



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Rapporto concernente i risultati della consultazione sulla modifica della legge federale sull'assicurazione malattie

Iniziativa parlamentare Correttivi da apportare al finanziamento delle cure

3003 Berna, marzo 2016

Indice

1	Situazione iniziale	3
2	Riassunto dei pareri	3
2.1	Sintesi.....	3
2.1.1	Cantoni	4
2.1.2	Partiti politici.....	5
2.1.3	Associazioni mantello dell'economia.....	5
2.1.4	Associazioni dei consumatori	6
2.1.5	Fornitori di prestazioni	6
2.1.6	Assicuratori	7
2.1.7	Rappresentanti dei pazienti	7
2.1.8	Altre organizzazioni	8
2.2	Pareri a carattere generale.....	9
2.3	Osservazioni relative alle singole disposizioni del progetto	35
	<i>Articolo 25a capoverso 5 terzo e quarto periodo LAMal</i>	<i>35</i>
2.4	Disposizione transitoria	47
2.5	Osservazioni generali sul finanziamento delle cure.....	49
	<i>Allegato 1: elenco dei destinatari permanenti della consultazione</i>	70
1.	Kantone / Cantons / Cantoni	70
2.	In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale	72
3.	Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna	73
4.	Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia	73
5.	Andere Interessenten / autres milieux intéressés / altri interessati	74
	<i>Allegato 2: elenco dei partecipanti alla consultazione / sigle / statistica</i>	81

1 Situazione iniziale

Con lettera del 9 settembre 2015 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati ha invitato le organizzazioni interessate a esprimersi per scritto entro il 18 dicembre 2015 nell'ambito di una consultazione sulla revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) in seguito all'iniziativa parlamentare della consigliera agli Stati Christine Egerszegi-Obrist (PLR, AG) «Correttivi da apportare al finanziamento delle cure».

La documentazione della consultazione è stata recapitata a 124 destinatari. Complessivamente sono pervenuti 61 pareri scritti (54 da partecipanti invitati ufficialmente e 7 da altre organizzazioni).

2 Riassunto dei pareri

2.1 Sintesi

Favorevoli in linea di massima alla modifica di legge richiesta dall'iniziativa parlamentare, numerosi **Cantoni** e anche la CDS la ritengono comunque troppo poco incisiva. La coerenza fra la competenza prevista per il finanziamento residuo e l'attuale disciplinamento relativo alla determinazione e al versamento di prestazioni complementari è vista di buon occhio dai Cantoni. Grazie al disciplinamento proposto i Cantoni che dispongono di sufficienti posti letto in case di cura e capacità in ambito ambulatoriale non sarebbero più sfavoriti. Alcuni Cantoni sono d'accordo che sia il Cantone di provenienza a fissare l'ammontare del finanziamento residuo e in nessun caso un'eventuale differenza deve essere assunta dalla persona bisognosa di cure. Molti Cantoni ritengono necessario formulare una normativa transitoria che disciplini la situazione di quelle persone che, al momento dell'entrata in vigore della modifica proposta, beneficiavano già di cure al di fuori del loro Cantone. Tre Cantoni (UR, TI, GE) respingono la modifica di legge.

I **partiti politici** vedono in linea di massima con favore la modifica di legge proposta, in particolare la sua coerenza con il disciplinamento vigente relativo alla determinazione e al versamento di prestazioni complementari. Alcuni temono tuttavia che vi potrebbero essere lacune di copertura nel caso in cui le tariffe relative a prestazioni fornite fuori Cantone risultassero più elevate rispetto a quelle fissate nel Cantone di provenienza. Questo aspetto andrebbe ancora regolamentato nel progetto. Si teme d'altro canto che con il disciplinamento proposto i pazienti dovrebbero richiedere da sé il rimborso del finanziamento residuo presso il loro Cantone di provenienza, dato che l'onere amministrativo per i fornitori di prestazioni di cure ambulatoriali a domicilio sarebbe troppo elevato.

Anche le **associazioni mantello dell'economia** vedono di buon occhio la finalità perseguita dalla modifica di legge proposta nonché la sua coerenza con il disciplinamento vigente in materia di determinazione e versamento delle prestazioni complementari. L'USS teme che eventuali lacune di copertura nel finanziamento saranno riversate sui pazienti. Di analogo parere sono la Fondazione per la protezione dei consumatori e altri **rappresentanti dei pazienti**.

La maggior parte dei **fornitori di prestazioni** valuta positivamente la disponibilità ad apportare miglioramenti, ma ritiene che la modifica di legge proposta nel suo tenore attuale non sia sufficiente per risolvere i numerosi problemi relativi al finanziamento delle cure (CURAVIVA, H+, SBK, spitex, Swissreha). La coerenza con il disciplinamento vigente in materia di determinazione e versamento di prestazioni complementari è valutata in modo positivo pressoché unanimemente. Numerosi fornitori di prestazioni (ASPS, senesuisse e IG Pflegefinanzierung) erano delusi dalla modifica proposta, perché ritenuta non sufficiente. In particolare secondo ASPS, asi, spitex e IG Pflegefinanzierung, le cure ambulatoriali non sono tenute sufficientemente in considerazione. Si è rilevato fra l'altro il problema dei costi amministrativi eccessivi per le organizzazioni di cure ambulatoriali nell'assistenza di pazienti provenienti da altri Cantoni e il fatto che queste organizzazioni non siano in grado di assumersi eventuali lacune di finanziamento. FMH, MFE, ASMAC e AMDCS sostengono senza riserve la modifica di legge presentata.

Gli **assicuratori** sostengono la modifica proposta perché in tal modo la competenza è chiaramente disciplinata, la pianificazione cantonale agevolata e i Cantoni in cui è disponibile un numero di posti in case di cura superiore a quello richiesto dalla loro popolazione sono sostenuti finanziariamente. Anche la coerenza con il disciplinamento relativo alle prestazioni complementari è visto con favore. Essi temono d'altro canto che eventuali lacune di copertura ricadano sui pazienti.

La maggior parte dei pareri non riguarda solo il finanziamento residuo nelle cure extracantonali, ma anche altri ambiti del finanziamento delle cure, che a loro avviso necessitano di revisione. Al riguardo si tratta ad esempio dei contributi dell'AOMS alle cure, della partecipazione a carico dei pazienti nonché della durata e del finanziamento delle cure acute e transitorie.

Di seguito sono riassunti i pareri secondo i diversi gruppi da cui provengono (Cantoni, partiti politici, associazioni mantello dell'economia, associazioni dei consumatori, fornitori di prestazioni, assicuratori, rappresentanti dei pazienti, altre organizzazioni).

2.1.1 Cantoni

La maggior parte dei Cantoni (ZH, LU, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, BS, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, VD, NE, JU, CDS) è favorevole alla modifica proposta. SZ e FR non hanno espresso alcun commento. Gli altri Cantoni pensano che la proposta formulata non sia abbastanza incisiva e/o menzionano punti supplementari per i quali vedono la necessità di legiferare.

UR, TI e GE sono contrari alla modifica di legge. Dal punto di vista del Cantone di Uri, l'equivalenza fiscale va rispettata, vale a dire il Cantone che riceve le imposte è responsabile di finanziare la parte rimanente. Inoltre Uri è convinto che la soluzione proposta renderebbe più difficoltosa la pianificazione cantonale in materia di case di cura. Il numero di persone che hanno previsto una degenza in una casa di cura al di fuori del loro Cantone è difficilmente valutabile, dato che i motivi di simili ricoveri sono molto diversi e individuali. Il Cantone Ticino è dell'avviso che le competenze dovrebbero essere stabilite tenendo conto del domicilio definito in base al diritto civile, in particolare ai fini di una certa coerenza in relazione alla definizione di domicilio all'interno della LAMal e per agevolare così l'applicazione di questa nozione. Il Cantone di Ginevra è contrario alla modifica proposta dal momento che ostacolerebbe la pianificazione, renderebbe impossibile una valutazione adeguata delle spese e impedirebbe il controllo delle fatture emesse in altri Cantoni. Per il Cantone di Ginevra è prioritario che le persone possano rimanere a domicilio più a lungo possibile.

Numerosi Cantoni (ZH, LU, NW, GL, BS, AR, AI, SG, GR, TG, CDS) vedono di buon occhio la coerenza fra la competenza prevista per il finanziamento residuo e il disciplinamento vigente relativo alla definizione e al versamento delle prestazioni complementari. Secondo i Cantoni ZH, NW, GL, SO, BL, AR e la CDS la soluzione proposta impedisce che i Cantoni e le regioni che offrono sufficienti posti in case di cura e dispongono di sufficienti capacità in ambito ambulatoriale siano sfavoriti per il fatto che sono tenuti ad assumere il finanziamento residuo per tutte quelle persone che provengono da un altro Cantone per farsi curare nel loro Cantone. Se la competenza in materia di finanziamento residuo rimanesse nel Cantone di domicilio, vi sarebbe il rischio che i Cantoni si limitino a creare un numero minimo di posti nelle case di cura per evitare di dover farsi carico di persone bisognose di cure di altri Cantoni. ZH, NW, GL e BL ritengono d'altronde che la soluzione proposta potrebbe portare a un migliore coordinamento fra i Cantoni. I Cantoni di Uri (nel caso in cui la modifica di legge proposta sia accettata nella versione presentata) e ZG auspicano che venga considerata espressamente l'organizzazione intracantonale. Infatti, ad esempio, in alcuni Cantoni il finanziamento residuo è assunto dai Comuni.

SG e TG sono soddisfatti che la modifica di legge proposta consenta alle persone di scegliere liberamente il luogo di degenza in una casa di cura. La libertà di residenza è così garantita.

In merito all'equivalenza fiscale menzionata soprattutto dal Cantone di Uri, i Cantoni ZH, NW, GL, BS, BL e la CDS sono dell'avviso che i vantaggi della modifica di legge proposta siano più importanti del pericolo che il Cantone che riceve le imposte non coincida con quello chiamato a finanziare la parte rimanente.

La questione del limite superiore delle spese, vale a dire la domanda volta a stabilire a quale Cantone spetti determinare i costi standard considerati nel calcolo dei costi residui, è stata sollevata segnatamente dai Cantoni ZH, UR (nel caso in cui la proposta sia accettata nella versione presentata), ZG, SO, BL, JU e dalla CDS, che si sono tutti espressi per il mantenimento di questa competenza nel Cantone di provenienza responsabile del finanziamento residuo. BS si esprime a favore del fatto che la legge definisca chiaramente a chi spetti la competenza di definire il limite superiore dei costi. GR segnala in questo contesto il pericolo di lacune di finanziamento che potrebbero insorgere se i limiti superiori dei costi fissati dal Cantone di provenienza dovessero situarsi al di sotto di quelli del Cantone in cui ha sede la casa di cura e chiede a questo proposito una soluzione a livello giuridico.

NW propone un confronto intercantonale fra i metodi impiegati per fissare i costi standard e SO chiede una parificazione regionale dei limiti superiori dei costi allo scopo di evitare notevoli lacune nel finanziamento residuo.

Numerosi Cantoni temono che, riguardo alle lacune nel finanziamento residuo, eventuali costi rimanenti debbano essere assunti dai pazienti. Questo sarebbe tuttavia contrario alla volontà del legislatore che ha previsto nell'articolo 25a capoverso 5 LAMal che i costi delle cure non coperti possono essere addossati all'assicurato solo per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale.

Il Cantone di ZG è dell'avviso che in caso di libera scelta della casa di cura al di fuori del proprio Cantone il paziente debba sostenere eventuali costi residui.

Molti Cantoni e anche la CDS ritengono necessario introdurre disciplinamenti transitori per quei pazienti che già prima dell'entrata in vigore delle nuove disposizioni erano ricoverati in una casa di cura fuori dal loro Cantone.

VD teme che le disposizioni transitorie riguardanti degenze in case di cura extracantonali che erano in corso già prima dell'entrata in vigore della modifica di legge non facciano che aumentare l'onere amministrativo per i fornitori di prestazioni, dal momento che questi ultimi dovranno rivolgersi per i residenti provenienti da altri Cantoni a diverse fonti di finanziamento. Infatti per le persone entrate in una casa di cura prima della modifica di legge, il finanziamento residuo è preso a carico dal Cantone di domicilio e le prestazioni complementari sono versate dal Cantone di provenienza, mentre per i nuovi residenti extracantonali sia il finanziamento residuo sia le prestazioni complementari sarebbero versate dal Cantone di provenienza.

Alcuni Cantoni evidenziano il problema dei crescenti costi d'esercizio, in particolare i crescenti costi salariali imputabili alla mancanza di personale di cura o alle accresciute esigenze in materia di qualità. Nonostante simili sviluppi, i contributi che l'assicurazione contro le malattie dovrà assumere secondo l'articolo 7a OPre dall'introduzione del nuovo finanziamento delle cure sono rimasti invariati. Alla luce di questo quadro, i Cantoni di LU, AG o TG chiedono un adeguamento periodico di questi contributi nella legge.

In relazione alle prestazioni di cura ambulatoriali il Cantone VD propone una partecipazione ai costi differenziata a seconda che il paziente provenga da un Cantone diverso da quello che fornisce la prestazione (partecipazione del 20 % del contributo massimo fissato dal Consiglio federale) oppure che sia domiciliato nello stesso Cantone del fornitore della prestazione (0 % del contributo massimo fissato dal Consiglio federale).

ZH, NW, BS, BL, SH, TG e la CDS sollevano il problema delle cure acute e transitorie (art. 25a cpv. 2 LAMal). Essi considerano necessaria una revisione delle corrispondenti disposizioni. In generale la durata massima prevista di due settimane sarebbe troppo breve e dovrebbe quindi essere prolungata a quattro o persino a sei settimane, mentre il finanziamento delle cure acute e transitorie dovrebbe essere strutturato analogamente al finanziamento ospedaliero (assunzione dei costi per prestazioni alberghiere).

2.1.2 Partiti politici

(PPD, PLR, UDC, PS, PS60+)

I partiti politici si esprimono in linea di massima a favore della modifica di legge proposta e vedono di buon occhio la coerenza con le disposizioni vigenti relative alla determinazione e al versamento delle prestazioni complementari. PLR, PS e PS60+ sono inoltre soddisfatti che il progetto assicuri la libertà di residenza mediante il disciplinamento delle competenze in caso di soggiorni in case di cura fuori dal proprio Cantone. I partiti condividono i timori circa eventuali lacune di finanziamento e il pericolo del riversamento dei costi sui pazienti. Secondo il PLR, il problema dell'assunzione di queste eventuali lacune di finanziamento dovrebbe essere regolamentato nella legge.

PS e PS60+ fanno notare che, con la soluzione proposta, le organizzazioni delle cure ambulatoriali saranno confrontate con un elevato onere amministrativo in seguito al quale i fornitori di prestazioni lascerebbero ai pazienti il compito di chiedere al Cantone di provenienza interessato il rimborso delle fatture pagate, cosa che non si potrebbe pretendere dai pazienti bisognosi di cure e dai loro famigliari.

PS e PS60+ chiedono un adeguamento periodico dei contributi di cui si fanno carico gli assicuratori secondo l'articolo 7a OPre. PS60+ è inoltre dell'avviso che la partecipazione ai costi dei pazienti dovrebbe essere fissata unitariamente per tutta la Svizzera.

Alcuni partiti hanno inoltre fatto riferimento alle cure acute e transitorie. PS e PS60+ si esprimono a favore di una durata più lunga e di un'assunzione delle prestazioni secondo le regole del finanziamento ospedaliero (assunzione dei costi per prestazioni alberghiere).

Questi due partiti ritengono d'altro canto necessario calibrare i metodi per l'accertamento del fabbisogno di cure. Il PS60+ auspica anche che il materiale impiegato nel fornire la prestazione di cura sia assunto dall'assicurazione malattie secondo l'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp).

2.1.3 Associazioni mantello dell'economia

(ACS, UCS, SGV/USAM, SGB/USS)

In generale tutti hanno apprezzato lo sforzo profuso al fine di trovare una soluzione uniforme alla questione del finanziamento residuo in occasione dei soggiorni fuori Cantone.

ACS, UCS, SGV/USAM, SGB/USS si dicono soddisfatti della coerenza tra la competenza prevista per il finanziamento residuo e la regolamentazione in vigore concernente la determinazione e il versamento

delle prestazioni complementari. SGB/USS teme tuttavia, in caso di lacune nel finanziamento, un riversamento dei costi sui pazienti, operazione che non sarebbe conforme alla legge. Propone quindi di modificare la legge in modo tale da evitare eventuali lacune di finanziamento.

UCS approva il fatto che la soluzione proposta eviti che i Cantoni o i Comuni che offrono sufficienti posti nelle case di cura non siano svantaggiati per il fatto di dover assicurare anche il finanziamento di pazienti provenienti da altri Cantoni o Comuni.

Secondo ACS e UCS, gli importi dovuti dagli assicuratori e definiti nell'articolo 7a OPre devono essere adattati all'evoluzione dei costi nel settore delle cure, in particolare allo scopo di ripartire il carico dell'aumento dei costi tra le diverse fonti di finanziamento.

SGB/USS ritiene inoltre che la durata dell'assunzione delle cure acute e transitorie sia aumentata e che la loro assunzione si debba fondare sullo stesso principio del finanziamento ospedaliero (inclusione delle prestazioni alberghiere).

2.1.4 Associazioni dei consumatori

(FPC)

FPC approva l'obiettivo della modifica proposta di voler definire chiaramente le competenze in caso di soggiorno in una casa di cura fuori Cantone. Ritiene tuttavia che la proposta, così com'è formulata, comporti un rischio di lacune nel finanziamento e il conseguente riversamento dei costi sui pazienti, il che non sarebbe accettabile. Secondo FPC, questa soluzione comporta complicazioni supplementari in particolare per i pazienti per i quali può rivelarsi difficile valutare le conseguenze finanziarie in caso di soggiorno fuori del Cantone di domicilio.

FPC propone un sistema di finanziamento che assicuri in ogni caso una copertura totale dei costi. Tuttavia, per il caso in cui la proposta formulata fosse attuata, secondo FPC occorrerebbe assicurarsi che i pazienti possano essere informati in modo chiaro in merito alle implicazioni finanziarie della loro scelta.

2.1.5 Fornitori di prestazioni

(CURAVIVA, FMH, FSP, MFE, H+, K3, Chirouisse, ASI, senesuisse, ASD, ASD BL, ASMAC, AMDCS, Swissreha, IG Pflegefinanzierung)

Per la maggior parte, i fornitori di prestazioni vedono di buon occhio la volontà di miglioramento dimostrata dalla modifica proposta, ma ritengono che la soluzione proposta non sia di fatto sufficiente per risolvere i numerosi problemi in relazione al finanziamento delle cure (CURAVIVA, H+, ASI, ASD, Swissreha). ASPS, senesuisse e IG Pflegefinanzierung sono delusi dalla modifica proposta in quanto la ritengono insufficiente. FSP e Chirouisse non hanno formulato alcun commento alla modifica proposta. FMH, MFE, ASMAC e AMDCS sostengono la proposta senza riserve.

K3, ASI e Swissreha si dicono soddisfatti della coerenza tra la competenza prevista per il finanziamento residuo e la regolamentazione in vigore concernente la determinazione e il versamento delle prestazioni complementari.

CURAVIVA è favorevole a un'assunzione integrale delle spese effettive delle cure per i pazienti extracantonali. Propone un riconoscimento reciproco delle spese fissate a livello cantonale sia per le case di cura che per le cure a domicilio. Secondo K3, i limiti massimi devono essere definiti dal Cantone di provenienza. Per IG Pflegefinanzierung i Cantoni devono riconoscersi reciprocamente i rispettivi limiti massimi. In caso contrario, la legge dovrà stabilire quale Cantone sia responsabile della definizione dei limiti massimi.

Secondo H+, la libertà di residenza può essere garantita soltanto se il Cantone in cui ha sede la casa di cura è competente per la definizione dei limiti massimi e il pagamento del finanziamento residuo. H+ sarebbe pure favorevole a un confronto intercantonale dei metodi di determinazione dei costi standard. Secondo ASPS, il finanziamento residuo deve essere retto dagli importi definiti dal Cantone in cui sono fornite le cure, in particolare per quanto riguarda le cure a domicilio.

Stando ad ASPS, ASI, spitex e IG Pflegefinanzierung, le cure a domicilio non sono sufficientemente considerate nella modifica proposta. Tra i problemi sollevati vi è la questione del carico amministrativo eccessivo per le organizzazioni d'aiuto e di cure a domicilio nel caso dei pazienti extracantonali e il fatto che tali organizzazioni non sono in grado di assumersi le eventuali lacune di finanziamento. Allo scopo di evitare tali problemi, le organizzazioni d'aiuto e di cure a domicilio prevedono di fatturare ai pazienti extracantonali la totalità delle prestazioni fornite, lasciando loro in seguito l'onere di rivolgersi direttamente al proprio Cantone di domicilio per farsi rimborsare la parte cantonale, cosa che può rivelarsi complicata per i pazienti e i loro congiunti. Al fine di evitare i problemi menzionati si propone che il

Cantone in cui sono fornite le cure a domicilio sia competente per il finanziamento residuo anche nel caso dei pazienti extracantonali.

Per K3 e Swissreha sono necessarie disposizioni transitorie. Secondo K3, la situazione dei soggiorni in casa di cura esistenti prima dell'eventuale entrata in vigore della modifica proposta deve rimanere invariata.

ASPS, CURAVIVA, ASI, spitex e IG Pflegefinanzierung ritengono che la legge debba prevedere un'applicazione diretta della protezione tariffale di cui all'articolo 44 LAMal sia per le cure a domicilio che per i soggiorni in case di cura.

Secondo ASPS, CURAVIVA, H+, K3, ASI, ASD e IG Pflegefinanzierung, gli importi assunti dagli assicuratori secondo l'articolo 7a OPre vanno corretti e adeguati periodicamente.

ASPS, CURAVIVA, ASI, ASD e IG Pflegefinanzierung ritengono che la partecipazione del paziente ai costi delle cure debba essere definita in modo uniforme per tutta la Svizzera. Per la maggioranza tale partecipazione dovrebbe essere fissata al massimo al 10 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale.

Anche Spitex BL propone una partecipazione degli assicurati uniforme per tutta la Svizzera, pari al 10 per cento, e fa notare che il progetto proposto comporta un aumento dell'onere amministrativo delle organizzazioni d'aiuto e di cure a domicilio.

È stata sollevata anche la questione delle cure acute e transitorie. ASPS, H+, ASI, senesuisse, spitex e IG Pflegefinanzierung ritengono che la durata dell'assunzione delle spese debba essere prolungata e che il finanziamento debba aver luogo in modo analogo al finanziamento ospedaliero, in particolare per quanto concerne le prestazioni alberghiere.

Secondo ASPS e IG Pflegefinanzierung, la valutazione del fabbisogno di cure dovrebbe essere reso uniforme, ma senza l'intervento del legislatore. È importante che situazioni uguali siano valutate allo stesso modo dai diversi strumenti esistenti. ASPS, CURAVIVA, ASI e IG Pflegefinanzierung ritengono inoltre che gli importi previsti dall'articolo 7a capoverso 3 OPre debbano essere aumentati al fine di permettere di tenere in giusta considerazione le situazioni particolarmente difficili (p. es i casi di demenza). A proposito del sistema delle case di cura propongono quindi di portare da 12 a 18 i livelli di 20 minuti, aumentando di conseguenza gli importi.

ASPS, CURAVIVA, ASI, ASD e IG Pflegefinanzierung auspicano inoltre che i costi legati al materiale di cura utilizzato e ai mezzi e agli apparecchi siano assunti dall'assicurazione malattie secondo l'EMAp.

2.1.6 Assicuratori

(curafutura, santésuisse)

Curafutura e santésuisse sostengono la modifica proposta. Essa facilita la pianificazione cantonale e impedisce che i Cantoni che propongono sufficienti posti nelle loro case di cura subiscano svantaggi finanziari. Le due associazioni apprezzano pure la coerenza con le disposizioni concernenti le prestazioni complementari.

Anche curafutura indica tuttavia eventuali lacune di finanziamento. Tali lacune non devono in alcun caso comportare un riversamento dei costi sui pazienti. Un simile riversamento dei costi sarebbe di fatto contrario all'articolo 25a capoverso 5 LAMal, che limita i costi delle cure che possono essere addossati all'assicurato.

2.1.7 Rappresentanti dei pazienti

(Integration Handicap, Parkinson, alzheimer, CSA)

I diversi rappresentanti dei pazienti approvano la volontà di migliorare il finanziamento delle cure, ma ritengono che la soluzione proposta sia insufficiente. Sottolineano il rischio di lacune di finanziamento delle cure. Lacune che non devono essere riversate né sui pazienti né sui fornitori di prestazioni. Vi è il rischio che i fornitori di prestazioni rifiutino i pazienti extracantonali se l'assunzione delle differenze di costo non è disciplinata in modo chiaro.

I rappresentanti dei pazienti mettono pure in guardia dall'aumento dell'onere amministrativo per le organizzazioni d'aiuto e di cure a domicilio.

Un adeguamento periodico degli importi assunti dall'assicurazione malattie secondo l'articolo 7a OPre è necessario per consentire una ripartizione dell'aumento degli oneri tra le diverse fonti di finanziamento.

I rappresentanti dei pazienti giudicano inoltre che la partecipazione dei pazienti debba essere definita in modo uniforme per tutta la Svizzera, ossia al 10 per cento. Intégration Handicap propone una differenziazione della partecipazione tra le cure a domicilio (10 %) e le cure stazionarie (20 %).

Per rispondere ai bisogni dei casi più difficili, per esempio i casi di demenza, si propone di portare da 12 a 18 i livelli di 20 minuti previsti dall'articolo 7a capoverso 3 OPre, aumentando di conseguenza gli importi di ciascun livello.

2.1.8 Altre organizzazioni

(BSH, VAKA, Sorveglianza dei prezzi, CP)

In generale lo sforzo per migliorare la regolamentazione del finanziamento delle cure è giudicato positivo, ma si lamenta pure il fatto che la modifica proposta non sia sufficiente per risolvere i problemi esistenti. Tutti evidenziano la questione delle lacune di finanziamento, che non devono essere addossate né ai pazienti né ai fornitori di prestazioni.

Per il CP, troppe questioni restano aperte ed è necessario rielaborare il progetto.

BSH, VAKA e spitex BL ritengono che gli importi assunti dall'assicurazione malattie secondo l'articolo 7a OPre debbano essere adeguati periodicamente all'aumento dei costi.

Per BSH e VAKA sono necessarie disposizioni transitorie al fine di disciplinare la situazione dei pazienti che beneficiano di prestazioni di cure fuori del loro Cantone di domicilio al momento dell'eventuale entrata in vigore della modifica proposta.

Dal canto suo, la Sorveglianza dei prezzi ritiene che il finanziamento residuo debba orientarsi ai costi effettivi e raccomanda quindi di rispettare le disposizioni dell'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OPre; RS 832.104). Essa giudica inoltre che la valutazione del fabbisogno di cure dovrebbe essere uniforme per tutta la Svizzera.

2.2 Pareri a carattere generale

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Kantone	
Wir teilen die Haltung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), wie sie in der zuhanden der SGK-SR verabschiedeten Stellungnahme vom 6. November 2015 zum Ausdruck gebracht wird, und stimmen der vorgeschlagenen KVG-Änderung zu. Einschränkend ist allerdings festzuhalten, dass mit der vorgesehenen Regelung die Problemstellungen bei ausserkantonalen Heimbewohnerinnen und -bewohnern nur unvollständig gelöst werden. Sobald anfallende Kosten von diesen selbst und im Falle der Bedürftigkeit über die öffentliche Sozialhilfe zu tragen sind, lassen sich Zuständigkeitskonflikte zwischen den Kantonen nicht vermeiden. Der Grund liegt darin, dass aufgrund einer neueren Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht mehr ohne Weiteres davon ausgegangen werden kann, dass der Herkunftskanton gestützt auf Art. 5 in Verbindung mit Art. 9 Abs. 3 des Bundesgesetzes vom 24. Juni 1977 über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger sozialhilferechtlich zuständig bleibt (vgl. BGE136V346, E. 7.2).	ZH
Trotz der zahlreichen im Bericht aufgeführten Vorteile, können wir der vorgeschlagenen Ergänzung von Artikel 25a KVG nicht zustimmen. Dies insbesondere aus folgenden beiden Gründen: • Die fiskalische Äquivalenz soll konsequent angewendet werden. Der Kanton oder die Gemeinde, wo der zivilrechtliche Wohnsitz bzw. das Hauptsteuerdomizil liegt, soll für die Übernahme der Pflege-Restkosten zuständig sein. • Die kantonale Pflegeheimplanung würde durch die vorgeschlagene Regelung erschwert. Es werden unter Umständen für die innerkantonale Bevölkerung Versorgungskapazitäten geschaffen, die dann nicht in Anspruch genommen werden. Die im Bericht vorgeschlagene "interkantonale Pflegeheimplanung" ist schwierig umzusetzen. Denn es ist nicht voraussehbar oder berechenbar, wie viele Kantonseinwohnerinnen und -einwohner allenfalls ein ausserkantonales Pflegeheim in Anspruch nehmen. Dies weil die Gründe für die Wahl eines ausserkantonalen Pflegeheims sehr individuell sind. Es können daher keine quantitativen Prognosen über die ausserkantonale Inanspruchnahme gemacht werden.	UR
Wir nehmen innert der auf den 18. Dezember 2015 angesetzten Frist Stellung und teilen mit, dass wir mit der vorgesehenen Revision einverstanden sind und diese begrüssen.	SZ
Im Kanton Obwalden sind die Einwohnergemeinden für die Restfinanzierung der Pflegekosten zuständig. Diese haben zu diesem Zweck identische Reglemente erlassen, welche bereits jetzt vorsehen, dass der Herkunftskanton (oder Einwohnergemeinde) für die Restfinanzierung zuständig ist (analog ELG). Diese Regelung konnte aber aufgrund des Urteils des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2014 (BGE 140 V 563) nur im innerkantonalen Verhältnis angewandt werden. In Zukunft fallen diese rechtlichen Streitigkeiten weg, in welchen die Kantone Wohnsitzwechsel beweisen bzw. bestreiten müssen. Der Regierungsrat begrüsst diese Vereinfachung des Vollzugs.	OW
Wir stimmen der von der Kommission vorgeschlagenen Ergänzung von Art. 25a Abs. 5 KVG zu, dies insbesondere aus folgenden Gründen: • Die vorgeschlagene Regelung erlaubt im konkreten Einzelfall eine einfache und rasche Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei einem Eintritt in ein Pflegeheim. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der Regelung dahin. Die Zuständigkeit verbleibt unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Heims immer beim Wohnsitz-(kanton) vor Eintritt in ein Pflegeheim. • Mit der vorgeschlagenen Regelung wird verhindert, dass diejenigen Kantone oder Regionen benachteiligt werden, welche Angebote an Pflegeheimplätzen oder Spitexkapazitäten zur Verfügung stellen, indem sie für alle Personen, welche diese Angebote nutzen, die Restfinanzierung zu tragen haben. Dies	NW

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
könnte den Anreiz für die Kantone und Gemeinden verstärken, das bereitgestellte Angebot an Pflegeleistungen auf ein Minimum zu beschränken, um damit einerseits zu verhindern, dass Personen aufgrund eines vorhandenen Angebots ihren Wohnsitz im entsprechenden Kanton oder der entsprechenden Gemeinde begründen resp. um zu erreichen, dass pflegebedürftige Personen möglichst in einem anderen Kanton in ein Heim eintreten. Das Interesse der Kantone und Gemeinden, die Versorgungsplanung im Bereich der Pflegeheime und der Spitexdienste auch interkantonal zu koordinieren, würde längerfristig geschwächt. Eine solche Entwicklung wäre versorgungspolitisch vor dem Hintergrund des demographisch bedingten, steigenden Bedarfs an Pflegeleistungen problematisch. Mit der vorgeschlagenen Lösung kann einer solchen Entwicklung entgegengewirkt werden. • Die vorgeschlagene Regelung erlaubt die Abstimmung der Restfinanzierung mit den Regelungen über die Ergänzungsleistungen innerhalb eines Kantons. Eine solche Abstimmung ist zwingend nötig, ansonsten im Einzelfall die Gefahr von Finanzierungslücken oder Doppelfinanzierungen besteht. Für die Bestimmung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zur Mitfinanzierung des Heimaufenthalts ist gemäss heutiger Ergänzungsleistungsgesetzgebung in jedem Fall der Wohnsitzkanton zuständig, in welchem die betreffende Person vor Eintritt in ein Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz begründet hatte. Es ist daher sinnvoll, die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen analog zu regeln. • Mit der vorgeschlagenen Regelung besteht zwar die Möglichkeit, dass eine Person mit Eintritt in ein Pflegeheim im Standortkanton des Heims zivilrechtlichen Wohnsitz und Steuerdomizil begründet (und Steuern bezahlt), die Zuständigkeit für die Restfinanzierung (und die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen) jedoch bei einem anderen Kanton verbleibt. Eine solche allfällige Inkongruenz muss in Kauf genommen werden, weil die vorangehend beschriebenen Vorteile der vorgeschlagenen Regelung höher zu gewichten sind.	
Im Rahmen der Restfinanzierung haben auch im Kanton Glarus die unterschiedlichen kantonalen Regelungen für Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen, die ausserkantonale Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben, zu Fragen der Zuständigkeit und Finanzierung geführt. Wir unterstützen daher die von der Kommission vorgeschlagene Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 KVG. Dies insbesondere aus folgenden Gründen: • <i>Einfach Handhabung</i>; Die vorgeschlagene Gesetzesänderung stellt sicher, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die in einem Pflegeheim erbracht werden. Diese Regelung erlaubt im Einzelfall eine einfache und rasche Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei einem Eintritt in ein Pflegeheim. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen dahin. • <i>Auswirkung auf die kantonale Planung</i>: Mit der vorgeschlagenen Regelung wird verhindert, dass diejenigen Kantone oder Regionen, welche Angebote an Pflegeheimplätzen oder Spitexkapazitäten zur Verfügung stellen, durch die Restfinanzierung benachteiligt werden. Damit wird ein Anreiz für die Kantone und Gemeinden geschwächt, das bereitgestellte Angebot an Pflegeleistungen auf ein Minimum zu beschränken, um zu erreichen, dass pflegebedürftige Personen möglichst in einem anderen Kanton in ein Heim eintreten. Das Interesse der Kantone und Gemeinden, die Versorgungsplanung im Bereich der Pflegeheime und der Spitexdienste auch interkantonal zu koordinieren, wird mit dieser Änderung längerfristig gestärkt. • <i>Synchronisierung mit den Ergänzungsleistungen</i>; Damit ist einheitlich der Herkunftskanton in Bezug auf die Pflegefinanzierung, die Sozialhilfe und die Ergänzungsleistung zuständig. Diese einfach anwendbare Regelung hilft Rechtsstreitigkeiten und Finanzierungslücken zu vermeiden. Für die Bestimmung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zur Mitfinanzierung	GL

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
des Heimaufenthalts ist gemäss heutiger Ergänzungsleistungsgesetzgebung in jedem Fall der Wohnsitzkanton, in welchem die betreffende Person vor Eintritt in ein Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz begründet hatte, zuständig. Es ist daher sinnvoll, die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen analog zu regeln. Nichtsdestotrotz stellen sich gewisse Fragen: • <i>Inkongruenz</i>: Milder vorgeschlagenen Regelung besteht zwar die Möglichkeit, dass eine Person mit Eintritt in ein Pflegeheim im Standortkanton des Heims zivilrechtlichen Wohnsitz und Steuerdomizil begründet (und Steuern bezahlt), die Zuständigkeit für die Restfinanzierung (und die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen) jedoch bei einem anderen Kanton verbleibt. Eine solche allfällige Inkongruenz muss in Kauf genommen werden, weil die vorangehend beschriebenen Vorteile der vorgeschlagenen Regelung höher zu gewichten sind. Fazit Die neue Regelung, welche besagt, dass immer derjenige Kanton zuständig sein solle, in welchem die betreffende Person vor Heimeintritt ihren Wohnsitz hatte (Herkunftskanton), schafft Klarheit und wird begrüsst. Ein allfälliger Wohnsitzwechsel bei Heimeintritt hat keinen Einfluss mehr auf die Zuständigkeit für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen. Kantone mit einem Überangebot an Pflegeheimplätzen werden so nicht mehr benachteiligt.	
Wir begrüssen die Ergänzung des Krankenversicherungsrechts mit der vorgeschlagenen Regelung, die der im Kanton Zug bewahrten innerkantonalen Regelung entspricht. Sie erlaubt einfach und rasch, die für die Restfinanzierung der ambulanten und stationären Pflege zuständige Gemeinde zu bestimmen und trägt damit zur Rechtsklarheit und Rechtssicherheit bei.	ZG
Le Conseil d'Etat n'a pas de remarques particulières à formuler sur le texte proposé. Cette disposition s'insère dans la systématique du droit fédéral et rejoint le système applicable pour les prestations complémentaires.	FR
Mit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf den 1. Januar 2011 wurden die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Pflegeleistungen schweizweit einheitlich bestimmt, eine maximale Patientenbeteiligung definiert sowie festgelegt, dass die Kantone die Restfinanzierung der Pflege regeln. Nachdem die Kantone von dieser Befugnis in unterschiedlicher Weise Gebrauch machten, kommt es im Zusammenhang mit ausserkantonal erbrachten Pflegeleistungen immer wieder zu Finanzierungs- und Zuständigkeitsproblemen. Zuständigkeitskonflikte sind zeitraubend und führen durch die Verzögerung zu negativen Auswirkungen bei den betroffenen Menschen und Institutionen. Entsprechend begrüssen wir, dass mit der vorgeschlagenen Neuordnung, nach welcher immer der Herkunftskanton für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist, Klarheit und Rechtssicherheit geschaffen wird. <i>2.1. Zuständigkeit für die Finanzierung bzw. Restfinanzierung der Pflege</i> Die unterschiedlichen kantonalen Regelungen bezüglich der Restfinanzierung führen vor allem bei Patientinnen und Patienten, die ausserkantonal Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, zu Finanzierungs- und Zuständigkeitsproblemen. Während knapp die Hälfte der Kantone für die Zuständigkeit der Restfinanzierung am zivilrechtlichen Wohnsitz anknüpft und mit dem Kriterium der Absicht des dauernden Verbleibens auch bei einem Heimeintritt die Begründung eines neuen zivilrechtlichen Wohnsitzes zulässt, wird in den anderen Kantonen die Zuständigkeit analog der Regelung im Ergänzungsleistungsgesetz beurteilt. Danach führt der Aufenthalt in einem Heim, einem Spital oder einer andern Anstalt zu keiner neuen Zuständigkeit. Der Kanton Solothurn gehört zu letzteren Kantonen und begrüsst die geplante bundesrechtliche Regelung, mit welcher der Herkunftskanton weiterhin für die Finanzierung zuständig bleibt. Mit der vorgeschlagenen Regelung wird insbesondere verhindert, dass Standortkantone, die Angebote bereitstellen, gegenüber Kantonen mit schwacher Versorgungsdichte finanziell benachteiligt werden. Zudem führt die vorgeschlagene Regelung zu einer administrativen Entlastung beim Vollzug.	SO

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
2.2. Festsetzung der Restfinanzierung Neben der Zuständigkeit ist zu regeln, welches Finanzierungssystem zur Anwendung kommt, jenes des Herkunftskantons oder jenes des Standortkantons. Bisher wenden fast alle Kantone bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten die innerkantonal geltende Ordnung an. Dies kann bei unterschiedlich hohen staatlichen Pflegebeiträgen zu einer Deckungslücke bezüglich der vom Heim für die Pflegeleistung in Rechnung gestellten Kosten führen. Dadurch werden Heimbewohnerinnen und Heimbewohner teilweise mit hohen Ausgaben belastet, was faktisch die Freizügigkeit bei der Wahl der Institution verhindert. Letztlich erscheint es mit Blick auf den Anspruch, staatliche Ausgaben steuern zu wollen, aber dennoch nötig, dass die Pflegebeiträge der öffentlichen Hand stets durch denjenigen Kanton bestimmt werden, der auch zur Finanzierung verpflichtet ist. Wir unterstützen demnach die Regelung, wonach der Herkunftskanton für die Festsetzung der Restfinanzierung bei ausserkantonalen Aufenthalten zuständig sein soll. Es ist jedoch für die Zukunft anzustreben, dass sich die Kantone regional hinsichtlich der Taxen für Aufenthalte in Pflegeheimen annähern, damit keine oder geringere Deckungslücken entstehen. Dadurch würde die gewünschte Freizügigkeit hergestellt und langfristig wäre eine regionale Bedarfsplanung möglich.	
Der Regierungsrat begrüsst den vorgelegten Entwurf. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der ELG-Ansatz mehr Klarheit bezüglich der Umsetzung schafft, obwohl er zur Folge haben kann, dass derselbe Versicherte bei verschiedenen Kantonen Leistungsansprüche geltend machen kann, je nachdem, ob es sich um eine stationäre Behandlung im Spital oder um einen Pflegeheimaufenthalt handelt. Die Erfahrungen mit der seit 1. Januar 2012 geltenden ELG-Bestimmung haben gezeigt, dass die Zuständigkeitsstreitigkeiten stark zurückgegangen sind. Dies trägt zur Rechtsklarheit und Rechtssicherheit bei. Ferner stellt die neue Regelung sicher, dass die Kantone und Gemeinden - insofern als der Heimeintritt an der Zuständigkeit nichts ändert - keinen Einfluss auf den Wohnsitzwechsel einer Person nehmen. Ausserdem ist der Herkunftskanton in Bezug auf die Pflegefinanzierung, die Sozialhilfe und die Ergänzungsleistungen zuständig, was zu einer Kohärenz mit dem ELG führt.	BS
Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum oben erwähnten Geschäft und können Ihnen mitteilen, dass wir uns der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) anschliessen. Wir bitten Sie, deren Bemerkungen bei der weiteren Bearbeitung der Vorlage zu berücksichtigen.	BL
Festlegung des zuständigen Kantons Die vorgeschlagene Gesetzesbestimmung sieht vor, die Zuständigkeit der Kantone zur Restfinanzierung der Pflegeleistungen in Analogie zu den Ergänzungsleistungen zu regeln. Diese Regelung löst zwar nicht alle Probleme, die beim Eintritt einer pflegebedürftigen Person in ein Heim ausserhalb des angestammten Wohnkantons auftreten können. Sie bringt aber gegenüber der heutigen Situation doch sehr wesentliche Klärungen. Die Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK wurde in die Erarbeitung der Vorlage frühzeitig einbezogen und hat der erarbeiteten Lösung zum Schluss grossmehrheitlich zugestimmt. Der Regierungsrat des Kantons Schaffhausen kann sich dieser Beurteilung anschliessen und stimmt der vorgeschlagenen Änderung ebenfalls zu.	SH
Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden begrüsst die vorgeschlagene Ergänzung des Art. 25a Abs. 5 KVG, und zwar aus folgenden drei Gründen: 1. Vermeidung von langwierigen Streitigkeiten zur Klärung der Zuständigkeit Die vorgeschlagene Regelung erlaubt im konkreten Einzelfall eine schnelle Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegekosten beim Eintritt in ein Pflegeheim. Langwierige Streitigkeiten zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der neuen Regelung dahin: Die Zuständigkeit verbleibt unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Pflegeheims immer beim Kan-ton, in welchem der Bewohner oder die Bewohnerin vor dem Eintritt in das Pflegeheim Wohnsitz hatte (Herkunftsprinzip). 2. Versorgungspolitische Überlegungen	AR

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Für die neue Regelung sprechen auch versorgungspolitische Überlegungen. Standortgemeinden von Pflegeheimen sollen vor den erheblichen finanziellen Folgen bewahrt werden, welche eine Anknüpfung am zivilrechtlichen Wohnsitz am Standort des Pflegeheims mit sich bringen würde. Es ist sachgerechter, dass der Eintritt in ein Pflegeheim keine neue Zuständigkeit begründet. Längerfristig könnte es zum versorgungspolitischen Problem werden, wenn jeder Kanton aufgrund der finanziellen Anreize versucht ist, trotz generell steigendem Bedarf das Angebot zu Lasten anderer Kantone möglichst zu beschränken. Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden begrüsst daher die Einführung des Herkunftsprinzips auf Bundesebene. Es hat sich in mehreren Kantonen innerkantonale bewährt. 3. Abstimmung mit der Regelung bei den Ergänzungsleistungen Die vorgeschlagene Regelung dient auch der Vereinfachung der Umsetzung der Restfinanzierung durch eine Übereinstimmung der Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung und für die Ergänzungsleistungen: Für die Finanzierung des gesamten Aufenthalts in einem Pflegeheim sind nicht zwei Kantone (Restfinanzierung beim Standortkanton und EL beim Herkunftskanton), sondern nur ein Kanton zuständig. Für die Bestimmung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zur Mitfinanzierung des Heimaufenthalts ist gemäss geltender Gesetzgebung in jedem Fall der Kanton zuständig, in welchem die betreffende Person vor Eintritt in das Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hatte (Art. 21 Abs. 1 ELG). Es ist daher sinnvoll, die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen analog zu regeln.	
Bei Eintritt in ein ausserkantonaies Pflegeheim ist für die Restfinanzierung unbestrittenermassen der Wohnsitzkanton zuständig. Es ist aber in der Praxis leider nicht immer klar, in welchem Kanton der Wohnsitz besteht. Dies führte immer wieder zu Problemen, weshalb die Standeskommission eine gesamtschweizerisch einheitliche Regelung begrüsst. Die vorgeschlagene Regelung erlaubt im konkreten Fall eine einfache und rasche Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei einem Eintritt in ein Pflegeheim. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der Regelung, dass die Zuständigkeit unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Heims immer beim Wohnsitzkanton vor Eintritt in ein Pflegeheim verbleibt, dahin. Eine Regelung der Wohnsitzfrage analog des heutigen Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) bietet sich an und macht Sinn. Die Kantone haben so insbesondere die Möglichkeit, die Restfinanzierung mit den Regelungen über die Ergänzungsleistungen abzustimmen, um Finanzierungslücken oder Doppelfinanzierungen zu vermeiden.	AI
Die Vorlage sieht vor, bei der Pflegefinanzierung die Zuständigkeiten im interkantonalen Verkehr einheitlich wie bei den Ergänzungsleistungen (EL) gemäss Herkunftsprinzip zu regeln. Diese Anpassung ist unbedingt nötig. Der Kanton St.Gallen setzt sich bereits seit Einführung der Pflegefinanzierung dafür ein, diese massgebliche Lücke im Bundesrecht zu schliessen. Die Übernahme des bei den EL geltenden Herkunftsprinzips ist unabdingbar, da zwischen den beiden Systemen gewichtige Abhängigkeiten bestehen. Zudem stellt die Regelung sicher, dass die Wahlfreiheit der Betagten gewährleistet wird und es wird vermieden, dass Kantone ihr Angebot an stationären und ambulanten Angeboten begrenzen, um nicht zusätzliche Kosten von ausserkantonalen Nutzenden übernehmen zu müssen. Im Kanton St.Gallen wird das Herkunftsprinzip zwischen den Gemeinden bereits seit Einführung der Pflegefinanzierung angewandt, was sich sehr bewährt hat.	SG
Wir befürworten die vorgeschlagene Regelung. Sie stimmt mit der Regelung für die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen in Art. 21 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) überein und ermöglicht dadurch eine einfache Klärung der Zuständigkeit. Die vorgeschlagene Regelung kann bei Pflegeheimaufenthalten ausserhalb des Wohnsitzkantons im betreffenden Pflegeheim zu ungedeckten Kosten führen, wenn die im Wohnsitzkanton festgesetzten Normkosten tiefer sind als die im ausserkantonalen Pflegeheim anerkannten Kosten. Wir laden Sie entsprechend ein, die vorgeschlagene	GR

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Regelung durch eine Regelung dieser Problematik zu ergänzen.	
1. Allgemeine Überlegungen Die vorgeschlagene Gesetzesänderung verfolgt primär das Ziel, die ungeregelte Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegekosten zu klären. Sie soll sicherstellen, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen im ambulanten sowie im stationären Bereich zuständig ist. Der Regierungsrat begrüsst die Bestrebungen zur Klärung der Situation im Rahmen der Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten und der ausserkantonalen Inanspruchnahme von Spitexleistungen. Ebenso begrüsst er, dass die Normkosten des Herkunftskantons Grundlage für die Festsetzung der Restfinanzierung bilden. Damit dieses Prinzip im neuen Gesetzestext explizit verankert wird, beantragt der Regierungsrat folgende Präzisierung: Für die Festsetzung der Restfinanzierung und Auszahlung der Pflegerestkosten zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.	AG
Conveniamo sull'obiettivo che si prefigge questa modifica della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), ossia quello di definire in maniera chiara e inequivocabile quale Cantone è competente per il finanziamento residuo delle cure fornite ambulatorialmente o in una casa di cura. Non concordiamo invece con la soluzione proposta di uniformare e subordinare il concetto di finanziamento residuo secondo l'art. 25a cpv. 5 LAMal al concetto di domicilio secondo l'art. 21 cpv. 1 LPC. A nostro avviso, il concetto generale di domicilio secondo la LAMal (= domicilio civile secondo gli artt. 23-26 CC) dovrebbe essere mantenuto anche per il finanziamento residuo delle cure. Ciò per i seguenti motivi: 1. riflette meglio la realtà delle cose: generalmente, se vi è un cambiamento di domicilio secondo il CC in parallelo all'entrata in una casa di cura fuori Cantone, la scelta è legata al fatto che il Cantone dov'è situata la casa di cura è anche il centro degli interessi familiari e/o finanziari della persona anziana; 2. può essere applicato facilmente (a nostro avviso, più facilmente del concetto di domicilio secondo la LPC): lo applichiamo senza alcun problema dal mese di gennaio 2011 per regolare il finanziamento residuo delle cure erogate ad un nostro domiciliato in una cura di cura fuori Cantone; 3. garantisce un'uniformità all'interno della LAMal in relazione al concetto di domicilio.	TI
VD salue la proposition d'uniformiser, par une disposition topique fédérale, la compétence en matière de financement résiduel des soins, qui devrait permettre de contribuer à la clarté et à la sécurité du droit. Le Conseil d'Etat relève toutefois quelques aspects qui mériteraient d'être précisés : Il constate que, selon le rapport de la CSSS-E, lorsque le montant du financement résiduel prévu dans le canton de provenance est insuffisant au regard du coût des soins dans le canton de destination et que la personne n'a pas les moyens d'assumer elle-même la différence de tarif, « (...) les coûts résiduels seront pris en charge par le canton de provenance » (p. 17). Or, le projet de l'article 25a LAMal n'énonce pas cette règle et n'en précise pas les contours. La base légale à une telle obligation semble dès lors faire défaut. De plus, il devra être clairement précisé que le principe selon lequel « Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral » s'applique également aux situations en EMS ou ambulatoires extra-cantoniales. En outre, la coordination avec la loi du 24 juin 1977 sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin (LAS ; RS 851.1), devrait être explicitée et faire l'objet d'une attention particulière. En ce qui concerne plus particulièrement le financement des soins ambulatoires, le rapport n'expose pas si le canton de provenance peut prévoir un système de financement distinct, selon le canton où la prestation est prodiguée (exemple: pas de participation du patient vaudois si les prestations sont fournies par un fournisseur de prestations sur Vaud, participation de 20% si les prestations sont fournies à Berne); il	VD

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
conviendrait de préciser cet aspect dans le texte de loi ou à tout le moins dans le message explicatif.	
La solution préconisée, reprenant les modalités en vigueur dans le régime des prestations complémentaires à l'AVS/AI, correspond à la position de la CDS et également à celle que le canton de Neuchâtel a défendue lors des consultations préalables. Nous approuvons ainsi sans réserve la solution proposée. Nous relevons cependant que d'autres écueils peuvent empêcher une réelle liberté du choix de l'EMS hors canton, qui échappent malheureusement en tout ou en partie au champ de compétences du législateur fédéral, voire cantonal. Hormis les aspects du financement résiduel LAMai commentés dans le rapport explicatif de la CSSS-E, sur lesquels nous ne revenons pas ici, nous souhaitons à titre d'exemple évoquer la situation suivante : le financement d'un EMS est en principe réglé par les dispositions de la LAMai concernant les soins et par le prix de pension concernant l'hôtellerie et l'encadrement. Or, il n'est pas rare qu'une troisième source de financement existe, à savoir le versement de subventions directes par le canton ou la commune liées à des prestations spécifiques. Les EMS au bénéfice de ce type d'aides financières pourraient dès lors être freinés dans l'accueil de résidents extra-cantonaux, par le fait qu'il leur sera parfois difficile de percevoir cette partie du financement lorsqu'ils accueillent des personnes venant d'un autre canton.	NE
Après avoir pris connaissance de l'avant-projet de modification de l'article 25a, alinéa 5, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMai) et du rapport explicatif l'accompagnant, nous vous informons que notre Conseil n'est pas favorable à la modification proposée ayant pour conséquence que le canton devra intervenir pour le financement résiduel des soins en cas de séjour extra-cantonal en EMS. Aussi, la planification sanitaire a pour objectif de s'assurer de l'adéquation de l'offre en matière de santé avec les besoins de la population. L'article 39 de la LAMai impose aux cantons de planifier les établissements de soins (hôpitaux, maisons de naissance, EMS, etc.). A cet effet, la loi cantonale sur la santé (LS) indique plus précisément à son article 28 alinéa 1 que << ... la planification sanitaire cantonale a pour buts de déterminer les besoins en soins compte tenu de l'évolution démographique, de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique et de garantir des soins appropriés de qualité>>, et ceci notamment pour réduire les surcapacités et/ou de combler les sous-capacités. Par ailleurs, la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie met l'accent sur les mesures permettant de "bien vieillir chez soi" telles que l'aide et les soins à domicile et les structures intermédiaires. Les lits en EMS sont planifiés en fonction de cette stratégie, ainsi que les moyens nécessaires à cet effet. Avec la modification proposée, une telle planification devient impossible, à cause de l'imprévisibilité des dépenses pour le financement résiduel des soins. De plus, cette réglementation aurait pour conséquence que notre canton devra effectuer des paiements sur la base de factures émises par des EMS d'autres cantons sans aucun moyen de contrôle. Il en va de même dans le secteur de l'aide à domicile. Le canton devra verser des subventions pour des prestations ambulatoires qui ne devront répondre à aucune expression d'un besoin en terme de planification ni à aucun besoin de financement avéré. Dès lors, une telle approche aurait pour conséquences de remettre fondamentalement en question la planification médico-sociale de notre canton, ainsi que la priorité donnée à Genève aux soins à domicile. Par ailleurs et quand bien même cette disposition permet d'uniformiser la pratique au niveau national, cette dernière ne résout pas les questions relatives au règlement de la participation des assurés aux coûts des soins tout comme le niveau (en fonction du niveau de soins requis, sur la base d'une moyenne cantonale, etc.) du financement résiduel, lesquels demeurent des réglementations cantonales. Au surplus et par analogie à ce qui s'est passé dans le domaine de l'aide sociale, cette approche est paradoxale considérant que dans ce dernier domaine, le parlement	GE

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
fédéral a décidé de supprimer, dès avril 2017, l'obligation du canton d'origine de rembourser les frais d'assistance au canton de séjour et de domicile en vertu de la loi fédérale en matière d'assistance. En conclusion, nous souhaitons que la compétence du financement résiduel des soins en cas de séjour extra-cantonal continue à incomber au canton de domicile de l'assuré au sens de l'article 13 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), en lien avec les articles 23 à 26 du Code civil.	
Modification de l'art. 25a, al. 5, LAMal Il soutient la modification proposée qui introduit une réglementation analogue à la législation en vigueur des prestations complémentaires. C'est d'ailleurs la pratique déjà appliquée aujourd'hui par le canton du Jura pour le financement résiduel des soins des jurassiens hébergés dans une institution hors canton, pratique que ne connaît malheureusement pas la majorité des autres cantons. Actuellement, il existe de nombreux litiges entre les cantons pour ces prises en charge hors canton. La réglementation proposée permettra de clarifier la situation et d'uniformiser les décisions avec les prestations complémentaires. Compétence des cantons pour la fixation du 100% du coût des soins Le Gouvernement jurassien souhaite encore relever que le canton de domicile est et demeure compétent pour fixer le 100% du coût des soins admis. Ces montants fixés par le canton, aussi bien pour les prestations ambulatoires que pour les séjours de longue durée, devraient correspondre aux montants maximaux admis en cas de prestations dans un autre canton. Cette notion figure certes dans les bases légales cantonales j-urassiennes, mais il serait judicieux, aux yeux du Gouvernement jurassien, de prévoir une telle disposition dans les bases légales fédérales.	JU
Politische Parteien	
Die CVP fordert in ihrem Positionspapier zur Pflege (2015) eine gesetzliche Regelung auf Bundesebene, die bestimmt welcher Kanton für die Restkostenfinanzierung zuständig ist. Dabei hat die CVP eine Lösung analog zur Ergänzungsleistungen vorgeschlagen, wobei der Kanton des letzten Wohnsitzes vor dem Heimeintritt, zuständig für die Kostenbeteiligung bleibt. Dementsprechend begrüsst die CVP den Vorschlag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates.	CVP
Um klar festzulegen, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, schlägt die SGK-SR vor, die Restfinanzierung der Pflege analog zur Regelung der Ergänzungsleistungen zu formulieren. Die FDP unterstützt diese Neuregelung: Wird die Restfinanzierung klar geregelt, stärkt dies die Rechtssicherheit und verringert Zuständigkeitsstreitigkeiten. Der für die Restkostenfinanzierung zuständige Kanton ist schnell bestimmt, da ein Umzug in ein Pflegeheim nichts an der Zuständigkeit des bisherigen Wohnsitzkantons ändert. Durch die Neu-regelung können ausserdem negative Anreize unterbunden werden, welche die Niederlassungsfreiheit einschränken. Wäre der Standortkanton für die Restfinanzierung zuständig, könnten Heime den Eintritt von ausserkantonalen Patienten erschweren, um eine finanzielle Belastung zu verhindern. Es würden ausserdem diejenigen Kantone bestraft, welche eine grosse Anzahl an Pflegeplätzen anbieten, die auch von Personen aus anderen Kantonen genutzt werden. Die Neuregelung stellt eine Kohärenz zwischen der Pflegefinanzierung, den Ergänzungsleistungen und der Sozialhilfe her. Da viele Personen, welche Pflege über längere Zeit in Anspruch nehmen müssen, in den Zuständigkeitsbereich des ELG fallen, ist eine Kohärenz mit dem ELG zu unterstützen. Kritisch zu betrachten ist aber, dass sich trotz Allem Deckungslücken ergeben können, falls die ausser-kantonal erbrachten Leistungen preislich höher sind als die vom Herkunftskanton festgelegten Tarife. Dies muss in dieser Vorlage noch geregelt werden; sonst drohen lange Streitigkeiten und damit Rechtunsicherheit, bis die Frage vor dem Bundesgericht geklärt wird.	PLR/FDP
Die SVP unterstützt die vorgespurte Stossrichtung. Mit der vorgeschlagenen Änderung werden Zuständigkeitskonflikte und rechtliche Streitigkeiten vermieden. Ein gutes Angebot sollte im Sinne der Patientenfreizügigkeit nicht bestraft werden. Dies stellt eine	SVP

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
gewünschte Vereinfachung und Effizienzsteigerung dar. Die SP Schweiz begrüsst die Absicht der SGK-S, eine für die Finanzierung der Langzeitpflege wichtige Nachbesserung im KVG vorzunehmen. Es ist erfreulich, wenn in Bezug auf die Zuständigkeit für die Restfinanzierung endlich Klarheit geschaffen wird. Der Entscheid ist richtig, dass der bisherige Wohnsitzkanton zuständig ist, einerseits, weil so die freie Wohnsitzwahl auch für pflegebedürftige Personen gewährleistet ist, andererseits, weil diese Regelung zu einer Kohärenz mit der Sozialhilfe und den Ergänzungsleistungen führt. Zwar lässt sie diesen Punkt offen, doch geht die SGK-S offenbar davon aus, dass eine allfällig verbleibende Differenz durch die pflegebedürftige Person zu tragen sein wird, falls im Standortkanton des Pflegeheims höhere Restkosten anfallen als im ursprünglichen Wohnsitzkanton. Damit ist die SP Schweiz nicht einverstanden. Zum einen verstösst eine Selbstbeteiligung der Versicherten, die 20% des Pflegebeitrags der Krankenkassen übersteigt, gegen das KVG. Zum anderen gibt es auch Fälle, wo die Restkosten im Pflegeheimkanton tiefer sind als im Herkunftskanton, so dass aus Sicht der Kantone ein gewisser Ausgleich gegeben ist. In der ambulanten Pflege kann der Spitex für Einsätze bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten allerdings ein hoher administrativer Aufwand entstehen, wenn keine etablierten Abläufe mit dem Herkunftskanton (oder den Gemeinden) bestehen. Deshalb müssen in der Praxis die ausserkantonalen ambulanten Patientinnen und Patienten zuerst selber die Spitex-Rechnung bezahlen und anschliessend eine Rückvergütung aus ihrem Herkunftskanton oder ihrer Herkunftsgemeinde beantragen, was für pflegebedürftige Menschen bzw. ihre Angehörigen keine zumutbare Lösung ist. Hier liegt es an den Kantonen, entsprechende Massnahmen zu treffen (z.B. zentraler Rechnungseingang), damit die Abrechnung der Kantonsbeiträge auch über die Kantonsgrenzen hinaus unkompliziert erfolgen kann. Die SP Schweiz befürwortet in der stationären und ambulanten Langzeit-Pflege eine Übernahme der Restkosten, wie sie im Standortkanton des Pflegeheims anfallen, durch den Herkunftskanton.	SPS
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete	
Mit der neuen Bestimmung wird die Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung im interkantonalen Verhältnis geregelt. Wenn jemand in ein ausserkantoniales Pflegeheim eintritt, soll künftig in jedem Fall klar sein, welcher Kanton für die Restkosten der Pflege aufkommt. Die Vorlage sieht vor, dass der Kanton, in dem jemand seinen Wohnsitz hat, auch dann für die Restkosten der Pflege aufkommen muss, wenn diese Person in einem anderen Kanton in ein Pflegeheim eintritt oder ambulant gepflegt wird. Demnach begründet der Aufenthalt in einem Pflegeheim keine neue Zuständigkeit. Der Schweizerische Gemeindeverband begrüsst die in der Parlamentarischen Initiative vorgeschlagene Bestimmung vollumfänglich. Die Klarstellung der Zuständigkeit ist insbesondere auch für die Städte und Gemeinden relevant, da in zahlreichen Kantonen die Gemeinden in die Pflegefinanzierung eingebunden sind oder die Restfinanzierung der Pflege sogar vollständig zu übernehmen haben.	SGV
1. Allgemeine Bemerkungen Den Vorschlag der SGK-SR, dass für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung der Wohnsitzkanton zuständig sein soll und der Aufenthalt in einem Pflegeheim keine neue Zuständigkeit begründet, begrüsst der Städteverband. In unserer internen Konsultation wurde die vorgeschlagenen Änderungen befürwortet, weil mit der Gesetzesanpassung innerhalb des Krankenversicherungsgesetzes KVG die Möglichkeit besteht, eindeutig zu regeln, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Der Schweizerische Städteverband erachtet als richtig, dass die Frage der Zuständigkeit in diesem Bereich bundesrechtlich geregelt wird; denn Finanzierungs- und Zuständigkeitsdiskussionen bei Inanspruchnahme von ausserkantonal erbrachten Pflegeleistungen führten verschiedentlich zu juristischen Auseinandersetzungen, was auch von den auf die Pflege angewiesenen Personen und deren Angehörigen kritisiert wurde. Das Vorhaben bringt für Kantone und Gemeinden Rechtssicherheit bei interkantonalen Sachverhalten.	SSV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
3. Kohärenz mit dem Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen (ELG) Positiv herausgehoben wird von unseren Mitgliedern, dass der Vorschlag der Regelung von Artikel 21 des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen (ELG) entspricht und so eine Kohärenz im Bereich der Pflegefinanzierung und der Ergänzungsleistungen bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten herbeigeführt wird. Zudem werden mit der neuen Regelung Kantone und Gemeinden, die über ein gutes Angebot an Pflegeheimplätzen verfügen, nicht mehr benachteiligt. Die gesetzliche Anpassung reagiert auf eine aktuelle Entwicklung, wonach hochbetagte Menschen oft den Ort, an dem sie als Pflegebedürftige leben möchten, bestimmen wollen. Aus Sicht der Städte und Gemeinden müssen die Heim- und Pflegekosten möglichst fair verteilt werden, was mit der nun vorgeschlagenen Regelung verbessert wird. Die Klarstellung der interkantonalen Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung ist für die Städte zusätzlich relevant, weil die Gemeinden in zahlreichen Kantonen in die Pflegefinanzierung eingebunden sind oder die Restfinanzierung der Pflege sogar vollständig zu übernehmen haben. Letzteres ist beispielsweise im Kanton Zürich der Fall. Die gleiche Regelung – keine Wohnsitzbegründung mit Heimeintritt existiert auch bereits in kantonalen Gesetzen bezüglich der Zuständigkeit im interkommunalen Verhältnis (zum Beispiel Art. 9 Abs. 5 Pflegegesetz Kanton Zürich). Auch hier besteht also Kompatibilität, was zu begrüßen ist. 4. Anzuwendende Tarife Im erläuternden Bericht der Kommission (SGK-SR) wird darauf hingewiesen, dass mit der neuen Bestimmung die vom Herkunftskanton festgesetzten Pflegekosten massgebend sind. Entsteht durch den Tarifunterschied zwischen dem Herkunftskanton und dem neuen Aufenthaltskanton eine Differenz, so trägt diese die versicherte Person. Falls diese finanziell dazu nicht in der Lage ist, übernimmt der Herkunftskanton den fälligen Betrag. Von unseren Mitgliedern wird diese Regelung mehrheitlich begrüsst, weil so sichergestellt wird, dass der Kanton oder die Gemeinde im Regelfall nur Pflegerestkosten übernehmen müssen, die sie auch mitbestimmen können. Gleichzeitig wird aber darauf hingewiesen, dass oftmals Kantone und Gemeinden werden einspringen müssen, weil das Vermögen der zu pflegenden Person aufgezehrt ist. Es besteht ein Dilemma zwischen der Niederlassungsfreiheit und der Kostenkontrolle durch die Wohnsitzgemeinden und –kantone. Eine Minderheit empfiehlt auch, die Differenzzahlungen in jedem Fall den Kantonen anzulasten, ohne auf das Vermögen der Betroffenen zuzugreifen, da so sichergestellt wird, dass mittellose Betagte den Ort ihres Pflegeheimes frei wählen können.	
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	
Seitens des sgV können wir die vorgeschlagene Anpassung von Art. 25a Abs. 5 KVG unterstützen. Eine ähnliche Anpassung beim ELG hat dazu beigetragen, dass die Zuständigkeitsstreitigkeiten spürbar reduziert werden konnten. Wir erhoffen den gleichen Effekt im Bereich der Pflegefinanzierung.	SGV/USAM
Gemäss Vorschlag soll der Herkunftskanton für die Festsetzung der Restfinanzierung nach seinen eigenen Regeln zuständig sein. Diese Regelung befriedigt nicht vollumfänglich. Da die Regeln des Herkunftskantons und des Standortkantons unterschiedlich sein können, kann es dazu kommen, dass neue Deckungslücken auftreten. Ein ausserkantonaler Heimaufenthalt oder eine ausserkantonale vorübergehende Inanspruchnahme von Spitexleistungen dürfen nicht dazu führen, dass Restkosten der KVG-Pflege auf die betroffenen Personen überwält werden. Der SGB beantragt deshalb, dass die vorgeschlagene Lösung in dem Sinne ergänzt wird, dass keine neue Deckungslücken auftreten können. Tatsache aber ist, dass damit nicht alle ausgewiesenen ¹ Probleme, die sich bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung zeigen, gelöst sind. Dabei fallen die ungelösten Probleme bei der Berechnung der Restkosten oder bei den Regeln der Akut- und Übergangspflege besonders ins Gewicht. Sie belasten die Privathaushalte zusätzlich, unabhängig von den Eigenleistungen, die sie bei der KVG-Pflege bereits übernehmen. Die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen sind auf der Verordnungsebene abschliessend aufgeführt. Im erläuternden Bericht zu dieser Vernehmlassung wird auf die	SGB/USS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
mangelhaften Grundlagen und die fehlende Transparenz bei den Heimkosten zur Festsetzung der Restfinanzierung hingewiesen. Zentral ist die vollständige Bestimmung und Erfassung der Pflegekosten (Vollkosten). Da hier Mängel bestehen, werden Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen immer wieder KVG-Pflegeleistungen unter dem Titel „Betreuungskosten“ verrechnet, obwohl sie gemäss Gesetz höchstens 20% des höchsten Pflegetarifs bezahlen müssen. Für den SGB ist unverständlich, dass im Rahmen der vorliegenden Pa.Iv. mit dem Titel „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ keine greifende Lösung vorgelegt wird. Der vorliegende Entwurf muss mit einer Lösung in diesem Bereich ergänzt werden.	
Andere Interessenten – Kantone	
Die GDK stimmt der von der Kommission vorgeschlagenen Ergänzung von Art. 25a Abs. 5 KVG zu. Die vorgeschlagene Regelung analog zur Gesetzgebung über die Ergänzungsleistungen wurde von der Plenarversammlung der GDK mit deutlichem Mehr unterstützt. Dies insbesondere aus folgenden Gründen: • Die vorgeschlagene Regelung erlaubt im konkreten Einzelfall eine einfache und rasche Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei einem Eintritt in ein Pflegeheim. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der Regelung, dass die Zuständigkeit unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Heims immer beim Wohnsitz(kanton) vor Eintritt in ein Pflegeheim verbleibt, dahin. • Mit der vorgeschlagenen Regelung wird verhindert, dass diejenigen Kantone oder Regionen, welche Angebote an Pflegeheimplätzen oder Spitexkapazitäten zur Verfügung stellen, benachteiligt werden, indem sie für alle Personen, welche diese Angebote nutzen, die Restfinanzierung zu tragen haben. Dies könnte die Anreize für die Kantone und Gemeinden verstärken, das bereitgestellte Angebot an Pflegeleistungen auf ein Minimum zu beschränken, um damit einerseits zu verhindern, dass Personen aufgrund eines vorhandenen Angebots ihren Wohnsitz im entsprechenden Kanton / in der entsprechenden Gemeinde begründen resp. Um zu erreichen, dass pflegebedürftige Personen möglichst in einem anderen Kanton in ein Heim eintreten. Das Interesse der Kantone und Gemeinden, die Versorgungsplanung im Bereich der Pflegeheime und der Spitexdienste auch interkantonal zu koordinieren, würde längerfristig geschwächt. Eine solche Entwicklung wäre versorgungspolitisch – vor dem Hintergrund des demographisch bedingten, steigenden Bedarfs an Pflegeleistungen – problematisch. Mit der vorgeschlagenen Lösung kann einer solchen Entwicklung entgegengewirkt werden. • Die vorgeschlagene Regelung erlaubt die Abstimmung der Restfinanzierung mit den Regelungen über die Ergänzungsleistungen innerhalb eines Kantons. Eine solche Abstimmung ist zwingend, ansonsten besteht im Einzelfall die Gefahr von Finanzierungslücken oder Doppelfinanzierungen. Für die Bestimmung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zur Mitfinanzierung des Heimaufenthalts ist gemäss heutiger Ergänzungsleistungsgesetzgebung in jedem Fall der Wohnsitzkanton, in welchem die betreffende Person vor Eintritt in ein Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz begründet hatte, zuständig. Es ist daher sinnvoll, die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen analog zu regeln. • Mit der vorgeschlagenen Regelung besteht zwar die Möglichkeit, dass eine Person mit Eintritt in ein Pflegeheim im Standortkanton des Heims zivilrechtlichen Wohnsitz und Steuerdomizil begründet (und Steuern bezahlt), die Zuständigkeit für die Restfinanzierung (und die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen) jedoch bei einem anderen Kanton verbleibt. Eine solche allfällige Inkongruenz muss in Kauf genommen werden, weil die vorangehend beschriebenen Vorteile der vorgeschlagenen Regelung höher zu gewichten sind.	GDK
Konsumentenverbände	
Die Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) begrüsst das Ziel der Vorlage, wonach in jedem Fall klar sein soll, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen	SKS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden, zuständig ist. Dieses Problem scheint durch die vorgeschlagene Umsetzung gelöst zu werden. Allerdings besteht mit diesem System die Möglichkeit, dass aufgrund von Differenzen zwischen den kantonalen Beiträgen eine Deckungslücke entsteht. Die nicht gedeckten Kosten seien dann durch die versicherte Person zu tragen. Für die SKS ist eine solche Regelung nicht akzeptabel. Sie führt dazu, dass pflegebedürftige Personen je nach Konstellation der beiden betroffenen Kantone hohe Kosten übernehmen müssen. Zudem ist es aufgrund der kantonal unterschiedlich geregelten Pflegefinanzierung für Betroffene schwierig abzuschätzen, ob überhaupt und in welchem Ausmass sie Kosten übernehmen müssen. Dadurch entsteht eine unnötige zusätzliche Belastung für pflegebedürftige Personen. Die SKS spricht sich deshalb gegen die vorgeschlagene Umsetzung aus. Stattdessen empfiehlt sie, im Interesse der betroffenen PatientInnen ein Finanzierungssystem zu entwickeln, in welchem die Zuständigkeit klar festgelegt ist und die Restfinanzierung in jedem Fall vollständig unter den betroffenen Kantonen geregelt wird. Sollte trotzdem ein System gewählt werden, welches eine Kostenbeteiligung der PatientInnen nicht ausschliesst, muss sichergestellt sein, dass sich Betroffene einfach über die anfallenden Kosten informieren können. Um umfassende Information und Transparenz zu gewährleisten reicht es nicht aus, die zahlreichen kantonal unterschiedlichen Beiträge öffentlich zu publizieren, sondern es muss eine Anlaufstelle geschaffen oder definiert werden, welche PatientInnen über die zu erwartenden Kosten in ihrem konkreten Fall informiert.	
Leistungserbringer	
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.	ASPS
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	CURAVIVA

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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 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	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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 à 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 programmés. 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 lacune	
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 Heim-eintritt 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.	FMH
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	MFE

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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.	
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.lv. 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-Obriest 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.lv. „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). 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	H+

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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 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. 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.	K3
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 ausserkantonomer 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.	SBK
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. Als Mitglied der IG Pflegefinanzierung unterstützt der Verband <i>senesuisse</i> 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 ausserkantonomalen Leistungsbezug besonders bei den Patienten in Pflegeheimen die Probleme eher verstärkt als löst.	Senesuisse
Wir begrüssen, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der	Spitex

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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.	
Der VSAO verzichtet auf eine detaillierte Vernehmlassungsantwort, da er die geplante Nachbesserung begrüsst und darin keinerlei Probleme erkennen kann.	VSAO
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.	VKZS
SW!SS 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 Ergänzungsleistungsgesetzgebung orientiert. Damit wird klar, welcher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Restfinanzierung der Pflegekosten übernehmen soll. SW!SS 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. SW!SS 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. 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 SW!SS REHA eine Gesamtrevision der Pflegefinanzierung an, da bereits nach den vier Jahren seit der Einführung gravierende Mängel offensichtlich sind. SW!SS 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 ausserkantonalen 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. SW!SS REHA ist der Überzeugung, dass nur ein breit angelegter Massnahmenplan die Basis für eine nachhaltige Lösung der Pflegefinanzierung bringen kann. Aus obigen Überlegungen unterstützt SW!SS REHA die Vorlage, aber nur unter dem Vorbehalt, dass die Probleme der Pflegefinanzierung umfassend gelöst werden.	SWISSREHA
Versicherer	
curafutura unterstützt diese Regelung unter dem Vorbehalt, dass die Restfinanzierung vollständig unter den Kantonen geregelt wird und den ausserkantonalen Pflegepatientinnen und Pflegepatienten keine Zusatzkosten entstehen. Curafutura begrüsst, dass mit der geplanten Gesetzesänderung einerseits die Zuständigkeit klar geregelt und andererseits sichergestellt wird, dass der Herkunftskanton die Restfinanzierung übernimmt, welcher – in der Regel über einen längeren Zeitraum – von den Steuereinnahmen der betroffenen Person profitieren	Curafutura

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
konnte. Die gleiche Bestimmung gilt auch bereits im Bereich des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (HG).	
Gerne teilen wir Ihnen mit, dass die vorgeschlagene Änderung für santésuisse grundsätzlich in die richtige Richtung geht. Die vorgeschlagene Änderung 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. Damit wird die kantonsübergreifende Pflegeheimplanung begünstigt und Kantone, in denen mehr Pflegeheimplätze zur Verfügung stehen als für die eigene Bevölkerung benötigt werden, werden finanziell nicht zusätzlich benachteiligt. Auch aus Sicht der Patientenfreizügigkeit ist die Änderung zu befürworten, da diese durch die aktuell gültige Regelung faktisch behindert wird, was im Widerspruch zum KVG steht.	Santésuisse
Vertreter der Patientinnen und Patienten	
a) bei Pflegeheimen Integration Handicap ist damit einverstanden, dass der bisherige Wohnsitzkanton im Falle eines Eintritts in ein ausserkantonales Pflegeheim für die Auszahlung der Restfinanzierung zuständig sein soll. Einerseits wird damit eine Regelung getroffen, die mit der bestehenden Zuständigkeit im EL-Bereich übereinstimmt. Andererseits wird nur mit einer solchen Lösung sichergestellt, dass Pflegeheime bereit sind, auch ausserkantonale Patientinnen und Patienten aufzunehmen. Damit sind allerdings noch nicht alle Fragen gelöst: Wenn der Wohnsitzkanton für die Pflege Normkosten oder Höchstgrenzen definiert hat, welche tiefer liegen als die im Standortkanton anerkannten und tatsächliche entstehenden Pflegekosten, dann bleibt unklar, wer die Kostendifferenz übernehmen muss: Es darf unseres Erachtens weder der Leistungserbringer (Pflegeheim) sein noch die versicherte Person; denn deren maximale Kostenbeteiligung ist in Art. 25a Abs. 5 KVG bereits festgelegt und kann nicht überschritten werden. b) bei ambulanter Pflege Was für den stationären Bereich Gültigkeit hat, gilt umso mehr für den ambulanten Bereich, wo in der Regel nur kurzfristig während Besuchen und Ferien Pflegeleistungen von den Spitex-Organisationen erbracht werden müssen. In diesen Fällen muss sich die Rechnungsstellung nach den im Standortkanton geltenden Regelungen mit den in diesem Kanton üblichen Formularen richten. Ohne eine solche Lösung ergibt sich ein sowohl für die Leistungserbringer wie auch für die Versicherten enormer administrativer Aufwand und eine stetige Unsicherheit im Falle einer interkantonale unterschiedlichen Höhe der anerkannten Kosten. Weil die ausserkantonale ambulante Pflege mengenmässig nicht ins Gewicht fällt, ist eine solche Regelung den finanzierenden Wohnsitzkantonen ohne weiteres zuzumuten. Kommt eine Regelung im obigen Sinn nicht zustande, so schlagen wir als Alternative vor, dass im ambulanten Bereich die Restfinanzierung vom Kanton geleistet wird, in dem die ambulanten Pflegeleistungen tatsächlich erbracht werden.	Integration Handicap
Wir begrüßen es grundsätzlich, dass die SGK die Finanzierung der ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalte und der ambulanten Pflege verbessern und eine Rechtslücke schliessen will. Es ist für Parkinsonbetroffene wichtig, nicht gezwungen zu sein, das Pflegeheim des letzten Wohnsitzkantons zu berücksichtigen. Krankheitsbedingt müssen unsere Mitglieder oft bereits in jüngeren Jahren in ein Pflegeheim ziehen. Dabei ist die „soziale Heimat“ integrationsbedingt wichtiger als der letzte Wohnsitz. In diesem Sinne unterstützen wir die geplanten Änderungen. Hingegen stehen wir der Idee kritisch gegenüber, dass der letzte Wohnsitzkanton für die Rest-Finanzierung der Pflegekosten zuständig sein soli. Bei dieser Lösung soll der Kanton jedoch nur den Betrag zahlen, den er selber an die Pflegeheime im eigenen Kanton entrichtet. Es stellt sich die Frage, wer in diesen Fällen die Differenz übernehmen muss. Solange Ersparnis vorhanden ist, wird dies der oder die Betroffene tun müssen. Was geschieht aber, wenn keine Mittel mehr vorhanden sind? Aus unserer Sicht konnte diese Lösung – zumindest in gewissen Fällen – eine Einschränkung der freien Wahl des Wohnortes nach sich ziehen. Bei der ambulanten Pflege (Spitex) kann die Frage des Wohnsitzes dann eine Rolle spielen, wenn Kinder zur Entlastung eines Elternteils den pflegebedürftigen Vater oder	Parkinson

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
die pflegebedürftige Mutter bei sich aufnehmen. Die Betroffenen und die lokale Spitex werden in diesem Fall einen administrativen Spiessroutenlauf auslösen, der das Gegenteil von dem bewirkt, was der Bundesrat mit dieser Vorlage erreichen will: Die Unterstützung der pflegenden Angehörigen.	
Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, zur vorgeschlagenen Änderung von Artikel 25a KVG Stellung zu nehmen. Dabei werden wir v.a. diejenigen Punkte behandeln, die aus Sicht der Menschen mit einer Demenzerkrankung und ihren Angehörigen von besonderer Bedeutung sind. Zu den übrigen Punkten verweisen wir auch auf die Eingabe der IG Pflegefinanzierung, welche wir mitunterzeichnet haben. Die Schweizerische Alzheimervereinigung hat schon die ursprüngliche Neuordnung der Pflegefinanzierung (2008) begleitet und schon damals auf die besondere Problematik bei Demenzerkrankungen hingewiesen. Heute zeigt es sich, dass sich die Probleme bei der Finanzierung der Leistungen bei Demenz noch verschärft haben. Der durch eine Demenzerkrankung verursachte zusätzliche Aufwand bei der Pflege und Betreuung muss – obwohl krankheitsbedingt – immer mehr durch die Betroffenen selber finanziert werden. Eine adäquate Abbildung der Leistungen für demenzkranke Menschen im Gesetz fehlt bis heute, und die Probleme bei der Restfinanzierung verschärfen das Problem noch zusätzlich. Die Schweizerische Alzheimervereinigung begrüsst es deshalb, dass die Sozial- und Gesundheitskommission der Ständerats (SGK-SR) einen Nachbesserungsbedarf bei der Pflegefinanzierung erkannt hat. Leider – so zeigt sich heute – beschränkt sich dieser Vorschlag auf die Frage der Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege. Die weiteren dringenden Probleme rund um die Restfinanzierung wurden nicht in die Revision miteinbezogen. Auch ist es aus Sicht der Schweizerischen Alzheimervereinigung sehr bedauerlich, dass bei dieser "Nachbesserung der Pflegefinanzierung" die SGK-SR die Gelegenheit verpasst hat, den auch im Rahmen der nat. Demenzstrategie als wichtig beurteilten Bereich der adäquaten Abgeltung der Leistungen bei Demenzerkrankungen zu berücksichtigen. Stellungnahme zur vorgeschlagenen Änderung von Art. 25a KVG Es ist wichtig, dass bei der ausserkantonalen Pflege festgelegt wird, welcher Kanton für die Restfinanzierung aufkommen muss. Die von der SGK-SR vorgeschlagene Lösung, dass der Herkunftskanton zuständig sein soll, erscheint sinnvoll. Probleme bereitet indessen, dass dieser dabei die eigenen Regeln zur Festsetzung der Restfinanzierung anwenden darf. Offen bleibt, wer eine allfällige Differenz der Kosten tragen muss. Es kann nicht sein, dass die Versicherten noch mehr belastet werden, hält doch das KVG fest, dass sie höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages an den Pflegekosten selber bezahlen müssen. Wenn auf der anderen Seite die Leistungserbringer die Differenz tragen müssen, kann es sein, dass sie ausserkantonale Patienten vermehrt ablehnen – umso mehr, wenn es sich dabei um „teure“ demenzkranke Patienten handelt. Ein Heimaufenthalt in der Nähe der Familie, die Möglichkeit von regelmässigen Besuchen durch Familienangehörige, sollte jedoch möglich bleiben, gerade auch für Menschen mit einer Demenzerkrankung. In unserer Beratungspraxis werden wir immer wieder mit solchen Wünschen konfrontiert, die dann oftmals aus finanziellen Gründen scheitern. Aufgrund dieser Erwägungen ist die Schweizerische Alzheimervereinigung der Ansicht, dass definiert werden muss, welcher Kanton für die Finanzierung der Differenz zu den allenfalls höheren Norm- oder Vollkosten aufkommen muss.	Alzheimer
Der SSR begrüsst es sehr, 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. Die vorgeschlagene Regelung löst aber das vorhandene Problem nicht. Die Höhe der Restfinanzierung muss sich nach dem Kanton richten, in dem die Pflegeleistungen erbracht werden. Gleichzeitig bedauern wir sehr, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt der zahlreichen offenen Probleme bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung in Angriff nehmen will. Für die betroffenen, insbesondere chronisch kranken älteren Menschen besteht ein viel	SSR

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
weiter gehender, dringender Bedarf zur Nachbesserung bei der Pflegefinanzierung. Als Mitglied der IG Pflegefinanzierung haben wir den Räten diesen Nachbesserungsbedarf in einer umfassenden Dokumentation unterbreitet. Die SGK-SR zeigt in Ihrem erläuternden Bericht einige der von uns erwähnten Problembereiche auf, ohne jedoch konkrete Lösungsvorschläge aufzuzeigen. Wir erlauben uns deshalb auf diese noch im speziellen einzugehen.	
Nicht begrüßte Organisationen	
Wir begrüßen sehr, dass: • die SGK-S klären will, welcher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Restfinanzierung übernehmen soll. Eine entsprechende Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ist deshalb sehr willkommen. • im Fall von Heimaufenthalten der Kanton bzw. die Gemeinde, in welcher ein Heimbewohner oder eine Heimbewohnerin seinen/ihren letzten Wohnsitz vor dem Heimeintritt hatte, für die Finanzierung der Pflegekosten zuständig sein soll. • der Aufenthalt in einem Pflegeheim keine neue Zuständigkeit begründen soll und sich diese klare Bestimmung am Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) orientieren soll.	BSH
Die SP 60+ begrüsst es, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und Bereitschaft zeigt die Frage der Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege zu klären. Gleichzeitig bedauern wir, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt der zahlreichen Probleme in Angriff genommen hat. Für die betroffene Bevölkerung besteht ein viel weiter gehender Bedarf zur Nachbesserung. Zwar nimmt die SGK-SR im erläuternden Bericht die zahlreichen Problembereiche auf ohne jedoch konkrete Lösungsvorschläge aufzuzeigen. Wir erlauben uns deshalb auf diese noch im speziellen einzugehen. 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. Wir unterstützen diesen Vorschlag für den Heimbereich weil so die freie Wohnsitzwahl auch für pflegebedürftige Personen gewährleistet ist und andererseits, weil diese Regelung zu einer Kohärenz mit der Sozialhilfe und den Ergänzungsleistungen führt. Im Bereich der ambulanten Pflege wird diese Lösung jedoch für die Betroffenen grosse administrative Probleme zur Folge haben. Falls die vorgeschlagene Regelung in Kraft treten sollte, werden die Verbände den Spitex-Organisationen den ausserkantonalen Patient/innen die Vollkosten oder, wo vorhanden, die kantonalen Normkosten in Rechnung stellen. Die Patient/innen müssen dann selber in ihrem Wohnkanton respektive in der Wohngemeinde die Restkosten-Finanzierung einfordern. Angewiesen auf ambulante ausserkantonale Pflege sind insbesondere pflegebedürftige Menschen die zu Hause gepflegt werden und vorübergehend zur Entlastung von pflegenden Angehörigen (jemand zieht temporär zu anderen Angehörigen) oder zur Überbrückung nach einem Spitalaufenthalt (temporär zu Angehörigen) in einem anderen Kanton oder Gemeinde ziehen. Dies führt zu einer Diskriminierung dieser Patientengruppe und erschwert die ohnehin schon belastende Situation der pflegenden Angehörigen. <i>Die SP 60+ fordert deshalb dass im Bereich der ambulanten Pflege die Zuständigkeit anders gelöst wird. Als Variante wäre eine Regelung analog der Spitalfinanzierung denkbar. Die SP 60+ würde eine solche bevorzugen.</i>	SP60+
Die VAKA begrüsst, dass die Frage der Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen geklärt werden soll. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung soll dies sicherstellen. Es ist zu begrüßen, dass der Herkunftskanton für die Finanzierung der Pflegeleistungen bei einem ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalt zuständig ist. Allerdings ist festzuhalten, dass die Formulierung in Art. 25a Abs. 5 KVG deutlich kürzer gehalten ist als jene im ELG. Es besteht daher das Risiko, dass in der Praxis Umsetzungsprobleme und Fragen auftauchen. Es ist enttäuschend, dass die SGK-S der Empfehlung der IG Pflegefinanzierung nicht gefolgt ist, dass die Höhe der Restfinanzierung sich nach den Ansätzen des	VAKA

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Standortkantons des Pflegeheims richtet. Im Erläuternden Bericht wird denn auch festgehalten, dass es nicht auszu-schliessen sei, dass die vom Herkunftskanton festgesetzten (und von ihm finanzierten) Beiträge vom Betrag, der in einem anderen Kanton zur Deckung der Pflegerestkosten nötig wäre, abweichen. Es sei daher davon auszugehen, so die SGK-S, dass allfällig verbleibende Restkosten der Pflege durch die versicherte Person zu tragen sein werden. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG ist die Kostenbeteiligung der versicherten Person jedoch auf 20% des höchsten durch den Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags beschränkt. Es stellt sich deshalb die Frage, ob bei Überwälzung der Deckungslücke an die Bewohnenden nicht der Tarifschutz gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG ver-letzt würde. In diesem Zusammenhang hält der Bundesrat in seinem Bericht zur Zuständigkeit für die Restfinanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung¹ fest, dass es von zentraler Bedeutung sei, dass die Belastung der Patientinnen und Patienten im Sinne von Artikel 25a Absatz 5 KVG nicht überschritten werde. Der Bundesrat zeigt weiter auf, dass der in der Bundesverfassung verankerten Niederlassungsfreiheit eine besondere Bedeutung und Wichtigkeit zukommt. Zu-dem hält der Bundesrat fest, dass die freie Wahl des Leistungserbringers auch bei Pflegeheim-aufenthalten gewährleistet sein muss. Die VAKA ist der Ansicht, dass die Lösung zur Finanzierung von ausserkantonalen Pflegeheim-aufenthalten diesen wesentlichen Grundsätzen Rechnung tragen muss. Die VAKA 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, wel-cher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Rest-finanzierung der Pflegekosten übernehmen soll. Aus obigen Überlegungen unterstützt die VAKA die Vorlage, aber nur unter dem Vorbehalt, dass die Probleme der Pflegefinanzierung umfassend gelöst werden.	
Die PUE begrüsst grundsätzlich diese gesetzliche Präzisierung betr. Zuständigkeit bei ausserkantonalen Heimaufenthalten, da sie Rechtssicherheit schafft. Dadurch können langwierige und kostspielige Prozesse zum Schutz der versicherten Personen in Bezug auf Zuständigkeitsfragen vermieden werden. Die Zuständigkeit der Restfinanzierung obliegt mit der vorgeschlagenen Lösung dem Herkunftskanton (analog zur EL), was grundsätzlich möglich, aber nicht unproblematisch ist. Die PUE hat sich bisher für eine Lösung ausgesprochen, bei der der Standortkanton des Heims zuständig ist, da dadurch alle Versicherten einer Institution gleich behandelt würden und die Transaktionskosten für die kantonalen Behörden, Institutionen und versicherten Personen geringer wären. Die PUE kritisiert die vorgeschlagene Regelung hauptsächlich aus den folgenden Überlegungen: Mit der in Erwägung gezogenen Lösung ist der Herkunftskanton nicht nur für die Übernahme der Restkosten zuständig, sondern auch für die Bestimmung der kantonalen Beiträge an die Pflegekosten. <i>Da sich die (normierten) Zuschüsse der öffentlichen Hand zwischen den Kantonen unterscheiden und normierte Werte selten den effektiven Gegebenheiten eines ausserkantonalen Heims entsprechen, wird damit bewusst in Kauf genommen, dass es zu ungedeckten Restkosten kommen kann, die von den versicherten Personen bezahlt werden müssen. Eine solche Lösung kann nicht im Sinne der pflegebedürftigen Personen sein, zumal die Wahlfreiheit der betroffenen Personen damit tangiert sein kann.</i>	PUE
La réglementation concernant la prise en charge des coûts générés par une personne soignée ou hébergée hors de son canton d'origine est pour l'heure encore floue. La modification proposée tente d'y répondre en attribuant la compétence de financement des prestations de soins au canton de l'ancien domicile ou « de provenance », responsable d'une part de la fixation du montant de la contribution de la personne assurée aux frais de soins et, d'autre part, du financement résiduel. En revanche, la question du financement des séjours hospitaliers (frais socio-hôtelières) n'est que partiellement réglée. Pour les prestataires hébergeant des pensionnaires extra cantonaux, les remboursements des frais liés au séjour doivent être réclamés	CP

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
selon un système administratif différent de leur propre canton, avec à la clé une disparité possible de remboursement. Le projet présenté suscite dès lors de sérieuses réserves et ne répond qu'en partie au problème posé. Nous souhaitons à cet égard attirer votre attention sur les observations qui suivent. Disparités cantonales Nous partons du principe justifié que la fixation du financement résiduel, sa tarification et sa planification budgétaire, diffèrent d'un canton à l'autre, s'agissant d'une compétence qui leur est propre. Ces différences de réglementation entraînent un possible différentiel de financement entre le canton « de provenance » de la personne et le canton où se situe l'établissement. Des lacunes de couverture peuvent dès lors se produire. Sur la base de la modification proposée, ce serait au canton de domicile (canton du domicile avant l'entrée dans un établissement ou canton « de provenance ») de la personne assurée que reviendrait la compétence pour fixer le montant de participation aux soins et s'acquitter du financement résiduel. Lorsque ces montants diffèrent du coût des soins du canton d'établissement, nous regrettons que le projet s'abstienne de préciser les modalités précises de règlement des coûts résiduels. En effet, dans l'hypothèse où les prestations de soins, facturées par l'établissement extra cantonal, devraient être plus onéreuses que celles du canton de l'ancien domicile ou « de provenance », il est fort à parier que le canton prestataire se refuserait à reconnaître les coûts fixés par ce dernier. Sans la détermination d'une obligation légale clairement stipulée, ce serait à la personne assurée qu'il reviendrait probablement d'assumer les éventuels coûts résiduels pour ces soins, soit une contribution personnelle aux soins plus importante et une possible entorse à l'application stricto sensu de la LAMal, qui précise le principe que : « les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral » (art. 25a, al. 5, LAMal). Notion de domicile en droit Comme le relève le rapport explicatif de la Commission en ce qui concerne le coût des soins, l'obligation de prise en charge revient au canton de domicile de la personne assurée (art.1 LAMal, art.13, al. 1, LPGa, art. 23 CC). Le Tribunal fédéral a clairement statué que, pour les personnes qui décident sciemment (capacité totale de discernement) de déplacer le centre de leurs intérêts vitaux et ainsi leur lieu de vie, avec l'intention d'y rester de manière durable, ce transfert peut être fondateur d'un nouveau domicile (ATF 140 V 563). Sur la base du principe de liberté d'établissement, il serait donc pertinent de considérer que dans le cas effectif d'un transfert de droit de domicile, le canton, respectivement la commune où se situe l'établissement, resteraient en charge du financement résiduel. Le présent amendement considère bien le domicile de la personne assurée comme décisif pour la fixation de la compétence, mais se refuse à honorer le transfert des papiers dans un établissement médico-social comme un nouveau domicile et l'assimile à la réglementation relative aux prestations complémentaires (LPC). Nous pouvons y souscrire, mais relevons que le projet ne règle pas expressément la question du résident en provenance d'autres cantons et d'ores et déjà hébergé dans un nouveau canton. Il s'agirait de compléter la disposition pour éviter que des interprétations restrictives conduisent à des situations pénibles. Prestations complémentaires Dans le cas où l'entrée stationnaire dans un établissement coïncide avec un changement de domicile, la compétence cantonale diffère en ce qui concerne le financement résiduel et le financement des coûts de séjour. Les coûts des prestations complémentaires, s'agissant des coûts liés à l'hébergement hospitalier, sont donc toujours à charge du canton de « provenance », comme le dit expressément la loi : « le séjour dans un home ne fonde aucune nouvelle compétence » (art. 21, al. 1, LPC). Une très grande majorité de la population hébergée dans les établissements médico-	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
sozialen abhängig vom Regime subventioniert des PC. Or, des différences substantielles existent dans le cadre de la prise en charge de ces prestations, selon les cantons. Autrement dit, seules des personnes au bénéfice d'une fortune suffisante seraient à même d'envisager un hébergement hors de leur canton d'origine, car il paraît évident que lorsque les coûts de séjour ne peuvent être entièrement couverts par le régime social, la liberté de choix est réduite. Conclusion On le constate, pour la prise en charge des coûts générés par une personne soignée ou hébergée hors de son canton de provenance, la proposition qui émane des travaux de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique se limite aujourd'hui à réglementer la prise en charge du coût des soins, sans proposer néanmoins de réguler les paiements différentiels subséquents. En regard des observations formulées, cette modification, sans autre complément légal, est susceptible d'aggraver la situation pour les personnes assurées et pourrait occasionner de futurs litiges. A ce stade, nous sommes d'avis que la modification proposée ne contribue pas, loin s'en faut, à répondre aux enjeux liés à la cohérence des réglementations existantes et nécessite une clarification impérative du principe que la participation aux coûts des soins ne peut excéder, pour les personnes extra cantonales, le 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Le dossier doit être repris pour régler les questions ouvertes. A cet égard, il nous apparaît opportun de prendre en considération certaines réflexions esquissées par les associations regroupées au sein de la Communauté d'intérêts Financement des soins, qui se révèlent intéressantes à plusieurs égards. C'est notamment le cas pour la fixation de la participation aux coûts des personnes assurées.	
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. 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. 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	IG Pflege

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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 Kantonsgrenze 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. 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.	
Wir stimmen gesamthaft mit der Vernehmlassungsantwort des SVS überein und schätzen, dass sie über die Klärung, welcher Kanton für die Restfinanzierung bei ausserkantonomer 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.	SPITEX BL

2.3 Osservazioni relative alle singole disposizioni del progetto

Articolo 25a capoverso 5 terzo e quarto periodo LAMaI

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Kantone	
Der Regierungsrat stimmt der von der Kommission vorgeschlagenen Ergänzung von Art. 25a Abs. 5 KVG betreffend die Regelung der interkantonalen Zuständigkeit für die Restfinanzierung analog der EL-Zuständigkeit zu. Dies insbesondere aus folgenden Gründen: - Der Vorschlag entspricht der Regelung, wie sie der Kanton Luzern innerkantonale für die Zuständigkeit unter den Gemeinden seit 1. Januar 2011 anwendet. Die Regelung hat sich innerkantonale bewährt. Die von Ihnen vorgeschlagene Regelung erlaubt nun auch interkantonale im konkreten Einzelfall eine einfache und rasche Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei einem Eintritt in ein Pflegeheim. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der Regelung, dass die Zuständigkeit unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Heims immer beim Wohnsitz(kanton) vor Eintritt in ein Pflegeheim verbleibt, dahin. - Mit der vorgeschlagenen Regelung wird verhindert, dass diejenigen Kantone oder Regionen, welche Angebote an Pflegeheimplätzen oder Spitexkapazitäten zur Verfügung stellen, benachteiligt werden, indem sie für alle Personen, welche diese Angebote nutzen, die Restfinanzierung zu tragen haben. Dies könnte die Anreize für die Kantone und Gemeinden verstärken, das bereitgestellte Angebot an Pflegeleistungen auf ein Minimum zu beschränken, um damit einerseits zu verhindern, dass Personen aufgrund eines vorhandenen Angebots ihren Wohnsitz im entsprechenden Kanton / in der entsprechenden Gemeinde begründen resp. um zu erreichen, dass pflegebedürftige Personen möglichst in einem anderen Kanton in ein Heim eintreten. Das Interesse der Kantone und Gemeinden, die Versorgungsplanung im Bereich der Pflegeheime und der Spitexdienste auch interkantonale zu koordinieren, würde längerfristig geschwächt. Eine solche Entwicklung wäre versorgungspolitisch – vor dem Hintergrund des demografisch bedingten, steigenden Bedarfs an Pflegeleistungen – problematisch. Mit der vorgeschlagenen Lösung kann einer solchen Entwicklung entgegengewirkt werden. - Die vorgeschlagene Regelung erlaubt die Abstimmung der Restfinanzierung mit den Regelungen über die Ergänzungsleistungen innerhalb eines Kantons. Eine solche Abstimmung ist zwingend, ansonsten besteht im Einzelfall die Gefahr von Finanzierungslücken oder Doppelfinanzierungen. Für die Bestimmung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zur Mitfinanzierung des Heimaufenthalts ist gemäss heutiger Ergänzungsleistungsgesetzgebung in jedem Fall der Wohnsitzkanton, in welchem die betreffende Person vor Eintritt in ein Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz begründet hatte, zuständig. Es ist daher sinnvoll, die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen analog zu regeln. - Mit der vorgeschlagenen Regelung besteht zwar die Möglichkeit, dass eine Person mit Eintritt in ein Pflegeheim im Standortkanton des Heims zivilrechtlichen Wohnsitz und Steuerdomizil begründet (und Steuern bezahlt), die Zuständigkeit für die Restfinanzierung (und die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen) jedoch beim Herkunftskanton verbleibt. Eine solche allfällige Inkongruenz muss in Kauf genommen werden, weil die vorangehend beschriebenen Vorteile der vorgeschlagenen Regelung höher zu gewichten sind.	LU
Zur vorgeschlagenen Formulierung von Artikel 25a KVG Wie vorgängig erwähnt, lehnen wir die vorgeschlagene neue Regelung in Artikel 25a KVG ab. Falls die vorgesehene Ergänzung trotzdem vorgenommen wird, sind die bestehenden kantonalen Zuständigkeiten bezüglich der Restfinanzierung unbedingt zu berücksichtigen. So sind z. B. in Uri explizit die Gemeinden für die Festlegung und Auszahlung der Pflege-Restkosten zuständig. Die vorgeschlagene Ergänzung von Artikel 25a heisst in der Konsequenz, dass in jedem Fall der Kanton für die „Festlegung	UR

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
und Auszahlung“ zuständig ist. Es darf jedoch nicht sein, dass allenfalls die Gemeinden die innerkantonale und der Kanton die ausserkantonale Restfinanzierung übernehmen muss. Wir beantragen daher, dass eine allfällige Ergänzung wie folgt umformuliert wird: „Der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat, ist zuständig für die Regelung der Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.“ Dies entspricht auch der bereits bestehenden Formulierung in Artikel 25a Absatz 5 des KVG „... Die Kantone regeln die Restfinanzierung. ...“	
Bezüglich des dritten und vierten Satzes von Art. 25a Abs. 5 E-KVG schlägt der Regierungsrat des Kantons Obwalden folgende Formulierung vor: ⁵ „(...) <i>Für die Festsetzung der Restfinanzierung und Auszahlung der Beiträge zur Deckung der Pflegerestkosten zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.</i>“	OW
Bezüglich der konkreten Formulierung dieser Regelung im Gesetz schlagen wir folgende Präzisierung vor: Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz ⁵ ... <i>Für die Festsetzung der Restfinanzierung und Auszahlung der Beiträge zur Deckung der Pflegerestkosten zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.</i>	NW
Um jedoch zukünftige Missverständnisse bei der Kostenübernahme zu vermeiden, nehmen wir wie folgt Stellung: 1. Der Wortlaut von Art. 25a Abs. 5 dritter Satz ist wie folgt zu ergänzen: « ... <i>Für die Regelung der Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat.</i> » Die Ergänzung (<i>in kursiv</i>) verändert den Inhalt der Bestimmung nicht, sondern trägt zu ihrer Klarheit bei. Der vorgeschlagene Wortlaut «Für die Festsetzung und Auszahlung zuständig ist der Kanton [...]» könnte auch dahingehend interpretiert werden, dass explizit der Kanton zahlungspflichtig ist bzw. eine Zahlstelle einzurichten hat. Mit der Vorlage sollen jedoch weder in die kantonalen Zuständigkeiten für die Restfinanzierung der Pflege noch in die innerkantonale Organisation eingegriffen werden. Mit der Ergänzung wird somit klargestellt, dass die Kantone die Modalitäten der Restfinanzierung für Aufenthalte in einem ausserkantonalen Pflegeheim zu regeln haben; dies in Analogie zum zweiten Satz des gleichen Absatzes («Die Kantone regeln die Restfinanzierung»).	ZG
Der Regierungsrat Basel-Stadt stimmt der von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) vorgeschlagenen Ergänzung von Art. 25a Abs. 5 KVG zu. Er begrüsst eine solche Regelung insbesondere beziehungsweise auf die nachfolgend aufgelisteten Gründe: - Die vorgeschlagene Regelung erlaubt im konkreten Einzelfall die Abstimmung der Restfinanzierung mit den Regelungen über die Ergänzungsleistungen innerhalb eines Kantons. Eine solche Abstimmung ist zwingend, ansonsten besteht im Einzelfall die Gefahr von Finanzierungslücken oder Doppelfinanzierungen. Zur Bestimmung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zur Mitfinanzierung des Heimaufenthalts ist gemäss heutiger Ergänzungsleistungsgesetzgebung in jedem Fall der Wohnsitzkanton, in welchem die betreffende Person vor Eintritt in ein Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz begründet hatte, zuständig. Es ist sinnvoll, die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen analog zu regeln. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der Regelung, dass die Zuständigkeit unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Heims immer beim Wohnsitz(Kanton) vor Eintritt in ein Pflegeheim verbleibt, dahin. Vielmehr ermöglicht die Regelung eine einfache und rasche Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei einem Eintritt ins Pflegeheim; - Ein weiterer zentraler Punkt, welcher für den Entwurf der Neuregelung spricht, ist der	BS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
folgende: Mit der Neuregelung kann verhindert werden, dass diejenigen Kantone oder Regionen, welche Angebote an Pflegeheimplätzen oder Spitexkapazitäten zur Verfügung stellen, benachteiligt werden, indem sie für alle Personen, welche diese Angebote nutzen, die Restfinanzierung zu tragen hatten. Dies würde falsche Anreize für die Kantone und Gemeinden schaffen, indem sie nur ein kleines Angebot an Pflegeleistungen bereitstellen würden. Ferner kann mit der Neuregelung vermieden werden, dass Personen ihren Wohnsitz in einen anderen Kanton oder Gemeinde verlegen, in welchen die Angebote vorhanden waren. Weiter würde das Interesse der Kantone und Gemeinden an einer interkantonalen Koordination der Pflegeheime und Spitexdienste auf längere Sicht geschwächt, was vor einem versorgungspolitischen Hintergrund – insbesondere im Hinblick auf den demographisch bedingten stetigen wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen – äusserst problematisch wäre. Der vorgelegte Entwurf der Neuregelung verhindert eine solche Entwicklung; - Die geplante Neuregelung kann zur Folge haben, dass eine Person mit Eintritt in ein Pflegeheim im Standortkanton des Heims zivilrechtlichen Wohnsitz und Steuerdomizil begründet (und Steuern bezahlt), die Zuständigkeit für die Restfinanzierung (und die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen) jedoch bei einem anderen Kanton verbleibt. Eine solche mögliche Divergenz muss akzeptiert werden. Die vorangehend aufgezählten Vorteile überwiegen klar.	
Wir begrüssen die vorgeschlagene Neuregelung ausdrücklich, machen allerdings eine Präzisierung beliebt, die sich zur Klärung folgender Problematik aufdrängt: In der Praxis unklar ist oft die Regelung von Fällen, in denen eine Person in ein ausserkantonaes Heim eintritt, ohne bereits einen Anspruch auf Restfinanzierung zu haben, und dieser Anspruch während des Aufenthalts in dem Heim entsteht. Um dem Willen der Kommission, dass Kantone mit guten Heimstrukturen durch ausserkantonale Bewohnende nicht belastet werden sollen, umfassend Rechnung zu tragen, muss die Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung auch in diesen Fällen beim Herkunftskanton liegen. Zur Vermeidung der vorstehend genannten möglichen Zuständigkeitskonflikte empfehlen wir folgende Ergänzung von Art. 25a Abs. 5 dritter Satz KVG: <i>„[...] Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person beim erstmaligen Heimeintritt ihren Wohnsitz hatte. Der Eintritt in ein Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.“</i>	SG
Art. 25a Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) soll deshalb folgende Änderung erfahren: <i>„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.“</i>	AG
2. Revision von Art. 25a Abs. 5 KVG Der Regierungsrat stimmt der vorgeschlagenen Änderung von Art. 25a Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zu. Es wird damit eine sehr problematische Gesetzeslücke geschlossen. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der Regelung, dass die Zuständigkeit unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Heims immer beim Wohnsitz(Kanton) vor Eintritt in ein Pflegeheim verbleibt, dahin. Mit der vorgeschlagenen Regelung wird verhindert, dass diejenigen Kantone oder Regionen, welche Angebote an Pflegeheimplätzen oder Spitexkapazitäten zur Verfügung stellen, benachteiligt werden, indem sie für alle Personen, welche diese Angebote nutzen, die Restfinanzierung zu tragen haben. Die Regelung gleicht die Zuständigkeiten an die Spitalfinanzierung an: Die Kantone sind analog zur Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG zur Pflegeheimplanung verpflichtet. Sie sind verantwortlich, mit der Pflegeheimliste ein wirtschaftlich und qualitativ gutes, den Bedarf sicherndes Angebot für die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons festzulegen. Die Wahl eines ausserkantonalen Pflegeheimes soll analog zur freien Spitalwahl soweit offen stehen, als dass die öffentliche Hand diejenigen Kosten zu übernehmen hat, die in	TG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
einem innerkantonalen Heim zu vergüten waren. Die Gesetzesänderung orientiert sich zudem an Art. 21 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung (ELG). In Bezug auf die Finanzierungsregelung übernimmt sie damit auch die Regelung, wie sie der Kanton Thurgau im kantonalen Krankenversicherungsgesetz (TG KVG; RB 832.1) verankert hat und wie sie von verschiedenen weiteren Kantonen praktiziert wird. In Anbetracht der hohen und steigenden Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen, die auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind, ist diese Übereinstimmung sehr zu begrüßen. Mit der Regelung wird überdies Kohärenz in Bezug auf die Pflegefinanzierung und die Sozialhilfe geschaffen. Mit der vorgeschlagenen Regelung besteht zwar die Möglichkeit, dass eine Person mit Eintritt in ein Pflegeheim im Standortkanton des Heims zivilrechtlichen Wohnsitz und Steuerdomizil begründet (und Steuern bezahlt), die Zuständigkeit für die Restfinanzierung (und die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen) jedoch bei einem anderen Kanton verbleibt. Eine solche allfällige Inkongruenz muss in Kauf genommen werden, weil die vorangehend beschriebenen Vorteile der vorgeschlagenen Regelung höher zu gewichten sind. Bezüglich der konkreten Formulierung dieser Regelung im Gesetz schlagen wir folgende Präzisierung vor: Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz <i>5. . Für die Festsetzung der Restfinanzierung und Auszahlung der Beiträge zur Deckung der Pflegerestkosten zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.</i>	
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete	
Die vorgeschlagene Regelung der Zuständigkeit bringt für Kantone und Gemeinden zudem Rechtssicherheit bei interkantonalen Sachverhalten. Sie ist auch aus inhaltlicher Sicht klar zu begrüßen. Zum einen macht es Sinn, dass die Zuständigkeiten betreffend Pflegefinanzierung analog zur Regelung von Art. 21 ELG bei den Ergänzungsleistungen (und der Sozialhilfe) gleich ausgestaltet werden. Zum andern werden damit nicht Kantone (und Gemeinden) benachteiligt, welche über ein gutes Angebot an Pflegeheimplätzen verfügen. Die gleiche Regelung – keine Wohnsitzbegründung mit Heimeintritt – existiert bereits in kantonalen Gesetzen bezüglich der Zuständigkeit im interkommunalen Verhältnis (vgl. Art. 9 Abs. 5 Pflegegesetz Kanton Zürich). Auch hier besteht Kompatibilität, was zu begrüßen ist.	SGV
Andere Interessenten – Kantone	
Bezüglich der konkreten Formulierung dieser Regelung im Gesetz schlagen wir folgende Präzisierung vor: Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz <i>5. ... Für die Festsetzung der Restfinanzierung und Auszahlung der Beiträge zur Deckung der Pflegerestkosten zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.</i>	GDK
Leistungserbringer	
2. Stellungnahme zur vorgeschlagenen Bestimmung Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton des Patienten/der Patientin für die Restfinanzierung bei „ausserkantonomer 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	ASPS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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 überwältigt werden dürfen, vertritt z. B. der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich Wegspesen in Rechnung gestellt werden dürfen. <i>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.</i> 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. <i>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</i>	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
<i>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.</i> 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.	
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 Herkunft- und Standortkanton aufkommt: Im Sinne der Kohärenz mit dem ELG soll dies der Herkunftskanton sein.	H+

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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 de-mentielle 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 finanziert. 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.	
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. 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.“	K3
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	SBK

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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 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!	
Stellungnahme zur Finanzierung bei ausserkantonomem Leistungsbezug Bei dieser Frage muss eine klare Kann bestehen: An erster Stelle ist die Niederlassungs-freiheit 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 Kann beachtet, muss den unterbreiteten Revisionsvorschlag als schlichtweg untauglich ablehnen. Statt eine gesamtheitliche Lösung für Pflege- <u>und</u> 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: „<i>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.</i>“ Konkret heisst dies, dass nur noch Personen mit dem nötigen Vermögen auch im Alter über die Niederlassungsfreiheit verfügen. Dies ist schlichtweg unakzeptabel! Aber auch	Senesuisse

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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 ausserkantonaes 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.	
Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton für die Restfinanzierung bei „ausserkantonaer 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 ausserkantonaen 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 ausserkantonaale 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 ausserkantonaale 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).	Spitex

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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. <i>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.</i> 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 vorübergehend 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.	
Vertreter der Patientinnen und Patienten	
2. Stellungnahme zur vorgeschlagenen Änderung KVG Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton der Patienten für die Restfinanzierung bei „ausserkantonomer Pflege“ zuständig sein. Ein Eintritt in ein Pflegeheim soll nichts an dieser Zuständigkeit ändern. Grundsätzlich ist auch für uns 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 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 vielfach anfallende Differenz der kantonalen Normkosten zwischen Herkunftskanton und Leistungserbringerkanton 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. Wenn bei der ausserkantonomer Pflege die Patient/innen auch noch eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten tragen müssen, widerspricht dies dem KVG. Dass die Leistungserbringer die Differenz tragen müssen, ist auch nicht im Interesse der pflegebedürftigen Menschen. Die fehlende Festsetzung der Restfinanzierung durch die Kantone führte in der Vergangenheit vermehrt zu „verdeckten Leistungsverrechnungen an die Patientinnen und Patienten u.a. unter dem Titel Betreuungskosten“. Sollte keine schweizweit einheitliche Lösung gefunden werden, sind Pflegeheime und Spitex-Organisationen gezwungen, die Aufnahme von ausserkantonalen Bewohner/innen respektive Patient/innen vermehrt abzulehnen. In vielen Fällen ist 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	SSR

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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 Kantonsgrenze 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. Unsere Lösungsempfehlung Gemäss Artikel 41 Absatz 1bis des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) gilt die freie Spitalwahl. Patientinnen und Patienten können für die stationäre Behandlung akuter Krankheiten (Somatik und Psychiatrie) oder für die stationäre Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation das Spital frei wählen. Voraussetzung ist, dass es sich um ein Listenspital handelt, d.h. das Spital muss auf der Spitalliste des Wohnkantons oder des Standortkantons aufgeführt sein. Diese Sachlogik muss in Zukunft auch für pflegebedürftige Menschen gelten. Nur so kann verhindert werden, dass alte und pflegebedürftige Menschen gegenüber Akutpatienten benachteiligt werden. Wir empfehlen Artikel 41 Absatz 1bis KVG „auf ambulante Pflegeleistungen in Tages- oder Nachtstrukturen oder stationär im Pflegeheim“ zu erweitern. Eine volle Kostendeckung durch den Herkunftskanton wird geleistet, wenn die Bestimmungen nach Artikel 41 Abs. 3 KVG erfüllt sind. Die Kostengutsprachepflicht der Herkunftskantone sollte neben Notfällen und medizinischen Gründen um „soziale Gründe“, wie Nähe zu engen Familienangehörigen oder in Vorsorgeauftrag oder Patientenverfügung erwähnte Bezugspersonen, erweitert werden. 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 haben wir in einigen Kantonen die Situation, dass die Restfinanzierung viel zu tief angesetzt wird. 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. Insgesamt bestehen gesamtschweizerisch also ungedeckte Pflegekosten in Pflegeheimen von ca. 250-350 Millionen Franken. In der ambulanten Pflege gibt es Kantone, welche den erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen und den selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen keine Restfinanzierung gewähren, andere dagegen gelten die Kosten, welche durch die Erfüllung der Versorgungspflicht entstehen, nur ungenügend ab.	
Nicht begrünte Organisationen	
Diskussion und offene Fragen 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 Wohnsitzkanton wechseln, bleibt gemäss dem zweiten Satz weiterhin der bisherige Wohnkanton in der Frage der Finanzierung zuständig. Es wäre jedoch sehr wichtig, dass die Kantone ihre festgelegten EL-Obergrenzen der täglichen Heimkosten sowie der Pflegekosten des Kantons, in welchem die Pflegeleistungen erbracht werden (Standortkanton), gegenseitig anerkennen. Mit dem vorliegenden Vorentwurf ist davon auszugehen, dass verbleibende – ungedeckte – Restkosten der Pflege durch die Heimbewohnenden zu tragen sein werden. 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. Und Finanzierungslücken weiter bestehen bleiben.	BSH

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Aus dem Erläuternden Bericht vom 1. September 2015, wird klar, dass sich die Regelung an Artikel 21 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) orientiert. Dieser lautet: <i>„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.“</i> 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. Offene Fragen: 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 unbeschadet auf die neue Bestimmung im KVG übertragen werden. In der Praxis dürfte damit regelmässig die Frage auftauchen, wer für Pflegeheimbewohner zuständig ist, die ihren Wohnsitz (z.B. wegen der örtlichen Nähe von Angehörigen) an den Standort des Pflegeheims 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, in welchen der neue Wohnort vorgeht und damit der neue Wohnkanton zuständig sein wird (z.B. Umzug in die Nähe von Angehörigen). Der Wohnortwechsel kann kurz vor Eintritt ins Pflegeheim erfolgt sein. 2. Ab wann gilt die neue Bestimmung für laufende Aufenthalte im Pflegeheim? Die neue Bestimmung darf auf keinen Fall rückwirkende Wirkung entfalten. Mit einer Übergangsfrist wäre es möglich, dass auch bereits laufende Pflegeheimaufenthalte mit der Neuerung erfasst werden könnten. Schlussbemerkung 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: <i>“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 Versorgung tritt die neue Regelung per 1.1.2017 [bzw. ein Jahr später] in Kraft.“</i>	
Leider hat es die SGK SR versäumt klarzustellen wer eine Differenz zu tragen hat falls im Standortkanton des Pflegeheims höhere Restkosten anfallen als im ursprünglichen Wohnsitzkanton. Die SGK SR geht von der Annahme aus, diese würden durch die betroffenen Personen zu tragen sein. Dies lehnen wir kategorisch ab. Zum einen verstösst eine Selbstbeteiligung der Versicherten, die 20% des Pflegebeitrags der Krankenkassen übersteigt, gegen das KVG. Zum anderen gibt es auch Fälle, wo die Restkosten im Pflegeheimkanton tiefer sind als im Herkunftskanton, so dass aus Sicht der Kantone ein gewisser Ausgleich gegeben ist. In der ambulanten Pflege kann der Spitex für Einsätze bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten allerdings ein hoher administrativer Aufwand entstehen, wenn keine etablierten Abläufe mit dem Herkunftskanton (oder den Gemeinden) bestehen. Hier liegt es an den Kantonen, entsprechende Massnahmen zu treffen (z.B. zentraler Rechnungseingang), damit die Abrechnung der Kantonsbeiträge auch über die Kantonsgrenzen hinaus unkompliziert erfolgen kann. Die SP 60+ fordert deshalb dass in der stationären und ambulanten Langzeit-Pflege eine Übernahme der Restkosten, wie sie im Standortkanton des Pflegeheims anfallen, durch den Herkunftskanton gewährleistet wird. Art. 25 a, Abs 5 ist sinngemäss zu ergänzen.	SP60+

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die VAKA 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 be-schnitten werden. Die VAKA 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.	VAKA
.... 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.	IG Pflege

2.4 Disposizione transitoria

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Kantone	
Mit dem Wechsel der Zuständigkeit für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zum Herkunftskanton werden neu allfällig verbleibende Restkosten der Pflege durch die Versicherten zu tragen sein (Erläuternder Bericht der SGK-SR vom 1. September 2015, S. 3 und 12). Da die neue Finanzierungsregelung nach dem Wortlaut uneingeschränkt gilt, müssten Personen, die vor Inkrafttreten der neuen Regelung in ein ausserkantonaes Pflegeheim eingetreten sind und deren Restfinanzierung vom Standortkanton übernommen werden musste, allfällige Deckungslücken neu selbst übernehmen. Eine solche Systemumstellung während des laufenden Pflegeheimaufenthalts ist den betroffenen (im Gegensatz zu den neu eintretenden, darüber informierten) Personen nicht zuzumuten. Wir regen deshalb an, in den Übergangsbestimmungen zur Änderung der Pflegefinanzierung Folgendes festzulegen: <i>«Die Restfinanzierung im Sinne von Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz gilt für Personen, die nach dem Inkrafttreten dieser Änderung in ein ausserkantonaes Pflegeheim eintreten.»</i>	ZH
Bei der Umsetzung gehen wir davon aus, dass für Versicherte, die vor Inkrafttreten dieser Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dahin bestehenden Zuständigkeiten erhalten bleiben und nicht der Neuregelung angepasst werden müssen (analog Regelung bei den EL, vgl. BSV, Mitteilungen an die AHV-Ausgleichskassen und EL-Durchführungsstellen Nr. 211 vom 5.11.2007). Wir schlagen vor, dies im Rahmen einer Übergangsregelung entsprechend explizit festzuhalten.	LU
Der Regierungsrat geht davon aus, dass für Versicherte, die vor Inkrafttreten dieser Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dahin bestehenden Zuständigkeiten erhalten bleiben und nicht der Neuregelung angepasst werden müssen.	OW
Wir gehen davon aus, dass für Versicherte, die vor Inkrafttreten dieser Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dahin bestehenden Zuständigkeiten erhalten bleiben und nicht der Neuregelung angepasst werden müssen. Wir schlagen vor, dies im Rahmen einer Übergangsregelung entsprechend explizit festzuhalten.	NW
<i>Übergangslösung:</i> Wir gehen davon aus, dass für Versicherte, die vor Inkrafttreten dieser Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dahin bestehenden	GL

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Zuständigkeiten erhalten bleiben und nicht der Neuregelung angepasst werden müssen. Wir schlagen vor, dies im Rahmen einer Übergangsregelung entsprechend explizit festzuhalten.	
Unter dem Aspekt der Rechtssicherheit, soll für diejenigen Versicherten, die bereits vor Inkrafttreten der geplanten Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dato geltende Zuständigkeit weiter bestehen. Dies muss explizit im Rahmen einer Übergangsregelung entsprechend gesetzlich verankert werden;	BS
Unterstützt wird der Vorschlag der GDK (Stellungnahme vom 6. November 2015), im Rahmen einer Übergangsregelung festzuhalten, dass für Versicherte, welche vor Inkrafttreten der Neuregelung in ein Pflegeheim eingetreten sind, die Zuständigkeit erhalten bleibt.	AR
Die Vorlage umfasst indes keine Übergangsregelung für Fälle, in denen Betagte vor Inkrafttreten der vorgeschlagenen Regelung in ein Heim eingetreten sind. Für diese sollten die bis anhin bestehenden Zuständigkeiten der Einfachheit halber beibehalten und nicht der Neuregelung angepasst werden müssen. Bei hängigen Zuständigkeitskonflikten sollte indes nach Inkrafttreten direkt die neue Regelung greifen. Wir möchten anregen, eine Übergangslösung in die Vorlage aufzunehmen, um weitere Zuständigkeitskonflikte zu verhindern.	SG
Wichtig ist zudem die Statuierung einer Übergangsregelung bezüglich der Finanzierungszuständigkeit im Falle von Pflegeheimaufenthalten ausserhalb des Wohnsitzkantons im Zeitpunkt der Inkraftsetzung der neuen Regelung.	GR
Wir gehen davon aus, dass für Versicherte, die vor Inkrafttreten dieser Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dahin bestehenden Zuständigkeiten erhalten bleiben und nicht der Neuregelung angepasst werden müssen. Wir schlagen vor, dies im Rahmen einer Übergangsregelung entsprechend explizit festzuhalten.	TG
Pour terminer, le Conseil d'Etat vous livre sa réflexion concernant une éventuelle intégration d'une disposition transitoire, qui semble, t-il pourrait être proposée par certains cantons. Or, une telle disposition, qui rendrait la situation juridique moins claire, n'est pas souhaitable. En effet, les EMS auront pendant un certain temps deux types de pensionnaires hors canton – notamment dans le canton de Vaud, qui applique le régime du domicile du Code Civil. Cela signifie que les « anciens » résidents hors-canton, qui ont renversé la présomption du domicile hors canton, recevront le financement résiduel selon les modalités vaudoises, mais les PC AVS/AI de leur canton de provenance, alors que les « nouveaux » résidents hors cantons recevront tant le financement résiduel que les PC AVS/AI de leur canton de provenance. Une disposition transitoire, qui devrait également être limitée dans le temps, irait à l'encontre de la volonté d'uniformiser l'application du financement résiduel, les cantons continuant dès lors à appliquer leur pratique/législation cantonale actuelle.	VD
Dispositions transitoires Afin d'éviter des démarches administratives fastidieuses, cette nouvelle disposition ne devrait, selon le Gouvernement jurassien, pas avoir d'effet rétroactif. Il estime qu'elle devrait s'appliquer à toutes les situations dès son entrée en vigueur (nouvelles arrivées et assurés déjà présents), afin d'éviter que deux régimes soient appliqués simultanément.	JU
Andere Interessenten – Kantone	
Wir gehen davon aus, dass für Versicherte, die vor Inkrafttreten dieser Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dahin bestehenden Zuständigkeiten erhalten bleiben und nicht der Neuregelung angepasst werden müssen. Wir schlagen vor, dies im Rahmen einer Übergangsregelung entsprechend explizit festzuhalten.	GDK
Leistungserbringer	
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	K3

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Übergangsfrist von zum Beispiel einem Jahr auch bereits laufende Pflegeheimaufenthalte mit der Neuerung erfasst werden. Im Wortlaut schlagen wir vor: "(.....) Für bereits bestehende genannte Aufenthalte oder Versorgungen tritt die neue Regelung per 1. Januar 2017 (beziehungsweise je nach Inkraftsetzen ein Jahr später) in Kraft."	
Allenfalls könnte in einer Übergangsbestimmung präzisiert werden, ab wann die Regelung bei bereits laufendem Pflegeheimaufenthalt greifen soll.	SWISSREHA
Wir sind deshalb der Auffassung, dass der Wohnsitzkanton bei einem ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalt die im Standortkanton geltenden Normen zur Berechnung der Pflegekosten anerkennen muss , aufgrund deren das Pflegeheim auch Rechnung zu stellen pflegt. Dies ist die einzige Lösung, die sich auch mit einem vernünftigen Aufwand für Leistungserbringer und Versicherte umsetzen lässt. Sie ist auch für den Wohnsitzkanton tragbar, da er diesen nicht nur belastet, sondern (bei billigeren ausserkantonalen Kosten) entlastet. Die Regelung von Art. 25a Abs. 5 ist entsprechend zu präzisieren. Art. 25a Abs. 5 KVG <i>(...) Für die Übernahme der Restfinanzierung ist der Kanton zuständig, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Sie richtet sich nach den im Aufenthaltskanton massgebenden Ansätzen. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.</i>	Integration Handicap
Nicht begrüßte Organisationen	
2. Ab wann gilt die neue Bestimmung für laufende Aufenthalte im Pflegeheim? Die neue Bestimmung darf auf keinen Fall rückwirkende Wirkung entfalten. Mit einer Übergangsfrist wäre es möglich, dass auch bereits laufende Pflegeheimaufenthalte mit der Neuerung erfasst werden könnten. Schlussbemerkung 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: <i>"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 1.1.2017 [bzw. ein Jahr später] in Kraft."</i>	BSH
Zudem stellt sich die wichtige Frage, ab wann die Bestimmung gilt, da für Bewohnerinnen und Bewohner, welche bisher bereits in einem Pflegeheim sind, gemäss BG-Urteil der Standortkanton des Pflegeheims die Restkosten zu übernehmen hat. Allenfalls könnte in einer Übergangsbestimmung präzisiert werden, ab wann die Regelung bei bereits laufendem Pflegeheimaufenthalt greifen soll.	VAKA

2.5 Osservazioni generali sul finanziamento delle cure

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Kantone	
Hinsichtlich der von Ihnen weiter geprüften Aspekte der Pflegefinanzierung teilt der Regierungsrat Ihre Auffassung, dass diesbezüglich kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht, nicht uneingeschränkt. Wohl trifft es zu, dass die Krankenversicherer an den aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartenden Mehrkosten der Pflegefinanzierung insofern beteiligt sind,	LU

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
dass sie das Mengenwachstum mitzutragen haben, weil sich ihre Beteiligung anhand des zeitlichen Pflegeaufwandes und der Anzahl der Fälle bemisst (Ziff. 2.4.1). Diese Betrachtungsweise beschränkt sich aber allein auf das Mengenwachstum bezüglich der Bewohnerinnen und Bewohner. Sie lässt ausser Acht, dass auch die Kosten aufgrund von Lohnerhöhungen und anderer personalrechtlichen Massnahmen ansteigen werden. Solche Massnahmen sind nicht zuletzt auch wegen des sich abzeichnenden Pflegepersonalmangels notwendig. Aufgrund ständig wachsender Qualitätsanforderungen wird sich zudem auch der Personalschlüssel verändern und zu Mehrkosten führen. An diesen und weiteren Kostensteigerungen (wie etwa verursacht durch die Teuerung oder die immer schwierigeren Personalrekrutierung) sind die Krankenversicherer heute nicht beteiligt. Wir erachten es deshalb als zwingend und dringend, dass die seit 2011 unverändert bestehenden Beiträge der Krankenversicherer periodisch der Kostenentwicklung in den Heimen angepasst werden.	
Wir begrüssen es, dass sich der vorliegende Vorschlag auf die Regelung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung beschränkt. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegefinanzierung bestehen durchaus noch andere offene Fragestellungen, so zum Beispiel die Annäherung der Methodiken zur Festlegung der Normkosten für die Pflegeleistungen oder die Optimierung der Regelungen über die Akut- und Übergangspflege. Ersteres liegt in der Verantwortung und Zuständigkeit der Leistungserbringer und der Kantone. Letzteres bedarf im Hinblick auf die zukünftigen Herausforderungen in der Langzeitpflege grundsätzlicher, konzeptioneller Überlegungen, bevor der nationale Gesetzgeber hier gegebenenfalls nochmals aktiv wird.	NW
Schade hingegen ist, dass die übrigen Anliegen der parlamentarischen Initiative „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ hier keinen Niederschlag gefunden haben. Die aufgeworfenen Fragen, nachgerade diejenige nach einer klareren und transparenteren Abgrenzung der pflege- von den Betreuungskosten, sind absolut aktuell und schlagen sehr viel stärker zu Buche als die nun gesetzgeberisch gelöste.	GL
Ziff. 3 letzter Satz der Erläuterungen ist wie folgt zu korrigieren und zu ergänzen: «Falls diese finanziell dazu nicht in der Lage ist, ist zusammen mit dem Herkunftskanton eine angemessene Lösung zu finden; es besteht kein Anspruch auf unbesehene Übernahme der Restkosten durch das zuständige Gemeinwesen im Herkunftskanton.» Besonders wichtig erscheint uns, dass die Höhe der Restfinanzierung bei einem ausserkantonalen Aufenthalt durch den Herkunftskanton bestimmt werden kann. Nur so lassen sich stossende Ungleichbehandlungen von Einwohnerinnen und Einwohnern vermeiden. Ebenso stimmen wir dem Prinzip zu, dass bei der freiwilligen Wahl eines ausserkantonalen Pflegeheims mit höheren Pflegekosten als in einem innerkantonalen Heim die oder der Pflegebedürftige für eine allfällige Differenz zum festgesetzten Betrag aufzukommen hat – sofern ein gleichwertiges innerkantonales Angebot besteht. Hier besteht eine Analogie zu den Referenztarifen bei der Spitalfinanzierung. Entsprechend ist der letzte Satz von Ziff. 3 der Erläuterungen zu korrigieren. Dieser besagt, dass der Herkunftskanton eine allfällige Differenz zu den festgelegten Restkosten zu übernehmen hat, sollte die pflegebedürftige Person dazu nicht in der Lage sein. Eine solche automatische Zahlungspflicht würde jedoch das System unterlaufen und die Selbstzahler diskriminieren. Es ist einer unterstützungsbedürftigen Person zuzumuten, in ein Heim zu ziehen, in welchem die Restkosten der Pflege der festgelegten Höhe des zahlungspflichtigen Gemeinwesens entsprechen (Schadenminderungspflicht). Die Erläuterungen sind entsprechend anzupassen.	ZG
Der Regierungsrat Basel-Stadt befürwortet es, dass sich der vorliegende Vorschlag auf die Regelung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung beschränkt. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegefinanzierung bestehen jedoch noch andere offene Fragestellungen, wie die Annäherung der Vorgehensweisen zur Festlegung der Normkosten für die Pflegeleistungen oder die Optimierung der Regelungen über die Akut- und Übergangspflege. Nach Ihren Vorstellungen soll jeder Kanton die Höhe der Restfinanzierung auch weiterhin nach seinen eigenen Regeln bestimmen können. Sie nehmen dabei explizit in	BS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Kauf, dass die vom Herkunftskanton gesprochenen Beträge die Kesten in einem ausserkantonalen Heim nicht in jedem Fall decken. Es sei daher davon auszugehen, dass allfällig verbleibende Restkosten der Pflege durch die versicherte Person zu tragen sein werden. Falls diese finanziell dazu nicht in der Lage sei, würden die Restkosten vom Herkunftskanton übernommen (vgl. Kap. 3 der Erläuterungen, S. 17). Es wird dort aber nicht präzisiert, ob diese staatliche Kostenübernahme aus Mitteln der Ergänzungsleistungen (EL) oder der Sozialhilfe erfolgen würde. Da unseres Wissens etliche Kantone in der EL eine Taxbeschränkung kennen, also eine Limitierung der in der EL zu berücksichtigenden Tagestaxe bei ausserkantonalen Heimaufenthalten, führt dieser Umstand wahrscheinlich dazu, dass die betreffende Person sich für die Deckung der Restfinanzierungsdifferenz an die Sozialhilfe wenden müsste. Ausserkantonale Heimbewohnende wären dann parallel in der EL und der Sozialhilfe, was eigentlich konzeptionell und administrativ nicht so erwünscht ist. Ferner ist es für die Person selbst punkto Vermögensverzehr möglicherweise ein spürbarer Unterschied. Bei Selbstzahlern führt die Regelung (wie vermutlich auch schon heute) dazu, dass sie im Endeffekt eine höhere Patientenbeteiligung an die Pflegekosten tragen muss, als es Art. 25a Abs. 5 KVG vorsieht. Der Regierungsrat regt diesbezüglich eine Präzisierung der Erläuterungen sowie mindestens eine Beobachtung bzw. Evaluation dieser Kostenbelastung der Pflegepatienten (insbesondere im Heimbereich) an.	
Akut- und Übergangspflege Im erläuternden Bericht zur Vorlage wird dargelegt, dass sich die Kommission auch mit den Gesetzesbestimmungen zur Akut- und Übergangspflege befasst hat. Die Thematik wurde aus der aktuellen Gesetzesrevision aber ausgeklammert mit dem Hinweis, dass hier nun die Versicherer und die Leistungserbringer gefordert seien, Pauschalen für die Leistungserbringung auszuhandeln. Aus der Sicht des Kantons Schaffhausen macht der rechtliche Sonderstatus der Akut- und Übergangspflege in seiner heutigen Form wenig Sinn. Die resultierende Entlastungswirkung für die Patientinnen und Patienten ist in Relation zu den Pensionskosten, die in jedem Fall zu Lasten der Patienten gehen, marginal, und zudem ergeben sich auch bei der Kostenverteilung zwischen den Krankenversicherern und den Kantonen keine wirklich relevanten Differenzen gegenüber der der „normalen“ Pflegefinanzierung. Der Sonderstatus der Akut- und Übergangspflege löst bei der Erfassung und Dokumentation der Pflegeprozesse, bei den Abgrenzungen der Kostenrechnung sowie bei den Verhandlungen und der Genehmigung der Tarifverträge sehr erhebliche administrative Zusatzaufwände aus, die mit dem Nutzen in keinem vertretbaren Aufwand stehen. Dem entsprechend sehen wir hier einen klaren gesetzgeberischen Handlungsbedarf, den Sonderstatus entweder abzuschaffen oder dann in Abstimmung auf den in vielen Belangen artverwandten Bereich der Rehabilitation in einem umfassenderen Sinne neu zu definieren.	SH
Aufgrund dieser Überlegungen befürwortet die Standeskommission die geplante Änderung. Mit der Umsetzung dieser parlamentarischen Initiative sind aber noch nicht alle Probleme im Bereich der Pflegefinanzierung gelöst. Insbesondere sollten die Höhe und die Ausgestaltung der Finanzierung durch die Krankenversicherer neu überdacht werden.	AI
2. Weiterer Klärungsbedarf bei ausserkantonomer Pflege Da mit der vorgeschlagenen Änderung explizit der Herkunftskanton für die Festsetzung der Restfinanzierung zuständig ist, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die von ihm festgesetzten Beiträge von denjenigen Beiträgen abweichen, die in einem anderen Kanton zur Deckung der Restkosten der Pflege notwendig wären. In ihrem erläuternden Bericht kommt die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats zum Schluss, dass bei ausserkantonomer Inanspruchnahme von Pflegeleistungen die Mehrkosten durch die Bewohnerin/den Bewohner eines Pflegeheims beziehungsweise durch die Kundin/den Kunden einer Spitex-Organisation zu tragen sind. Damit widerspricht sie jedoch Art. 25a Abs. 5 KVG wonach der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältzt werden dürfen. Um diesen	AG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Widerspruch zu beseitigen, wäre der Artikel dahingehend anzupassen, dass besagter Höchstbetrag bei ausserkantonaler Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nicht gilt beziehungsweise überschritten werden darf. 3. Anpassung der Pflege-Beiträge in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) Mit der Revision der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 wurden als Träger der Kosten für die Pflege die Krankenversicherer (KLV-Beiträge), die Versicherten (Eigenbeitrag) sowie das Staatswesen (Restfinanzierung) definiert. Seit Einführung der neuen Gesetzesgrundlage sind die Beiträge der Krankenversicherer sowie der maximale Eigenbeitrag der Versicherten unverändert geblieben. Damit gehen die Mehrkosten der Pflege, welche sich beispielsweise aufgrund der immer knapper werdenden personellen Ressourcen im Pflegebereich und den damit in Zusammenhang stehenden, deutlich ansteigenden Lohnkosten, in vollem Umfang zulasten des Staatswesens. Auf absehbare Zeit ist auch nicht mit einer Anpassung zu rechnen, da die aktuellen Berechnungen auf Bundesebene wohl lediglich die Prüfung der Kostenneutralität beim Systemwechsel zum Ziel haben. Das System muss dahingehend angepasst werden, dass alle drei Träger an der Kostensteigerung partizipieren. Dies würde beispielsweise mit einer Indexierung der Krankenversicherer-Beiträge in der KLV erreicht.	
1. Beitrag der Krankenversicherung Vorab weisen wir darauf hin, dass die Versichererbeiträge seit dem Jahr 2011 unverändert gültig sind und der Kostenentwicklung in der Pflege in keiner Weise Rechnung tragen. Die ursprünglich vorgesehene Finanzierung von sogenannten Restkosten bewegt sich rasch auf eine Hauptfinanzierung zu. Besonders einschneidend wirkt sich dies hinsichtlich der Pflegeheime aus, wo der Finanzierungsanteil in verschiedenen Pflegestufen bereits heute über 55% beträgt. Die Beiträge der OKP müssen dringend angehoben werden. 2. Akut- und Übergangspflege Die mit der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 eingeführte Akut- und Übergangspflege muss als administrativ aufwendiges Fehlkonstrukt bezeichnet werden. Sie ist entweder ersatzlos aus dem Gesetz zu streichen oder die Leistungen und folglich die Finanzierungsbedingungen sind dringend dem Bedarf anzupassen. Akut- und Übergangspflege konnte einen Stellenwert in der pflegerisch und sozial begleiteten Rückkehr nach Hause für Personen ohne medizinischen Rehabilitationsbedarf haben. Dazu wäre jedoch die Ausweitung der Aufenthaltsdauer auf bis zu vier Wochen und die Inkludierung der Betreuungs- und Pensionskosten zwingend.	TG
Politische Parteien	
Der Verwaltungsaufwand muss aber weiter reduziert werden. Weitere Zusatzkosten und Unklarheiten müssen ausgeräumt werden. Darüber hinaus braucht es für kleinere Leistungserbringer, insbesondere bei der ambulanten Pflege praxistaugliche Massnahmen, welche den administrativen Aufwand minimieren.	SVP
Akut- und Übergangspflege Die SP Schweiz bedauert, dass die SGK-S die Akut- und Übergangspflege ausgeklammert hat, obwohl auch hier ein dringender Nachbesserungsbedarf besteht. So hat die kurze Dauer und der Ausschluss der Betreuungs- und Hotelleriekosten dazu geführt, dass die AÜP in vielen Kantonen bedeutungslos ist und die Chancen, die sich dadurch für die Rehabilitation und Reintegration der pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten bieten, nicht genutzt werden. Die SP Schweiz fordert eine Neuordnung der Akut- und Übergangspflege mit folgenden Regelungen: • Verlängerung auf sechs Wochen und Möglichkeit einer einmaligen weiteren Verlängerung um sechs Wochen • Übernahme der Leistungen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (45% OKP, 55% Kantone) unter Einbezug der Hotellerie- und Betreuungskosten. Mit der Annahme der Pa.lv. 14.448 (Humbel) hat die SGK-N am 13. November 2015 bereits einen Schritt in die richtige Richtung unternommen. Beitrag der Krankenversicherung	SPS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die SGK-S sieht keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf, um die Beiträge der OKP an die Pflege allenfalls anpassen zu können. Die SP Schweiz ist damit einverstanden, dass hierzu keine gesetzlichen Änderungen vorgenommen werden, fordert jedoch den Bundesrat dazu auf, seinen diesbezüglichen Handlungsspielraum zu nutzen und die Pflegebeiträge periodisch an die Kosten- und Preisentwicklung im Gesundheitswesen anzupassen. <i>Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung</i> Die SP Schweiz nimmt mit Befremden zur Kenntnis, dass die Kantone sich Ende 2014 aus den Projektarbeiten zur Kalibrierung der verschiedenen Systeme zur Pflegebedarfsermittlung zurückgezogen haben. Sie erwartet vom Bundesrat, dass er aktiv wird und eine Kalibrierung der vorhandenen Instrumente vornimmt, so dass gleiche Pflegesituationen in allen Kantonen gleich vergütet werden können. In der ambulanten Pflege braucht es zudem ein praktikables und schweizweit anzuwendendes Instrument für Assessments zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit.	
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete	
Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, um im Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung auf ein nach wie vor ungelöstes Problem hinzuweisen: Die 2011 in Kraft getretene Neuordnung der Pflegefinanzierung führte zu einer Entlastung der Krankenversicherer und zu einer Mehrbelastung der öffentlichen Hand. Die öffentliche Hand übernimmt nach Abzug der Krankenversicherungsbeiträge und der Eigenbeteiligung der versicherten Person die Restfinanzierung. Da die Beiträge der Krankenversicherer und die Eigenbeteiligung auf einen fixen Frankenbetrag plafoniert sind, gehen sämtliche Kostensteigerungen voll zulasten der öffentlichen Hand. Je nach kantonalem Finanzierungsmodell sind die Städte und Gemeinden von diesen Kostensteigerungen überdurchschnittlich belastet: in mindestens 10 Kantonen müssen die Städte und Gemeinden zu 100% für die Restkosten aufkommen. Der sogenannte Restfinanzierer ist zum Hauptfinanzierer geworden. Die zunehmenden Kosten der Pflege verdrängen damit in zunehmendem Mass und Umfang die Erfüllung anderer öffentlicher Aufgaben. Damit die Kostensteigerungen im Pflegebereich von allen an der Finanzierung beteiligten Trägern aufgefangen werden, müssten daher die in der bundesrätlichen Verordnung festgelegten Krankenversicherungsbeiträge zwingend der Pflegekostenentwicklung angepasst werden. Durch eine Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge werden die Krankenversicherer auch wieder stärker in die Verantwortung bezüglich Kostensteuerung und Kostenkontrolle eingebunden. Angesichts der zunehmenden Belastung des Finanzhaushaltes der öffentlichen Hand sind zwingend alternative Finanzierungsmodelle, wie zum Beispiel die Einführung einer Pflegeversicherung, zu prüfen. Der bis Ende Jahr erwartete Bericht des Bundesrates zu den längerfristigen Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege (Postulat 12.3604 Fehr) sollte auftragsgemäss auch verschiedene Varianten einer Pflegeversicherung aufzeigen.	SGV
5. Genereller Revisionsbedarf bei der Pflegefinanzierung Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, um im Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung auf ein nach wie vor drängendes Problem hinzuweisen: Die öffentliche Hand übernimmt nach Abzug der Krankenversicherungsbeiträge und der Eigenbeteiligung der versicherten Person die Restfinanzierung. Weil die Beiträge der Krankenversicherer und die Eigenbeteiligung in ihrer Höhe fixiert sind, muss die öffentliche Hand für sämtliche Kostensteigerungen aufkommen. In vielen Kantonen betrifft dies die Gemeinden und Städte, welche je nach kantonaler Gesetzgebung zu einem Teil oder gesamthaft für die Restfinanzierung der Pflege zuständig sind. Dies hat dazu geführt, dass der sogenannte „Restfinanzierer“ vielenorts den Löwenanteil an den Kosten trägt. Damit die Kostensteigerungen im Pflegebereich von allen an der Finanzierung beteiligten Trägern aufgefangen werden und sie nicht einfach zunehmend zur öffentlichen Hand verlagert werden, müssen die in der bundesrätlichen Verordnung festgelegten Krankenversicherungsbeiträge zwingend ebenfalls an die Pflegekostenentwicklung angepasst werden. Wir fordern mit Nachdruck, dieses Anliegen in der weiteren politischen Diskussion zu berücksichtigen.	SSV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	
Bekannt sind auch die Probleme bei der Umsetzung der Akut- und Übergangspflege. Dabei handelt es sich um Pflegeleistungen, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendig sind. Bei der Einführung der Pflegefinanzierung wollte der Gesetzgeber für diese Übergangspflege keine Finanzierungslücke für die Patientinnen und Patienten. Die Dauer der Übergangspflege wurde auf zwei Wochen festgelegt. In der Praxis werden heute bei der stationären Übergangspflege nur die KVG-Pflegekosten nach den Regeln der Spitalfinanzierung aufgeteilt. Die Hotelleriekosten gehen ganz zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Die Übergangspflege funktioniert auf diese Weise nicht und ist nicht im Sinne des Gesetzgebers umgesetzt worden. Die Pa.Iv. Humbel (14.448) weist auf dieses Problem hin und verlangt eine entsprechende Präzisierung des KVG. Der SGB unterstützt diese Forderung, wonach die Leistungen der Akut- und Übergangspflege vollumfänglich (Pflege, Betreuung, Behandlung/Therapie sowie Hotellerie) nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet werden. Der SGB beantragt, die in der Pa.Iv. Humbel vorgeschlagene Lösung in die vorliegende Vorlage zu integrieren und dabei die Dauer der Übergangspflege deutlich zu verlängern.	SGB/USS
Andere Interessenten – Kantone	
Die GDK begrüsst es, dass sich der vorliegende Vorschlag auf die Regelung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung beschränkt. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegefinanzierung bestehen durchaus noch andere offene Fragestellungen, so zum Beispiel die Annäherung der Methodiken zur Festlegung der Normkosten für die Pflegeleistungen oder die Optimierung der Regelungen über die Akut- und Übergangspflege. Ersteres liegt aus Optik der GDK in der Verantwortung und Zuständigkeit der Leistungserbringer und der Kantone. Letzteres bedarf im Hinblick auf die zukünftigen Herausforderungen in der Langzeitpflege grundsätzlicher, konzeptioneller Überlegungen, bevor der nationale Gesetzgeber hier gegebenenfalls nochmals aktiv werden sollte.	GDK
Leistungserbringer	
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.	ASPS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
<i>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.</i> 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. <i>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.</i> 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 Finanzierung von Pflegematerial Gemäss BAG-Interpretation des KVGs können 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	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
werden. <i>Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.</i>	
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.Iv. 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	H+

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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.	
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.	K3
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,	SBK

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
• 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 überwältzt 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	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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. 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.	
Stellungnahme zu weiteren nötigen Anpassungen in der Pflegefinanzierung Als Mitglied der IG Pflegefinanzierung unterstützt der Verband senesuisse 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 gesamtschweizerisch 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.	senesuisse
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. <i>Wir fordern, dass der Grundsatz der jährlichen Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ins KVG aufgenommen wird.</i> <i>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.</i> zu 2.4.4	Spitex

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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. <i>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.</i> 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 überwältzt werden dürfen, vertritt der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich eine Wegpauschale in Rechnung gestellt werden darf. <i>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.</i> 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. <i>Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.</i> 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. <i>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.</i>	
Versicherer Für die Festsetzung der Restfinanzierung bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten schlägt die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) im erläuternden Bericht vor, die Pflegekosten des Herkunftskanton als Berechnungsgrundlage heranzuziehen. In bestimmten Fällen könne es nun vorkommen, dass die Pflegekosten ausserhalb des Kantons die Pflegekosten im Herkunftskanton übersteigen. Eine daraus entstehende Deckungslücke müsse dabei von der Patientin bzw. vom Patienten selbst übernommen werden. Aus Sicht von curafutura läuft diese Sichtweise über die Restfinanzierung dem Wortlaut von Artikel 25a Absatz 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zuwider: Die versicherte Person muss demnach maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten KVG-Beitrags selber übernehmen. Das Gesetz halt darüber hinaus explizit fest: «Die Kantone regeln die Restfinanzierung.» Es kann nun nicht sein,	curafutura

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
dass sich die Kantone der Pflicht zur Restfinanzierung im Bereich von «Deckungslücken bei ausserkantonalem Pflegeaufenthalt» entziehen können. Die bestehende Bestimmung, wonach die Kantone die Restfinanzierung regeln, schliesst die Existenz solcher Deckungslücken aus. Durch die nun vorgesehene und erwünschte Präzisierung, welcher Kanton die Restfinanzierung im Einzelfall zu tragen hat, lässt sich unseres Erachtens nicht ableiten, dass die Höhe der Restfinanzierung beschränkt und die Differenz den Pflegepatienten aufgebürdet werden kann. Wir bitten die SGK-SR deshalb, diesen Punkt nochmals zu prüfen und eine Lösung im Sinne der Patientinnen und Patienten zu erarbeiten.	
Vertreter der Patientinnen und Patienten	
2. Weitere Anliegen zur Nachbesserung der Pflegefinanzierung: a) Allgemeines: Integration Handicap ist der Auffassung, dass beim Anlass der vorgesehenen Nachbesserung der Pflegefinanzierung nicht nur die Frage der ausserkantonale erbrachten Pflegeleistungen einer Regelung zuzuführen ist, sondern dass darüber hinaus weitere Schwachstellen im Bereich der Pflegefinanzierung gelöst werden müssten. Wir weisen in diesem Zusammenhang auf den von der IG Pflegefinanzierung dem Ständerat eingereichten Katalog über den Reformbedarf hin. Wir möchten an dieser Stelle die folgenden drei Punkte im Besonderen hervorheben. b) Periodische Anpassung der Krankenkassenbeiträge: Integration Handicap ist der Auffassung, dass der Bundesrat die Beiträge der Krankenversicherer periodisch (z.B. wie bei den AHV/IV-Renten alle 2 Jahre, vgl. Art. 333ter AHVG) der Lohn- und Preisentwicklung anzupassen hat. Tut er dies nicht, so verringert sich die Finanzierungsquote der Krankenversicherer an den realen Pflegekosten sukzessive und steigt die Belastung der Kantone als Restfinanzierer im selben Ausmass. Damit verstärkt bei den Kantonen den Druck und fördert unzulässige Handhabungen (zusätzliche Rechnungstellung von Wegpauschalen und von Pflegematerial, Verweigerung der Restfinanzierung bei privaten Spitexorganisationen usw.), die letztlich auch wieder die Patientinnen und Patienten treffen. Im erläuternden Bericht wird unter Ziffer 2.4.1 zwar geltend gemacht, der Bundesrat bzw. das EDI habe schon heute einen Handlungsspielraum, weshalb kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf bestehe. Wenn aber die Verwaltung ihren Handlungsspielraum offensichtlich nicht im Sinne einer periodischen Anpassung nutzen will, bedarf es dennoch der Einführung einer Verpflichtung im Rahmen des Gesetzes. Integration Handicap fordert deshalb eine Ergänzung von Art. 25a Abs. 4 KVG: Art. 25a Abs. 4 KVG <i>Der Bundesrat setzt die Beiträge (...) fest. Er passt sie alle zwei Jahre der Lohn- und Preisentwicklung an. (...)</i> c) Kostenbeteiligung der Versicherten im ambulanten Bereich: Das Gesetz sieht vor, dass der versicherten Person von den Pflegekosten höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwält werden dürfen. Während dieser Ansatz im Falle der stationären Pflege gesamtschweizerisch mehr oder weniger einheitlich angewandt wird, haben sich im Bereich der ambulanten Pflege 26 unterschiedliche kantonale Lösungen etabliert mit Kostenbeteiligungen zwischen 0 und 15.95 Franken pro Tag. Eine derartig unterschiedliche kantonale Praxis ist für eine nationale Sozialversicherung höchst problematisch und erschwert auch die Koordination der Finanzierung bei ausserkantonale erbrachten Pflegeleistungen. Integration Handicap ist der Auffassung, dass die Kostenbeteiligung der Versicherten gesamtschweizerisch einheitlich zu regeln ist und dass dabei im Sinne einer Förderung eines möglichst langen selbständigen Wohnens der Ansatz bei der ambulanten Pflege tiefer festzulegen ist, was eine Anpassung von Art. 25a Abs. 5 KVG bedingt. Dabei sollte ein Mittelwert zwischen den heute anwendbaren kantonalen Ansätzen gewählt werden. Art. 25a Abs. 5 KVG <i>Der versicherten Person dürfen (...) im Falle einer ambulanten Pflege 10% und im Falle einer stationären Pflege 20% des höchsten (...)</i> d) Kürzung von Pflegeleistungen durch die Versicherer bei gleichzeitigem Bezug	Integration Handicap

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
einer Hilflofenentschädigung: Bei intensiver und langdauernder ambulanter Pflege kürzen die Krankenversicherer immer wieder ihre Leistungen an die Krankenpflege mit Hinweis auf eine angebliche Überentschädigung, verursacht durch den gleichzeitigen Bezug einer Hilflofenentschädigung der IV, AHV oder unfallversicherung. Wohl rechnen sie dabei nur einen Teil der Hilflofenentschädigung an (das Bundesgericht hatte dies in einem Urteil verlangt, weil die Hilflofenentschädigung nicht nur der Finanzierung der Grundpflege diene, sondern auch anderen zwecken wie der Fortbewegung und der Pflege gesellschaftlicher Kontakte) und verzichten auf eine Kürzung, wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass ihr anderweitig genügend hohe ungedeckte Pflegekosten (z.B. durch die Anstellung einer Privatperson) entstanden sind. Wird die Pflege allerdings primär durch Familienangehörige erbracht und dient die Hilflofenentschädigung als Entgelt für diese oft intensive Tätigkeit, wird dennoch gekürzt. Die Pflege durch Familienangehörige wird bei der Überentschädigungsberechnung nicht berücksichtigt, ausser die Familienangehörigen können einen Verdienstausfall (z.B. Kündigung einer bisherigen Stelle) nachweisen. Familienangehörige werden somit für ihren Einsatz bei der Pflege durch zusätzliche Kürzungen bei ergänzender Spitex-Pflege bestraft! Integration Handicap ist der Auffassung, dass die ungerechtfertigten Leistungskürzungen durch eine Anpassung der Überentschädigungsregelung von Art. 69 Abs. 2 ATSG (Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts) verhindert werden müssen: Art. 69 Abs. 2 ATSG <i>Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall entstandenen Mehrkosten, eines angemessenen Entgelts für den durch Angehörige erbrachten Mehraufwand sowie allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.</i>	
Zu 2.4.1 Anpassung der Beiträge der Krankenpflegeversicherung Immer mehr Menschen bleiben so lange wie möglich zu Hause, auch mit komplexeren Krankheitsbildern, z.B. einer Demenzerkrankung. 60 - 70 % der Menschen im Heim haben – oft zusätzlich zu anderen Krankheiten – eine Demenz. Es braucht genügend und gut qualifiziertes Personal, um eine adäquate Pflege dieser Menschen gewährleisten zu können. Dies ist mit entsprechenden Kosten verbunden. Die Beiträge der OKP sollten deshalb regelmässig an diese Kostenentwicklung angepasst werden. Gleichzeitig zeigt sich auch, dass die im geltenden System der Pflegefinanzierung bestehende 12-Stufen-Lösung für den stationären Bereich nicht ausreichend ist, um komplexe Fälle abzudecken. Es sollten deshalb weitere sechs Stufen zu je 20 Minuten eingeführt werden und dafür entsprechend höhere Beiträge der OKP festgesetzt werden. Andernfalls riskiert man, dass Menschen mit einem sehr hohen Pflegebedarf nicht mehr überall aufgenommen werden oder die höheren Kosten selber bezahlen müssen. Im Gegenzug sollte jedoch die Patientenbeteiligung auf 10 % des höchsten Pflegebeitrags beschränkt werden, da sonst die Erhöhung durch sie mitfinanziert werden muss. zu 2.4.3 Die Abgrenzung von Pflege- und Betreuungskosten Für die Schweizerische Alzheimervereinigung ist diese Abgrenzung zwischen Pflege- und Betreuungskosten einer der zentralen Punkte. Bei Menschen ohne Demenz kann diese Unterscheidung vielleicht noch klar gemacht werden: Pflegeleistungen sind diejenigen Leistungen, die in Gesetz resp. Verordnung präzise definiert sind und an welche die OKP Leistungen erbringen muss. Unter Betreuung, die nicht über die OKP finanziert werden muss, fallen z.B. Aktivierung, Spielnachmittage, Ausflüge etc. Bei Menschen mit Demenz sind Pflege und „Betreuung“ aber miteinander verbunden. Menschen mit Demenz brauchen beides, sie brauchen Pflege – insbesondere mit zunehmendem Krankheitsverlauf – sie brauchen vor allem aber auch Betreuung und Begleitung bei den täglichen Aktivitäten. Schon in der ersten Diskussion um die Revision der Pflegefinanzierung war dies für die Schweizerische Alzheimervereinigung ein zentrales Thema. Es wurde damals bei der Revision der KLV in Aussicht gestellt, dass in Bezug auf Definition und Umfang der Pflegeleistungen eine Überprüfung zu	alzheimer

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
einem späteren Zeitpunkt erfolgen wird und dabei insbesondere geklärt werden soll, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die (...) Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden und gegebenenfalls Anpassungen notwendig sind. Heute, 7 Jahre später, sind wir noch nicht viel weiter. Immerhin befasst sich heute die nationale Demenzstrategie in Projekt 4.1 mit der Finanzierung der Leistungen für Menschen mit Demenz. Dabei wird einerseits die Frage nach dem zeitlichen Mehraufwand bei den Pflegeleistungen für demenzkranken Menschen geprüft, andererseits versucht, die demenzspezifischen, krankheitsbedingten und eng mit der Pflegeleistung verbundenen Betreuungs- bzw. Überwachungsleistungen präziser zu umschreiben. Auch die Koordinationsleistungen sollen besser definiert werden. Wir werden uns dafür einsetzen, dass in einem zweiten Schritt dann auch die notwendigen Anpassungen auf Gesetzes- resp. Verordnungsstufe vorgenommen werden, damit die für Menschen mit Demenz notwendigen Leistungen endlich vergütet werden. Solange diese Unsicherheiten aber noch bestehen, wird weiterhin versucht werden, die fehlenden Beiträge der Versicherer auf die Patienten zu überwälzen. Nach unserer Information bezahlt einzig der Kanton AG einen sog. Demenzzuschlag. Damit soll vermieden werden, dass die Kosten durch den Zusatzaufwand für spezialisierte Pflegeleistungen auf die Pensions- und Betreuungstaxen und somit auf die demenzkranken Patienten selber überwälzt werden. Und solange die Kantone nicht einmal alle auf ihrem Gebiet anfallenden Restkosten übernehmen, werden die Patienten weiterhin „die Rechnung bezahlen müssen“. Weiteres Thema mit Revisionsbedarf: Variantenvielfalt bei der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege Heute gibt es bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege eine Vielzahl von Lösungen. In einigen Kantonen müssen die Patienten keinen Anteil übernehmen, in anderen bezahlen sie fixe Beträge (z.B. Fr. 8.- oder Fr. 15.95 pro Tag) oder einen prozentualen Anteil. Diese Variantenvielfalt ist weder für die Leistungserbringer noch für die Patienten eine gute Lösung. Es sollte eine einheitliche Lösung gefunden werden, die so ausgestaltet wird, dass sie nicht prohibitiv wirkt. Es darf nicht sein, dass Angehörige, die beispielsweise demenzkranke Menschen zu Hause pflegen, aus Kostengründen auf die Unterstützung durch die Spitex verzichten.	
Stellungnahme zu den im Bericht ebenfalls aufgeführten Problembereiche Seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahre 2011 zeigt sich immer deutlicher, dass der Gesetzgeber verschiedene Bereiche nicht geregelt hat. Der Schweizerische Seniorenrat SSR fordert Bundesrat und Parlament auf, unverzüglich die dringend notwendigen Nachbesserungen für eine einheitliche und schweizweit verbindliche Pflegefinanzierung jetzt anzupacken. Für pflegebedürftige Menschen ist zur Zeit der KVG Grundsatz, obligatorisch eine qualitativ hoch stehende und umfassende Grundversorgung für alle Versicherten im gleichen Leistungsumfang zu leisten nicht mehr gewährleistet. Für eine Gleichbehandlung der älteren Menschen nach KVG muss im Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung sichergestellt werden, dass: 1. die Zuständigkeiten für die Restfinanzierung der Pflegekosten für Patientinnen und Patienten im stationären Bereich (Pflegeheime) und ambulanten Bereich (SPITEX) schweizweit einheitlich gelöst werden; 2. die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung jährlich an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen angepasst werden; 3. auf die „willkürliche Aufteilung“ von Pflegekosten und Betreuungskosten verzichtet und der Begriff der „Pflege“ wieder ganzheitlich, im Sinne des <i>Experten-/Forschungsbericht zur Kranken- und Unfallversicherung – Finanzierung der Pflege – BAG Grundlagen zur 3. KVG-Revision vom Februar 2004</i>, angesehen und auch entsprechend entschädigt wird; 4. den Patientinnen und Patienten keine Hotelkosten verrechnet werden, die nicht verrechenbare Pflege- und Betreuungskosten enthalten. Auch die Abgeltung von Hotel- und Infrastrukturkosten muss im Sinne der „Spitalfinanzierung“ schweizweit einheitlich geregelt werden; 5. die ungenügenden Fristen für die Akut- und Übergangspflege (AüP) an die	SSR

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
medizinischen Bedürfnisse der Kranken nach einem Spitalaufenthalt angepasst werden. Zwingend scheint uns eine Verlängerung der Leistungs- pflicht auf sechs Wochen mit der Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um sechs Wochen. Im Weiteren sind die Leistungen der AÜP im Pflegeheim nach den Regeln der Spitalfinanzierung inklusive der Kosten für Hotellerie und Betreuung zu vergüten.	
Nicht begrüßte Organisationen	
In diesem Zusammenhang möchten wir auch noch auf die Variantenvielfalt bei der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege hinweisen. 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 nicht nur zu einem erheblichen administrativen Aufwand bei Leistungserbringern, sondern auch zu einer Ungleichbehandlung der Pflegebedürftigen. <i>Die SP 60+ fordert dass die Patientenbeteiligung in der ganzen Schweiz gleich geregelt wird. Art. 25a Abs. 5 des KVG ist entsprechend zu präzisieren.</i> 3.1 Akut- und Übergangspflege Die neu geschaffene Leistung der Akut- und Übergangspflege hat sich in der Tat nicht etabliert. Wie die Vergangenheit gezeigt hat werden sich Versicherer und Leistungserbringer kaum auf Pauschalen für die Leistungen der AÜP einigen können. 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 die Hotellerie durch OKP und Kanton finanziert wird. <i>Die SP 60+ fordert deshalb sowohl eine Verlängerung der AÜP auf sechs Wochen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um weitere sechs Wochen wie auch die Übernahme der Leistungen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (45% OKP, 55% Kantone) unter Einbezug der Hotellerie- und Betreuungskosten.</i> 3.2 Beiträge der Krankenversicherung Zwar sieht die SGK-S keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf, um die Beiträge der OKP an die Pflege allenfalls anpassen zu können. Wir sind der Meinung, dass es hierzu gar keine gesetzliche Änderung braucht. Die SP 60 + fordert vielmehr den Bundesrat dazu auf, seinen diesbezüglichen Handlungsspielraum zu nutzen und die Pflegebeiträge periodisch an die Kosten- und Preisentwicklung im Gesundheitswesen anzupassen. 3.3 Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung Für die SP 60+ ist es nicht nachvollziehbar warum sich die Kantone Ende 2014 aus den Projektarbeiten zur Kalibrierung der verschiedenen Systeme zur Pflegebedarfsermittlung zurückgezogen haben. Wir erwarten vom Bundesrat, dass er aktiv wird und eine Kalibrierung der vorhandenen Instrumente vornimmt, so dass gleiche Pflegesituationen in allen Kantonen gleich vergütet werden können. In der ambulanten Pflege braucht es zudem ein praktikables und schweizweit anzuwendendes Instrument für Assessments zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit. 3.4 Abgrenzung Pflege- und Betreuungsleistungen Gerne nutzen wir die Gelegenheit um einmal mehr darauf hinzuweisen, dass die Regelung der Restfinanzierung in der Praxis äussert unbefriedigend gelöst ist. Nicht alle Kantone nehmen ihre Verantwortung tatsächlich wahr. In einigen Kantonen ist die Restfinanzierung viel zu tief angesetzt, was dazu führt, dass die ungedeckten Kosten in den Heimen als Betreuungsaufwand den Bewohnern in Rechnung gestellt werden. Die Kantone sind deshalb zu verpflichten, die ausgewiesenen Pflegekosten auch tatsächlich zu vergüten, denn nur so wird der Tarifschutz für die Bewohner garantiert. 3.5 Finanzierung von Pflegematerial Gemäss BAG-Interpretation des KVGs können 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. <i>Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen</i>	SP60+

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
<i>muß.</i>	
Die VAKA stellt fest, dass die SGK-S die vielfältigen Probleme der Pflegefinanzierung nicht angeht, wie z.B.: - Die Niederlassungsfreiheit sowie die freie Wahl des Leistungserbringers sind über die Kantons Grenzen hinweg zu gewährleisten. Um dies sicherzustellen, müssen die Kantone die von ihnen festgelegten EL-Obergrenzen gegenseitig anerkennen und die entsprechenden Heimkosten vollumfänglich finanzieren. - Rund zwei Drittel der Pflegeheime können aktuell ihre Pflegekosten nicht decken. Die Kantone legen aus finanzpolitischen Überlegungen die Pflegenormkosten oftmals auf einem zu tiefen Niveau fest, womit die vom Gesetzgeber beabsichtigte volle Deckung der Pflegekosten und die Einhaltung des Tarifschutzes nicht sichergestellt sind. - Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind jährlich an die Kostenentwicklung anzupassen, damit die Finanzierung der Kostensteigerungen nicht alleine der öffentlichen Hand zufällt. - Die Mängel der Akut- und Übergangspflege, namentlich die Limite von 14 Tagen und die Nichtberücksichtigung der Hotellerie- und Betreuungskosten bei der Regelung der Spitalfinanzierung sind aufzuheben. 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 die VAKA eine Gesamtrevision der Pflegefinanzierung an, da bereits nach den vier Jahren seit der Einführung gravierende Mängel offensichtlich sind. Die VAKA 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. Die VAKA ist der Überzeugung, dass nur ein breit angelegter Massnahmenplan die Basis für eine nachhaltige Lösung der Pflegefinanzierung bringen kann.	VAKA
1. Normkosten Normkosten zur Bestimmung der Beiträge der öffentlichen Hand an die Pflegekosten lehnt die PUE grundsätzlich ab, da normierte Kosten die Missbrauchsanfälligkeit des Systems fördern. Zu tiefe Normkosten resp. Zuschüsse der öffentlichen Hand an die Pflegekosten können nämlich dazu führen, dass nicht sämtliche Pflegekosten gedeckt werden und stattdessen unter anderem Titel zulasten der Versicherten verrechnet werden. Prüfungen der PUE haben gezeigt, dass die Berechnung von Normkosten auf falschen Annahmen beruhen, so dass Normkosten resultieren, die nicht den realen Gegebenheiten entsprechen (z.B. werden Strukturzeiten fälschlicherweise zu 100% den Betreuungsleistungen zugerechnet). Die PUE ist der Meinung, dass sich die Restfinanzierung an den effektiven Kosten eines einzelnen Heims orientieren muss, damit die bundesrechtlichen Bestimmungen im KVG betreffend Eigenbeteiligung der Heimbewohner an die Pflegekosten in deren Interesse bestmöglich eingehalten werden kann. Aufgrund der bisherigen Ausführungen schlagen wir folgende Präzisierung von Art. 25a Abs.5 vor: <i>Lösungsvorschlag 1:</i> <i>Die Standortkantone regeln die Restfinanzierung. Sie erstreckt sich bis zu den effektiven Pflegekosten des einzelnen Heims [und nicht nur bis zu den kantonalen Normkosten] und gilt auch für ausserkantonale Fälle.</i> <i>Eine solche Regelung würde die Zuständigkeit auch bei ausserkantonalen Fällen</i>	PUE

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
<i>eindeutig regeln und würde insbesondere die Missbrauchsanfälligkeit des Systems minimieren.</i> 2. Kostenrechnungen und Tarife in der Praxis Die PUE führt regelmässig Einzelfallprüfungen durch, um auf Preismissbräuche (d.h. wenn Pflegekosten unter anderem Titel verrechnet werden) hinzuweisen. Dabei stellen wir fest, dass die Kostenrechnungen der Pflegeinstitutionen, die als Basis für die Tarifiermittlung dienen, oft von schlechter Qualität sind. Die Mängel betreffen vorwiegend die Anlagenutzungskosten und die Verteilschlüssel, die für die Zuweisung der Kosten auf die einzelnen Leistungsbereiche dienen. Diese Inkohärenzen führen dazu, dass zu tiefe Pflegekosten und zu hohe Nicht-KVG-Kosten ausgewiesen werden. Mittels einfachen Tricks in der Kostenrechnung können somit gewollte Resultate erzielt werden; sie sind oft ein direktes Abbild von zu tiefen Normkosten. <i>Lösungsvorschlag 2:</i> <i>Die Pflegeinstitutionen müssen besser in die Pflicht genommen werden, sich insbesondere an die Bestimmungen der VKL zu halten und die Kosten sachgerecht auszuweisen. Die Tarifiermittlung hat KVG-konform auf Basis von effektiven Zahlen und nicht auf Basis von budgetierten oder hochgerechneten Werten zu erfolgen. Zudem braucht es eine bundesrechtliche Bestimmung (z.B. in der VKL) zum Führen einer Arbeitszeitanalyse, damit plausible Verteilschlüssel hergeleitet werden können. Solche Analysen müssen in regelmässigen Abständen aktualisiert werden.</i> 3. Bedarfserfassung In der Schweiz gibt es auch fast 5 Jahre nach Einführung der aktuellen Pflegefinanzierung kein national einheitliches Instrument zur Messung des Pflegeaufwands, was eine notwendige Bedingung für eine gesamtschweizerische Tarifstruktur wäre. Da verschiedene Systeme unterschiedliche Aufwände messen, hängen die Kosten und damit auch die Tarife vom verwendeten Instrument ab. Bisher haben die Bestrebungen diverser Arbeitsgruppen diesbezüglich keine Lösung gebracht. Die PUE sieht sich in ihrer Haltung zur Schaffung eines verbindlichen national einheitlichen Systems zur Erfassung des Pflegebedarfs und einer bundesrechtlichen Regelung diesbezüglich bestärkt: <i>Lösungsvorschlag 3:</i> <i>Es braucht eine bundesrechtliche Bestimmung, die nur ein gültiges nationales System zur Bedarfserfassung verbindlich vorschreibt.</i> 4. Genauere Definition der Pflege In der Praxis besteht das Problem, dass die Leistungen der KVG-Pflege nicht hinreichend definiert sind und somit eine klare Abgrenzung insbesondere zu den Betreuungsleistungen nicht immer gewährleistet ist. Ein oft diskutiertes Thema sind z.B. Demenzzuschläge, die sogar innerhalb desselben Kantons unterschiedlich verrechnet werden. In manchen Institution sind sie Bestandteil der Pflegekosten, in anderen werden sie zusätzlich (unter dem Titel Betreuung) verrechnet. Ein ähnliches Problem taucht bei der ambulanten Pflege im Bereich von Wegzeiten auf, die manche Institutionen zusätzlich zur Pfl egetaxe verrechnen, obwohl es in der Natur von ambulanten Pflegeleistungen liegt, dass sie zuhause erbracht werden. Schon nur diese Beispiele zeigen, dass die aktuelle Definition der KVG-Pflege in Art. 7 Abs. 2 KLV nicht ausreicht, um einheitliche Pflegepreise zu bestimmen. Zur genaueren Definition der Pflege gehört insbesondere auch eine Regelung, wie die Strukturzeiten auf die einzelnen Bereiche aufgeteilt werden müssen. Diesbezüglich ortet die Preisüberwachung regelmässig Probleme, sei es auf Stufe eines einzelnen Betriebs oder bei der Überprüfung von kantonalen Normkosten. Die unklare Definition von Pflegeleistungen erschwert insgesamt die Vergleichbarkeit von Heimpreisen. <i>Lösungsvorschlag 4:</i> <i>Zur klaren Abgrenzung der Pflegekosten von anderen Bereichen bedarf es einer verbindlichen Definition, welche Leistungen zur KVG-Pflege gehören. In Ergänzung zu Art. 7 Abs. 2 KLV braucht es deshalb eine national gültige und vollständige Tätigkeitsliste der KVG Pflege, die entsprechende Abgrenzungen möglich macht. Zudem muss gewährleistet werden, dass die Strukturzeiten sachgerecht als Pflegeleistungen einbezogen werden.</i>	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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 obli-gatorische 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 Kos-tenentwicklung 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 Rechtsprechung bereits ausführlich präzisiert. Zur Messung und Bestimmung der Pflegekosten existieren genügend Hilfsmittel (nebst den Pflegemessinstrumenten wie BESA, RAI/RUG und Plaisir etwa das „Handbuch	IG Pflege

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Altes- 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 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 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 überwältzt werden dürfen, vertritt z. B. der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich Wegspesen in Rechnung gestellt werden dürfen.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
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 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.	
Zu Punkt 3 [SPITEX BL bezieht sich auf die Stellungnahme von Spitex Schweiz]: 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 [SPITEX BL bezieht sich auf die Stellungnahme von Spitex Schweiz]: Wir unterstützen die Forderungen des SVS zum Tarifschutz, zur Finanzierung von Pflegematerial und zur 10%-igen Patientenbeteiligung mit konkret festgelegter Ausgestaltung.	SPITEX BL

Allegato 1: elenco dei destinatari permanenti della consultazione

1. Kantone / Cantons / Cantoni

Staatskanzlei des Kantons Zürich	Kaspar Escher-Haus 8090 Zürich marianne.lendenmann@sk.zh.ch
Staatskanzlei des Kantons Bern	Postgasse 68 Postfach 840 3000 Bern 8 info@sta.be.ch
Staatskanzlei des Kantons Luzern	Bahnhofstrasse 15 6002 Luzern staatskanzlei@lu.ch
Standeskanzlei des Kantons Uri	Postfach 6460 Altdorf ds.la@ur.ch
Staatskanzlei des Kantons Schwyz	Postfach 6431 Schwyz stk@sz.ch
Staatskanzlei des Kantons Obwalden	Rathaus Postfach 1562 6061 Sarnen staatskanzlei@ow.ch
Staatskanzlei des Kantons Nidwalden	Dorfplatz 2 Postfach 1246 6371 Stans staatskanzlei@nw.ch
Regierungskanzlei des Kantons Glarus	Rathaus 8750 Glarus staatskanzlei@gl.ch
Staatskanzlei des Kantons Zug	Postfach 156 6301 Zug Info.Staatskanzlei@zg.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Fribourg	Rue des Chanoines 17 1701 Fribourg chancellerie@fr.ch relationexterieures@fr.ch
Staatskanzlei des Kantons Solothurn	Rathaus Barfüssergasse 24 4509 Solothurn kanzlei@sk.so.ch
Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt	Marktplatz 9 Postfach 4001 Basel staatskanzlei@bs.ch

Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft	Rathausstrasse 2 4410 Liestal landeskanzlei@bl.ch
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen	Beckenstube 7 8200 Schaffhausen staatskanzlei@ktsh.ch
Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden	Regierungsgebäude Postfach 9102 Herisau Kantonskanzlei@ar.ch
Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden	Marktgasse 2 9050 Appenzell info@rk.ai.ch
Staatskanzlei des Kantons St. Gallen	Regierungsgebäude 9001 St. Gallen info.sk@sg.ch
Standeskanzlei des Kantons Graubünden	Reichsgasse 35 7001 Chur info@gr.ch
Staatskanzlei des Kantons Aargau	Regierungsgebäude 5001 Aarau staatskanzlei@ag.ch
Staatskanzlei des Kantons Thurgau	Regierungsgebäude 8510 Frauenfeld staatskanzlei@tg.ch
Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	Residenza Governativa 6501 Bellinzona can-scads@ti.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud	Château cantonal 1014 Lausanne info.chancellerie@vd.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Valais	Palais du Gouvernement 1950 Sion Chancellerie@admin.vs.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Neuchâtel	Château 2001 Neuchâtel Secretariat.chancellerie@ne.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Genève	Case postale 3964 1211 Genève 3 service-adm.ce@etat.ge.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Jura	Rue du 24-Septembre 2 2800 Delémont chancellerie@jura.ch
Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) Conferenza dei Governi cantonali (CdC)	Sekretariat Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 444 3000 Bern 7 mail@kdk.ch

2. In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

Bürgerlich-Demokratische Partei BDP Parti bourgeois-démocratique PBD Partito borghese democratico PBD	BDP Schweiz Postfach 119 3000 Bern 6 mail@bdp.info
Christlichdemokratische Volkspartei CVP Parti démocrate-chrétien PDC Partito popolare democratico PPD	Postfach 5835 3001 Bern info@cvp.ch
Christlich-soziale Partei Obwalden csp-ow	c/o Stefan Keiser Enetriederstrasse 28 6060 Sarnen wyrsch.w@bluewin.ch
Christlichsoziale Volkspartei Oberwallis	Geschäftsstelle CSPO Postfach 3980 Visp info@cspo.ch
Evangelische Volkspartei der Schweiz EVP Parti évangélique suisse PEV Partito evangelico svizzero PEV	Nägeligasse 9 Postfach 294 3000 Bern 7 vernehmlassungen@evppev.ch
FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR.I Liberali Radicali	Sekretariat Fraktion und Politik Neuengasse 20 Postfach 6136 3001 Bern jean-richard@fdp.ch hofer@fdp.ch
Grüne Partei der Schweiz GPS Parti écologiste suisse PES Partito ecologista svizzero PES	Waisenhausplatz 21 3011 Bern gruene@gruene.ch
Grünliberale Partei glp Parti vert'libéral pvl	Postfach 367 3000 Bern 7 schweiz@grunliberale.ch
Lega dei Ticinesi (Lega)	Lega dei Ticinesi casella postale 4562 6904 Lugano lorenzo.quadri@mattino.ch
Mouvement Citoyens Romand (MCR)	c/o Mouvement Citoyens Genevois (MCG) CP 340 1211 Genève 17 info@mcge.ch
Schweizerische Volkspartei SVP Union Démocratique du Centre UDC Unione Democratica di Centro UDC	Postfach 8252 3001 Bern info@svp.ch

Sozialdemokratische Partei der Schweiz SPS Parti socialiste suisse PSS Partito socialista svizzero PSS	Postfach 7876 3001 Bern verena.loembe@spschweiz.ch
--	--

3. Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

Schweizerischer Gemeindeverband	Laupenstrasse 35 Postfach 8022 3001 Bern verband@chgemeinden.ch
Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses Unione delle città svizzere	Monbijoustrasse 8 Postfach 8175 3001 Bern info@staedteverband.ch
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete	Postfach 7836 3001 Bern info@sab.ch

4. Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia

economiesuisse Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere	Postfach 8032 Zürich info@economiesuisse.ch bern@economiesuisse.ch
Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM)	Postfach 3001 Bern info@sgv-usam.ch
Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich verband@arbeitgeber.ch
Schweizerischer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	Haus der Schweizer Bauern Laurstrasse 10 5200 Brugg info@sbv-usp.ch
Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB)	Postfach 4182 4002 Basel office@sba.ch
Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	Postfach 3000 Bern 23 info@sgb.ch

Kaufmännischer Verband Schweiz (KV Schweiz) Société suisse des employés de commerce (SEC Suisse) Società svizzera degli impiegati di commercio (SIC Svizzera)	Postfach 1853 8027 Zürich hansueli.schuetz@kvschweiz.ch
Travail.Suisse	Postfach 5775 3001 Bern info@travailsuisse.ch

5. Andere Interessenten / autres milieux intéressés / altri interessati

5.1 Kantone / Cantons / Cantoni

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)	Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 684 3000 Bern 7
--	--

5.2 Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori

Associazione Consumatrici e consumatori della Svizzera Italiana	Via Polar 46 c.p. 165 6932 Lugano-Breganzona
Fédération romande des Consommateurs (FRC)	Rue de Genève 17 CP 6151 1002 Lausanne
Konsumentenforum kf	Geschäftsstelle Konsumentenforum kf Belpstrasse 11 3007 Bern
Stiftung für Konsumentenschutz	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23

5.3 Organisationen des Gesundheitswesens / Organisations de la santé publique / Organizzazioni della sanità pubblica

5.3.1 Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni

Ärzte mit Patientenapotheke (APA)	Röschstrasse 18 Postfach 191 9006 St. Gallen
Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti (ASP)	Riedtlistrasse 8 8006 Zürich

Association Spitex privée Suisse (ASPS)	Uferweg 15 3000 Bern 13
CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA Suisse - Association des homes et institutions sociales suisses CURAVIVA Svizzera - Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	Hauptsitz Bern Zieglerstrasse 53 Postfach 1003 3000 Bern 14
FASMED Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigung der Medizintechnik Fédération des associations suisses du commerce et de l'industrie de la technologie médicale Federazione delle associazioni svizzere del commercio e dell'industria della tecnologia medica	Worbstrasse 52 3074 Muri
Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV)	Grubenstrasse 12, 8045 Zürich info@logopaedie.ch
FAMH Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera	Generalsekretariat Rosenweg 29 4500 Solothurn
ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS) Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE) Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	Postfach 300 Elfenstrasse 18 3000 Bern 15
Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi	Choisystrasse 11 Postfach 510 3000 Bern 14
Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	Effingerstrasse 54 Postfach 6052 3001 Bern
Heilbäder & Kurhäuser Schweiz Espaces Thermaux et Maison de Cure Suisses	Bahnhofstrasse 2 9100 Herisau
H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	Lorrainestrasse 4 A 3013 Bern
Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH) Association Suisse des Maisons de Naissances (IGGH-CH)	Präsidentin Frau Jacqueline Wenk Geburtshaus Terra Alta Schellenrain 6208 Oberkirch
Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) Collège de médecine de premier recours (MPR) Collegio di medicina di base (CMB)	Geschäftsstelle Landhausweg 26 3007 Bern

Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)	Freiestrasse 138 8032 Zürich
Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden	c/o DLV Bluntschliesteig 1 8002 Zürich
Konferenz kantonale Krankenhausverbände	c/o Verband ZH Krankenhäuser Nordstrasse 15, 8006 Zürich
pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	Stationsstrasse 12 3097 Liebefeld
Pharm!action	Route du Signal 7 1001 Lausanne
Physioswiss Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia	Stadthof Centralstrasse 8b 6210 Sursee
Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)	Beudenfeldstrasse 45 3013 Bern
PULSUS	Lidostrasse 6 Postfach 15127 6000 Luzern 15
Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse (SCG) Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse (ASC)	Sulgenauweg 38 3007 Bern mail@chirosuisse.ch
Schweizerische Gesellschaft für Balneologie und Bioklimatologie (SGBB) Société de médecine thermique et climatique	Herr Dr. med. Otto Knüsel Klinik Valens 7317 Valens
Schweizerische Kantonsapothekervereinigung (KAV / APC) Association des pharmaciens cantonaux (KAV / APC) Associazione dei farmacisti cantonali (KAV / APC)	Dr Jean-Blaise Montandon Pharmacien cantonal Service de la santé publique Pourtalès 2 2001 Neuchâtel
Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)	Rolf Gilgen, CEO Stadtspital Waid 8037 Zürich
Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärzte (SVPC) Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie (ASMP)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizerischer Offizinapothekerverein Société Suisse des Pharmaciens d'Officine	Grand-Rue 22 1814 La Tour-de-Peilz

SVMTT Gesundheit ASMTT Santé ASMTT sanità	Stadthof Bahnhofstrasse 7b 6210 Sursee
Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)	Moostrasse 2 3073 Gümligen
Schweizerischer Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker (labmed Schweiz) Association professionnelle suisse des techniciennes et techniciens en analyses biomédicales (labmed Suisse) Associazione professionale svizzera delle tecniche e dei tecnici in analisi biomediche (labmed Svizzera)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (asi)	Gesellschaftsstelle Schweiz Choisystrasse 1 Postfach 8124 3001 Bern
Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG) Société suisse de gérontologie (SSG) Società svizzera di gerontologia (SSG)	Schwarztorstrasse 48 3007 Bern
Schweizerischer Optikerverband (SOV) Association Suisse de l'Optique (ASO)	Baslerstrasse 32 Postfach 4601 Olten
Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici	Rosenweg 25 C 3000 Bern 23
Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH (SVDE) Association Suisse des Diététicien-ne-s diplômés (ASDD) Associazione Svizzera Dietiste-i diplomate-i	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizer Verband der Orthopädie-Techniker (SVOT) Association Suisse des Techniciens en Orthopédie (ASTO)	Moosstrasse 2 3073 Gümligen
Schweizerischer Verband freiberuflicher Physiotherapeuten (SVFP) Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants (ASPI)	Route du Lac 2 - Paudex Case postale 1215 1001 Lausanne
Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospitali (GSASA)	3000 Bern
Schweizerische Union für Labormedizin (SULM) Union suisse de médecine de laboratoire (USML) Unione svizzera di medicina di laboratorio (USML)	Sekretariat SULM c/o MQ, Verein für medizinische Qualitätskontrolle Universitätsspital Zürich 8091 Zürich

Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft (SSO) Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) Società svizzera di odontologia e stomatologia (SSO)	Münzgraben 2 Postfach 664 3000 Bern 7
Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers (ASDSI) Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche (ASCSI)	Co-Präsidentin Frau Regula Lüthi Pflegedirektorin Psychiatrische Dienste Thurgau Postfach 154 8596 Münsterlingen
Senesuisse Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse	Kapellenstrasse 14 Postfach 5236 3001 Bern
Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR)	pa chemin de Mornex 38 Case postale 7443 1002 Lausanne
Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio	Sulgenauweg 38 Postfach 1074 3000 Bern 23
SMHC Swiss MentalHealthcare	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (FMCH) Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (FMCH) Associazione Svizzera dei medici con attività chirurgica ed intensiva (FMCH)	Bahnhofstrasse 22 2502 Biel
Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zentralschweiz (vpz)	Postfach 150 6004 Luzern
Verband deutschschweizerischer Ärztesgesellschaften (VEDAG)	Freiestrasse 138 8032 Zürich
Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)	Bahnhofplatz 10 A Postfach 8650 3001 Bern
Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)	Sekretariat Bolligenstrasse 52 3006 Bern
Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS) Association des médecins dentistes cantonaux de la Suisse (AMDCS) Associazione dei Medici Dentisti Cantionali della Svizzera (AMDCS)	Öffentliche Zahnkliniken BS Claragraben 95 4005 Basel
SWISS REHA Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera	Geschäftsstelle Laurenzvorstadt 77 Postfach 5001 Aarau

5.3.2 Versicherer / Assureurs / Assicuratori

Allianz Schweizer Krankenversicherer ASK Alliance des assureurs de maladie suisse AAMS Unione degli assicuratori malattia svizzeri	Waisenhausplatz 25 3011 Bern
Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal	Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn
Curafutura Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi	Gutenbergstrasse 14 3011 Bern
RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia	Haldenstrasse 25 6006 Luzern
santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses	Römerstrasse 20 4502 Solothurn
Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni	Conrad-Ferdinand-Meyer- Strasse 14 Postfach 8022 Zürich
SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malatia	Muttenstrasse 3 4502 Solothurn

5.3.3 PatientInnen, BenutzerInnen / Patients, usagers / Pazienti, utenti

ASSUAS Schweizerischer Verband der Versicherten Association Suisse des Assurés Associazione Svizzera degli Assicurati	Avenue Vibert 19 casa postale 1911 1227 Carouge
Dachverband Integration Handicap	Mühlemattstrasse 14a 3007 Bern
Dachverband schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Organisation faîtière des associations suisses de défense et d'information des patients Federazione delle associazioni svizzere di difesa e d'informazione dei pazienti	Hofwiesenstrasse 3 Postfach 8042 Zürich info@patientenstelle.ch
GELIKO – Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute	Josefstrasse 92 8005 Zürich
Parkinson Schweiz Parkinson Suisse Parkinson Svizzera	Gewerbestrasse 12a Postfach 123 8132 Egg

Schweizerische Alzheimervereinigung Association Alzheimer Suisse Associazione Alzheimer Svizzera	Rue des Pêcheurs 8 E 1400 Yverdon-les-Bains
Schweizerischer Seniorenrat (SSR) Conseil suisse des aînés (CSA) Consiglio svizzero degli anziani (CSA)	Sekretariat Worblentalstrasse 32 3063 Ittigen
Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)	Geschäftsstelle Häringstrasse 20 8001 Zürich

Allegato 2: elenco dei partecipanti alla consultazione / sigle / statistica

I. Destinatari della consultazione

N.	Sigla	Nome
Kantone		
1	ZH	Kanton Zürich
2	BE	Kanton Bern
3	LU	Kanton Luzern
4	UR	Kanton Uri
5	SZ	Kanton Schwyz
6	OW	Kanton Obwalden
7	NW	Kanton Nidwalden
8	GL	Kanton Glarus
9	ZG	Kanton Zug
10	FR	Canton de Fribourg
11	SO	Kanton Solothurn
12	BS	Kanton Basel-Stadt
13	BL	Kanton Basel-Landschaft
14	SH	Kanton Schaffhausen
15	AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
16	AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
17	SG	Kanton St.Gallen
18	GR	Kanton Graubünden
19	AG	Kanton Argau
20	TG	Kanton Thurgau
21	TI	Canton Ticino
22	VD	Canton de Vaud
23	VS	Canton du Valais
24	NE	République et canton de Neuchâtel
25	GE	République et canton de Genève
26	JU	Canton du Jura
27	KdK	Konferenz der Kantonsregierungen
Partiti politici		
28	BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei Schweiz
29	CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
30	PEV	Parti Evangélique
31	csp-ow	Christlich-soziale Partei Obwalden
32	CSPO	Christlichsoziale Volkspartei Oberwallis
33	EVP	Evangelische Volkspartei der Schweiz
34	FDP	FDP Die Liberalen
35	GPS	Grüne Partei der Schweiz
36	glp	Grünliberale Partei
37	Lega	Lega dei Ticinesi
38	MCR	Mouvement Citoyens Romand
39	SVP	Schweizerische Volkspartei
40	SPS	Sozialdemokratische partei der Schweiz

Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna		
41	SGV	Schweizerischer Gemeindeverband
42	SSV	Schweizerischer Städteverband
43	SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
Associazioni mantello nazionali dell'economia		
44	économie-suisse	Verband der Schweizer Unternehmen
45	SGV/USAM	Schweizerischer Gewerbeverband
46		Schweizerischer Arbeitgeberverband
47	SBV	Schweizerischer Bauernverband
48	SBV (Bankier)	Schweizerische Bankiervereinigung
49	SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
50	KV Schweiz	Kaufmännischer Verband Schweiz
51		Travail.Suisse
Altri interessati – Cantoni		
52	GdK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Associazioni dei consumatori		
53	Acsi	Associazione Consumatrici e consumatori della Svizzera Italiana
54	FRC	Fédération romande des Consommateurs (FRC)
55	Kf	Konsumentenforum kf
56	sks	Stiftung für Konsumentenschutz
Fornitori di prestazioni		
57	APA	Ärzte mit Patientenapotheke
58	ASP	Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
59	ASPS	Association Spitex privée Suisse
60	curaviva	CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz
61	FASMED	Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigung der Medizintechnik
62	DLV	Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband
63	FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz
64	EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
65	FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
66	FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
67	Hausärzte Schweiz	Berufsverband der Haus- und Kinderärzte
68		Heilbäder & Kurhäuser Schweiz
69	H+	Die Spitäler der Schweiz
70	IGGH-CH	Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz
71	KHM	Kollegium für Hausarztmedizin
72	KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften
73		Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden
74	K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände
75	pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband
76		Pharm!action
77	physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband
78	PKS	Privatkliniken Schweiz

79	PULSUS	Verein zur Erhaltung und Förderung einer freien, sozial verantwortbaren Medizin in der Schweiz
80	SCG	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse
82	SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
83	SGBB	Schweizerische Gesellschaft für Balneologie und Bioklimatologie
84	KAV/APC	Schweizerische Kantonsapothekervereinigung
85	SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren
86	SVPC	Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärzte
87		Schweizerischer Offizinapothekerverein Société Suisse des Pharmaciens d'Officine
88	SVMTT	SVMTT Gesundheit
89	SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
90	Labmed Schweiz	Schweizerischer Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker
91	SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
92	SGG	Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie
93	SOV	Schweizerischer Optikerverband
94	SHV	Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici
95	SVDE	Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH
96	SVOT	Schweizer Verband der Orthopädie-Techniker
97	SVFP	Schweizerischer Verband freiberuflicher Physiotherapeuten
98	GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker
99	SULMV	Schweizerische Union für Labormedizin
100	SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft
101	SVPL	Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter
102	senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
103	SMRS	Société Médicale de la Suisse Romande
104	Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz
105	SMHC	Swiss MentalHealthcare
106	FMCH	Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften
107	vpz	Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zentralschweiz
108	VEDAG	Verband deutschschweizerischer Ärztesgesellschaften
109	VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
110	VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz
111	VKZS	Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz
112	Swiss reha	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz
113	ASK	Allianz Schweizer Krankenversicherer
Assicuratori		
114		Gemeinsame Einrichtung KVG
115	curafutura	Die innovativen Krankenversicherer
116	RVK	RVK
117	santésuisse	Die Schweizer Krankenversicherer

118	SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
119	SVK	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
Rappresentanti dei pazienti		
120	assuas	Schweizerischer Verband der Versicherten
121	Integration Handicap	Dachverband Integration Handicap
122	DVSP	Dachverband schweizerischer Patientenstellen
123	GELIKO	GELIKO – Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz
124	Parkinson	Parkinson Schweiz
125	Alzheimer	Schweizerische Alzheimervereinigung
126	SSR	Schweizerischer Seniorenrat (SSR)
127	SPO	Stiftung Patientenschutz

II. Organizzazioni non invitate a esprimersi

N.	Sigla	Nome
128	BSH	Bündner Spital und Heimverband
129	SP60+	Parti socialiste 60+
130	VAKA	Der aargauische Gesundheitspartner
131	PUE	Preisüberwachung
132	CP	Centre Patronal
133	IG Pflege	Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung
134	SPITEX BL	Spitex Baselland

III. Statistica

	Totale degli invitati	Pareri pervenuti dagli invitati	Pareri pervenuti dai non invitati	Totale dei pareri
Pareri scritti	127	54	7	61