp;page_format=A4_3&amp;isRSV=true&amp;isSJJ=true&amp;outformat=pdf&amp;isModifiante=false</a>	<p>Directive du 15 mars 2011 relative aux modalités du financement résiduel des soins par l'Etat et les régimes sociaux dans les établissements médico-sociaux et les structures de soins de jour ou de nuit et ses annexes</p> <p>ARRÊTÉ 832.01.4 fixant de manière transitoire les conditions à respecter par les organisations de soins à domicile pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins du 16 mars 2011</p>
24. VS	<a href="http://www.vs.ch/navig/navig.asp?MenuID=4618&amp;RefMenuID=0&amp;RefServiceID=0">http://www.vs.ch/navig/navig.asp?MenuID=4618&amp;RefMenuID=0&amp;RefServiceID=0</a> <a href="http://www.vs.ch/public/public_lois/fr/Pdf/805.10.pdf">http://www.vs.ch/public/public_lois/fr/Pdf/805.10.pdf</a>  idem  idem  idem	<p>805.10 Ordonnance concernant le financement des soins de longue durée du 1er septembre 2010</p> <p>805.1 Décret concernant le financement des soins de longue durée du 5 mai 2010</p> <p>805.101 Arrêté fixant les contributions de l'assurance obligatoire des soins pour la mise en oeuvre du nouveau régime de financement des soins du 7 décembre 2010</p> <p>805.102 Arrêté fixant les coûts facturables et les contributions résiduelles des pouvoirs publics pour les établissements médico-sociaux, les lits d'attente hospitaliers, les structures des soins de jour ou de nuit, les centres médico-sociaux et les infirmières et infirmiers indépendants du 7 décembre 2010</p>
25. ZG	<a href="http://www.zug.ch/behoerden/staatskanzlei/kanzlei/bgs/8-gesundheit-arbeit-soziale-sicherheit">http://www.zug.ch/behoerden/staatskanzlei/kanzlei/bgs/8-gesundheit-arbeit-soziale-sicherheit</a>	<p>841.713 Übergangsverordnung zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 21. Dezember 2010</p>
26. ZH	<a href="http://www2.zhlex.zh.ch/appl/zhlex_r.nsf/0/4BA476B79828DDB1C12577E1003BC8AE/\$file/855.1_27.9.10.pdf">http://www2.zhlex.zh.ch/appl/zhlex_r.nsf/0/4BA476B79828DDB1C12577E1003BC8AE/\$file/855.1_27.9.10.pdf</a>  <a href="http://www2.zhlex.zh.ch/appl/zhlex_r.nsf/0/97F8A866AC80D2D6C12578410037256B/\$file/855.11_22.11.10_72.pdf">http://www2.zhlex.zh.ch/appl/zhlex_r.nsf/0/97F8A866AC80D2D6C12578410037256B/\$file/855.11_22.11.10_72.pdf</a>	<p>855.1 Pflegegesetz vom 27. September 2010</p> <p>855.11 Verordnung über die Pflegeversorgung vom 2. November 2010</p>