

# **SGK-N 10-09. Umsetzung der Pflegefinanzierung**

**Erläuternder Bericht vom 3. Oktober 2013**

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

---

## **Inhaltsverzeichnis**

---

- 1. Einleitung**
  
- 2. Ausgangslage**
  - 2.1. Berichte des BAG**
  - 2.2. Bericht des Preisüberwachers**
  - 2.3. Parlamentarische Vorstösse und Pflegefinanzierung**
  - 2.4. System zur Abklärung des Pflegebedarfs in Pflegeheimen**
  
- 3. Resultate der Umfragen**
  - 3.1. Umfrage bei den Kantonen**
  - 3.2. Umfrage bei CURAVIVA, Spitexverband, SPITEX Privée, SBK**
  - 3.3. Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern**
  
- 4. Restfinanzierung**
  - 4.1. Pflegeheime**
    - 4.1.1. BFS-Statistiken bezüglich der Entwicklung der Kostenaufteilung
    - 4.1.2. Modalitäten der Restfinanzierung in Pflegeheimen
    - 4.1.3. Modalitäten der Rechnungsstellung in Pflegeheimen
    - 4.1.4. Überweisung der Restfinanzierung
    - 4.1.5. Kostenrechnung in den Pflegeheimen
    - 4.1.6. Massgebliche Kriterien zur Festlegung der Höchstgrenze der Taxen
    - 4.1.7. Beteiligung der Versicherten in Pflegeheimen je nach Einkommen

## **4.2. Pflege zu Hause**

- 4.2.1. BFS-Statistik
- 4.2.2. Modalitäten der Restfinanzierung
- 4.2.3. Beteiligung der Versicherten je nach Einkommen, Pflege zu Hause
- 4.2.4. Modalitäten der Rechnungsstellung

## **5. Ausserkantonale Leistungen**

### **5.1. Ausserkantonale Pflegeheimaufenthalte**

- 5.1.1. BFS-Statistik
- 5.1.2. Eidgenössische Zuständigkeitsregeln bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt
- 5.1.3. Kantonale Zuständigkeitsregeln bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt
- 5.1.4. Verträge und Übernahme der Kostenunterschiede bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt
- 5.1.5. Schwierigkeiten bezüglich der Regelung der ausserkantonalen Restfinanzierung

### **5.2 Ausserkantonale Pflege zu Hause**

- 5.2.1. Anwendbare Regeln bei ausserkantonomer Pflege zu Hause
- 5.2.2. Schwierigkeiten bezüglich der Regelung der Restfinanzierung
- 5.2.3. Folgen für die Leistungserbringer und für die Versicherten

## **6. Deckung der Pflegekosten**

## **7. Schlussfolgerungen**

## 1. Einleitung

Am 13. Juni 2008 hat das Parlament das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet (BBl 2008 5247). Mit diesem Gesetz traten am 1. Januar 2011 insbesondere die folgenden Änderungen in Kraft:

- Änderungen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10):
  - Ausrichtung eines Beitrags in Franken durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), abhängig vom Pflegebedarf (Art. 25a Abs. 1 KVG);
  - die nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten werden von den Versicherten bis zu einem Betrag von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages finanziert (Art. 25a Abs. 5 KVG);
  - die Kantone regeln die Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG, letzter Satz);
  - Übergangsbestimmungen: Einführung des Grundsatzes der Kostenneutralität und Festlegung einer Frist von höchstens drei Jahren für die Angleichung der Tarife an die vom Bundesrat festgelegten Beiträge durch die Kantonsregierungen.
- Änderung des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30):
  - der Aufenthalt in einem Heim darf in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründen;
  - Erhöhung der Vermögensfreibeträge, die bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen berücksichtigt werden.

## 2. Ausgangslage

### 2.1. Berichte des BAG

Im Auftrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) führte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zwei Umfragen bei den kantonalen Gesundheitsdepartementen durch.

Die erste Umfrage mündete in zwei Berichte: den Bericht vom 26. April 2011 welcher im Auftrag der SGK-N erstellt wurde und den ergänzenden Bericht vom 28. Juli 2011, den die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) angefordert hatte. Im Anschluss an diesen zweiten Bericht ersuchte die SGK-S den Bundesrat schriftlich, die Kantone dazu aufzurufen, die Bundesgesetzgebung über die Pflegefinanzierung korrekt umzusetzen. Der Bundesrat behandelte diese Fragen mit den Kantonen im Rahmen des Dialoges Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Es wurde vorgeschlagen, dass das BAG und die GDK die Diskussionen weiterführen und diese Problematik unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens und der Systematik des KVG prüfen.

Parallel dazu wandte sich die SGK-S in einem Schreiben an die GDK und forderte diese auf, *"die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in Bezug auf die ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalte mittels eines Konkordats materiell zu vereinheitlichen und dafür zu sorgen, dass die Kostenbeteiligung das in Artikel 25a Absatz 5 KVG vorgesehene Maximum, d. h. 20%, nicht übersteigt."* In ihrer Antwort vom 29. September 2011 wies die GDK darauf hin, dass die Unsicherheiten und die unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Umsetzung die Folge einer unzureichenden oder fehlenden Bundesregelung seien. Dies gelte insbesondere

für die Übernahme der Restfinanzierung durch die Kantone und für ausserkantonale Pflegeheimaufenthalte. Die GDK hielt fest, dass die Kantone diese Fragen nicht alleine lösen können. Der Bundesgesetzgeber, die Bundesverwaltung, die Pflegeheime und die Versicherer müssten ebenfalls ihren Beitrag leisten.

Die zweite Umfrage führte zum Bericht vom 13. August 2012. Wie die erste Umfrage, hebt er hervor, dass die Mehrheit der Kantone von ihren weitgehenden Kompetenzen im Bereich der Umsetzung der Pflegefinanzierung Gebrauch gemacht haben. In der Regel sind die kantonalen Lösungen betreffend die Umsetzung auf die kantonalen Besonderheiten ausgerichtet und daher auf interkantonalem Niveau kaum koordiniert. Diese Umfrage hat es erlaubt, die allgemeine Frage in der ersten Umfrage zur Kompetenzaufteilung zwischen einem Kanton und seinen Gemeinden zu präzisieren. Die Kompetenzaufteilung bezüglich der Restfinanzierung ist fast dieselbe wie bei den inner- oder ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten. In Bezug auf die Restfinanzierung bei den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und Pflegefachpersonen im Falle von ausserkantonalen Leistungen haben die Kantone keine besonderen Probleme vermerkt. Folglich hängt die Festlegung (die Bestimmung) der Restfinanzierung der inner- oder ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten und der Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause (Art. 25a Abs. 5 KVG) hauptsächlich von der Kompetenz der Kantone ab. Bei einem ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalt begrenzt die Mehrheit der Kantone die Kosten, die in der Berechnung der Ergänzungsleistungen berücksichtigt sind, im gleichen Mass wie bei einem innerkantonalen Aufenthalt.

Im Dezember 2012 hat das BAG den Kantonen einen Brief gesandt, mit dem Ziel, Unklarheiten bei den Umsetzungsmodalitäten der Pflegefinanzierung aus dem Weg zu räumen.

Der vorliegende Bericht erfolgt aufgrund eines neuen Auftrages der SGK-N im Jahre 2013, mit dem Ziel, einige Fragen bezüglich der Regelung der Restfinanzierung und der ausserkantonalen Leistungen zu klären. Das BAG hat zwei Umfragen durchgeführt, die erste bei den kantonalen Gesundheitsdepartementen und die zweite – wie von der Kommission gewünscht - bei den Leistungserbringern. Ziel ist es, einen Überblick über die Entwicklung der Umsetzung des Gesetzes bezüglich dieser Fragen und über die Folgen für die Leistungserbringer und Versicherten zu erhalten.

## **2.2. Bericht des Preisüberwachers**

Im Anschluss an die zahlreichen Fragen, die beim Preisüberwacher aufgeworfen wurden, verfasste dieser den Bericht «Probleme bei neuer Pflegefinanzierung – Preisüberwacher ortet dringenden Handlungsbedarf» und den Newsletter 06/11 vom 9. September 2011. Für seine Analyse stützte sich der Preisüberwacher auf die Taxordnungen von 88 Pflegeheimen in sieben Deutschschweizer Kantonen. Er zeigte auf, dass zwischen den Kantonen Unterschiede bestünden, die seines Erachtens dem Willen des Gesetzgebers entgegenstünden. Zudem stellte er eine finanzielle Mehrbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner bestimmter Pflegeheime fest.

In der Antwort zu diesem Bericht, hat CURAVIVA, der Verband Heime und Institutionen Schweiz (in der Folge CURAVIVA) Stellung genommen und insbesondere präzisiert: *"Der Preisüberwacher kritisiert in seinem Bericht die grossen Kostenunterschiede der Heime. CURAVIVA Schweiz weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Kostenstruktur der einzelnen Alters- und Pflegeheime aufgrund vieler Einflussfaktoren (Personalkosten, Infrastrukturkosten, Vorgaben und Auflagen der Kantone bez. Qualität und Stellenvorgaben, Versorgungskonzepte der Kantone, Verfügbarkeit der ambulanten Netzwerke, Eintrittsalter und Grad der Pflegebedürftigkeit der Bewohnenden, Spezialisierungsangebote des Heims etc.) unterschiedlich sind. Diese Unterschiede lassen sich nicht durch eine gesetzliche Begren-*

zung wegdiskutieren oder eliminieren. Zudem darf nicht vergessen werden, dass die Lohnkosten im Durchschnitt 80 Prozent der gesamten Heimkosten ausmachen." (Medienmitteilung vom 9. September 2011)

### 2.3. Parlamentarische Vorstösse und Pflegefinanzierung

Die Pflegefinanzierung war Gegenstand von mehreren parlamentarischen Vorstössen.

In seiner Antwort zum Postulat Heim 10.3031 "Pflegefinanzierung. Schutz der Heimbewohnerinnen und -bewohner", hat der Bundesrat präzisiert: *"Betreffend Ermittlung der Kosten für die Pflegeleistungen ist darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber das Erfordernis des Führens einer Kostenrechnung durch die Pflegeheime (Art. 49 KVG i. V. mit Art. 50 KVG) beibehalten hat. Entsprechend gilt weiterhin die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104). Die Pflegeheime müssen eine Kostenrechnung führen, welche es erlaubt, die Kosten für die KVG-Leistungen transparent zu ermitteln. Es obliegt nun in erster Linie den Kantonen, im Rahmen der Restfinanzierungsregel darauf zu achten und dafür zu sorgen, dass die Pflegeheime für die Pflegeleistungen nach KLV keine über die Patientenbeteiligung nach Artikel 25a Absatz 5 KVG hinausgehenden Entschädigungen verlangen. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren hat sich bereits schriftlich dahingehend geäußert, dass die Kantone gehalten sind, die notwendigen Massnahmen zur Einhaltung der rechtlichen Vorschriften zu ergreifen. Zusätzlich wird der Bundesrat veranlasst, die Kantone von Bundesseite an die gesetzlichen Bestimmungen der neuen Pflegefinanzierung sowie an ihre Verantwortung zu erinnern."*

Zur Motion Joder 10.3770, "Gegen eine diskriminierende Umsetzung der Pflegefinanzierung", zeigte der Bundesrat auf: *"Das KVG bestimmt weiter, dass der versicherten Person von den nicht durch die Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Beitrages überwältzt werden dürfen und dass die Kantone die Restfinanzierung regeln. Aus der Sicht des Bundesrates haben alle Versicherten Anspruch auf die Restfinanzierung, unabhängig von der Art der Trägerschaft der Organisation für Krankenpflege und Hilfe zu Hause, bei der sie die Leistungen nach KVG beziehen. Die Kompetenz zur Regelung der Restfinanzierung obliegt zwar explizit den Kantonen, jedoch darf dies nicht zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten - in Abhängigkeit der Trägerschaft des Leistungserbringers - führen."*

Zur Interpellation Gysi 12.3549, "Pflegefinanzierung. Doch wieder Fälle von Sozialhilfebedürftigkeit", hat der Bundesrat in Erinnerung gerufen, dass: *"Bei der Deckung der Pensions- und Betreuungskosten haben die Kantone einen erheblichen gesetzgeberischen Spielraum. Gemäss Artikel 10 Absatz 2 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) können die Kantone die Tagestaxe, die bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen (EL) als Ausgabe berücksichtigt wird, begrenzen. Zudem ist ein Betrag für persönliche Auslagen anzuerkennen, welcher auch von den Kantonen festgesetzt wird. Eingeschränkt wird dieser Spielraum durch die Bestimmung, dass Personen mit einem Anspruch auf EL wegen des Aufenthaltes in einem Pflegeheim in der Regel nicht sozialhilfeabhängig werden dürfen."*

Zum Thema ausserkantonale Pflegeheimaufenthalte wurden zwei Postulate eingereicht: das Postulat Heim 12.1451, "Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte" und das Postulat Bruderer Wyss 12.4099, "Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG". In einer gemeinsamen Antwort hat der Bundesrat ausgeführt, dass: *"Dies bedeutet aus Sicht des Bundesrates insbesondere, dass die Restfinanzierung dem Willen des Gesetzgebers entsprechend durch die Kantone*

*sicherzustellen ist. Der Bundesrat ist bereit, diese Frage auf der Basis von Vorschlägen, welche von den Kantonen unterstützt werden und im Einklang mit dem KVG sind, wiederaufzunehmen, und beantragt daher die Annahme des Postulates."*

#### **2.4. System zur Abklärung des Pflegebedarfs in Pflegeheimen**

Die Frage der Harmonisierung der Systeme zur Abklärung des Pflegebedarfs in Pflegeheimen in Bezug auf die zwölf Pflegestufen nach Artikel 7a Absatz 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) könnte durch die Vorgabe eines einheitlichen gesamtschweizerischen Pflegebedarfssystem gelöst werden. Damit würde die Pflegefinanzierung zwischen den Pflegeheimen vergleichbar. Der Gesetzgeber hat jedoch ein solches Pflegebedarfssystem nicht vorgeschrieben.

In seiner Antwort zum Postulat Heim 12.4053, "Harmonisierung der Erfassung des Pflegebedarfs", führte der Bundesrat aus, dass: *"Das KVG schreibt den Pflegeheimen kein gesamtschweizerisch einheitliches Leistungserfassungssystem vor. Die Wahl des Systems obliegt den Heimen und Leistungserbringern, vorbehalten bleiben allfällige kantonale Richtlinien. So kommen heute drei Systeme zur Anwendung, nämlich Plaisir, RAI/RUG und Besa, die auch bereits vor Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung eingesetzt wurden. Der Bedarf der Harmonisierung der Pflegebedarfssysteme ist erkannt. Entsprechend befasst sich unter der Leitung von Curaviva seit September 2009 eine nationale Steuergruppe mit dem Projekt "Tarifstrukturen", in der sowohl die Kantone wie auch das Bundesamt für Gesundheit Einsitz nehmen. Der Bundesrat möchte diese Arbeiten nicht übergehen und deren Ergebnisse abwarten. Er ist aber bereit, das Anliegen im Sinne seiner Antwort vom 7. Dezember 2012 zur Anfrage Humbel 12.1091, "Verzögerung bei der Abstimmung der Pflege-Einstufungssysteme", aufzunehmen und subsidiäre Massnahmen für eine Harmonisierung zu prüfen, sollten die Harmonisierungsbemühungen der in dieser Angelegenheit zuständigen Kantone scheitern."*

Zur Frage Humbel 12.1091, "Verzögerung bei der Abstimmung der Pflege-Einstufungssysteme", hat der Bundesrat geantwortet, dass er *"bereits in Artikel 7a Absatz 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31) die Regelung der KVG-Beiträge im Sinne einer Harmonisierung festgelegt und mit dem zwölfstufigen System gesamtschweizerisch einen gemeinsamen Nenner eingeführt. Damit besteht eine Grundlage für die Schaffung von mehr Transparenz und die Anpassung der Systeme, wie dies in der Interpellation Bortoluzzi 10.3550, "Pflegefinanzierung. Mangelnde Vergleichbarkeit der verschiedenen Leistungserfassungssysteme", angesprochen wird."*

Im September 2009 hat sich eine nationale Steuergruppe, an der das BAG auch teilgenommen hat, auf Initiative von CURAVIVA Schweiz mit dem Ziel formiert, die drei grössten Pflegebedarfsinstrumente der Schweiz (Plaisir, RAI/RUG und BESA) durch geeignete Massnahmen zu harmonisieren. Dadurch sollte erreicht werden, dass der Pflegeaufwand der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime in Unabhängigkeit der angewandten Instrumente gleichartig beurteilt, bemessen und ausgewiesen werden könnte. Als Ziel der ersten Phase des Projektes (Kalibrierung) wurde der Leistungsvergleich zwischen BESA und RAI/RUG am 31. August 2011 abgeschlossen. Die meisten Kantone haben per Stand 2013 die Empfehlung der Kalibrierung umgesetzt.

Ende Januar 2013 hat sich CURAVIVA per sofort von der Projektleitung zurückgezogen, weil das Projekt Tarifstruktur II (Kalibrierung und Harmonisierung) kein Ziel des Verbandes mehr darstelle.

### 3. Resultate der Umfragen

Der vorliegende Bericht beruht auf zwei Umfragen, zum einen bei den Kantonen (Anhang A) und zum andern bei den Erbringern von Pflegeleistungen zu Hause und in Pflegeheimen (Anhang C, E und G). Die detaillierten Angaben der Kantone und der Organisationen der Leistungserbringer sind in Tabellenform im Anhang enthalten.

Alle Kantone haben den Fragebogen beantwortet. Die Antworten zu den einzelnen Themen sind unterschiedlich genau und unterschiedlich klar ausgefallen.

Bei den Leistungserbringern haben folgende Verbände die Umfrage erhalten:

- CURAVIVA
- Spitex Verband Schweiz (Spitexverband)
- SPITEX Privée Suisse
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK).

Die Umfrage besteht aus zwei Teilen. Teil 1 umfasst die für alle genannten Verbände gemeinsamen Fragen (Anhang C), während bei Teil 2 nach Fragen zur Pflege zu Hause (Anhang E) und in Pflegeheimen (Anhang G) unterschieden wird. Alle Verbände haben den Fragebogen beantwortet. Zum Teil wurden nicht alle Fragen vollständig ausgefüllt, und die Antworten fielen, wie bei den Kantonen, unterschiedlich detailliert aus.

#### 3.1 Umfrage bei den Kantonen

Die Umfrage bei den Kantonen zeigt weitere, in den früheren Berichten nicht deutlich gewordene Unterschiede bei der Pflegefinanzierung auf, insbesondere bei der Restfinanzierung ausserkantonaler Leistungen im Pflegeheim oder bei zu Hause erbrachten Pflegeleistungen.

Etliche Kantone (14) haben neue gesetzliche (Gesetz und/oder Verordnungen) oder reglementarische Bestimmungen zur Umsetzung der Pflegefinanzierung verabschiedet. Diese können die Festlegung der Normkosten betreffen, die Kostenbeteiligung der Versicherten, die Höhe oder die Obergrenze der Restfinanzierung, die Aufteilung der Finanzierung unter Kantonen und Gemeinden oder Änderungen im Bereich der Sozialhilfe. In anderen Kantonen (11) haben die Gesetze keine Änderungen erfahren (Anhang B 1).

#### 3.2 Umfrage bei CURAVIVA, Spitexverband, SPITEX Privée, SBK

Die Antworten der Leistungserbringer zu den Wirkungen des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung und der kantonalen Bestimmungen wurden zusammengefasst und nach Themen geordnet (Anhang D 1 und D 2).

Nach den Angaben der befragten Verbände hat sich das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wie folgt ausgewirkt:

- a. Auswirkungen des Bundesgesetzes auf die Versicherten:
  - Höhere Kostenbeteiligung zulasten der Versicherten, insbesondere wenn sie die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Leistungen tragen.
  - Die Patienten pflegen sich tendenziell länger selbst, was an sich positiv ist, aber zu einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands mit einem anschliessenden Mehrbedarf an Pflege führen kann. In einigen Fällen verzichten Patienten in Kantonen mit hoher Kostenbeteiligung auf Pflegeleistungen und benötigen dann Akutpflege im Spital.

- Die Wahl des Leistungserbringers ist nicht mehr in allen Kantonen garantiert.
  - Grosse Unterschiede bei der Kostenbeteiligung der Versicherten.
  - Aufgrund des komplexen Systems können die Patienten die Modalitäten der Pflegefinanzierung nicht mehr nachvollziehen.
- b. Auswirkungen des Bundesgesetzes auf die Leistungserbringer:
- CURAVIVA hat keine grösseren Änderungen gegenüber dem alten, bis am 31. Dezember 2010 geltenden Gesetz festgestellt.

Die nachfolgenden Bemerkungen stammen von den Verbänden der Spitex-Organisationen sowie dem SBK:

- Mangels Regelung durch den Bund setze jeder Kanton die Pflegefinanzierung unterschiedlich um. Der administrative Aufwand werde übermässig auf die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie der Pflegefachpersonen überwältigt. Beispielsweise müssten Rechnungen an drei oder vier verschiedene Empfänger geschickt werden (Patient, Versicherer, Kanton und/oder Gemeinde). Deshalb müsse die eigentlich für die Abgeltung der Pflege und deren Qualität vorgesehene Restfinanzierung für administrative Aufgaben verwendet werden.
- Das Gesetz lässt den Kantonen grossen Spielraum. Wenn Zuständigkeiten mit den Gemeinden geteilt oder an diese delegiert werden, würden sie nicht immer ausgeübt, wie sie sollten.
- Die Restfinanzierung sollte im Gesetz klar festgelegt werden. So aber müssten die Pflegefachpersonen in gewissen Fällen vor Gericht gehen, um die Restfinanzierung erstattet zu bekommen.
- tarifsuisse erwäge, das Bedarfsermittlungsinstrument der Pflege zu Hause RAI-HC (Resident Assessment Instrument - Home-Care) nicht mehr zu akzeptieren, was einen zusätzlichen Aufwand bedeuten würde. Der Spitexverband bittet das Departement des Innern (EDI), das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs zu bezeichnen, wie dies Artikel 33 Buchstabe h der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) vorsehe.
- Der Administrativvertrag betreffend Akut- und Übergangspflege vom 30. November 2011 habe einen grossen administrativen Aufwand für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause mit sich gebracht, wobei diese Leistungen letztendlich wenig genutzt würden.

Nach den Angaben der befragten Verbände haben sich die kantonalen Bestimmungen zur Neuordnung der Pflegefinanzierung wie folgt ausgewirkt:

- a. Auswirkungen der kantonalen Bestimmungen auf die Versicherten:
- Höhere Kostenbeteiligung der Versicherten je nach Kanton.
  - Der Datenschutz könne bei den Rechnungskontrollen durch die Behörden problematisch sein.



- b. Auswirkungen der kantonalen Bestimmungen auf die Leistungserbringer:
- Mit den 26 verschiedenen Gesetzgebungen der Kantone steige die Komplexität der Aufgaben. In den Deutschschweizer Kantonen, in denen die Zuständigkeiten mit den Gemeinden geteilt oder an diese delegiert werden, gebe es zahlreiche Schwierigkeiten. Die Kantone oder Gemeinden nehmen ihre jeweiligen Zuständigkeiten nicht immer wahr, mit Folgen auch für die Patienten, die nicht mehr wissen, an wen sie sich wenden müssen.
  - Mit einer vom guten Willen der Kantone und Gemeinden abhängigen Ausrichtung der Restfinanzierung sei eine gerechte Kostendeckung nicht immer gegeben.
  - Der administrative Aufwand stehe in keinem Verhältnis zur eingenommenen Restfinanzierung und den erbrachten Pflegeleistungen.
  - Es gebe grosse Ungerechtigkeiten zwischen der Abgeltung der Spitex-Organisationen und der Abgeltung der Pflegefachpersonen.
  - Es gebe Verwechslungen zwischen Subventionen und Restfinanzierung.
  - Da die privaten Spitex-Organisationen ebenfalls eine Restfinanzierung erhalten, sollten sie die gleichen Voraussetzungen erfüllen und den gleichen kantonalen Kontrollen unterstellt sein wie die nicht gewinnorientierten Organisationen (u.a. bezüglich Qualität, Qualifikation des Personals, Anforderungen in Sachen Ausbildung, Rechnungsführung, Arbeitsbedingungen, Gewinnverwendung).
  - Die öffentliche Finanzierung sei wichtiger als die private.
  - Für die privaten Erbringer von Pflegeleistungen zu Hause sind die kantonalen Gesetzgebungen oft zu streng und in Anbetracht der Konkurrenz der Spitex-Organisationen mit Interessenskonflikten verbunden. Denn nicht selten seien der Kanton und/oder die Gemeinde, die auch die gewinnorientierten Organisationen abgelten, in einer nicht gewinnorientierten Organisation aktiv engagiert. Diesbezüglich sei die Umsetzung in keinem Kanton befriedigend.

### 3.3 Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern

Folgende Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern liegen vor (Anhang D 4):

- a. Betreffend Pflegeheime:
- Jeder Kanton verfügt über eigene Tarifverträge. Die meisten Verträge wurden aufgrund des Stands beim Administrativvertrag lediglich mit Anhängen verlängert. Aus diesem Grund kann CURAVIVA keine aktualisierten Daten liefern.
  - Nationaler Administrativvertrag zwischen CURAVIVA Schweiz und der Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana, Sanitas, KPT) vom 18.06.2013
- b. Betreffend Pflege zu Hause:
- Administrativvertrag von Spitex Verband Schweiz und SPITEX Privée Suisse mit santé-suisse vom 20.12.2010 (ohne Supra und Assura), dem 23 kantonale Spitex-Organisationen angeschlossen sind ([www.spitex.ch/index.cfm/A5D857D4-C2FE-32C3-6CEEE21AF5B4904A/?&lang=de](http://www.spitex.ch/index.cfm/A5D857D4-C2FE-32C3-6CEEE21AF5B4904A/?&lang=de))
  - Administrativvertrag betreffend Akut- und Übergangspflege von Spitex Verband Schweiz und Association SPITEX Privée Suisse (ASPS) mit den fünf im Vertrag genannten Krankenversicherern vom 30.11.2011, dem fünf kantonale Spitex-Organisationen ange-

geschlossen sind ([www.spitex.ch/index.cfm/BA245D99-B004-96DF-DD54C2EEFE828A5B/?&lang=de](http://www.spitex.ch/index.cfm/BA245D99-B004-96DF-DD54C2EEFE828A5B/?&lang=de))

- Administrativvertrag von Spitex Verband Schweiz und Association SPITEX Privée Suisse mit Santésuisse vom 01.01.2011 ([www.spitexprivéesuisse.ch/cms/images/stories/asps/2011\\_Adminvertrag\\_d.pdf](http://www.spitexprivéesuisse.ch/cms/images/stories/asps/2011_Adminvertrag_d.pdf))
- Mehrere Administrativverträge zwischen SBK und Versicherern ([www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4freiberufliche\\_pflege-f/Vertraege-f.htm](http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4freiberufliche_pflege-f/Vertraege-f.htm))
- Ein Vertrag zwischen SBK und Versicherern zur Akut- und Übergangspflege ist in Vorbereitung.

Anmerkungen Spitexverband zu den Verträgen:

- Die Versicherer seien nicht bereit, kleinste Abweichungen der ärztlichen Anordnung zu akzeptieren, und bezahlen die Rechnung nicht, was ein höheres Risiko für den Schuldner bedeute. In Anbetracht der oft über mehrere Wochen dauernden Leistungen bedeute dies ein grosses Risiko.
- Die Versicherer würden die vertraglichen Fristen für die Zahlung der Rechnungen und bei Anfechtungen der Pflegebedarfsermittlung nicht einhalten.
- Die Versicherer würden systematisch mehr Informationen als die vertraglich vorgesehenen verlangen. Nicht selten würden sie zu Kontrollzwecken – durch anderes Personal als den Vertrauensarzt – sämtliche Pflegeunterlagen anfordern.
- Die Versicherer würden ärztlich angeordnete Leistungen ohne Begründung oder mit der Begründung streichen, ihr eigenes Bedarfsermittlungsinstrument habe ein anderes Resultat ergeben.

## 4. Restfinanzierung

### 4.1 Pflegeheime

#### 4.1.1 BFS-Statistiken bezüglich der Entwicklung der Kostenaufteilung

Tabelle 1 zeigt, wie sich die Betriebskosten der Pflegeheime und die Aufteilung der einzelnen Taxen in Prozent zwischen 2008 und 2011 entwickelt haben.

<b>Betriebskosten nach Hauptkostenträger (in Prozent)</b>				
BFS 2013-2009/SOMED 13-A				
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Pflegeheime</b>				
KVG-pflichtige Pflege	42	42.2	42	41.2
Hotellerie	41.1	40.5	40.5	41.2
Betreuung	14.2	14.5	14.9	15.2
Weitere Leistungen (Therapie, Arzt,...)	2.7	2.8	2.6	2.4

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung bei der Aufteilung der Finanzierung zwischen Kantonen, Gemeinden, Krankenversicherern und Privathaushalten zwischen 2008 und 2011.

<b>Finanzierung der Institutionen für Betagte und Chronischkranke (in Prozent)</b>				
BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens				
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Kantone und Gemeinden	9.1	11.1	9.7	10.2
KVG	20.4	20.2	20.1	18.5
Andere Sozialversicherungen	5.9	5.9	5.8	5.9
bedarfsabhängige Sozialleistungen (insb. EL)	21.7	21.9	22.5	22
Private Haushalte	40.2	38.5	39.4	42.7
Andere private Finanzierung	2.8	2.3	2.5	0.6

#### 4.1.2 Modalitäten der Restfinanzierung in Pflegeheimen (Anhang B 3)

Die Mehrheit der Kantone (19) unterscheidet bei der Restfinanzierung nach Pflegestufe. Einige Kantone (5) geben an, keine Unterscheidung der Restfinanzierungshöhe nach dem Einkommen des Versicherten und dem Rechtsstatus des Leistungserbringers vorzunehmen. In einzelnen Kantonen basiert die Unterscheidung der Restfinanzierungshöhe auf anderen Kriterien (Arbeitsbedingungen, Qualität, spezifische Anforderung an Ausbildung/Qualifikation).

Die meisten Kantone gehen von 12 Pflegestufen mit unterschiedlichen Beträgen pro Stufe von 0 bis 201.50 Franken aus. Zwei Kantone (GR, NE) unterscheiden 16 Pflegestufen (Höchstbetrag CHF 226.80) anstelle der 12 in Artikel 7a Absatz 3 KLV vorgesehenen. Nach Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 sind die bei Inkrafttreten des Gesetzes geltenden Tarife und Tarifverträge innert drei Jahren – das heisst bis 31. Dezember 2013 – an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen.

#### 4.1.3 Modalitäten der Rechnungsstellung in Pflegeheimen (Anhang H, Fragen 3, 4 und 5)

In der Regel weisen die Rechnungen Pflege-, Betreuungs- und Hotellerieleistungen separat aus und geben die Höhe der Restfinanzierung an. Die übrigen Taxen auf der Rechnung betreffen diverse Körperpflegeleistungen (Coiffeur, Maniküre).

Bei der letzten Umfrage gaben einige Kantone noch Taxen für Bildung, Liegenschaften, Renovationen oder Reparaturen an.

#### 4.1.4 Überweisung der Restfinanzierung (Anhang D 3)

Je nach Kanton wird die Restfinanzierung im Pflegeheim automatisch an die Leistungserbringer, automatisch an die Versicherten oder auf Antrag an die Leistungserbringer ausgerichtet. Es liegen keine genauen Zahlen vor, in wie vielen Kantonen oder Pflegeheimen welche Modalitäten gelten.

#### 4.1.5 Kostenrechnung in den Pflegeheimen

In den meisten Kantonen (17) legen die Pflegeheime die Kostenrechnung dem Kanton vor (Anhang B 8). Es gibt verschiedene Kostenrechnungsmodelle: das CURAVIVA-Modell, OPAL (Software für Vollkostenrechnung), oder andere benutzerspezifische Tools (Anhang H, Frage 1).

#### 4.1.6 Massgebliche Kriterien zur Festlegung der Höchstgrenze der Taxen (Anhang B 9)

Einige Kantone legen nur die eine oder die andere Taxe fest. Manche Kantone haben keine Pflorgetaxe festgelegt, und andere unterscheiden nicht zwischen der Betreuungs- und der Hotellerietaxe. In einigen Kantonen wird derzeit über die Festlegung der Taxen diskutiert. In gewissen Kantonen werden die Taxen auf der Basis der Kostenrechnung oder nach den Gesamtkosten festgelegt.

Die Pflorgetaxengrenzen werden in acht Kantonen anhand der Kostenrechnung bestimmt.

#### 4.1.7 Beteiligung der Versicherten im Pflegeheim je nach Einkommen (Anhang B 10)

Die meisten Kantone sehen keine differenzierte Beteiligung der Versicherten nach dem Einkommen vor, weder bei den Leistungen im Pflegeheim (21 Kantone) noch bei der Pflege zu Hause (19 Kantone).

## 4.2 Pflege zu Hause

### 4.2.1 BFS-Statistik

Die Publikation des Bundesamtes für Statistik (BFS) «Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause, Ergebnisse 2011: Zahlen und Trends» (S. 3-4) liefert folgende Angaben: *«Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung, die 2011 eingeführt wurde, mussten die Klientinnen und Klienten über 32 Millionen Franken selbst bezahlen, das sind 4 Prozent des Ertrags der Pflegeleistungen (891 Mio. Franken). [ ... ] Die Versicherer übernahmen 639,7 Millionen Franken an die Pflegekosten. Die Kantone und Gemeinden beteiligten sich mit 219 Millionen Franken.»* Der Anteil der Versicherer beträgt somit 72 Prozent, der Anteil der Kantone/Gemeinden 24 Prozent und derjenige der Klientinnen und Klienten 4 Prozent (Zahlen aus Grafik G7). *«Zwischen 2000 und 2011 erhöhte sich der Gesamtaufwand pro Klientin resp. pro Klient relativ konstant von 4278 Franken im Jahr 2000 auf 6868 Franken im Jahr 2011.»*

### 4.2.2 Modalitäten der Restfinanzierung (Anhang B 2)

In den meisten Kantonen wird der Anteil der Restfinanzierung unabhängig vom Einkommen des Versicherten (19) und/oder dem Rechtsstatus des Leistungserbringers (16) festgelegt. Fünf Kantone geben an, keine Unterscheidung bei der Restfinanzierung vorzunehmen. Die meisten Kantone (15) unterscheiden nach Pflegekategorie.

Die Restfinanzierungsbeträge können nach folgenden Modalitäten variieren:

- Nach Kategorie des Leistungserbringers (verschiedene Kategorien von Organisationen der Pflege zu Hause; Pflegefachpersonen).
- Nach spezifischen Anforderungen wie Qualifikation des Personals, Qualität, Ausbildungstätigkeit, spezielle Leistungen oder spezifische Infrastruktur.

- Je nachdem, ob die Einrichtung als gemeinnützig anerkannt ist (bestehende Subventionen, Leistungsvertrag) oder nicht.
- Je nachdem, ob ein Gesamtarbeitsvertrag (GAV) vorliegt oder nicht. Ein Kanton (NE) hält fest, dass die Dienste ohne GAV keine Restfinanzierung beantragt haben. Das dürfte nicht im Sinne des Gesetzes sein, denn wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme zur Motion Joder 10.3770 «Gegen eine diskriminierende Umsetzung der Pflegefinanzierung» festhält, liegt die Regelung der Restfinanzierung zwar bei den Kantonen, dies darf aber nicht zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten in Abhängigkeit der Trägerschaft des Leistungserbringers führen.
- Ein anderer Kanton (SO) richtet mit der Begründung, die Pflegekosten würden über den KVG-Beitrag und die Kostenbeteiligung der Versicherten gedeckt, keine Restfinanzierung aus.

Die Ausrichtung der Restfinanzierung für die Pflege zu Hause erfolgt nach folgenden Modalitäten (Anhang D 3):

- Für die Organisationen wird die Restfinanzierung automatisch an die Leistungserbringer ausgerichtet, ausser bei der Rückerstattung der Rechnung für ausserkantonale Leistungen.
- Für die Pflegefachpersonen wird die Restfinanzierung in den meisten Kantonen (17) auf Antrag ausgerichtet.
- Für die Pflegefachpersonen richten sechs Kantone keine Restfinanzierung aus, auch wenn die Kosten vollständig nachgewiesen sind.

#### 4.2.3 Beteiligung der Versicherten je nach Einkommen, Pflege zu Hause (Anhang B 10)

Die Kostenbeteiligung der Versicherten für Pflege zu Hause ist in drei Kantonen (BE, BS, GE) einkommensabhängig geregelt.

#### 4.2.4 Modalitäten der Rechnungsstellung (Anhang F 1 und F 2)

In der Regel weisen die Rechnungen die Pflegeleistungen und die übrigen Leistungen separat aus. Als weitere, separat fakturierte Taxen werden einzig Leistungen der Hilfe im Haushalt, Betreuung und Mahlzeitendienst sowie Material nach der vertraglich mit den Versicherten geregelten Mittel- und Gegenständeliste genannt. SPITEX Privée weist auch den Restfinanzierungsbetrag auf der Rechnung aus, was bei den Spitex-Organisationen und den Pflegefachpersonen nicht der Fall ist.

Gemäss Spitexverband scheinen die gewinnbringend orientierten Organisationen zusätzliche Taxen für Wegzeit, Wochenende und Nacht zu fakturieren. Diese Taxen dürfen nicht vom KVG übernommen werden.

## 5. Ausserkantonale Leistungen

Einige Kantone haben die Frage der ausserkantonalen Leistungen nicht speziell geregelt. Sie wenden sinngemäss die Bestimmungen für nicht subventionierte und/oder Leistungserbringer ohne Leistungsvertrag an. In mehreren Kantonen muss für diese Leistungen eine Kostengutsprache bei der zuständigen kantonalen Behörde eingeholt werden. Bewilligte Gesuche werden im Prinzip in der im Wohnsitzkanton vorgesehenen Höhe finanziert.

## 5.1 Ausserkantonale Pflegeheimaufenthalte

### 5.1.1 BFS-Statistik

Nach Berechnungen des BAG auf der Basis einer Tabelle des BFS («12-A Klientenwanderung zwischen den Kantonen: Anzahl Klient/innen nach Herkunftskanton der Klientin / des Klienten und nach Kanton der Institution, Sektor Alters- und Pflegeheime, 2011») belief sich die Zahl der ausserkantonalen Aufenthalte 2011 in der Schweiz auf insgesamt ca. 5000 Aufenthalte oder 3,6 Prozent des Gesamttotals.

### 5.1.2 Eidgenössische Zuständigkeitsregeln bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt

Die Anwendung unterschiedlicher Zuständigkeitsregeln je nach Kanton ist eine der Hauptschwierigkeiten bei der Finanzierung ausserkantonomer Pflegeheimaufenthalte. Die Umfrage vom 13. August 2012 hatte ergeben, dass die Zuständigkeit in 14 Kantonen nach dem ELG geregelt ist, wonach ein Pflegeheimaufenthalt keine neue Zuständigkeit begründet, und in 10 Kantonen nach dem Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) und dem Zivilgesetzbuch (ZGB, SR 210), wonach der Wohnsitz als der Ort des dauernden Verbleibens definiert wird.

### 5.1.3 Kantonale Zuständigkeitsregeln bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt (Anhang B 6)

Die meistgenannte Regel (10 Kantone) wendet bei ausserkantonalem Aufenthalt im Pflegeheim die innerkantonal geltenden Taxgrenzen an. Einige Kantone (4) geben an, nach Artikel 23 ff. ZGB vorzugehen.

### 5.1.4 Verträge und Übernahme der Kostenunterschiede bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt (Anhang B 7)

In seinem ersten Bericht empfahl das BAG den Kantonen eine Koordination und den Abschluss von interkantonalen Vereinbarungen in Bezug auf die Finanzierung des ausserkantonomer Pflegeheimaufenthalts. Bisher haben zwei Kantone (GR - TI) die Frage in einer Vereinbarung geregelt.

In den anderen Kantonen erfolgt bei einer Differenz der Kosten zwischen dem Wohnsitzkanton des Bewohners und dem Standortkanton des Heims die Übernahme wie folgt:

- Durch den Patienten (AG, AI, AR, BL, LU, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, ZG), bei einem Aufenthalt aus persönlichen Gründen (SH).
- Von Fall zu Fall (BS).
- Übernahme der Betreuungs- und Hotellerietaxe durch Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe (FR), nach Absprache über Ergänzungsleistungen (JU).
- Durch den Leistungserbringer (NE, VD, VS).
- Durch den Patienten oder den Leistungserbringer (UR).

### 5.1.5 Schwierigkeiten bezüglich der Regelung der ausserkantonalen Restfinanzierung (Anhang H, Frage 6, 7 und 8)

Das Fehlen einer interkantonalen Vereinbarung erweist sich als problematisch, da etliche Einrichtungen mangels ausreichender Kostenübernahme keine ausserkantonalen Bewohner mehr aufnehmen. Ausserdem stellt die fehlende Vereinbarung ein Hindernis für diejenigen dar, die ihren Wohnsitz wechseln möchten. Wer näher bei der Familie sein möchte, muss einen Wohnortwechsel lange im Voraus planen um sicher zu gehen, dass die Leistungen, wenn einmal Pflege im Heim nötig wird, auch übernommen werden.

## 5.2 Ausserkantonale Pflege zu Hause

Kein Kanton sieht Regeln zur Koordination bei ausserkantonalen Leistungen der Pflege zu Hause vor. Der Spitexverband schätzt die Zahl der Versicherten, die 2011 ausserkantonale Pflegeleistungen zu Hause bezogen haben, auf rund 2000. Die Tendenz scheint steigend (Anhang F 4).

### 5.2.1 Anwendbare Regeln bei ausserkantonomer Pflege zu Hause (Anhang B 4)

Die Antworten zu den kantonalen Regelungen zur Finanzierung der ausserkantonalen ambulanten Pflege sind heterogen:

- Neun Kantone übernehmen die Kosten maximal in der Höhe der innerkantonalen Finanzierung (AR, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SZ, UR).
- Drei Kantone sehen keine Kostenübernahme vor (AI, TI, VD), ausser es liege ein Leistungsvertrag zwischen Leistungserbringer und betreffender Gemeinde vor (GL, TG, SH). In einem Kanton, in dem die Abgeltung sinngemäss derjenigen für Organisationen ohne Leistungsvertrag entspricht, liegt der Höchstbetrag der Restfinanzierung bei 9.60 Franken pro Stunde (SH).
- Zwei Kantone haben keine besondere Regel (FR, GE), wobei im einen (FR) die Restfinanzierung im Prinzip übernommen wird.
- Die Übernahme ist mit Zustimmung einer öffentlichen Organisation der Pflege zu Hause und der Gemeinde möglich (SH).
- Ein Kanton (VD) stellt die Restfinanzierung nicht dem Wohnsitzkanton des ausserkantonalen Leistungen beziehenden Versicherten in Rechnung.
- Ein Kanton (VS) gibt an, die Finanzierung der ausserkantonalen Pflege zu Hause gestützt auf die Rechtsgrundlagen des Wohnsitzkantons zu regeln.
- In einem Kanton (LU) ist der Leistungsempfänger der Schuldner.

### 5.2.2 Schwierigkeiten bezüglich der Regelung der Restfinanzierung (Anhang F 3)

Alle Leistungserbringer geben an, dass es bei der Restfinanzierung Schwierigkeiten gebe. Diese können wie folgt aussehen:

- bei ausserkantonomem Aufenthalt bei der Familie des Versicherten
- wenn die Versicherten regelmässig ausserkantonale Leistungen beziehen.
- beim Wechsel des Wohnsitzkantons.

Nach Angaben des Spitexverbands sieht die Praxis in den Kantonen bei ausserkantonalen Leistungen wie folgt aus: 13 Kantone übernehmen keine Restfinanzierung bei ausserkantonomer Pflege zu Hause und fakturieren diese dem Versicherten mit vorgängigem Hinweis auf eine allfällige Rückerstattung durch Wohnsitzgemeinde/Wohnsitzkanton. Acht Kantone übernehmen die Restfinanzierung der Leistungen für Versicherte, die ausserkantonale Pflege zu Hause in Anspruch nehmen. In vier Kantonen unterscheidet sich die Praxis je nach Gemeinde.

Gemäss Spitexverband gibt es zwei Varianten (Anhang F 4):

- a. Die Spitex-Organisation stellt die Restfinanzierung dem Versicherten in Rechnung ohne zu wissen, was dann damit geschieht. Diesbezüglich existieren mehrere Annahmen:
  - Die Versicherten zahlen, um finanziellen und administrativen Aufwand zu vermeiden.
  - Es kann länger dauern, bis der Versicherte, vorausgesetzt er weiss, welche Behörde für ein entsprechendes Gesuch zuständig ist, eine Rückerstattung von Kanton oder Gemeinde erhält.
  - Kanton oder Gemeinde erstatten dem Versicherten die Kosten nicht, mit der Begründung, jeder Kanton finanziere seine eigenen Organisationen der Pflege zu Hause oder weil die Behörde erklärt, die Beiträge würden die Kosten decken. Somit leistet der Versicherte die Restfinanzierung.
  
- b. Die Spitex-Organisation stellt die Restfinanzierung dem Wohnsitzkanton oder der Wohnsitzgemeinde in Rechnung, was zur Folge hat:
  - Hoher administrativer Aufwand, da die Organisation in der Regel nicht weiss, wohin sie die Rechnung schicken muss.
  - Wohnsitzkanton oder Wohnsitzgemeinde lehnen die Übernahme der Restfinanzierung ab und der Leistungserbringer übernimmt die Finanzierung.

### 5.2.3 Folgen für die Leistungserbringer und für die Versicherten (Anhang F 5)

Gemäss Spitexverband decken die KVG-Beiträge 50 Prozent der Leistungen.

- a. Folgen für die Leistungserbringer:
  - Der Leistungserbringer verzichtet wegen des unverhältnismässig hohen administrativen Aufwands auf die Restfinanzierung.
  - Die Rückerstattung durch Kanton oder Gemeinde lässt auf sich warten.
  - Der Leistungserbringer reicht Beschwerde gegen den betreffenden Kanton ein.
  
- b. Folgen für die Versicherten:
  - Die meisten Organisationen, deren Restfinanzierung nicht von Kanton oder Gemeinde übernommen wird, stellen diese dem Klienten in Rechnung. Somit wird die Restfinanzierung nicht selten vom Versicherten geleistet, was ca. 50 Prozent der Kosten für die Pflege zu Hause darstellt.



- Die Versicherten finden sich im «*Pflegefinanzungsdschungel*» nicht zurecht und wissen nicht, an wen sie sich wenden müssen.

## 6. Deckung der Pflegekosten

Die Deckung der inner- und ausserkantonalen Pflege ist dann mit Schwierigkeiten verbunden, wenn die Restfinanzierung nicht von den Kantonen/Gemeinden übernommen wird. In Bezug auf die ausserkantonalen Leistungen stellen die unterschiedlichen Regelungen der kantonalen Zuständigkeiten nach KVG oder ELG, sowie die Frage, von welchem Kanton welcher Betrag berücksichtigt werden muss, die Hauptprobleme dar. Dadurch könnte bei Differenzen bei den Pflegekosten zwischen den beiden beteiligten Kantonen der KVG-Grundsatz der freien Wahl des Leistungserbringers infrage gestellt sein.

Die ungedeckten Kosten der Pflege zu Hause werden entweder auf den Leistungserbringer oder den Versicherten überwält. Der Leistungserbringer kann gegen den Kanton oder die Gemeinde Beschwerde einreichen, verzichtet aber meist darauf. Aus Unkenntnis über das Gesetz und/oder um einen finanziellen und administrativen Aufwand zu vermeiden, zahlt die versicherte Person in der Regel die Restfinanzierung, die ihr in Rechnung gestellt wird.

Für die Deckung der Pflegekosten im Pflegeheim sind vorab die Kantone zuständig. Bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung nicht gedeckte Pflegekosten via Betreuungs- oder eine andere Taxe direkt dem Versicherten zu belasten, widerspräche dem Gesetz. Die Gesetzgebung listet die Pflegeleistungen in Artikel 7 Absatz 2 KLV abschliessend auf und grenzt damit implizit die KVG-pflichtigen von den nicht KVG-pflichtigen Leistungen ab (Betreuung/Begleitung, Hotellerie/Pension: siehe auch Rechtsprechung zur Unterscheidung zwischen Grundpflege KVG und Betreuungsleistungen Anhang I).

Einer ungenügenden Deckung der Pflegekosten können hauptsächlich zwei Hypothesen zugrunde liegen. Entweder entsprechen die Leistungen nicht den Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne von Artikel 32 KVG. Insofern scheint berechtigt, die Mehrkosten dem Leistungserbringer zu belasten. Oder aber die Pflorgetaxe wurde vom Kanton zu tief angesetzt und vermag die Kosten nicht zu decken.

Wenden die Pflegeheime die Kostenrechnung an, wie sie die VKL vorsieht, bezieht die Aufteilung der Kostenstellen sämtliche direkten Kosten ein und schliesst die Übernahme indirekter Kosten in direktem Zusammenhang mit der Pflege (z.B. Personalkosten, Verwaltungskosten usw.) nicht aus.

## 7. Schlussfolgerungen

Die Kantone haben bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung grossen Spielraum. Nach dem Gesetz sind sie für die Regelung der Restfinanzierung zuständig, sowohl bei den inner- als auch den ausserkantonalen Leistungen. Einige Kantone haben die Regelung der Restfinanzierung ganz oder teilweise an die Gemeinden delegiert. Die Kantone können im Rahmen des Gesetzes die Beteiligung der Versicherten bestimmen. Ausserdem haben sie die Möglichkeit, bei den Pflege-, den Betreuungs- und den Hotellerietaxen Taxgrenzen festzulegen. Die Ergebnisse dieser Umfragen zeigen wie schon die früheren Berichte, dass die Kantone von ihren Kompetenzen Gebrauch gemacht und die Restfinanzierung und die ausserkantonalen Pflegeleistungen unterschiedlich geregelt haben. Damit bestätigt sich, dass die Gestaltung der Umsetzung kantonsspezifisch erfolgt und interkantonal kaum koordiniert ist.

Das Gesetz sieht vor, dass die Kantone die Restfinanzierung regeln. Es zeigt sich, dass die Kantone und die Leistungserbringer Umsetzungsschwierigkeiten in diesem Bereich haben.

Insbesondere die ambulanten Leistungserbringer würden es begrüßen, wenn Bundesrat und Parlament die Frage einer einheitlichen Regelung der Restfinanzierung prüfen könnten. Die Rechtsprechung und die Stellungnahmen des Bundesrates zu parlamentarischen Vorstössen haben insofern eine Klärung gebracht, als die Restfinanzierung dem Betrag entspricht, welcher nicht durch die KVG-Beiträge und die Beteiligung der versicherten Person nach Artikel 25a Absatz 5 KVG gedeckt ist und dessen Regelung in der Zuständigkeit der Kantone und/oder Gemeinden liegt. Demnach obliegt es den Kantonen, in ihrer kantonalen Gesetzgebung festzulegen, ob bezüglich der Restfinanzierung der Kanton und/oder die Gemeinden zuständig sind.

In Bezug auf die Restfinanzierung ausserkantonomer Pflegeleistungen im Pflegeheim empfahl das BAG den Kantonen in seinem ersten Bericht den Abschluss interkantonomer Vereinbarungen. Inzwischen haben zwei Kantone eine Vereinbarung abgeschlossen. Die übrigen Kantone haben unterschiedliche Lösungen gewählt. Zudem ist zu den Unterschieden bei Pflegeheimaufenthalten anzumerken, dass die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung finanzierten Leistungen nur einen Teil des Aufenthalts ausmachen, der auch nicht KVG-pflichtige Leistungen (Betreuungs- und Hotellerieleistungen, Zusatzleistungen, andere Taxen) umfasst, bei denen die Kantone über Kompetenzen verfügen.

Die Verbände der Leistungserbringer der Pflege zu Hause oder im Pflegeheim wurden erstmals zur Pflegefinanzierung befragt. Als ihre Schwerpunkte erwiesen sich die Komplexität des Systems mit den kantonalen Unterschieden bei der Umsetzung, die unterschiedlichen Interpretationen durch die Leistungserbringer, die kantonalen Unterschiede bei der Finanzierung, die Schwierigkeiten der Leistungserbringer (insbesondere Pflegefachpersonen) bei der Rückerstattung der Restfinanzierung durch die Kantone und/oder Gemeinden, das Fehlen koordinierter interkantonomer Lösungen in Bezug auf die Restfinanzierungsregelung bei ausserkantonomer Leistungen, der administrative Mehraufwand sowie der Anstieg der Kostenbeteiligung und das schwierige Nachvollziehen für die Versicherten. Die Pflegefinanzierung ist namentlich im KVG und seinen Verordnungen vorgegeben. Die kantonalen Zuständigkeiten müssen wie bereits erwähnt in kantonalen Gesetzen/Ausführungsbestimmungen geregelt werden und könnten – bei ausserkantonomer Leistungen – Gegenstand interkantonomer Vereinbarungen sein. Sobald die kantonalen und interkantonomer Regeln festgelegt sind, sollten die Rechtssicherheit und die Transparenz der Ausführungsmodalitäten der Pflegefinanzierung gegenüber Versicherten, Leistungserbringern und Kantonen gewährleistet sein.

In Bezug auf die Akut- und Übergangspflege schliesslich sieht das Gesetz vor, dass diese Leistungen auf ärztliche Verordnung nach einem Spitalaufenthalt für eine maximale Dauer von 14 Tagen erbracht werden, wobei die Finanzierung auf Kanton (mindestens 55 %) und Versicherer aufgeteilt ist. Im Bericht 2012 hinterfragten einige Kantone die Relevanz dieser Leistungen insbesondere in Anbetracht der finanziellen Belastung der Versicherten. Seither ist festzustellen, dass diesbezüglich nur wenige Vereinbarungen abgeschlossen wurden.

Die Antworten der Kantone und der Leistungserbringer auf die Umfrage liefern Auskünfte betreffend der Umsetzung der Pflegefinanzierung. Ein Konzept zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist vom BAG drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes vorgesehen, was der Frist zur Anpassung der geltenden Tarife und Tarifverträge im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 13. Juni 2008 entspricht (31. Dezember 2013).

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT

3. Oktober 2013

**Anhänge:**

- A. Umfrage Kantone
- B. Antworten Kantone: Anhang B 1-10
- C. Umfrage Leistungserbringer (Pflegeheim, Pflege zu Hause): gemeinsame Fragen
- D. Antworten Leistungserbringer (Pflegeheim, Pflege zu Hause) auf gemeinsame Fragen: Anhang D 1-4
- E. Umfrage Leistungserbringer Pflege zu Hause
- F. Antworten Leistungserbringer Pflege zu Hause: Anhang F 1-5
- G. Umfrage Leistungserbringer Pflegeheim
- H. Antworten Leistungserbringer Pflegeheim (CURAVIVA): Anhang H
- I. Rechtsprechung des Bundesgerichtes (BG)

**Umfrage 2013 - SGK-N**

**PFLEGEFINANZIERUNG: FRAGEN AN DIE KANTONE**

**A. Restfinanzierung**

1. Haben Sie rechtliche Änderungen betreffend der Restfinanzierung in den Jahren 2012-2013 eingeführt?

- Nein
- Ja. Bitte geben Sie die rechtlichen Grundlagen und den Inhalt der Änderungen an:  
.....

2. Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung bei der ambulanten Pflege zu Hause?

- Der Restfinanzierungsbeitrag wird unabhängig von der Pflegekategorie (Abklärung, Beratung, Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung) bestimmt..
- Unterschiedliche Restfinanzierungsbeiträge je nach Pflegekategorie, bitte präzisieren:  
.....
- Anderer Unterschied, bitte präzisieren:  
.....
- Der Restfinanzierungsbeitrag wird unabhängig vom Einkommen des Versicherten bestimmt.
- Der Restfinanzierungsbeitrag wird unabhängig vom juristischen Status des Leistungserbringers bestimmt.

3. Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung beim Aufenthalt in einem Pflegeheim?

- Der Restfinanzierungsbeitrag wird unabhängig von der Pflegestufe, dem Einkommen des Versicherten und dem juristischen Status des Leistungserbringers bestimmt.
- Unterschiedliche Beträge bei der Restfinanzierung je nach Pflegestufe, bitte präzisieren:  
.....
- Anderer Unterschied, bitte präzisieren:  
.....

**B. Ausserkantonale Pflege**

4. Welche Rechtsgrundlagen gelten bei der ausserkantonalen Pflege zu Hause?

.....

5. Haben Sie bei der ausserkantonalen Pflege zu Hause Verträge mit anderen Kantonen vereinbart oder Koordinationsregelungen vorgesehen?

- Ja, bitte präzisieren: .....
- Nein, Kostenunterschiede gehen zu Lasten von:

.....  
6. Welche Rechtsgrundlagen gelten beim ausserkantonalen Aufenthalt im Pflegeheim?

.....  
7. Haben Sie beim ausserkantonalen Aufenthalt im Pflegeheim Verträge mit einem/mehreren Kantonen vereinbart oder Koordinationsregelungen vorgesehen?

- Ja, bitte präzisieren: .....
- Nein, bei Kostenunterschiede gehen diese zu Lasten von:
- .....

**C. Überwachung der Kostenrechnung in Pflegeheimen**

8. Müssen die Pflegeheime dem Kanton die Kostenrechnung vorlegen?

.....

**D. Kriterien zur Festlegung der Höchstgrenze der Taxen**

9. Welches sind die entscheidenden Kriterien um die folgenden Taxen festzulegen:

- die Höchstgrenze der Taxen für Pflegeleistungen:  
.....
- die Höchstgrenze der Taxen für Betreuungsleitungen?  
.....
- der Höchstgrenze der Taxen für Hotellerieleistungen?  
.....

**E. Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten (Art. 25a Absicht 5 KVG)**

10. Sehen die Regelungen betreffend der Beteiligung der Versicherten unterschiedliche Beiträge je nach Einkommen vor?

Bei Pflegeheimen

- Nein
- Ja, bitte präzisieren:
- .....

Bei der ambulanten Pflege zu Hause

- Nein
- Ja, bitte präzisieren:
- .....

Vielen Dank für Ihre geschätzte Mitarbeit.

## Sondage cantons 2013

1. Avez-vous procédé à des modifications législatives en matière de financement résiduel en 2012-2013? <i>Haben Sie rechtliche Änderungen betreffend der Restfinanzierung in den Jahren 2012-2013 eingeführt?</i>		
	Non	Oui, veuillez préciser les références législatives et le contenu des dispositions modifiées : <i>Ja. Bitte geben Sie die rechtlichen Grundlagen und den Inhalt der Änderungen an:</i>
AG		<a href="https://gesetzessammlungen.ag.ch/frontend/versions/582">https://gesetzessammlungen.ag.ch/frontend/versions/582</a> (Pfleugesetz vom 26.06.2007, PflG) <a href="https://gesetzessammlungen.ag.ch/frontend/versions/1711">https://gesetzessammlungen.ag.ch/frontend/versions/1711</a> Pflegeverordnung vom 21.11.2012, PflV)
AI		Standeskommissionsbeschluss über die Pflegefinanzierung (800.011); Festlegung der normativ anrechenbaren Kosten
AR	X	
BE		Sozialhilfegesetz und Einführungsverordnung zum Ergänzungsleistungsgesetz. Inhalt. Lediglich Anpassung der Beiträge des Kantons für den stationären Bereich während der Übergangszeit(schrittweise Umsetzung und Reduktion der Beiträge der Versicherer bis 2014)
BL		Anpassung Normkosten, siehe <a href="http://www.baselland.ch/362-14-htm.314693.0.html">http://www.baselland.ch/362-14-htm.314693.0.html</a>
BS	X	
FR	X	
GE		Pour les EMS inscrit sur la liste LAMal, seul un arrêté du Conseil d'Etat daté du 21.12.2011 a été édicté. Celui-ci prévoit une contribution personnelle de l'assuré au coût des soins de F 8.- par jour, dès le 1 <sup>er</sup> juillet 2012. Pour les soins à domicile, des contrats de prestations ont été conclus avec trois entreprises dont une fondation de droit public. La contribution personnelle de l'assuré au coût des soins est fixée par arrêté du Conseil d'Etat du 23 juin 2010, à Fr. 8.- par jour dès l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal, pour les entreprises au bénéfice d'un contrat de prestations.
GL		<b>Art. 33b Abs. 1 Bst. c EG KVG</b> (GS VIII D/21/1): „Die Kosten für die stationären Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 KLV (...) werden finanziert durch: a. den, nach dem Pflegebedarf abgestuften Beitrag der Krankenversicherung pro Tag (Art. 7a Abs. 3 KLV); b. die Kostenbeteiligung der versicherten Person; c. die Wohngemeinde durch die Übernahme der Restkosten.“
GR	X	
JU		Pas de modifications des lois et ordonnances entrées en vigueur au 1.1.11 mais nouveaux arrêtés en 2012 et en 2013 fixant les montants maximums reconnus pour le financement des soins.
LU	X	
NE		Promulgation de la Loi sur le financement des EMS au 1.1.2013 (RSN 832.30) et nouveau règlement d'application (RSN 821.107); dans les faits pas de changement par rapport aux dispositions provisoires antérieures hormis l'introduction d'un plafonnement pour le versement du financement résiduel en cas de soins fournis hors canton
NW	X	

## Sondage cantons 2013

1. Avez-vous procédé à des modifications législatives en matière de financement résiduel en 2012-2013? <i>Haben Sie rechtliche Änderungen betreffend der Restfinanzierung in den Jahren 2012-2013 eingeführt?</i>		
OW	X	
SG		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 9 des Gesetzes über die Pflegefinanzierung (sGS 331.2; abgekürzt PFG <a href="http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.2.html">http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.2.html</a> ) wurde per 1. Januar 2013 geändert und lautet nun wie folgt:</li> <li>- Art. 9 Es tragen die verbleibenden Pflegekosten:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Kanton zu 40 Prozent;</li> <li>b) die politischen Gemeinden zu 60 Prozent.</li> </ul>               (Bis 31. Dezember 2012 trugen der Kanton von den verbleibenden Pflegekosten zwei Drittel und die politischen Gemeinden einen Drittel.)             </li> <li>- Im Zusammenhang mit Anpassungen beim innerkantonalen Finanzausgleich ist vorgesehen, dass ab dem 1. Januar 2014 die politischen Gemeinden die verbleibenden Pflegekosten zu 100 Prozent tragen. Zudem sind weitere kleinere Anpassungen bezüglich der Umsetzung der Pflegefinanzierung vorgesehen. Die entsprechende Vorlage ist derzeit in der Vernehmlassung. Die Vernehmlassungsunterlagen sind zu finden unter: <a href="http://www.sg.ch/home/staat_recht/staat/Kantonale_Vernehmlassungen/ii--nachtrag-zum-finanzausgleichsgesetz-und-ii--nachtrag-zum-ges/_jcr_content/Par/downloadlist/DownloadListPar/download_0.ocFile/Bericht%20und%20Entw%C3%BCfe_II%20%20NT%20FAG_PFG_Anpassungen%20aus%20RR.pdf">http://www.sg.ch/home/staat_recht/staat/Kantonale_Vernehmlassungen/ii--nachtrag-zum-finanzausgleichsgesetz-und-ii--nachtrag-zum-ges/_jcr_content/Par/downloadlist/DownloadListPar/download_0.ocFile/Bericht%20und%20Entw%C3%BCfe_II%20%20NT%20FAG_PFG_Anpassungen%20aus%20RR.pdf</a></li> </ul>
SH		§ 29a AbPV, (SHR 813.501, <a href="http://rechtsbuch.sh.ch/default.htm">http://rechtsbuch.sh.ch/default.htm</a> ) Neue Restkosten-Sätze für Heime; Vollkosten-Basis Fr. 66/Std.
SO		Sozialgesetz vom 31. Januar 2007 (SG; BGS 831.1) §§ 144 <sup>bis</sup> , <sup>ter</sup> und <sup>quater</sup> ...Regelung der Finanzierung der häuslichen Pflege; Regelung der Restfinanzierung der Pflegeleistungen für die stationäre Pflege; Festlegung der Finanzierungsanteile
SZ		Anpassungen im 2013 geplant (Pflegefinanzierungsverordnung, SRSZ 361.511 und Gesetz über soziale Einrichtungen SEG, SRSZ 380.300 §19a)
TG	X	
TI		6.4.5.1.1. Regolamento d'applicazione della Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (del 22 agosto 2012) 6.4.5.5.1 Regolamento d'applicazione della Legge sull'assistenza e cura a domicilio (del 22 agosto 2012)
UR	X	
VD	X	
VS	X	
ZG	X	
ZH		Im Rahmen der Entflechtung der Spital- und Pflegeheimfinanzierung wurde das Pflegegesetz (Loseblattsammlung Kt. ZH: LS 855.1) per 1.1.2012 dahingehend geändert, dass die Restfinanzierung der Pflegekosten ausschliesslich von den Gemeinden übernommen wird.

Sondage cantons 2013

2. Quelles sont les modalités du financement résiduel en cas de soins à domicile ? <i>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung bei der ambulanten Pflege zu Hause?</i>				
	Différence de montant selon la catégorie de soins	Autre différence de montant	Part du financement résiduel fixée indépendante du	
			revenu des assurés	statut juridique du FP
<b>AG</b>	Siehe Anhang 3 PflV	siehe Anhang 3 PflV	X	X
<b>AI</b>		<i>Art. 2 lit. b Standeskommissionsbeschluss über die Pflegefinanzierung:</i> Keine Anteil Kanton		
<b>AR</b>	Durchschnittl. kant. Vollkosten % Versicherungsleistungen %Betrag den Versicherten		X	
<b>BE</b>				
<b>BL</b>	<a href="http://www.baselland.ch/362-14-htm.314693.0.html">siehe http://www.baselland.ch/362-14-htm.314693.0.html</a>		X	X
<b>BS</b>	<u>Erste Stunde:</u> Bedarfsabklärung Fr. 8.20, Beh.pflege: Fr. 16.60, Grundpflege: Fr. 17.40 <u>Ab 2. Stunde:</u> Bedarfsabklärung Fr. 0.20, Beh.pflege: Fr. 14.60, Grundpflege: Fr. 15.40 (vgl. auch Beilage „Normkosten Spitex 2013“)	Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch Spitexanbieter, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit, für Spezialleistungen und zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit kann der Regierungsrat höhere Normkosten (und somit höhere Restfinanzierungskosten) anerkennen.	X	X
<b>FR</b>		coûts des soins = tarifs OPAS (depuis 2011) pas de coût résiduel des soins. Si coûts devenaient supérieurs aux tarifs OPAS, alors tout à charge du canton et des communes, rien à charge du patient		



Sondage cantons 2013

2. Quelles sont les modalités du financement résiduel en cas de soins à domicile ? <i>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung bei der ambulanten Pflege zu Hause?</i>				
	Différence de montant selon la catégorie de soins	Autre différence de montant	Part du financement résiduel fixée indépendante du	
			revenu des assurés	statut juridique du FP
GE		<p>En vertu du droit cantonal, le financement résiduel est pris en charge dans les institutions reconnues d'utilité publique qui sont au bénéfice d'un contrat de prestations et à ce titre subventionnée. C'est le cas de trois entreprises : la fondation de droit publique "Institution Genevoise de Maintien à Domicile" (IMAD), SITEX SA (l'hôpital à domicile), la Coopérative de soins infirmiers (CSI).</p> <p>Le financement résiduel du nouveau financement des soins est incorporé directement dans l'indemnité que l'Etat verse aux institutions subventionnées dans le cadre du contrat susmentionné.</p> <p>La participation personnelle de base au financement des soins délivré par des entreprises subventionnées est la même pour tous, mais elle est réduite pour les personnes ayant droit à des aides individuelles en fonction du revenu déterminant unifié (RDU).</p>	X	X

2. Quelles sont les modalités du financement résiduel en cas de soins à domicile ? <i>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung bei der ambulanten Pflege zu Hause?</i>				
	Différence de montant selon la catégorie de soins	Autre différence de montant	Part du financement résiduel fixée indépendante du	
			revenu des assurés	statut juridique du FP
GL		<p><b>Art. 33a Abs. 2 EG KVG (GS VIII D/21/1)</b>  <sup>2</sup> Als Pflorgetaxen sind im stationären Bereich Tagesstarife und für den ambulanten Bereich Stundentarife zu verwenden.            In Verbindung mit Art. 4 Abs. 3 sowie 10 Abs. 1 u. 4 sowie Art. 11 Abs. 2 der Verordnung über die ambulante, spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege (GS VIII A/1/3)</p> <p><b>Art. 4 Abs. 3</b>  <sup>3</sup> Die zur Gewährleistung der Versorgung erforderlichen gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Art. 2 Abs. 2 Bst. c), die einer spezifischen Infrastruktur bedürfen oder fachlichen und zeitlichen Verfügbarkeits- oder Qualitätskriterien zu genügen haben, sind in einer Leistungsvereinbarung zu bestimmen.            Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten insbesondere:            a. Bereitstellung der Infrastruktur, welche die spitalexterne Grundversorgung im gesamten Versorgungsgebiet ermöglicht;            b. Verfügbarkeit;            c. Führung, Administration, Aus- und Weiterbildung;            d. Gesundheitsvorsorge im Rahmen der individuellen ärztlichen Anordnung.</p> <p><b>Art. 10 Abs. 1 u. 4</b>  <sup>1</sup> Die Abgeltung der pflegerischen Leistungen (Art. 2 Abs. 2 Bst. a) richtet sich nach den Bestimmungen über die Pflegefinanzierung (Art. 33c und 33d EG KVG).  <sup>4</sup> Die Gemeinden entrichten die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Art. 2 Abs. 2 Bst. c) nach Massgabe der Leistungsvereinbarung.</p>	X	X

Sondage cantons 2013

<b>2. Quelles sont les modalités du financement résiduel en cas de soins à domicile ?</b>				
<i>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung bei der ambulanten Pflege zu Hause?</i>				
	Différence de montant selon la catégorie de soins	Autre différence de montant	Part du financement résiduel fixée indépendante du	
			revenu des assurés	statut juridique du FP
<b>GR</b>			X	X
<b>JU</b>	Art. 7, al.2 OPAS par heure de soins: let a : 23.40 (100%=103.20) ; let b : 21.80 (100%=87.20) ; let. C : 16.20 (100%=70.80). Financement résiduel entièrement à la charge du canton, pas de participation des usagers.		X	X
<b>LU</b>	Jeder Leistungserbringer berechnet die Vollkosten je Pflegekategorie		X	X
<b>NE</b>	OPAS a : Fr. 27.10 OPAS b : Fr. 27.30 OPAS c : Fr. 23.00 tarifs applicables aux services appliquant la Convention collective de travail de travail CCT Santé 21 ainsi qu'aux infirmières et infirmiers indépendants;	les services n'appliquant pas la CCT n'ont pas revendiqué de financement résiduel	X	X
<b>NW</b>	wir unterscheiden 3 Pflegekategorien (Abklärung/Beratung, Behandlungspflege, Grundpflege		X	X
<b>OW</b>	??	??	X	X

Sondage cantons 2013

2. Quelles sont les modalités du financement résiduel en cas de soins à domicile ? <i>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung bei der ambulanten Pflege zu Hause?</i>				
	Différence de montant selon la catégorie de soins	Autre différence de montant	Part du financement résiduel fixée indépendante du	
			revenu des assurés	statut juridique du FP
<b>SG</b>	<p>Art. 11 Verordnung über die Pflegefinanzierung (sGS 331.21; VPF)  <a href="http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.21.html">http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.21.html</a></p> <p>Abklärung und Beratung: 101.10 Franken je Pflegestunde            Untersuchung und Behandlung: 82.85 Franken je Pflegestunde            Grundpflege: 69.15 Franken je Pflegestunde</p>			
<b>SH</b>		<p>Spitex-Organisationen <u>mit</u> Leistungsauftrag erhalten mind. 40% der Personalkosten sowie eine Defizitdeckung Art. 10 Abs. 3 und Art. 10b Abs. 5 AbPG (SHR 813.500).            Spitex-Org. <u>ohne</u> LA erhalten Fr. 9.60/KLV-Std. Restkostenfinanzierung § 38a AbPV (SHR 813.501)</p>	X	X
<b>SO</b>		keine, da mit dem Beitrag der Krankenversicherer und der Patientenbeteiligung die Pflegekosten gedeckt sind (§ 144 <sup>bis</sup> Abs. 2 SG)		
<b>SZ</b>	<p>siehe SRSZ 361.511 §§17, 18 sowie <a href="http://www.sz.ch/pflegefinanzierung">www.sz.ch/pflegefinanzierung</a>            ambulante Krankenpflege, Merkblatt 10</p>	dito	X	X

Sondage cantons 2013

<b>2. Quelles sont les modalités du financement résiduel en cas de soins à domicile ?</b>				
<b>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung bei der ambulanten Pflege zu Hause?</b>				
	Différence de montant selon la catégorie de soins	Autre différence de montant	Part du financement résiduel fixée indépendante du	
			revenu des assurés	statut juridique du FP
<b>TG</b>	In einer Übergangsfrist gemäss den Tarifvereinbarungen mit den Verbänden (SBK, Spitex Verband, Spitex privée), anschliessend aufgrund der Kostenträgerrechnungen gemäss Finanzmanual des Spitex Verbandes Schweiz von der Wohngemeinde an die Leistungserbringer.		X	X
<b>TI</b>	Secondo le tre categorie : 1) consigli e istruzioni ; 2) esami e cure ; 3) cure di base.	secondo le categorie professionali che erogano le prestazioni (infermiere, operatrici socio-sanitarie, assistenti di cura, ausiliarie di cura)	X	X
<b>UR</b>			X	X

Sondage cantons 2013

2. Quelles sont les modalités du financement résiduel en cas de soins à domicile ? <i>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung bei der ambulanten Pflege zu Hause?</i>				
	Différence de montant selon la catégorie de soins	Autre différence de montant	Part du financement résiduel fixée indépendante du	
			revenu des assurés	statut juridique du FP
<b>VD</b>	<p><u>OSAD privées:</u>            Evaluation/conseil:            CHF 35.90            Examens/traitements: CHF 29.45            Soins de base:            CHF 24.60  <u>infirmiers/ères à domicile :</u>            Evaluation/conseil:            CHF 30.20            Examens/traitements: CHF 24.60            Soins de base:            CHF 15.40  <u>CMS (publiques):</u>            financement résiduel compris dans la subvention canton/commune qui inclus aussi les tâches d'intérêt général.            Participation assuré = 0</p>	<p><u>OSAD de type I</u> (dispensent leurs prestations sur une aire géographique délimitée par au moins l'entier d'un réseau de soins) – financement résiduel énoncé ci-dessus  <u>OSAD de type II</u> (celles qui n'entrent pas dans la catégorie I) – financement résiduel = 0  <u>OSAD intervenant dans des SSJN</u> – de CHF 1.65 par jour (niveau soins requis : 0-20 minutes) à CHF 44.85 par jour (niveau de soins requis : plus de 220 minutes) – participation des assurés = CHF 10.80 par jour</p>	X	
<b>VS</b>	<p><i>frs 30.20 évaluations et conseils,            frs 29.60 examens et traitements et            frs 15.40 soins de base (pour les CMS par heure).</i></p>			
<b>ZG</b>	Gemäss Pflegebedarfstufe KLV		X	X

Sondage cantons 2013

2. Quelles sont les modalités du financement résiduel en cas de soins à domicile ? <i>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung bei der ambulanten Pflege zu Hause?</i>				
	Différence de montant selon la catégorie de soins	Autre différence de montant	Part du financement résiduel fixée indépendante du	
			revenu des assurés	statut juridique du FP
<b>ZH</b>	Differenzierung nach den Leistungsbereichen gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV (§ 17 Abs. 3 Ingress Pflegegesetz)	Es wird zudem zwischen folgenden Leistungserbringern unterschieden (§ 17 Abs. 3 Pflegegesetz): a. von der Gemeinde betriebene oder beauftragte Spitex-Institutionen b. andere nach KVG zugelassene Spitex-Institutionen c. selbständig tätige Pflegefachpersonen	X	

## Sondage cantons 2013

<b>3. Quelles sont les modalités du financement résiduel dans les EMS ? Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung beim Aufenthalt in einem Pflegeheim?</b>			
	<b>Aucune différence en fonction du revenu et du status juridique</b>	<b>Différence en fonction du niveau de soin</b>	<b>Autres différences</b>
<b>AG</b>		Siehe Anhang 2 PflV	Siehe Anhang 2 PflV
<b>AI</b>		<p><i>Art. 2 lit. c Standeskommissionsbeschluss über die Pflegefinanzierung</i> : Kanton Anteil</p> <p>Stufen 1-2: Fr. 0.--,            Stufe 3: Fr. 5.40,            Stufe 4: Fr. 18.00,            Stufe 5: Fr. 30.60,            Stufe 6: Fr. 43.20,            Stufe 7: Fr. 55.80            Stufe 8: Fr. 68.40            Stufe 9: Fr. 81.00            Stufe 10: Fr. 93.60,            Stufe 11: Fr. 106.20            Stufe 12: Fr. 118.80</p>	
<b>AR</b>		<p>Gemeinde :</p> <p>Stufen 1-3: Fr. 0.--,            Stufe 4: Fr. 6.10,            Stufe 5: Fr. 20.75            Stufe 6: Fr. 34.15            Stufe 7: Fr. 47.65            Stufe 8: Fr. 61.05            Stufe 9: Fr. 73.50            Stufe 10: Fr. 86.95            Stufe 11: Fr. 100.35            Stufe 12: Fr. 112.80</p>	
<b>BE</b>		Die ersten CHF 21.60 werden den Bewohnenden belastet, ab Pflegestufe 3 finanziert der Kanton einen linear ansteigenden Betrag pro Pflegestufe mit. Siehe Beilage „Informationsschreiben zur Pflegefinanzierung“	
<b>BL</b>		Différences non précisées	



## Sondage cantons 2013

3. Quelles sont les modalités du financement résiduel dans les EMS ? <i>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung beim Aufenthalt in einem Pflegeheim?</i>			
	Aucune différence en fonction du revenu et du status juridique	Différence en fonction du niveau de soin	Autres différences
<b>BS</b>		<p>Stufen 1-4: Fr. 0.--,            Stufe 5: Fr. 5.40,            Stufe 6: Fr. 12.40,            Stufe 7: Fr. 19.40,            Stufe 8: Fr. 26.40,            Stufe 9: Fr. 33.40,            Stufe 10: Fr. 40.40,            Stufe 11: Fr. 47.40,            Stufe 12: Fr. 54.40 (diese Ansätze kommen zur Zeit nicht zur Anwendung. Vgl. nächster Punkt)</p>	<p>Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Pflegeheime, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit und für Spezialleistungen kann der Regierungsrat höhere Normkosten anerkennen.</p> <p>Dies gilt momentan für sämtliche Pflegeheime im Kanton Basel-Stadt, da sämtliche Institutionen dem Rahmenvertrag für Pflegeheime zwischen dem Pflegeheimverband Basel-Stadt sowie dem Gesundheitsdepartement beigetreten sind.</p> <p><u>Für 2013:</u>            Stufen 1+2: Fr. 0.--, Stufe 3: Fr. 3.70, Stufe 4: Fr. 15.70, Stufe 5: Fr. 27.60, Stufe 6: Fr. 39.50, Stufe 7: Fr. 51.50, Stufe 8: Fr. 63.30, Stufe 9: Fr. 75.30, Stufe 10: Fr. 87.30, Stufe 11: Fr. 99.20, Stufe 12: Fr. 111.20 (vgl. auch Beilage „Pflegeheimtarife 2013“).</p>
<b>FR</b>		<p>Le coût des soins diffère d'un EMS à l'autre. La participation des résidents correspond au 20% du tarif payé par les assureurs par niveau de soins. Dès lors, le coût résiduel des soins à charge des pouvoirs publics diffère aussi en fonction du niveau de soins.</p>	?

## Sondage cantons 2013

<b>3. Quelles sont les modalités du financement résiduel dans les EMS ?</b> <i>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung beim Aufenthalt in einem Pflegeheim?</i>			
	<b>Aucune différence en fonction du revenu et du status juridique</b>	<b>Différence en fonction du niveau de soin</b>	<b>Autres différences</b>
<b>GE</b>	participation de l'assuré au coût des soins : FR 8.- par jour, quel que soit son niveau de soins et son revenu (s'il est au bénéfice des prestations complémentaires, ce forfait de F 8.- est pris en compte par l'Etat dans le cadre du calcul de son droit aux prestations sous la rubrique des frais médicaux, dont le plafond a été augmenté en conséquence de F 6'000.- à F 9'000.- par année).		
<b>GL</b>	X		
<b>GR</b>		<i>Maximaltarife 2013</i> Stufen 1-3: Fr. 0.--, Stufe 4: Fr. 7.20, Stufe 5: Fr. 14.80 Stufe 6: Fr. 22.50 Stufe 7: Fr. 30.10 Stufe 8: Fr. 37.80 Stufe 9: Fr. 45.40 Stufe 10: Fr. 53.10 Stufe 11: Fr. 60.70 Stufe 12: Fr. 68.40 Stufe 13: Fr. 97.20 Stufe 14: Fr.140.40 Stufe 15: Fr. 183.60 Stufe 16: Fr. 226.80	

## Sondage cantons 2013

<b>3. Quelles sont les modalités du financement résiduel dans les EMS ?</b> <i>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung beim Aufenthalt in einem Pflegeheim?</i>			
	<b>Aucune différence en fonction du revenu et du status juridique</b>	<b>Différence en fonction du niveau de soin</b>	<b>Autres différences</b>
<b>JU</b>		Montants maximums reconnus pour les 12 catégories de soins selon OPAS avec participation de l'utilisateur jusqu'à 21.60 puis participation du canton. Différenciation entre EMS « standards » et UVP (=EMS spécialisés en psychogériatrie). Max catégorie 12 en 2013 : EMS = 162.10 ; UVP = 201.50. Les montants maximums ont été revus à la hausse en 2012 et en 2013	
<b>LU</b>		Analog Spitex : Jeder Leistungserbringer berechnet die Vollkosten je Pflegekategorie	
<b>NE</b>		le financement résiduel varie en fonction de 16 niveaux de soins (15 degrés de 20 minutes + financement à la minute de soins dans le dernier niveau > 300.1 minute)	Trois tarifs différents en fonction des conditions de travail appliquées (CCT Santé 21; CGT d'association; sans CGT)
<b>NW</b>		wir führen 12 Stufen nach RAI oder BESA	
<b>OW</b>		Jedes Pflegeheim hat unterschiedliche Tarife und somit unterschiedliche Restfinanzierung	

## Sondage cantons 2013

3. Quelles sont les modalités du financement résiduel dans les EMS ? <i>Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung beim Aufenthalt in einem Pflegeheim?</i>			
	Aucune différence en fonction du revenu et du status juridique	Différence en fonction du niveau de soin	Autres différences
SG		<p>Restfinanzierung durch die öffentliche Hand = vom Heim verrechnete Pflegekosten – Anteil Krankenversicherung – Selbstbehalt der Bewohnerin / des Bewohners (maximal Fr. 21.60 / Tag)</p> <p>Im Kanton St.Gallen gilt für die Pflegekosten das Modell der Höchstansätze, d. h. die Regierung legt je Pflegestufe fest, welchen Höchstbetrag ein Heim pro Tag für die Pflege maximal in Rechnung stellen darf. Die Höchstansätze sind in der VPF festgelegt:  <a href="http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.21.html">http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.21.html</a>            (Art. 2).</p> <p>Berechnungsbeispiele und erläuternde Informationen zu den Modalitäten der Restfinanzierung im Pflegeheim sind zu finden unter:  <a href="http://www.soziales.sg.ch/home/alter/betagt_en-_und_pflegeheime/finanzierung/informationen_fuerbewohnendeangehoerige/_jcr_content/Par/downloadlist_0/DownloadListPar/download_0.ocFile/SVA%20Brosch%C3%BCre%20Pflegefiananzierung%20f%C3%BCr%20Personen%20in%20station%C3%A4rer%20Langzeitpflege.pdf">http://www.soziales.sg.ch/home/alter/betagt_en-_und_pflegeheime/finanzierung/informationen_fuerbewohnendeangehoerige/_jcr_content/Par/downloadlist_0/DownloadListPar/download_0.ocFile/SVA%20Brosch%C3%BCre%20Pflegefiananzierung%20f%C3%BCr%20Personen%20in%20station%C3%A4rer%20Langzeitpflege.pdf</a> und  <a href="http://www.soziales.sg.ch/home/alter/betagt_en-_und_pflegeheime/finanzierung/informationen_fuerbewohnendeangehoerige/_jcr_content/Par/downloadlist_0/DownloadListPar/download_0.ocFile/Brosch%C3%BCre%20C2%ABNeue%20Finanzierung%20der%20Pflgekosten%C2%BB.pdf">http://www.soziales.sg.ch/home/alter/betagt_en-_und_pflegeheime/finanzierung/informationen_fuerbewohnendeangehoerige/_jcr_content/Par/downloadlist_0/DownloadListPar/download_0.ocFile/Brosch%C3%BCre%20C2%ABNeue%20Finanzierung%20der%20Pflgekosten%C2%BB.pdf</a></p>	
SH		§ 29 a AbPV - (Siehe oben Punkt 1): Fr. 66 / Vollkosten je Pflegestunde	
SO		Beiträge der öffentlichen Hand analog Ansätzen des Beitrages der Krankenversicherer pro Stufe	
SZ	X		

## Sondage cantons 2013

<b>3. Quelles sont les modalités du financement résiduel dans les EMS ? Welches sind die Modalitäten der Restfinanzierung beim Aufenthalt in einem Pflegeheim?</b>			
	<b>Aucune différence en fonction du revenu et du status juridique</b>	<b>Différence en fonction du niveau de soin</b>	<b>Autres différences</b>
<b>TG</b>		Augrund der Kostenträgerrechnungen der Pflegeheime im Kanton gemäss Handbuch Curaviva Schweiz werden die durchschnittlichen Vollkosten pro Pflegeminute berechnet und daraus die Beiträge in den 12 Pflegestufen gemäss VKL ermittelt. Von diesen anrechenbaren Pflegekosten werden die Beiträge der Versicherer und der Eigenanteil abgezogen, es resultiert der Normkostenbeitrag pro Pflegestufe	
<b>TI</b>		Secondo i 12 gradi di dipendenza stabiliti con il sistema RAI-GUG's	
<b>UR</b>	X		
<b>VD</b>		de CHF 1.65 par jour (niveau de soins requis : 0-20 minutes) à CHF 44.85 par jour (niveau de soins requis : plus de 220 minutes)	Participation des assurés : CHF 10.80 par jour pour tous les niveaux de soins requis
<b>VS</b>		Forfait par niveau de soins fixé annuellement	
<b>ZG</b>		Gemäss Pflegebedarfsstufe KLV	
<b>ZH</b>	Keine Unterscheidung nach Einkommen des Versicherten und juristischem Status des Leistungserbringers	Unterschiedliche Beiträge differenziert nach den Pflegebedarfsstufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV.	

4.	<b>Quelles sont les règles appliquées en cas de <u>soins à domicile hors canton</u>?</b> <b>Welche Rechtsgrundlagen gelten bei der <u>ausserkantonalen Pflege zu Hause</u>?</b>
<b>AG</b>	<p>§12a Finanzierung der Pflege zu Hause, Grundsatz</p> <p><sup>1</sup> Die Gemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person trägt die nicht von der Krankenversicherung und nicht von der anspruchsberechtigten Person gedeckten Kosten der Pflege zu Hause (Restkosten).</p> <p><sup>2</sup> An den Kosten der Pflege zu Hause beteiligt sich die anspruchsberechtigte Person im Umfang von 20 % pro rata temporis. Als Maximalbeitrag gilt der Höchstbetrag gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG.</p> <p>§12 c PflG Leistungserbringer ohne Leistungsvereinbarung</p> <p><sup>1</sup> Die Gemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person leistet einen Pauschalbetrag an die Restkosten eines Leistungserbringers gemäss § 12 Abs. 1 lit. a und c ohne Leistungsvereinbarung.</p> <p><sup>2</sup> Sie trägt zudem</p> <p>a) auf Antrag des Leistungserbringers mit Leistungsvereinbarung den vertraglich oder behördlich festgelegten Tarif gemäss § 12b Abs. 2 und 3, wenn die Pflege zu Hause wegen Kapazitätsmangel vorübergehend nicht von einem Leistungserbringer mit Leistungsvereinbarung erbracht werden kann,</p> <p>b) nach vorgängiger Kostengutsprache einen Pauschalbetrag an die Restkosten eines Leistungserbringers am Aufenthaltsort.</p> <p><sup>3</sup> Der Pauschalbetrag gemäss Absatz 1 und Absatz 2 lit. b bestimmt sich nach den vom Regierungsrat im Rahmen einer kantonalen Tarifordnung festgelegten Normkosten, die sich an den Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung orientieren.</p>
<b>AI</b>	Keine Kostenübernahme
<b>AR</b>	<p>Vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung:</p> <p>Art. 3 Leistungserbringer</p> <p><sup>2</sup> Erbringen ausserkantonale Leistungserbringer Pflegeleistungen sowie Leistungen der Akut- und Übergangspflege für versicherte Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden, werden für die Finanzierung höchstens die für die Leistungserbringer in Appenzell Ausserrhoden geltenden Kostenansätze angewendet</p>
<b>BE</b>	Die Restfinanzierung für ausserkantonale Aufenthalte erfolgt nach den gleichen Regeln wie für Pflege im Kanton
<b>BL</b>	<p>§ 15b Abs. 2 lit. c EG KVG, <a href="http://www.baselland.ch/362-0-htm.295769.0.html">http://www.baselland.ch/362-0-htm.295769.0.html</a></p> <p>§ 15 b Finanzierte Leistungen</p> <p><sup>1</sup> Die Beiträge der Gemeinde nach § 15a erstrecken sich auf ambulante und stationäre Pflegeleistungen, welche zur Deckung des Bedarfs der Bevölkerung erforderlich sind.</p> <p><sup>2</sup> Die Gemeinde finanziert die Pflegeleistungen von:</p> <p>a. Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen, mit welchen die Gemeinde eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen hat oder die im Einzelfall mit Einwilligung der Gemeinde beigezogen wurden;</p> <p>b. Pflegeheimen und Spitälern, die auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt sind;</p> <p>c. anderen Pflegeheimen und Spitälern, jedoch höchstens mit demjenigen Betrag, den die Gemeinde bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim oder Spital, welches auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt ist, ausrichten würde.</p>
<b>BS</b>	Krankenversicherungsgesetz
<b>FR</b>	<p>pas de base légale spécifique</p> <p>Malgré l'absence de coûts résiduels à FR, en principe prise en charge des coûts résiduels des soins hors canton</p>

4. Quelles sont les règles appliquées en cas de <u>soins à domicile hors canton</u> ? <i>Welche Rechtsgrundlagen gelten bei der <u>ausserkantonalen Pflege zu Hause</u>?</i>	
<b>GE</b>	<p>Les soins à domicile hors canton n'ont pas fait l'objet d'une réglementation par Genève pour les soins prodigués par le canton aux confédérés domiciliés ailleurs en Suisse et en résidence temporaire à Genève. Comme le financement résiduel est intégré à la subvention, les personnes en résidence temporaire, nouvellement installées à Genève, ou résident ancien, en bénéficient de la même manière. Les tarifs genevois sont facturés indépendamment du canton d'origine.</p> <p>Le canton de Genève n'entre pas en matière pour le paiement de la part résiduelle des soins facturé par les autres cantons, tout comme il n'adresse pas de factures aux cantons desquels sont issus des résidents séjournant temporairement à Genève ou y établissant leur domicile.</p> <p>La participation de l'assuré au coût des soins est de Fr. 8 par jour (10% du montant maximum fédéral). Elle est réduite en fonction du niveau de revenu pour les personnes présentant l'attestation du RDU, selon <i>l'arrêté du Conseil d'Etat du 23 juin 2010</i>. Cela implique le paiement des impôts à Genève.</p>
<b>GL</b>	<p>Gemäss <i>Art. 33c EG KVG</i> werden die Pflegekosten wie nachfolgend finanziert, wenn die Organisation gemäss <i>Art. 51 KVV</i> über einen Leistungsauftrag der Wohngemeinde verfügt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>den Beitrag der Krankenversicherer (<i>Art. 7a Abs. 1 KLV</i>)</li> <li>die Kostenbeteiligung der Patienten</li> </ol> <p>Gemäss <i>Abs. 4</i> gelten obige Finanzierungsanteile (gemäss <i>Bst. a-c</i>) für ambulante Leistungserbringer gemäss den <i>Artikeln 49 oder 51 KVV</i>, die über eine Bewilligung gemäss den <i>Artikeln 23 oder 25 des Gesetzes über das Gesundheitswesen</i> des Kantons Glarus verfügen und mit denen die Gemeinde einen Vertrag abgeschlossen hat, sinngemäss.</p> <p>Folgedessen werden von der Wohngemeinde keine Restkosten für ambulante Pflege zu Hause (ausserkantonal) übernommen, wenn die Leistungserbringer keine Betriebs- oder Berufsausübungsbewilligung des Kantons Glarus vorweisen können und über keinen Vertrag mit der Wohngemeinde verfügen.</p>
<b>GR</b>	wie für die innerkantonale Pflege und Betreuung zu Hause, ( <i>Krankenpflegegesetz Art. 31 – Art. 31d</i> )
<b>JU</b>	Pris en charge par le canton du financement résiduel mais au maximum les montants reconnus dans le canton de domicile. Remboursement sur la base des justificatifs attestant de la prise en charges des soins par la LAMal.
<b>LU</b>	Grundsätzlicher Schuldner ist der Leistungsbezüger. Für ausserkantonale Patienten mit Leistungsbezug bei einem Luzernischen Leistungserbringer gilt die Vollkostenrechnung.
<b>NE</b>	Financement résiduel selon tarifs du canton où les soins sont fournis, mais au maximum à concurrence du tarif neuchâtelois le plus élevé pour la même prestation
<b>NW</b>	<p>Handhabung ist wie innerkantonale, nach <i>Art. 28e KkvG Interkantonale Verhältnisse</i></p> <p><i>1 Die Restkosten der Pflegeleistungen ausserkantonaler Leistungserbringer, die für versicherte Personen mit Wohnsitz im Kanton Nidwalden erbracht werden, berechnen sich gestützt auf die Pflēgetaxe des Kantons Nidwalden.</i></p> <p><i>2 Der Kanton kann gestützt auf interkantonale Vereinbarungen unter Vorbehalt der Genehmigung des Landrates die Restkosten der Pflegeleistungen für Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz übernehmen. Die Restkosten berechnen sich gestützt auf die Pflēgetaxe des Kantons Nidwalden.</i></p>
<b>OW</b>	Restfinanzierung max. analog Wohnkanton
<b>SG</b>	KVG, die ausserkantonalen Pflege ist nicht klar geregelt und führt immer wieder zu ungeklärten und schwierigen Situationen für die betroffenen Personen, da unterschiedliche Ansätze für die Restfinanzierung in den Kantonen gelten. Dieselbe Problematik besteht auch bei Aufhalten im Pflegeheim

<b>4. Quelles sont les règles appliquées en cas de <u>soins à domicile hors canton</u>? <i>Welche Rechtsgrundlagen gelten bei der <u>ausserkantonalen Pflege zu Hause</u>?</i></b>	
<b>SH</b>	Grundsätzlich gilt § 38a AbPV: es handelt sich um Organisationen <u>ohne</u> Leistungsauftrag, d.h. es werden höchstens Fr. 9.60/KLV-Stunde Restkosten finanziert; Ausnahme: externer Aufenthalt geschieht mit Zustimmung der öff. Spitex bzw. Gemeinde = dann ist die Kostenübernahme zu den ausserkantonalen Tarifen der externen Organisation möglich. Gem. Art. §10a AbPG kann die Patientenbeteiligung mit Fr. 15.95/Tag abgerechnet werden.
<b>SO</b>	keine explizite Regelung im Sozialgesetz, da keine Restfinanzierung notwendig
<b>SZ</b>	<i>SRSZ 361.511 §18 (ausserkantonale Leistungserbringer gelten als Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag</i> <sup>1</sup> <i>Für Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag einer Gemeinde legt das Amt für Gesundheit und Soziales anrechenbare Höchsttaxen nach Art der Leistungserbringung fest und teilt diese den Gemeinden mit.</i> <sup>2</sup> <i>Als anrechenbare Kosten für die Berechnung der Höchsttaxen gelten die Vollkosten, zu welchen bei wirtschaftlicher Leistungserbringung die Pflegeleistungen erbracht werden können.</i> <sup>3</sup> <i>Nach Abzug der Beiträge der Krankenpflegeversicherung und der versicherten Person übernimmt die Wohnsitzgemeinde der behandelten Person die anerkannten und ausgewiesenen Restkosten. Der Anspruch ist vierteljährlich geltend zu machen.</i>
<b>TG</b>	Restkostenbeiträge gemäss Kostenträgerrechnung des Leistungserbringers bis zum Tarif der Spitex, welche einen Leistungsauftrag der Gemeinde hat.
<b>TI</b>	Nessun finanziamento.
<b>UR</b>	Gesetz über die Langzeitpflege, Artikel 20 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme <sup>1</sup> <i>Die pflegebedürftige Person kann für die ambulante Pflege unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Bei ausserkantonalen Leistungserbringern übernimmt der Kanton die ungedeckten Pflegekosten höchstens nach dem Tarif, der für die entsprechende Pflegeleistung innerhalb des Kantons gilt.</i>
<b>VD</b>	Aucun dispositif. Le Canton de Vaud ne paie pas le financement résiduel aux organisations des soins à domicile hors du Canton de Vaud. Réciproquement, les OSAD vaudoises ne facturent pas le financement résiduel au canton de domicile pour des assurés résidant dans un autre canton. Les cas sont rares
<b>VS</b>	Financement selon bases légales du canton de domicile
<b>ZG</b>	§ 12 ff. der Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege (BGS 826.111)
<b>ZH</b>	§ 15 Abs. 2 und 3 Pflegegesetz



Sondage cantons 2013

5. Avez-vous conclu des accords avec un/des cantons ou avez-vous prévu des règles de coordination en cas de <u>soins à domicile hors canton</u> ?		
<i>Haben Sie bei der <u>ausserkantonalen Pflege zu Hause</u> Verträge mit anderen Kantonen vereinbart oder Koordinationsregelungen vorgesehen?</i>		
Cantons	Oui	Non, en cas de différences de coûts ceux-ci sont à la charge de : <i>Nein, bei Kostenunterschiede gehen diese zu Lasten von:</i>
AG		<p>Kostenunterschiede gehen zu Lasten von:  §12c PflG, Leistungserbringer ohne Leistungsvereinbarung  <sup>1</sup> Die Gemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person leistet einen Pauschalbetrag an die Restkosten eines Leistungserbringers gemäss § 12 Abs. 1 lit. a und c ohne Leistungsvereinbarung.  <sup>2</sup> Sie trägt zudem  a) auf Antrag des Leistungserbringers mit Leistungsvereinbarung den vertraglich oder behördlich festgelegten Tarif gemäss § 12b Abs. 2 und 3, wenn die Pflege zu Hause wegen Kapazitätsmangel vorübergehend nicht von einem Leistungserbringer mit Leistungsvereinbarung erbracht werden kann,  b) nach vorgängiger Kostengutsprache einen Pauschalbetrag an die Restkosten eines Leistungserbringers am Aufenthaltsort.  <sup>3</sup> Der Pauschalbetrag gemäss Absatz 1 und Absatz 2 lit. b bestimmt sich nach den vom Regierungsrat im Rahmen einer kantonalen Tarifordnung festgelegten Normkosten, die sich an den Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung orientieren.</p>
AI		Leistungsempfänger bzw. ausserkt. Leistungserbringer
AR		Versicherter Person/ Gemeinde (freiwillig)
BE		Leistungserbringer schliessen Leistungsverträge mit dem Kanton Bern ab. Aufgrund des Tarifschutzes müssten Kostenunterschiede zulasten der Leistungserbringer gehen. Ob dies der Fall ist, ist uns nicht bekannt.
BL		BewohnerIn resp. Ergänzungsleistungen
BS		Es wird im Einzelfall entschieden. Grundsätzlich wird Restfinanzierung maximal zu den innerkantonalen Ansätzen gewährt.
FR		Malgré l'absence de coûts résiduels à FR, en principe prise en charge des coûts résiduels des soins hors canton par l'Etat de FR
GE		Bénéficiaire des prestations cf. question 4 (Le canton de Genève n'entre pas en matière pour le paiement de la part résiduelle des soins facturés par les autres cantons, tout comme il n'adresse pas de factures aux cantons desquels sont issus des résidents séjournant temporairement à Genève ou y établissant leur domicile.)
GL		PatientIn
GR		Kostenunterschiede gehen zu Lasten des Klienten , resp. der Organisation
JU		l'art. 6 de la loi cantonale sur le financement des soins, le canton prend en charge les frais pour les soins prodigués hors canton mais au maximum les montants reconnus dans le canton. Si les coûts prévus dans le canton qui prodigue les soins sont plus élevés, la différence est une perte pour l'institution. Les prestataires peuvent facturer à l'utilisateur au maximum les montants prévus par l'art. 25a LAMal al. 5. Les usagers ne sont pas tenus de financer les montants qui iraient au-delà de cette limite (protection tarifaire). C'est de la responsabilité du prestataire de s'assurer des montants reconnus avant de prodiguer des soins (sauf cas d'urgence, ce qui est rarement le cas dans les

## Sondage cantons 2013

5. Avez-vous conclu des accords avec un/des cantons ou avez-vous prévu des règles de coordination en cas de <u>soins à domicile hors canton</u> ?		
<i>Haben Sie bei der <u>ausserkantonalen Pflege zu Hause</u> Verträge mit anderen Kantonen vereinbart oder Koordinationsregelungen vorgesehen?</i>		
Cantons	Oui	Non, en cas de différences de coûts ceux-ci sont à la charge de : <i>Nein, bei Kostenunterschiede gehen diese zu Lasten von:</i>
		soins à domicile)
LU		Leistungsbezüger.
NE		Service ayant fourni les prestations
NW		Leistungserbringer wenn er direkt mit dem Kanton abrechnet, sonst zulasten Patient
OW		Patienten
SG		Klientinnen und Klienten
SH		Klient - Ausnahme siehe Punkt 4 (= externer Aufenthalt geschieht mit Zustimmung der öff. Spitex bzw. Gemeinde = dann ist die Kostenübernahme zu den ausserkantonalen Tarifen der externen Organisation möglich. Gem. Art. §10a AbPG kann die Patientenbeteiligung mit Fr. 15.95/Tag abgerechnet werden)
SO		Klientin/Klient
SZ		Leistungserbringer oder allenfalls der versicherten Person
TG		Nein, Kostenunterschiede gehen zu Lasten von: ???
TI		Non essendoci un coordinamento intercantonale, l'eventuale finanziamento residuale è attualmente a carico del Cantone e/o Comune dove vengono erogate le prestazioni o dell'assicurato.
UR		Nein, Patient/Patientin oder Leistungserbringer
VD		Non, en cas de différences de coûts ceux-ci sont à la charge de : ????
VS		A charge du prestataire de soins (CMS, infirmières indépendantes ou organisation privée de soins à domicile)
ZG		Klient
ZH		Die zürcherischen Gemeinden zahlen höchstens das Normdefizit (Benchmarking auf 50. Perzentil) von innerkantonalen Einrichtungen (§ 15 Abs. 3 Pflegegesetz); ob die ausserkantonale Einrichtung zusätzliche Beiträge erhebt, ist nicht bekannt bzw. dürfte wohl kaum der Fall sein, da die zürcherischen Normbeiträge i.d.R. die tieferen ausserkantonalen Ansätze übersteigen.

6.	<b>Quelles sont les règles appliquées en cas de séjours en EMS hors canton?</b> <b>Welche Rechtsgrundlagen gelten beim ausserkantonalen Aufenthalt im <u>Pflegeheim</u>?</b>
AG	§14a PflG Abs. 3 Pflegekosten <sup>3</sup> Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Aargau und Aufenthalt in einer ausserkantonalen stationären Pflegeeinrichtung benötigen eine Kostengutsprache der Wohnsitzgemeinde. Anspruch auf Kostengutsprache besteht nur für Pflegeeinrichtungen, die auf der Pflegeheimliste des Standortkantons sind, und höchstens im Umfang der Normkosten. Die Gemeinden können einen über die Normkosten hinausgehenden Beitrag leisten.
AI	Beschränkung Kostenübernahme auf kt. Pflegekosten
AR	Vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung: Art. 3 <sup>2</sup> Erbringen ausserkantonale Leistungserbringer Pflegeleistungen sowie Leistungen der Akut- und Übergangspflege für versicherte Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden, werden für die Finanzierung höchstens die für die Leistungserbringer in Appenzell Ausserrhoden geltenden Kostenansätze angewendet. Art. 7 <sup>1</sup> Die versicherte Person mit zivilrechtlichem Wohnsitz in einem anderen Kanton reicht dem Pflegeheim vor Eintritt eine von der zuständigen Stelle ihres Wohnsitzkantons ausgestellte Kostengutsprache für die Übernahme der Pflegekosten ein. art. 9 <sup>2</sup> Bei Aufhalten in ausserkantonalen Pflegeheimen ist der Gemeindebeitrag auf diejenigen verbleibenden Restkosten beschränkt, welche bei Anwendung der vom Regierungsrat festgelegten Höchstansätze der Pflegekosten nach Art. 7 Abs. 1 dieser Verordnung entstehen würden (.
BE	Die Restfinanzierung erfolgt nach den gleichen Regeln wie für Pflege in einem innerkantonalen Heim
BL	siehe Frage 4 = § 15b Abs. 2 lit. c EG KVG, <a href="http://www.baselland.ch/362-0-htm.295769.0.html">http://www.baselland.ch/362-0-htm.295769.0.html</a> § 15 Finanzierte Leistungen <sup>1</sup> Die Beiträge der Gemeinde nach § 15a erstrecken sich auf ambulante und stationäre Pflegeleistungen, welche zur Deckung des Bedarfs der Bevölkerung erforderlich sind. <sup>2</sup> Die Gemeinde finanziert die Pflegeleistungen von: a. Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen, mit welchen die Gemeinde eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen hat oder die im Einzelfall mit Einwilligung der Gemeinde beigezogen wurden; b. Pflegeheimen und Spitälern, die auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt sind; c. anderen Pflegeheimen und Spitälern, jedoch höchstens mit demjenigen Betrag, den die Gemeinde bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim oder Spital, welches auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt ist, ausrichten würde.
BS	Krankenversicherungsgesetz
FR	<u>Concernant la prise en charge des soins</u> , les pouvoirs publics fribourgeois financent le coût résiduel, mais jusqu'à concurrence du coût le plus élevé dans le canton de Fribourg. Il n'y a eu, à notre connaissance, aucune situation dans laquelle le montant financé par le canton de Fribourg n'aurait pas suffi pour couvrir la totalité du coût résiduel des soins (cela n'est toutefois pas le cas pour des résidents domiciliés hors canton et résidant dans un EMS fribourgeois). <u>Concernant les coûts socio-hôtelières et les coûts d'accompagnement</u> , ils sont pris en compte dans le calcul des prestations complémentaires, mais jusqu'à concurrence d'un montant de 160 francs par jour. Un éventuel coût supplémentaire doit être pris en charge par la personne ou peut faire l'objet d'une demande d'aide sociale
GE	L'article 25a alinéa 5 de la LAMal n'ayant pas encore été modifiée pour rendre applicable l'une ou l'autre variante actuellement discutée à la commission d'application de la LAMal (financement résiduel assumé par le canton où se situait le domicile civil <i>avant</i> l'entrée en EMS ou financement résiduel assumé par le canton où se situe le domicile légal <i>après</i> l'entrée en EMS),

6.	<b>Quelles sont les règles appliquées en cas de séjours en EMS hors canton?</b> <b>Welche Rechtsgrundlagen gelten beim ausserkantonalen Aufenthalt im Pflegeheim?</b>
	le canton de Genève n'entre pas en matière pour le paiement de la part résiduelle des soins facturé par les autres cantons, tout comme il n'adresse pas de factures aux cantons desquels sont issus des résidents séjournant dans des EMS genevois.
GL	Gemäss Art. 33b Abs. 6 EG KVG: „Bei stationärer Pflege in einem ausserkantonalen Pflegeheim gemäss Artikel 39 Absatz 3 KVG sind grundsätzlich die Tarif- respektive Finanzierungsvorgaben des Standortkantons massgebend. Verbleibt die versicherte Person auf eigenen Wunsch im ausserkantonalen Pflegeheim, obwohl ihr ein geeigneter Platz in einer innerkantonalen Institution angeboten wurde, kann die Wohngemeinde den Gemeindebeitrag an die Pflegeleistungen auf den Ansatz gemäss Absatz 3 begrenzen.
GR	Grundsätzlich wie für innerkantonalem Aufenthalt, speziell <i>Krankenpflegegesetz</i> : Art. 21c: <sup>3</sup> <i>Bei einem Aufenthalt in einem ausserkantonalen Alters- und Pflegeheim oder in einer ausserkantonalen Pflegegruppe werden die ungedeckten Pflegekosten maximal in dem Umfang übernommen, der bei einem Aufenthalt in einer kantonalen Einrichtung anfallen würde.</i>
JU	Idem que pour les soins à domicile, financement résiduel pris en charge mais au maximum selon les montants reconnus dans le canton, participation du résidant à max. 21.60 Si cela ne couvre pas les coûts de l'EMS hors-canton, la différence devra être considéré comme une perte pour l'établissement qui ne s'est pas renseigné au préalable pour accueillir un résidant jurassien. En parallèle, tout est mis en place dans le cadre de la planification médico-sociale pour que l'offre de lits EMS et UVP répondent aux besoins et qu'il ne soit pas nécessaire de recourir à des placements hors canton.
LU	analog Spitex / Frage 4: Grundsätzlicher Schuldner ist der Leistungsbezüger. Für ausserkantonale Patienten mit Leistungsbezug bei einem Luzernischen Leistungserbringer gilt die Vollkostenrechnung.
NE	Financement résiduel selon tarifs du canton où les soins sont fournis, mais au maximum à concurrence du tarif neuchâtelois le plus élevé pour la même prestation Définition du domicile selon dispositions applicables dans le domaine des prestations complémentaires AVS
NW	kKVG ; / ZGB 23 bis 26
OW	Maximale Restkostenfinanzierung durch die Wohngemeinde wie am Wohnort
SG	<a href="http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.2.html">http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.2.html</a> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 2 Abs. 2 PFG</li> </ul> <sup>2</sup> <i>Erbringen ausserkantonale Leistungserbringer Pflegeleistungen sowie Leistungen der Akut- und Übergangspflege für versicherte Personen mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen, werden für die Finanzierung höchstens die für die Leistungserbringer im Kanton St.Gallen geltenden Kostenansätze angewendet.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 4 PFG:</li> </ul> <sup>1</sup> <i>Als zuständige politische Gemeinde nach diesem Erlass gilt die politische Gemeinde, in der die versicherte Person beim erstmaligen Heimeintritt wohnte oder beim Bezug von Leistungen einer Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause wohnt. Der Eintritt in ein Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.</i> <p>Die fehlende Regelung auf nationaler Ebene zieht hierbei folgendes Problem nach sich: Nicht alle Kantone wenden das Herkunftsprinzip analog Ergänzungsleistungsgesetz ELG an. Dadurch erachtet sich in etlichen Fällen kein Kanton, keine Gemeinde für die Restfinanzierung stationärer Pflegekosten als zuständig. Für die Betagten hat dies eine Einschränkung bei der Wahl eines passenden Pflegeheimangebots, Finanzierungsprobleme bei Kompetenzkonflikten und aufwendige Verfahren zur Folge. Die interkantonale Zuständigkeitsfrage ist nicht oder nicht nachhaltig lösbar durch die kantonalen Gesetzgebungen und interkantonale Absprachen.</p>

6.	<b>Quelles sont les règles appliquées en cas de séjours en EMS hors canton?</b> <b>Welche Rechtsgrundlagen gelten beim ausserkantonalen Aufenthalt im Pflegeheim?</b>
	Deshalb ist aus Sicht des im Kanton St.Gallen für die Pflegefinanzierung zuständigen Departementes des Innern im KVG das Herkunftsprinzip in Analogie zu Art. 21 Abs. 1 Ergänzungsleistungsgesetz ELG zu verankern wie dies im Postulat von Pascale Bruderer Wyss gefordert wird: <a href="http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20124099">http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20124099</a>
SH	<i>Art. 10e Abs. 1 AbPG, wenn medizinisch bedingt werden die externen Sätze übernommen;</i> <i>Art. 10e Abs. 2 AbPG, wenn auf eigenen Wunsch, Beschränkung auf den Restkosten-Satz SH</i>
SO	<i>§ 144<sup>ter</sup> Abs. 3 SG (Sozialgesetz vom 31. Januar 2007</i>
SZ	<i>Die gleichen wie bei einem innerkantonalen Aufenthalt (Pflegefinanzierungsverordnung)</i>
TG	Gesetz über die Krankenversicherung des Kantons Thurgau (TG KVG; RB 832.1, <a href="http://www.rechtsbuch.tg.ch">www.rechtsbuch.tg.ch</a> )
TI	Il finanziamento è a carico del Cantone di domicilio (determinato secondo il CC), fino all'importo massimo riconosciuto alle Case per anziani nel Cantone.
UR	<i>Gesetz über die Langzeitpflege, Artikel 20 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme</i> <i><sup>2</sup> Die pflegebedürftige Person kann für die stationäre Langzeitpflege unter den Pflegeeinrichtungen, die auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind (Listenpflegeheime), frei wählen. Die zuständige Gemeinde übernimmt bei stationärer Pflege in einem Listenpflegeheim die ungedeckten Pflegekosten nach Artikel 15 höchstens nach dem Tarif, der in der von ihr beauftragten Pflegeeinrichtung für die entsprechende Pflegeleistung gilt.</i>
VD	Le Canton de Vaud paie le financement résiduel aux EMS hors canton lorsque le dernier domicile de l'assuré précédant l'hébergement était sur territoire vaudois (idem règle LPC). Les canton paie selon les tarifs vaudois
VS	Les règles du code civil sont appliquées.
ZG	<i>§ 5 Abs. 2 der Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege (BGS 826.111)</i> <i><sup>2</sup> Anknüpfungstatbestand für die Kostenübernahmeverpflichtung der Gemeinde bildet der zivilrechtliche Wohnsitz der pflegebedürftigen Person im Zeitpunkt des Eintritts in die Pflegeinstitution.</i>
ZH	<i>§ 15 Abs. 1 und 3 Pflegegesetz</i> <i><sup>1</sup> Wählt eine Person ein nicht von der Gemeinde betriebenes oder beauftragtes Pflegeheim, das auf einer kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt ist, leistet die Gemeinde einen pro Tag und Pflegebedarfsstufe pauschalieren Beitrag an die ungedeckten Kosten der Pflegeleistungen.</i> <i><sup>3</sup> Die Beiträge entsprechen dem Anteil der öffentlichen Hand an den Pflegekosten des gewählten Leistungserbringers, höchstens aber dem gemäss §§ 16 und 17 festgelegten Normdefizit für innerkantonale Leistungserbringer.</i>

## Sondage cantons 2013

7. Avez-vous conclu des accords avec un/des cantons ou avez-vous prévu des règles de coordination en cas de <u>séjours en EMS hors canton</u> ?		
<i>Haben Sie beim ausserkantonalen Aufenthalt im <u>Pflegeheim</u> Verträge mit einem/mehreren Kantonen vereinbart oder Koordinationsregelungen vorgesehen?</i>		
Cantons	Oui	Non, en cas de différences de coûts ceux-ci sont à la charge de : <i>Nein, bei Kostenunterschiede gehen diese zu Lasten von:</i>
AG		bei Kostenunterschiede gehen diese zu Lasten von: § 14 b PflG, Leistungsbezüger
AI		Leistungsempfänger bzw. ausserkt. Leistungserbringer
AR		Versicherter Person
BE	??	?????
BL		BewohnerIn resp. Ergänzungsleistungen
BS		Es wird im Einzelfall entschieden. Grundsätzlich wird Restfinanzierung maximal zu den innerkantonalen Ansätzen gewährt.
FR		Pour une personne domiciliée dans le canton de Fribourg qui réside dans un EMS hors canton, la différence de coût est à la charge de l'aide sociale (cf. explications point 6)
GE		non
GL		Nein, siehe Art. 33b Abs. 6 EG KVG <sup>6</sup> Bei stationärer Pflege in einem ausserkantonalen Pflegeheim gemäss Artikel 39 Absatz 3 KVG sind grundsätzlich die Tarif- respektive Finanzierungsvorgaben des Standortkantons massgebend. Verbleibt die versicherte Person auf eigenen Wunsch im ausserkantonalen Pflegeheim, obwohl ihr ein geeigneter Platz in einer innerkantonalen Institution angeboten wurde, kann die Wohngemeinde den Gemeindebeitrag an die Pflegeleistungen auf den Ansatz gemäss Absatz 3 begrenzen.
GR	--	--
JU		voir point 6 (la différence devra être considéré comme une perte pour l'établissement qui ne s'est pas renseigné au préalable pour accueillir un résident jurassien). Quelques accords ont été trouvés pour la prise en charge par les prestations complémentaires du prix de pension (hôtellerie), mais pas en ce qui concerne le financement des soins.
LU		Leistungsbezüger
NE		EMS ayant fourni les prestations
NW		Patient
OW		Patienten
SG		der entsprechenden Bewohnerinnen und Bewohner
SH		Siehe Antwort unter Punkt 6 (= Art. 10e Abs. 1 AbPG, wenn medizinisch bedingt werden die externen Sätze übernommen; Art. 10e Abs. 2 AbPG, wenn auf eigenen Wunsch, Beschränkung auf den Restkosten-Satz SH): wenn auf eigenen Wunsch, zahlt Differenz der Klient

## Sondage cantons 2013

7. Avez-vous conclu des accords avec un/des cantons ou avez-vous prévu des règles de coordination en cas de <u>séjours en EMS hors canton</u> ?		
<i>Haben Sie beim ausserkantonalen Aufenthalt im <u>Pflegeheim</u> Verträge mit einem/mehreren Kantonen vereinbart oder Koordinationsregelungen vorgesehen?</i>		
Cantons	Oui	Non, en cas de différences de coûts ceux-ci sont à la charge de : <i>Nein, bei Kostenunterschiede gehen diese zu Lasten von:</i>
SO		.wenn höher als Beiträge Kt. Solothurn geht das Defizit zu Lasten der Selbstzahler/In; bei EL-Bezüger/Innen wenn möglich Einbezug in die Berechnung der Ergänzungsleistungen (Limit = Höchsttaxe Kt. Solothurn)
SZ		Der Versicherten Person (allenfalls der Gemeinde)
TG		Analog zur Spitalfinanzierung werden Beiträge wie an innerkantonale Aufenthalte vergütet
TI	Cantone Grigioni.	
UR		Patient/Patientin oder Leistungserbringer
VD		les différence de tarifs concernant le financement résiduel sont à la charge de l'EMS
VS		A charge du prestataire de soins (EMS).
ZG		Bewohner
ZH		Die zürcherischen Gemeinden zahlen höchstens das Normdefizit (Benchmarking auf 50. Perzentil) von innerkantonalen Einrichtungen (§ 15 Abs. 3 Pflegegesetz); ob die ausserkantonale Einrichtung zusätzliche Beiträge erhebt, ist nicht bekannt bzw. dürfte wohl kaum der Fall sein, da die zürcherischen Normbeiträge i.d.R. die tieferen ausserkantonalen Ansätze übersteigen.

<b>8. Les EMS doivent-ils soumettre la comptabilité analytique à votre canton? Müssen die Pflegeheime dem Kanton die Kostenrechnung vorlegen?</b>		
<b>Cantons</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>AG</b>	Ja, § 20 PflV <sup>1</sup> Die stationären Leistungserbringer führen eine Leistungserfassung sowie eine Kostenrechnung, welche die Kostenarten, die Kostenstellen und die Kostenträger umfasst. Für die Rechnungslegung sind die Handbücher «Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime 2011» sowie «Anlagebuchhaltung für Alters- und Pflegeheime» von Curaviva, H+ die Spitäler der Schweiz und SenéSuisse massgebend. Bei Bedarf kann das Departement konkretisierende Erläuterungen dazu erlassen.	
<b>AI</b>	Ja, im Rahmen des Erlasses des StKB ja	
<b>AR</b>	Ja	
<b>BE</b>		Nein, wir finanzieren kein Defizit sondern legen Normkosten pro Leistung fest
<b>BL</b>		Zur Zeit nicht. Normkosten basieren auf Kostenrechnungen von Referenzheimen
<b>BS</b>	Ja, jährlich	
<b>FR</b>		Non, les comptabilités sont contrôlées par l'association faitière.
<b>GE</b>	oui	
<b>GL</b>	Die Alters- und Pflegeheime haben die Pflicht ihre Kostenrechnungen (Budget und Rechnung) dem Kanton einzureichen. Sie dienen dem Kanton zur Überprüfung der ausgewiesenen Kosten für Pflege, Betreuung und Pension im Zusammenhang mit der Festsetzung der EL-Beiträge.	
<b>GR</b>	Ja, resp.es wird nicht die ganze Kostenrechnung verlangt, sondern die Schlussergebnisse der Kostenträger.	
<b>JU</b>	Oui, mais pour l'instant, seule la comptabilité analytique selon SOMED doit être transmise. Nous travaillons actuellement sur une nouvelle forme de comptabilité analytique plus complète à introduire dès 2014	
<b>LU</b>	Ja.	
<b>NE</b>	oui	
<b>NW</b>	Ja	
<b>OW</b>		Nein, die Einwohnergemeinden sind für die Pflegefinanzierung zuständig



8. Les EMS doivent-ils soumettre la comptabilité analytique à votre canton? <i>Müssen die Pflegeheime dem Kanton die Kostenrechnung vorlegen?</i>		
Cantons	Oui	Non
SG	<p>Ja. (Art. 9 und 10 der Verordnung über die Pflegefinanzierung, sGS 331.21; abgekürzt VPF: <a href="http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.21.html">http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.21.html</a> )</p> <p><b>Kostenrechnung</b></p> <p><b>a) Gestaltung</b></p> <p><b>Art. 9.</b></p> <p><sup>1</sup> Die Leistungserbringer weisen die Pflegekosten jährlich aufgrund einer Kostenrechnung aus.</p> <p><sup>2</sup> Sie wenden für die Führung und den Ausweis der Kostenrechnung die Richtlinien im Handbuch «Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime» der Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL) an.</p> <p><sup>3</sup> Leistungserbringer, die pflegerelevante Anlagekosten geltend machen, wenden die Richtlinien im Handbuch «Anlagebuchhaltung für Alters- und Pflegeheime» der Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL) an.</p> <p><b>b) Unterlagen</b></p> <p><b>Art. 10.</b></p> <p><sup>1</sup> Die Leistungserbringer reichen dem Amt für Soziales bis 30. April des Folgejahres folgende Unterlagen ein:</p> <p>a) Umlageschlüssel;</p> <p>b) Umlagen in Franken;</p> <p>c) Kostenstellenrechnung;</p> <p>d) Kostenträgerrechnung;</p> <p>e) Taxordnung;</p> <p>f) verrechnete Pfl egetage je Pflegestufe;</p> <p>g) Personalschlüssel;</p> <p>h) Anzahl Bewohnende per Ende Jahr sowie Anzahl der Ein- und Austritte während des Jahres.</p>	
SH	Ja, Art. 10b AbPG	
SO		Nein
SZ	Ja	
TG	Ja, für die Berechnung der Normkostenbeiträge als Durchschnittswerte aller Pflegeheime	
TI	Si	non
UR		nein
VD		Non
VS	oui	
ZG		Nein, keine kantonale Preisaufsicht

<b>8. Les EMS doivent-ils soumettre la comptabilité analytique à votre canton?</b> <i>Müssen die Pflegeheime dem Kanton die Kostenrechnung vorlegen?</i>		
<b>Cantons</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>ZH</b>		<i>Die Daten zur Berechnung der Restfinanzierungsbeiträge werden der SOMED-Statistik (welche Zusatzdatenerhebungen für den Kanton Zürich aufweist) entnommen.</i>

## Sondage cantons 2013

<b>9. Quels sont les critères déterminants pour fixer :</b> <i>Welches sind die entscheidenden Kriterien um die folgenden Taxen festzulegen:</i>			
	<b>Limite de taxe de soins</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Pflegeleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'assistance</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Betreuungsleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'hôtellerie</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Hotellerieleistungen</i>
<b>AG</b>	Normkosten basierend auf den Kostenrechnungen aller Leistungserbringer (§ 2 Abs. 2 lit. d PflG und §14a PflG)	In Erarbeitung zusammen mit den Verbänden. Basis Kostenrechnungen, Leistungsdefinition (§ 2 Abs. 2 lit. d PflG). Limitierung (§14b Abs 4)	(§ 2 Abs. 2 lit. d PflG). Limitierung (§14b Abs 4)
<b>AI</b>	Kosten/polit. Entscheid	Kosten/polit. Entscheid	Kosten/polit. Entscheid
<b>AR</b>	RR Entscheid	RR Entscheid	Keine
<b>BE</b>	festgelegte Normkosten abzüglich Beiträge der Versicherer und der Bewohnenden	Nicht explizit festgelegt	Festgelegte Normkosten bis zur Obergrenze der Ergänzungsleistungen
<b>BL</b>	kantonsweit einheitliche Normkosten, siehe Frage 8 (=Zur Zeit nicht. Normkosten basieren auf Kostenrechnungen von Referenzheimen.	zur Zeit besteht keine Höchstgrenze	zur Zeit besteht keine Höchstgrenze
<b>BS</b>	Kostenrechnungen der Pflegeheime, Verhandlungen mit dem Pflegeheimverband BS	Kostenrechnungen der Pflegeheime, Verhandlungen mit dem Pflegeheimverband BS	Kostenrechnungen der Pflegeheime, Verhandlungen mit dem Pflegeheimverband BS
<b>FR</b>	pour fixer le prix des soins de chaque EMS, on se base sur la masse salariale totale du personnel de soins et d'accompagnement de l'EMS (100%) et on fixe le coût des soins à 60% de ce montant.	sur la base de la masse salariale totale du personnel de soins et d'accompagnement de l'EMS (100%) et on fixe le coût de l'accompagnement à 40% de ce montant	fixée chaque année par le Conseil d'Etat. Elle est en 2013 de 10 francs pour tous les EMS du canton

## Sondage cantons 2013

<b>9. Quels sont les critères déterminants pour fixer :</b> <i>Welches sind die entscheidenden Kriterien um die folgenden Taxen festzulegen:</i>			
	<b>Limite de taxe de soins</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Pflegeleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'assistance</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Betreuungsleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'hôtellerie</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Hotellerieleistungen</i>
<b>GE</b>	<p>Le coût normatif reconnu est le résultat d'une moyenne pondérée entre, d'une part, les coûts effectifs des soins tels que mesurés par le biais de la comptabilité analytique d'exploitation et, d'autre part, les coûts normatifs déterminés en référence à la notion de "taxe normative des soins" selon l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) et ses ordonnances d'application (sur la base de ces dispositions légales, notamment recommandation de la conférence des directeurs cantonaux de la santé - CDS - aux cantons de fixer normativement les tarifs maximaux). La taxe normative des soins tient compte notamment de la charge en soins de chaque institution basée sur leur moyenne de minutes de soins, des coûts de fonctionnement d'une équipe type de soins et d'un taux de couverture des soins PLAISIR uniforme. Cette approche s'est faite sur la base d'un modèle développé par l'Institut de santé et d'économie (ISE) qui s'occupe de toutes les données PLAISIR de tous les EMS romands concernés.</p> <p>La résultante de l'ensemble de la démarche susmentionnée a donné lieu à une uniformisation de la subvention par minute de soins.</p>	---	Le canton est actuellement en train d'étudier un modèle permettant de fixer une norme pour les coûts socio-hôtelières (hors loyer).
<b>GL</b>	Der Kanton überlässt es den Gemeinden/Einrichtungen ihre Taxen festzulegen. Der Kanton bestimmt jedoch die Höhe der EL-Beiträge, und zwar anhand der entsprechenden Budgets (Kostenrechnungen).		
<b>GR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anerkannte Kosten der wirtschaftlichen (kostengünstig) Pflegeheime</li> <li>- Nachweise Strukturqualität</li> </ul>	Dito	Dito, zusätzlich allgemeine Kostenentwicklung

## Sondage cantons 2013

<b>9. Quels sont les critères déterminants pour fixer :</b> <i>Welches sind die entscheidenden Kriterien um die folgenden Taxen festzulegen:</i>			
	<b>Limite de taxe de soins</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Pflegeleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'assistance</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Betreuungsleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'hôtellerie</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Hotellerieleistungen</i>
<b>JU</b>	Déterminer le coût de la minute de soins reconnue dans le canton sur la base des exigences légales en matière de dotation et qualification du personnel.	Pas de distinction entre assistance et hôtellerie dans le canton actuellement un prix unique pour le prix de pension est déterminé principalement sur des bases historiques (un pour les chambres double et un autre pour les chambres individuelles). Pas de critères déterminants, mais des réflexions actuellement en cours pour mieux définir le prix de pension, voire pour le décomposer (assistance, hôtellerie, infrastructure). Aucune décision prise à ce jour	
<b>LU</b>	Vollkostenrechnung.	LU kennt nur eine Taxe für Betreuung und Hotellerie. sie basiert auf der Vollkostenrechnung.	
<b>NE</b>	le financement des soins (AOS + résidant + part résiduelle à charge du canton) est défini de manière normative, en tenant compte d'un taux de couverture de 95% des soins requis et en fonction des conditions de travail applicables	n'existe pas à Neuchâtel	le prix de pension à charge du résidant finance les frais d'hôtellerie, d'animation et de soins non LAMal (assistance); il est fixé de manière normative selon les nouvelles dispositions entrées en vigueur au 1.1.2013 (RSN 832.300)
<b>NW</b>	Kosten werden nach Kostenstellenrechnung festgelegt (Tax in Fr. je Minute / Stunde)	Kosten werden nach Kostenstellenrechnung festgelegt (Tax in Fr. je Minute / Stunde)	bei EL Bezüger Fr. 195.- / Tag
<b>OW</b>	keine Höchstgrenze vorgesehen	keine Höchstgrenze vorgesehen	keine Höchstgrenze vorgesehen

Sondage cantons 2013

<b>9. Quels sont les critères déterminants pour fixer :</b> <i>Welches sind die entscheidenden Kriterien um die folgenden Taxen festzulegen:</i>																																										
	<b>Limite de taxe de soins</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Pflegeleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'assistance</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Betreuungsleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'hôtellerie</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Hotellerieleistungen</i>																																							
<b>SG</b>	<p>Die Regierung legte die Höchstansätze fest auf der Grundlage von Kostenerhebungen im Vorfeld der Einführung der Pflegefinanzierung.</p> <p>Vgl. dazu auch Kapitel 2.1 des Erläuternden Berichtes des Departementes des Innern und des Gesundheitsdepartements vom 6. Dezember 2010 zur Verordnung über die Pflegefinanzierung und zur Verordnung über die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen:  <a href="http://www.soziales.sg.ch/home/alter/betagten-und_pflegeheime/finanzierung/weitere_informationenfuerinteressierte/_jcr_content/Par/downloadlist_0/DownloadListPar/download.ocFile/Erl%C3%A4uternder%20Bericht%20Verordnungen%20Pflegefinanzierung.pdf">http://www.soziales.sg.ch/home/alter/betagten-und_pflegeheime/finanzierung/weitere_informationenfuerinteressierte/_jcr_content/Par/downloadlist_0/DownloadListPar/download.ocFile/Erl%C3%A4uternder%20Bericht%20Verordnungen%20Pflegefinanzierung.pdf</a></p> <p><i>Art. 2 der VPF:</i>  <a href="http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.21.html">http://www.gallex.ch/gallex/3/fs331.21.html</a></p> <p>Die Höchstansätze der Pflegekosten betragen:<sup>4</sup></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pflegestufe</th> <th>Pflegebedarf in Minuten</th> <th>Franken je Tag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>bis 20</td><td>12.–</td></tr> <tr><td>2</td><td>21–40</td><td>34.–</td></tr> <tr><td>3</td><td>41–60</td><td>56.–</td></tr> <tr><td>4</td><td>61–80</td><td>78.–</td></tr> <tr><td>5</td><td>81–100</td><td>100.–</td></tr> <tr><td>6</td><td>101–120</td><td>122.–</td></tr> <tr><td>7</td><td>121–140</td><td>144.–</td></tr> <tr><td>8</td><td>141–160</td><td>166.–</td></tr> <tr><td>9</td><td>161–180</td><td>188.–</td></tr> <tr><td>10</td><td>181–200</td><td>210.–</td></tr> <tr><td>11</td><td>201–220</td><td>232.–</td></tr> <tr><td>12</td><td>über 220</td><td>254</td></tr> </tbody> </table>	Pflegestufe	Pflegebedarf in Minuten	Franken je Tag	1	bis 20	12.–	2	21–40	34.–	3	41–60	56.–	4	61–80	78.–	5	81–100	100.–	6	101–120	122.–	7	121–140	144.–	8	141–160	166.–	9	161–180	188.–	10	181–200	210.–	11	201–220	232.–	12	über 220	254	keine Höchstgrenze für die Taxe der Betreuungsleistungen festgelegt	keine Höchstgrenze für die Taxe der Hotellerieleistungen festgelegt Allerdings sind die maximal anrechenbaren Kosten der Ergänzungsleistungen für die Betreuungs- und Hotellerieleistungen beschränkt. Die maximal anrechenbaren Tagespauschalen sind in der Verordnung über die nach Ergänzungsleistungsgesetz anrechenbaren Tagespauschale festgelegt: <a href="http://www.gallex.ch/gallex/3/fs351.52.html">http://www.gallex.ch/gallex/3/fs351.52.html</a> !
Pflegestufe	Pflegebedarf in Minuten	Franken je Tag																																								
1	bis 20	12.–																																								
2	21–40	34.–																																								
3	41–60	56.–																																								
4	61–80	78.–																																								
5	81–100	100.–																																								
6	101–120	122.–																																								
7	121–140	144.–																																								
8	141–160	166.–																																								
9	161–180	188.–																																								
10	181–200	210.–																																								
11	201–220	232.–																																								
12	über 220	254																																								

## Sondage cantons 2013

<b>9. Quels sont les critères déterminants pour fixer :</b> <i>Welches sind die entscheidenden Kriterien um die folgenden Taxen festzulegen:</i>			
	<b>Limite de taxe de soins</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Pflegeleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'assistance</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Betreuungsleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'hôtellerie</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Hotellerieleistungen</i>
<b>SH</b>	Art. 10b Abs. 2 AbPG: Festlegung nach betriebswirtschaftlichen Kriterien unter Nachweis der Kosten, der qualitativen Besonderheiten und von Referenzkosten anderer vergleichbarer Anbieter	§ 29 AbPV: Höchstbetrag Fr. 40/Tag (Tarifschutz ist zu beachten); 9% verwenden gestufte Sätze; ein Heim verwendet lineare Sätze	Keine explizite Grenze; Berechnung unter Berücksichtigung von Art. 9 Abs. 2 AbPG i.V.m. § 29 Abs. 1 AbPV; Einfluss haben die EL-Grenzen (§ 1 ELV, SHR 831.301).
<b>SO</b>	Ansatz Krankenversicherer bestimmt Ansatz der öffentlichen Hand; Regierungsrat beschliesst	Erfahrungswerte + Verhandlungen mit den Verbänden Gemeinschaft solothurnischer Alters- und Pflegeheime und senesuisse Regierungsrat legt Höchsttaxen fest	Wie Höchsttaxen Betreuung
<b>SZ</b>	Kostenrechnungen	keine	keine
<b>TG</b>	Kostenträgerrechnungen gemäss Handbuch der Curaviva Schweiz	Keine rechtliche Reglementierung	Keine rechtliche Reglementierung
<b>TI</b>	Il costo della prestazione secondo la contabilità analitica.	Il costo della prestazione secondo la contabilità analitica.	Il costo della prestazione secondo la contabilità analitica e la situazione finanziaria dell'assicurato.
<b>UR</b>	vom Kanton wird keine Höchstgrenze festgelegt		
<b>VD</b>	<u>EMS</u> : la taxe ne peut excéder 10% du tarif maximum OPAS (CHF 10.80) selon la législation vaudoise. Elle est fixée annuellement par le Conseil d'Etat (CHF 10.80 en 2013). <u>Soins à domicile</u> : aucune taxe de soins ne peut être facturée selon la législation vaudoise	Aucune taxe d'assistance	La taxe d'hôtellerie est fixée annuellement par le Conseil d'Etat, pour chaque EMS

## Sondage cantons 2013

<b>9. Quels sont les critères déterminants pour fixer :</b> <i>Welches sind die entscheidenden Kriterien um die folgenden Taxen festzulegen:</i>			
	<b>Limite de taxe de soins</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Pflegeleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'assistance</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Betreuungsleistungen</i>	<b>Limite de taxe d'hôtellerie</b> <i>Höchstgrenze der Taxen für Hotellerieleistungen</i>
<b>VS</b>	Elle est déterminée annuellement par le Conseil d'Etat sur la base des comptabilités analytiques des EMS (charges salariales du personnel soignant pour les soins LAMasl).	Cette taxe est comprise dans les prix de pension (taxe d'hôtellerie).	Les prix de pension sont approuvés par le Département en charge de la santé, sur la base des données transmises par les EMS, dans le cadre des prestations complémentaires à l'AVS/AI. En Valais, le montant maximal reconnu dans ce cadre s'élève à frs 125.-.
<b>ZG</b>	Verhandlungsgegenstand zwischen Kostenträger der Restfinanzierung (Gemeinden) und Leistungserbringer	Sozialverträglichkeit (§ 4 Abs.2 SpG (BGS 826.11))	Sozialverträglichkeit (§ 4 Abs.2 SpG (BGS 826.11))
<b>ZH</b>	Bei von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten Einrichtungen: massgebliche Kosten = tatsächliche Kosten (§ 9 Abs. 4 Pflegegesetz); restliche Einrichtungen: tatsächliche Kosten, maximal aber Normpflegekosten (§§ 16 und 17 Pflegegesetz)	Für von der Gemeinde betriebene oder beauftragte Pflegeheime: höchstens kostendeckende Taxen (§ 12 Abs. 2 Pflegegesetz)	Für von der Gemeinde betriebene oder beauftragte Pflegeheime: höchstens kostendeckende Taxen (§ 12 Abs. 2 Pflegegesetz)



10. Les règles relatives à la participation de l'assuré prévoient-elles une différence de montant de participation de l'assuré en fonction de son revenu? <i>Sehen die Regelungen betreffend der Beteiligung der Versicherten unterschiedliche Beiträge je nach Einkommen vor?</i>				
	EMS - Pflegeheime		Soins à domicile - Pflege zu Hause	
Cantons	Non	Oui	Non	Oui
AG	X		X	
AI		≤ 21.60		Pflegefachpersonen: Keine Anteil Patient SPITEX: ≤ 8.00
AR	X		X	
BE	X			Nach Einkommen und Vermögen sowie zeitlich abgestufte Tarife
BL	X		X	
BS	X			Versicherten Personen, welche Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung haben und die weder eine Rente der AHV oder IV noch ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe beziehen, richtet der Kanton auf Gesuch hin Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege aus. Die Höhe des Kantonsbeitrags entspricht dem maximalen Eigenbeitrag.
FR	X		X	
GE	X			La participation de l'assuré au coût des soins est de Fr. 8 par jour (10% du montant maximum fédéral). Elle est réduite en fonction du niveau de revenu pour les personne présentant l'attestation du RDU, selon l'arrêté du Conseil d'Etat du 23 juin 2010. Cela implique le payement des impôts à Genève.
GL	X		X	
GR	X		X	
JU	X	si bénéficiaire de PC, alors remboursé dans le cadre des frais médicaux	X	
LU	X		X	
NE	X		X	
NW	X		X	(nur bei Hauswirtschaftsleistungen (nicht Pflegeleistungen))
OW	X		X	
SG	X		X	
SH	X		X	

10. Les règles relatives à la participation de l'assuré prévoient-elles une différence de montant de participation de l'assuré en fonction de son revenu? <i>Sehen die Regelungen betreffend der Beteiligung der Versicherten unterschiedliche Beiträge je nach Einkommen vor?</i>				
	EMS - Pflegeheime		Soins à domicile - Pflege zu Hause	
Cantons	Non	Oui	Non	Oui
SO	X		X	
SZ	X		X	
TG	X		X	
TI		Nella misura in cui la capacità finanziaria dell'assicurato supera il costo analitico dell'albergheria, in ogni max Fr. 21.60	X	
UR	X		X	
VD	X		X	
VS	X		X pas de participation de l'assuré	
ZG	X		X	
ZH	X		X	

**Umfrage 2013 - SGK-N**

**GEMEINSAME FRAGEN AN DIE VERBÄNDE DER LEISTUNGSERBRINGER**

(Verband Heime und Institutionen Schweiz, CURAVIVA; Spitex Verband Schweiz, SPITEX; Verband SPITEX privée Suisse; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, SBK)

**a. Allgemeine Fragen zur Pflegefinanzierung**

1. Welche hauptsächlichen Auswirkungen aus Ihrer Sicht hat das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf:
  - Die Versicherten? .....
  - Die Leistungserbringer? .....
2. Welche hauptsächlichen Auswirkungen aus Ihrer Sicht haben die kantonalen Ausführungsbestimmungen zur Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung auf:
  - Die Versicherten? .....
  - Die Leistungserbringer? .....

**b. Restfinanzierung**

3. Nach welchen Modalitäten wird die Restfinanzierung ausgerichtet? Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antworten an und geben Sie die Zahl der betroffenen Kantone an:
  - Durch automatische Überweisung an die Versicherten, in ..... Kantone  
Bemerkungen: .....
  - Durch automatische Überweisung an die Leistungserbringer, in ..... Kantone  
Bemerkungen: .....
  - Durch Überweisung an die Versicherten auf deren Anfrage, in ..... Kantone  
Bemerkungen: .....
  - Durch Überweisung an die Versicherten auf Anfrage der Leistungserbringer, in .... Kantone  
Bemerkungen: .....
  - Durch Überweisung an die Leistungserbringer auf deren Anfrage, in ..... Kantone  
Bemerkungen: .....

**c. Vereinbarungen (mit Versicherern)**

4. Geben Sie bitte die Verträge an, die im Bereich der Pflegefinanzierung abgeschlossen sind (Titel des Vertrags und wenn möglich Internet-Link):  
.....

## SONDAGE FP 2013

<b>QUESTIONS COMMUNES SOINS À DOMICILE, SOINS EN EMS</b>		
<b>a. Questions générales sur le financement des soins - <i>Allgemeine Fragen zur Pflegefinanzierung</i></b>		
<b>Question 1</b>		
<b>Quels sont les principaux effets de la <u>loi fédérale</u> sur le nouveau financement des soins sur:</b>		
<b><i>Welche hauptsächlichen Auswirkungen aus Ihrer Sicht hat das <u>Bundesgesetz</u> über die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf:</i></b>		
	<b>Les assurés / die Versicherten</b>	<b>Les fournisseurs de prestations / die Leistungserbringer</b>
<b>SPITEX</b>	<p>Die Patientenbeteiligung (Art. 25a Abs. 5 KVG) führt zu höheren Kosten für ambulante Pflege zu Lasten der PatientInnen.</p> <p>Viele Kantone sind mit der Einführung der Neuen Pflegefinanzierung zu einer leistungsbezogenen Finanzierung von Spitex übergegangen. Die fehlende Regelung, welcher Kanton bei ausserkantonalen Aufhalten die Kosten zu übernehmen hat, führt dazu, dass ein Teil der PatientInnen, die sich in einem anderen Kanton pflegen lassen, die sogenannten Restkosten selber tragen müssen.</p>	<p>Die auf Bundesebene definierten Beiträge der Versicherer (Art. 7a Abs. 1 KLV) haben den Weg frei gemacht für einen gesamtschweizerischen Vertrag der Leistungserbringer mit den Versicherern. Der sogenannte Administrativvertrag vom 20.12.2010 („Langzeitpflege“) wiederum hat den Abschluss des gesamtschweizerischen Administrativvertrags für Akut- und Übergangspflege (AÜP) vom 30.11.2011 möglich gemacht (Tarife der AÜP werden kantonal verhandelt). Die Versicherer wenden die Vereinbarungen im Vertrag aber ziemlich eigenwillig an.</p> <p>Die NPO-Spitex-Organisationen wenden zur Bedarfsermittlung grossmehrheitlich das Instrument RAI-HC an und es ist das Ziel des Spitex Verbands Schweiz, dass in den nächsten Jahren auch die restlichen NPO-Spitex-Organisationen RAI-HC einführen. Mit den Versicherern werden Prozesse zur Bedarfsmeldung und zur Qualitätssicherung definiert, welche auf RAI-HC basieren. Tarifsuisse beharrt darauf, dass jeweils auch ein Weg ohne RAI-HC festgelegt wird. Dies bedeutet für den Spitex Verband Schweiz, dass grosser, zusätzlicher Aufwand zu leisten ist. Der Spitex Verband Schweiz würde es deshalb sehr begrüssen, wenn das Departement nach Art. 33 lit. h KVV RAI-HC als Verfahren der Bedarfsermittlung bezeichnen würde.</p> <p>Akut- und Übergangspflege: Die Spitex-Organisationen haben viel Aufwand betrieben für die Erarbeitung der Konzepte, die Anpassung der Prozesse innerhalb der Organisation und mit den Spitälern und für das Verhandeln der Tarife. Zur Anwendung kommt Akut- und Übergangspflege nun aber praktisch nicht; SpitalärztInnen verordnen sie kaum. 2 Wochen sind zu kurz; insbesondere für Chronischkranke und Multimorbide.</p>
<b>SPITEX Privée</b>	<p>Patientenbeitrag erhöht "Eintrittsschwelle" und fördert, dass Angehörige noch länger selbst pflegen - was an sich positiv wäre - aber sich gleichzeitig sehr oft überfordern und zu lange warten, bis Hilfe geholt wird.</p>	<p>Kantonale Regelungsdichte hat stark zugenommen, da der Bund nicht genügend gesetzliche "Leitplanken" erlassen hat. Dadurch hat der administrative Aufwand überdimensional zugenommen, was kleinere Organisationen ans Limit bringt und z.T. die Restfinanzierungsbeiträge, die eigentlich für die Pflege und deren Qualitätsförderung gedacht waren, zu grossen Teilen oder gänzlich "auffrisst"</p>

## SONDAGE FP 2013

<b>QUESTIONS COMMUNES SOINS À DOMICILE, SOINS EN EMS</b>		
<b>a. Questions générales sur le financement des soins - <i>Allgemeine Fragen zur Pflegefinanzierung</i></b>		
<b>Question 1</b>		
<b>Quels sont les principaux effets de la <u>loi fédérale</u> sur le nouveau financement des soins sur:</b>		
<b><i>Welche hauptsächlichen Auswirkungen aus Ihrer Sicht hat das <u>Bundesgesetz</u> über die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf:</i></b>		
	<b>Les assurés / die Versicherten</b>	<b>Les fournisseurs de prestations / die Leistungserbringer</b>
<b>ASI / SBK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freie Wahl der Leistungserbringer ist nicht mehr in allen Kantonen gewährleistet.</li> <li>• Bei Wochenbettleistungen: einige Kassen verlangen Selbstbeteiligung von den Wöchnerinnen.</li> <li>• Grosse Unterschiede und Ungerechtigkeit bei der Umsetzung, bei den Kassen, und bei den Kantonen = grosse Verunsicherung bei den Versicherten. Kennen sich in diesem Pflegefinanzungsdschungel nicht mehr aus.</li> <li>• Unterschied zwischen Patientenbeteiligung (Tagespauschale) und Selbstkosten bei der Versicherung ist für viele Patienten nicht verständlich.</li> <li>• Viele Versicherte sind mit der neuen Pflegefinanzierung überfordert.</li> <li>• Zuständigkeit bei Ferienaufhalten, Aufenthalt bei Verwandten und Bekannten, und Kantonswechsel ist nicht geregelt (Restkosten und Patientenbeteiligung) = negativer Kompetenzkonflikt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In jedem Kanton der Schweiz wird die Pflegefinanzierung unterschiedlich umgesetzt. Z.B. Clearingstelle, Leistungsvereinbarung, Kontrolle durch Kantonsarzt, Verantwortung Kanton oder Gemeinden, Handhabung Patientenbeteiligung (ja, nein oder wenn ja wieviel), Handhabung Restfinanzierung, etc. Der administrative Aufwand ist somit kaum noch zu bewältigen!</li> <li>• Restfinanzierung ist im Bundesgesetz unklar definiert und hervorgehoben. Entsprechend unterschiedlich ist die Umsetzung in den Kantonen oder bei den Gemeinden bei den verschiedenen Leistungserbringern.</li> <li>• Unerträgliche Unsicherheiten und Ungerechtigkeiten bei der Umsetzung für die freiberuflichen Pflegefachpersonen. Beispiel: Leistungserbringer, bzw. ihre Berufsverbände sind gezwungen bis vor Gericht dafür zu kämpfen dass die Kantone überhaupt Restfinanzierung gewähren.</li> <li>• Vervielfachung des Verhandlungsaufwands für den Berufsverband und für die freiberuflichen Pflegefachpersonen. Rechnungsstellung an mind. 3 bis max. 4 verschiedene Empfänger: Patient, Krankenkasse, Kanton oder/und Gemeinde.</li> <li>• Die unterschiedliche Auslegung der Pflegefinanzierung bei Kassen und Kantonen ist nicht nachvollziehbar.</li> <li>• Zu grosse Unklarheiten bei der Wochenbettpflege.</li> </ul>
<b>CURAVIVA</b>	Augmentation de la participation au frais de soins.	Globalement peu de changement car le financement des coûts est assuré par les trois source de financement (AOS, Autorités, résident)

## SONDAGE FP 2013

<b>QUESTIONS COMMUNES SOINS À DOMICILE, SOINS EN EMS</b>		
<b>a. Questions générales sur le financement des soins - <i>Allgemeine Fragen zur Pflegefinanzierung</i></b>		
<b>Question 2</b>		
<b>Quels sont les principaux effets des <u>dispositions cantonales d'exécution</u> de la mise en œuvre nouveau financement des soins sur :</b>		
<b><i>Welche hauptsächlichen Auswirkungen aus Ihrer Sicht haben die <u>kantonalen Ausführungsbestimmungen zur Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung</u> auf:</i></b>		
	<b>Les assurés / die Versicherten</b>	<b>Les fournisseurs de prestations / die Leistungserbringer</b>
<b>SPITEX</b>	<p>Wegen der Patientenbeteiligung gibt es höhere Kosten zu Lasten der PatientInnen in folgenden Kantonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CHF 15.95 pro Tag mit Pflegeleistungen: LU, NW, OW, SH</li> <li>• 20% der verrechneten Kosten; max. CHF 15.95 pro Tag: SO, UR, AG</li> <li>• Einkommensabhängig, max. CHF 15.95 pro Tag: BE</li> <li>• Einkommensabhängig, max. CHF 8.- pro Tag: GE</li> <li>• CHF 8.- pro Tag mit Pflegeleistungen: ZH</li> <li>• 10% der verrechneten Kosten, max. CHF 15.95 pro Tag: TG, ZG</li> <li>• 10% der verrechneten Kosten, max. CHF 8.- pro Tag: AI, AR, BL, BS, GR, SG, SZ</li> </ul> <p>Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sowie IV-Bezüger/-innen sind in manchen Kantonen von der Übernahme der Patientenbeteiligung ausgenommen.</p>	<p>In Kantonen mit einer hohen Patientenbeteiligung berichten die Spitex-Organisationen von einem signifikanten Nachfragerückgang in Pflege und Hauswirtschaft/Betreuung und beschreiben konkrete Fälle, in denen PatientInnen aus Kostengründen auf Leistungen verzichten, die ärztlich verordnet und medizinisch indiziert sind. Diese Unterversorgung heute führt dazu, dass PatientInnen verwahrlosen oder dass PatientInnen notfallmässig ins Spital oder früher in ein Pflegeheim eintreten müssen (z.B. weil Angehörige überbelastet sind und ausfallen oder weil sich der Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten schneller verschlechtert als mit ausreichender Spitex-Versorgung).</p> <p>Kommerzielle Spitex-Organisationen leisten keine unrentablen Einsätze. Die NPO-Spitex hat dagegen eine Versorgungspflicht. Kommerzielle Spitex-Organisationen erhalten neu öffentliche Gelder. Es ist zu fordern, dass die kommerziellen Organisationen auch die gleichen Pflichten erfüllen müssen wie die Non-Profit Organisationen. Kantone, welche auch die kommerziellen Organisationen mitfinanzieren, sollten klare Vorgaben machen bezüglich Qualität, Ausbildung (z.B. Ausbildungsverpflichtung), Mindestqualifikation des Personals, Stellenplan, Anstellungsbedingungen, Kostenrechnung. Die Einhaltung dieser Vorgaben ist von den Kantonen unbedingt zu überprüfen. Unsere Mitglieder, die Spitex Kantonalverbände, berichten, dass es vielerorts zwar Vorgaben/Auflagen gibt, dass die Einhaltung aber sehr schlecht kontrolliert wird. Weiter gilt es zu beachten, dass die NPO-Spitex Auflagen hat zur Verwendung des Gewinns (zweckgebunden kapitalisieren). Wenn kommerzielle Organisationen öffentliche Gelder erhalten, muss auch bei ihnen die Verwendung des Gewinns klar geregelt werden.</p>

## SONDAGE FP 2013

<b>QUESTIONS COMMUNES SOINS À DOMICILE, SOINS EN EMS</b>		
<b>a. Questions générales sur le financement des soins - <i>Allgemeine Fragen zur Pflegefinanzierung</i></b>		
<b>Question 2</b>		
<b>Quels sont les principaux effets des <u>dispositions cantonales d'exécution</u> de la mise en œuvre nouveau financement des soins sur :</b>		
<b><i>Welche hauptsächlichen Auswirkungen aus Ihrer Sicht haben die <u>kantonalen Ausführungsbestimmungen</u> zur Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung auf:</i></b>		
	<b>Les assurés / die Versicherten</b>	<b>Les fournisseurs de prestations / die Leistungserbringer</b>
<b>SPITEX (suite)</b>		<p>In vielen Gemeinden / Kantonen wächst der finanzielle Druck auf die NPO-Spitex stark an. Wenn die Kosten der Non-Profit Spitex mit den Kosten der kommerziellen Organisationen verglichen werden, müsste unbedingt beachtet werden, dass die NPO Spitex eine Versorgungspflicht zu erfüllen hat und z.B. auch die Kurzeinsätze mit langen Wegzeiten übernimmt. Die Versorgungspflicht muss zwingend differenziert abgegolten werden. Zudem engagiert sich die NPO-Spitex heute massgebend in der Berufsbildung und stellt die Mitarbeitenden zu Anstellungsbedingungen an, die mit denen des Kantonspersonals oder der öffentlichen Spitäler bzw. Pflegeheime der Region vergleichbar sind.</p> <p>Die 26 Umsetzungsvarianten (teils noch mit kommunaler Variation) führen zu Erschwernissen. So müssen beispielsweise die acht grösseren und etlichen kleineren Anbieter für Spitex-Software je zig Varianten der Rechnungsstellung programmieren (zahlreiche Varianten der Patientenbeteiligung (vgl. oben) plus Untervarianten (z.B. „10 % der Kosten“ werden definiert als -.67 pro 5 Min. oder -.65 pro 5 Min. oder effektiv 10% des Rechnungsbetrags oder...) etc.).</p>
<b>SPITEX Privée</b>	<p>Komplexität hat zugenommen. Zum Teil ist der Kanton und sehr oft in der Deutschschweiz auch die Gemeinden beteiligt. Die Einhaltung des Datenschutzes kann bei der Wohnsitzprüfung der Versicherten und die Abrechnungskontrolle durch die Behörden problematisch werden.</p>	<p>26 Kantone mit 26 Regelungen. Generell haben die Kantone ein "neues Aktionsfeld" entdeckt und regulieren sehr stark, wobei dieser Prozess (leider) noch nicht abgeschlossen ist. Die administrativen und organisatorischen Aufwände sind wesentlich höher und verursachen zusätzliche Kosten, die manchmal nur zum Teil über die Restfinanzierung gedeckt sind. Sehr ungleiche Lösungen und z.T. werden privat-kommerzielle gegenüber öff.-gemeinnützigen stark benachteiligt (Bsp: SO, BL). In vielen Kantonen der Deutschschweiz wird das Ganze dann noch auf die Gemeindeebene delegiert, was zu zusätzlichen administrativen Aufwänden führt. Problematisch ist v.a. der durch die duale Finanzierung hervorgerufene Interessenskonflikt, da der Kanton oder die Gemeinde meist aktiv in der öff.-gemeinnützigen Spitex engagiert ist und nun als Restfinanzierer deren privat-kommerzielle "Konkurrenz" fair und gleich behandeln soll, was zwar der Bundesrat verlangt hat, aber heute in keinem einzigen Kanton zur vollen Zufriedenheit umgesetzt ist.</p>

## SONDAGE FP 2013

<b>QUESTIONS COMMUNES SOINS À DOMICILE, SOINS EN EMS</b>		
<b>a. Questions générales sur le financement des soins - <i>Allgemeine Fragen zur Pflegefinanzierung</i></b>		
<b>Question 2</b>		
<b>Quels sont les principaux effets des <u>dispositions cantonales d'exécution</u> de la mise en œuvre nouveau financement des soins sur :</b>		
<b><i>Welche hauptsächlichen Auswirkungen aus Ihrer Sicht haben die <u>kantonalen Ausführungsbestimmungen</u> zur Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung auf:</i></b>		
	<b>Les assurés / die Versicherten</b>	<b>Les fournisseurs de prestations / die Leistungserbringer</b>
<b>ASI / SBK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problematik im Bundesgesetz meist auch auf kantonaler Ebene vorhanden.</li> <li>• In gewissen Kantonen unzumutbare Delegation an Gemeinden, d.h. Gemeinden fühlen sich nicht verantwortlich für eine sorgfältige Umsetzung der Pflegefinanzierung oder sind mit der Umsetzung der Pflegefinanzierung überfordert. Oder Kanton fühlt sich nach der Delegation an die Gemeinden nicht mehr verantwortlich.</li> <li>• Versicherte wissen nicht mehr an wen sie sich wann wenden sollen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grosse Tarifungerechtigkeit zwischen öffentlicher Spitex und freiberuflichen Pflegefachpersonen in Kantonen und Gemeinden (mit wenigen Ausnahmen).</li> <li>• Vermischung Subvention und Restfinanzierung.</li> <li>• Unzumutbare Delegation an Gemeinden in gewissen Kantonen, d.h. Gemeinden fühlen sich nicht verantwortlich für eine gewissenhafte Umsetzung der Pflegefinanzierung.</li> <li>• Trotz ausgewiesener Vollkostenrechnung: Restfinanzierung bei freiberuflichen Pflegefachpersonen basiert auf Goodwill der Kantone und Gemeinden und wird den Vollkosten nicht gerecht.</li> <li>• Eklatante Unterschiede zwischen den Kantonen: zum Beispiel die tiefsten Stundenansätze im Kanton Genf und die höchsten in der Zentralschweiz.</li> <li>• Unverhältnismässig hohe administrative Vorgaben der Kantone an freiberuflich tätige Pflegefachpersonen damit sie Pflegeleistungen erbringen können und Restkostenfinanzierung erhalten.</li> </ul>
<b>CURAVIVA</b>	Plus ou moins forte participation aux coûts des soins	Financement des autorités publiques plus conséquent.



## SONDAGE FP 2013

## QUESTIONS COMMUNES SOINS À DOMICILE, SOINS EN EMS

## b. Financement résiduel - Restfinanzierung

## Question 3

Selon quelles modalités le financement résiduel est-il versé? Veuillez, svp, cocher les réponses et indiquer le nombre de cantons concernés:

*Nach welchen Modalitäten wird die Restfinanzierung ausgerichtet? Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antworten an und geben Sie die Zahl der betroffenen Kantone an:*

	ASI / SBK	SPITEX	SPITEX Privée	CURAVIVA
<b>Par versement automatique aux assurés</b> <i>Durch automatische Überweisung an die Versicherten</i>		keine Vergütung an die Versicherten (Ausnahme: Rückvergütung bereits bezahlter Spitex-Rechnungen: Restkosten an Ausserkantonale PatientInnen)		X
<b>Par versement automatique aux fournisseurs de prestations</b> <i>Durch automatische Überweisung an die Leistungserbringer,</i>	in 2 Kantonen  <u>Bemerkung:</u> In den Kantonen Bern und Tessin, welche eine Leistungsvereinbarung mit den freiberuflichen Pflegefachpersonen abgeschlossen haben.	Die Restkosten werden in jedem Fall den Spitex-Organisationen vergütet		X
<b>Par versement aux assurés sur leur demande</b> <i>Durch Überweisung an die Versicherten auf deren Anfrage,</i>				

## SONDAGE FP 2013

QUESTIONS COMMUNES SOINS À DOMICILE, SOINS EN EMS				
b. Financement résiduel - Restfinanzierung				
Question 3				
Selon quelles modalités le financement résiduel est-il versé? Veuillez, svp, cocher les réponses et indiquer le nombre de cantons concernés:				
<i>Nach welchen Modalitäten wird die Restfinanzierung ausgerichtet? Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antworten an und geben Sie die Zahl der betroffenen Kantone an:</i>				
	ASI / SBK	SPITEX	SPITEX Privée	CURAVIVA
Par versement aux assurés sur demande des fournisseurs de prestations <i>Durch Überweisung an die Versicherten auf Anfrage der Leistungserbringer,</i>	in 1 Kanton (LU)			
Par versement aux fournisseurs de prestations sur leur demande <i>Durch Überweisung an die Leistungserbringer auf deren Anfrage</i>	17 Kantonen <u>Bemerkungen</u> : Restfinanzierung in 17 Kantonen auf sehr unterschiedlichem Niveau. 6 restliche Kantone: keine Restfinanzierung, trotz ausgewiesenen Vollkosten.		in den 12 Kantonen mit Restkostenfinanzierung	X

**Remarques générales de SPITEX :**

In der konkreten Ausgestaltung gibt es unzählige Variationen (auf Ebene Kantone und Gemeinden). Folgende Gruppen lassen sich nach unserem Wissensstand bilden:

- Globalbudget oder Budgetierung unter Berücksichtigung von Leistungsauftrag, Einwohnerzahl etc. oder Defizitgarantie: 8 Kantone (AI, AR, FR, GE, SH, SO, TI, UR)
- Restfinanzierung anhand der geleisteten Stunden: 13 Kantone (BE, BS, GL, GR, JU, LU, NW, OW, TG, VD, VS, ZG, ZH) Teils erfolgt die Rechnungsstellung an den Kanton pro KlientIn; teils monatlich
- über das Total der geleisteten Stunden; teils quartalweise oder jährlich über das Total der geleisteten Stunden.
- Variiert von Gemeinde zu Gemeinde: 3 Kantone (AG, SG, SZ)
- Nicht bekannt: 2 Kantone

## SONDAGE FP 2013

Generell gilt es festzuhalten, dass die Kantone und Gemeinden die Restfinanzierung sehr unterschiedlich handhaben. Nicht nur bezüglich Abrechnungsmodus, sondern auch in der Frage, was sie in diese Restfinanzierung einschliessen.

Unklarheiten gibt es bezüglich der Finanzierung von Materialkosten. BAG und Versicherer vertreten die Position, dass diese im Rahmen der Restfinanzierung durch die öffentliche Hand zu leisten sei. Die Spitex Organisationen machen vielerorts die Erfahrung, dass die Gemeinde oder der Kanton nicht bereit ist, diese Kosten zu tragen. Der Spitex Verband Schweiz fordert, dass die Materialkosten der Spitex den Versicherern in Rechnung gestellt werden können. Mit den alten Tarifverträgen (vor Einführung der Neuen Pflegefinanzierung) war dies vielerorts möglich. Der gesamtschweizerische Administrativvertrag hält nur noch fest, wie MiGeL-Produkte in Rechnung gestellt werden können. Spitex Organisationen berichten von absurden Fällen aufgrund der aktuellen (Nicht-)Regelung. Z.B.: Leistungen, die mit hohem Materialaufwand verbunden sind (z.B. Infusionstherapie, Wechsel eines Spezialverbandes, hoher Darmeinlauf, etc.), werden anstatt von Spitex durch das Spitalambulatorium oder in der Hausarztpraxis erbracht. Diese können zu höheren Tarifen abrechnen und zusätzlich den Materialaufwand in Rechnung stellen.

## SONDAGE FP 2013

<b>QUESTIONS COMMUNES SOINS À DOMICILE, SOINS EN EMS</b> <b>c. Convention (avec les assureurs) - Vereinbarungen (mit Versicherern)</b> <b>Question 4</b> <b>Veillez indiquer les conventions conclues en matière de financement des soins (intitulé de la convention et si possible le lien internet) :</b> <b>Geben Sie bitte die Verträge an, die im Bereich der Pflegefinanzierung abgeschlossen sind (Titel des Vertrags und wenn möglich Internet-Link):</b>	
<b>SPITEX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrativvertrag vom 20.12.2010 („Langzeitpflege“): Vertragspartner sind: Spitex Verband Schweiz Association Spitex Privée Suisse Santésuisse Nicht Vertragspartner sind supra und assura <a href="http://www.spitex.ch/index.cfm/A5D857D4-C2FE-32C3-6CEEE21AF5B4904A/">http://www.spitex.ch/index.cfm/A5D857D4-C2FE-32C3-6CEEE21AF5B4904A/</a></li> <li>• Administrativvertrag Akut- und Übergangspflege AÜP vom 30.11.2011: Vertragspartner sind: Spitex Verband Schweiz Association Spitex Privée Suisse Tarifsuisse AG Helsana Versicherungen AG, Progrès Versicherungen AG, Avanex Versicherungen AG, sansan Versicherungen AG, maxi.ch Versicherungen AG Sanitas Grundversicherungen AG, Wincare Versicherungen AG, Compact Grundversicherungen AG, Kolping Krankenkasse AG KPT Krankenkasse AG, Agilia Krankenkasse AG, Publisana Krankenversicherung Nicht Vertragspartner sind: supra und assura <a href="http://www.spitex.ch/index.cfm/BA245D99-B004-96DF-DD54C2EEFE828A5B/">http://www.spitex.ch/index.cfm/BA245D99-B004-96DF-DD54C2EEFE828A5B/</a></li> </ul> <p>Auf Seite Spitex Verband Schweiz sind bis jetzt 23 Kantonalverbände mit all ihren Non-Profit Spitex Organisationen dem „Langzeitpflege“-Vertrag beigetreten. Beim Vertrag für Akut- und Übergangspflege sind es erst 5 Kantonalverbände und ihre Organisationen.</p> <p>Trotz einheitlicher Verträge mit den Versicherern halten sich nicht alle Versicherer an die getroffenen Vereinbarungen und auch nicht an das Gesetz. z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Versicherer behandeln die Bedarfsmeldung als Kostengutsprache und akzeptieren kleine Abweichungen nach oben zwischen Bedarfsmeldung und Rechnung nicht. Demzufolge werden die Rechnungen nicht bezahlt; somit erhöhtes Debitorenrisiko, da meist bereits über mehrere Wochen Leistungen erbracht wurden.</li> <li>• Die Versicherer halten die Fristen, welche im Administrativvertrag vereinbart wurden, nicht ein (für Bezahlung der Rechnungen wie auch für Widerspruch beim Pflegebedarf).</li> <li>• Die Versicherer fordern systematisch mehr Informationen als vertraglich vereinbart von Anfang geschickt wird. Oft wird systematisch die gesamte Pflegedokumentation verlangt. Diese Informationen werden nicht vom Vertrauensarzt bearbeitet, sondern von PflegecontrollerInnen.</li> <li>• Die Versicherer streichen ärztlich verordnete Pflegeleistungen oder Zeiten für diese Leistungen. Teils mit der Begründung, ihre eigenen Instrumente würden kürzere Zeiten ergeben. Teils mit der Begründung, es handle sich nicht um Pflegeleistungen, sondern um nicht kassenpflichtige Betreuung (ein Problemfeld ist beispielsweise das Bereitstellen von Essen bei Dementen). Teils auch ohne Begründung.</li> </ul>
<b>SPITEX Privée</b>	<p>Administrativvertrag zwischen Spitexverband Schweiz und Association Spitex privée Suisse einerseits und santésuisse andererseits: <a href="http://www.spitexprivéesuisse.ch/cms/images/stories/asps/2011_Adminvertrag_d.pdf">http://www.spitexprivéesuisse.ch/cms/images/stories/asps/2011_Adminvertrag_d.pdf</a></p>
<b>ASI / SBK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrativverträge Langzeitpflege je mit tarifsuisse AG, Helsana, KPT, Sanitas und Assura/Supra.</li> <li>• Administrativvertrag Akut- und Übergangspflege in Verhandlung.</li> </ul>

## SONDAGE FP 2013

**QUESTIONS COMMUNES SOINS À DOMICILE, SOINS EN EMS****c. Convention (avec les assureurs) - Vereinbarungen (mit Versicherern)****Question 4**

**Veillez indiquer les conventions conclues en matière de financement des soins (intitulé de la convention et si possible le lien internet) :**

***Geben Sie bitte die Verträge an, die im Bereich der Pflegefinanzierung abgeschlossen sind (Titel des Vertrags und wenn möglich Internet-Link):***

<b>CURAVIVA</b>	<p>Convention administrative nationale entre CURAVIVA Suisse et la communauté d'achats HSK.</p> <p>Chaque canton bénéficie de conventions tarifaires propres. Au vu de la situation actuelle avec la convention administrative, la plupart des conventions ont simplement été prolongées par des avenants. De ce fait il nous est difficile de transmettre des données qui sont à jour.</p>
-----------------	---

**FRAGEN AN SPITEX VERBAND SCHWEIZ, SPITEX PRIVEE SUISSE, SBK**

**a. Modalitäten für die Erstellung der Rechnungen an die Versicherten**

1. Wird i.d.R. auf der Rechnungen zwischen Pflegeleistungen und anderen Leistungen unterschieden? .....  
 Ja  
 Nein
2. Wird der Betrag der Restfinanzierung auf den Rechnungen ausgewiesen (in Beziehung mit Art. 42 Absatz 3 KVG)?  
 Ja  
 Nein, bitte die Zahl der Kantone: ....  
und/oder den Prozentsatz der Leistungserbringer angeben: .....
3. Listen Sie bitte die weiteren Taxen auf, die den Versicherten abgesehen von den Pflegeleistungen verrechnet werden: .....

**b. Ausserkantonale Krankenpflege**

4. Bestehen Schwierigkeiten bezüglich der Regelung der Restfinanzierung bei der ausserkantonalen Krankenpflege ?  
 Nein  
 Ja, bitte angeben welche: .....
5. Bei wie vielen Kantonen und Patienten traten 2011 und 2012 bei ausserkantonomer Krankenpflege Schwierigkeiten bei der Restfinanzierung auf?  
2011: Bei ..... Kantonen, was .... Patienten entspricht  
2012: Bei ..... Kantonen, was .... Patienten entspricht
6. Falls eine Schwierigkeit mit der Restfinanzierung besteht, welche Folgen ergeben sich für:
  - Die Leistungserbringer und welche Lösungen wurden getroffen?  
.....
  - Die Versicherten? .....

SONDAGE DE L'ASSOCIATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS à DOMICILE (ASAD),  
ASSOCIATION SPITEX PRIVEE SUISSE (ASPS) ET ASSOCIATION SUISSE DES  
INFIRMIERES ET INFIRMIERS (ASI)

<b>SOINS À DOMICILE - PFLEGE ZU HAUSE</b>				
<b>a. Modalités d'établissement des factures adressées aux assurés</b> <i>Modalitäten für die Erstellung der Rechnungen an die Versicherten</i>				
	<b>Question 1.</b> Les prestations de soins et autres prestations sont-elles en règle générale énumérées de manière distincte sur les factures? <i>Wird i.d.R. auf der Rechnungen zwischen Pflegeleistungen und anderen Leistungen unterschieden?</i>		<b>Question 2.</b> Le montant du financement résiduel est-il mentionné sur les factures (selon l'art. 42, al. 3, LAMal)? <i>Wird der Betrag der Restfinanzierung auf den Rechnungen ausgewiesen (in Beziehung mit Art. 42 Absatz 3 KVG)?</i>	
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>NON:</b> pourcentage et / ou nombre de canton-s
<b>SPITEX</b>	Ja		Bekannt sind uns der Kanton Zürich sowie einzelne Gemeinden im Kanton St. Gallen, die den Anteil der öffentlichen Hand auf der Rechnung ausgewiesen haben wollen. Weitere sind uns nicht bekannt.	Nein
<b>SPITEX PRIVEE</b>	Ja		<b>Ja</b> (auf der „Rechnungskopie“, auf welcher auch der Betrag ersichtlich ist, welchen wir den Krankenversicherern mit Tiers payant verrechnen)	
<b>ASI</b>	Ja			0%

SONDAGE DE L'ASSOCIATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS à DOMICILE (ASAD),  
ASSOCIATION SPITEX PRIVEE SUISSE (ASPS) ET ASSOCIATION SUISSE DES  
INFIRMIERES ET INFIRMIERS (ASI)

**SOINS À DOMICILE - PFLEGE ZU HAUSE**

**a. Modalités d'établissement des factures adressées aux assurés**  
**Modalitäten für die Erstellung der Rechnungen an die Versicherten**

**Question 3**

**A l'exclusion des prestations de soins, veuillez énumérer les autres taxes facturées à l'assuré :**  
**Listen Sie bitte die weiteren Taxen auf, die den Versicherten abgesehen von den Pflegeleistungen verrechnet werden:**

<b>SPITEX</b>	Für ambulante Pflegeleistungen werden bei der NPO-Spitem keine weiteren Taxen verrechnet. Gemäss Berichten von unseren Mitgliedern, verrechnen kommerzielle Organisationen Wegzeiten sowie Nacht- und Wochenendzuschläge. Teilweise, indem sie für jeden Pflegeeinsatz auch noch ein paar Minuten Betreuung als hauswirtschaftliche Zusatzleistung verrechnen, damit Wegzeiten oder sonstige Zuschläge (Pauschalbeträge) ohne Verletzung des Tarifschutzes verrechnet werden können. MiGeL wird gemäss Administrativverträge verrechnet. Separat verrechnet werden die Hauswirtschaftlichen Dienstleistungen, Betreuung, Mahlzeitendienst etc.
<b>SPITEX PRIVEE</b>	Patientenbeteiligung (je nach Kanton 0-20%); d.h. die Versicherten bezahlen bei den KLV-Leistungen nur eine allfällige Patientenbeteiligung.
<b>ASI</b>	Grundsätzlich keine, da alle freiberuflich tätigen diplomierte Pflegefachpersonen sind und entsprechend Pflegeleistungen erbringen.



SONDAGE DE L'ASSOCIATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS à DOMICILE (ASAD),  
ASSOCIATION SPITEX PRIVEE SUISSE (ASPS) ET ASSOCIATION SUISSE DES  
INFIRMIERES ET INFIRMIERS (ASI)

<b>SOINS À DOMICILE - PFLEGE ZU HAUSE</b>		
<b>b. Soins hors canton - Ausserkantonale Krankenpflege</b>		
<b>Question 4.</b>		
<b>Difficultés relatives au règlement du financement résiduel pour les soins hors canton</b>		
<b>Schwierigkeiten bezüglich der Regelung der Restfinanzierung bei der ausserkantonalen Krankenpflege</b>		
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>SPITEX</b>	<p>Ja</p> <p>Es ist unklar, welcher Kanton die Restkosten in welcher Höhe übernimmt: <u>Situation im Mai 2012:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 Kantone (AI, AR, FR, GE, JU, TG, TI, VD) übernehmen die Restfinanzierung auch für die Pflegeleistungen ihrer Spitex-Organisationen, die sie für ausserkantonale Patient/-innen erbringen (z.B.: der Kanton VD bezahlt der Waadtländer Spitex-Organisation die Restfinanzierung von Pflegeleistungen, die sie für einen Berner Feriengast erbracht hat).</li> <li>• 13 Kantone (BE, BL, BS, GL, LU, NE, NW, OW, SO, UR, VS, ZG, ZH) übernehmen die Restfinanzierung für ausserkantonale Patient/-innen nicht. (z.B.: der Kanton BE bezahlt der Berner Spitex-Organisation die Restfinanzierung von Pflegeleistungen, die sie für einen Tessiner Gast erbracht hat, nicht.) Die Spitex-Organisationen sind grossmehrheitlich dazu übergegangen, die Restfinanzierung den ausserkantonalen KlientInnen in Rechnung zu stellen. Die KlientInnen werden im Voraus informiert, dass sie in der Wohngemeinde oder im Wohnkanton diese Restkosten eventuell zurück erstattet bekommen.</li> <li>• In 4 Kantonen ist die Praxis unterschiedlich je nach Gemeinde.</li> </ul> <p>In einer Regelung des Problems sind zwei Kategorien zu berücksichtigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klient/-innen, die sich temporär ausserkantonale ambulant pflegen lassen (Aufenthalt bei Angehörigen oder Ferienaufenthalt).</li> <li>b. b. Klient/-innen, die regelmässig ausserkantonale ambulante Pflege benötigen (z.B. regelmässige Spitex-Leistungen am „ausserkantonalen“ Arbeitsort).</li> </ol>	
<b>SPITEX PRIVEE</b>	<p>Generell gab es immer wieder Probleme, speziell wenn die Bezahlung direkt durch die Gemeinden erfolgt (es bestehen offensichtlich Rechtsunsicherheiten).</p>	
<b>ASI - SBK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten/Klienten:</li> <li>• Zuständigkeit bei Ferienaufenthalten</li> <li>• Finanzierung bei Aufenthalt bei Verwandten und Bekannten</li> <li>• Kantonswechsel</li> </ul>	

SONDAGE DE L'ASSOCIATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS à DOMICILE (ASAD),  
ASSOCIATION SPITEX PRIVEE SUISSE (ASPS) ET ASSOCIATION SUISSE DES  
INFIRMIERES ET INFIRMIERS (ASI)

<b>SOINS À DOMICILE - PFLEGE ZU HAUSE</b> <b>b. Soins hors canton - Ausserkantonale Krankenpflege</b> <b>Question 5.</b> <b>Nombre de cantons et de patients concernés par des difficultés en matière de financement résiduel en cas de soins hors canton en 2011 et en 2012?</b> <b>Wie vielen Kantonen und Patienten traten 2011 und 2012 bei ausserkantonaler Krankenpflege Schwierigkeiten bei der Restfinanzierung auf</b>	
<b>SPITEX</b>	<p><u>Diese Zahlen haben wir nicht.</u></p> <p>Die NPO-Spitem-Organisationen pflegten 2011 über 2'000 temporär ausserkantonale KlientInnen. Tendenz steigend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kürzere Hospitalisationsdauer führt dazu, dass vermehrt (ältere) Menschen vorübergehend zu Angehörigen ziehen und dort von diesen betreut und von Spitem gepflegt werden. Diese Angehörigen wohnen nicht immer im gleichen Kanton. (Wenn Akut- und Übergangspflege funktionieren würde, gäbe es weniger solcher Aufenthalte).</li> <li>• Zur Entlastung der ständig pflegenden Angehörigen, verbringen Pflegebedürftige ein paar Tage/Wochen bei anderen Angehörigen und benötigen auch da Spitem-Pflege.</li> <li>• Projekt Claire und George Hotelspitem (<a href="http://www.claireundgeorge.ch/">http://www.claireundgeorge.ch/</a>)</li> </ul> <p><u>Folgende Schwierigkeiten</u> kommen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Spitem-Organisation stellt die Restkosten der Klientin in Rechnung und hat keine Kenntnis davon, wie es weiter geht: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Klientin scheut den administrativen Aufwand und bezahlt den Anteil, den die öffentliche Hand tragen müsste, selber.</li> <li>○ Die Klientin muss unter Umständen einen grossen administrativen Aufwand betreiben, bis sie die Restkosten erstattet bekommt: An welche Stelle kann sie die Rechnung schicken? Viele Gemeinden reagieren erstaunt über solche Forderungen und bezahlen nicht sofort.</li> <li>○ Der Kanton oder die Gemeinde übernimmt die Restkosten nicht, weil er sich auf den Standpunkt stellt, dass jeder Kanton seine eigenen Spitem-Organisationen finanziert (objektbezogene Finanzierung) oder dass die Beiträge nach KLV kostendeckend seien und demnach keine Restkosten anfallen. Die Klientin bezahlt den Anteil, den die öffentliche Hand tragen müsste, selber.</li> </ul> </li> <li>• Die Spitem-Organisation stellt die Restkosten der Wohngemeinde oder dem Wohnkanton in Rechnung: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grosser administrativer Aufwand, weil der Organisation in der Regel nicht bekannt ist, an welche Stelle die Rechnung zu senden ist.</li> <li>○ Der Kanton oder die Gemeinde übernimmt die Restkosten nicht (vgl. oben). Die Spitem-Organisation trägt die Restkosten selber.</li> </ul> </li> </ul>
<b>SPITEX PRIVEE</b>	pas de réponse à cette questions
<b>ASI - SBK</b>	Zahlen uns nicht bekannt. Wir erhalten jedoch immer wieder Anfragen von freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen mit der Frage, wer in diesem Falle für die Restkosten zuständig sei.

## SONDAGE 2013 SPITEX, SPITEX PRIVEE, ASI-SBK

<b>SOINS À DOMICILE - PFLEGE ZU HAUSE</b>		
<b>b. Soins hors canton - Ausserkantonale Krankenpflege</b>		
<b>Question 6</b>		
<b>S'il existe une difficulté en matière de financement résiduel, quelles sont les conséquences pour Falls eine Schwierigkeit mit der Restfinanzierung besteht, welche Folgen ergeben sich für:</b>		
	<b>Conséquences pour les fournisseurs de prestations et solutions adoptées</b> <i>Folge für Leistungserbringer und getroffene Lösungen</i>	<b>Conséquences pour les assurés</b> <i>Folge für Versicherten</i>
<b>SPITEX</b>	Die Mehrheit der Spitex-Organisationen in Kantonen, welche die Restkosten von ausserkantonalen KlientInnen nicht übernehmen, stellen die Restkosten den KlientInnen in Rechnung.	Nicht wenige tragen vermutlich die Restkosten selber. Die Beiträge für ambulante Pflege nach KLV 7a decken ca. 50% der Kosten. Der Anteil, den die PatientInnen selber tragen müssen, ist also ca. 50%.
<b>SPITEX PRIVEE</b>	pas de réponse à ces questions	
<b>ASI - SBK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzicht auf Restfinanzierung wegen massiv hohem administrativem Aufwand</li> <li>• Pflicht zusätzliche Berufsausübungsbewilligung zu beantragen.</li> <li>• Pflicht Leistungsvereinbarung mit einigen Kantonen.</li> <li>• Kantonale Vorgabe für Umfang der Pflegeleistungen!</li> <li>• Langwieriger Schriftverkehr mit Kantonen und noch öfter mit Gemeinden.</li> <li>• Unverhältnismässig hohe administrative Vorgaben der Kantone an freiberuflich tätige Pflegefachpersonen damit sie Pflegeleistungen erbringen können und Restkostenfinanzierung erhalten.</li> <li>• SBK hat Bundesgerichtentscheid erwirkt im Kanton FR.</li> <li>• SBK hat rechtliche Schritte eingeleitet im Kt. SO.</li> <li>• Anforderungen für Restfinanzierung von Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlich.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freie Wahl der Leistungserbringer ist nicht mehr in allen Kantonen gewährleistet.</li> <li>• Grosse Verunsicherung bei den Versicherten. Kennen sich in diesem Pflegefinanzungsdschungel nicht mehr aus.</li> <li>• Wissen nicht mehr, an wen sie sich wann wenden können.</li> </ul>

**FRAGEN AN CURAVIVA (PFLEGEHEIME)****a. Kostenrechnung**

1. Verfügen alle Pflegeheime über eine Kostenrechnung?
  - Ja
  - Nein, Prozentsatz der Pflegeheime mit Kostenrechnung angeben: ..... %
2. Werden unterschiedliche Modelle der Kostenrechnung angewandt?
  - Nein
  - Ja, bitte diese Unterschiede/Modelle angeben:  
.....

**b. Modalitäten für die Erstellung der Rechnungen an die Versicherten**

3. Wird i.d.R. auf der Rechnung zwischen den Pflege-, Betreuungs- und Hotellerieleistungen unterschieden?
  - Ja
  - Nein, bitte die Zahl der Kantone ....  
und/oder den Prozentsatz der Pflegeheime angeben: .....
4. Wird der Betrag der Restfinanzierung auf den Rechnungen ausgewiesen (in Beziehung mit Art. 42 Absatz 3 KVG)?
  - Ja
  - Nein, bitte die Zahl der Kantone ....  
und/oder den Prozentsatz der Pflegeheime angeben:.....
5. Welche weiteren Taxen werden den Versicherten neben den Pflege-, Betreuungs- und Hotellerieleistungen verrechnet? Bitte auflisten: .....

**c. Ausserkantonale Pflegeheimaufenthalte**

6. Bestehen Probleme bezüglich der Regelung der Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten?
  - Nein
  - Ja, bitte angeben welche: .....
7. In wie vielen Kantonen und Pflegeheimen sind 2011 und 2012 bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten Schwierigkeiten bei der Restfinanzierung aufgetreten?
 

2011 : in ..... Kantonen, was .... % der Pflegeheime entspricht

2012 : in ..... Kantonen, was .... % der Pflegeheime entspricht
8. Falls eine Schwierigkeit bei der Restfinanzierung besteht, welche Folgen ergeben sich für:
  - Die Leistungserbringer und welche Lösungen wurden getroffen? .....
  - Die Versicherten?.....
  - Weitere Folgen: .....

**REPONSES DE CURAVIVA (ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAUX, EMS)****a. Comptabilité analytique**

1. Tous les EMS disposent-ils de la comptabilité analytique?
- Oui
- Non, précisez le pourcentage d'EMS concernés par la comptabilité analytique:  
80.. %
2. Différents modèles de comptabilité analytique sont-ils appliqués?
- Non
- Oui, veuillez préciser quelles sont ces différences/modèles? Comptabilité analytique de CURAVIVA, système OPAL, autre outils élaborés par les utilisateurs.

**b. Modalités d'établissement des factures adressées aux assurés**

3. Les prestations de soins, d'assistance et d'hôtellerie sont-elles en règle générale énumérées de manière distincte sur les factures?
- .....
- Oui
- Non, veuillez préciser nombre de cantons .....
- et/ou le pourcentage d'EMS:
- .....
4. Le montant du financement résiduel est-il mentionné sur les factures (en relation avec l'art. 42, al. 3, LAMal)?
- Oui
- Si non, veuillez préciser le nombre de canton-s: ....
- et/ou le pourcentage d'EMS:.....
5. À l'exclusion des prestations de soins, d'assistance et d'hôtellerie, quelle-s autre-s taxe-s sont facturée-s à l'assuré? Veuillez les énumérer : Tout autres soins corporels (coiffure manucure)

**c. Séjours hors canton**

6. Existe-t-il des problèmes relatifs au règlement du financement résiduel pour les séjours hors canton ?
- Non
- Oui, veuillez préciser lesquels: Absence de convention inter-cantonaux / Barrière à l'entrée pour les changements de domicile.
7. Combien de cantons et d'EMS ont été concernés par des problèmes de financement résiduel en cas de séjours hors canton en 2011 et en 2012?
- En 2011: 15.. canton-s, ce qui représente le .... % des EMS

En 2012:..15... canton-s, ce qui représente le .... % des EMS

8. S'il existe une difficulté relative au financement résiduel, quelles sont les conséquences pour :

- Les fournisseurs de prestations et quelles solutions ont-ils adoptées? .

*Par manque de couverture des frais suffisante, plusieurs établissements ne prennent tout simplement plus de résidents hors canton.*

- Les assurés?

*Doivent prévoir longtemps à l'avance leur changement d'adresse pour entrer en EMS. Se voie refuser l'entrée pour des questions de financement alors qu'ils souhaitent se rapprocher de leur famille.*

## Rechtsprechung des Bundesgerichtes (BG)

Folgende Entscheide des Bundesgerichtes enthalten insbesondere Präzisierungen im Bereich Pflegefinanzierung:

- BGE 138 I 410 vom 22. Oktober 2012 präzisiert das vorletzte Urteil des Bundesgerichtes betreffend die Restfinanzierung: "*L'art. 25a al. 5 LAMal garantit que les coûts des soins résiduels, à savoir l'intégralité des frais effectifs que ni l'assurance obligatoire des soins ni l'assuré ne prendraient à leur charge, soit assumée par les collectivités publiques, soit par le canton ou, si ce dernier décide de les mettre (également) à contribution, par les communes. (cf. arrêt 2C\_728/2011 du 23 décembre 2011 consid. 3.4 s., confirmé in ATF 138 II 191 consid. 4.2.3 p. 199; arrêts 2C\_228/2011 du 23 juin 2012 consid. 3.2.1; 2C\_864/2010 du 24 mars 2011 consid. 4.2). Ce faisant, les cantons disposent d'une large marge d'appréciation relative aux modalités de prise en charge de la part cantonale, en particulier en vue de leur permettre d'intervenir sur les prestataires de soins de santé, afin que ces derniers maîtrisent au mieux le coût des soins à l'aune de l'art. 32 LAMal; l'art. 25a LAMal ne s'oppose ainsi pas par principe à une tarification forfaitaire de la part résiduelle (cf. arrêts 2C\_228/2011 du 23 juin 2012 consid. 3.2.1; 2C\_728/2011 du 23 décembre 2011 consid. 3.5.2 ss). Cela étant, la Cour de céans a précisé que le droit social fédéral imposait désormais aux cantons de couvrir les coûts des soins résiduels auprès de tous les EMS autorisés à facturer leurs prestations à l'assurance-maladie obligatoire, sans autres conditions (cf. ATF 138 II 191 consid. 4.2.3 p. 199).*" (E. 4.2)

*"(...) les cantons conservent une marge de manœuvre importante leur permettant de définir la planification sanitaire applicable à leur territoire, ainsi que d'imposer le cas échéant des charges et des conditions aux fournisseurs de soins pour les admettre sur la liste des prestataires autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Cependant, une fois la liste LAMal établie, les cantons sont alors seulement tenus de veiller, directement ou en déléguant (partiellement) cette tâche aux communes, à ce que les coûts des soins relatifs aux prestations fournies par les établissements figurant sur cette liste et qui, d'après l'art. 25a al. 5 LAMal, ne sont pris en charge ni par les assurances sociales ni par les assurés, soient entièrement couverts par l'Etat. Les cantons ne peuvent donc plus soumettre le principe de la prise en charge financière de la part résiduelle des EMS figurant sur la liste LAMal à des conditions et exigences additionnelles; il leur est en revanche permis, dans les limites fixées par le droit social fédéral, de régler les modalités de prise en charge de la part cantonale, par exemple en introduisant une tarification forfaitaire couvrant les coûts globaux, dans le but de favoriser l'économicité des coûts."* (E. 4.3)

*"Le principe du versement de la part résiduelle par les collectivités publiques doit être compris comme étant non seulement impératif, mais également inconditionnel."* (consid. 5.2)

- BGE 138 II 191 vom 19. April 2012: "*En dehors de la couverture cantonale des soins en vertu de l'art. 25a, al. 5, LAMal, aucune obligation de subventionner ne peut être déduite de l'art. 39 LAMal. Par ailleurs, la législation fédérale ne prévoit pas un droit général ou absolu à l'obtention des subventions de la part de l'Etat (...) pour prétendre à une subvention particulière il faut que la loi détermine le principe et les conditions d'octroi spécifiques (ATF*

118 V 16, consid. 3a, p. 19; ATF 116 V 318 consid. 1c p. 319 s.; arrêt 2C\_762/2008 du 8 mai 2009 consid. 1.1)." (E. 4.2.4)

"(...) le canton est tenu, lorsqu'il octroie des subventions de se conformer aux principes généraux de toute activité administrative, soit notamment le respect de la légalité, de l'égalité de traitement, de la proportionnalité et de la bonne foi, ainsi que l'interdiction de l'arbitraire (ATF 136 II 43 consid. 3.2 p. 46; ATF 131 II 306 consid. 3.1.2 p. 315; cf. aussi JAAG/LIENHARD/TSCHANNEN, *Ausgewählte Gebiete des Bundesverwaltungsrechts*, 7e éd. 2009, p. 59)." (E. 4.2.5)

Im Sinne der freien Wahl eines Pflegeheimes muss der Kanton es den gewillten Personen erlauben, sich in einer Anstalt niederzulassen, welche auf der Liste von zugelassenen Anstalten aufgeführt ist, die zu Lasten der OKP Leistungen erbringen dürfen und nicht als gemeinnützig anerkannt sind. Dies gilt solange, als diese Pflegeheime bereit sind, Bewohner höchstens zu den maximalen Hotellerietarifen gemäss Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe e ELG aufzunehmen (E. 5.7.3).

- BGE 2C\_728/2011: Bezüglich die Auslegung des letztes Satzes von Art. 25a Absatz 5 KVG, "*Die Kantone regeln die Restfinanzierung*" kam das Bundesgericht zu folgendem Schluss: "*Au vu des opinions divergentes exprimées au sein de l'Assemblée fédérale et de sa volonté de donner aux cantons, dans le respect du fédéralisme, les outils pour endiguer les coûts des soins tout en assurant la pérennité de leur prise en charge effective, force est de constater que l'art. 25a LAMal ne fait donc pas par principe obstacle à la fixation de tarifs forfaitaires par les cantons, en dépit du schématisme qui est inhérent à cet instrument.*" (E. 3.6)

"(...) l'art. 25a LAMal n'impose pas un modèle particulier de financement de la part résiduelle. L'adoption d'une tarification forfaitaire graduée en fonction du degré de dépendance des résidents au lieu d'une prise en charge individualisée des coûts pour chaque EMS n'est pas prohibée en tant que telle." (E 4.1)

- Gemäss BGE 138 V 481 vom 22. Oktober 2012, "*L'art. 10 al. 2 let. a LPC ne s'oppose pas à ce qu'un canton limite la taxe de séjour à prendre en compte de façon à préserver normalement le recours à l'aide sociale seulement aux pensionnaires qui sont pris en charge par une structure reconnue de lui-même* (E. 5.7)."
- BGE 136 V 172 vom 27. April 2012 präzisiert den Unterschied zwischen Grundpflege zu Lasten KVG und Betreuung die durch den Bewohner finanziert wird: "*Portant sur une assistance à la personne (Personenhilfe), les soins de base doivent être distingués de l'aide matérielle (Sachhilfe) ou aide à domicile (cf. ATF 131 V 178, consid. 2.2.3 in fine p. 187). Celle-ci inclut les activités liées à l'économie et la tenue du ménage - tels les achats, la préparation de la nourriture, y compris le service de repas (décision du Conseil fédéral du 9 mars 1998, consid. II, in RAMA 1998 p. 183 s.), laver le linge et d'autres actes semblables -, qui n'entrent pas dans le catalogue des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins (arrêt P 19/03 cité consid. 4.2; Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I 77; GEBHARD EUGSTER, *Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 2007, p. 505 n. 329; LONGCHAMP, op. cit., p. 485; voir aussi BRIGITTE PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, 2003, p. 243).*" (E. 5.3.2.)*