

**Rapport du 26 avril 2011**

**Mise en œuvre de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 dans les cantons**

---

**Table des matières**

- 1. Introduction**
  
- 2. Résultats du sondage**
  - 2.1. Thèmes du sondage**
  - 2.2. Réponses des cantons**
    - 2.2.1. Répartition des compétences**
    - 2.2.2. Financement résiduel**
    - 2.2.3. Participation aux coûts**
    - 2.2.4. Réglementation des séjours hors canton**
    - 2.2.5. Fixation de la part cantonale pour les soins aigus et de transition**
    - 2.2.6. Mandats spécifiques aux fournisseurs de prestations**
    - 2.2.7. Usage du délai prévu par les dispositions transitoires**
    - 2.2.8. Mesures pour éviter une dépendance à l'aide sociale**
  
- 3. Résumé et conclusions**
  - 3.1. Remarque générale**
  - 3.2. Points importants**
    - 3.2.1. Adoption des dispositions cantonales**
    - 3.2.2. Financement résiduel**
    - 3.2.3. Participation aux coûts**
    - 3.2.4. Dispositions transitoires**

## 1. Introduction

Le Parlement a adopté le 13 juin 2008 (FF 2008 4751) le nouveau financement des soins. Les modifications légales découlant de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement sont les suivantes :

- modification de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) :
  - introduction d'une allocation pour impotent de faible degré en faveur des rentiers vivant à domicile et présentant une impotence légère<sup>1</sup> ;
- modification de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires (LPC ; RS 831.30) :
  - le séjour dans un home ne doit pas mener à une dépendance à l'assistance sociale ;
  - l'augmentation des montants exonérés de l'impôt sur la fortune entrant dans le calcul des allocations pour impotents ;
- modifications de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) :
  - le versement par l'assurance obligatoire des soins (AOS) d'une contribution en francs en fonction des besoins en soins ;
  - les soins aigus et de transition (max. 14 jours consécutifs à un séjour hospitalier) sont remboursés selon les règles du financement hospitalier (art. 49 a, al. 2, LAMal : 55% au moins à la charge du canton, le solde à la charge de l'assureur-maladie) ;
  - les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales sont financés par les personnes assurées jusqu'à concurrence d'un montant correspondant au maximum à 20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral ;
  - les dispositions transitoires : introduction du principe de la neutralité des coûts et fixation d'un délai de trois ans maximum pour l'adaptation des tarifs par les gouvernements cantonaux.

Lors de la séance du 28 avril 2010, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a chargé l'administration de l'informer sur l'état de la mise en œuvre du financement des soins dans les cantons. Pour ce faire, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a réalisé, en collaboration avec la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), un sondage auprès des services de santé publique cantonaux.

## 2. Résultats du sondage

### 2.1. Thèmes du sondage

Le questionnaire comporte une première question générale sur l'avancement des travaux législatifs de chaque canton, puis huit questions sur les thèmes suivants :

1. la répartition des compétences dans le canton ;
2. le financement résiduel ;
3. la participation aux coûts ;
4. les séjours hors canton ;
5. les soins aigus et de transition ;
6. les fournisseurs de prestations ;
7. les dispositions transitoires ;
8. les prestations complémentaires.

---

<sup>1</sup> Cette allocation est supprimée lors d'un placement dans un établissement médico-social (art. 43bis, al. 1bis, LAVS).

## **2.2. Réponses des cantons**

La question initiale est savoir si la législation d'application a été adoptée ou si elle est encore à l'état de projet. L'état de situation se situe entre le 2 et le 19 novembre 2010 selon les cantons concernés. Les dispositions légales ou décisions figurant dans l'annexe 2 pour chaque canton sont le résultat des recherches complémentaires de l'OFSP afin de donner autant que possible une image de l'état de situation des règles actuellement en vigueur. En résumé, la situation actuelle se présente comme suit :

- 21 cantons ont adopté une loi et/ou une ordonnance, ou encore des dispositions dans une loi ou une ordonnance (AG, AR, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS, UR, ZG, ZH).
- Dans 4 cantons, le Conseil d'Etat a rendu une décision (AI, BE, GL, OW).

Les réponses aux huit autres questions permettent parfois de mettre en évidence l'adoption des règles communes, mais le plus souvent les réponses sont hétérogènes. A noter que nous avons qualifié de majorité les réponses de 13 cantons et plus et qu'aucune question n'a recueilli de réponses à l'unanimité.

### **2.2.1. Répartition des compétences**

La diversité des réponses à cette première question sur la répartition des compétences ne permet pas de tirer de conclusions définitives. Certains cantons ont compris que la question concernait les compétences organisationnelles et décisionnelles, alors que d'autres cantons se sont prononcés sur les compétences financières. La taille des cantons n'est a priori pas un critère déterminant en faveur d'une répartition des compétences partagées entre cantons et communes ou, au contraire, en faveur de compétences exclusivement cantonales ou communales.

- La majorité des cantons (16) dispose de compétences partagées entre le canton et les communes (AG, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS).
- La répartition entre canton et communes peut varier selon les domaines concernés (soins ambulatoires, soins stationnaires ; soins à domicile ; soins en EMS ; structure de jour et de nuit ; soins aigus et de transition).
- Dans 4 cantons, la compétence est exclusivement cantonale (AI, GE, NE, VD).
- Dans 5 cantons, la compétence est exclusivement communale (GR, LU, OW, ZG, ZH).

### **2.2.2. Financement résiduel**

Pour rappel, le nouveau régime de financement des soins prévoit le financement du coût des soins comme suit:

- la contribution de l'AOS (art. 7a, OPAS) ;
- la participation de l'assuré, au maximum 20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Celle-ci s'élève donc au maximum à CHF 21,60 /jour pour les soins en EMS et à CHF 15,95/jour pour les soins à domicile (art. 25a, al. 5, LAMal et 7a, OPAS) ;
- le financement résiduel réglé par les cantons ; en d'autres termes, il s'agit du financement des coûts des soins qui n'est couvert ni par la contribution de l'AOS, ni par la participation de l'assuré. Les cantons peuvent fixer une taxe de soins maximale.

#### **a) Réglementation du financement résiduel - Modalités des flux financiers**

Les réponses sur le financement résiduel ont un niveau et un degré de précision très variables.

Sur les 26 cantons interrogés, 15 cantons versent le financement résiduel directement aux fournisseurs de prestations (AG, BE, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, UR, NE, TI, VD, VS).

Les modalités de ce financement peuvent varier comme suit :

- Dans 5 cantons, le financement résiduel est assumé par le canton et par les communes (FR ; GR : pour les soins à domicile la participation du canton est de 55% et des communes de 45%, pour les soins en EMS la participation est respectivement de 25% et 75% ; SH ; UR ; ZH).
- 5 cantons versent des acomptes, complétés par un décompte annuel (JU ; NE ; NW : taxe de soins normative applicable à tous les fournisseurs de prestations; TI : par le biais d'un contrat de prestations ; VS : les parts des communes aux contributions sont réglées de façon analogue aux parts cantonales).
- Le canton de Genève assure le financement résiduel par une subvention annuelle seulement aux établissements ayant un contrat de prestations et reconnu d'intérêt public. Cette solution pourrait poser un problème d'inégalité de traitement entre établissements publics et privés.
- 2 cantons précisent que les factures sont payées aux fournisseurs de prestations par le biais d'une centrale de clearing cantonale (AG : compensation par les communes selon un système de péréquation financière ; VD).
- Le canton de Fribourg précise que le système de subventionnement règle la couverture intégrale des charges des organisations d'aide et de soins à domicile, tandis que les modalités de facturation pour les infirmières et les infirmiers ne sont pas encore réglées. Le financement résiduel des soins en EMS est financé à raison de 45% par le canton et 55% par l'ensemble des communes. La répartition entre les communes s'opérerait au pro rata de leur population légale, comme la participation des collectivités publiques aux frais d'accompagnement.
- Le canton de Lucerne verse le financement résiduel aux fournisseurs de prestations par le biais d'une procuration du résident.
- Dans 4 cantons, les communes prennent en charge le financement résiduel (AG ; GL : dans le domaine ambulatoire, les communes s'acquittent des coûts par une contribution globale ou de couverture de déficit, le financement résiduel étant indemnisé en fonction des prestations fournies ; SZ ; BL : également la facturation).
- Dans le canton d'Obwald, chaque commune règle la question des participations aux coûts des soins. Les fournisseurs de prestations sont généralement responsables de la facturation et de l'encaissement ; ils facturent les coûts à charge communes.
- Dans le canton de St Gall, l'exécution des paiements des soins stationnaires et des structures de jour et de nuit est effectuée par le service des assurances sociales. Ce dernier verse le financement résiduel directement aux personnes concernées. Le remboursement du financement résiduel est versé mensuellement en même temps que les prestations complémentaires et les allocations d'impotence. L'annonce initiale de financement des soins doit être faite auprès de la caisse de compensation AVS de la commune de domicile. Pour les soins ambulatoires, les fournisseurs de prestations facturent le financement résiduel directement aux communes. Pour les soins aigus et de transition, les communes versent leur participation directement aux fournisseurs de prestations par le biais d'une convention.
- Le canton de Schaffhouse indique que les contributions du canton et des communes figurent directement sur la facture, en principe mensuellement.
- Le canton de Schwyz prévoit pour les soins stationnaires que la caisse de compensation est l'instance d'exécution et que les communes se chargent de la facturation aux assurés. Quant aux soins à domicile, le contrat de prestations règle le financement résiduel. A défaut d'un tel contrat, les communes versent quatre fois par an leur participation aux ayants droit.
- Dans le canton de Thurgovie, les organisations de soins à domicile établissent la facture à l'attention des communes alors que les EMS adressent les factures directement aux résidents.

- Dans le canton d'Uri, le financement résiduel est réglé par les communes pour les soins stationnaires et par le canton pour les soins ambulatoires.
- Le canton de Zoug indique que le financement résiduel incombe aux pouvoirs publics sans préciser s'il s'agit du canton, des communes ou conjointement.
- Le canton de Zurich a défini des coûts normatifs (benchmark = 50 percentile). Le canton et les communes prennent en charge le financement résiduel à hauteur des coûts normatifs. Les coûts restants sont à la charge des institutions.
- Le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures ne s'est pas encore déterminé (AR).
- 2 cantons ne versent pas de contribution cantonale (AI ; SO : cette participation n'est pas nécessaire).

#### **b) Fixation d'une taxe maximale des soins et bases de calcul de cette taxe**

La législation fédérale ne définit pas de taxe maximale de soins. Dès lors, les cantons qui ont fixé une telle taxe disposent d'un instrument de maîtrise des coûts, alors que ceux qui n'en ont pas fixé prennent le risque de supporter un financement résiduel non maîtrisé. 8 cantons ont indiqué la base de calcul de cette taxe, chacune étant différente (AG, AI, AR, GE, GL, LU, SG, TG)

12 cantons ont fixé une taxe maximale (AG ; AI ; AR ; BE ; BL ; GE ; GL ; SG ; SZ : pour les EMS une taxe de soins maximale si les dépenses ne sont pas maîtrisées et pour les soins ambulatoires, une telle taxe est fixée en l'absence de contrat de prestations ; TG ; VS ; ZG : fixation d'un tarif-cadre).

D'autres cantons n'ont pas directement défini de taxe maximale de soins, mais ont prévu des solutions apparentées (BS : adoption d'une taxe uniforme, le prix est le même pour une prestation identique; FR : le projet prévoit que le prix plafond des soins relèverait du calcul du coût des soins ; JU : fixation de tarifs maximaux par catégories ; NE : tarifs applicables à des groupes prédéfinis ; NW ; OW ; TI : tarif normatif défini pour les soins en EMS et les soins à domicile et un plafond est fixé pour les autres montants ; UR ; VD).

#### **c) Contrôle de la facturation des fournisseurs de prestations par le canton**

La majorité des cantons (19) a prévu un contrôle de la facturation des fournisseurs de prestations (AG, AI, BE, BL, BS, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, TI, TG, UR, VS, ZG). La compétence de ce contrôle est attribuée le plus souvent aux cantons. Quelques uns délèguent cette tâche aux communes ou à une autre instance.

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

Presque tous les cantons ont adopté, ou prévu d'adopter, des dispositions sur la participation des assurés. La plupart d'entre eux ont fixé une participation aux coûts de la personne assurée de 10 % pour les soins à domicile et de 20 % pour les soins en EMS. Quelques cantons ont même renoncé à toute participation pour les soins à domicile. Ils prennent alors en charge un financement résiduel supérieur pour ce type de soins et créent un incitatif en faveur du maintien des personnes à domicile le plus longtemps possible. Un canton semble avoir délégué cette compétence aux communes (GL).

#### **a) Réglementation relative à la possibilité de prélever une participation auprès de la personne assurée, de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral**

- 25 cantons ont prévu une réglementation sur la participation de la personne assurée (AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG, ZH).

- Le canton de Glaris pourrait être ajouté à cette liste, puisqu'il s'est prononcé sur la participation de l'assuré aux soins en EMS, toutefois, la participation aux soins à domicile n'est pas encore connue dans une commune sur les trois que compte le canton.
- Le canton du Valais ne prévoit pas de participation de la personne assurée, ni pour les EMS, ni pour les soins à domicile.

#### **b) Réglementation prévue pour les soins en EMS et/ou pour les soins ambulatoires**

##### Participation de la personne assurée aux soins ambulatoires :

- Aucune participation n'est prévue dans 9 cantons (AG : en 2011, puis selon la consultation du parlement ; AI : seulement pour les soins dispensés par des infirmiers ou infirmières ; BE ; FR ; JU ; NE ; TI ; VS ; VD ; GL : 2 communes sur 3 ont déjà renoncé à demander une telle participation, tandis que la 3<sup>e</sup> commune ne s'est pas encore déterminée).
- 11 cantons ont prévu une participation de 10% dont l'un d'entre eux seulement pour 2011 (AI ; AR ; BL : provisoire ; BS : le canton restitue ce montant aux ayants droit à une réduction de prime ; GR ; SG ; SO : en 2011, puis 20% ; SZ ; TG : proportionnellement au montant de l'OPAS ; ZG ; ZH : aucune participation pour les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans. Les communes sont libres de prendre en charge tout ou partie de la contribution).
- Le canton de Genève a prévu une contribution entre 0 et 10% pour les établissements subventionnés en fonction de la capacité financière du client.
- 8 cantons ont prévu une participation de 20% (LU et OW : aucune participation pour les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans ; NW ; UR ; SH : en 2011 : 20% et dès 2012 au plus 20% ; SO : en deux étapes 10% en 2011 et 20% dès 2012 ; SG : pour les structures de jour et de nuit ; TG).

##### Participation de la personne assurée aux soins en EMS :

- 18 cantons ont prévu une participation de 20% (AG ; AR ; BE ; BL : provisoire ; FR ; GL ; GR ; LU et OW : aucune participation pour les enfants et les jeunes jusqu'à 18ans ; NE : selon le niveau de soins requis ; NW ; SG ; SH : en 2011 : 20% et dès 2012 au plus 20% ; SO ; SZ ; TG ; UR ; ZH : aucune participation pour les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans. Les communes sont libres de prendre en charge tout ou partie de la contribution).
- 3 cantons ont prévu une participation de 10 % (AI ; VD : sauf en 2011 un montant unique de CHF 8/j ; ZG).
- 3 cantons n'ont pas précisé le pourcentage (BS, JU, TI).
- 2 cantons n'ont prévu aucune participation pour les soins en EMS (GE, VS).

#### **2.2.4. Réglementation des séjours hors canton**

Les réponses à cette question ne sont pas toujours complètes et les modalités d'application varient d'un canton à l'autre.

- 10 cantons ont explicitement précisé avoir mis en place une réglementation spécifique pour les séjours hors canton (AG ; AR ; BE ; JU ; NE : pour les Neuchâtelois hébergés hors canton ; OW ; SG ; SO ; TI ; ZG), dont 4 n'ont pas précisé les modalités (AR ; BE ; TI ; ZG).
- 13 cantons prennent comme tarif de référence déterminant l'octroi d'une participation financière cantonale pour un séjour en EMS hors canton celui du canton ou de la commune de domicile (AG ; AI ; FR ; GR ; GL : si le séjour est motivé par des raisons personnelles la commune de domicile peut limiter sa contribution ; JU ; NE ; OW ; SH ; SG ; SO ; TG ; VS).

- 5 cantons exigent une demande de garantie de paiement (AG : la garantie de paiement porte sur les coûts résiduels ; GR, LU, OW, SG).
- Le canton de Bâle-Campagne indique que lors d'un séjour hors canton, la facture doit correspondre à la procédure comptable du canton de domicile.
- Le canton de Bâle-Ville précise que le dernier domicile avant le placement en EMS est déterminant pour régler la question du financement résiduel.
- Le canton de Nidwald indique que la taxe de soins cantonale est applicable dans tous les cas.
- En plus de la taxe cantonale, le canton de Soleure facture une surtaxe aux personnes domiciliées dans un autre canton.
- Le canton du Jura n'a pas prévu de réglementation pour les personnes venant d'un autre canton.
- 2 cantons ne prennent pas en charge les frais de soins fournis à une personne non domiciliée dans le canton (FR, VS).
- 4 cantons n'ont pas prévu de réglementation particulière (GE, VD : application de la LPC et des lois cantonales pour les aides individuelles supplémentaires et pour les subventions ; ZG : la loi sur l'aide sociale règle les séjours hors canton. Les EMS prélèvent directement un supplément tarifaire pour les personnes venant d'un autre canton ; ZH).

### **2.2.5. Fixation de la part cantonale pour les soins aigus et de transition**

L'art. 7b, al. 1, OPAS indique que le canton de résidence et les assureurs prennent en charge les soins aigus et de transition. Le canton de résidence fixe pour chaque année civile la part cantonale pour les habitants du canton qui est de 55 % au moins. Cette disposition reprend les modalités prévues dans la loi pour le financement hospitalier (art. 49a, al. 2, LAMal).

- 20 cantons (AG ; AI ; AR ; BS ; FR ; GE ; GL ; GR ; JU ; NE ; SG ; SO ; SZ ; TG ; TI, VD : en 2011 ; VS, ZH) ont fixé, ou prévu de fixer (BE, LU), la part cantonale à 55%. Ces cantons ont donc choisi le pourcentage de participation minimum autorisé par la loi.
- La part cantonale n'est pas encore décidée dans 4 cantons (BL ; NW ; SH : domaine pas encore opérationnel ; UR).

### **2.2.6. Mandats spécifiques aux fournisseurs de prestations**

L'octroi de mandats de prestations permet aux cantons de mieux contrôler les fournisseurs de prestations et éventuellement d'en limiter le nombre.

Les réponses à cette question sont difficiles à analyser du fait qu'elles sont plus ou moins détaillées. Certains cantons ont prévu des mandats de prestations sans préciser si c'est pour toutes les catégories de fournisseurs de prestations. Dans d'autres cantons, un ou plusieurs domaines peuvent être concernés (les soins à domicile, les soins en EMS, les soins aigus et de transition).

- 8 cantons attribuent des mandats de prestations spécifiques aux fournisseurs de prestations (AI ; BL ; GE ; GL ; OW et SH : par les communes ; TI ; ZG).
- 6 cantons ont prévu des mandats de prestations spécifiques aux fournisseurs de prestations de soins à domicile (BE ; BS ; JU ; SO ; VS : organisations de soins à domicile reconnues d'intérêt publique ; VD).
- 3 cantons attribuent des mandats de prestations spécifiques aux fournisseurs de prestations pour les soins aigus et de transition (JU : possibilité prévue dans la loi ; SZ ; UR).
- Après l'évaluation d'un projet pilote prévu sur trois ans, le canton d'Argovie attribuera des mandats de prestations pour les soins aigus et de transition à 7 établissements.

- Le canton de Zurich a prévu deux alternatives : les communes doivent soit attribuer un mandat de prestations ou adopter des directives en matière de sécurité des soins.
- 2 cantons ont prévu de régler la question dans le cadre des autorisations délivrées aux institutions (NW, TG).
- Le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures désigne les demandeurs qui sont admis.
- Le canton de Lucerne a prévu une base légale autorisant la limitation des fournisseurs prestations dans le domaine des soins aigus et de transition et attribue des mandats de prestations pour les soins stationnaires.
- Dans le canton de Soleure, toutes les organisations de soins à domicile disposent de contrats de prestations avec les communes ou avec les associations de communes.
- 2 cantons indiquent que cette compétence relève des communes (BL, SH).
- 4 cantons n'ont pas prévu de tels mandats (FR : la question doit encore être examinée ; GR ; NE : pas en 2011 ; SG).

### **2.2.7. Usage du délai prévu par l'alinéa 2 des dispositions transitoires du 13 juin 2008**

Un délai de 3 ans - jusqu'au 31 décembre 2013 - est accordé aux cantons pour aligner les tarifs et les conventions tarifaires sur les contributions de l'AOS.

- 14 cantons ont adapté les tarifs et conventions tarifaires dès l'entrée en vigueur de la loi sur le nouveau régime de financement des soins aussi bien pour les soins en EMS que pour les soins à domicile. Autrement dit, ces cantons ne font pas usage du délai d'adaptation de 3 ans (AI, AR, BS, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, UR, ZG).
- 2 cantons font usage du délai pour les soins ambulatoires et stationnaires (BE, ZH).

Quelques autres cantons ont adapté ces tarifs pour l'un ou l'autre de ces deux types de soins :

- 2 cantons font usage de ce délai pour les soins à domicile (BL : en 2011 ; SO : en 2011 et 2012) ;
- 7 cantons ont prévu de faire usage de ce délai pour les EMS (AG : pour 2011 seulement ; FR ; GL ; SH ; TG ; VD ; VS) ;
- Le canton du Tessin doit encore décider pour les soins en EMS.

### **2.2.8. Modalités permettant d'éviter qu'un séjour en EMS conduise à une dépendance à l'aide sociale**

Plusieurs cantons (11) partent du principe que le déplafonnement des PC permettra d'éviter dans la plupart des cas une prise en charge des séjours en EMS par l'aide sociale (AG ; BE ; BL ; JU ; NW ; SG ; TG ; VD : l'aide sociale intervient uniquement en l'absence de droit aux PC ; VS ; ZG).

Quelques cantons (6) règlent le problème en plafonnant ou en fixant les taxes des EMS (AG, BE, SG, SH, SO) ou encore en tenant compte de cette taxe dans le calcul des PC (NE). Les autres cantons ont chacun choisi des solutions différentes.

## **3. Résumé et conclusions**

### **3.1. Remarque générale**

La révision de la loi laissant une large marge de manœuvre dans le choix des dispositions et des modalités d'exécution cantonale, les réponses sont disparates et il est souvent difficile de les résumer ou de mettre en évidence des solutions communes. Par ailleurs, la taille des cantons ne semble pas un élément déterminant dans le choix des solutions adoptées.



## **3.2. Points importants**

Sont résumés ci-dessous les points les plus importants, à savoir, l'adoption des dispositions cantonales, le financement résiduel, la participation aux coûts et les dispositions transitoires.

### **3.2.1. Adoption des dispositions cantonales**

Concernant la question initiale sur l'état d'adoption des dispositions d'application de la loi sur le nouveau régime de financement des soins, la majorité des cantons a adopté une loi ou une ordonnance, ou des dispositions dans une loi ou une ordonnance. Dans quatre cantons, le Conseil d'Etat a rendu une décision.

### **3.2.2. Financement résiduel**

Le nouveau régime de financement des soins prévoit que les coûts qui ne sont pas pris en charge par l'AOS sont financés par les assurés (participation de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral, art. 25a, al. 5, LAMal) et par les cantons pour le solde (financement résiduel). La participation de l'assuré ne peut lui être imputée que si les coûts des soins fournis ne sont pas entièrement couverts par les montants prévus dans l'OPAS. Les assurés sont également tenus de s'acquitter de la participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal (franchise et quote-part).

Les parts de l'AOS et du patient étant définies et limitées, on ne peut plus remettre en cause les règles relatives au financement résiduel, celui-ci étant de facto assuré par les cantons, respectivement par les communes.

La grande majorité des cantons a adopté une réglementation sur le financement résiduel et prévu un co-financement des coûts des soins par les pouvoirs publics. Seuls deux cantons (SO, AI) ne prévoient aucun co-financement. Un canton (GE) ne prévoit de co-financement que si l'institution est reconnue d'intérêt public. Aussi longtemps que la charge du patient au sens de l'art. 25a, al. 5, LAMal n'est pas dépassée, la réglementation ne peut pas être remise en cause. Par conséquent, l'art. 25a, al. 5, LAMal devrait être mis en œuvre et réglé par les cantons pour le cas où les coûts des soins ne sont pas couverts.

Dans la plupart des cas, le financement est versé directement aux fournisseurs de prestations. Le financement résiduel fait l'objet de trois variantes de prise en charge : par le canton, par les communes ou par le canton et les communes.

Quelques cantons ont évoqué la question du financement résiduel en cas de séjours en EMS hors canton. La question n'est pas explicitement réglée par la LAMal, mais elle est justement laissée à l'appréciation de canton. Selon la jurisprudence, un séjour en EMS ne constitue pas forcément un domicile au sens des art. 23 et suivants du code civil (CC ; RS 210). Selon le sondage, certains cantons prennent en charge ce financement alors que d'autres n'entrent pas en matière ce qui peut poser un problème, en particulier pour les assurés déjà hébergés depuis un certain temps. A moins que les cantons hôtes garantissent ce financement, ces personnes pourraient être amenées à retourner dans leur canton de domicile. Cette solution semble peu satisfaisante et pourrait conduire à une inégalité de traitement entre assurés. Le problème pourrait être résolu par un changement de lieu de domicile de l'assuré ou mieux encore par une convention intercantonale. La CDS recommande d'appliquer les règles de financement de la LAMal relatives au libre choix de l'hôpital (art. 41) par analogie aux les séjours en EMS, c'est-à-dire de financer ces séjours à hauteur de la taxe du canton de résidence.

### **3.2.3. Participation aux coûts**

La participation à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale peut être facturée à l'assuré que si les coûts des prestations fournies ne sont pas entièrement couverts par les contributions prévues par la LAMal. Respectivement les participations de l'AOS et des patients ne peuvent pas être plus hautes que les coûts des prestations. Etant donné, que la disposition offre cette possibilité, elle ne peut pas être obligatoire. Dans ce contexte, il est

admis que les cantons prévoient une participation des patients plus basse et prennent volontairement en charge un financement résiduel plus élevé.

Conformément à la volonté du législateur d'encourager les personnes âgées à mener une vie autonome grâce à une prévention ciblée, la majorité des cantons a fixé pour les soins ambulatoires une participation de 10% des assurés ou même a renoncé à toute participation, favorisant ainsi le recours aux soins ambulatoires plutôt qu'aux soins en EMS. Pour la même raison, la contribution des assurés aux soins en EMS est d'ailleurs le plus souvent fixée à 20%. Dans ce cas aussi, la Confédération distingue la fixation des contributions de l'AOS pour les soins ambulatoires de celle pour les soins en EMS, de sorte que la différence de contribution des patients ne peut pas être remise en cause.

Les réponses relatives au pourcentage de la participation de l'assuré ne sont pas toujours très claires et elles peuvent être interprétées de deux manières. On peut comprendre qu'il s'agit du pourcentage (10 ou 20 %) fixé en fonction du niveau des soins requis, ou alors du pourcentage du montant maximum de l'art. 7a OPAS (actuellement CHF 15.95 pour les soins ambulatoires et CHF 21.60 pour les soins en EMS) quel que soit le niveau de soins requis.

#### **3.2.4. Dispositions transitoires**

Selon les dispositions transitoires du 13 juin 2008, les cantons peuvent adapter les tarifs et conventions tarifaires aux contributions fixées par l'AOS d'ici au 31 décembre 2013. La majorité des cantons n'a pas fait usage de cette possibilité et a déjà adapté les contributions de l'art. 7a OPAS à l'entrée en vigueur de la loi. Parmi les cantons qui font usage de ce délai, certains ont prévu une adaptation pour les soins ambulatoires ou pour les soins à domicile tandis que d'autres cantons l'ont prévue dans les deux domaines. La durée de cette adaptation varie entre un et trois ans, seuls quelques cantons ont mentionné les modalités adoptées.

Annexes:

1. Questionnaire
2. Liste des bases légales cantonales

OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE

26 avril 2011



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

26 cantons ont répondu

Répartition des tâches dans le canton:

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

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

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

26 cantons ont répondu

Financement résiduel:

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

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

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

## Question 2 Financement résiduel canton de St Gall

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

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

Ambulante Pflege:

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

Akut- und Übergangspflege:

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

b) Stationäre Pflege

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

Ambulante Pflege

Siehe Nr. 2

c) Stationäre Pflege

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

Ambulante Pflege

Liegt in der Kompetenz der Gemeinden.



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

### 26 cantons ont répondu

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

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

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



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



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

### 26 cantons ont répondu

#### Séjours hors canton:

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

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

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



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

26 cantons ont répondu

Soins aigus et de transition:

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

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

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



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

26 cantons ont répondu

Fournisseurs de prestations:

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

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

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



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

26 cantons ont répondu

### Dispositions transitoires:

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

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



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



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

26 cantons ont répondu

### Prestations complémentaires:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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