

## **CSSS-N - 10-09. Mise en œuvre du financement des soins**

**Rapport explicatif du 3 octobre 2013**

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

---

### **Table des matières**

---

- 1. Introduction**
  
- 2. Point de la situation**
  - 2.1. Rapports de l'OFSP**
  - 2.2. Rapport du Surveillant des prix**
  - 2.3. Interventions parlementaires et financement des soins**
  - 2.4. Système d'évaluation des soins en établissements médico-sociaux (EMS)**
  
- 3. Résultats des sondages**
  - 3.1. Sondage auprès des cantons**
  - 3.2. Sondage auprès de CURAVIVA, ASSASD-SPITEX, ASPS, ASI-SBK**
  - 3.3. Conventions entre assureurs et fournisseurs de prestations**
  
- 4. Financement résiduel**
  - 4.1. Etablissements médico-sociaux (EMS)**
    - 4.1.1. Statistiques OFS sur l'évolution de la répartition des coûts
    - 4.1.2. Modalités de financement résiduel dans les EMS
    - 4.1.3. Modalités d'établissement des factures
    - 4.1.4. Versement du financement résiduel
    - 4.1.5. Comptabilité analytique dans les EMS
    - 4.1.6. Critères déterminants pour la fixation des limites de taxes
    - 4.1.7. Participation de l'assuré en EMS en fonction du revenu

## **4.2 Soins à domicile**

- 4.2.1. Statistiques OFS
- 4.2.2. Modalités de financement résiduel
- 4.2.3. Participation de l'assuré différenciée en fonction du revenu, soins à domicile
- 4.2.4. Modalités d'établissement des factures

## **5. Prestations hors canton**

### **5.1. Séjours en établissements médico-sociaux (EMS) hors canton**

- 5.1.1. Statistiques OFS
- 5.1.2. Règles de compétences fédérales en cas de séjours en EMS hors canton
- 5.1.3. Règles cantonales en cas de séjours en EMS hors canton
- 5.1.4. Conventions et prise en charge de la différence de coûts en cas de séjours en EMS hors canton
- 5.1.5. Difficultés relatives au règlement du financement résiduel hors canton

### **5.2 Soins à domicile hors canton**

- 5.2.1. Règles applicables en cas de soins à domicile hors canton
- 5.2.2. Difficultés relatives au règlement du financement résiduel
- 5.2.3. Conséquences pour les fournisseurs de prestations et pour les assurés

## **6. Couverture des coûts des soins**

## **7. Conclusions**

## 1. Introduction

Le Parlement a adopté le 13 juin 2008 la loi sur le nouveau financement des soins (FF 2008 4751). Avec celle-ci sont notamment entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011 les modifications suivantes :

- 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 (art. 25a, al. 1, LAMal),
  - 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 (art. 25a, al. 5, LAMal),
  - les cantons règlent le financement résiduel (art. 25a, al. 5, LAMal, dernière phrase) ;
  - 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 aux contributions fixées par le Conseil fédéral.
- Modifications 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, en règle générale, à une dépendance à l'assistance sociale,
  - l'augmentation des franchises sur la fortune entre dans le calcul des prestations complémentaires.

## 2. Point de la situation

### 2.1. Rapports de l'OFSP

Sur mandat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a réalisé, en collaboration avec la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), deux sondages auprès des départements de santé publique cantonaux.

Le premier sondage a donné lieu à deux rapports: le rapport du 26 avril 2011 sur mandat de la CSSS-N et le rapport complémentaire du 28 juillet 2011, demandé par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E). A l'issue de ce deuxième rapport, la CSSS-E a écrit au Conseil fédéral, le priant d'appeler les cantons à mettre en œuvre correctement la législation fédérale sur le financement des soins. Le Conseil fédéral a traité ces questions avec les cantons au sein du Dialogue Politique nationale suisse de la santé. Dans ce cadre, il a été proposé que l'OFSP et la CDS poursuivent les discussions et examinent ces problématiques dans le respect du cadre légal et de la systématique de la LAMal.

Parallèlement, la CSSS-E a adressé un courrier à la CDS, lui demandant "*d'unifier sur le fond la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins, au moyen d'un concordat pour ce qui est des séjours dans un établissement médico-social (EMS) hors canton, et de veiller à ce que la participation aux coûts n'excède pas le maximum prévu par l'art. 25a, al. 5, LAMal, soit 20 %*". Dans sa réponse du 29 septembre 2011, la CDS indiquait que les insécurités et les pratiques divergentes de la mise en œuvre sont la conséquence

d'une insuffisance ou d'une absence de réglementation fédérale, notamment en matière de prise en charge du financement résiduel par les cantons et en cas de séjour dans un EMS hors canton. La CDS précisait que les cantons ne peuvent à eux seuls résoudre ces questions, le législateur fédéral, l'Administration fédérale, les EMS et les assureurs étant appelés à y contribuer.

Le deuxième sondage a donné lieu au rapport du 13 août 2012. Il met en évidence, comme le premier sondage, que la plupart des cantons ont fait usage de leurs larges compétences en matière de mise en œuvre du financement des soins. En règle générale, les solutions cantonales de mise en œuvre sont aménagées selon les spécificités cantonales et ne sont donc guère coordonnées au niveau intercantonal. Ce sondage a permis de préciser la question générale contenue dans le premier sondage sur la répartition des compétences entre un canton et ses communes. Cette répartition des compétences en matière de financement résiduel est quasiment la même qu'il s'agisse de séjours en EMS intracantonaux ou extracantonaux. Les cantons n'ont pas relevé de problèmes particuliers concernant le financement résiduel des organisations de soins et d'aide à domicile et des infirmières/infirmiers en cas de prestations hors canton. Ainsi, la fixation (détermination) du financement résiduel des séjours en EMS intracantonale ou extracantonale et des organisations de soins et d'aide à domicile (art. 25a, al. 5, LAMal) relève principalement de la compétence des cantons. Lors d'un séjour dans un EMS hors canton, la majorité des cantons limite les frais pris en compte dans le calcul des prestations complémentaires dans la même mesure que pour un séjour intracantonale.

En décembre 2012, l'OFSP a envoyé une lettre aux cantons visant à clarifier les modalités de la mise en œuvre du financement des soins.

Le présent rapport fait suite à une nouvelle demande de la CSSS-N en 2013, afin d'éclaircir certaines questions relatives au règlement du financement résiduel et aux prestations fournies hors canton. L'OFSP a réalisé deux sondages, le premier adressé aux services cantonaux de santé et le second – comme l'exige la commission – aux organisations de fournisseurs de prestations. Le but est de dresser une image de l'évolution de la mise en œuvre de la loi sur ces questions et des conséquences auprès des fournisseurs de prestations et des assurés.

## **2.2. Rapport du Surveillant des prix**

Suite aux nombreuses questions soulevées auprès du Surveillant des prix, ce dernier a rédigé un rapport intitulé "Probleme bei neuer Pflegefinanzierung – Preisüberwacher ortet dringenden Handlungsbedarf", ainsi que la Newsletter 06/11 du 9 septembre 2011. Le Surveillant des prix fonde son analyse sur les tarifs de 88 EMS dans sept cantons suisses alémaniques. Il met en évidence des disparités entre les cantons qu'il considère comme étant contraires à la volonté du législateur, et constate une hausse de la charge financière des résidents dans certains EMS.

En réponse à ce rapport, l'Association des homes et institutions sociales suisse CURAVIVA-Suisse (ci-après CURAVIVA) a pris position en précisant notamment: "*Dans son rapport, le surveillant des prix critique les fortes disparités de coûts entre les homes. CURAVIVA signale à ce propos que la structure de coûts de chaque établissement médico-social (EMS) est soumise à de nombreux facteurs (frais de personnel, d'infrastructure, consignes et exigences du canton par rapport à la qualité et au nombre de postes, concepts des soins des cantons, disponibilité du réseau ambulatoire, âge d'entrée et degré de dépendance des résidents, spécialisation du home, etc.), ce qui explique ces écarts. Ces différences ne peuvent être écartées ou éliminées au moyen d'une délimitation légale. De plus, il ne faut*

*pas oublier que les charges salariales représentent en moyenne 80% des frais totaux des homes." (Communiqué de presse du 9 sept. 2011)*

### **2.3. Interventions parlementaires et financement des soins**

Le financement des soins a fait l'objet de plusieurs interventions parlementaires.

Dans sa réponse au Postulat Heim 10.3031, "Financement des soins. Protection des résidents en établissement médico-sociaux", le Conseil fédéral précisait: *"A propos de la détermination des coûts des prestations de soins, il convient de signaler que le législateur continue d'exiger des établissements médicosociaux la tenue d'une comptabilité analytique (art. 49 LAMal en relation avec l'art. 50 LAMal). Par conséquent, l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médicosociaux dans l'assurance-maladie (OCP; RS 832.104) demeure applicable. Les établissements médicosociaux doivent ainsi tenir une comptabilité analytique qui permette de déterminer de manière transparente les coûts des prestations LAMal. Il incombera désormais en premier lieu aux cantons de s'assurer, dans le cadre de la règle relative au financement résiduel, que les établissements médico-sociaux n'exigent pas, pour les prestations de soins au sens de l'OPAS, davantage que la participation des patients prévue à l'article 25a alinéa 5 LAMal. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé a déjà signalé par écrit que les cantons sont tenus d'adopter les mesures nécessaires au respect des prescriptions légales. De son côté, le Conseil fédéral fera en sorte que la Confédération rappelle aux cantons les modalités du nouveau régime de financement des soins et leurs responsabilités dans ce domaine."*

A la motion Joder 10.3770, "Discrimination dans la mise en œuvre du financement des soins", le Conseil fédéral indiquait que: *"La LAMal fixe en outre que, sur les frais de soins non couverts par les assurances sociales, les assurés prennent en charge 20 pour cent au plus de la contribution la plus élevée fixée par le Conseil fédéral. Les cantons assument le financement restant. De l'avis du Conseil fédéral, tous les assurés ont droit au financement restant, quel que soit le statut juridique de l'organisation d'aide et de soins à domicile qui leur fournit des prestations selon la LAMal. La compétence de régler le financement restant incombe explicitement aux cantons. Cependant, cette règle ne doit pas entraîner une inégalité de traitement entre les assurés en fonction du statut juridique du fournisseur de prestations."*

A l'interpellation Gysi 12.3549, "Financement des soins. Le recours à l'aide sociale reste d'actualité", le Conseil fédéral a rappelé que: *"S'agissant de la couverture des frais de pension et d'accompagnement, les cantons disposent d'une marge de manœuvre considérable. En vertu de l'article 10 alinéa 2 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), les cantons peuvent fixer la limite maximale de la taxe journalière qui est prise en considération comme une dépense pour le calcul des prestations complémentaires (PC). En outre, les cantons fixent également un montant destiné à couvrir les dépenses personnelles. La marge de manœuvre des cantons est restreinte par la disposition selon laquelle le séjour dans un établissement médico-social ne mène pas, en règle générale, les bénéficiaires de PC à une dépendance de l'aide sociale."*

Deux postulats ont été déposés concernant les séjours en EMS hors canton: le postulat Heim 12.1451, "Séjour dans un home situé hors canton de domicile. Financement résiduel", et le postulat Bruderer Wyss 12.4099, "Régler le financement résiduel en cas de séjour dans un home situé en dehors du canton de domicile en s'inspirant de la LPC". La réponse commune du Conseil fédéral indique que: *"Du point de vue du Conseil fédéral, cela signifie notamment que le financement résiduel doit incomber aux cantons, conformément à la volonté du législateur. Il propose donc d'accepter le postulat: il est disposé à reprendre cette*

*question, mais sur la base de propositions soutenues par les cantons et qui respectent la LAMal."*

#### **2.4. Système d'évaluation des soins en établissements médico-sociaux (EMS)**

La question de l'harmonisation des systèmes d'évaluation des soins aux 12 niveaux de soins prévus à l'art. 7a, al. 3, de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; RS 832.112.31), pourrait être résolue par l'adoption d'un seul système d'évaluation des soins uniforme pour toute la Suisse. Ainsi, le financement des soins entre EMS serait comparable. Toutefois, le législateur n'a pas imposé un tel système d'évaluation.

Dans sa réponse au postulat Heim 12.4053, "Harmoniser l'évaluation des besoins en soins", le Conseil fédéral a indiqué que: *"la LAMal n'impose pas aux établissements médico-sociaux (EMS) de recourir à un système d'évaluation des soins fournis qui soit uniforme sur l'ensemble du territoire. C'est aux EMS ainsi qu'aux fournisseurs de prestations qu'il revient de choisir le système qui leur convient, sous réserve des éventuelles directives cantonales en la matière. Ainsi, trois systèmes, à savoir PLAISIR, RAI/RUG et BESA, qui étaient déjà utilisés avant l'entrée en vigueur du nouveau financement des soins, sont appliqués actuellement. Vu la nécessité d'harmoniser les systèmes d'évaluation des besoins en soins, CURAVIVA dirige depuis septembre 2009 un groupe de pilotage national qui se consacre au projet "Structures tarifaires". Les cantons et l'Office fédéral de la santé publique y sont représentés. Le Conseil fédéral souhaite attendre les résultats des travaux de ce groupe avant d'aller plus avant. Il est toutefois disposé à examiner quelles mesures il pourrait prendre en cas d'éventuel échec des efforts d'harmonisation entrepris par les cantons compétents en la matière, comme il l'a fait savoir dans sa réponse du 7 décembre 2012 à la question Humbel 12.1091, "Retard dans l'harmonisation des systèmes d'évaluation des soins."*

A la question Humbel 12.1091, "Retard dans l'harmonisation des systèmes d'évaluation des soins", le Conseil fédéral a répondu qu'il *"a déjà fixé à l'article 7a alinéa 3 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (RS 832.112.31) la réglementation des contributions LAMal dans le sens d'une harmonisation. En déterminant les douze niveaux, il a défini un dénominateur commun uniforme pour toute la Suisse. Ce faisant, il a posé les fondements de la transparence et ouvert la voie à un rapprochement des systèmes, comme évoqué dans l'interpellation Bortoluzzi 10.3550, Financement des soins. Permettre la comparaison entre les systèmes d'évaluation des besoins."*

Un groupe de pilotage national (Projet national Structures tarifaires II), auquel a participé l'OFSP, a été formé en septembre 2009 sur l'initiative de CURAVIVA. L'objectif était d'harmoniser les trois instruments d'évaluation principaux de Suisse (PLAISIR, RAI et BESA) grâce à des mesures appropriées pour permettre d'obtenir que les soins requis par les assurés des EMS bénéficiaires de soins soient évalués, mesurés et reconnus de la même manière, indépendamment des instruments appliqués. L'étalonnage de BESA et RAI, objectif de la première phase du projet, s'est achevé le 31 août 2011. En 2013, la plupart des cantons ont mis en œuvre les recommandations en matière d'étalonnage.

Fin janvier 2013, CURAVIVA s'est retiré avec effet immédiat de la direction du projet ne considérant plus le projet Structures tarifaires II (étalonnage et harmonisation) comme étant un objectif de l'association.

### 3. Résultats des sondages

Ce rapport est basé sur deux sondages: le premier auprès des cantons (annexe A) et le deuxième auprès des fournisseurs de prestations de soins à domicile et de soins en EMS (annexes C, E et G). Les réponses détaillées des cantons et des organisations de fournisseurs de prestations figurent en annexes de ce rapport sous forme de tableaux.

Tous les cantons ont répondu au sondage. Selon les thèmes, les réponses sont plus ou moins précises et les explications plus ou moins claires.

Le sondage concernant les fournisseurs de prestations a été adressé aux associations suivantes:

- CURAVIVA,
- l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD-SPITEX).
- L'Association SPITEX Privée Suisse (ASPS).
- L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI-SBK).

Ce sondage est en deux parties: la première partie est constituée de questions communes à toutes les associations de fournisseurs de prestations précitées (annexe C), tandis que la deuxième partie comprend des questions différentes pour les soins à domicile (annexe E) et pour les soins en EMS (annexe G). Toutes les associations de fournisseurs de prestations ont répondu au sondage. Elles n'ont parfois pas répondu à certaines questions. Comme pour le sondage auprès des cantons, les réponses sont plus ou moins détaillées.

#### 3.1. Sondage auprès des cantons

Le sondage auprès des cantons met en évidence des différences de financement des soins qui ne sont pas apparues dans les précédents rapports, notamment en matière de financement résiduel et de prestations hors canton dans un établissement médico-social ou lors de prestations fournies à domicile.

Plusieurs cantons (14) ont adopté de nouvelles dispositions législatives (loi et/ou ordonnances) ou réglementaires relative à la mise en œuvre du financement des soins. Il peut s'agir de la fixation de montants normatifs, de la participation de l'assuré, du montant ou du plafonnement du financement résiduel, de la répartition du financement entre canton et communes, ou de modifications dans le domaine de l'aide sociale. Certains cantons (11) n'ont pas modifié leur législation (annexe B 1).

#### 3.2. Sondage auprès de CURAVIVA, ASSASD-SPITEX, ASPS, ASI-SBK

Les réponses des fournisseurs de prestations sur les effets de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins et des dispositions cantonales sont résumées et regroupées par thème (annexes D 1 et 2).

Selon les associations de fournisseurs de prestations, la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins a eu les effets suivants:

- a. Effets de la loi fédérale sur les assurés:
  - Une augmentation de la participation à la charge des assurés, notamment lorsqu'ils prennent en charge le financement résiduel en cas de prestations hors canton.
  - Les patients ont tendance à se soigner eux-mêmes plus longtemps, ce qui en soit est positif, mais peut entraîner une aggravation de leur état de santé et nécessiter ensuite

des soins plus importants. Dans les cantons où la participation financière des patients est élevée, ceux-ci renoncent dans certains cas aux soins et ont besoin ultérieurement de soins aigus dans un hôpital.

- Le choix du fournisseur de prestations n'est plus garanti dans tous les cantons.
  - Des différences importantes de participation financière des assurés.
  - Vu la complexité du système, les patients ne comprennent pas les modalités de financement des soins.
- b. Effets de la loi fédérale sur les fournisseurs de prestations:
- CURAVIVA n'a pas constaté de grands changements par rapport à la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010.

Les remarques suivantes sont émises par les associations d'organisations de soins et d'aide à domicile, ainsi que par l'ASI-SBK:

- Le fait que la Confédération n'a pas suffisamment légiféré a pour effet que chaque canton met en œuvre différemment le financement des soins et reporte de façon disproportionnée la charge administrative sur les organisations de soins et d'aide à domicile, ainsi que sur les infirmiers et infirmières. Par exemple, ces derniers doivent envoyer les factures à trois ou quatre destinataires (patient, assureurs, canton et/ou commune). Dès lors, le financement résiduel prévu initialement pour rémunérer les soins et leur qualité doit être consacré aux tâches administratives.
- La loi laisse une grande marge de manœuvre aux cantons et lorsque les compétences sont partagées avec les communes ou déléguées à celles-ci, leurs responsabilités respectives ne sont pas toujours assumées comme elles le devraient.
- Le financement résiduel devrait clairement être défini dans la loi. Ainsi, les infirmiers et infirmières doivent dans certains cas recourir auprès d'un tribunal pour obtenir le remboursement du financement résiduel.
- tarifsuisse envisage de ne plus accepter l'instrument d'évaluation des besoins en soins à domicile RAI-HC (Resident Assessment Instrument - Home-Care), ce qui représenterait un charge supplémentaire. L'ASSASD invite le Département fédéral de l'intérieur (DFI) à désigner la procédure d'évaluation des soins requis telle que l'art. 33, let. h, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) le prévoit.
- La Convention administrative relative aux soins aigus et de transition du 30 novembre 2011 a impliqué une grande charge administrative pour les organisations de soins et d'aide à domicile et finalement ces prestations sont peu utilisées.

Selon les associations de fournisseurs de prestations, les dispositions cantonales relatives au nouveau régime de financement des soins ont eu les effets suivants:

- a. Effets des dispositions cantonales sur les assurés:
- Une augmentation de la participation financière des assurés variable selon les cantons.
  - La protection des données peut être problématique à l'occasion des contrôles de factures par les autorités.



b. Effets des dispositions cantonales sur les fournisseurs de prestations:

- Les 26 législations cantonales différentes entraînent une complexification des tâches. Dans les cantons suisses allemands où les compétences sont partagées avec les communes, ou lorsqu'elles leur sont déléguées, apparaissent de nombreuses difficultés. Les cantons ou les communes n'assument pas toujours leurs responsabilités respectives et ces difficultés se répercutent sur le patient, qui ne sait plus à qui s'adresser.
- Le versement du financement résiduel dépend de la bonne volonté des cantons et des communes, ce qui ne permet pas toujours d'assurer une couverture équitable des coûts.
- La charge administrative est disproportionnée par rapport au financement résiduel perçu et aux prestations de soins fournies.
- Il existe de grandes injustices entre la rémunération des organisations de soins et d'aides à domicile et la rémunération des infirmiers/infirmières.
- Il y a des confusions entre subventions et financement résiduel.
- Du fait que les organisations d'aide et de soins à domicile privées reçoivent également un financement résiduel, elles devraient être soumises aux mêmes obligations et aux mêmes contrôles cantonaux que les organisations sans but lucratif (notamment en matière de qualité, de qualification du personnel, de devoir de formation, de comptabilité, de conditions de travail, d'utilisation des bénéficiaires).
- Le financement public est plus important que dans le privé.
- Pour les fournisseurs de prestations de soins à domicile privés, les législations cantonales sont souvent trop strictes et présentent des conflits d'intérêts, alors que les organisations de soins à domicile sont en concurrence. En effet, le canton et/ou les communes sont souvent engagés activement dans une organisation à but non lucratif et doivent également rémunérer les organisations à but lucratif. Sur cette question, la mise en œuvre n'est satisfaisante dans aucun canton.

### 3.3. Conventions entre assureurs et fournisseurs de prestations

Les conventions conclues entre assureurs et fournisseurs de prestations sont les suivantes (annexe D 4):

a. Conventions concernant les EMS :

- Chaque canton bénéficie de conventions tarifaires propres. Au vu de la situation actuelle avec la convention administrative, la plupart des conventions ont simplement été prolongées par des avenants. De ce fait, CURAVIVA n'est pas en mesure de transmettre des données qui sont à jour.
- Convention administrative nationale entre CURAVIVA Suisse et la communauté d'achat HSK (Helsana, Sanitas, CPT) du 18.06.2013.

b. Conventions concernant les soins à domicile

- Convention administrative entre l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile et l'Association Spitex Privée Suisse d'une part, et santésuisse d'autre part du 20.12.2010 (les assureurs Supra und Assura ne sont parties à la convention) à laquelle ont adhéré 23 associations cantonales de soins à domicile

(<http://www.spitex.ch/index.cfm/A5D857D4-C2FE-32C3-6CEEE21AF5B4904A/?&lang=fr>)

- Convention administrative relative aux soins aigus et de transition entre l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile et l'Association Spitex Privée Suisse (ASPS) d'une part, et les compagnies d'assurance-maladie énumérées dans la convention d'autre part à laquelle ont adhéré 5 associations cantonales de soins à domicile du 30.11.2011 (<http://www.spitex.ch/index.cfm/BA245D99-B004-96DF-DD54C2EEFE828A5B/?&lang=fr>)
- Convention administrative entre l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile et l'Association Spitex Privée Suisse d'une part, et santésuisse d'autre part du 01.01.2011 (<http://www.sitexsa.ch/pdf/Adminvertrag.pdf>)
- Plusieurs conventions administratives entre l'ASI-SBK et les assureurs ([http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4freiberufliche\\_pflege-f/Vertraege-f.htm](http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4freiberufliche_pflege-f/Vertraege-f.htm))
- Une convention relative aux soins aigus et de transition entre l'ASI-SBK et les assureurs est en préparation.

Remarques de l'ASSASD-SPITEX concernant les conventions:

- Les assureurs n'acceptent pas de petits dépassements par rapport aux demandes formulées dans les ordonnances médicales, et ne paient pas les factures ce qui augmente le risque pour les débiteurs. Le risque est important vu la durée des prestations qui sont fréquemment fournies sur plusieurs semaines.
- Les assureurs ne respectent pas les délais des conventions en ce qui concerne le paiement des factures et lors de contestations relatives à l'évaluation des besoins en soins.
- Les assureurs exigent systématiquement plus d'informations que ce qui est prévu dans les conventions. Il est fréquent qu'ils demandent toute la documentation relative aux soins à des fins de contrôles effectués par du personnel qui n'est pas le médecin-conseil.
- Les assureurs biffent les prestations ordonnées par le médecin sans fournir de raison ou au motif que leurs propres instruments d'évaluation des soins donnent des résultats différents.

#### **4. Financement résiduel**

##### **4.1. Etablissements médico-sociaux (EMS)**

###### **4.1.1. Statistiques OFS sur l'évolution de la répartition des coûts**

Le premier tableau ci-dessous présente l'évolution des coûts d'exploitation des EMS et la répartition des différentes taxes entre 2008 et 2011 en pourcent.

<b>Coûts d'exploitation par principaux centres de charges (en pourcent)</b>				
OFS 2013-2009/SOMED 13-A				
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Homes médicalisés</b>				
Soins LAMal	42	42.2	42	41.2
Hôtellerie	41.1	40.5	40.5	41.2
Assistance	14.2	14.5	14.9	15.2
Prestations (thérapies, médecin, ...)	2.7	2.8	2.6	2.4

Le deuxième tableau montre l'évolution de la répartition du financement entre les cantons, les communes, l'assurance-maladie, et les ménages privés entre 2008 et 2011.

<b>Financement des institutions pour personnes âgées et malades chroniques (en pourcent)</b>				
OFS - Coûts et financement de la santé				
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Cantons et communes	9.1	11.1	9.7	10.2
LAMAI	20.4	20.2	20.1	18.5
Autres assurances sociales	5.9	5.9	5.8	5.9
Prestations sociales selon les besoins (notamment PC)	21.7	21.9	22.5	22
Ménages privés	40.2	38.5	39.4	42.7
Autres financements privés	2.8	2.3	2.5	0.6

#### 4.1.2. Modalités de financement résiduel dans les EMS (annexe B 3)

La majorité des cantons (19) applique une différence de montant de financement résiduel en fonction du niveau de soins. Quelques cantons (5) indiquent qu'ils ne font aucune différence de montant de financement résiduel quel que soit le revenu de l'assuré et le statut juridique du fournisseur de prestations. Pour quelques cantons isolés, la différence de montant de financement résiduel se base sur d'autres critères (conditions de travail, qualité, exigences spécifiques de formation/qualification).

La plupart des cantons mentionnent 12 niveaux de soins avec des montants différents par niveau qui vont de CHF 0 à 201.50.-. Deux cantons (GR, NE) comptent 16 niveaux de soins (montant max. CHF 226.80), alors que l'art. 7, al. 3, OPAS ne prévoit que 12 niveaux. Toutefois, selon les dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008, l'alinéa 2 stipule que les tarifs et conventions tarifaires valables à l'entrée en vigueur de la loi seront alignés dans un délai de trois ans sur les contributions aux soins fixées par le Conseil fédéral. Cela devrait donc être fait au plus tard le 31 décembre 2013.

#### 4.1.3. Modalités d'établissement des factures (annexe H, questions 3, 4 et 5)

De manière générale, les factures énumèrent distinctement les prestations de soins, d'assistance et d'hôtellerie, et mentionnent le montant du financement résiduel. Les autres taxes figurant sur la facture sont celles qui concernent les divers soins corporels (coiffure, manucure).

A noter que, dans le précédent sondage, quelques cantons mentionnaient des taxes pour la formation, les biens fonciers, les rénovations ou les réparations.

#### 4.1.4. Versement du financement résiduel (annexe D 3)

Selon les cantons, le versement du financement résiduel dans les EMS est effectué automatiquement aux fournisseurs de prestations, automatiquement aux assurés ou à la demande des fournisseurs de prestations. Il n'est pas précisé le nombre de cantons ou d'EMS concernés par l'une ou l'autre modalité de versement du financement résiduel.

#### 4.1.5. Comptabilité analytique dans les EMS

Dans la majorité des cantons (17), les EMS soumettent la comptabilité à leur canton (annexe B 8). Il existe différents modèles de comptabilité analytique: le modèle de CURAVIVA, système OPAL (logiciel pour entreprises permettant le calcul des coûts complets) ou d'autres outils élaborés par les utilisateurs (annexe H, question 1).

#### 4.1.6. Critères déterminants pour la fixation des limites de taxes (annexe B 9)

Certains cantons n'ont fixé que l'une ou l'autre taxe. Quelques cantons n'ont pas fixé de taxe de soins. Quelques cantons ne différencient pas la taxe d'assistance (accompagnement) de la taxe d'hôtellerie. Dans quelques cantons, la fixation des taxes est en cours de discussion. Dans certains cantons les taxes sont fixées sur la base de la comptabilité analytique ou en fonction des coûts totaux.

La limite de taxe de soins est déterminée en fonction de la comptabilité analytique dans 8 cantons.

#### 4.1.7. Participation de l'assuré en EMS différenciée en fonction du revenu (annexe B 10)

La majorité des cantons ne prévoit pas de différence de participation en fonction du revenu que ce soit pour les prestations en EMS (21 cantons) ou pour les prestations à domicile (19 cantons).

## 4.2 Soins à domicile

### 4.2.1. Statistiques OFS

Le document de l'Office fédéral de la statistique (OFS) intitulé "Statistique de l'aide et des soins à domicile, Résultats 2011: chiffres et tendances" (p. 3-4) fournit les informations suivantes: "*Dans le cadre du nouveau régime de financement des soins, pour la première fois en 2011, la clientèle a dû déboursier de sa poche plus de 32 millions de francs, soit le 4% du total (891 millions de francs) des recettes des prestations de soins. [ ... ] Les assureurs ont pris en charge 639,7 millions de francs des coûts des soins. Les cantons et les communes ont participé à hauteur de 219 millions de francs.*" La part des assureurs

représente 72%, la part des cantons/communes 24% et celle des "client(e)s" 4% (chiffres tirés du schéma G7). "L'évolution entre 2000 et 2011 montre une augmentation relativement constante des coûts globaux par client qui passent de 4'278 francs en 2000 à 6'868 francs en 2011."

#### 4.2.2. Modalités de financement résiduel (annexe B 2)

Dans la majorité des cantons la part du financement résiduel est fixée indépendamment du revenu de l'assuré (19) et/ou du statut juridique du fournisseur de prestations (16). Cinq cantons indiquent qu'il n'y a aucune différence de financement résiduel. La majorité des cantons (15) mentionnent une différence de montant du financement résiduel en fonction de la catégorie de soins.

Les montants du financement résiduel peuvent varier selon les modalités suivantes:

- Selon la catégorie de fournisseurs de prestations (différentes catégories d'organisations de soins à domicile; infirmiers/infirmières).
- Selon des exigences spécifiques telles que la qualification du personnel, la qualité, des activités de formation, les prestations spéciales ou encore le type d'infrastructures spécifiques.
- Selon que les institutions sont ou non reconnues d'utilité publique (existence ou non de subventions, de contrat de prestations).
- Selon l'existence ou non d'une convention collective de travail (CCT). Un canton (NE) précise que les "*services n'ayant pas de CCT n'ont pas revendiqué de financement résiduel*". Ce qui ne pourrait pas aller dans le sens de la loi, car, comme le précise le Conseil fédéral en réponse à la Motion Joder 10.3770, "Discrimination dans la mise en œuvre du financement des soins", les cantons règlent le financement résiduel ce qui ne doit pas entraîner une inégalité de traitement entre les assurés en fonction du statut juridique du fournisseur de prestations.
- Un autre canton (SO) ne verse pas de financement résiduel, au motif que les coûts des soins seraient couverts par la contribution LAMal et par la participation des assurés.

Le versement du financement résiduel pour les soins à domicile est effectué selon les modalités suivantes (annexe D 13):

- Pour les organisations, le financement résiduel est versé automatiquement aux fournisseurs de prestations, sauf en cas de restitution de facture pour des prestations hors canton.
- Pour les infirmiers/infirmières, il est versé dans la majorité des cantons (17) à leur demande.
- Pour les infirmiers/infirmières, 6 cantons ne versent pas de financement résiduel quand bien même les coûts complets sont prouvés.

#### 4.2.3. Participation de l'assuré différenciée en fonction du revenu, soins à domicile (annexe B10)

La participation de l'assuré bénéficiant de soins à domicile diffère en fonction du revenu dans trois cantons (BE, BS, GE).

#### 4.2.4. Modalités d'établissement des factures (annexe F 1 et 2)

De manière générale, les factures mentionnent les prestations de soins et les autres prestations de manière distincte. Seules sont mentionnées comme autres taxes facturées séparément, les prestations d'aide au ménage, d'assistance et de service de repas, le matériel selon la liste des moyens et appareils faisant l'objet de convention avec les assureurs. Selon l'ASPS, le montant du financement résiduel figure également sur les factures, ce qui n'est pas le cas pour les organisations de soins et d'aide à domicile, ni des infirmiers et des infirmières.

Selon l'ASSASD-SPITEX, il semblerait que les organisations à but lucratif facturent des taxes supplémentaires pour le temps de trajet, pour le week-end et pour la nuit. Ces taxes ne doivent pas être prises en charge par la LAMal.

## 5. Prestations hors canton

Certains cantons n'ont pas réglementé à proprement dit la question des prestations hors canton. Ces cantons appliquent par analogie les dispositions relatives aux fournisseurs de prestations qui n'ont pas de contrat de prestations et/ou qui ne sont pas subventionnés. Dans plusieurs cantons, les prestations font l'objet d'une demande de garantie de financement auprès de l'autorité cantonale concernée et les demandes acceptées sont en principe financées à hauteur du montant prévu dans le canton de domicile.

### 5.1. Séjours en établissements médico-sociaux (EMS) hors canton

#### 5.1.1. Statistiques OFS

Selon des chiffres calculés par l'OFSP à partir d'un tableau de l'OFS ("12-A Flux de clients entre cantons: nombre de clients selon le canton de provenance du client et le canton de l'établissement, secteur personnes âgées, 2011"), le nombre total de séjours hors canton s'élevait en 2011 à environ 5'000, ce qui représentait 3,6% du nombre total de séjours en EMS en Suisse.

#### 5.1.2. Règles de compétences fédérales en cas de séjours en EMS hors canton

L'application de règles de compétences différentes selon les cantons est un des problèmes majeur du financement des séjours en EMS hors canton. En effet, le sondage du 13 août 2012 révélait que 14 cantons appliquent la règle de compétence de la LPC, qui prévoit qu'un séjour en EMS ne fonde pas de nouvelle compétence, et que 10 cantons appliquent la règle de compétence du domicile selon la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) et le code civil (CC, RS 210), où le domicile est défini comme étant un lieu de vie durable.

#### 5.1.3. Règles cantonales en cas de séjours en EMS hors canton (annexe B 6)

Selon les règles mentionnées le plus souvent (10 cantons), ce sont les limites de taxes intracantonales qui s'appliquent aux séjours en EMS hors canton. Quelques cantons (4) mentionnent l'application des règles des art. 23ss du code civil (CC, RS 210).

#### 5.1.4. Conventions et prise en charge de la différence de coûts en cas de séjours en EMS hors canton (annexe B 7)

Dans son premier rapport, l'OFSP recommandait aux cantons de se coordonner et de conclure des conventions intercantionales pour régler le financement des séjours hors canton. A ce jour, une seule convention entre deux cantons règle cette question (GR - TI).

Dans les autres cantons, en cas de différences de coûts entre le canton de résidence et le canton où se situe l'EMS, la prise en charge des coûts est la suivante :

- Par le patient (AG, AI, AR, BL, LU, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, ZG), s'il s'agit d'un séjour par convenance personnel (SH).
- Au cas par cas (BS).
- Le financement des taxes d'assistance et d'hôtellerie est pris en charge par les prestations complémentaires ou l'aide sociale (FR), selon accord par le biais des prestations complémentaires (JU).
- Par le fournisseur de prestations (NE, VD, VS).
- Par le patient ou le fournisseur de prestations (UR).

#### 5.1.5. Difficultés relatives au règlement du financement résiduel hors canton (annexe H, questions 6, 7 et 8)

L'absence de convention intercantonale est problématique car, par manque de couverture des frais suffisante, plusieurs établissements ne prennent plus de résidents hors canton. De plus, l'absence de convention constitue une barrière pour les personnes qui voudraient changer de domicile. Dès lors, les personnes qui souhaitent se rapprocher de leur famille doivent prévoir longtemps à l'avance leur changement d'adresse pour éviter un refus de prestations au moment où elles ont besoin de soins en EMS.

## 5.2 Soins à domicile hors canton

Aucun canton n'a prévu des règles de coordination en cas de prestations de soins à domicile hors canton. Seul l'ASSASD-SPITEX fournit une estimation du nombre d'assurés ayant bénéficié de soins à domicile hors canton en 2011, soit 2000 personnes environ. La tendance semble en augmentation (annexe F 4).

#### 5.2.1. Règles applicables en cas de soins à domicile hors canton (annexe B 4)

Les réponses concernant les réglementations cantonales relatives au financement des soins ambulatoires hors canton sont hétérogènes:

- Neuf cantons prennent en charge les coûts au maximum à hauteur du financement intracantonal (AR, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SZ, UR).
- Trois cantons ne prévoient pas de prise en charge (AI, TI, VD) sauf en présence d'un contrat de prestations entre le fournisseur de prestations et la commune concernée (GL, TG, SH). Dans un canton, où la rémunération est par analogie la même que pour les organisations sans contrat de prestations, le montant maximum pour le financement résiduel est de CHF 9.60 par heure (SH).

- Deux cantons n'ont pas de règle spécifique (FR, GE), mais dans l'un d'entre eux le financement résiduel est en principe pris en charge (FR).
- La prise en charge est possible avec l'accord d'une organisation de soins à domicile publique et de la commune (SH).
- Un canton ne facture pas le financement résiduel au canton de domicile de l'assuré résidant hors canton (VD).
- Un canton indique que le financement des soins à domicile hors canton est réglé selon les bases légales du canton de domicile (VS).
- Dans un canton, le débiteur est le bénéficiaire de la prestation (LU).

### 5.2.2. Difficultés relatives au règlement du financement résiduel (annexe F 3)

Les fournisseurs mentionnent unanimement des difficultés relatives au financement résiduel qui peuvent être les suivantes:

- En cas de séjour hors canton auprès de la famille de l'assuré.
- Lorsque des assurés bénéficient régulièrement de prestations hors canton.
- Lors de changement de canton de domicile.

Selon l'ASSASD-SPITEX, les pratiques cantonales en cas de prestations hors canton sont les suivantes: 13 cantons ne prennent pas en charge le financement résiduel en cas de soins à domicile hors canton et le facturent à l'assuré en l'ayant informé préalablement que la commune/le canton de domicile peut éventuellement les rembourser. 8 cantons prennent en charge le financement résiduel des prestations pour les assurés bénéficiaires de soins à domicile provenant d'autres cantons. 4 cantons ont des pratiques qui diffèrent selon les communes.

Selon l'ASSASD-SPITEX, il existe deux cas de figure (annexe F 4):

- a. L'organisation de soins à domicile facture le financement résiduel à l'assuré, mais n'a pas connaissance de ce qu'il advient par la suite. Ainsi, il existe plusieurs hypothèses:
  - Les assurés paient pour éviter des dépenses et des démarches administratives.
  - Il peut se passer longtemps avant que l'assuré ne soit remboursé par le canton ou la commune, et encore faut-il que l'assuré sache quelle est l'autorité compétente à qui demander le remboursement.
  - Le canton ou la commune ne rembourse pas l'assuré au motif que chaque canton finance ses propres organisations de soins à domicile ou parce que l'autorité déclare que les contributions couvrent les coûts. L'assuré paie donc le montant du financement résiduel.
- b. L'organisation de soins à domicile facture le financement résiduel au canton ou à la commune de domicile ce qui a pour conséquences:
  - De nombreux coûts administratifs du fait que l'organisation ne sait en général pas où envoyer la facture.
  - Le canton ou la commune de domicile refuse de prendre en charge le financement résiduel et le fournisseur de prestations assume ce financement.



### 5.2.3 Conséquences pour les fournisseurs de prestations et pour les assurés (annexe F 5)

Selon l'ASSASD-SPITEX, les contributions LAMal couvrent le 50% des prestations.

#### a. Conséquences pour les fournisseurs de prestations

- Le fournisseur de prestations renonce au financement résiduel à cause des frais administratifs disproportionnés.
- Lenteur du remboursement par le canton ou les communes.
- Le fournisseur de prestations dépose un recours contre le canton concerné.

#### b. Conséquences pour les assurés

- La plupart des organisations dont le financement résiduel n'est pas pris en charge par le canton ou les communes facturent celui-ci aux clients. Il n'est donc pas rare que les assurés paient la part de financement résiduel, ce qui représente le 50% des coûts des prestations de soins à domicile.
- Les assurés ne s'y retrouvent pas dans "*la jungle du financement des soins*" et ne savent pas à qui s'adresser.

## 6. Couverture des coûts des soins

La couverture des soins intracantonaux et extracantonaux pose des difficultés lorsque le financement résiduel n'est pas pris en charge par les cantons/communes. En ce qui concerne les prestations hors canton, c'est la divergence de réglementation entre la LAMal et la LPC relative aux compétences cantonales, ainsi que la question de savoir quel montant de quel canton doit être pris en considération qui posent les principales difficultés. Ainsi, en présence de différences de coûts des soins entre les deux cantons concernés, le libre choix du fournisseur de prestations - principe de la LAMal - pourrait être remis en question.

Les coûts des soins à domicile non couverts sont répercutés soit sur le fournisseur de prestations, soit sur l'assuré. Le fournisseur de prestations peut faire recours contre le canton ou la commune, mais y renonce le plus souvent. Par méconnaissance de la loi et/ou pour éviter des démarches et des dépenses administratives, l'assuré paie généralement le montant du financement résiduel indiqué sur la facture.

La couverture des coûts des soins en EMS relève en premier lieu de la compétence des cantons. Il serait contraire à la loi de reporter le montant des soins non couverts par le nouveau régime de financement des soins directement sur l'assuré, par le biais de la taxe d'accompagnement ou toute autre taxe. En effet, la LAMal énumère exhaustivement les prestations de soins à l'art. 7, al. 2, OPAS et fixe implicitement une limite entre les prestations de soins LAMal et les prestations non LAMal (assistance/accompagnement, hôtellerie/pension: cf. la jurisprudence concernant la distinction entre soins de base LAMal et prestations d'assistance, annexe I).

Deux hypothèses peuvent notamment expliquer une couverture des coûts des soins insuffisante. Dans le premier cas, les prestations ne respectent pas les principes, d'efficacité, d'adéquation et d'économicité au sens de l'art. 32 LAMal. Dès lors, il semble justifié que le surcoût soit à la charge du fournisseur de prestations. Dans le deuxième cas, la taxe de soins est fixée trop bas par le canton et ne couvre pas les coûts.

Si les EMS appliquent la comptabilité analytique telle qu'elle est prévue dans l'OCP, la répartition des centres de charges permet de tenir compte de tous les coûts directs et n'exclut pas la prise en charge des coûts indirects effectivement liés aux soins (par ex.: coûts de personnel, coûts administratifs, etc.).

## 7. Conclusions

Dans la mise en œuvre du financement des soins, les cantons disposent d'une grande marge de manœuvre. Conformément à la loi, ils sont compétents pour régler le financement résiduel, qu'il s'agisse de prestations intracantonales ou extracantonales. Certains cantons délèguent le règlement du financement résiduel entièrement ou en partie aux communes. Dans les limites de la loi, les cantons peuvent déterminer la participation des assurés. Ils ont également la possibilité de fixer des limites de taxes de soins, d'assistance et d'hôtellerie. Le présent rapport, comme les précédents, démontre que les cantons ont fait usage de leurs larges compétences en réglant diversement le financement résiduel et les prestations de soins hors canton, ce qui confirme que les solutions cantonales de mise en œuvre sont aménagées selon les spécificités cantonales et sont donc peu coordonnées au niveau intercantonal.

La loi prévoit que les cantons règlent le financement résiduel. Or, on constate que les cantons et les fournisseurs de prestations ont des difficultés d'application dans ce domaine. Ce sont notamment les fournisseurs de prestations ambulatoires qui seraient favorables à ce que le Conseil fédéral et le Parlement examinent la question d'une réglementation uniforme du financement résiduel. De plus, la jurisprudence et les réponses du Conseil fédéral aux interventions parlementaires ont apporté quelques précisions dans le sens que le financement résiduel est le montant des coûts des soins non couverts par les contributions LAMal et par la participation de l'assuré au sens de l'art. 25a, al. 5, LAMal; ce montant doit être assumé par les cantons et/ou par les communes. Dès lors, il appartient aux cantons de fixer dans leurs législations cantonales si les compétences en matière de financement résiduel relèvent du canton et/ou des communes.

En ce qui concerne le financement résiduel des soins en EMS hors canton, l'OFSP, dans son premier rapport, recommandait aux cantons de conclure des conventions intercantionales. On constate que deux cantons ont conclu une convention et que les autres cantons ont adopté des solutions diverses. Par ailleurs, il faut rappeler que parmi les différences en matière de séjours en EMS, les prestations de l'assurance obligatoire des soins ne représentent qu'une partie du financement du séjour qui comprend également les prestations non LAMal (prestations d'assistance et d'hôtellerie, prestations complémentaires, autres taxes) pour lesquels les cantons disposent de compétences.

C'est la première fois que les associations de fournisseurs de prestations de soins à domicile et de soins en EMS sont interrogées sur le financement des soins. Les principaux points relevés sont la complexité du système avec des différences de mise en œuvre cantonales, les différentes interprétations par les fournisseurs de prestations, les différences cantonales de financement, la difficulté des fournisseurs de prestations à obtenir le remboursement du financement résiduel par les cantons et/ou les communes (notamment pour les infirmiers/infirmières), l'absence de solutions coordonnées entre cantons concernant le règlement du financement résiduel en cas de prestations hors canton, une augmentation de la charge administrative, ainsi que l'augmentation de la participation financière des résidents et les difficultés de compréhension des assurés. Le financement des soins est notamment défini dans la LAMal et dans ses ordonnances. Comme mentionné ci-dessus, les compétences cantonales doivent être réglées par les lois/dispositions cantonales d'application et - pour les prestations hors canton - ces compétences pourraient faire l'objet

de conventions intercantionales. Une fois les règles cantonales et intercantionales fixées, la sécurité juridique et la transparence des modalités d'application du financement des soins à l'égard des assurés, des fournisseurs de prestations et des cantons devraient être assurées.

En matière de soins aigus et de transition, la loi prévoit que ces prestations sont fournies sur ordonnance médicale à la suite d'un séjour hospitalier pour une durée maximale de 14 jours, le financement étant réparti entre les cantons (55% au moins) et les assureurs. Dans le rapport de l'OFSP de 2012, quelques cantons s'interrogeaient sur la pertinence de ces prestations, notamment en raison de la charge financière des assurés. Depuis lors, on constate que peu de conventions ont été conclues en la matière.

Les réponses des cantons et des fournisseurs de prestations aux sondages apportent quelques précisions sur la mise en œuvre du financement des soins. Un concept pour une évaluation du nouveau régime de financement des soins est prévu par l'OFSP, trois ans après l'entrée en vigueur de la loi, ce qui correspond au délai pour l'adaptation des tarifs aux contributions aux soins fixée à l'alinéa 2 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 13 juin 2008 (soit après le 31 décembre 2013).

## OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

3 octobre 2013

### **Annexes:**

- A. Sondage auprès des cantons
- B. Tableaux des réponses des cantons: annexes B 1 à 10
- C. Sondage auprès de fournisseurs de prestations (EMS, Soins à domicile): questions communes
- D. Tableaux des réponses aux questions communes des organisations de fournisseurs de prestations (EMS, Soins à domicile): annexes D 1 à 4
- E. Sondage auprès de fournisseurs de prestations de soins à domicile
- F. Tableaux des réponses des fournisseurs de prestations de soins à domicile: annexes F 1 à 5
- G. Sondage auprès de fournisseurs de prestations de soins en EMS
- H. Réponses des fournisseurs de prestations de soins en EMS (CURAVIVA): annexe H
- I. Jurisprudence du Tribunal fédéral (TF)

**Sondage 2013 - CSSS-N**

**FINANCEMENT DES SOINS : QUESTIONS AUX CANTONS**

**A. Financement résiduel**

1. Avez-vous procédé à des modifications législatives en matière de financement résiduel en 2012-2013?

- Non
- Oui, veuillez préciser les références législatives et le contenu des dispositions modifiées :  
.....

2. Quelles sont les modalités du financement résiduel en cas de soins à domicile ?

- Aucune différence de montant de financement résiduel quel que soit la catégorie de soins (évaluation, conseil, coordination, examens et traitements, soins de base)
- Différence de montant de financement résiduel en fonction de la catégorie de soins, veuillez préciser :  
.....
- Autre-s différence-s, veuillez préciser: .....
- La part du financement résiduel est déterminée indépendamment du revenu des assurés.
- La part du financement résiduel est déterminée indépendamment du statut juridique du fournisseur de prestations.

3. Quelles sont les modalités du financement résiduel dans les EMS ?

- Aucune différence de montant de financement résiduel quel que soit le niveau de soins, le revenu de l'assuré et le statut juridique du fournisseur de prestations
- Différence de montant de financement résiduel en fonction du niveau de soins, veuillez préciser :  
.....
- Autre différence, veuillez préciser: .....

**B. Soins hors canton**

4. Quelles sont les règles appliquées en cas de soins à domicile hors canton?

.....

5. Avez-vous conclu des accords avec un/des cantons ou avez-vous prévu des règles de coordination en cas de soins à domicile hors canton?

- Oui, veuillez préciser : .....
- Non, en cas de différences de coûts ceux-ci sont à la charge de :  
.....

6. Quelles sont les règles appliquées en cas de séjours en EMS hors canton?

.....

7. Avez-vous conclu des accords avec un/des cantons ou avez-vous prévu des règles de coordination en cas de séjours en EMS hors canton?

Oui, veuillez préciser : .....

Non, en cas de différences de coûts ceux-ci sont à la charge de :

.....

**C. Surveillance de la comptabilité analytique dans les EMS**

8. Les EMS doivent-ils soumettre la comptabilité analytique à votre canton?

.....

**D. Critères de fixation des limites de taxes**

9. Quels sont les critères déterminants pour fixer :

- la limite de taxe de soins  
.....

- la limite de taxe d'assistance  
.....

- la limite de taxe d'hôtellerie ?  
.....

**E. Participation de l'assuré (art. 25a, al. 5 LAMal)**

10. Les règles relatives à la participation de l'assuré prévoient-elles une différence de montant de participation de l'assuré en fonction de son revenu?

Dans les EMS

Non

Oui, veuillez préciser :

.....

En cas de soins à domicile

Non

Oui, veuillez préciser :

.....

Merci de votre précieuse collaboration.

## Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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

Sondage cantons 2013

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



Sondage cantons 2013

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

Sondage cantons 2013

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

Sondage cantons 2013

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

Sondage cantons 2013

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

Sondage cantons 2013

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

Sondage cantons 2013

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

Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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



## Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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

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

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

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



Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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

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

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

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

## Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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

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



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

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

## Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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

## Sondage cantons 2013

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

Sondage cantons 2013

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



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

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

**QUESTIONS COMMUNES AUX ASSOCIATIONS DE FOURNISSEURS DE PRESTATIONS**

(Association des homes et institutions sociales suisses, CURAVIVA ; Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, ASSASD/SPITEX ; Association SPITEX privée Suisse ; Association suisse des infirmières et infirmiers, ASI-SBK)

**a. Questions générales sur le financement des soins**

1. De votre point de vue, quelles sont les principaux effets de la loi fédérale sur le nouveau financement des soins sur :
  - Les assurés ? .....
  - Les fournisseurs de prestations ? .....
2. De votre point de vue, quelles sont les principaux effets des dispositions cantonales d'exécution de la mise en œuvre nouveau financement des soins sur :
  - Les assurés ? .....
  - Les fournisseurs de prestations? .....

**b. Financement résiduel**

3. Selon quelles modalités le financement résiduel est-il versé? Veuillez, svp, cocher les réponses et indiquer le nombre de cantons concernés:
  - Par versement automatique aux assurés, dans ..... canton-s  
Remarques : .....
  - Par versement automatique aux fournisseurs de prestations dans ..... canton-s  
Remarques : .....
  - Par versement aux assurés sur leur demande dans..... canton-s  
Remarques : .....
  - Par versement aux assurés sur demande des fournisseurs de prestations dans..... canton-s  
Remarques : .....
  - Par versement aux fournisseurs de prestations sur leur demande dans..... canton-s  
Remarques : .....

**c. Conventions (avec les assureurs)**

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

## SONDAGE FP 2013

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

## SONDAGE FP 2013

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

## SONDAGE FP 2013

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

## SONDAGE FP 2013

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

## SONDAGE FP 2013

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



## SONDAGE FP 2013

<b>QUESTIONS COMMUNES SOINS À DOMICILE, SOINS EN EMS</b>				
<b>b. Financement résiduel - Restfinanzierung</b>				
<b>Question 3</b>				
<b>Selon quelles modalités le financement résiduel est-il versé? Veuillez, svp, cocher les réponses et indiquer le nombre de cantons concernés:</b>				
<b><i>Nach welchen Modalitäten wird die Restfinanzierung ausgerichtet? Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antworten an und geben Sie die Zahl der betroffenen Kantone an:</i></b>				
	<b>ASI / SBK</b>	<b>SPITEX</b>	<b>SPITEX Privée</b>	<b>CURAVIVA</b>
<b>Par versement automatique aux assurés</b> <i>Durch automatische Überweisung an die Versicherten</i>		keine Vergütung an die Versicherten (Ausnahme: Rückvergütung bereits bezahlter Spitex-Rechnungen: Restkosten an Ausserkantonale PatientInnen)		X
<b>Par versement automatique aux fournisseurs de prestations</b> <i>Durch automatische Überweisung an die Leistungserbringer,</i>	in 2 Kantonen  <u>Bemerkung:</u> In den Kantonen Bern und Tessin, welche eine Leistungsvereinbarung mit den freiberuflichen Pflegefachpersonen abgeschlossen haben.	Die Restkosten werden in jedem Fall den Spitex-Organisationen vergütet		X
<b>Par versement aux assurés sur leur demande</b> <i>Durch Überweisung an die Versicherten auf deren Anfrage,</i>				

## SONDAGE FP 2013

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

**Remarques générales de SPITEX :**

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

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

## SONDAGE FP 2013

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

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

## SONDAGE FP 2013

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

## SONDAGE FP 2013

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

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

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

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

**QUESTIONS A L'ASSOCIATION SUISSE DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE, A SPITEX PRIVEE SUISSE ET A L'ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS**

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

1. Les prestations de soins et autres prestations sont-elles en règle générale énumérées de manière distincte sur les factures? .....  
 Oui  
 Non
2. Le montant du financement résiduel est-il mentionné sur les factures (selon l'art. 42, al. 3, LAMal)?  
 Oui  
 Si non, veuillez préciser le nombre de canton-s: ....  
et/ou le pourcentage de fournisseurs de prestations: .....
3. A l'exclusion des prestations de soins, veuillez énumérer les autres taxes facturées à l'assuré :  
.....

**b. Soins hors canton**

4. Existe-t-il des difficultés relatives au règlement du financement résiduel pour les soins hors canton ?  
 Non  
 Oui, veuillez préciser :  
.....
5. Combien de cantons et de patients ont été concernés par des difficultés en matière de financement résiduel en cas de soins hors canton en 2011 et en 2012?  
En 2011: ..... canton-s, ce qui représente ..... patient-s  
En 2012: ..... canton-s, ce qui représente ..... patient-s
6. S'il existe une difficulté en matière de financement résiduel, quelles sont les conséquences pour :
  - Les fournisseurs de prestations et quelles solutions ont-ils adoptées?  
.....
  - Les assurés?  
.....

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

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

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

**SOINS À DOMICILE - PFLEGE ZU HAUSE**

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

**Question 3**

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

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



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

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

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

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

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

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

**QUESTIONS A CURAVIVA (ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAUX, EMS)****a. Comptabilité analytique**

1. Tous les EMS disposent-ils de la comptabilité analytique?
  - Oui
  - Non, préciser le pourcentage d'EMS concernés par la comptabilité analytique: ..... %
2. Différents modèles de comptabilité analytique sont-ils appliqués?
  - Non
  - Oui, veuillez préciser quelles sont ces différences/modèles? .....

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

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

**c. Séjours hors canton**

6. Existe-t-il des problèmes relatifs au règlement du financement résiduel pour les séjours hors canton ?
  - Non
  - Oui, veuillez préciser lesquels: .....
7. Combien de cantons et d'EMS ont été concernés par des problèmes de financement résiduel en cas de séjours hors canton en 2011 et en 2012?
 

En 2011:..... canton-s, ce qui représente le .... % des EMS

En 2012:..... canton-s, ce qui représente le .... % des EMS
8. S'il existe une difficulté relative au financement résiduel, quelles sont les conséquences pour :
  - Les fournisseurs de prestations et quelles solutions ont-ils adoptées? .....
  - Les assurés? .....
  - Autres conséquences : .....

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

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

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

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

**c. Séjours hors canton**

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

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

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

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

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

- Les assurés?

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

## Jurisprudence du Tribunal fédéral (TF)

Les extraits des arrêts du Tribunal fédéral (ATF) suivants apportent notamment des précisions en matière de financement des soins:

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

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

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

- ATF 138 II 191 du 19 avril 2012: "*En dehors de la couverture cantonale des soins en vertu de l'art. 25a, al. 5, LAMal, aucune obligation de subventionner ne peut être déduite de l'art. 39 LAMal. Par ailleurs, la législation fédérale ne prévoit pas un droit général ou absolu à l'obtention des subventions de la part de l'Etat (...) pour prétendre à une subvention particulière il faut que la loi détermine le principe et les conditions d'octroi spécifiques (ATF 118 V 16, consid. 3a, p. 19; ATF 116 V 318 consid. 1c p. 319 s.; arrêt 2C\_762/2008 du 8 mai 2009 consid. 1.1).*" (consid. 4.2.4)

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

En raison du principe du libre choix d'un home, le canton devra permettre aux résidents désireux de vivre dans un établissement figurant sur la liste des établissements autorisés à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins et non déclaré d'utilité publique de s'y installer, pour autant que cet EMS accepte d'accueillir les résidents concernés aux tarifs de pension maxima fixés en conformité avec l'art. 10, al. 2, let. e, LPC (consid. 5.7.3).

- ATF 2C\_728/2011: Interprétant la dernière phrase de l'art. 25a, al. 5, LAMal, " les cantons règlent le financement résiduel", le TF conclut: "Au vu des opinions divergentes exprimées au sein de l'Assemblée fédérale et de sa volonté de donner aux cantons, dans le respect du fédéralisme, les outils pour endiguer les coûts des soins tout en assurant la pérennité de leur prise en charge effective, force est de constater que l'art. 25a LAMal ne fait donc pas par principe obstacle à la fixation de tarifs forfaitaires par les cantons, en dépit du schématisme qui est inhérent à cet instrument." (consid. 3.6).

"(...) l'art. 25a LAMal n'impose pas un modèle particulier de financement de la part résiduelle. L'adoption d'une tarification forfaitaire graduée en fonction du degré de dépendance des résidents au lieu d'une prise en charge individualisée des coûts pour chaque EMS n'est pas prohibée en tant que telle." Le TF est d'avis qu'une couverture globale des coûts effectifs constitue pour les EMS dispendieux un incitatif visant "à adapter le coût et l'efficacité des prestations aux méthodes pratiquées par la majorité des EMS." (consid. 4.1)

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