

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Gesundheitsberufe
Fachbereich Psychologieberufe
3003 Bern

Per E-Mail an
bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 20. November 2015

Stellungnahme zur Vernehmlassung zur PI 14.417 S Art. 25a KVG Nachbesserung Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Die FMH dankt für den Einbezug in das Vernehmlassungsverfahren. Der FMH-Zentralvorstand nimmt nach interner Konsultation der in der Ärztekammer vertretenen Organisationen wie folgt Stellung:

In Vernehmlassung gegeben wurde eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Diese soll sicherstellen, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Artikel 25a Absatz 5 KVG soll deshalb wie folgt ergänzt werden: „Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.“

Die FMH stimmt diesem Änderungsentwurf zu. Es ist sachgerecht, an den Wohnsitz vor dem Heimeintritt anzuknüpfen, wie dies Art. 21 Abs. 1 ELG vorsieht ("Der Aufenthalt in einem Heim, einem Spital oder einer anderen Anstalt [...] begründen keine neue Zuständigkeit") und was auch Art. 5 des Bundesgesetzes über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger vom 24. Juni 1977 (ZUG; SR 851.1) entspricht.

Freundliche Grüsse

FMH

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Schlup', written over the printed name.

Dr. med. Jürg Schlup
Präsident

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kuhn', written over the printed name.

Hanspeter Kuhn
Leiter Abteilung Rechtsdienst

ChiroSuisse · Sulgenauweg 38 · CH-3007 Bern

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

per Email:

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 5. November 2015

14.417 s Pa.IV. Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin Maury Pasquier
sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die Gelegenheit, uns zu dieser Vorlage äussern zu können und teilen mit,
dass wir keine Bemerkungen haben.

Freundliche Grüsse

ChiroSuisse



Priska Haueter, lic.phil.hist.
CEO und Präsidentin

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit (SGK)
Frau Liliane Maury Pasquier
3003 Bern

Bern, 27. Oktober 2015

Stellungnahme zur Pa. Iv. „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ (14.417)

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Frau Leutwyler, sehr geehrter Herr Führer
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP ist mit rund 7'400 Mitgliedern der grösste Berufsverband von Psycholog(inn)en und Psychotherapeut(inn)en in der Schweiz. Viele von ihnen sind im Gesundheitsbereich tätig, und die Leistungen der psychologischen Psychotherapeut(inn)en werden schon heute im Rahmen der delegierten Psychotherapie über die Grundversicherung abgerechnet. Aktuell laufen – unter anderem basierend auf dem Psychologieberufegesetz (PsyG), welches die Aus- und Weiterbildung schweizweit regelt – Bestrebungen, die psychologische Psychotherapie in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufzunehmen.

Nicht nur aus diesem Grund sind wir selbstverständlich sehr interessiert an allen die Krankenkasse betreffenden Geschäften und danken Ihnen sehr für die Einladung zur Stellungnahme.

Wir begrüssen auch die Zielsetzung der Vorlage, nämlich sicherzustellen, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden.

Aufgrund mangelnder direkter Betroffenheit durch den Bereich der Pflegefinanzierung und wegen knappen Ressourcen müssen wir aber auf eine Konsultation unserer 48 Gliedverbände und eine detaillierte Stellungnahme verzichten.



Wir bedanken uns nochmals für die Möglichkeit zur Stellungnahme und stehen Ihnen, sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, für allfällige Fragen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Yvik Adler
Co-Präsidentin FSP



Dolores Krapf
Stv. Geschäftsleiterin FSP



Spitex Verband Schweiz

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats

3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Bern, 13.11.2015

**14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung
Vernehmlassungsantwort Spitex Verband Schweiz**

Sehr geehrter Herr Fuhrer
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung, an welcher wir uns gerne beteiligen.

Als nationaler Dachverband der Schweizer Non-Profit-Spitex vertreten wir die Interessen der Spitex-Verbände aller Kantone und der nahezu 600 lokalen gemeinnützigen Spitex-Organisationen. Diese beschäftigen rund 33'500 Mitarbeitende. 180'000 Personen werden von der gemeinnützigen Spitex zu Hause gepflegt und 111'000 Personen bei der Alltagsbewältigung unterstützt.

1. Allgemeine Bemerkungen

Wir begrüßen, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und mit dieser Vorlage die Frage klären will, welcher Kanton die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege leisten muss.

Gleichzeitig bedauern wir, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt in Angriff genommen hat. Für uns besteht ein viel weitergehender Bedarf zur Nachbesserung. Auf die Problembereiche, welche die SGK-SR in ihrem erläuternden Bericht aufgreift aber nicht löst, und auf weitere Punkte gehen wir im 3. und 4. Absatz ein.

2. Stellungnahme zur vorgeschlagenen Bestimmung

Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton für die Restfinanzierung bei „ausserkantonaler Pflege“ zuständig sein. Grundsätzlich ist auch für uns diese Regelung logisch und sinnvoll. Aus folgenden Gründen sind wir aber der Meinung, dass sie nicht genügend weit geht:

1. Wer trägt die Differenz?

Der Herkunftskanton soll für die Festsetzung der Restfinanzierung nach seinen eigenen Regeln zuständig sein. Auch dies scheint uns logisch und nachvollziehbar. Indes lässt die SGK-SR offen, wer die Differenz zu tragen hat.

Das KVG hält fest, dass der Versicherte mit höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages an den Pflegekosten belastet werden darf. Werden bei der ausserkantonalen Pflege die Patient/innen auch noch eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten tragen müssen, widerspricht dies dem KVG.

Es ist aber auch nicht Sache der Leistungserbringer, die Differenz auszugleichen. Die vorgelegte Lösung würde dazu führen, dass Spitex-Organisationen ausserkantonale Patient/innen ablehnen müssten.

In vielen Fällen ist die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen nicht einfach ein Luxus, den sich jemand leisten kann oder nicht. Viele Menschen lassen sich aus wichtigen sozialen oder versorgungsbedingten Gründen ausserkantonal pflegen: Ambulante ausserkantonale Pflege gibt es zur Entlastung von pflegenden Angehörigen (ein pflegebedürftiger Mensch zieht temporär zu weiteren Angehörigen) oder zur Überbrückung nach einem Spitalaufenthalt oder vor einem Heimeintritt (jemand zieht temporär zu Angehörigen, bis er/sie wieder alleine leben respektive in ein Heim eintreten kann).

2. Administrativer Aufwand

Falls die vorgeschlagene Regelung in Kraft treten sollte, wird der Spitex Verband Schweiz seinen Mitgliedern folgende Umsetzung empfehlen:

Spitex verrechnet den ausserkantonalen Patient/innen die Vollkosten oder, wo vorhanden, die kantonalen Normkosten. Die Patient/innen müssen dann selber in ihrem Wohnkanton respektive in der Wohngemeinde die Restkosten-Finanzierung einfordern.

Möchte Spitex auf diese für die Patient/innen ungünstige Praxis verzichten, würde dies für Spitex bedeuten: Rechnungsstellung an die Krankenversicherung, Rechnungsstellung an einen Kanton, mit dem man keine etablierten Prozesse hat (in vielen Fällen gar Abrechnung auf Gemeindeebene), die allfällige Differenz zwischen den Kantonen der Patientin in Rechnung stellen (oder selber tragen) und zudem der Patientin die Kostenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG gemäss der Festlegung des Wohnkantons (oder gar der Wohngemeinde) verrechnen. Dies wäre ein sehr grosser administrativer Aufwand, den Spitex für Einsätze bei ausserkantonalen Patient/innen, die in der Regel nur ein paar Wochen dauern, nicht leisten kann.

Wir fordern aus diesen beiden Gründen, dass die Zuständigkeit anders gelöst wird:

Bei der ambulanten Pflege wird die Restfinanzierung vom Kanton geleistet, in dem die Pflegeleistung erbracht worden ist.

Eine solche Regelung würde ein weiteres Problem lösen, mit welchem Spitex zunehmend konfrontiert ist:

Restfinanzierung von Pflegeleistungen für Ausländer/innen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten

Die Spitex-Organisationen pflegen zunehmend Menschen, die im Ausland leben und während einer Krankheit, nach einer Hospitalisation oder wegen einer Zustandsverschlechterung vo-

rübergehend zu ihren in der Schweiz lebenden Angehörigen ziehen. In diesen Fällen trägt die Gemeinsame Einrichtung KVG die Beiträge nach KLV und die Patient/innen die Kostenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG. Die Restkosten dagegen können bei niemandem geltend gemacht werden, weil dazu eine gesetzliche Grundlage fehlt.

3. Stellungnahme zu im Bericht ebenfalls aufgeführten Problembereichen

zu 2.4.1

Wir sind uns bewusst, dass die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral zu erfolgen hatte. Die Kosten der Pflege sind aber genau wie die zugrunde liegenden Leistungen nicht statisch; beide entwickeln sich weiter. In den letzten Jahren hat die sich Spitex stark professionalisiert und ist heute in der Lage, Patient/innen bereits in subakutem Stadium aus dem Spital zu übernehmen. Dies passt auch zur Entwicklung der immer kürzer werdenden Hospitalisationsdauern. Gleichzeitig bleiben alte, multimorbide Menschen immer länger zu Hause. Spitex benötigt zur Pflege von subakuten Patient/innen und Menschen mit komplexen Krankheitsbildern gut ausgebildetes Personal. Dies ist mit entsprechenden Lohnkosten verbunden.

Wir fordern, dass der Grundsatz der jährlichen Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ins KVG aufgenommen wird.

In der Folge ist die Patientenbeteiligung auf 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages zu beschränken, damit die Patient/innen nicht über Massen belastet werden.

zu 2.4.4

Die neu geschaffene Leistung der Akut- und Übergangspflege hat sich in der Tat nicht etabliert. Dass die Versicherer und Leistungserbringer dies ändern können, indem sie Pauschalen für die Leistungen der AÜP aushandeln, glauben wir jedoch nicht. Vielmehr muss unserer Meinung nach die Grundkonzeption der AÜP verbessert werden. Wir sind überzeugt, dass die AÜP sich nur etablieren kann, wenn sie für mehr als nur 2 Wochen verordnet werden kann. Nur mit dieser Verbesserung werden die Patient/innen AÜP beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu schaffen. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und -ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

Wir fordern deshalb eine Verlängerung der AÜP auf sechs Wochen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um weitere sechs Wochen. Ist dies nicht möglich, ist eine Streichung der Akut- und Übergangspflege zu prüfen.

4. Weitere Themen mit Nachbesserungsbedarf

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung weist unserer Meinung nach weitere Probleme auf, bei denen wir uns eine baldige Lösung erhoffen.

Tarifschutz

Obwohl im KVG geregelt ist, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältigt werden dürfen, vertritt der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich eine Wegpauschale in Rechnung gestellt werden darf.

Wir fordern deshalb, dass sich der Gesetzgeber klar und eindeutig dazu äussert, dass der Tarifschutz nach Art. 44 KVG auch bei der ambulanten Pflege gilt und dass die Kantone sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten gemäss Art. 25 KVG vollständig zu finanzieren haben.

Finanzierung von Pflegematerial

Gemäss BAG-Interpretation des KVGs können Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen Materialkosten nicht zulasten Krankenversicherer verrechnen. Die Finanzierung von Pflegematerialien und Mittel und Gegenständen gemäss MiGeL wird aber auch nicht im Rahmen der Restfinanzierung sichergestellt.

Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.

Variantenvielfalt bei der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege

Aktuell besteht bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege eine sehr grosse Vielfalt. So gibt es beispielsweise Kantone ohne Patientenbeteiligung, andere mit einem fixen Betrag von CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag oder einem prozentualen Anteil von 10% oder 20% vom Rechnungsbetrag mit Begrenzung bei CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag. Diese Vielfalt an Varianten führt zu erheblichem administrativem Aufwand bei Leistungserbringern, die in mehreren Gemeinden respektive Kantonen tätig sind.

Wir fordern, dass der Variantenvielfalt Einhalt geboten wird, indem die Patientenbeteiligung auf 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages beschränkt wird. Gleichzeitig fordern wir, dass sich der Gesetzgeber zur konkreten Ausgestaltung respektive Umsetzung äussert.

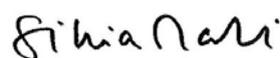
Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen im Rahmen der Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, in Zusammenhang mit der Evaluation des BAG der Pflegefinanzierung oder bei weiteren Bemühungen um Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung. Wir stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Spitex Verband Schweiz



Marianne Pfister
Zentralsekretärin
pfister@spitex.ch



Silvia Marti Lavanchy
Stv. Zentralsekretärin, Leiterin Politik/Grundlagen
marti@spitex.ch



Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats

3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Bern, 15. Dezember 2015

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung Vernehmlassungsantwort Association Spitex privée Suisse ASPS

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung, an welcher wir uns gerne beteiligen.

Die ASPS wurde 2005 von privaten Spitex-Organisationen gegründet. Alle Mitglieder sind von den Krankenkassen anerkannt und verfügen über eine kantonale Betriebsbewilligung. Die privaten Spitex-Anbieter arbeiten vielerorts mit den öffentlichen Organisationen sehr gut zusammen und leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung in der ambulanten Pflege. Die 150 Mitglieder beschäftigen in der ganzen Schweiz über 6'000 Mitarbeitende und haben je nach Kanton einen Marktanteil zwischen 15-35%.

Die ASPS engagiert sich im Rahmen der IG Pflegefinanzierung und trägt deren Stellungnahme mit. Die nachfolgende Antwort enthält einige Konkretisierungen aus Sicht der (privaten) Spitex-Betriebe.

1 Allgemeine Bemerkungen

Der ASPS ist sehr enttäuscht über die Nachbesserungen der aktuellen Pflegefinanzierung, welche die Sozial- und Gesundheitskommission des Ständerats (SGK-SR) vorschlägt. Die Vorlage der SGK-SR genügt bei weitem nicht, um die nach wie vor bedeutenden Probleme bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung zu lösen. Mit dem Vorschlag der SGK-SR bleibt der grösste Teil davon ungelöst!

Wir begrüssen, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und mit dieser Vorlage die Frage klären will, welcher Kanton die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege leisten muss. Allerdings ist die vorgeschlagene Regelung unserer Ansicht nach für die Spitex untauglich. Wir fordern, dass sich die Höhe der Restfinanzierung nach dem Kanton richten muss, in dem die Pflegeleistung erbracht wird.

Wir bedauern, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt in Angriff genommen hat. Für uns besteht ein viel weiter gehender Bedarf zur Nachbesserung, welcher von der IG

Pflegefinanzierung den Räten in einem umfassenden Dokument unterbreitet wurde. So empfinden wir die immer noch fehlende, konkrete Umsetzung der Pflegefinanzierung in den Kantonen AI, AR, FR, GE, GL, OW und SO als Geringschätzung der Spitex-Leistung der privaten Spitex-Organisationen.

2 Stellungnahme zur vorgeschlagenen Bestimmung

Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton des Patienten/der Patientin für die Restfinanzierung bei „ausserkantonaler Pflege“ zuständig sein. Ein Eintritt in ein Pflegeheim soll nichts an dieser Zuständigkeit ändern. Aus folgenden Gründen sind wir aber der Meinung, dass sie die Realität der Spitex nicht genügend abbildet:

2.1 Finanzierung der Kosten nicht gewährleistet!

Laut SGK-SR soll der Herkunftskanton für die Festsetzung der Restfinanzierung zuständig sein. Indes lässt die SGK-SR offen, wer die Differenz zu den in einem anderen Kanton anfallenden Kosten zu tragen hat, wenn diese höher sind als im Herkunftskanton.

Das KVG hält fest, dass der/die Versicherte mit maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages an den Pflegekosten belastet werden darf. Wenn bei der ausserkantonalen Pflege die Patienten/-innen eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten selbst tragen müssten, würde dies dem KVG widersprechen.

Dass die Leistungserbringer die Differenz tragen müssten, ist keine akzeptable Lösung. Sie würde dazu führen, dass Spitex-Organisationen ausserkantonale Patient/innen vermehrt ablehnen müssten, da sie ihre Kosten nicht decken können. In vielen Fällen ist jedoch die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen in einem anderen Kanton nicht einfach ein Luxus, den sich jemand leisten kann oder nicht. Viele Menschen lassen sich aus wichtigen sozialen oder versorgungsbedingten Gründen ausserkantonal pflegen: Ambulante ausserkantonale Pflege gibt es nicht nur für Ferienaufenthalte und bei nahe an der Kantonsgrenze lebenden Patient/innen, sondern auch zur – äusserst wichtigen – Entlastung von betreuenden und pflegenden Angehörigen (Jemand zieht temporär zu anderen Angehörigen.) oder zur Überbrückung nach einem Spitalaufenthalt (Wegen DRG und früheren Spitalentlassungen häufiger: Jemand zieht temporär zu Angehörigen, bis er/sie wieder alleine leben kann).

Der Tarifschutz muss gewährleistet werden: Obwohl im KVG geregelt ist, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden dürfen, vertritt z. B. der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich Wegspesen in Rechnung gestellt werden dürfen.

Wir fordern deshalb, dass sich der Gesetzgeber klar und eindeutig dazu äussert, dass der Tarifschutz nach Art. 44 KVG auch bei der ambulanten Pflege gilt und dass die Kantone sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten gemäss Art. 25 KVG vollständig zu finanzieren haben.

2.2 Kundenunfreundlicher administrativer Mehraufwand zu erwarten!

Falls die von der SGK-SR vorgeschlagene Regelung in Kraft treten sollte, werden die Verbände den Spitex-Organisationen sehr wahrscheinlich gezwungen sein, ihren Mitgliedern die folgende Umsetzung empfehlen zu müssen:

Der Spitex-Betrieb verrechnet den ausserkantonalen Patienten/-innen die Vollkosten oder, wo vorhanden, die kantonalen Normkosten. Die Patient/innen müssen dann selber in ihrem Wohnkanton respektive in der Wohngemeinde die Restkosten-Finanzierung einfordern.

Wir von der ASPS betrachten die Lösung als äusserst patienten-unfreundlich und daher in der Praxis wenig tauglich. Wir würden daher gerne auf diese für die Patienten/-innen ungünstige und komplizierte Praxis verzichten.

Das würde dann aber einen grossen administrativen Zusatzaufwand bedeuten:

- Rechnungsstellung an einen (fremden) Kanton, mit dem man keine etablierten Prozesse sowie für den man keine ZSR-Nummer (elektronische Verrechnung an Krankenkasse nicht möglich!) hat. In vielen Fällen erfolgt die Abrechnung sogar auf Gemeindeebene. Diese Rechnungsstellung hat gemäss Formularen und Regelungen dieses Kantons zu erfolgen.
- Den allfälligen Differenzbetrag zwischen den Kantonen dem Patienten/der Patientin in Rechnung stellen (oder als Organisation den Verlust selbst tragen).
- Dem Patienten/der Patientin die Kostenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG gemäss der Regelung des Wohnkantons (oder gar der Wohngemeinde) verrechnen.

Dies wäre ein sehr grosser administrativer Aufwand, den die einzelnen Spitex-Betriebe für Einsätze bei ausserkantonalen Patienten/-innen, die in der Regel nur ein paar wenige Tage oder Wochen dauern, nicht leisten müssten. Dies wäre nicht effizient und unserer Ansicht nach keine zukunftsweisende, praktikable Lösung, sondern würde zu viele Rückfragen (Kanton, Gemeinde, Krankenversicherung), Zahlungsverweigerungen (Kanton, Gemeinde, Krankenversicherung) und unlösbaren Problemen für die Spitex-Betriebe führen.

Aus diesen Gründen fordern wir, dass die Zuständigkeit wie folgt gelöst wird:

Bei der ambulanten Pflege wird die Restfinanzierung vom Kanton geleistet, in dem die Pflegeleistung durch die Spitex vor Ort erbracht worden ist.

Zudem muss unter allen Kantonen eine gegenseitige Anerkennung der festgelegten Kostenobergrenzen erfolgen. Wenn diese interkantonalen Gespräche erfolglos bleiben, wird nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren per Bundesgesetz definiert, welcher Kanton für die Finanzierung der Differenz zu den allenfalls höheren Norm- oder Vollkosten zuständig ist.

Damit die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege sinnvoll geregelt werden kann, ist auch sicher zu stellen, dass alle Kantone die Verantwortung in der Restfinanzierung tatsächlich wahrnehmen. Heute besteht weiterhin in einigen Kantonen eine vollkommen unbefriedigende Situation, weil die Restfinanzierung viel zu tief angesetzt wurde.

In der ambulanten Pflege gibt es Kantone, welche den erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen und den selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen keine Restfinanzierung gewähren. Und einige Kantone gelten die Kosten, welche durch die Erfüllung der Versorgungspflicht entstehen, nur ungenügend ab.

3 Stellungnahme zu den im Bericht ebenfalls aufgeführten Problembereichen

3.1 Zu Ziffer 2.4.1 des erläuternden Berichts (Beitrag der Krankenpflegeversicherung)

Wir sind uns bewusst, dass die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral zu erfolgen hatte. Die Kosten der Pflege sind aber genau wie die zugrunde liegenden Leistungen nicht statisch; beide entwickeln sich weiter. In den letzten Jahren hat sich die Spitex stark professionalisiert und ist heute in der Lage, Patienten/-innen bereits in subakutem Stadium aus dem Spital zu übernehmen. Dies passt auch zur Entwicklung der immer kürzer werdenden Hospitalisationsdauern. Gleichzeitig bleiben alte, multimorbide Menschen immer länger zu Hause. Spitex benötigt zur Pflege von subakuten Patient/innen und Menschen mit komplexen, chronischen Krankheitsbildern auch genügend gut ausgebildetes Personal. Dies ist mit entsprechenden Lohnkosten verbunden. Weil die Menschen länger zu Hause bleiben, verändert sich auch der „Bewohner-Mix“ in den Pflegeheimen hin zu mehr Bewohner/innen mit komplexen und Mehrfach-Erkrankungen. Auch hier ist gut ausgebildetes, teureres Personal erforderlich. Zudem erhöhen sowohl verbesserte Lohnbedingungen als auch die Personalknappheit im Gesundheitssektor die Kosten aktuell und in Zukunft.

Aktuell besteht bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege eine sehr grosse Vielfalt. So gibt es beispielsweise Kantone ohne Patientenbeteiligung, andere mit einem fixen Betrag von CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag oder einem prozentualen Anteil von 10% oder 20% vom Rechnungsbetrag mit Begrenzung bei CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag. Diese Vielfalt an Varianten führt zu erheblichem administrativem Aufwand bei Leistungserbringern, die in mehreren Gemeinden respektive Kantonen tätig sind und bei den diversen Anbietern von Software-Lösungen, welche sehr viele verschiedene Varianten in ihre Produkte einbauen müssen. Daher fordern wir eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Prozentsatzes auf 10% und die eindeutige Festlegung der Berechnungsbasis auf eidgenössischer Ebene.

Wir fordern, dass der Grundsatz der jährlichen Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ins KVG aufgenommen wird.

Zudem ist das System bei den Pflegeheimen um sechs Stufen zu 20 Minuten auf 18 Stufen zu erweitern und mit entsprechend höheren Beiträgen zu entgelten.

In der Folge ist die Patientenbeteiligung sowohl für die Leistungen der Spitex wie auch jene in Pflegeheimen auf 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages zu beschränken, damit die Patient/innen nicht über Massen belastet werden.

3.2 Zu Ziffer 2.4.2 des erläuternden Berichts (Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung)

Die ASPS ist gleicher Meinung wie die SGK-SR und die IG Pflegefinanzierung: Es braucht keine Ergänzung im KVG, um schweizweit mittels Messinstrumenten den identischen Pflegebedarf für gleiche Fälle auszuweisen.

Allerdings ist zu bedauern, dass das anzustrebende Ziel bisher nicht erreicht wurde, mit allen Messinstrumenten einen gleichwertigen Pflegeaufwand abzubilden. Es ist unfair, wenn gewisse Patienten und Leistungserbringer aufgrund des angewendeten Ermittlungstools eine tiefere Finanzierung durch Versicherer und öffentliche Hand erhalten.

Es sollten nicht nur die in Pflegeheimen angewendeten Pflegemessinstrumente gleiche Pflegesituationen identisch abbilden. Vielmehr sind auch in der ambulanten Pflege (Spitex) klare Kriterien für anerkannte Assessmentinstrumente nötig. Die strukturierte und standardisierte Einschätzung des klinischen Zustandes der Patient/innen, ihres sozialen Umfeldes und der Wohnumgebung sind Pflicht und tragen zur transparenten Leistungserbringung bei. Es ist heute deshalb allgemein anerkannt, dass ein reliables Instrument für das Assessment eingesetzt werden muss, das valide Daten produziert.

Der Wettbewerb muss auf den Leistungen stattfinden, nicht auf der unfairen Ebene der Messinstrumente. Mit der Festlegung klarer Kriterien und einer Kalibrierung für angewendete Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung könnte dies garantiert werden. Dadurch werden Monopole verhindert und es besteht eine Auswahl anerkannter Anbieter mit verschiedenen Systemen, welche zu identischen Resultaten führen.

3.3 Zu Ziffer 2.4.4 des erläuternden Berichts (Akut- und Übergangspflege)

Die neu geschaffene Leistung der Akut- und Übergangspflege hat sich nicht etabliert. Dass die Versicherer und Leistungserbringer dies ändern können, indem sie Pauschalen für die Leistungen der AÜP aushandeln, glauben wir jedoch nicht. Vielmehr muss unserer Meinung nach die Grundkonzeption der AÜP verbessert werden. Wir sind überzeugt, dass die AÜP sich nur etablieren kann, wenn sie für mehr als nur 2 Wochen verordnet werden kann und wenn bei stationärer AÜP der Aufenthalt durch OKP und Kanton finanziert wird.

Wir fordern deshalb

- > eine Verlängerung der AÜP auf sechs Wochen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um weitere sechs Wochen;*
- > dass die Leistungen der AÜP im Pflegeheim nach den Regeln der Spitalfinanzierung inklusive der Kosten für Hotellerie und Betreuung zu vergüten sind.*

Nur mit diesen Verbesserungen werden die Patient/innen AÜP beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu schaffen und anzubieten. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und -ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

Nur mit diesen Nachbesserungen werden AÜP-Leistungen sinnvoll genützt, werden die Patient/innen AÜP diese beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu

schaffen und anzubieten. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und -ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

4 Finanzierung von Pflegematerial

Gemäss BAG-Interpretation des KVGs können Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen keine Materialkosten zulasten Krankensversicherer verrechnen. Die Finanzierung von Pflegematerialien und Mittel und Gegenständen gemäss MiGeL kann aber auch nicht im Rahmen der Restfinanzierung sichergestellt werden.

Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen, sei es im Rahmen der Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, in Zusammenhang mit der Evaluation des BAG der Pflegefinanzierung oder bei weiteren Bemühungen um Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung. Wir stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Association Spitex privée Suisse ASPS

Marcel Durst, Geschäftsführer



Bundesamt für Gesundheit

3003 Bern

Bern, 15. Dezember 2015

Vernehmlassung zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 14.417 zur Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Vernehmlassungsantwort von CURAVIVA Schweiz

Sehr geehrte Damen und Herren

Der nationale Dachverband CURAVIVA Schweiz bedankt sich für die Einladung, an der oben erwähnten Vernehmlassung teilzunehmen und lässt Ihnen in diesem Rahmen die vorliegende Stellungnahme zukommen.

Als Branchen- und Institutionenverband mit arbeitgeberpolitischer Ausrichtung vertritt CURAVIVA Schweiz die Interessen seiner Mitgliederinstitutionen aus den Bereichen Menschen im Alter, Erwachsene Menschen mit Behinderung sowie Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Dem nationalen Dachverband CURAVIVA Schweiz sind alle Schweizer Kantone sowie das Fürstentum Lichtenstein angeschlossen. Insgesamt vertritt CURAVIVA Schweiz 2'570 Institutionen, in denen rund 117'000 Bewohnerinnen und Bewohner leben und 130'000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind.

Der Fachbereich Menschen im Alter von CURAVIVA Schweiz setzt sich gesamtschweizerisch für eine starke Alterspolitik ein. Er bringt sich direkt auf Bundesebene ein, um relevante politische Entscheidungsprozesse mitzugestalten. Auch der Fachbereich Erwachsene Menschen mit Behinderung engagiert sich politisch, um die optimalsten gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für seine Anliegen zu erreichen.

1. Übersicht der in der vorliegenden Vernehmlassungsantwort vertretenen Standpunkte

- CURAVIVA Schweiz begrüsst ansatzweise die durch die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (nachfolgend: «SGK-S») skizzierte Stossrichtung der vorgeschlagenen Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

In diesem Zusammenhang begrüsst CURAVIVA Schweiz:

- Dass die SGK-S klären will, welcher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Restfinanzierung übernehmen soll.
 - Dass im Fall von Heimaufenthalten der Kanton bzw. die Gemeinde, wo ein Heimbewohner oder eine Heimbewohnerin seinen/ihren letzten Wohnsitz vor dem Heimeintritt hat, für die Finanzierung der Pflegekosten zuständig sein soll.
 - Dass allein der Aufenthalt in einer Pflegeinstitution keine neue Zuständigkeit begründen soll.
- Gleichzeitig kritisiert CURAVIVA Schweiz aber, dass laut SGK-S weitere relevante Mängel der Pflegefinanzierung keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf auf Bundesebene begründen – obwohl weitere Mängel gerade durch die parlamentarische Initiative 14.417 und auch durch weitere parlamentarische Vorstösse thematisiert werden.

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz können diese weiteren Mängel ohne ganzheitliche Herangehensweise der zusammenhängenden Probleme nicht gelöst werden.

Um die aktuell bestehenden Mängel der Pflegefinanzierung zu beseitigen, fordert CURAVIVA Schweiz, dass der Tarifschutz als Ganze gewährleistet wird und die Restfinanzierung tatsächlich durch die Kantone übernommen wird. Zu diesem Zweck müssen folgende Anforderungen berücksichtigt werden:

- Vollumfängliche Übernahme der tatsächlichen Pflegekosten von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten durch gegenseitige Anerkennung der kantonal festgelegten Pflege- und Heimkosten sowie der EL-Obergrenzen für Heimkosten – samt Erzielen der gegenseitigen Anerkennung per Bundesgesetz nach Ablauf einer angemessenen Frist (zum Beispiel: zwei Jahre). Die Finanzierung der Restkosten der Pflege soll dem Kanton des letzten Wohnsitzes obliegen. Nur auf diese Weise kann die Restfinanzierung der Pflegekosten lückenlos sichergestellt werden.
- Angemessene Finanzierung für die häufigen Betreuungssituationen mit besonderem Zusatzaufwand durch die Erweiterung um sechs Pflegestufen (zu jeweils 20 Minuten) auf 18 Stufen sowie Ausgleich mit entsprechend höheren Beiträgen;
- Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Kostenentwicklung;

2. Ausgangslage

Die Pflegefinanzierung wurde ab dem 1. Januar 2011 neu geregelt: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) leistet einen Beitrag, dessen Höhe vom Pflegebedarf abhängt. Der oder die Versicherte muss höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags übernehmen. Die Kantone müssen die Restfinanzierung regeln.

Die [parlamentarische Initiative 14.417 «Nachbesserung der Pflegefinanzierung»](#) (parlamentarische Initiative «Egerszegi») wurde am 21. März 2014 eingereicht. Sie verlangt die Sicherstellung per Bundesgesetz, dass:

1. die Zuständigkeit für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten im stationären und ambulanten Bereich geregelt wird;
2. die Freizügigkeit unter anerkannten Leistungsbringern gewährleistet ist;
3. die Pflegekosten von den Betreuungskosten besser und transparent abgegrenzt werden.

Die parlamentarische Initiative 14.417 wurde im Juli sowie im Oktober 2014 von beiden Parlamentskammern angenommen. Sie ist dadurch verbindlich geworden und muss entsprechend umgesetzt werden.

Mit einem Vorentwurf zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 14.417 schlug die SGK-S am 2. September 2015 eine angepasste Regelung vor: Artikel 25a Absatz 5 KVG soll mit einer dritten und vierten Satz ergänzt werden, wonach der Kanton, in dem ein Patient oder eine Patientin seinen/ihren Wohnsitz hat, auch dann für die Restkosten der Pflege aufkommen muss, wenn der betroffene Patient bzw. die betroffene Patientin in einem anderen Kanton als sein/ihr Wohnsitzkanton in ein Pflegeheim eintritt oder ambulant gepflegt wird. Weiter soll der Aufenthalt in einer Pflegeinstitution gemäss Vorschlag der SGK-S keine neue Zuständigkeit begründen. Mit einer solchen Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 KVG orientiert sich die SGK-S am Modell der Ergänzungsleistungen.

Die in der parlamentarischen Initiative aufgeworfenen weiteren Aspekte der Pflegefinanzierung werden von der Kommission bewusst ausser Acht gelassen – dies mit der Begründung, dass aus Sicht der SGK-S einzig bezogen auf die Restfinanzierung einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf auf Bundesebene bestehe.

3. Stellungnahme zur von der SGK-S vorgeschlagenen Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

3.1. Grundsätzliche Betrachtungen und Zustimmungen

CURAVIVA Schweiz begrüsst, dass die SGK-S – gestützt auf den parlamentarischen Auftrag infolge der Annahme der parlamentarischen Initiative 14.417 – klären will, welcher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Restfinanzierung übernehmen soll.

CURAVIVA Schweiz begrüsst auch, dass gemäss Vorschlag der SGK-S der Kanton bzw. die Gemeinde, wo ein Heimbewohner oder eine Heimbewohnerin seinen/ihren letzten Wohnsitz vor Heimeintritt hat, für die Finanzierung der Restpflegekosten zuständig sein soll.

Zudem begrüsst CURAVIVA Schweiz, dass gemäss Vorschlag der Kommission allein der Aufenthalt in einem Pflegeheim keine neue Zuständigkeit begründen soll. Diese klare Bestimmung, die sich an dem Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) orientiert, trägt zur Rechtssicherheit bei.

CURAVIVA Schweiz schliesst sich der Einschätzung der Kommission an, wonach dadurch keine Einflussnahme von Kantonen oder Gemeinden auf den Wohnsitzwechsel einer Person zu

erwarten ist. Zudem ist der Herkunftskanton dadurch sowohl in Bezug auf die Pflegerestfinanzierung als auch auf die Sozialhilfe und die Ergänzungsleistungen zuständig, was zu einer verstärkten Kohärenz der gesamten Finanzierung des Pflegeheimaufenthaltes führt. Die Zuständigkeit der Kantone für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen und die Spitalfinanzierung (Wohnkanton gemäss Artikel 49a KVG) stimmen dadurch überein, da mit Heimeintritt kein Wohnsitzwechsel erfolgt. Darüber hinaus wird dadurch vermieden, dass Kantone finanziell benachteiligt werden, in denen mehr Pflegeheimplätze zur Verfügung stehen, als für die eigene Bevölkerung benötigt werden. Dies begünstigt eine kantonsübergreifende Pflegeheimplanung.

3.2. Mangelnde Tragweite des Vorschlags der SGK-S

In ihrem erläuternden Bericht vom 1. September 2015 zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 14.417 (nachfolgend: erläuternden Bericht) beschreibt die Kommission manche Grenzen ihres Auftrags (vgl. S. 13-16).¹ Tatsächlich war der parlamentarische Auftrag auf den relativ engen Wortlaut der parlamentarischen Initiative 14.417 beschränkt. Aber auch die in der parlamentarischen Initiative aufgeworfenen weiteren Aspekte der Pflegefinanzierung sind von der SGK-S bewusst ausser Acht gelassen worden.

Die SGK-S erachtet den dritten Punkt der parlamentarischen Initiative 14.417 – nämlich eine bessere und transparentere Abgrenzung der Pflegekosten von den Betreuungskosten – als auf Bundesebene kaum regelungsbedürftig. Aus Sicht der SGK-S bestehe einzig bezogen auf die Restfinanzierung ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf auf Bundesebene (vgl. erläuternden Bericht, S. 13). Auch wenn der Wortlaut von Artikel 111 des Parlamentsgesetzes in dieser Hinsicht vage bleibt, mag man sich darüber wundern, dass einem Teil des infolge der Annahme der parlamentarischen Initiative durch beide Bundeskammern resultierenden parlamentarischen Auftrags durch die SGK-S eigenwillig nicht erfüllt wird.

Die SGK-S vermag CURAVIVA Schweiz für ihre Ansicht nicht ganz zu gewinnen, wonach zwar Handlungsbedarf in Zusammenhang mit der notwendigen Verbesserung der Festlegung von angemessenen Normkosten bestehe, dieser jedoch nicht beim Gesetzgeber auf Bundesebene liege, sondern bei den Leistungserbringern und Kantonen (vgl. erläuternden Bericht, S. 12). Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz sieht die SGK-S die komplexe und facettenreiche Frage der Pflegefinanzierung und deren Lücken zu einseitig und zeugt von einem mangelnden Weitblick, der die Lücken der Restfinanzierung nur ansatzweise – und dadurch unvollständig – zu lösen vermag. Tatsache ist, dass sich die Schwierigkeiten der heutigen Pflegefinanzierung aus einer Aneinanderreihung von Ursachen ergeben. Diese Ursachen dürfen nicht einzeln betrachtet werden, wenn taugliche Lösungen gefunden werden sollen. Um die bestehenden Probleme der Pflegefinanzierung zu lösen, braucht es weitreichendere Ansätze.

Die SGK-S hätte den Handlungsbedarf in Zusammenhang mit den Mängeln der heutigen Pflegefinanzierung durchaus umfassender definieren können. Die Zurückhaltung der

¹ In ihrem erläuternden Bericht vom 1. September 2015 beschränkt die SGK.S ihre Prüfung der auf vier Problemfelder ihre Prüfung der «Aspekte der Pflegefinanzierung, bei denen zurzeit auf Bundesebene kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht» welche von der parlamentarischen Initiative 14.417 erwähnt werden – oder auch nicht: Den Beitrag der Krankenpflegeversicherung (S. 13f.), die Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung (S. 14f), die Abgrenzung von Pflege- und Betreuungskosten (S. 15f.) sowie die Akut- und Übergangspflege (S. 16). Bei den drei ersten Themen schiebt aber die Kommission den Leistungserbringern, den Versicherern, den Kantonen oder aber dem Bundesrat den Ball zu. Beim vierten Thema klammert sie das Problem halt ausdrücklich aus.

Kommission ist gerade deswegen bedauerlich, als die parlamentarische Initiative 14.417 den Gesetzgeber eben dazu auffordert, die Pflegefinanzierung ganzheitlich zu betrachten und nötigenfalls mittels Gesetzesvorgaben, verschiedene Pattsituationen zu lockern – allenfalls zu lösen. So besteht heute Handlungsbedarf zum Beispiel in Zusammenhang mit der nötigen Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung, mit der Sicherstellung eines effektiven Tarifschutzes, mit der Vereinheitlichung Patientenbeteiligung auf einem erträglichem Niveau, oder aber mit der echten Vergütung der Mittel und Gegenstände sowie der Pflegematerialien.

3.3. Ansätze zur Lösung der bestehenden Probleme der Pflegefinanzierung – darunter zur Abgrenzung der Pflegekosten von den Betreuungskosten

CURAVIVA Schweiz pflichtet der SGK-S teilweise bei, wonach bereits die Eingrenzung der OKP-Pflege in der Praxis schwierig ist. Deswegen würde eine noch minutiösere Erfassung oder gar eine zusätzliche Messung des Betreuungsbedarfs riesigen Aufwand bei vernachlässigbarem Nutzen bringen.

Im Gegensatz zur SGK-S besteht für CURAVIVA Schweiz jedoch einen Regelungsbedarf auf Bundesebene jenseits des Vorschlags der SGK-S weiter: Trotz dem ansatzweise konstruktivem Regelungsvorschlag der SGK-S fehlt weiterhin eine umfassende Regelung der Restfinanzierung. Der zaghafte Vorschlag der SGK-S gewährleistet weiterhin nicht, dass dem dritten Auftrag der parlamentarischen Initiative tatsächlich Folge geleistet wird – nämlich die Pflegekosten von den Betreuungskosten besser und transparent abzugrenzen.

Tatsache ist: Viele Kantone und Gemeinden nehmen ihre Pflicht zur Restfinanzierung der Pflegekosten (Art. 25a Abs. 5 KVG) ambulant oder stationär heute nicht oder ungenügend wahr. Im stationären Bereich legen Kantone oder Gemeinden die anrechenbaren Kosten für die Pflege auf einem Niveau fest, das unrealistisch tief und als Folge nicht kostendeckend ist. CURAVIVA Schweiz hat gerechnet, dass gesamtschweizerisch insgesamt ungedeckte Pflegekosten in Pflegeinstitutionen von CHF 250–350 Millionen bestehen. Daher werden heute die ungedeckten Pflegekosten trotz offiziell proklamiertem Tarifschutz auf die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeinstitutionen überwältigt.

Um dieses Übel zu beseitigen, verlangt CURAVIVA Schweiz, dass der Bundesgesetzgeber Kriterien zur möglichst einheitlichen Berechnung der Restfinanzierung erlässt. Im Vorentwurf der SGK-S fehlt letztendlich ein verbindlicher und undurchlässiger Mechanismus, der die Kantone dazu verpflichten würde, die Restfinanzierung vollumfänglich zu übernehmen. Die Höhe der Restfinanzierung sollte sich nach den Regeln des Kantons richten, in dem die Pflegeleistung erbracht wird.

Um den Tarifschutz tatsächlich zu gewährleisten, müsste eine solche Regelung folgende Merkmale aufweisen:

- Vollumfängliche Übernahme der tatsächlichen Kosten des Pflegeheimaufenthaltes von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, dies insbesondere durch gegenseitige Anerkennung bzw. – nach Ablauf einer angemessenen Frist – Festlegung der kantonalen EL-Obergrenzen für Heimkosten sowie der Pflegekosten (vgl. unten stehenden Punkt 3.4).
- Angemessene Finanzierung für die häufigen Betreuungssituationen mit besonderem Zusatzaufwand wie Demenzkranke und Palliativpatienten (deren krankheitsbedingter Aufwand in den ausgewiesenen Pflegekosten heute ungenügend abgebildet wird und

deshalb von den Betroffenen über die Betreuungstaxen selbst bezahlt wird) durch die Erweiterung um sechs Pflegestufen zu jeweils 20 Minuten auf 18 Stufen.

- Jährliche Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Kostenentwicklung.

Erst wenn diese wichtigen Aspekte berücksichtigt werden, sind Leistungserbringer nicht mehr darauf angewiesen, Pflegekosten auf die Betreuung umzulagern. Sobald eine vollständige Übernahme der Restkosten der Pflege durch die Kantone garantiert ist, droht keine Quersubventionierung mehr mit Verletzung des Tarifschutzes. Dadurch wird sich die Messung und Eingrenzung von Betreuungskosten erübrigen.

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz wird ohne aktives Eingreifen des Gesetzgebers auf Bundesebene keine umfassende Regelung der Restfinanzierung im oben dargelegten Sinn entstehen – samt Abgrenzung der Pflegekosten von den Betreuungskosten – und das Bundesparlament wird noch lange mit wiederholten Klagen konfrontiert, wonach eine Nachbesserung der Pflegefinanzierung immer noch vonnöten ist.

3.4. Mangelhafte Anerkennung der kantonal festgelegten EL-Obergrenzen sowie der Pflegekosten des Standortkantons

CURAVIVA Schweiz stellt mit Erstaunen fest, dass die SGK-S dem zweiten Auftrag der parlamentarischen Initiative 14.417 – nämlich der Gewährleistung der Freizügigkeit unter anerkannten Leistungsbringern – nur unzulänglich nachkommt.

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz wäre es jedoch sehr wichtig, dass die Kantone ihre festgelegten EL-Obergrenzen der täglichen Heimkosten sowie der Pflegekosten des Kantons, wo die Pflegeleistungen erbracht werden (Standortkanton), gegenseitig anerkennen – sonst besteht die Gefahr, dass ein Teil der Kosten im Einzelfall weiterhin ungedeckt bleibt. Diesen wichtigen Bestandteil einer lückenlosen Reglementierung der Restfinanzierung hat aber die SGK-S bewusst ausser Acht gelassen.

Da sich der Lösungsvorschlag der SGK-S von vornherein als lückenhaft erweist, ist davon auszugehen, dass der – aus Sicht von CURAVIVA Schweiz wichtige – Tarifschutz gemäss Artikel 44 Absatz 1 KVG weiterhin nicht in jedem Fall eingehalten wird. Wegen der unterschiedlichen EL-relevanten Heimtarif-Obergrenzen in den Kantonen werden Personen mit EL-Bedarf weiterhin keine Garantie haben, dass die Pflegekosten im ausserkantonalen Aufenthaltsort mit EL bezahlt werden. Weil die Restfinanzierung der tatsächlichen Pflegekosten gesamthaft und in jedem Fall nicht sichergestellt ist, werden gemäss Vorschlag der SGK-S Finanzierungslücken weiter bestehen und die Niederlassungsfreiheit im Alter weiterhin eingeschränkt bleiben.

Demzufolge sind weiterhin Härtefälle zu erwarten, welche die Unterdeckung der von ihnen verursachten Pflegekosten im Rahmen des bestehenden Finanzierungssystems nicht selber oder mittels den ihnen zustehenden EL-Beiträgen bestreiten werden können. Streitfälle und

langwierige Gerichtsverfahren sowie mühselige Aushandlungen von Kompromissen im Einzelfall sind deswegen sozusagen programmiert.²

Genau dem versprach die parlamentarische Initiative 14.417 jedoch vorzubeugen. Dieses minimale Ziel hat die Kommission mit ihrem Vorschlag verfehlt.

In Tat und Wahrheit müsste via Bundesgesetz mindestens die gegenseitige Anerkennung der kantonal festgelegten EL-Obergrenzen der Heimkosten sowie der Pflegekosten der Standortkantone durchgesetzt werden, wenn sich die Kantone innert einer angemessenen Frist (zum Beispiel: zwei Jahre) nicht einigen.

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz sollte die vollumfängliche Übernahme der tatsächlichen Pflegekosten von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten dadurch sichergestellt werden, dass:

- Die kantonal festgelegten Pflege- und Heimkosten gegenseitig anerkannt werden.
- Die EL-Obergrenzen für Heimkosten gegenseitig anerkannt werden – samt Erwirkung der
- Diese interkantonalen Anerkennungen per Bundesgesetz nach Ablauf einer angemessenen Frist (zum Beispiel: zwei Jahre) erzielt werden.
- Die Finanzierung der Restkosten der Pflege dem Kanton des letzten Wohnsitzes obliegt.

Nur auf diese Weise kann die Restfinanzierung der Pflegekosten lückenlos sichergestellt werden.

Wir danken Ihnen für die ernsthafte Prüfung und Berücksichtigung der oben aufgeführten Anliegen von CURAVIVA Schweiz.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. Ignazio Cassis
Präsident CURAVIVA Schweiz



Dr. Hansueli Möhle
Direktor von CURAVIVA Schweiz

² Diesen logischen Schluss zieht die Kommission selber ein wenig zynisch daraus: „Es ist daher davon auszugehen, dass allfällig verbleibende Restkosten der Pflege durch die versicherte Person zu tragen sein werden“ (erläuternder Bericht, S. 17).

Bei Rückfragen zur vorliegenden Vernehmlassungsantwort wenden Sie sich bitte an:

Yann Golay Trechsel
Verantwortlicher Public Affairs
E-Mail: y.golay@curaviva.ch
Tel: 031 385 33 36

Office fédéral de la santé publique

3003 Berne

Berne, le 15 décembre 2015

Consultation sur la mise en œuvre de l'initiative parlementaire 14.417 visant à amender le régime de financement des soins

Prise de position de CURAVIVA Suisse

Mesdames, Messieurs,

L'association faîtière nationale CURAVIVA Suisse vous remercie de l'avoir conviée à prendre position sur l'objet cité en exergue, ce qu'elle fait par la présente.

CURAVIVA Suisse est une association de branches et d'institutions orientée vers la politique des employeurs, qui défend les intérêts de ses institutions membres ressortissant des domaines Personnes âgées, Adultes avec handicap et Enfants et adolescents aux besoins spécifiques. L'ensemble des cantons suisses et la Principauté de Liechtenstein sont affiliés à l'association faîtière nationale. CURAVIVA Suisse représente à elle seule 2570 institutions, où vivent environ 117 000 résidentes et résidents, et qui emploient 130 000 collaborateurs.

Le domaine spécialisé Personnes âgées de CURAVIVA Suisse défend une politique forte en faveur des personnes âgées dans toute la Suisse. Il s'engage au plan fédéral pour façonner les processus pertinents de prise de décisions politiques. Le domaine spécialisé Adultes avec handicap est lui aussi politiquement impliqué afin d'obtenir les meilleures conditions d'action sur les plans législatif et financier dans le cadre de la réalisation de ses objectifs.

1. Aperçu des positions défendues dans la présente prise e position

- CURAVIVA Suisse salue l'orientation esquissée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (ci-après CSSS-E) afin de compléter l'article 25a alinéa 5 loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

A cet égard, CURAVIVA Suisse approuve:

- le fait que la CSSS-E souhaite préciser quel canton doit prendre en charge le financement résiduel des soins ambulatoires et stationnaires hors du canton de domicile ;
 - le fait que, dans le cas de séjours dans un EMS, le canton ou la commune dans lesquels un résident avait son dernier domicile avant d'être admis en EMS soit compétent pour le financement des frais de soins ;
 - le fait qu'un séjour en institution de soins ne suffise pas à lui seul à créer de nouvelles compétences.
- CURAVIVA Suisse critique cependant le fait que, selon la CSSS-E, d'autres lacunes importantes en matière de financement des soins ne justifient pas d'intervention au niveau législatif, cela alors que lesdites lacunes font justement l'objet de l'initiative parlementaire 14.417 et d'autres interventions parlementaires.

CURAVIVA Suisse estime que ces autres lacunes ne peuvent être comblées que par une approche globale des problèmes de financement, lesquels sont interdépendants.

Pour parvenir à combler les lacunes actuelles du financement des soins, CURAVIVA Suisse demande que la protection tarifaire soit garantie de manière globale et que le financement résiduel soit effectivement pris en charge par les cantons. A cette fin, les exigences suivantes doivent être prises en considération:

- Prise en charge intégrale des coûts effectifs des soins pour les patients extra-cantonaux par le biais d'une reconnaissance réciproque des frais fixés au niveau cantonal pour les EMS et les soins ainsi que des plafonds cantonaux en matière de prestations complémentaires pour les frais de séjour en EMS, avec obtention de la reconnaissance réciproque par application du droit fédéral à l'échéance d'un délai raisonnable (de deux ans, par exemple). Le financement résiduel doit incomber au canton du dernier domicile. C'est là la seule manière de garantir un financement résiduel du coût des soins exempt de lacunes.
- Financement approprié des situations d'assistance accrues requérant un volume de travail particulier, cela par l'adjonction de six échelons de soins (à 20 minutes chacun) pour atteindre 18 échelons, ainsi que compensation par des montants correspondants plus élevés;
- Ajustement des contributions de l'assurance obligatoire des soins à l'évolution des coûts.

2. Contexte

Le financement des soins a fait l'objet d'une nouvelle réglementation au 1^{er} janvier 2011. L'assurance obligatoire des soins (AOS) fournit une contribution dont le montant dépend du

besoin en soins. La personne assurée doit assumer au maximum 20 pour cent de la contribution aux soins maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons doivent régler le reste du financement (financement résiduel).

L'[Initiative parlementaire 14.417 «Amender le régime de financement des soins»](#) («Initiative parlementaire Egerszegi») a été déposée le 21 mars 2014. Elle demande que la loi sur le nouveau régime de financement des soins soit modifiée de façon:

1. à répartir les compétences en ce qui concerne le financement résiduel des prestations de soins fournies aux patients venant d'autres cantons dans les domaines hospitalier et ambulatoire;
2. à garantir la liberté de choix entre fournisseurs de prestations reconnus;
3. à distinguer mieux et plus clairement entre frais de soins et frais d'assistance.

L'initiative parlementaire 14.417 a été acceptée en juillet et octobre 2014 par les Chambres fédérales. Elle revêt donc un caractère contraignant et doit être mise en œuvre.

La CSSS-E a présenté le 2 septembre 2015 un avant-projet de mise en œuvre de l'initiative parlementaire 14.417 qui implique une révision de la réglementation légale: l'article 25a, alinéa 5 LAMal doit être complété d'une troisième et d'une quatrième phrases selon lesquelles le canton de domicile d'un patient ou d'une patiente doit verser le financement résiduel des frais de soins si la personne concernée est admise dans un EMS ou soignée en ambulatoire dans un autre canton que celui dans lequel elle est domiciliée. En outre, aux termes de l'avant-projet de la CSSS-E, le séjour dans un EMS ne fonde aucune nouvelle compétence. En complétant ainsi l'article 25a, alinéa 5 LAMal, la CSSS-E s'inspire du modèle des prestations complémentaires.

Les autres aspects du financement des soins soulevés dans l'initiative parlementaire sont sciemment délaissés par la commission, celle-ci faisant valoir qu'à ses yeux, il est nécessaire que soit légiféré à l'échelon fédéral seulement à l'égard du financement résiduel.

3. Prise de position sur la modification proposée par la CSSS-E de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

3.1. Considérations générales et approbations de principe

CURAVIVA Suisse accueille favorablement le fait que la CSSS-E, se fondant sur le mandat parlementaire résultant de l'acceptation de l'initiative parlementaire 14.417, souhaite préciser quel canton doit prendre en charge le financement résiduel en cas de soins ambulatoires et stationnaires hors du canton de domicile.

CURAVIVA Suisse salue également le fait que selon la proposition de la CSSS-E, le canton ou la commune dans lesquels la personne résidant dans un EMS avait son dernier domicile avant son admission en EMS soit compétent-e pour assurer financement résiduel des soins.

De plus, CURAVIVA Suisse approuve le fait que selon la proposition de la CSSS-E, un séjour en EMS ne devrait fonder aucune nouvelle compétence. Cette disposition limpide, qui s'inspire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), contribue à la sécurité du droit.

CURAVIVA Suisse adhère à l'estimation de la commission selon laquelle il ne devrait en résulter incidence des cantons ou des communes sur le changement de domicile d'une personne. En outre, le canton d'origine est ainsi compétent pour le financement résiduel des soins ainsi que pour l'aide sociale et les prestations complémentaires, ce qui contribue à une meilleure cohérence de l'ensemble du financement du séjour en EMS. La compétence des cantons pour le financement résiduel des prestations de soins et celle pour le financement hospitalier (canton de domicile selon l'art. 49a LAMal) concordent donc, car une admission dans un EMS n'est pas synonyme d'un changement de domicile. Cela permet en outre d'éviter que des cantons puissent être défavorisés sur le plan financier en proposant davantage de places en EMS que ce qui s'avère nécessaire pour leur propre population. Cela favorise une planification intercantonale des places en EMS.

3.2. Portée insuffisante de la proposition de la CSSS-E

Dans son rapport explicatif du 1^{er} septembre 2015 sur la mise en œuvre de l'initiative parlementaire 14.417 (ci-après : rapport explicatif), la CSS-E décrit les limites de son mandat (p. 12 à 16)¹. De fait, le mandat parlementaire était limité au libellé relativement restreint de l'initiative parlementaire 14.417. Mais la CSSS-E omet tout aussi sciemment de régler les autres aspects du financement des soins abordés dans l'initiative parlementaire.

La CSSS-E considère que le troisième point de l'initiative parlementaire 14.417 – distinguer mieux et plus clairement entre frais de soins et frais d'assistance – ne nécessite pas vraiment de réglementation à l'échelon fédéral. La CSSS-E estime qu'il n'en résulte un besoin de légiférer au niveau fédéral que pour le seul aspect du financement résiduel (cf. rapport explicatif, p. 12). Bien que le libellé de l'article 111 de la loi sur le Parlement soit vague à cet égard, il est étonnant que la CSSS-E ne remplisse pas, de son propre chef, une partie du mandat résultant de l'acceptation de l'initiative parlementaire par les Chambres fédérales.

La CSSS-E ne parvient pas à convaincre CURAVIVA Suisse lorsqu'elle prétend qu'il est certes nécessaire d'agir pour améliorer le calcul de coûts normalisés appropriés, mais que cela incombe bien plutôt aux fournisseurs de prestations ainsi qu'aux cantons qu'au législateur fédéral (cf. rapport explicatif, p. 12). Selon CURAVIVA Suisse, la CSSS-E considère de manière unilatérale la question complexe du financement des soins et de ses lacunes, et ne parvient pas à prendre la hauteur nécessaire, ce qui l'empêche de combler intégralement les lacunes en matière de financement résiduel. Le fait est que les difficultés rencontrées par le financement des soins actuel ont diverses causes. Or ces causes ne peuvent être considérées de manière isolée dès lors qu'il s'agit de trouver des solutions praticables. Pour résoudre les problèmes actuels du financement des soins. Il convient de les approcher de façon globale.

La CSSS-E aurait tout à fait pu définir de manière plus complète les mesures à prendre pour combler les lacunes du financement des soins actuel. La prudence de la commission est d'autant plus regrettable que l'initiative parlementaire 14.417 demande justement au législateur

¹ Dans son rapport explicatif, la CSSS-E limite son examen des « aspects du financement des soins qui ne présentent pas, pour l'instant, la nécessité de légiférer au niveau fédéral » à quatre problématiques, mentionnées ou non par l'initiative parlementaire 14.417: la contribution de l'assurance obligatoire des soins (p. 13), les instruments de l'évaluation du besoin en soins (p. 14), la distinction entre coûts de soins et coûts d'assistance (p. 14 s.) et les soins aigus et de transition (p. 16). Pour les trois premiers sujets, la CSS-E renvoie la balle aux fournisseurs de prestations, aux assureurs, aux cantons ou au Conseil fédéral. Pour le quatrième point, le problème est explicitement mis entre parenthèses.

de considérer le financement des soins de manière globale et, au besoin, de faire appel à l'arsenal législatif pour assouplir, voire débloquer certaines situations. Actuellement, il est ainsi nécessaire d'agir en ce qui concerne une nécessaire adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts, la garantie d'une protection tarifaire effective, l'uniformisation de la participation des patients à un niveau supportable ou encore le remboursement réel des moyens et appareils ainsi que du matériel de soin.

3.3. Approches pour résoudre les problèmes existants en matière de financement des soins, dont la délimitation entre frais de soins et frais d'assistance

CURAVIVA Suisse suit partiellement la CSSS-E, aux yeux de laquelle il est en pratique déjà ardu de délimiter les seuls soins AOS. Il s'ensuit qu'un enregistrement plus minutieux, voire une mesure supplémentaire du besoin en soins serait synonyme d'une charge de travail considérable pour une utilité négligeable.

Contrairement à la CSSS-E, CURAVIVA Suisse estime que subsiste un besoin de réglementation à cet égard à l'échelon fédéral: bien que la proposition de réglementation formulée par la CSSS-E soit constructive, la question du financement résiduel demeure réglée de manière incomplète. La timide proposition de la CSSS-E ne garantit pas une réalisation effective du troisième mandat de l'initiative parlementaire – à savoir distinguer mieux et plus clairement entre frais de soins et frais d'assistance.

Dans les faits, de nombreux cantons et de nombreuses communes n'assument à l'heure actuelle pas ou pas suffisamment leur devoir à l'égard du financement résiduel des soins (art. 25a, al. 5 LAMal) en ambulatoire ou en stationnaire. Dans le domaine stationnaire, les cantons et communes fixent les coûts imputables aux soins à un niveau si bas qu'il en est irréaliste et, partant, ne couvre pas les coûts effectifs. CURAVIVA Suisse a calculé que, dans l'ensemble, les frais de soins non couverts des EMS en Suisse s'élèvent à 250-300 millions de francs. Malgré la protection tarifaire affichée officiellement, les frais de soins non couverts sont en définitive reportés sur les résidents des EMS.

Pour pallier cette situation problématique, CURAVIVA Suisse demande au législateur de fixer des critères pour que le financement résiduel soit calculé de la manière la plus uniforme possible. Il manque au final, dans l'avant-projet de la CSSS-E, un mécanisme contraignant et imperméable qui obligerait les cantons à assumer l'intégralité du financement résiduel. Le montant du financement résiduel devrait être calculé selon les règles du canton dans lequel les prestations de soins sont fournies (Standortkanton).

Pour garantir dans les faits la protection tarifaire, une telle réglementation devrait avoir les caractéristiques suivantes:

- Prise en charge intégrale des frais effectifs du séjour en EMS des patients extra-cantonaux, en particulier par le biais d'une reconnaissance réciproque ou, à l'échéance d'un délai approprié, définition de plafonds cantonaux en matière de PC pour les frais de séjour en EMS ainsi que pour les frais de soins (cf. point 3.4 ci-dessous).
- Financement approprié pour les situations fréquentes d'assistance avec travail supplémentaire particulier comme celles qui impliquent des patients souffrant de démence ou qui nécessitent des soins palliatifs (dont les frais de soins sont à l'heure actuelle prise en considération de manière insuffisante et, de ce fait, payée par les intéressés eux-mêmes)

par le biais des taxes d'encadrement) en ajoutant six échelons de soins à 20 minutes chacun pour atteindre 18 échelons.

- Ajustement annuel des contributions de l'assurance obligatoire des soins à l'évolution des coûts.

Seule la prise en compte de ces éléments permettra aux fournisseurs de prestations de ne plus être obligés de transférer des frais de soins dans les frais d'assistance. Si une prise en charge intégrale des frais résiduels des soins par les cantons est garantie, il n'y aura plus de risque de subventionnements croisés impliquant autant d'atteintes à la protection tarifaire. Cela permettra de se dispenser de la mesure et de la limitation des frais d'assistance.

CURAVIVA Suisse est d'avis que, sans intervention du législateur à l'échelon fédéral, aucune réglementation complète du financement résiduel au sens précisé plus haut ne peut voir le jour, y compris une claire délimitation entre frais de soins et frais d'assistance. Sans cette intervention, le Parlement fédéral sera encore confronté de façon durable réitérée à des réclamations visant à améliorer le financement des soins.

3.4. Reconnaissance lacunaire des plafonds cantonaux en matière de PC ainsi que des frais de soins du canton où les soins sont dispensés

CURAVIVA Suisse constate à son grand dam que la CSSS-E ne donne suite que de manière insuffisante au deuxième mandat de l'initiative parlementaire 14.417, à savoir garantir la liberté de choix entre fournisseurs de prestations reconnus.

Selon CURAVIVA Suisse, il serait pourtant essentiel que les cantons reconnaissent mutuellement leurs plafonds en matière de PC pour les coûts journaliers des EMS ainsi que les frais de soins dans le canton dans lequel les prestations de soins sont fournies (Standortkanton). A défaut, le risque existe qu'une partie des coûts ne soient pas couverts de cas en cas. Or cette composante importante d'une réglementation sans faille du financement résiduel a été sciemment délaissée par la CSSS-E.

Etant donné que la proposition de la CSSS-E se révèle d'emblée lacunaire, il est à prévoir que la protection tarifaire selon l'article 44 alinéa 1 LAMal continuera à ne pas être respectée dans chaque cas. Eu égard aux différents plafonds des tarifs des EMS pertinents en matière de PC dans les cantons, les personnes qui requièrent des PC n'auront aucune garantie que les PC couvriront les frais de soins sur le lieu de séjour hors de leur canton de domicile. Le financement résiduel des coûts des soins effectifs n'étant pas garanti intégralement et dans tous les cas, l'avant-projet de la CSSS-E maintient cette lacune du financement et continue à restreindre la liberté d'établissement des personnes âgées.

Il s'ensuit que de nouveaux cas de rigueur sont prévisibles, qui ne pourront contester par eux-mêmes ou au moyen des contributions PC qui leur sont allouées, la sous-couverture, dans le cadre du système de financement, des frais de soins qu'ils génèrent. Des litiges et de longues procédures judiciaires, de même que de pénibles négociations visant à aboutir à des compromis de cas en cas sont pour ainsi dire programmés².

² La commission elle-même tire cette conclusion de manière quelque peu cynique: «Par conséquent, la personne assurée devra sans doute prendre en charge les coûts restants» (rapport explicatif, p. 17).

Voilà exactement ce que voulait éviter l'initiative parlementaire 14.417. Avec sa proposition, la commission a manqué cet objectif minimum.

En vérité, il faudrait au moins imposer par le biais du droit fédéral la reconnaissance réciproque des plafonds PC fixés par les cantons pour les coûts des EMS ainsi que celle des frais de soins des cantons où les soins sont effectivement dispensés, cela si les cantons ne trouvent pas de terrain d'entente dans un délai raisonnable de, par exemple, deux ans.

Selon CURAVIVA Schweiz, la prise en charge complète du coût des soins effectifs de patients extérieur au canton doit être assurée par différents biais

- Reconnaissance réciproque des frais fixés au niveau cantonal pour les EMS ainsi que pour les soins.
- Reconnaissance réciproque des plafonds cantonaux en matière de prestations complémentaires pour les frais de séjour en EMS.
- Obtention de la reconnaissance réciproque par application du droit fédéral à l'échéance d'un délai raisonnable (de deux ans, par exemple).
- Prise en charge du financement résiduel par le canton du dernier domicile.

C'est là la seule manière de garantir un financement résiduel du coût des soins exempt de lacunes.

Nous vous remercions de bien vouloir accorder la plus grande attention aux demandes de CURAVIVA Suisse susmentionnées et de les prendre en considération.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.



Dr Ignazio Cassis
Président de CURAVIVA Suisse



Dr Hansueli Möhle
Directeur de CURAVIVA Schweiz

Pour toute question relative à la présente prise de position, veuillez vous adresser à:

Yann Golay Trechsel
Responsable Public Affairs
E-mail: y.golay@curaviva.ch
Tél.: 031 385 33 36



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit
c/o Bundesamt für Gesundheit
Bruno Fuhrer
3003 Bern

Per Email an: bruno.fuhrer@bag.admin.ch

Ort, Datum Bern, 15. Dezember 2015
Ansprechpartner Stefan Berger

Direktwahl 031 335 11 58
E-Mail stefan.berger@hplus.ch

H+ Vernehmlassungsantwort 14.417 s Pa.Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrter Herr Fuhrer

Mit Schreiben vom 9. September 2015 lädt uns die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) ein, uns im Rahmen der Vernehmlassung **14.417 s Pa.Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung** zu äussern. Dafür danken wir Ihnen bestens.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. Unsere Antwort beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern.

Grundsätzliches

Die Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten (Punkt 1 der Pa.Iv. 14.417) ist nur ein erster Schritt. Weitere Schritte müssen folgen. Aus unserer Sicht hat die verbesserte Abgeltung der Akut- und Übergangspflege (AÜP) oberste Priorität. Die lückenlose Übernahme der Restkosten bei allen Patientinnen und Patienten durch den zuständigen Kanton gehört ebenfalls zu unseren Hauptanliegen. Dies bedingt national einheitliche Kriterien für die Berechnung dieser Restkosten. Schliesslich setzen wir uns ein für eine angemessene Finanzierung für Pflege- und Betreuungssituationen mit besonderem Zusatzaufwand, insbesondere für Demenzkranke und Palliativpatienten. Das erforderliche Massnahmenpaket entnehmen Sie bitte dem Positionspapier der IG Pflegefinanzierung, das wir ebenfalls unterstützen.

Wir bedauern es, dass H+ zum Hearing der Subkommission der SGK-SR vom 16. Januar 2015 nicht eingeladen wurde. In der stationären Langzeitpflege ist H+ die drittgrösste Interessenvertretung. Die schweizweit grösste Pflegeinstitution mit 1'600 Betten zählt zu unseren Mitgliedern, und auch viele Mitglieder im Bereich Akutsomatik verfügen über Langzeitpflegestationen.

H+ unterstützt die Stossrichtung der parlamentarischen Initiative SR Egerszegi-Obrist 14.417 „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“. Sie spricht wichtige, wenn auch bei weitem nicht alle Probleme an, die sich aus der Umsetzung der KVG-Revision Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 ergeben haben. Ein Teil der Gründe für die Probleme liegt im Gesetz selbst, ein anderer Teil in der kantonal unterschiedlichen Umsetzung. Da sich die gravierenden Mängel bereits in den vier Jahren seit der Einführung offenbart haben, sollten die eidgenössischen Räte eine Gesamtrevision der Pflegefinanzierung ins Auge fassen.

H+ unterstützt deshalb weitere Vorstösse der eidgenössischen Räte zur Pflegefinanzierung. Wir nehmen zur Kenntnis, dass der Bundesrat seinen Bericht zu folgenden zwei Vorstössen veröffentlicht hat: 12.4099 Postulat „Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG“ (SR Bruderer) sowie 12.4051 Postulat „Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte“ (NR Heim). Daneben unterstützen wir insbesondere die folgenden Vorstösse: 14.448 Pa.Iv. „Praxisorientierte Gestaltung der Übergangspflege“ (NR Humbel), 14.4292 Motion „Praxistaugliche Zulassung der Pflegeheime als Leistungserbringer“ (NR Humbel); 12.3604 Postulat „Strategie zur Langzeitpflege“ (NR Fehr Jacqueline); 10.4090 Motion „Nationales Impulsprogramm zur Förderung von Zwischenstrukturen für betagte Personen“ (NR Rossini).

Zur vorgeschlagenen Änderung von Art. 25a Abs. 5 KVG

H+ unterstützt grundsätzlich die in Art. 25a Abs. 5 KVG vorgenommene Nachbesserung durch die SGK-SR. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung vereinfacht wesentlich die Bestimmung, welcher Kanton für die Auszahlung der Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Demnach ist immer derjenige Kanton zuständig, in welchem die versicherte Person vor Heimeintritt ihren Wohnsitz hatte, d.h. der Herkunftskanton. Durch die klare Regelung fallen jene rechtlichen Streitigkeiten weg, in welchen die Kantone Wohnsitzwechsel beweisen bzw. bestreiten müssen. Diese Streitigkeiten haben vor allem für Patientinnen und Patienten, die ausserkantonal erbrachte Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben, zu Nachteilen geführt. Weil die Restfinanzierung der Pflegekosten in diesen Fällen heute nicht garantiert ist, müssen Pflegeheime die Aufnahme von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten öfters ablehnen.

Problematisch am Vorschlag der SGK-SR ist die Regelung, dass der Herkunftskanton allein über die Festsetzung der Restfinanzierung entscheidet. Damit entsteht die Möglichkeit, dass die von ihm festgesetzten Beiträge abweichen von den Beiträgen, die im Standortkanton des Pflegeheimes zur Deckung der Restkosten nötig sind. Zieht beispielsweise eine Tessinerin in ein Pflegeheim im Kanton Zürich, übernimmt gemäss SGK-SR der Kanton Tessin die Restkosten. Er bezahlt aber nur den tieferen Tessiner Ansatz, und es ist weiterhin nicht geklärt, wer für die Differenz zu den höheren Ansätzen im Kanton Zürich aufkommen muss.

Aus unserer Sicht stossend ist zudem, dass gemäss Vorschlag der SGK-SR die kantonale Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen und die Spitalfinanzierung (Wohnkanton nach Art. 49a KVG) auseinanderfallen, wenn mit Heimeintritt ein Wohnsitzwechsel erfolgt. Demnach ist der Kanton, in welchem sich das Pflegeheim befindet, als Wohnkanton verpflichtet, den kantonalen Anteil für eine stationäre Behandlung im Spital zu übernehmen, nicht der Herkunftskanton des Patienten. Für betroffene Spitäler wird dies zu zusätzlichen Abklärungen und entsprechendem Mehraufwand führen.

Die erwähnten Punkte sprechen unseres Erachtens dafür, dass bei ausserkantonalen Heimaufenthalten, die auch einen Wohnsitzwechsel begründen, jeweils der Standortkanton des Pflegeheimes für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist. Dies wäre auch im Sinne des Bundesgerichtsentscheids BGE 140 V 563 vom 18. Dezember 2014, der im Bericht der SGK-SR erläutert wird. Sollte jedoch der Herkunftskanton des Patienten zuständig sein, so wäre in jedem Fall die Niederlassungsfreiheit für die Patientinnen und Patienten zu garantieren. Es darf nicht sein, dass alte, pflegebedürftige Menschen nur deshalb nicht in einem Pflegeheim eines anderen Kantons unterkommen, weil an irgendeiner Stelle die Finanzierung

nicht gesichert ist. Auch würde es Art. 25a Abs. 5 KVG widersprechen, wenn bei der ausserkantonalen Pflege die Patienten/-innen eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten selbst tragen müssten.

Bleibt es bei der vorgeschlagenen Anpassung von Art. 25a Abs. 5 KVG, so ist am gleichen Ort explizit zu regeln, wer für allfällige Kostendifferenzen zwischen Herkunfts- und Standortkanton aufkommt: Im Sinne der Kohärenz mit dem ELG soll dies der Herkunftskanton sein.

H+ Schwerpunkt: Akut- und Übergangspflege

Mit Befriedigung nimmt H+ zur Kenntnis, dass die SGK-SR das Thema Akut- und Übergangspflege (AÜP) in ihren Bericht zu 14.417 s Pa.lv. aufgenommen hat. Gleichzeitig bedauern wir, dass die SGK-SR hier vorerst keine Gesetzesrevision vorschlägt. Die AÜP bildet eine wichtige Ergänzung zum Angebot der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Sie hat ihren Platz in der integrierten Behandlung für Patientinnen und Patienten, die zwar keine Rehabilitation benötigen, aber auch noch nicht nach Hause zurückkehren können. Der Hauptzweck der AÜP ist es, diesen Personen nach einem Spital- oder Klinikaufenthalt einen Übergang anzubieten, der ihren medizinischen oder psychiatrischen Bedürfnissen und ihrer Rekonvaleszenz entspricht. Ebenso kann die AÜP einen Aufenthalt im Akutspital von vorneherein verhindern.

Die neue Spitalfinanzierung hat die Leistungsfinanzierung der akutsomatischen Behandlungen transparenter gemacht. Dies hat unter anderem zur Folge, dass Quersubventionierungen wegfallen, zum Beispiel von nachgelagerten Behandlungen. Umso wichtiger ist deshalb eine separate und vollumfängliche Finanzierung der nachgelagerten Behandlungen, wozu nebst der Rehabilitation und der Langzeitpflege auch die Übergangspflege zählt. H+ hat sich während der parlamentarischen Beratung zur KVG-Revision Pflegefinanzierung im Rahmen der damaligen IG Pflegefinanzierung erfolgreich für die Verankerung der Übergangspflege im Gesetz ausgesprochen.

H+ führte Anfang 2014 eine Befragung zum Thema „Übergangspflege: Wo stehen wir?“ bei seinen Mitgliedern durch. Diese ergab, dass drei Jahre nach Einführung der neuen Pflegefinanzierung nur 30% der Institutionen Akut- und Übergangspflege anbieten. Als Haupthindernis wird die ungenügende Finanzierung angesehen, insbesondere die zu kurze Behandlungsdauer und die Nichtvergütung von Hotellerie und Betreuung durch die OKP. In der Befragung, an der Pflegeinstitutionen, Akutspitäler mit angeschlossenen Pflegeabteilungen sowie Rehabilitations-, psychiatrische und geriatrische Kliniken teilnahmen, sprachen sich 73% für eine Verlängerung der gesetzlichen Dauer der AÜP aus.

Ungenügende Dauer der Übergangspflege

Die 2008 im KVG festgelegte Dauer der AÜP ist ein willkürlicher Kompromiss in letzter Minute zulasten der betroffenen Patientinnen und Patienten. Die maximal 14 Tage entsprechen in keiner Weise der medizinischen oder psychiatrischen Notwendigkeit. Diese Einschränkung führte zur Abschaffung der Übergangspflege in den meisten Akutspitälern.

Die Erfahrung unserer Mitglieder zeigt, dass viele Patientinnen und Patienten sowie ihr Umfeld nach 14 Tagen AÜP mit ihrer Situation zu Hause noch überfordert sind. Das gilt vor allem für ältere, multimorbide Patienten und deren Bezugspersonen. Nachgelagerte ambulante Leistungserbringer wie die Spitex können die vorhandenen Defizite bezüglich Selbständigkeit und Mobilität nicht immer auffangen, insbesondere wenn mangels Vergütung die Zeit für einen koordinierten Übertritt fehlt. Das erklärte Ziel der AÜP, Patientinnen und Patienten einen selbständigen Austritt nach Hause zu ermöglichen, ist mit der heute geltenden Vergütungsdauer in vielen Fällen nicht zu erreichen.

Unsere Mitgliederbefragung von 2014 ergab, dass eine Mindestdauer von 4 Wochen notwendig ist. Zudem variiert der Pflege- und Unterstützungsbedarf dieser Patientinnen und Patienten ohne Rehabilitationspotential je nach ihrer medizinischen und sozialen Situation stark. Nötig sind

daher Optionen, um bei Bedarf den Aufenthalt zu verlängern. Aus diesem Grund soll die Finanzierungsdauer der AÜP nicht mit einer bestimmten Anzahl Tage fixiert, sondern bedarfsorientiert definiert werden. Die Verlängerung soll wieder auf der Verschreibung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes basieren, meist wohl der Hausärztin oder des Hausarztes.

Ungenügende Finanzierung der Übergangspflege

Das Ziel der selbständigen Rückkehr nach Hause bedingt, dass sämtliche Leistungen – ärztliche, pflegerische, therapeutische und Hotellerie – durch die gleichen Kostenträger vergütet werden. Dies sichert die Qualität. Die Nichtvergütung der Hotellerie und Betreuung in der Übergangspflege im Vergleich zur Akutbehandlung oder Rehabilitation führt zu Finanzierungsbrüchen und Fehlanreizen. Die heutige Finanzierung bietet für die Patientinnen und Patienten keinen Anreiz, das Angebot der AÜP zu nutzen. Eher bleiben sie in Spitalbehandlung, was zu höheren Kosten führt.

Die ungleiche Vergütung zwischen der Akutbehandlung im Spital und der Übergangspflege ist deshalb rückgängig zu machen. Die Kosten für Hotellerie und Betreuung sind auch in der AÜP aufzunehmen.

Ausserdem stellen unsere Mitglieder immer wieder fest, dass Versicherungen die für sie kostengünstigere AÜP einer für die betroffenen Patientinnen und Patienten medizinisch adäquateren, aber teureren Rehabilitationsbehandlung vorziehen. Es kommt deshalb zu Fehlversorgung, vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten.

Schliesslich ist die ausschliessliche Zuteilung der Übergangspflege an die Pflegeheime unseres Erachtens realitätsfremd, da Spitäler auch immer solche Angebote geführt haben, vor allem diejenigen, die nebst Akutpflege auch über einen Langzeitpflegeauftrag des Kantons verfügen. Dies betrifft in besonderem Masse Randregionen und ländliche Gebiete.

Deckungslücken bei der Restfinanzierung

Mit der Formulierung «Die Kantone regeln die Restfinanzierung» wurde in Art. 25a Abs. 5 KVG die Grundlage für 26 verschiedene Lösungen geschaffen. Da ein Teil der Kantone die Übernahme der Restkosten an die Gemeinden delegiert, wird die Sachlage noch unübersichtlicher. Viele Kantone und Gemeinden nehmen ihre Pflicht zur Restfinanzierung der Pflegekosten heute nicht oder ungenügend wahr.

Im stationären Bereich legen Kantone oder Gemeinden die anrechenbaren Kosten für die Pflege auf einem Niveau fest, das unrealistisch tief und folglich nicht kostendeckend ist (z.B. Kanton AG Normkosten im Jahr 2015 von 60.30 Franken pro Pflegestunde). Gemäss SOMED-Statistik erwirtschaften ca. 600 Heime einen Gewinn von knapp 220 Millionen Franken, während ca. 950 Heime einen Verlust von mehr als einer halben Milliarde erleiden; insgesamt bestehen gesamtschweizerisch ungedeckte Pflegekosten in Pflegeheimen von ca. 250 – 350 Millionen Franken.

H+ fordert daher eine Präzisierung von Art. 25a Abs. 5 KVG dahingehend, dass die Kantone für sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden ausgewiesenen Restkosten für Pflegeleistungen vollumfänglich aufkommen müssen. Dafür sind Kriterien zur schweizweit einheitlichen Berechnung der Restfinanzierung zu erlassen.

Ungenügende Finanzierung für Pflege- und Betreuungssituationen mit besonderem Zusatzaufwand

Die veränderte Patientenstruktur in den Pflegeheimen (komplexere Krankheitsbilder, mehr dementielle Erkrankungen, palliative Pflege, gerontopsychiatrische Pflege etc.) führt dazu, dass die höchste Pflegebedarfsstufe nach Art. 7a Abs. 3 KLV, Bst. I („mehr als 220 Minuten“) in vielen Fällen weit unter dem effektiven Bedarf liegt. Pflegeintensive Patientinnen und Patienten sind mit dem aktuellen System nicht ausreichend berücksichtigt und deshalb mangelhaft finan-

ziert. Bei einem Pflegebedarf von deutlich mehr als 4 Stunden pro Tag erhalten sie nur schwer einen Pflegeheimplatz, es sei denn, die öffentliche Hand stelle eine Zusatzfinanzierung sicher. Erschwerend kommt hinzu, dass die bestehenden Bedarfserfassungsinstrumente den höheren Pflegebedarf und die betreuende Pflege schlecht abbilden.

Die Pflegebeiträge der OKP gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV sind seit 2011 unverändert. Es fehlt ein Mechanismus zur Überprüfung und Anpassung der Beiträge. Das System ist nach unserem Dafürhalten zu erweitern und die höheren Stufen mit entsprechend höherem Beitrag zu entgelten. Gleichzeitig muss als flankierende Massnahme der Beitrag der Patientinnen und Patienten gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG überprüft werden, damit diese durch die Einführung höherer Beitragsstufen nicht stärker belastet werden.

Fazit

Aus unserem Befund zur Situation der Pflegefinanzierung leiten wir folgenden Nachbesserungsbedarf ab:

1. **Die gesetzliche Dauer der Übergangspflege (Art. 25a, Abs. 2 KVG) ist aufzuheben.**
2. **Sofern an einer gesetzlichen Dauer der Übergangspflege festgehalten wird, so soll diese mindestens 4 Wochen betragen und bedarfsorientiert einmal verlängert werden können.**
3. **Die Übergangspflege ist wie die vorgelagerte akut-stationäre Behandlung zu finanzieren. Das heisst, die Hotellerie- und Betreuungskosten sind aufzunehmen.**
4. **Art. 25a, Abs. 5 KVG ist dahingehend zu präzisieren, dass die Kantone für sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden ausgewiesenen Restkosten für Pflegeleistungen vollumfänglich aufkommen müssen. Dafür sind Kriterien zur schweizweit einheitlichen Berechnung der Restfinanzierung zu erlassen.**
5. **Art. 25a, Abs. 5 KVG sollte dahingehend präzisiert werden, dass bei ausserkantonalen Heimaufenthalten, die auch einen Wohnsitzwechsel begründen, jeweils der Standortkanton des Pflegeheimes für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist. Bei Zuständigkeit des Herkunftskantons müsste dieser explizit dazu verpflichtet werden, auch allfällige Kostendifferenzen zum Standortkanton des Pflegeheims zu übernehmen.**
6. **Art. 7a Abs. 3 KLV ist dahingehend anzupassen, dass das System der Pflegebedarfsstufen erweitert und die höheren Stufen mit entsprechend höherem Beitrag entgolten werden. Es ist zudem auf eine Anpassung der Bedarfserfassungsinstrumente auf die heute komplexere Patientenstruktur in den Heimen hinzuwirken.**
7. **Als flankierende Massnahme zu Punkt 6 ist Art. 25a, Abs. 5 KVG dahingehend anzupassen, dass die versicherten Personen durch höhere oder zusätzliche Pflegestufen nicht mehr belastet werden, z.B. durch eine Anpassung des %-Satzes ihrer Kostenbeteiligung.**

Wir bitten Sie um die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats

3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Bern, 15. Dezember 2015

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung Vernehmlassungsantwort IG Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung, an welcher wir uns gerne beteiligen.

In der IG Pflegefinanzierung haben sich Betroffenenorganisationen und Leistungserbringerverbände zusammengeschlossen. Wir setzen uns für Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung ein, damit die Versorgung der Bevölkerung mit ambulanter und stationärer Pflege auf qualitativ hohem Niveau auch weiterhin sichergestellt ist.

Folgende Organisationen der IG Pflegefinanzierung tragen diese gemeinsame Vernehmlassungsantwort: Association Spitex privée Suisse ASPS, CURAVIVA Schweiz, Gesundheitsligen GELIKO, Heilbäder und Kurhäuser Schweiz, Parkinson Schweiz, SBK/ASI, Schweizerische Alzheimervereinigung, senesuisse, und Spitex Verband Schweiz.

1 Allgemeine Bemerkungen

Die IG Pflegefinanzierung ist enttäuscht über die Nachbesserungen der aktuellen Pflegefinanzierung, welche die Sozial- und Gesundheitskommission des Ständerats (SGK-SR) vorschlägt. Die Vorlage der SGK-SR genügt nicht, um die bestehenden Probleme der Pflegefinanzierung zu lösen. Mit dem Vorschlag der SGK-SR bleibt ein grosser Teil der Probleme bestehen.

Wir begrüssen, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und mit dieser Vorlage die Frage klären will, welcher Kanton die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege leisten muss. Allerdings ist die vorgeschlagene Regelung untauglich. Wir fordern, dass sich die Höhe der Restfinanzierung nach dem Kanton richten muss, in dem die Pflegeleistung erbracht wird.

Wir bedauern, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt in Angriff genommen hat. Für uns besteht ein viel weiter gehender Bedarf zur Nachbesserung, welchen wir als IG Pflegefinanzierung

den Räten in einem umfassenden Dokument unterbreitet haben. Auf die Problembereiche, welche die SGK-SR in ihrem erläuternden Bericht aufgreift aber nicht löst, und auf weitere Punkte gehen wir im 3. und 4. Absatz ein.

2 Stellungnahme zur vorgeschlagenen Bestimmung

Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton des Patienten/der Patientin für die Restfinanzierung bei „ausserkantonalen Pflege“ zuständig sein. Ein Eintritt in ein Pflegeheim soll nichts an dieser Zuständigkeit ändern. Grundsätzlich ist diese Regelung logisch und sinnvoll. Aus folgenden Gründen sind wir aber der Meinung, dass sie nicht genügend weit geht:

2.1 Wer trägt die Differenz der Kosten?

Laut SGK-SR soll der Herkunftskanton für die Festsetzung der Restfinanzierung zuständig sein. Indes lässt die SGK-SR offen, wer die Differenz zu den in einem anderen Kanton anfallenden Kosten zu tragen hat, wenn diese höher sind als im Herkunftskanton.

Das KVG hält fest, dass der/die Versicherte mit maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages an den Pflegekosten belastet werden darf. Wenn bei der ausserkantonalen Pflege die Patienten/-innen eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten selbst tragen müssten, würde dies dem KVG widersprechen.

Dass die Leistungserbringer die Differenz tragen müssten, ist aber keine akzeptable Lösung. Sie würde dazu führen, dass Pflegeheime und Spitex-Organisationen ausserkantonale Bewohner/innen respektive Patient/innen vermehrt ablehnen müssten, da sie ihre Kosten nicht decken können. In vielen Fällen ist jedoch ein Übertritt in ein Pflegeheim eines anderen Kantons oder die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen nicht einfach ein Luxus, den sich jemand leisten kann oder nicht. Viele Menschen lassen sich aus wichtigen sozialen oder versorgungsbedingten Gründen ausserkantonale pflegen: Ein ausserkantonaler Heimeintritt erfolgt oft, weil jemand nahe bei der Familie im Pflegeheim leben möchte. Ein sozial wichtiger Grund; insbesondere auch, weil die Pflegebedürftigen bei Heimeintritt in der Regel kaum noch mobil sind. Ambulante ausserkantonale Pflege gibt es nicht nur für Ferientaufenthalte und bei nahe an der Kantongrenze lebenden Patient/innen, sondern auch zur Entlastung von pflegenden Angehörigen (jemand zieht temporär zu anderen Angehörigen) oder zur Überbrückung nach einem Spitalaufenthalt (jemand zieht temporär zu Angehörigen, bis er/sie wieder alleine leben kann).

2.2 Administrativer Aufwand

Falls die von der SGK-SR vorgeschlagene Regelung in Kraft treten sollte, werden die Verbände den Spitex-Organisationen sehr wahrscheinlich folgende Umsetzung empfehlen:

Spitex verrechnet den ausserkantonalen Patienten/-innen die Vollkosten oder, wo vorhanden, die kantonalen Normkosten. Die Patient/innen müssen dann selber in ihrem Wohnkanton respektive in der Wohngemeinde die Restkosten-Finanzierung einfordern.

Möchte Spitex auf diese für die Patienten/-innen ungünstige und komplizierte Praxis verzichten, würde dies bedeuten:

-

- Rechnungsstellung an einen Kanton, mit dem man keine etablierten Prozesse hat (in vielen Fällen erfolgt die Abrechnung sogar auf Gemeindeebene). Diese Rechnungsstellung hat gemäss Formularen und Regelungen dieses Kantons zu erfolgen.
- Den allfälligen Differenzbetrag zwischen den Kantonen dem Patienten/der Patientin in Rechnung stellen (oder als Organisation den Verlust selbst tragen).
- Dem Patienten/der Patientin die Kostenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG gemäss der Regelung des Wohnkantons (oder gar der Wohngemeinde) verrechnen.

Dies wäre ein sehr grosser administrativer Aufwand, den Spitex für Einsätze bei ausserkantonalen Patienten/-innen, die in der Regel nur ein paar wenige Wochen dauern, nicht leisten kann.

Aus diesen Gründen fordern wir, dass die Zuständigkeit wie folgt gelöst wird:

Bei der ambulanten Pflege wird die Restfinanzierung vom Kanton geleistet, in dem die Pflegeleistung durch Spitex erbracht worden ist.

Im stationären Bereich hat der Herkunftskanton (Kanton des letzten Wohnsitzes vor Heimeintritt) die Restfinanzierung zu tragen. Zudem muss unter allen Kantonen eine gegenseitige Anerkennung der festgelegten Kostenobergrenzen erfolgen. Wenn diese interkantonalen Gespräche erfolglos bleiben, wird nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren per Bundesgesetz definiert, welcher Kanton für die Finanzierung der Differenz zu den allenfalls höheren Norm- oder Vollkosten zuständig ist.

Damit die Restfinanzierung bei ausserkantonomer Pflege sinnvoll geregelt werden kann, ist auch sicher zu stellen, dass alle Kantone die Verantwortung in der Restfinanzierung tatsächlich wahrnehmen. Heute besteht weiterhin in einigen Kantonen eine vollkommen unbefriedigende Situation, weil die Restfinanzierung viel zu tief angesetzt wurde.

In der ambulanten Pflege gibt es Kantone, welche den erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen und den selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen keine Restfinanzierung gewähren. Und einige Kantone gelten die Kosten, welche durch die Erfüllung der Versorgungspflicht entstehen, nur ungenügend ab.

Im stationären Bereich erwirtschaften gemäss SOMED-Statistik ca. 600 Heime einen Gewinn von knapp 220 Millionen Franken, während ca. 950 Heime einen Verlust von mehr als einer halben Milliarde erleiden. Unter dem Strich bestehen gesamtschweizerisch ungedeckte Pflegekosten in Pflegeheimen von ca. 250-350 Millionen Franken.

3 Stellungnahme zu den im Bericht ebenfalls aufgeführten Problembereichen

3.1 Zu Ziffer 2.4.1 des erläuternden Berichts (Beitrag der Krankenpflegeversicherung)

Wir sind uns bewusst, dass die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral zu erfolgen hatte. Die Kosten der Pflege sind aber genau wie die zugrunde liegenden Leistungen nicht statisch; beide entwickeln sich weiter. In den letzten Jahren hat die sich Spitex stark professionalisiert und ist heute in der Lage, Patienten/-innen bereits in subakutem Stadium aus dem Spital zu übernehmen. Dies passt auch zur Entwicklung der immer kürzer werdenden Hospitalisationsdauern. Gleichzeitig

bleiben alte, multimorbide Menschen immer länger zu Hause. Spitex benötigt zur Pflege von subakuten Patient/innen und Menschen mit komplexen, chronischen Krankheitsbildern auch genügend gut ausgebildetes Personal. Dies ist mit entsprechenden Lohnkosten verbunden. Weil die Menschen länger zu Hause bleiben, verändert sich auch der „Bewohner-Mix“ in den Pflegeheimen hin zu mehr Bewohner/innen mit komplexen und Mehrfach-Erkrankungen. Auch hier ist gut ausgebildetes, teureres Personal erforderlich. Zudem erhöht auch die Personalknappheit im Gesundheitssektor die Kosten aktuell und in Zukunft: Der Fachkräftemangel schlägt sich nämlich auf die Löhne nieder, weil der Lohn ein wichtiger Anreiz ist, um qualifiziertes Personal für die Betriebe zu finden und in den Betrieben zu halten.

Wir fordern, dass der Grundsatz der jährlichen Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ins KVG aufgenommen wird.

Zudem ist das System bei den Pflegeheimen um sechs Stufen zu 20 Minuten auf 18 Stufen zu erweitern und mit entsprechend höheren Beiträgen zu entgelten.

In der Folge ist die Patientenbeteiligung sowohl für die Leistungen der Spitex wie auch jene in Pflegeheimen auf 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages zu beschränken, damit die Patient/innen nicht über Massen belastet werden.

3.2 Zu Ziffer 2.4.2 des erläuternden Berichts (Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung)

Die IG Pflegefinanzierung ist gleicher Meinung wie die SGK-SR: Es braucht keine Ergänzung im KVG, um schweizweit mittels Messinstrumenten den identischen Pflegebedarf für gleiche Fälle auszuweisen.

Allerdings ist zu bedauern, dass das anzustrebende Ziel bisher nicht erreicht wurde, mit allen Messinstrumenten einen gleichwertigen Pflegeaufwand abzubilden. Es ist unfair, wenn gewisse Patienten und Leistungserbringer aufgrund des angewendeten Ermittlungstools eine tiefere Finanzierung durch Versicherer und öffentliche Hand erhalten.

Es sollten nicht nur die in Pflegeheimen angewendeten Pflegemessinstrumente gleiche Pflegesituationen identisch abbilden. Vielmehr sind auch in der ambulanten Pflege (Spitex) klare Kriterien für anerkannte Assessmentinstrumente nötig. Die strukturierte und standardisierte Einschätzung des klinischen Zustandes der Patient/innen, ihres sozialen Umfeldes und der Wohnumgebung sind Pflicht und tragen zur transparenten Leistungserbringung bei. Es ist heute deshalb allgemein anerkannt, dass ein reliables Instrument für das Assessment eingesetzt werden muss, das valide Daten produziert.

Der Wettbewerb muss auf den Leistungen stattfinden, nicht auf der unfairen Ebene der Messinstrumente. Mit der Festlegung klarer Kriterien und einer Kalibrierung für angewendete Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung könnte dies garantiert werden. Dadurch werden Monopole verhindert und es besteht eine Auswahl anerkannter Anbieter mit verschiedenen Systemen, welche zu identischen Resultaten führen.

3.3 Zu Ziffer 2.4.3 des erläuternden Berichts (Abgrenzung von Pflege- und Betreuungskosten)

Für das KVG und auch den Tarifschutz ist nur relevant, welche Kosten als „Pflegekosten“ gelten und somit gemäss Pflegefinanzierung abzurechnen sind. Dies ist in Verordnungen und Recht

sprechung bereits ausführlich präzisiert. Zur Messung und Bestimmung der Pflegekosten existieren genügend Hilfsmittel (nebst den Pflegemessinstrumenten wie BESA, RAI/RUG und Plaisir etwa das „Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime“, das „Handbuch Anlagebuchhaltung für Alters- und Pflegeheime“, das Handbuch REKOLE® und die Arbeitszeitanalyse CURAtime).

Wenn die Kostenkategorie „Pflege“ korrekt ermittelt und in der Kostenrechnung erfasst ist, besteht keinerlei Bedarf zur zusätzlichen Messung/Eingrenzung der „Betreuungskosten“. Die in Pflegeheimen anfallenden Kosten für den Aufenthalt (oft künstlich in zwei Kategorien „Betreuung“ und „Hotellerie“ aufgeteilt) können bereits mit der heutigen Gesetzgebung klar von den Pflegekosten abgegrenzt werden, somit sind weitere Normen überflüssig. Wennschon müssten sich die Kantone dazu entscheiden, die Bestimmung der Pflegekosten einheitlich und klar zu regeln, damit die Kostenrechnungen klarer und vergleichbar werden.

Die SGK-SR weist zurecht darauf hin, dass die Festlegung der „Normkosten“ korrekt erfolgen muss: Nur wenn die Kantone für die gesamten auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten auch tatsächlich aufkommen, wird der Tarifschutz für Bewohner/innen garantiert. Solange sich noch immer viele Kantone weigern, die Ausfinanzierung der Pflegekosten gemäss ihrer gesetzlichen Pflicht in Art. 25a Abs. 5 KVG zu übernehmen, bleibt auch das Problem der Tarifschutzverletzung bestehen. Wegen der fehlenden Kostendeckung sind Leistungserbringer gezwungen, in anderen Bereichen Profit zu machen – sonst tritt früher oder später deren Konkurs ein. Es sind letztlich die fehlenden Beiträge der Versicherer und der Restfinanzierer, welche zur ungenügenden Finanzierung der Pflegekosten führen, und nicht die mangelhafte Kostenermittlung und Leistungserfassung der Heime.

Definitiv abzulehnen ist eine zusätzliche Messung von „Betreuungskosten“ mit einem eigenen Instrument. Dies würde enormen Aufwand verursachen, ohne einen Nutzen zu bringen.

3.4 Zu Ziffer 2.4.4 des erläuternden Berichts (Akut- und Übergangspflege)

Die neu geschaffene Leistung der Akut- und Übergangspflege hat sich in der Tat nicht etabliert. Dass die Versicherer und Leistungserbringer dies ändern können, indem sie Pauschalen für die Leistungen der AÜP aushandeln, glauben wir jedoch nicht. Vielmehr muss unserer Meinung nach die Grundkonzeption der AÜP verbessert werden. Wir sind überzeugt, dass die AÜP sich nur etablieren kann, wenn sie für mehr als nur 2 Wochen verordnet werden kann und wenn bei stationärer AÜP der Aufenthalt durch OKP und Kanton finanziert wird.

Wir fordern deshalb

- > eine Verlängerung der AÜP auf sechs Wochen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um weitere sechs Wochen;
- > dass die Leistungen der AÜP im Pflegeheim nach den Regeln der Spitalfinanzierung inklusive der Kosten für Hotellerie und Betreuung zu vergüten sind.

Nur mit diesen Verbesserungen werden die Patient/innen AÜP beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu schaffen und anzubieten. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und –ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

Nur mit diesen Nachbesserungen werden AÜP-Leistungen sinnvoll genutzt, werden die Patient/innen AÜP diese beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant

und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu schaffen und anzubieten. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und -ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

4 Weitere Themen mit Nachbesserungsbedarf

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung weist unserer Meinung nach weitere Probleme auf, bei denen wir uns als IG Pflegefinanzierung eine baldige Lösung erhoffen.

4.1 Tarifschutz

Obwohl im KVG geregelt ist, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden dürfen, vertritt z. B. der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich Wegspesen in Rechnung gestellt werden dürfen.

Bei den Pflegeheimen führt die viel zu tiefe Restfinanzierung in manchen Kantonen dazu, dass Pflegeleistungen den Bewohner/innen als Betreuungsleistungen in Rechnung gestellt werden.

Wir fordern deshalb, dass sich der Gesetzgeber klar und eindeutig dazu äussert, dass der Tarifschutz nach Art. 44 KVG auch bei der ambulanten Pflege gilt und dass die Kantone sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten gemäss Art. 25 KVG vollständig zu finanzieren haben.

4.2 Variantenvielfalt bei der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege

Aktuell besteht bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege eine sehr grosse Vielfalt. So gibt es beispielsweise Kantone ohne Patientenbeteiligung, andere mit einem fixen Betrag von CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag oder einem prozentualen Anteil von 10% oder 20% vom Rechnungsbetrag mit Begrenzung bei CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag. Diese Vielfalt an Varianten führt zu erheblichem administrativem Aufwand bei Leistungserbringern, die in mehreren Gemeinden respektive Kantonen tätig sind und bei den diversen Anbietern von Software-Lösungen, welche sehr viele verschiedene Varianten in ihre Produkte einbauen müssen.

Daher fordern wir eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Prozentsatzes auf 10% und die eindeutige Festlegung der Berechnungsbasis auf eidgenössischer Ebene.

4.3 Finanzierung von Pflegematerial

Gemäss BAG-Interpretation des KVGs können Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen keine Materialkosten zulasten Krankenkversicherter verrechnen. Die Finanzierung von Pflegematerialien und Mittel und Gegenständen gemäss MiGeL kann aber auch nicht im Rahmen der Restfinanzierung sichergestellt werden.

Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen, sei es im Rahmen der Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, in Zusammenhang mit der Evaluation des BAG der Pflegefinanzierung oder bei weiteren Bemühungen um Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung. Wir stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Für die IG Pflegefinanzierung



Marianne Pfister
Zentralsekretärin
Spitex Verband Schweiz
pfister@spitex.ch



Christian Streit
Geschäftsführer
Senesuisse
info@senesuisse.ch



Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Subkommission Pa. Iv. Pflegefinanzierung
Bundeshaus
3003 Bern

Zürich, 17. Dezember 2015

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates zur Vernehmlassung in oben erwähnter Angelegenheit. Sehr gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

Vorbemerkung

Unseres Erachtens wäre es dringlicher, wenn der Gesetzgeber in der Finanzierung der Pflegeleistungen zuerst die Fixierung der Kostenanteile der Krankenversicherer aufheben würde. Mit einem entsprechenden Zusatz im KVG wäre sicherzustellen, dass die in der VKL festgelegten Höchstbeiträge regelmässig der Kostenentwicklung angepasst werden. Nur so werden die Krankenversicherer auch einen Teil der Kostenentwicklung mittragen.

Grundsätzliches

Wir begrüssen, dass die Frage der Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen geklärt werden soll. Eine entsprechende Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 KVG ist deshalb sehr willkommen. Die Formulierung gemäss Vorschlag lautet: "Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit."

Gemäss Art. 25a Absatz 5 sind die Kantone grundsätzlich für die Regelung der Restfinanzierung zuständig.

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung soll sicherstellen, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden.

Grundsätzlich ist deshalb für die Zuständigkeit der Wohnsitz der versicherten Person massgebend. Sofern durch den Eintritt in ein Pflegeheim der Wohnsitz und der Wohnskanton wechseln, bleibt gemäss dem zweiten Satz weiterhin der bisherige Wohnkanton in der Frage der Finanzierung zuständig.

Aus den Materialien, konkret aus dem Erläuternden Bericht vom 1. September 2015, wird klar, dass

- a) Die Regelung sich an Artikel 21 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) orientiert. Dieser lautet: „Zuständig für die Festsetzung und die Auszahlung der Ergänzungsleistung ist der Kanton, in dem die Bezügerin oder der Bezüger Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Heim, einem Spital oder einer andern Anstalt und die behördliche oder vormundschaftliche Versorgung einer mündigen oder entmündigten Person in Familienpflege begründen keine neue Zuständigkeit.“ Die einschlägige Rechtsprechung soll helfen, Unklarheiten zu beseitigen. Auf jeden Fall soll damit weder die Regelung des KVG noch die Regelung des ZGB für die Frage der Finanzierung gelten.
- b) Zu erwähnen ist, dass die kantonale Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen und die Spitalfinanzierung (Wohnkanton nach Art. 49a KVG) auseinander fallen, wenn mit Heimeintritt ein Wohnsitzwechsel erfolgt.

Offene Fragen und Anträge

1. Die Formulierung in Art. 25a Abs. 5 KVG ist deutlich kürzer gehalten wie jene im ELG. Die zum ELG Art. 21 gehörenden Interpretationen und Rechtsprechung kann somit nicht 1:1 auf die neue Bestimmung im KVG übertragen werden.

In der Praxis dürfte damit regelmässig die Frage auftauchen, wer für Pflegeheimpatienten zuständig ist, die ihren Wohnsitz (zum Beispiel wegen der örtlichen Nähe von Angehörigen) in ein nahes Altersheim verlegt haben.

Wir schlagen deshalb vor, dass die Formulierung aus dem ELG übernommen wird. Diese ist wesentlich präziser und führt in der Praxis zu weniger unklaren Situationen.

Nach wie vor wird es Grenzfälle geben, wo der neue Wohnort vorgeht und damit der neue Wohnkanton zuständig sein wird. So zum Beispiel kann beim Umzug in die Nähe von Angehörigen auch bei erst kurzer Dauer der Wohnortswechsel bereits erfolgt sein und die Aufnahme in das Pflegeheim ändert daran nichts mehr.

2. Ab wann gilt die neue Bestimmung für laufende Aufenthalte im Pflegeheim? Das heisst wenn bis jetzt der Standortkanton des Pflegeheims massgebend war, weil er auch dem aktuellen Wohnsitz der versicherten Person entspricht, müsste der zuständige Kanton in den früheren Wohnsitzkanton wechseln, sobald der Wohnortswechsel aufgrund der neuen Gesetzesbestimmung erfolgt.

Die neue Bestimmung darf auf keinen Fall rückwirkende Wirkung entfalten. Unseres Erachtens wäre es aber möglich, dass mit einer genügenden Übergangsfrist von zum Beispiel einem Jahr auch bereits laufende Pflegeheimaufenthalte mit der Neuerung erfasst werden.

3. Allfällig durch diese Regelung verbleibende Restkosten der Pflege sind durch die versicherte Person zu tragen. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG ist die Kostenbeteiligung der versicherten Person jedoch auf 20 % des höchsten durch den Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags beschränkt. Es ist deshalb durchaus möglich, dass durch die unterschiedlichen kantonalen Beiträge dem Pflegeheim ungedeckte Kosten verbleiben.

Da es administrativ für alle Seiten viel zu aufwändig wäre, diese allfälligen Restkosten auch noch dem Herkunftskanton zu verrechnen, dürfte der Patient diesen Kostenanteil zu tragen haben. Weil in den Materialien dieser Umstand bereits erwähnt ist, gehen wir davon aus, dass es sich dabei um eine bewusste Abweichung von Art. 25a Abs. 5 KVG handelt und somit das Pflegeheim in diesen voraussichtlich seltenen Fällen die ungedeckten Kosten dem Patienten in Rechnung stellen darf.

Schlussfolgerung

Aus den genannten Überlegungen beantragen wir den Zusatz zu Artikel 25a KVG wie in Art. 21 Abs. 1 ELG genauer zu fassen und in einer Übergangsbestimmung zu präzisieren, ab wann die Regelung bei bereits laufendem Heimaufenthalt greifen soll.

Im Wortlaut schlagen wir vor: “Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Heim, einem Spital oder einer anderen Institution und die behördliche oder vormundschaftliche Versorgung einer mündigen oder entmündigten Person in Familienpflege begründen keine neue Zuständigkeit. Für bereits bestehende genannte Aufenthalte

oder Versorgungen tritt die neue Regelung per 1. Januar 2017 (beziehungsweise je nach Inkraftsetzen ein Jahr später) in Kraft.“

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit Stellung nehmen zu können und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3
c/o Verband Zürcher Krankenhäuser



Daniel Kalberer, lic. rer. publ. HSG

Die Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3 ist der Zusammenschluss der Spitalverbände und -organisationen der Kantone Aargau, beider Basel, Bern, Graubünden, Solothurn, Zentralschweiz (GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) und Zürich und vertritt deren gemeinsame Anliegen.

Commission de la sécurité
sociale et de la santé publique
des États
Par Courriel

Berne, le 2 novembre 2015

Prise de position de l'association Médecins de famille Suisse (MFE) dans le cadre de l'audition sur l'initiative parlementaire « Amender le régime de financement des soins »

Mesdames,

Messieurs,

Médecins de famille Suisse (MFE) soutient le projet de modification de la LAMal (art. 25a, al.5). Ce projet, initié par l'initiative parlementaire 14.417 É « Amender le régime de financement des soins », apporte simplifications et améliorations à un système jusqu'à aujourd'hui inutilement compliqué.

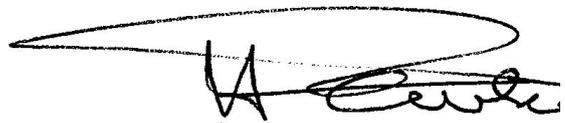
Le projet permet en effet de régler simplement le manque de clarté quant au financement résiduel, lacune importante du financement des soins. Il définit la règle permettant de définir le canton compétent. Choisir le canton de domicile, comme le fait la CSSS-É est un choix simple et logique que nous approuvons.

Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir offert la possibilité de nous exprimer sur ce projet. Nous restons très volontiers à votre entière disposition pour tout renseignement supplémentaire.

Veillez agréer, Mesdames, Messieurs, nos salutations les plus distinguées.



Marc Müller
Président de l'association « Médecins de famille Suisse »



François Héritier
Vice-Président de l'association « Médecins de famille Suisse »
Responsable politique de santé

Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
des Ständerats
3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 4. Dezember 2015

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung Vernehmlassungsantwort SBK

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung. Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ist einer der grössten Verbände im Gesundheitswesen. Unter seinen 26'000 Mitgliedern sind rund 1'600 freiberufliche Pflegefachpersonen, die tagtäglich direkt von der Ausgestaltung der Pflegefinanzierung betroffen sind. Sie erbringen mit ihrem Geschäftsmodell spitalextern wichtige Pflegeleistungen von hoher Qualität.

Der SBK begrüsst, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und mit dieser Vorlage die Frage klären will, welcher Kanton die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege leisten muss. Wir bedauern aber, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt in Angriff genommen hat. Für uns besteht ein viel weiter gehender Bedarf zur Nachbesserung der Pflegefinanzierung.

1. Stellungnahme zur vorgeschlagenen Bestimmung

Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton für die Restfinanzierung bei „ausserkantonaler Pflege“ zuständig sein. Ein Eintritt in ein Pflegeheim soll nichts an dieser Zuständigkeit ändern. Grundsätzlich ist auch für den SBK diese Regelung logisch und sinnvoll. Aus folgenden Gründen sind wir aber der Meinung, dass sie nicht genügend weit geht:

Wer trägt die Differenz?

Der Herkunftskanton soll für die Festsetzung der Restfinanzierung nach seinen eigenen Regeln zuständig sein. Indes lässt die SGK-SR offen, wer die Differenz zu tragen hat. Für den SBK ist klar, dass die negative Differenz der Restfinanzierung nicht zulasten der Patienten und schon gar nicht zu Lasten der Leistungserbringer gehen darf. Dies würde falsche Anreize schaffen und Patienten aus Kantonen mit tiefer Restfinanzierung könnten trotz notwendigem Wechsel in einen anderen Kanton bei der spitalexternen Pflege sowie bei Heimeintritten benachteiligt werden, weil die Institution sich weigert, die Lücke in der Restkostenfinanzierung zu tragen.

Administrativer Aufwand

Falls die vorgeschlagene Regelung in Kraft treten sollte, wird der SBK seinen Freiberuflichen folgende Umsetzung empfehlen:

Die Freiberufliche verrechnet den ausserkantonalen Patient/innen die Vollkosten oder, wo vorhanden, die kantonalen Normkosten. Die Patient/innen müssen dann selber in ihrem Wohnkanton respektive in der Wohngemeinde die Restkosten-Finanzierung einfordern (Leistungen der Krankenkassen wie gehabt).

Möchte die Freiberufliche auf diese für die Patient/innen ungünstige Praxis verzichten, würde dies für Freiberuflichen einen massiven administrativen Mehraufwand bedeuten, der unzumutbar ist:

- Rechnungsstellung an einen Kanton, mit dem man keine etablierten Prozesse hat,
- die allfällige Differenz zwischen den Kantonen der Patientin in Rechnung stellen (oder selber tragen)
- und zudem der Patientin die Kostenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG gemäss der Festlegung des Wohnkantons (oder gar der Wohngemeinde) verrechnen.

Der SBK fordert deshalb, dass die Zuständigkeit anders gelöst wird:

- **Bei der ambulanten Pflege wird die Restfinanzierung vom Kanton geleistet, in dem die Pflegeleistung erbracht worden ist.**
- **Bei der stationären Pflege wird definiert, welcher Kanton für die Finanzierung der Differenz zu den allenfalls höheren Norm- oder Vollkosten zuständig ist.**

Damit die Restfinanzierung bei ausserkantonomer Pflege sinnvoll geregelt werden kann, ist auch sicher zu stellen, dass alle Kantone ihre Verantwortung in der Restfinanzierung tatsächlich wahrnehmen. **In der ambulanten Pflege gibt es nach wie vor Kantone, welche den freiberuflichen Pflegefachpersonen und den privaten Spitzenorganisationen keine Restfinanzierung gewähren!**

2. Stellungnahme zu den im Bericht ebenfalls aufgeführten Problembereichen

zu 2.4.1

Der SBK ist sich bewusst, dass die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral zu erfolgen hatte. Die Kosten der Pflege sind aber genau wie die zugrunde liegenden Leistungen nicht statisch; beide entwickeln sich weiter. In den letzten Jahren haben sich alle Spitexanbieter stark den veränderten Bedingungen anpassen müssen:

- Patienten kommen früher aus dem Spital, sind also akuter und benötigen professionelle Pflegeleistungen
- Chronisch kranke und polymorbide Patienten bleiben dank den Leistungen der spitalexternen Leistungserbringern länger zu Hause, sie brauchen aber wegen ihren komplexen Krankheitsbildern mehr auf Tertiärstufe ausgebildetes Personal. Dies ist mit entsprechenden Lohnkosten verbunden.
- Weil die Menschen länger zu Hause bleiben, verändert sich auch der „Bewohner-Mix“ in den Pflegeheimen hin zu mehr Bewohner/innen mit komplexen und Mehrfach-Erkrankungen. Auch hier ist ausgebildetes Pflegefachpersonal HF /FH erforderlich, das aber auch bezahlt werden muss.

Der SBK fordert, dass der Grundsatz der jährlichen Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ins KVG aufgenommen wird.

Zudem ist das System bei den Pflegeheimen um sechs Stufen zu 20 Minuten auf 18 Stufen zu erweitern und mit entsprechend höheren Beiträgen zu entgelten.

In der Folge ist die Patientenbeteiligung auf 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages zu beschränken, damit die Patient/innen nicht über Massen belastet werden.

zu 2.4.2

Der SBK teilt die Einschätzung der Kommission, dass verschiedene Instrumente zu vergleichbarem Pflegeaufwand führen sollen. Er setzt sich deshalb dafür ein, dass Assessmentinstrumente (Instrumente zur Bedarfsermittlung) folgende Kriterien erfüllen sollen:

- Das Instrument erfasst den klinischen Zustand des Patienten, sein soziales Umfeld und seine Umgebung:
 - strukturiert
 - standardisiert
- Es ist relevant für die klinische Praxis,
- erlaubt den Pflegebedarf / die Pflegediagnosen und die daraus folgenden Pflegeleistungen abzuleiten
- und eignet sich für die Qualitätssicherung (Wirksamkeit, Outcome).
- Es erfüllt Validität und Reliabilität.
- Der zeitliche Anwendungsaufwand ist verhältnismässig zu der zu erbringenden Leistung.

Der SBK lehnt das Monopol von einzelnen Instrumenten ab, weil sie dadurch verteuert und für die freiberuflichen Pflegefachpersonen kaum erschwinglich werden. Zudem gibt es heute noch kein Programm, das allen Fachbereichen der Pflege gerecht wird.

zu 2.4.3

Der SBK stimmt der SGK-SR zu, dass kein Regelungsbedarf besteht, um die Messung und Eingrenzung der „Betreuungskosten“ detaillierter auszugestalten. Für das KVG und auch den Tarifschutz ist nur relevant, welche Kosten als „Pflegekosten“ gelten und somit gemäss Pflegefinanzierung abzurechnen sind. Wenn die Kostenkategorie „Pflege“ korrekt ermittelt und erfasst ist, besteht kein Bedarf zur zusätzlichen Messung/Eingrenzung der „Betreuungskosten“, dies würde auch zu massivem Mehraufwand führen.

Allerdings ist es für den SBK mehr als störend, dass Heime versuchen ihre Finanzierungslücken so zu decken, in dem die nicht ausgewiesenen Pflegeleistungen als Betreuungsleistungen dem Bewohner direkt verrechnet werden.

Die Auseinandersetzung mit den Versicherungen, welche Leistungen nun zu Pflegeleistungen gehören und welche nicht, wird die freiberufliche Arbeit aber weiterhin prägen.

zu 2.4.4

Die neu geschaffene Leistung der Akut- und Übergangspflege hat sich in der Tat nicht etabliert. Dass die Versicherer und Leistungserbringer dies ändern können, indem sie Pauschalen für die Leistungen der AÜP aushandeln, glauben wir jedoch nicht. Vielmehr muss die Grundkonzeption der AÜP verbessert werden. Der SBK ist überzeugt, dass die AÜP sich nur etabliert, wenn sie für mehr als nur 2 Wochen verordnet werden kann und wenn bei stationärer AÜP die Hotellerie durch OKP und Kanton finanziert wird.

Wir fordern deshalb

- **eine Verlängerung der AÜP auf sechs Wochen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um weitere sechs Wochen.**
- **dass die Leistungen der AÜP im Pflegeheim nach den Regeln der Spitalfinanzierung inklusive der Kosten für Hotellerie und Betreuung zu vergüten ist.**

3. Weitere Themen mit Nachbesserungsbedarf

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung weist unserer Meinung nach weitere Probleme auf, bei denen wir uns eine baldige Lösung erhoffen.

Tarifschutz

Obwohl im KVG geregelt ist, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden dürfen, vertritt der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich eine Wegpauschale in Rechnung gestellt werden darf.

Bei den Pflegeheimen führt die viel zu tiefe Restfinanzierung in manchen Kantonen dazu, dass Pflegeleistungen den Bewohner/innen als Betreuungsleistungen in Rechnung gestellt werden. Wir fordern deshalb, dass sich der Gesetzgeber klar und eindeutig dazu äussert, dass der Tarifschutz nach Art. 44 KVG auch bei der ambulanten Pflege gilt und dass die Kantone sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten gemäss Art. 25 KVG vollständig zu finanzieren haben.

Finanzierung von Pflegematerial

Gemäss BAG-Interpretation des KVGs könnten Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen keine Materialkosten zulasten Krankenversicherer verrechnen. Die Finanzierung von Pflegematerialien und Mittel und Gegenständen gemäss MiGeL kann aber auch nicht im Rahmen der Restfinanzierung sichergestellt werden.

Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.

Varietenvielfalt bei der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege

Aktuell besteht bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege eine sehr grosse Vielfalt. So gibt es beispielsweise Kantone ohne Patientenbeteiligung, andere mit einem fixen Betrag von CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag oder einem prozentualen Anteil von 10% oder 20% vom Rechnungsbetrag mit Begrenzung bei CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag. Diese Vielfalt an Varianten führt zu erheblichem administrativem Aufwand bei Leistungserbringern, die in mehreren Gemeinden respektive Kantonen tätig sind.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen, sei es im Rahmen der Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, in Zusammenhang mit der Evaluation des BAG der Pflegefinanzierung oder bei weiteren Bemühungen um Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung. Wir stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SBK-ASI



Helena Zaugg
Präsidentin



Yvonne Ribl
Geschäftsführerin

Per E-Mail an:

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 17. Dezember 2015 – CST/rp

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung Vernehmlassungsantwort des Verbandes **senesuisse**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung zur rubrizierten Vernehmlassung. Weil die Finanzierung für **senesuisse** als Verband der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeinstitutionen eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren des Gesundheitssystems darstellt, erhalten Sie in der angesetzten Frist diese Stellungnahme.

Im Jahr 1996 wurde der Verband **senesuisse** gegründet. Seither vertritt er die Interessen und Anliegen von Leistungserbringern im Bereich der Langzeitpflege. Mehr als 350 Institutionen mit über 20'000 Pflegeplätzen sind Mitglied.

Als Verband der nicht subventionierten Alters- und Pflegeinstitutionen setzt sich **senesuisse** seit jeher für wirtschaftliche und deregulierende Lösungen in allen Bereichen ein und wehrt sich gegen ständig steigende Bürokratie und zusätzlichen Administrativaufwand, die niemandem nützen. Entsprechend den Prämissen von Wirtschaftlichkeit, Selbstverantwortung, Freiheit und angemessener Finanzierungsregelungen **lehnen wir den unterbreiteten Vorschlag zur klar ungenügenden Finanzierung bei ausserkantonalem Leistungsbezug ab und begrüssen den Verzicht auf die weiteren Normen zu Betreuungskosten und Pflegemessinstrumente. Besonders enttäuscht sind wir, dass die Ständeratskommission die Chance nicht genutzt hat, dringend nötige Anpassungen in der Pflegefinanzierung anzugehen.**

A Stellungnahme zur unterbreiteten Vorlage

Als Mitglied der IG Pflegefinanzierung unterstützt der Verband **senesuisse voll und ganz die von dieser Interessengruppe eingereichte Vernehmlassungsantwort.** Besonders soll nochmals unterstrichen werden, dass die vorgeschlagenen Regelungen die Probleme in der Pflegefinanzierung keineswegs lösen. Vielmehr sind weitere Anpassungen nötig und muss sich die Finanzierung bei ausserkantonalem Leistungsbezug nach dem Kanton richten, in dem die Pflegeleistung erbracht wird.

Die zusätzlich selbständige Beteiligung am Vernehmlassungsverfahren hat zum Zweck, den gemeinsamen Anliegen aller Gesundheitsverbände nochmals Nachdruck zu verleihen. Zudem erlauben wir uns nachstehend zusätzliche Erläuterungen aus Sicht der Alters- und Pflegeheime, namentlich weshalb die unterbreitete Lösung für ausserkantonalen Leistungsbezug besonders bei den Patienten in Pflegeheimen die Probleme eher verstärkt als löst.

B Stellungnahme zur Finanzierung bei ausserkantonalem Leistungsbezug

Bei dieser Frage muss eine klare Priorität bestehen: An erster Stelle ist die Niederlassungsfreiheit der betroffenen Personen zu gewährleisten. Auch wer altert, hat das Anrecht darauf, sich an einem beliebigen Ort der Schweiz niederlassen zu dürfen – ohne Einschränkungen bei der Mitfinanzierung des Aufenthalts und der Pflegekosten in Pflegeheimen!

Wer diese Priorität beachtet, muss den unterbreiteten Revisionsvorschlag als schlichtweg untauglich ablehnen. Statt eine gesamtheitliche Lösung für Pflege- und Aufenthaltskosten zu suchen, begrenzt sich der Lösungsvorschlag auf die Pflegekosten – und stellt erst noch eine Verschlechterung zur heute gemäss Bundesgericht geltenden Standortfinanzierung dar. Die unterbreitete Lösungsvariante bedeutet für die Patienten, dass die Kostendeckung ungewiss ist, wenn sie Leistungen aus einem andern Kanton beziehen (teurere Kosten sind nicht gedeckt).

Im erläuternden Bericht kapitulieren die Räte gleich selbst vor ihrer Lösung: *„Da bei der Neuregelung der Herkunftskanton zuständig ist für die Festsetzung der Restfinanzierung, ist nicht auszuschliessen, dass die von ihm festgesetzten Beiträge abweichen von den Beiträgen, die in einem anderen Kanton zur Deckung der Restkosten der Pflege nötig wären. Es ist daher davon auszugehen, dass allfällig verbleibende Restkosten der Pflege durch die versicherte Person zu tragen sein werden.“*

Konkret heisst dies, dass nur noch Personen mit dem nötigen Vermögen auch im Alter über die Niederlassungsfreiheit verfügen. Dies ist schlichtweg unakzeptabel! Aber auch aus Sicht der Leistungserbringer bestehen klar negative Folgen, indem Rückvergütungen gemäss fremdem System im anderen Kanton einzufordern sind (nach dessen Regeln und Formularen). Damit steigt für alle der Administrativaufwand, ohne dass eine faire Kostenübernahme garantiert wäre.

Viel einfacher und klarer wäre genau das Gegenteil des Vorschlags: Jeder Kanton sollte die Pflegerestkosten für auf seinem Gebiet beheimatete Leistungserbringer zahlen.

So bleiben die Patienten, welche Leistungen ausserhalb ihres Kantons beziehen, nicht gesetzeswidrig auf ungedeckten Kosten sitzen. Zudem müssten die Leistungserbringer nur die Pflegefinanzierung des eigenen Ortes kennen. Die Kantone sind ja auch bei der Bewilligung und Kontrolle für die „eigenen“ Heime und Spitex-Anbieter zuständig. Von diesen erhalten sie die Kostenrechnung, welche wiederum die angemessene Finanzierungshöhe bestimmt! Letztlich profitiert der Standortkanton auch von den Unternehmenssteuern und den Arbeitsplätzen, welche diese Leistungserbringer generieren (und bei Pflegeheimaufenthalten auch noch von Steuern der vermögenden Personen).

Es gibt nur zwei Argumente, welche gegen eine Kostentragung durch den Standort des Leistungserbringers sprechen: Erstens die Benachteiligung derjenigen Kantone, welche viele „Einwanderer“ aus anderen Kantonen anziehen und zweitens der Anreiz zur Erstellung einer bloss mangelhaften Zahl an Pflegeheimbetten, um Kosten einzusparen. Das erste Problem ist vernachlässigbar, weil der Wanderungssaldo nur marginal ist (nur gerade 3,6 Prozent der Pflegeheimbewohner ziehen in einen anderen Kanton). Das zweite Problem wäre ganz einfach mit der Aufhebung der heutigen Beschränkung der Pflegebetten lösbar, welche auch noch positive Auswirkungen auf gesunden Wettbewerb und die Qualität hätte.

Um die Niederlassungsfreiheit zu garantieren, ist aber unbedingt die Koordination zwischen Pflegekosten und EL nötig: Nur wenn die gesamten Aufenthaltskosten gedeckt sind, ist der freie Entscheid zum Umzug in ein ausserkantonales Pflegeheim möglich! Die Kantone müssen sich zwingend überwinden, bei der EL und bei den Pflegekosten die gegenseitigen Beträge anzuerkennen. Es darf nicht sein, dass auf dem Buckel der Schwächsten unserer Gesellschaft die benötigten Leistungen eingespart werden.

Fazit: Für den Aufenthalt in Pflegeheimen muss jeweils der Standortkanton des Betriebs für die Pflegerestkosten aufkommen und zudem müssen die Kantone für die Aufenthaltskosten ihre EL-Höchstbeträge gegenseitig anerkennen.

C Stellungnahme zu weiteren nötigen Anpassungen in der Pflegefinanzierung

Als Mitglied der IG Pflegefinanzierung unterstützt der Verband **sene**suisse die von dieser IG eingereichten Anträge zur tatsächlichen Verbesserung der Pflegefinanzierung.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Hauptproblematik in der schlichtweg vielerorts **ungenügenden Ausfinanzierung der Pflegekosten** liegt. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG ist es aus unserer Sicht schlichtweg unzulässig, die Restfinanzierung der Pflegekosten etwa auf Basis eines bloss finanzpolitischen Entscheids oder der Vorvorjahreszahlen festzulegen. Gemäss der offiziellen SOMED-Statistik erwirtschaften ca. 600 Heime einen berechtigten Gewinn von knapp 220 Millionen Franken, während ca. 950 Heime einen Verlust von insgesamt mehr als einer halben Milliarde erleiden; somit bestehen gesamt-schweizerisch ungedeckte Pflegekosten in Pflegeheimen von ca. 250 - 350 Millionen Franken. Eine Präzisierung von Art. 25a Abs. 5 KVG ist dahingehend nötig, **dass die Kantone für sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden ausgewiesenen Restkosten für Pflegeleistungen vollumfänglich aufkommen müssen**. Mit dieser Präzisierung würde auch der vom Preisüberwacher regelmässig reklamierte gesetzeswidrige Zustand hinfällig, dass ungedeckte Pflegekosten unter anderem Titel (auf die Hotellerie-/Betreuungskosten) auf die Patienten überwälzt werden müssen. Wir begrüssen diesbezüglich sehr, dass gemäss erläuterndem Bericht auf die Messung der Betreuungskosten verzichtet wird, was enormen Aufwand ohne einen Nutzen bewirkt hätte.

Auch für die im erläuternden Bericht erwähnte **Akut- und Übergangspflege** sei nochmals mit Nachdruck eine Verbesserung verlangt. Sämtliche Patientenverbände und Leistungserbringer sind sich einig, dass die heutige Regelung eine Totgeburt ist. **Die Dauer von 14 Tagen muss deutlich erhöht werden und die Finanzierung auch für den Aufenthalt sichergestellt sein**. Nur so kann diese – gerade bei älteren Patienten äusserst sinnvolle – „Neuorientierungsphase“ nach einem Spitalaufenthalt das gesamte Umfeld berücksichtigen und eine sinnvolle Lösung für Aufenthalt und Pflege (mit dem Ziel der selbständigen Rückkehr nach Hause) ermöglichen.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüssen
senesuisse

Christian Streit
Geschäftsführer



SPITEX - Verband Baselland

Spitexverband Schweiz
Silvia Marti
Zentralsekretariat
Sulgenauweg 38
3000 Bern

Liestal, 30.11.2015/RM

**Vernehmlassung: Nachbesserung der Pflegefinanzierung
Stellungnahme des Spitexverband BL zur Vernehmlassungsantwort SVS**

Sehr geehrte Frau Marti,

Sie haben uns eingeladen zur Vernehmlassungsantwort des SVS Stellung zu nehmen. Gerne nimmt der SPITEX Verband Baselland diese Möglichkeit wahr.

Wir stimmen gesamthaft mit der Vernehmlassungsantwort des SVS überein und schätzen, dass sie über die Klärung, welcher Kanton für die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege zuständig ist, hinausgeht.

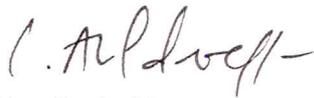
Zu Punkt 1 und 2: Es kann nicht sein, dass die Leistungserbringer die durch die verschiedenen Regeln der Kantone entstehende Differenz ausgleichen müssen oder für deren Eintreibung einen übermässigen administrativen Aufwand leisten müssen. Aus diesem Grunde unterstützen wir die Forderung, dass bei der ambulanten Pflege die Restfinanzierung von demjenigen Kanton geleistet wird, in dem die Pflegeleistung erbracht wird.

Zu Punkt 3: Wir unterstützen eine jährliche Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und die Beschränkung der Patientenbeteiligung auf 10 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags.

Hingegen möchten wir, dass die Prüfung einer Streichung der Akut und Übergangspflege aus dem Text herausgenommen wird. Der in Baselland gültige Tarif ist für die Leistungserbringer der einzige, der kostendeckend ist. Die AÜP hat sich je nach Spital in BL ganz gut etabliert.

Zu Punkt 4: Wir unterstützen die Forderungen des SVS zum Tarifschutz, zur Finanzierung von Pflegematerial und zur 10 % igen Patientenbeteiligung mit konkret festgelegter Ausgestaltung. Wir danken Ihnen für die gute Vernehmlassungsantwort des SVS und bitten Sie, unser Anliegen zu AÜP zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen
SPITEX Verband Baselland



Claudia Aufderreggen
Mitglied Vorstand



Markus Gisin
Mitglied Vorstand

Bundesamt für Gesundheit
 3003 Bern
 per Mail an:
bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Dokument	Ihr Ansprechpartner	Datum
	09.09.2015	b_2015-12-14 stellungnahme pflege bag	Beat Huwiler Tel.: 062 836 40 90 Fax: 061 836 40 91 beat.huwiler@vaka.ch	14.12.2015

Stellungnahme zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die Möglichkeit, zur Anhörung „Umsetzung der parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ Stellung nehmen zu können.

SWISS REHA unterstützt die Stossrichtung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S), da sich die vorgeschlagene Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 KVG an den Bestimmungen der Ergänzungsleistungs-Gesetzgebung orientiert. Damit wird klar, welcher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Restfinanzierung der Pflegekosten übernehmen soll.

SWISS REHA lehnt den Vorschlag der SGK-S ab, dass der Herkunftskanton die Höhe der Restkostenfinanzierung festlegen soll. Die Einhaltung der Vorgaben im KVG, namentlich der maximal zulässigen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG wird damit in Frage gestellt. Es besteht die Gefahr, dass ungedeckte Pflegerestkosten bestehen, womit sowohl die Niederlassungsfreiheit als auch die freie Wahl des Leistungserbringers beschnitten werden.

SWISS REHA empfiehlt, dass die Regeln des Standortkantons für die Pflegefinanzierung, sprich für die Höhe des Beitrags der versicherten Person und für die Höhe der Pflegerestkosten zur Anwendung gelangen. Allenfalls könnte in einer Übergangsbestimmung präzisiert werden, ab wann die Regelung bei bereits laufendem Pflegeheimaufenthalt greifen soll.

Die parlamentarische Initiative spricht wichtige, wenn auch bei weitem nicht alle Probleme an, die sich aus der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung ergeben haben. Ein Teil der Gründe für die Probleme liegt im Gesetz selbst, ein anderer Teil in der kantonal unterschiedlichen Umsetzung.

Deshalb regt SWISS REHA eine Gesamtrevision der Pflegefinanzierung an, da bereits nach den vier Jahren seit der Einführung gravierende Mängel offensichtlich sind. SWISS REHA unterstützt auch weitere Vorstösse der eidgenössischen Räte zur Pflegefinanzierung:

- 12.4099 Postulat Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG SR Bruderer Wyss;
- 14.448 Parl. Iv. Praxisorientierte Gestaltung der Übergangspflege NR Humbel;



- 14.4292 Motion Praxistaugliche Zulassung der Pflegeheime als Leistungserbringer NR Humbel;
- diverse Vorstösse NR Heim, z.B. 12.4051 Postulat Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte;
- 12.3604 Postulat Strategie zur Langzeitpflege NR Fehr Jacqueline;
- 10.4090 Motion Nationales Impulsprogramm zur Förderung von Zwischenstrukturen für betagte Personen NR Rossini etc.

SWISS REHA ist der Überzeugung, dass nur ein breit angelegter Massnahmenplan die Basis für eine nachhaltige Lösung der Pflegefinanzierung bringen kann.

Aus obigen Überlegungen unterstützt SWISS REHA die Vorlage, aber nur unter dem Vorbehalt, dass die Probleme der Pflegefinanzierung umfassend gelöst werden.

SWISS REHA, die Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz, repräsentiert die namhaften Schweizer Rehabilitationskliniken aller Fachrichtungen. Diese verfügen zusammen über 2 400 Betten und damit über 50% des gesamtschweizerischen Bettenbestandes im Rehabilitationsbereich.

Die Mitglieder verpflichten sich, sich alle vier Jahre durch eine externe Zertifizierungsstelle auditieren zu lassen. Diese anspruchsvollen und verbindlichen Vorgaben garantieren einerseits eine hohe medizinische Qualität und tragen andererseits zu einer grösstmöglichen Wirtschaftlichkeit bei.

Freundliche Grüsse

SWISS REHA



Willy Oggier
Präsident



Beat Huwiler
Geschäftsführer

VKZS | Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und Kantonszahnärzte der Schweiz
AMDCS | Association des Médecines Dentistes Cantonaux de la Suisse
AMDCS | Associazione dei Medici Dentisti Cantionali della Svizzera
ACDOS | Association Of Chief Dental Officers Of Switzerland

Dienststelle Gesundheit und Sport
Kantonszahnarzt Luzern
Präsident VKZS
Dr. med. dent. Peter Suter
Schuelgass 9
6215 Beromünster
Telefon 041 932 10 30
peter.suter@lu.ch

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Beromünster, 8.12.15

**Vernehmlassung zur Nachbesserung der Pflegefinanzierung: Stellungnahme der
Vereinigung der Kantonszahnärzte VKZS**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Vereinigung der Kantonszahnärzte bedankt sich für die Gelegenheit einer Stellungnahme zum Entwurf KVV

Dem Vorschlag können wir vorbehaltlos zustimmen. Die Änderung schafft Rechtssicherheit, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist. Der Vorschlag deckt sich mit der verabschiedeten Position der Kantone.

Wir möchten uns für Berücksichtigung unserer Stellungnahme und die Gelegenheit zur Stellungnahme ganz herzlich bedanken

Freundliche Grüsse

Dr. med. dent. Peter Suter
Präsident VKZS
Telefon 041 932 10 30
peter.suter@lu.ch

Tschumi Aline BAG

Von: Fuhrer Bruno BAG
Gesendet: Mittwoch, 23. September 2015 09:33
An: Noirjean Deborah BAG; Tschumi Aline BAG
Betreff: WG: 14.417: Keine Vernehmlassungsantwort des VSAO

z.K.

Gruss

Bruno

Von: van der Heiden Nico [mailto:vanderHeiden@vsao.ch]
Gesendet: Montag, 21. September 2015 08:42
An: Fuhrer Bruno BAG <Bruno.Fuhrer@bag.admin.ch>; _BAG-DM <DM@bag.admin.ch>
Cc: Stettler Simon <Stettler@vsao.ch>; Tandjung Ryan <ryan.tandjung@gmail.com>; Schröpfer Daniel <doc-daniel@gmx.net>
Betreff: 14.417: Keine Vernehmlassungsantwort des VSAO

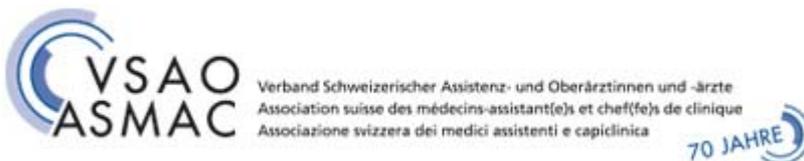
Sehr geehrter Herr Fuhrer, sehr geehrte Damen und Herren,

Besten Dank für die Einladung zur Vernehmlassung zur Nachbesserung der Pflegefinanzierung (14.417). Der VSAO verzichtet auf eine detaillierte Vernehmlassungsantwort, da er die geplante Nachbesserung begrüsst und darin keinerlei Probleme erkennen kann.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse,

Nico van der Heiden
Dr. phil., Stv. Geschäftsführer / Leiter Politik & Kommunikation



Bahnhofplatz 10A, Postfach
3001 Bern

Tel: 031 350 44 88 (Zentrale)
Tel: 031 350 44 82 (Direktwahl)
Fax: 031 350 44 89

vanderheiden@vsao.ch
www.vsao.ch



MEDIfuture

Der Laufbahn-Kongress
für angehende und junge Ärztinnen und Ärzte
Samstag, 7.11.2015 in Bern



www.medifuture.ch