Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP

Bericht zu den Ergebnissen der Anhörung zur

Teilrevision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) und der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV)

Rapport sur les résultats de l'audition relative à la

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) et du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS)

April / avril 2009

INHALT

Durchführung der Vernehmlassung	3
Zustimmung und Kritik	4
Liste der Stellungnahmen im Anhörungsverfahren	8
Ergebnisse im Einzelnen	
– Allgemeine Stellungnahmen	12
– KVV	42
– KLV	72
– AHVV	147

SOMMAIRE

Organisation de la consultation	3
Approbation et critique	4
Liste des avis exprimés lors de l'audition	8
Résultats en détail	
– Prises de position générales	12
– OAMal	42
– OPAS	72
– RAVS	147

Durchführung

Mit Schreiben vom 18. Dezember 2008 lud das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Kantonsregierungen, die politischen Parteien und die interessierten Organisationen ein, zu den Änderungen der KVV, KLV und AHVV bis zum 31. März 2009 Stellung zu nehmen.

Die Anhörungsunterlagen wurden an 180 Adressatinnen und Adressaten versandt. 25 Kantone, 6 Parteien und 67 andere interessierte Stellen und Organisationen (insgesamt 98) äusserten sich näher zu den vorgeschlagenen Änderungen.

Organisation

Par lettre du 18 décembre 2008, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a invité les gouvernements cantonaux, les partis politiques et les organisations intéressées à s'exprimer sur les modifications de l'OAMal, l'OPAS et le RAVS jusqu'au 31 mars 2009.

La documentation relative à l'audition a été envoyée à 180 destinataires. 25 cantons, 6 partis et 67 autres intéressés (98 au total) ont exprimé leur avis sur les modifications proposées.

Zustimmung und Kritik

Allgemeines

Inkrafttreten
Die grosse Mehrheit der Anhörungsteilnehmer und insbesondere die Kantone verlangen ein Inkrafttreten am 1. Januar 2011. Dies wird vor allem damit begründet, die Anpassungen der Verordnungen böten keine ausreichenden Angaben für eine einheitliche und vollständige Umsetzung und erforderten daher von den Kantonen umfangreiche gesetzgeberische Arbeiten.

Im Gegensatz zur vorherrschenden Meinung wird jedoch in einigen Stellungnahmen (vor allem in jener von santésuisse) ein Inkrafttreten am 1. Juli 2009 verlangt, vor allem wegen des Risikos eines Kostenanstiegs aufgrund der Aufhebung des Einfrierens der Rahmentarife. Als weiteres Problem wird die Frage des Basisjahrs erwähnt, das für die Berechnung der Vergütungen zu berücksichtigen ist: Bei einem Inkrafttreten am 1. Januar 2010 sollte nicht 2008, sondern 2009 massgebend sein. Da das Einfrieren der Rahmentarife wie oben erwähnt aufgehoben wird, dürften die Vergütungen 2009 höher ausfallen.

Restfinanzierung
Im Zusammenhang mit der Restfinanzierung wird häufig gefordert, dass den Kantonen die Kompetenz eingeräumt wird, die Pflegetaxen (100% der Pflegekosten) anzuerkennen oder normativ festzulegen. Dazu wird eine Anpassung der VKL verlangt, damit die Betriebskosten einheitlich berechnet werden (betrifft nur die Kosten der Heime).

Kostenbeteiligung
In Bezug auf den Anteil der Kosten, der von den Versicherten zu übernehmen ist, wird in einer Stel-

Approbation et critique

Généralités

Entrée en vigueur
La grande majorité des acteurs consultés et plus particulièrement les cantons demandent une entrée en vigueur au 1er janvier 2011 avec comme motivation principale le fait que les modifications d'ordonnances n'apporteraient pas d'informations suffisantes pour une mise en œuvre uniforme et complète, imposant ainsi un grand travail législatif aux cantons.

Toutefois, en opposition à l'avis prépondérant, il y a des avis (dont notamment celui de santésuisse) qui sont favorables à une entrée en vigueur au 1er juillet 2009 avant tout en raison du risque d'augmentation des coûts du fait de l'abrogation du gel des tarifs-cadre. Un autre problème évoqué est celui de l'année de référence à prendre en compte lors du calcul du montant des contributions qui devrait, pour une entrée en vigueur au 1er janvier 2010, être 2009 au lieu de 2008. Le niveau des remboursements pour 2009 risque d'être plus élevé toujours en raison de l'abrogation du gel des tarifs-cadre évoquée plus haut.

Financement résiduel
En lien avec le financement résiduel, il est fréquemment demandé que la compétence de reconnaître ou fixer normativement les taxes pour les soins (100% des frais de soins) soit accordée aux cantons. Pour ce faire une adaptation de l'OCP est demandée afin que le calcul des coûts d'exploitation se fasse de manière uniforme (ne concerne que les coûts des homes).

Participation aux coûts
Concernant la part des coûts à charge des assurés, Il y a une demande pour que le montant

lungnahme verlangt, dass die maximale Kostenbeteiligung der Versicherten nicht nur in Prozent, sondern auch in Franken (höchstens Fr. 7100 oder 7500) angegeben wird.

Begriff Sozialversicherung
Verschiedentlich wird eine genauere Festlegung des Begriffs Sozialversicherungen verlangt, der in Art. 25a Abs. 5 des Gesetzes verwendet wird, insbesondere in Bezug auf die Frage, ob die Ergänzungsleistungen als Leistungen einer Sozialversicherung oder als akzessorische Leistung zur AHV und zur IV zu betrachten sind.

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
Nach Art. 25a Abs. 1 des Gesetzes leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant erbracht werden.
Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung. Zudem setzt er die Höhe der Beiträge in Franken entsprechend dem Bedarf sowie die Modalitäten für eine Qualitätskontrolle fest.
In Art. 33 KVV sind jene Kompetenzen bezüglich der Leistungsbezeichnung aufgezählt, die der Bundesrat dem Departement überträgt. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden die Regelungen zu den Pflegeleistungen auf Gesetzesstufe neu strukturiert.

Andere Änderungen
Artikel 22 Absatz 3 Buchstabe d KVV hat nur zu positiven Reaktionen geführt. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat eine Präzisierung der Bestimmung verlangt.

Die Änderung des Artikel 36a Absatz 3 Buchstabe a KVV und die dazugehörende Übergangsbestimmung, welche die Projektdauer für die Pilot-

maximum devant être pris en charge par les assurés ne soit pas uniquement défini en pourcent de la contribution maximale mais soit donné également en francs (maximum 7'100 Frs ou 7'500 Frs).

Notion d'assurance sociale
Des demandes de précisions ont été formulées concernant la notion d'assurances sociales formulée à l'art. 25a, al. 5, de la loi, notamment quant à la question de savoir si les prestations complémentaires sont à considérer comme une assurance sociale ou comme une prestation accessoire à l'AVS et à l'AI.

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)
Selon l'art. 25a, al. 1, de la loi, l'assurance obligatoire des soins est tenue de fournir une contribution aux soins dispensés, sous forme ambulatoire, sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré.
Le Conseil fédéral désigne les soins et définit la procédure d'évaluation des besoins en soins. Il fixe également le montant des contributions en francs en fonction des besoins ainsi que les modalités d'un contrôle de qualité.
L'art. 33 OAMal énumère les compétences, concernant la désignation des prestations, que le Conseil fédéral délègue au département. Avec le nouveau régime de financement des soins, les règles concernant les prestations de soins sont nouvellement structurées au niveau de la loi.

Autres modifications
L'art. 22, al. 3 let. b OAMal n'a suscité que des remarques favorables. Seule l'institution commune demandé une précision de la disposition.

La modification de l'art. 36a al. 3 let. a OAMal ainsi que sa disposition

projekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland verlängern, haben zu positiven und negativen Reaktionen geführt. Hauptsächlich die Kantone, santésuisse und Versichertenorganisationen stehen den Vorschlägen positiv gegenüber. Ablehnend wird die Verlängerung vor allem von einigen Organisationen der Leistungserbringer aufgenommen.

Artikel 90b hat nur zu wenigen Reaktionen geführt. Diese Änderung (Aufhebung) wurde positiv aufgenommen.

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)
Die Finanzierung der Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden, wird neu geregelt. Das revidierte Gesetz sieht keine einheitliche Finanzierung aller Pflegeleistungen vor, sondern unterscheidet zwischen "Pflegeleistungen" und "Leistungen der Akut- und Übergangspflege". Bei den "Pflegeleistungen" liegt der Schwerpunkt auf dem Bedarf an Langzeitpflege.

Akut- und Übergangspflege
In Art. 7 Abs. 3 wird eine klare Definition der Akut- und Übergangspflege verlangt, um eine einheitliche Erbringung dieses Typs von Pflegeleistungen zu ermöglichen. Zudem wird verlangt, dass die Kantone die Kompetenz erhalten, die Leistungserbringer zu bezeichnen, die die Akut- und Übergangspflege anbieten dürfen, damit die Qualität und die erforderlichen Kapazitäten gewährleistet werden können.

Höhe der Beiträge
Die in Art. 7a vorgesehenen Beträge werden allgemein als zu tief erachtet und sollten vom Departement auch regelmässig an die Teuerung angepasst werden. Einzig santésuisse erachtet sie als an-

transitoire, qui prévoient une prolongation des projets pilotes pour la prise en charge de prestations à l'étranger ont reçu un accueil contrasté: Les cantons, santésuisse et les organisations d'assurés ont réagi positivement à cette proposition alors que les organisations représentant les fournisseurs de prestations l'ont plutôt rejetée,

L'art. 90b n'a suscité que peu de réactions. Au surplus, l'accueil réservé à cette modification (abrogation) a été favorable.

Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)
Le financement des soins, fournis en ambulatoire ou dans un établissement médico-social, est nouvellement réglé. La loi révisée ne prévoit pas un financement uniforme de tous les soins mais procède à une distinction entre financement des prestations de "soins" et financement des prestations de "soins aigus et de transition". Pour les prestations de "soins", l'accent est mis sur un besoin en soins de longue durée.

Soins aigus et de transition
À l'art. 7, al. 3, une définition claire, des soins aigus et de transition, est demandée afin de permettre une uniformité de fourniture de ce type de soins. Dans la même optique il est demandé que la compétence de désigner les fournisseurs de prestations pouvant fournir des soins aigus et de transition soit accordée aux cantons, dans un but de qualité et de garantie des capacités.

Montant des contributions
Les montants prévus à l'art. 7a sont jugés, de manière générale, comme étant trop bas et devraient également être adaptés périodiquement au renchérissement par le Département. Seule santésuisse les estime

nehmbar.

Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV)
In Art. 66bis war eine Anpassung notwendig, insbesondere in Bezug auf die Definition der Heime. Zu dieser Anpassung gingen nur wenige Bemerkungen ein.

acceptables.

Règlement sur l'assurance vieillesse et survivants (RAVS)
À l'art. 66bis une adaptation a été nécessaire notamment par rapport à la définition des homes. Cette adaptation n'a pas un grand nombre de remarques.

Liste der Stellungnahmen im Anhörungsverfahren
Liste des avis exprimés lors de l'audition

Abkürzung	**Absender**
Abréviation	**Expéditeur**
	Legislativkommissionen / Commissions législatives
SGK-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats
	Kantone und kantonale Konferenzen / cantons et conférences cantonales
AG	Kanton Aargau
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
BE	Kanton Bern
BL	Kanton Basel-Landschaft
BS	Kanton Basel-Stadt
FR	Canton de Fribourg
GE	Canton de Genève
GL	Kanton Glarus
GR	Kanton Graubünden
JU	Canton du Jura
LU	Kanton Luzern
NE	Canton de Neuchâtel
NW	Kanton Nidwalden
OW	Kanton Obwalden
SG	Kanton St. Gallen
SH	Kanton Schaffhausen
SO	Kanton Solothurn
SZ	Kanton Schwyz
TG	Kanton Thurgau
UR	Kanton Uri
VD	Canton de Vaud
VS	Canton du Valais
ZG	Kanton Zug
ZH	Kanton Zürich
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
FDK	Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren
	Politische Parteien / partis politiques
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
FDP	FDP Die Liberalen
SP	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
SVP	Schweizerische Volkspartei
EDU	Eidgenössisch-Demokratische Union
Grüne	Grüne Partei der Schweiz

	Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Bergebiete / Associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui oeuvrent au niveau national
Gemeindeverband	Schweizerischer Gemeindeverband
Städteverband	Schweizerischer Städteverband
	Gesamtschweizerische Dachverbände und Organisationen der Wirtschaft / Associations faîtières de l'économie qui oeuvrent au niveau national et organisations de l'économie
CP	Centre Patronal
FER	Fédération des Entreprises Romandes
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz
	Leistungserbringer / fournisseurs de prestations
ASPS	Association Spitex privée Suisse
CURAVIVA	CURAVIVA Verband Heime und Institutionen Schweiz
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
FMH	FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz
K3	Konferenz Kantonale Krankenhausverbände
Physioswiss	Physioswiss Schweizer Physiotherapie Verband
	PULSUS
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft
pharmaSuisse	pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganiationen im Gesundheitswesen
SVDE	Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
senesuisse	senesuisse Private Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
Spitex CH	Spitex Verband Schweiz
Swiss Reha	Swiss Reha Die führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz
SGAM	Schweizerische Gemeinschaft für Allgemeine Medizin
UNION	Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
ALPHA	ALPHA-Pflege
ARODEMS	Association romande et tessinoise des directeurs de maisons pour personnes âgées
Freiberufliche	Interessengruppe Freiberufliche Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
palliative ch	Schweizersiche Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung
PNO	Palliativnetz Ostschweiz
Spitex BE	Spitex Verband Kanton Bern
Stiftung SBK	Stiftung für Krankenpflege zu Hause des SBK

VAPP	Verein Ambulant Psychiatrische Pflege
	Aellen Verena; ambulante Psychiatriespitex
	Affolter Marta; freiberufliche diplomierte Pflegefachfrau
	Aubert Pierre, ANIPPA
	Bürki Eveline; Mitglied VAPP
	Freiburghaus Roger; freischaffender Psychiatriepflegefachmann
	Froidevaux Liliane und Kallen Vroni; freiberufliche Pflegefachfrauen
	Gerber Ursula; freiberufliche Psychiatriepflegefachfrau
	Germann S.; freiberuflicher Pflegefachmann
	Kost Franz; Mitglied SBK und Vapp
	Moggi Doris; freiberufliche ambulante Psychiatriepflegefachfrau
	Rebmann Markus und andere; Mitglieder des Vereins "Ambulante Psychiatrische Pflege" und des Netzwerks "Freiberufliche Psychiatrische Spitex Nordwestschweiz"
	Schmid David; Ambulante Psychiatrische Pflege
	Versicherer / assureurs
GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG
	santésuisse
	PatientInnen und BenutzerInnen / patients et usagers
AVIVO	AVIVO Suisse
Procap	Procap Schweizerischer Invaliden-Verband
SSR	Schweizerischer Seniorenrat
SPO	SPO Schweizerische Patienten- und Versichertenorganisation
FARES	Fédération des Associations des retraités et de l'entraide en Suisse
alzheimer	Schweizerische Alzheimervereinigung
DOK	Dachorganisationenkonferenz der privaten Behindertenhilfe
MS	Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft
	Andere / autres
GELIKO	GELIKO Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz
	Diverse / Divers
AHV/IV	Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen
SAG	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales
IG Pflege	Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung
IVSK	IV-Stellen-Konferenz
SOVOKO	Sozialvorsteherinnen- und Sozialvorsteher-Konferenz der Zugerischen Gemeinden
	Stadt Zürich
SZB	Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen

Ergebnisse im Einzelnen

Vorbemerkung
Die von den Antwortenden vorgebrachten Meinungen, Anregungen und Forderungen werden weder gewichtet noch bewertet.

Die Ausführungen wurden teilweise gekürzt.

Résultats en détail

Remarque préliminaire
Les avis, les suggestions et les demandes exprimés dans les réponses ne font ici l'objet ni d'une appréciation ni d'une évaluation.

Les exposés ont en partie été raccourcis.

Pflegefinanzierung
Financement des soins

Generell / En général

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser** **Auteurs**
Am umstrittensten war sicher der vorgesehene Zeitpunkt des lnkrafttretens der Verordnungsänderungen. Den Kantonen sollte für die Umsetzung ein wenig mehr Zeit eingeräumt und die Revisionen nicht vor dem 1. Januar 2010 in Kraft gesetzt werden. Dieser Forderung standen allerdings auch Äusserungen, dass die Betroffenen genügend Vorlaufzeit gehabt hätten, gegenüber. Die Vergütung der Pflegeleistungen und die Zahlungen der Kantone sollten präziser geregelt werden.	SGK-N / CSSS-N
Der Regierungsrat AR (…) hat beschlossen, dass er sich der Stellungnahme der GDK anschliesst.	AR renvoi CDS
Der Regierungsrat BE unterstützt die Stellungnahme der GDK vollumfänglich. Eine lnkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung per 1. Juli 2009 ist aus berner Sicht nicht umsetzbar. Auch wenn die im Rahmen dieser Anhörung beantragten Präzisierungen vorgenommen werden, verbleibt zu wenig Zeit, um die zum Vollzug auf Kantonsebene notwendigen Änderungen vorbereiten zu können. Die erforderlichen Verfahrensschritte zur Anpassung von Rechtsgrundlagen unter Einbezug der Gemeinden und der betroffenen Leistungserbringer benötigen erfahrungsgemäss mindestens 1 % Jahre. Auch die Umsetzung der neuen Regelung benötigt erfahrungsgemäss Zeit (insbesondere der Aufbau eines Systems zur Abwicklung der Zahlungen bzw. Rückzahlungen an die pflegebedürftigen Personen). In Ergänzung zur Stellungnahme der GDK möchte BE zudem darauf hinweisen, dass durch die neue Pflegefinanzierung für die Kantone nicht nur Mehrkosten durch die Entlastung der OKP entstehen, sondern auch durch die Entlastung der Patientinnen und Patienten. Diese zusätzliche Belastung wird mit lnkraftsetzung der Bestimmungen unmittelbar entstehen. Diese insgesamt sehr erheblichen Mehrkosten bedingen eine Anpassung der finanzpolitischen Strategien der Gemeinden und des Kantons, die Budgetierung der erforderlichen Mehrausgaben, allfälliger Kompensationen oder Anpassung der steuerpolitischen Entscheidungen. Eine lnkraftsetzung vor dem 1. Januar 2011 erachtet BE als undurchführbar. Deshalb lehnt der Regierungsrat BE eine solche lnkraftsetzung vor dem 1. Januar 2011 dezidiert ab. *Art. 25a Abs. 1bis* ELV Gemäss Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG sorgen die Kantone dafür, dass durch ,,(…) *den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird."* Zur Klärung des Begriffs ,,anerkanntes Pflegeheim" sollte präzisiert werden, ob darunter sämtliche Pflegeheime zu verstehen sind, die unter die Heimdefinition gemäss Art. 25a ELV fallen oder nur diejenigen Heime, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste gemäss KVG figurieren. ln der Verordnung sollte deshalb der Begriff ,,anerkanntes Pflegeheim" definiert werden.	BE renvoi CDS
BL schliesst sich ausdrücklich der Stellungnahme der GDK an. Da die vorliegenden Verordnungsentwürfe viele für die Umsetzung wesentliche Fragen nicht beantworten und deshalb bis heute weder eine seriöse Abschätzung der finanziellen Folgen möglich war noch der im Kanton erforderliche Gesetzgebungsprozess eingeleitet werden konnte, ist eine **Inkraftsetzung frühestens auf den 1. Januar 2011** möglich (unter der Voraussetzung, dass die Verordnungsänderungen bis Mitte 2009 definitiv verabschiedet werden). Bei einer früheren lnkraftsetzung würde ein eigentlicher Vollzugsnotstand eintreten. BL ersucht	BL renvoi CDS

das BAG dringend, den Kantonen die für die Umsetzung erforderliche Zeit einzuraumen.	
GE s'oppose aux modalités du financement des soins telles qu'elles sont projetées. La mise en oeuvre de ces projets de modifications d'ordonnances et de règlement serait très difficile pour le canton de Genève si de nombreuses clarifications, précisions et corrections ne les améliorent pas. En effet, le canton de Genève devra entreprendre des changements législatifs, réglementaires, budgétaires, organisationnels et procéduraux conséquents pour y parvenir. C'est pourquoi, à l'instar de la position de la CDS, GE s'oppose fermement à une **entrée en vigueur** avant 2011. Les montants transmis à fin décembre 2008 auraient dû permettre de procéder aux évaluations du report de charges sur les cantons qu'engendre la nouvelle législation. Les subventions cantonales aux EMS ainsi que les prestations complémentaires seront touchées. Le budget cantonal 2009 ne pouvait prévoir cette augmentation et il est tout à fait nécessaire, pour permettre une application correcte de **décisions parlementaires fédérales, que le délai soit reporté au 1.1.2011.**	GE renvoi CDS
Le délai **d'entrée en vigueur** ne peut raisonnablement pas être fixé avant **le le1er janvier 2011,** considérant la quantité de travail que les nouvelles dispositions représentent pour les cantons et plus particulièrement encore pour les petits cantons. En effet, des modifications des bases légales cantonales pouvant être soumises au référendum devront être apportées, cela après clarifications de plusieurs points, notamment en ce qui concerne les nouvelles règles de financement et le nouveau concept de soins aigus et de transition. Les modalités liées au financement résiduel qui incombera aux cantons devront égaiement faire l'objet d'importantes adaptations Il est important de rappeler que les **incidences financières** engendrées par ces nouvelles dispositions peuvent paraître anodines pour les grands cantons mais ne sont absolument pas négligeables pour la République et Canton du Jura, cela d'autant plus que les dépenses de santé sont entièrement à la charge des finances cantonales. Une nouvelle fois, le Gouvernement jurassien ne peut que déplorer le désengagement des assureurs au détriment d'une part des collectivités publiques cantonales et d'autre part des bénéficiaires de soins de longue durée eux-mêmes.	JU renvoi CDS
OW stellt fest, dass in den Entwürfen zahlreiche Umsetzungsfragen offen bleiben, welche nun von den Kantonen - teilweise unter Anpassung der kantonalen Gesetzesgrundlagen mit Referendumspflicht teilweise in Absprache bzw. nach Anhörung der Leistungserbringer und Versicherer – geklärt werden müssen. Dies betrifft insbesondere die Restfinanzierung sowie den neuen Begriff der Akut- und Übergangspflege. Für die Vorbereitungsarbeiten und die Anpassung der kantonalen gesetzlichen Grundlagen benötigen die Kantone sämtliche Bestimmungen auf Bundesgesetzes- und - verordnungsebene. Das BAG muss auf dieser Basis zuhanden der kantonalen Parlamente nicht nur die finanziellen Konsequenzen abschätzen können, sondern auch wissen, welche der nachfolgend beantragten Präzisierungen letztlich in der Verordnung fehlen und deshalb auf kantonaler Ebene zu klären und zu verankern sind. Dies betrifft insbesondere die normative Festlegung der von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Pflegekosten (Basis 100 Prozent), die Definition der Akut- und Übergangspflege sowie die Durchsetzung des Tarifschutzes. Die anschliessenden gesetzgeberischen Verfahrensschritte sowie die Umsetzungsarbeiten unter Anhörung der Leistungserbringer, Gemeinden und weiterer Institutionen nehmen auch bei einem ambitiosen Zeitplan ein bis anderthalb Jahre in Anspruch. OW ersucht das BAG daher dringend, eine **Inkraftsetzung** erst auf 1. Januar 2011 zu beantragen. Aus heutiger Perspektive kann der Kanton Obwalden die Gesetzesänderungen unter keinen Umstanden per 1. Juli 2009 umsetzen. Des Weitern bewirkt die neue Pflegefinanzierung bei einer für die Obligatorische	OW renvoi CDS

Krankenpflegeversicherung kostenneutralen Überfuhrung Kostenverschiebungen von schätzungsweise 350 Millionen Franken zulasten der Kantone und Gemeinden. Die notwendigen Mittel sind für 2009 weder bei den Kantonen noch bei den Gemeinden ordentlich budgetiert. Dies ist ein weiterer staatspolitischer Grund, weshalb eine Umsetzung auf 1. Juli 2009 nicht möglich ist.	
La mise en oeuvre dans les cantons du nouveau régime de financement des soins de longue durée nécessite une adaptation des bases légales cantonales. Une telle adaptation ne peut se faire qu'une fois connue la version définitive des ordonnances d'application. En outre, le processus législatif lui-même prend du temps. Comme l'a relevé le Comité directeur de la CDS dans sa position du XX mars 2009, une **entrée en vigueur** au ler juillet 2009 est dans ces conditions impossible. Une telle entrée en vigueur au le 1er janvier 2010 serait quant à elle très difficilement réalisable. Un délai au 1er janvier 2011 est en revanche conforme aux travaux à fournir dans l'intervalle.	VD renvoi CDS
Die im Nachgang zur Teilrevision der KVV, KLV und AHVV erforderlichen Gesetzes- und Verordnungsrevisionen auf kantonaler Ebene nehmen im Minimum ein bis anderthalb Jahre in Anspruch. Die auf den 1. Juli 2009 vorgesehene Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung ist entsprechend auf den 1. Januar 2011 zu verschieben. Die Verordnungsentwürfe beinhalten teilweise beträchtliche Interpretationsspielräume, welche die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung auf kantonaler Ebene erschweren. Diese betreffen insbesondere den Leistungsumfang und die damit verbundene Finanzierungsregelung in der neu geschaffenen Kategorie der Akut- und Übergangspflege. Mit einer Vielzahl der in den verschiedenen Verordnungen vorgeschlagenen Bestimmungen ist GR einverstanden.	GR
NW stellt fest, dass sich die Entwürfe auf ein Minimum an Bestimmungen beschränken. Dies ist einerseits zu begrüssen, da dadurch die bestehenden Bestimmungen nicht mehr als notwendig geändert werden. Andererseits bleiben damit aber zahlreiche Umsetzungsfragen offen, welche nun durch die Kantone - teilweise unter Anpassung der kantonalen Gesetzesgrundlagen - geklärt werden müssen. Dies betrifft insbesondere die Restfinanzierung sowie den neuen Begriff der Akut und Übergangspflege. Vorgesehen ist die lnkraftsetzung per 1. Juli 2009. Die Vorbereitungsarbeiten und die Anpassung der gesetzlichen Grundlagen nehmen auch bei einem ambitiösen Zeitplan rund 1% Jahre in Anspruch. lm Weiteren bewirkt die neue Pflegefinanzierung bei einer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutralen Überführung Kostenverschiebungen zulasten des Kantons. Die notwendigen Mittel sind für 2009 nicht budgetiert. Ausserdem verursacht eine unterjahrige lnkraftsetzung insbesondere auch bezogen auf die notwendigen Anpassungen im EL-Bereich (Revision) für den Kanton erhebliche Mehrkosten. Aus all diesen Gründen schlägt NW vor, dem Bundesrat eine lnkraftsetzung zum 1. Januar 2011 zu beantragen. Sicher ist, dass der Kanton die Gesetzesänderungen unter keinen Umständen am 1. Juli 2009 wird umsetzen können.	NW
Von den in der GDK-Stellungnahme angeführten Punkten sind für den Kanton Basel-Stadt insbesondere folgende Punkte unverzichtbare Anliegen: - Der Zeitpunkt der lnkraftsetzung der Verordnungsanderung ist auf den 1. Januar 2011 festzulegen. - Es muss ausdrücklich klargestellt werden, dass die Kantone die für die Kalkulation der Restfinanzierung notwendige Hohe der anrechenbaren Kosten (100%) normativ festlegen konnen. Diese Kompetenz muss sowohl den Bereich der Pflegeheime als auch denjenigen der Institutionen zur Tages- und Nachtbetreuung sowie der Spitex-Anbieterinnen und -Anbieter umfassen. - Erforderlich ist weiter eine Klarstellung, dass die auf die Patientinnen und Patienten überwalzbaren Pflegekosten (max. 20% des hochsten Tarifes) bei der ELAnspruchsberechnung zu berücksichtigen sind.	BS

- Die vom Gesetzgeber vorgesehene Kostenneutralitat in Bezug auf die Leistungen der Krankenversicherer muss gewahrleistet und überprüfbar sein. Dies bedingt bezüglich der für die Pflegeheime vorgeschlagenen Tarife eine sehr deutliche Erhohung. - Die Definition der Akut- und Übergangspflege muss in Abgrenzung zu den übrigen Leistungsarten auf Verordnungsebene vorgenommen werden. - Die vom EDI festzusetzenden Tarife sind unter Berücksichtigung der allgemeinen Preis und Lohnentwicklung periodisch zu überprüfen und anzupassen.	
1. Inkraftsetzung AIs Einführungszeitpunkt ist der 1. Juli 2009 für BSvöllig inakzeptabel. Die erforderlichen Anpassungen und Vorbereitungen auf kantonaler Ebene sind bis zu diesem Datum unmöglich zu gewährleisten. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die konkreten Arbeiten teilweise erst in Angriff genommen werden können, wenn die anzupassenden Verordnungen in ihrer definitiven Fassung vorliegen. Da in denjenigen Kantonen, welche mit dem Pflegaufwand-Erfassungssystem RAI arbeiten, noch nicht überall ein einheitlicher, nach Minuten abgestufter Tarif (CH-Index) zur Anwendung kommt, ist je nach Kanton eine Tarifumstellung erforderlich. Wie bei jeder Tarifumstellung ist eine sorgfältige Vorbereitung und Planung erforderlich. Ist dies nicht gewährleistet, drohen unerwünschte und unbeabsichtigte Auswirkungen auf die Heime, d.h. auf die Abrechnungssysteme und die Erträge sowie die Kostenträger (Bewohner, Krankenversicherer, Kantone und Gemeinden). Erfahrungsgemäss ist für eine Tarifumstellung ein Zeitraum von einem Jahr erforderlich. Während die Auswirkungen und Umstellungen in Bezug auf die Pflegeheime allenfalls innerhalb eines Jahres, also 12 Monate nach Bekanntgabe der definitiven Tarife, zu bewältigen sind, sieht BS sich in Bezug auf die Spitex-Anbieterinnen und -Anbieter völlig neuen Aufgaben gegenüber. lm Kanton Basel-Stadt verfügen derzeit rund 60 Spitex-Anbieterinnen und -Anbieter über eine kantonale Bewilligung, wovon zwei vom Kanton und weitere zwei von den Gemeinden (Riehen und Bettingen) subventioniert werden. Zu den übrigen 56 Anbietern besteht bisher nur ein aufsichtsrechtliches, d.h. auf Aspekte der Strukturqualität beschränktes, Verhältnis. lnsbesondere liegen keine konkreten Kenntnisse über den Umfang der von diesen Anbieterinnen und Anbietern erbrachten pflegerischen Leistungen oder deren Kostenstruktur vor. Diesbezüglich liefert auch die Spitex- Statistik des Bundesamtes für Statistik keine Erkenntnisse, da durch diese Statistik lediglich drei lnstitutionen aus BS erfasst werden. Eine flächendeckende Erhebung der Anbieterinnen und Anbieter soll gemäss Basel Stadts Informationen erstmals im Jahr 2010 durchgeführt werden. Um mit den von den Veränderungen betroffenen lnstitutionen konkrete Verhandlungen aufnehmen zu können, müssen - wie bereits erwähnt - die definitiven Tarife feststehen. Auch um im politischen Prozess auszumachen, in welchem Umfang die mögliche Kostenüberwälzung auf Bezügerinnen und Bezüger von Spitex-Leistungen überhaupt erfolgen soll, müssen die definitiven Tarife bekannt sein. Dabei gilt es, die erwünschte Forderung von Spitex-Angeboten - in Kenntnis der neuen finanziellen Belastungen im Heimbereich - mit den finanzpolitischen Möglichkeiten insgesamt in Einklang zu bringen. Für diese Prozesse ist ein Mindestmass an Zeit erforderlich. Ansonsten droht nicht nur eine chaotische Einführungsphase, sondern gegebenenfalls auch die Gefahr von Gerichtsverfahren und potentiell grossem politischem Ungemach. In Übereinstimmung mit der GDK sieht BS deshalb den 1. Januar 2011 als frühest möglichen Termin für die lnkraftsetzung der Verordnungsänderungen, welcher die Gewährleistung einer hinreichend geordneten Einführung und Umsetzung ermöglicht. **2. Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 13. Juni 2008 („Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung")** Gemäss den Übergangsbestimmungen sind die bei lnkrafttreten dieser Ände-	BS

rung geltenden Tarife und Tarifverträge innert drei Jahren an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Kantonsregierungen regeln die Angleichung. Hierzu vermisst BS in der Vernehmlassungsvorlage eine Verordnungsbestimmung oder zumindest eine Klarstellung in den Erläuterungen. Offen ist damit, ob bei Inkrafttreten der Pflegefinanzierung die Bestimmungen von Art. 25a Abs. 5 KVG über die neue Patientenbeteiligung und die Restfinanzierung der Kantone tatsachlich bereits unmittelbar wirksam werden, auch wenn bisherige Tarife und -verträge noch weiter gelten. Bejahendenfalls (nach mündlicher Auskunft des BAG) würde dies bei subventionierten Leistungserbringern gerade im Spitexbereich zu nicht einkalkulierten Mehreinnahmen führen, woraus sich ein unmittelbarer Anpassungsbedarf der Subventionsverträge ergäbe. Ohne Klarstellung auf Bundesebene könnte eine Situation der Rechtsunsicherheit entstehen und in den Kantonen und Gemeinden verschiedene Einführungszeitpunkte bezüglich der neuen Patientenbeteiligung resultieren. Dies dürfte von der Bevölkerung kaum verstanden werden.

5. Auswirkungen im Bereich der Ergänzungsleistungen

Zum neuen Institut der Patientenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG vermisst BS eine Regelung im Bundesrecht, welche die Berücksichtigung dieser Ausgaben bei der Berechnung der EL festhalten würde. Angesichts der grossen praktischen Bedeutung der EL für die Deckung der Pflegekosten (anstelle einer eigentlichen, einkommensunabhangigen Pflegeversicherung) erscheint die Nichterwähnung dieses neuen "Selbstbehalts" nach KVG, der zusätzlich zur Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG anfällt, als eine der Rechtssicherheit abtragliche Lücke.

Von der Begriffsdefinition her wäre zumindest eine Klarstellung für den Heim- und Spitalbereich insofern wünschenswert, als der Eigenanteil bei den Pflegetaxen explizit unter die bei den EL anrechenbaren Tagestaxen fallt. Die Vernehmlassungsvorlage des Bundes enthält dazu keine Angaben. Bei uneingeschränkter kantonaler Regelungskompetenz kann dies theoretisch dazu führen, dass die Kantone - neben der Festsetzung allenfalls verschiedener Leistungsobergrenzen - die Vergütung als eine spezielle kantonale Zusatzleistung mit stärkerem Vermögensverzehr ausgestalten. Eine Schranke bildet letztlich nur die Regelung des neuen Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG, wonach die Kantone dafür zu sorgen haben, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird. lnsoweit im jetzigen Zeitpunkt keine Anpassung des ELG mehr möglich ist, sollte zumindest eine Legiferierung in der ELV geprüft werden.

Auch für die zu Hause entstehenden Pflegekosten und deren Vergütung durch die EL als Krankheits- und Behinderungskosten wäre eine entsprechende Erwähnung der Patientenbeteiligung in Art. 14 ELG wünschenswert gewesen. Auch hier sollte mindestens eine Verankerung in der ELV erwogen werden. lmmerhin ist die Vergütung der Patientenbeteiligung durch die EL für die Betroffenen jedenfalls solange von erheblicher Bedeutung, als noch kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung besteht.

6. Ausserkantonale Heimaufenthalte

Ein besonderes Anliegen ist BS, dass für pflegebedürftige Personen keine neuen Schranken in Bezug auf den Eintritt in ein ausserkantonales Pflegeheim entstehen. Aus dem Verordnungsentwurf geht nicht hervor, welcher Kanton die Restfinanzierung bei Eintritt in ein ausserkantonales Pflegeheim zu tragen hat. Nachdem bezüglich Finanzierung von ausserkantonalem Heimaufenthalt lange eine Rechtsunsicherheit bestand, ist seit 1. Januar 2008 klar, dass die Ergänzungsleistungen vom bisherigen Wohnsitzkanton zu tragen sind. Dies ist sachlich richtig und ermöglicht die Freizügigkeit über Kantonsgrenzen hinweg. Eine analoge Regelung muss nun auch für die Restfinanzierung getroffen werden. Den entsprechenden Vorschlag der GDK unterstützt BS deshalb mit Nachdruck. Ohne eine entsprechende Ergänzung besteht die Gefahr, dass die Standortkantone trotz freien Kapazitäten den Eintritt von Bewohnerinnen und Bewohnern

aus anderen Kantonen unterbinden.	
Die unterbreiteten Entwürfe lassen zahlreiche Umsetzungsfragen offen, die von den Kantonen - teilweise unter Anpassung der kantonalen Gesetzesgrundlagen (mit Referendumsmöglichkeit), teilweise in Absprache mit den Leistungserbringern und Versicherern - geklärt werden müssen. Dies betrifft insbesondere die Restfinanzierung sowie den neuen Begriff der Akut- und Übergangspflege. Für die Vorbereitungsarbeiten und die Anpassung der kantonalen gesetzlichen Grundlagen benötigen die Kantone sämtliche Bestimmungen auf Bundesgesetz- und Verordnungsebene. Sie müssen auf dieser Basis zuhanden der kantonalen Parlamente nicht nur die finanziellen Konsequenzen abschätzen können, sondern auch wissen, welche der nachfolgend beantragten Präzisierungen letztlich in der Verordnung fehlen und deshalb auf kantonaler Ebene zu klären und zu verankern sind. Dies betrifft insbesondere die normative Festlegung der von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Pflegekosten (Basis 100 %), die Definition der Akut- und Übergangspflege sowie die Durchsetzung des Tarifschutzes. Die anschliessenden gesetzgeberischen Verfahrensschritte sowie die Umsetzungsarbeiten unter Anhörung der Leistungserbringer, Gemeinden und weiterer Institutionen nehmen auch bei einem ambitiösen Zeitplan 1 bis 1½ Jahre in Anspruch. Eine unterjährige Inkraftsetzung, wie sie die Entwürfe vorsehen, würde zudem die Arbeit der Durchführungsorgane, insbesondere im Bereich der EL unnötig erschweren, weil leistungsrelevante Änderungen regelmässig auf den 1. Januar erfolgen. Die neue Pflegefinanzierung führt überdies zu einer Kostenverschiebung zulasten der Kantone und Gemeinden von schätzungsweise 350 Mio. Franken. Hinzu kommen die Erhöhungen der Vermögensfreibeträge bei der EL, welche die Kantone zusätzlich belasten. Diese Mehrkosten sind für 2009 nicht budgetiert. Gemäss den Berechnungen der GDK sind die vorgeschlagenen OKP-Beiträge Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) um 7,4 % oder 37 Mio. Franken (Abs. 1: Spitex) bzw. um 13,8 % oder 230 Mio. Franken (Abs. 3: Pflegeheim) zu tief. Dies ist entsprechend den Vorschlägen der GDK zu korrigieren. All diese Gründe zeigen, dass eine kurzfristige Inkraftsetzung und Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung nicht möglich ist. Da die Verordnungsentwürfe die meisten relevanten Fragestellungen nicht beantworten, ist eine ordentliche Umsetzung auch innert Jahresfrist nicht zu bewerkstelligen, auch wenn die nachstehend beantragten Präzisierungen noch vorgenommen werden können. **TG ersucht das BAG daher dringend, dem Bundesrat eine Inkraftsetzung per 1. Januar 2011 zu beantragen.** Sicher ist, dass die Kantone die Gesetzesänderungen unter keinen Umständen per 1. Juli 2009 werden in Kraft setzen können.	TG
Die Inkraftsetzung per 1. Juli 2009 erachtet SZ als zu ambitiöses und unrealistisches Ziel. Der Entscheid des Bundesrates zu den Verordnungsänderungen wird erst nach der Anhörungsfrist vom 31. Marz 2009 fallen. Damit bleiben den Kantonen weniger als drei Monate für die Umsetzung. Zudem braucht die administrative und technische Umsetzung entsprechend Zeit. Die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist deshalb nicht vor dem 1. Januar 2010 vorzusehen.	SZ Réf. CDS
Hilflosenentschädigung Gemäss neuArt. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstes 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwälzt werden. In diesem Zusammenhang ersucht ZH um Klärung der Frage, ob es sich bei den Leistungen der Hilflosenentschädigung um Leistungen einer «Sozialversicherung» im vorerwähnten Sinne handelt und gegebenenfalls, in welchem Umfang die Hilflosenentschädigung zur Deckung der Pflegekosten angerechnet werden kann. *Zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung* Der vorgeschlagene Inkraftsetzungstermin vom 1. Juli 2009 ist viel zu eng ge-	ZH Réf. CDS

setzt. Die Kantone sind gemäss Art. 25a Abs. 5 revKVG verpflichtet, die Restfinanzierung der Kosten zu regeln, die nach Abzug von Versicherungsbeiträgen und Beiträgen der versicherten Person verbleiben. Da solche kantonalen Finanzierungsbestimmungen der Rechtsgrundlage in einem formellen Gesetz bedürfen, muss den Kantonen auch ausreichend Zeit zum Erlass der Bestimmungen im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens eingeräumt werden. Dies lässt eine Inkraftsetzung der neuen Bestimmungen bis 1. Juli 2009 nicht zu und verunmöglicht damit eine demokratisch legitimierte Umsetzung der Pflegefinanzierung im kantonalen Recht. ZH ersucht das BAG deshalb, die neue Pflegefinanzierung erst auf den 1. Januar 2011 in Kraft zu setzen.	
La position du canton de NS rejoint celle de la CDS, ainsi il vous prie de vous y référer. NS appuie en particulier la demande de report au 1er janvier 2011, ceci pour deux raisons: tout d'abord, une nouvelle loi sur le financement des homes est en gestation dans NE, mais celle-ci ne pourra bien évidemment pas entrer en vigueur au 1er juillet 2009; ensuite, pour NE, les nouveaux tarifs représentent pour les institutions une perte de plusieurs millions de francs qui devront être notamment compensés par les pouvoirs publics. Un tel transfert de financement doit être chiffré précisément et le rattrapage doit être planifié. Concernant le concept d'assurances sociales, tel qu'il est mentionné dans l'art. 25a al. 5 LAMal-n, le fait que les prestations complémentaires consistent en des prestations d'une assurance sociale ou en une prestation accessoire à l'AVS et à l'AI n'est manifestement pas clair. Cette distinction a des répercussions sur l'ordre de prise en compte des frais de soins non couverts et d'exécution du financement résiduel et ainsi sur la répartition des charges financières entre le canton et les communes. NE prie l'OFSP de clarifier cette question au moins dans le commentaire sur l'OAMal. En dernier lieu, NE souhaite évoquer un élément particulier qui lui semble poser un problème. Dans le nouveau système global de financement des EMS, les contributions AOS, les financements cantonaux et les prestations complémentaires deviennent étroitement imbriqués et complémentaires. Or le mode de reconnaissance des EMS diffère selon le régime de financement. Une autorisation cantonale d'exploiter est nécessaire pour ouvrir un home, mais celle-ci ne donne pas un droit automatique à figurer dans la liste des fournisseurs de soins reconnus selon l'art. 39 LAMal, ni à recevoir un financement cantonal ; cependant l'autorisation d'exploiter cantonale suffit pour que les résidants d'un EMS puissent obtenir les prestations complémentaires. NE se trouve dans une situation perverse que la législation fédérale n'a pas voulu mais a créé. En effet, une institution qui a droit à une autorisation cantonale d'exploiter car elle répond aux exigences légales cantonale relatives à la qualité de la prise en charge (dotation en personnel, locaux etc.) reçoit automatiquement une reconnaissance par les prestations complémentaires quand bien même elle ne serait pas reconnue comme fournisseur de prestations LAMal. Dans ce cas, l'institution en question reporterait le financement de ses frais de soins dans les tarifs à charge des prestations complémentaires. Afin de pallier à cette situation, NE propose de modifier l'art. 66bis al. 3 du Règlement sur l'assurance vieillesse (RAVS) et de prévoir que les cantons puissent limiter la reconnaissance des homes au sens des prestations complémentaires et par exemple la limiter à ceux qui sont reconnus comme fournisseurs de prestations LAMal.	NE Réf. CDS
1.2 Zur lnkraftsetzung der Änderungen Die Neuordnung der Pflegefinanzierung bedeutet einen wesentlichen Eingriff in die kantonale Finanzhoheit. Sie nimmt eine Kostenverlagerung von privaten Finanzierern hin zu den Steuerzahlenden in Kauf und bewirkt - bei einer vom Gesetzgeber vorgesehenen kostenneutralen Überführung für die OKP (siehe Ziff. 1.1) - Kostenverschiebungen von rund 350 Mio. Franken pro Jahr zu Lasten der Kantone und Gemeinden. Die Kantone müssen sich in ihren Budgetierungen, Finanzplanungen und steuerpolitischen Strategien auf die Massnahmen einstellen können, weshalb ihnen eine angemessene Frist für die Umsetzung der Ge-	GL Réf. CDS

setzesänderung zu gewähren ist. Es ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die notwendigen Gelder für das Jahr 2009 weder auf kantonaler noch auf kommunaler Ebene budgetiert sind und der Budgetierungsprozess 2010 sowie die Finanzplanung 2011ff in sämtlichen Kantonen bereits angelaufen ist, womit selbst eine lnkraftsetzung per 1. Janaur 2010 verfrüht ist. GL stellt überdies fest, dass zahlreiche Umsetzungsfragen in Bezug auf die Restfinanzierung und die Akut- und Übergangspflege offen sind, welche in der Folge von den Kantonen - unter Anpassung der kantonalen Gesetzesgrundlagen aber auch nach Anhörung der Leistungserbringer und Versicherer - geklärt werden müssen. Der Kanton Glarus lebt mit seiner Landesgemeinde eine direkte Demokratie. Dieser traditionelle kantonale Gesetzgebungsprozess bedingt jedoch eine zeitliche Vorlaufphase, die eine Umsetzung vor dem 1. Januar 2011 unmöglich macht. *Antrag* GL beantragt, die Neuordnung der Pflegefinanzierung nicht vor dem 1. Januar 2011 in Kraft zu setzen.	
Prinzipiell begrüsst AI schlanke rechtliche Erlasse, die sich auf die Regelung des Notwendigen beschränken. Wir sind aber der Auffassung, dass durch das Fehlen der genannten Punkte in den vorgelegten Entwürfen Rechtsunsicherheit entsteht. Ein sinnvoller Vollzug durch die Kantone wird unnötigeweise erschwert, da zu viele Umsetzungsfragen offen bleiben. **Realistisches Inkraftsekungsdatum** Die lnkraftsetzung soll nicht wie geplant per 1. Juli 2009 erfolgen, sondern erst auf den 1. Januar 2011. Nur so erhalten die Kantone eine angemessene Frist, um die Gesetzesänderungen regulatorisch und praktisch vorzubereiten.	AI Ref. CDS
Inkraftsetzung Angesichts der Tatsache, dass die neue Pflegefinanzierung nach Vorliegen der definitiven Verordnungsbestimmungen umfassende Umsetzungsarbeiten erfordert, sowohl im Bereich der Gesetzgebung als auch in den Bereichen Statistik sowie Leistungserfassung bei den Institutionen (v. a. Anpassung des bisherigen BESA-Systems an das vorgeschlagene zwölfstufige Abgeltungssystem), **beantragt ZG die Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung frühestens per 1. Januar 2011**.	ZG Ref. CDS
SO stellt fest, dass sich die Entwürfe auf ein Minimum an Bestimmungen beschränken. Dies ist einerseits zu begrüssen, weil dadurch die bestehenden Bestimmungen nicht mehr als notwendig geändert werden. Anderseits bleiben damit aber zahlreiche Umsetzungsfragen offen, welche nun von den Kantonen geklärt werden müssen. Dies betrifft insbesondere die Restfinanzierung sowie den neuen Begriff der Akut- und Übergangspflege. Für die Vorbereitungsarbeiten und die Anpassung der kantonalen gsetzlichen Grundlagen benötigen die Kantone sämtliche Bestimmungen auf Bundesgesetzes und -verodnungsebene. Die anschliessenden gesetzgeberischen Verfahrensschritte sowie die Umsetzungsarbeiten unter Anhörung der Leistungserbringer, Gemeinden und weiterer Institutionen nehmen auch bei einem ambiziösen Zeitplan 1 bis 1 ½ Jahre in Anspruch. Des Weiteren bewirkt die neue Pflegefinanzireung bei einer für die OKP kostenneutralen Überführung Kostenverschiebungen von schätzungsweise 350 Mio. CHF zulasten der Kantone und Gemeinden. Die notwendigen Gelder sind für 2009 weder bei den Kantonen noch bei den Gemeinden budgetiert. In Anbetracht dessen ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass eine kurzfristige Inkraftsetzung und Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung nicht möglich sind. Da die Verordnungsentwürfe die meisten relevanten Fragestellungen nicht beantworten, ist eine ordentliche Umsetzung auch innert Jahresfrist nicht zu bewerkstelligen. SO ersucht die Verwaltung daher, dem Bundesrat eine Inkraftsetzung **frühesten per 1. Janaur 2011** zu beantragen. Sicher ist, dass die Kantone die Gesetzësänderungen unter keinen Umständen am 1. Juli 2009 werden umsetzen können.	SO Ref. CDS
Entrée en vigueur: La présente proposition s'applique à l'ensemble des textes	VS réf. CDS

légaux concernés par l'introduction du nouveau régime de financement des soins. Une entrée en vigueur et une application pratique de ceux-ci à court terme sont difficilement réalisables. Du point de vue du VS, une mise en oeuvre respectant toutes les nouvelles dispositions ne peut pas s'effectuer dans le délai prévu par l'ordonnance, soit le 1er juillet 2009. Il demande de proposer au Conseil fédéral une ***entrée en vigueur au 1er janvier 2011.*** Ce report est indispensable pour permettre aux cantons d'adapter leurs législations cantonales. De plus, le budget 2009 ayant été déjà voté par les législatifs cantonaux et communaux, une entrée en vigueur au le 1er juillet 2009 s'effectuerait sans que la planification financière des collectivités publiques ait pu en tenir compte. Enfin, l'application de certains articles de ces nouvelles dispositions nécessite des négociations entre les prestataires de soins et les assureurs-maladie. Ces dernières ne peuvent s'effectuer dans un délai si court. Proposition : La présente modification entre en vigueur le *1er janvier* 2011 ~~*.1er juillet 2009*~~	
FR relève en premier lieu que les modifications prévues par l'art. 25 a de la loi fédérale du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins ont des conséquences importantes non seulement financières mais également organisationnelles pour les cantons, la législation sur le financement hospitalier s'appliquant notamment à des secteurs (EMS, infirmiers/infirmières et organisations d'aide et de soins à domicile) qui n'y étaient pas soumis jusqu'alors. Par ailleurs, selon l'art. 25a al. 5 LAMal (nouveau), « les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons fixent le financement résiduel ». II est nécessaire de préciser ce que recouvre la notion d'"assurances sociales". Le canton de Fribourg remarque également que l'absence d'une logique globale de financement des prestations de santé ainsi que le manque de définitions précises de nombreux termes employés dans ce projet de modification constituent des freins importants à l'efficacité de ces mesures. Au surplus, ces imprécisions posent des problèmes de mise en oeuvre, plus particulièrement au vu des délais prévus. De manière générale, le canton de Fribourg souhaite que le système de financement prévu permette aux patients pour lesquels cela est possible de rester à leur domicile. II faut en toute circonstance éviter que ces patients soient contraints de se rendre en EMS parce que leur participation financière serait plus élevée en restant à domicile. L'entrée en EMS ne doit pas être un choix économique, mais une décision médico-sociale. L'entrée en vigueur des dispositions légales fédérales n'est pas envisageable pour le 1er juillet 2009, ni pour le 1er janvierr 2010. Le **1er janvier 2011** est le délai minimal nécessaire tant aux fournisseurs de prestations qu'aux cantons pour préparer et introduire les éléments d'application des nouvelles dispositions. Ainsi, les différents fournisseurs de prestations vont devoir disposer pour cette date d'une comptabilité analytique uniforme permettant de connaître le coût des prestations. Sans cet outil, il ne sera pas possible de négocier les tarifs avec les assureurs, ni de définir la part du canton à ces frais. Les cantons vont en outre devoir adapter leur législation aux nouvelles conditions en vigueur et prévoir les montants supplémentaires nécessaires à leur financement. Au vu de l'importance considérable des enjeux financiers de ces dispositions pour les cantons, on ne saurait les introduire au pas de charge sans disposer du temps indispensable à leur mise en oeuvre.	FR ref. CDS
Substantielle Abweichungen von der Stellungnahme der GDK hat LU insbesondere bei Artikel 7 und Artikel 7c KLV.	LU ref CDS
Im Kanton Uri ist für die Umsetzung der neuen Bestimmungen ein neues kantonales Gesetz und damit aufgrund des obligatorischen Gesetzesreferendums auch eine Volksabstimmung notwendig. Dazu muss eine Abschätzung der finanziellen Konsequenzen vorgenommen werden können, und es muss auch	UR = CDS

bekannt sein, welche der nachfolgend beantragten Präzisierungen letztlich in der Verordnung fehlen und deshalb auf kantonaler Ebene zu klären und zu verankern sind. Dies betrifft insbesondere die normative Festlegung der von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Pflegekosten (Basis 100 Prozent), die Definition der Akut- und Übergangspflege sowie die Durchsetzung des Tarifschutzes. Die anschliessend auf kantonaler Ebene notwendigen gesetzgeberischen Verfahrensschritte sowie die Umsetzungsarbeiten nehmen auch bei einem straffen Zeitplan 1 bis 1 1/2 Jahre in Anspruch. In Anbetracht dessen muss UR klar festhalten, dass eine kurzfristige Inkraftsetzung und Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung nicht möglich sind. Da die Verordnungsentwürfe zahlreiche relevante Fragestellungen nicht beantworten, ist eine ordentliche Umsetzung auch innert Jahresfrist nicht zu bewerkstelligen, auch dann nicht, wenn die nachstehend beantragten Präzisierungen noch vorgenommen und ungefähr im Mai 2009 vom Bundesrat verabschiedet werden könnten. UR ersucht daher die Vewaltung, dem Bundesrat frühestens eine Inkraftsetzung per 1. Januar 2011 zu beantragen. Ein früheres Umsetzen ist im Kanton Uri nicht möglich. Des Weiteren bewirkt die neue Pflegefinanzierung bei einer für die OKP kostenneutralen Überführung Kostenverschiebungen von mehreren Millionen Franken zu Lasten des Kantons oder der Gemeinden. Diese Gelder sind für 2009 weder beim Kanton noch bei den Gemeinden budgetiert. Auf Stufe der Verordnung sollten folgende Definitionen erfolgen, die in den Verordnungsentwürfen fehlen: a. Die Akut- und Übergangspflege ist in Abgrenzung zu den übrigen Leistungsarten zu definieren. Die Kantone müssen die Kompetenz erhalten, die Leistungserbringer zu bezeichnen, welche Akut- und Übergangspflege erbringen, damit die Qualität und die Anforderungen gewährleistet und die Kapazitäten genutzt werden können. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege müssen überdies in der Kostenrechnung der Leistungserbringer ausgewiesen werden, damit die Pauschalen auf Basis der Kosten vereinbart werden konnen, was eine Anpassung der VKL erfordert. Überdies müssen diese Werte in die statistischen Erhebungen des Bundesamts für Statistik (BFS) einfliessen. b. Gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG regeln die Kantone die Restfinanzierung. In der Verordnung ist daher unmissverständlich klarzustellen, dass die Kantone die Kompetenz haben, die von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Pflegetaxen (Basis: 100 Prozent der Pflegekosten) anzuerkennen bzw. normativ festzulegen, um den "Rest" definieren zu können. Nur so kann die Restfinanzierung geregelt und die Überwälzung nicht gedeckter Pflegekosten auf die pflegebedürftigen Personen (auf maximal 20 Prozent des höchsten OKP-Tarifs) limitiert werden. c. lm Zusammenhang mit den Beiträgen der Pflegebedürftigen nach Artikel 25a Absatz 5 KVG bedarf es in der KW einer Definition in Abgrenzung zum Tarifschutz nach Artikel 44 KVG. d. lm Zusammenhang auf den Begriff der Sozialversicherungen, wie er in Artikel 25a Absatz 5 KVG erwähnt wird, ist offenbar nicht klar, ob es sich bei den Ergänzungsleistungen um Leistungen einer Sozialversicherung oder um eine akzessorische Leistung zur AHV und IV handelt. Diese Unterscheidung hat Auswirkungen auf die Reihenfolge bei der Berücksichtigung der nicht gedeckten Pflegekosten und der Abwicklung der Restfinanzierung und damit auf die Lastenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden. UR bittet die Verwaltung, diese Frage zumindest im Kommentar zur KVV zu klären.	
SH stellt fest, dass sich die Entwürfe auf ein Minimum an Bestimmungen beschränken. Dies ist einerseits zu begrüssen, weil dadurch die bestehenden Bestimmungen nicht mehr als notwendig geändert werden. Andererseits bleiben damit aber zahlreiche Umsetzungsfragen offen, welche nun von den Kantonen – teilweise unter Anpassung der kantonalen Gesetzesgrundlagen mit Referendumspflicht, teilweise in Absprache bzw. nach Anhörung der Leistungserbringer	SH = GDK

und Versicherer – geklärt werden müssen. Dies betrifft insbesondere die Restfinanzierung sowie den neuen Begriff der Akut- und Übergangspflege. Die Kantone können die Anpassung ihrer gesetzlichen Grundlagen erst an die Hand nehmen, wenn die einschlägigen bundesrechtlichen Vorgaben bekannt sind. Sie müssen zuhanden der kantonalen Parlamente nicht nur die finanziellen Konsequenzen abschätzen können, sondern auch wissen, welche der nachfolgend beantragten Präzisierungen letztlich in der Verordnung fehlen und deshalb auf kantonaler Ebene zu klären und zu verankern sind. Dies betrifft insbesondere − die normative Festlegung der von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Pflegekosten, − die Definition der Akut- und Übergangspflege sowie − die Durchsetzung des Tarifschutzes. Die anschliessenden gesetzgeberischen Verfahrensschritte, die Vorbereitung der Umsetzung unter Einbezug aller involvierten Partner sowie die Bereitstellung der nötigen Finanzmittel durch die Kantone und Gemeinden nehmen auch bei einem ambitiösen Zeitplan zumindest ein Jahr in Anspruch. SH ersucht daher die Verwaltung, dem Bundesrat eine Inkraftsetzung per 1. Januar 2011 zu beantragen.	
Da die neue Pflegefinanzierung für die rund 6'000 pflegebedürftigen Personen in den st. gallischen Pflegeheimen eine wesentliche Klärung und Verbesserung bringt, will SG die neuen Gesetzesgrundlagen selbstverständlich im Sinn der Betroffenen und geordnet umsetzen. Mit Blick auf die immense Mehrbelastung der Kantone ist es aus unserer Sicht allerdings zwingend, dass der Bund dazu ausreichend Zeit einräumt. lm SG wie auch in der Mehrheit der anderen Kantone besteht sehr grosser politischer, legislativer und finanzieller Regelungsbedarf. Die Umsetzung betrifft im Übrigen nicht nur die Kantone, sondern auch die politischen Gemeinden, die in etlichen Kantonen für die Hilfe und Pflege zu Hause wie auch für die Pflegeheime zuständig sind. Erfahrungsgemäss nehmen aufgrund der Tragweite auch beschleunigte Gesetzgebungs- und Budgetierungsprozesse zweieinhalb Jahre in Anspruch. Des Weiteren gilt es zu bedenken, dass neu etlicher interkantonaler Regelungsbedarf entsteht. Bei den Ergänzungsleistungen begründet ein Heimeintritt keine neue Zuständigkeit, da dieser keine Wohnsitznahme nach sich zieht. Die Restfinanzierung der Pflegekosten ist ebenfalls nach Wohnsitz bzw. Herkunftskanton der Heimbewohnenden umzusetzen. Nur auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass interkantonal keine falschen Anreize bezüglich Quantität und Qualität des Pflegeheimangebots geschaffen werden und jene Kantone finanziell das Nachsehen haben, die bedürfnisgerechte Angebote bereitstellen, die von auswärtigen Personen genutzt werden. Die Kantone haben deshalb die Regelung der Restfinanzierung, aber auch Fragen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität aufeinander abzustimmen. Das Wohnsitzprinzip ist dazu zwingend auf Verordnungsstufe zu deklarieren (siehe Beilage). Vor diesem Hintergrund ist eine lnkraftsetzung der neuen Bestimmungen vor dem 1. Januar 2012 unter keinen Umständen umsetzbar.	SG
La CDS observe que les projets se limitent à un minimum de dispositions. Il faut d'une part s'en féliciter parce que les dispositions existantes ne sont ainsi pas modifiées davantage que nécessaire. Mais, d'autre part, de nombreuses questions de mise en œuvre restent ouvertes qui doivent dès lors être clarifiées par les cantons – partiellement par adaptation des bases légales cantonales avec référendum obligatoire, partiellement en accord avec ou après avoir consulté les prestataires et les assureurs. Cela concerne en particulier le financement résiduel et le nouveau concept de soins aigus et de transition. Pour les travaux préparatoires ainsi que pour l'adaptation des bases légales cantonales, les cantons ont besoin de connaître toutes les dispositions fédérales au niveau législatif et des ordonnances. Sur cette base, ils doivent à l'attention des parlements cantonaux non seulement pouvoir évaluer les conséquences financières, mais	GDK / CDS

aussi savoir quelles précisions demandées ci-après manquent finalement dans l'ordonnance et doivent en conséquence être clarifiées et ancrées au niveau cantonal. Cela concerne en particulier la fixation normative des frais de soins facturés par les prestataires (base 100%), la définition des soins aigus et de transition et l'application de la protection tarifaire. La procédure législative consécutive et les travaux de mise en œuvre en consultation avec les prestataires, les communes et d'autres institutions demandent une année à une année et demie même avec un calendrier ambitieux. De plus, le nouveau régime de financement des soins entraîne des transferts de coûts à la charge des cantons et des communes de 350 mio CHF approximativement si la contribution de l'AOS reste stable. Les fonds nécessaires ne sont budgétisés pour 2009 ni au niveau des cantons ni à celui des communes. La constatation, que la CDS a déjà faite immédiatement après l'adoption des modifications législatives le 13 juin 2008, qu'une entrée en vigueur et une mise en œuvre à court terme du nouveau régime de financement des soins ne sont pas possibles se vérifie par conséquent. Comme les projets d'ordonnances ne répondent pas à la plupart des questions à prendre en considération, une mise en œuvre en bonne et due forme ne peut pas s'effectuer dans un délai d'une année, même si les précisions demandées ci-après peuvent encore être apportées et adoptées par le Conseil fédéral en mai 2009 environ. La CDS prie donc l'administration de proposer au Conseil fédéral une ***entrée en vigueur au 1 janvier 2011***. Il est certain que les cantons ne peuvent en aucun cas réaliser les modifications législatives au 1 juillet 2009. Les taxes pour les soins facturables par les EMS et imputables comme dépenses dans le cadre de la LPC doivent également être définis explicitement en tant que part des taxes journalières d'après l'art. 10 al. 2 let. à LPC-n. Vu que l'AOS ne finance encore qu'une contribution aux prestations de soins, les frais de soins non couverts en résultant *expressis verbis* doivent être imputables par l'intermédiaire de la LPC. Cela signifie que non seulement les frais d'hôtellerie et de d'encadrement mais également les frais de soins non couverts sont compris dans les taxes journalières (limitables par le canton). Nous vous soumettons ci-après une demande sur l'art. 25a OPC. Concernant le concept d'***assurances sociales***, tel qu'il et mentionné dans l'art. 25a al. 5 LAMal-n, le fait que les prestations complémentaires consistent en des prestations d'une assurance sociale ou en une prestation accessoire à l'AVS et à l'AI n'est manifestement pas clair. Cette distinction a des répercussions sur l'ordre de prise en compte des frais de soins non couverts et d'exécution du ***financement résiduel*** et ainsi sur la répartition des charges financières entre le canton et les communes. Nous vous prions de clarifier cette question au moins dans le commentaire sur l'OAMal.	
Proposition 1 : La CDF propose que le nouveau régime de financement des soins ne soit pas mis en vigueur avant le 1er janvier 2011. **Motif:** Du point de vue de la CDF, le nouveau régime de financement des soins adopté l'année dernière par les Chambres fédérales constitue une ingérence de taille dans la souveraineté financière des cantons. De surcroît, elle implique un transfert des coûts du financement privé vers les contribuables et entraîne - en cas de passage neutre du point de vue des coûts pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) tel que prévu par le législateur - des reports de coûts estimés à CHF 350 mio par année à la charge des cantons et des communes. Le Comité CDF a recommandé à ses membres le 30 juin 2008' d'imputer effectivement aux contribuables tant pour des raisons politico-financières qu'institutionnelles les coûts engendrés par cette modification de loi ainsi que par le financement hospitalier plutôt que d'envisager des mesures d'économie entraînant une diminution des prestations dans d'autres domaines d'activité cantonaux comme par exemple la formation, les transports, le secteur social ou la sécurité. Pour les cantons, cette adaptation nécessite impérativement qu'ils puissent prendre en compte ces **mesures dans leurs budgets, leurs planifi-**	FDK / CDF

cations financières ainsi que leurs stratégies de politique fiscale. Il doit être pris acte en tant que volonté du législateur de la charge extrêmement forte que représente cette modification du financement des soins pour les budgets des cantons. Toutefois, il est indispensable qu'un **délai approprié soit accordé pour la mise en oeuvre de cette modification de loi.** A ce titre, il faut tenir compte du fait que les cantons subissent des coûts supplémentaires à cause de la limitation de la quote-part financée par les patients. Les cantons et les communes auront à supporter cette charge sans délais de transition, immédiatement après l'entrée en vigueur du projet. Il convient en particulier de considérer que les fonds nécessaires ne figurent au budget 2009 ni dans les cantons ni dans les communes. Par ailleurs, les travaux de budgétisation pour 2010 et de planification financière pour 2011 et suiv. ont déjà débuté dans les cantons. Pour ce seul motif déjà, il serait prématuré de fixer un délai d'entrée en vigueur au 1 er janvier 2010. La CDF constate par ailleurs qu'il subsiste encore de nombreuses questions concernant la mise en oeuvre que les cantons doivent clarifier, en partie **par l'adaptation de la nouvelle base légale cantonale soumise au référendum, en partie en accord ou après audition des prestataires de services et assureurs.** Ceci concerne en particulier le financement résiduel ainsi que la nouvelle définition des soins aigus et transitoires. Pour procéder aux travaux de préparation et à l'adaptation de la base légale cantonale, les cantons doivent disposer de l'ensemble des dispositions aux niveaux de la loi et de l'ordonnance fédérales. Quant aux étapes de la procédure législative ainsi qu'aux travaux de mise en oeuvre comprenant l'audition des fournisseurs de prestations, communes et autres institutions, il faut compter 1 an à 1% ans, même si le calendrier est ambitieux.	
Examen aussi rapide que possible des prestations de soins résultant de situations particulières (soins palliatifs, démence sénile) Au ch. 13 du commentaire relatif à la modification de l'OPAS, p. 4, il est mentionné *qu'une révision en lien avec la définition des soins et leur étendue est prévue ultérieurement*. Il s'agit notamment de vérifier si les besoins des personnes requérant des soins, des soins palliatifs ou des soins liés à la démence sénile sont pris en compte de manière appropriée ou si des adaptations sont nécessaires. Avec la nouvelle réglementation du financement des soins, les prestations de soins aigus, p.ex. suite à un cancer, ne seront prises en charge, après deux semaines hors de l'hôpital, que sur la base des règles applicables aux soins de longue durée, impliquant une participa-tion des patients. De plus, pour les soins ambulatoires de longue durée liés à la démence sénile, la participation du patient est plus élevée en raison du temps de travail accru occa-sionné par cette maladie. Une mise en œuvre rapide de l'examen de l'art. 7 OPAS est par conséquent absolument nécessaire, et la *fixation de délais par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique* est vivement souhaitée. ***Entrée en vigueur*** Une entrée en vigueur effective ne sera possible que lorsque les modifications des bases légales cantonales soumises au référendum obligatoire, les adaptations des contrats avec les assurances-maladie, la nouvelle réglementation de la procédure administrative et finan-cière, l'adaptation des règlements et contrats entre les EMS et les résident-e-s ainsi que les modifications en partie préalablement requises des règlements communaux seront adop-tées. Par ailleurs, il faut souligner que le nouveau régime de financement des soins entraîne des transferts de coûts important à la charge des cantons et des communes et que les fonds nécessaires ne sont pas budgétisés pour 2009. Le PS demande instamment au Conseil fédéral de prévoir l'entrée en vigueur des modifications au *1er janvier 2011.*	SP / PS
Die SVP hält zunächst fest, dass die gesamte Krankenversicherungspolitik seit dem Amtsantritt des aktuellen Departementsvorstehers an Ort tritt, und keine	SVP / UDC

nennenswerten Resultate erzielt worden sind. Nur so ist denn auch die übereilte Einführung der neuen Pflegefinanzierung zu erklären, welche den Kantonen keine Zeit lässt, um ihre kantonalen Ausführungsgesetzgebungen zu erlassen. Die SVP erachtet die Einführung auf den 1. Juli 2009 als unmöglich und fordert, dass die Einführung bis auf den 1. Januar 2010 verschoben wird.	
Die Zielsetzungen der Gesetzesrevision waren, den SpitexpatientInnen und den Pflegebedürftigen im Pflegeheim eine grössere Finanzierungssicherheit zu geben, die Anteile der Krankenversicherung, der öffentlichen Hand und der PatientInnen an den Pflegeleistungen zu definieren, Unklarheiten zum Tarifschutz der Versicherten auszumerzen und die sogenannte Akut- und Übergangspflege zu definieren und zu stärken. Nach Ansicht der Grünen werden die Umsetzungsbestimmungen diesen gesetzlichen Zielen nur teilweise gerecht.	Grüne / Verts
Die Inkraftsetzung der Verordnungen per 1. Juli 2009 ist mit einem Fragezeichen zu versehen. Durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung müssen zwangsläufig auch die Kantone ihre Ausführungsbestimmungen anpassen und benötigen mehr Zeit. Eine Inkraftsetzung per 1. Januar 2011 erscheint der FDP als realistisch. Beim Übergang auf die neue Kostenträger-Regelung gemäss Art. 25a KVG, welche Versicherer, Versicherte und Kantone in die Pflegefinanzierung einbindet, soll die Rechtssicherheit für Patientinnen und Patienten gewährleistet werden. Dies ist nur dann möglich, wenn bei Inkrafttreten der neuen KVG-Bestimmungen auch die Kostentragung auf kantonaler Ebene geregelt ist. Viele Kantone müssen dafür noch die rechtlichen Grundlagen schaffen und die erforderlichen Mittel bereitstellen. Daher ist eine Inkraftsetzung per 1. Januar 2011 zu favorisieren.	FDP / PLS
Die Grundzüge des Abrechnungsverfahrens für die Langzeitpflege müssen – wie auch für die Akut-und Übergangspflege – in der KLV-Verordnung festgelegt werden. Denn Versicherte, Leistungserbringer und Kostenträger haben Anspruch auf ein transparentes, nachvollziehbares Fakturierungssystem. Zudem muss sichergestellt werden, dass das gesamte Abrechnungssystem für alle Beteiligten, insbesondere auch für die vielen kleineren Dienstleistungsorganisationen, die in diesem Bereich tätig sind, sowie für die kleinen und mittleren kommunalen Kostenträger, einfach in der Anwendung ist. Weiter ist eine Klärung des Begriffes «Sozialversicherung», wie er in Art. 25a Abs. 5 E-KLV erwähnt ist, notwendig. Denn es ist unklar, ob es sich bei den Ergänzungsleistungen um Leistungen einer Sozialversicherung oder um eine akzessorische Leistung der AHV und IV handelt. Diese Unterscheidung hat Auswirkungen auf die Reihenfolge bei der Berücksichtigung der nicht gedeckten Pflegekosten und der Abwicklung der Restfinanzierung sowie letztendlich auf die Lastenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden. **Inkraftsetzung der Verordnungen** Da die Verordnungsentwürfe auf relevante Fragestellungen keine Antwort geben, werden diese Ergänzungsarbeiten eine bestimmte Zeit in Anspruch nehmen. Zudem – wie bereits ausgeführt – hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung eine Kostenverschiebung auf die Kantone und Gemeinden zur Folge. Für die gesetzliche Regelung dieser Finanzierung und deren Lastenverteilung innerhalb der Kantone ist ein bestimmter Zeitrahmen notwendig, damit unter anderem auch die Gemeinden und Städte ihre Anliegen im kantonalen Gesetzgebungsverfahren einbringen können. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die für diese Dienstleistungen notwendigen Gelder für das Jahr 2009 bei den Gemeinden nicht budgetiert sind. Deshalb ist eine kurzfristige Inkraftsetzung und Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung, wie in den zwei Verordnungsentwürfen E-KLV und E-KVV vorgesehen, nicht möglich. Weiter möchte der Gemeindeverband darauf hinweisen, dass wir eine unterjährige Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung wegen der damit verbunden organisatorischen Probleme, gerade für die kommunale Ebene, strikte ablehnen. Wir beantragen deshalb eine Inkraftsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf den 1. Januar 2011.	Gemeindeverband / Ass. des communes

Eine Umfrage bei 54 Mitgliedstädten der SI hat eindeutig ergeben, dass zum heutigen Zeitpunkt die jeweiligen kantonalen Gesetzgebungen zur neuen Pflegefinanzierung noch in keiner Weise angepasst sind und die Städte und Gemeinden keine zuverlässigen Grundlagen besitzen, um die organisatorischen und finanziellen Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf ihrem Hoheitsgebiet verlässlich abzuschätzen. Der SSV und die Städteinitiative Sozialpolitik sind der Auffassung, dass die **neue Pflegefinanzierung frühestens auf 1. Januar 201 1** umgesetzt werden darf. Der SSV erachtet frühere Termine dezidiert als unrealistisch und äusserst heikel umzusetzen.	SSV / Union des villes CH
SGB beantragt eine Inkraftsetzung auf den 1. Januar 2011. Rechtssicherheit in Bezug auf die Finanzierung und auf funktionierende Rechnungsabläufe muss bei der Inkraftsetzung gewährleistet sein. Die erforderlichen Anpassungen von Gesetzen und Verordnungen auf kantonaler Ebene, die Adaptionen der Verträge mit den Krankenversicherern, die Neuregelung der administrativen und finanziellen Abwicklungen, die Adaption der Reglemente und Verträge zwischen Heimen und Bewohnerinnen und Bewohnern lassen sich nicht mit der vorgeschlagenen Inkraftsetzung per 1. Juli 2009 umsetzen. **Hilflosenentschädigung** Die Hilflosentschädigung ist eine Sozialversicherungsleistung. Sie dient der Abgeltung behinderungsbedingter Mehrkosten (z.B. Kosten für die Ermöglichung sozialer Kontakte). Sie werden aber auch gebraucht damit Betreuungskosten im Pflegeheim bezahlt werden können, welche nicht in die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen. Es wird immer wieder die Idee propagiert, dass die Hilflosenentschädigung für die Abgeltung von ungedeckten Pflegekosten eingesetzt werden können, die neu in die Restfinanzierung, die durch die Kantone zu regeln ist, fallen. Ein Einsatz der Hilflosenentschädigung für diesen Bereich wäre jedoch unzulässig. Wichtig ist, hier klare Verhältnisse zu schaffen. **Antrag** Mit einer Bestimmung entweder in den Verordnungen zum KVG oder zum AHVG soll Klarheit geschaffen werden, so dass die Hilflosenentschädigung nicht zur Finanzierung der durch die Kantone zu regelenden Restfinanzierung herangezogen werden kann.	SGB / USS
Die staatlichen Subventionen spielen auch bei der Vergütung der Wegkosten, welche die ambulante Pflege bei den Leistungsbezügern zu Hause zwangsläufig mit sich bringen, eine wesentliche Rolle. Die Wegkosten beinhalten sowohl die volle Entlöhnung des Pflegepersonals für den Anreiseweg als auch die Fahrzeugkosten. Sie sind Voraussetzung dafür, dass Leistungen im Rahmen von Art. 7 KLV an der pflegebedürftigen Person überhaupt zu Hause erbracht werden können. Wegkosten können aufgrund des Tarifschutzes allerdings nicht in Rechnung gestellt werden. Die öffentliche Spitex kann das erwähnte Manko über die staatlich gewährte Defizitgarantie ausgleichen. Die privaten Spitex-Anbieter hingegen müssen diesen wesentlichen Kostenpunkt selbst tragen. Dieser Ungleichbehandlung der privaten Spitex-Anbieter gegenüber der öffentlichen Spitex wird in den Verordnungsentwürfen, insbesondere der KLV, nicht Rechnung getragen. Eine einheitliche Regelung, die die Abgeltung dieser Kosten sowohl für die privaten wie auch für die öffentlichen Spitex-Anbieter vorsehen würde, könnte den genannten Missstand beheben. Die ASPS setzt sich dafür ein, dass die für Pflegeleistungen anfallenden Kosten nicht zunehmend ohne eine Abgeltung durch die Sozialversicherungen den privaten Haushalten überbunden werden.	ASPS
Insbesondere die erforderlichen Anpassungen von Gesetzen und Verordnungen auf kantonaler Ebene inkl. der Fristen für mögliche Referenden, die Adaptionen der Verträge mit den Krankenversicherern, die Neuregelung der administrativen und finanziellen Abwicklung, die Adaption der Reglemente und Verträge zwi-	CURAVIVA

schen Heimen und Bewohnerinnen und die z.T. vorgängig erforderlichen Veränderung z. B. von Gemeindereglementen wird sich nicht innerhalb der angestrebten Zeitachse bis zum 1. Juli 2008 umsetzen lassen. CURAVIVA Schweiz vertritt über 97 % aller schweizerischen Alters- und Pflegeheimen und knapp 93 % aller Bewohner und Bewohnerinnen und ersucht die Verwaltung, die folgenden Punkte der Veränderung, Ergänzung und Präzisierung in den Ausführungsbestimmungen zur neuen Pflegefinanzierung berücksichtigen zu wollen: Wie begründet, ist eine tatsächliche Inkraftsetzung erst auf den Zeitpunkt möglich, in dem die erforderlichen Rahmenbedingungen mittels Adaption und Inkraftsetzung der neuen Gesetze, Verordnungen, Verträge und Vereinbarungen realisiert sind. Ebenfalls ist die Statistik für sozialmedizinische Institutionen (SOMED), die Arbeitsinstrumente der betriebswirtschaftlichen Instrumente (Kostenrechnung, Leistungsstatistik) sowie die Koordination und Adaption der Pflegebedarfsinstrumente (BESA; RAI, Plaisir, etc.) inkl. Ausbildung sicherzustellen. CURAVIVA beurteilt eine lnkraftsetzung auf den vorgesehenen Zeitpunkt des 1. Juli 2009 unter Berücksichtigung aller Fakten als nicht gangbar. Auch und vor allem aus Gründen der Rechtssicherheit für die Bewohnerinnen und Bewohner kann die lnkraffsetzung erst dann durchgeführt werden, wenn alle Kriterien betreffend der administrativen und finanziellen Abläufe auf Ebene der Kantone klar definiert und umsetzungsbereit sind. Eine unterjährige Inkraftsetzung lehnt CURAVIVA aus den genannten Gründen ab und ersucht die Verwaltung daher, dem Bundesrat eine Inkraftsetzung per 1. Januar 2011 zu beantragen, da ein früherer Zeitpunkt nicht durch die Beteiligten realisiert werden kann.	
Die Verordnungsänderungen der KLV und KVV haben eine Vielzahl von Umsetzungsarbeiten in den Betrieben zur Folge; die in einer derart kurzen Einführungsspanne nicht möglich sind. Den vorgesehenen Termin vom 1. Juli 2009 für die Inkraftsetzung der Verordnungsänderungen hält H+ für unrealistisch. Es ist zu berücksichtigen, dass die kantonal notwendigen Gesetze auf denselben Zeitpunkt in Kraft treten können, damit die Kostenübernahme von Kanton und Gemeinden geregelt ist. Mit dem derart kurzfristig gewählten Inkraftsetzungstermin vom 1. Juli 2009 ist dies unmöglich. Ausserdem werden die Krankenkassen kaum bereit sein, Kosten für Patientinnen und Patienten in Kantonen mit tieferen Beiträgen vorzei-tig nach den neuen Beiträgen zu entschädigen und bei den übrigen Kantonen mit heute höheren Entschädigungen Jahre zu warten. Mit einer gesamtschweizerisch einheitlichen und gleichzeitigen Umsetzung erübrigt sich eine Übergangsregelung, die zudem Rechtsunsicherheiten beinhaltet. Damit die kostenneutrale Überführung der Versicherungsbeiträge überhaupt garantiert werden kann, muss die KVG-Revision Pflegefinanzierung in der ganzen Schweiz zur gleichen Zeit eingeführt werden. Auf diesen Termin hin müssen auch die Kantone ihre Gesetzgebung anpassen. Damit die Spitalfinanzierung gut eingeführt werden kann, braucht es ebenfalls eine stabile Pflegefinanzierung. Insbesondere die Ausgestaltung der Übergangspflege ist für die zukünftige Versorgung notwendig. Die gleichzeitige Einführung (bis spätestens 31. Dezember 2011) ist daher wünschenswert. H+ schlägt vor, die Verordnungen sind per 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen.	H+
Der Vorgesehene Termin vom 1. Juli 2009 ist aufgrund der Vielzahl der Umsetzungsarbeiten nicht einhaltbar. Realistisch ist eine Inkraftsetzung per 1. Januar 2011, und die K3 ersuchen die Vewaltung, dem Bundesrat dieses Datum zu beantragen.	K3
Dadurch, dass die Bestimmungen per 1. Juli 2009 in Kraft gesetzt werden wollen, wird Zeitdruck aufgebaut. Damit nimmt man den Kantonen und Leistungserbringern jede Chance, nach durchgeführter Vernehmlassung eine sachgerechte und sorgfältige Vorbereitung von allfälligen Änderungen eigener Vorschriften vornehmen zu können. Die Änderungen sind somit auf einen späteren, mit den Kantonen und den Leistungserbringern abzusprechenden Zeitpunkt in	PULSUS

Kraft zu setzen. Auch mit dieser Revision ist die von PULSUS seit jeher abgelehnte Tendenz, dem Bund immer mehr Einfluss im Medizinalbereich zu verschaffen und Einmischung in das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Leistungserbringer zuzulassen, feststellbar. Wir lehnen diese Tendenz auch heute noch ab, da alles in Richtung einer Planwirtschaft im Medizinalwesen strebt.	
Grundsätzlich verweist die SBK auf die Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung. lm Zentrum seiner Stellungnahme stehen die Fragen um die Restkostenabgeltung durch die Kantone, sowie der Zeitpunkt der Umsetzung. Von besonderer Bedeutung sind für die SBK als Vertreter der 1500 freiberuflich tätigen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die Modalitäten der Restkostenvergütung durch die öffentliche Hand. Es muss sichergestellt werden, dass das Verfahren so ausgestaltet wird, dass es für Patientinnen und Patienten, wie auch für die Leistungserbringer praktikabel und transparent ist. Eine versteckte Diskriminierung dieser Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer muss zwingend verhindert werden. Zudem ist zu vermeiden, dass sich 26 verschiedene Abrechnungssysteme entwickeln; dies wäre für die Leistungserbringer ebenfalls nicht handhabbar. Eine Abwicklung über die Krankenversicherer im System tiers payant erachtet die SBK daher aus organisatorischen Gründen als zwingend. Diese Neuerungen zeigen, dass die Kantone genügend zeitlichen Spielraum brauchen, um auf ihrer Ebene die nötigen gesetzlichen Regelungen zu schaffen. Einheitliche Definitionen der Akut- und Übergangspflege sowie der Tages- und Nachtstrukturen sind für uns unerlässlich, um Unklarheiten bezüglich Vergütung zu vermeiden. Ein Einschluss von kantonal anerkannten Tagesstätten ausserhalb von Heimen und Spitex in die Beitragspflicht der Versicherer, analog der heutigen Praxis; die Beibehaltung der bisherigen Leistungen der Versicherer für ambulante Pflege und im Pflegeheim, wobei die Höhe der Patientinnen- und Patientenbeteiligung den im Parlament genannten Betrag von Fr. *7'000-7500* nicht übersteigen darf; die ausdrückliche Möglichkeit, dass der Wohnkanton seinen Anteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege nicht nur im System des tiers payant sondern auch im System des tiers garant direkt dem Versicherer entrichtet; die aus Sicht der SBK praxistaugliche Definition der Akut- und Übergangspflege, wie sie von der GDK formuliert wurde wird ausdrücklich unterstützt: für die Langzeitpflege wird ein einheitliches Abrechnungsverfahren vorgeschlagen, das den Kantonen den nötigen Spielraum für die Entrichtung ihres Restkostenanteils eröffnet; die Anträge der GDK zur KVV bezüglich der Überprüfung der kostenneutralen Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung werden unterstützt. **Aus Gründen der Gleichbehandlung muss die maximale jährliche Patientenbeteiligung im Bereich der ambulanten Pflege in der Verordnung auf das Maximum der Patientenbeteiligung im Pflegeheim begrenzt werden:** Die maximale jährliche Patientenbeteiligung im Pflegeheim ergibt sich direkt aus der Festlegung des höchsten Beitrags der Versicherer für den Aufenthalt im Heim (20% des höchsten Tagesbeitrags x 365). Bei der ambulanten Pflege (Spitex) entspricht die Patientenbeteiligung 20% des Stunden-Beitrags der Versicherer für die Leistungen der Abklärung und Beratung (Art.7 Abs. 2 Buchstabe a KLV). Bei hohen Pflegestundenzahlen in der ambulanten Pflege kann deshalb das Maximum der Patientenbeteiligung im Pflegeheim überschritten werden. Um eine Schlechterstellung der Patientinnen und Patienten in der ambulanten Pflege zu vermeiden muss das Maximum der Patientinnen- und Patientenbeteiligung deshalb in der Verordnung sowohl für den stationären wie für den ambulanten Bereich festgelegt werden. **Die Hilflosenentschädigung darf nicht für die Deckung des Kantonsanteils an den Restkosten der Pflege verwendet werden:** Die Hilflosenentschädigung ist eine Sozialversicherungsleistung, die aufgrund objektiver Kriterien (Behinderungsgrad) ausbezahlt wird. Sie dient der Abgel-	SBK / ASI

tung behinderungsbedingter Mehrkosten, wie z.B. der Ermöglichung sozialer Kontakte oder der Betreuungskosten im Pflegeheim, welche nicht in die Leistungspflicht der OKP fallen. Neu wird sie auch zur Finanzierung der Patientenbeteiligung eingesetzt werden (müssen). Es wird jedoch immer wieder die ldee propagiert, dass die Hilflosenentschädigung für die Abgeltung von nicht gedeckten Pflegekosten eingesetzt werden kann, die gemäss Art. 25a Abs. 5 der Pflegefinanzierung neu in die Leistungspflicht der Kantone fallen. Ein Einsatz der Hilflosenentschädigung für diesen Bereich ist deshalb unzulässig. Damit hier klare Verhältnisse geschaffen werden, sollte diese Sachlage entweder in den Verordnungen zum KVG oder zum AHVG klargestellt werden. **Die Pflegeleistungen sind bezüglich besonderer Pflegesituationen (z.B. Palliativpflege und demenzielle Erkrankungen) so rasch als möglich zu überprüfen:** Die Pflegeleistungen zu Hause (ambulant) und im Pflegeheim (Art.7 KLV) sollen gemäss Kommentar vom 18. Dezember 2008 zur aktuellen Revision der KLV (Abschnitt 13) in einem späteren Zeitpunkt überprüft werden. Dabei soll insbesondere geklärt werden, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden und ob Anpassungen nötig sind. Die Neuregelung der Pflegefinanzierung bringt es mit sich, dass auch Pflegeleistungen, die durch eine schwere Akutkrankheit bedingt sind (z.B. Krebserkrankungen), nach zwei Wochen Pflege ausserhalb des Spitals nur noch nach den Regeln für die Langzeitpflege mit Patientenbeteiligung vergütet werden. Bei der ambulanten Langzeitpflege von Demenzkranken ergeben sich zudem höhere Patientenbeteiligungen, weil der Zeitaufwand aufgrund der Verwirrtheit der Pflegebedürftigen grösser ist. Eine rasche Umsetzung der vorgesehenen Überprüfung von Art. 7 KLV ist deshalb zwingend. Ein lnkrafttreten per 1. Juli 2009 ist unmöglich, weil so den Kantonen die Zeit für den Erlass der nötigen Ausführungsbestimmungen fehlt. Eine lnkraftsetzung ist frühestens auf den 1. Januar 2010 möglich. Sollten die Kantone für die gesetzlichen Anpassungen mehr Zeit brauchen, ist die IG Pflegefinanzierung auch mit einer lnkraftsetzung auf den 1. Januar 2011 einverstanden. Eine unterjährige lnkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung (per 1. Julia 2009 oder 1. Juli 2010) wird wegen der damit verbundenen organisatorischen Problemen strikte abgelehnt.	
Die Beibehaltung der bisherigen Leistungen der Versicherer für ambulante Pflege und im Pflegeheim. Die ausdrückliche Möglichkeit, dass der Wohnkanton seinen Anteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege nicht nur im System des Tiers payant sondern auch im System des Tiers garant direkt dem Versicherer entrichtet. Die vorgeschlagene Definition der Akut- und Übergangspflege. Die Anträge bezüglich der Überprüfung der kostenneutralen Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung. Die Hilflosenentschädigung darf nicht für die Deckung des Kantonsanteils an den Restkosten der Pflege verwendet werden. Die Hilflosenentschädigung ist eine Sozialversicherungsleistung, die aufgrund objektiver Kriterien (Behinderungsgrad) ausbezahlt wird. Sie dient der Abgeltung behinderungsbedingter Mehrkosten wie z.B. die Ermöglichung sozialer Kontakte oder die Betreuungskosten im Pflegeheim, welche nicht in die Leistungspflicht der OKP fallen. Neu wird sie auch zur Finanzierung der Patientenbeteiligung eingesetzt werden (müssen). Es wird jedoch immer wieder die Idee propagiert, dass die Hilflosenentschädigung für die Abgeltung von ungedeckten Pflegekosten eingesetzt werden können, die gemäss Art. 25a Abs. 5 der Pflegefinanzierung neu in die Leistungspflicht der Kantone fallen. Ein Einsatz der Hilflosenentschädigung für diesen Bereich ist deshalb unzulässig.	SVBG / FSAS

Damit hier klare Verhältnisse geschaffen werden, sollte diese Sachlage entweder in den Verordnungen zum KVG oder zum AHVG klargestellt werden.	
Im Kommentar des Bundes wird festgehalten, dass „eine **Überprüfung** zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen wird“, um zu klären, „ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die **Palliativpflege** oder **Pflege bei dementiellen Krankheiten** benötigen, angemessen berücksichtigt“ sind. Das SRK hält fest, dass dieser Punkt besondere Aufmerksamkeit verdient und eine Überprüfung vor allem im ambulanten Bereich bald stattfinden sollte. Gerade Menschen mit Demenzerkrankungen benötigen über lange Zeit einen grossen pflegerischen Aufwand. Wenn der abgegoltene Leistungsumfang dieser Situation nicht gerecht wird, drohen Finanzierungs- und damit schliesslich **Versorgungslücken**. Das SRK möchte eine baldige Überprüfung für Situationen mit besonderen Anforderungen überdies ausdehnen auf **psychische Erkrankungen** sowie auf die **Migrationsbevölkerung**. Es ist daran zu erinnern, dass die psychiatrische (auch: psychosoziale) Spitex im Rahmen neuer psychiatrischer Versorgungsmodelle an Wichtigkeit zunehmen wird. Insbesondere **mehrfach belastete Personen** und Familien werden deren Dienste in Anspruch nehmen müssen. Aus SRK-Sicht ist weiter darauf hinzuweisen, dass MigrantInnen in der Spitex zunehmen werden, sowohl als zu Pflegende wie auch als Pflegende (inkl. einzelner durch MigrantInnen geführter privater Spitex-Organisationen). Auf eine **diskriminierungsfreie**, **transkulturell kompetente Pflege** inkl. sprachlicher Verständigung, allenfalls mittels **Dolmetscherdiensten**, ist sorgfältig zu achten. Die damit verbundenen Mehrkosten müssen abgegolten werden.	SRK / CRS
Der Aufwand für administrative Arbeiten steigt stetig, ohne dass dabei für Patienten, Leistungserbringer, Krankenversicherer oder Aufsichtsbehörden ein zweckdienlicher Mehrwert resultiert, welcher den Mehraufwand rechtfertigen würde. Die Entwürfe für die Teilrevisionen der drei Verordnungen bestätigen diesen Trend und den Willen der Bundesverwaltung zu immer mehr Bürokratie und Administrationsaufwand im Pflegewesen. Auch nach vielen Jahren der unglücklichen Übergangslösungen ist die Chance zur Vereinheitlichung und Konkretisierung der Pflegefinanzierung nicht genutzt worden. Vielmehr ist als Resultat der vorliegenden Gesetzesbestimmungen ein Handlungsspielraum der Kantone programmiert, was 26 verschiedene künftige Lösungen befürchten lässt. Das eigentliche Ziel der Neuordnung würde mit den vorgelegten Verordnungen weitgehend verfehlt: An Stelle einer klaren und einfachen Finanzierung der Pflege resultiert ein Modell, welches bei der Berechnung der Kosten wie auch deren Abrechnung weitere Unsicherheiten bringt. Dies wird auch durch die Rückmeldung der GDK bestätigt, welche einen langen Zeitraum für die praktische Umsetzung der Neuordnung als unumgänglich betrachtet. **Eine Inkraftsetzung auf Mitte 2009 ist unrealistisch** Grundsätzlich begrüsst der Verband senesuisse die Beschränkung der gesetzlichen Bestimmungen auf ein Minimum. In der vorliegenden Pflegefinanzierung bewirkt diese Minimierung aber, dass den Kantonen ein grosser Spielraum für die Umsetzung verbleibt. Dies führt nicht nur zur Gefahr von 26 unterschiedlichen Regelungen, sondern bedarf auch eines grossen Zeitaufwandes bis zur Inkraftsetzung. Das bestehende unzulängliche System ist möglichst bald zu ersetzen. Dies darf aber nicht so voreilig passieren, dass wichtige Fragen offen bleiben und wiederum bald „geflickt“ werden muss. Zudem ist zu beachten, dass eine unterjährige Inkraftsetzung einige Probleme bei der Abrechnung der Pflegekosten mit sich bringt. ***Antrag*:*Die Inkraftsetzung der KVV und KLV darf frühestens auf 1. Januar 2010 erfolgen. Eine unterjährige Inkraftsetzung ist zu vermeiden.***	senesuisse
Bereits in ihrem Schreiben vom 15. Juli 2008 hat Spitex CH darauf hingewiesen, dass verschiedene Umsetzungsfragen vor der Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung geklärt sein müssen: Insbesondere im Bereich der Definition	Spitex CH Ref. CDS

der Vollkosten und der Restkostenabgeltung durch die Kantone, bei der Definition der Akut-und Übergangspflege sowie der Tages-und Nachtstrukturen muss der Bund Kriterien festlegen, damit eine möglichst einheitliche Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung möglich wird. Diese Elemente sind notwendig, damit die Kantone die rechtlichen Grundlagen schaffen und die erforderlichen finanziellen Mittel bereitstellen können. Für den kantonalen Budget-und Gesetzgebungsprozess ist ausreichend Zeit einzuräumen; eine Inkraftsetzung auf den 1. Januar 2010 erscheint unter diesem Aspekt kaum möglich. Auch wenn Spitex CH begrüsst, dass die Kantone den nötigen Spielraum bei der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung erhalten, bestehen doch noch grosse Regelungslücken, die der Bund in der Verordnung schliessen muss, damit die neue Pflegefinanzierung einigermassen einheitlich umgesetzt werden kann. Die Verfahren müssen am Schluss für die PatientInnen transparent und für die Leistungserbringer administrativ handhabbar sein. **Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung:** 1. Januar 2011, eine Einführung unter einem Jahr wird strikt abgelehnt. Für die Vorbereitung und die Anpassung der kantonalen gesetzlichen Grundlagen benötigen die Kantone sämtliche Bestimmungen auf eidgenössischer Gesetzes-und Verordnungsebene. Für die Gesetzesanpassungen und die anschliessenden Umsetzungsarbeiten bei den Leistungserbringern sind 1 ½ Jahre zu veranschlagen. Keine Einführung unter dem Jahr: Bei 2 verschiedenen Tarifen im gleichen Jahr erhöht sich der Aufwand für die Administration der Leistungserbringer.	
Der vorgesehene Termin der Inkraftsetzung ist der 1. Juli 2009. Die Vielzahl der Umsetzungsarbeiten lässt aus heutiger Optik keine Inkraftsetzung per 1. Juli 2009 zu. SW!SS REHA beantragt eine Inkraftsetzung frühestens per 1 Januar.2010 oder 1. Januar 2011.	SW!SS REHA
Das EDI plant eine lnkraftsetzung der Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen zur neuen Pflegefinanzierung auf den 1. Juli 2009. Der Übergang auf die neue Kostenträger-Regelung braucht verschiedene rechtliche Anpassungen, auch in den Kantonen. Gemäss Aussagen der Gesundheitsdirektorenkonferenz brauchen die Kantone Zeit bis mindestens 1. Januar 2010, auch um seriös klären zu können, wie der Kantonsanteil an die Pflegekosten finanziert werden kann. Gemäss KLV Art 7b Abs.2 haben die Patientinnen und Patienten Anrecht auf ein transparentes und nachvollziehbares Fakturierungssystem. Dieses System rnuss noch entsprechend den Vorschlägen der lnteressengemeinschaft Pflegefinanzierung ausgearbeitet werden. Mit einer seriösen Umsetzung in allen 26 Kantonen gleichzeitig würden sich Übergangslösungen erübrigen. Die UNION unterstützt den Vorschlag von H+ auf Inkraftsetzung der Verordnungsänderungen auf den 31. Dezember 2011.	UNION
Wie die Kantone zu Recht darlegen, ist es in Anbetracht der notwendigen Definitionen, Vorbereitungs- und Umsetzungsarbeiten nicht möglich, die Änderungen bereits am 1. Juli 2009 in Kraft zu setzen. Damit Patientinnen und Patienten richtig informiert werden können, müssen alle Unklarheiten beseitigt und alle offenen Fragen geklärt sein. Wir beantragen daher, die lnkraftsetzung auf 1. Januar 2011 festzusetzen.	VSAO / ASMAC
Bekanntlich lief das dBG vom 8. Oktober 2004 Ende 2008 aus, womit die heutigen Rahmentarife nicht mehr umfassend geschützt sind. Auf eine Verlängerung des dBG wurde gerade deshalb verzichtet, weil die Einführung der neuen Pflegefinanzierüng per 1. Juli 2009 vorgesehen ist. Würde der Einführungszeitpunkt verschoben, müsste diese Frage dringend erneut geprüft werden. Weiterhin ungelöst wäre das Problem, dass heute offenbar sehr viele Pflegeheime die Tarifschutzbestimmung (Art. 44 KVG) permanent verletzen, was eine Welle von Rückforderungsbegehren und Klagen von Patienten gegen die Leistungserbringer auslösen könnte. Dank der vorgesehenen Restfinanzierung durch die öffentliche Hand wird ja gerade diese zentrale Frage gelöst, was im Interesse der Patienten, aber auch der Leistungserbringer ist. Selbstverständ-	Santésuisse

lich ist auch die Krankenversicherung sowohl aus finanzieller Sicht als auch aus Sicht der Rechtssicherheit daran interessiert, dass die in jahrelanger Diskussion gefundenen Lösungen nun auch zeitgerecht umgesetzt werden. Wenn bestimmte Kantone insbesondere aus finanziellen Überlegungen hier verzögern wollen, ist das nicht nur aus Sicht des Rechtsstaates, sondern auch aus demokratischer Sicht problematisch. Ein zweites Problem steht im Zusammenhang mit der Festlegung in den Übergangsbestimmungen des neuen Gesetzes, wonach als Basisjahr für die Eruierung der Vergütungen das dem Inkrafttreten vorangehende Jahr gilt. Aus unserer Sicht muss das Basisiahr das Jahr 2008 und das Einführungsjahr 2009 sein; bei späterer Einführung besteht die Gefahr dass der nunmehr bekannte Mechanismus (Vorjahr als Basisjahr) als Fehlanreiz wirkt und zu einem zusätzlichen Kostenschub führt. Erfolgt die Einführung erst 2010, ist zu befürchten, dass die Vergütungen 2009 auf einem wesentlich höhern Niveau liegen dürften als jene im Jahr 2008. Wer aus einer solchen Überlegung die Einführung der neuen Ordnung verzögern will, handelte klareweise nicht im Sinne des Gesetzgebers. Santésuisse ist aber nicht nur der Meinung, dass die Einführung der neuen Ordnung per 1. Juli 2009 wichtig ist, sie ist auch machbar. Es bleibt auch nach der Einführung Raum, Spezialfragen gegebenenfalls speziell zu lösen. Wer jetzt vorgängig jede erdenkliche ldee (zu seinen Gunsten) gelöst haben will, verdient keinen Schutz. Die Übergangsfrist von 3 Jahren für die Anpassung der Tarife und Tarifvertrage gibt diesen notwendigen Raum. santésuisse wünscht eine Konkretisierung der gesetzlichen Übergangsbestimmung: ,,Die Kantonsregierungen regeln die Angleichung." Insbesondere sollen die Kompetenzen der kantonalen Regierungen gegenüber jenen der Tarifpartner bezüglich dieser Angleichungsphase klar abgegrenzt werden. Laufende Diskussionen lassen hier Streitpotenzial vermuten.	
Entrée en vigueur: il est irréaliste de vouloir imposer une entrée en vigueur avant le 1 janvier 2011. Tant les cantons que la Confédération, ou même les assureurs, auront une rude tâche pour adapter leurs budgets et éviter un flou néfaste pour les assurés souvent âgés et modestes. **Préciser la prise en compte des soins palliatifs et des soins de démence** Cette précision est une tâche évidente et urgente que la révision des dispositions d'application sur le financement des soins aurait dû accomplir. Pour l'instant, il n'en est rien. Mais la situation des patients nécessitant de tels soins, ainsi que celle de leurs proches, continue à rester très préoccupante. **Garantir la possession de l'allocation d'impotence à son titulaire.** Pour éviter la spoliation de la personne assurée de son droit à recevoir son allocation d'impotence, les dispositions d'application doivent préciser qu'une telle allocation revient de droit à son titulaire, qui peut, le cas échéant, l'utiliser pour financer sa contribution personnelle aux frais de soins, mais qu'en aucun cas elle ne peut être utilisée par le canton pour payer la part résiduelle du financement des soins qui est à sa charge. Il ne faut pas oublier que l'allocation d'impotence a pour rôle de permettre au patient de payer des surcoûts dus à son infirmité, à la réalisation de contacts sociaux, ou encore au suivi médical en maison de retraite non pris en charge par la LAMal. Comme telle, cette allocation ne peut être utilisée par un tiers, fut-ce un canton.	AVIVO FARES
In die Verordnung sind Rahmenkriterien zur Berechnung der Vollkosten aufzunehmen. Die Verpflichtung der Kantone, die Deckung der Restkosten zu regeln, die weder von den Versicherern noch von den Patienten übernommen werden müssen (Art. 25a Abs. 5 KVG (neu)), bedingt eine Festlegung der Vollkosten (100%). Die nötige Rechtssicherheit für Versicherte und Leistungserbringer kann dabei nur gewährleistet werden, wenn die Kantone die betriebsnotwendigen Vollkosten nach einheitlichen Kriterien berechnen und festlegen. Im Rah-	GELIKO

men einer gesamtschweizerischen Sozialversicherung sind 26 verschiedene Regelungen nicht annehmbar. Aus den Rahmenkriterien, welche analog zur „Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung“ (VKL) zu gestalten sind, muss hervorgehen, welche betriebsnotwendigen Kostenarten bei der Berechnung der Vollkosten berücksichtigt werden dürfen. Die Rechtsprechung der letzten Jahre zur VKL ist zu berücksichtigen. Die VKL allein genügt als rechtliche Grundlage nicht, da dort die ambulanten Pflegeleistungen (Spitex) nicht einbezogen sind. Die gleiche Kostenbasis muss auch für die Verhandlung der Pauschalen zwischen Versicherern und Leistungserbringern im Bereich der Akut – und Übergangspflege gelten. **Es ist zu prüfen, ob die Beiträge der Versicherer an die Grundpflege in Tages- bzw. Nachtstrukturen pauschaliert werden könnten.** Bereits heute leisten die Versicherer für den Aufenthalt in einzelnen Tagesstrukturen einen Pauschalbeitrag an die Grundpflege. Weil die detaillierte Erfassung von Leistungen der Grundpflege in Tagesstrukturen zu einem hohen administrativen Aufwand führt, wäre eine Weiterführung dieser Praxis wünschenswert. Die Leistungen gemäss Art. 7 KLV Abs. 2 Buchstaben a und b sowie die Grundpflege in Nachtstrukturen könnten trotzdem gesondert ausgewiesen werden. **Die Pflegeleistungen sind bezüglich besonderer Pflegesituationen (z.B. Palliativpflege und demenzielle Erkrankungen) so rasch als möglich zu überprüfen.** Die Pflegeleistungen zu Hause (ambulant) und im Pflegeheim (Art.7 KLV) sollen gemäss Kommentar vom 18.12.2008 zur aktuellen Revision der KLV (Abschnitt 13) in einem späteren Zeitpunkt überprüft werden. Dabei soll insbesondere geklärt werden, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden und ob Anpassungen nötig sind. Die Neuregelung der Pflegefinanzierung bringt es mit sich, dass auch Pflegeleistungen, die durch eine schwere Akutkrankheit bedingt sind (z.B. Krebserkrankungen), nach zwei Wochen Pflege ausserhalb des Spitals nur noch nach den Regeln für die Langzeitpflege mit Patientenbeteiligung vergütet werden. Bei der ambulanten Langzeitpflege von Demenzkranken ergeben sich zudem höhere Patientenbeteiligungen, weil der Zeitaufwand aufgrund der Verwirrtheit der Pflegebedürftigen grösser ist. Eine rasche Umsetzung der vorgesehen Überprüfung von Art. 7 KLV ist deshalb zwingend. **Die Hilflosenentschädigung darf nicht für die Deckung des Kantonsanteils an den Restkosten der Pflege verwendet werden.** Die Hilflosenentschädigung ist eine Sozialversicherungsleistung, die aufgrund objektiver Kriterien (Behinderungsgrad) ausbezahlt wird. Sie dient der Abgeltung behinderungsbedingter Mehrkosten wie z.B. die Ermöglichung sozialer Kontakte oder die Betreuungskosten im Pflegeheim, welche nicht in die Leistungspflicht der OKP fallen. Neu wird sie auch zur Finanzierung der Patientenbeteiligung eingesetzt werden (müssen). Es wird jedoch immer wieder die Idee propagiert, dass die Hilflosenentschädigung für die Abgeltung von ungedeckten Pflegekosten eingesetzt werden können, die gemäss Art. 25a Abs. 5 der Pflegefinanzierung neu in die Leistungspflicht der Kantone fallen. Ein Einsatz der Hilflosenentschädigung für diesen Bereich ist deshalb unzulässig. Damit hier klare Verhältnisse geschaffen werden, sollte diese Sachlage entweder in den Verordnungen zum KVG oder zum AHVG klargestellt werden.	
Ersatz: *„Diese Änderung tritt am **1. Januar 2010 (evtl 1. Januar 2011)** in Kraft.“* Begründung: Der SSR ist an einem raschen Inkrafttreten interessiert. Vorrang hat jedoch eine für Versicherte und Patienten reibungslose Umsetzung. Ein unterjähriges Inkrafttreten bringt zu grosse Risiken betreffend organisatorische Probleme mit sich.	SSR / CSA

Pflegeleistungen bezüglich besonderer Situationen (z.B. Palliativpflege, Pflege von Demenzkranken) Die gemäss Kommentar zur KLV Revision vorgesehene Überprüfung (Abschnitt 13) sollte rasch erfolgen. Dies ist besonders wichtig für Patienten zu Hause, weil der grössere Pflegeaufwand höhere Kostenbeteiligung des Patienten zur Folge haben kann. **Pauschalbeitrag für die Grundpflege in Tagesstrukturen** Die Grundpflege in Tagesstrukturen sollte mit möglichst wenig administrativem Aufwand erfasst und abgerechnet werden können. Die Möglichkeit von Pauschalbeiträgen sollte deshalb geprüft werden. Ein Pauschalbeitrag darf jedoch nicht zur Einschränkung der angebrachten Pflege führen.	
Sozialpolitisch gesehen ist u.E. an einem möglichst raschen lnkrafttreten der Verordnungsänderungen in Sachen Pflegefinanzierung festzuhalten. Es irritiert die SAG, dass das vorgesehene Datum vom 1. Juli 2009 bereits vor Abschluss der Vernehmlassung zurückgenommen wird.	SAG / ASE
1. Datum der lnkraftsetzung Die Inkraftsetzung per 1. Juli 2009 erachten AHV/IV als unrealistisches Ziel. Der Entscheid des Bundesrates zu den Verordnungsänderungen wird erst nach der Anhörungsfrist vom 31. Marz 2009 fallen. Damit bleibt den Kantonen noch knapp drei Monate Zeit für die Umsetzung. Weil in vielen Kantonen eine Gesetzesrevision notwendig ist, bleibt für die kantonale Gesetzgebung zu wenig Zeit. Zudem braucht die administrative und technische Umsetzung entsprechend Zeit. Eine unterjahrige lnkraftsetzung ist in Bezug auf die EL mit einem sehr erheblichen Mehraufwand verbunden. Diese Kosten zur Lasten der Kantone sollen wenn möglich unterbleiben. Antrag: Die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung sollte möglichst nicht unterjährig, sondern nur auf Beginn eines Kalenderiahres erfolgen. Die Erfordernis von kantonalen Gesetzesanpassungen ist zu berücksichtigen, wie auch die technische und administrative Umsetzung. Es ist vorgesehen, dass die Änderungen per 1. Juli 2009 in Kraft treten. Die IVSK hat das BSV mit Brief vom 2. September 2008 gebeten, dem Bundesrat ein lnkrafttreten per 1. Januar 2010 zu beantragen. Eine solche Einführung könnte zeitlich knapp werden. Die reibungslose Einführung bedingt die Rekrutierung und Ausbildung von Abklärungsfachpersonen, welche die HE vor Ort abklären. Es handelt sich somit nicht nur um die Einführung einer neuen Leistung, sondern um die Einführung einer neuen Leistung, die auch mit einem erheblichen Vetwaltungsaufwand verbunden ist. Die Vorlaufzeit ist für die Ausgleichskassen resp. die IV-Stellen aber zu kurz. Die Abklärungspersonen müssen zuerst rekrutiert und geschult werden. Es ist daher nicht realistisch, dass die IV-Stellen per 1. Juli 2009 produktiv sein werden. Anderenfalls können die IV-Stellen eine ordnungsgemässe Durchführung nicht garantieren, zumal von einem "Nachholbedarf' auszugehen ist, der sich in einer grossen Menge HE-Anmeldung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens manifestieren wird. Antrag: lnkrafttreten der Änderung per 1. Januar 2010.	AHV/IV / AVS/AI
Weil Psychiatriespitex einen wirtschaftlich, menschlich und professionel sehr wertvollen Dienst anbieten, versteht Frau Aellen das Vermeidungsverhalten der Krankenkassen und der Oeffentlichkeit, deren Existenz und deren Angebotes gegenüber, nicht. Was soll denn vermieden werden, wo Psychiatriespitex doch das Ideale tun? Weshalb werden Psychiatriespitex von den Kassen finanziell stiefmütterlich behandelt, sie sparen durch deren Einsätze erwiesenermassen viel Geld. Wer erhält das durch deren eingesparte Geld? Was würden Sie persönlich für sich oder Ihre Angehörigen, in einem physisch, psychischen Krankheitsfall oder in einer Krisensituation, für eine optimale Lö-	Verena Aellen Psychiatriespitex

sung finden wollen?	
Was jedoch wieder einmal als nicht unwichtige Minderheit vergessen wurde ist die Psychiatriepflege. Von den ca. 1500 freiberuflich Pflegenden, gibt es ungefähr 20% Psychiatriepflegefachleute (Anzahl steigend), welche zunehmend einen wichtigen Beitrag in der ambulanten Psychiatrieversorgung leisten und auch von Krankenkassen Seite auch immer mehr als kostengünstige, qualitativ gute Variante der Psychiatrieversorgung wahr genommen wird. Die Entwürfe sind unklar definiert, Fragen können nicht schlüssig beantwortet werden. Zum künftigen Abrechnungsverfahren: Freiberufliche konnten bisher über tiers payant abrechnen. Sollte dies geändert werden, ist das für Psychiatriefreiberufliche, welche bisher ohne jegliche Subventionen von Bund und Kanton gearbeitet haben existentiell nicht verkraftbar! 30% der Psychiatriepatienten können auf Grund ihrer Krankheit nicht mit Geld umgehen und werden das von der Krankenkasse zurück erstattete Geld nicht für die Begleichung der Spitexrechnung einsetzen! Ergo, dem Leistungserbringer entsteht hoher materieller Schaden, aufgrund der Pflegeperson / Klientenbeziehung ist der Umgang mit diesem Thema sehr schwierig. Es käme zwangsläufig zu Betreuungsabbrüchen und für die Klienten heisst das, Klinikwiedereintritte und teure stationäre Kosten. Bitte neue Abrechnung so regeln, dass diese Punkte berücksichtigt sind. Auch die zukünftig hohen Selbstbehalte von 20% sind für psychisch, chronisch Kranke, die lebenslang auf Unterstützung angewiesen sind finanziell sehr belastend! Es soll nicht nur auf somatisch chronisch Kranke oder Demente Rücksicht genommen werden, sondern auch auf psychisch kranke Personen, welche in unserer Gesellschaft einer zunehmenden Population entsprechen, und die sich meist nicht selber wehren können.	Ursula Gerber Psychiatrie-pflegefachfrau
Selon M. Aubert, certains points de ces ordonnances ne vont pas dans le sens de l'économicité. Dans le cadre de ces nouvelles ordonnances, les entreprises telles que celles du domaine pharmaceutique ainsi que les laboratoires d'analyses vont bénéficier de montants non négligeables. De même que les intervenants extérieurs tels que médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, mais sont cependant plus difficile à contrôler pour un Directeur d'EMS pour des raisons d'éthique évidentes. Depuis plusieurs années, Neuchâtel est le seul canton à fournir des coûts de soins globaux. Le forfait actuel alloué par les assureurs maladie couvre une bonne partie des coûts de soins étant donné qu'il englobe les médicaments, les analyses et les honoraires des médecins, physiothérapeutes et ergothérapeutes. La statistique fédérale SOMED ne tient pas compte de ces éléments. Cela explique que les coûts de soins dans les EMS neuchâtelois sont les plus élevés de Suisse. De part son expérience, M. Aubert peut démontrer qu'en ayant la possibilité de gérer des forfaits comprenant les médicaments, les médecins, les intervenants extérieurs, ainsi que les analyses et certaines prestations extra-muros, nous pouvons travailler dans l'économicité. Les homes et homes médicalisés qui sont au bénéfice d'une autorisation cantonale, ont la possibilité de s'approvisionner directement aux grossistes. Selon les médicaments, l'économie peut aller de 25 à 40% sur le prix public. Si les directeurs d'EMS devaient appliquer les nouvelles ordonnances, telles qu'elles leurs ont été présentées, les coûts de soins augmenteraient considérablement. Par exemple, pour une institution de 32 lits, ils s'élèveraient de plus de CHF 50'000.- par an et cela seulement pour les frais liés aux médicaments. En concluant un contrat entre l'association "ANIPPA" et un laboratoire pour les analyses, les directeurs d'EMS ont pu réaliser des économies de plusieurs milliers de francs. Avec le vieillissement de la population et une augmentation des cas de psycho-	Pierre Aubert ANIPPA

gériatrie, leur prise en charge devient une part de plus en plus importante du travail des soignants. Mais actuellement, aucun système d'évaluation des soins requis "BESA", "RAI/RUG" ou "PLAISIR" n'en tient compte. Il est facile d'évaluer un soin physique mais beaucoup plus difficile d'estimer un soin relationnel et dès lors, d'y mettre une valeur ! (minutes/soins requis) Les économies ainsi faites ces dernières années sur l'achat des médicaments, ont permis aux directeurs d'EMS de continuellement améliorer la qualité des soins prodiguées aux personnes âgées, sans pour autant en augmenté le coût global. De plus, il est nettement plus facile de comparer les coûts entre institution (et entre canton) avec un système de forfait global tout en responsabilisant les directeurs d'institution en leur permettant de contrôler et d'influer sur leur coûts. **En résumé, M. AUbert propose donc de laisser le choix :** - soit les institutions acceptent les contributions telles que mentionnées dans les nouvelles ordonnances - soit les institutions facturent des contributions plus élevées en intégrant les prestations extra-muros.	
Bezüglich der Vernehmlassung der Pflegefinanzierung erscheint Her Schmid als Freiberuflicher Pflegefachmann HF Schwerpunkt Psychiatrie eine Stellungnahme als äusserst wichtig. Da die Ambulante Psychiatrische Pflege nicht subventioniert wird, bieten die Psychiatriepfleger trotzdem einen hohen Standart an Qualität und Flexibilität. Zudem helfen die Psychiatriepfleger durch unsere Arbeit die Kosten des Gesundheitswesens zu senken und leisten somit einen wesentlichen Beitrag zu Entlastung im Gesundheitssystem. Klinikaufenthalte können durch die Ambulante Psychiatrische Pflege vermieden und somit die Lebensqualität und Selbständigkeit der Klienten erhalten werden. Auch fehlt nach einem stationären Klinikaufenthalt häufig eine sinnvolle Nachbetreuung, die bei den meisten der Fälle indiziert wäre. Dadurch entwickelt sich ein hohes Rückfallsrisiko und der sogenannte Drehtür-Effekt, welches für alle Beteiligten ein ungutes Gefühl hinterlässt.	David Schimd Psychiatriepfleger
Ambulante psychiatrische Pflege unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von ambulanter allgemeiner Krankenpflege. Kurzfristige Interventionen bilden die Ausnahme, Prozesse sind langfristig ausgelegt und zielen auf psychische Stabilität und die Möglichkeit ab, in Krisensituationen rechzeitig reagieren und so Klinikaufenthalte vermeiden zu konnen. Casemanagement, vernetztes Denken, gezielter Einbezug weiterer Dienste (wie z.B. Spitex) dienen einer effizienten, den individuellen Bedürfnissen des Klienten angepassten Dienstleistung, welche noch dazu kostenoptimiert ist. Freiberuflich Tätige betreuen zumeist ein grösseres Einzugsgebiet als ,,normale" Spitexdienste, haben damit weitere Anfahrtswege, häufig werden sie in telefonische Besprechungen eingebunden oder es werden schriftiiche Berichte eingefordert (Krankenkasse, Regierungsstatthalter, Ärzte, Bewährungshilfe), alles Dienstleistungen, die nicht oder nur bedingt (und dann zu Lasten des ,,Zeitkontos" des Klienten) abgerechnet werden können. Dazu kommen natürlich die Aufwendungen eines jeden Selbstständigen. Zusammengefasst kann man festhalten, dass freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege bei einer Entgeltung, bei der unter dem Strich nicht viel übrig bleibt, vielfältige und effiziente Dienstleistungen bietet. Jede Änderung des KLV sollte eine Besserung der Situation dieses Angebots mit sich bringen und ihre landesweite Akzeptanz erhöhen. Grundsätzlich scheint die Neufassung eine Vereinfachung und Klärung zu bringen. Manches, wie die Streichung des Begriffs "zu Hause", ist sehr zu begrüssen. Nicht jeder Klient hat EL und kann Selbstbehalte über diese abrechnen. Von	Eveline Bürki VAPP

daher ist der Anteil von bis zu 20% zu hoch angesetzt.	
Aus der Sicht pflegebedürftiger Menschen ist in erster Linie besorgniserregend, dass mit den unterbreiteten Vorschlägen eine **massive finanzielle Belastung von Personen** einhergeht, die in der eigenen Wohnung leben und die **Pflegeleistungen ambulant erhalten.** Diese Belastung kann wesentlich höher als bei einem Heimaufenthalt sein, was einen höchst problematischen Anreiz für einen Heimeintritt bewirkt. Damit wird eine Lösung vorgeschlagen, die den allgemeinen Bemühungen des Gesetzgebers zur Forderung des Lebens ausserhalb von Heimstrukturen (vgl. z.B. der Pilotversuch Assistenzbudget) zuwiderlauft.DOK ist der Meinung, dass die Verordnung in diesem Punkt unbedingt einer Anpassung bedarf und weist auf ihre Bemerkungen weiter unten zu Art. 7a KLV hin. lm Weiteren bedauert DOK, dass die Verordnung eine grosse Unsicherheit bezüglich der **von den Kantonen bzw. Gemeinden zu übernehmenden Restkosten der Pflege** (vgl. Art. 25a Abs. 5 KLV) hinterlässt. Die nötige Rechtssicherheit kann unseres Erachtens nur gewährleistet werden, wenn die Kantone die Vollkosten nach einheitlichen Kriterien berechnen und festlegen. lm Rahmen einer gesamtschweizerischen Sozialversicherung muss verhindert werden, dass sich 26 unterschiedliche Regelungen entwickeln. Unter diesem Blickwinkel würde die DOK eine ergänzende Regelung in der KLV für die Leistungen der ambulanten Pflege unterstützen. **Inkraftsetzung** Ein lnkrafttreten per 1. Juli 2009 ist ihres Erachtens nicht möglich, weil die Kantone nicht im Stande sind, in der kurzen verbleibenden Zeit die nötigen Ausführungsbestimmungen zu verabschieden. Dies scheint aber unabdingbar, wenn die Revision nicht in einem allgemeinen Chaos starten soll. Die DOK ist der Auffassung, dass die neue Pffegefinanzierung frühestens am 1.1.2010 in Kraft treten kann, würde sich aber auch nicht einem Inkrafttreten erst per 1. Januar 2011 widersetzen, wenn die Kantone noch mehr Zeit benötigen. **Keine Vewendung der Hilflosenentschädigung für die Deckung des Kantonsanteils bei der Pflegefinanzierung** Es wird offenbar vereinzelt die Meinung vertreten, die Hilflosenentschädigung könne für die Abgeltung der ungedeckten Pflegekosten verwendet werden, die gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG von den Kantonen zu übernehmen sind. Eine solche Verwendung der Hilflosenentschädigung ist unseres Erachtens in jeder Beziehung unzulässig: Einerseits ist die Patientenbeteiligung vom Gesetzgeber klar limitiert worden und darf nicht auf Umwegen wieder erweitert werden. Andererseits handelt es sich bei der Hilflosenentschädigung um einen pauschale Sozialversicherungsleistung, welche aufgrund objektiv-funktioneller Kriterien bemessen wird und vor allem dazu dient, die Pflege und Betreuung durch Personen sicherzustellen, die nicht als Leistungserbringer anerkannt sind, resp. um Dienstleistungen zu finanzieren (Transporte, Pflege gesellschaftlicher Kontakte), die mit Pflegeleistungen im Sinne des KVG nichts zu tun haben.	DOK
Die Stadt Zürich ist eine bedeutende Leistungserbringerin in der Langzeitpflege, sie betreibt 10 Pflegezentren, mehrere Aussenwohngruppen und 25 Altersheime mit insgesamt knapp 3700 Pflegebetten (1618 Betten in Pflegezentren und 2077 in Altersheimen). Dies entspricht einem Viertel des kantonalen Bettenbestandes der staatsbeitragsberechtigten Langzeitversorgung im Kanton Zürich. Mit Leistungsaufträgen an 8 gemeinnützige Spitexorganisationen engagiert sich die Stadt Zürich auch im ambulanten Sektor der Pflege. Die Stadt Zürich zählt rund 62'000 Personen, welche älter als 64 Jahre sind - diese Zahl lässt sich mit den Kantonen Aargau, St. Gallen, Genf, Luzern oder Tessin vergleichen, ebenso der Aufwand für die Leistungen in der Langzeitpflege, welche im Jahr 2008 knapp 400 Mio. Franken betrugen. Angesichts der Bedeutung der Pflegefinanzierung für die Stadt Zürich, möchte sie der Verwaltung ihre Überlegungen und Anliegen zu den Ausführungsbestimmungen der neuen Pflegefinanzierung unterbreiten. Die Stellungnahme der Stadt Zürich beschränkt sich auf die vorgeschlagenen Änderungen in der Kran-	Stadt Zürich

kenpflegeleistungsverordnung (KLV); mit den Änderungen in den übrigen Verordnungen ist die Stadt Zürich einverstanden. **Inkraftsetzung auf den 1.1.2011** Für die Vorbereitungsarbeiten und die Anpassungen der kantonalen gesetzlichen Grundlagen betreffend Regelung der Restfinanzierung und der Akut- und Übergangspflege benötigen die Kantone unter Anhörung der Leistungserbringer und Gemeinden auch bei einem straffen Zeitplan 1 bis 1 1/2 Jahre. Damit die gesetzlichen Grundlagen für die Regelung dieses komplexen Bereichs mit der nötigen Sorgfalt erarbeitet werden können, sollte die lnkraftsetzung nicht vor dem 1.1.2011 erfolgen.	
In Anbetracht, dass VAPP nicht subventioniert wird, ist die Diskussion dieser neuen Pflegefinanzierung eine grosse Bedrohung. Mit der Arbeit von VAPP leistet es einen sehr wichtigen und notwendigen Beitrag zur Kostensenkung. VAPP begleitet Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Menschen in Krisen, Menschen am Rande unserer Gesellschaft. Durch unsere Begleitung verhindert VAPP oftmals einen Klinikeintritt. Wenn dieser unumgänglich ist, kann der stationäre Aufenthalt aber möglichst kurz gehalten werden, weil eine anschliessende kostengünstigere Betreuung mit der Arbeit von VAPP geleistet werden kann.	Liliane Froidevaux VAPP
Die IG Pflegefinanzierung hat bereits mit Schreiben vom 15. Juli 2008 darauf hingewiesen, dass verschiedene Umsetzungsfragen der neuen Pflegefinanzierung in der Verordnung geklärt werden müssen. Dabei ging es insbesondere um Definitionen der Akut- und Übergangspflege sowie der Tages- und Nachtstrukturen und um Fragen der Restkostenabgeltung durch die Kantone. Zudem hat sich die IG Pflegefinanzierung dafür eingesetzt, dass die Kantone genügend zeitlichen Spielraum erhalten um auf ihrer Ebene die nötigen gesetzlichen Regelungen zu schaffen. Insgesamt bestehen aber immer noch grosse Regelungslücken, die eine einigermassen einheitliche Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in den Kantonen verunmöglichen. Ergänzungen des vorliegenden Entwurfs sind deshalb nötig. **Die Hilflosenentschädigung darf nicht für die Deckung des Kantonsanteils an den Restkosten der Pflege verwendet werden.** Die Hilflosenentschädigung ist eine Sozialversicherungsleistung, die aufgrund objektiver Kriterien (Behinderungsgrad) ausbezahlt wird. Sie dient der Abgeltung behinderungsbedingter Mehrkosten wie z.B. die Ermöglichung sozialer Kontakte oder die Betreuungskosten im Pflegeheim, welche nicht in die Leistungspflicht der OKP fallen. Neu wird sie auch zur Finanzierung der Patientenbeteiligung eingesetzt werden (müssen). Es wird jedoch immer wieder die Idee propagiert, dass die Hilflosenentschädigung für die Abgeltung von ungedeckten Pflegekosten eingesetzt werden können, die gemäss Art. 25a Abs. 5 der Pflegefinanzierung neu in die Leistungspflicht der Kantone fallen. Ein Einsatz der Hilflosenentschädigung für diesen Bereich ist deshalb unzulässig. Damit hier klare Verhältnisse geschaffen werden, sollte diese Sachlage entweder in den Verordnungen zum KVG oder zum AHVG klargestellt werden. Ein Inkrafttreten per 1. Juli 2009 ist unmöglich, weil so den Kantonen die Zeit für den Erlass der nötigen Ausführungsbestimmungen fehlt. Eine Inkraftsetzung ist frühestens auf den 1. Januar 2010 möglich. Sollten die Kantone für die gesetzlichen Anpassungen mehr Zeit brauchen, ist die IG Pflegefinanzierung auch mit einer Inkraftsetzung auf den 1. Januar 2011 einverstanden. Eine unterjährige Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung (per 1.7.2009 oder 1.7.2010) wird wegen der damit verbundenen organisatorischen Probleme strikte abgelehnt.	IG Pflege
La CLASS s'associe également à la prise de position de la Conférence suisse des directeurs cantonaux (CDS) des affaires sanitaires concernant l'entrée en vigueur de la loi révisée et de ses ordonnances. Les cantons devront élaborer des modifications législatives, réglementaires, organisationnelles et procédu-	CLASS Ref. CDS

rales conséquentes pour etre prêts à appliquer ces nouveaux textes. Ces modifications sont totalement impossibles pour le premier juillet 2009 sur la base de texte mis en consultation jusqu'au 31 mars 2009. La CLASS s'oppose avec vigueur à une entrée en vigueur avant 2011.	
Patienten mit schwerer chronischer/unheilbarer Krankheit und Patienten in der letzten Lebensphase haben ein Anrecht auf palliative Betreuung (SAMW, Betreuung von Patienten am Lebensende). Oberstes Ziel ist eine bestmögliche Lebensqualität durch Linderung physischer und psychischer Beschwerden sowie eine spirituelle und soziale Unterstützung der Kranken und ihrer Angehörigen. Gemäss WHO beinhaltet eine *best palliative care* auch, dass Patienten, wann immer möglich, am Ort ihrer Wahl betreut werden und sterben dürfen. Die meisten Menschen wünschen, möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung und im Kreis ihrer Angehörigen zu leben. Tatsache ist jedoch, dass in der Schweiz die meisten Menschen (rund 80%) in Institutionen versterben. Viele Menschen müssen gerade in der Sterbephase ihre vertraute Umgebung verlassen. Unser heutiges Gesundheitssystem enthält zahlreiche negative Anreize, die eine Behandlung und Betreuung schwer kranker und sterbender Menschen zu Hause oder in der ihr vertrauten Langzeitinstitution erschweren. Ziel der tariflichen Neuordnung im ambulanten und stationären Bereich ist, der ambulanten Betreuung mehr Gewicht zu verschaffen. Ein weiteres Ziel der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist, die sozialen Krankenversicherer, die Patienten und ihre Angehörigen von den steigenden Pflegekosten zu entlasten. Diese Massnahmen werden grundsätzlich begrüsst. Den Betreuern ambulant und im Langzeitbereich, den Betroffenen und Angehörigen müssen aber angemessene finanzielle Mittel zugebilligt werden, stabile Betreuungsstrukturen zu Hause oder im Langzeitbereich zu etablieren und *unter ausreichender Qualität zu finanzieren*. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist ein massgebendes Instrument, strukturelle und finanzielle Anreize für eine Betreuung ausserhalb der Spitäler schaffen – gerade auch für schwer kranke und terminal kranke Patienten. **Zeitpunkt der Inkraftsetzung:** Die neuen KVG-Bestimmungen sollten erst in Kraft treten, wenn die Kostenanteile der verschiedenen Träger, besonders aber die durch die Kantone übernommenen Kosten klar geregelt und budgetiert sind. Dies ist frühestens ab 2010 der Fall. Bei eine früheren Umsetzung entstehen **Rechtsunsicherheiten** für die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen bzw. für die Leistungserbringer.	palliative CH
Die aufgeführte Definition der Akutpflege schliesst akute und unvorhergesehene Pflegesituationen (Krisen) in der Langzeitpflege aus und führt so zum Drehtüreffekt. Wer vereinbart die Pauschale in der Übergangspflege? Die Psychiatriepflege fehlt.	SBK
Berücksichtigung der Demenzproblematik bei der Definition der Pflegeleistungen Im Kommentar zur KLV-Änderung wird festgehalten, dass in Bezug auf Definition und Umfang der Pflegeleistungen eine Überprüfung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen wird. Es soll dabei insbesondere geklärt werden, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden und gegebenenfalls Anpassungen notwendig sind. (Vgl. auch Strategiebericht des Bundesrates vom 29. August 2007, wo unter Ziff. 313.4 (Würdiger Tod: Palliativpflege und Sterbehilfe) festgehalten ist, dass die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen in besonderen Situationen (wie z.B. die Palliativpflege oder die Pflege bei demenziellen Krankheiten) zu beachten seien. Die Schweizerische Alzheimervereinigung fordert, dass die hier in Aussicht gestellte Überprüfung und Anpassung rasch an die Hand genommen wird. Gerne ist die Schweizerische Alzheimervereinigung auch bereit, ihr Wissen und ihre Erfahrung einzubringen. Insbesondere gilt es zu berücksichtigen, dass die Pfle-	alzheimer

ge von demenzkranken Menschen sehr anspruchsvoll und komplizierter ist als eine herkömmliche Pflege; sie nimmt vor allem auch mehr Zeit in Anspruch. Häufig findet sich bei älteren Menschen auch Demenz als Co-morbidität mit anderen Krankheiten, was zu erschwerter und verlängerter Pflege führt. Diesem Gesichtspunkt sollte Rechnung getragen werden. Abschliessend möchte die Schweizerische Alzheimervereinigung festhalten, dass bei der ganzen Debatte um die Höhe der Beiträge und Verteilung der Kosten nicht vergessen werden darf, dass -insbesondere auch bei demenzkranken Menschen- die Qualität der Pflege nicht darunter leiden darf.	
Den Einführungstermin per 01. Januar 2011 festzusetzen ist zwingend notwendig. Die lnkraftsetzung per 1. Juli 2009 ist unrealistisch. Eine unterjährige Einführung ist nicht sinnvoll und ist mit Risiken behaftet. Ebenso die lnkraftsetzung per 1. Januar 2010. Die betriebliche Umsetzung stellt für alle Beteiligten eine grosse Herausforderung dar. Die Finanzierungsmodalitäten müssen vor lnkraftsetzung klar sein, um eine erfolgreiche Umsetzung sicher zu stellen. Erst nach deren verbindlichen Festlegung können die dazu erforderlichen Anpassungen zielführend realisiert werden. **Obergrenze Patientenbeteiligung** Es ist zwingend, eine Obergrenze der Patientenbeteiligung für Pflegebedürftige, welche Spitex Leistungen beziehen, festzulegen.	spitex BE
Mit Einsätzen von max. 5 Std. pro Woche sind VAPP Mitglieder an effizientes Arbeiten gewöhnt. Ihr Aufgabenbereich beinhaltet neben den Betreuungen der Patienten auch einiges an administrativem Aufwand welcher nur zum Teil verrechnet werden kann, und nicht zu vergessen, die zum Teil langen Anfahrtswege von Patient zu Patient. Für Patienten, welche keine Ergänzungsleistung erhalten, ist der Betrag von 20% Selbstbehalt zu hoch. Als "1 Mensch"-Betrieb sind VAPP Mitglieder darauf angewiesen Mehraufwand zu meiden. VAPP Mitglieder erhalten keine Spesen, auch tragen sie die Kosten für Weiterbildungen selber und haben keine bezahlten Urlaube.	Marta Affolter VAPP
Die Gemeinden des Kantons Zug leisten bereits heute einen abgestuften Beitrag an die ungedeckten Pflegekosten. Die Beteiligung der Patientinnen/Patienten ist dahingehend zu präzisieren, dass es sich nicht um eine Jahrespauschale handelt (im Sinne von Selbstbehalten, keine Leistungen bis zum erreichen dieser Limite) sondern um eine anteilsmässige Eigenleistung. Leider wird mit der neuen Regelung keine Definition der Ermittlung von Betreuungsleistungen ermöglicht. Auch die Pflegekosten als solches sind nicht klar definiert. Das heutige System der Bedarfsermittlung (BESA) beinhaltet auch Betreuungsleistungen. Dies ist aus Sicht der SOVOKO sinnvoll und ermöglicht es auch den nichtmedizinischen (nicht KVG-pflichtigen) Bedarf zu ermitteln. Dies erfolgt bei den hauswirtschaftlichen Leistungen im Rahmen der Spitex (Rai-Homecare) bereits heute. Den Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim lediglich nach medizinisch-pflegerischen Kriterien zu beurteilen, lehnt die SOVOKO ab. Die Bedarfsermittlungssysteme müssen diesem Umstand Rechnung tragen und eine Lösung auf Verordnungsstufe wäre angebracht. Gleichzeitig könnten Eckwerte und Rahmenbedingungen für pflegerische und betreuerische Leistungen festgelegt werden. Die Umsetzung auf den 1. Juli 2009 ist unmöglich und eine geordnete kantonal korrekt geregelte neue Pflegefinanzierung per 1. Januar 2010 ist eine sehr grosse Herausforderung. Entweder sind entsprechende Übergangsfristen, -regelungen in die Verordnung aufzunehmen oder die Einführung ist auf einen späteren Zeitpunkt festzulegen.	SOVOKO
Tout d'abord, nous constatons que les ordonnances d'application de la LAMal n'ont fait que multiplier et complexifier les actes administratifs, sans apporter de réelle amélioration dans les conditions de prise en charge des personnes âgées, ni clarifier le financement. ARODEMS doit malheureusement relever que	ARODEMS

le texte mis en consultation ne fera, à ses yeux, qu'entretenir cette dérive. En effet, la multiplication des niveaux de soins jusqu'à douze échelons obligera à alourdir les outils d'évaluation et à augmenter les frais de gestion. Mais au-delà de ce gaspillage, il faut aussi avoir conscience des effets pervers de ce genre "d'usine à gaz" qui ne fait que valoriser la dépendance et pénaliser les efforts d'autonomisation des personnes prises en charge. La nouvelle notion de soins aigus et de transition telle que décrite dans le texte relève, elle aussi, d'un concept aussi inapproprié que mal défini qui n'aura d'autre effet que d'ajouter une couche supplémentaire à la complexité du système. Enfin, ARODEMS regrette que ce texte ne traite pas de la question du financement des prestations non prises en charge par l'OPAS et pourtant primordiales (accompagnement psycho-social, aide à la mobilisation et stimulation des gestes du quotidien par exemple). Au vu de ce qui précède, ARODEMS reste dans l'attente de systèmes compatibles avec les caractéristiques de son activité qui sont les suivantes : - Une charge de travail et des besoins en personnel constants qui nécessitent un financement stable. ARODEMS ne peut pas, comme les caisses d'un supermarché, simplement adapter au jour le jour les effectifs en fonction de la clientèle. - Trois types de prestations bien identifiables: le gîte et le couvert, la compensation du handicap et l'accompagnement socio-éducatif, les traitements médicaux en cas de maladie. Les deux premières consomment à elles seules respectivement 55 et *25%* des ressources d'ARODEMS. - La nécessité de recourir à une très grande diversité de professions pour offrir un accompagnement le plus proche possible des attentes et besoins des personnes. A l'instar des expériences menées par plusieurs pays européens (Allemagne, Autriche et France en particulier), ARODEMS souhaiterait plutôt une réforme de la situation actuelle basée sur trois piliers, chacun alimenté par le partenaire concerné et se répartissant les prestations de la manière suivante : - Le gîte et le couvert à la charge de la personne, aidée si nécessaire par les régimes sociaux. - La compensation du handicap et l'accompagnement socio-éducatif à la charge des assurances sociales et, éventuellement à l'avenir, d'une assurance dépendance, ceci quelque soit la situation de revenu de la personne. - Les traitements médicaux à la charge de l'assurance maladie.	

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Pflegefinanzierung
Financement des soins

Generell / En général

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Neu ist zudem in der KVV zu regeln, was im Art. 25a Abs. 5 KVG unter ,,von den nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten" zu verstehen ist. Dies, damit die Koordination zwischen den einzelnen Versicherungen (KV, IVfAHV und EL) gesamtschweizerisch nach den gleichen Regeln erfolgt. Werden dazu auf Stufe Bundesgesetzgeber keine klaren Aussagen getroffen, sind bei der kantonalen Umsetzung grosse Probleme zu erwarten. Weiter sollte sich die KVV auch zu allfälligen Leistungen aus dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, WG, SR 221.229.1) äussern. Ein Hinweis, ob und in welchem Zeitpunkt diese überhaupt allenfalls angerechnet werden könnten, ist - zumindest in den Erläuterungen - hilfreich und dient der Klarheit.	NW
In die Behandlungsketten der ambulanten Versorgung (insbesondere in den Pflegeheimen) sollen nicht nur die ärztlichen und pflegerischen Leistungen einbezogen werden, sondern auch Leistungen, die von externen Leistungsanbietern, wie z.B. der Physiotherapie, erbracht werden.	Physioswiss
In der Verordnung über die Krankenversicherung ist klar zu regeln, welche Leistungen gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG unter den Begriff "...von den nicht von den Sozialversicherungen ..." fallen. Die klare Regelung dient der Koordination. Die Koordination zwischen KV, Hilflosenentschädigung und EL muss in der KVV eindeutig und klar erfolgen. Macht der Bundesverordnungsgeber hier keine Aussagen, sind bei der kantonalen Umsetzung grosse Erklärungsprobleme und entsprechende Gesetzgebungs- und Umsetzungsprobleme zu erwarten. Das Verhältnis zwischen den Sozialversicherungszweigen muss klar geregelt werden. Vor allem im Pflegebereich ergeben sich von Parallelismen KVG/AHVG/ELG. Die Fragen der Subsidiarität zwischen KVG und ELG sowie der Nicht-Kongruenz von HE und Pflegebeiträgen muss zwingend vom Bundesrat geregelt werden. Falls dies nicht der Fall ist, müssen die Kantone das Verhältnis von Bundessozialversicherungsrecht definieren. Dies ist zu vermeiden. Die Anwendbarkeit des ATSG ist hilfreich, aber nicht ausreichend. Antrag: Die AHV regt an, die Koordination zwischen den KV-Leistungen, der Hilflosenentschädigung und den subsidiären EL-Leistungen in der KVV klar zu regeln. In der KVV ist zu regeln, dass Leistungen aus Zusatzversicherungen gemäss VVG (Gesetz über den Versicherungsvertrag) analog den "Sozialversicherungen" gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG vorrangig anzurechen sind. Sofern dies nicht gewünscht wird, muss zumindest im Kommentar zu den Bestimmungen auf den Verzicht einer Anrechnung hingewiesen werden. So können in der Praxis Probleme und Missverständnisse verhindert werden. Antrag: Die Frage der Zusatzversicherungen gemäss WG ist - mindestens in den Erläuterungen - zu klären.	AHV/IV / AVS/AI
Obergrenze der Patientenbeteiligung bei Spitex festlegen: Bei der ambulanten Pflege (Spitex) entspricht die Patientenbeteiligung maximal 20% des Stunden-Beitrags der Versicherer für die Leistungen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit a KLV). Bei hohen Pflegestunden-Zahlen pro Monat, welche	Spitex CH

über einen längeren Zeitraum erbracht werden müssen, kann die Patientenbeteiligung deshalb sehr hoch ausfallen. Sie ist aus diesem Grund in der Verordnung auf max. 7‘100.-Fr./Jahr zu beschränken. **Antrag:** Das BAG muss die maximale Patientenbeteiligung im Bereich der ambulanten Pflege in der Verordnung (KLV oder KVV) in Franken festlegen, und zwar auf max. Fr. 7‘100.-. Die SGK-N liess in ihren Medienmitteilungen vom 1. Juni 2007 und vom 26. Oktober 2007 verlauten, dass auf die Pflegebedürftigen jährlich maximal etwa 7100.- Franken überwälzt werden dürfen. Bei ambulanter Pflege würde dieser Beitrag ab einer Pflegestundenzahl von ca 400 – 410 Stunden pro Jahr (resp. bei gut 30 Stunden pro Monat) überschritten. Es gibt zwar nur relativ wenige PatientInnen, welche dies betrifft. In denjenigen Kantonen, in welchen das Pflegebetten-Angebot sehr beschränkt ist, trifft es mehr Personen, als in Kantonen, wo es kaum Wartefristen für den Eintritt in ein Pflegeheim gibt. Zum Schutz der PatientInnen muss der Bund die maximale Patientenbeteiligung, in Franken festlegen, welche die Kantone auf die PatientInnen überwälzen dürfen.	
Die DOK nimmt im Folgenden im Detail nur zur **KLV** Stellung. Die vorgesehenen Änderungen bei der **AHVV** kann die DOK unterstützen. Was die Revisionsvorschläge zur **KVV** betrifft, so geben diese ebenfalls keinen Anlass zu Bernerkungen. Es kann höchstens die Frage aufgeworfen werden, ob Institutionen und Organisationen, die Tages- und Nachtstrukturen anbieten, in den Katalog der Leistungserbringer aufgenommen werden müssten (vgl. hierzu auch unsere Anmerkungen zu Art. 7 Abs. 1 und 2ter KLV).	DOK
Die Beibehaltung der bisherigen Leistungen der Versicherer für ambulante Pflege und im Pflegeheim, wobei die Höhe der Patientenbeteiligung den im Parlament genannten Betrag von 7‘100 Franken nicht übersteigen darf. **Aus Gründen der Gleichbehandlung muss die maximale jährliche Patientenbeteiligung im Bereich der ambulanten Pflege in der Verordnung auf das Maximum der Patientenbeteiligung im Pflegeheim begrenzt werden**. Die maximale jährliche Patientenbeteiligung im Pflegeheim ergibt sich direkt aus der Festlegung des höchsten Beitrags der Versicherer für den Aufenthalt im Heim (20% des höchsten Tagesbeitrags x 365). Bei der ambulanten Pflege (Spitex) entspricht die Patientenbeteiligung 20% des Stunden-Beitrags der Versicherer für die Leistungen der Abklärung und Beratung (Art.7 Abs. 2 Buchstabe a KLV). Bei hohen Pflegestunden-Zahlen in der ambulanten Pflege kann deshalb das Maximum der Patientenbeteiligung im Pflegeheim überschritten werden. Um eine Schlechterstellung der Patienten in der ambulanten Pflege zu vermeiden, muss das Maximum der Patientenbeteiligung deshalb in der Verordnung sowohl für den stationären wie für den ambulanten Bereich festgelegt werden. Diese darf die im Parlament erwähnten 7‘100 Franken nicht übersteigen.	IG Pflege

Art. 33

Bst Let.	**Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser Auteurs**
i	Die nach Pflegebedarf differenzierten OKP-Beiträge sind periodisch der allgemeinen Teuerung anzupassen. Kanton Graubünden schlägt entsprechend folgende Ergänzung vor: „... *nach Pflegebedarf differenzierten Beitrag an die Pflegeleistungen. Das Departement überprüft diesen Beitrag periodisch und passt ihn der Teuerung an.*"	GR
i	Im Art. 33 lit. i sollten die Möglichkeit der periodischen Überprüfung der Beiträge und die Anpassung an die Kostenentwicklung durch das Departement ergänzt werden. *Das Departement überprüft diese Beiträge aufgrund der Kostenent-*	NW

	wicklung jährlich und passt sie gegebenenfalls an. Die Kostenentwicklung entspricht in den meisten Fällen nicht der Teuerung, und somit plädiert Nidwalden dafür, diese statt der Teuerung für die Anpassung der Beiträge zu verwenden. Die Überprüfung hat dabei jährlich zu erfolgen, wobei bei einer geringen Kostenentwicklung (z.B. unter 1%) keine Anpassung der Beiträge vorzunehmen wäre. Damit aber grösseren Kostenschüben innerhalb weniger Jahre allenfalls Rechnung getragen werden kann, ist die jährliche Überprüfung jedoch insgesamt angemessen. Die Auslöser für grössere Kostenschübe können Markteinflüsse, Gesetzesanpassungen usw. sein.	
h	Der Begriff „Bedarfsermittlung“ ist entsprechend der üblichen Terminologie der Erfassungsinstrumente durch „Bedarfserfassung“ zu ersetzen. Im Übrigen verweist Thurgau auf die Vernehmlassung der GDK zur KVV.	TG
i	Le canton du Valais demande que l'art. 33 let. i soit modifié dans la mesure où il considère que le département fédéral doit avoir la compétence de revoir périodiquement les tarifs énoncés à l'art. 7a al. 1 à 3 de l'OPAS. En effet, une adaptation pour le moins périodique au renchérissement des montants à charge des assureurs-maladie est indispensable. Faute de quoi, les augmentations successives des coûts des soins seront reportées exclusivement sur les collectivités publiques, voire sur les patients. <u>Proposition</u> : *i. Le montant des contributions en fonction du besoin en soins prévues à l'art. 25a, al. 1 et 4 de la loi. Le département contrôle périodiquement ces contributions et les adapte au renchérissement.*	VS
	… Pflegeleistungen. **Neben dem Zeitbedarf legt es pro Pflegebedarfsstufe die Eckwerte in einer Richtlinie fest.** ZG ist mit der Festlegung der Pflegebedarfsstufen mittels Zeitbedarfs grundsätzlich einverstanden. Hingegen würde er es begrüssen, wenn im Rahmen einer Vollzugsrichtlinie für die einzelnen Pflegebedarfsstufen Eckpunkte definiert würden, welche die Einstufung zusätzlich begründen. Einzig den Zeitbedarf als Einstufungskriterium zu definieren, erscheint ZG zu wenig objektiv. Bei ineffizienter Leistungserbringung (zu hoher Zeitbedarf und damit zu hohe Pflegebedarfsstufe) könnte dies zu erhöhten Pflegebeiträgen und damit zu höheren Kosten führen.	ZG
b, i	Der Kanton Schaffhausen geht davon aus, dass der Kostenteiler zwischen den Krankenversicherern und den Kantonen bzw. den Gemeinden mittelfristig stabil bleiben sollte. Eine systematische Verlagerung zu Lasten der Kantone / Gemeinden aufgrund einer einseitigen Abwälzung der Teuerungsfolgen ist abzulehnen. Zur diesbezüglichen Klärung schlägt der Kanton Schaffhausen die Anfügung eines Nachsatzes zu Art. 33 Bst. b, i wie folgt vor: *Das Departement überprüft diese Beiträge periodisch und passt sie der Teuerung an.*	SH
i	Die Pflegekosten werden nicht zuletzt wegen den Personalkosten teuerungsbedingt steigen. Aktuell ist keine Anpassung an die Teuerung vorgesehen. Hier ist ein Verfahren festzulegen, wann und wie die Beiträge angepasst werden	SG
b, h, i	*Le département désigne, après avoir consulté la commission compétente:* *b. les prestations visées à l'art. 25, al. 2 et 25a, al. 1 et 2, de la loi qui ne sont pas fournies par les médecins ou les chiropraticiens;* *h. la procédure d'évaluation des soins requis;* *i. le montant des contributions en fonction du besoin en soins prévues à l'art. 25a, al. 1 et 4 de la loi. <u>Le département contrôle périodiquement</u>*	GDK / CDS

	ces contributions et les adapte au renchérissement. let. b: d'accord let. h: d'accord, dans la mesure où il s'agit d'une norme de délégation de la disposition au sens de l'art. 25a al. 4 LAMal-n au DFI et que cette délégation est utilisée uniquement pour la fixation des niveaux de soins requis, come cela est stipulé dans le commentaire. let. i: compléter, afin que le département ait la possibilité de prendre en compte au moins le renchérissement général et d'adapter en conséquence les contributions AOS. Let. h: une uniformisation au niveau suisse des instruments d'évaluation des soins entraînerait par contre une charge de travail énorme, qui ne se justifie pas en raison du décompte d'après les minutes consignées sur la base de l'art. 9 OPAS-r.	
	Der SGV begrüsst ausdrücklich, dass das Verfahren der Bedarfsermittlung schweizweit vereinheitlicht werden soll. Wichtig ist für den SGV, dass in der zuständigen Kommission alle massgebenden Kreise vertreten sind. Da der SGV dafür eintritt, dass auch im Bereich der Pflege Wettbewerbsverzerrungen zwischen privaten und öffentlichen Leistungserbringern ausgeschlossen werden, verlangt er, dass den privaten Spitex-Anbietern in der gemischten Kommission die gleichen Mitwirkungsrechte eingeräumt werden wie den öffentlichen Spitex-Anbietern.	SGV
b, h, i	Für das in Bst. h erwähnte Verfahren der Bedarfsermittlung sehen Art. 8 und 9 des KLV-Entwurfes Bestimmungen vor, um insbesondere eine Abstufung nach Pflegebedarfsstufen zu regeln. Die ASPS begrüsst die Vereinheitlichung des genannten Verfahrens auf Bundesebene. Im Übrigen hält sie dafür, dass in der zuständigen Kommission, welche das Departement vor den in Art. 33 genannten Kompetenzen anhört, den Interessen der ASPS *(darin eingeschlossen sind die fachlichen Spezialgebiete wie Onkologie-, Psychiatrie- und Kinder-Spitex)* durch persönliche Vertretung Rechnung getragen wird.	ASPS
	KVG Art. 25 Abs. 2 und KVV Art. 33 b und i. Insbesondere KVG Art. 25 Abs.2 Diese Leistungen umfassen: a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär **oder in einem Pflegeheim** sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von: 1. Ärzten oder Ärztinnen 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen 3. **Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztinbeziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen;** . .. sollte die Physiotherapie ebenfalls berücksichtigen als Teil der Behandlungskette (siehe auch neuer Art. 33 b und i).	physioswiss
	Pflegeleistungen im längerfristigen Pflegebedarf Der Bundesrat verlangt die Kornpetenz, die Vergütungen für Pflegeleistungen im längerfristigen Pflegebedarf beträglich festzulegen. Wir halten fest, dass damit die Pflegeleistungen nicht nach dem Bedarf der Patienten von der Grundversicherung übernommen werden, sondern aufgrund eines vorn Bundesrat willkürlich festgelegten Frankenbetrages. Es handelt sich somit um die Rationierung oder Beschränkung von Pflegeleistungen. Die Art der Rationierung ist zudem unzweckmässig, weil einzig ein Frankenbetrag Massstab und nicht die Pflegebedürfnisse des Patienten Massstab für die Leistungen der Kasse sind.	PULSUS
i	Zwar hat der Bundesrat schon bisher seine Befugnisse aus Art. 25 KVG weitestgehend über Art. 33 KVV dem Departement übertragen. Diese Subdelegation der Leistungsbezeichnung wird nun mit dem Einbezug auch von Art. 25a KVG noch ausgedehnt. ChiroSuisse kann vom	ChiroSuisse

	Inhalt her damit leben, möchte aber doch die Frage aufwerfen, ob der Bundesrat hier seine Möglichkeiten zur Subdelegation nicht überspannt. Die Bundesverfassung regelt die Subdelegation nicht, aber mit dem Wortlaut des Art. 25 und 25a KVG steht sie konkret wohl kaum im Einklang.	
h	Lit h. „das Verfahren der Bedarfsermittlung ***abklärung***“ In der KLV wird konsequent der Begriff der Bedarfsabklärung benützt. Es erleichtert die Interpretation, wenn die KVV diese Terminologie übernimmt. In Französisch ist die Begrifflichkeit in der KLV und in der KVV identisch.	Spitex CH

Art. 59a

	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser** **Auteurs**
	Gefordert wurde zudem die Festlegung von Rahmenkriterien für die Berechnung der Vollkosten auf Verordnungsstufe. Es muss vermieden werden, dass jeder Kanton eine unterschiedliche Regelung für die Kostenberechnung hat. Die Rahmentarife sollten an die allgemeine Teuerung 2008 angepasst werden.	SGK-N / CSSS-N
	Bei der Regelung der Restfinanzierung gemäss Art. 25a rev. KVG ist zu definieren, wie die 100% anzusehen sind. Als Alternative zu den stufenbezogenen Regelungen wäre in fester prozentualer Anteil denkbar, wobei die Heime 100% der Kosten nachweisen müssen. Da der Pflegeaufwand, welcher der Einzelne schliesslich zu tragen haben wird relativ klein wird, wäre allenfalls der Umgang mit Betreuungs- und Pensionskosten noch zu regeln. Klärend wäre in diesem Fall mindestens eine Bemerkung im Verordunungstext über die "Gestaltungsspielräume" der Kantone. Schliesslich möchtet AG darauf hinweisen, dass die heute gebräuchlichen Abgeltungssysteme unterschiedliche Definitionen in Bezug auf die Anrechenbarkeit der Kosten beinhalten. Mindestens im Rahmen einer Übergangsbestimmung sollte hier die Möglichkeit gegeben werden, diese Definitionen zu vereinheitlichen und mit den Versicherern tragbare Lösungen zu finden.	AG
	BE begrüsst den Vorschlag, die Kompetenz der Kantone zu verankern, die Pflegekosten insgesamt zu limitieren. *Zum Antrag der GDK zu Art. 25a Abs. 5 KVG (Brief GDK, S. 2 Buchstabe e)* Bei der Ermittlung der ungedeckten Pflegekosten stellt sich nicht nur die Frage der Berücksichtigung der Ergänzungsleistungen, sondern generell, welche Sozialversicherungen dabei zu berücksichtigen sind und gegebenenfalls welche Sozialversicherungsleistungen dabei zu berücksichtigen sind und gegebenenfalls in welchem Umfang (z.B. auch die Hilflosenentschädigung). Diese Frage ist unter Berücksichtigung aller sich stellenden Gesichtspunkte zu beantworten und nicht nur beschränkt auf die Berücksichtigung der Ergänzungsleistungen.	BE renvoi CDS
	Die Kantone müssen die Kompetenz erhalten, im Rahmen der Regierung der Restfinanzierung nach Art. 25a Abs. 5 KVG **die Pfiegetaxen (100% der Pflegekosten) normativ festzulegen.** Ansonsten kann der "Rest" nicht definiert und die Überwalzung der nicht gedeckten Pflegekosten auf die versicherten Personen nicht limitiert werden. Überdies ist zwingend zu klären, welche "Sozialversicherungen" im Sinne von Art. 25a Abs. 5 KVG zur Deckung der Pflegekosten herangezogen werden dürfen.	BL renvoi CDS
	Concernant les soins à domicile, GE déplore l'incohérence d'une légi-	GE renvoi

	slation qui l'obligerait à subventionner toutes les entités de soins à domicile sans donner aux cantons les compétences de planifications correspondantes ni même les outils pour choisir ses partenaires. En l'état, le canton de Genève serait probablement forcé de subventionner des associations dont l'existence ne correspond pas à un besoin établi. GE saluerait toute solution proposée par le DFI pour éviter par le biais des ordonnances cette issue absurde. Le canton demande ad minima avec la plus grande fermeté la possibilité de pouvoir au moins fixer normativement les coûts par heure et établir ainsi un plafond au financement résiduel exigible du canton (cf recommandation de la CDS à l'art. 59 a al. 1 de l'OAMal). GE soutient la proposition de la CDS, sous réserve de l'alinéa 4. En effet, la CDS propose un article 59a al. 4 OAMal, qui prévoit que le financement résiduel des prestations des soins dans un EMS est dû par le canton compétent pour le versement des prestations complémentaires. Ce principe équivaut en quelque sorte à celui prévu par la CIlS (convention intercantonale relative aux institutions sociales), notamment pour les institutions accueillant des personnes handicapées. Au vu de la complexité administrative qu'implique la mise en oeuvre d'une facturation intercantonale (à ce stade, l'OAMal ne donne aucun détail et rien de tel n'est en place pour les EMS), il ne paraît pas utile au canton de GE de l'introduire. S'agissant de l'effet de l'introduction de la règle des 20%, l'impact serait de 32 millions sur les résidants (sur la base du tarif maximal de 130.20 par jour), dont près de 75% devrait être pris en charge par les prestations complémentaires (l'inconnue étant, à ce stade, le nombre de personnes qui auraient nouvellement besoin de prestations complémentaires du fait de cette nouvelle charge pour les résidants).	CDS
	L'article 25a, al. 5 LAMal précise que "les cantons règlent le financement résiduel". II est dès lors indispensable que l'ordonnance attribue explicitement la compétence aux cantons de reconnaître ou de fixer les coûts totaux des soins reconnus (base 100% des frais de soins). Le financement résiduel doit pouvoir être réglé de manière claire et transparente dans les cantons, la nécessité du nouvel article 59a OAMal proposé par la CDS est donc incontestable.	JU renvoi CDS
	Um bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt Missverständnisse bei der Zuständigkeit zu vermeiden, ist klar zu regeln, welcher Kanton für die Restfinanzierung zuständig ist. Um die Ansprüche aus verschiedenen Sozialversicherungsgesetzen zu koordinieren, sollen die gleichen Regeln wie bei der Zuständigkeit bei einem Heimaufenthalt gemäss dem Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV gelten. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG (neu) dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens zwanzig Prozent des vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwälzt werden. In der KVV ist ergänzend zu regeln, welche Sozialversicherungen" damit in der Berechnung zur Festlegung der Restfinanzierung zu berücksichtigen sind. In diesem Zusammenhang weist OW darauf hin, dass eine nicht unbedeutende Anzahl von versicherten Personen eine Zusatzversicherung nach VVG (Gesetz über den Versicherungsvertrag) abgeschlossen hat Leistungen aus dem VVG werden oft, in der Regel ohne Bedarfsabklärung, zusätzlich zu den Sozialversicherungen ausgerichtet. Dem Grundsatz folgend, dass im Schadensfall aus Versicherungsleistungen kein Vorteil (sprich Gewinn) erzielt werden darf, ist in der Verordnung über die Krankenversicherung eine Koordinationsbestimmung aufzunehmen. Falls der Bund dies nicht als	OW

	möglich oder sinnvoll erachtet, soll dieser Verzicht einer Koordination zumindest in den Erläuterungen erwähnt werden. Die Kantone Sind neu für die Finanzierung der nicht gedeckten Pflegekosten zuständig. Die Kantone sollen deshalb auch die Möglichkeit erhalten, die von den Leistungserbringern maximal verrechenbaren Pflegetaxen zu begrenzen, dies sowohl fur Leistungen der Langzeitpflege sowie für die Akut- und Übergangspflege. Eine entsprechende Kompetenzbestimmung soll in die KVV aufgenommen werden.	
	Le nouveau régime adopté par les Chambres fédérales contraint les cantons à régler le financement résiduel des coûts des prestations de soins fournies par les EMS et les organisations de soins à domicile qui ne sont couverts ni par l'assurance obligatoire des soins (AOS), ni, cas échéant, par l'assuré. Une telle obligation est acceptable pour les EMS dans la mesure où le canton dispose, via la planification et l'édiction de la liste LAMal, d'un moyen de réguler l'offre en la matière (application du principe « Qui commande, paie »). En revanche, une telle obligation n'est pas acceptable pour les organisations de soins à domicile qui n'ont pas reçu de mandat de l'Etat. Au-delà des exigences de police sanitaire (personnel, infrastructures, ...), la LAMal ne soumet en effet ces dernières à aucune limitation. Pour le Conseil d'Etat, il est clair que les Chambres fédérales n'ont pas voulu imposer aux cantons l'obligation de financer des institutions privées sans aucun moyen de contrôle. Fondé sur ce constat, le Conseil d'Etat entend maintenir le système prévalant depuis de nombreuses années dans le canton de Vaud et consistant à ne subventionner que les organisations de soins à domicile faisant partie du dispositif cantonal reconnu en la matière, sous l'égide de l'organisme médico-social vaudois.	VD renvoi CDS
	Der heutige Wortlaut ist aus sachlogischer Sicht aufzuheben. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG-n regeln die Kantone die Restfinanzierung. In der Verordnung ist daher klarzustellen, dass die Kantone die Kompetenz haben, die von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Pflegetaxen (Basis: 100% der Pflegekosten) anzuerkennen bzw. festzulegen, um die eigentliche Restfinanzierung definieren zu können. Weiter muss die Restfinanzierung der Pflege von Personen ausserhalb des Wohnsitzkantons geregelt werden. [1]*Die Kantone können im Sinne von Art. 25a Abs. 5 des Gesetzes die maximal verrechenbare Pflegetaxen der Leistungserbringer festlegen.* [2]*Die vom Kanton anerkannten Pflegetaxen stellen die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Leistungsvergütung nach Art. 25a Abs. 5 KVG und Art. 32 KVG sicher.* [3]*Der Betrag nach Abs. 1 gilt als behördlich festgelegter Preis im Sinne von Art. 44 des Gesetzes (Tarifschutz) für Leistungen nach Art. 25a Abs. 1 des Gesetzes.* [4]*Für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 5 des Gesetzes in einem Pflegeheim ist der Kanton zuständig, in dem die Heimbewohnerin oder der Heimbewohner zuletzt seinen Wohnsitz hatte.* Wie eingangs erwähnt, muss die Finanzierung der Pflegetaxen für Bewohnerinnen und Bewohner, welche in einem ausserkantonalen Pflegeheim untergebracht sind (= interkantonale Verhältnisse), klar geregelt werden, um Missverständnisse bei der Zuständigkeitsfrage zwischen den Kantonen zu verhindern. Für Nidwalden stellt sich zudem die Frage, welchen Betrag der Wohnsitzkanton zahlen muss: 1st analog der Spitalfinanzierung maximal die innerkantonale Pflegetaxe geschuldet oder muss die Restfinanzierung wie vom Standortkanton bestimmt erfolgen? Ist der Gesetzgeber der Meinung, dass Ersteres Anwendung findet, dann stellt sich folgende Frage: Wer trägt bei Abwei-	NW

	chungen zwischen den Pflegetaxen, den Leistungen der OKP und des Anteils der Heimbewohner die allfällig nicht gedeckten Kosten? Nidwalden schlägt vor, nach dem Grundsatz einer einheitlichen Regelung innerhalb der Sozialversicherungen eine analoge Regelung wie im ELG (Art. 21 ELG) anzustreben,	
	4, Restfinanzierung Sozialpolitisch wird die Kompetenzausübung durch Kantone und Gemeinden zur Festlegung der Restfinanzierung durch die öffentliche Hand und damit auch der konkreten Höhe der Patientenbeteiligung gerade im Spitexbereich von erheblicher Bedeutung sein. Unmittelbar betroffen sind insbesondere die Selbstzahlenden ohne EL-Unterstützung. Dass dieser Eigenanteil der Patientinnen und Patienten von Kanton zu Kanton und von Gemeinde zu Gemeinde im Rahmen des bundesrechtlichen Maximums unterschiedlich festgelegt werden kann, ist in der bisherigen politischen Diskussion noch nicht deutlich zum Ausdruck gekommen und dürfte in der Bevölkerung nicht ohne weiteres auf Akzeptanz stossen. Eine transparente Information über die verschiedenen Kostentrager bei Pflegebedürftigkeit und über die je nach Wohnort verbleibenden Deckungsunterschiede wird von erheblicher praktischer Bedeutung sein. Unter diesem Aspekt wäre die Erarbeitung eines gemeinsamen lnformationskonzepts des Bundes und der Kantone zu prüfen.	BS
	Um bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt Missverständnisse bei der Zustandigkeit zu vermeiden, ist klar zu regeln, welcher Kanton für die Restfinanzierung zustandig ist. SZ empfiehlt die Regelung zu übernehmen, die für die Ergänzungsleistungen zur AHV/lV gilt. *weiterer Regelungsbedarf:* In der Verordnung über die Krankenversicherung ist klar zu regeln, welche Leistungen gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG unter den Begriff ,,...von den nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten ..." fallen. Die klare Regelung dient insbesondere der Koordination. ln der KVV ist weiter zu regeln, dass Leistungen aus Zusatzversicherungen gemäss VVG (Gesetz über den Versicherungsvertrag) analog den ,,Sozialversicherungen" gemass Art. 25a Abs. 5 KVG vorrangig anzurechen sind. Die Kantone sind neu für die Finanzierung der nicht gedeckten Pflegekosten zuständig. Die Kantone sollen deshalb auch die Möglichkeit erhalten, die von den Leistungserbringern maximal verrechenbaren Pflegetaxen zu begrenzen, dies sowohl für Leistungen der Langzeit- wie für die Akut- und Übergangspflege. Eine entsprechende Kompetenzbestimmung soll in der KVV aufgenommen werden.	SZ
	Conformément à l'art. 25a al. 5 LAMal-r, les cantons règlent le financement résiduel. II convient donc de préciser sans équivoque dans l'ordonnance que les cantons ont la compétence de reconnaÎtre ou de fixer normativement les coûts de soins (base: 100% des frais de soins) des prestataires afin de pouvoir définir le "résidu". C'est seulement de cette façon que le financement résiduel pourra être réglé et que le transfert des frais de soins non couverts sur les personnes nécessitant des soins pourra être limité (à une contribution inférieure à 20% du tarif AOS le plus élevé).	NE
	Erteilung der Kompetenz an die Kantone, die von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Pflegetaxen (Basis: 100 % der Pflegekosten) normativ festzulegen; Sicherstellung, dass die ungedeckten Pflegekosten künftig bei den Ergänzungsleistungen anrechenbar sind.	AI
	In den am 13. Juni 2008 vom Bundesparlament beschlossenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR	ZG

	832.10) ist vorgesehen, dass den versicherten Personen von den nicht gedeckten Pflegekosten maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überbunden werden dürfen (neu Art. 25a Abs. 5 KVG). Weil im Kanton Zug die Einwohnergemeinden die ungedeckten Pflegekosten übernehmen (§ 4 Abs. 2 Spitalgesetz, SpG, BGS 826.11), bedeutet diese Neuerung, dass die Zuger Pflegebedürftigen durch diese Bestimmung nicht entlastet, sondern zusätzlich belastet werden können. Stationär betreute Zuger Pflegebedürftige haben nach der geltenden Regelung ausschliesslich für die Betreuungs- und die Pensionskosten aufzukommen. Die Frage, ob oder wieweit im Kanton Zug die Pflegebedürftigen zusätzlich mit der Übernahme eines Anteils der Pflegekosten belastet werden sollen, entscheidet der Regierungsrat im Anschluss an diesen Vernehmlassungsprozess. Weiter wird er darüber entscheiden, wer für die Übernahme des Kostenanteils aus der Akut- und Übergangspflege aufzukommen hat - der Kanton oder die Einwohnergemeinden (§ 4 Abs. 2 SpG). Die Höhe all dieser Kostenanteile muss am heutigen Tage mangels Vorhandensein entsprechender Unterlagen noch offen gelassen. Je nach Fall können diese Kostenverschiebungen Auswirkungen auf den Bezug von Ergänzungsleistungen usw. zur Folge haben. Die GDK schlägt vor, dass die Kantone die Höhe der Pflegekosten generell, d. h. für jede Institution, festlegen. Dieser Vorschlag geht Kanton Zug zu weit, da dies mit einem erheblichen Festsetzungsaufwand verbunden ist. Die im Kanton Zug getroffene Lösung des Rahmentarifs, der jährlich durch den Regierungsrat genehmigt werden muss, erscheint Kanton Zug wesentlich effizienter zu sein. Der Regierungsrat kann im Rahmen der Genehmigung seine Kontrollfunktion ausüben und soweit erforderlich auch eingreifen (vgl. § 10 Abs. 1 SpG). Da jeder Kanton für sich eine solche Lösung treffen kann, erübrigt sich der Vorschlag der GDK. Wesentlich wichtiger erachtet Kanton Zug, dass die anrechenbaren, direkten Pflegekosten sowie die Betreuungskosten definiert werden. Dies würde die Vergleichbarkeit im inner- und interkantonalen Verhältnis erhöhen und der Transparenz sowie der Rechtssicherheit dienen. Kanton Zug lehnt eine Festsetzung der Pflegetarife durch den Kanton ab. Viel mehr plädiert er dafür, dass die einheitlich anrechenbaren, direkten Pflegekosten sowie die Betreuungskosten definiert werden, um eine schweizweite Vergleichbarkeit herzustellen. **Definition direkte Pflege- und Betreuungskosten** In der VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung, VKL, SR 832.104) **sind die anrechenbaren Pflegekosten (direkten Pflegekosten) und auch die Betreuungskosten zu definieren**. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG bezeichnet der Bundesrat die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung. Wir halten es für notwendig, dass der Bundesrat die anrechenbaren Kosten der Pflegeleistungen festlegt. Dabei geht es um die sog. direkten Pflegekosten wie Personalaufwand der Pflege und Sachkosten der Pflege (verwendetes Material bei der Pflege, Verbandstoffe, Medikamente und dergleichen). Zu klären wird sein, welche (normativen) Anteile an den allgemeinen Verwaltungs-, Energie-, Kapitalkosten etc. bei den direkten Pflegekosten zusätzlich berücksichtigt werden sollen. Eine in diesem Sinne vorgesehene bundesrechtliche Definition wäre sehr hilfreich und diente einerseits der Rechtssicherheit und andererseits der innerkantonalen sowie interkantonalen Vergleichbarkeit bei der Leistungserbringung. In diesem Fall würde es bei Weitem genügen, dass die Kantone	

	ihre Tarifaufsicht im Rahmen der Genehmigung von Rahmentarifen wahrnehmen. Der Kontrollaufwand der Kantone könnte damit in Grenzen gehalten werden. Im Kanton Zug werden die Rahmentarife vom Regierungsrat bereits seit Jahren genehmigt (§ 10 SpG). Diese Praxis hat sich sehr bewährt. Sinnvoll wäre zudem, die Betreuungskosten bundesweit normativ festzulegen wie derzeit im Kanton Zug mit 15 % der Pflegepersonalkosten. Damit würde vermieden, dass den Bewohnerinnen und Bewohnern ungedeckte Pflegekosten unter dem Titel "Betreuungskosten" auferlegt und die in Art. 25a Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 7a KLV vorgesehene Höchstbeteiligungsgrenzen unterlaufen werden.	
	Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG regeln die Kantone die Restfinanzierung. In der Verordnung ist daher unmissverständlich klarzustellen, dass die Kantone die Kompetenz haben, die von den Lestungserbringern in Rechnung gestellten Pflegetaxen (Basis: 100% der Pflegekosten) anzuerkennen bzw. normativ festzulegen, um den "Rest" defienieren zu können. Nur so kann die Restfinanzierung geregelt und die Überwälzung nicht gedeckter Pflegekosten auf die Pflegebedürftigen Personen limitiert werden. Im Zusammenhang auf den Begriff der Sozialversicherungen, wie er in Art. 25a Abs. 5 KVG erwähnt wird, ist offenbar nicht klar, ob es sich bei den Ergänzungsleistungen um Leistungen der Sozialversicherung oder um eine akzessoriche Leistung zur AHV und IV handelt. Diese Unterscheidung hat Auswirkungen auf die Reihenfolge bei der Berücksichtigung der nicht gedeckten Pflegekosten und der Abwicklung der Restfinanzierung und damit auf die Lastenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben in jedem Fall Vorrang.	SO
Al. 1 Al. 2 Al. 3	Le canton du Valais demande d'introduire un nouvel art. 59a en lieu et place de l'ancien article 59a abrogé. Selon le nouvel art. 25a al. 5 LAMal, les cantons devront s'acquitter du ***financement résiduel***. Afin que les autorités cantonales puissent être en mesure de maîtriser le nouveau régime de financement des soins, les cantons doivent pouvoir définir les « règles du jeu » sur le plan cantonal. II est ainsi indispensable de donner via l'OAMal la compétence aux cantons de ***reconnaître ou de fixer normativement les taxespour les soins (base: 100% des frais de soins)*** facturées par les prestataires. Ceci a pour but de permettre aux cantons de connaître en définitive le financement résiduel à leur charge. Si tel ne devait pas être le cas, les cantons se trouveraient devant une équation à plusieurs inconnues difficile à résoudre. C'est seulement de cette façon que le financement résiduel peut être réglé et que le transfet des frais de soins non couverts sur les personnes nécessitant des soins peut être limité à 20% du tarif AOS le plus élevé. S'agissant des séjours en EMS extra-cantonaux, les conditions doivent également être réglées de manière claire. Enfin, il est important que les cantons puissent avoir la possibilité de formuler dans un mandat de prestations les droits et les obligations des foumisseurs de soins. <u>Proposition</u> : *Les cantons peuvent fixer suivant l'art. 250 al. 5 de la loi les taxes pour les soins facturables maximales des fournisseurs de prestations au sens de l'art. 39 al. 3 de la loi (EMS) ainsi que de l'art. 49 (soins infirmiers) et de l'art. 51 (organisations de soins et d'aide* à *domicile).* *Les taxes pour les soins reconnues par le canton garantissent le caractère économique et l'adéaqation du remboursement des prestations au sens de l'art. 32 LAMal et de l'art. 25a al. 5 LAMal.* *Le montant au sens de l'al. 1 est considéré comme prix fixé par les autorités en vertu de l'art. 44 de la loi (protection tarifaire) pour les presta-*	VS

Al. 4 Al. 5	*tions au sens de l'art. 25a al. 1 de la loi.* *Pour le financement résiduel des prestations de soins dans un EMS au sens de l'art. 25a al. 5 de la loi. est responsable le canton qui est responsable du versement des prestations complémentaires* à *l'AVS/AI de lapersonne assurée. Les cantons peuvent limiter les taxes pour les soins facturables au sens de l'al. 1 au maximum aux taux qui s'appliquent aux EMS figurant sur la liste des EMS du canton responsable.* *Le canton peut formuler les droits et les obligations des fournisseurs de prestations dans un mandat de prestations.*	
	Anstelle des bisherigen Art. 59a, der nicht mehr benötigt wird, sollten neue Bestimmungen treten, welche eine geordnete und methodisch einheitliche Handhabung der Restkosten-Finanzierung durch die Kantone auf einer geklärten bundesrechtlichen Grundlage ermöglichen. = CDS	SH
	Mit der neuen Pflegefinanzierung obliegt es dem Eidgenössischen Departement des lnnern (EDI), die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Langzeitpflege schweizweit festzulegen. Zudem bemisst sich der Eigenanteil der Pflegebedürftigen an den nicht gedeckten Pflegekosten mit 20 Prozent am höchsten vom Bund festgelegten Tarif. Die Restfinanzierung durch die Kantone hängt deshalb massgebend von diesen Beiträgen ab. Für den Kanton St.Gallen ist nicht nachvollziehbar, wie die vom EDI vorgeschlagenen Beiträge zu Stande gekommen sind. Die aktuellen st.gallischen Tarife der Krankenversicherer sind im interkantonalen Vergleich tief. Dennoch sind die vorgeschlagenen neuen schweizweiten Beiträge für Pflegeheime mit zwei Ausnahmen bei sämtlichen Pflegestufen tiefer als im Kanton St.Gallen. Damit würde sich die Krankenversicherung weniger an den Pflegekosten beteiligen als bisher. Neben der Restfinanzierung würde den Kantonen demnach gar noch eine Reduktion der bisherigen Beteiligung der Krankenversicherung aufgebürdet. Das widerspricht den Beratungen in den Eidgenössischen Räten, wonach die Kostenbeteiligung der Versicherer in der bisherigen Höhe weitergeführt wird. Die in den Ausführungsbestimmungen vorgesehenen neuen schweizweiten Beiträge der Krankenversicherung weist der Kanton St.Gallen deshalb vollumfänglich zurück. Den Kantonen ist des Weiteren klar die Kompetenz einzuräumen, die Pflegetaxen anzuerkennen bzw. diese normativ festzulegen (siehe Beilage). Dies ist notwendig, damit die maximale Kostenübewälzung auf die Pflegebedürftigen limitiert (analog des bisherigen Tarifschutzes) sowie die Restfinanzierung durch die Kantone definiert werden können. Eine diesbezügliche Bestimmung ist auf Verordnungsebene unerlässlich. Hingegen ist analog des bisherigen Tarifschutzes den Kantonen die Kompetenz einzuräumen, die Pflegetaxen normativ festzulegen. Die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ungedeckten Pflegekosten der Versicherten müssen über das Ergänzungsleistungsgesetz anrechbar sein, weshalb die Pflegetaxen als Teil der Tagestaxe zu definieren sind. Damit kann die maximale Kostenüberwälzung auf die Pflegedürftigen limitiert und die Restfinanzierung der Kantone gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG-n bestimmt werden. Eine diesbezügliche Anpassung der ELV betreffend Bestimmung der Tagestaxen durch die Kantone ist dazu erforderlich. Im Weiteren ist zu ergänzen, dass die Restfinanzierung von jenem Kanton geschuldet wird, der für die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV zuständig ist (Wohnsitzprinzip). Zusätzlich ist zu definieren, welche Leistungen der Sozialversicherungen nach Art. 25a Abs. 5 KVG-n gemeint sind, da von den nicht von der Sozialversiche-	SG

	rung gedeckten Pflegekosten höchsten 20 Prozent an die Versicherten überwälzt werden dürfen und der Rest von den Kantonen zu übernehmen ist. Da dies die ungedeckten Pflegekosten und damit die Restfinanzierung der Kantone beeinflusst, erscheint eine Ergänzung ab dieser Stelle passend.	
	Conformément à l'art. 25a al. 5 LAMal-r, les cantons règlent le ***financement résiduel***. Il convient donc de préciser sans équivoque dans l'ordonnance que les cantons ont la compétence de ***reconnaître ou de fixer normativement les taxes pour les soins (base: 100% des frais de soins)*** facturés par les prestataires afin de pouvoir définir le "reste". C'est seulement de cette façon que le financement résiduel peut être réglé et que le transfert des frais de soins non couverts sur les personnes nécessitant des soins peut être limité (à une contribution inférieure à 20% du tarif AOS le plus élevé). De plus, les cantons devraient avoir la possibilité de formuler dans un mandat de prestations les droits et les obligations des fournisseurs de prestations. Notre demande à ce sujet figure également en annexe et est formulée en tant que nouvel art. 59a OAMal. En relation avec les contributions des personnes nécessitant des soins au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal-r, une définition est nécessaire dans l'OAMal la distinguant de la ***protection tarifaire*** au sens de l'art. 44 LAMal. Vous trouvez une demande correspondante formulée en tant qu'art. 59a al. 3 OAMal. *[1] Les cantons peuvent fixer suivant l'art. 25a al. 5 de la loi les taxes pour les soins facturables maximales des fournisseurs de prestations au sens de l'art. 39 al. 3 de la loi (EMS) ainsi que de l'art. 49 (soins infirmiers) et de l'art. 51 (organisations de soins et d'aide à domicile).* *[2] Les taxes pour les soins reconnues par le canton garantissent le caractère économique et l'adéquation du remboursement des prestations au sens de l'art. 32 LAMal et de l'art. 25a al. 5 LAMal.* *[3] Le montant au sens de l'al. 1 est considéré comme prix fixé par les autorités en vertu de l'art. 44 de la loi (protection tarifaire) pour les prestations au sens de l'art. 25a al. 1 de la loi.* *[4] Pour le financement résiduel des prestations de soins dans un EMS au sens de l'art. 25a al. 5 de la loi, est responsable le canton qui est responsable du versement des prestations complémentaires à l'AVS/AI de la personne assurée. Les cantons peuvent limiter les taxes pour les soins facturables au sens de l'al. 1 au maximum aux taux qui s'appliquent aux EMS figurant sur la liste des EMS du canton responsable.* *[5] Le canton peut formuler les droits et les obligations des fournisseurs de prestations dans un mandat de prestations.* A la place de l'art. 59a, il faudrait définir la relation de la participation aux coûts avec la protection tarifaire et la réglementation des taxes pour les soins pour la fourniture des prestations ambulatoires et résidentielles. Les taxes pour les soins facturables maximales sont fixées sur la base des frais de soins des fournisseurs de prestations et d'un calcul normatif des coûts Le financement résiduel dans un EMS est dû par le canton dans lequel la personne résidant en EMS avait en dernier lieu son domicile. Il faut stipuler restrictivement que, par analogie avec l'art. 41 LAMal-n (financement hospitalier), est due en règle générale au maximum la taxe intracantonale pour les soins au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal-n. Cela est nécessaire afin que d'une part le transfert maximal des coûts sur les personnes nécessitant des soins puisse être limité et que d'autre part le financement résiduel puisse être défini par les cantons.	GDK / CDS

	Pour un séjour extracantonal en EMS, la responsabilité des agents financeurs est ainsi réglée par analogie avec la responsabilité pour les prestations complémentaires.	
	S'agissant des soins ambulatoires et des soins dispensés en EMS ou dans une structure de soins de jour ou de nuit, le nouveau système prévoit une contribution financière des personnes assurées pouvant atteindre 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral, soit environ 7 100.- francs par an aux termes des débats parlementaires relatifs à la révision de la LAMal concernant le financement des soins. Cette charge très élevée ne doit en aucun cas être dépassée et le PS exige dans ce sens l'introduction d'un plafonnement annuel. Par ailleurs, la question des coûts résiduels à charge des cantons, et conséquemment des communes, doit être clairement réglée. A cet égard, l'allocation pour impotent ne doit pas être utilisée pour la couverture de ces coûts résiduels. ***Neutralité des coûts et plafonnement de la contribution des personnes assurées*** Le principe de la neutralité des coûts pour les assureurs lors de la mise en œuvre de la révision correspond à la décision du Parlement. Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par la LAMal peuvent être répercutés sur les personnes assurées jusqu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Le montant de la participation financière des personnes assurées est donc directement lié à cette contribution maximale. Le PS insiste sur le fait que le montant de 7 100.- francs par an tel qu'avancé durant les débats parlementaires ne doit en aucun cas être dépassé et il exige dans ce sens l'introduction d'un plafonnement annuel. Un nouvel alinéa 4 doit être ajouté à l'art. 7*a* OPAS : *4 La part de la personne assurée s'élève à 20% au plus des montants maximums fixés aux al. 1 et 3 ; toutefois, elle ne dépasse pas 7 100.- francs par an.* ***Financement résiduel*** Conformément au nouvel art. 25*a*, al. 5, LAMal, les cantons règlent le financement résiduel. Cela implique une définition précise des coûts complets (base : 100% des frais de soins). La sécurité juridique vis-à-vis des assurés et des fournisseurs de prestations ne peut être garantie ici que si les cantons et les assureurs calculent les coûts complets sur la base de *critères identiques*. Ces critères doivent être conçus de manière analogue à ceux de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie et doivent préciser quels types de coûts peuvent être pris en compte pour le calcul des coûts complets.	SP / PS
	Gemäss dem neuen Artikel 25a Absatz 5 KVG regeln die Kantone die Restfinanzierung. In der Verordnung ist daher unmissverständlich klarzustellen, dass die Kantone die Kompetenz haben, die von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Pflegetaxen (Basis: 100% der Pflegekosten) anzuerkennen bzw. normativ festzulegen, um den "Rest" definieren zu können. Nur so kann die Restfinanzierung geregelt und die Überwälzung nicht gedeckter Pflegekosten auf die pflegebedürftigen Personen (auf einen geringeren Beitrag als 20% des höchsten OKP-Tarifes) limitiert werden.	Grüne / Verts
	Anrechenbare Kosten der vom Bundesrat bezeichneten Leistungen gem. Art. 25a Abs. 3 sind festzuhalten, damit alle Kantone die gleiche Basis haben, um die Finanzierung zu regeln. Es muss vermieden werden, dass sich 26 verschiedene Vergütungssysteme entwickeln.	FDP / PLS
	Proposition 3: La OAMal doit préciser sans ambiguïté que les cantons	FDK / CDF

	ont la compétence de reconnaître ou de fixer de façon contraignante les prix de pension facturés par les fournisseurs de prestations (base: 100% des coûts des soins). **Motif:** Selon l'art. 25a al. 5 LAMal (nouveau), les cantons règlent le financement résiduel. Pour pouvoir définir la part résiduelle et donc régler le financement, les cantons doivent pouvoir reconnaître ou fixer de façon contraignante les prix de pension que les fournisseurs de prestations ont le droit de facturer. II convient de le consigner explicitement dans la OAMal.	
	Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung hat der Gesetzgeber in Art. 25 KVG festgehalten, dass die Kantone für die Regelung der Restfinanzierung zuständig sind. In der KVV ist deshalb klar zu regeln, dass die Kantone und ihre Gemeinden die Kompetenz haben, die von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Pflegetaxen anzuerkennen bzw. normativ festzulegen, um den «Rest» definieren zu können. Nur so kann die Restfinanzierung und die mögliche Überwälzung nicht gedeckter Pflegekosten auf die pflegebedürftigen Personen geregelt werden. Eine klare Regelung ist zentral, um in der Praxis die Kostenverteilung unter den verschiedenen Kostenträgern, zu denen auch die Gemeinden zählen, vornehmen zu können. Nur eine klare gesetzliche Regelung garantiert Rechtsicherheit in diesem Bereich.	Gemeindeverband
	Die Neuregelung der Pflegefinanzierung führt letztlich zur Mehrbelastung der Pflegebedürftigen. Sie haben neu zusätzlich zur jährlichen Franchise (Fr. 300.--) und Kostenbeteiligung (Fr. 700.--), mehrere tausend Franken an die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anerkannten Pflegekosten zu zahlen. Nicht zu vergessen ist, dass Heimbewohnerinnen und –bewohner zu diesen Kosten auch die Tagestaxe von gut 120 Franken bezahlen müssen. Besonders betroffen sind chronischkranke Personen die keine Renten beziehen und somit auch keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben. Sie haben die Patientenbeteiligung vollumfänglich zu tragen und, falls ihre finanziellen Möglichkeiten dies nicht erlauben, werden sie gezwungen sein, Sozialhilfe zu beantragen. Die USS fordert deshalb, ergänzend zur prozentual festgelegten Patientenbeteiligung, eine in Franken festgelegte Obergrenze in der Höhe von maximal Fr. 7'100.--/Jahr. Bei der Restfinanzierung, für deren Regelung die Kantone zuständig sind, fordert die USS die Vollkosten als Berechnungsbasis und für deren Berechnung, in der Verordnung festgelegte Rahmenkriterien. Auf keinen Fall darf die Hilflosenentschädigung zur Deckung der Restfinanzierung verwendet werden. Die Kostenneutralität für die Krankenversicherer bei der Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat das Parlament beschlossen und die Patientinnenbeteiligung auf maximal 20 Prozent des vom Bundesrat festgelegten Beitrags der Krankenversicherung an die höchste Pflegestufe (Tagesansatz) festgelegt. Das Parlament hat in diesem Zusammenhang von einer maximalen PatientInnenbeteiligung von jährlich 7'100 Franken gesprochen. Im vorliegenden Entwurf fehlt diese frankenmässige Obergrenze. Mit der gewählten Lösung ist es zudem möglich, dass SpitexpatientInnen bei hohem Pflegebedarf das Maximum der PatienInnenbeteiligung im Pflegeheim überschreiten können. Diese Schlechterstellung ist zu vermeiden. **Antrag** In Artikel 7 KLV ist eine Bestimmung aufzunehmen, mit welcher die maximale PatientInnenbeteiligung sowohl für den stationären wie auch für den ambulanten Bereich auf höchstens Fr. 7'100.— festegelegt wird. Dabei muss der bisherige Leistungsumfang beibehalten werden. Die Kantone sind verpflichtet die Restfinanzierung zu regeln. Dabei	USS

	handelt es sich um die Kosten, die weder von den Versicherern noch von den PatientInnen übernommen werden müssen. Zur Bestimmung der Restkosten müssen die Vollkosten festgelegt werden. Die nötige Rechtssicherheit kann dabei nur gewährleistet werden, wenn die Kantone die betriebsnotwendigen Vollkosten nach einheitlichen Kriterien berechnen und festlegen. Unannehmbar wären 26 verschiedene Regelungen. Solche Kriterien fehlen in den vorliegenden Vernehmlassungsentwürfen. Aus den Rahmenkriterien, welche analog zur „Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung“ (VKL) zu gestalten sind, muss hervorgehen, welche betriebsnotwendigen Kostenarten bei der Berechnung der Vollkosten berücksichtigt werden dürfen. Dazu gehört die Kategorie branchen-und ortsübliche Löhne. Zudem ist die Rechtssprechung der letzten Jahre zur VKL zu berücksichtigen. Da die ambulanten Pflegeleistungen (Spitex) in der VKL nicht einbezogen sind, genügt diese allerdings nicht allein als rechtliche Grundlage. Wichtig ist zudem, dass die gleiche Kostenbasis auch für die Verhandlungen der Pauschalen zwischen Versicherern und Leistungserbringern im Bereich der Akut-und Übergangspflege gelten. **Antrag** Zur Berechnung der Vollkosten sind im Sinne der gemachten Ausführungen Rahmenkriterien in der betreffenden Verordnung aufzunehmen. Zudem ist eine Bestimmung aufzunehmen, welche die gleiche Kostenbasis für den Bereich der Akut-und Übergangspflege gewährleistet.	
	Die Verpflichtung der Kantone, die Deckung der Restkosten zu regeln, die weder von den Versicherern noch von den Bewohnern übernommen werden müssen (Art. 25a Abs. 5 KVG (neu)), bedingt eine schweizweit identische Festlegung der Berechnungsgrundlagen der Vollkosten (100%). Die nötige Rechtssicherheit für Versicherte und Leistungserbringer wie auch für die Kantone kann dabei nur gewährleistet werden, wenn die Beteiligten die Vollkosten der Pflege nach einheitlichen Kriterien berechnen, welche nicht interpretierbar sind. lm Rahmen einer gesamtschweizerischen Sozialversicherung sind 26 unterschiedliche Regelungen nicht annehmbar und müssen durch den Bundesrat verhindert und vermieden werden. Aus den Rahmenkriterien, welche analog zur "Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung" (VKL) zu gestalten sind, muss zweifelsfrei hervorgehen, welche Kostenarten bei der Berechnung der Vollkosten berücksichtigt werden und welche nicht. Die Rechtssprechung der letzten Jahre zur VKL ist dabei zu berücksichtigen und in die Definition zu integrieren. CURAVIVA beantragt eine eindeutige Präzisierung der vollen Kosten der Pflege, die schweizweite Verbindlichkeit hat *1 Die Kantone anerkennen im Sinne von Art. 25a Abs 5 des Gesetzes die durch die Leistungserbringer nach schweizweit einheitlicher Berechnungsart aus- und nachgewiesenen Pflegekosten als 100% und vereinbaren diese mit den Leistungserbringern.* *2 Die nach Abs. 1 berechneten und anerkannten Pflegekosten stellen die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Leistungsvergütung nach Art. 32 KVG und Art. 25a Abs. 5 KVG sicher.* *3 Die Kantone stellen sicher, dass alle ausgewiesenen Pflegekosten*	CURAVIVA

	über alle Beteiligten an der Finanzierung sichergestellt sind. Die möglichen Kostenunterschiede der einzelnen Leistungserbringer werden dabei individuell berücksichtigt. *4 Für die Restfinanzierung von Pflegeheimen nach Art. 25a Abs. 5 des Gesetzes in einem Pflegeheim ist der Kanton zuständig, der für die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV der versicherten Person zuständig ist. Die Kantone stellen durch interkantonale Vereinbarungen sicher, dass der Tarifschutz der Versicherten und die volle Finanzierung der tatsächlich ausgewiesenen Pflegekosten des einzelnen Pflegeheimes sichergestellt ist.* CURAVIVA Schweiz schliesst sich dem Vorschlag der GDK teilweise an, in Art. 59a neu das Verhältnis der Kostenbeteiligung zum Tarifschutz und die Regelung der Pflegetaxen zu definieren. Nicht einverstanden ist CURAVIVA Schweiz mit der Formulierung, wonach die Kantone die maximal verrechenbaren Pflegetaxen festlegen können und dadurch einen behördlich festgelegten Preis im Sinne von Art 44 des Gesetzes (Tarifschutz) einseitig bestimmen können. Durch diese Formulierungen werden Finanzierungslücken zu den tatsächlich ausgewiesenen Pflegekosten entstehen und die Kantone können ihren Auftrag, die Restfinanzierung sicherzustellen nicht wahrnehmen. Unbestritten ist die Tatsache, dass Differenzen nach oben wie unten bei den tatsächlichen Pflegekosten der einzelnen Heime entstehen werden. Durch die vorgeschlagene Formulierung würde mit Sicherheit in gewissen fällen eine nicht gedeckte Finanzierunglücke bei Pflegekosten entstehen, die weder durch die Bewohner noch durch die Kantone gedeckt wären. Mit der neuen Pflegefinanzierung muss jedoch jede vorhersehbare Finanzierungslücke geschlissen werden und die Kantone sind dafür verantwortlich, dass die Gesamtfinanzierung der gesamten, tatsächlichen Pflegekosten sichergestellt ist. Würden Finanzierungslücken zwischen den Beiträgen der Krankenversicherer, der Bewohnerinnen und der Restfinanzierung der Kantone entstehen, müssten diese von den Pflegeheimen unter dem Titel des Tarifschutzes direkt den Kantonen in Rechnung gestellt werden.	
	Patientenanteil festlegen Da das Gesetz nur einen maximalen Anteil für Patientinnen und Patienten (20% des höchsten Versicherungsbeitrags) festlegt (Art 25a, Abs. 5 KVG), ist nicht klar, ob und ab welcher bundsrätlichen Beitragsstufe dieser gilt. Dies sollte die Verordnung klären, damit die Rechtssicherheit für die Patientinnen und Patienten gewährleistet wird. Vorausgesetzt, dass die Stufen angehoben werden, schlägt H+ vor, den Patientenanteil auf 17% des maximalen Versicherungsbeitrags festzulegen. In der parlamentarischen Debatte wurde den Patientinnen und Patienten ein Maximum der Patientenbeteiligung von CHF 7'000 bis 7’500 genannt. Die Verordnung sollte sich daran halten. In keinem Fall sollte der Patientenbeitrag den Beitrag der Versicherungen übersteigen. Bei Pflegebedarfstufen ohne Versicherungsbeiträge zahlt auch die Patientin oder der Patient nichts. H+ schlägt eine Festlegung des Patientenanteils auf 17% des maximalen Versicherungsbeitrages, mit einem Maximum von CHF 7'000.- und ohne dass der Patientenanteil den Versicherungsbeitrag übersteigt. **Die anrechenbaren Betriebskosten definieren** Es fehlt nach wie vor eine national verbindliche Berechnung jenes Kostenanteils, dessen Finanzierung durch den Kanton geregelt wird (Art. 25a Abs. 5 KVG). Eine schweizweit einheitliche Regelung ist wichtig, um 26 kantonal unterschiedliche Regelungen zu vermeiden und um Gleichheit und Gerechtigkeit unter den Versicherten und Rechtssicherheit (Tarifschutz) für die Versicherten und Leistungserbringer der sozia-	H+

	len Krankenversicherung zu schaffen. Die dazugehörigen Kriterien müssen festhalten, welche Kostenarten die Pflegeinstitutionen in welchem Umfang bei der Berechnung der Vollkosten anrechnen können. Diese Kriterien sind analog zur heutigen VKL und der diesbezüglichen Rechtsprechung der letzten Jahre zu gestalten. Für H+ sind dies sämtliche betriebsnotwendige Kosten. Diese Festlegung kann zudem sicherstellen, dass die Hilflosenentschädigung nicht zur De-ckung der Restkosten der Pflege verwendet wird. H+ schlägt vor die anrechenbaren Betriebskosten anlog zur heutigen VKL eindeutig zu präzisieren.	
	In die Verordnung sind Rahmenkriterien zur Berechnung der Vollkosten aufiunehmen: Die Verpflichtung der Kantone, die Deckung der Restkosten zu regeln, die weder von den Versicherern noch von den Patientinnen und Patienten übernommen werden müssen (Art. 25a Abs. 5 KVG (neu)), bedingt eine Festlegung der Vollkosten (100%). Die nötige Rechtssicherheit für Versicherte und Leistungserbringer kann dabei nur gewährleistet werden, wenn die Kantone die betriebsnotwendigen Vollkosten nach einheitlichen Kriterien berechnen und festlegen. lm Rahmen einer gesamtschweizerischen Sozialversicherung sind 26 verschiedene Regelungen nicht annehmbar. Aus den Rahmenkriterien, welche analog zur ,,Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung'" (VKL) zu gestalten sind, muss hervorgehen, welche betriebsnotwendigen Kostenarten bei der Berechnung der Vollkosten berücksichtigt werden dürfen. Die Rechtsprechung der letzten Jahre zur VKL ist zu berücksichtigen. Die VKL allein genügt als rechtliche Grundlage nicht, da dort die ambulanten Pflegeleistungen (Spitex) nicht einbezogen sind. Die gleiche Kostenbasis muss auch für die Verhandlung der Pauschalen zwischen Versicherern und Leistungserbringern im Bereich der Akut - und Übergangspflege gelten.	SBK / ASI
	Im Weiteren ist der SVBG ebenfalls der Ansicht, dass in der Verordnung Rahmenkriterien zur Berechnung der Vollkosten aufzunehmen sind. Die Verpflichtung der Kantone, die Deckung der Restkosten zu regeln, die weder von den Versicherern noch von den Patienten übernommen werden müssen (Art. 25a Abs. 5 KVG (neu)), bedingt eine Festlegung der Vollkosten (100%). Die nötige Rechtssicherheit für Versicherte und Leistungserbringer kann dabei nur gewährleistet werden, wenn die Kantone die Vollkosten nach einheitlichen Kriterien berechnen und festlegen. Im Rahmen einer gesamtschweizerischen Sozialversicherung sind 26 verschiedene Regelungen nicht annehmbar. **Die maximale jährliche Patientenbeteiligung muss in der Verordnung auf ein Maximum begrenzt werden**. Gemäss Verordnungsentwurf beträgt die maximale jährliche Patientenbeteiligung im Pflegeheim 7446 Franken (20% von 102 Franken an 365 Tagen). Bei ambulanter Pflege würde dieser Betrag ab einer Pflegestundenzahl von 470 Stunden pro Jahr überschritten. Wenn die vorgeschlagenen Rahmentarife nun entsprechend den Anträgen der IG Pflegefinanzierung angehoben werden, wird das zu einer zusätzlichen Belastung der Patienten führen. Aus diesem Grunde beantragen wir die Festlegung einer Obergrenze der Patientenbeteiligung bei 7500 Franken im Jahr.	SVBG / FSAS
	Die Praxistauglichkeit des vorgeschlagenen Kostenmodells ist mangelhaft	senesuisse

	In Art. 25a KVG wurde der Beitrag der Patienten an den Pflegekosten auf „höchstens 20% des vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrages“ festgesetzt. In der KLV sind nun nur die Beiträge der Krankenversicherer definiert, nicht aber die Kriterien zur Berechnung der vollen Pflegekosten. Es müssen Rahmenkriterien definiert werden, welche Kostenarten in welchem Umfang bei der Berechnung der Vollkosten anzurechnen sind. Anstatt den Kantonen freien Spielraum zu lassen, und somit wieder 26 unterschiedliche Berechnungsmodelle zu provozieren, ist Rechtssicherheit zu schaffen; zum Wohle der Patienten, der Leistungserbringer und auch der Kostenträger (Kantone, Gemeinden, Versicherer, Angehörige). Gerade für Heimgruppen mit Tätigkeit in mehreren Kantonen führen unterschiedliche Regelungen zu einem unverhältnismässigen Mehraufwand. Während für die Leistungen ausserhalb der Pflege (z.B. der Hotellerie) in keinem Fall in die privatwirtschaftliche Freiheit eingegriffen werden darf, besteht dieser Eingriff durch das KVG für Pflegeleistungen. Wenn schon eine Gesetzgebung vorliegt, müssen zumindest alle Betroffenen gleich behandelt werden. Im Rahmen der gesamtschweizerischen Sozialversicherung besteht genügend Anlass zum Eingriff in die Autonomie der Kantone. So kann mit einer konkreten Festlegung der Vollkosten auch sichergestellt werden, dass die Hilflosenentschädigung nicht zur Deckung der Restkosten der Pflege verwendet wird. ***Antrag*:*Die KLV ist mit einer gesetzliche Definition der Vollkosten zu ergänzen, inklusive klaren Rahmenkriterien zu deren Berechnung.***	
	Kriterien für die Berechnung der Vollkosten und für das Vergütungsverfahren bei der Langzeitpflege in der KLV festlegen (KLV Weil die Kantone gemäss KVG 25a Abs. 5 die Restfinanzierung regeln, ist es unabdingbar, dass der Bund Kriterien für den Abrechnungsmechanismus in der Langzeitpflege festlegt. (KLV 9 Abs. 3ff). Es muss zudem festgehalten werden, dass die Kantone die Kompetenz erhalten, die Vollkosten der Leistungserbringer (100%) normativ festzulegen. Nur so kann der „Rest“, der durch die Kantone zu tragen ist, definiert werden. Die Berechnung der Vollkosten ist vom Bund in Form von Rahmenkriterien zu normieren.	Spitex CH
	SVW!SS REHA vertritt die Auffassung, dass auch im Sinne der Rechtssicherheit für die Patientinnen und Patienten eine eindeutige und abschliessende Auflistung aller Kriterien für die Berechnung der Vollkosten zentral ist. Die nötige Rechtssicherheit für Versicherte wird nur dann gewährleistet, wenn die Vollkosten nach einheitlichen Kriterien berechnet werden. Aus den Rahmenkriterien, welche analog der VKL zu gestalten sind, muss hervorgehen, welche Kostenarten bei der Berechnung der Vollkosten berücksichtigt werden dürfen. a. bei der Berechnung der Restfinanzierung durch die Kantone (Langzeitpflege) und b. bei der Berechnung der Pauschalen für die Akut- und Übergangspflege	SW!SS REHA
	Schutz der Patientinnen und Patienten Die Kostenbeteiligung der Pflegebedürftigen von 20% des höchsten Deckungsgrades der Krankenkassen, zusätzlich zum generellen Selbstbehalt der obligatorischen Krankenversicherung, scheint UNION für seine Patienten zu hoch. Sie wird etwas gemildert durch verträglichere Lösungen bei den Ergänzungsleistungen und bei der Hilflosenentschädigung. Wir sehen die Gefahr, dass die Hilflosenentschädigung für die Abgeltung von ungedeckten Pflegekosten eingesetzt werden wird, die die Kantone übernehmen sollten. Diese Abgrenzungen sind	UNION

	noch zu undeutlich geregelt. Die Hilflosenentschädigung ist eigentlich gedacht als Abgeltung behindertenbedingter Mehrkosten. Eine maximale Kostenbeteiligung ist zu definieren, maximal 7500.-/Jahr, wie vom Parlament vorgeschlagen. Um die vermehrt anfallenden Leistungen und die bisherige Qualität ambulant und im Langzeitbereich erhalten zu können, müssen vermehrte Kosten für den ambulanten Bereich und die Langzeitpflege akzeptiert werden. Bei der Berechnung der Beiträge an die Kosten der Leistungen von Versicherern und Kantonen kann nicht von Kostenneutralität gegenüber dem bisherigen Abgeltungssystem ausgegangen werden. Die politische und von den Krankenkassen geforderte Kostenneutralität ist unrealistisch. **Vollkostenberechnung nach einheitlichen Kriterien noch ungenügend definiert.** Die Kantone sind verpflichtet, die Deckung der Restkosten zu regeln, die weder von den Versicherem noch von den Patienten übernommen werden müssen (Art. 25a Abs. 5 KVG (neu)). Dies bedingt die nötige Rechtssicherheit für Versicherte und Leistungserbringer und kann dabei nur gewährleistet werden, wenn die Vollkosten nach einheitlichen gesamtschweizerischen Kriterien berechnet werden.	
	Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG-n sind die Kantone verpflichtet, die Restfinanzierung der Kosten zu regeln, die weder von den Versicherern noch von den Patienten übernommen werden müssen. Dies bedingt die Definition und Berechnung der Vollkosten, und zwar im Interesse der Rechtssicherheit nach einheitlichen Kriterien. VSAO beantragt aus diesem Grund, in die Verordnung Rahmenkriterien zur Berechnung der Vollkosten aufzunehmen. **Maximale jährliche Patientenbeteiligung** Die maximale jährliche Patientenbeteiligung muss in der ambulanten Pflege genau so begrenzt werden wie im Pflegeheim.	VSAO / ASMAC
	Préciser le calcul des coûts de soins à payer par l'assuré Il est surprenant, et même inadmissible qu'aucune disposition d'application de l'art. 25 a, alinéa 5, de la LAMal n'apparaisse dans les projets d'ordonnance. Le minimalisme dont il est question au début de cette prise de position n'est pourtant pas de mise pour une question aussi délicate qu'importante. Importante d'abord, en raison de l'inquiétude du patient et de ses proches, qui doivent absolument pouvoir savoir comment est calculée la contribution personnelle et financière du patient. Surtout que le taux de la contribution a déjà passé du 10% voulu par la LAMal au 20% défini par la loi sur le financement des soins. La détermination des coûts non pris en charge par les assurances sociales, l'appartenance des Prestations Complémentaires (PC) à l'AVS et à l'AI aux assurances sociales devraient être confirmées dans les textes d'application afin d'éviter toute difficulté pour les assurés. De plus, la procédure de calcul des montants imputables aux PC devrait lui aussi être précisée. Il en est encore de même pour la contribution maximale (en francs) du patient fixée par le Conseil fédéral.	AVIVO FARES
	Berechnung der Vollkosten Die Vollkosten sollen in allen Kantonen nach den gleichen Kriterien ermittelt werden. **Die Hilflosenentschädigung darf nicht zweckentfremdet werden.** Die Hilflosenentschädigung soll zusätzliche, behinderungsbedingte Aufwände des Patienten decken, u.a. auch zur Bezahlung der Patientenbeteiligung an den Pflegekosten. Sie darf jedoch nicht für die De-	SSR /CSA

	ckung des Kantonsanteils an den Restkosten der Pflege verwendet werden.	
	Für die Pflegekosten, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden, dürfen die versicherten Personen bis zu einem Betrag von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags belastet werden. **Kommentar** Die Festlegung des maximalen PatientInnenanteils von 20% scheint uns etwas hoch. Viel wichtiger aber ist das Festlegen des maximalen PatientInnenanteils von Fr. 7000.- pro Jahr, wie es im Parlament diskutiert wurde.	SPO
	Aus Gründen der Gleichbehandlung muss die maximale jährliche Patientenbeteiligung im Bereich der ambulanten Pflege in der Verordnung auf das Maximum der Patientenbeteiligung im Pflegeheim begrenzt werden. Die maximale jährliche Patientenbeteiligung im Pflegeheim ergibt sich direkt aus der Festlegung des höchsten Beitrags der Versicherer für den Aufenthalt im Heim (20% des höchsten Tagesbeitrags x 365). Bei der ambulanten Pflege (Spitex) entspricht die Patientenbeteiligung 20% des Stunden-Beitrags der Versicherer für die Leistungen der Abklärung und Beratung (Art.7 Abs. 2 Buchstabe a KLV). Bei hohen Pflegestunden-Zahlen in der ambulanten Pflege kann deshalb das Maximum der Patientenbeteiligung im Pflegeheim überschritten werden. Um eine Schlechterstellung der Patienten in der ambulanten Pflege zu vermeiden, muss das Maximum der Patientenbeteiligung deshalb in der Verordnung sowohl für den stationären wie für den ambulanten Bereich festgelegt werden. Diese darf die im Parlament erwähnten 7‘100 Franken nicht übersteigen.	GELIKO
	Um bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt Missverständnisse bei der Zuständigkeit zu vermeiden, ist klar zu regeln, welcher Kanton für die Restfinanzierung zuständig ist. AHV/IV empfehlen die gleiche Regelung vorzunehmen, wie diese bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV gelten. Antrag: In der KVV sind die interkantonalen Zuständigkeiten zu regeln.	AHV/IV / AVS/AI
	In die Verordnung sind Rahmenkriterien zur Berechnung der Vollkosten aufzunehmen. Die Verpflichtung der Kantone, die Deckung der Restkosten zu regeln, die weder von den Versicherern noch von den Patienten übernommen werden müssen (Art. 25a Abs. 5 KVG (neu)), bedingt eine Festlegung der Vollkosten (100%). Die nötige Rechtssicherheit für Versicherte und Leistungserbringer kann dabei nur gewährleistet werden, wenn die Kantone die betriebsnotwendigen Vollkosten nach einheitlichen Kriterien berechnen und festlegen. Im Rahmen einer gesamtschweizerischen Sozialversicherung sind 26 verschiedene Regelungen nicht annehmbar. Aus den Rahmenkriterien, welche analog zur „Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung“ (VKL) zu gestalten sind, muss hervorgehen, welche betriebsnotwendigen Kostenarten bei der Berechnung der Vollkosten berücksichtigt werden dürfen. Die Rechtsprechung der letzten Jahre zur VKL ist zu berücksichtigen. Die VKL allein genügt als rechtliche Grundlage nicht, da dort die ambulanten Pflegeleistungen (Spitex) nicht einbezogen sind. Die gleiche Kostenbasis muss auch für die Verhandlung der Pauschalen zwischen Versicherern und Leistungserbringern im Bereich der Akut – und Übergangspflege gelten.	IG Pflege

	La CLASS comprend les dispositions concernant le financement résiduel à charge des cantons de la même manière que ce que l'administration avait indiqué à réitérées reprises durant les débats aux Chambres fédérales, à savoir qu'il ne doit pas conduire à un nouveau transfert de charge automatique au détriment des cantons. A cet égard, à défaut d'avoir des compétences de maîtrise des coûts attribuées de manière expresse par la LAMal pour les soins de type ambulatoire, les cantons doivent être à même de fixer les critères d'attribution des subventions qu'ils accorderont aux prestataires de soins à domicile, de déterminer les critères de régulation de l'offre au niveau de ces fournisseurs de prestations et de fixer un plafond tarifaire à la charge imputable au canton. Sans cela, il est à craindre que les cantons, notamment romands, qui ont suivi une politique responsable de maîtrise des coûts par la promotion des soins à domicile se trouvent pénalisés par les développements législatifs que vous proposez. Au vu de ce qui précède, il serait heureux que le Département précise ces éléments dans les ordonnances soumises à consultation ou, à défaut, qu'il clarifie ces points de la manière la plus limpide possible dans les meilleurs délais.	CLASS ref. CDS
	Die geplante Vollkostenabrechnung muss möglichst einheitlich gestaltet werden, damit Vergleiche sowie Aussagen zu Bedarf und Qualität möglich sind. Pflegeabhängigkeit und schwere Behinderung bedeuten in der Schweiz ein Armutsrisiko. Die geplante vermehrte finanzielle Entlastung der Patienten ist daher eine wichtige Massnahme. Bei der neuen Pflegefinanzierung muss darauf geachtet werden, dass die vermehrten Hilflosenentschädigungen und Ergänzungsleistungen nicht dafür eingesetzt werden, systembedingte Finanzierungslücken, wie eine ungenügende kantonale Beteiligung an den Pflegekosten, zu decken. Eine nach oben unbegrenzte **Kostenbeteiligung der Pflegebedürftigen von 20%** der Krankenkassenleistung ist für viele Betroffene unzumutbar. Palliative ch unterstützt die von verschiedenen Seiten vorgeschlagene, in den Verordnungen aber noch nicht festgehaltene **Plafonierung der Kostenbeteiligung der Pflegebedürftigen** (um Fr. 7'100.- pro Jahr). Das Fakturierungssystem ist noch nicht genau geregelt. Es sollte für Konsumenten transparent und möglichst einfach handhabbar sein. Eine klar definierte und einheitliche Vollkostenerhebung ist ein wichtiges Instrument zur Qualitätsmessung und –sicherung.	palliative ch
	Wenn man davon ausgeht, dass eine Pflegestunde heute ca. 130 CHF kostet und nicht aus der Vernehmlassung eindeutig hervorgeht, wie die Pflegefinanzierung abgegolten werden sollte, heisst dies, es muss zunächst klar dargestellt werden, wer die Kosten ausser den Krankenversicherungen übernehmen wird. Es darf nicht sein, dass ein kranker Mensch sich die Pflege nicht mehr zuhause leisten kann. Wichtig ist eine klare Regelung wie die Pflege finanziert wird. Anteil Bund, Kanton, Gemeinde, Krankenversicherung, Anteil der Pflegeempfänger/Patienten/Klienten/Kunden 50% Krankenversicherung 10% Anteil der Pflegeempfänger/Patienten/Klienten/Kunden (wie bis anhin max. 700.—CHF im Jahr) 40% Bund, Kanton, Gemeinde, Krankenversicherung, auch für den Mittelstand, welche keine Unterstützung jeglicher Art haben muss die Pflege finanzierbar sein.	SBK
	Nicht alle Klienten beziehen Ergänzungsleistungen. Somit können auch nicht alle Selbstbehalte über die EL abgerechnet werden. Das Netzwerk für freiberufliche Psychiatrische Spitex Nordwestschweiz findet	Freiberufliche Psychiatrische Spitex

	daher, dass der Anteil der Selbstkosten von bis zu 20% zu hoch angesetzt ist.	Nordwestschweiz
	Die Vorgabe der Kostenneutralität für die obligatorische Krankenversicherung lässt sich nur durch entsprechende Beiträge der öffentlichen Hand (steuerfinanziert) erreichen. Im Kanton Zug werden die Gemeinden entsprechend belastet. Fragwürdig erscheint die Berechnung der Kostensteigerung auf Grund der durchschnittlichen Erhöhung der Rahmentarife. Das System der Rahmentarife beinhaltet ja gerade, dass nicht auf eine Kostenwahrheit und korrekte Teuerung abgestellt wird. Die Ansätze der Krankenkassen sind entsprechend nach oben zu korrigieren.	SOVOKO

Andere Änderungen
Autres modifications

Generell / En général

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs

Art. 22 Abs. 3 Bst d /Art. 22, al. 3 let. b

	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
	Einverstanden.	GDK
	Schliesst sich der Stellungnahme der GDK an.	CLASS
	Schliesst sich der Stellungnahme der GDK an.	AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, SH, SO, SZ, TG, VD, ZG, ZH
	Keine spezifischen Bemerkungen.	EDU
	Die SKS begrüsst, dass die Gemeinsame Einrichtung mehr Kompetenzen erhält, um die ausstehenden Beträge bei den Krankenkassen einzuholen und ihr die Kompetenz einzuräumen, dass die Gemeinsame Einrichtung in einem Streitfall mit einer Verfügung eingreifen und ordnen kann.	SKS
	Einverstanden.	ChiroSuisse
	Die GE KVG begrüsst grundsätzlich die Möglichkeit, in Streitfällen die Forderungen gegenüber den Versicherern mittels einer anfechtbaren Verfügung geltend zu machen. Das Verfahren wird dadurch vereinfacht und für die ganze Schweiz einheitlich geregelt. Der Wortlaut der vorgesehenen Änderung von Art. 22 Abs. 3 lit. d schränkt die Anwendung dieser Bestimmung ein auf Leistungen für Personen, die beim Versicherer, an den sich die Forderung richtet, versichert sind. In der Praxis stellt die GE KVG immer wieder fest, dass Versicherer Anspruchsbescheinigungen (E-Formulare, europäische Krankenversi-	GE KVG

	cherungskarten) ausstellen für Personen, die nicht oder nicht mehr bei ihnen versichert sind. Das europäische Recht sieht indessen vor, dass die aushelfenden Träger sich auf eine gültige Anspruchsbescheinigung verlassen dürfen und zur Leistung berechtigt und verpflichtet sind. Der ausstellende Träger ist verpflichtet, die Kosten der Leistungsaushilfe zu erstatten, unabhängig davon, ob die Person, welche die medizinischen Leistungen im Ausland erhalten hat, im fraglichen Zeitraum tatsächlich bei ihm versichert war. Gegebenenfalls kann der ausstellende Träger die Leistungen von der Person oder von ihrem neuen Versicherer zurückfordern. Soweit eine gültige Anspruchsbescheinigung vorliegt, muss es deshalb auch in solchen Fällen möglich sein, die Erstattung mittels Verfügung durchzusetzen. Die GE KVG beantragt deshalb, den Wortlaut der vorgesehenen Änderung von Art. 22 KVV Abs. 3 lit. d wie folgt anzupassen: d. die Erstattung der Leistungen, die ein aushelfender Träger in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island, Liechtenstein oder Norwegen im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe aufgrund einer von diesem Versicherer ausgestellten gültigen Anspruchsbescheinigung nach europäischem Recht erbracht hat.	
	Es ist wichtig, dass der gemeinsamen Einrichtung die Macht zugestanden wird, auch eine Verfügung auszustellen. Leider gibt es immer wieder Krankenversicherungen, die sich aus der Verantwortung ziehen und die Rechnung von Leistungserbringern im Ausland nicht übernehmen, obwohl sie dazu verpflichtet wären. Am Schluss muss der Patient die Rechnung bezahlen.	SPO

Art. 36a Abs. 3 Bst. a /Art. 36a al. 3, let. a

.	**Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser Auteurs**
	Einverstanden.	GDK
	Schliesst sich der Stellungnahme der GDK an.	CLASS
	Schliesst sich der Stellungnahme der GDK an.	AG, AI, AR, BL, FR, GE, JU, LU, NE, SH, SO, SZ, TG, VD, ZG, ZH
	Die im Verordnungsentwurf vorgeschlagene Verlängerung der Projektdauer wird ausdrücklich begrüsst. Durch die Verlängerung erhofft sich der Kanton Basel-Stadt einerseits, dass weitere Regionen Projekte starten und andererseits gibt ihnen die Verlängerung der Projektdauer auch die Möglichkeit, weitere Projekte zu lancieren (vgl. nachstehend zur Option grenzüberschreitendes Pflegeheim-Pilotprojekt). Durch die Verlängerung können ausserdem die Vertragswerke aufgrund der gesammelten Erfahrungen angepasst und in eine zweite Phase überführt werden. Die vom ersten zum zweiten Projektjahr ansteigenden Fallzahlen sprechen zusätzlich für eine Weiterführung und Verlängerung des Projekts. Die Möglichkeit, grenzüberschreitende Pilotprojekte durchzuführen, steht für Pflegeheime bisher de facto nicht offen, weil EL-Leistungen gemäss Art. 4 ELG grundsätzlich nicht ins Ausland bezahlt werden dürfen. Um die Durchführung eines allfälligen Pflegeheim-Pilotprojektes im	BS

	Ausland zu ermöglichen, müsste diese Bestimmung, beschränkt auf Pilotprojekte gemäss Art. 36a KVV, relativiert werden. Gerade in der Region Basel wächst die städtische Agglomeration grenzüberschreitend zusammen. Mit dem Bau einer direkten Tramlinie ins grenznahe Ausland rückt auch die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Betagtenpflege näher. Wenn die Bestimmungen in Bezug auf die Durchführung von grenzüberschreitenden Pilotprojekten im Zuge der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung nun praxisgerechter ausgestaltet werden sollen, bittet der Kanton BS, dafür zu sorgen, dass diese Möglichkeit auch für Pflegeinstitutionen tatsächlich zur Verfügung steht.	
	Die EDU hat hier Vorbehalte zu den bereits laufenden- oder neuen Projekten mit der einseitigen Kosten-Übernahme für im Ausland erbrachte medizinische Leistungen durch schweizerische Versicherer. Aus Sicht der EDU steht die Zusicherung der Deckung von Kosten für in Praxen und Kliniken im nahen Ausland erbrachte medizinische Leistungen durch die Krankenpflege-Grundversicherung in krassem Gegensatz zu den früher erfolgten Reduktionen der Anzahl Spitäler in der Schweiz (Spitalliste). Diese Öffnung zu billigeren ausländischen Kliniken und Praxen hat negative Auswirkungen auf die Belegung und Auslastung von schweizerischen Krankenpflege- und –Versorgungs-Infrastrukturen wie Praxen, Kliniken, usw.. Für schweizerische Praxen und Kliniken auf der Spitalliste führt dies zu einer schlechteren Auslastung und damit zu höheren Fixkosten pro Fall. Dies liegt weder im Interesse der Reduktion der Gesundheitskosten noch der schweizerischen Krankenversicherer, Kliniken, Praxen und Prämienzahler. Eine allfällige Öffnung für ausländische Kliniken und Praxen müsste gegenseitig nach gleichen Regelungen erfolgen. Im Übrigen zeigen die Anhörungsunterlagen, dass der bisherige Verlauf solcher Projekte mit Behandlungen in ausländischen Praxen und Kliniken nicht gerade überzeugend verlief. Die EDU ist deshalb der Ansicht, dass ein Projektabbruch sachdienlicher ist als eine Verlängerung und Ausweitung solcher Projekte samt wissenschaftlicher Begleitung. Das Risiko besteht, dass für die Überprüfung von bereits bekannten Tatsachen unnötiger administrativer und finanzieller Aufwand betrieben wird. Das Grundproblem wird besser gelöst durch eine gegenseitige Verpflichtung der Versicherer in den Partnerländern zur Kostenübernahme von Behandlungen von eigenen Versicherten im europäischen Ausland.	EDU
	Die vom Bundesrat vorgesehene Fortsetzung der Pilotprojekte hat mit Art. 34 Abs. 3 KVG eine klare Gesetzesgrundlage erhalten. Auf Verordnungsstufe wird dies nun konkretisiert. Mehr Freiheit im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist als positiv zu bewerten. Daher sind die Pilotprojekte grundsätzlich zu begrüssen.	FDP
	Die laufenden Pilotprojekte stellen einen guten Ansatz dar, um Leistungen für die Versicherten günstiger einzukaufen. Da es sich um einen neue Möglichkeit der Behandlung handelt und diese genügend Zeit benötigt, um sich bei den Versicherungen, aber auch bei den Versicherten zu etablieren, begrüssen wir es, dass die Dauer der Projekte verlängert werden sollen.	SKS
	Keine ewigen Pilotprojekte. Die Verordnungsänderung will die Befristung der Pilotprojekte streichen. Während eine Fristverlängerung für die einzelnen Pilotprojekte sinnvoll ist, ist eine unbefristete Einführung von Pilotprojekten dies nicht. Der Bundesrat muss sich entscheiden, wann und vor allem wie er die Piloten in das ordentliche Recht überführen will. H+ lehnt Providurien ab. Klärungsbedarf bei Pilotprojekten	H+

	H+ versteht unter den Pilotprojekten Versorgungsnetze zwischen in- und ausländischen Leistungserbringern. Die Verträge zwischen schweizerischen Versicherungen und ausländischen Leistungserbringern fallen nicht darunter und sind nach wie vor von der Leistungserbringung in der sozialen Krankenversicherung nach KVG ausgeschlossen. Wenn sowohl die Patientensicherheit als auch die Versorgungssicherheit garantiert, der Geltungsbereich sowie der Gerichtsstand geklärt und eine Begleitung und Evaluation vorhanden sind, dann unterstützt H+, dass die Pilotprojekte (Art. 36 KVV) fortgeführt werden. Im Sinne einer Transparenz muss in der Verordnung klar geregelt sein, welchem Gesetz der Schweizer Patient bei einem stationären Aufenthalt im Ausland unterstellt ist und wer Weisungsbefugnis hat. Im Weiteren ist klarzustellen, welcher Gesetzgebung der ausländische Leistungserbringer untersteht und wie weit die schweizerische Gesetzgebung Anwendung findet. Aus unserer Sicht ist noch unklar, wie weit der Patient zu einem ausländischen Aufenthalt im Grundversicherungsbereich gezwungen werden kann. Unklar ist ebenfalls, welcher Gerichtsstand zuständig ist bei juristischen Auseinandersetzungen. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation, mit der qualitativ gleichwertige Angebote verglichen werden sollen, ist für H+ zentral. Die Ansprüche zum Beispiel an die Rehabilitation in der Schweiz werden durch die Einführung der DRG weiter ansteigen. Gerade in der Rehabilitation werden durch die Krankenversicherungen oft Low-cost Angebote im Ausland angepriesen, welche dann aber nicht für medizinisch anspruchsvolle Patienten geeignet sind. H+ wehrt sich gegen eine Entlastung der Krankenversicherungen zu Lasten der Patientinnen und Patienten durch internationale Kooperationen. Im Weiteren müssen Datenschutzregeln und Regeln zum Umgang mit der zukünftigen Gesundheitskarte berücksichtigt werden. Die Leistungsinanspruchnahme im Ausland muss den gleichen Versicherungsanforderungen genügen wie im Inland: Selbstbehalte und Franchisen müssen ebenso gelten. Und schliesslich dürfen die kantonalen Auflagen nicht höher sein als jene jenseits der Landesgrenzen. H+ Vorschläge 1. Die Durchführung von Pilotprojekten ist zeitlich zu befristen. 2. Gleiche Rechte und Pflichten von in- und ausländischen Leistungserbringern in den Pilotprojekten festlegen. 3. Keine Marktverzerrung im Inland (Kantonsgrenzen) durch Aufhebung der Landesgrenzen bei Pilotprojekten. 4. Die Bedingungen der Patientensicherheit und der Versorgungssicherheit festlegen. 5. Den Geltungsbereich und Gerichtsstand klären und festlegen. 6. Die Pilotprojekte begleiten und evaluieren. 7. Den Datenschutz dem Schweizer Standard entsprechen und die Gesundheitskarte berücksichtigen. 8. Der Selbstbehalt und die Franchise gemäss KVG gelten auch für die Pilotprojekte.	
	Wie bereits anlässlich der Einführung der Pilotprojekte angemerkt, lehnt der Schweiz. Apothekerverband die Kostenübernahme für Leistungen, die im Ausland erbracht werden, ab, solange nicht dieselben Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen für Leistungserbringer im Ausland gelten. Ohne die Einhaltung dieser Bedingungen liegt aus unserer Sicht eine Inländerdiskriminierung vor, die mit den Grundsätzen unserer Verfassung nicht vereinbar ist. Selbstverständlich gilt unser Vorbehalt nicht für Leistungen, die im Ausland aufgrund einer Notsituation erbracht werden müssen.	pharmaSuisse

	ChiroSuisse erachtet die Neuregelung und die Gültigkeitsdauer der Pilotprojekte sowie die zugehörige Übergangsbestimmung als zweckmässig. ChiroSuisse ist der Auffassung, dass mit den Nachbarstaaten die Einräumung von Gegenrechten vereinbart werden muss. Zurzeit besteht eine Einbahnstrasse zugunsten der ausländischen Leistungserbringer, welche schweizerischen Interessen entspricht.	ChiroSuisse
	SW!SS REHA begrüsst grundsätzlich die Verlängerung der Dauer der Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland. Wichtig erscheint ihnen, dass es in den Pilotprojekten gelingt, in Bezug auf die Leistungen und Kosten der Rehabilitation in den drei Regionen eine echte Vergleichbarkeit herzustellen. Ansonsten ist zu befürchten, dass ein ungerechtfertigter Preisdruck entsteht, welcher sich negativ auf die Qualität der Behandlung in der Schweiz auswirken könnte. Zentral ist für SW!SS REHA ausserdem, dass im Falle einer Öffnung der Landesgrenzen nach Abschluss der Pilotprojekte die Grenzöffnung für alle Länder und ihre Institutionen dieselben Chancen für eine grenzüberschreitende Versorgung bietet.	Swiss Reha
	Nachdem in den vergangenen zwei Jahren beim ersten Pilotprojekt (Basel) offenbar kein Erfolg feststellbar ist bzw. das Projekt keinem Bedarf entspricht, erscheint es PULSUS als Zwängerei, die Projektdauer zu verlängern und zugleich auch in der Ostschweiz ein neues, ähnliches Projekt anlaufen zu lassen. Die vorgesehenen Änderungen sind deshalb abzulehnen. Das Pilotprojekt Basel soll auf 31. Dezember 2009 befristet bleiben. Weiter ist davon abzusehen, in der Ostschweiz ein ähnliches Projekt zu beginnen.	PULSUS
	Änderung wird ausdrücklich begrüsst.	santésuisse
	Sie haben grundsätzlich nichts dagegen, wenn Projekte in Zusammenarbeit mit dem Ausland durchgeführt werden. Aber es ergeben sich dadurch Probleme, die in der Verordnung noch geregelt werden müssen. 1. PatientInnen dürfen von den Krankenkassen nicht gezwungen werden, sich im Ausland therapieren zu müssen. Vor allem bei der Rehabilitation sind uns solche Fälle bekannt. 2. Der Gerichtsstand, besonders bei Sorgfaltspflichtverletzungen, ist nicht definiert. Es ist schon schwierig genug die Rechte der PatientInnen in der Schweiz geltend zu machen. Um vieles schwieriger wird es, wenn eine nicht lege artis durchgeführte Behandlung im Ausland stattfand. 3. Wer muss die Repatriierungskosten übernehmen, wenn eine Patientin/ein Patient im Ausland stirbt? Viele Probleme im Zusammenhang mit der Zusammenarbeit mit den Nachbarländern sind noch nicht gelöst.	SPO

Art. 52a

	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser** **Auteurs**
	Die Ergänzung durch diesen Artikel und somit die Gleichbehandlung von Physio- und Ergotherapie ist sinnvoll und richtig.	BE renvoi CDS
	Aus Sicht der EDU-CH besteht hier eine Gefahr der unerwünschten Mengenausweitung und Kostenexplosion im Bereich Physiotherapie. Die EDU-CH fordert hier eine strikte Beschränkung auf lediglich vom Arzt verordnete Physiotherapien, welche in einem direkten Zusammenhang mit dem Heilungs- und Genesungsprozess stehen.	EDU / UDF

	Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie: a…./ b…./ c…./ d…./ e…. *f. Organisationen der Physiotherapie können insbesondere auch Institutionen des Fachbereiches Kinder und Jugendliche sein, sofern sie medizinisch-therapeutische Massnahmen anbieten, durchführen und für diese Massnahmen über eine kantonale Bewilligung verfügen.* Mit Art. 52a bis e einverstanden Institutionen für Kinder und Jugendliche müssen neu die Möglichkeit haben, als Organisation der Physiotherapie zugelassen zu werden, damit sie die medizinischtherapeutische Versorgung der BewohnerInnen sicherstellen können. Deshalb beantragen wir einen zusätzlichen Abs. 52 f……..	CURAVIVA
	Die Anpassungen in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) Art. 52a für die Organisation der Physiotherapie an die geltende Praxis begrüsst der EVS. Wir beantragen jedoch, dass diese Praxis, die wie im Kommentar richtig erwähnt für die Pflege und Ergotherapie bereits moglich ist, auch auf die Ernahrungsberatung ausgeweitet wird.	EVS / ASE
	Angestellte Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen sind die Realität. lm vom Bundesrat genehmigten Tarifvertrag zwischen physioswiss und santésuisse/ZMT/MTK/lV/MV ist der Angestelltenstatus von Physiotherapeuten in Privatpraxen festgelegt. Der Status des angestellten Physiotherapeuten (auch ausserhalb der Weiterbildung zur Erlangung der Selbständigkeit) wird seit über 10 Jahren gelebt und ist eine langjährig geltende Praxis aufgrund des tripartiten Tarifvertrages, aus diesem Grunde wird es auch keine Mengenausweitung geben. Ein Systemwechsel würde dazu führen, dass PhysiotherapeutInnen unnötigerweise in die unternehmerische Selbstandigkeit gezwungen würden. Die Gründe, warum eine Physiotherapeutin oder ein Physiotherapeut nicht selbstständig erwerbend sein möchte oder kann, sind vielfältig: erhöhter Administrationsaufwand, Vermeidung von Praxispartnerschaften, Wunsch nach Teilzeitarbeit oder geregelter Arbeitszeit, fehlendes Startkapital oder das unternehmerische Risiko. Die Zulassung von ,,Organisationen der Physiotherapie" ist nichts Neues. Das KVV kennt sie für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) sowie für die Organisationen der Ergotherapie (Art. *52* KW). Auch im Falle der Physiotherapie handelt es sich um gewachsene Strukturen, die erhalten werden sollten. Es wäre deshalb auch sinnvoll, die Legiferierung und Umsetzung an diese beiden Leistungserbringergruppen anzugleichen. Bei der Definition von ,,Organisationen" geht der Schweizer Physiotherapie Verband davon aus, dass hier sämtliche gesellschaftsrechtlichen Formen der Organisationen von persönlichen und juristischen Personen möglich sind.	physioswiss
	Die Anpassungen in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) Art. 52a für die Organisation der Physiotherapie an die geltende Praxis begrüsst der SVBG. **Der SVBG beantragt jedoch, dass diese Praxis, die wie im Kommentar richtig erwähnt für die Pflege und Ergotherapie bereits möglich ist auch auf die Ernährungsberatung ausgeweitet wird.**	SVBG / FSAS
	santésuisse unterstützt grundsätzlich die Änderung der Krankenversicherungsverordnung (Art. 52a) betreffend der Zulassung von Organisationen der Physiotherapie. Dies allerdings unter der Voraussetzung, dass Art. 52a lit. c wie folgt ersetzt wird: "ausschliesslich Fachpersonen beschäftigen, welche die Bedingungen gemass Art. 47 lit. a KW erfüllen". Diese Änderung ist unserer Ansicht notwendig, da sonst ein Unter-	Santésuisse

	schied in der Ausbildungsanforderung für Physiotherapeuten in der freien Praxis und Physiotherapeuten in Organisationen geschaffen wird.	
	Der SVDE möchte insbesondere auf den neu formulierten Art. 52a KVV (Organisationen der Physiotherapie) Stellung nehmen. Treffend wird ausgeführt, dass in der Praxis Physiotherapeutinnen und -therapeuten seit Jahren nicht nur im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit, sondern auch als Angestellte bei selbständig tätigen Physiotherapeutinnen oder -therapeuten Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen. Unter den geltenden Bestimmungen wäre dies heutzutage nur insoweit zulässig, als es sich um praktische Arbeitstätigkeit zur Erlangung der Möglichkeit der eigenen Abrechnungsfähigkeit handelt. Bei anderen Kategorien von Leistungserbringern, insbesondere in der Ergotherapie, sind solche Anstellungsverhältnisse ausserhalb der Weiterbildung bereits zulässig. Die Tendenz, dass es nicht mehr nur selbständig erwerbende Ernährungsberaterlinnen gibt, sondern auch Ernährungsberaterlinnen im Angestelltenverhältnis, ist gemeinhin auch in der Ernährungsberatung festzustellen. Weiter kann festgehalten werden, dass die Ernährungsberatung grosses Potential aufweist und in der Zukunft vermehrt Personen über einen eidgenössisch anerkannten Abschluss in der Ernährungsberatung verfügen werden. Unseres Erachtens soll in der KVV die Gelegenheit wahrgenommen werden, nicht einen neuen Artikel 52a KVV separat für die Physiotherapeutinnen und -therapeuten zu formulieren, sondern Art. 52 KW allgemeingültig, für alle Leistungserbringer gemäss Art. 46, neu zu normieren. Art. 52(neu) KVV kann folgendermassen lauten: ***Arf. 52*** *Organisationen [alternativ: Juristische Personen] von Leistungserbringer* *Organisationen der Leistungserbringer werden zugelassen, wenn sie:* *a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;* *b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;* *C. über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;* *d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;* *e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Therapie erbracht wird.* Ist eine entsprechende Änderung des Art. 52 KVV nicht möglich, bittet der SVDE, einen neuen Artikel 52b KW zu normieren, der explizit für die „Organisationen der Ernährungsberatung" gilt.	SVDE ASDD

Art. 90b

	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser** **Auteurs**
	Einverstanden.	GDK
	Einverstanden.	SKS
	Einverstanden.	CLASS
	Einverstanden.	AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, SH, SO, SZ, TG, VD,

		ZG, ZH
	Einverstanden.	ChiroSuisse, PULSUS
	Einverstanden.	santésuisse

Übergangsbestimmung
Disposition transitoire

	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser** **Auteurs**
	In den Übergangsbestimmungen muss die Überprüfung der für die OKP kostenneutralen Umsetzung in der KVV präzisiert werden. Dabei ist unmissverständlich festzuhalten, dass die Kostenneutralitat im 1. Jahr auf Basis der Bestimmungen nach Art. 7a Abs. 1-3 KLV gewährleistet sein muss (OKP-Beiträge und Bestimmungen zur Abrechnung). Die Überprüfung dient in erster Linie der langfristig richtigen Festlegung der OKP-Beitrage. Dabei sind bei der Ermittlung der effektiven OKP-Beiträge die Entwicklung der Anzahl Bezügerinnen und Bezüger von Pflegeleistungen nach Pflegebedarfstufe und Kategorie zu berücksichtigen. Die kostenneutrale Umsetzung erfolgt daher auf Basis der Beiträge, welche die OKP im ersten Jahr zahlen würde, wenn die Beiträge im ersten Jahr angewendet würden. Die Richtigkeit der OKP-Beiträge kann jedoch nicht anhand der effektiven Zahlungsströme im ersten Jahr erfolgen, da sich die OKP-Zahlungen dann noch in Anpassung von den geltenden Tarifen hin zu den OKP-Beitragen befinden. Dies ist zu präzisieren. Ausserdem ist festzuhalten, wie die Anpassung der Tarife zu erfolgen hat. Nidwalden schlägt eine technische Anpassung seitens des Kantons vor, so dass aufwendige Tarifverhandlungen während der dreijährigen Übergangsfrist entfallen. Die Anpassung soll in einem oder mehreren Schritten erfolgen, wobei ein einziger Schritt auch eine sofortige Umsetzung erlauben würde.	NW
	Die Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 13. Juni 2008 legen verbindlich fest, dass die Leistungen der Versicherer bei der Umstellung auf die neue Pflegefinanzierung im bisherigen Rahmen verbleiben sollen (Kostenneutralität). Zudem werden die Kantone verpflichtet, die Angleichung der geltenden Tarife und Tarifverträge an die neuen bundesrechtlichen Vorgaben innert drei Jahren zu regeln. Für eine geordnete Umsetzung dieser gesetzlichen Übergangsregelungen braucht es dringend Präzisierungen auf Verordnungsstufe: − Die Methode zur Überprüfung der kostenneutralen Umstellung sowie die allfällig einzusetzenden Korrektur-Mechanismen müssen definiert werden, um das Vertrauen der Tarifpartner und der Kantone in der Einführungsphase zu sichern. − Für die kantonalen Tarifregelungen in der Übergangsphase braucht es einen klaren bundesrechtlichen Rahmen, der einen einfachen Vollzug ermöglicht und aufwendige Tarifstreitigkeiten während der Übergangsphase vermeidet. = GDK	Schaffhausen
	Contrôle de la neutralité des coûts Le contrôle de la mise en œuvre neutre du point de vue des coûts pour l'AOS doit être précisé dans l'OAMal. Il faut stipuler sans équivoque que la neutralité des coûts la première année doit être garantie sur la base des dispositions selon l'art. 7*a*, al. 1-3, OPAS. Les dispositions transitoires doivent être complétées comme suit : II	SP / PS

	2 L'observation de la disposition au sens de l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008 de la loi est contrôlée la troisième année après l'entrée en vigueur au moyen des contributions prévues par l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS, en tenant compte de la disposition au sens de l'art. 7a, al. 2, OPAS, du renchérissement général survenu depuis la première détermination des contributions et de l'évolution du nombre de bénéficiaires de prestations de soins conformément à l'art. 25a, al. 1, LAMal par niveau de soins requis ou par catégorie. Le département adapte le cas échéant les dispositions au sens de l'art. 7a, al. 1-3, OPAS. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs. ***Adaptation des tarifs*** Il faut préciser comment l'adaptation des tarifs s'effectue. Une adaptation technique de la part des cantons est proposée afin d'éviter des négociations tarifaires laborieuses pendant le délai de transition de trois ans. L'adaptation peut s'effectuer par une ou plusieurs étapes, une étape permettant également une adaptation immédiate. Les dispositions transitoires doivent être complétées comme suit : II *3 L'adaptation des tarifs en vigueur et des conventions tarifaires conformément à l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008 de la loi s'effectuent par la fixation des tarifs applicables par le canton. L'adaptation s'effectue par une ou plusieurs étapes entre le tarif en vigueur avant l'entrée en vigueur de la modification du 13 juin 2008 pour les prestations de soins et les contributions correspondantes de l'assurance obligatoire des soins pour les prestations au sens de l'art. 25a, al 1, LAMal.*	
	Einverstanden.	GDK
	Schliesst sich der Stellungnahme der GDK an.	CLASS
	Schliesst sich der Stellungnahme der GDK an.	AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, SH, SO, SZ, TG, VD, ZG, ZH

Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV)
Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS)

Generell / En général

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
L'introduction à l'article *7* al. 3 de la notion de **soins aigus et de transition** est peu claire et exige une définition plus précise. Le canton de Fribourg salue la proposition de définition proposée par la CDS, mais nous estimons qu'elle nécessite encore des précisions, notamment afin d'éviter la confusion avec les centres de réadaptation hospitaliers. Cette notion implique, pour les infirmiers/infirmières, les organisations d'aide et de soins à domicile et les établissements médico-sociaux, l'application de la législation sur le financement hospitalier. Pour les soins aigus et de transition, ces fournisseurs de soins devront donc appliquer l'Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP). Cette application n'est possible pour les organisations d'aide et de soins à domicile qui ne disposent pas de comptabilité analytique qu'avec un délai suffisant et quelques adaptations; elle paraît toutefois plus difficile pour les infirmiers et infirmières. Une adaptation de l'OCP pour ces différents fournisseurs de soins paraît dès lors indispensable, notamment en raison des spécificités liées à la fourniture ambulatoire, souvent à domicile, des prestations. De plus, dans la comptabilité analytique, la distinction des prestations selon l'art. *7* OPAS prévoit 3 types de prestations. Celles-ci devront-elles encore etre déclinées selon les payeurs (LAMal, LAA, AI,)? Le canton de Fribourg ose espérer que tel ne sera pas le cas. En effet, le travail administratif serait disproportionné au vu de la faible taille des services fournisseurs de soins, qui dans de nombreux cas se résument à une seule personne. Une précision est nécessaire à ce sujet. L'application de la législation sur le financement hospitalier en matière de soins aigus et de transition signifie également la création d'une liste des fournisseurs admis. Selon quels critères? Quelles limites à l'admission sont-elles prévues? Ces précisions, outre celles relevées par la prise de position de la CDS, sont à prévoir au niveau des ordonnances.	FR
La modification proposée en soi n'appelle aucun commentaire de la part du PS. Il est néan-moins rappelé que l'allocation pour impotent *ne doit pas être utilisée pour couvrir la part cantonale aux coûts résiduels des soins*. L'allocation pour impotent est une prestation d'assurance sociale versée sur la base de critères objectifs (degré d'impotence). Elle est destinée au paiement de coûts supplémentaires liés à un handicap. Elle devra également désormais être utilisée pour le financement de la participation du patient et non pour le remboursement des coûts des soins non couverts, que la nouvelle réglementation du financement des soins met clairement à la charge des can-tons. Ce point doit être clairement précisé soit dans l'OPAS, soit dans le RAVS.	SP / PS
Die Möglichkeit, dass Chiropraktoren und Chiropraktorinnen neu Physiotherapie verordnen können, wird von physioswiss begrüsst. Der Gesetzgeber muss sich aber bewusst sein, dass die Chiropraktik und die Physiotherapie teilweise auch Konkurrenten sein können. Pflegeleistungen im Pflegeheim (Unterscheidung zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Uebergangspflege) betrifft beide auch die Physio-	physioswiss

therapie, die Patienten und Patientinnen in Pflegeheimen behandeln.	
Jede Änderung des KLV sollte eine Besserung der Situation dieses Angebots mit sich bringen und ihre landesweite Akzeptanz erhöhen. Grundsätzlich scheint die Neufassung eine Vereinfachung und Klärung zu bringen. Manches, wie die Streichung des Begriffs „zu Hause“, ist sehr zu begrüssen. Nicht jeder Klient hat EL und kann Selbstbehalte über diese abrechnen. Von daher ist der Anteil von bis zu 20% zu hoch angesetzt.	VAPP

Art. 4

	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser** **Auteurs**
	Im Sinne der einleitenden Bemerkungen zur KLV kann ChiroSuisse im Moment mit diesen Bestimmungen leben. ChiroSuisse gehe davon aus, dass der gesamte Art. 4 KLV zu gegebener Zeit wieder diskutiert werden muss.	ChiroSuisse
	Die GDK ist mit diesem Artikel einverstanden.	GDK
	Es erscheint sinnvoll, wenn Chiropraktoren und Chiropraktorinnen ermächtigt werden, Leistungen im Rahmen der Physiotherapie zu verordnen.	PULSUS
	Die Möglichkeit, dass Chiropraktoren und Chiropraktorinnen neu Physiotherapie verordnen können wird von physioswiss begrüsst. Der Gesetzgeber muss sich aber bewusst sein, dass die Chiropraktik und die Physiotherapie teilweise auch Konkurrenten sein können. Physioswiss unterstützt die Möglichkeit, die durch die Gesetzesänderung von Art. *25* Abs. *2* Ziff. 3 KVG möglich wird, dass neu Chiropraktoren und Chiropraktorinnen Physiotherapie verordnen können.	Physioswiss
	Wie unter KVV-Art. 52a besteht auch hier das Risiko unerwünschter Mengenausweitungen und Kostensteigerungen im Bereich Physiotherapie. Die EDU-CH fordert auch hier eine strikte Beschränkung auf lediglich vom Arzt oder Chiropraktor verordnete Physiotherapien, welche in einem direkten Zusammenhang mit dem Heilungs- und Genesungsprozess stehen.	EDU-CH

Art. 7

Abs. **Al.**	**Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge** **Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser** **Auteurs**
2ter	Die Formulierung von Artikel 7 Absatz 2ter KLV sollte auf ihre Übereinstimmung mit dem Willen des Gesetzgebers in Artikel 25a Absatz 1 KVG geprüft und allenfalls angepasst werden. Tagesstrukturen ausserhalb der Pflegeheime und Spitex Organisationen sollten nicht diskriminiert werden.	SGK-N / CSSS-N
	Art. 7c (neu) Eine Definition der Akut- und Übergangspflege ist notwendig. Die von der GDK vorgeschlagene Definition lässt den nötigen Spielraum bezüglich der Leistungserbringer und ermöglicht so eine möglichst sinnvolle Abstimmung des Angebots auf die kantonalen Verhältnisse. Nicht sinnvoll wäre es, das Angebot bereits in der KLV bestimmten Leistungserbringern zuzuweisen.	BE renvoi CDS
	Die **Akut- und Übergangspflege** ist in der Verordnung zu definieren.	BL renvoi

	Überdies müssen die Kantone zwingend die Kompetenz erhalten, die dafür **zugelassenen Leistungserbringer zu bezeichnen.** Ansonsten droht eine Mengenausweitung und die erforderliche Qualität kann nicht gewährleistet werden. Ergänzend zur Stellungnahme der GDK schlägt BL vor, **die Akut- und Übergangspflege ausdrücklich auf stationäre Leistungserbringer (Pflegeheime) zu beschränken** und eine ambulante Leistungserbringung durch die Spitex und selbständige Pflegfachpersonen auszuschliessen. Die Akut- und Übergangspflege wird immer im Anschluss an einen Akutspitalaufenthalt und daher sinnvollerweise ebenfalls in einem stationären Umfeld erbracht. Wenn sie auch zu Hause erfolgen kann, ist eine wirtschaftliche, zweckmässige und qualitativ hochstehende Leistungserbringung in Frage gestellt. Zudem stellen sich zusätzliche Abgrenzungsfragen bezüglich der Kostenübernahme. BL beantragt deshalb, einen neuen Art. 7c KLV in folgender Fassung aufzunehmen (änderungen im Vergleich zum Vorschlag der GDK fett): *Cf. proposition art. 7c CDS, ajout d'une let.:* *d. Die Patientin oder der Patient kann noch nicht nach Hause entlassen werden; eine stationäre Pflege ist notwendig.*	CDS
	Enfin, il est impératif de clarifier la notion de soins aigus et de transition, nouvellement introduite par la réforme. En ce qui concerne la notion de "soins aigus et de transition", le canton de GE relève que les échanges avec d'autres cantons montrent que plusieurs interprétations divergentes sont possibles. Cette situation ouvre la voie à des procédures de contestation auprès des tribunaux, avec les retards supplémentaires que cela entraînera immanquablement. Les notions de soins aigus et de soins de transition, bien qu'il soit spécifié que le contenu de ces prestations correspond à celui de l'article 7 OPAS, ne sont définies de manière détaillée ni dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie, ni dans l'OPAS. Or, dans ce contexte, la prescription par les médecins hospitaliers sera problématique. II n'est pas précisé si cette notion de soins aigus et de transition s'applique également dans les établissements hospitaliers en faveur de patients ne nécessitant plus de prestations de type hospitalier, au sens de l'article 49, alinéa 3, de la loi sur l'assurance-maladie, en attente de placement dans un établissement médico-social. En effet, l'article *7,* alinéa 3, mentionne que les prestations sont effectuées par les personnes ou institutions au sens de l'alinéa 1, lettres a à c (infirmiers et infirmières, organisations de soins et d'aide à domicile, établissements médico-sociaux). Enfin et de manière générale le sens de cette modification ne paraît pas suffisamment explicité pour le canton de Genève. Il interroge sur les avantages d'une facturation telle que celle proposée compte tenu du fait que les prestations et les prestataires ne sont pas modifiés. II en découle une complication administrative que le canton regrette fortement. A noter que les EMS du canton de Genève n'accueillent pas d'autres personnes que leurs résidants à la suite d'un séjour hospitalier.	GE renvoi CDS
	La nouvelle notion de soins aigus et de transition n'est apparue que lors des délibérations finales des Chambres fédérales. Pour l'appréhender plus clairement et éviter qu'elle ne fasse l'objet d'interprétations divergentes, elle doit être précisée par le Conseil fédéral dans l'OAMal. Une telle définition est en particulier importante afin de bien séparer les « soins aigus et de transition» des soins de réadaptation fournis en milieu hospitalier, en particulier, s'agissant du canton de Vaud, dans les Centres de traitement et de réadaptation. En outre, pour éviter le risque de voir se développer un nouveau «mar-	VD renvoi CDS

	ché de soins » sans aucune régulation, les cantons doivent se voir reconnaître expressément la compétence de pouvoir désigner les fournisseurs habilités à fournir ce type de prestations.	
3	Die vorliegende Umschreibung der Akut- und Übergangspflege vermag nicht zu befriedigen. Die Akut- und Übergangspflege ist in Abgrenzung zu den übrigen Leistungsarten zu definieren. Insbesondere ist festzuschreiben, welche Leistungen Bestandteil der Akut- und Übergangspflege sind und entsprechend während maximal zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet werden (Pflege, Betreuung, medizinische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, Kost und Logis). Ohne einheitliche und präzise Definition bleibt der neue Begriff nicht anwendbar und führt zu Streitigkeiten über die jeweilige Indikation.	GR
4	Die Kantone müssen die Kompetenz erhalten, die Leistungserbringer, welche Akut-und Übergangspflege zu Lasten der OKP und der öffentlichen Hand erbringen, zu bezeichnen. Damit kann sichergestellt werden, dass die Anforderungen hinsichtlich der zu erbringenden Leistungen in qualitativer und wirtschaftlicher Hinsicht erfüllt werden. Kanton Graubunden schlägt folgende Formulierung vor: ***[4]„Der Kanton bezeichnet die zugelassenen Leistungserbringer für Leistungen nach Absatz 1 ."***	GR
3	Der geltende Abs. 3 sollte zur unveränderten Gewährleistung der Rechtssicherheit zur Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) hinzugefügt werden. Er hält fest, dass nur die pflegespezifischen Infrastruktur- und Betriebskosten zur Kostenermittlung der Pflege herangezogen werden dürfen. Der geltende Abs. 3 bleibt somit für die Kostenermittlung gemäss VKL relevant. Weiterhin stellt sich die Frage, inwiefern Abs. 3 der Änderungen überhaupt notwendig ist. Sämtliche Voraussetzungen ergeben sich bereits anhand des Gesetzes und der KLV. Zur Definition der Akut- und Übergangspflege trägt Abs. 3 nichts bei.	NW
	Gliederungstitel vor Art. 7 Aus dem Titel geht nicht klar hervor, dass auch Pflegeleistungen in Spitälern zum Geltungsbereich gehören können (Akut- und Übergangspflege). Die Kantone müssen bei der Bezeichnung der Leistungserbringer frei sein (Akut- und Übergangspflege kann sowohl im Pflegeheim als auch im Spital erbracht werden; siehe auch die Bemerkungen zu Art. 7b KLV). **Vorschlag Gliederungstitel:** ***„Pflegeleistungen ambulant, im Pflegeheim oder im Spital"***	SZ
	Art. 7c KLV (neu) Die Akut- und Übergangspflege bedarf einer klaren Definition, insbesondere in der Abgrenzung zum Spitalaufenthalt, zur Geriatrie, zur Langzeitpflege im Pflegeheim und zur Rehabilitation. Der Begriff muss in der KLV allgemeingültig definiert werden.	SZ
	Zusätzlicher Regelungsbedarf: <u>Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitaler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002</u> Die Leistungen und Kosten der Akut- und Ubergangspflege rnüssen in der Kostenrechnung der Leistungserbringer separat ausgewiesen werden, darnit die Pauschalen der Leistungsfinanzierer (Wohnkanton und Versicherer) festgetegt werden konnen. lm Weiteren rnüssen die Daten und Werte der Akut- und Ubergangspflege in die statistischen Erhebungen des BFS einfliessen. Die VKL ist entsprechend anzupassen.	SZ

	Les soins aigus et de transition doivent être définis en les démarquant des autres types de prestations. Les cantons doivent recevoir la compétence de désigner les prestataires qui fournissent des soins aigus et de transition afin de garantir la qualité et les exigences ainsi que l'utilisation optimale des capacités. Les prestations des soins aigus et de transition doivent de plus figurer dans la comptabilité des prestataires de sorte que les forfaits puissent être conclus sur la base des coûts, ce qui exige une adaptation de l'OCP. Ces données doivent de surcroît être intégrées dans les enquêtes statistiques de l'OFS.	NE
3	Der geltende Abs. 3 sollte zur unveränderten Gewährleistung der Rechtssicherheit belassen werden. Er hält fest, dass nur die pflegespezifischen Infrastruktur- und Betriebskosten zur Kostenermittlung der Pflege herangezogen werden dürfen.	GL
3	Klare Definition der neuen Leistungsart der Akut- und Übergangspflege und zudem Erteilung der Kompetenz an die Kantone, jene Leistungserbringer zu bezeichnen, welche Akut- und Übergangspflege erbringen;	AI
Al. 3 *Al. 1* *Al. 2*	Le canton du Valais demande la création d'un art. 7c portant sur la définition des soins aigus et de transition. De part leur nature, ces derniers ne sont ni des soins hospitaliers, ni des soins de gériatrie, ni des soins de longue durée en EMS et enfin pas des mesures de rééducation. Il convient donc de définir clairement dans l'OPAS cette nouvelle notion introduite dans l'art. 25a al. 2 LAMal. <u>Proposition</u> : *Des soins ainus et de transition conformément à l'art. 25a al. 2 LAMal peuvent être prescrits par le médecin à l'hôpital lorsque les conditions suivantes sont remplies cumulativement:* *a. Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires.* *b. La patiente ou le patient nécessite un encadrement technique qualifié. en particulier par du personnel soignant.* *c. Il n'existe pas de capacité de rééducation qui suggérerait un séjour dans une clinique de réadaptation.* *d. Les soins aigus et de transition ont pour objectif l'augmentation de la copétence d'auto-prise en charge de sorte que la patiente ou le patient puisse de nouveau exploiter, dans son environnement habituel, les capacités et possibilités existantes avant le séjour hospitalier.* *e. Un plan de soins contenant les mesures à prendre pour atteindre les objectifs au sens de la let. d est établi.* *Dans la mesure où une prise en charge ou un traitement médical. thérapeutique ou psycho-social sont également nécessaires, ceux-ci peuvent être fournis en ambulatoire ou dans l'EMS en tant que prestations individuelles. Ils ne font pas partie des soins aigus et de transition.*	VS
3	**Titel zu Art. 7c (von GDK neu vorgeschlagen)** ~~**Definition der**~~ Akut- und Übergangspflege Mit der GDK haltet Kanton Zug dafür, dass die Akut- und Übergangspflege als neuer in Art. 25a Abs. 2 KVG vorgesehener Begriff im Bundesrecht definiert wird. Hingegen ist Kanton Zug mit einer Definition in der KLV nicht einverstanden. Die KLV umschreibt die Anforderungen an die Leistungserbringenden und an die Leistung selbst, damit diese von den Krankenversicherungen mitfinanziert oder ganz übernommen werden. Dementsprechend sollte im Titel des von der GDK vorgeschlagenen Art. 7c der Passus "Definition der" gestrichen werden. Bei Art. 7c KLV, wie er von der GDK vorgeschlagen wird, handelt es sich nicht um eine eigentliche Definition der Akut- und Übergangspflege, sondern um eine Umschreibung der Leistungsvoraussetzungen. Den Begriff der	ZG

	Akut- und Übergangspflege zu definieren, obliegt dem Bundesrat und zwar im 2. Abschnitt der VKL. **Definition Akut- und Übergangspflege** **Die Akut- und Übergangspflege ist in der VKL zu definieren**. Bei der vorliegenden Vernehmlassungsvorlage fehlt eine Definition der Akut- und Übergangspflege, obwohl dieser Begriff in Art. 25a Abs. 2 KVG neu eingeführt wird. Die unklare Begrifflichkeit hat bereits zu grosser Verwirrung geführt, weshalb eine Definition in der VKL unter Abschnitt 2 unumgänglich ist. Hinzu kommt, dass unter dem Begriff Akut- und Übergangspflege zwei unterschiedliche Bereiche zusammengefasst werden, einerseits die Akutpflege und andererseits die Übergangspflege. Auch der verwendete Begriffsteil Akutpflege ist nicht korrekt, weil darunter gewöhnlich die Pflege im Spital verstanden wird. Vielmehr handelt es sich beim vorliegenden Begriff der Akutpflege um Post-Akutpflege, die im Nachgang eines Spitalaufenthalts erbracht wird. Während die Post-Akutpflege wohl eher jüngere Personen mit (noch) fehlender Rehabilitationsfähigkeit betrifft, richtet sich die Übergangspflege im Sinne einer geriatrischen Rehabilitation an ältere Personen mit dem Ziel, eine Langzeitpflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Daraus erhellt, dass unter dem Betriff Akut- und Übergangspflege zwei unterschiedliche Pflegeaspekte und auch zwei unterschiedliche Pflegezielsetzungen zusammengefasst werden, was in der Praxis zu zahlreichen Unsicherheiten und Missverständnissen führt. Weil im Unterschied zur Post-Akutpflege die geriatrische Übergangspflege in der Regel länger als bloss die in Art. 25a KVG vorgesehenen 14 Tage dauert, beteiligen sich die Krankenkassen an der geriatrischen Übergangspflege nur während einer Dauer von 14 Tagen mit einem Spezialtarif. Was den Teil der Übergangspflege betrifft, der länger als 14 Tage dauert, leistet die obligatorische Krankenversicherung nach dem Willen des Bundesparlaments lediglich ihren Langzeitpflegebeitrag im Sinne von Art. 7a KLV. In der VKL finden sich unter dem 2. Abschnitt Definitionen der verschiedenen Leistungsarten. Weil es sich bei der "Akut- und Übergangspflege" um eine neue Leistungsart handelt, sollte sie dort definiert werden. Die GDK schlägt eine Definition in Art. 7c KLV vor. Bei der KLV handelt es sich zum einen um eine Verordnung des EDI und zum anderen werden darin die Voraussetzungen für die Übernahme von Leistungen durch die Krankenkassen aufgeführt. Insofern erachtet Kanton Zug eine Definition der "Akut- und Übergangspflege" in der KLV nicht für stufengerecht und sachlich nicht richtig. Hingegen ist Kanton Zug mit der von der GDK umschriebenen Leistungsvoraussetzungen für die Akut- und Übergangspflege im Sinne einer Post-Akutpflege einverstanden.	
	Die Akut- un Übergangspflege ist in Abgrenzung zu den übrigen Leistungsarten zu definieren. Die Kantone müssen die Kompetenz erhalten, die Leistungserbringer zu bezeichnen, welche Akut- und Übergangspflege erbringen, damit die Qualität und die Anforderungen gewährleistet und die Kapazitäten genutzt werden können. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege müssen überdies in der Kostenrechnung der Leistungserbringer ausgewiesen werden, damit die Pauschalen auf Basis der Kosten vereinbert werden können, was eine Anpassung der VKL erfordert.	SO
3	Der geltende Abs. 3 sollte zur unveränderten Gewährleistung der Rechtssicherheit belassen werden. Er hält fest, dass nur die pflegespezifischen Infrastruktur- und Betriebskosten zur Kostenermittlung der Pflege herangezogen werden dürfen. **Kanton Luzern beantragt** daher folgenden	LU

7c	Absatz 3: Allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer werden bei der Ermittlung der Kosten der Leistungen nicht angerechnet. Der vorgeschlagene Absatz 3 wird damit neu zu Absatz 4. Allerdings ist Kanton Luzern dezidiert der Ansicht, dass Akut- und Übergangspflege nur durch stationäre Einrichtungen erbracht werden können (die mit dem Kanton eine entsprechende Leistungsvereinbarung haben). Insbesondere soll die Akut- und Übergangspflege nicht zu Hause gemäss Art. 7 Abs. 1 Buchstaben a und b (Entwurf) erbracht werden können. Ansonsten ist es ganz einfach unmöglich, Akut- und Übergangspflege von der "normalen" Spitexpflege nach einem Spitalaufenthalt abzugrenzen. Dann werden einfach die ersten beiden Wochen Spitex nach einem Spitalaufenthalt anders finanziert was nicht der Idee der Akut- und Übergangspflege entspricht und zu Rechtsunsicherheit führt. Das Angebot soll nur Personen offen stehen, die nach einem Spitalaufenthalt nach Hause **wollen,** aber für diesen Schritt aus medizinischen, pflegerischen oder sozialen Gründen **noch nicht bereit** sind. **Kanton Luzern beantragt** daher, dass Absatz 3, resp. Absatz 4 im Sinne seiner Ausführungen geandert wird. Es fehlt eine Definition, wann Akut- und Übergangspflege indiziert ist, dies insbesondere in Abgrenzung zur Langzeitpflege und Geriatrie einerseits und zur Rehabilitation andererseits. Ohne einheitliche und klare Definition im Sinne einer Abgrenzung bleibt der neue Begriff nicht anwendbar oder führt zu nicht erwünschten Verschiebungen zwischen Leistungen bzw. Streitigkeiten über die jeweilige Indikation. Die Akut- und Übergangspflege bedarf dringend einer Definition, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation. Der Begriff muss in der Verordnung allgemeingültig definiert werden. **Kanton Luzern beantragt** daher einen neuen Art. 7c. **Definition der Akut- und Übergangspflege** 1 Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. *2* KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind: a. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig. b. Eine pflegerische, medizinische, therapeutische und/oder psychosoziale Betreuung und Behandlung ist weiterhin notwendig und kann nicht zuhause (z.B. durch die Spitex) erbracht werden. c. Es liegt keine Rehabilitationsfähigkeit vor, welche einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nahe legen würde. d. Die Selbstständigkeit kann in der Übergangspflege wieder so hergestellt werden, dass die Personen aller Voraussicht nach Hause entlassen werden können.	
7c	Die Akut- und Übergangspflege bedarf dringend einer Definition, welche die Abgrenzungen zur Spitalbehandlung einerseits (inkl. Akutgeriatrie und Rehabilitation) und zur normalen Spitex- und Heimpflege andererseits klärt.	SH
3	Die neue Pflegefinanzierung sieht mit der Akut- und Übergangspflege ein völlig neues und spezifisches Leistungssegment vor. Dieses wurde letztlich auch aufgrund der vorgesehenen FaIlpauschalisierung in den Spitälern und des diesbezüglichen Kostendrucks geschaffen. Es besteht deshalb die Gefahr, dass die Einführung der Akut- und Übergangspflege auf Kosten der Langzeitpflege erfolgt. Die Akut- und Übergangspflege ist deshalb klar von der Langzeitpflege abzugrenzen. Un-	SG

3	seres Erachtens ist es notwendig, dazu weitere Bestimmungen vorzusehen (siehe Beilage). lm Kanton St.Gallen existieren über 120 Pflegeheime unterschiedlichster Grösse und Ausrichtung sowie in sämtlichen Regionen, mehrheitlich im ländlichen Raum. Es muss insbesondere durch die Kantone festgelegt werden können, welche Pflegeheime in der Lage sind, das neue Leistungssegment der Akut- und Übergangspflege qualitativ hochstehend und wirtschaftlich zu erbringen. Ähnlich verhält es sich mit Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause. Zudem ist die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime der Krankenversicherung (SR 832.104) dahingehend anzupassen, dass die Kosten und die Leistungen der Akut- und Übergangspflege gesondert ausgewiesen werden. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege umfassen richtigerweise einzig die Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 2 KVG-n. Hingegen fehlt eine klare Definition der Akut- und Übergangspflege. Diese ist aufgrund der unterschiedlichen Indikatoren und Kostenträger dringend erforderlich, um das neue Leistungssegment der Akut- und Übergangspflege klar von der Langzeitpflege, dem Spitalaufenthalt, der Geriatrie und der Rehabilitation abzugrenzen. Es fehlen Ausführungen betreffend Anforderungen an die Leistungserbringer, deren Zulassung und Kostenrechnung. Nach Art. 39 Abs. 3 KVG sind die Pflegeheime lediglich für die Langzeitpflege zugelassen. Nicht jedes Pflegeheim wird somit in der Lage sein, Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen. Dies gilt auch für die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause. Der bisherige Art. 7 Abs. 3 ist unverändert zu belassen. Dadurch wird im Sinn der Rechtssicherheit weiterhin festgehalten, dass nur die pflegespezifischen Infrastruktur- und Betriebskosten zur Kostenermittlung der Pflege herangezogen werden dürfen.	
3	Les ***soins aigus et de transition*** doivent être définis en les démarquant des autres types de prestations. ***Les cantons doivent recevoir la compétence de désigner les prestataires*** qui fournissent des soins aigus et de transition afin de garantir la qualité et les exigences ainsi que l'utilisation optimale des capacités. Vous trouvez ci-après une proposition de réglementation incluant la motivation des demandes (art. 7b al. 2 (nouveau) et 7c OPAS (nouveau)). Les prestations des soins aigus et de transition doivent de plus figurer dans la comptabilité des prestataires de sorte que les forfaits puissent être conclus sur la base des coûts, ce qui exige une ***adaptation de l'OCP***. Ces valeurs doivent de surcroît être intégrées dans les enquêtes statistiques de l'OFS. La CDS soumet ci-après une demande correspondante d'adaptation de l'OCP. Il paraît judicieux à la CDS de procéder à une évaluation de l'introduction du nouveau concept de soins aigus et de transition dans la LAMal et de préparer cette évaluation en recueillant d'ores et déjà les informations nécessaires à cette fin. L'al. 3 en vigueur devrait être maintenu. L'al. 3 OPAS en vigueur reste pertinent pour la détermination des coûts conformément à l'OCP. A titre subsidiaire, son contenu pourrait être transféré dans l'OCP. *[3] Sont réputées prestations de soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a, al. 2 LAMal, les prestations mentionnées à l'al. 2, effectuées durant deux semaines au plus, par des personnes ou institutions au sens de l'al. 1, let. a – c, selon l'évaluation des soins requis prévue à l'al. 2, let. a, et à l'art. 8, après un séjour hospitalier et sur prescription d'un médecin de l'hôpital.* Il est approprié que seuls les soins aigus et de transition comprennent	GDK / CDS

7c	les prestations de soins au sens de l'al. 2 ***Définition des soins aigus et de transition*** *[1] Des soins aigus et de transition conformément à l'art. 25a al. 2 LAMal peuvent être prescrits par le médecin à l'hôpital lorsque les conditions suivantes sont remplies cumulativement:* *a. Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires.* *b. La patiente ou le patient nécessite un encadrement technique qualifié, en particulier par du personnel soignant.* *c. Il n'existe pas de capacité de rééducation qui suggérerait un séjour dans une clinique de réadaptation.* *d. Les soins aigus et de transition ont pour objectif l'augmentation de la compétence d'auto-prise en charge de sorte que la patiente ou le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les capacités et possibilités existant avant le séjour hospitalier.* *e. Un plan de soins avec les mesures pour atteindre les objectifs au sens de la let. d est établi.* *[2] Dans la mesure où une prise en charge ou un traitement médical, thérapeutique ou psycho-social sont également nécessaires, ceux-ci peuvent être fournis en ambulatoire ou dans l'EMS en tant que prestations individuelles. Ils ne font pas partie des soins aigus et de transition.* Le besoin d'une définition des soins aigus et de transition est urgent, en particulier pour les démarquer d'un séjour hospitalier, de la gériatrie, des soins de longue durée en EMS et de la rééducation. Une définition de portée générale du concept doit figurer dans l'ordonnance. Nous proposons à cet effet un nouvel art. 7c. Il manque une définition spécifiant quand des soins aigus et de transition sont indiqués, cela particulièrement par opposition aux soins de longue durée et à la gériatrie d'une part et à la rééducation d'autre part. Sans définition uniforme et claire visant une délimitation, le nouveau concept reste inutilisable ou conduit à des déplacements non souhaités entre les prestations ou à des querelles sur l'indication correspondante.	
	Bei der Umschreibung des Leistungsbereichs (Art. 7, insbesondere Abs. 1 lit.c und Abs. 2ter) in der KLV ist sicherzustellen, dass die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden. Zur Unterstützung der Verwandtenpflege sind dabei insbesondere auch Institutionen zu berücksichtigen, die solchen Personen einen temporären Aufenthalt (z.B. Tagesaufenthalt) bei erganzender Pflege zu Hause ermoglichen.	CVP / PDC
2ter	***Reconnaissance des structures de jour et de nuit en dehors des homes médicalisés et des organisations de soins et d'aide à domicile*** Selon la formulation de l'art. 7, al. 2ter, OPAS, les établissements médico-sociaux n'étant pas affiliés à un home médicalisé ou à une organisation Spitex et assumant essentiellement les soins aux personnes atteintes de démence sénile, seraient exclus du financement dans le cadre de l'AOS. Cela ne correspond certainement pas à la volonté du législateur, d'autant que ces établissements perçoivent aujourd'hui déjà les contributions des assureurs-maladie. L'al. 2ter de l'art. susmentionné doit être modifié (ainsi que le titre de la section 3) : 2ter Les prestations peuvent être fournies de manière ambulatoire, dans un établissement médico-social *ou dans une structure de jour ou de nuit reconnue par le canton*. …	SP / PS

3	Le PS s'est également battu pour une prise en charge convenable des soins aigus et de transition. Il demande une définition uniforme et claire de cette catégorie de soins et réitère ici que son financement doit être assuré de la même manière que celui des hôpitaux, ce qui signifie que les frais de logement et de repas doivent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et par le canton de résidence. ***Soins aigus et de transition*** La définition des soins aigus et de transition est nécessaire, en particulier pour les démarquer d'un séjour hospitalier, de la gériatrie, des soins de longue durée en EMS et de la rééducation. Sans définition uniforme et claire visant cette délimitation, le nouveau concept conduit à des déplacements non souhaités entre les prestations. Le PS soutient expressément la définition proposée par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé selon laquelle *des soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a, al. 2, LAMal peuvent être prescrits par le médecin à l'hôpital lorsque:* *a. Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires.* *b. La patiente ou le patient nécessite un encadrement technique qualifié, en particulier par du personnel soignant.* *c. Il n'existe pas de capacité de rééducation qui suggérerait un séjour dans une clinique de réadaptation.* *d. Les soins aigus et de transition ont pour objectif l'augmentation de la compétence d'auto-prise en charge de sorte que la patiente ou le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les capacités et possibilités existant avant le séjour hospitalier.* *e. Un plan de soins avec les mesures pour atteindre les objectifs au sens de la let. d est établi.* Au surplus, le PS est d'avis eu égard aux débats parlementaires, et partant, à la volonté du législateur, que les soins aigus et de transition constituent une forme particulière de « suivi » stationnaire et non pas une prise en charge ambulatoire ordinaire. Cette catégorie de soins doit permettre de réduire la durée du séjour à l'hôpital et de diminuer les coûts de l'hospitalisation aiguë. Le PS estime ainsi que le financement doit être assuré de la même manière que celui des hôpitaux, ce qui signifie que *les frais de logement et de repas doivent être pris en charge par l'AOS et le canton de résidence*. L'OPAS doit être complétée dans ce sens.	
3	Weiter fordert die SVP den Bundesrat auf, die Abgrenzungsfrage zwischen der Akut- und der Übergangspflege genauer zu definieren, da ansonsten Kosten treibende Streitigkeiten, respektive gesundheitspolitische Ineffizienzen vorprogrammiert sind.	SVP / UDC
1, 2ter, 3	Hier fordert die EDU eine Ergänzung mit einem lit d mit sinngemäss folgendem Inhalt: *Lit. d: von Privaten, d.h. Ehegatten, Familien-Angehörigen, Bekannten, usw., welche familienintern oder im Rahmen von Nachbarschaftshilfe Behandlungen und Pflegemassnahmen unter Anleitung und Kontrolle von Pflegefachleuten oder Aerzten etc. ausführen.* Aus Sicht der EDU vollbringen heute zahlreiche Mitmenschen in unserem Land auf privater Basis ohne Entgelt jahrelang selbstlose Pflegehilfe an pflegebedürftigen Familienangehörigen, Ehegatten, Nachbarn, usw., z.T. mit Unterstützung von Spitex, Hausarzt, etc.. Damit ersparen sie den Betroffenen oft den Aufenthalt in einer Klinik oder in einem Pflegeheim. Würden diese Menschen ihren privaten Pflegedienst einstellen, hätte dies die Einweisung der betroffenen Personen in ein Spital oder ein Pflegeheim zur Folge, wo je nach Aufwand horrende Pfle-	EDU / UDF

	gekosten zu Lasten von Versicherern und Allgemeinheit anfallen. Es liegt deshalb nach Ansicht der EDU im Interesse der Kostenreduktion im Langzeitpflegebereich, dass auch solche private Pflege angemessen durch Versicherungsleistungen unterstützt und erleichtert wird. Dies im Sinne einer sich lohnenden Investition zur Kosteneindämmung im Langzeit-Pflegebereich.	
3	Die Akut- und Übergangspflege ist in Abgrenzung zu den übrigen Pflegeleistungen zu definieren.	Grüne / Verts
	Die Aufnahme der Begriffe Tages- und Nachtstrukturen sowie der Übergangspflege bedingt, dass diese konkretisiert werden. Damit schafft der Bundesrat Rechtssicherheit und verhindert langfristige und teure Rechtsverfahren. Die FDP ist der Meinung, dass auch die Akut- und Langzeitpflege klar definiert werden müssen, um die Rechtssicherheit gewährleisten zu können. Die Definitionen gemäss GDK-Vorschlag sind in der Verordnung festzulegen.	FDP / PLS
	Gemäss den Ausführungen in Art. 7 des E-KLV ist der Begriff Akut-und Übergangspflege unklar formuliert. Dieser muss unbedingt in der Verordnung definiert werden, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation. Die aus unserer Sicht praxistaugliche Definition der Akut-und Übergangspflege, wie sie in der vorgenannten Stellungnahme der GDK formuliert wurde, wird vom Verband ausdrücklich unterstützt. Eine klare Definition trägt dazu bei, dass Streitigkeiten unter den Kostenträgern später verhindert werden können. Weiter sind im gleichen Art. 7 des E-KLV die Leistungen umschrieben, welche eine Beitragspflicht der Versicherer gemäss OKP auslösen. Mit dieser Formulierung würden jedoch Tagesstätten, die nicht einem Heim oder einer Spitex-Organisation angegliedert sind, und die vor allem die tageweise Pflege und Betreuung von demenzkranken Personen übernehmen, von der Finanzierung gemäss OKP möglicherweise ausgeschlossen. Die Beitragspflicht der Versicherer sollte auch für diese Institutionen ausgelöst werden können. Art. 7 des E-KLV ist dementsprechend zu präzisieren. Der Bedarf für eine weitere Anpassung der KLV in Bezug auf andere Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim soll gemäss Kommentar zum E-KLV unter Ziffer 13 in einem späteren Zeitpunkt geklärt werden. Dabei soll insbesondere untersucht werden, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden. Der Gemeindeverband beantragt, dieses Monitoring rasch an die Hand zu nehmen, da die dort aufgeworfenen Fragen in der Praxis aktuell und zentral sind.	Gemeindeverband
	Gemäss Kommentar vom 18. Dezember 2008 zum KLV-Verordnungsentwurf sollen in einem späteren Zeitpunkt die Pflegeleistungen zu Hause (ambulant) und im Pflegeheim überprüft werden. Dabei soll insbesondere geklärt werden, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden und ob Anpassungen nötig sind. Diese Überprüfung erachten wir als sinnvoll und sollte möglichst bald stattfinden. **Antrag** Die USS beantragt die Überprüfung der KLV im Hinblick auf die Bedürfnisse von Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten, nicht hinauszuschieben sondern möglichst bald in die Wege zu leiten. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist eine sozialpolitisch wichtige	USS

2ter	Vorlage. Entsprechend wichtig sind deshalb auch die sich daraus ergebenden Verordnungsänderungen. Die Durchsicht hat gezeigt, dass die Entwürfe nicht befriedigen. Wir ersuchen Sie deshalb, unsere Anträge bei der Überarbeitung der Verordnungsentwürfe zu berücksichtigen. Im vorliegenden Entwurf (Art. 7 Abs. 2ter KLV) sind die Tages-und Nachtstätten ausgeschlossen. Diese Einrichtungen haben heute in der Betreuungskette einen wichtigen Platz insbesondere bei der Pflege und Betreuung von Demenzkranken. Schon heute erhalten diese Einrichtungen Beiträge der Krankenversicherer und dies sollte auch in Zukunft so sein. Es sollte deshalb möglich sein, dass eine vom Kanton anerkannte Tages-bzw. Nachtstätte auch mit der neuen Pflegefinanzierungsregelung Krankenversicherungsbeiträge bekommt. Die Kantone sollten die Möglichkeit haben, mit der Anerkennung von Tages-und Nachtstätten die Beitragspflicht der Versicherer auszulösen. **Antrag** Die Bestimmung in Artikel 7 KLV ist in diesem Sinne zu ergänzen.	
2ter	Die Pflegeleistungen zu Hause (ambulant) und im Pflegeheim (Art.7 KLV) sollen gemäss Kommentar vom 18.12.2008 zur aktuellen Revision der KLV (Abschnitt 13) in einem späteren Zeitpunkt überprüft werden. Dabei soll insbesondere geklärt werden, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden und ob Anpassungen nötig sind. Die Neuregelung der Pflegefinanzierung bringt es mit sich, dass auch Pflegeleistungen, die durch eine schwere Akutkrankheit bedingt sind, nach zwei Wochen Pflege ausserhalb des Spitals nur noch nach den Regeln für die Langzeitpflege mit Patientenbeteiligung vergütet werden. Eine rasche Umsetzung der vorgesehen Überprüfung von Art. 7 KLV ist deshalb zwingend. CURAVIVA ersucht die Verwaltung dieses Anliegen noch im Jahre 2009 einer konkreten Prüfung zu unterziehen. Die bestehende Formulierung der Akut- und Übergangspflege birgt die akute Gefahr in sich, dass in der Praxis unterschiedliche Definitionen durch die Kantone vogenommen werden. CURAVIVA betrachtet es als eines der Ziele der neuen Pfiegefinanzierung, dass eine schweizweit einheitliche Umsetzung sichergestellt wird. Die Diskussion in den Räten und der politisch geäusserte Willen hat aus unserer Optik eindeutig ergeben, dass es sich bei der AKUT- UND ÜBERGANGSPFLEGE eben um eine besondere Art der stationären "Nachsorge" handelt - siehe auch die einzig zugelassene Verordnungsmöglichkeit durch den Spitalarzt für eine Dauer von maximal 14 Tagen - und NICHT um eine ordentliche, ambulante Versorgung. Der Aufenthalt im Spital soll durch dieses Angebot verkürzt werden, die Kosten der Akuthospitalisation reduziert und die Finanzierung identisch mit der Spitalfinanzierung geregelt werden. (05.025 - Nationalrat Bulletin - 04.12.2007). *Die Leistungen können ambulant, in einem Pflegeheim <u>oder in einer vom Kanton anerkannten Tages- bzw. Nachtstätte</u> erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.* **Die Kantone müssen die Möglichkeit haben, mit einer Anerkennung von Tagesstätten die Beitragspflicht der Versicherer auszulösen.** Mit der vom Departement vorgeschlagenen Formulierung würden Tagesstätten, die nicht einem Heim oder einer Spitex-Organisation angegliedert sind und die vor allem die tageweise Pflege und Betreuung von Demenzkranken übernehmen, von der Finanzierung im Rahmen der OKP ausgeschlossen. Dies war mit Sicherheit nicht die Absicht des Parlamentes zumal diese Tagesstätten schon heute Beiträge	CURAVIVA

	der Krankenversicherer erhalten.	
3	*Als Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Art. 25a Abs. 2 KVG gelten die Leistungen nach Abs. 2, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Abs. 2 Buchstabe a und Artikel 8 nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden von Personen und Institutionen nach Absatz 1 Buchstaben a-c.* Es muss klargestellt werden, dass die Akut- und Übergangspflege nicht nur nach den Regeln der Spitalfinanzierung finanziert werden (Art. 25a Abs. 2 des Gesetzes) sondern in den Pflegeheimen nebst den Pflegeleistungen alle Kosten beinhalten, welche mit dem Aufenthalt und der Verpflegung in Zusammenhang stehen. Die Pauschalen sind inhaltlich mit den Kosten der Spitalfinanzierung identisch.	
7c	*Definition der Akut- und Übergangspflege* *[1] Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:* *a. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.* *b. Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.* *c. Es liegt keine Rehabilitationsfähigkeit vor, welche einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nahe legen würde.* *d. Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten **zu Hause, im Pflegeheim oder in anderen Wohnformen** wieder nutzen kann.* *e. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. d aufgestellt.* *[2] Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Integrierender Bestandteil sind die Aufenthalts- und Verpflegungskosten im Pflegeheim, identisch wie im Akutspital. Sie sind nicht Bestandteil der Akut- und Übergangspflege.* **Die Akut- und Übergangspflege muss unbedingt in der Verordnung definiert werden, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation.** Ohne einheitliche und klare Definition im Sinne einer Abgrenzung bleibt der neue Begriff nicht anwendbar und Streitigkeiten bezüglich der Indikation bzw. der Verordnung sind vorprogrammiert. CURAVIVA Schweiz unterstützt deshalb die von der GDK vorgeschlagene Formulierung eines Artikels 7c, welche als praxistauglich beurteilt wird. Für Akut- und Übergangspflege leistet die OKP nicht den vom Bundesrat festgelegten Beitrag, sondern einen zu verhandelnden Tarif auf Basis von 100% der Kosten, welcher zu max. 45 bzw. mind. 55% zwischen OKP und Kanton aufgeteilt wird. Es ist den Kantonen und Leistungserbringern freigestellt, über die gesamten Kosten –wie dies auch heute bereits der Fall ist—Pauschalen zu vereinbaren. (inkl. Aufenthalts- und Verpflegungskosten).	
	An. 7 Abs 1, 2ter, und 3 Der Zentralvorstand der FMH weiss, dass die ausschliesslich spitalärztliche Anordnung der Akut- und Übergangspflege im Gesetzestext von KVG 25a Abs. 2 eingefügt wurde. Dennoch hält er fest, dass diese Regelung zu erheblichen praktischen Schwierigkeiten führen wird. Der Heilungsverlauf von Patienten ist im Zeitpunkt des Spitalaustritts oft	FMH

	nicht voraussehbar. Wenn sich Komplikationen einstellen, muss der Spitalarzt nachträglich aufgefordert werden, seine Anordnung dem tatsächlichen Verlauf anzupassen - obschon er den Patienten gar nicht mehr betreut. Damit wird der Grundsatz verletzt, dass - die Verantwortung (für die Betreuung nach dem Spitalaufenthalt) und - die Kompetenz (für die Anordnung von Pflege) zwingend beim selben Arzt liegen muss. Es ist kein Zufall, dass einige Ärzteorganisationen den ZV der FMH aufforderten vorzuschlagen, in Art. 7 Abs. 3 KLV die spitalärztliche um die hausärztliche Anordnung zu ergänzen. Sie konnten nicht glauben, dass der Gesetzgeber selbst eine so unpraktikable Lösung einführen wollte. Im KVG sollte dieser Fehler bei nächster Gelegenheit behoben werden. Es ist richtig, dass der Spitalarzt erstmals die Akut- und Übergangspflege festlegt - doch der danach ambulant zusändige Arzt muss die Anordnung dem Verlauf entsprechend anpassen können.	
3	**Akut- und Übergangspflege definieren** Die Definition der Akut- und Übergangspflege erachtet H+ als ungenügend, vor allem hinsichtlich der Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Rehabilitation sowie der Langzeitpflege. In der Schweiz wird die Übergangspflege heute schon in vielen Kantonen und Institutionen angeboten. Obwohl die Angebote in der Übergangspflege im Detail unterschiedlich sind, verfolgen sie die gleichen Ziele und haben die gleichen Merkmale. Die Akut- und Übergangspflege sind für PatientInnen gedacht, die nach einem Unfall, einer Krankheit oder einer Operation hospitalisiert wurden. Das Hauptziel der Übergangspflege ist das Wiedererlangen einer Selbständigkeit, die ein Leben in der gewohnten (häuslichen) Umgebung ermöglicht. Die medizinische Situation ist beim Übergang von der Akut-Behandlung in die Übergangspflege stabil komplex und eine tägliche spitalärztliche Behandlung ist abgeschlossen. Im Zentrum der Übergangspflege steht eine tägliche hohe Pflege, allenfalls in Kombination mit einfachen therapeutischen Massnahmen, zum Beispiel zum Erhalt der Gelenksbeweglichkeit. Sie ist zeitlich begrenzt notwendig. Mit der Kostenübernahme nach KLV Art. 7 wird primär der erhöhte Pflegebedarf, der in der Regel das Angebot eines Kurhauses oder der Spitex übersteigt, abgegolten. H+ befürchtet, dass die Versicherungen bei einer Fallbeurteilung sich gegen die Behandlung in einer Rehabilitationsklinik oder einem Centre de traitement et de réadaptation und für die Übergangspflege aussprechen. Dies in der vermeintlichen aber falschen Annahme, dass diese billiger sei. Die Rehabilitation ist auch für alte Menschen medizinisch wichtig, weil sie deren Lebensqualität stark verbessert. So werden langfristig Kosten auch wieder eingespart. Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass diese Finanzierung analog der Spitalfinanzierung erfolgt und dass die Fallbeurteilung bei den Leistungserbringern ist, nicht bei den Kranken-versicherungen. **Realistische Leistungen** Wie oben angetönt, umfasst die Akut- und Übergangspflege sowohl Pflege als auch Therapien. Deshalb entspricht sie so, wie sie der Anhörungsentwurf definiert, weder der heutigen Praxis noch den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Die Leistungen gehen weit über Art. 7, Abs. 2 KLV hinaus. Die Verordnung muss dahingehend geändert werden, dass alle Leistungen inkl. Pflege, Arzt, Arznei, Therapie, Mittel und Gegenstände (MiGeL) und Hotellerie analog der Spitalfinanzierung abgedeckt sind. Ansonsten finden Patientinnen und Patienten mit speziellem Pflegebedarf oder noch ausstehenden Untersuchungen und Kontrollen nur schwer Aufnahme. Aus Tarifsicht hat die KVG-Revision die Spitalfinanzierung auf Pau-	H+

	schalen umgestellt. Warum hier nun wieder Einzelleistungen vergütet werden sollten, ist weder kongruent noch aus der Leistungserbringung heraus notwendig. Falls die medizinischen, therapeutischen und psychosozialen Leistungen als Einzelleistungen erbracht und vergütet würden, wäre dies in der Verordnung explizit festzuhalten. H+ Vorschläge 1. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege sind analog der Spitalfinanzierung zu regeln, insbesondere dazu gehören ärztliche Behandlungen, Arzneien, Therapien, Mittel und Gegenstände sowie die Hotellerie und die Pflege. 2. Die Verordnung enthält einen klaren und erweiterten Begriff der Übergangspflege (Art. 7, Abs. 3 KLV).	
3	*… Leistungen nach Abs. 2,* ***ärztliche, therapeutische und psychosoziale Leistungen , Arzneien , Hotellerie, Mittel und Gegenstände****, die aufgrund der Bedarfsabklärung.* Übergangspflege sollte eine Pauschale sein.	
7c	***1. Der Anteil der Patientinnen und Patienten darf nicht die Beiträge der jeweiligen Stufe nach Art. 7a, Abs. 3 übersteigen.*** ***2. Der Anteil der Patientinnen und Patienten beträgt 17% der höchsten Beitragsstufe, maximal jedoch 7'000.- Franken im Jahr.*** Schutz der Patientinnen und Patienten.	
3	**Akut- und Übergangspflege** Das ursprüngliche Postulat der akutstationären Nachbehandlung im Pflegeheim wurde bereits in den eidgenössichen Räten durch die Verkürzung auf maximal 14 Tage verwässert. Wenn nun dem Patienten lediglich die Pflegekosten erstattet würden, wie dies von den Krankenversicherern teilweise kommuniziert wurde, würde der Anreiz zur Kosteneinsparung bei den Akutspitälern und Rehakliniken dahinfallen. Die KKKV beantragen, dass klar formuliert wird, dass die zu vereinbarende Pauschale alle Kosten des Pflegeheims zu beinhalten hat.	K3
3	Der Ansatz, dass Pflegeleistungen im Rahmen der Akut- und Übergangspflege nach den Regeln von Tarifvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern entschädigt werden sollen, ist ein richtiger Ansatz. Hingegen ist es PULSUS Erachtens falsch, dass Voraussetzungen für solche Pflegeleistungen an einen Spitalaufenthalt geknüpft werden. Es sind auch Fälle denkbar, wo solche Pflegeleistungen notwendig sind, wenn ein Patient nur in einer Tagesklinik oder ambulant behandelt worden ist. Wenn aufgrund einer medizinischen Behandlung durch eine Akut- oder Übergangspflege zu Hause eine Hospitalisierung vermieden werden kann, trägt ein solches Vorgehen zur Kostenminderung bei. Ob die Pauschaltarife der richtige Ansatz für individuelle Pflegeleistungen zu Hause beim Patienten sind, stellen wir in Zweifel.	PULSUS
2ter	*Die Leistungen können ambulant, in einem Pflegeheim <u>oder in einer vom Kanton Tagesstätte</u> erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden* **Die Kantone müssen die Möglichkeit haben, mit einer Anerkennung von Tagesstätten die Beitragspflicht der Versicherer auszulösen.** Mit der vom Departement vorgeschlagenen Formulierung würden Tagesstätten, die nicht einem Heim oder einer Spitex Organisation angegliedert sind und die vor allem dIe tagesweise Pflege und Betreuung von Demenzkranken übernehmen von der Finanzierung im Rahmen der OKP ausgeschlossen. Dies war mit Sicherheit nicht die Absicht des Parlamentes zumal dieseTagesstätten schon heute Beiträge der Krankenversicherer erhalten	SBK / ASI
7c	**Die Akut- und Übergangspflege muss unbedingt in der Verordnung definiert werden, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spi-**	

	talaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation. Ohne einheitliche und klare Definition im Sinne einer Abgrenzung bleibt der neue Begriff nicht anwendbar und Streitigkeiten bezüglich der Indikation bzw. der Verordnung Sind vorprogrammiert. Die IG Pflegefinanzierung unterstützt deshalb die von der GDK vorgeschlagene Formulierung eines Artikels 7c, welche als praxistauglich beurteilt wird.	
3	Aus der Sicht der SGAM kann lediglich Art.7 Abs.3 KLV ein Anlass zu Kompetenzkonflikten zwischen den Spitalärzten und den selbständig erwerbenden Ärzten in freier Praxis führen. So, wie diese Bestimmung formuliert ist, liegt es in der Kompetenz der Spitalärzte, nach einem Spitalaufenthalt entsprechende Pflegeleistungen anzuordnen oder in Auftrag zu geben. In der Praxis macht dies nur für Erstleistungen Sinn, die im Spital selbst angeordnet oder in Auftrag gegeben werden. Sobald die Patientin aus dem Spital entlassen ist, geht sie erfahrungsgemäss wieder in die Obhut des Hausarztes oder des einweisenden Arztes über, der dann die entsprechenden Leistungen verordnet oder in Auftrag gibt. So, wie die Verordnung und eben auch das Gesetz formuliert sind, entsteht der Eindruck, dass der Spitalarzt allfällige Verordnungen oder Aufträge aufgrund des Spitalaufenthalts ändern, weiterführen oder abbrechen lassen muss. Dies entspricht weder praktischen Bedürfnissen, noch den effektiven Abläufen eines Spitalaufenthalts und der daraufhin angeordneten Leistungen der Akut- und Übergangspflege. Aus diesen Gründen empfiehlt die SGAM, Art.7 Abs.3 KLV wie folgt zu ergänzen: *…die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 8 nach einem Spitalaufenthalt auf spital-* ***oder hausärztliche*** *Anordnung hin erbracht werden…*	SGAM SSMG
7c	*Definition der Akut und Übergangspflege 1 Akut und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind: a. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig. b. Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal. c. Es liegt keine Rehabilitationsfähigkeit vor, welche einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nahe legen würde. d. Die Akut und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. e. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. d aufgestellt. 2 Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der Akut und Übergangspflege.* Die Akut und Übergangspflege muss unbedingt in der Verordnung definiert werden, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation. Ohne einheitliche und klare Definition im Sinne einer Abgrenzung bleibt der neue Begriff nicht anwendbar, und Streitigkeiten bezüglich der Indikation bzw. der Verordnung sind vorprogrammiert. Die IG Pflegefinanzierung unterstützt deshalb die von der GDK vorgeschlagene Formulierung eines Artikels 7c, welche als praxistauglich beurteilt wird.	senesuisse
	Akut- und Übergangspflege (KLV 7c: neu): Eine Definition in der KLV ist notwendig.	Spitex CH

	KLV 7 c ***neu*** Definition der Akut-und Übergangspflege: 1 Akut-und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind: a. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig. b. Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal. c. Es liegt keine Rehabilitationsfähigkeit vor, welche einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nahe legen würde. d. Die Akut-und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. e. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. d aufgestellt. 2 Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der Akut-und Übergangspflege. **Die Akut-und Übergangspflege muss unbedingt in der Verordnung definiert werden, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation.** Ohne einheitliche und klare Definition im Sinne einer Abgrenzung bleibt der neue Begriff nicht anwendbar und Streitigkeiten bezüglich der Indikation bzw. der Verordnung sind vorprogrammiert. Der Spitex Verband Schweiz unterstützt deshalb die von der GDK vorgeschlagene Formulierung eines Artikels 7c, welche als praxistauglich beurteilt wird.	
2ter	Die Leistungen können ambulant, in einem Pflegeheim ***oder in einer vom Kanton anerkannten Tages-und Nachtstätte*** erbracht werden. **Die Kantone müssen die Möglichkeit haben, Tages-und Nachtstätten anzuerkennen.** Mit der vom Departement vorgeschlagenen Formulierung würden Tagesstätten, die nicht einem Heim oder einer Spitex-Organisation angegliedert sind und die vor allem die tageweise Pflege und Betreuung von Demenzkranken übernehmen, von der Finanzierung im Rahmen der OKP ausgeschlossen. Dies war mit Sicherheit nicht die Absicht des Parlamentes zumal diese Tagesstätten schon heute Beiträge der Krankenversicherer erhalten.	Spitex CH
3	Die Akut- und Übergangspflege bedarf dringend einer Definition, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Rehabilitation sowie der Langzeitpflege. Der Begriff ist in der Verordnung zu definieren. Akut- und Überganspflege kann von einem Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind: a. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig. b. Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal. c. Es liegt kein Rehabilitationspotential vor. d. Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, sodass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhanden Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewöhnten Umgebung nutzen kann.	SW!SS REHA

	e. Es ist ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. d aufgestellt.	
3	**Die Pflegeleistungen bezüglich besonderer Pflegesituationen (z.B. Palliativpflege und demenzielle Erkrankungen) sind so rasch als möglich zu überprüfen (KLV Art 7) und speziell zu berücksichtigen.** Für Pflegeleistungen, die durch eine schwere Akutkrankheit bedingt sind (2.6. Krebserkrankungen), und die nach zwei Wochen Pflege ausserhalb des Spitals nur noch nach den Regeln für die Langzeitpflege mit Patientenbeteiligung vergütet werden, müssen spezielle Vergütungsmodelle gefunden werden. Diese Leistungen rnüssen vor der Einführung der neuen Pflegefinanzierung bestimmt werden. Gerade für Palliativpatienten ist es wichtig, dass sie dort liegen dürfen, wo es für sie am besten ist (gemäss WHO beinhaltet eine *best palliative care* auch, dass Patienten, wann immer möglich, am Ort ihrer Wahl betreut werden und sterben dürfen). Für die Pflegeversicherung werden bisher nur Beiträge der Versicherer in Tages oder Nachtstrukturen, welche ambulant oder in einem Pflegeheim angeboten werden berücksichtigt. Mit dieser engen Definition werden bewährte Pflegebeiträge z.B. in Tagesstätten des SRK und anderer Anbieter, welche insbesondere Tagespflege für Demente anbieten, verunmöglicht. Die Kantone müssen die Möglichkeit haben, mit einer Anerkennung von Tagesstätten die Beitragspflicht der Versicherer auszulösen **Regelung für Akut- und Übergangspflege:** Die Akut- und Übergangspflege nach Spitalentlassung soll helfen, die Weiterbetreuung in der neuen Umgebung aufzufangen. Umgekehrt führt sie bei Spitälern zu vermehrtem negativen Anreiz, Patienten zu früh aus dem Spital zu entlassen und die eigentliche, restliche Spitalbehandlung den ambulanten Betreuern und Langzeitinstitutionen aufzubürden. Angesichts des vermehrten Kostendrucks unter DRG in Spitälern ist dieses Risiko ernst zu nehmen. Die Akut- und Übergangspflege wird nur während zwei Wochen nach einer Hospitalisation voll durch die Krankenkassen vergütet und durch den Kanton gedeckt. Nach dieser Frist müssen die Pflegebedürftigen die erhöhte Patientenbeteiligung selber bezahlen. Die zwei Wochen sind zu kurz und zu eng definiert, und bewirken in vielen Fällen eine unnötige Herumschieberei (z.B. Rehospitalisation).	UNION
	Definition der Akut- und Übergangspflege lm Entwurf fehlt eine Definition der Akut- und Übergangspflege. Eine solche ist aber unbedingt erforderlich, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim oder der Rehabilitation. Der Begriff muss daher in der Verordnung allgemeingültig definiert werden. Der VSAO unterstützt die von der GDK vorgeschlagene Formulierung.	VSAO / ASMAC
1, 2ter, 3	Die vorgeschlagenen Lösungen gemäss Art. 7 Abs. 1 und Abs. 2ter KLV sind aus Sicht von santésuisse sachlich richtig. Es wird klar, dass es bei dieser Neuordnung thematisch weiterhin ausschliesslich um Pflegeleistungen geht und keinesfalls auch um Betreuungsleistungen oder gar um Hotellerieleistungen. Dies gilt ebenfalls in Bezug auf die Akut- und Übergangspflege; zum Andern hätte der Verordnungsgeber u.E. auch keine Kompetenz. Der Vollzug des Auftrags des Gesetzgebers (Art. 25a II) in Bezug auf die Akut- und Übergangspflege in der KLV kann zu einem beachtlichen Teil kommentarlos akzeptiert werden. santésuisse beantragt allerdings eine präzisere Definition, als dies Art. 7 III KLV im Entwurf macht. Es ist ein dringendes Anliegen, dass dieser neue Terminus in der ganzen	santésuisse

	Schweiz einheitlich angewendet wird. Es sollen nicht verschiedene kantonale ldeen und Konzepte entstehen. Auch kann ja nicht sein, dass es keinen Unterschied zur Pflege und zur Situation im Übrigen gibt ausser der besonderen Finanzierung während der ersten zwei Wochen nach dem Spitalaufenthalt. Auch im Hinblick auf die Tarifierung ist eine aussagekräftige Definition notwendig. Demzufolge schlägt santésuisse folgende Definition vor: ,,Die Akut- und Übergangspflege setzt eine spitalarztliche Diagnose, eine akute medizinische Indikation und die Anordnung von vorübergehend umfangreichen Pflegeleistungen unter ärztlicher Überwachung voraus. Ziel dieser Leistungen ist es, die Rückkehr der Patientin/des Patienten innert zwei Wochen nach Hause bzw. deren Verbleib zu Hause zu ermoglichen." ***1 Als Leistungen nach Artikel 33 Buchstaben b KVV gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und nach Artikel 8 auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden:*** a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV); b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV); c. von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994; KVG). ***2ter Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.*** ***3 Als Leistungen der Akut-und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG gelten die Leistungen nach Absatz 2, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 8 nach einem Spitalaufenthalt aufgrund einer akuten medizinischen Indikation auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden von Personen und Institutionen nach Absatz 1 Buchstaben a–c. Ziel dieser Leistungen ist es, innert zwei Wochen nach Spitalaustritt die Rückkehr des Patienten bzw. der Patientin nach Hause oder deren Verbleib zu Hause zu ermöglichen.***	
3	**Maintenir les traitements de réadaptation et préciser leur place dans les soins en général** L'introduction des nouveaux „ soins aigus et de transition" et les imprécisions déjà signalées, est susceptible de créer des incertitudes au sujet de leurs liens avec les soins de réadaptation déjà existants. Cela pourrait être dommageable pour les patients ayant des soins de longue durée. La réadaptation a une importance très grande pour ces patients, pour les personnes âgées particulièrement, qu'elles soient à domicile ou en Etablissement médico-social (EMS), car un de ses buts est de permettre à la personne d'accéder à la plus grande qualité de vie possible. L'introduction des soins aigus et de transition ne doit pas diminuer les traitements de réadaptation qui existent déjà.	AVIVO / FARES
2ter	Ergänzung: *„in einem Pflegeheim **oder in einer vom Kanton anerkannten Tagesstätte erbracht werden**."* Begründung: Damit können Kantone Tagesstätten, welche vor allem die tageweise Betreuung und Pflege von Demenzkranken übernehmen, als beitragsberechtigt bezeichnen. Solche Tagesstätten können eine sinnvolle und wichtige Entlastungsfunktion für pflegende Angehörige übernehmen und helfen, die Lebensqualität von Demenzkranken zu verbessern und Heimeintritte zu	SSR /CSA

7c	verzögern. Neu: ***„Definition der Akut- und Übergangspflege“ „Formulierung gemäss Vorschlag GDK“*** Erklärung und Begründung: Wir unterstützen die von der GDK vorgeschlagene Formulierung zur Abgrenzung gegenüber anderen Pflegeformen. Damit wird diese Pflegeform für den Patienten verständlicher und die einheitliche Anwendung verbessert.	
2ter 7c	*Die Leistungen können ambulant, in einem Pflegeheim <u>oder in einer vom Kanton anerkannten Tages- bzw. Nachtstätte</u> erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.* **Die Kantone müssen die Möglichkeit haben, mit einer Anerkennung von Tages- bzw. Nachtstätten die Beitragspflicht der Versicherer auszulösen.** Mit der vom Departement vorgeschlagenen Formulierung würden Tages- bzw. Nachtstätten, die nicht einem Heim oder einer Spitex-Organisation angegliedert sind und die vor allem die tageweise Pflege und Betreuung von Demenzkranken übernehmen, von der Finanzierung im Rahmen der OKP ausgeschlossen. Dies war mit Sicherheit nicht die Absicht des Parlamentes zumal diese Einrichtungen schon heute Beiträge der Krankenversicherer erhalten. *<u>Definition der Akut- und Übergangspflege</u>* *<u>1 Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:</u>* *a. <u>Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.</u>* *b. <u>Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.</u>* *c. <u>Es liegt keine Rehabilitationsfähigkeit vor, welche einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nahe legen würde.</u>* *d. <u>Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.</u>* *e. <u>Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. d aufgestellt.</u>* *<u>2 Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der Akut- und Übergangspflege.</u>* **Die Akut- und Übergangspflege muss unbedingt in der Verordnung definiert werden, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation.** Ohne einheitliche und klare Definition im Sinne einer Abgrenzung bleibt der neue Begriff nicht anwendbar und Streitigkeiten bezüglich der Indikation bzw. der Verordnung sind vorprogrammiert. Die IG Pflegefinanzierung unterstützt deshalb die von der GDK vorgeschlagene Formulierung eines Artikels 7c, welche als praxistauglich beurteilt wird.	GELIKO
3	Für den psychiatrischen Bereich erscheint eine spezielle Definition der „Akut – und Übergangspflege wenig sinnvoll. Ohne Frage gibt es einzelne Patientensituationen, die nur eine kurzfristige Begleitung erfordern, sinnvoller wäre es aber, auf der Basis einer bestehenden Pflegebeziehung schnell in Krisen reagieren zu können, um Klinikeintritte verhindern zu können.	VAPP

	Das Bedürfnis der Kliniken, entsprechende Angebote der „Akut – und Übergangspflege“ aufzubauen, ist begrüssenswert, aber nicht im speziellen zu fördern. Realität ist, dass ein Grossteil der Aufträge schon jetzt direkt von den Kliniken erteilt und später vom ambulanten Setting weiter getragen werden.	
3	keine Sonderbehandlung von Akut - und Übergangspflege	Franz Kost Psychiatries-pitex
3	Für den psychiatrischen Bereich erscheint eine spezielle Definition der ‚Akut - und Übergangspflege wenig sinnvoll. Ohne Frage gibt es einzelne Patientensituationen, die nur eine kurzfristige Begleitung erfordern, sinnvoller ware es aber, auf der Basis einer bestehenden Pflegebeziehung schnell in Krisen reagieren zu können, um Klinikeintritte verhindern zu können. Das Bedürfnis der Kliniken, entsprechende Angebote der ,,Akut - und Übergangspflege" aufzubauen, ist begrüssenswert, aber nicht im speziellen zu fördern. Realität ist, dass ein Grossteil der Aufträge schon jetzt direkt von den Kliniken erteilt und später vom ambulanten Setting weiter getragen werden.	Eveline Bürki VAPP
1	**Art. 7 Abs. 1 (Umschreibung des Leistungsbereichs)** Es wird festgestellt, dass hier als Leistungserbringer die Pflegefachfrauen und -männer, die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie die Pflegeheime aufgeführt werden, nicht aber **Institutionen und Organisationen, die Tages- und Nachtstrukturen anbieten (z.B. Tagesstatten).** Zumindest aufgrund des Wortlautes fallen diese nicht unter eine der genannten Gruppen von Leistungserbringern.Es wird deshalb vorgeschlagen, entweder die KLV und die KVV entsprechend zu ergänzen oder zumindest in den Erläuterungen festzuhalten, worunter diese zunehmend wichtigen Anbieter von Pflegeleistungen zu subsumieren sind.	DOK procap SZB / UCBA MS
2ter	Hier gelten dieselben Vorbehalte wie zu Art. 7 Abs. 1: Die Kantone müssen die Möglichkeit erhalten, mit einer Anerkennung von Tagesstätten und allenfalls auch von Nachtstrukturen die Beitragspflicht der Versicherer auszulösen. Mit der vorgeschlagenen Formulierung würden z.B. Tagesstätten, die nicht einem Pflegeheim oder einer Spitex-Organisation angegliedert sind und die Pflegeleistungen zur Entlastung von Familienangehörigen übernehmen, von der Finanzierung im Rahmen der obligatorischen Versicherung ausgeschlossen. Eine solche Regelung widerspricht offensichtlich dem Willen des Gesetzgebers. ***Antrag:*** *Die Leistungen können ambulant, in einern Pflegeheim oder einer Tages- oder Nachtstätte erbracht werden.*	DOK procap SZB / UCBA MS
3	ln der Verordnung fehlt eine Definition, wann Akut- und Übergangspflege indiziert ist; dies insbesondere in Abgrenzung zur Langzeitpflege, Akutgeriatrie sowie zur Rehabilitation. Damit sind Streitigkeiten über die Indikation beziehungsweise unerwünschte Verschiebungen zwischen einzelnen Leistungserbringern absehbar.	Stadt Zürich
	Zur Akut- und Übergangspflege müss Frau Froidevaux sagen, dass sie zwar für die allgemeinpflegerischen Belange eine Bereicherung darstellt, aber für die Psychiatrie wenig sinnvoll ist. Die Stärke der ambulanten, psychiatrischen Betreuung liegt in der langfristigen Betreuung, liegt mehr in der Prophylaxe als in der Nachbetreuung. Häufig ist mit wenig Aufwand eine Stabilisierung der Patientensituation erreichbar, so dass weitere Krisen souveräner gemeistert werden können. Gleich wohl ist zu sagen, dass der geplante Stundenansatz von rund	Liliane Froidevaux VAPP

	120.- CHF (79.20 plus 55% vom Bund) durchaus angemessen ist - für die ganze qualifizierte ambulante Pflege. Der VAPP, und der SBK sind dort einer Meinung: qualifizierte, dem Patienten im Einzelnen, dem Gemeinwohl im ganzen dienende, volkswirtschaftlich günstige Arbeit verdient einen gerechten, zeitgemässen Lohn.	
	Die Pflegeleistungen sind bezüglich besonderer Pflegesituationen (z.B. Palliativpflege und demenzielle Erkrankungen) so rasch als möglich zu überprüfen. Die Pflegeleistungen zu Hause (ambulant) und im Pflegeheim (Art.7 KLV) sollen gemäss Kommentar vom 18.12.2008 zur aktuellen Revision der KLV (Abschnitt 13) in einem späteren Zeitpunkt überprüft werden. Dabei soll insbesondere geklärt werden, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden und ob Anpassungen nötig sind. Die Neuregelung der Pflegefinanzierung bringt es mit sich, dass auch Pflegeleistungen, die durch eine schwere Akutkrankheit bedingt sind (z.B. Krebserkrankungen), nach zwei Wochen Pflege ausserhalb des Spitals nur noch nach den Regeln für die Langzeitpflege mit Patientenbeteiligung vergütet werden. Bei der ambulanten Langzeitpflege von Demenzkranken ergeben sich zudem höhere Patientenbeteiligungen, weil der Zeitaufwand aufgrund der Verwirrtheit der Pflegebedürftigen grösser ist. Eine rasche Umsetzung der vorgesehen Überprüfung von Art. 7 KLV ist deshalb zwingend.	IG Pflege
2ter	Ein Einschluss von kantonal anerkannten Tages- bzw. Nachtstätten ausserhalb von Heimen und Spitex in die Beitragspflicht der Versicherer, analog der heutigen Praxis. **Es ist zu prüfen, ob die Beiträge der Versicherer an die Grundpflege in Tages- bzw. Nachtstrukturen pauschaliert werden könnten**. Bereits heute leisten die Versicherer für den Aufenthalt in einzelnen Tagesstrukturen einen Pauschalbeitrag an die Grundpflege. Weil die detaillierte Erfassung von Leistungen der Grundpflege in Tagesstrukturen zu einem hohen administrativen Aufwand führt, wäre eine Weiterführung dieser Praxis wünschenswert. Die Leistungen gemäss Art. 7 KLV Abs. 2 Buchstaben a und b sowie die Grundpflege in Nachtstrukturen könnten trotzdem gesondert ausgewiesen werden. *Die Leistungen können ambulant, in einem Pflegeheim oder in einer vom Kanton anerkannten Tages- bzw. Nachtstätte erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.* **Die Kantone müssen die Möglichkeit haben, mit einer Anerkennung von Tages- bzw. Nachtstätten die Beitragspflicht der Versicherer auszulösen.** Mit der vom Departement vorgeschlagenen Formulierung würden Tages- bzw. Nachtstätten, die nicht einem Heim oder einer Spitex-Organisation angegliedert sind und die vor allem die tageweise Pflege und Betreuung von Demenzkranken übernehmen, von der Finanzierung im Rahmen der OKP ausgeschlossen. Dies war mit Sicherheit nicht die Absicht des Parlamentes zumal diese Einrichtungen schon heute Beiträge der Krankenversicherer erhalten.	IG Pflege
3	Die aus Sicht der IG Pflege praxistaugliche Definition der Akut- und Übergangspflege, wie sie von der GDK formuliert wurde, wird ausdrücklich unterstützt. Art. 7c (neu) *Definition der Akut- und Übergangspflege* *1 Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom*	IG Pflege

	Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind: *a. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.* *b. Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.* *c. Es liegt keine Rehabilitationsfähigkeit vor, welche einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nahe legen würde.* *d. Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.* *e. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. d aufgestellt.* *2 Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der Akut- und Übergangspflege.* **Die Akut- und Übergangspflege muss unbedingt in der Verordnung definiert werden, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation.** Ohne einheitliche und klare Definition im Sinne einer Abgrenzung bleibt der neue Begriff nicht anwendbar und Streitigkeiten bezüglich der Indikation bzw. der Verordnung sind vorprogrammiert. Die IG Pflegefinanzierung unterstützt deshalb die von der GDK vorgeschlagene Formulierung eines Artikels 7c, welche als praxistauglich beurteilt wird.	
2ter 3	Für multimorbide/komplexkranke oder sterbende Menschen mit vermehrtem Pflegeaufwand muss die neue Pflegefinanzierung (KVV, KVL, OKP, AHVV) finanzielle Rahmenbedingungen bieten, die eine Behandlung und Betreuung in der angestammten Umgebung ermöglichen, sofern die personellen und strukturellen Verhältnisse dies erlauben. Doch die in der **KVL** vorgesehene „Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim“ (Art. 7 Abs. 1, 2ter) **bildet Leistungen, welche über eine Grundversorgung hinausgehen, nicht ausreichend ab**. Gerade für komplexkranke palliativmedizinische Patienten mit vermehrtem Pflegebedarf – sei es konstant, vorübergehend oder am Ende des Lebens - sind die Grundleistungen ungenügend. Dies wurde von der IG Pflegefinanzierung bereits in frühen Vernehmlassungen angemerkt. Gerade für demente und behinderte Menschen wurden von weiteren Anbietern (bspw. SRK) alternative Wohnstrukturen etabliert, die eine wichtige Ergänzung zu den Pflegeheimen darstellen. Ihre Infrastruktur und Betreuung ist auf die besonderen Bedürfnisse der Bewohner abgestimmt, der Betreuungsaufwand der Patienten ist hoch und bedarf besonderer Kenntnisse. **Diese Institutionen sollten als Leistungserbringer anerkannt werden, sofern sie den geforderten Qualitätsnachweis erbringen.** **Zeitpunkt und Dauer der Übergangs- und Akutpflege** entsprechen nicht den Bedürfnissen progredient kranker oder sterbender Patienten, die in der häuslichen Umgebung oder in einer Langzeitinstitution verbleiben wollen. Die **14tägige Akut- und Übergangspflege kann nicht verlängert und ohne erneute Hospitalisation nicht wiederholt** werden. Dies trägt dem natürlichen Krankheitsverlauf und Pflegebedarf chronisch und unheilbar kranker Menschen nicht Rechnung. Folgen: Nach Ausschöpfen der Übergangspflege kann der vermehrte Behandlungs- und Pflege-	palliative ch

	aufwand nicht mehr finanziert werden. Es kommt zur Rehospitalisation, die eine Neuverordnung von Übergangspflege ermöglicht („Drehtüren-effekt"). Auch die intensivierte Betreuung bei Krankheitsprogredienz oder am Ende des Lebens kann finanziell nicht aufgefangen werden, sodass Patienten in einer besonders vulnerablen Lebensphase ihre vertraute Umgebung unnötigerweise verlassen müssen. Wir fordern daher eine vermehrte Durchlässigkeit der Akut- und Übergangspflege. **Unter genau definierten Voraussetzungen** (ärztliche Verordnung bzw. Verordnung durch einen Palliativmediziner) sollte es möglich sein, die **Akutpflege zu verlängern oder *im Verlauf* einzusetzen**. Dies ist kostengünstiger als eine Verlegung in ein Spital und trägt wohl bei zahlreichen Patienten und deren Angehörigen zu einer besseren Lebensqualität bei. Kommentare Bei **langzeit-pflegeabhängigen Patienten** (chronisch/unheilbar Kranke, Betagte, Demente, Behinderte) verschlechtert sich der Gesundheitszustand in der Regel mit der Zeit, der Pflegeaufwand erhöht sich. *Vorübergehende* medizinische Probleme, die vermehrte Leistungen benötigen, aber nicht zwangsläufig zur Hospitalisation führen, sind typisch. Ein derartiger Krankheitsverlauf würde unter dem neuen System jedoch zur Hospitalisation führen. Bei **Patienten in Palliativsituation** kann keine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden, und es ist davon auszugehen, dass eine vermehrte (palliativmedizinische) Behandlung und Betreuung notwendig *bleibt*. Diese vermehrte Pflege wäre im neuen System ambulant und in Langzeitinstitutionen nicht finanzierbar. Folge ist eine Hospitalisation. Das Gleiche gilt für die **Betreuung am Lebensende** *(End of Life Care)*. Sie ist oft mit vermehrter Betreuung verbunden und es sind vermehrte spezifische palliativmedizinische Kenntnisse / Leistungen nötig. Im ambulanten und Langzeitpflege-Bereich verschärft sich die finanzielle Situation damit weiter, wenn eine längere oder wiederkehrende vermehrte Behandlung nicht abgegolten wird. – *Curaviva* weist seit Jahren darauf hin, dass die finanziellen Grundlagen *bereits jetzt* nicht ausreichen, um die zu Recht geforderte Betreuungsqualität in Langzeitinstitutionen aufrecht zu erhalten. Dieses Defizit wird sich unter der neuen Pflegefinanzierung weiter verschärfen. Die Leistung der Akut- oder Übergangspflege kann nur „nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden" (Art. 7 Abs. 3). Wir gehen davon aus, dass unter „Spitalaufenthalt" auch stationäre Aufenthalte ausserhalb der Akutmedizin verstanden werden, also auch Aufenthalte in einer palliativmedizinischen Spezialabteilung oder einem Hospiz. Kommentar: Es kann beispielsweise sinnvoll sein, vor Entlassung nach Hause oder in eine Langzeitinstitution die Schmerztherapie oder andere Symptombehandlung anzupassen. Dies kann auf einer Palliativstation nötig sein.	
	Die Finanzierung der akuten Pflege wird neu im Anschluss eines Spitalaufenthaltes erfolgen. Dies hat in der Realität zur Folge, dass sich Pflegeempfänger/ Patienten/ Klienten /Kunden, vor allem ältere Menschen, vermehrt öfter ins Spital begeben, z. B. bei Erkältungen, die mehrere Wochen dauern oder bei kleineren Verletzungen.	SBK / ASI zh gl sh
	Wenn die Palliativpatientinnen nach den obigen Zielen betreut und behandelt werden möchten, so wäre dies mit der vorgeschlagenen neuen Pflegefinanzierung finanziell für die Patienten und die Angehörigen kaum tragbar. Häufig ist die Betreuung zu Hause über längere Zeit	PNO

	aufwändig und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes kann definitionsgemäss nicht erwartet werden. Es wird befürchtet, dass es nach Ausschöpfung der Übergangspflege (14 Tage) zu unnötigen Rehospitalisationen kommt. Patientinnen könnten rehospitalisiert werden, um wieder die Übergangspflege verschrieben zu bekommen. Hier sieht das PNO eine Gefahr des „Missbrauchs“, den es mit gezielten Massnahmen zu verhindern versuchen wünscht. Die Palliative Care versucht die PatientInnen möglichst kurz zu hospitalisieren (die Palliativstationen am Kantonspital St.Gallen haben eine durchschnittliche Liegedauer von 12 bis 14 Tagen, dies bei schwer kranken Menschen) die rasche Rückverlegung nach Hause ist meist der Wunsch der Patientinnen und deren Angehörigen. Dies ist jedoch nur möglich mit einem gut ausgebauten, stabilen ambulanten Betreuungsnetz. Damit auch in Zukunft ein solcher Support gewährleistet ist, muss die Finanzierung dafür gesichert sein. Die Angehörigen dürfen nicht zusätzlich zur Belastung durch die Erkrankung ihrer Nächsten auch noch durch finanzielle Sorgen geplagt werden. Eine Verschärfung der finanziellen Situation kann auch zu einem vermehrten Wunsch der Patientinnen und Patienten nach Sterbehilfe führen. Ein von uns häufig gehörtes Argument ist es, dass die schwerkranken und sterbenden Menschen ihren Angehörigen nicht zur Last fallen möchten. Das Gefühl eine Last zu sein, kann durch den hohen zeitlichen Aufwand, welchen die Angehörigen häufig leisten, aber auch den hohen finanziellen Aufwand entstehen. Die Palliative Care-Bewegung möchte eine solche Entwicklung unbedingt verhindern. Dieses Argument wurde auch im Bieler Manifest (Konsensustagung 3./4.12.2008) so deklariert und wird von höchster Stelle – Bundesrat Couchepin, BAG, SAMW, NEK – gestützt. Somit muss diesem Umstand auch die Praxis folgen. Diese sehen wir durch die neue Pflegefinanzierung gefährdet (zu kurze Zeit der Finanzierung der Übergangspflege und der anschliessenden hohen Selbstkosten). **Vorschläge/Anträge:** Wir verlangen, dass die Übergangspflege für Palliative Care Patienten verlängert werden kann. Diese Verlängerung der Verordnung der Übergangspflege kann durch einen in Palliative Care geschulten Arzt veranlasst werden. Basierend auf dem Konzept für Palliative Care des Kantons St.Gallen (Auftrag Gesundheitsdepartement), sind die Palliative Care Teams, Palliative Care Kompetenzen, Palliative Care Konzepte definiert. Wir empfehlen aufgrund dieser Organisationseinheiten die Finanzen resp. die Kompetenzen zur Indikationsstellung zu berücksichtigen. In Pflegeheimen mit Palliative Care Kompetenzen sollte die Übergangspflege ebenso finanziert werden. Dies nach den gleichen Kriterien wie im ambulanten Sektor.	
	Für den psychiatrischen Bereich erscheint eine spezielle Definition der „Akut- und Übergangspflege wenig sinnvoll. Ohne Frage gibt es einzelne Patientensituationen, die nur eine kurzfristige Begleitung erfordern. Sinnvoller wäre es aber, auf der Basis einer bestehenden Pflegebeziehung in Krisen schnell reagieren zu können, um Klinikeintritte zu verhindern. Der Aufbau der Angebote der „Akut und Übergangspflege“ scheint ein Bedürfnis der Kliniken zu sein, ist aber, ihres Erachtens, im Gesamtinteresse der zu Versorgenden, nicht im speziellen zu fördern. Die Realität ist bereits so, dass ein Grossteil der Aufträge schon jetzt direkt von den Kliniken erteilt und später vom ambulanten Setting weiter getragen werden.	Freiberufliche Psychiatrische Spitex Nordwestschweiz
3	Akut und Übergangspflege sind in der ambulanten Pflege nur in einem	Roger Frei-

	kleinen Teil relevant, da die Behandlungen nur in seltenen Fällen abgeschlossen werden können. Dies gilt für die allgemeine und im Besonderen für die psychiatrische Krankenpflege. Die Definition der Akut und Übergangspflege ist nicht notwendig. Zudem fehlen die notwendigen Kriterien zur Abgrenzung der zeitlich offenen Pflege. *Abs. 3 streichen.*	burghaus VAPP
2ter	**Anerkannte Tages-und Nachtstrukturen** Es ist der schweizerischen Alzheimervereinigung ein besonderes Anliegen, nochmals auf die Bedeutung der Tages-und Nachtstrukturen hinzuweisen. Sie tragen entscheidend dazu bei, dass Menschen mit Demenz länger zu Hause bleiben können und sind deshalb ein äusserst wichtiges Entlastungs-und Unterstützungsangebot für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen, welche mit der Pflege oft an die Grenzen der Belastbarkeit gelangen. Dies war ja auch in den Räten unbestritten. Die schweizerische Alzheimervereinigung findet es deshalb nicht richtig, wenn jetzt auf Verordnungsstufe (Art. 7 Abs. 2 ter KLV) eine Einschränkung in dem Sinne erfolgt, dass die ausserhalb von Spitex und Pflegeheimen betriebenen Tages-/Nachtstätten von der Finanzierung im Rahmen der OKP ausgeschlossen sind. (So jedenfalls ist die jetzige Formulierung zu verstehen). Wie die schweizerische Alzheimervereinigung bereits in ihrer ersten Stellungnahme erwähnt hat, bieten häufig gerade selbständige Einrichtungen die besten Bedingungen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz (Bsp. Wirrgarten in BS; Le Relais Dumas in GE, La Famille au jardin in FR etc.). Solche spezialisierten Tagesstätten müssen deshalb unbedingt miteinbezogen werden können. Darüber hinaus muss es möglich sein, dass eine kranke Person je nach Bedarf -wenn z.B. die Nachtruhe stark gestört ist -auch zusätzlich über Nacht bleiben kann, wenn ein solches Angebot existiert. Insofern ist auch hier die Formulierung in Art. 7 Abs. 2 ter KLV zu einschränkend *(Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden).* Gerne wiederholt die schweizerische Alzheimervereinigung deshalb nochmals die Definition, wie sie in der ersten Eingabe der IG Pflegefinanzierung vom 15.7.08 formuliert wurde*: Tages-und Nachtstrukturen sind anerkannte Einrichtungen, selbständig oder an eine andere Institution (z.B. Alters-und Pflegeheim, psychiatrische Klinik) angegliedert, die Patienten und Patientinnen, beispielsweise mit Demenzerkrankungen, tagsüber, über Nacht oder tagsüber inkl. Nacht aufnehmen. Sie leisten bedarfsgerechte Pflege.*	alzheimer CH
	Die Regelung der Akut- und Übergangspflege ist in Abgrenzung zu den übrigen Leistungsarten klar zu definieren. Bleibt der Begriff offen sind nicht erwünschte Verschiebungen zwischen den Leistungen bzw. Streitigkeiten über die jeweilige Indikation unvermeidbar, nicht gewollte Mehrkosten waren die Folge davon.	spitex BE
2ter 3	Die Finanzierung der Leistungen nur am Tag oder nur in der Nacht (teilstationär) ist unklar. Bezüglich dieser neuartigen und ausbaufähigen Strukturen sollte der Gesetzgeber klare Finanzierungen festhalten. Ist auch eine bauliche Infrastruktur für die Erbringung der Leistung notwendig, was bei teilstationären regelmässig der Fall ist, erachtet die SOVOKO die Mitfinanzierung durch die Krankenkassen über Pauschalen analog stationärem Bereich für sinnvoller (kein Zeittarif!). Unterschied zwischen „Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege“. Dies ist nach wie vor unklar und schwammig. Insbesondere wenn anschliessend wieder beide Finanzierungsarten gemäss Leistungen in KLV 7 begründet werden. Abgrenzungsprobleme sind weiterhin vorpro-	SOVOKO Zug

	grammiert. Die Pflegeleistungen sind genauer zu definieren. Zeitliche Befristung der „Leistungen der Akut- und Übergangspflege“ auf 14-Tage, Pauschaltarife, nur nach Spitalaufenthalt Der Zeitraum für eine Übergangspflege ist viel zu kurz angesetzt. Eine Pauschalisierung ist jedoch richtig. Gemäss dem Grundsatz der analogen Finanzierung zum Akutspital müssen darin aber auch Aufenthaltskosten enthalten sein. Die Einschränkung von „Leistungen der Akut- und Übergangspflege“ im Nachgang an einen Spitalaufenthalt ist zu restriktiv. Es wäre sinnvoller die Leistungserbringer zu bewilligen.	

Art. 7a

Abs. Al.	**Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser Auteurs**
	Die Vergütung der Pflegeleistungen und die Zahlungen der Kantone sollte präziser geregelt werden. Die Rahmentarife sollten an die allgemeine Teuerung 2008 angepasst werden.	SGK-N / CSSS-N
	Das Bestreben, die neue Pflegefinanzierung für die OKP kostenneutral einzuführen hat zur Folge, dass es zu geschätzten Kostenverschiebungen von Fr. 350 Mio. pro Jahr zulasten der Kantone und Gemeinden kommt. Abgesehen davon sind die vorgeschlagenen OKP-Beiträge nach Art. 7a KLV gemäss Schätzungen der GDK um 7.4 % oder Fr. 37 Mio. (Spitex) bzw. um 13.3 % oder Fr. 222 Mio. (Pflegeheim) zu tief. Der Kanton AI beantragt daher: - Die in der KLV vorgesehenen Pflegebeiträge sind gemäss Vorschlägen der GDK Schweiz nach oben anzupassen. Insbesondere bei den höheren Pflegestufen ist die Abgeltung gemäss Revisionsvorschlag völlig ungenügend. - Zudem ist in der KW explizit festzuschreiben, dass die Beiträge periodisch der Teuerung anzupassen sind.	AI
	Kanton Bern begrüsst sich die Bemessung und Verrechnung der erbrachten Pflegeleistungen in zwölf Stufen. Die entsprechenden Beiträge sind zwingend gemäss den von der GDK auf Basis der SOMED-Statistik vorgenommenen Berechnungen anzupassen, weil andernfalls die aus der Sicht des Kantons Bern erförderliche kostenneutrale Überführung der Beiträge der Krankenversicherer nicht gewährleistet ist. Es darf nicht sein, dass die Kantone auf diesem Weg zu den Obernahmen von verringerten Leistungen der Versicherer gezwungen werden. Eine Plausibilisierung der beantragten Tarifkorrekturen für eine kostenneutrale Umsetzung (OKP-Beiträge nach Art. 7a KLV) ist aus Sicht den Kanton Bern gegenwärtig nur bedingt möglich. Deshalb begrüsst er die beantragte Übergangsbestimmung in der KVV betreffend die nachträgliche Überprüfung sowie den Antrag, dass die Beiträge der OKP periodisch zu prüfen und der Teuerung anzupassen sind. Eine Mitwirkung der Kantone müsste dabei vorgesehen werden. Bei der Festsetzung der Beiträge bittet der Kanton Bern weiter zu beachten, dass aufgrund der Limitierung des Beitrags der versicherten Person gemäss Art. 25a KVG der Höhe des Beitrags in der Stufe 12 besondere Bedeutung zukommt.	BE
	Die vorgeschlagenen **Beiträge der Krankenversicherung an die Pflegekosten sind zu tief angesetzt** und müssen mindestens gemäss den Anträgen der GDK erhöht und regelmässig der Teuerung angepasst werden.	BL

	Die vom Gesetzgeber vorgesehene Kostenneutralität in Bezug auf die Leistungen der Krankenversicherer muss gewährleistet und überprüfbar sein. Dies bedingt bezüglich der für die Pflegeheime vorgeschlagenen Tarife eine sehr deutliche Erhöhung. Die vom EDI festzusetzenden Tarife sind unter Berücksichtigung der allgemeinen Preis und Lohnentwicklung periodisch zu überprüfen und anzupassen. Die Überprüfung der Tarifhöhe der für den Kanton Basel-Stadt zu erwartenden Leistungen der Krankenversicherer auf der Basis der für die Pflegeheime vorgeschlagenen Ansätze hat eine Reduktion der KVG-Leistungen um 22% ergeben. Auch wenn klar ist, dass die vom Gesetzgeber geforderte Kostenneutralität nicht auf kantonaler, sondern auf gesamtschweizerischer Ebene erfüllt werden muss, kann man eine derart massive Reduktion nicht nachvollziehen und auf gar keinen Fall hinnehmen. Gemäss diesen Abklärungen ist diese Reduktion einerseits auf generell zu tiefe Ansätze zurückzuführen. Andererseits, und das scheint wesentlich stärker ins Gewicht zu fallen, wirkt sich der vorgesehene Minutentarif vor allem auf diejenigen Kantone negativ aus, welche das Pflegebedarfs- Erfassungssystem RAI anwenden. Auch wenn die Regiererungsrat den Vorschlag, die Abgeltung auf der Basis von Pflegeminuten zu regeln, grundsätzlich sehr begrüsst, ist er nicht hinreichend. Damit ein solches System nicht zu ungewollten Verzerrungen führt, muss die Definition der mit den verschiedenen Systemen erfassten Pflegeminuten einheitlich sein oder bestehende Unterschiede müssen mittels angemessener Korrekturfaktoren eliminiert werden. Ansonsten besteht die sehr reale Gefahr, dass sich kurz- bis mittelfristig einfach dasjenige System durchsetzt, mit welchem der Pflegeaufwand am besten abgegolten wird. Ein Wettbewerb der Systeme, wie er mit den vorgeschlagenen Minutenansätzen ja grundsätzlich ermöglicht werden soll, könnte de facto nicht stattfinden. Darüber hinaus wäre es sogar denkbar, dass ein neues, den Pflegeaufwand sehr weitgehend definierendes System geschaffen würde, welches den potentiellen Anwendern ungerechtfertigte und von keiner Seite beabsichtigte Vorteile verschaffen konnte.	BS
	L'art. 7a OPAS, implique de revoir complètement l'outil d'évaluation des besoins utilisés dans le canton de Fribourg, car celui-ci n'est pas adaptable au changement prévu par le projet (nombre de catégories, minutes de soins, notion d'accompagnement à séparer).	FR
      Al. 1 Al. 2	Le Conseil genevois demande une augmentation substantielle, selon les calculs de la CDS, de la participation des assureurs aux prestations effectuées à domicile et dans les établissements médico-sociaux (EMS) pour tenir compte de la réalité de la prise en charge genevoise et limiter l'impact sur le canton via les prestations complémentaires et les subventions aux EMS et à l'aide à domicile. Le montant des tarifs uniformes pour la Suisse ne permet pas de garantir la neutralité des coûts. En ce qui concerne les soins à domicile, la baisse de revenu des prestataires est estimée à 8,1% (soit quelque 3,5 millions). D'autre part, la prescription de prestations de soins aigus et de transition exclusivement par les médecins hospitaliers provoquera une augmentation des hospitalisations. Ces ordonnances, en l'état, vont à l'encontre d'une politique de maintien à domicile. Le montant des prestations définies à la lettre b) devrait être au minimum de 70 F (et non de 64,80 F comme actuellement pour la FSASD), conformément au plafond en vigueur jusqu'en 2008. Il conviendrait d'ajouter un alinéa indiquant que ces tarifs sont indexés chaque année. L'incidence des déplacements n'est pas prise en compte. Par consé-	GE

	quent, le canton de Genève propose la modification suivante: *« Le remboursement des montants, selon l'al. 1, s'effectue par unité de temps de **10 minutes**. Au minimum **15 minutes par intervention** sont remboursées »:*	
Al. 3	En termes de financement LAMal des EMS par les assureurs maladie, il faut relever deuxeffets : A) **l'effet tarifaire** => modification de la grille (de 8 à 12 catégories) et du tarif par type de catégorie de soins, B) **l'effet de l'introduction de la règle des 20%** des soins à prendre en charge par les résidants/assurés selon le tarif de la catégorie la plus élevée. Aussi, les premiers calculs du canton de Genève, basés sur l'analyse de l'article 7a, alinéa 3, let. a à d, indiquent que les tarifs proposés réduisent la contribution des assureurs maladie aux soins des patients en EMS pour ce canton de 4,5 millions, dans l'hypothèse où la contribution maximale des assureurs reste celle proposée dans l'ordonnance, soit 102 F par jour. L'équilibre serait atteint, sur ce volet tarifaire, avec le dernier montant proposé par la CDS à 130,20 F par jour. II est aussi surprenant de constater qu'en EMS, selon le calcul qui consiste à diviser le prix de la classe par son nombre moyen de minutes, plus la charge en soins requis augmente, plus le financement de la minute de soins baisse. En d'autres termes, plus les besoins d'un patient sont élevés, moins bien son temps de soins est financé. A cet égard, Genève relève aussi que tous les calculs de l'OFSP relatifs aux soins en institutions ont été basés sur les temps de soins présentés dans le tableau standard 4a de la statistique SOMED. L'OFS a été informé par la commission technique PLAISIR, dans laquelle le canton de Genève siège, que le tableau présente une erreur méthodologique et qu'aucun calcul sérieux ne peut être effectué à partir de ces données. L'erreur est très défavorable aux cantons romands et à Genève en particulier. Il s'ensuit que tous les barèmes doivent être recalculés. L'article 7a, alinéa 3, let. a à d de l'OPAS répartit le temps de soins financés en tranches consécutives (ou classe) de 20 minutes. La douzième classe commence donc à 220 minutes. Contrairement aux autres, cette classe n'a pas de limite supérieure. Alors que les calculs de financement des classes de 20 minutes partent de l'idée que le temps moyen des patients dans une classe est au milieu de l'intervalle, ce n'est pas le cas pour une classe sans limite supérieure. Si cette classe était de 20 minutes, elle serait limitée à 240 minutes. En attribuant les patients genevois à ces classes en fonction de leur temps de soins requis individuel, on constate que 492 d'entre eux ont un temps de soins requis compris entre 230 minutes (220 + 10) et 329 minutes. Le financement de ces très longstemps de soins par une valeur moyenne calculée pour 230 minutes induit un sous financement important de ces cas très lourds. Pour de simples raisons de gestion, les EMS auront donc tendance à les refuser ou a les transférer dans le système hospitalier où ils coûtent approximativement deux fois plus chers. Cette situation constituerait un obstacle à la recherche de la meilleure efficience du réseau de soins cantonal. Une adaptation des montants prévus, telle que la CDS le demande actuellement, soit 130,20 F par jour, devrait permettre de tenir compte de la réalité genevoise, en particulier du nombre important de résidants en EMS nécessitant une prise en charge lourde dont il est insuffisamment tenu compte avec le modèle proposé. Le canton de Genève relève que la neutralité financière de cette réforme n'est pas garantie pour son canton du fait qu'il restera, quel que	

	soit le tarif adopté, un report de charges à financer par les résidants eux-mêmes respectivement par les prestations complémentaires.	
	Der Gesetzgeber verlangt eine für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutrale Überführung in die neue Gesetzgebung. Die vorgeschlagenen OKP-Beiträge gemäss Art. 7a KLV sind jedoch zu tief, führen dadurch zu einer Entlastung Krankenversicherung zulasten der Kantone und Gemeinden. Gemäss Schätzung der Konferenz der kantonalen Finanzdirektorinnen und Finanzdirektoren (FDK) beläuft sich diese Entlastung der OKP auf rund 260 Mio. Franken jährlich (nebst der Kostenverlagerung von rund 350 Mio. Fr. aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung) zulasten der Kantone und Gemeinden. Der Regierungsrat beantragt deshalb die Erhöhung der OKP-Beiträge nach Art. 7a KLV für Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim. Die Beiträge müssen nachträglich durch das EDI überprüft und periodisch der Teuerung angepasst werden, was in der KVV explizit festzulegen ist.	GL
Al. 2 Al. 3	Die in Aussicht genommenen OKP-Beiträge sind, insbesondere im Bereich der Pflegeheime, zu tief angesetzt. Die Regierung verweist in diesem Zusammenhang auf die Berechnungen und Anträge in der Stellungnahme des Vorstands der GDK. Gemäss dem Kanton Graubünden sich auf die effektiven Leistungen und OKP-Tarife der Pflegeheime des Kantons im Jahr 2008 abstützenden Berechnungen sind die in Aussicht genommenen Beiträge der OKP für den Kanton um 13.7 Prozent beziehungsweise 5.7 Mio. Franken zu tief. Angesichts der Tatsache, dass die Leistungen der OKP gemäss Monitoring der Krankenversicherungskostenentwicklung des Bundesamts für Gesundheit im Bereich der Pflegeheime pro Versicherte beziehungsweise Versicherten im Kanton Graubünden unter dem schweizerischen Mittel liegen, ist die Höhe der in Aussicht genommenen OKP-Beiträge für die Regierung des Kantons Graubünden weder nachvollziehbar noch akzeptabel. Die Mindestvergütung von zehn Minuten pro Einsatz ist nach Erachten des Kantons Graubünden nicht zweckmässig. Eine solche Regelung beinhaltet falsche Anreize und führt zu unerwünschten Mengenausweitungen. Die Regierung des Kantons Graubünden schlagt folgende Formulierung vor: *„Die Vergütung der Beiträge nach Absatz 1 erfolgt in Zeiteinheiten von fünf Minuten (…).”* Sie verweist auf die eigenen Ausführungen im Rahmen der allgemeinen Bemerkungen.	GR
	Le Gouvernement jurassien souhaite tout particulièrement soutenir les adaptations tarifaires demandées par la CDS à l'article 7a OPAS, considérant que pour correspondre aux objectifs annoncés par I'OFSP, les estimations AOS doivent être augmentées de 7.4% pour les soins à domicile et de 13.3% pour les EMS. En effet, les minutes de soins pour les cas lourds doivent être mieux rémunérées et la proposition d'utiliser une moyenne arithmétique permet la reconnaissance du travail des professionnels en EMS notamment. Dans le même ordre d'idée, il est évident que des personnes institutionnalisées peuvent nécessiter plus de 240 minutes de soins par jour; le dernier tarif ne peut donc pas être calculé de la même manière que les autres catégories de 20 minutes. Pour terminer, toujours sur le même sujet, le Gouvernement jurassien souhaite que les tarifs 2009 soient adaptés au renchérissement général de 2008 et qu'il en soit de même pour les tarifs 2010 en cas d'entrée en vigueur en 2011.	JU

	Cf. CDS premier paragraphe *Cf. GDK für Berechnung der Beiträge und das Erfassen des Pflegebedarfs*	LU
	Les taxes pour les soins facturables par les EMS et imputables comme dépenses dans le cadre de la LPC doivent également être définies explicitement en tant que part des taxes journalières d'après l'art. 10 al. 2 let. à LPC-n. Vu que l'AOS ne finance encore qu'une contribution aux prestations de soins, les frais de soins non couverts en résultant expressis verbis doivent être imputables par l'intermédiaire de la LPC. Cela signifie que non seulement les frais d'hôtellerie et d'encadrement mais également les frais de soins non couverts sont compris dans les taxes journalières (limitables par le canton), en relation avec les contributions des personnes nécessitant des soins au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal-r, une définition est nécessaire dans IOAMal la distinguant de la protection tarifaire au sens de l'art. 44 LAMal. *Cf. premier paragraphe CDS*	NE
Al. 1 Al. 3	lm Art. 33 bst. i sollten die Möglichkeit der periodischen Überprüfung der Beiträge und die Anpassung an die Kostenentwicklung durch das Departement ergänzt werden. Das Departement überprüft diese Beiträge aufgrund der Kostenentwicklung jährlich und passt sie gegebenenfalls an. Die Kostenentwicklung entspricht in den meisten Fällen nicht der Teuerung, und somit plädiert der Kanton Nidwalden dafür, diese statt der Teuerung für die Anpassung der Beiträge zu verwenden. Die Überprüfung hat dabei jährlich zu erfolgen, wobei bei einer geringen Kostenentwicklung (z.B. unter 1%) keine Anpassung der Beiträge vorzunehmen wäre. Damit aber grosseren Kostenschüben innerhalb weniger Jahre allenfalls Rechnung getragen werden kann, ist die jährliche Überprüfung jedoch insgesamt angemessen. Die Auslöser für grössere Kostenschübe können Markteinflüsse, Gesetzesanpassungen usw. sein. *Cf. commentaire CDS II Al. 2 (nouveau)* *Cf. commentaire CDS II Al. 3 (nouveau)* Einerseits begrüsst der Kanton Nidwalden, dass die Pflegebedarfsstufen im Pflegeheim in Minuten dargestellt werden, so dass die Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung auf die jeweiligen Stufen nach Art. 7a Abs. 3 KLV umlegbar sind. Andererseits muss auch erwähnt werden, dass der Versuch der Begriffdefinitionen und die vielen Verweise zum Gesetz und zu den anderen Verordnungen zu grossen Verwirrungen führen. *Cf. commentaire CDS al. 1* Weiterhin weist der Kanton darauf hin, dass die Beiträge nach kaufmännischen Grundsatzen auf- bzw. abzurunden sind und damit auf ganze Franken läuten. Auch hier ist zu präzisieren, dass die OKP-Beiträge an die Pflege im Pflegeheim einzig für die Langzeitpflege im Sinne Art. 25a Abs. 1 KVG-neu gelten. In den Beiträgen muss ebenfalls noch die Kostenentwicklung für das Jahr 2008 berücksichtigt werden. Es ist angemessen, die kostenneutrale Überführung ins neue Gesetz zumindest nach realen und nicht nach nominalen Werten vorzunehmen. Weiterhin weist der Kanton darauf hin, dass die Beiträge nach kaufmännischen Grundsätzen auf- bzw. abzurunden sind und damit auf ganze Franken läuten. Die Einteilung in 12 Stufen ermöglicht derzeit eine ausreichende Differenzierung nach Pflegebedarf.	NW
	In Art. 7a KLV Sind die Leistungen in Franken dargestellt, welche die Versicherer bei ambulanter oder stationärer Pflege zu übernehmen ha-	OW

	ben. Der Gesetzgeber verlangt eine fur die OKP kostenneutrale Überführung in die neue Gesetzgebung. Die vorgeschlagenen OKP-Beiträge nach Art. 7a KLV sind nach Schätzungen der GDK um 7,4 Prozent oder 37 Millionen Franken (Abs. 1: Spitex) beziehungsweise um 13,8 Prozent oder 230 Millionen Franken (Abs. 3: Pflegeheim) zu tief. Um die Richtigkeit der Beiträge der OKP auf einer gesicherten Datengrundlage sicherzustellen, müssen sie überdies im dritten Jahr nach Inkraftsetzung überprüft und periodisch der Teuerung angepasst werden.	
	Mit der neuen Pflegefinanzierung obliegt es dem EDI, die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Langzeitpflege schweizweit festzulegen. Zudem bemisst sich der Eigenanteil der Pflegebedürftigen an den nicht gedeckten Pflegekosten mit 20 Prozent am höchsten vom Bund festgelegten Tarif. Die Restfinanzierung durch die Kantone hängt deshalb massgebend von diesen Beiträgen ab. Für die Regierung des Kantons St.Gallen ist nicht nachvollziehbar, wie die vom EDI vorgeschlagenen Beiträge zu Stande gekommen sind. Die aktuellen st.gallischen Tarife der Krankenversicherer sind im interkantonalen Vergleich tief. Dennoch sind die vorgeschlagenen neuen schweizweiten Beiträge für Pflegeheime mit zwei Ausnahmen bei sämtlichen Pflegestufen tiefer als im Kanton St.Gallen. Damit würde sich die Krankenversicherung weniger an den Pflegekosten beteiligen als bisher. Neben der Restfinanzierung würde den Kantonen demnach gar noch eine Reduktion der bisherigen Beteiligung der Krankenversicherung aufgebürdet. Das widerspricht den Beratungen in den Eidgenossischen Räten, wonach die Kostenbeteiligung der Versicherer in der bisherigen Höhe weitergeführt wird. Die in den Ausführungsbestimmungen vorgesehenen neuen schweizweiten Beiträge der Krankenversicherung weist die Regierung deshalb vollumfanglich zurück. Die eidgenössischen Räte haben es bei der Beratung der neuen Pflegefinanzierung abgelehnt, die Beiträge der Krankenversicherung an die Teuerung zu koppeln. Da die Pflegekosten vornehmlich durch Personalkosten entstehen und diese teuerungsbedingt steigen, wird auch die Belastung der Kantone durch die Restfinanzierung der Pflegekosten stetig steigen. Die Ausführungsbestimmungen sehen aktuell kein Verfahren vor, wie eine Erhöhung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltend erfolgt. Die Regierung des Kantons St.Gallen erwartet hierzu einen angemessenen Vorschlag auf Verordnungsstufe. Fehlt eine Überprüfung der Einhaltung der kostenneutralen Umsetzung der Beiträge der Krankenversicherung nach Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008. Dies ist zu ergänzen. Ebenso ist festzuhalten, wie die Anpassung der geltenden Tarife und Tarifverträge nach Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 zu erfolgen hat.	SG
Al. 1 et 2	Wie die Beiträge in Abs. 1 zu Stande gekommen sind, ist nicht ersichtlich. Diese sind grundsätzlich zu tief angesetzt. Ebenso fehlt es an einem Anpassungsverfahren für die Kostenentwicklung aufgrund der Teuerung. Die Beiträge sind neu festzusetzen und den Kantonen nochmals zur Beurteilung vorzulegen. Abs. 2 ist dahingehend zu präzisieren, dass mindestens 10 Minuten je Einsatz (und nicht je Tag) zu vergüten sind.	
Al. 3	Auch hier ist nicht ersichtlich, wie die Beiträge festgesetzt wurden. Die vorgeschlagenen Beiträge für die Leistungen in Pflegeheimen sind allesamt deutlich zu niedrig, weshalb die Regierung des Kantons St.Gallen diese vollumfänglich zurückweist. Ein Anpassungsverfahren für die Kostenentwicklung aufgrund der Teuerung fehlt und ist vorzusehen. Die Beiträge sind wie im ambulanten Bereich neu festzusetzen und den	

	Kantonen nochmals zur Beurteilung vorzulegen.	
Al. 1 Al. 3 Al. 4	Nach den Berechnungen der GDK, die im Rahmen der GDK-Stellungnahme zugestellt werden, sind die im Vernehmlassungsentwurf vorgesehenen Beiträge eindeutig zu tief. Zur Sicherstellung einer kostenneutralen Umstellung im Sinne des Gesetzes müssen die Preise um gut 8 % angehoben werden. Auch für die Pflege im Heim sind die im Vernehmlassungsentwurf vorgesehenen Beiträge nach den Berechnungen der GDK sehr deutlich zu tief. Zur Sicherstellung einer kostenneutralen Umstellung im Sinne des Gesetzes müssen die Vergütungen per saldo um knapp 14 %, entsprechend rund 230 Mio. Franken, angehoben werden. Zudem führt die im Verordnungsentwurf vorgeschlagene Abstufung dazu, dass die Beiträge der Versicherer bei bescheidenem Pflegebedarf relativ grosszügig ausfallen, während der Beitrag in der höchsten Pflegebedarfsgruppe eindeutig zu tief ist. In Übereinstimmung mit der GDK beantragt der Kanton SH eine Modifikation der Ansätze wie folgt: − Beitrag Fr. 5.20 bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten (Basiswert gemäss Bst. a); − Erhöhung um je Fr. 10.40 pro 20 Minuten zusätzlichem Pflegebedarf bis zum Grenzwert von 220 Minuten (Beitragsstufen b bis k); − doppelter Anstieg in der höchsten Stufe (Bst. l) aufgrund des Umstandes, dass der mittlere Pflegebedarf der hier von betroffenen Personen den Bedarf der zweitletzten Stufe um deutlich mehr als 20 Minuten übersteigt. Gemäss Art. 33 Bst. b, h KVV bezeichnet das Departement das Verfahren der Bedarfsermittlung. Mit der Minuten-Regelung gemäss Art. 7a Abs. 3 ist dieser Auftrag nicht hinlänglich erfüllt. Aktuell sind landesweit 3 Systeme zur Bedarfsermittlung gebräuchlich (BESA, RAI-RUG und Plaisir). Diese sind wohl alle mit Aufwand-Minuten hinterlegt, doch die Grundsätze der Messung und Kalkulation unterscheiden sich stark. Insbesondere wird die Arbeitszeit des Pflegepersonals, welche nicht direkt einer einzelnen betreuten Person zugeordnet werden kann (Rapporte, Bereitschaftsdienste etc.), nicht einheitlich angerechnet, was zu stark divergierenden Ergebnissen führt. Kurzfristig wäre es kaum machbar und auch nicht sinnvoll, alle Heime auf ein einheitliches Instrument der Bedarfsermittlung festzulegen. Wird diese Option aber ausgeklammert, so bleibt die Notwendigkeit, die Minuten-Umlageschlüssel der drei Systeme zu prüfen, zu vergleichen und so abzustimmen, dass die Leistungserbringer am Ende nach allen Systemen vergleichbare Abgeltungssummen erzielen. Diese Aufgabe kann letztlich nur vom Bund wahrgenommen werden, da nach den neuen rechtlichen Gegebenheiten in der Langzeitpflege keine Tarifverträge mehr vorgesehen sind. Deshalb schlagt der Kanton Schaffhausen, in Übereinstimmung mit der GDK, die Einfügung einer zusätzlichen Verordnungsbestimmung wie folgt vor: *Cf. proposition al. 4 CDS*	SH
	Die von den Heimen verrechenbaren und im Rahmen des ELG als Ausgaben anrechenbaren Pflegetaxen sind neu ebenfalls explizit als Teil der Tagestaxen nach Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG-n zu definieren. Da die OKP nur noch einen Beitrag an die Pflegeleistungen finanziert, müssen die dadurch expressis verbis entstehenden ungedeckten Pflegekosten über das ELG anrechenbar sein. Dies bedeutet, dass unter die (vom Kanton limitierbaren) Tagestaxen nicht nur Hotellerie- und Betreuung fallen, sondern auch die ungedeckten Pflegekosten. Die vorgeschlagenen OKP-Beiträge nach Art. 7a KLV sind nach der Auffassung des Regierungsrates des Kantons Solothurn zu tief. Die	SO

	Berechnungen basieren auf Daten des Jahres 2007 und sind schon aufgrund der erfolgten Teuerung im Gesundheitswesen um 15% zu tief. Der Regierungsrat beantragt, diese Beiträge einer nochmaligen Prüfung zu unterziehen und entsprechende Korrekturen vorzunehmen. Des Weiteren ist in der KVV festzuhalten, dass das Departement die Beiträge der OKP periodisch prüft und der Teuerung anpasst. Für die Ermittlung der Pflegebedarfsstufen werden zurzeit die anerkannten Assessmentinstrumente RAI, BESA und Plaisir eingesetzt. Grundsätzlich ist es ohne weiteres möglich die von den Instrumenten gebildeten Einstufungen auf der Basis von Minutenwerten zu vergleichen und den einzelnen Stufen der KLV-Verordung zuzuordnen. Allerdings sind die jeweils verwendeten Minutendefinitionen der einzelnen Instrumente unterschiedlich und abhängig vom Messkonzept, das den Zeitstudien zugrunde gelegt wurde. Für den Vergleich müssen Zeitstudien der Systemanbieter miteinander verglichen werden. Dabei stellt sich das Problem, dass die Systeme zwar alle die KVG-pflichtigen Leistungen gemäss Art. 7 KLV erfassen, diesen aber unterschiedliche Tätigkeitslisten zugrunde gelegt werden. Gemäss santésuisse beinhaltet daher eine Minute RAI-RUG nicht die gleichen Pflichtleistungen wie eine Minute BESA oder PLAISIR. Die verfügbaren Zeitstudiendaten und die vorhandenen Koppeleinstufungsdaten (RAI-BESA und RAI-PLAISIR) mit höhen Fallzahlen zeigen, dass die Unterschiede in der Minuten parität nicht zulässig ist. Die Differenzen liegen im Bereich von 20 % (RAI-BESA) und 30 % (RAI-PLAISIR). Der Vorgabe eines Minutenrasters ohne Harmonisierung der Minutenmessungen der verschiedenen Systeme würde daher zu erheblichen Ungleichheiten in der Umsetzung führen. Je nachdem, welches Einstufungssytem verwendet wird, fallen die Zahlungen der Krankenversicherer unterschiedlich aus, was zu stössenden Ergebnissen führen würde. Die Minutenwerte der Systeme RAI, PLAISIR und BESA sind daher vor Inkrafttreten dieser Änderungen zu harmonisieren. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich das RAI-Erfassungsinstrument im Kanton Solothurn auszeichnet bewährt hat. Sollte eine Harmonisierung nicht möglich sein, so ist aus Sicht des Kantons dieses System zu priorisieren.	
Al. 1 Al. 3	Es ist zu präzisieren, dass die Versicherungsbeiträge ausschliesslich für die Langzeitpflege im Sinne von Art. 25a Abs. 1 KVG gelten. Ansätze: In Artikel 7a KLV sind die Leistungen in Franken dargestellt, welche die Versicherer bei ambulanter oder stationärer Pflege zu übernehmen haben. Die GDK zeigt in ihrer Vernehmlassung auf, dass die Leistungen zu tief angesetzt sind. Es wird deshalb beantragt, die Ansätze gemäss Art. 7a Absätzen 1 und 3 entsprechend anzupassen.	SZ
	Gemäss den Berechnungen der GDK sind die vorgeschlagenen OKP-Beiträge Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) um 7,4 % oder 37 Mio. Franken (Abs. 1: Spitex) bzw. um 13,8 % oder 230 Mio. Franken (Abs. 3: Pflegeheim) zu tief. Dies ist entsprechend den Vorschlägen der GDK zu korrigieren.	TG
	Die vorgeschlagenen OKP-Beiträge nach Artikel 7a KLV sind gemäss den Schätzungen der GDK um 7.4 Prozent oder 37 Mio. Franken (Abs. 1: Spitex) bzw. um 13.3 Prozent oder 222 Mio. Franken (Abs. 3: Pflegeheim), zu tief. Der Kanton Uri beantragt eine Korrektur gemäss den Beiträgen im Anhang. Explizit macht er an dieser Stelle bereits auf den Bedarf zur Anpassung des Beitrags in der obersten Pflegebedarfsstufe im Pflegeheim aufmerksam, der mit einem hinterlegten Maximalaufwand von 220 Minuten zu tief veranschlagt ist. Des Weiteren ist in der KW festzuhalten, dass das EDI die Beiträge der OKP periodisch prüft und der Teuerung anpasst. *Cf. premier paragraphe et tableau CDS*	UR

	Les tarifs proposés dans le projet de modification de l'OPAS sont manifestement trop bas, tant pour les EMS que pour les soins à domicile. Ainsi, même au niveau suisse, la neutralité des coûts pour l'AOS n'est pas assurée. Selon les estimations de la CDS, à laquelle le Conseil d'Etat se réfère, le manco est de l'ordre de 7.4% pour les soins à domicile et de 13.3% pour les EMS. Le Conseil d'Etat soutient dès lors pleinement les propositions concrètes de tarifs émises par la CDS. De plus, dans le domaine des soins à domicile, conformément à la pratique majoritaire actuelle des cantons, le Conseil d'Etat propose que l'unité de facturation soit comptée par période minimale de 15 minutes de remboursement, quelle que soit la durée de l'intervention. Enfin, les tarifs proposés n'englobent pas trois types de situations qui se présentent toutefois dans la pratique et qui font donc l'objet aujourd'hui d'une participation de l'AOS conformément à la convention tarifaire cantonale : décès avant évaluation, attentes d'évaluation et courts-séjours dans un lit d'hébergement. Pour éviter le risque d'une disparition de ces participations, le canton de Vaud demande que l'OPAS précise les tarifs comme il suit : a) décès avant évaluation : classe OPAS no 12 (art. 7a al. 3 lettre 1) OPAS) b) attentes d'évaluation : classe OPAS no 6 (art. 7a al. 3 lettre f) OPAS) c) courts-séjours dans un lit d'hébergement : classe OPAS no 8 (art. 7a al. 3 lettre h) OPAS). Pour illustrer les remarques qui précèdent, le Conseil d'Etat signale que les évaluations financières effectuées dans le canton de Vaud laissent présager un surcoût à la charge des pouvoirs publics (cantons et communes) de l'ordre de 18 millions de francs.	VD
Al. 2 Al. 3	Le canton du Valais demande que l'art. 7a al. 2 (Montants) soit modifié dans la mesure où il considère que l'unité de temps fixée à 5 minutes n'est pas justifiée dans la pratique. Selon l'inventaire effectué par l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD), la majorité des heures facturées en 2007 par les organisations de soins à domicile et par les infirmier(-ère)s indépendant(-e)s l'ont été au moyen de conventions tarifaires basées sur des unités de temps de 10, voire même 15 minutes. Cette modification de l'OPAS ferait passer l'unité de temps 10 à 5 minutes dans le canton du Valais, ce qui représenterait une diminution de recettes de l'ordre de 9% pour les Centres médico-sociaux valaisans. La proposition faite ci-dessous permettrait de garantir une introduction du nouveau régime de financement des soins neutre du point de vue des coûts à charge des Centre médico-sociaux. L'autre solution consisterait à accepter la nouvelle unité de temps de 5 minutes mais d'augmenter les tarifs proportionnellement à la baisse engendrée. Proposition : 2 *Le remboursement des montants, selon l'al. 1, s'effectue par unité de temps de 10 minutes.* ~~*Au minimum 10 minutes sont remboursées.*~~ ou *Cf. proposition al. 1 CDS* Le canton du Valais demande que l'art. 7a al. 3 (Montants) soit modifié dans la mesure où en Suisse romande, environ 19% des résidents en EMS sont en catégories PLAISIR 7 ou 8. La catégorie 7 concerne les résidents nécessitant des temps de soins quotidiens allant de 204 à 329 minutes. On peut donc estimer que 15% nécessitent plus de 220 minutes de soins par jour et quelque 10% nécessitent plus de 240 minutes (rapport ISE 2007). Ainsi pour éviter que les EMS n'hospitalisent massivement la grande majorité des cas lourds, le canton propose que les 12 niveaux de soins	VS

Al. 4 (nouveau)	soient maintenus, mais en revanche que les unités de temps passent de 20 à 25 minutes (12 x 25 = 300 min.). Comme il propose d'allonger les unités temps, les tarifs doivent également être augmentés. Proposition : *[3] Pour les fournisseurs de prestations définis à l'art. 25a al. 1 de la loi ainsi qu'à l'art. 7, al. 1, let. c, l'assurance prend en charge les montants suivants, par jour, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:* *a. jusqu'à 25 ~~0~~ minutes de soins requis: 5.20 ~~8.50~~ francs;* *b. de 26 à 50 ~~40~~ minutes de soins requis: 15.60 ~~17.00~~ francs;* *c. de 51 ~~41~~ à 75 ~~60~~ minutes de soins requis: 26.00 ~~35.50~~ francs;* *d. de 76 ~~61~~ à 100 ~~80~~ minutes de soins requis: 36.40 ~~34.00~~ francs;* *e. de 101 ~~81~~ à 125 ~~100~~ minutes de soins requis: 46.80 ~~42.50~~ francs;* *f. de 126 ~~101~~ à 150 ~~120~~ minutes de soins requis: 57.20 ~~51.00~~ francs;* *g. de 151 ~~121~~ à 175 ~~140~~ minutes de soins requis: 67.60 ~~59.50~~ francs;* *h. de 176 ~~141~~ à 200 ~~160~~ minutes de soins requis: 78.00 ~~68.00~~ francs;* *i. de 201 ~~161~~ à 225 ~~180~~ minutes de soins requis: 88.40 ~~76.50~~ francs;* *j. de 226 ~~181~~ à 250 ~~200~~ minutes de soins requis: 98.80 ~~85.00~~ francs;* *k. de 251 ~~201~~ à 275 ~~220~~ minutes de soins requis: 109.20 ~~93.50~~ francs ;* *l. plus de 275 ~~220~~ minutes de soins requis: 131.00 ~~102.00~~ francs.* Le canton du Valais demande également qu'un art. 7a al. 4 soit ajouté afin que les soins requis soient recensés dans un système de classification standardisé ne laissant pas de place à l'interprétation. Dans le cadre d'une assurance sociale nationale, 26 réglementations différentes ne sont pas acceptables. *Cf. proposition al. 4 CDS* *Cf. CDS pour II Al. 2 et 3 (nouveaux)*	
	Im Sinne einer allgemeinen Anregung beantragt der Kanton Zug die Festlegung von Pflegebeiträgen der Krankenversicherungen für die Tages- und Nachtstrukturen im Sinne von Art. 25a Abs. 1 KVG. In Art. 25a KVG ist vorgesehen, dass die obligatorische Krankenversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden. In Art. 7a KLV bleibt jedoch unklar, welcher Tarif bzw. welcher Pflegebeitrag bei Tages- und Nachtstrukturen angewendet werden soll. Diese Frage ist des Kantons Zug Erachtens dringend zu klären.	ZG
Al. 1	Selon les estimations de la CDS, les contributions AOS proposées au sens de l'art. 7a OPAS sont trop basses de 7.4% ou 37 mio CHF (al. 1: services d'aide et de soins à domicile), respectivement de 13.8% ou 230 mio CHF (al. 3: EMS). **Elle propose une correction conformément aux contributions en annexe.** Elle attire explicitement l'attention sur le **besoin d'adaptation de la contribution dans le niveau de soins requis le plus élevé en EMS**, qui avec une charge de travail maximale de 220 min est évaluée trop bas. De plus, il faut préciser dans l'OAMal que le Département procède périodiquement à l'examen des contributions de l'AOS et les adapte au renchérissement. La CDS se félicite en revanche de ce que les niveaux de soins requis dans l'EMS soient présentés en minutes de sorte que les instruments d'évaluation des soins requis puissent être appliqués aux niveaux correspondants au sens de l'art. 7a al. 3 OPAS. Cette applicabilité doit cependant être garantie par l'OFSP dans un nouvel alinéa (cf. art. 7a al. 4 OPAS). *Pour les fournisseurs de prestations définis à l'art. 25a al. 1 de la loi ainsi qu'à l'art. 7, al. 1, let. a et b, l'assurance prend en charge les montants suivants, par heure, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:*	**CDS / GDK**, AR, BE, BL, FR, GE, GR, JU, LU, NE, SZ, TG, UR, VD, ZH, FDK / CDF, Gemeindeverband, CLASS; USS, IG, ASMAC et ASI (pour la neutralité)

	a. pour les prestations définies à l'art. 7, al.2, let. a: ~~79.20~~ 86.00 francs; *b. pour les prestations définies à l'art. 7, al.2, let. b: ~~64.80~~ 70.00 francs;* *c. pour les prestations définies à l'art. 7, al.2, let. c: ~~54.00~~ 58.30 francs.* Il faut préciser que les contributions AOS aux soins à domicile sont valables uniquement pour les soins de longue durée au sens de l'art. 25a al. 1 LAMal-r. Le renchérissement 2008 doit encore être pris en compte de façon appropriée dans les montants. Les tarifs cadres au sens de l'art. 7 de l'OPAS en vigueur devraient être adaptés au renchérissement général. Il est indiqué de procéder au transfert sans incidence pour l'AOS sur les coûts dans la nouvelle loi au moins d'après des valeurs réelles et non pas nominales.	
Al. 3	*Pour les fournisseurs de prestations définis à l'art. 25a al. 1 de la loi ainsi qu'à l'art. 7, al. 1, let. c, l'assurance prend en charge les montants suivants, par jour, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:* *a. jusqu'à 20 minutes de soins requis: ~~8.50~~ 5.20 francs;* *b. de 21 à 40 minutes de soins requis: ~~17.00~~ 15.60 francs;* *c. de 41 à 60 minutes de soins requis: ~~25.50~~ 26.00 francs;* *d. de 61 à 80 minutes de soins requis: ~~34.00~~ 36.40 francs;* *e. de 81 à 100 minutes de soins requis: ~~42.50~~ 46.80 francs;* *f. de 101 à 120 minutes de soins requis: ~~51.00~~ 57.20 francs;* *g. de 121 à 140 minutes de soins requis: ~~59.50~~ 67.60 francs;* *h. de 141 à 160 minutes de soins requis: ~~68.00~~ 78.00 francs;* *i. de 161 à 180 minutes de soins requis: ~~76.50~~ 88.40 francs;* *j. de 181 à 200 minutes de soins requis: ~~85.00~~ 98.80 francs;* *k. de 201 à 220 minutes de soins requis: ~~93.50~~ 109.20 francs;* *l. plus de 220 minutes de soins requis: ~~102.00~~ 131.00 francs.* Il faut préciser que les contributions AOS aux soins en EMS sont valables uniquement pour les soins de longue durée au sens de l'art. 25a al. 1 LAMal-r. Globalement, les contributions sont trop faibles de 13.8%. Nous proposons de plus une contribution linéaire par minute de soins moyenne (moyenne arithmétique) au lieu d'une contribution linéaire par minute de soins la plus élevée. Le renchérissement 2008 doit encore être pris en compte de façon appropriée dans les montants. Cela doit du reste être prévu également pour la poursuite des tarifs cadres jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation. D'accord avec 12 niveaux. Une réduction du nombre de niveaux ne permettrait pas de différenciation suffisante par soins requis. Let. l.: une contribution plus élevée doit être fixée pour le niveau de soins requis le plus élevé. La CDS propose de fixer la contribution à 131.00 CHF. Cela correspond à la contribution pondérée analogue pour des soins requis entre 220 et (seulement) 300 minutes. Pour les soins aigus et de transition, l'AOS ne fournit pas la contribution fixée par le Conseil fédéral, mais un tarif devant être négocié sur la base de 100% des coûts, qui est réparti entre l'AOS et le canton respectivement à 45% au maximum et 55% au minimum. L'art. 7a al. 3 n'est ainsi pas applicable aux soins aigus et de transition. La relation aux soins de longue durée peut être le mieux établie par l'intermédiaire de l'art. 25a al. 1 LAMal-r. (L'art. 7 al. 2 renvoie au contraire aux prestations de soins d'une manière générale, c.-à-d. y compris les soins aigus et de transition.) Let. l: contrairement aux autres niveaux, ce niveau ne comporte pas un intervalle de temps de 20 minutes mais est ouvert vers le haut. Il en résulte en moyenne des soins requis plus élevés.	
Al. 4	*Les soins requis au sens de l'al. 3 sont recensés par les homes dans le*	

(nou-veau) II Al. 2 (nou-veau) II Al. 3 (nou-veau)	*cadre d'un système standardisé et reconnu par l'OFSP. L'OFSP garantit, par la fixation des critères d'attribution applicables, l'attribution équivalente des niveaux de soins, évalués au moyen des différents systèmes, au niveau de soins requis au sens de l'al. 3.* Cet alinéa est nécessaire afin que les contributions d'après l'al. 3 soient directement utilisables, d'autant plus qu'aucune convention tarifaire qui pouvait régler cela n'est plus conclue. *L'observation de la disposition au sens de l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008 de la loi est contrôlée la troisième année après l'entrée en vigueur au moyen des contributions prévues par l'art. 7a al. 1 et 3 OPAS, en tenant compte de la disposition au sens de l'art. 7a al. 2 OPAS, du renchérissement général survenu depuis la première détermination des contributions et de l'évolution du nombre de bénéficiaires de prestations de soins conformément à l'art. 25a al. 1 de la loi par niveau de soins requis ou par catégorie. Le département adapte le cas échéant les dispositions au sens de l'art. 7a al. 1-3 OPAS. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.* Le contrôle de la mise en œuvre neutre du point de vue des coûts pour l'AOS doit être précisé dans l'OAMal. Il faut à cet égard stipuler sans équivoque que la neutralité des coûts la 1re année doit être garantie sur la base des dispositions au sens de l'art. 7a al. 1-3 OPAS (contributions AOS et disposition pour le décompte). Le contrôle sert en premier lieu à la fixation exacte à long terme des contributions AOS. La mis en œuvre neutre du point de vue des coûts s'effectue donc sur la base des contributions que l'AOS verserait la première année si les contributions étaient appliquées à ce moment-là. L'exactitude des contributions AOS ne peut cependant pas être obtenue au moyen des flux de paiement effectifs la première année, car les versements AOS se trouvent alors encore en phase d'adaptation des tarifs en vigueur vers les contributions AOS. Cela doit être précisé. *L'adaptation des tarifs en vigueur et des conventions tarifaires conformément à l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008 de la loi s'effectue par la fixation des tarifs applicables par le canton. L'adaptation s'effectue par une ou plusieurs étapes entre le tarif en vigueur avant l'entrée en vigueur de la modification du 13 juin 2008 pour les prestations de soins et les contributions correspondantes de l'assurance obligatoire des soins pour les prestations au sens de l'art. 25a al 1 de la loi.* Il faut préciser comment l'adaptation des tarifs s'effectue. La CDS propose une adaptation technique de la part des cantons afin d'éviter des négociations tarifaires laborieuses pendant le délai de transition de trois ans. L'adaptation peut s'effectuer par une ou en plusieurs étapes, une étape permettant également une adaptation immédiate.	
	La Conférence des directeurs cantonaux des finances propose une augmentation des montants AOS selon l'art. 7a OPAS sur les soins à domicile et en home et approuve les demandes formulées par la CDS. Ces montants devront faire l'objet d'une vérification rétroactive par le DFI ainsi que d'une adaptation périodique au renchérissement. Il convient de le consigner dans l'OAMal. Motif : Le législateur exige que l'introduction dans la nouvelle législation soit neutre du point de vue des coûts pour l'AOS. Or les montants AOS selon l'art. 7a OPAS sont trop bas. Ils entraîneraient un allégement de l'AOS de l'ordre d'env. CHF 260 mio par an, un montant qui grèverait les cantons et communes et viendrait s'ajouter aux CHF 350 mio mentionnés ci-dessus. Pour garantir l'exactitude des montants de l'AOS sur la base de données sûres, ces dernières doivent faire l'objet d'une véri-	FDK / CDF

	fication au cours de la troisième année après l'entrée en vigueur ainsi que d'une adaptation périodique au renchérissement. Lors de la fixation des montants, il faut aussi considérer notamment que, en raison de la limitation de la quote-part financée par les assurés selon l'art. 25a al. 5 LAMal, l'importance du montant au niveau 12 joue un rôle particulièrement important pour les cantons.	
	Die FDP hat bereits in ihrer Vernehmlassungsantwort zur Neuordnung der Pflegefinanzierung darauf hingewiesen, dass an konkrete Richtzeiten für die verschiedenen Pflegestufen festgehalten werden soll. Wird dies nicht getan, so besteht die Gefahr einer grenzenlosen Ausweitung der Zuwendungspflege, je nach momentanem Auslastungsgrad des Pflegepersonals. Die unter Art. 7a KLV vorgesehenen Regelungen gehen in die richtige Richtung.	FDP / PLR
II Al. 2 II Al.3	Le contrôle de la mise en oeuvre neutre du point de vue des coûts pour l'AOS doit être précisé dans l'OAMal. Il faut stipuler sans équivoque que la neutralité des coûts la première année doit être garantie sur la base des dispositions selon l'art. 7a, al. 1-3, OPAS. Les dispositions transitoires doivent être complétées comme suit : *Cf. proposition II Al. 2 CDS* *Cf. commentaire et proposition II Al. 3 CDS*	PS/SP
	Bst. d: für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2, Buchstabe d: (zirka) 25 – 35 Franken (pro Stunde) Logischerweise muss bei einer Ergänzung wie oben auch die Entschädigung in Art. 7a geregelt werden. Es reicht hier schon ein relativ bescheidener Betrag, um diese Art familieninterner Pflege zu erleichtern und zu unterstützen. Oft verzichten die betreffenden Personen auf eine Erwerbstätigkeit, damit sie diese Pflege wahrnehmen können oder sie reduzieren die Erwerbstätigkeit entsprechend. Es entspricht sozialer Fairness, hier eine angemessene Entschädigung auszurichten, weil mit dieser Pflege eine weit teurere Pflege in Pflegeheim oder Klinik vermieden werden kann. Falls eine solche Entschädigung nicht voll zu Lasten der Kranken-Grundversicherung ausbezahlt werden soll, sind entsprechende Anteile durch die Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigungen zu finanzieren.	EDU / UDF
	Die Korrektheit der im Entwurf aufgeführten Beiträge an die Pflegekosten kann die Partei nicht überprüfen, da entsprechende Berechnungsgrundlagen in den Erläuterungen fehlen. Es muss sichergestellt werden, dass die Kantone bzw. Gemeinden die Spitexleistungen im bisherigen Ausmass mitfinanzieren. Sonst droht die nötige Förderung der Spitex gegenüber der stationären Behandlung wieder an Boden zu verlieren. In der Verordnung ist aufzunehmen, dass die OKP-Beiträge für Spitex nach Art. 7a Abs. 1 KLV für Pflegeheime nach Art. 7a Abs. 3 KLV periodisch der Teuerung anzupassen sind.	Grüne
	Die vorgeschlagenen OKP-Beiträge in Art. 7a des Entwurfes KLV sind nach Schätzungen der GDK um zirka 267 Mio. Fr. zu tief. Würde man von diesen Zahlen ausgehen, sähen sich die Kantone und Gemeinden mit hoher Wahrscheinlichkeit nochmals mit einer Kostenverschiebung in vorgenannter Höhe konfrontiert. SGV beantragt deshalb eine Anpassung dieser Beiträge gemäss dem von der GDK aufgezeigten Vorschlag im Anhang zu deren Vernehmlassung vom 12. März 2009.	SGV
Al. 3	Selon les essais de simulation qui ont été entrepris, il semblerait que les forfaits proposés pour ces 12 positions soient trop bas. Il en découlerait une augmentation de la part relative financée par les cantons, ainsi que de celle des assurés. Il convient de revoir le barème (…) en concertation avec les associations faîtières concernées, soit Curaviva,	Centre patronal

	Senesuisse et H+.	
	Le projet fixe la participation de l'assurance-maladie obligatoire pour les soins dispensés dans un établissement médico-social en fonction de la lourdeur du cas, qui se mesure selon une échelle de 1 à 12 par unité de temps. Cette proposition semble bonne pour la FER mais le projet ne donne aucun élément sur lequel repose le calcul de ces forfaits, dont les montants semblent nettement trop bas selon des simulations qui ont été effectuées. Or, la neutralité des coûts doit être respectée dans le cadre de cette révision, dont le but n'est pas de décharger l'assurance maladie obligatoire au détriment des cantons et des assurés. Ces montants doivent donc être revus avec les organisations faîtières compétentes, soit notamment Curaviva et H+ Les hôpitaux de Suisse.	Fédération des entreprises romandes
Al. 1 Al. 2 Al. 3	Obwohl der SGV stets dafür eintritt, dass das Kostenwachstum im Gesundheitswesen eingedämmt wird, legt er Wert darauf, dass die Beiträge in der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) so festgelegt werden, dass es auch privaten Leistungserbringern, die ohne öffentliche Subventionen wirtschaften müssen, ermöglicht wird, kostendeckend zu arbeiten. Störend aus Sicht des SGV ist auch, dass die Wegkosten aufgrund des Tarifschutzes nicht in Rechnung gestellt werden können. Währenddem die öffentliche Spitex dieses Manko über die staatlich gewährte Defizitgarantie ausgleichen kann, müssen die privaten Spitex-Anbieter diesen wesentlichen Kostenpunkt selber tragen. Dieser Ungleichbehandlung der privaten Spitex-Anbieter gegenüber der öffentlichen Spitex gilt es in den Verordnungen, insbesondere der KLV, besser Rechnung zu tragen. Der SGV plädiert deshalb für eine einheitliche Regelung, die die Abgeltung dieser Kosten sowohl für die privaten wie auch für die öffentlichen Spitex-Anbieter vorsieht. *Cf. position ASPS al.1* Nach SGV Dafürhalten ist die Mindesteinsatzdauer zu knapp bemessen. Selbst eine kurze Behandlung eines Patienten, wie bspw. die Verabreichung von Medikamenten, nimmt erfahrungsgemäss mehr als 10 Minuten Zeit in Anspruch. Der SGV beantragt deshalb, dass die Mindesteinsatzdauer auf 15 Minuten erhöht wird. Analog zu Abs. 1 ist der SGV auch hier der Ansicht, dass die Beiträge zu tief angesetzt sind und in der definitiven Fassung nach oben angepasst werden müssen.	USAM/SGV
	USS schliesst sich zusammen mit der IG-Pflegefinanzierung den Anträgen der GDK zur KVV bezüglich der Überprüfung der kostenneutralen Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung an. Auch müssen die Grundzüge des Abrechnungsverfahrens für die Langzeitpflege in der Verordnung festgelegt werden. Nur so kann vermieden werden, dass sich 26 verschiedene Abrechnungssysteme entwickeln, was für Leistungserbringer nicht handhabbar wäre. USS unterstützt deshalb den von der IG Pflegefinanzierung eingebrachten Vorschlag.	USS/SGB
Al. 1	Die ASPS setzt sich für die Entschädigung eines maximal zulässigen Verwaltungskostenanteils pro Pflegestunde und die Limitierung von überhöhten Anforderungen an den Verwaltungsaufwand ein. Die ASPS stellt mit Besorgnis fest, dass die private Spitex in dem vorgeschlagenen Verordnungsentwurf gegenüber der öffentlichen Spitex kaum Berücksichtigung findet. Die unter dieser Ziffer als Zeitansatz pro Stunde festgelegten Beiträge an die Pflegeleistungskosten (Abklärung, Beratung, Untersuchung und Behandlung) nach Art. 7 Abs. 2 werden namentlich an Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause	ASPS

Al. 2	ausgerichtet und betreffen demnach zwar auch die privaten Spitex-Anbieter. Wie die konkreten Beiträge im Einzelnen berechnet wurden, geht aus den Anhörungsunterlagen zur Vernehmlassung allerdings nur ansatzweise hervor. Es ist bspw. nicht ersichtlich, auf welche konkreten Faktoren die INFRAS bei der Ermittlung der kostenneutralen Beiträge abgestellt hat. Vor dem Hintergrund der Leistungserbringungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV handelt es sich hier jedenfalls um keine realistische Beitragshöhe. Die nicht durch eine Defizitgarantie der öffentlichen Hand abgesicherten, d.h. privaten Spitex-Anbieter, stehen damit unter starkem Preisdruck, was ihr wirtschaftliches Überleben und mehrere tausend Arbeitsplätze gefährden kann. Hinzu kommt, dass die die absoluten Werte beeinflussenden Faktoren, wie bspw. der Teuerungsausgleich, nur im Rahmen einer Verordnungsänderung berücksichtigt werden können. Dies lässt nur wenig Gestaltungsspielraum. Nicht berücksichtigt in den genannten Beiträgen sind zudem arbeitsgesetzliche Pflichtzuschläge für Leistungen, die an Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen sowie in Spät- und Nachtdiensten erbracht werden. Diesen Umständen ist Rechnung zu tragen. Die ASPS beantragt, dass über die zu tief angesetzten, einheitlichen Beiträge für alle Leistungsarten der Pflege neu verhandelt wird und diese in einer angemessenen Höhe festgesetzt werden. Zudem sollen für die Spitex-Anbieter arbeitsgesetzliche Pflichtzuschläge für Leistungen, die an Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen sowie in Spät- und Nachtdiensten erbracht werden, festgelegt werden. Die Vergütung der Beiträge erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten, wobei mindestens 10 Minuten zu vergüten sind. Die genannte Mindesteinsatzdauer ist noch immer zu knapp angesetzt. Selbst eine kurze Behandlung eines Patienten, wie bspw. die Verabreichung von Medikamenten, nimmt praxisgemäss mehr Zeit in Anspruch als 10 Minuten. Miteinbezogen werden muss hier der unumgängliche, aber aus therapeutischer Sicht und für die Akzeptanz der Behandlung oftmals wertvolle, zwischenmenschliche Kontakt des Pflegefachpersonals mit den Patienten. Bspw. bei Demenzpatienten kommt hinzu, dass der gesundheitliche Zustand der Patienten unter Wahrung deren körperlicher und seelischer Würde regelmässig bloss eine verlangsamte Ausführung der Untersuchung, Beratung oder Behandlung zulässt. Zudem müssen bei jedem Besuch die Hände gründlich gewaschen, die Pflegedokumentation gelesen und bei speziellen Vorfällen allenfalls nachgeführt werden. Eine Festlegung der Mindesteinsatzdauer auf 15 Minuten ist deshalb sachgerecht. Änderungsantrag zu Abs. 2: *„Die Vergütung der Beiträge nach Absatz 1 erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 15 Minuten.“*	
	Die in den Dokumenten und Erläuterungen der Verordnung dargestellten Berechnungsgrundlagen und die geschilderte Vorgehensweise, welche für die Berechnung der kostenneutralen Beitragsleistung der Krankenversicherer herangezogen worden sind, entsprechen nach Auffassung von CURAVIVA nicht den aktuellsten Datengrundlagen und führen in der Folge zu einer Leistungsreduktion der Krankenversicherer von 13.8 %. CURAVIVA geht davon aus, dass es im Interesse aller Beteiligten liegt, die Beiträge der Krankenversicherer mit einem hohen Grad an Genauigkeit und in grösstmöglicher Übereinstimmung so zu berechnen, dass das Risiko einer baldigen Korrektur der Beiträge möglichst auf ein Minimum reduziert wird. Die Anträge von CURAVIVA auf Korrektur der vorgeschlagenen Beiträge der Krankenversicherer basieren auf den aktuellsten Daten. Die	CURAVIVA

	Teuerung vor den Zeitraum bis zur Inkraftsetzung ist zu berücksichtigen. Die Beiträge sind an einen kantonalen oder regionalen Index anzupassen bzw. zu unterscheiden. *Cf. tableau CDS* *Cf. proposition et commentaire al. 1 SBK; en plus:* Die Teuerung bis zum Datum der Inkraftsetzung ist zu berücksichtigen. Die Beiträge sind an einen kantonalen oder regionalen Index anzupassen bzw. zu unterscheiden.	
	Es trifft zu, dass die Übergangsbestimmungen zur KVG-Revision Pflegefinanzierung einen kostenneutralen Systemwechsel verlangen. Verschiedene Ärzteorganisationen weisen dennoch –FMH Erachtens zu Recht- darauf hin, - dass die ursprünglichen Tarifobergrenzen aus dem Jahr 1998 unter problematischen Umständen festgelegt wurden (Tarife müssten gemäss KVG betriebswistschaftlich korrekt sein –das waren diese Beträge nie), und - dass im Hinblick eine angemessene Mitsprache der Kantone sichergestellt werden sollte, weil sie den grosseren Teil des Fehlsbetrags der Heime übernehmen müssen. Es könnte zudem sein, dass in Zukunft raschere Anpassungen notwendig werden, weil angesichts der aktuellen Staatsverschuldungen für einige Jahre mit höherer Inflation gerechnet werden muss. Die FMH regt deshalb an, analog dem BVG in Art. 7 der KLV explizit eine mindestens zweijährliche Überprüfung nach Anhörung der Kantone vorzusehen.	FMH
	Die Aufteilung der Beiträge der Krankenversicherungen auf 12 Stufen begrüsst H+. H+ war bei der Berechnung dieser Beiträge allerdings nicht einbezogen. Für H+ ist deshalb nicht nachvollziehbar, wie die Krankenkassenbeiträge für die 12 Stufen zustande gekommen sind. Nach den Berechnungen von H+ sind die Frankenbeträge massiv zu tief. Sie bezweifeln, dass eine kostenneutrale Umsetzung damit möglich ist. Nach H+ Berechnungen entlasteten die vorgeschlagenen Beiträge die Krankenkassen gesamtschweizerisch – je nach Berechnungs- und Interpretationsart – für das Leistungsspektrum den H+ Mitgliedern um 15 bis 20%, was nicht dem Sinn der Teilrevision entspricht. Für die kostenneutrale Überführung müssen die notwendigen Datengrundlagen auch für H+ und seine Mitglieder offengelegt werden. Sollten bei den Berechnungen die unteren Stufen ausschlaggebend gewesen sein, so findet eine Umverteilung von schwerstpflegebedürftigen zu leichtpflegebedürftigen Patientinnen und Patienten statt. Sozialpolitisch findet H+ dies sehr fragwürdig. Dies baut die Solidarität zwischen Schwerstkranken und gesünderen Menschen ab. Die Beitragsstufe a) à CHF 8.50 hinterfragt H+. Diese Stufe würde zusätzliche Kosten für administrative Leistungen auslösen, die ihre Einnahmen übersteigen. Es macht keinen Sinn, für diesen Geldbetrag eine ganze Pflegedokumentation und alle Nachweise zu führen, die den heutigen Anforderungen und Kontrollen der Krankenkasse genügen. Schon heute sehen viele Verträgen keine Entschädigung der untersten Stufe respektive bis 20 Minuten vor. Diese Geldsumme sollte H+ Erachtens besser für die Entschädigung höheren Stufen verwendet werden. Der tiefste Beitrag muss deutlich über CHF 10.- liegen. Die Mitglieder von H+ sind bereit, bei der Erarbeitung von kostenneutralen Beiträgen zu helfen. Die Abstufung zwischen zwei Beiträgen sollte mehr als CHF 10.- betragen. Bei der Überleitung der heute angewendeten Bedarfserfassungssysteme (Plaisir, RAI, BESA und weitere) auf die zwölf neuen Beitragsstufen muss sichergestellt sein, dass alle gleich behandelt werden. Die Über-	H+

	leitung muss validiert sein mit dem Ziel, dass gleiche Leistungen gleich entschädigt werden. Die verfügbaren Zeitstudiendaten und die vorhandenen Paralleleinstufungsdaten (RAI-BESA und RAI-PLAISIR) mit hohen Fallzahlen zeigen, dass die Unterschiede in der Minutendefinition zwischen den Systemen beträchtlich sind und die Annahme einer Minutenparität nicht zulässig ist: Die Differenzen liegen im Bereich von 20 % (RAI-BESA) und 30 % (RAI-PLAISIR). Solche willkürlichen Systemungleichheiten gilt es unbedingt zu vermeiden. Die Beiträge der Krankenversicherungen sind regelmässig der Teuerung anzupassen, damit die bei der Einführung geltende Finanzierungsaufteilung beibehalten wird. H+ verweist auf die Vorschläge der IG Pflegefinanzierung. Die Lebenshaltungskosten sind in der Schweiz sehr unterschiedlich. Die Spitäler, Klinken und Pflegeinstitutionen reagieren darauf mit regional unterschiedlichen Löhnen. Da die Löhne 70 % und mehr der Kosten in diesen Betrieben ergeben, sind die Beiträge nach einem Lohnindex kantonal oder regional anzupassen. H+ Vorschläge 1. Die Beitragssätze der Krankenversicherungen sind neu zu berechnen und anzuheben, so dass eine kostenneutrale Überführung sichergestellt ist. 2. Die Versicherungen sollen die unterste Pflegebedarfsstufe bis 20 Minuten nicht entschädigen. 3. Die heutigen Bedarfserfassungssysteme (BESA, RAI, Plaisir), sind mit validierten Minutenwerten in die neuen Beitragsstufen zu überführen und so gleichzubehandeln. 4. Die Berechnungsgrundlagen der Beiträge der Krankenversicherungen sind festzulegen und öffentlich transparent zu machen. 5. Die Beiträge sind an einen Lohnindex kantonal oder regional anzupassen. 6. Die Beiträge der Krankenversicherungen nach Art. 7a sind der Teuerung anzupassen.	
Al. 1	*Cf. proposition GDK (sans l'ajout d'article)* Die im Verordnungsentwurf genannten Beiträge an die ambulante Pflege liegen unterhalb der kostenneutralen Ansätze, weil bei der Berechnung die divergierenden bisherigen Zeiteinheiten für die Vergütung von bis zu 15 Minuten nicht berücksichtigt wurden. Die Beiträge müssen deshalb erhöht werden, weil sonst die Erträge in der ambulanten Pflege gegenüber heute sinken. Gemäss den Berechnungen der GDK betragen die kostenneutralen Ansätze 86.00 bzw. 70.00 bzw. 58.30 Franken.	
Al. 2	a. streichen b. bis l. um 17% erhöhen. Die im Verordnungsentwurf genannten Beiträge an die stationäre Pflege liegen unterhalb der kostenneutralen Ansätze. Sie sind anzuheben. Das BAG sollte hier Berechnungen anstellen.	
Al. 3	… Leistungen nach Abs. 2, *ärztliche, therapeutische und psychosoziale Leistungen , Arzneien , Hotellerie, Mittel und Gegenstände, die aufgrund der Bedarfsabklärung …* Übergangspflege sollte eine Pauschale sein. Bst. a streichen: Keine nichtkostendeckenden Tarifstufen.	
Al. 4 (nouveau)	*Das Bundesamt legt die Minutenwerte der bestehenden Leistungserfassungssysteme, BESA, RAI und Plaisir, für die Beitragsstufen nach Abs. 3 zusammen mit den Leistungserbringern fest.* Gleichwertige Anrechnung aller Leistungserfassungssysteme.	
Al. 5 (nou-	*Das Bundesamt legt kantonale oder Indexe der Beiträge nach Abs. 3 zusammen mit den Leistungserbringern fest.*	

veau)	Indexierung der Beiträge, um Lohnunterscheide auszugleichen.	
	Die unterschiedlichen Einstufungssysteme (BESA, RAI/RUG, Plaisir) führen bei demselben Pflegebedarf zu unterschiedlichen Resultaten bezüglich des Zeitaufwands. Die Systeme sind deshalb zu validieren und auf die vorgeschlagenen Zeitstufen zu nomieren. Gemäss Berechnungen die Pflegeheime des KKKV führen die vorgeschlagenen Beiträge je nach Kanton zu einer Reduktion der bisher geleisteten. Sie sind daher nochmals zu überprüfen und entsprechend gegen oben anzupassen.	K3
	Es besteht PULSUS Erachtens ein Widerspruch zwischen Ziff. 13 und Ziff. 24 und den übrigen Unterlagen: - Bei den Pflegeleistungen soll ein vom Bundesrat festgelegter Beitrag in Franken geleistet werden, die Beiträge sollen mittels eines Tagesansatzes vergütet werden. - Bei den ambulanten Pflegeleistungen sollen in Ziff. 13 Pauschaltarife zum Zug kommen, während dem in Ziff. 24 ,,weiterhin mittels eines Zeitansatzes“ vergütet werden soll.	PULSUS
Al. 1 et 3 II Al. 2 et 3 (neu)	Die Anträge der GDK zur KVV bezüglich der Überprüfung der kostenneutralen Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung werden unterstützt. **Es ist zu prüfen, ob die Beitrage der Versicherer an die Grundpflege in Tagesstrukturen pauschaliert werden konnten**: Bereits heute leisten die Versicherer für den Aufenthalt in einzelnen Tagesstrukturen einen Pauschalbeitrag an die Grundpflege. Weil die detaillierte Erfassung von Leistungen der Grundpflege in Tagesstrukturen zu einem hohen adrninistrativen Aufwand führt, wäre eine Weiterführung dieser Praxis wünschenswert. Die Leistungen gemäss Art. 7 KLV Abs. 2 Buchstaben a und b sowie die Grundpflege in Machtstrukturen konnten trotzdem gesondert ausgewiesen werden. *Die bisherigen Leistungen der Versicherer sind im Rahmen der Tarifestlegung für die ambulante Pflege und im Pflegeheim weterzuführen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Patientenbeteiligung den im Parlament vorgegebenen Betrag con 7'000 – 7'500 Franken nicht übersteigt.* Die kostenneutrale Überführung der Beiträge entspricht dem Beschluss des Parlamentes. Weil die Patientenbeteiligung direkt mit der Festlegung des höchsten Beitrags zusammen hängt, muss hier die im Parlament genannte Limite beachtet werden. *Cf. Proposition II Al. 2 (nouveau) GDK et première partie du commentaire* *Cf. Proposition II Al. 3 (nouveau) GDK*	ASI/SBK, ase/evs et Ursula Gerber
	Es ist jetzt schwer zu entscheiden, ob die Tarife nicht zu niedrig angesetzt wurden und später noch nachkorrigiert werden müssen. Die Festlegung von Frankenbeträgen einheitlich für die ganze Schweiz widerspricht den KVG-Normen, wo **kostenbasierende Tarife** verankert sind. Aufgrund der unterschiedlichen Lebenshaltungs- aber auch der Lohnkosten ist ein landesweiter einheitlicher Tarif abzulehnen. Eine Taxpunktzahl pro Pflegebedarfsstufe mit kantonal kostenbasierender Festsetzung des Taxpunktwertes halte das SRK für sinnvoller als eine Festlegung von Frankenbeträgen. Das SRK regt darüber hinaus an, auch für die Abgeltung von Tagesstrukturen Taxpunkte festzulegen.	Croix rouge suisse/SRK
Al. 3	Die Ansätze der OKP-Beiträge für Leistungen der Langzeitpflege sind zu tief Die vorgeschlagenen Beiträge der Krankenversicherer entsprechen nicht den aktuellen Zahlen. Damit die Umsetzung der Pflegefinanzierung tatsächlich kostenneutral erfolgt, müssen die Tarife gerade bei grösserem Pflegebedarf deutlich höher ausfallen. Bei Annahme der	Senesuisse

Al. 3 Al. 4 neu	vorgelegten Tarife würden die Krankenversicherer um weit mehr als 10% entlastet, was dem Willen des Gesetzgebers widerspricht. Die vorgelegte Berechnungsbasis beinhaltet mehrere Schwachpunkte. So basieren die verwendeten Zahlen der SOMED-Statistik auf vielfach ungenauen Angaben und waren zudem erst für 2006 erhältlich. Nicht nachvollziehbar ist der geringe Unterschied zu den nächsten Pflegestufen: Gemäss den Zahlen aus der Praxis kann ein Unterschied von weniger als CHF 10.-- pro Stufe nicht nachvollzogen werden. Die uns vorliegenden Zahlen ergeben vielmehr eine Differenz zwischen CHF 10.-- und CHF 11.--. Dies geht auch aus der Tatsache hervor, dass bei einem grösseren Pflegeaufwand auch ein grösserer Anteil an teurer Nachtpflege anfällt. Nur mit der Annahme dieser Tarife kann ein erneutes Debakel analog der letzten versuchten KVG-Revision und/oder eine baldige Korrektur der Beiträge vermieden werden. Antrag für Tarife in Art. 7 Abs. 3 KLV: *Cf. Proposition et commentaire al. 3 GDK* *Das Bundesamt erarbeitet mit den Leistungserbringern zusammen eine Umrechnung der bisherigen Leistungserfassung auf die Beitragsstufen nach Abs. 3.* RAI/RUG, BESA und PLAISIR beruhen auf unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen. Damit gleiche Leistungen gleich und unterschiedliche Leistungen unterschiedlich abgegolten werden, ist eine Koordination der drei Systeme auf die in Abs.3 aufgeführten Leistungsstufen nötig. *Cf. CDS pour II Al. 2 et 3 (nouveaux)*	
Al. 1 Al. 2	Die kostenneutrale Einführung der neuen Pflegefinanzierung für die Versicherer verlangt eine Erhöhung der Spitex-Beiträge um durchschnittlich 8% (aaO Abs.1). Die diesbezüglichen Forderungen der GDK werden unterstützt. Die Festlegung der Vergütungseinheit (aaO Abs.2) bei Spitex auf 5 Minuten (pro Einsatz mindestens 10 Minuten) kann der Spitex Verband nur zustimmen, wenn die Beiträge um 8% erhöht werden. Sollten die Beiträge nicht erhöht werden, ist die Vergütungseinheit bei jeweils 10 Minuten (pro Einsatz mindestens 15 Minuten) festzulegen. *Cf. proposition al 1 CDS* Die neue Pflegefinanzierung soll kostenneutral für die Versicherer umgesetzt werden. Die Zahlen der Spitex-Statistik 2007 müssen auf 2009 hochgerechnet werden. Berechnungen der GDK auf dieser Basis zeigen klar, dass das BAG die Beiträge zu tief veranschlagt hat. Der Spitex Verband Schweiz unterstützt daher die neuen Tarifvorschläge der GDK. In jedem Fall müssen die OKP-Beiträge nach Inkraftsetzung nochmals anhand der definitiven statistischen Daten des Jahres vor Inkrafttreten überprüft und angepasst werden (s. Ziff II Abs. 2 KVV). Der Einschub „Art. 25a Abs. 1 KVG" ist notwendig, damit festgehalten ist, dass diese Beiträge für die Langzeitpflege gelten. **Kommentar zu BAG-Vorschlag**: Werden die Beiträge, wie vorgeschlagen, um ca 8% erhöht, kann die Abrechnungseinheit bei 5 Minuten bleiben. Mindestens aber muss pro Einsatz 10 Minuten verrechenbar sein. Im Kommentar zur KLV ist klarzustellen, dass bei mehreren Einsätzen am gleichen Tag jeweils immer mind. 10 Minuten verrechnet werden können. **Spitex Vorschlag**: *2 Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von 10 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 15 Minuten.* Sollte der Anliegen von Spitex Verband auf Erhöhung der Beiträge	SPITEX

	nicht entsprochen werden, müssen die Abrechnungseinheit auf 10 Minuten und die Mindestvergütungsdauer auf 15 Minuten erhöht werden. Im Kommentar zur KLV ist klarzustellen, dass bei mehreren Einsätzen am gleichen Tag jeweils immer mind. 15 Minuten verrechnet werden können. 2008: kantonale Tarifverträge: 15 Min-Takt: FR,GE,VD,GL,SH,ZH 10 Min-Takt: VS,LU,NW,OW,UR,ZG,SZ 5 Min-Takt: JU,AI,AR,GR,SG,TG,TI,AG, BE, BL,BS,SO Heute wird nur in 12 Kantonen im 5 Minuten-Takt abgerechnet. In den grossen Kantone VD und ZH wird mit 15 Minuten-Schritten abgerechnet. Ein Umstellen auf 5 Minuten ist mit sinkenden Erträgen verbunden.	
	Aufgrund von Berechnungen stellt Swiss Reha fest, dass die Frankenbeiträge –ja nach Berechnungs- und Interpretationsart-- zu tief ausgewiesen sind. Die Berechungsgrundlagen sind transparent auszuweisen und zwischen Bund, Kanton, Versicherern und Leistungserbringern festzulegen. Störend wirkt, dass auch für Patientinnen und Patienten in der Pflegestufe 0 (kein Pflegeaufwand) die Krankenversicherer Beiträge zu zahlen haben. Dem gegenüber ist anzumerken, dass für Patientinnen und Patienten in höheren Pflegestufen der vorgeschlagene Zeitrahmen nicht genügt (z.B. für Demenzkranke in einer isolierten Station oder für die Palliativpflege). Die unterschiedlichen Einstufungssysteme (BESA, RAI/RUG oder Plaisir) führen bei derselben Pflegeaufwand zu unterschiedlichen Resultaten bezüglich des Zeitaufwandes. Die Systeme sind deshalb zu validieren und auf die vorgeschlagen Zeitstufen zu normieren. Definition der anrechenbaren Betriebskosten: Swiss Reha vertritt die Auffassung, dass auch im Sinne der Rechtssicherheit für die Patientinnen und Patienten eine eindeutige und abschliessende Auflistung aller Kriterien für die Berechnung der Vollkosten zentral ist. Die nötige Rechtssicherheit für Versicherte wird nur dann gewährleistet, wenn die Vollkosten nach einheitlichen Kriterien berechnet werden. Aus den Rahmenkriterien, welche analog der VKL zu gestalten sind, muss hervorgehen, welche Kostenarten bei der Berechnung der Vollkosten berücksichtigt werden dürfen. a) bei der Berechnung der Restfinanzierung durch die Kantone (Langzeitpflege) und b) bei der Berechnung der Pauschalen für die Akut- und Übergangspflege Für die Festlegung der Anpassungen der Beiträge der Krankenversicherer an die allgemeine Kostenentwicklung sowie für die Validierung und die Normierung der unterschiedlichen Bewertungssysteme für den Pflegeaufwand (BESA, etc.) schlägt Swiss Reha die Schaffung einer eidg. Kommission (ähnlich der eidg. Analysen-Kommission) vor.	Swiss Reha
	santésuisse unterstützt die Stufung und Vorgaben bezüglich der Beiträge nach dem neuen Art. 7a KLV: Die vorgeschlagenen Vergütungs-Zeiteinheiten für die Krankenpflege ambulant („Spitex“ inkl. Pflegefachfrauen und –männer nach Art. 49 KVV) gemäss Art. 7a II KLV sind aus santésuisse Sicht sachgerecht (5 Minuten-Schritte, mindestens 10 Minuten zu vergüten). santésuisse unterstützt, dass bei den Beiträgen im Bereich Pflegeheime (KLV 7a III) Zeitschritte im 20 Minuten-Takt gemacht werden. Die bestehenden Pflegebedarfssysteme sind zwar in verschiedener Hinsicht unterschiedlich, da aber die Leistungserbringungs-Minuten angegeben werden können (auch im System BESA), ist jetzt eine pragmati-	santésuisse et UDC/SVP

Al. 1	sche Umsetzung möglich. Die Beitragshöhen bezüglich Pflegeheime (KLV 7a Ill) sind santésuisse Erachtens akzeptabel; sie haben recht ähnliche Beiträge wie im Verordnungsentwurf festgelegt errechnet. Sie sind mindestens so gut, dass in die 3-jährige Übergangsphase gegangen werden kann. Die Infras-Studie zeigt, dass damit die geforderte Kostenneutralität zu erreichen ist. Es ist allerdings festzustellen, dass in verschiedenen Kantonen Anpassungen nötig sein werden. Die vorgeschlagenen Spitex-Beiträge nach KLV 7a I erachtet santésuisse als zu hoch: Je nach Versichertenmix zeigen Rechnungs-Statistiken der Grossversicherer eine Überhohung zwischen 5 und 7,5 Prozent. Eine entscheidende Rolle spielt der Mix der verrechneten Leistungenlangewendeten Tarifstufen. santésuisse beantragt die entsprechende Senkung dieser Beiträge. Sollte sich im Verlaufe der 3-jährigen Einführungsphase zeigen, dass Anpassungen der Beitragshohen nach oben oder nach unten angezeigt sind, ermöglicht und gebietet dies die Übergangsregelung (Kompetenz: Bundesrat / Departement). Beiträge: a. …75.25 Franken. b. …61.55 Franken. c. …51.30 Franken. *Cf. Proposition et commentaire II Al. 2 nouveau CDS*	
	Gleichbehandlung von Patienten zu Hause und im Heim bezüglich der Patientenbeteiligung Aufgrund von KLV Art. 7a ist die Kostenbeteiligung für Patienten zu Hause und im Heim bei gleichem Pflegeaufwand unterschiedlich hoch. Insbesondere ist für Patienten zu Hause mit hohem Pflegeaufwand die Patientenbelastung viel höher. Im Sinn der Gleichbehandlung sollte auch bei der Pflege zu Hause die gleiche Maximalbelastung in Franken wie für die Pflege im Heim gelten. Bei Patienten zu Hause erbringen in der Regel Angehörige zudem zusätzlich beträchtliche Leistungen und helfen damit die Kosten für Versicherer und die öffentliche Hand niedriger zu halten. Deshalb wäre eine Benachteiligung in diesen Fällen besonders stössend.	CSA / SSR
	A la méticulosité comptable, ajouter une composante de qualité humaine: Les assurés, notamment les membres de la FARES, ne sont pas (encore) en mesure d'évaluer la validité de la construction, importante à leurs yeux, des montants attribués aux périodes de prestations indiquées. Par contre, les critères de détermination du temps passé à donner une prestation à une personne nécessitant des soins de longue durée les intéressent au plus haut point. Donner un soin est une opération plus délicate que produire un objet. Un soin n'est pas identifiable à un objet. Il y a un aspect humain non réductible à un simple problème de gestion économique d'une production ordinaire. La prise en compte de cet aspect humain doit intervenir dans l'évaluation du temps nécessaire à l'accomplissement d'une prestation de soins, et tout particulièrement s'il est de longue durée; si ce n'est pas dans le tableau des coûts par temps passé à donner la prestation, alors dans l'évaluation du temps utilisé pour un soin requis, voire dans le calcul du total du temps utilisé pour tous les soins requis par un patient. Des critères devraient être explicités à ce sujet afin de compléter une méticulosité comptable par une composante de qualité humaine.	FARES/ VASOS et AVIVO Suisse/ Schweiz
	Die Versicherungsbeiträge werden in 12 Stufen eingeteilt werden. Es geht aber aus der Botschaft nicht hervor, wie diese Zahlen genau zu Stande gekommen sind. Der SPO ist es ein Anliegen, dass das Ver-	SPO

	sprechen der Kostenneutralität eingehalten wird und die Erneuerungen nicht auf Kosten der PatientInnen eingeführt werden.	
Al.1/3 Al. 4 (neu) Al. 5n	*Cf. premier paragraphe IG Pflegefinanzierung* *Cf. proposition al. 4 nouveau DOK* Pflege angewiesen sind, die ungedeckten Kosten oft nicht über die Ergänzungsleistungen finanzieren können, da sie noch keine Rente erhalten haben. Bei Heimbewohnern ist diese Konstellation wesentlich seltener. Benötigt eine Person intensive Pflege von täglich mehreren Stunden, führt die vorgeschlagene Lösung in der KLV zu einer massiven Privilegierung der Heimbewohner resp. zu einer massiven Mehrbelastung all jener pflegebedürftigen Personen, die daheim leben. Dem gesetzgeberischen Willen kann nur entsprochen werden, indem die maximale tägliche (eventuell: jährliche) Patientenbeteiligung im Bereich der ambulanten Pflege in der Verordnung auf das Maximum der täglichen (eventuell: jährlichen) Patientenbeteiligung im Pflegeheim begrenzt wird. Die Gleichstellung von Pflegeheimbewohnern und pflegebedürftigen Personen, die zuhause leben, bezüglich des maximalen täglichen Kostenbeitrages der versicherten Person. *Cf. proposition et commentaire al. 4 nouveau senesuisse* *Cf. CDS pour II Al. 2 et 3 (nouveaux)*	GELIKO
	Die Situation den freiberuflichen Pflegefachleute ist mit „zu den Leuten nach Hause gehen“ nicht mit einem Garagisten vergleichbar und würde deshalb einen höheren Stundenansatz rechtfertigen. Gespräche u.a. mit Ämtern, SD oder Wegzeiten können nicht abgerechnet werden. Die Weiterbildung wird aus dem eigenen Portmonnaie bezahlt. Die Verantwortung als „Einfrau-Betrieb“ ist erheblich grösser, als wenn in einer Institution gearbeitet würde. Wird zu Hause bei den Betroffenen gearbeitet, gibt das einen Einblick in die Ganzheit der Situation, wie es keinem Arzt in dieser Form möglich ist. Die Einsätze der freiberuflichen Pflegefachleute haben einen unschätzbaren Wert. Sie nehmen die Bedürfnisse, das Wohlergehen und die persönlichen Entwicklungsschritte ihren Klienten ernst. Arbeitszeit und Freizeit sind nicht klar getrennt wie im Angestelltenverhältnis. Eine Anpassung von 120.--/Std ist nicht übertrieben. Seit 1994 wurde keine finanzielle Anpassung mehr vorgenommen. Nach den Berechnungen von Frau Aellen würde der Ansatz unter der Errechnung einer jährlichen Teuerung von durchschnittlich 2% einen aktuellen Stundenansatz von 109.04 ausmachen. Die jährlich auf den Index berechnete Teuerung muss rechtlich verankert sein. Logopädinnen dürfen ihre Wegzeiten den Kassen berechnen.	Aellen Verena (Psychiatriespitex)
	Über Aufwand und Ertrag dieser Tätigkeit hat sie sich mit einem Betriebsfachmann beraten, dessen Meinung war, dass wir für wenig Geld arbeiten, wenn alles berechnet ist. Der heutige Tarif basiert auf einem Vertrag von 1994, da wäre eine Anpassung auf 120 Fr. pro Std. angemessen. Abrechnungen im 10 Min. Schnitt sollten beibehalten werden, da das Abrechnen im 5 Min. Schnitt ein unnötiger Mehraufwand bringen würde.	Affolter Marta
	Finanziert wird im Bereich für ambulante psychiatrische Pflege nur die Pflegemassnahme. Der administrative Aufwand der Planung und Evaluation, ebenso die Dokumentation, welche den Pflegeprozess erst tauglich macht, wird alles unter dem zur Zeit aktuellem Taxwert ver-	Alpha Pflege (E.Paul Rasberger, Psychiatriepflege,

	rechnet. Berücksichtigt man diese Faktoren und bedenkt, dass die aktuellen Taxwerte vor mehr als 10 Jahren festgelegt wurden, kommt ein Stundenansatz zum Vorschein, der nicht im Geringsten den Wert und Nutzen unserer Arbeit widerspiegelt. Kosten für Fort- und Weiterbildung sind im aktuellen Tarif nicht erhalten Wird von Seiten einer Klientin ein Termin nicht wahrgenommen, entstehen der Pflegefachperson Kosten durch die An- und Abfahrt und die nicht genutzte Arbeitszeit, Kosten die sie alle selber zu tragen hat. Wenn nun noch Fahrzeugkosten, Ausgaben für das Büro, kleinere Anschaffungen wie Blutdruckmessgerät, BZ-Gerät, eventuell ein Alkotest berücksichtigt werden, kommt Herr Rasberger auf einen realistischen Stundenansatz im Tarif a von 120 CHF. Der Tarif b sollte im gleichen Verhältnis den aktuellen Gegebenheiten angepasst werden. In den Medien war die Rede davon, dass die administrative Belastung für die Pflegenden zu hoch ist. Als freiberuflich Tätige ist der administrative Aufwand höher, bei Berücksichtigung der oben genannten Faktoren der Stundenlohn sicher geringer. Die ambulante Versorgung soll auch unter dem Kostenaspekt zukunftsweisend sein, was unter den aktuellen Bedienungen aber nicht sehr Erfolgsversprechen ist, da kaum zu erwarten ist, dass Pflegefachleute den Mehraufwand und die höhere Verantwortung bei schlechterer Entlohnung auf sich nehmen.	Mitglieder des VAPP)
	Gemäss Art. 7 a KLV leistet die Versicherung Beiträge an die Pflegeleistungen, wobei bei ambulanten Leistungen ein Zeitansatz und im Pflegeheim ein Tagesansatz zur Anwendung kommt. Da in Tages- und Nachtstrukturen mehrere Patienten gleichzeitig und über den ganzen Tag bzw. die Nacht gepflegt und betreut werden, erscheint uns eine detaillierte Abrechnung nach Spitex-Stundentarifen nicht durchführbar. Wir schlagen deshalb eine Pauschalierung vor, die auf dem Pflegebedarf beruhen müsste. *Cf. eingabe der IG Pflegefinanzierung*	alzheimer
	La multiplication des niveaux de soins jusqu'à douze échelons obligera à alourdir les outils d'évaluation et à augmenter les frais de gestion.	ARODEMS
	Bisher hat die KLV in Artikel 9a Absatz 1 Buchstaben a und b bei der Tarifhöhe nach Grundpflege einfach/stabil und Grundpflege komplex/instabil unterschieden. Diese Unterscheidung war und ist essentiell. Grundpflege komplex/instabil darf bisher nur von entsprechend qualifziertem (DN2) und daher auch einiges teurerem Personal gepflegt werden. Der bisher höhere Tarif für Grundpflege komplex/instabil ist so gerechtfertigt. Neu soll nach Artikel 7a Abstz 1 Buchstabe c nur noch ein Tarif für die Grundpflege gelten (CHF 54.-) mit weitreichenden Folgen: - Der Tarif ist viel zu gering für den Aufwand bei Grundpflege komplex/instabil. Er liegt etwa 20% unter dem in der Regel noch zusätzlich subventionierten Spitextarif der Kantone Basel-Stadt und Baselland. Die massive Kostenunterdeckung wird zwangsläufig zu einer grossen Mehrbelastung der Patienten und des Kantons führen. - Das Raster zur Beurteilung und Tarifierung der realen Pflegesituationen wird zu grob. Nur eine Kategorie Grundpflege entspricht nicht der pflegerischen Realität. - Zu befürchten ist eine massive Abnahme der Qualität, weil es sich die Spitexorganisationen nicht werden leisten können, teures gut qualifiziertes Personal für lediglich CHF 54.- pro Stunde einzusetzen. Man wird angesichts des entstehenden Kostendrucks versuchen, wo immer es geht in der Grundpflege den Skills/Grade Mix auf ein tiefes günstiges Niveau herabzusetzen – auf Kosten der Qualität. Die heutige Differenzierung der Grundpflege nach Artikel 9a, 1, a & b dient in diesem	ASI/SBK Basel

	Sinn der Qualitätssicherung: Pflege, die höhere Qualifikation fordert, wird besser abgegolten. Für die erforderliche Qualität der Pflege ist also bisher eine angemessene Abgeltung vorhanden. Zukünftig sollte dies weiterhin gesichert sein.	
Al. 4 (nouveau)	Die Konferenz stellt fest, dass im Bereich der ambulanten Pflege ein maximaler Beitrag des Versicherers von Fr. 79.20 pro Stunde vorgesehen ist. Dies hat zur Folge, dass die pflegebedürftige Person für die ambulante Pflege nebst Franchise und Selbstbehalt zusätzlich einen Beitrag von Fr. 15.85 pro Stunde (20% im Sinne von Art. 25a Abs. 5 KVG) zu leisten hätte. Benötigt eine Person intensive Pflege von täglich 3 Stunden, so wird sie mit Fr. 47.52 pro Tag belastet. Benötigt eine Person im Heim demgegenüber intensive Pflege von 3 Stunden, so beläuft sich ihr Beitrag bloss auf Fr. 20.40 pro Tag (20% von Fr. 102.-). Damit führt die vorgeschlagene Lösung in der KLV zu einer massiven **Privilegierung der Heimbewöhner** resp. zu einer **massiven Mehrbelastung** all jener pflegebedürftigen Personen, die **daheim leben**. Ein solcher ,,perverser" Effekt ist vom Gesetzgeber des Erachtens der Konferenz weder angestrebt noch in Kauf genommen worden. Es ist denn auch immer wieder in der parlamentarischen Debatte festgehalten worden, dass die Patientenbeteiligung auf etwas über 7'000 Franken im Jahr limitiert werde. Dem gesetzgeberischen Willen kann nur entsprochen werden, indem die maximale tägliche (eventuell: jährliche) Patientenbeteiligung im Bereich der ambulanten Pflege in der Verordnung auf das Maximum der täglichen (eventuell: jährlichen) Patientenbeteiligung im Pflegeheim begrenzt wird. Dies ist umso wichtiger, als Menschen, die (im IV-Alter) auf ambulante Pflege angewiesen sind, die ungedeckten Kosten oft nicht über die Ergänzungsleistungen finanzieren konnen, da sie noch keine Rente erhalten haben. Bei Heimbewohnern ist diese Konstellation wesentlich seltener. *Der maximale tägliche (eventuell: jährliche) Kostenbeitrag der versicherten Person gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG beträgt sowohl bei ambulanter Pflege wie auch bei Pflege im Heim 20.40 Franken (eventuell: 7'446 Franken).* Wird eine derartige Regelung in der Verordnung abgelehnt, so müsste ernsthaft geprüft werden, ob die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 nicht zu hoch resp. Die Beiträge nach Art. 7a Abs. 3 KLV nicht zu tief berechnet sind. Grundsätzlich muss der Beitrag der Versicherer an die Pflegeleistungen ungefähr denselben Anteil der Kosten decken, unanhängig davon, ob die Pflege ambulant oder im Heim durchgeführt wird. Es bestehen aus unserer Sicht erhebliche Zweifel, ob diese Vorgabe mit der vorgeschlagenen Lösung erfüllt ist. Solange die Vollkosten nicht erfasst und dargestellt sind, bleibt die Berechnung intransparent.	DOK, MS, Procap, SZB
	Depuis plusieurs années, Neuchâtel est le seul canton à fournir des coûts de soins globaux. Le forfait actuel alloué par les assureurs maladie couvre une bonne partie des coûts de soins étant donné qu'il englobe les médicaments, les analyses et les honoraires des médecins, physiothérapeutes et ergothérapeutes. La statistique fédérale SOMED ne tient pas compte de ces éléments. Cela explique que les coûts de soins dans les EMS neuchâtelois sont les plus élevés de Suisse. De part son expérience, Monsieur Aubert peux démontrer qu'en ayant la possibilité de gérer des forfaits comprenant les médicaments, les médecins, les intervenants extérieurs, ainsi que les analyses et certaines prestations extra-muros, les EMS peuvent travailler dans l'économicité. Les homes et homes médicalisés qui sont au bénéfice d'une autorisation cantonale, ont la possibilité de s'approvisionner directement aux	Aubert Pierre (home Chantevent ANIPPA)

	grossistes. Selon les médicaments, l'économie peut aller de 25 à 40% sur le prix public. Si les EMS devaient appliquer les nouvelles ordonnances, telles qu'elles leur ont été présentées, les coûts de soins augmenteraient considérablement. Par exemple, pour l'institution de Monsieur Aubert de 32 lits, ils s'élèveraient de plus de CHF 50'000.- par an et cela seulement pour les frais liés aux médicaments. En concluant un contrat entre l'association „ANIPPA" et un laboratoire pour les analyses, l'institution de Monsieur Aubert a pu réaliser des économies de plusieurs milliers de francs. Avec le vieillissement de la population et une augmentation des cas de psycho-gériatrie, leur prise en charge devient une part de plus en plus importante du travail des soignants. Mais actuellement, aucun système d'évaluation des soins requis „BESA", „RAI/RUG" ou „PLAISIR" n'en tient compte. Il est facile d'évaluer un soin physique mais beaucoup plus difficile d'estimer un soin relationnel et dès lors, d'y mettre une valeur ! (minutes/soins requis) Les économies ainsi faites ces dernières années sur l'achat des médicaments, leur a permis de continuellement améliorer la qualité des soins prodiguées aux personnes âgées, sans pour autant en augmenter le coût global. De plus, il est nettement plus facile de comparer les coûts entre institution (et entre cantons) avec un système de forfait global tout en responsabilisant les directeurs d'institution en leur permettant de contrôler et d'influer sur leur coûts. De plus, La nouvelle grille proposée à 12 classes est insuffisante dans le nombre de minutes de soins requis. En effet, avec une telle classification, on ne couvre pas l'ensemble des Résidants puisqu'il en existe de nombreux, requérant plus de 240 MSN (Minutes-soins nettes) par journée. En résumé, Monsieur Aubert propose donc de laisser le choix : - soit les institutions acceptent les contributions telles que mentionnées dans les nouvelles ordonnances - soit les institutions facturent des contributions plus élevées en intégrant les prestations extra-muros.	
Al. 1 Al. 2	Die Unterteilung der Leistungen a, b und c gemäss KVG Art. 7 Tarifziffer ist aufzuheben und die Leistungen der ambulanten Pflege auf Fr. 120.- pro Stunde festzusetzen. Es bringt nur Verwirrung und Verunsicherung auf Seiten der Patientinnen und Patienten, der Versicherer und der Leistungserbringer. Im Vergleich zu einer stationären Behandlung mit mehreren Hundert Franken am Tag, wirkt hier die ambulante Pflege effizient, gezielt und sehr preiswert. *Abs. 1: für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 120.- Franken;* Die Aufteilung in 5 Minuten Abrechnungseinheiten, mindestens aber 10 Minuten ist nicht hilfreich, senkt keine Kosten und ist mit viel überflüssiger Arbeit verbunden. *Abs. 2: Die Vergütung der Beiträge nach Absatz 1 erfolgt in Zeiteinheiten von 10 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 10 Minuten.*	Freiburghaus Roger
	Der geplante Stundenansatz von rund 120.- CHF (79.20 plus 55% vom Bund) durchaus angemessen ist - für die ganze qualifizierte ambulante Pflege. Diese zwei Frauen, der VAPP, und der SBK sind dort einer Meinung: qualifizierte, dem Patienten im einzelnen, dem Gemeinwohl im ganzen dienende, volkswirtschaftlich günstige Arbeit verdient einen gerechten, zeitgemässen Lohn. Anhebung Tarif: In Anbetracht der gestiegenen KK-Prämien seit 1994	Froidevaux Liliane, Kallen Vroni (VAPP)

	ist es doch sehr erstaunlich, dass für die Leistungserbringer Freiberuflicher keine Tariferhöhung erfolgt ist. Sind doch auch diese Kosten in den letzten 15 Jahren gestiegen (Teuerung seit 1994 ca 15%). Aus der Sicht und Erfahrung diesen zwei Frauen ist es für Klienten, welche sich oftmals schon im Bereiche des Existenzminimums bewegen, unzumutbar, einen Selbstbehalt von 20% zu verlangen. Aus dem gleichen Grunde ist es für Freiberufliche auch ein Problem, wenn sie nicht wie bis anhin direkt mit den Krankenkassen abrechnen können: die Patienten von Freiberuflichen sind aufgrund ihrer Krankheitsproblematik oftmals nicht in der Lage, genügend umsichtig ihre eigenen Finanzen selber zu regeln, mit der Folge, dass das Krankenkassengeld für anderes gebraucht wird und die Rechnungen den Freiberuflichen dann nicht bezahlt werden.	
	Die Tarife laut Tarifvertrag des SBK –santésuisse, die die Abrechnungssufen A / B / C kennt, ist für Freiberufliche eine unnatürliche Unterscheidung und unnötig. Jede Pflegeperson ist diplomiert und bringt viel Berufserfahrung mit. Es arbeiten keine Hauspflegerinnen od. andere Berufsgruppen mit, wie in Spitexorganisationen. Freiberufliche Pflegefachleute plädieren auf einen Einheitstarif für sämtliche psychiatriepflegerischen Leistungen. Der SBK hat den Stundenansatz einer freiberuflichen Pflegeperson errechnen lassen und ist auf einen Stundenlohn von 120 Franken gekommen, was die freiberuflichen Pflegefachpersonen adäquat finden. Die Abrechnungen müssen handhabbar sein und nicht den Administrativaufwand explodieren lassen. Eine gesamtschweizerische Lösung ist unbedingt anzustreben, da etliche Freiberufliche über die Kantonsgrenzen hinaus arbeiten!	Gerber Ursula (Psychiatriespitex)
	Der Leistungserbringer ist unter dem vorgeschlagenen Beitragrelement nicht zweckmässig in der Lage eine qualitative Pflege zu gewährleisten. Daraus resultiert, dass in Zukunft eine mangelhafte/gefahrenvolle Pflege auf den Pflegebezüger zu kommen wird. Es ist ein Trugschluss, so Geld sparen zu wollen, denn schlussendlich würden sich die Leistungsempfänger wieder mehr in die Spitäler beigegeben. Ein Drehtüreffekt wird stattfinden. In diesem Artikel werden die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Pflegeleistungen konkretisiert. An der heutigen Vergütungsform ist grundsätzlich nichts zu ändern, d.h. die Pflegeleistungen ambulant sollen weiterhin mittels eines Zeitansatzes und die Pflegeleistungen im Pflegeheim mittels eines Tagesansatzes vergütet werden. Die Ermittlung der Beiträge erfolgt auf Basis der in Absatz 1 der gesetzlichen Übergangsbestimmung enthaltenen Vorgabe der Kostenneutralität für die obligatorische Krankenversicherung. Bei den Pflegeheimen wurde ausgehend von den Daten aus der sozialmedizinischen Statistik ein Mengengerüst für ein linear abgestuftes Beitragssystem geschätzt. Dem wurden die geschätzten Vergütungen der Krankenversicherung für 2006 für Pflegeleistungen (rund 1.5 Mrd. CHF, ohne Vergütungen für Arztleistungen, Medikamente u. a.) gegenübergestellt. Die so ermittelten Beiträge wurden dann um die durchschnittliche Erhöhung der Rahmentarife zwischen 2006 und 2008 (3.17%) angepasst und am Schluss auf 50 Rappen (ab-)gerundet. Im Bereich der Spitex wurde für die Ermittlung der kostenneutralen Beiträge auf die Erhebung des Expertenbüros INFRAS (INFRAS, Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten, 16. Mai 2007, Zürich) abgestellt. Aus dieser Erhebung lassen sich die durchschnittlichen Kosten pro Stunde Pflegeleistung und pro Leistungsart berechnen. Diesen wurde die durchschnittliche Vergütung der Krankenversicherung gemäss der Spitex-Statistik 2006 für KLV-Leistungen pro Stunde (rund 56	IG Freiberufliche Sektion ZH/GL/SH und Interventionsgruppe Psychiatrie

	CHF) gegenübergestellt. Die so ermittelten Beiträge wurden dann um die durchschnittliche Erhöhung der Rahmentarife zwischen 2006 und 2008 angepasst (2.93%) und am Schluss auf 5 Rappen gerundet. In Absatz 1 werden die Beiträge nach den Leistungskategorien in Artikel 7 Absatz 2 KLV für ambulante Leistungserbringer pro Stunde genannt. Die effektive Vergütung soll aber dann in Zeiteinheiten von 5 Minuten erfolgen, was in Absatz 2 formuliert ist. Da die ambulanten Leistungserbringer die Patienten und Patientinnen i. d. R. aufsuchen und zu Hause pflegen, drängt es sich auf, eine Mindesteinsatzdauer zu berücksichtigen. Die Vergütung soll deshalb pro Einsatz mindestens 10 Minuten umfassen. In Bezug auf eine Begrenzung der zu vergütenden Stunden, bleibt die Regelung in Artikel 8a Absatz 3 KLV grundsätzlich bestehen (vgl. auch Ziffer 27). In Absatz 3 werden die Beiträge abgestuft nach dem Pflegebedarf für die Pflegeheime genannt. Die Abstufung erfolgt mittels einer linearen 20-Minuten-Skala. Damit soll erstens eine genügende Differenzierung der Pflegebedürftigkeit sichergestellt werden. Zweitens lassen sich dank den Minutenangaben die heutigen - unterschiedlich ausgestalteten - Systeme auf einen gemeinsamen Nenner überführen. Dies bedeutet auch, dass die bestehenden Pflegebedarfssysteme beibehalten werden können. In der Wirtschaft kann es in diesen 11 (seit bestehen unseres Rahmenvertrages) zu einer deutlichen Kostensteigerung. Die im Rahmenvertrag SBK/santésuisse festgelegten Bedingungen und Beträge haben nach wie vor Gültigkeit und sind in diesem Zeitrahmen nicht nach oben hin, der allgemeinen Teuerung entsprechend angepasst worden. Die Leistungserbringer (freiberufliche) erbringen seither die zum gleichen Rahmenvertrag festgelegten Beiträge ihre Leistungen.	
	Die Anträge der GDK zur KVV bezüglich der Überprüfung der kostenneutralen Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung werden unterstützt. Die bisherigen Leistungen der Versicherer sind im Rahmen der Tarifestlegung für die ambulante Pflege und im Pflegeheim weiterzuführen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Patientenbeteiligung den im Parlament vorgegebenen Betrag von 7‘100 Franken nicht übersteigt. Die kostenneutrale Überführung der Beiträge entspricht dem Beschluss des Parlamentes. Weil die Patientenbeteiligung direkt mit der Festlegung des höchsten Beitrags zusammenhängt, muss hier die im Parlament genannte Limite beachtet werden. Das Bundesamt erarbeitet mit den Leistungserbringern zusammen eine Umrechnung der bisherigen Leistungserfassung auf die Beitragsstufen nach Abs. 3. RAI/RUG, BESA und PLAISIR beruhen auf unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen. Damit gleiche Leistungen gleich und unterschiedliche Leistungen unterschiedlich abgegolten werden, ist eine Koordination der drei Systeme auf die in Abs.3 aufgeführten Leistungsstufen nötig.	IG Pflege und alzheimer
	Anhebung der Tarife auf z.B. Tarif A ca. CHF 120.-/Std.	Kost Franz
	Aus dieser Sicht muss der Stundenansatz für ambulante Psychiatriepflege mindestens 120 Franken betragen. Der Stundenansatz (72.- bis 78.- im Kanton Bern) hat sich im Übrigen seit 1994 trotz nicht hoher aber kontinuierlicher Inflation nicht verändert.	Moggi-Hofer Doris (VAPP)
	Pflegeleistungen komplex kranker (bspw. palliativmedizinischer) Patientenwerden tariflich ungenügend abgebildet. Eine Kostenneutralität im ambulanten Bereich während der Übergangsphase erscheint palliative.ch hoch problematisch. Sie führt zu einer Qualitätsminderung, da durch die grundlegende Tarifumgestaltung im stationären und ambulanten Bereich gewollt eine Mengenverschiebung vom stationären in den ambulanten und Langzeitbereich	palliative.ch

	stattfinden wird. In der Übergangsphase wird eine Kostenneutralität im ambulanten Bereich gefordert. Dies halte palliative.ch für sehr problematisch. Mittels DRG in der Spitalfinanzierung wird eine Verschiebung der Versorgung aus dem Spitalbereich heraus angestrebt. Das heisst, es wird sehr viel mehr ambulante Versorgung anfallen. Um diese vermehrt anfallenden Leistungen und die bisherige Qualität ambulant und im Langzeitbereich erhalten zu können, müssen vermehrte Kosten für den ambulanten Bereich und die Langzeitpflege akzeptiert werden. Andernfalls muss mit empfindlichen Qualitätseinbussen im ambulanten und Langzeitbereich gerechnet werden. Schon jetzt bestehen Versorgungslücken im ambulanten Bereich, die geschlossen und finanziert werden müssen.	
	So denkt Herr Schmid, es ist an der Zeit der Gesundheitssystem zu pflegen, statt verwahrlosen zu lassen. Aufgrund seiner klinischen und freiberuflichen Erfahrungen fehlt es ihm im Bereich der Pflege an Wertschätzung und vor allem an der Bereitschaft Theorie und Praxis (Politik und Realität) gemeinsam zu transferieren, um optimale Bedingungen für Klienten und Pflegende zu schaffen. An was liegt das? Es kann nicht sein, dass z.B. Fahrtspesen nicht verrechnen können. Da die Freiberufliche im Gegensatz zur öffentlichen Spitex längere Anfahrtswege haben, müssen sie die Spesen aus dem eigenen Sack begleichen und somit mit langen Arbeitstagen auseinandersetzen, um die Existenz aufrecht zu erhalten. Schriftliche zeitaufwendige Berichte für die Krankenkassen und Casemanagement (Vernetzung und Korrespondenz zwischen Psychiater, Vormundschaftsbehörde, Sozialdienst, Hausarzt, Regierungsstatthalter, KlientInnen ect.) sind nicht verrechenbar und gehen auf Kosten Freizeit und Budget. Mit einem Stundenansatz von 78.- Tarif A im Kanton Bern, bleibt unter dem Strich für Herr Schmid nicht mehr viel übrig. Daher wäre ein einheitlicher Stundenansatz (nicht mehr mit Tarif a/b und c, da in der Psychiatriepflege vorwiegend beraten wird und der Bedarf immer wieder von neuem abgeklärt und angepasst werden muss) und ohne Sonderbehandlung von Akut- und Übergangspflege von 120.- als angemessen, gerechtfertigt und fair.	Schmid David
	Der national einheitliche Tarif berücksichtigt nicht, dass die Krankenkassenprämien regional unterschiedlich angesetzt sind und die effektiven Kosten stark von den regional divergierenden Lohnkosten bestimmt werden. Die Zuger Gemeinden erachten die Berechnung der Krankenkassenanteile nur insoweit für vertretbar, wenn für die Kostenentwicklung der Abgeltungspauschalen von höheren Lohnniveaus ausgegangen wird. Die im Entwurf festgehaltenen Pauschalen werden als zu tief erachtet.	SOVOKO
	Die Rahmentarife nach Art. 7a des geltenden KLV sind der allgemeinen Teuerung anzupassen. Die kostenneutrale Überführung ins neue Gesetz ist nach realen und nicht nach nominalen Werten urnzusetzen.	Spitex BE
	Der errechnete Betrag von 79.20 ist in keiner Weise als neuer Tarif akzeptabel. Die von VAPP erdachte und erhoffte Tarifanpassung für Langzeitpflege bewegt sich in etwa um CHF 120.-, was dem neuen KLV entsprechen würde (Tarif für Akut – und Übergangspflege). Der gegenwärtige Ansatz (Kanton Bern: Tarif A CHF 78.- /Std) basiert auf einem Tarifvertrag von 1994 und steht in keinem Verhältnis zu Aufwand, geleisteter Qualität bei entsprechender Anrechnung des Bildungsniveaus der Ausführenden. Die Aufsplittung in 5 Min. Abrechnungseinheiten, mind. aber 10 Min. ist nicht hilfreich, senkt keine Kosten und ist mit viel überflüssiger Arbeit verbunden:	VAPP, Eveline Bürki (VAPP), Markus Rebmann (zusammen mit andere Mitglieder VAPP und Freiberufliche Psychiatrische Spitex

	Sowohl Spitexdienste als auch viele Freiberufliche sind mit Software ausgestattet, welche in 10 Min. Schritten rechnet. Sie müsste überall erneuert werden. Freiberuflich Tätige sind „1 Mensch“ – Betriebe, nicht selten allein erziehende Frauen, welche ohne Subventionen den ganzen Aufwand alleine tragen, darüber hinaus keinerlei Unterstützung bzgl. Fort – und Weiterbildung erhalten und jede solche Teilnahme zwangsläufig mit Einkommensverlust einhergeht. Gleichwohl bemüht sich VAPP darum, jeweils „ajour“ zu bleiben und eine gleich bleibend hohe Qualität in der Arbeit zu bieten. (siehe Statuten und Zielsetzung VAPP) Dem sollte bei der Berechnung der Tarife und den Überlegungen zum administrativen Aufwand Rechnung getragen werden.	Nordwest-schweiz),
	Die ambulant erbrachten Pflegeleistungen sollen weiterhin mittels eines Zeitansatzes und die Pflegeleistungen, welche in einem Pflegeheim erbracht werden, mittels eines Tagesansatzes vergütet werden. Der Bundesrat schlagt im Verordnungsentwurf für die ganze Schweiz einheitliche Beitrage vor. Die einheitliche Vergütung führt zu einer Benachteiligung von Leistungserbringern, welche in Regionen mit hohen Mieten und Lohnen tätig sind. Die Stadt Zürich verlangt, dass die Beiträge kantonal indexiert werden. Dabei soll ein Lohnindex zur Anwendung kommen, welcher die spezifischen Verhaltnisse im Medizinalbereich abbildet. Die Ermittlung der Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegeleistungen erfolgte unter Vorgabe der Kostenneutralität für die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Berechnungen verschiedener Organisationen (u.a. GDK und Curaviva) zeigen, dass die vorgeschlagenen Beiträge für die Pflegeleistungen, welche im Pflegeheim erbracht werden, zwischen 10% und 20% zu tief liegen. Berechnungen der Stadt Zürich zeigen zu erwartende Mindererträge von 14% bzw. 28% -je nachdem, nach welchem Pflegebedarfssystem abgerechnet wird (siehe dazu ausführlich Ziff. O). Bei den Pflegeleistungen, welche ambulant erbracht werden, sind die Beiträge ca. 7% zu tief angesetzt. Die Stadt Zürich verlangt, dass die Berechnungen des BAG offen gelegt werden, damit die Leistungserbringer sie nachvollziehen und gegebenenfalls begründete Gegenanträge stellen konnen. Das Departement ist ausserderm zu verpflichten, die Beiträge periodisch zu überprüfen und der Teuerung anzupassen. Eine Aufteilung des Pflegebedarfs auf 12 Stufen ist grundsatzlich zu begrüssen. Zu hinterfragen ist jedoch die Entschädigung für die erste Bedarfsstufe zu Fr. 8.50. Das Führen einer Pflegedokumentation mit sämtlichen Nachweisen, die den heutigen Kontrollansprüchen der Krankenkasse genügen, und die zusätzlichen administrativen Leistungen stehen in keinem Verhältnis zur Entschädigung. Schon heute wird deshalb in vielen Verträgen die unterste Pflegebedarfsstufe nicht entschädigt. Die ,,eingesparte Summe sollte für die hoheren Pflegebedarfsstufen, insbesondere für die Finanzierung eines Pflegebedarfs, der 220 Minuten überschreitet, verwendet werden. In der Schweiz gibt es heute drei anerkannte Systeme zur Ermittlung des Pflegebedarfs: Plaisir, RAI und BESA. Bei der Überführung der drei unterschiedlich ausgestalteten Systeme von 4 auf 12 Pflegebedarfsstufen muss sichergestellt werden, dass die drei Systeme gleich behandelt werden: es muss validiert werden, ob in allen drei Systemen gleiche Leistungen gleich entschädigt werden. Ausserdem muss gewährleistet werden, dass Leistungspunkte (z.B. im System BESA) von allen Leistungserbringern einheitlich in Zeiteinhei-	Stadt Zürich

	ten umgerechnet werden. Berechnungen der Pflegezentren der Stadt Zürich haben verschiedene Probleme in Bezug auf die Überführung der verschiedenen Bedarfsabklarungssysteme in die neu definierten Beitragsstufen aufgezeigt. Die Grundlage dieser Berechnungen bilden Daten, welche in vier Pflegezentren im Rahmen der Umstellung vom BESA auf das RAI-System auf den 1.1.2009 zum Zweck der Validierung der beiden Systeme erhoben wurden. Dazu wurde der Pflegebedarf bei 669 Patientinnen und Patienten während drei Monaten (Oktober bis Dezember 2008) sowohl nach dem BESA als auch nach dem RAI-System bestimmt. Anhand der erhobenen Daten wurde einerseits der (fiktive) Ertrag berechnet, welcher gemäss den neu festgelegten Beiträgen hatte erzielt werden konnen und andererseits wurde der Vergleich zwischen den (fiktiven) Erträgen, welche mit dem BESA-System und dem Ral/RUG-System erwirtschaftet worden waren, angestellt. Bei der Berechnung der Erträge wurden die Arzt-, Therapie- und Medikamentenkosten nicht berücksichtigt; es handelt sich somit ausschliesslich um die Erträge aus den Pflegeleistungen. Bei der Umrechnung eines BESA-Leistungspunktes auf Minuten wurde mit dem Faktor 2.81 gerechnet; dieser Faktor wird auch von Curaviva verwendet. Werden die erhobenen Daten auf das vorgeschlagene Beitragssystem in Art. 7a KLV angewendet, ergeben sich folgende Ergebnisse: BESA-System: Der Ertrag würde in den 4 Pflegezentren von Fr. 51’104.50 auf Fr. 43’919.50 pro Tag sinken. RAIIRUG-System: Der Ertrag würde von Fr. 48’909.00 auf Fr. 35’283.50 pro Tag sinken. Pro Monat wäre somit im BESA-System ein Minderertrag von Fr. 215’550.00 und im RAIIRUG-System von Fr. 408’765.00 gegenüber dem heutigen System zu verzeichnen. Aus den Ergebnissen lassen sich drei Schlussfolgerungen ziehen: 1. Mit dem heute gültigen Tarif erwirtschaften die städtischen Pflegezentren unabhängig vom angewendeten System zur Ermittlung des Pflegebedarfs ähnliche Erträge; das BESA und das RAIIRUG-System sind kompatibel. 2. Die Umrechnung der beiden Systeme auf die 12 Beitragsstufen, wie sie in Art. 7a KLV vorgesehen sind, ergibt Mindererträge von 14% bzw. 28%. 3. Wenn die 4 Pflegebedarfsstufen des BESA-Systems auf die neu vorgesehenen 12 Beitragsstufen mit einem Minutenwert von 2.81 umgerechnet werden, können bei der Anwendung des BESA-Systems gegenüber dem RAIIRUG-System bis zu einem Viertel höhere Erträge aus der obligatorischen Krankenversicherung erwirtschaftet werden. Pflegezentren, welche mit dem BESA-System arbeiten, werden in Zukunft ,,profitieren“. Diese Berechnungen zeigen auf, dass eine Validierung der Systeme dringend nötig ist, damit nicht in Zukunft gleiche Leistungen willkürlich unterschiedlich entschädigt werden. Ausserdem muss normativ festgelegt werden, welchem Minutenwert ein BESA-Punkt entspricht, um die Gleichbehandlung der Leistungserbringer zu gewährleisten. Zum gleichen Schluss kommt übrigens auch die Vergleichsstudie der Q-Sys AG vom 25. Februar 2009, welche feststellt, dass die Vorgabe eines Minutenrasters ohne Harmonisierung der Minutenmessungen der verschiedenen Systeme zu erheblichen Ungleichheiten führen würde. Sie sieht aus diesem Grund in ihren Systemunterlagen eine Erhöhung der RAI-Minutenwerte um 20% vor. Gerne ist die Stadt Zürich auch bereit, seine Zahlen offen zu legen, um	

	Nachvollziehbarkeit seinen Berechnungen.	

Art. 7b

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
2	Bei der Vergütung der Pflegeleistungen sollte geprüft werden, ob Zahlungen direkt an die Versicherer nicht sinnvoller wären.	CSSS-N
	Als bekannten Konzepte gehen davon aus, dass die Übergangspflege in speziell hierfür durch einen Leistungsauftrag bestimmten Leistungserbringer anzubieten sind. Das Wesen der Übergangspflege besteht hierbei darin, die Heimkehr vorzubereiten und zu erleichtern. Die SPITEX kommt erst dann zum Zug, wenn der Patient bereits daheim ist. Ein Akutpflegefall kann eigentlich nur dann vorliegen, wenn jemand aus Kapazitätsgründen frühzeitig in eine andere stationäre Umgebung als jene des Akutspitals entlassen werden muss, jedoch noch nicht so weit wiederhergestellt ist, dass eine Übergangspflege angewendet werden kann. Aus den Verordungen sollte im Rahmen dieser Begrifflichkeiten eine gewisse Konsistenz mit nationalen und internationalen Terminologien erkennbar sein.	AG renvoi CDS
Al. 2	Il est extrêment important que "Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement au fournisseur de pestations", et en aucun cas aux assureurs. La mention des assureurs devrait être supprimée.	GE renvoi CDS
1	Zur Festlegung des kantonalen Anteils sind differenzierte Kosten- und Leistungsdaten seitens der Leistungserbringer notwendig, welche der zuständigen kantonalen Dienststelle einzureichen und von dieser zu prüfen sind. Damit auf die aktuellsten Kosten- und Leistungsdaten des der Festlegung des kantonalen Anteils vorangehenden Jahres abgestützt werden kann, ist die Frist zur Festlegung des kantonalen Anteils an die Akut- und Übergangspflege auf sechs Monate zu reduzieren. Kanton Graubunden schlägt folgende Formulierung vor: *Der Wohnkanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens **sechs** Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner und -einwohnerinnen geltenden kantonalen Anteil fest."* Offen ist auf Grund des Kommentars für Graubünden die Frage, ob der Anteil des Kantons an den Spitalpauschalen und an der Akut- und Übergangspflege unterschiedlich festgelegt werden kann.	Grisons
1	Die Kostentragung wird bereits in Art. 25a Abs. 2 festgelegt. Der enthaltene Verweis auf Art. 49a KVG und die Spitalfinanzierung genügt. Die Wiederholung der hier aufgeführten Bestimmung ist nicht notwendig. Art. 7b Abs. 1 KLV ist unnotig. Zudem wirkt es störend, dass die Spitalfinanzierung und die entsprechenden Modalitäten auf Gesetzesstufe geregelt sind, während bei der Akut und Übergangspflege dieselben Modalitäten (nach einer Subdelegation auf das Departement) auf Verordnungsstufe wiederholt werden.	NW
2	Dieser Absatz ist letztlich auch nur eine sinngemasse Wiederholung von Art. 49a Abs. 3 KVG. Zur Gewährung der Qualität und der spezifischen Anforderungen an die Akut- und Übergangspflege und für die Bereitstellung und Auslastung massvoller Kapazitäten braucht es die Möglichkeit zur Bezeichnung ausgewählter Leistungserbringer durch den Kanton. Falls keine explizite Regelung für die Bezeichnung von Leistungserbringern für die Akut- und Übergangspflege erstellt wird, müssen wohl die Regeln von Art. 39 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG gelten, worauf gege-	NW

	benenfalls hinzuweisen ist. Es fehlt eine den Art. 25a Abs. 2 KVG-neu klarstellende Definition der Akut- und Übergangspflege, insbesondere auch darauf, wo diese gegenüber einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege in einem Pflegeheim und der Rehabilitation abzugrenzen ist. Ohne die sehr wichtige Definition des neuen Begriffes mit seinen Abgrenzungen bleibt dieser nicht anwendbar oder führt zu nicht erwünschten Verschiebungen zwischen Leistungen bzw. Streitigkeiten über die jeweilige Indikation.	
	Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege müssen in der Kostenrechnung der Leistungserbringer separat ausgewiesen werden, damit die Pauschalen auf Basis der effektiven Kosten vereinbart werden können. Überdies müssen die Kennzahlen der Akut- und Übergangspflege in die statistischen Erhebungen des BFS einfliessen. Dies erfordert Anpassungen bei den Art. 11 und 14 der VKL.	NW
1	Thurgau unterstützt den Vorschlag der GDK, dass die Spitalfinanzierung für die Akut- und Übergangspflege anzuwenden ist und folglich der 2. und 3. Satz zu streichen sind. Ziel des Gesetzgebers war, dass Spitalfinanzierung und Finanzierung der Akut- und Übergangspflege identisch sind, damit keine finanziellen Anreize zur Steuerung der Patientenströme geschaffen werden. Diesem Ansinnen folgend, soll im Gegensatz zum GDK-Vorschlag in der Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2012 jedoch die Kantonsbeteiligung auch identisch mit der Übergangsbestimmung der Spitalfinanzierung sein. Thurgau schlägt deshalb folgende Formulierung vor: *„[1]Der Wohnkanton und die Versicherer übernehmen die Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege anteilsmässig nach Art. 25a Abs. 2 des Gesetzes. Für die Akut- und Übergangspflege gilt Abs. 5 der Übergangsbestimmung zur Spitalfinanzierung mit Festsetzung des Finanzierungsanteils durch die Kantone bis spätestens 1. Januar 2011 mit Wirkung ab Inkrafttreten des Gesetzes."* Im Übrigen verweist Thurgau auf die Vernehmlassung der GDK zur KLV.	TG
	zusätzlich ru regeln Da die in Art. 7a KLV (neu) festgelegten Beitrage auch zusammen mit den Kostenanteilen der Versicherten nicht kostendeckend sein werden, hat Art. 25a KVG neu) zur Folge, dass die Kantone bzw. die Gemeinden auch zur Mitfinanzierung von Leistungen der Langzeitpflege verpflichtet werden. Die Kantone müssen - erganzend zur Kompetenz, maximale Pflegetaxen festlegen zu konnen (S. o.) - ebenfalls die Kompetenz erhalten, die Leistungserbringer sowohl im Bereich Akut- und Übergangspflege wie Langzeitzeitpflege selber zu bestimmen. Diese Kompetenz ist den Kantonen in der KLV einzuraumen.	SZ
2	Art. 7bAbs. 2 (neu) und 7c KLV (neu) Die Akut- und Übergangspflege ist in Abgrenzung zu anderen Leistungsarten wie der Spitalaufenthalt, die Geriatrie, die Langzeitpflege im Pflegeheim oder die Rehabilitation zu definieren. Die Kantone müssen die Kompetenz erhalten, die Leistungserbringer zu bezeichnen, welche Akut- und Übergangspflege erbringen, damit die Qualität und die Anforderungen gewährleistet und die Kapazitäten genutzt werden konnen. Der Regierungsrat beantragt zu diesem Zweck die Ergänzung der KLV mit Art. 7b Abs. 2 (neu) und Art. 7c (neu) gemäss der detaillierten Stellungnahme GDK.	GL
	In Ergänzung dazu dahingehende Anpassung der VKL, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege in der Kostenrechnung der Leistungserbringer auszuweisen sind;	AI
	Le canton du Valais demande l'ajout d'un art. 7b al. 2 nouveau, don-	VS

Al. 2 3bis	nant la possibilité aux cantons de choisir les fournisseurs de prestations de soins aigus et de transition. En effet, avec la création d'un art. 59a al. 5 OAMal tel que proposé ci-devant, les cantons pourront maîtriser via un mandat de prestations la qualité des soins en fixant leurs propres exigences. Par la proposition présentée ci-dessous, les cantons auront aussi la possibilité de gérer au mieux l'offre en soins aigus et de transition sur l'ensemble de leur territoire. Proposition : *Le canton peut désigner les fournisseurs de prestations pour les prestations au sens de l'al. 1* L'amendement de l'art. 8 al. 3bis présenté ci-dessous vise à donner aux partenaires tarifaires un mandat clair en vue de l'élaboration d'un formulaire d'évaluation des soins aigus et de transition uniforme. Proposition : L'évaluation des soins aigus et de transition requis se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire unique. *Les partenaires tarifaires veillent* à *une conception uniforme du formulaire.*	
	Für die Akut- und Übergangspflege im Sinne von Art. 25a Abs. 2 KVG sind grundsätzlich Tarife für die ambulante wie auch für die stationäre Leistungserbringung zu vereinbaren. Auch wenn die ambulante Akut- und Übergangspflege zurzeit in der Praxis selten vorkommen mag, ist sie vom Gesetzeswortlaut nicht ausgeschlossen. Die ambulante Akut- und Übergangspflege sollte deshalb in der vorliegenden Bestimmung im Rahmen einer möglichen Tarifierung berücksichtigt werden.	ZG
	Zur Gewährleistung der Qualität und der spezifischen Anforderungen an die Akut- und Übergangspflege und für die Bereitstellung und Auslastung massvoller Kapazitäten braucht es die Möglichkeit zur Bezeichnung ausgewählter Leistungserbringer durch den Kanton.	SH
	Bei der Finanzierung der Akut- und Übergangspflege wurde mit Art. 25a Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung in der Fassung gemäss Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBI 2008, 5247; abgekürzt KVG-n) eine Analogie zur Spitalfinanzierung geschaffen. Dabei wurde nicht berücksichtigt, dass - anders als bei den Spitalern - die st.gallischen Pflegeleistungserbringer nicht durch den Kanton getragen werden. Da die Finanzierung der restlichen Kosten aus der Akut- und Übergangspflege vollständig durch den Kanton erfolgt und kein Beitrag der Pflegebedürftigen (ausgenommen den Selbstbehalten) vorgesehen ist, legen damit die Versicherer und die Leistungserbringer die Kostenfolgen für den Kanton ohne dessen Einflussnahme fest. Es ist deshalb zwingend sicherzustellen, dass die Pauschalen für die Akut- und Übergangspflege einer Genehmigung durch die Kantonsregierungen bedürfen. Die Vergütung der Leistungen erfolgt gemäss Verweis in Art. 25a Abs. 2 KVG-n nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG-n). Vorliegend fehlt ein entsprechender Hinweis. Der Kantonsanteil nach Art. 49a KVG-n ist noch nicht bekannt und wird erstmals für das Jahr 2012 angewendet werden. Es bedarf daher einer Regelung während einer allfälligen Übergangsfrist. Nach den Bestimmungen der Spitalfinanzierung werden Pauschalen zwischen den Versicherern und Leistungserbringern vereinbart. Die Finanzierung der restlichen Kosten erfolgt vollständig durch die Kantone. Da die st.gallischen Leistungserbringer nicht durch den Kanton getragen werden, erfolgt die Vereinbarung der Pauschalen ohne Einflussnahme des Kantons. Den Kantonsregierungen ist daher die Kompetenz einzuräumen, die Pauschalen zu genehmigen.	SG

2	*[2] Le canton peut désigner les fournisseurs de prestations pour les prestations au sens de l'al. 1.* En vue de garantir la qualité et les exigences spécifiques aux soins aigus et de transition ainsi que pour la mise à disposition et l'exploitation de capacités modérées, la possibilité d'une désignation des fournisseurs de prestations choisis par le canton est nécessaire. *[2 3]Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement au fournisseur de prestations. Les modalités sont convenues entre le fournisseur de prestations et le canton de résidence. L'assureur et le canton de résidence peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur, et que ce dernier verse les deux parts au fournisseur de prestations. La facturation entre le fournisseur de prestations et l'assureur est réglée à l'art. 42 LAMal.* En raison du complément proposé ci-dessus, l'al. 2 devient l'al. 3. D'accord sur le fond.	CDS
2	Le système de facturation doit être transparent et cohérent. En même temps, la facturation et le remboursement des fournisseurs de prestations, des assureurs et des cantons doivent rester praticables. Il faut absolument éviter de voir apparaître 26 systèmes de rembourse-ment différents. Selon l'art. 7*b*, al. 2, OPAS proposé, le canton de domicile verse sa part directement à l'un des plus de 2500 fournisseurs de prestations. De plus, l'assureur et le canton de domicile peuvent convenir que le canton de domicile verse sa part à l'assureur et que celui-ci verse les deux parts au fournisseur de prestations. Dans le système du tiers garant, cette simplifi-cation a manifestement disparu. L'OPAS ne prévoit aucune réglementation concernant les paiements des pouvoirs publics pour les soins de longue de durée. Ces propositions ne ré-pondent pas au besoin d'un règlement simple et conforme à la pratique des rembourse-ments.	SP / PS
	Werden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege stationär erbracht, sind notwendigerweise die Kosten für Hotellerie mit einzuschliessen, da sonst der Sinn des Gesetzesartikels ausgehöhlt wird. Die neu im Gesetz vorgesehene befristete Finanzierung einer Akut- und Übergangspflege mit dem Hinweis auf die analoge Finanzierung wie bei stationären Aufenthalten, schreibt dies auch vor. Die Regelung wurde ja im Hinblick auf die flächendeckende Einführung von Fallpauschalen als flankierende Massnahme für jene PatientInnen verstanden, welche nach der prognostizierten generellen Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Akutspital einer Anschlusslösung bedürfen. Die Kantone sollten demgegenüber die Kompetenz erhalten, die Leistungserbringer zu bezeichnen, welche Akut- und Übergangspflege erbringen, damit die Qualität und die Anforderungen gewährleistet und die Kapazitäten gesteuert werden können.	Grüne
	Bei der Patientenbeteiligung sollte aus Gründen der Gleichbehandlung eine Obergrenze analog der Langzeitpflege eingeführt werden. Zu überlegen ist, ob die ambulante Betreuung mit einer gleich hohen oder mit einer tieferen Obergrenze versehen werden sollte. Bei Art. 7b Abs. 2 KLV ist zu vermerken, dass für Zahlungen der öffentlichen Hand an die Langzeitpflege keine Regelungen diesbezüglich bestehen. Hier sieht die FDP noch Handlungsbedarf.	FDP / PLS
	Der SGV legt Wert darauf, dass die Kantone ihren Verpflichtungen fristgerecht nachkommen und dass sichergestellt wird, dass den privaten Leistungserbringern die gleichen Rechte und Vergütungen zugesprochen werden wie den Öffentlichen.	SGV-USAM

	Die Ansprüche aus Pflegeleistungen im Rahmen der Akut- und Übergangspflege sind an den notwendigerweise zu erbringenden Leistungen und nicht an Pauschaltarifen zu orientieren. Wenn Pauschaltarife in anerkannten Institutionen bezüglich Qualität der Pflegeleistungen möglich und auch kontrollierbar sind, besteht bei einer Pauschalierung für zu Hause beim Patienten zu erbringenden Leistungen die Gefahr, dass die notwendigen Leistungen nicht oder nicht richtig erbracht werden. Es ist vollständig unkontrollierbar, welche Leistungen zu Lasten der Pauschale letztlich zu Hause erbracht werden, da die Leistungserträger keine detaillierte Rechenschaft mehr ablegen müssen.	PULSUS
2	*Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinberen, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer beziehungsweise dem Versicherten beide Anteile überweist. Die Rechnungstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG.* **Dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet, muss sowohl im System des Tiers payant wie im System des Tiers garant möglich sein.** Gemäss Entwurf wäre die entsprechende Vereinbarung aber nur fur das System des Tiers payant zulässig. Es ist deshalb eine Ergänzung nötig welche dle Vereinbarung auch fur das System des Tiers garant ermöglicht. Dabel wird die Umstellung von tiers garant zum tiers payant, wie sie mit der Revision der Spitalfinanzierung eingeführt wurde (Art 42 Abs 2 KVG, In Kraft selt 1.1.2009) nicht berührt.	SBK / ASI
	Die Kostenregelung auf Kantonsstufe ist noch nicht gesichert. Bis anhin bestehen noch keine konkreten Bestimmungen, die es den privaten Spitex-Anbietern ermöglichten, die für die erforderlichen Anpassungen nötigen Schritte einzuleiten bzw. vorzunehmen. Die Mitglieder des ASPS sehen sich dadurch mit diversen Umsetzungsschwierigkeiten konfrontiert.	Spitex
	Mit Erstaunen stellt CURAVIVA die Absicht der Partner fest, dass diese infolge ungenügend klarer und eindeutiger Definition aber trotz formulierter Aussage, wonach die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege mit der Spitaifinanzierung identisch zu regeln sei, versuchen werden, die Kosten für Kost und Logis aus der Finanzierung der Akut- und Übergangspflege auszuklammern. Sollte diesem Bestreben nicht durch eine eindeutige Klarstellung auf der Basis der Ausführungsbestimmungen entgegengewirkt werden, würde dies dazu führen, dass die Patienten der Akut- und Übergangspflege, die vollen Kosten fur Kost und Logis zu eigenen Lasten zu 100% zu berappen hätten. Von einer mit der Spitalfinanzierung identischen Finanzierung dürfte nicht mehr gesprochen werden. Dass dadurch einerseits die Ziele der Akut- und Übergangspflege verfehlt werden, die betroffenen Patienten kein Interesse an dieser Leistungsart entwickeln werden und die Absicht der richtigen Anreize für Sparmassnahmen in der Akut hospitalisation völlig verfehlt würden, ist ohne Zweifel absehbar. Ob sich ohne präzisierende Definitonen Alters- und Pflegeheime für Leistungsaufträge der Akut- und Übergangspflege durch die Kantone gewinnen lassen werden, bezweifeln sie. Falls der Bundesrat durch eine klare und eindeutige Präzisierung hier einen aktiven und sinnvollen Beitrag zur Verhinderung von langwierigen Rechtsstreitigkeiten leisten kann, ist CURAVIVA mehr als dankbar. CURAVIVA beantragt dem BAG, dem Bundesrat zu beantragen, die Verordnung in Bezug auf die Pauschale der Akut- und Übergangspfle-	CURAVIVA

2	ge so zu veändern, dass eindeutig und unmissverständlich klar ist, dass die zu vereinbarende Pauschale ALLE Kosten (inkl. Kost und Logis, Arzt- und Therapien, etc.) zu beinhalten hat. *der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer beziehungsweise dem Versicherten beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG.* **Dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet, muss sowohl im System des Tiers payant wie im System des Tiers garant möglich sein.** Gemäss Entwurf wäre die entsprechende Vereinbarung aber nur für das System des Tiers payant zulässig. Es ist deshalb eine Ergänzung nötig, welche die Vereinbarung auch für das System des Tiers garant ermöglicht. Dabei wird die Umstellung von tiers garant zum tiers payant, wie sie mit der Revision der Spitalfinanzierung eingeführt wurde (Art. 42 Abs. 2 KVG, in Kraft seit 1.1.2009) nicht berüht.	
2	**Unnötiger administrativer Aufwand bei der Kostenaufteilung ist zu vermeiden** Durch die Aufteilung der Rechnung auf Krankenkasse, Patient, Kanton und allenfalls Gemeinde entsteht den Leistungserbringern beträchtlicher administrativer Aufwand. Dies gilt erst recht für die Pflegeheime, welche neben den Pflegeleistungen auch die Hotellerie und Betreuung verrechnen müssen. Zusätzlich belastend ist für in mehreren Kantonen tätige Institutionen die unterschiedliche Methode (tiers garant / tiers payant). Diese Problematik könnte umgangen werden, indem eine Clearingstelle als Schnittpunkt zwischen dem Leistungserbringer und den Kostenträgern erlaubt oder gar obligatorisch eingeführt wird. Die Leistungserbringer würden dieser Clearingstelle die Rechnung stellen, welche diese wiederum auf die verschiedenen Kostenträger aufteilt. Eine solche Zahlstelle hätte gleich mehrere Vorteile: 1 Kantone und Krankenkassen werden von administrativen Aufgaben befreit 2 Leistungserbringer müssten in jedem Fall nur eine Rechnung stellen 3 Der Patient dient nicht mehr als „Bank“ bis er die Leistungen vergütet erhält, und es besteht keine Gefahr, dass der Patient die OKP-Beiträge „fremdverwendet“ (beim System des „tiers garant“) 4 Die Krankenkassen hätten keine totale Kontrolle der Geldströme („tiers payant“) Heute ist es leider noch kaum spruchreif, dieses System national einzuführen. Deshalb muss es den Leistungserbringern zumindest erlaubt werden, solche Clearingstellen einzurichten, was insbesondere über eine anerkannte Ausgleichskasse erfolgen kann. ***Antrag***: ***Den Leistungserbringern ist es zu erlauben, eine Clearingstelle einzurichten, welche die Aufteilung der Kosten auf die Kostenträger vornimmt*** *(vorzugsweise eine anerkannte Ausgleichskasse).* *Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer oder einer durch diese errichtete Clearingstelle. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer beziehungsweise dem Versicherten beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG.*	senesuisse

	Dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet, muss sowohl im System des tiers payant wie im System des tiers garant möglich sein. Gemäss Entwurf wäre die entsprechende Vereinbarung aber nur für das System des tiers payant zulässig. Es ist deshalb eine Ergänzung nötig, welche die Vereinbarung auch für das System des tiers garant ermöglicht. Zudem muss dem Leistungserbringer die Möglichkeit der Errichtung einer Clearingstelle erlaubt sein, um eine einfachere Abrechnung der Kosten nicht auszuschliessen.	
	Wie für die Vergütung der Kosten bei der Akut-und Übergangspflege (KLV 7b) ist das **Vergütungsverfahren bei der Langzeitpflege** im Grundsatz in der Verordnung festzulegen. Dabei ist zu ermöglichen, dass die Kantone ihren Anteil an den Kosten den Leistungserbringern nach Art. 7 Abs. 1 lit. b (Spitex-Organisation / KVV 51) direkt auszahlen. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können aber auch vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil z.B. für die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. a (Pflegefachfrauen, Pflegefachmännern/KVV 49) dem Versicherer auszahlt und dieser dem Leistungserbringer bzw. dem Versicherten beide Anteile überweist.	Spitex CH
2	KLV 7b Abs. 2 ***Ergänzung*** Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer ***beziehungsweise dem Versicherten*** beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG. Der Verweis auf KVG 42 ist zu begrüssen. Die Ergänzung ist nötig, wenn die KLV für Tiers payant und für Tiers garant anwendbar sein soll.	Spitex CH
	Die Kosten sind nach den Regeln der Spitalfinanzierung mittels Pauschalen zwischen Versicherern und Leistungserbringern zu vereinbaren. SW!SS REHA vertritt die Auffussung, dass die Pauschalen gemäss den Regeln der Spitaltaxberechnungen berechnet werden und somit die anrechenbaren Betriebskosten, inkl. Investitionskosten, beinhalten müssen.	SW!SS REHA
	Die Unterscheidung in Akutpflege, die jeder Arzt / Ärztin verordnen kann, und die ohne Kantonsbeitrag finanziert wird, und der Übergangspflege von 2 Wochen, wo der Kantonsbeitrag 55% beträgt, und die nur der Spitalarzt verordnen kann, enthält ein grosses Missverständnispotential und muss unbedingt in der Verordnung genau definiert werden.	UNION
	1. Der Wohnkanton und die Versicherer übernehmen die Kosten der Leistungen der Akut-und Übergangspflege anteilsmässig. Der Wohnkanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner und -einwohnerinnen geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent. ***2. Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG.***	santésuisse
	Pas de financement moniste ayant les assureurs pour payeurs uniques Supprimer la 3ème phrase. L'AVIVO s'est déjà prononcée à plusieurs	AVIVO FARES

	reprises contre le financement moniste cédé aux seuls assureurs. En raison de la puissance publique et de la recherche du bien commun, le canton doit rester maître du paiement de sa contribution, et conserver les possibilités de contrôle démocratiques essentiels.	
2	Ergänzung: *„und dieser dem Leistungserbringer **beziehungsweise dem Versicherten** beide Anteile* überweist.“ Begründung: Es soll sowohl im System des Tiers payant wie auch im System des Tiers garant möglich sein, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet.	SSR /CSA
2	Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer *beziehungsweise dem Versicherten* beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG. **Dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet, muss sowohl im System des Tiers payant wie im System des Tiers garant möglich sein.** Gemäss Entwurf wäre die entsprechende Vereinbarung aber nur für das System des Tiers payant zulässig. Es ist deshalb eine Ergänzung nötig, welche die Vereinbarung auch für das System des Tiers garant ermöglicht. Dabei wird die Umstellung von Tiers garant zum Tiers payant, wie sie mit der Revision der Spitalfinanzierung eingeführt wurde (Art. 42 Abs. 2 KVG, in Kraft seit 1. Januar 2009) nicht berührt.	GELIKO
2	Die Frage, ob Auszahlung direkt an Leistungserbringer oder via Krankenkasse, ist zu offen formuliert. Da innerhalb der freiberuflichen Tätigkeit nach wie vor ein Grossteil der Arbeiten nicht verrechenbar sind, sollte der Aufwand nicht unnötig vergrössert werden, eine automatische Auszahlung über KK ist vorzuziehen. Ebenso ist davon abzusehen, die Rechnungsbegleichung via Klient zu organisieren. Die heutige Situation (Abrechnung direkt via Krankenkasse) erspart allen Beteiligten (incl. Patienten) unangenehme Umtriebe.	VAPP
2	weiterhin Auszahlung direkt von KK an Leistungserbringer	Franz Kost Psychiatrie-spitex
	Dazu wünscht sich Herr Schmid die Auszahlung weiterhin direkt von der Krankenkasse, da so unnötige Belastungen der KlientInnen vermieden werden können. Den Selbstbehalt von 20% sieht Herr Schmied nicht ein. Für viele PatientInnen würde dies die Selbstkosten zu fest in die Höhe treiben und somit schlecht finanzierbar sein.	David Schmid Psychiatrie-pfleger
2	Die Frage, ob Auszahlung direkt an Leistungserbringer oder via Krankenkasse, ist zu offen formuliert. Da innerhalb der freiberuflichen Tatigkeit nach wie vor ein Grossteil der Arbeiten nicht verrechenbar sind, sollte der Aufwand nicht unnotig vergrossert werden, eine automatische Auszahlung über KK ist vorzuziehen. Ebenso ist davon abzusehen, die Rechnungsbegleichung via Klient zu organisieren. Die heutige Situation (Abrechnung direkt via Krankenkasse) erspart allen Beteiligten (incl. Patienten) unangenehme Umtriebe.	Eveline Bürki VAPP
2	Wir unterstützen den Vorschlag, wonach der Wohnkanton seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer auszurichten hat, lehnen jedoch die Moglichkeit abweichender Vereinbarungen ab. Bei der Akut- und Übergangspflege, welche direkt an einen Spitalaufenthalt anschliesst, muss derselbe Abrechnungsmodus wie bei der Spitalfinanzierung gewahlt werden, was letztlich nur im Rahmen eines Systems des tiers payant	DOK procap SZB / UCBA MS

	sinnvoll ist. ***Antrag:*** *Der Wohnkanton enthält seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Arfikel 42 KVG.*	
	Zahlungsströme: Der Zahlungsfluss in der Akut-/Übergangspflege ist nicht klar. Wichtig ist, dass das Debitorenrisiko nicht bei der Spitexorganisation liegt. Getrennte Rechnungsstellungen an die Kundschaft nach Anteil Kanton und Kasse sind zu vermeiden. Der administrative Aufwand für die Kantone und die Spitexorganisationen wäre zu gross, müsste jeder Kunde bei den Kantonen jeweils den kantonalen Anteil einfordern. Ebenso wenn jede einzelne Spitexorganisation jede einzelne Rechnung zu 55% beim Kanton einfordern müsste. Zu bevorzugen ist eine Regelung, bei der die Rechnungsstellung vollumfänglich an die Kasse geht. Diese kann prüfen, ob die Leistungen notwendig und begründet sind, zahlt der Spitexorganisation die Leistungen aus und verrechnet den Kantonsteil von 55% dem Kanton. Durch die Menge von Rechnungen kann zwischen Kantonen und Kassen ein einfaches Akkonto- und Schlussabrechnungssystem eingerichtet werden.	SBK-ASI Basel
	In der Schweiz wird Übergangspflege schon heute von verschiedenen Institutionen in mehreren Kantonen angeboten. Auch wenn sich die Leistungen im Detail unterscheiden, sind sich die Fachpersonen über das Ziel des Angebotes und die Ausgangslage einig. Die Übergangspflege ist ein Angebot für Patientinnen und Patienten, deren medizinische Situation als "stabil komplex" bezeichnet wird. Die tagliche spitalärztliche Betreuung und Behandlung ist abgeschlossen. Die Patientinnen und Patienten befinden sich in einer Übergangsphase, in welcher sie neben einer täglichen hohen pflegerischen Betreuung auch eine zeitlich begrenzte therapeutische Behandlung benötigen. Es handelt sich dabei oft um betagte Patientinnen und Patienten, welche zwar rehabilitative Massnahmen benötigen, mit einem intensiven täglichen Programm, wie es in Rehabilitationskliniken angeboten wird, jedoch überfordert wären; sie brauchen zwar die gleichen Massnahmen, jedoch über einen längeren Zeitraum. Mit der Vergütung von Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV wird primär der erhöhte Pflegebedarf, der in der Regel das Angebot eines Pflegeheims oder der Spitex übersteigt, abgegolten. Das Hauptziel der Übergangspflege ist jedoch das Wiedererlangen einer Selbstandigkeit, die ein Leben in der gewohnten hauslichen Umgebung ermoglicht. Das Leistungsangebot einer Akut- und Übergangspflege muss daher ausreichende rehabilitative Massnahmen (Therapien) umfassen. Aus diesen Gründen ist es richtig, dass die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege analog der Spitalfinanzierung erfolgt. Da sich die Leistungen der Übergangspflege im oben dargelegten Sinn jedoch nicht auf die Pflege beschränken, soll die Finanzierung alle Leistungen wie im Spital abdecken. Die bundesrätliche Verordnung muss dahingehend geändert werden, dass alle Leistungen inkl. Pflege, ärztliche Leistungen, Medikamente, Therapie, Mittel und Gegenstände (MiGeL) und Hotellerie bzw. hauswirtschaftliche Leistungen analog der Spitalfinanzierung abgedeckt sind. Falls der Bundesrat davon ausgeht, dass notwendige medizinische, therapeutische oder psychosoziale Leistungen als Einzelleistungen zusätzlich zur Akut- und Übergangspflege erbracht und vergütet werden, gilt es Folgendes zu bedenken: Der Leistungserbringer der Akut- und Übergangspflege wird die Hotellerie-Kosten, respektive die hauswirt-	Stadt Zürich

	schaftlichen Leistungen den einzelnen Patientinnen und Patienten belasten (müssen), was zu - gegen über dem Spitalaufenthalt - erhöhten Eigenleistungen der Patientinnen und Patienten führen wird. Somit wird ein Anreiz geschaffen, den Spitalaufenthalt auszudehnen, was dem Bestreben des Gesetzgebers, die teuren lnfrastrukturen zu entlasten, zuwiderläuft.	
	Die ausdrückliche Möglichkeit, dass der Wohnkanton seinen Anteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege nicht nur im System des Tiers payant sondern auch im System des Tiers garant direkt dem Versicherer entrichtet. Für die Langzeitpflege wird ein einheitliches Abrechnungsverfahren vorgeschlagen, das den Kantonen den nötigen Spielraum für die Entrichtung Ihres Restkostenanteils eröffnet.	IG Pflege
2	*Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer beziehungsweise dem Versicherten beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG.* **Dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet, muss sowohl im System des Tiers payant wie im System des Tiers garant möglich sein.** Gemäss Entwurf wäre die entsprechende Vereinbarung aber nur für das System des Tiers payant zulässig. Es ist deshalb eine Ergänzung nötig, welche die Vereinbarung auch für das System des Tiers garant ermöglicht. Dabei wird die Umstellung von Tiers garant zum Tiers payant, wie sie mit der Revision der Spitalfinanzierung eingeführt wurde (Art. 42 Abs. 2 KVG, in Kraft seit 1. Januar 2009) nicht berührt.	IG Pflege
	Die Frage, ob Auszahlungen direkt an die Leistungserbringer oder via Krankenkasse erfolgen sollen, ist zu offen formuliert und führt zu Verunsicherungen. Da innerhalb der freiberuflichen Tätigkeit nach wie vor ein grosser Teil der Arbeiten nicht verrechenbar sind, sollte der Aufwand nicht komplizierter und unnötig vermehrt werden. Automatische Auszahlungen über die KK sind sinnvoller und vorzuziehen. Ebenso ist es nicht ratsam, die Rechnungsbegleichungen via Klienten zu organisieren. Die heutige Regelung (Abrechnung direkt via Krankenkasse) dient der Vereinfachung und erspart allen Beteiligten (inkl. Patienten) unangenehme Umtriebe.	Freiberufliche Psychiatrische Spitex Nordwestschweiz
2	Die Rechnungsstellung wie auch die Rückvergütungen müssen für die Leistungserbringer, die Kantone und die Versicherer nachvollziehbar und praxistauglich sein, ohne dabei weiteren administrativen Aufwand zu generieren. Ein für alle Leistungserbringer verbindliches Fakturierungssystem ist anzustreben.	Spitex BE

Art. 8

Abs. Al.	**Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser Auteurs**
	L'article 8 alinéa 7 OPAS devrait être précisé comme il suit afin de permettre sans ambigulté la possibilité de renouveler un mandat pour des patients nécessitant des « soins aigus et de transition » : « La durée de la prescription ou du mandat médical pour des soins aigus ou de transition ne peut pas être renouvelée au-delà de la durée maximale	VD renvoi CDS

	fixée à l'alinéa 6 lettre c. »	
Al. 6 let. C Al. 3bis	L'obligation d'une prescription par un médecin hospitalier pour bénéficier de 14 jours maximum de soins aigus et de transition risque d'avoir pour conséquence un afflux de patients à l'hôpital. II s'agit de patients subissant un traitement oncologique, ou des patients en fin de vie qui aujourd'hui sont adressés directement par les médecins traitants à des organisations d'aide et de soins à domicile, telle que Spitex; la majorité des patients suivis par Spitex sont référés par les médecins traitants. En fait, cette mesure va à l'encontre d'une politique de maintien à domicile et d'évitement de séjours hospitaliers inappropriés. II est également prévisible que pour bon nombre de patients, l'épisode de soins aigus et de transition sera suivi directement par des prestations de soins. GE propose la modification suivante : *"L'évaluation des* **soins requis,** *ainsi que celle des soins aigus et de transition, se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire unique.* **Celui-ci indiquera notamment le temps nécessaire prévu. les partenaires tarifaires établissent un formulaire uniforme."**	GE renvoi CDS
6	Da eine klare Definition von Akut- und Übergangspflege nicht vorhanden ist, stiftet der Begriff Akutkranke beim Buchstaben a Verwirrung. Dies zeigt, wie dringend, notwendig eine klar strukturierte und verständliche Definition von Akut- und Übergangspflege ist.	NW
3bis, 4, 6, 7	In Bezug auf Abs. 3 ist nicht ersichtlich, wie die einheitlichen Kriterien zu Stande kommen und wer die einheitlichen Formulare ausgestaltet. Dies ist gem. SG zu ergänzen.	SG
3bis	*[3bis] L'évaluation des soins aigus et de transition requis se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire unique. Les partenaires tarifaires veillent à une conception uniforme du formulaire.* Il faut un mandat clair aux partenaires tarifaires de créer le formulaire	CDS / GDK
	Die im Bericht (Abschnitt 13) angekündigte Überprüfung von Art. 7 KLV bezüglich Leistungsdefinition und –umfang soll rasch angegangen werden. Die Neuregelung der Pflegefinanzierung führt dazu, dass bestimmte Pflegeleistungen (Akutkrankheit – Krebserkrankungen) nur noch nach den Regeln für die Langzeitpflege mit Patientenbeteiligung vergütet werden. Das gleiche gilt für die ambulante Langzeitpflege von Demenzkranken.	FDP / PLS
	Art. 8 Abs. 3bis, 4, 6 und 7 Die Fristen erscheinen der FMH gsundsätzlich vertretbar. Ein Missverständnispotential besteht von Erachtens der FMH bei der Unterscheidung zwischen den Buchstaben a und c. Es wird sinnvoll sein, eine klarere Formulierung zu suchen. Gemeint ist wohl: Allgemeine Regel: Jeder Arzt kann den Auftrag oder die Anordnung bei Akutkranken für maximal drei Monate erteilen (Buchstabe a); hier erfolgt die Finanzierung nach dem üblichen Schlüssel für die ambulante Medizin, also ohne Kantonsbeitrag von mindestens *55%.* Sonderfall: Der Spitalarzt (und nur er) kann im Sinn von Buchstabe c Akut- und Übergangspflege für maximal zwei Wochen nach Spitalaustritt anordnen; diese Pflege wird nach dem Schlüssel der Spitalfinanzierung von Kanton und Kasse gemeinsam bezahlt.	FMH
	Die Änderungen auf Verordnungsstufe sind somit anders zu regeln, indem die Rationierung der Pflegeleistungen im langerfristigen Pflegebedarf an konkrete Leistungen und nicht an einen pauschalen Frankenbetrag sich orientieren soll. lm vorgeschlagenen Verordnungstext wird in Art. 8 Abs. 7 festgehalten, dass Aufträge oder Anordnungen nach Abs. 6 Buchstaben a und b ver-	PULSUS

	längert werden konnen. Den Begründungen in den Vernehmlassungsunterlagen ist zu entnehmen, dass eine Wiederholung der Anordnung bei Patienten der Akut- und Übergangspflege ausgeschlossen sei. Es ist hier ein weiteres Beispiel, in welchem der Gesetzgeber in die Verantwortung des Arztes zur Anordnung von Behandlungen bzw. hier von Pflegeleistungen eingreift. Dies ist abzulehnen. Aufträge und Anordnungen nach Art. 6 Abs. 6 (Buchstabe a bis c) müssen verlängerbar sein, wenn der Einzelfall solche erfordert, um so beispielsweise eine Hospitalisierung zu vermeiden.	
	Schliesslich weist das SRK darauf hin, dass die **Pflegebedarfsstufe** durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner besser beurteilt werden kann als durch Ärztinnen und Ärzte (Artikel 8, Absatz 4). Eine grundsätzliche ärztliche Verordnung ist sinnvoll, eine Bedarfseinstufung hingegen nicht.	SRK / CRS
	Die Pflegeleistungen sind bezüglich besonderer Pflegesituationen (z.B. Palliativpflege und demenzielle Erkrankungen) so rasch als möglich zu überprüfen: Die Pflegeleistungen zu Hause (ambulant) und im Pflegeheim (Art.7 KLV) sollen gemäss Kommentar vom 18.12.2008 zur aktuellen Revision der KLV (Abschnitt 13) in einem späteren Zeitpunkt überprüft werden. Dabei soll insbesondere geklärt werden, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden und ob Anpassungen nötig sind. Die Neuregelung der Pflegefinanzierung bringt es mit sich, dass auch Pflegeleistungen, die durch eine schwere Akutkrankheit bedingt sind (z.B. Krebserkrankungen), nach zwei Wochen Pflege ausserhalb des Spitals nur noch nach den Regeln für die Langzeitpflege mit Patientenbeteiligung vergütet werden. Bei der ambulanten Langzeitpflege von Demenzkranken ergeben sich zudem höhere Patientenbeteiligungen, weil der Zeitaufwand aufgrund der Verwirrtheit der Pflegebedürftigen grösser ist. Eine rasche Umsetzung der vorgesehen Überprüfung von Art. 7 KLV ist deshalb zwingend.	Spitex CH
3 + 3bis	KLV 8 Abs. 3 ***Ergänzung*** 3 Die Bedarfsabklärung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem ***einheitlichen*** Formular festgehalten. Nicht nur für die Bedarfsabklärung bei Akut-und Übergangspflege, auch bei der Bedarfsabklärung für die Langzeitpflege ist ein heitliches Formular nötig. KLV 8 Abs. 3bis Das ***einheitliche Formular*** für die Bedarfsabklärung bei Akut-und Übergangspflege Das einheitliche Formular wird ***explizit unterstützt***.	Spitex CH
3bis, 4, 6, 7	Gerade auch aus den vorerwähnten Überlegungen heraus begrüsst santésuisse KLV Art. 8 Abs. 3bis: Die Bedarfabklarung erfolgt (schweizweit) aufgrund einheitlicher Kriterien. santésuisse geht davon aus, dass die Tarifpartner diese Kriterien sowie das verlangte einheitliche Formular definieren werden. AIs Ergänzung beantragt santésuisse, dass im Falle einer Nicht-Einigung der Bundesrat oder allenfalls das Departement diese hoheitlich festlegt: Abs. 3bis, letzter Satz: ,,Konnen sich Versicherer und Leistungserbringer nicht auf einheitliche Kriterien einigen, erlässt der Bundesrat die Kriterien. " ***3bis Die Bedarfsabklärung der Akut-und Übergangspflege erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Wenn sich Versicherer und Leistungserbringer nicht auf einheitliche Kriterien einigen können, erlässt der Bundesrat die Kriterien.***	santésuisse

	4 Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung von Pflegebedarfsstufen ***(Art. 9 Abs. 2). Die vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarfsstufe gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag*** ***6 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:*** a. bei Akutkranken für maximal drei Monate; b. bei Langzeitpatienten- und patientinnen für maximal sechs Monate; ***c. bei Patienten und Patientinnen der Akut-und Übergangspflege für maximal zwei Wochen.*** ***7 Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 6 Buchstaben a und b können verlängert werden.***	
	Dauer und Beendigung der Akut- und Übergangspflege: Nach Artikel 8 Absatz 6 Buchstabe c dauert die Pflege längstens zwei Wochen. Sie kann nach Artikel 8 Absatz 7 nicht verlängert werden. Was geschieht mit Patienten, die nach zwei Wochen Übergangspflege weiter gepflegt werden müssen? Müssen diese zurück ins Spital und zu Lasten ihrer Fallkostenpauschale dort gepflegt werden oder werden sie automatisch zu Krankheits-Pflegefällen die nach erfolgter Bedarfsabklärung gemäss Artikel 8 als Akutkranke bzw. als Langzeitpatienten nach Artikel 8 Absatz 6 zu Hause gepflegt und nach Spitextarif zu Lasten der Kassen abgerechnet werden? Hier wäre eine Klärung hilfreich.	SBK-ASI BS
	Eine professionelle Pflege benötigt mindestens 140-180 Stunden im Quartal/ im Monat ca. 45 Stunden und mehr. Bei akuten und unvorhergesehenen Pflegesituationen / Krisen ist in der Praxis eine Pflegeintervention prioritär und lässt keinen Handlungsspielraum für administrative Abläufe zur erneuten Quantifizierung in den ärztlichen Auftrag, ärztliche Anordnung zu.	SBK / ASI ZH, GL, SH
3 6c	Der Wortteil Akut- und Übergangspflege ist zu streichen. Da dieser Anteil der ambulante Pflege nicht relevant ist. *Abs. 3: Die Bedarfsabklärung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten.* Bei Patienten und Patientinnen der Akut- und Übergangspflege für maximal zwei Wochen. *Abs. 6c: streichen*	Roger Freiburghaus VAPP
	Die Rechnungsbegleichung über Patienten vorzunehmen, würde für viele psychiatrische Patienten Mehraufwand bedeuten und zum Teil zu verspäteten Zahlungen. Die direkte Abrechnung mit der Krankenkasse wie sie heute ist, erspart allen Beteiligten unangenehme Umtriebe.	Marta Affolter VAPP

Art. 8a

Abs. Al.	**Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser Auteurs**
3	Einsätze von 60 Std. im Quartal sind die Ausnahme, 12 – 24 Std. dürften dem Durchschnitt entsprechen.	VAPP
2	Der Gesetzestex ist wie folgt zu ergänzen: „Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhörung der Beteiligten **neben dem Tarif für die ambulante Akut- und Übergangspflege (Art. 47 Abs. 1 KVG)** das Verfahren nach Abs. 1 fest." Für die Akut- und Übergangspflege im Sinne von Art. 25a Abs. 2 KVG sind grundsätzlich Tarife für die ambulante wie auch für die stationäre Leistungserbringung zu vereinbaren. Auch wenn die ambulante Akut- und Übergangspflege zurzeit in der Praxis selten vorkommen mag, ist sie vom Gesetzeswortlaut nicht ausgeschlossen. Die ambulante Akut- und Übergangspflege sollte deshalb in der vorliegenden Bestimmung	ZG

	im Rahmen einer möglichen Tarifierung berücksichtigt werden.	
3	Zu begrüssen ist, dass die Überprüfung der ärztlichen Aufträge und Anordnungen von Spitex-Pflegeleistungen von voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal durch Vetrauensärztinnen- und ärzte neu als „Kann-Bestimmung“ formuliert ist. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass die Grenze bei 60 Stunden zu tief angesetzt ist, weshalb beantragt wird, diese auf 90 Stunden anzuheben.	ZH
1 und 2	Die GDK ist mit der Änderung einverstanden, da es sich um eine gerechtfertigte technische Änderung handelt, weil „Tarifverträge“ enfallen.	GDK
3	Die GDK ist mit der Änderung sehr einverstanden: die Anpassung ist höchst sinnvoll (Kann- statt Muss-Formulierung) und erlaubt eine Entkrampfung zwischen den Pflegebedürftigen und den Versicherern. Teilweise wird heute auf Pflegebedürftige zu Hause, die einen Pflegebedarf von über 60 Stunden pro Quartal aufweisen, Druck ausgeübt, ins Pflegeheim zu gehen. Die Kann-Formulierung zur Überprüfung des Leistungsauftrags ist eine minimale Antwort auf diese ungerechtfertigte aber offenbar nicht unübliche Praxis. Die Einschränkung der ambulant erbrachten Anzahl Stunden ist jedoch für die Akut- und Übergangspflege zu streichen, d.h. die Bestimmung ist nur für die Langzeitpflege anwendbar. Die Einschränkung der Anzahl Stunden auf ein Quartal ist in der Akut- und Übergangspflege unsachgemäss, da diese nur während einer kürzeren Zeit erbracht wird. Auch soll kein Signal gesetzt werden, wonach die Intensität der Akut- und Übergangspflege a priori limitiert werden soll, zumal teilweise eine überdurchschnittlich hohe Pflegeintensität zu erwarten ist.	GDK, UR
3	60h-Regel: Diese Limite hat sich in der Praxis als überholt herausgestellt: Eine Heraufsetzung auf 90h pro Quartal ist nötig.	Spitex BE
3	Der Kanton Uri verweist auf die Stellungnahme der GDK.	UR
	Durch die substantiellen Abweichungen der Anträge des Kantons Luzern zu denjenigen Anträgen der GDK in den Art. 7 und 7c KLV werden die Änderungsanträge der GDK obsolet.	LU
3	Le canton de GE propose la modification suivante : *'Les prescriptions ou les mandats médicaux peuvent être examinés par le médecin-conseil (article 57 L4Mal) lorsqu'ils prévoient plus de **90** heures de soins par trimestre. Lorsqu'ils prévoient moins de **90** heures de soins par trimestre, ils sont examines par sondages.* " Cette proposition est motivée par le fait que dans la pratique, cette limite est toujours dépassée en raison de la complexité des situations et en raison des sorties plus précoces des hôpitaux, qui elles sont dues a l'application d'un nouveau mode de tarification, les APDRG.	GE
1	**Dans la procédure de contrôle et de conciliation, ouvrir le partenariat aux patients et à leurs associations.** Les fournisseurs de soins et les assureurs ne peuvent rester les seuls partenaires de cette procédure de contrôle et de conciliation. L’ordonnance doit préciser comment le partenaire primordial, qui est le patient, peut participer à cette procédure, directement ou indirectement par des représentants des assurés.	AVIVO, VASOS
3	1ère phrase : **Pour des prestations appropriées et le droit à l’information pour les patients.** Le contrôle doit aussi porter sur le caractère *approprié* des prestations; les contrôles de l’adéquation et de l’économicité ne suffisent pas. De plus, il faut faire suivre cette phrase par la suivante : *„ Le patient et ses proches ont le droit d’être informés sur cette évaluation et peuvent donner leur avis.* 2ème phrase : **La limite du nombre d’heures prévue doit être non uniforme et plus élevée.**	AVIVO, FASOS

	La limite de 60 heures de soins par trimestre à partir de laquelle l'examen des prescriptions ou des mandats médicaux par le médecin-conseil est rendue possible **doit être absolument reconsidérée**. AVIVO propose deux variantes : a) ne pas être uniforme et tenir compte des niveaux des soins requis, b) la limite doit absolument être plus élevée que 60 heures de soins par trimestre, ridiculement basse pour les patients lourdement atteints. La logique consistant à rendre „examinables" tous les „cas lourds" a un aspect discriminatoire qui est inacceptable.	
3	Procédure de contrôle et de conciliation L'amendement à l'art. 8a al. 3 demandé ci-dessous s'appuie sur le fait que les Centres médico-sociaux interviennent dans des situations de plus en plus complexes. Dans la pratique, le seuil de 60 heures de soins par trimestre relève aujourd'hui de situations devenues courantes. Le canton VS est de l'avis que le seuil de contrôle obligatoire de la prescription médicale doit être relevé. Proposition : [3] La procédure sert à vérifier le bien-fondé de l'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations. Les prescriptions ou les mandats médicaux peuvent être examinés par le médecin-conseil (art. 57 LAMal) lorsqu'ils prévoient plus de *90* ~~*60*~~ heures de soins par trimestre. Lorsqu'ils prévoient moins de *90* ~~*60*~~ heures de soins par trimestre, ils sont examinés par sondages.	VS
	Zum Kontroll- und Schlichtungsverfahren wie auch zu den Abrechnungsmodalitäten äussert sich Pulsus nicht.	PULSUS
1	Ohysioswiss unterstützt den Terminologiewechsel von „zu Hause" zu „ambulantu. Dies gibt eine sinnvolle Klärung und Abgrenzung zu „stationär" und „teilambulant".	Physioswiss
3	Die Überprüfung ärztlicher Anordnungen (Bedarfsabklärung und Leistung) durch den Vertrauensarzt sollte erst bei über 90 (anstatt 60) Stunden pro Quartal erfolgen.	palliative ch
3	„Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen sind zu überprüfen, wenn voraussichtlich mehr als ~~60 Stunden~~ ***90 Stunden*** pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als ~~60 Stunden~~ ***90 Stunden*** pro Quartal benötigt…" Die Wirtschaftlichkeitsgrenze zum Pflegeheim liegt bei ca 2 Stunden Pflege pro Tag. Die Grenze für die Überprüfung sollte daher bei dieser Revision auf mindestens 90 Stunden/Quartal erhöht werden. Die Stundengrenze soll der Praxis der Versicherer angepasst werden: 90 statt 60 Stunden. Die paritätische Kontrolle (Leistungserbringer / Versicherer) nach KLV 8a soll bei der Zweckmässigkeits- und Wirtschaftskontrolle erhalten bleiben. Unilaterale Entscheide durch den Vertrauensarzt werden abgelehnt. Wie das Verfahren neu funktionieren soll, muss geklärt und im Kommentar erläutert werden.	Spitex
3	…. Einschub „Vertrauensarzt"…. **Im Kommentar zur KLV ist auszuführen, wie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren neu unter Einbezug des Vertrauensarztes (Art. 57 KVG) funktionieren soll und welche Aufgabe dem Vertrauensarzt zukommt:** 1. Das Kontroll- und Schlichtungsverfahren wird in den Tarifverträgen vereinbart. Die paritätische Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen hat sich bewährt. Dieses Verfahren soll bestehen bleiben. 2. Soweit der Hinweis auf den Vertrauensarzt dahingehend interpretiert werden muss, dass die Versicherer künftig unilateral unter Beizug des	Spitex

	Vertrauensarztes über die Zweckmässigkeit und die Wirtschafltichkeit entscheiden, wird dieser neue Zusatz abgelehnt.	
2	Antrag: „Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhörung der Beteiligten **neben dem Tarif für die ambulante Akut- und Übergangspflege (Art. 47 Abs. 1 KVG)** das Verfahren nach Abs. 1 fest." Begründung: Für die Akut- und Übergangspflege im Sinne von Art. 25a Abs. 2 KVG sind grundsätzlich Tarife für die ambulante wie auch für die stationäre Leistungserbringung zu vereinbaren. Auch wenn die ambulante Akut- und Übergangspflege zurzeit in der Praxis selten vorkommen mag, ist sie vom Gesetzeswortlaut nicht ausgeschlossen. Die ambulante Akut- und Übergangspflege sollte deshalb in der vorliegenden Bestimmung im Rahmen einer möglichen Tarifierung berücksichtigt werden.	ZG

Art. 9

Abs. Al.	**Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser Auteurs**
	Cf. Proposition al. 3 et 4 (nouveaux) CURAVIVA	PS/SP
Al. 3 (nouveau)	*Für Leistungserbringer gemäss Artikel 7 Abs. 1 KLV gilt für die Langzeitpflege unter Berücksichtigung von Artikel 42 KVG folgendes Abrechnungsverfahren:* *a. Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten beziehungsweise dem Versicherer Rechnung über die vom Kanton festgelegten Vollkosten der Pflegemassnahmen.* *b. Der Versicherer verrechnet dem Versicherten Selbstbehalt und Franchise, sowie die vom Kanton festgelegte Patientenbeteiligung (max. 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags der Versicherer).* *c. Die Restkosten, welche die Summe des vom Bundesrat festgelegten Beitrags des Versicherers und der Patientenbeteiligung übersteigen, werden zwischen Kanton bzw. Gemeinden und Krankenversicherern abgerechnet.*	CURAVIVA, senesuisse, IG Pflege
Al. 4 (neu)	*In Abweichung von Absatz 3 Buchstabe c kann der Kanton festlegen, dass er bzw. die zuständige Gemeinde, die Restkosten direkt der leistungserbringenden Institution oder deren Clearingstelle entrichtet.* Die Grundzüge des Abrechnungsverfahrens für die Langzeitpflege müssen – wie auch für die Akut- und Übergangspflege (Art. 7b Abs. 2 KLV) – in der Verordnung festgelegt werden. Nur so kann vermieden werden, dass sich 26 verschiedene Abrechnungssysteme entwickeln, was für die Leistungserbringer nicht handhabbar ist. Versicherte und Leistungserbringer haben Anspruch auf ein transparentes, nachvollziehbares und einheitliches Fakturierungssystem. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass Rechnungsstellung und Rückvergütungen für die Leistungserbringer, die Versicherer und die Kantone handhabbar ist. Zudem ist zu berücksichtigen, dass neben einer überschaubaren Zahl von Pflegeheimen rund 650 Spitex-Organisationen und 1500 freiberuflich tätige Pflegefachfrauen und –männer zu den Leistungserbringern gehören. Für die freiberuflich Tätigen ist eine Abwicklung der Restkostenvergütung der öffentlichen Hand über die Krankenversicherer schon aus organisatorischen Gründen zwingend. Für Spitexorganisationen und Pflegeheime kann es jedoch sinnvoll sein, dass die Vergütung der Beiträge der öffentlichen Hand direkt erfolgt. Die Kantone sind deshalb zu	

	ermächtigen, einen entsprechenden Zahlungsmodus für Institutionen festzulegen (Abs. 4).	
Al. 3 und 4 (neu)	*Cf. CURAVIVA; en plus:* *d. Dem Leistungserbringer steht es offen, die Kosten über eine Clearingstelle auf die Kostenträger aufteilen zu lassen. Diese ist in der Regel eine vom Kanton anerkannte Ausgleichskasse.* Das einfachste Abrechnungssystem ist jenes **über eine Clearingstelle**, weshalb auch diese Möglichkeit gesetzlich vorzusehen ist.	senesuisse
Al. 3 Al. 4 Al. 5	*Der Kanton legt für die Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 7a Abs. 1 und 3 normative Vollkosten für die Leistungserbringer gemäss Art. 7 Abs. 1 fest. Die Bestimmungen der VKL sind sinngemäss anwendbar. Das eidgenössische Departement des Innern erlässt Rahmenkriterien über die zu berücksichtigenden, betriebsnotwendigen Kostenarten. Es hört dabei die Kantone und die Leistungserbinger an.* Die Verpflichtung der Kantone, die Deckung der Restkosten zu regeln, die weder von den Versicherern noch von den Patienten übernommen werden müssen (Art. 25a Abs. 5 KVG (neu), bedingt eine Festlegung der Vollkosten (100%). Die nötige Rechtssicherheit für Versicherte und Leistungserbringer kann dabei nur gewährleistet werden, wenn die Kantone die Vollkosten nach einheitlichen Kriterien berechnen und festlegen. Im Rahmen einer gesamtschweizerischen Sozialversicherung sind 26 verschiedene Regelungen nicht annehmbar. Aus den Rahmenkriterien, welche analog zur „Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung" (VKL) zu gestalten sind, muss hervorgehen, welche Kostenarten bei der Berechnung der Vollkosten berücksichtigt werden dürfen. Die Rechtsprechung der letzten Jahre zur VKL ist zu berücksichtigen. Die VKL allein genügt als rechtliche Grundlage nicht, da dort die ambulanten Pflegeleistungen nicht einbezogen sind. *cf. Curaviva Al. 3* Es ist unabdingbar, dass der Bund Kriterien für den Abrechnungsmechanismus in der Langzeitpflege festlegt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass bei der Langzeitpflege drei Kostenträger sich an der Finanzierung beteiligen: - die Versicherer mit dem vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrag, - die PatientInnen mit der Patientenbeteiligung (max. 20%) und - der Kanton oder die Gemeinde mit der Restfinanzierung. Der Kostenanteil der öffentlichen Hand beinhaltet gegebenenfalls auch die ganze oder einen Teil der Patientenbeteiligung. *In Abweichung von Absatz 4 Buchstaben a und c können Versicherer und Wohnkanton vereinbaren, dass der Leistungserbringer dem Versicherten bzw. dem Versicherer die vom Kanton gemäss Abs. 3 festgelegten Vollkosten verrechnet. Der Wohnkanton bzw. die zuständige Gemeinde bezahlt den Kostenanteil der öffentlichen Hand dem Versicherer und dieser vergütet dem Leistungserbringer bzw. dem Versicherten den Anteil des Versicherers und den Anteil der öffentlichen Hand.* Die in Abs.5 eröffnete Möglichkeit ist in erster Linie für freiberuflich tätige Pflegefachpersonen von Bedeutung. Die Spitex-Organisationen bevorzugen die Abrechnungsmöglichkeit gemäss Absatz 4.	Spitex
   Al. 1	santésuisse beantragt eine Ergänzung, wonach die Tarifpartner im Bereich Spitex auch Pauschaltarife vereinbaren dürfen: Letzter Satz: *"Pauschaltarife konnen vereinbart werden."* "…in Rechnung gestellt werden. *Pauschaltarife können vereinbart werden.*"	santésuisse et UDC/ SVP

Al. 3 und 4 (neu)	Grundzüge des Abrechnungsverfahrens „Formulierung gemäss Vorschlag IG Pflegefinanzierung“ Der SSR unterstützt den Vorschlag der IG Pflegefinanzierung für ein einheitliches Abrechnungsverfahren. Für die Patienten ist eine transparente und nachvollziehbare Rechnungsstellung wichtig.	CSA/SSR
Al. 3 Al. 4	Für die Langzeitpflege wird ein einheitliches Abrechnungsverfahren vorgeschlagen, das den Kantonen den nötigen Spielraum für die Entrichtung Ihres Restkostenanteils eröffnet. *Cf. proposition al. 3 CURAVIVA* *Cf. proposition et commentaire al. 4 CURAVIVA*	GELIKO
	Die Konferenz bedauert, dass - anders als bezüglich der Übergangspflege - in der Verordnung kein einheitlicher Abrechnungsmodus für die Langzeitpflege festgelegt wird. Damit besteht die Gefahr, dass in den 26 Kantonen 26 verschiedene Abrechnungssysteme entwickelt werden. Aus der Sicht der Versicherten ist ein einheitliches Verfahren anzustreben, welches die betroffenen pflegeabhangigen Personen nicht zu hohen Vorauszahlungen verpflichtet, welche einige von ihnen gar nicht zu leisten im Stande sind. Die Konferenz bevorzugt aus diesem Grund eine Regelung, wonach der Kanton bzw. die Gemeinde ihren Anteil an der Finanzierung der Pflegeleistungen immer direkt dem Leistungserbringer zu entrichten hat.	DOK, Procap

Art. 9a

Abs. Al.	**Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions**	**Verfasser Auteurs**
	Au vu de l'évolution prévisible des coûts dans le domaine des soins de longue durée, il est essentiel que les tarifs fixés au niveau fédéral soient adaptés. Cette adaptation doit porter déjà sur les limites tarifaires valables dès 2009 conformément à l'article 9a OPAS, qui doivent tenir compte du renchérissement général de l'année 2008. Elle doit en outre être formellement prévue pour le futur dans l'OPAS. En d'autres termes, l'OPAS doit prévoir expressément que le DFI procède régulièrement à l'examen des contributions de l'AOS et les adapte au renchérissement.	VD
	Indépendamment de la consultation des modifications d’ordonnances dans le cadre du nouveau régime de financement des soins, la GDK demande d’adapter **les limites tarifaires valables dès 2009 conformément à l’art. 9a OPAS** au renchérissement général de l’année 2008.	**CDS / GDK**, AR, BL, FR, GE, GR, JU, LU, NE, SZ, TG, UR, VD, FDK, CLASS
	Die Leistungserbringer verrechnen ihre betriebsnotwendigen Kosten. Klärung der anrechenbaren Kosten.	H+
	Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes und der Einführung der Beitragslösung für die Pflegeleistungen besteht keine Notwendigkeit mehr, Rahmentarife festzusetzen. Der Artikel ist daher aufzuheben.	IG Freiberufliche Sektion ZH/GL/SH

Verordnung über Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV)
Règlement sur l'assurance vieillesse et survivants (RAVS)

Generell / En général

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Die Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen weist darauf hin, dass die Abklärung der Hilflosigkeit durch die kantonalen IV-Stellen erfolgen muss. Da die IV der einzige Sozialversicherungszweig der Schweiz ist, bei dem die Aufsichtsbehörde über den Stellenetat der Versicherungsträger entscheidet, ist auf Stufe Bund sicherzustellen, dass den IV-Stellen für die zu erwartenden Mehraufwände genügend Personal zur Verfügung gestellt wird.	AHV/IV
Der Kanton Zürich ersucht um Klärung, ob es sich bei den Leistungen der HE um Leistungen einer Sozialversicherung im Sinne von Art. 25a Abs.5 KVG handelt und gegebenenfalls, in welchem Umfang die HE zur Deckung der Pflegekosten angerechnet werden kann.	ZH
Die FDP weist darauf hin, dass die HE nicht für die Abgeltung von ungedeckten Pflegekosten eingesetzt wird, die gemäss Neuordnung der Pflegefinanzierung neu in die Leistungspflicht der Kantone fallen.	FDP, SP, SGB, CURAVIVA, IG Pflege,SVBG, SPITEX, DOK, MS, VASOS

Art. 66bis

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
1	Das SRK sieht keinen Grund, die Definition der Hilflosigkeit einzuschränken (Ausschluss der lebenspraktischen Begleitung) und beantragt, die Definitionen aus Art. 37 Abs. 2 Bst. c IVV sowie Abs. 3 Bst. e sinngemäss in die AHV/IV zu übernehmen.	SRK
3	NE propose de prévoir que les cantons puissent limiter la reconnaissance des homes au sens des prestations complémentaires et par exemple la limiter à ceux qui sont reconnus comme fournisseurs de prestations LAMal.	NE

Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV)
Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI)

Generell / En général

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Zum neuen Institut der Patientenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG vermisst der Kanton Basel-Stadt eine Regelung im Bundesrecht, welche die Berücksichtigung dieser Ausgaben bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen festhalten würden.	BS
Die GDK verlangt, dass die von den Heimen verrechenbaren und im Rahmen des ELG als Ausgaben anrechenbaren Pflegetaxen neu explizit als Teil der Tagestaxen nach Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG zu definieren sind. Da die OKP nur noch einen Beitrag an die Pflegeleistungen finanziert, müssen die dadurch expressis verbis entstehenden ungedeckten Pflegekosten über das ELG anrechenbar sein. Dies bedeutet, dass unter die (vom Kanton limitierten) Tagestaxen nicht nur Hotellerie und Betreuung fallen, sondern auch die ungedeckten Pflegekosten.	GDK, BS, NE, NW, SO

Art. 25a

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
1bis	Nach Ansicht der GDK ist eine Ergänzung nötig um zu präzisieren, dass unter die bei der EL anrechenbaren Tagestaxen auch die Pflegetaxen fallen, soweit sie nicht über den OKP-Beitrag gedeckt sind	GDK