



BÜNDNER SPITAL- UND HEIMVERBAND

Gürtelstrasse 56 ■ 7000 Chur
Tel. 081 254 75 25 ■ info@bsh-gr.ch / www.bsh-gr.ch

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit SGK-S
Frau Präsidentin Liliane Maury Pasquier
3003 Bern

Per E-Mail an: bruno.fuhrer@bag.admin.ch

Chur, 8. Dezember 2015

Vernehmlassung zur parlamentarischen Initiative (PA 14.417) „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrter Herr Fuhrer
Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung zur Vernehmlassung in oben erwähnter Angelegenheit. Sehr gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

Grundsätzliche Haltung

Wir begrüssen sehr, dass:

- die SGK-S klären will, welcher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Restfinanzierung übernehmen soll. Eine entsprechende Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ist deshalb sehr willkommen.
- im Fall von Heimaufenthalten der Kanton bzw. die Gemeinde, in welcher ein Heimbewohner oder eine Heimbewohnerin seinen/ihren letzten Wohnsitz vor dem Heimeintritt hatte, für die Finanzierung der Pflegekosten zuständig sein soll.
- der Aufenthalt in einem Pflegeheim keine neue Zuständigkeit begründen soll und sich diese klare Bestimmung am Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) orientieren soll.

Weiterer Handlungsbedarf

Unseres Erachtens besteht jedoch dringender Handlungsbedarf, dass der Gesetzgeber in der Finanzierung der Pflegeleistungen zuerst die Fixierung der Kostenanteile der Krankenversicherer aufheben würde. Die in der VKL festgelegten Höchstbeiträge sollten regelmässig der Kostenentwicklung angepasst werden. Nur so werden die Krankenversicherer auch einen Teil der Kostenentwicklung mittragen.

Im Weiteren fehlt eine Regelung der Vergütung der Mittel und Gegenstände sowie der Pflegematerialien.

Diskussion und offene Fragen

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung soll sicherstellen, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden.

Grundsätzlich ist deshalb für die Zuständigkeit der Wohnsitz der versicherten Person massgebend. Sofern durch den Eintritt in ein Pflegeheim der Wohnsitz und der Wohnsitzkanton wechseln, bleibt gemäss dem zweiten Satz weiterhin der bisherige Wohnkanton in der Frage der Finanzierung zuständig.

Es wäre jedoch sehr wichtig, dass die Kantone ihre festgelegten EL-Obergrenzen der täglichen Heimkosten sowie der Pflegekosten des Kantons, in welchem die Pflegeleistungen erbracht werden (Standortkanton), gegenseitig anerkennen.

Mit dem vorliegenden Vorentwurf ist davon auszugehen, dass verbleibende – ungedeckte – Restkosten der Pflege durch die Heimbewohnenden zu tragen sein werden. Wegen der unterschiedlichen EL-relevanten Heimtarif-Obergrenzen in den Kantonen werden Personen mit EL-Bedarf weiterhin keine Garantie haben, dass die Pflegekosten im ausserkantonalen Aufenthaltsort mit EL bezahlt werden. und Finanzierungslücken weiter bestehen bleiben.

Aus dem Erläuternden Bericht vom 1. September 2015, wird klar, dass sich die Regelung an Artikel 21 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) orientiert.

Dieser lautet: *„Zuständig für die Festsetzung und die Auszahlung der Ergänzungsleistung ist der Kanton, in dem die Bezügerin oder der Bezüger Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Heim, einem Spital oder einer andern Anstalt und die behördliche oder vormundschaftliche Versorgung einer mündigen oder entmündigten Person in Familienpflege begründen keine neue Zuständigkeit.“*

Die einschlägige Rechtsprechung soll helfen, Unklarheiten zu beseitigen. Auf jeden Fall soll damit weder die Regelung des KVG noch die Regelung des ZGB für die Frage der Finanzierung gelten.

Offene Fragen:

1. Die Formulierung in Art. 25a Abs. 5 KVG ist deutlich kürzer gehalten wie jene im ELG. Die zum ELG Art. 21 gehörenden Interpretationen und Rechtsprechung kann somit nicht unbeschadet auf die neue Bestimmung im KVG übertragen werden.
In der Praxis dürfte damit regelmässig die Frage auftauchen, wer für Pflegeheimbewohner zuständig ist, die ihren Wohnsitz (z.B. wegen der örtlichen Nähe von Angehörigen) an den Standort des Pflegeheims verlegt haben.

Wir schlagen deshalb vor, dass die Formulierung aus dem ELG übernommen wird. Diese ist wesentlich präziser und führt in der Praxis zu weniger unklaren Situationen.

Nach wie vor wird es Grenzfälle geben, in welchen der neue Wohnort vorgeht und damit der neue Wohnkanton zuständig sein wird (z.B. Umzug in die Nähe von Angehörigen). Der Wohnortwechsel kann kurz vor Eintritt ins Pflegeheim erfolgt sein.

2. Ab wann gilt die neue Bestimmung für laufende Aufenthalte im Pflegeheim?
Die neue Bestimmung darf auf keinen Fall rückwirkende Wirkung entfalten. Mit einer Übergangsfrist wäre es möglich, dass auch bereits laufende Pflegeheimaufenthalte mit der Neuerung erfasst werden könnten.

Schlussbemerkung

Aus den genannten Überlegungen beantragen wir den Zusatz zu Artikel 25a KVG wie in Art. 21 Abs. 1 ELG genauer zu fassen und in einer Übergangsbestimmung zu präzisieren, ab wann die Regelung bei bereits laufendem Heimaufenthalt greifen soll.

Im Wortlaut schlagen wir vor:

„Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Heim, einem Spital oder einer anderen Institution und die behördliche oder vormundschaftliche Versorgung einer mündigen oder entmündigten Person in Familienpflege begründen keine neue Zuständigkeit. Für bereits bestehende genannte Aufenthalte oder Versorgungen tritt die neue Regelung per 1.1.2017 [bzw. ein Jahr später] in Kraft.“

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit Stellung nehmen zu können und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Bündner Spital- und Heimverband



Franco Hübner
Geschäftsführer

Conseil des Etats
M. Konrad Graber
Président de la
Commission de la sécurité sociale
et de la santé publique
3003 Berne

Paudex, le 17 décembre 2015
OMR/ra

Consultation sur l'avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) – 14.417 é lv. Pa Amender le régime de financement des soins

Monsieur le Président,

Le projet mentionné sous rubrique a retenu notre meilleure attention et, après avoir étudié les documents mis à disposition, nous sommes en mesure de vous transmettre, dans le délai imparti, notre prise de position.

Appréciation générale

Avec l'introduction du nouveau régime de financement des soins le 1^{er} janvier 2011, les modalités de financement des coûts des soins sont assurées à la fois par l'assurance obligatoire des soins, par le canton et par la personne assurée. Les assurés assument les coûts non couverts par les assurances à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Le financement pris en charge par les assureurs-maladie et les assurés n'est que partiel, et c'est donc, conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (art.25a, al. 5, LAMal), au canton d'assumer l'intégralité du financement résiduel.

La réglementation concernant la prise en charge des coûts générés par une personne soignée ou hébergée **hors de son canton d'origine** est pour l'heure encore floue. La modification proposée tente d'y répondre en attribuant la compétence de financement des prestations de soins au canton de l'ancien domicile ou « de provenance », responsable d'une part de la fixation du montant de la contribution de la personne assurée aux frais de soins et, d'autre part, du financement résiduel.

En revanche, la question du financement des séjours hospitaliers (frais socio-hôteliers) n'est que partiellement réglée. Pour les prestataires hébergeant des pensionnaires extra cantonaux, les remboursements des frais liés au séjour doivent être réclamés selon un système administratif différent de leur propre canton, avec à la clé une disparité possible de remboursement.

Le projet présenté suscite dès lors de sérieuses réserves et ne répond qu'en partie au problème posé. Nous souhaitons à cet égard attirer votre attention sur les observations qui suivent.

Disparités cantonales

Nous partons du principe justifié que la fixation du financement résiduel, sa tarification et sa planification budgétaire, diffèrent d'un canton à l'autre, s'agissant d'une compétence qui leur est propre. Ces différences de réglementation entraînent un possible différentiel de financement entre le canton « de provenance » de la personne et le canton où se situe l'établissement.

Des lacunes de couverture peuvent dès lors se produire.

Sur la base de la modification proposée, ce serait au canton de domicile (canton du domicile avant l'entrée dans un établissement ou canton « de provenance ») de la personne assurée que reviendrait la compétence pour fixer le montant de participation aux soins et s'acquitter du financement résiduel.

Lorsque ces montants diffèrent du coût des soins du canton d'établissement, nous regrettons que le projet s'abstienne de préciser les modalités précises de règlement des coûts résiduels.

En effet, dans l'hypothèse où les prestations de soins, facturées par l'établissement extra cantonal, devraient être plus onéreuses que celles du canton de l'ancien domicile ou « de provenance », il est fort à parier que le canton prestataire se refuserait à reconnaître les coûts fixés par ce dernier. Sans la détermination d'une obligation légale clairement stipulée, ce serait à la personne assurée qu'il reviendrait probablement d'assumer les éventuels coûts résiduels pour ces soins, soit une contribution personnelle aux soins plus importante et une possible entorse à l'application stricto sensu de la LAMal, qui précise le principe que : **« les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral »** (art. 25a, al. 5, LAMal).

Notion de domicile en droit

Comme le relève le rapport explicatif de la Commission en ce qui concerne le coût des soins, l'obligation de prise en charge revient au canton de domicile de la personne assurée (art.1 LAMal, art.13, al. 1, LPGA, art. 23 CC). Le Tribunal fédéral a clairement statué que, pour les personnes qui décident sciemment (capacité totale de discernement) de déplacer le centre de leurs intérêts vitaux et ainsi leur lieu de vie, avec l'intention d'y rester de manière durable, ce transfert peut être fondateur d'un nouveau domicile (ATF 140 V 563). Sur la base du principe de liberté d'établissement, il serait donc pertinent de considérer que dans le cas effectif d'un transfert de droit de domicile, le canton, respectivement la commune où se situe l'établissement, resteraient en charge du financement résiduel.

Le présent amendement considère bien le domicile de la personne assurée comme décisif pour la fixation de la compétence, mais se refuse à honorer le transfert des papiers dans un établissement médico-social comme un nouveau domicile et l'assimile à la réglementation relative aux prestations complémentaires (LPC). Nous pouvons y souscrire, mais relevons que le projet ne règle pas expressément la question du résident en provenance d'autres cantons et d'ores et déjà hébergé dans un nouveau canton. Il s'agirait de compléter la disposition pour éviter que des interprétations restrictives conduisent à des situations pénibles.

Prestations complémentaires

Dans le cas où l'entrée stationnaire dans un établissement coïncide avec un changement de domicile, la compétence cantonale diffère en ce qui concerne le financement résiduel et le financement des coûts de séjour. Les coûts des prestations complémentaires, s'agissant des coûts liés à l'hébergement hospitalier, sont donc toujours à charge du canton de « provenance », comme le dit expressément la loi :

« le séjour dans un home ne fonde aucune nouvelle compétence » (art. 21, al. 1, LPC).

Une très grande majorité de la population hébergée dans les établissements médico-sociaux dépend du régime subventionné des PC. Or, des différences substantielles existent dans le cadre de la prise en charge de ces prestations, selon les cantons. Autrement dit, seules des personnes au bénéfice d'une fortune suffisante seraient à même d'envisager un hébergement hors de leur canton d'origine, car il paraît évident que lorsque les coûts de séjour ne peuvent être entièrement couverts par le régime social, la liberté de choix est réduite.

Conclusion

On le constate, pour la prise en charge des coûts générés par une personne soignée ou hébergée **hors de son canton de provenance**, la proposition qui émane des travaux de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique se limite aujourd'hui à réglementer la prise en charge du coût des soins, sans proposer néanmoins de réguler les paiements différentiels subséquents.

En regard des observations formulées, cette modification, sans autre complément légal, est susceptible d'aggraver la situation pour les personnes assurées et pourrait occasionner de futurs litiges.

A ce stade, nous sommes d'avis que la modification proposée ne contribue pas, loin s'en faut, à répondre aux enjeux liés à la cohérence des réglementations existantes et nécessite une clarification impérative du principe que la participation aux coûts des soins ne peut excéder, pour les personnes extra cantonales, le 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral.

Le dossier doit être repris pour régler les questions ouvertes. A cet égard, il nous apparaît opportun de prendre en considération certaines réflexions esquissées par les associations regroupées au sein de la Communauté d'intérêts Financement des soins, qui se révèlent intéressantes à plusieurs égards. C'est notamment le cas pour la fixation de la participation aux coûts des personnes assurées.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à nos lignes et nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre très distinguée considération.

Centre Patronal



Olivier Mottier



CH-3003 Bern, PUE, ISS

Bundesamt für Gesundheit

Herrn Bruno Fuhrer

Per Mail:

bruno.fuhrer@bag.admin.ch und
dm@bag.admin.ch

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen: GP 111, 213-3, Iss

Kontakt: S. Iseli

Bern, 18. Dezember 2015

Parlamentarische Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung (14.417)

Stellungnahme der Preisüberwachung zum erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens

Sehr geehrter Herr Fuhrer

Die Preisüberwachung (PUE) wurde am 16. Januar 2015 von der Subkommission „Pflegefinanzierung“ des Ständerats zur oben genannten parlamentarischen Initiative im Bundeshaus angehört. Als neutrale Institution, die nicht weisungsgebunden ist, erlaubt sich die PUE im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens auch zum erläuternden Bericht der zuständigen Kommission zur erwähnten parlamentarischen Initiative Stellung zu nehmen:

Dem Bericht entnehmen wir, dass Artikel 25a Abs. 5 KVG folgendermassen ergänzt werden soll:

„Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.“

Die PUE begrüsst grundsätzlich diese gesetzliche Präzisierung betr. Zuständigkeit bei ausserkantonalen Heimaufenthalten, da sie Rechtssicherheit schafft. Dadurch können langwierige und kostspielige Prozesse zum Schutz der versicherten Personen in Bezug auf Zuständigkeitsfragen vermieden werden. Die Zuständigkeit der Restfinanzierung obliegt mit der

Preisüberwachung PUE

Einsteinstrasse 2, 3003 Bern

Tel. +41 58 462 21 01, Fax +41 58 462 21 08

simon.iseli@pue.admin.ch

www.preisueberwacher.admin.ch



vorgeschlagenen Lösung dem Herkunftskanton (analog zur EL), was grundsätzlich möglich, aber nicht unproblematisch ist. Die PUE hat sich bisher für eine Lösung ausgesprochen, bei der der Standortkanton des Heims zuständig ist, da dadurch alle Versicherten einer Institution gleich behandelt würden und die Transaktionskosten für die kantonalen Behörden, Institutionen und versicherten Personen geringer wären.

Die PUE kritisiert die vorgeschlagene Regelung hauptsächlich aus den folgenden Überlegungen:

Mit der in Erwägung gezogenen Lösung ist der Herkunftskanton nicht nur für die Übernahme der Restkosten zuständig, sondern auch für die Bestimmung der kantonalen Beiträge an die Pflegekosten. ***Da sich die (normierten) Zuschüsse der öffentlichen Hand zwischen den Kantonen unterscheiden und normierte Werte selten den effektiven Gegebenheiten eines ausserkantonalen Heims entsprechen, wird damit bewusst in Kauf genommen, dass es zu ungedeckten Restkosten kommen kann, die von den versicherten Personen bezahlt werden müssen. Eine solche Lösung kann nicht im Sinne der pflegebedürftigen Personen sein, zumal die Wahlfreiheit der betroffenen Personen damit tangiert sein kann.***

Zu den anderen, ebenfalls im Bericht erwähnten Problemen im Zusammenhang mit der aktuellen Pflegefinanzierung möchte sich die PUE folgendermassen äussern:

1. Normkosten

Normkosten zur Bestimmung der Beiträge der öffentlichen Hand an die Pflegekosten lehnt die PUE grundsätzlich ab, da normierte Kosten die Missbrauchsanfälligkeit des Systems fördern. Zu tiefe Normkosten resp. Zuschüsse der öffentlichen Hand an die Pflegekosten können nämlich dazu führen, dass nicht sämtliche Pflegekosten gedeckt werden und stattdessen unter anderem Titel zulasten der Versicherten verrechnet werden. Prüfungen der PUE haben gezeigt, dass die Berechnung von Normkosten auf falschen Annahmen beruhen, so dass Normkosten resultieren, die nicht den realen Gegebenheiten entsprechen (z.B. werden Strukturzeiten fälschlicherweise zu 100% den Betreuungsleistungen zugerechnet). Die PUE ist der Meinung, dass sich die Restfinanzierung an den effektiven Kosten eines einzelnen Heims orientieren muss, damit die bundesrechtlichen Bestimmungen im KVG betreffend Eigenbeteiligung der Heimbewohner an die Pflegekosten in deren Interesse bestmöglich eingehalten werden kann.

Aufgrund der bisherigen Ausführungen schlagen wir folgende Präzisierung von Art. 25a Abs. 5 vor:

Lösungsvorschlag 1:

Die Standortkantone regeln die Restfinanzierung. Sie erstreckt sich bis zu den effektiven Pflegekosten des einzelnen Heims [und nicht nur bis zu den kantonalen Normkosten] und gilt auch für ausserkantonale Fälle.

Eine solche Regelung würde die Zuständigkeit auch bei ausserkantonalen Fällen eindeutig regeln und würde insbesondere die Missbrauchsanfälligkeit des Systems minimieren.



2. Kostenrechnungen und Tarife in der Praxis

Die PUE führt regelmässig Einzelfallprüfungen durch, um auf Preissmissbräuche (d.h. wenn Pflegekosten unter anderem Titel verrechnet werden) hinzuweisen. Dabei stellen wir fest, dass die Kostenrechnungen der Pflegeinstitutionen, die als Basis für die Tarifiermittlung dienen, oft von schlechter Qualität sind. Die Mängel betreffen vorwiegend die Anlagenutzungskosten und die Verteilschlüssel, die für die Zuweisung der Kosten auf die einzelnen Leistungsbereiche dienen. Diese Inkohärenzen führen dazu, dass zu tiefe Pflegekosten und zu hohe Nicht-KVG-Kosten ausgewiesen werden. Mittels einfachen Tricks in der Kostenrechnung können somit gewollte Resultate erzielt werden; sie sind oft ein direktes Abbild von zu tiefen Normkosten.

Lösungsvorschlag 2:

Die Pflegeinstitutionen müssen besser in die Pflicht genommen werden, sich insbesondere an die Bestimmungen der VKL zu halten und die Kosten sachgerecht auszuweisen. Die Tarifiermittlung hat KVG-konform auf Basis von effektiven Zahlen und nicht auf Basis von budgetierten oder hochgerechneten Werten zu erfolgen. Zudem braucht es eine bundesrechtliche Bestimmung (z.B. in der VKL) zum Führen einer Arbeitszeitanalyse, damit plausible Verteilschlüssel hergeleitet werden können. Solche Analysen müssen in regelmässigen Abständen aktualisiert werden.

3. Bedarfserfassung

In der Schweiz gibt es auch fast 5 Jahre nach Einführung der aktuellen Pflegefinanzierung kein national einheitliches Instrument zur Messung des Pflegeaufwands, was eine notwendige Bedingung für eine gesamtschweizerische Tarifstruktur wäre. Da verschiedene Systeme unterschiedliche Aufwände messen, hängen die Kosten und damit auch die Tarife vom verwendeten Instrument ab. Bisher haben die Bestrebungen diverser Arbeitsgruppen diesbezüglich keine Lösung gebracht. Die PUE sieht sich in ihrer Haltung zur Schaffung eines verbindlichen national einheitlichen Systems zur Erfassung des Pflegebedarfs und einer bundesrechtlichen Regelung diesbezüglich bestärkt:

Lösungsvorschlag 3:

Es braucht eine bundesrechtliche Bestimmung, die nur ein gültiges nationales System zur Bedarfserfassung verbindlich vorschreibt.

4. Genauere Definition der Pflege

In der Praxis besteht das Problem, dass die Leistungen der KVG-Pflege nicht hinreichend definiert sind und somit eine klare Abgrenzung insbesondere zu den Betreuungsleistungen nicht immer gewährleistet ist. Ein oft diskutiertes Thema sind z.B. Demenzzuschläge, die sogar innerhalb desselben Kantons unterschiedlich verrechnet werden. In manchen Institution sind sie Bestandteil der Pflegekosten, in anderen werden sie zusätzlich (unter dem Titel Betreuung) verrechnet. Ein ähnliches Problem taucht bei der ambulanten Pflege im Bereich von Wegzeiten auf, die manche Institutionen zusätzlich zur Pflögetaxe verrechnen, obwohl es in der Natur von ambulanten Pflegeleistungen liegt, dass sie zuhause erbracht werden. Schon nur diese Beispiele zeigen, dass die aktuelle Definition der KVG-Pflege in Art. 7 Abs. 2 KLV nicht ausreicht, um einheitliche Pflegepreise zu bestimmen. Zur genaueren Definition der Pflege gehört insbesondere auch eine Regelung, wie die Strukturzeiten auf die einzelnen Bereiche aufgeteilt werden müssen. Diesbezüglich ortet die Preisüberwachung regelmässig



Probleme, sei es auf Stufe eines einzelnen Betriebs oder bei der Überprüfung von kantonalen Normkosten. Die unklare Definition von Pflegeleistungen erschwert insgesamt die Vergleichbarkeit von Heimpreisen.

Lösungsvorschlag 4:

Zur klaren Abgrenzung der Pflegekosten von anderen Bereichen bedarf es einer verbindlichen Definition, welche Leistungen zur KVG-Pflege gehören. In Ergänzung zu Art. 7 Abs. 2 KLV braucht es deshalb eine national gültige und vollständige Tätigkeitsliste der KVG-Pflege, die entsprechende Abgrenzungen möglich macht. Zudem muss gewährleistet werden, dass die Strukturzeiten sachgerecht als Pflegeleistungen einbezogen werden.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und in Ihren Arbeiten einzubeziehen.

Freundliche Grüsse



Stefan Meierhans
Preisüberwacher



Simon Iseli
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Kopie z.K.: Generalsekretariat GS-EDI, Inselgasse 1, 3003 Bern



VAKA | Der aargauische Gesundheitspartner

Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern
per Mail an:
bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Dokument	Ihr Ansprechpartner	Datum
	9.9.2015	b_2015-12- 15_stellungnahme nachbesserung pflegefinanzierung	Daniel Suter Tel.: 062 836 40 90 Fax: 061 836 40 91 daniel.suter@vaka.ch	15.12.2015

Stellungnahme zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für Ihre Einladung vom 9. September 2015, zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 14.417 „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ Stellung nehmen zu können.

1. Erwägungen

1.1. Zuständigkeit für die Finanzierung der Pflegeleistungen bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten

Die VAKA begrüsst, dass die Frage der Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen geklärt werden soll. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung soll dies sicherstellen.

Aus den Materialien, konkret aus dem Erläuternden Bericht vom 1. September 2015, wird klar, dass die Regelung sich an Artikel 21 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) orientiert.

Es ist zu begrüssen, dass der Herkunftskanton für die Finanzierung der Pflegeleistungen bei einem ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalt zuständig ist. Allerdings ist festzuhalten, dass die Formulierung in Art. 25a Abs. 5 KVG deutlich kürzer gehalten ist als jene im ELG. Es besteht daher das Risiko, dass in der Praxis Umsetzungsprobleme und Fragen auftauchen.

Zudem stellt sich die wichtige Frage, ab wann die Bestimmung gilt, da für Bewohnerinnen und Bewohner, welche bisher bereits in einem Pflegeheim sind, gemäss BG-Urteil der Standortkanton des Pflegeheims die Restkosten zu übernehmen hat. Allenfalls könnte in einer Übergangsbestimmung präzisiert werden, ab wann die Regelung bei bereits laufendem Pflegeheimaufenthalt greifen soll.

1.2. Höhe der Restkostenfinanzierung der Pflegeleistungen

Es ist enttäuschend, dass die SGK-S der Empfehlung der IG Pflegefinanzierung nicht gefolgt ist, dass die Höhe der Restfinanzierung sich nach den Ansätzen des Standortkantons des Pflegeheims richtet. Im Erläuternden Bericht wird denn auch festgehalten, dass es nicht auszuschliessen sei, dass die vom Herkunftskanton festgesetzten (und von ihm finanzierten) Beiträge vom Betrag, der in einem anderen Kanton zur Deckung der Pflegerestkosten nötig wäre, abweichen.

Es sei daher davon auszugehen, so die SGK-S, dass allfällig verbleibende Restkosten der Pflege durch die versicherte Person zu tragen sein werden. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG ist die Kostenbeteiligung der versicherten Person jedoch auf 20% des höchsten durch den Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags beschränkt. Es stellt sich deshalb die Frage, ob bei Überwälzung der Deckungslücke an die Bewohnenden nicht der Tarifschutz gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG verletzt würde.

In diesem Zusammenhang hält der Bundesrat in seinem Bericht zur Zuständigkeit für die Restfinanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung¹ fest, dass es von zentraler Bedeutung sei, dass die Belastung der Patientinnen und Patienten im Sinne von Artikel 25a Absatz 5 KVG nicht überschritten werde. Der Bundesrat zeigt weiter auf, dass der in der Bundesverfassung verankerten Niederlassungsfreiheit eine besondere Bedeutung und Wichtigkeit zukommt. Zudem hält der Bundesrat fest, dass die freie Wahl des Leistungserbringers auch bei Pflegeheimaufenthalten gewährleistet sein muss.

Die VAKA ist der Ansicht, dass die Lösung zur Finanzierung von ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten diesen wesentlichen Grundsätzen Rechnung tragen muss.

1.3. Die Vorlage genügt nicht, um die bestehenden Probleme der Pflegefinanzierung zu lösen

Die VAKA stellt fest, dass die SGK-S die vielfältigen Probleme der Pflegefinanzierung² nicht angeht, wie z.B.:

- Die Niederlassungsfreiheit sowie die freie Wahl des Leistungserbringers sind über die Kantonsgrenzen hinweg zu gewährleisten. Um dies sicherzustellen, müssen die Kantone die von ihnen festgelegten EL-Obergrenzen gegenseitig anerkennen und die entsprechenden Heimkosten vollumfänglich finanzieren.
- Rund zwei Drittel der Pflegeheime können aktuell ihre Pflegekosten nicht decken. Die Kantone legen aus finanzpolitischen Überlegungen die Pflegenormkosten oftmals auf einem zu tiefen Niveau fest, womit die vom Gesetzgeber beabsichtigte volle Deckung der Pflegekosten und die Einhaltung des Tarifschutzes nicht sichergestellt sind.
- Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind jährlich an die Kostenentwicklung anzupassen, damit die Finanzierung der Kostensteigerungen nicht alleine der öffentlichen Hand zufällt.
- Die Mängel der Akut- und Übergangspflege, namentlich die Limite von 14 Tagen und die Nichtberücksichtigung der Hotellerie- und Betreuungskosten bei der Regelung der Spitalfinanzierung sind aufzuheben.

2. Stellungnahme

Die VAKA unterstützt die Stossrichtung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S), da sich die vorgeschlagene Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 KVG an den Bestimmungen der Ergänzungsleistungs-Gesetzgebung orientiert. Damit wird klar, welcher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Restfinanzierung der Pflegekosten übernehmen soll.

Die VAKA lehnt den Vorschlag der SGK-S ab, dass der Herkunftskanton die Höhe der Restkostenfinanzierung festlegen soll. Die Einhaltung der Vorgaben im KVG, namentlich der maximal zulässigen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG wird damit in Frage gestellt. Es besteht die Gefahr, dass ungedeckte Pflegerestkosten bestehen, womit sowohl die Niederlassungsfreiheit als auch die freie Wahl des Leistungserbringers beschnitten werden.

¹ Siehe <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=59157>

² Siehe <http://www.curaviva.ch/Verband/News/News-Archiv/Forderungen-zur-Pflegefinanzierung/ouP3YEKO/PWid3/>

Die VAKA empfiehlt, dass die Regeln des Standortkantons für die Pflegefinanzierung, sprich für die Höhe des Beitrags der versicherten Person und für die Höhe der Pflegerestkosten zur Anwendung gelangen. Allenfalls könnte in einer Übergangsbestimmung präzisiert werden, ab wann die Regelung bei bereits laufendem Pflegeheimaufenthalt greifen soll.

Die parlamentarische Initiative spricht wichtige, wenn auch bei weitem nicht alle Probleme an, die sich aus der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung ergeben haben. Ein Teil der Gründe für die Probleme liegt im Gesetz selbst, ein anderer Teil in der kantonal unterschiedlichen Umsetzung.

Deshalb regt die VAKA eine Gesamtrevision der Pflegefinanzierung an, da bereits nach den vier Jahren seit der Einführung gravierende Mängel offensichtlich sind. Die VAKA unterstützt auch weitere Vorstösse der eidgenössischen Räte zur Pflegefinanzierung:

- 12.4099 Postulat Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG SR Bruderer Wyss;
- 14.448 Parl. Iv. Praxisorientierte Gestaltung der Übergangspflege NR Humbel;
- 14.4292 Motion Praxistaugliche Zulassung der Pflegeheime als Leistungserbringer NR Humbel;
- diverse Vorstösse NR Heim, z.B. 12.4051 Postulat Restfinanzierung ausserkantonomer Pflegeheimaufenthalte;
- 12.3604 Postulat Strategie zur Langzeitpflege NR Fehr Jacqueline;
- 10.4090 Motion Nationales Impulsprogramm zur Förderung von Zwischenstrukturen für betagte Personen NR Rossini etc.

Die VAKA ist der Überzeugung, dass nur ein breit angelegter Massnahmenplan die Basis für eine nachhaltige Lösung der Pflegefinanzierung bringen kann.

Aus obigen Überlegungen unterstützt die VAKA die Vorlage, aber nur unter dem Vorbehalt, dass die Probleme der Pflegefinanzierung umfassend gelöst werden.

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

VAKA



Thomas Peterhans
Präsident Sparte Pflegeinstitutionen



Beat Huwiler
Geschäftsführer

Die in der Vereinigung Aargauische Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (VAKA) organisierten rund 115 Institutionen des Aargauischen Gesundheitswesens vereinigen gut 12'000 Mitarbeitende (Lohnsumme ca. CHF 1.1 Mia.) und rund 8 700 Betten. Zu unseren Mitgliedern zählen alle öffentlichen und privaten Spitäler, die Rehabilitations- und Spezialkliniken sowie alle Pflegeheime im Kanton Aargau. Die VAKA vertritt die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Kostenträgern, Politik und Behörden sowie der Öffentlichkeit. Damit ist die VAKA der grosse Gesundheitspartner im Kanton Aargau.



Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 24
Telefax +41 71 788 93 39
michaela.inauen@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats
3003 Bern

Appenzell, 3. Dezember 2015

14.417 s Pa.lv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 9. September 2015, mit welchem Sie zur geplanten Umsetzung der parlamentarischen Initiative „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ um eine Stellungnahme bis zum 18. Dezember 2015 ersuchen.

Die Standeskommission hat die Vernehmlassungsunterlagen geprüft und kommt zu folgendem Schluss:

Bei Eintritt in ein ausserkantonales Pflegeheim ist für die Restfinanzierung unbestrittenermassen der Wohnsitzkanton zuständig. Es ist aber in der Praxis leider nicht immer klar, in welchem Kanton der Wohnsitz besteht. Dies führte immer wieder zu Problemen, weshalb die Standeskommission eine gesamtschweizerisch einheitliche Regelung begrüsst.

Die vorgeschlagene Regelung erlaubt im konkreten Fall eine einfache und rasche Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei einem Eintritt in ein Pflegeheim. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der Regelung, dass die Zuständigkeit unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Heims immer beim Wohnsitzkanton vor Eintritt in ein Pflegeheim verbleibt, dahin.

Eine Regelung der Wohnsitzfrage analog des heutigen Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) bietet sich an und macht Sinn. Die Kantone haben so insbesondere die Möglichkeit, die Restfinanzierung mit den Regelungen über die Ergänzungsleistungen abzustimmen, um Finanzierungslücken oder Doppelfinanzierungen zu vermeiden.

Aufgrund dieser Überlegungen befürwortet die Standeskommission die geplante Änderung. Mit der Umsetzung dieser parlamentarischen Initiative sind aber noch nicht alle Probleme im Bereich der Pflegefinanzierung gelöst. Insbesondere sollten die Höhe und die Ausgestaltung der Finanzierung durch die Krankenversicherer neu überdacht werden.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Auftrage von Landammann und Standeskommission

Der Ratschreiber:



Markus Dörig

Zur Kenntnis an:

- bruno.fuhrer@bag.admin.ch
- dm@bag.admin.ch
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Ständerat Ivo Bischofberger, Ackerweg 4, 9413 Oberegg
- Nationalrat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell



Regierungsrat, 9102 Herisau

Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern

Roger Nobs
Ratschreiber
Tel. 071 353 63 51
roger.nobs@ar.ch

Herisau, 11. Dezember 2015

Eidg. Vernehmlassung; 14.417 Parlamentarische Initiative. Nachbesserung der Pflegefinanzierung; Stellungnahme des Regierungsrates von Appenzell Ausserrhoden

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 9. September 2015 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats den Kantonsregierungen einen Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) zur Vernehmlassung zugestellt.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden nimmt dazu wie folgt Stellung:

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden begrüsst die vorgeschlagene Ergänzung des Art. 25a Abs. 5 KVG, und zwar aus folgenden drei Gründen:

1. Vermeidung von langwierigen Streitigkeiten zur Klärung der Zuständigkeit

Die vorgeschlagene Regelung erlaubt im konkreten Einzelfall eine schnelle Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegekosten beim Eintritt in ein Pflegeheim. Langwierige Streitigkeiten zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der neuen Regelung dahin: Die Zuständigkeit verbleibt unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Pflegeheims immer beim Kanton, in welchem der Bewohner oder die Bewohnerin vor dem Eintritt in das Pflegeheim Wohnsitz hatte (Herkunftsprinzip). Unterstützt wird der Vorschlag der GDK (Stellungnahme vom 6. November 2015), im Rahmen einer Übergangsregelung festzuhalten, dass für Versicherte, welche vor Inkrafttreten der Neuregelung in ein Pflegeheim eingetreten sind, die Zuständigkeit erhalten bleibt.

2. Versorgungspolitische Überlegungen

Für die neue Regelung sprechen auch versorgungspolitische Überlegungen. Standortgemeinden von Pflegeheimen sollen vor den erheblichen finanziellen Folgen bewahrt werden, welche eine Anknüpfung am zivilrechtlichen Wohnsitz am Standort des Pflegeheims mit sich bringen würde. Es ist sachgerechter, dass der Eintritt in ein Pflegeheim keine neue Zuständigkeit begründet. Längerfristig könnte es zum versorgungspolitischen Prob-



lem werden, wenn jeder Kanton aufgrund der finanziellen Anreize versucht ist, trotz generell steigendem Bedarf das Angebot zu Lasten anderer Kantone möglichst zu beschränken. Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden begrüsst daher die Einführung des Herkunftsprinzips auf Bundesebene. Es hat sich in mehreren Kantonen innerkantonale bewährt.

3. Abstimmung mit der Regelung bei den Ergänzungsleistungen

Die vorgeschlagene Regelung dient auch der Vereinfachung der Umsetzung der Restfinanzierung durch eine Übereinstimmung der Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung und für die Ergänzungsleistungen: Für die Finanzierung des gesamten Aufenthalts in einem Pflegeheim sind nicht zwei Kantone (Restfinanzierung beim Standortkanton und EL beim Herkunftskanton), sondern nur ein Kanton zuständig. Für die Bestimmung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zur Mitfinanzierung des Heimaufenthalts ist gemäss geltender Gesetzgebung in jedem Fall der Kanton zuständig, in welchem die betreffende Person vor Eintritt in das Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hatte (Art. 21 Abs. 1 ELG). Es ist daher sinnvoll, die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen analog zu regeln.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Auftrag des Regierungsrates

Roger Nobs, Ratschreiber



DER REGIERUNGSRAT DES KANTONS BASEL-LANDSCHAFT

An die
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Ständerates
3003 Bern

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung, Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Präsidentin
sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum oben erwähnten Geschäft und können Ihnen mitteilen, dass wir uns der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) anschliessen. Wir bitten Sie, deren Bemerkungen bei der weiteren Bearbeitung der Vorlage zu berücksichtigen.

Liestal, 15. Dezember 2015

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

Der Präsident

Der Landschreiber



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat CE
Staatsrat SR

Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 10 40, F +41 26 305 10 48
www.fr.ch/ce

Conseil d'Etat
Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

Par PDF à
bruno.fuhrer@bag.admin.ch et
dm@bag.admin.ch

Fribourg, le 14 décembre 2015

14.417 lv. Pa. Amender le régime de financement des soins

Réponse à la consultation

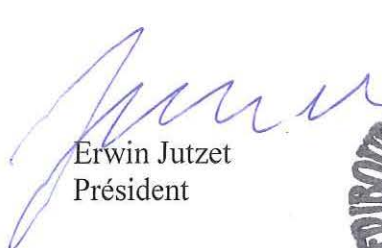
Madame, Monsieur,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons au courrier de Madame la Présidente de la CSSS-E Liliane Maury Pasquier.

Le Conseil d'Etat n'a pas de remarques particulières à formuler sur le texte proposé. Cette disposition s'insère dans la systématique du droit fédéral et rejoint le système applicable pour les prestations complémentaires.

En vous remerciant de nous avoir auditionnés, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :


Erwin Jutzet
Président




Danielle Gagnaux-Morel
Chancelière d'Etat



Versand per E-Mail

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit SGK-S
Frau Präsidentin Liliane Maury Pasquier
3003 Bern

Bern, 6. November 2015

47.61/SL

14.417 s Pa.IV Nachbesserung der Pflegefinanzierung – Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf die uns am 9. September 2015 zugestellten Vernehmlassungsunterlagen zu obengenanntem Geschäft und nehmen dazu gerne wie folgt Stellung:

Die GDK stimmt der von der Kommission vorgeschlagenen Ergänzung von Art. 25a Abs. 5 KVG zu. Die vorgeschlagene Regelung analog zur Gesetzgebung über die Ergänzungsleistungen wurde von der Plenarversammlung der GDK mit deutlichem Mehr unterstützt. Dies insbesondere aus folgenden Gründen:

- Die vorgeschlagene Regelung erlaubt im konkreten Einzelfall eine einfache und rasche Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei einem Eintritt in ein Pflegeheim. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der Regelung, dass die Zuständigkeit unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Heims immer beim Wohnsitz(kanton) vor Eintritt in ein Pflegeheim verbleibt, dahin.

Wir gehen davon aus, dass für Versicherte, die vor Inkrafttreten dieser Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dahin bestehenden Zuständigkeiten erhalten bleiben und nicht der Neuregelung angepasst werden müssen. Wir schlagen vor, dies im Rahmen einer Übergangsregelung entsprechend explizit festzuhalten.

- Mit der vorgeschlagenen Regelung wird verhindert, dass diejenigen Kantone oder Regionen, welche Angebote an Pflegeheimplätzen oder Spitexkapazitäten zur Verfügung stellen, benachteiligt werden, indem sie für alle Personen, welche diese Angebote nutzen, die Restfinanzierung zu tragen haben. Dies könnte die Anreize für die Kantone und Gemeinden verstärken, das bereitgestellte Angebot an Pflegeleistungen auf ein Minimum zu beschränken, um damit einerseits zu verhindern, dass Personen aufgrund eines vorhandenen Angebots ihren Wohnsitz im entsprechenden Kanton / in der entsprechenden Gemeinde begründen resp. um zu erreichen, dass pflegebedürftige Personen möglichst in einem anderen Kanton in ein Heim eintreten. Das Interesse der Kantone und Gemeinden, die Versorgungsplanung im Bereich der Pflege-



heime und der Spitexdienste auch interkantonale zu koordinieren, würde längerfristig geschwächt. Eine solche Entwicklung wäre versorgungspolitisch – vor dem Hintergrund des demographisch bedingten, steigenden Bedarfs an Pflegeleistungen – problematisch. Mit der vorgeschlagenen Lösung kann einer solchen Entwicklung entgegengewirkt werden.

- Die vorgeschlagene Regelung erlaubt die Abstimmung der Restfinanzierung mit den Regelungen über die Ergänzungsleistungen innerhalb eines Kantons. Eine solche Abstimmung ist zwingend, ansonsten besteht im Einzelfall die Gefahr von Finanzierungslücken oder Doppelfinanzierungen. Für die Bestimmung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zur Mitfinanzierung des Heimaufenthalts ist gemäss heutiger Ergänzungsleistungsgesetzgebung in jedem Fall der Wohnsitzkanton, in welchem die betreffende Person vor Eintritt in ein Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz begründet hatte, zuständig. Es ist daher sinnvoll, die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen analog zu regeln.
- Mit der vorgeschlagenen Regelung besteht zwar die Möglichkeit, dass eine Person mit Eintritt in ein Pflegeheim im Standortkanton des Heims zivilrechtlichen Wohnsitz und Steuerdomizil begründet (und Steuern bezahlt), die Zuständigkeit für die Restfinanzierung (und die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen) jedoch bei einem anderen Kanton verbleibt. Eine solche allfällige Inkongruenz muss in Kauf genommen werden, weil die vorangehend beschriebenen Vorteile der vorgeschlagenen Regelung höher zu gewichten sind.

Bezüglich der konkreten Formulierung dieser Regelung im Gesetz schlagen wir folgende Präzisierung vor:

Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz

⁵ ... Für die Festsetzung der Restfinanzierung und Auszahlung der Beiträge zur Deckung der Pflegerestkosten zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.

Die GDK begrüsst es, dass sich der vorliegende Vorschlag auf die Regelung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung beschränkt. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegefinanzierung bestehen durchaus noch andere offene Fragestellungen, so zum Beispiel die Annäherung der Methodiken zur Festlegung der Normkosten für die Pflegeleistungen oder die Optimierung der Regelungen über die Akut- und Übergangspflege. Ersteres liegt aus Optik der GDK in der Verantwortung und Zuständigkeit der Leistungserbringer und der Kantone. Letzteres bedarf im Hinblick auf die zukünftigen Herausforderungen in der Langzeitpflege grundsätzlicher, konzeptioneller Überlegungen, bevor der nationale Gesetzgeber hier gegebenenfalls nochmals aktiv werden sollte.



Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme. Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Dr. Philippe Perrenoud
Regierungsrat

Der Zentralsekretär

Michael Jordi

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Ständerates
(SGK-SR)
3003 Bern

Glarus, 8. Dezember 2015
Unsere Ref: 2015-155

Vernehmlassung 14.417 Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates gab uns in eingangs genannter Angelegenheit die Möglichkeit zur Stellungnahme. Dafür danken wir und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

Im Rahmen der Restfinanzierung haben auch im Kanton Glarus die unterschiedlichen kantonalen Regelungen für Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen, die ausserkantonale Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben, zu Fragen der Zuständigkeit und Finanzierung geführt. Wir unterstützen daher die von der Kommission vorgeschlagene Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 KVG. Dies insbesondere aus folgenden Gründen:

- *Einfach Handhabung:* Die vorgeschlagene Gesetzesänderung stellt sicher, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die in einem Pflegeheim erbracht werden. Diese Regelung erlaubt im Einzelfall eine einfache und rasche Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei einem Eintritt in ein Pflegeheim. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen dahin.
- *Auswirkung auf die kantonale Planung:* Mit der vorgeschlagenen Regelung wird verhindert, dass diejenigen Kantone oder Regionen, welche Angebote an Pflegeheimplätzen oder Spitexkapazitäten zur Verfügung stellen, durch die Restfinanzierung benachteiligt werden. Damit wird ein Anreiz für die Kantone und Gemeinden geschwächt, das bereitgestellte Angebot an Pflegeleistungen auf ein Minimum zu beschränken, um zu erreichen, dass pflegebedürftige Personen möglichst in einem anderen Kanton in ein Heim eintreten. Das Interesse der Kantone und Gemeinden, die Versorgungsplanung im Bereich der Pflegeheime und der Spitexdienste auch interkantonale zu koordinieren, wird mit dieser Änderung längerfristig gestärkt.
- *Synchronisierung mit den Ergänzungsleistungen:* Damit ist einheitlich der Herkunftskanton in Bezug auf die Pflegefinanzierung, die Sozialhilfe und die Ergänzungsleistung zuständig. Diese einfach anwendbare Regelung hilft Rechtsstreitigkeiten und Finanzierungslücken zu vermeiden. Für die Bestimmung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zur Mitfinanzierung des Heimaufenthalts ist gemäss heutiger Ergänzungsleistungsgesetzgebung in jedem Fall der Wohnsitzkanton, in welchem die betreffende Person vor Eintritt in ein Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz begründet hatte, zuständig. Es ist

daher sinnvoll, die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen analog zu regeln.

Nichtsdestotrotz stellen sich gewisse Fragen:

- **Inkongruenz:** Mit der vorgeschlagenen Regelung besteht zwar die Möglichkeit, dass eine Person mit Eintritt in ein Pflegeheim im Standortkanton des Heims zivilrechtlichen Wohnsitz und Steuerdomizil begründet (und Steuern bezahlt), die Zuständigkeit für die Restfinanzierung (und die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen) jedoch bei einem anderen Kanton verbleibt. Eine solche allfällige Inkongruenz muss in Kauf genommen werden, weil die vorangehend beschriebenen Vorteile der vorgeschlagenen Regelung höher zu gewichten sind.
- **Übergangslösung:** Wir gehen davon aus, dass für Versicherte, die vor Inkrafttreten dieser Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dahin bestehenden Zuständigkeiten erhalten bleiben und nicht der Neuregelung angepasst werden müssen. Wir schlagen vor, dies im Rahmen einer Übergangsregelung entsprechend explizit festzuhalten.

Fazit

Die neue Regelung, welche besagt, dass immer derjenige Kanton zuständig sein solle, in welchem die betreffende Person vor Heimeintritt ihren Wohnsitz hatte (Herkunftskanton), schafft Klarheit und wird begrüsst. Ein allfälliger Wohnsitzwechsel bei Heimeintritt hat keinen Einfluss mehr auf die Zuständigkeit für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen. Kantone mit einem Überangebot an Pflegeheimplätzen werden so nicht mehr benachteiligt. Schade hingegen ist, dass die übrigen Anliegen der parlamentarischen Initiative „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ hier keinen Niederschlag gefunden haben. Die aufgeworfenen Fragen, nachgerade diejenige nach einer klareren und transparenteren Abgrenzung der Pflege- von den Betreuungskosten, sind absolut aktuell und schlagen sehr viel stärker zu Buche als die nun gesetzgeberisch gelöste.

Genehmigen Sie, sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Freundliche Grüsse

Für den Regierungsrat



Röbi Marti
Landammann



Hansjörg Dürst
Ratsschreiber

E-Mail an:

- bruno.fuhrer@bag.admin.ch
- dm@bag.admin.ch

versandt am: **10. Dez. 2015**



Sitzung vom

07. Dezember 2015

Mitgeteilt den

07. Dezember 2015

Protokoll Nr.

1030

Per E-Mail zustellen an: bruno.fuhrer@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

14.417 s Pa.IV. Nachbesserung der Pflegefinanzierung - Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Präsidentin

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf den mit Schreiben vom 9. September 2015 unterbreiteten Vor-
entwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und
nehmen wie folgt Stellung:

Wir befürworten die vorgeschlagene Regelung. Sie stimmt mit der Regelung für die
Ausrichtung von Ergänzungsleistungen in Art. 21 Abs. 1 des Bundesgesetzes über
die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
(ELG) überein und ermöglicht dadurch eine einfache Klärung der Zuständigkeit.

Die vorgeschlagene Regelung kann bei Pflegeheimaufenthalten ausserhalb des
Wohnsitzkantons im betreffenden Pflegeheim zu ungedeckten Kosten führen, wenn
die im Wohnsitzkanton festgesetzten Normkosten tiefer sind als die im ausserkanto-
nalen Pflegeheim anerkannten Kosten. Wir laden Sie entsprechend ein, die vorge-
schlagene Regelung durch eine Regelung dieser Problematik zu ergänzen.

Wichtig ist zudem die Statuierung einer Übergangsregelung bezüglich der Finanzierungszuständigkeit im Falle von Pflegeheimaufenthalten ausserhalb des Wohnsitzkantons im Zeitpunkt der Inkraftsetzung der neuen Regelung.



Namens der Regierung

Der Präsident:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Martin Jäger', with a large, sweeping flourish at the end.

Martin Jäger

Der Kanzleidirektor:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Riesen', with a large, sweeping flourish at the end.

Dr. C. Riesen

Hôtel du Gouvernement – 2, rue de l'Hôpital, 2800 Delémont

Conseil des Etats
Commission de la sécurité sociale et de la
santé publique
Madame Liliane Maury Pasquier, Présidente
3003 Berne
Par courriel à :
bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Hôtel du Gouvernement
2, rue de l'Hôpital
CH-2800 Delémont
t +41 32 420 51 11
f +41 32 420 72 01
chancellerie@jura.ch

Delémont, le 8 décembre 2015

Prise de position du Gouvernement de la République et Canton du Jura dans le cadre de la procédure de consultation de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats sur le projet d'amendement du régime de financement des soins (14.417 é lv. pa)

Madame la Conseillère aux Etats,
Madame, Monsieur,

Le Gouvernement jurassien remercie la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats de lui donner la possibilité, par sa lettre du 9 septembre 2015, de prendre position dans le cadre de la procédure de consultation sur le projet de compléter l'article 25a de la loi sur l'assurance-maladie.

Il prend position comme suit :

Modification de l'art. 25a, al. 5, LAMal

Il soutient la modification proposée qui introduit une réglementation analogue à la législation en vigueur des prestations complémentaires. C'est d'ailleurs la pratique déjà appliquée aujourd'hui par le canton du Jura pour le financement résiduel des soins des jurassiens hébergés dans une institution hors canton, pratique que ne connaît malheureusement pas la majorité des autres cantons.

Actuellement, il existe de nombreux litiges entre les cantons pour ces prises en charge hors canton. La réglementation proposée permettra de clarifier la situation et d'uniformiser les décisions avec les prestations complémentaires.

Dispositions transitoires

Afin d'éviter des démarches administratives fastidieuses, cette nouvelle disposition ne devrait, selon le Gouvernement jurassien, pas avoir d'effet rétroactif. Il estime qu'elle devrait s'appliquer à toutes les situations dès son entrée en vigueur (nouvelles arrivées et assurés déjà présents), afin d'éviter que deux régimes soient appliqués simultanément.

Compétence des cantons pour la fixation du 100% du coût des soins

Le Gouvernement jurassien souhaite encore relever que le canton de domicile est et demeure compétent pour fixer le 100% du coût des soins admis. Ces montants fixés par le canton, aussi bien pour les prestations ambulatoires que pour les séjours de longue durée, devraient correspondre aux montants maximaux admis en cas de prestations dans un autre canton. Cette notion figure certes dans les bases légales cantonales jurassiennes, mais il serait judicieux, aux yeux du Gouvernement jurassien, de prévoir une telle disposition dans les bases légales fédérales.

Le Gouvernement jurassien vous présente, Madame la Conseillère aux Etats, Madame, Monsieur, l'expression de ses sentiments distingués.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA
RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA


Michel Thentz
Président




Jean-Christophe Kübler
Charcellier



Rathaus, Marktplatz 9
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 80 54
Fax: +41 61 267 85 72
E-Mail: staatskanzlei@bs.ch
www.regierungsrat.bs.ch

Kommission für soziale Sicherheit
Und Gesundheit SGK-S
Frau Präsidentin Liliana Maury Pasquier
3003 Bern

Versand per E-Mail an:
bruno.fuhrer@bag.admin.ch und
dm@bag.admin.ch

Basel, 2. Dezember 2015

Regierungsratsbeschluss vom 1. Dezember 2015

Anpassung des Gesetzes über die Krankenversicherung; Nachbesserung der Pflegefinanzierung (14.417 s Parlamentarische Initiative)

Eröffnung der Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 9. September 2015 laden Sie die Kantonsregierungen sowie weitere Kreise im Rahmen eines Vernehmlassungsverfahrens zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10, ein. Wir danken Ihnen für die uns eingeräumte Möglichkeit, zum vorliegenden Entwurf Stellung zu nehmen.

1. Ausgangslage

Die geplante Anpassung des KVG dient gemäss Ihrem Schreiben vom 9. September 2015 dazu sicherzustellen, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Die neue Regelung orientiert sich an Artikel 21 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vom 6. Oktober 2006, SR 831.30. Dies bedeutet, dass die Zuständigkeit einfacher bestimmbar ist, da immer derjenige Kanton zuständig ist, in welchem die betreffende Person vor Heimeintritt ihren Wohnsitz hatte, d.h. der Herkunftskanton.

2. Argumente für eine Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Der Regierungsrat Basel-Stadt stimmt der von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) vorgeschlagenen Ergänzung von Art. 25a Abs. 5 KVG zu. Er begrüsst eine solche Regelung insbesondere beziehend auf die nachfolgend aufgelisteten Gründe:

- Die vorgeschlagene Regelung erlaubt im konkreten Einzelfall die Abstimmung der Restfinanzierung mit den Regelungen über die Ergänzungsleistungen innerhalb eines Kantons.

Eine solche Abstimmung ist zwingend, ansonsten besteht im Einzelfall die Gefahr von Finanzierungslücken oder Doppelfinanzierungen. Zur Bestimmung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zur Mitfinanzierung des Heimaufenthalts ist gemäss heutiger Ergänzungsleistungsgesetzgebung in jedem Fall der Wohnsitzkanton, in welchem die betreffende Person **vor Eintritt in ein Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz** begründet hatte, zuständig. Es ist sinnvoll, die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen analog zu regeln. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der Regelung, dass die Zuständigkeit unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Heims immer beim Wohnsitz(-kanton) vor Eintritt in ein Pflegeheim verbleibt, dahin. Vielmehr ermöglicht die Regelung eine einfache und rasche Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei einem Eintritt ins Pflegeheim;

- Unter dem Aspekt der Rechtssicherheit, soll für diejenigen Versicherten, die bereits vor Inkrafttreten der geplanten Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dato geltende Zuständigkeit weiter bestehen. Dies muss explizit im Rahmen einer Übergangsregelung entsprechend gesetzlich verankert werden;
- Ein weiterer zentraler Punkt, welcher für den Entwurf der Neuregelung spricht, ist der folgende: Mit der Neuregelung kann verhindert werden, dass diejenigen Kantone oder Regionen, welche Angebote an Pflegeheimplätzen oder Spitexkapazitäten zur Verfügung stellen, benachteiligt werden, indem sie für alle Personen, welche diese Angebote nutzen, die Restfinanzierung zu tragen hätten. Dies würde falsche Anreize für die Kantone und Gemeinden schaffen, indem sie nur ein kleines Angebot an Pflegeleistungen bereitstellen würden. Ferner kann mit der Neuregelung vermieden werden, dass Personen ihren Wohnsitz in einen anderen Kanton oder Gemeinde verlegen, in welchen die Angebote vorhanden wären. Weiter würde das Interesse der Kantone und Gemeinden an einer interkantonalen Koordination der Pflegeheime und Spitexdienste auf längere Sicht geschwächt, was vor einem versorgungspolitischen Hintergrund – insbesondere im Hinblick auf den demographisch bedingten stetigen wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen – äusserst problematisch wäre. Der vorgelegte Entwurf der Neuregelung verhindert eine solche Entwicklung;
- Die geplante Neuregelung kann zur Folge haben, dass eine Person mit Eintritt in ein Pflegeheim im Standortkanton des Heims zivilrechtlichen Wohnsitz und Steuerdomizil begründet (und Steuern bezahlt), die Zuständigkeit für die Restfinanzierung (und die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen) jedoch bei einem anderen Kanton verbleibt. Eine solche mögliche Divergenz muss akzeptiert werden. Die vorangehend aufgezählten Vorteile überwiegen klar.

3. Schlussfolgerung

Der Regierungsrat begrüsst den vorgelegten Entwurf. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der ELG-Ansatz mehr Klarheit bezüglich der Umsetzung schafft, obwohl er zur Folge haben kann, dass derselbe Versicherte bei verschiedenen Kantonen Leistungsansprüche geltend machen kann, je nachdem, ob es sich um eine stationäre Behandlung im Spital oder um einen Pflegeheimaufenthalt handelt. Die Erfahrungen mit der seit 1. Januar 2012 geltenden ELG-Bestimmung haben gezeigt, dass die Zuständigkeitsstreitigkeiten stark zurückgegangen sind. Dies trägt zur Rechtsklarheit und Rechtssicherheit bei. Ferner stellt die neue Regelung sicher, dass die Kantone und Gemeinden – insofern als der Heimeintritt an der Zuständigkeit nichts ändert – keinen Einfluss auf den Wohnsitzwechsel einer Person nehmen. Ausserdem ist der Herkunftskanton in Bezug auf die Pflegefinanzierung, die Sozialhilfe und die Ergänzungsleistungen zuständig, was zu einer Kohärenz mit dem ELG führt.

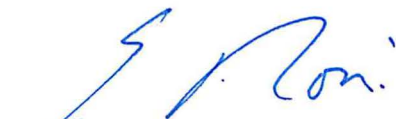
Der Regierungsrat Basel-Stadt befürwortet es, dass sich der vorliegende Vorschlag auf die Regelung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung beschränkt. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegefinanzierung bestehen jedoch noch andere offene Fragestellungen, wie die Annäherung der Vorgehensweisen zur Festlegung der Normkosten für die Pflegeleistungen oder die Optimierung der Regelungen über die Akut- und Übergangspflege.

Nach Ihren Vorstellungen soll jeder Kanton die Höhe der Restfinanzierung auch weiterhin nach seinen eigenen Regeln bestimmen können. Sie nehmen dabei explizit in Kauf, dass die vom Herkunftskanton gesprochenen Beträge die Kosten in einem ausserkantonalen Heim nicht in jedem Fall decken. Es sei daher davon auszugehen, dass allfällig verbleibende Restkosten der Pflege durch die versicherte Person zu tragen sein werden. Falls diese finanziell dazu nicht in der Lage sei, würden die Restkosten vom Herkunftskanton übernommen (vgl. Kap. 3 der Erläuterungen, S. 17). Es wird dort aber nicht präzisiert, ob diese staatliche Kostenübernahme aus Mitteln der Ergänzungsleistungen (EL) oder der Sozialhilfe erfolgen würde. Da unseres Wissens etliche Kantone in der EL eine Taxbeschränkung kennen, also eine Limitierung der in der EL zu berücksichtigenden Tagesrate bei ausserkantonalen Heimaufenthalten, führt dieser Umstand wahrscheinlich dazu, dass die betreffende Person sich für die Deckung der Restfinanzierungsdifferenz an die Sozialhilfe wenden müsste. Ausserkantonale Heimbewohnende wären dann parallel in der EL und der Sozialhilfe, was eigentlich konzeptionell und administrativ nicht so erwünscht ist. Ferner ist es für die Person selbst punkto Vermögensverzehr möglicherweise ein spürbarer Unterschied. Bei Selbstzahlern führt die Regelung (wie vermutlich auch schon heute) dazu, dass sie im Endeffekt eine höhere Patientenbeteiligung an die Pflegekosten tragen muss, als es Art. 25a Abs. 5 KVG vorsieht. Der Regierungsrat regt diesbezüglich eine Präzisierung der Erläuterungen sowie mindestens eine Beobachtung bzw. Evaluation dieser Kostenbelastung der Pflegepatienten (insbesondere im Heimbereich) an.

Für die Berücksichtigung unserer Bemerkungen danken wir Ihnen bestens.

Mit freundlichen Grüssen

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin



LE CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET
CANTON DE NEUCHÂTEL

Par courriel

Commission de la santé et de la sécurité
sociale du Conseil des Etats
3003 Berne

14.417 é Iv. pa. Amender le régime de financement des soins - Procédure de consultation de la CSSS-E

Madame la présidente,

Le 9 septembre 2015, vous nous avez adressé un courrier par lequel vous nous soumettez un projet de modification de la LAMal dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative parlementaire citée en titre, en nous priant de vous faire connaître notre avis à son sujet jusqu'au 18 décembre 2015. Par la présente, nous vous remercions de nous consulter à son sujet et vous faisons part de notre détermination.

En substance, le projet soumis prescrit de compléter l'article 25a LAMal, al. 5, par deux nouvelles phrases dont l'objectif est de clarifier la compétence cantonale lors de séjours extra-cantonaux, en EMS ou de façon ambulatoire.

La solution préconisée, reprenant les modalités en vigueur dans le régime des prestations complémentaires à l'AVS/AI, correspond à la position de la CDS et également à celle que le canton de Neuchâtel a défendue lors des consultations préalables.

Nous approuvons ainsi sans réserve la solution proposée.

Nous relevons cependant que d'autres écueils peuvent empêcher une réelle liberté du choix de l'EMS hors canton, qui échappent malheureusement en tout ou en partie au champ de compétences du législateur fédéral, voire cantonal. Hormis les aspects du financement résiduel LAMal commentés dans le rapport explicatif de la CSSS-E, sur lesquels nous ne revenons pas ici, nous souhaitons à titre d'exemple évoquer la situation suivante : le financement d'un EMS est en principe réglé par les dispositions de la LAMal concernant les soins et par le prix de pension concernant l'hôtellerie et l'encadrement. Or, il n'est pas rare qu'une troisième source de financement existe, à savoir le versement de subventions directes par le canton ou la commune liées à des prestations spécifiques.

Les EMS au bénéfice de ce type d'aides financières pourraient dès lors être freinés dans l'accueil de résidents extra-cantonaux, par le fait qu'il leur sera parfois difficile de percevoir cette partie du financement lorsqu'ils accueillent des personnes venant d'un autre canton.

En vous remerciant de nous avoir consulté, nous vous prions de croire, Madame la présidente, à l'expression de notre parfaite considération.

Neuchâtel, le 9 décembre 2015

Au nom du Conseil d'Etat:

La présidente,
M. MAIRE-HEFTI

La chancelière,
S. DESPLAND

M. Maire-Hefti

S. Despland





KANTON
NIDWALDEN

LANDAMMANN UND
REGIERUNGSRAT

Dorfplatz 2, Postfach 1246, 6371 Stans
Telefon 041 618 79 02, www.nw.ch

CH-6371 Stans, Dorfplatz 2, Postfach 1246, STK

PER E-MAIL

bruno.fuhrer@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Telefon 041 618 79 02
staatskanzlei@nw.ch
Stans, 9. Dezember 2015

Nachbesserung der Pflegefinanzierung. Stellungnahme

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 9. September 2015 unterbreiteten Sie uns die Vorlage zur Nachbesserung der Pflegefinanzierung mit der Bitte, bis zum 18. Dezember 2015 eine Stellungnahme abzugeben.

Wir danken Ihnen für diese Möglichkeit und vernehmen uns wie folgt:

Wir stimmen der von der Kommission vorgeschlagenen Ergänzung von Art. 25a Abs. 5 KVG zu, dies insbesondere aus folgenden Gründen:

- Die vorgeschlagene Regelung erlaubt im konkreten Einzelfall eine einfache und rasche Bestimmung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei einem Eintritt in ein Pflegeheim. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der Regelung dahin. Die Zuständigkeit verbleibt unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Heims immer beim Wohnsitz-(kanton) vor Eintritt in ein Pflegeheim.

Wir gehen davon aus, dass für Versicherte, die vor Inkrafttreten dieser Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dahin bestehenden Zuständigkeiten erhalten bleiben und nicht der Neuregelung angepasst werden müssen. Wir schlagen vor, dies im Rahmen einer Übergangsregelung entsprechend explizit festzuhalten.

- Mit der vorgeschlagenen Regelung wird verhindert, dass diejenigen Kantone oder Regionen benachteiligt werden, welche Angebote an Pflegeheimplätzen oder Spitexkapazitäten zur Verfügung stellen, indem sie für alle Personen, welche diese Angebote nutzen, die Restfinanzierung zu tragen haben. Dies könnte den Anreiz für die Kantone und Gemeinden verstärken, das bereitgestellte Angebot an Pflegeleistungen auf ein Minimum zu beschränken, um damit einerseits zu verhindern, dass Personen aufgrund eines vorhandenen Angebots ihren Wohnsitz im entsprechenden Kanton oder der entsprechenden Gemeinde begründen resp. um zu erreichen, dass pflegebedürftige Personen möglichst in einem anderen Kanton in ein Heim eintreten. Das Interesse der Kantone und Gemeinden, die Versorgungsplanung im Bereich der Pflegeheime und der Spitexdienste auch interkantonal zu koordinieren, würde längerfristig geschwächt. Eine solche Entwicklung wäre

versorgungspolitisch vor dem Hintergrund des demographisch bedingten, steigenden Bedarfs an Pflegeleistungen problematisch. Mit der vorgeschlagenen Lösung kann einer solchen Entwicklung entgegengewirkt werden.

- Die vorgeschlagene Regelung erlaubt die Abstimmung der Restfinanzierung mit den Regelungen über die Ergänzungsleistungen innerhalb eines Kantons. Eine solche Abstimmung ist zwingend nötig, ansonsten im Einzelfall die Gefahr von Finanzierungslücken oder Doppelfinanzierungen besteht. Für die Bestimmung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zur Mitfinanzierung des Heimaufenthalts ist gemäss heutiger Ergänzungsleistungsgesetzgebung in jedem Fall der Wohnsitzkanton zuständig, in welchem die betreffende Person vor Eintritt in ein Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz begründet hatte. Es ist daher sinnvoll, die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen analog zu regeln.
- Mit der vorgeschlagenen Regelung besteht zwar die Möglichkeit, dass eine Person mit Eintritt in ein Pflegeheim im Standortkanton des Heims zivilrechtlichen Wohnsitz und Steuerdomizil begründet (und Steuern bezahlt), die Zuständigkeit für die Restfinanzierung (und die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen) jedoch bei einem anderen Kanton verbleibt. Eine solche allfällige Inkongruenz muss in Kauf genommen werden, weil die vorangehend beschriebenen Vorteile der vorgeschlagenen Regelung höher zu gewichten sind.

Bezüglich der konkreten Formulierung dieser Regelung im Gesetz schlagen wir folgende Präzisierung vor:

Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz

5 ... Für die Festsetzung der Restfinanzierung und Auszahlung der Beiträge zur Deckung der Pflegerestkosten zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.

Wir begrüssen es, dass sich der vorliegende Vorschlag auf die Regelung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung beschränkt. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegefinanzierung bestehen durchaus noch andere offene Fragestellungen, so zum Beispiel die Annäherung der Methodiken zur Festlegung der Normkosten für die Pflegeleistungen oder die Optimierung der Regelungen über die Akut- und Übergangspflege. Ersteres liegt in der Verantwortung und Zuständigkeit der Leistungserbringer und der Kantone. Letzteres bedarf im Hinblick auf die zukünftigen Herausforderungen in der Langzeitpflege grundsätzlicher, konzeptioneller Überlegungen, bevor der nationale Gesetzgeber hier gegebenenfalls nochmals aktiv wird.

Besten Dank für die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse
NAMENS DES REGIERUNGSRATES

Ueli Amstad
Landesstatthalter



lic. iur. Hugo Murer
Landschreiber

6431 Schwyz, Postfach 1260

Per E-Mail (PDF-Version) an:
bruno.fuhrer@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Schwyz, 1. Dezember 2015

Parlamentarische Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung
Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates unterbreitet den Kantonsregierungen den Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10, KVG) zur Vernehmlassung.

Wir nehmen innert der auf den 18. Dezember 2015 angesetzten Frist Stellung und teilen mit, dass wir mit der vorgesehenen Revision einverstanden sind und diese begrüßen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Namen des Regierungsrates:


Andreas Barraud, Landammann



Dr. Mathias E. Brun, Staatsschreiber



Kopie z.K. an:

– Schwyzer Mitglieder der Bundesversammlung.



Regierung des Kantons St.Gallen, Regierungsgebäude, 9001 St.Gallen

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Ständerates
3003 Bern

Regierung des Kantons St.Gallen
Regierungsgebäude
9001 St.Gallen
T +41 58 229 32 60
F +41 58 229 38 96

St.Gallen, 15. Dezember 2015

**Parlamentarische Initiative: Nachbesserung der Pflegefinanzierung;
Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Mit Schreiben vom 9. September 2015 lud die damalige Präsidentin der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates, Frau Liliane Maury Pasquier, die Kantonsregierungen ein, zur Vorlage in Erfüllung der Pa. Iv. 14.417 "Nachbesserung der Pflegefinanzierung" Stellung zu nehmen. Die Vorlage sieht eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) vor, wodurch sichergestellt wird, dass in jedem Fall klar ist welcher Kanton für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns dazu wie folgt:

Die Vorlage sieht vor, bei der Pflegefinanzierung die Zuständigkeiten im interkantonalen Verkehr einheitlich wie bei den Ergänzungsleistungen (EL) gemäss Herkunftsprinzip zu regeln. Diese Anpassung ist unbedingt nötig. Der Kanton St.Gallen setzt sich bereits seit Einführung der Pflegefinanzierung dafür ein, diese massgebliche Lücke im Bundesrecht zu schliessen. Die Übernahme des bei den EL geltenden Herkunftsprinzips ist unabdingbar, da zwischen den beiden Systemen gewichtige Abhängigkeiten bestehen. Zudem stellt die Regelung sicher, dass die Wahlfreiheit der Betagten gewährleistet wird und es wird vermieden, dass Kantone ihr Angebot an stationären und ambulanten Angeboten begrenzen, um nicht zusätzliche Kosten von ausserkantonalen Nutzenden übernehmen zu müssen. Im Kanton St.Gallen wird das Herkunftsprinzip zwischen den Gemeinden bereits seit Einführung der Pflegefinanzierung angewandt, was sich sehr bewährt hat.

Wir begrüssen die vorgeschlagene Neuregelung ausdrücklich, machen allerdings eine Präzisierung beliebt, die sich zur Klärung folgender Problematik aufdrängt: In der Praxis unklar ist oft die Regelung von Fällen, in denen eine Person in ein ausserkantonales Heim eintritt, ohne bereits einen Anspruch auf Restfinanzierung zu haben, und dieser Anspruch während des Aufenthalts in dem Heim entsteht. Um dem Willen der Kommission, dass Kantone mit guten Heimstrukturen durch ausserkantonale Bewohnende nicht belastet



werden sollen, umfassend Rechnung zu tragen, muss die Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung auch in diesen Fällen beim Herkunftskanton liegen.

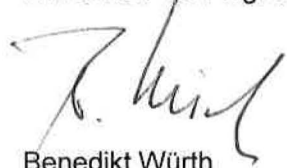
Zur Vermeidung der vorstehend genannten möglichen Zuständigkeitskonflikte empfehlen wir folgende Ergänzung von Art. 25a Abs. 5 dritter Satz KVG:

"[...] Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person **beim erstmaligen Heimeintritt** ihren Wohnsitz hatte. Der Eintritt in ein Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit."

Die Vorlage umfasst indes keine Übergangsregelung für Fälle, in denen Betagte vor Inkrafttreten der vorgeschlagenen Regelung in ein Heim eingetreten sind. Für diese sollten die bis anhin bestehenden Zuständigkeiten der Einfachheit halber beibehalten und nicht der Neuordnung angepasst werden müssen. Bei hängigen Zuständigkeitskonflikten sollte indes nach Inkrafttreten direkt die neue Regelung greifen. Wir möchten anregen, eine Übergangslösung in die Vorlage aufzunehmen, um weitere Zuständigkeitskonflikte zu verhindern.

Wir ersuchen Sie, sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, unsere Anliegen bei der Weiterbearbeitung zu berücksichtigen.

Im Namen der Regierung


Benedikt Würth
Präsident


Canisius Braun
Staatssekretär



Zustellung auch per E-Mail an:

bruno.fuhrer@bag.admin.ch; dm@bag.admin.ch

Telefon +41 (0)52 632 71 11
Fax +41 (0)52 632 72 00
staatskanzlei@ktsh.ch

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

Versand per e-mail

Schaffhausen, 15. Dezember 2015

14.417 s Pa.lv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung, Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 9. September 2015 betreffend Anpassung von KVG-Bestimmungen zur Pflegefinanzierung. Gerne nehmen wir fristgerecht zu den Vorschlägen wie folgt Stellung:

1. Festlegung des zuständigen Kantons

Die vorgeschlagene Gesetzesbestimmung sieht vor, die Zuständigkeit der Kantone zur Restfinanzierung der Pflegeleistungen in Analogie zu den Ergänzungsleistungen zu regeln. Diese Regelung löst zwar nicht alle Probleme, die beim Eintritt einer pflegebedürftigen Person in ein Heim ausserhalb des angestammten Wohnkantons auftreten können. Sie bringt aber gegenüber der heutigen Situation doch sehr wesentliche Klärungen.

Die Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK wurde in die Erarbeitung der Vorlage frühzeitig einbezogen und hat der erarbeiteten Lösung zum Schluss grossmehrheitlich zugestimmt. Der Regierungsrat des Kantons Schaffhausen kann sich dieser Beurteilung anschliessen und stimmt der vorgeschlagenen Änderung ebenfalls zu.

2. Akut- und Übergangspflege

Im erläuternden Bericht zur Vorlage wird dargelegt, dass sich die Kommission auch mit den Gesetzesbestimmungen zur Akut- und Übergangspflege befasst hat. Die Thematik wurde aus der aktuellen Gesetzesrevision aber ausgeklammert mit dem Hinweis, dass hier nun die Versicherer und die Leistungserbringer gefordert seien, Pauschalen für die Leistungserbringung auszuhandeln.

Aus der Sicht des Kantons Schaffhausen macht der rechtliche Sonderstatus der Akut- und Übergangspflege in seiner heutigen Form wenig Sinn. Die resultierende Entlastungswirkung für die Patientinnen und Patienten ist in Relation zu den Pensionskosten, die in jedem Fall zu Lasten der Patienten gehen, marginal, und zudem ergeben sich auch bei der Kostenverteilung zwischen den Krankenversicherern und den Kantonen keine wirklich relevanten Differenzen gegenüber der der "normalen" Pflegefinanzierung.

Der Sonderstatus der Akut- und Übergangspflege löst bei der Erfassung und Dokumentation der Pflegeprozesse, bei den Abgrenzungen der Kostenrechnung sowie bei den Verhandlungen und der Genehmigung der Tarifverträge sehr erhebliche administrative Zusatzaufwände aus, die mit dem Nutzen in keinem vertretbaren Aufwand stehen. Dem entsprechend sehen wir hier einen klaren gesetzgeberischen Handlungsbedarf, den Sonderstatus entweder abzuschaffen oder dann in Abstimmung auf den in vielen Belangen artverwandten Bereich der Rehabilitation in einem umfassenderen Sinne neu zu definieren.

Abschliessend bedanken wir uns für die eingeräumte Möglichkeit zur Stellungnahme und bitten Sie um eine angemessene Berücksichtigung unserer Anmerkungen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:



Ernst Landolt

Der Staatsschreiber:

Dr. Stefan Bilger

Versand per e-mail an:

- bruno.fuhrer@bag.admin.ch
- dm@bag.admin.ch

Kopie an:

- Zentralsekretariat GDK
- Gesundheitsdirektionen GDK-Ost

Rathaus / Barfüssergasse 24
4509 Solothurn
www.so.ch

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Ständerats
(SGK-S)
3003 Bern

15. Dezember 2015

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung - Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns mit Schreiben vom 9. September 2015 den Entwurf zu einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zuständigkeit für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung (Nachbesserung der Pflegefinanzierung) zugestellt. Für die Gelegenheit zur Stellungnahme danken wir und äussern uns dazu wie folgt:

1. Allgemeine Bemerkungen

Mit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf den 1. Januar 2011 wurden die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Pflegeleistungen schweizweit einheitlich bestimmt, eine maximale Patientenbeteiligung definiert sowie festgelegt, dass die Kantone die Restfinanzierung der Pflege regeln. Nachdem die Kantone von dieser Befugnis in unterschiedlicher Weise Gebrauch machten, kommt es im Zusammenhang mit ausserkantonaler erbrachten Pflegeleistungen immer wieder zu Finanzierungs- und Zuständigkeitsproblemen.

Zuständigkeitskonflikte sind zeitraubend und führen durch die Verzögerung zu negativen Auswirkungen bei den betroffenen Menschen und Institutionen. Entsprechend begrüssen wir, dass mit der vorgeschlagenen Neuregelung, nach welcher immer der Herkunftskanton für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist, Klarheit und Rechtssicherheit geschaffen wird.

2. Zu den einzelnen Elementen der Vorlage

2.1. Zuständigkeit für die Finanzierung bzw. Restfinanzierung der Pflege

Die unterschiedlichen kantonalen Regelungen bezüglich der Restfinanzierung führen vor allem bei Patientinnen und Patienten, die ausserkantonale Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, zu Finanzierungs- und Zuständigkeitsproblemen. Während knapp die Hälfte der Kantone für die Zuständigkeit der Restfinanzierung am zivilrechtlichen Wohnsitz anknüpft und mit dem Kriterium der Absicht des dauernden Verbleibens auch bei einem Heimeintritt die Begründung eines neuen zivilrechtlichen Wohnsitzes zulässt, wird in den anderen Kantonen die Zuständigkeit analog der Regelung im Ergänzungsleistungsgesetz beurteilt. Danach führt der Aufenthalt in einem Heim, einem Spital oder einer andern Anstalt zu keiner neuen Zuständigkeit.

Der Kanton Solothurn gehört zu letzteren Kantonen und begrüsst die geplante bundesrechtliche Regelung, mit welcher der Herkunftskanton weiterhin für die Finanzierung zuständig bleibt. Mit der vorgeschlagenen Regelung wird insbesondere verhindert, dass Standortkantone, die Angebote bereitstellen, gegenüber Kantonen mit schwacher Versorgungsdichte finanziell benachteiligt werden. Zudem führt die vorgeschlagene Regelung zu einer administrativen Entlastung beim Vollzug.

2.2. Festsetzung der Restfinanzierung

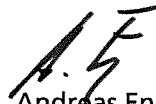
Neben der Zuständigkeit ist zu regeln, welches Finanzierungssystem zur Anwendung kommt, jenes des Herkunftskantons oder jenes des Standortkantons. Bisher wenden fast alle Kantone bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten die innerkantonal geltende Ordnung an. Dies kann bei unterschiedlich hohen staatlichen Pflegebeiträgen zu einer Deckungslücke bezüglich der vom Heim für die Pflegeleistung in Rechnung gestellten Kosten führen. Dadurch werden Heimbewohnerinnen und Heimbewohner teilweise mit hohen Ausgaben belastet, was faktisch die Freizügigkeit bei der Wahl der Institution verhindert. Letztlich erscheint es mit Blick auf den Anspruch, staatliche Ausgaben steuern zu wollen, aber dennoch nötig, dass die Pflegebeiträge der öffentlichen Hand stets durch denjenigen Kanton bestimmt werden, der auch zur Finanzierung verpflichtet ist. Wir unterstützen demnach die Regelung, wonach der Herkunftskanton für die Festsetzung der Restfinanzierung bei ausserkantonalen Aufenthalten zuständig sein soll. Es ist jedoch für die Zukunft anzustreben, dass sich die Kantone regional hinsichtlich der Taxen für Aufenthalte in Pflegeheimen annähern, damit keine oder geringere Deckungslücken entstehen. Dadurch würde die gewünschte Freizügigkeit hergestellt und langfristig wäre eine regionale Bedarfsplanung möglich.

Für die Möglichkeit, eine Stellungnahme abgeben zu dürfen, möchten wir uns abschliessend noch einmal bedanken. Für allfällige Rückfragen steht Ihnen Frau Dr. iur. Claudia Hänzi, Chefin Amt für soziale Sicherheit, unter claudia.haenzi@ddi.so.ch gerne zur Verfügung.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES



Roland Heim
Landammann



Andreas Eng
Staatsschreiber

Staatskanzlei, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit SGK-S
Frau Liliane Maury Pasquier
Kommissionspräsidentin
3003 Bern

Frauenfeld, 17. November 2015
877

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, in obiger Sache Stellung nehmen zu können. Aus unserer Sicht sind folgende Bemerkungen anzubringen:

I. Revision von Art. 25a Abs. 5 KVG

Der Regierungsrat stimmt der vorgeschlagenen Änderung von Art. 25a Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zu. Es wird damit eine sehr problematische Gesetzeslücke geschlossen. Langwierige Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit fallen mit der Regelung, dass die Zuständigkeit unabhängig von einem allfälligen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes in den Standortkanton des Heims immer beim Wohnsitz(kanton) vor Eintritt in ein Pflegeheim verbleibt, dahin.

Mit der vorgeschlagenen Regelung wird verhindert, dass diejenigen Kantone oder Regionen, welche Angebote an Pflegeheimplätzen oder Spitexkapazitäten zur Verfügung stellen, benachteiligt werden, indem sie für alle Personen, welche diese Angebote nutzen, die Restfinanzierung zu tragen haben.

Die Regelung gleicht die Zuständigkeiten an die Spitalfinanzierung an: Die Kantone sind analog zur Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG zur Pflegeheimplanung verpflichtet. Sie sind verantwortlich, mit der Pflegeheimliste ein wirtschaftlich und qualitativ gutes, den Bedarf sicherndes Angebot für die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons festzulegen. Die Wahl eines ausserkantonalen Pflegeheimes soll analog zur freien Spitalwahl soweit offen stehen, als dass die öffentliche Hand diejenigen Kosten zu übernehmen

2/3

hat, die in einem innerkantonalen Heim zu vergüten wären. Die Gesetzesänderung orientiert sich zudem an Art. 21 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung (ELG). In Bezug auf die Finanzierungsregelung übernimmt sie damit auch die Regelung, wie sie der Kanton Thurgau im kantonalen Krankenversicherungsgesetz (TG KVG; RB 832.1) verankert hat und wie sie von verschiedenen weiteren Kantonen praktiziert wird. In Anbetracht der hohen und steigenden Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen, die auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind, ist diese Übereinstimmung sehr zu begrüßen.

Mit der Regelung wird überdies Kohärenz in Bezug auf die Pflegefinanzierung und die Sozialhilfe geschaffen.

Mit der vorgeschlagenen Regelung besteht zwar die Möglichkeit, dass eine Person mit Eintritt in ein Pflegeheim im Standortkanton des Heims zivilrechtlichen Wohnsitz und Steuerdomizil begründet (und Steuern bezahlt), die Zuständigkeit für die Restfinanzierung (und die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen) jedoch bei einem anderen Kanton verbleibt. Eine solche allfällige Inkongruenz muss in Kauf genommen werden, weil die vorangehend beschriebenen Vorteile der vorgeschlagenen Regelung höher zu gewichten sind.

Wir gehen davon aus, dass für Versicherte, die vor Inkrafttreten dieser Neuregelung in ein Heim eingetreten sind, die bis dahin bestehenden Zuständigkeiten erhalten bleiben und nicht der Neuregelung angepasst werden müssen. Wir schlagen vor, dies im Rahmen einer Übergangsregelung entsprechend explizit festzuhalten.

Bezüglich der konkreten Formulierung dieser Regelung im Gesetz schlagen wir folgende Präzisierung vor:

Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz

⁵ ... Für die Festsetzung der Restfinanzierung und Auszahlung der Beiträge zur Deckung der Pflegerestkosten zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.

II. Weitere Bemerkungen

Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, um zu den weiteren im erläuternden Bericht angesprochenen Fragestellungen in Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung Stellung zu nehmen:

3/3

1. Beitrag der Krankenversicherung

Vorab weisen wir darauf hin, dass die Versichererbeiträge seit dem Jahr 2011 unverändert gültig sind und der Kostenentwicklung in der Pflege in keiner Weise Rechnung tragen. Die ursprünglich vorgesehene Finanzierung von sogenannten Restkosten bewegt sich rasch auf eine Hauptfinanzierung zu. Besonders einschneidend wirkt sich dies hinsichtlich der Pflegeheime aus, wo der Finanzierungsanteil in verschiedenen Pflegestufen bereits heute über 55 % beträgt. Die Beiträge der OKP müssen dringend angehoben werden.

2. Akut- und Übergangspflege

Die mit der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 eingeführte Akut- und Übergangspflege muss als administrativ aufwendiges Fehlkonstrukt bezeichnet werden. Sie ist entweder ersatzlos aus dem Gesetz zu streichen oder die Leistungen und folglich die Finanzierungsbedingungen sind dringend dem Bedarf anzupassen. Akut- und Übergangspflege könnte einen Stellenwert in der pflegerisch und sozial begleiteten Rückkehr nach Hause für Personen ohne medizinischen Rehabilitationsbedarf haben. Dazu wäre jedoch die Ausweitung der Aufenthaltsdauer auf bis zu vier Wochen und die Inkludierung der Betreuungs- und Pensionskosten zwingend.

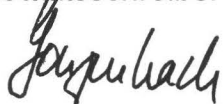
Wir danken für die wohlwollende Prüfung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüßen

Der Präsident des Regierungsrates



Der Stattschreiber



numero			Bellinzona
5673	cl	1	15 dicembre 2015

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Consiglio degli Stati
Commissione della sicurezza
sociale e della sanità
3003 Berna

Procedura di consultazione federale:

14.417 s lv. Pa. "Correttivi da apportare al finanziamento delle cure"

Onorevole Presidente,
Onorevoli Consiglieri degli Stati,

in relazione alla procedura di consultazione in oggetto, aperta il 9 settembre 2015, esprimiamo di seguito il nostro parere.

Conveniamo sull'obiettivo che si prefigge questa modifica della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), ossia quello di definire in maniera chiara e inequivocabile quale Cantone è competente per il finanziamento residuo delle cure fornite ambulatorialmente o in una casa di cura. Non concordiamo invece con la soluzione proposta di uniformare e subordinare il concetto di finanziamento residuo secondo l'art. 25a cpv. 5 LAMal al concetto di domicilio secondo l'art. 21 cpv. 1 LPC.

A nostro avviso, il concetto generale di domicilio secondo la LAMal (= domicilio civile secondo gli artt. 23-26 CC) dovrebbe essere mantenuto anche per il finanziamento residuo delle cure. Ciò per i seguenti motivi:

1. riflette meglio la realtà delle cose: generalmente, se vi è un cambiamento di domicilio secondo il CC in parallelo all'entrata in una casa di cura fuori Cantone, la scelta è legata al fatto che il Cantone dov'è situata la casa di cura è anche il centro degli interessi familiari e/o finanziari della persona anziana;
2. può essere applicato facilmente (a nostro avviso, più facilmente del concetto di domicilio secondo la LPC): lo applichiamo senza alcun problema dal mese di gennaio 2011 per regolare il finanziamento residuo delle cure erogate ad un nostro domiciliato in una cura di cura fuori Cantone;
3. garantisce un'uniformità all'interno della LAMal in relazione al concetto di domicilio.

Confidando che queste nostre osservazioni saranno considerate, vi ringraziamo per la consultazione.

Vogliate gradire, Onorevole Presidente, Onorevoli Consiglieri degli Stati, l'espressione della nostra massima stima.

Il Presidente:

N. Gobbi

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Cancelliere:

G. Gianella

Copia p.c. a:

- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch);
- Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (dss-dasf@ti.ch);
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch);
- Divisione delle risorse (dfe-dr@ti.ch);
- Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (dss-uacd@ti.ch);
- Archivio di Stato del Cantone Ticino (decs-asti@ti.ch);
- Centro dei sistemi informativi (csi@ti.ch);
- Cancelleria dello Stato (can-scads@ti.ch);
- Deputazione ticinese alle camere (deputazione@ti.ch);
- Pubblicazione in Internet



Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
des Ständerats
3003 Bern

Parlamentarische Initiative "Nachbesserung der Pflegefinanzierung"; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 9. September 2015 lädt die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats die Kantonsregierungen ein, zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) Stellung zu nehmen. Dafür danken wir bestens und äussern uns wie folgt.

Grundsätzliches

Trotz der zahlreichen im Bericht aufgeführten Vorteile, können wir der vorgeschlagenen Ergänzung von Artikel 25a KVG nicht zustimmen. Dies insbesondere aus folgenden beiden Gründen:

- Die fiskalische Äquivalenz soll konsequent angewendet werden. Der Kanton oder die Gemeinde, wo der zivilrechtliche Wohnsitz bzw. das Hauptsteuerdomizil liegt, soll für die Übernahme der Pflege-Restkosten zuständig sein.
- Die kantonale Pflegeheimplanung würde durch die vorgeschlagene Regelung erschwert. Es werden unter Umständen für die innerkantonale Bevölkerung Versorgungskapazitä-

ten geschaffen, die dann nicht in Anspruch genommen werden. Die im Bericht vorgeschlagene "interkantonale Pflegeheimplanung" ist schwierig umzusetzen. Denn es ist nicht voraussehbar oder berechenbar, wie viele Kantonseinwohnerinnen und -einwohner allenfalls ein ausserkantonales Pflegeheim in Anspruch nehmen. Dies weil die Gründe für die Wahl eines ausserkantonalen Pflegeheims sehr individuell sind. Es können daher keine quantitativen Prognosen über die ausserkantonale Inanspruchnahme gemacht werden.

Zur vorgeschlagenen Formulierung von Artikel 25a KVG

Wie vorgängig erwähnt, lehnen wir die vorgeschlagene neue Regelung in Artikel 25a KVG ab.

Falls die vorgesehene Ergänzung trotzdem vorgenommen wird, sind die bestehenden kantonalen Zuständigkeiten bezüglich der Restfinanzierung unbedingt zu berücksichtigen. So sind z. B. in Uri explizit die Gemeinden für die Festlegung und Auszahlung der Pflege-Restkosten zuständig. Die vorgeschlagene Ergänzung von Artikel 25a heisst in der Konsequenz, dass in jedem Fall der Kanton für die "Festlegung und Auszahlung" zuständig ist. Es darf jedoch nicht sein, dass allenfalls die Gemeinden die innerkantonale und der Kanton die ausserkantonale Restfinanzierung übernehmen muss.

Wir beantragen daher, dass eine allfällige Ergänzung wie folgt umformuliert wird: "Der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat, ist zuständig für die Regelung der Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit." Dies entspricht auch der bereits bestehenden Formulierung in Artikel 25a Absatz 5 des KVG "... Die Kantone regeln die Restfinanzierung. ..."

Sehr geehrte Damen und Herren, wir danken Ihnen nochmals für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Altdorf, 7. Dezember 2015



Im Namen des Regierungsrats

Frau Landammann

Der Kanzleidirektor

[Handwritten signature of Heidi Z'graggen]
Dr. Heidi Z'graggen

[Handwritten signature of Roman Balli]
Roman Balli

Par courriel uniquement

Monsieur Bruno Fuhrer
Office fédéral de la santé publique
3003 Berne

bruno.furer@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Réf. : PM/15019362

Lausanne, le 9 décembre 2015

Consultation relative à la modification de la LAMal « amender le régime de financement des soins »

Mesdames, Messieurs,

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud vous remercie de l'avoir consulté sur l'avant-projet de loi cité en titre et vous fait part, ci-après, de sa détermination.

Il salue la proposition d'uniformiser, par une disposition topique fédérale, la compétence en matière de financement résiduel des soins, qui devrait permettre de contribuer à la clarté et à la sécurité du droit.

Le Conseil d'Etat relève toutefois quelques aspects qui mériteraient d'être précisés :

Il constate que, selon le rapport de la CSSS-E, lorsque le montant du financement résiduel prévu dans le canton de provenance est insuffisant au regard du coût des soins dans le canton de destination et que la personne n'a pas les moyens d'assumer elle-même la différence de tarif, « (...) *les coûts résiduels seront pris en charge par le canton de provenance* » (p. 17). Or, le projet de l'article 25a LAMal n'énonce pas cette règle et n'en précise pas les contours. La base légale à une telle obligation semble dès lors faire défaut.

De plus, il devra être clairement précisé que le principe selon lequel « *Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral* » s'applique également aux situations en EMS ou ambulatoires extra-cantoniales.

En outre, la coordination avec la loi du 24 juin 1977 sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin (LAS ; RS 851.1), devrait être explicitée et faire l'objet d'une attention particulière.

En ce qui concerne plus particulièrement le financement des soins ambulatoires, le rapport n'expose pas si le canton de provenance peut prévoir un système de financement distinct, selon le canton où la prestation est prodiguée (exemple: pas de participation du patient vaudois si les prestations sont fournies par un fournisseur de prestations sur Vaud, participation de 20% si les prestations sont fournies à Berne); il conviendrait de préciser cet aspect dans le texte de loi ou à tout le moins dans le message explicatif.

Pour terminer, le Conseil d'Etat vous livre sa réflexion concernant une éventuelle intégration d'une disposition transitoire, qui semble, t-il pourrait être proposée par certains cantons. Or, une telle disposition, qui rendrait la situation juridique moins claire, n'est pas souhaitable. En effet, les EMS auront pendant un certain temps deux types de pensionnaires hors canton - notamment dans le canton de Vaud, qui applique le régime du domicile du Code Civil. Cela signifie que les "anciens" résidents hors-canton, qui ont renversé la présomption du domicile hors canton, recevront le financement résiduel selon les modalités vaudoises, mais les PC AVS/AI de leur canton de provenance, alors que les "nouveaux" résidents hors cantons recevront tant le financement résiduel que les PC AVS/AI de leur canton de provenance.

Une disposition transitoire, qui devrait également être limitée dans le temps, irait à l'encontre de la volonté d'uniformiser l'application du financement résiduel, les cantons continuant dès lors à appliquer leur pratique/législation cantonale actuelle.

Vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions de croire, Mesdames, Messieurs, à l'assurance de nos sentiments distingués.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LE PRESIDENT



Pierre-Yves Maillard

LE CHANCELIER



Vincent Grandjean

Copies

- Parties consultées
- OAE
- SASH



Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Ständerates
3003 Bern

2. Dezember 2015 (RRB Nr. 1130/2015)

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
(Vernehmlassung)**

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren Ständerätinnen und Ständeräte

Mit Schreiben vom 9. September 2015 haben Sie uns eingeladen, zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) betreffend Umsetzung der parlamentarischen Initiative «Nachbesserung der Pflegefinanzierung» Stellung zu nehmen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Meinungsäusserung. Wir teilen die Haltung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), wie sie in der zuhanden der SGK-SR verabschiedeten Stellungnahme vom 6. November 2015 zum Ausdruck gebracht wird, und stimmen der vorgeschlagenen KVG-Änderung zu. Einschränkend ist allerdings festzuhalten, dass mit der vorgesehenen Regelung die Problemstellungen bei ausserkantonalen Heimbewohnerinnen und -bewohnern nur unvollständig gelöst werden. Sobald anfallende Kosten von diesen selbst und im Falle der Bedürftigkeit über die öffentliche Sozialhilfe zu tragen sind, lassen sich Zuständigkeitskonflikte zwischen den Kantonen nicht vermeiden. Der Grund liegt darin, dass aufgrund einer neueren Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht mehr ohne Weiteres davon ausgegangen werden kann, dass der Herkunftskanton gestützt auf Art. 5 in Verbindung mit Art. 9 Abs. 3 des Bundesgesetzes vom 24. Juni 1977 über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger sozialhilferechtlich zuständig bleibt (vgl. BGE 136 V 346, E. 7.2). Ergänzend halten wir noch Folgendes fest:

Mit dem Wechsel der Zuständigkeit für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zum Herkunftskanton werden neu allfällig verbleibende Restkosten der Pflege durch die Versicherten zu tragen sein (Erläuternder Bericht der SGK-SR vom 1. September 2015, S. 3 und 12). Da die neue Finanzierungsregelung nach dem Wortlaut uneingeschränkt gilt, müssten Personen, die vor Inkrafttreten der neuen Regelung in ein ausserkantonales Pflegeheim eingetreten sind und deren Restfinanzierung vom Standortkanton übernommen wer-



den musste, allfällige Deckungslücken neu selbst übernehmen. Eine solche Systemumstellung während des laufenden Pflegeheimaufenthalts ist den betroffenen (im Gegensatz zu den neu eintretenden, darüber informierten) Personen nicht zuzumuten. Wir regen deshalb an, in den Übergangsbestimmungen zur Änderung der Pflegefinanzierung Folgendes festzulegen:

«Die Restfinanzierung im Sinne von Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz gilt für Personen, die nach dem Inkrafttreten dieser Änderung in ein ausserkantonales Pflegeheim eintreten.»

Genehmigen Sie, sehr geehrte Frau Präsidentin,
sehr geehrte Damen und Herren Ständerätinnen und Ständeräte,
den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates
Der Präsident:

Der Staatsschreiber:



Regierungsrat, Postfach 156, 6301 Zug

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
Ständerat
3003 Bern

Zug, 1. Dezember 2015 hs

**Parlamentarische Initiative betreffend Nachbesserung der Pflegefinanzierung (14.417 s);
Vernehmlassung**

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 9. September 2015 haben Sie uns zur Vernehmlassung zur Parlamentarischen Initiative betreffend Nachbesserung der Pflegefinanzierung eingeladen. Für die Gelegenheit zur Stellungnahme bedanken wir uns.

Wir begrüssen die Ergänzung des Krankenversicherungsrechts mit der vorgeschlagenen Regelung, die der im Kanton Zug bewährten innerkantonalen Regelung entspricht. Sie erlaubt einfach und rasch, die für die Restfinanzierung der ambulanten und stationären Pflege zuständige Gemeinde zu bestimmen und trägt damit zur Rechtsklarheit und Rechtssicherheit bei. Um jedoch zukünftige Missverständnisse bei der Kostenübernahme zu vermeiden, nehmen wir wie folgt Stellung:

Anträge:

1. Der Wortlaut von Art. 25a Abs. 5 dritter Satz ist wie folgt zu ergänzen:
«... Für *die Regelung* der Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat.»
2. Ziff. 3 letzter Satz der Erläuterungen ist wie folgt zu korrigieren und zu ergänzen:
«Falls diese finanziell dazu nicht in der Lage ist, ist zusammen mit dem Herkunftskanton eine angemessene Lösung zu finden; es besteht kein Anspruch auf unbesehene Übernahme der Restkosten durch das zuständige Gemeinwesen im Herkunftskanton.»

Begründung:

Antrag 1

Die Ergänzung (*in kursiv*) verändert den Inhalt der Bestimmung nicht, sondern trägt zu ihrer Klarheit bei. Der vorgeschlagene Wortlaut «Für die Festsetzung und *Auszahlung zuständig ist der Kanton [...]*» könnte auch dahingehend interpretiert werden, dass explizit der Kanton zahlungspflichtig ist bzw. eine Zahlstelle einzurichten hat. Mit der Vorlage sollen jedoch weder in die kantonalen Zuständigkeiten für die Restfinanzierung der Pflege noch in die innerkantonale Organisation eingegriffen werden. Mit der Ergänzung wird somit klargestellt, dass die Kantone die Modalitäten der Restfinanzierung für Aufenthalte in einem ausserkantonalen Pflegeheim zu regeln haben; dies in Analogie zum zweiten Satz des gleichen Absatzes («Die Kantone regeln die Restfinanzierung»).

Antrag 2

Besonders wichtig erscheint uns, dass die Höhe der Restfinanzierung bei einem ausserkantonalen Aufenthalt durch den Herkunftskanton bestimmt werden kann. Nur so lassen sich stossende Ungleichbehandlungen von Einwohnerinnen und Einwohnern vermeiden. Ebenso stimmen wir dem Prinzip zu, dass bei der freiwilligen Wahl eines ausserkantonalen Pflegeheims mit höheren Pflegekosten als in einem innerkantonalen Heim die oder der Pflegebedürftige für eine allfällige Differenz zum festgesetzten Betrag aufzukommen hat – sofern ein gleichwertiges innerkantonales Angebot besteht. Hier besteht eine Analogie zu den Referenztarifen bei der Spitalfinanzierung.

Entsprechend ist der letzte Satz von Ziff. 3 der Erläuterungen zu korrigieren. Dieser besagt, dass der Herkunftskanton eine allfällige Differenz zu den festgelegten Restkosten zu übernehmen hat, sollte die pflegebedürftige Person dazu nicht in der Lage sein. Eine solche automatische Zahlungspflicht würde jedoch das System unterlaufen und die Selbstzahler diskriminieren. Es ist einer unterstützungsbedürftigen Person zuzumuten, in ein Heim zu ziehen, in welchem die Restkosten der Pflege der festgelegten Höhe des zahlungspflichtigen Gemeinwesens entsprechen (Schadenminderungspflicht). Die Erläuterungen sind entsprechend anzupassen.

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug


Heinz Tännler
Landammann


Tobias Moser
Landschreiber

Kopie an:

- bruno.fuhrer@bag.admin.ch
- dm@bag.admin.ch
- Eidgenössische Parlamentarier des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion



Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

Per E-Mail an:
bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 3. November 2015

14.417 s Pa. IV. Nachbesserung der Pflegefinanzierung Stellungnahme des SGV

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 9. September 2015 haben Sie dem Schweizerischen Gemeindeverband (SGV) das oben erwähnte Geschäft zur Stellungnahme unterbreitet. Für die Gelegenheit uns aus Sicht der rund 1'650 dem SGV angeschlossenen Gemeinden äussern zu können, danken wir Ihnen.

Mit der neuen Bestimmung wird die Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung im interkantonalen Verhältnis geregelt. Wenn jemand in ein ausserkantonales Pflegeheim eintritt, soll künftig in jedem Fall klar sein, welcher Kanton für die Restkosten der Pflege aufkommt. Die Vorlage sieht vor, dass der Kanton, in dem jemand seinen Wohnsitz hat, auch dann für die Restkosten der Pflege aufkommen muss, wenn diese Person in einem anderen Kanton in ein Pflegeheim eintritt oder ambulant gepflegt wird. Demnach begründet der Aufenthalt in einem Pflegeheim keine neue Zuständigkeit.

Der Schweizerische Gemeindeverband begrüsst die in der Parlamentarischen Initiative vorgeschlagene Bestimmung vollumfänglich. Die Klarstellung der Zuständigkeit ist insbesondere auch für die Städte und Gemeinden relevant, da in zahlreichen Kantonen die Gemeinden in die Pflegefinanzierung eingebunden sind oder die Restfinanzierung der Pflege sogar vollständig zu übernehmen haben.

Die vorgeschlagene Regelung der Zuständigkeit bringt für Kantone und Gemeinden zudem Rechtssicherheit bei interkantonalen Sachverhalten. Sie ist auch aus inhaltlicher Sicht klar zu begrüssen. Zum einen macht es Sinn, dass die Zuständigkeiten betreffend Pflegefinanzierung analog zur Regelung von Art. 21 ELG bei den Ergänzungsleistungen (und der Sozialhilfe) gleich ausgestaltet werden. Zum andern werden damit nicht Kantone (und Gemeinden) benachteiligt, welche über ein gutes Angebot an Pflegeheimplätzen verfügen.

Die gleiche Regelung – keine Wohnsitzbegründung mit Heimeintritt – existiert bereits in kantonalen Gesetzen bezüglich der Zuständigkeit im interkommunalen Verhältnis (vgl. Art. 9 Abs. 5 Pflegegesetz Kanton Zürich). Auch hier besteht Kompatibilität, was zu begrüssen ist.

Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, um im Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung auf ein nach wie vor ungelöstes Problem hinzuweisen: Die 2011 in Kraft getretene Neuordnung der Pflegefinanzierung führte zu einer Entlastung der Krankenversicherer und zu einer Mehrbelastung der öffentlichen Hand. Die öffentliche Hand übernimmt nach Abzug der Krankenversicherungsbeiträge und der Eigenbeteiligung der versicherten Person die Restfinanzierung. Da die Beiträge der Krankenversicherer und die Eigenbeteiligung auf einen fixen Frankenbetrag plafoniert sind, gehen sämtliche Kostensteigerungen voll zulasten der öffentlichen Hand. Je nach kantonalem Finanzierungsmodell sind die Städte und Gemeinden von diesen Kostensteigerungen überdurchschnittlich belastet: in mindestens 10 Kantonen müssen die Städte und Gemeinden zu 100% für die Restkosten aufkommen. Der sogenannte Restfinanzierer ist zum Hauptfinanzierer geworden. Die zunehmenden Kosten der Pflege verdrängen damit in zunehmendem Mass und Umfang die Erfüllung anderer öffentlicher Aufgaben.

Damit die Kostensteigerungen im Pflegebereich von allen an der Finanzierung beteiligten Trägern aufgefangen werden, müssten daher die in der bundesrätlichen Verordnung festgelegten Krankenversicherungsbeiträge zwingend der Pflegekostenentwicklung angepasst werden. Durch eine Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge werden die Krankenversicherer auch wieder stärker in die Verantwortung bezüglich Kostensteuerung und Kostenkontrolle eingebunden.

Angesichts der zunehmenden Belastung des Finanzhaushaltes der öffentlichen Hand sind zwingend alternative Finanzierungsmodelle, wie zum Beispiel die Einführung einer Pflegeversicherung, zu prüfen. Der bis Ende Jahr erwartete Bericht des Bundesrates zu den längerfristigen Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege (Postulat 12.3604 Fehr) sollte auftragsgemäss auch verschiedene Varianten einer Pflegeversicherung aufzeigen.

Wir bitten Sie, unsere Anliegen in der weiteren politischen Diskussion zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gemeindeverband

Präsident



Hannes Germann
Ständerat

Direktor



Reto Lindegger

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerates
3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 11. Dezember 2015

14.417 s Pa.IV. Nachbesserung der Pflegfinanzierung – Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrtes Kommissionspräsidium
Geschätzte Kommissionsmitglieder

Besten Dank für die Einladung zum oben erwähnten Vernehmlassungsverfahren.

Der SGB unterstützt die Bemühungen der ständerätlichen Kommission, Klarheit darüber zu schaffen, welcher Kanton für die Höhe des Beitrages der versicherten Person an die Pflegekosten sowie für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen bei ausserkantonalem Aufenthalt zuständig ist. Mit der vorgeschlagenen Lösung soll eine wichtige Lücke bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung geschlossen werden.

Gemäss Vorschlag soll der Herkunftskanton für die Festsetzung der Restfinanzierung nach seinen eigenen Regeln zuständig sein. Diese Regelung befriedigt nicht vollumfänglich. Da die Regeln des Herkunftskantons und des Standortkantons unterschiedlich sein können, kann es dazu kommen, dass neue Deckungslücken auftreten. Ein ausserkantonaler Heimaufenthalt oder eine ausserkantonale vorübergehende Inanspruchnahme von Spitexleistungen dürfen nicht dazu führen, dass Restkosten der KVG-Pflege auf die betroffenen Personen überwältzt werden. Der SGB beantragt deshalb, dass die vorgeschlagene Lösung in dem Sinne ergänzt wird, dass keine neue Deckungslücken auftreten können.

Tatsache aber ist, dass damit nicht alle ausgewiesenen¹ Probleme, die sich bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung zeigen, gelöst sind. Dabei fallen die ungelösten Probleme bei der Berechnung der Restkosten oder bei den Regeln der Akut- und Übergangspflege besonders ins Gewicht. Sie belasten die Privathaushalte zusätzlich, unabhängig von den Eigenleistungen, die sie bei der KVG-Pflege bereits übernehmen.

Die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen sind auf der Verordnungsebene abschliessend aufgeführt. Im erläuternden Bericht zu dieser Vernehmlassung wird auf die mangelhaften Grundlagen und die fehlende Transparenz bei den Heimkosten zur Festsetzung der Restfinanzierung hingewiesen. Zentral ist die vollständige Bestimmung und Erfassung der Pflegekosten (Vollkosten). Da hier Mängel bestehen, werden Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen immer wieder

¹ Erläuternder Bericht zu dieser Vernehmlassung; Bericht Preisüberwacher vom September 2011

KVG-Pflegeleistungen unter dem Titel „Betreuungskosten“ verrechnet, obwohl sie gemäss Gesetz höchstens 20% des höchsten Pflegetarifs bezahlen müssen.

Für den SGB ist unverständlich, dass im Rahmen der vorliegenden Pa.lv. mit dem Titel „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ keine greifende Lösung vorgelegt wird. Der vorliegende Entwurf muss mit einer Lösung in diesem Bereich ergänzt werden.

Bekannt sind auch die Probleme bei der Umsetzung der Akut- und Übergangspflege. Dabei handelt es sich um Pflegeleistungen, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendig sind. Bei der Einführung der Pflegefinanzierung wollte der Gesetzgeber für diese Übergangspflege keine Finanzierungslücke für die Patientinnen und Patienten. Die Dauer der Übergangspflege wurde auf zwei Wochen festgelegt.

In der Praxis werden heute bei der stationären Übergangspflege nur die KVG-Pflegekosten nach den Regeln der Spitalfinanzierung aufgeteilt. Die Hotelleriekosten gehen ganz zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Die Übergangspflege funktioniert auf diese Weise nicht und ist nicht im Sinne des Gesetzgebers umgesetzt worden. Die Pa.lv. Humbel (14.448) weist auf dieses Problem hin und verlangt eine entsprechende Präzisierung des KVG. Der SGB unterstützt diese Forderung, wonach die Leistungen der Akut- und Übergangspflege vollumfänglich (Pflege, Betreuung, Behandlung/Therapie sowie Hotellerie) nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet werden. Der SGB beantragt, die in der Pa.lv. Humbel vorgeschlagene Lösung in die vorliegende Vorlage zu integrieren und dabei die Dauer der Übergangspflege deutlich zu verlängern.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Paul Rechsteiner
Präsident



Christina Werder
Zentralsekretärin

Ständerätliche Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit (SGK-SR)
3003 Bern

Per Mail an: bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 18. Dezember 2015 sgv-Gf/sz

Vernehmlassungsantwort
14.417 s Pa.lv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 9. September 2015 hat uns die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-SR) eingeladen, zu einem Vorschlag zur Umsetzung der überwiesenen parlamentarischen Initiative 14.417 Stellung zu nehmen. Für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Meinungsäusserung und für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen bestens.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv, die Nummer 1 der Schweizer KMU-Wirtschaft, vertritt 250 Verbände und gegen 300'000 Unternehmen. Im Interesse der Schweizer KMU setzt sich der grösste Dachverband der Schweizer Wirtschaft für optimale wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie für ein unternehmensfreundliches Umfeld ein.

Seitens des sgv können wir die vorgeschlagene Anpassung von Art. 25a Abs. 5 KVG unterstützen. Eine ähnliche Anpassung beim ELG hat dazu beigetragen, dass die Zuständigkeitsstreitigkeiten spürbar reduziert werden konnten. Wir erhoffen den gleichen Effekt im Bereich der Pflegefinanzierung.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgv



Hans-Ulrich Bigler
Direktor



Kurt Gfeller
Vizedirektor

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerates
3003 Bern

Bern, 16. Dezember 2015

Vernehmlassung Pa. Iv. 14.417 „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns in Ihrem Schreiben vom 9. September 2015 eingeladen, zum Vorentwurf zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 14.417 „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ Stellung zu nehmen. Wir bedanken uns dafür und nehmen wie folgt Stellung:

Die Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) begrüsst das Ziel der Vorlage, wonach in jedem Fall klar sein soll, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden, zuständig ist. Dieses Problem scheint durch die vorgeschlagene Umsetzung gelöst zu werden. Allerdings besteht mit diesem System die Möglichkeit, dass aufgrund von Differenzen zwischen den kantonalen Beiträgen eine Deckungslücke entsteht. Die nicht gedeckten Kosten seien dann durch die versicherte Person zu tragen.

Für die SKS ist eine solche Regelung nicht akzeptabel. Sie führt dazu, dass pflegebedürftige Personen je nach Konstellation der beiden betroffenen Kantone hohe Kosten übernehmen müssen. Zudem ist es aufgrund der kantonal unterschiedlich geregelten Pflegefinanzierung für Betroffene schwierig abzuschätzen, ob überhaupt und in welchem Ausmass sie Kosten übernehmen müssen. Dadurch entsteht eine unnötige zusätzliche Belastung für pflegebedürftige Personen.

Die SKS spricht sich deshalb gegen die vorgeschlagene Umsetzung aus. Stattdessen empfiehlt sie, im Interesse der betroffenen PatientInnen ein Finanzierungssystem zu entwickeln, in welchem die Zuständigkeit klar festgelegt ist und die Restfinanzierung in jedem Fall vollständig unter den betroffenen Kantonen geregelt wird.

Sollte trotzdem ein System gewählt werden, welches eine Kostenbeteiligung der PatientInnen nicht ausschliesst, muss sichergestellt sein, dass sich Betroffene einfach über die anfallenden Kosten informieren können. Um umfassende Information und Transparenz zu gewährleisten reicht es nicht aus, die zahlreichen kantonal unterschiedlichen Beiträge öffentlich zu publizieren, sondern es muss eine Anlaufstelle geschaffen oder definiert werden, welche PatientInnen über die zu erwartenden Kosten in ihrem konkreten Fall informiert.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Sara Stalder, Geschäftsleiterin

Ivo Meli, Projektleiter Gesundheit



Eidgenössisches Justiz- und
Polizeidepartement EJPD
Eidgenössisches Amt für das Zivilstandswesen
z.H. Frau Natalie Megevand
Bundesrain 20
3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch

Bern, 17. Dezember 2015

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung - Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zu oben genannter Vorlage Stellung zu nehmen. Gerne äussert sich der Schweizerische Städteverband, der die Interessen der Städte und städtischen Gemeinden vertritt, zu den vorgeschlagenen Anpassungen bei der Pflegefinanzierung. Unsere Stellungnahme berücksichtigt auch die Argumente der Städteinitiative Sozialpolitik, des Fachgremiums der Städtischen Sozialdepartemente.

1. Allgemeine Bemerkungen

Den Vorschlag der SGK-SR, dass für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung der Wohnsitzkanton zuständig sein soll und der Aufenthalt in einem Pflegeheim keine neue Zuständigkeit begründet, begrüsst der Städteverband. In unserer internen Konsultation wurde die vorgeschlagenen Änderungen befürwortet, weil mit der Gesetzesanpassung innerhalb des Krankenversicherungsgesetzes KVG die Möglichkeit besteht, eindeutig zu regeln, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Der Schweizerische Städteverband erachtet als richtig, dass die Frage der Zuständigkeit in diesem Bereich bundesrechtlich geregelt wird; denn Finanzierungs- und Zuständigkeitsdiskussionen bei Inanspruchnahme von ausserkantonaler Pflegeleistungen führten verschiedentlich zu juristischen Auseinandersetzungen, was auch von den auf die Pflege angewiesenen Personen und deren Angehörigen kritisiert wurde. Das Vorhaben bringt für Kantone und Gemeinden Rechtssicherheit bei interkantonalen Sachverhalten.



3. Kohärenz mit dem Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen (ELG)

Positiv herausgehoben wird von unseren Mitgliedern, dass der Vorschlag der Regelung von Artikel 21 des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen (ELG) entspricht und so eine Kohärenz im Bereich der Pflegefinanzierung und der Ergänzungsleistungen bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten herbeigeführt wird.

Zudem werden mit der neuen Regelung Kantone und Gemeinden, die über ein gutes Angebot an Pflegeheimplätzen verfügen, nicht mehr benachteiligt. Die gesetzliche Anpassung reagiert auf eine aktuelle Entwicklung, wonach hochbetagte Menschen oft den Ort, an dem sie als Pflegebedürftige leben möchten, bestimmen wollen. Aus Sicht der Städte und Gemeinden müssen die Heim- und Pflegekosten möglichst fair verteilt werden, was mit der nun vorgeschlagenen Regelung verbessert wird.

Die Klarstellung der interkantonalen Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung ist für die Städte zusätzlich relevant, weil die Gemeinden in zahlreichen Kantonen in die Pflegefinanzierung eingebunden sind oder die Restfinanzierung der Pflege sogar vollständig zu übernehmen haben. Letzteres ist beispielsweise im Kanton Zürich der Fall. Die gleiche Regelung – keine Wohnsitzbegründung mit Heimeintritt – existiert auch bereits in kantonalen Gesetzen bezüglich der Zuständigkeit im interkommunalen Verhältnis (zum Beispiel Art. 9 Abs. 5 Pflegegesetz Kanton Zürich). Auch hier besteht also Kompatibilität, was zu begrüssen ist.

4. Anzuwendende Tarife

Im erläuternden Bericht der Kommission (SGK-SR) wird darauf hingewiesen, dass mit der neuen Bestimmung die vom Herkunftskanton festgesetzten Pflegekosten massgebend sind. Entsteht durch den Tarifunterschied zwischen dem Herkunftskanton und dem neuen Aufenthaltskanton eine Differenz, so trägt diese die versicherte Person. Falls diese finanziell dazu nicht in der Lage ist, übernimmt der Herkunftskanton den fälligen Betrag. Von unseren Mitgliedern wird diese Regelung mehrheitlich begrüsst, weil so sichergestellt wird, dass der Kanton oder die Gemeinde im Regelfall nur Pflegerestkosten übernehmen müssen, die sie auch mitbestimmen können. Gleichzeitig wird aber darauf hingewiesen, dass oftmals Kantone und Gemeinden einspringen müssen, weil das Vermögen der zu pflegenden Person aufgezehrt ist. Es besteht ein Dilemma zwischen der Niederlassungsfreiheit und der Kostenkontrolle durch die Wohnsitzgemeinden und -kantone.

Eine Minderheit empfiehlt auch, die Differenzzahlungen in jedem Fall den Kantonen anzulasten, ohne auf das Vermögen der Betroffenen zuzugreifen, da so sichergestellt wird, dass mittellose Betagte den Ort ihres Pflegeheimes frei wählen können.



5. Genereller Revisionsbedarf bei der Pflegefinanzierung

Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, um im Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung auf ein nach wie vor drängendes Problem hinzuweisen: Die öffentliche Hand übernimmt nach Abzug der Krankenversicherungsbeiträge und der Eigenbeteiligung der versicherten Person die Restfinanzierung. Weil die Beiträge der Krankenversicherer und die Eigenbeteiligung in ihrer Höhe fixiert sind, muss die öffentliche Hand für sämtliche Kostensteigerungen aufkommen. In vielen Kantonen betrifft dies die Gemeinden und Städte, welche je nach kantonalen Gesetzgebung zu einem Teil oder gesamthaft für die Restfinanzierung der Pflege zuständig sind. Dies hat dazu geführt, dass der sogenannte „Restfinanzierer“ vielerorts den Löwenanteil an den Kosten trägt. Damit die Kostensteigerungen im Pflegebereich von allen an der Finanzierung beteiligten Trägern aufgefangen werden und sie nicht einfach zunehmend zur öffentlichen Hand verlagert werden, müssen die in der bundesrätlichen Verordnung festgelegten Krankenversicherungsbeiträge zwingend ebenfalls an die Pflegekostenentwicklung angepasst werden. Wir fordern mit Nachdruck, dieses Anliegen in der weiteren politischen Diskussion zu berücksichtigen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Städteverband

Präsident

Kurt Fluri, Nationalrat
Stadtpräsident Solothurn

Direktorin

Renate Amstutz

Kopie Schweiz. Gemeindeverband

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Gesundheitsberufe
Fachbereich Psychologieberufe
3003 Bern

Per E-Mail an
bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 20. November 2015

Stellungnahme zur Vernehmlassung zur PI 14.417 S Art. 25a KVG Nachbesserung Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Die FMH dankt für den Einbezug in das Vernehmlassungsverfahren. Der FMH-Zentralvorstand nimmt nach interner Konsultation der in der Ärztekammer vertretenen Organisationen wie folgt Stellung:

In Vernehmlassung gegeben wurde eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Diese soll sicherstellen, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Artikel 25a Absatz 5 KVG soll deshalb wie folgt ergänzt werden: „Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.“

Die FMH stimmt diesem Änderungsentwurf zu. Es ist sachgerecht, an den Wohnsitz vor dem Heimeintritt anzuknüpfen, wie dies Art. 21 Abs. 1 ELG vorsieht ("Der Aufenthalt in einem Heim, einem Spital oder einer anderen Anstalt [...] begründen keine neue Zuständigkeit") und was auch Art. 5 des Bundesgesetzes über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger vom 24. Juni 1977 (ZUG; SR 851.1) entspricht.

Freundliche Grüsse

FMH

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Schlup', is positioned above the printed name of the president.

Dr. med. Jürg Schlup
Präsident

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kuhn', is positioned above the printed name of the legal department head.

Hanspeter Kuhn
Leiter Abteilung Rechtsdienst

ChiroSuisse · Sulgenauweg 38 · CH-3007 Bern

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

per Email:
bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 5. November 2015

14.417 s Pa.IV. Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin Maury Pasquier
sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die Gelegenheit, uns zu dieser Vorlage äussern zu können und teilen mit,
dass wir keine Bemerkungen haben.

Freundliche Grüsse

ChiroSuisse



Priska Haueter, lic.phil.hist.
CEO und Präsidentin

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit (SGK)
Frau Liliane Maury Pasquier
3003 Bern

Bern, 27. Oktober 2015

Stellungnahme zur Pa. Iv. „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ (14.417)

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Frau Leutwyler, sehr geehrter Herr Fuhrer
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP ist mit rund 7'400 Mitgliedern der grösste Berufsverband von Psycholog(inn)en und Psychotherapeut(inn)en in der Schweiz. Viele von ihnen sind im Gesundheitsbereich tätig, und die Leistungen der psychologischen Psychotherapeut(inn)en werden schon heute im Rahmen der delegierten Psychotherapie über die Grundversicherung abgerechnet. Aktuell laufen – unter anderem basierend auf dem Psychologieberufegesetz (PsyG), welches die Aus- und Weiterbildung schweizweit regelt – Bestrebungen, die psychologische Psychotherapie in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufzunehmen.

Nicht nur aus diesem Grund sind wir selbstverständlich sehr interessiert an allen die Krankenkasse betreffenden Geschäften und danken Ihnen sehr für die Einladung zur Stellungnahme.

Wir begrüssen auch die Zielsetzung der Vorlage, nämlich sicherzustellen, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden.

Aufgrund mangelnder direkter Betroffenheit durch den Bereich der Pflegefinanzierung und wegen knappen Ressourcen müssen wir aber auf eine Konsultation unserer 48 Gliedverbände und eine detaillierte Stellungnahme verzichten.



Wir bedanken uns nochmals für die Möglichkeit zur Stellungnahme und stehen Ihnen, sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, für allfällige Fragen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Yvik Adler
Co-Präsidentin FSP



Dolores Krapf
Stv. Geschäftsleiterin FSP



Spitex Verband Schweiz

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats

3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Bern, 13.11.2015

**14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung
Vernehmlassungsantwort Spitex Verband Schweiz**

Sehr geehrter Herr Fuhrer
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung, an welcher wir uns gerne beteiligen.

Als nationaler Dachverband der Schweizer Non-Profit-Spitex vertreten wir die Interessen der Spitex-Verbände aller Kantone und der nahezu 600 lokalen gemeinnützigen Spitex-Organisationen. Diese beschäftigen rund 33'500 Mitarbeitende. 180'000 Personen werden von der gemeinnützigen Spitex zu Hause gepflegt und 111'000 Personen bei der Alltagsbewältigung unterstützt.

1. Allgemeine Bemerkungen

Wir begrüßen, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und mit dieser Vorlage die Frage klären will, welcher Kanton die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege leisten muss.

Gleichzeitig bedauern wir, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt in Angriff genommen hat. Für uns besteht ein viel weitergehender Bedarf zur Nachbesserung. Auf die Problembereiche, welche die SGK-SR in ihrem erläuternden Bericht aufgreift aber nicht löst, und auf weitere Punkte gehen wir im 3. und 4. Absatz ein.

2. Stellungnahme zur vorgeschlagenen Bestimmung

Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton für die Restfinanzierung bei „ausserkantonaler Pflege“ zuständig sein. Grundsätzlich ist auch für uns diese Regelung logisch und sinnvoll. Aus folgenden Gründen sind wir aber der Meinung, dass sie nicht genügend weit geht:

1. Wer trägt die Differenz?

Der Herkunftskanton soll für die Festsetzung der Restfinanzierung nach seinen eigenen Regeln zuständig sein. Auch dies scheint uns logisch und nachvollziehbar. Indes lässt die SGK-SR offen, wer die Differenz zu tragen hat.

Das KVG hält fest, dass der Versicherte mit höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages an den Pflegekosten belastet werden darf. Werden bei der ausserkantonalen Pflege die Patient/innen auch noch eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten tragen müssen, widerspricht dies dem KVG.

Es ist aber auch nicht Sache der Leistungserbringer, die Differenz auszugleichen. Die vorgelegte Lösung würde dazu führen, dass Spitex-Organisationen ausserkantonale Patient/innen ablehnen müssten.

In vielen Fällen ist die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen nicht einfach ein Luxus, den sich jemand leisten kann oder nicht. Viele Menschen lassen sich aus wichtigen sozialen oder versorgungsbedingten Gründen ausserkantonal pflegen: Ambulante ausserkantonale Pflege gibt es zur Entlastung von pflegenden Angehörigen (ein pflegebedürftiger Mensch zieht temporär zu weiteren Angehörigen) oder zur Überbrückung nach einem Spitalaufenthalt oder vor einem Heimeintritt (jemand zieht temporär zu Angehörigen, bis er/sie wieder alleine leben respektive in ein Heim eintreten kann).

2. Administrativer Aufwand

Falls die vorgeschlagene Regelung in Kraft treten sollte, wird der Spitex Verband Schweiz seinen Mitgliedern folgende Umsetzung empfehlen:

Spitex verrechnet den ausserkantonalen Patient/innen die Vollkosten oder, wo vorhanden, die kantonalen Normkosten. Die Patient/innen müssen dann selber in ihrem Wohnkanton respektive in der Wohngemeinde die Restkosten-Finanzierung einfordern.

Möchte Spitex auf diese für die Patient/innen ungünstige Praxis verzichten, würde dies für Spitex bedeuten: Rechnungsstellung an die Krankenversicherung, Rechnungsstellung an einen Kanton, mit dem man keine etablierten Prozesse hat (in vielen Fällen gar Abrechnung auf Gemeindeebene), die allfällige Differenz zwischen den Kantonen der Patientin in Rechnung stellen (oder selber tragen) und zudem der Patientin die Kostenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG gemäss der Festlegung des Wohnkantons (oder gar der Wohngemeinde) verrechnen. Dies wäre ein sehr grosser administrativer Aufwand, den Spitex für Einsätze bei ausserkantonalen Patient/innen, die in der Regel nur ein paar Wochen dauern, nicht leisten kann.

Wir fordern aus diesen beiden Gründen, dass die Zuständigkeit anders gelöst wird:

Bei der ambulanten Pflege wird die Restfinanzierung vom Kanton geleistet, in dem die Pflegeleistung erbracht worden ist.

Eine solche Regelung würde ein weiteres Problem lösen, mit welchem Spitex zunehmend konfrontiert ist:

Restfinanzierung von Pflegeleistungen für Ausländer/innen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten

Die Spitex-Organisationen pflegen zunehmend Menschen, die im Ausland leben und während einer Krankheit, nach einer Hospitalisation oder wegen einer Zustandsverschlechterung vo-

rübergehend zu ihren in der Schweiz lebenden Angehörigen ziehen. In diesen Fällen trägt die Gemeinsame Einrichtung KVG die Beiträge nach KLV und die Patient/innen die Kostenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG. Die Restkosten dagegen können bei niemandem geltend gemacht werden, weil dazu eine gesetzliche Grundlage fehlt.

3. Stellungnahme zu im Bericht ebenfalls aufgeführten Problembereichen

zu 2.4.1

Wir sind uns bewusst, dass die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral zu erfolgen hatte. Die Kosten der Pflege sind aber genau wie die zugrunde liegenden Leistungen nicht statisch; beide entwickeln sich weiter. In den letzten Jahren hat die sich Spitex stark professionalisiert und ist heute in der Lage, Patient/innen bereits in subakutem Stadium aus dem Spital zu übernehmen. Dies passt auch zur Entwicklung der immer kürzer werdenden Hospitalisationsdauern. Gleichzeitig bleiben alte, multimorbide Menschen immer länger zu Hause. Spitex benötigt zur Pflege von subakuten Patient/innen und Menschen mit komplexen Krankheitsbildern gut ausgebildetes Personal. Dies ist mit entsprechenden Lohnkosten verbunden.

Wir fordern, dass der Grundsatz der jährlichen Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ins KVG aufgenommen wird.

In der Folge ist die Patientenbeteiligung auf 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages zu beschränken, damit die Patient/innen nicht über Massen belastet werden.

zu 2.4.4

Die neu geschaffene Leistung der Akut- und Übergangspflege hat sich in der Tat nicht etabliert. Dass die Versicherer und Leistungserbringer dies ändern können, indem sie Pauschalen für die Leistungen der AÜP aushandeln, glauben wir jedoch nicht. Vielmehr muss unserer Meinung nach die Grundkonzeption der AÜP verbessert werden. Wir sind überzeugt, dass die AÜP sich nur etablieren kann, wenn sie für mehr als nur 2 Wochen verordnet werden kann. Nur mit dieser Verbesserung werden die Patient/innen AÜP beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu schaffen. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und -ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

Wir fordern deshalb eine Verlängerung der AÜP auf sechs Wochen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um weitere sechs Wochen. Ist dies nicht möglich, ist eine Streichung der Akut- und Übergangspflege zu prüfen.

4. Weitere Themen mit Nachbesserungsbedarf

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung weist unserer Meinung nach weitere Probleme auf, bei denen wir uns eine baldige Lösung erhoffen.

Tarifschutz

Obwohl im KVG geregelt ist, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden dürfen, vertritt der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich eine Wegpauschale in Rechnung gestellt werden darf.

Wir fordern deshalb, dass sich der Gesetzgeber klar und eindeutig dazu äussert, dass der Tarifschutz nach Art. 44 KVG auch bei der ambulanten Pflege gilt und dass die Kantone sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten gemäss Art. 25 KVG vollständig zu finanzieren haben.

Finanzierung von Pflegematerial

Gemäss BAG-Interpretation des KVGs können Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen Materialkosten nicht zulasten Krankenversicherer verrechnen. Die Finanzierung von Pflegematerialien und Mittel und Gegenständen gemäss MiGeL wird aber auch nicht im Rahmen der Restfinanzierung sichergestellt.

Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.

Variantenvielfalt bei der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege

Aktuell besteht bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege eine sehr grosse Vielfalt. So gibt es beispielsweise Kantone ohne Patientenbeteiligung, andere mit einem fixen Betrag von CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag oder einem prozentualen Anteil von 10% oder 20% vom Rechnungsbetrag mit Begrenzung bei CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag. Diese Vielfalt an Varianten führt zu erheblichem administrativem Aufwand bei Leistungserbringen, die in mehreren Gemeinden respektive Kantonen tätig sind.

Wir fordern, dass der Variantenvielfalt Einhalt geboten wird, indem die Patientenbeteiligung auf 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages beschränkt wird. Gleichzeitig fordern wir, dass sich der Gesetzgeber zur konkreten Ausgestaltung respektive Umsetzung äussert.

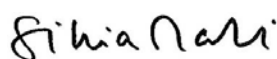
Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen im Rahmen der Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, in Zusammenhang mit der Evaluation des BAG der Pflegefinanzierung oder bei weiteren Bemühungen um Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung. Wir stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Spitex Verband Schweiz



Marianne Pfister
Zentralsekretärin
pfister@spitex.ch



Silvia Marti Lavanchy
Stv. Zentralsekretärin, Leiterin Politik/Grundlagen
marti@spitex.ch



Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats

3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Bern, 15. Dezember 2015

**14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung
Vernehmlassungsantwort Association Spitex privée Suisse ASPS**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung, an welcher wir uns gerne beteiligen.

Die ASPS wurde 2005 von privaten Spitex-Organisationen gegründet. Alle Mitglieder sind von den Krankenkassen anerkannt und verfügen über eine kantonale Betriebsbewilligung. Die privaten Spitex-Anbieter arbeiten vielerorts mit den öffentlichen Organisationen sehr gut zusammen und leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung in der ambulanten Pflege. Die 150 Mitglieder beschäftigen in der ganzen Schweiz über 6'000 Mitarbeitende und haben je nach Kanton einen Marktanteil zwischen 15-35%.

Die ASPS engagiert sich im Rahmen der IG Pflegefinanzierung und trägt deren Stellungnahme mit. Die nachfolgende Antwort enthält einige Konkretisierungen aus Sicht der (privaten) Spitex-Betriebe.

1 Allgemeine Bemerkungen

Der ASPS ist sehr enttäuscht über die Nachbesserungen der aktuellen Pflegefinanzierung, welche die Sozial- und Gesundheitskommission des Ständerats (SGK-SR) vorschlägt. Die Vorlage der SGK-SR genügt bei weitem nicht, um die nach wie vor bedeutenden Probleme bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung zu lösen. Mit dem Vorschlag der SGK-SR bleibt der grösste Teil davon ungelöst!

Wir begrüssen, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und mit dieser Vorlage die Frage klären will, welcher Kanton die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Spitex leisten muss. Allerdings ist die vorgeschlagene Regelung unserer Ansicht nach für die Spitex untauglich. Wir fordern, dass sich die Höhe der Restfinanzierung nach dem Kanton richten muss, in dem die Pflegeleistung erbracht wird.

Wir bedauern, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt in Angriff genommen hat. Für uns besteht ein viel weiter gehender Bedarf zur Nachbesserung, welcher von der IG

Pflegefinanzierung den Räten in einem umfassenden Dokument unterbreitet wurde. So empfinden wir die immer noch fehlende, konkrete Umsetzung der Pflegefinanzierung in den Kantonen AI, AR, FR, GE, GL, OW und SO als Geringschätzung der Spitex-Leistung der privaten Spitex-Organisationen.

2 Stellungnahme zur vorgeschlagenen Bestimmung

Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton des Patienten/der Patientin für die Restfinanzierung bei „ausserkantonaler Pflege“ zuständig sein. Ein Eintritt in ein Pflegeheim soll nichts an dieser Zuständigkeit ändern. Aus folgenden Gründen sind wir aber der Meinung, dass sie die Realität der Spitex nicht genügend abbildet:

2.1 Finanzierung der Kosten nicht gewährleistet!

Laut SGK-SR soll der Herkunftskanton für die Festsetzung der Restfinanzierung zuständig sein. Indes lässt die SGK-SR offen, wer die Differenz zu den in einem anderen Kanton anfallenden Kosten zu tragen hat, wenn diese höher sind als im Herkunftskanton.

Das KVG hält fest, dass der/die Versicherte mit maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages an den Pflegekosten belastet werden darf. Wenn bei der ausserkantonalen Pflege die Patienten/-innen eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten selbst tragen müssten, würde dies dem KVG widersprechen.

Dass die Leistungserbringer die Differenz tragen müssten, ist keine akzeptable Lösung. Sie würde dazu führen, dass Spitex-Organisationen ausserkantonale Patient/innen vermehrt ablehnen müssten, da sie ihre Kosten nicht decken können. In vielen Fällen ist jedoch die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen in einem anderen Kanton nicht einfach ein Luxus, den sich jemand leisten kann oder nicht. Viele Menschen lassen sich aus wichtigen sozialen oder versorgungsbedingten Gründen ausserkantonale pflegen: Ambulante ausserkantonale Pflege gibt es nicht nur für Ferienaufenthalte und bei nahe an der Kantonsgrenze lebenden Patient/innen, sondern auch zur – äusserst wichtigen – Entlastung von betreuenden und pflegenden Angehörigen (Jemand zieht temporär zu anderen Angehörigen.) oder zur Überbrückung nach einem Spitalaufenthalt (Wegen DRG und früheren Spitalentlassungen häufiger: Jemand zieht temporär zu Angehörigen, bis er/sie wieder alleine leben kann).

Der Tarifschutz muss gewährleistet werden: Obwohl im KVG geregelt ist, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden dürfen, vertritt z. B. der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich Wegspesen in Rechnung gestellt werden dürfen.

Wir fordern deshalb, dass sich der Gesetzgeber klar und eindeutig dazu äussert, dass der Tarifschutz nach Art. 44 KVG auch bei der ambulanten Pflege gilt und dass die Kantone sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten gemäss Art. 25 KVG vollständig zu finanzieren haben.

2.2 Kundenunfreundlicher administrativer Mehraufwand zu erwarten!

Falls die von der SGK-SR vorgeschlagene Regelung in Kraft treten sollte, werden die Verbände den Spitex-Organisationen sehr wahrscheinlich gezwungen sein, ihren Mitgliedern die folgende Umsetzung empfehlen zu müssen:

Der Spitex-Betrieb verrechnet den ausserkantonalen Patienten/-innen die Vollkosten oder, wo vorhanden, die kantonalen Normkosten. Die Patient/innen müssen dann selber in ihrem Wohnkanton respektive in der Wohngemeinde die Restkosten-Finanzierung einfordern.

Wir von der ASPS betrachten die Lösung als äusserst patienten-unfreundlich und daher in der Praxis wenig tauglich. Wir würden daher gerne auf diese für die Patienten/-innen ungünstige und komplizierte Praxis verzichten.

Das würde dann aber einen grossen administrativen Zusatzaufwand bedeuten:

- Rechnungsstellung an einen (fremden) Kanton, mit dem man keine etablierten Prozesse sowie für den man keine ZSR-Nummer (elektronische Verrechnung an Krankenkasse nicht möglich!) hat. In vielen Fällen erfolgt die Abrechnung sogar auf Gemeindeebene. Diese Rechnungsstellung hat gemäss Formularen und Regelungen dieses Kantons zu erfolgen.
- Den allfälligen Differenzbetrag zwischen den Kantonen dem Patienten/der Patientin in Rechnung stellen (oder als Organisation den Verlust selbst tragen).
- Dem Patienten/der Patientin die Kostenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG gemäss der Regelung des Wohnkantons (oder gar der Wohngemeinde) verrechnen.

Dies wäre ein sehr grosser administrativer Aufwand, den die einzelnen Spitex-Betriebe für Einsätze bei ausserkantonalen Patienten/-innen, die in der Regel nur ein paar wenige Tage oder Wochen dauern, nicht leisten müssten. Dies wäre nicht effizient und unserer Ansicht nach keine zukunftsweisende, praktikable Lösung, sondern würde zu viele Rückfragen (Kanton, Gemeinde, Krankenversicherung), Zahlungsverweigerungen (Kanton, Gemeinde, Krankenversicherung) und unlösbaren Problemen für die Spitex-Betriebe führen.

Aus diesen Gründen fordern wir, dass die Zuständigkeit wie folgt gelöst wird:

Bei der ambulanten Pflege wird die Restfinanzierung vom Kanton geleistet, in dem die Pflegeleistung durch die Spitex vor Ort erbracht worden ist.

Zudem muss unter allen Kantonen eine gegenseitige Anerkennung der festgelegten Kostenobergrenzen erfolgen. Wenn diese interkantonalen Gespräche erfolglos bleiben, wird nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren per Bundesgesetz definiert, welcher Kanton für die Finanzierung der Differenz zu den allenfalls höheren Norm- oder Vollkosten zuständig ist.

Damit die Restfinanzierung bei ausserkantonomer Pflege sinnvoll geregelt werden kann, ist auch sicher zu stellen, dass alle Kantone die Verantwortung in der Restfinanzierung tatsächlich wahrnehmen. Heute besteht weiterhin in einigen Kantonen eine vollkommen unbefriedigende Situation, weil die Restfinanzierung viel zu tief angesetzt wurde.

In der ambulanten Pflege gibt es Kantone, welche den erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen und den selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen keine Restfinanzierung gewähren. Und einige Kantone gelten die Kosten, welche durch die Erfüllung der Versorgungspflicht entstehen, nur ungenügend ab.

3 Stellungnahme zu den im Bericht ebenfalls aufgeführten Problembereichen

3.1 Zu Ziffer 2.4.1 des erläuternden Berichts (Beitrag der Krankenpflegeversicherung)

Wir sind uns bewusst, dass die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral zu erfolgen hatte. Die Kosten der Pflege sind aber genau wie die zugrunde liegenden Leistungen nicht statisch; beide entwickeln sich weiter. In den letzten Jahren hat sich die Spitex stark professionalisiert und ist heute in der Lage, Patienten/-innen bereits in subakutem Stadium aus dem Spital zu übernehmen. Dies passt auch zur Entwicklung der immer kürzer werdenden Hospitalisationsdauern. Gleichzeitig bleiben alte, multimorbide Menschen immer länger zu Hause. Spitex benötigt zur Pflege von subakuten Patient/innen und Menschen mit komplexen, chronischen Krankheitsbildern auch genügend gut ausgebildetes Personal. Dies ist mit entsprechenden Lohnkosten verbunden. Weil die Menschen länger zu Hause bleiben, verändert sich auch der „Bewohner-Mix“ in den Pflegeheimen hin zu mehr Bewohner/innen mit komplexen und Mehrfach-Erkrankungen. Auch hier ist gut ausgebildetes, teureres Personal erforderlich. Zudem erhöhen sowohl verbesserte Lohnbedingungen als auch die Personalknappheit im Gesundheitssektor die Kosten aktuell und in Zukunft.

Aktuell besteht bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege eine sehr grosse Vielfalt. So gibt es beispielsweise Kantone ohne Patientenbeteiligung, andere mit einem fixen Betrag von CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag oder einem prozentualen Anteil von 10% oder 20% vom Rechnungsbetrag mit Begrenzung bei CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag. Diese Vielfalt an Varianten führt zu erheblichem administrativem Aufwand bei Leistungserbringern, die in mehreren Gemeinden respektive Kantonen tätig sind und bei den diversen Anbietern von Software-Lösungen, welche sehr viele verschiedene Varianten in ihre Produkte einbauen müssen. Daher fordern wir eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Prozentsatzes auf 10% und die eindeutige Festlegung der Berechnungsbasis auf eidgenössischer Ebene.

Wir fordern, dass der Grundsatz der jährlichen Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ins KVG aufgenommen wird.

Zudem ist das System bei den Pflegeheimen um sechs Stufen zu 20 Minuten auf 18 Stufen zu erweitern und mit entsprechend höheren Beiträgen zu entgelten.

In der Folge ist die Patientenbeteiligung sowohl für die Leistungen der Spitex wie auch jene in Pflegeheimen auf 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages zu beschränken, damit die Patient/innen nicht über Massen belastet werden.

3.2 Zu Ziffer 2.4.2 des erläuternden Berichts (Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung)

Die ASPS ist gleicher Meinung wie die SGK-SR und die IG Pflegefinanzierung: Es braucht keine Ergänzung im KVG, um schweizweit mittels Messinstrumenten den identischen Pflegebedarf für gleiche Fälle auszuweisen.

Allerdings ist zu bedauern, dass das anzustrebende Ziel bisher nicht erreicht wurde, mit allen Messinstrumenten einen gleichwertigen Pflegeaufwand abzubilden. Es ist unfair, wenn gewisse Patienten und Leistungserbringer aufgrund des angewendeten Ermittlungstools eine tiefere Finanzierung durch Versicherer und öffentliche Hand erhalten.

Es sollten nicht nur die in Pflegeheimen angewendeten Pflegemessinstrumente gleiche Pflegesituationen identisch abbilden. Vielmehr sind auch in der ambulanten Pflege (Spitex) klare Kriterien für anerkannte Assessmentinstrumente nötig. Die strukturierte und standardisierte Einschätzung des klinischen Zustandes der Patient/innen, ihres sozialen Umfeldes und der Wohnumgebung sind Pflicht und tragen zur transparenten Leistungserbringung bei. Es ist heute deshalb allgemein anerkannt, dass ein reliables Instrument für das Assessment eingesetzt werden muss, das valide Daten produziert.

Der Wettbewerb muss auf den Leistungen stattfinden, nicht auf der unfairen Ebene der Messinstrumente. Mit der Festlegung klarer Kriterien und einer Kalibrierung für angewendete Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung könnte dies garantiert werden. Dadurch werden Monopole verhindert und es besteht eine Auswahl anerkannter Anbieter mit verschiedenen Systemen, welche zu identischen Resultaten führen.

3.3 Zu Ziffer 2.4.4 des erläuternden Berichts (Akut- und Übergangspflege)

Die neu geschaffene Leistung der Akut- und Übergangspflege hat sich nicht etabliert. Dass die Versicherer und Leistungserbringer dies ändern können, indem sie Pauschalen für die Leistungen der AÜP aushandeln, glauben wir jedoch nicht. Vielmehr muss unserer Meinung nach die Grundkonzeption der AÜP verbessert werden. Wir sind überzeugt, dass die AÜP sich nur etablieren kann, wenn sie für mehr als nur 2 Wochen verordnet werden kann und wenn bei stationärer AÜP der Aufenthalt durch OKP und Kanton finanziert wird.

Wir fordern deshalb

- > eine Verlängerung der AÜP auf sechs Wochen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um weitere sechs Wochen;*
- > dass die Leistungen der AÜP im Pflegeheim nach den Regeln der Spitalfinanzierung inklusive der Kosten für Hotellerie und Betreuung zu vergüten sind.*

Nur mit diesen Verbesserungen werden die Patient/innen AÜP beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu schaffen und anzubieten. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und -ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

Nur mit diesen Nachbesserungen werden AÜP-Leistungen sinnvoll genützt, werden die Patient/innen AÜP diese beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu

schaffen und anzubieten. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und -ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

4 Finanzierung von Pflegematerial

Gemäss BAG-Interpretation des KVGs können Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen keine Materialkosten zulasten Krankenversicherer verrechnen. Die Finanzierung von Pflegematerialien und Mittel und Gegenständen gemäss MiGeL kann aber auch nicht im Rahmen der Restfinanzierung sichergestellt werden.

Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen, sei es im Rahmen der Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, in Zusammenhang mit der Evaluation des BAG der Pflegefinanzierung oder bei weiteren Bemühungen um Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung. Wir stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Association Spitex privée Suisse ASPS

Marcel Durst, Geschäftsführer



Bundesamt für Gesundheit

3003 Bern

Bern, 15. Dezember 2015

Vernehmlassung zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 14.417 zur Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Vernehmlassungsantwort von CURAVIVA Schweiz

Sehr geehrte Damen und Herren

Der nationale Dachverband CURAVIVA Schweiz bedankt sich für die Einladung, an der oben erwähnten Vernehmlassung teilzunehmen und lässt Ihnen in diesem Rahmen die vorliegende Stellungnahme zukommen.

Als Branchen- und Institutionenverband mit arbeitgeberpolitischer Ausrichtung vertritt CURAVIVA Schweiz die Interessen seiner Mitgliederinstitutionen aus den Bereichen Menschen im Alter, Erwachsene Menschen mit Behinderung sowie Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Dem nationalen Dachverband CURAVIVA Schweiz sind alle Schweizer Kantone sowie das Fürstentum Lichtenstein angeschlossen. Insgesamt vertritt CURAVIVA Schweiz 2'570 Institutionen, in denen rund 117'000 Bewohnerinnen und Bewohner leben und 130'000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind.

Der Fachbereich Menschen im Alter von CURAVIVA Schweiz setzt sich gesamtschweizerisch für eine starke Alterspolitik ein. Er bringt sich direkt auf Bundesebene ein, um relevante politische Entscheidungsprozesse mitzugestalten. Auch der Fachbereich Erwachsene Menschen mit Behinderung engagiert sich politisch, um die optimalsten gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für seine Anliegen zu erreichen.

1. Übersicht der in der vorliegenden Vernehmlassungsantwort vertretenen Standpunkte

- CURAVIVA Schweiz begrüsst ansatzweise die durch die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (nachfolgend: «SGK-S») skizzierte Stossrichtung der vorgeschlagenen Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

In diesem Zusammenhang begrüsst CURAVIVA Schweiz:

- Dass die SGK-S klären will, welcher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Restfinanzierung übernehmen soll.
- Dass im Fall von Heimaufenthalten der Kanton bzw. die Gemeinde, wo ein Heimbewohner oder eine Heimbewohnerin seinen/ihren letzten Wohnsitz vor dem Heimeintritt hat, für die Finanzierung der Pflegekosten zuständig sein soll.
- Dass allein der Aufenthalt in einer Pflegeinstitution keine neue Zuständigkeit begründen soll.
- Gleichzeitig kritisiert CURAVIVA Schweiz aber, dass laut SGK-S weitere relevante Mängel der Pflegefinanzierung keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf auf Bundesebene begründen – obwohl weitere Mängel gerade durch die parlamentarische Initiative 14.417 und auch durch weitere parlamentarische Vorstösse thematisiert werden.

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz können diese weiteren Mängel ohne ganzheitliche Herangehensweise der zusammenhängenden Probleme nicht gelöst werden.

Um die aktuell bestehenden Mängel der Pflegefinanzierung zu beseitigen, fordert CURAVIVA Schweiz, dass der Tarifschutz als Ganze gewährleistet wird und die Restfinanzierung tatsächlich durch die Kantone übernommen wird. Zu diesem Zweck müssen folgende Anforderungen berücksichtigt werden:

- Vollumfängliche Übernahme der tatsächlichen Pflegekosten von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten durch gegenseitige Anerkennung der kantonal festgelegten Pflege- und Heimkosten sowie der EL-Obergrenzen für Heimkosten – samt Erzielen der gegenseitigen Anerkennung per Bundesgesetz nach Ablauf einer angemessenen Frist (zum Beispiel: zwei Jahre). Die Finanzierung der Restkosten der Pflege soll dem Kanton des letzten Wohnsitzes obliegen. Nur auf diese Weise kann die Restfinanzierung der Pflegekosten lückenlos sichergestellt werden.
- Angemessene Finanzierung für die häufigen Betreuungssituationen mit besonderem Zusatzaufwand durch die Erweiterung um sechs Pflegestufen (zu jeweils 20 Minuten) auf 18 Stufen sowie Ausgleich mit entsprechend höheren Beiträgen;
- Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Kostenentwicklung;

2. Ausgangslage

Die Pflegefinanzierung wurde ab dem 1. Januar 2011 neu geregelt: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) leistet einen Beitrag, dessen Höhe vom Pflegebedarf abhängt. Der oder die Versicherte muss höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags übernehmen. Die Kantone müssen die Restfinanzierung regeln.

Die [parlamentarische Initiative 14.417 «Nachbesserung der Pflegefinanzierung»](#) (parlamentarische Initiative «Egerszegi») wurde am 21. März 2014 eingereicht. Sie verlangt die Sicherstellung per Bundesgesetz, dass:

1. die Zuständigkeit für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten im stationären und ambulanten Bereich geregelt wird;
2. die Freizügigkeit unter anerkannten Leistungsbringern gewährleistet ist;
3. die Pflegekosten von den Betreuungskosten besser und transparent abgegrenzt werden.

Die parlamentarische Initiative 14.417 wurde im Juli sowie im Oktober 2014 von beiden Parlamentskammern angenommen. Sie ist dadurch verbindlich geworden und muss entsprechend umgesetzt werden.

Mit einem Vorentwurf zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 14.417 schlug die SGK-S am 2. September 2015 eine angepasste Regelung vor: Artikel 25a Absatz 5 KVG soll mit einer dritten und vierten Satz ergänzt werden, wonach der Kanton, in dem ein Patient oder eine Patientin seinen/ihren Wohnsitz hat, auch dann für die Restkosten der Pflege aufkommen muss, wenn der betroffene Patient bzw. die betroffene Patientin in einem anderen Kanton als sein/ihr Wohnsitzkanton in ein Pflegeheim eintritt oder ambulant gepflegt wird. Weiter soll der Aufenthalt in einer Pflegeinstitution gemäss Vorschlag der SGK-S keine neue Zuständigkeit begründen. Mit einer solchen Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 KVG orientiert sich die SGK-S am Modell der Ergänzungsleistungen.

Die in der parlamentarischen Initiative aufgeworfenen weiteren Aspekte der Pflegefinanzierung werden von der Kommission bewusst ausser Acht gelassen – dies mit der Begründung, dass aus Sicht der SGK-S einzig bezogen auf die Restfinanzierung einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf auf Bundesebene bestehe.

3. Stellungnahme zur von der SGK-S vorgeschlagenen Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

3.1. Grundsätzliche Betrachtungen und Zustimmungen

CURAVIVA Schweiz begrüsst, dass die SGK-S – gestützt auf den parlamentarischen Auftrag infolge der Annahme der parlamentarischen Initiative 14.417 – klären will, welcher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Restfinanzierung übernehmen soll.

CURAVIVA Schweiz begrüsst auch, dass gemäss Vorschlag der SGK-S der Kanton bzw. die Gemeinde, wo ein Heimbewohner oder eine Heimbewohnerin seinen/ihren letzten Wohnsitz vor Heimeintritt hat, für die Finanzierung der Restpflegekosten zuständig sein soll.

Zudem begrüsst CURAVIVA Schweiz, dass gemäss Vorschlag der Kommission allein der Aufenthalt in einem Pflegeheim keine neue Zuständigkeit begründen soll. Diese klare Bestimmung, die sich an dem Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) orientiert, trägt zur Rechtssicherheit bei.

CURAVIVA Schweiz schliesst sich der Einschätzung der Kommission an, wonach dadurch keine Einflussnahme von Kantonen oder Gemeinden auf den Wohnsitzwechsel einer Person zu

erwarten ist. Zudem ist der Herkunftskanton dadurch sowohl in Bezug auf die Pflegerestfinanzierung als auch auf die Sozialhilfe und die Ergänzungsleistungen zuständig, was zu einer verstärkten Kohärenz der gesamten Finanzierung des Pflegeheimaufenthaltes führt. Die Zuständigkeit der Kantone für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen und die Spitalfinanzierung (Wohnkanton gemäss Artikel 49a KVG) stimmen dadurch überein, da mit Heimeintritt kein Wohnsitzwechsel erfolgt. Darüber hinaus wird dadurch vermieden, dass Kantone finanziell benachteiligt werden, in denen mehr Pflegeheimplätze zur Verfügung stehen, als für die eigene Bevölkerung benötigt werden. Dies begünstigt eine kantonsübergreifende Pflegeheimplanung.

3.2. Mangelnde Tragweite des Vorschlags der SGK-S

In ihrem erläuternden Bericht vom 1. September 2015 zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 14.417 (nachfolgend: erläuternden Bericht) beschreibt die Kommission manche Grenzen ihres Auftrags (vgl. S. 13-16).¹ Tatsächlich war der parlamentarische Auftrag auf den relativ engen Wortlaut der parlamentarischen Initiative 14.417 beschränkt. Aber auch die in der parlamentarischen Initiative aufgeworfenen weiteren Aspekte der Pflegefinanzierung sind von der SGK-S bewusst ausser Acht gelassen worden.

Die SGK-S erachtet den dritten Punkt der parlamentarischen Initiative 14.417 – nämlich eine bessere und transparentere Abgrenzung der Pflegekosten von den Betreuungskosten – als auf Bundesebene kaum regelungsbedürftig. Aus Sicht der SGK-S bestehe einzig bezogen auf die Restfinanzierung ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf auf Bundesebene (vgl. erläuternden Bericht, S. 13). Auch wenn der Wortlaut von Artikel 111 des Parlamentsgesetzes in dieser Hinsicht vage bleibt, mag man sich darüber wundern, dass einem Teil des infolge der Annahme der parlamentarischen Initiative durch beide Bundeskammern resultierenden parlamentarischen Auftrags durch die SGK-S eigenwillig nicht erfüllt wird.

Die SGK-S vermag CURAVIVA Schweiz für ihre Ansicht nicht ganz zu gewinnen, wonach zwar Handlungsbedarf in Zusammenhang mit der notwendigen Verbesserung der Festlegung von angemessenen Normkosten bestehe, dieser jedoch nicht beim Gesetzgeber auf Bundesebene liege, sondern bei den Leistungserbringern und Kantonen (vgl. erläuternden Bericht, S. 12). Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz sieht die SGK-S die komplexe und facettenreiche Frage der Pflegefinanzierung und deren Lücken zu einseitig und zeugt von einem mangelnden Weitblick, der die Lücken der Restfinanzierung nur ansatzweise – und dadurch unvollständig – zu lösen vermag. Tatsache ist, dass sich die Schwierigkeiten der heutigen Pflegefinanzierung aus einer Aneinanderreihung von Ursachen ergeben. Diese Ursachen dürfen nicht einzeln betrachtet werden, wenn taugliche Lösungen gefunden werden sollen. Um die bestehenden Probleme der Pflegefinanzierung zu lösen, braucht es weitreichendere Ansätze.

Die SGK-S hätte den Handlungsbedarf in Zusammenhang mit den Mängeln der heutigen Pflegefinanzierung durchaus umfassender definieren können. Die Zurückhaltung der

¹ In ihrem erläuternden Bericht vom 1. September 2015 beschränkt die SGK-S ihre Prüfung der auf vier Problemfelder ihre Prüfung der «Aspekte der Pflegefinanzierung, bei denen zurzeit auf Bundesebene kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht» welche von der parlamentarischen Initiative 14.417 erwähnt werden – oder auch nicht: Den Beitrag der Krankenpflegeversicherung (S. 13f.), die Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung (S. 14f.), die Abgrenzung von Pflege- und Betreuungskosten (S. 15f.) sowie die Akut- und Übergangspflege (S. 16). Bei den drei ersten Themen schiebt aber die Kommission den Leistungserbringern, den Versicherern, den Kantonen oder aber dem Bundesrat den Ball zu. Beim vierten Thema klammert sie das Problem halt ausdrücklich aus.

Kommission ist gerade deswegen bedauerlich, als die parlamentarische Initiative 14.417 den Gesetzgeber eben dazu auffordert, die Pflegefinanzierung ganzheitlich zu betrachten und nötigenfalls mittels Gesetzesvorgaben, verschiedene Pattsituationen zu lockern – allenfalls zu lösen. So besteht heute Handlungsbedarf zum Beispiel in Zusammenhang mit der nötigen Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung, mit der Sicherstellung eines effektiven Tarifschutzes, mit der Vereinheitlichung Patientenbeteiligung auf einem erträglichem Niveau, oder aber mit der echten Vergütung der Mittel und Gegenstände sowie der Pflegematerialien.

3.3. Ansätze zur Lösung der bestehenden Probleme der Pflegefinanzierung – darunter zur Abgrenzung der Pflegekosten von den Betreuungskosten

CURAVIVA Schweiz pflichtet der SGK-S teilweise bei, wonach bereits die Eingrenzung der OKP-Pflege in der Praxis schwierig ist. Deswegen würde eine noch minutiösere Erfassung oder gar eine zusätzliche Messung des Betreuungsbedarfs riesigen Aufwand bei vernachlässigbarem Nutzen bringen.

Im Gegensatz zur SGK-S besteht für CURAVIVA Schweiz jedoch einen Regelungsbedarf auf Bundesebene jenseits des Vorschlags der SGK-S weiter: Trotz dem ansatzweise konstruktivem Regelungsvorschlag der SGK-S fehlt weiterhin eine umfassende Regelung der Restfinanzierung. Der zaghafte Vorschlag der SGK-S gewährleistet weiterhin nicht, dass dem dritten Auftrag der parlamentarischen Initiative tatsächlich Folge geleistet wird – nämlich die Pflegekosten von den Betreuungskosten besser und transparent abzugrenzen.

Tatsache ist: Viele Kantone und Gemeinden nehmen ihre Pflicht zur Restfinanzierung der Pflegekosten (Art. 25a Abs. 5 KVG) ambulant oder stationär heute nicht oder ungenügend wahr. Im stationären Bereich legen Kantone oder Gemeinden die anrechenbaren Kosten für die Pflege auf einem Niveau fest, das unrealistisch tief und als Folge nicht kostendeckend ist. CURAVIVA Schweiz hat gerechnet, dass gesamtschweizerisch insgesamt ungedeckte Pflegekosten in Pflegeinstitutionen von CHF 250–350 Millionen bestehen. Daher werden heute die ungedeckten Pflegekosten trotz offiziell proklamiertem Tarifschutz auf die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeinstitutionen überwältigt.

Um dieses Übel zu beseitigen, verlangt CURAVIVA Schweiz, dass der Bundesgesetzgeber Kriterien zur möglichst einheitlichen Berechnung der Restfinanzierung erlässt. Im Vorentwurf der SGK-S fehlt letztendlich ein verbindlicher und undurchlässiger Mechanismus, der die Kantone dazu verpflichten würde, die Restfinanzierung vollumfänglich zu übernehmen. Die Höhe der Restfinanzierung sollte sich nach den Regeln des Kantons richten, in dem die Pflegeleistung erbracht wird.

Um den Tarifschutz tatsächlich zu gewährleisten, müsste eine solche Regelung folgende Merkmale aufweisen:

- Vollumfängliche Übernahme der tatsächlichen Kosten des Pflegeheimaufenthaltes von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, dies insbesondere durch gegenseitige Anerkennung bzw. – nach Ablauf einer angemessenen Frist – Festlegung der kantonalen EL-Obergrenzen für Heimkosten sowie der Pflegekosten (vgl. unten stehenden Punkt 3.4).
- Angemessene Finanzierung für die häufigen Betreuungssituationen mit besonderem Zusatzaufwand wie Demenzkranke und Palliativpatienten (deren krankheitsbedingter Aufwand in den ausgewiesenen Pflegekosten heute ungenügend abgebildet wird und

deshalb von den Betroffenen über die Betreuungstaxen selbst bezahlt wird) durch die Erweiterung um sechs Pflegestufen zu jeweils 20 Minuten auf 18 Stufen.

- Jährliche Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Kostenentwicklung.

Erst wenn diese wichtigen Aspekte berücksichtigt werden, sind Leistungserbringer nicht mehr darauf angewiesen, Pflegekosten auf die Betreuung umzulagern. Sobald eine vollständige Übernahme der Restkosten der Pflege durch die Kantone garantiert ist, droht keine Quersubventionierung mehr mit Verletzung des Tarifschutzes. Dadurch wird sich die Messung und Eingrenzung von Betreuungskosten erübrigen.

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz wird ohne aktives Eingreifen des Gesetzgebers auf Bundesebene keine umfassende Regelung der Restfinanzierung im oben dargelegten Sinn entstehen – samt Abgrenzung der Pflegekosten von den Betreuungskosten – und das Bundesparlament wird noch lange mit wiederholten Klagen konfrontiert, wonach eine Nachbesserung der Pflegefinanzierung immer noch vonnöten ist.

3.4. Mangelhafte Anerkennung der kantonal festgelegten EL-Obergrenzen sowie der Pflegekosten des Standortkantons

CURAVIVA Schweiz stellt mit Erstaunen fest, dass die SGK-S dem zweiten Auftrag der parlamentarischen Initiative 14.417 – nämlich der Gewährleistung der Freizügigkeit unter anerkannten Leistungsbringern – nur unzulänglich nachkommt.

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz wäre es jedoch sehr wichtig, dass die Kantone ihre festgelegten EL-Obergrenzen der täglichen Heimkosten sowie der Pflegekosten des Kantons, wo die Pflegeleistungen erbracht werden (Standortkanton), gegenseitig anerkennen – sonst besteht die Gefahr, dass ein Teil der Kosten im Einzelfall weiterhin ungedeckt bleibt. Diesen wichtigen Bestandteil einer lückenlosen Reglementierung der Restfinanzierung hat aber die SGK-S bewusst ausser Acht gelassen.

Da sich der Lösungsvorschlag der SGK-S von vornherein als lückenhaft erweist, ist davon auszugehen, dass der – aus Sicht von CURAVIVA Schweiz wichtige – Tarifschutz gemäss Artikel 44 Absatz 1 KVG weiterhin nicht in jedem Fall eingehalten wird. Wegen der unterschiedlichen EL-relevanten Heimtarif-Obergrenzen in den Kantonen werden Personen mit EL-Bedarf weiterhin keine Garantie haben, dass die Pflegekosten im ausserkantonalen Aufenthaltsort mit EL bezahlt werden. Weil die Restfinanzierung der tatsächlichen Pflegekosten gesamthaft und in jedem Fall nicht sichergestellt ist, werden gemäss Vorschlag der SGK-S Finanzierungslücken weiter bestehen und die Niederlassungsfreiheit im Alter weiterhin eingeschränkt bleiben.

Demzufolge sind weiterhin Härtefälle zu erwarten, welche die Unterdeckung der von ihnen verursachten Pflegekosten im Rahmen des bestehenden Finanzierungssystems nicht selber oder mittels den ihnen zustehenden EL-Beiträgen bestreiten werden können. Streitfälle und

langwierige Gerichtsverfahren sowie mühselige Aushandlungen von Kompromissen im Einzelfall sind deswegen sozusagen programmiert.²

Genau dem versprach die parlamentarische Initiative 14.417 jedoch vorzubeugen. Dieses minimale Ziel hat die Kommission mit ihrem Vorschlag verfehlt.

In Tat und Wahrheit müsste via Bundesgesetz mindestens die gegenseitige Anerkennung der kantonal festgelegten EL-Obergrenzen der Heimkosten sowie der Pflegekosten der Standortkantone durchgesetzt werden, wenn sich die Kantone innert einer angemessenen Frist (zum Beispiel: zwei Jahre) nicht einigen.

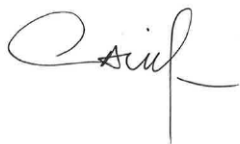
Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz sollte die vollumfängliche Übernahme der tatsächlichen Pflegekosten von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten dadurch sichergestellt werden, dass:

- Die kantonal festgelegten Pflege- und Heimkosten gegenseitig anerkannt werden.
- Die EL-Obergrenzen für Heimkosten gegenseitig anerkannt werden – samt Erwirkung der
- Diese interkantonalen Anerkennungen per Bundesgesetz nach Ablauf einer angemessenen Frist (zum Beispiel: zwei Jahre) erzielt werden.
- Die Finanzierung der Restkosten der Pflege dem Kanton des letzten Wohnsitzes obliegt.

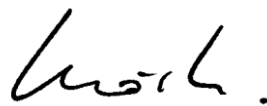
Nur auf diese Weise kann die Restfinanzierung der Pflegekosten lückenlos sichergestellt werden.

Wir danken Ihnen für die ernsthafte Prüfung und Berücksichtigung der oben aufgeführten Anliegen von CURAVIVA Schweiz.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. Ignazio Cassis
Präsident CURAVIVA Schweiz



Dr. Hansueli Möhle
Direktor von CURAVIVA Schweiz

² Diesen logischen Schluss zieht die Kommission selber ein wenig zynisch daraus: „Es ist daher davon auszugehen, dass allfällig verbleibende Restkosten der Pflege durch die versicherte Person zu tragen sein werden“ (erläuternder Bericht, S. 17).

Bei Rückfragen zur vorliegenden Vernehmlassungsantwort wenden Sie sich bitte an:

Yann Golay Trechsel
Verantwortlicher Public Affairs
E-Mail: y.golay@curaviva.ch
Tel: 031 385 33 36

Office fédéral de la santé publique

3003 Berne

Berne, le 15 décembre 2015

Consultation sur la mise en œuvre de l'initiative parlementaire 14.417 visant à amender le régime de financement des soins

Prise de position de CURAVIVA Suisse

Mesdames, Messieurs,

L'association faîtière nationale CURAVIVA Suisse vous remercie de l'avoir conviée à prendre position sur l'objet cité en exergue, ce qu'elle fait par la présente.

CURAVIVA Suisse est une association de branches et d'institutions orientée vers la politique des employeurs, qui défend les intérêts de ses institutions membres ressortissant des domaines Personnes âgées, Adultes avec handicap et Enfants et adolescents aux besoins spécifiques. L'ensemble des cantons suisses et la Principauté de Liechtenstein sont affiliés à l'association faîtière nationale. CURAVIVA Suisse représente à elle seule 2570 institutions, où vivent environ 117 000 résidentes et résidents, et qui emploient 130 000 collaborateurs.

Le domaine spécialisé Personnes âgées de CURAVIVA Suisse défend une politique forte en faveur des personnes âgées dans toute la Suisse. Il s'engage au plan fédéral pour façonner les processus pertinents de prise de décisions politiques. Le domaine spécialisé Adultes avec handicap est lui aussi politiquement impliqué afin d'obtenir les meilleures conditions d'action sur les plans législatif et financier dans le cadre de la réalisation de ses objectifs.

1. Aperçu des positions défendues dans la présente prise e position

- CURAVIVA Suisse salue l'orientation esquissée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (ci-après CSSS-E) afin de compléter l'article 25a alinéa 5 loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

A cet égard, CURAVIVA Suisse approuve:

- le fait que la CSSS-E souhaite préciser quel canton doit prendre en charge le financement résiduel des soins ambulatoires et stationnaires hors du canton de domicile ;
- le fait que, dans le cas de séjours dans un EMS, le canton ou la commune dans lesquels un résident avait son dernier domicile avant d'être admis en EMS soit compétent pour le financement des frais de soins ;
- le fait qu'un séjour en institution de soins ne suffise pas à lui seul à créer de nouvelles compétences.
- CURAVIVA Suisse critique cependant le fait que, selon la CSSS-E, d'autres lacunes importantes en matière de financement des soins ne justifient pas d'intervention au niveau législatif, cela alors que lesdites lacunes font justement l'objet de l'initiative parlementaire 14.417 et d'autres interventions parlementaires.

CURAVIVA Suisse estime que ces autres lacunes ne peuvent être comblées que par une approche globale des problèmes de financement, lesquels sont interdépendants.

Pour parvenir à combler les lacunes actuelles du financement des soins, CURAVIVA Suisse demande que la protection tarifaire soit garantie de manière globale et que le financement résiduel soit effectivement pris en charge par les cantons. A cette fin, les exigences suivantes doivent être prises en considération:

- Prise en charge intégrale des coûts effectifs des soins pour les patients extra-cantonaux par le biais d'une reconnaissance réciproque des frais fixés au niveau cantonal pour les EMS et les soins ainsi que des plafonds cantonaux en matière de prestations complémentaires pour les frais de séjour en EMS, avec obtention de la reconnaissance réciproque par application du droit fédéral à l'échéance d'un délai raisonnable (de deux ans, par exemple). Le financement résiduel doit incomber au canton du dernier domicile. C'est là la seule manière de garantir un financement résiduel du coût des soins exempt de lacunes.
- Financement approprié des situations d'assistance accrues requérant un volume de travail particulier, cela par l'adjonction de six échelons de soins (à 20 minutes chacun) pour atteindre 18 échelons, ainsi que compensation par des montants correspondants plus élevés;
- Ajustement des contributions de l'assurance obligatoire des soins à l'évolution des coûts.

2. Contexte

Le financement des soins a fait l'objet d'une nouvelle réglementation au 1^{er} janvier 2011. L'assurance obligatoire des soins (AOS) fournit une contribution dont le montant dépend du

besoin en soins. La personne assurée doit assumer au maximum 20 pour cent de la contribution aux soins maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons doivent régler le reste du financement (financement résiduel).

L'[Initiative parlementaire 14.417 «Amender le régime de financement des soins»](#) («Initiative parlementaire Egerszegi») a été déposée le 21 mars 2014. Elle demande que la loi sur le nouveau régime de financement des soins soit modifiée de façon:

1. à répartir les compétences en ce qui concerne le financement résiduel des prestations de soins fournies aux patients venant d'autres cantons dans les domaines hospitalier et ambulatoire;
2. à garantir la liberté de choix entre fournisseurs de prestations reconnus;
3. à distinguer mieux et plus clairement entre frais de soins et frais d'assistance.

L'initiative parlementaire 14.417 a été acceptée en juillet et octobre 2014 par les Chambres fédérales. Elle revêt donc un caractère contraignant et doit être mise en œuvre.

La CSSS-E a présenté le 2 septembre 2015 un avant-projet de mise en œuvre de l'initiative parlementaire 14.417 qui implique une révision de la réglementation légale: l'article 25a, alinéa 5 LAMal doit être complété d'une troisième et d'une quatrième phrases selon lesquelles le canton de domicile d'un patient ou d'une patiente doit verser le financement résiduel des frais de soins si la personne concernée est admise dans un EMS ou soignée en ambulatoire dans un autre canton que celui dans lequel elle est domiciliée. En outre, aux termes de l'avant-projet de la CSSS-E, le séjour dans un EMS ne fonde aucune nouvelle compétence. En complétant ainsi l'article 25a, alinéa 5 LAMal, la CSSS-E s'inspire du modèle des prestations complémentaires.

Les autres aspects du financement des soins soulevés dans l'initiative parlementaire sont sciemment délaissés par la commission, celle-ci faisant valoir qu'à ses yeux, il est nécessaire que soit légiféré à l'échelon fédéral seulement à l'égard du financement résiduel.

3. Prise de position sur la modification proposée par la CSSS-E de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

3.1. Considérations générales et approbations de principe

CURAVIVA Suisse accueille favorablement le fait que la CSSS-E, se fondant sur le mandat parlementaire résultant de l'acceptation de l'initiative parlementaire 14.417, souhaite préciser quel canton doit prendre en charge le financement résiduel en cas de soins ambulatoires et stationnaires hors du canton de domicile.

CURAVIVA Suisse salue également le fait que selon la proposition de la CSSS-E, le canton ou la commune dans lesquels la personne résidant dans un EMS avait son dernier domicile avant son admission en EMS soit compétent-e pour assurer financement résiduel des soins.

De plus, CURAVIVA Suisse approuve le fait que selon la proposition de la CSSS-E, un séjour en EMS ne devrait fonder aucune nouvelle compétence. Cette disposition limpide, qui s'inspire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), contribue à la sécurité du droit.

CURAVIVA Suisse adhère à l'estimation de la commission selon laquelle il ne devrait en résulter incidence des cantons ou des communes sur le changement de domicile d'une personne. En outre, le canton d'origine est ainsi compétent pour le financement résiduel des soins ainsi que pour l'aide sociale et les prestations complémentaires, ce qui contribue à une meilleure cohérence de l'ensemble du financement du séjour en EMS. La compétence des cantons pour le financement résiduel des prestations de soins et celle pour le financement hospitalier (canton de domicile selon l'art. 49a LAMal) concordent donc, car une admission dans un EMS n'est pas synonyme d'un changement de domicile. Cela permet en outre d'éviter que des cantons puissent être défavorisés sur le plan financier en proposant davantage de places en EMS que ce qui s'avère nécessaire pour leur propre population. Cela favorise une planification intercantonale des places en EMS.

3.2. Portée insuffisante de la proposition de la CSSS-E

Dans son rapport explicatif du 1^{er} septembre 2015 sur la mise en œuvre de l'initiative parlementaire 14.417 (ci-après : rapport explicatif), la CSS-E décrit les limites de son mandat (p. 12 à 16)¹. De fait, le mandat parlementaire était limité au libellé relativement restreint de l'initiative parlementaire 14.417. Mais la CSSS-E omet tout aussi sciemment de régler les autres aspects du financement des soins abordés dans l'initiative parlementaire.

La CSSS-E considère que le troisième point de l'initiative parlementaire 14.417 – distinguer mieux et plus clairement entre frais de soins et frais d'assistance – ne nécessite pas vraiment de réglementation à l'échelon fédéral. La CSSS-E estime qu'il n'en résulte un besoin de légiférer au niveau fédéral que pour le seul aspect du financement résiduel (cf. rapport explicatif, p. 12). Bien que le libellé de l'article 111 de la loi sur le Parlement soit vague à cet égard, il est étonnant que la CSSS-E ne remplisse pas, de son propre chef, une partie du mandat résultant de l'acceptation de l'initiative parlementaire par les Chambres fédérales.

La CSSS-E ne parvient pas à convaincre CURAVIVA Suisse lorsqu'elle prétend qu'il est certes nécessaire d'agir pour améliorer le calcul de coûts normalisés appropriés, mais que cela incombe bien plutôt aux fournisseurs de prestations ainsi qu'aux cantons qu'au législateur fédéral (cf. rapport explicatif, p. 12). Selon CURAVIVA Suisse, la CSSS-E considère de manière unilatérale la question complexe du financement des soins et de ses lacunes, et ne parvient pas à prendre la hauteur nécessaire, ce qui l'empêche de combler intégralement les lacunes en matière de financement résiduel. Le fait est que les difficultés rencontrées par le financement des soins actuel ont diverses causes. Or ces causes ne peuvent être considérées de manière isolée dès lors qu'il s'agit de trouver des solutions praticables. Pour résoudre les problèmes actuels du financement des soins. Il convient de les approcher de façon globale.

La CSSS-E aurait tout à fait pu définir de manière plus complète les mesures à prendre pour combler les lacunes du financement des soins actuel. La prudence de la commission est d'autant plus regrettable que l'initiative parlementaire 14.417 demande justement au législateur

¹ Dans son rapport explicatif, la CSSS-E limite son examen des « aspects du financement des soins qui ne présentent pas, pour l'instant, la nécessité de légiférer au niveau fédéral » à quatre problématiques, mentionnées ou non par l'initiative parlementaire 14.417: la contribution de l'assurance obligatoire des soins (p. 13), les instruments de l'évaluation du besoin en soins (p. 14), la distinction entre coûts de soins et coûts d'assistance (p. 14 s.) et les soins aigus et de transition (p. 16). Pour les trois premiers sujets, la CSS-E renvoie la balle aux fournisseurs de prestations, aux assureurs, aux cantons ou au Conseil fédéral. Pour le quatrième point, le problème est explicitement mis entre parenthèses.

de considérer le financement des soins de manière globale et, au besoin, de faire appel à l'arsenal législatif pour assouplir, voire débloquer certaines situations. Actuellement, il est ainsi nécessaire d'agir en ce qui concerne une nécessaire adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts, la garantie d'une protection tarifaire effective, l'uniformisation de la participation des patients à un niveau supportable ou encore le remboursement réel des moyens et appareils ainsi que du matériel de soin.

3.3. Approches pour résoudre les problèmes existants en matière de financement des soins, dont la délimitation entre frais de soins et frais d'assistance

CURAVIVA Suisse suit partiellement la CSSS-E, aux yeux de laquelle il est en pratique déjà ardu de délimiter les seuls soins AOS. Il s'ensuit qu'un enregistrement plus minutieux, voire une mesure supplémentaire du besoin en soins serait synonyme d'une charge de travail considérable pour une utilité négligeable.

Contrairement à la CSSS-E, CURAVIVA Suisse estime que subsiste un besoin de réglementation à cet égard à l'échelon fédéral: bien que la proposition de réglementation formulée par la CSSS-E soit constructive, la question du financement résiduel demeure réglée de manière incomplète. La timide proposition de la CSSS-E ne garantit pas une réalisation effective du troisième mandat de l'initiative parlementaire – à savoir distinguer mieux et plus clairement entre frais de soins et frais d'assistance.

Dans les faits, de nombreux cantons et de nombreuses communes n'assument à l'heure actuelle pas ou pas suffisamment leur devoir à l'égard du financement résiduel des soins (art. 25a, al. 5 LAMal) en ambulatoire ou en stationnaire. Dans le domaine stationnaire, les cantons et communes fixent les coûts imputables aux soins à un niveau si bas qu'il en est irréaliste et, partant, ne couvre pas les coûts effectifs. CURAVIVA Suisse a calculé que, dans l'ensemble, les frais de soins non couverts des EMS en Suisse s'élèvent à 250-300 millions de francs. Malgré la protection tarifaire affichée officiellement, les frais de soins non couverts sont en définitive reportés sur les résidents des EMS.

Pour pallier cette situation problématique, CURAVIVA Suisse demande au législateur de fixer des critères pour que le financement résiduel soit calculé de la manière la plus uniforme possible. Il manque au final, dans l'avant-projet de la CSSS-E, un mécanisme contraignant et imperméable qui obligerait les cantons à assumer l'intégralité du financement résiduel. Le montant du financement résiduel devrait être calculé selon les règles du canton dans lequel les prestations de soins sont fournies (Standortkanton).

Pour garantir dans les faits la protection tarifaire, une telle réglementation devrait avoir les caractéristiques suivantes:

- Prise en charge intégrale des frais effectifs du séjour en EMS des patients extra-cantonaux, en particulier par le biais d'une reconnaissance réciproque ou, à l'échéance d'un délai approprié, définition de plafonds cantonaux en matière de PC pour les frais de séjour en EMS ainsi que pour les frais de soins (cf. point 3.4 ci-dessous).
- Financement approprié pour les situations fréquentes d'assistance avec travail supplémentaire particulier comme celles qui impliquent des patients souffrant de démence ou qui nécessitent des soins palliatifs (dont les frais de soins sont à l'heure actuelle prise en considération de manière insuffisante et, de ce fait, payée par les intéressés eux-mêmes

par le biais des taxes d'encadrement) en ajoutant six échelons de soins à 20 minutes chacun pour atteindre 18 échelons.

- Ajustement annuel des contributions de l'assurance obligatoire des soins à l'évolution des coûts.

Seule la prise en compte de ces éléments permettra aux fournisseurs de prestations de ne plus être obligés de transférer des frais de soins dans les frais d'assistance. Si une prise en charge intégrale des frais résiduels des soins par les cantons est garantie, il n'y aura plus de risque de subventionnements croisés impliquant autant d'atteintes à la protection tarifaire. Cela permettra de se dispenser de la mesure et de la limitation des frais d'assistance.

CURAVIVA Suisse est d'avis que, sans intervention du législateur à l'échelon fédéral, aucune réglementation complète du financement résiduel au sens précisé plus haut ne peut voir le jour, y compris une claire délimitation entre frais de soins et frais d'assistance. Sans cette intervention, le Parlement fédéral sera encore confronté de façon durable réitérée à des réclamations visant à améliorer le financement des soins.

3.4. Reconnaissance lacunaire des plafonds cantonaux en matière de PC ainsi que des frais de soins du canton où les soins sont dispensés

CURAVIVA Suisse constate à son grand dam que la CSSS-E ne donne suite que de manière insuffisante au deuxième mandat de l'initiative parlementaire 14.417, à savoir garantir la liberté de choix entre fournisseurs de prestations reconnus.

Selon CURAVIVA Suisse, il serait pourtant essentiel que les cantons reconnaissent mutuellement leurs plafonds en matière de PC pour les coûts journaliers des EMS ainsi que les frais de soins dans le canton dans lequel les prestations de soins sont fournies (Standortkanton). A défaut, le risque existe qu'une partie des coûts ne soient pas couverts de cas en cas. Or cette composante importante d'une réglementation sans faille du financement résiduel a été sciemment délaissée par la CSSS-E.

Etant donné que la proposition de la CSSS-E se révèle d'emblée lacunaire, il est à prévoir que la protection tarifaire selon l'article 44 alinéa 1 LAMal continuera à ne pas être respectée dans chaque cas. Eu égard aux différents plafonds des tarifs des EMS pertinents en matière de PC dans les cantons, les personnes qui requièrent des PC n'auront aucune garantie que les PC couvriront les frais de soins sur le lieu de séjour hors de leur canton de domicile. Le financement résiduel des coûts des soins effectifs n'étant pas garanti intégralement et dans tous les cas, l'avant-projet de la CSSS-E maintient cette lacune du financement et continue à restreindre la liberté d'établissement des personnes âgées.

Il s'ensuit que de nouveaux cas de rigueur sont prévisibles, qui ne pourront contester par eux-mêmes ou au moyen des contributions PC qui leur sont allouées, la sous-couverture, dans le cadre du système de financement, des frais de soins qu'ils génèrent. Des litiges et de longues procédures judiciaires, de même que de pénibles négociations visant à aboutir à des compromis de cas en cas sont pour ainsi dire programmés ².

² La commission elle-même tire cette conclusion de manière quelque peu cynique: «Par conséquent, la personne assurée devra sans doute prendre en charge les coûts restants» (rapport explicatif, p. 17).

Voilà exactement ce que voulait éviter l'initiative parlementaire 14.417. Avec sa proposition, la commission a manqué cet objectif minimum.

En vérité, il faudrait au moins imposer par le biais du droit fédéral la reconnaissance réciproque des plafonds PC fixés par les cantons pour les coûts des EMS ainsi que celle des frais de soins des cantons où les soins sont effectivement dispensés, cela si les cantons ne trouvent pas de terrain d'entente dans un délai raisonnable de, par exemple, deux ans.

Selon CURAVIVA Schweiz, la prise en charge complète du coût des soins effectifs de patients extérieur au canton doit être assurée par différents biais

- Reconnaissance réciproque des frais fixés au niveau cantonal pour les EMS ainsi que pour les soins.
- Reconnaissance réciproque des plafonds cantonaux en matière de prestations complémentaires pour les frais de séjour en EMS.
- Obtention de la reconnaissance réciproque par application du droit fédéral à l'échéance d'un délai raisonnable (de deux ans, par exemple).
- Prise en charge du financement résiduel par le canton du dernier domicile.

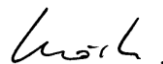
C'est là la seule manière de garantir un financement résiduel du coût des soins exempt de lacunes.

Nous vous remercions de bien vouloir accorder la plus grande attention aux demandes de CURAVIVA Suisse susmentionnées et de les prendre en considération.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.



Dr Ignazio Cassis
Président de CURAVIVA Suisse



Dr Hansueli Möhle
Directeur de CURAVIVA Schweiz

Pour toute question relative à la présente prise de position, veuillez vous adresser à:

Yann Golay Trechsel
Responsable Public Affairs
E-mail: y.golay@curaviva.ch
Tél.: 031 385 33 36



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit
c/o Bundesamt für Gesundheit
Bruno Fuhrer
3003 Bern

Per Email an: bruno.fuhrer@bag.admin.ch

Ort, Datum Bern, 15. Dezember 2015
Ansprechpartner Stefan Berger

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 58
stefan.berger@hplus.ch

H+ Vernehmlassungsantwort 14.417 s Pa.IV. Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrter Herr Fuhrer

Mit Schreiben vom 9. September 2015 lädt uns die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) ein, uns im Rahmen der Vernehmlassung **14.417 s Pa.IV. Nachbesserung der Pflegefinanzierung** zu äussern. Dafür danken wir Ihnen bestens.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. Unsere Antwort beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern.

Grundsätzliches

Die Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten (Punkt 1 der Pa.IV. 14.417) ist nur ein erster Schritt. Weitere Schritte müssen folgen. Aus unserer Sicht hat die verbesserte Abgeltung der Akut- und Übergangspflege (AÜP) oberste Priorität. Die lückenlose Übernahme der Restkosten bei allen Patientinnen und Patienten durch den zuständigen Kanton gehört ebenfalls zu unseren Hauptanliegen. Dies bedingt national einheitliche Kriterien für die Berechnung dieser Restkosten. Schliesslich setzen wir uns ein für eine angemessene Finanzierung für Pflege- und Betreuungssituationen mit besonderem Zusatzaufwand, insbesondere für Demenzkranke und Palliativpatienten. Das erforderliche Massnahmenpaket entnehmen Sie bitte dem Positionspapier der IG Pflegefinanzierung, das wir ebenfalls unterstützen.

Wir bedauern es, dass H+ zum Hearing der Subkommission der SGK-SR vom 16. Januar 2015 nicht eingeladen wurde. In der stationären Langzeitpflege ist H+ die drittgrösste Interessenvertretung. Die schweizweit grösste Pflegeinstitution mit 1'600 Betten zählt zu unseren Mitgliedern, und auch viele Mitglieder im Bereich Akutsomatik verfügen über Langzeitpflegestationen.

H+ unterstützt die Stossrichtung der parlamentarischen Initiative SR Egerszegi-Obrist 14.417 „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“. Sie spricht wichtige, wenn auch bei weitem nicht alle Probleme an, die sich aus der Umsetzung der KVG-Revision Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 ergeben haben. Ein Teil der Gründe für die Probleme liegt im Gesetz selbst, ein anderer Teil in der kantonal unterschiedlichen Umsetzung. Da sich die gravierenden Mängel bereits in den vier Jahren seit der Einführung offenbart haben, sollten die eidgenössischen Räte eine Gesamtrevision der Pflegefinanzierung ins Auge fassen.

H+ unterstützt deshalb weitere Vorstösse der eidgenössischen Räte zur Pflegefinanzierung. Wir nehmen zur Kenntnis, dass der Bundesrat seinen Bericht zu folgenden zwei Vorstössen veröffentlicht hat: 12.4099 Postulat „Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG“ (SR Bruderer) sowie 12.4051 Postulat „Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte“ (NR Heim). Daneben unterstützen wir insbesondere die folgenden Vorstösse: 14.448 Pa.IV. „Praxisorientierte Gestaltung der Übergangspflege“ (NR Humbel), 14.4292 Motion „Praxistaugliche Zulassung der Pflegeheime als Leistungserbringer“ (NR Humbel); 12.3604 Postulat „Strategie zur Langzeitpflege“ (NR Fehr Jacqueline); 10.4090 Motion „Nationales Impulsprogramm zur Förderung von Zwischenstrukturen für betagte Personen“ (NR Rossini).

Zur vorgeschlagenen Änderung von Art. 25a Abs. 5 KVG

H+ unterstützt grundsätzlich die in Art. 25a Abs. 5 KVG vorgenommene Nachbesserung durch die SGK-SR. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung vereinfacht wesentlich die Bestimmung, welcher Kanton für die Auszahlung der Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Demnach ist immer derjenige Kanton zuständig, in welchem die versicherte Person vor Heimeintritt ihren Wohnsitz hatte, d.h. der Herkunftskanton. Durch die klare Regelung fallen jene rechtlichen Streitigkeiten weg, in welchen die Kantone Wohnsitzwechsel beweisen bzw. bestreiten müssen. Diese Streitigkeiten haben vor allem für Patientinnen und Patienten, die ausserkantonal erbrachte Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben, zu Nachteilen geführt. Weil die Restfinanzierung der Pflegekosten in diesen Fällen heute nicht garantiert ist, müssen Pflegeheime die Aufnahme von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten öfters ablehnen.

Problematisch am Vorschlag der SGK-SR ist die Regelung, dass der Herkunftskanton allein über die Festsetzung der Restfinanzierung entscheidet. Damit entsteht die Möglichkeit, dass die von ihm festgesetzten Beiträge abweichen von den Beiträgen, die im Standortkanton des Pflegeheimes zur Deckung der Restkosten nötig sind. Zieht beispielsweise eine Tessinerin in ein Pflegeheim im Kanton Zürich, übernimmt gemäss SGK-SR der Kanton Tessin die Restkosten. Er bezahlt aber nur den tieferen Tessiner Ansatz, und es ist weiterhin nicht geklärt, wer für die Differenz zu den höheren Ansätzen im Kanton Zürich aufkommen muss.

Aus unserer Sicht stossend ist zudem, dass gemäss Vorschlag der SGK-SR die kantonale Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen und die Spitalfinanzierung (Wohnkanton nach Art. 49a KVG) auseinanderfallen, wenn mit Heimeintritt ein Wohnsitzwechsel erfolgt. Demnach ist der Kanton, in welchem sich das Pflegeheim befindet, als Wohnkanton verpflichtet, den kantonalen Anteil für eine stationäre Behandlung im Spital zu übernehmen, nicht der Herkunftskanton des Patienten. Für betroffene Spitäler wird dies zu zusätzlichen Abklärungen und entsprechendem Mehraufwand führen.

Die erwähnten Punkte sprechen unseres Erachtens dafür, dass bei ausserkantonalen Heimaufenthalten, die auch einen Wohnsitzwechsel begründen, jeweils der Standortkanton des Pflegeheimes für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist. Dies wäre auch im Sinne des Bundesgerichtsentscheids BGE 140 V 563 vom 18. Dezember 2014, der im Bericht der SGK-SR erläutert wird. Sollte jedoch der Herkunftskanton des Patienten zuständig sein, so wäre in jedem Fall die Niederlassungsfreiheit für die Patientinnen und Patienten zu garantieren. Es darf nicht sein, dass alte, pflegebedürftige Menschen nur deshalb nicht in einem Pflegeheim eines anderen Kantons unterkommen, weil an irgendeiner Stelle die Finanzierung

nicht gesichert ist. Auch würde es Art. 25a Abs. 5 KVG widersprechen, wenn bei der ausserkantonalen Pflege die Patienten/-innen eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten selbst tragen müssten.

Bleibt es bei der vorgeschlagenen Anpassung von Art. 25a Abs. 5 KVG, so ist am gleichen Ort explizit zu regeln, wer für allfällige Kostendifferenzen zwischen Herkunfts- und Standortkanton aufkommt: Im Sinne der Kohärenz mit dem ELG soll dies der Herkunftskanton sein.

H+ Schwerpunkt: Akut- und Übergangspflege

Mit Befriedigung nimmt H+ zur Kenntnis, dass die SGK-SR das Thema Akut- und Übergangspflege (AÜP) in ihren Bericht zu 14.417 s Pa.Iv. aufgenommen hat. Gleichzeitig bedauern wir, dass die SGK-SR hier vorerst keine Gesetzesrevision vorschlägt. Die AÜP bildet eine wichtige Ergänzung zum Angebot der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Sie hat ihren Platz in der integrierten Behandlung für Patientinnen und Patienten, die zwar keine Rehabilitation benötigen, aber auch noch nicht nach Hause zurückkehren können. Der Hauptzweck der AÜP ist es, diesen Personen nach einem Spital- oder Klinikaufenthalt einen Übergang anzubieten, der ihren medizinischen oder psychiatrischen Bedürfnissen und ihrer Rekonvaleszenz entspricht. Ebenso kann die AÜP einen Aufenthalt im Akutspital von vorneherein verhindern.

Die neue Spitalfinanzierung hat die Leistungsfinanzierung der akutsomatischen Behandlungen transparenter gemacht. Dies hat unter anderem zur Folge, dass Quersubventionierungen wegfallen, zum Beispiel von nachgelagerten Behandlungen. Umso wichtiger ist deshalb eine separate und vollumfängliche Finanzierung der nachgelagerten Behandlungen, wozu nebst der Rehabilitation und der Langzeitpflege auch die Übergangspflege zählt. H+ hat sich während der parlamentarischen Beratung zur KVG-Revision Pflegefinanzierung im Rahmen der damaligen IG Pflegefinanzierung erfolgreich für die Verankerung der Übergangspflege im Gesetz ausgesprochen.

H+ führte Anfang 2014 eine Befragung zum Thema „Übergangspflege: Wo stehen wir?“ bei seinen Mitgliedern durch. Diese ergab, dass drei Jahre nach Einführung der neuen Pflegefinanzierung nur 30% der Institutionen Akut- und Übergangspflege anbieten. Als Haupthindernis wird die ungenügende Finanzierung angesehen, insbesondere die zu kurze Behandlungsdauer und die Nichtvergütung von Hotellerie und Betreuung durch die OKP. In der Befragung, an der Pflegeinstitutionen, Akutspitäler mit angeschlossenen Pflegeabteilungen sowie Rehabilitations-, psychiatrische und geriatrische Kliniken teilnahmen, sprachen sich 73% für eine Verlängerung der gesetzlichen Dauer der AÜP aus.

Ungenügende Dauer der Übergangspflege

Die 2008 im KVG festgelegte Dauer der AÜP ist ein willkürlicher Kompromiss in letzter Minute zulasten der betroffenen Patientinnen und Patienten. Die maximal 14 Tage entsprechen in keiner Weise der medizinischen oder psychiatrischen Notwendigkeit. Diese Einschränkung führte zur Abschaffung der Übergangspflege in den meisten Akutspitälern.

Die Erfahrung unserer Mitglieder zeigt, dass viele Patientinnen und Patienten sowie ihr Umfeld nach 14 Tagen AÜP mit ihrer Situation zu Hause noch überfordert sind. Das gilt vor allem für ältere, multimorbide Patienten und deren Bezugspersonen. Nachgelagerte ambulante Leistungserbringer wie die Spitex können die vorhandenen Defizite bezüglich Selbständigkeit und Mobilität nicht immer auffangen, insbesondere wenn mangels Vergütung die Zeit für einen koordinierten Übertritt fehlt. Das erklärte Ziel der AÜP, Patientinnen und Patienten einen selbständigen Austritt nach Hause zu ermöglichen, ist mit der heute geltenden Vergütungsdauer in vielen Fällen nicht zu erreichen.

Unsere Mitgliederbefragung von 2014 ergab, dass eine Minstdauer von 4 Wochen notwendig ist. Zudem variiert der Pflege- und Unterstützungsbedarf dieser Patientinnen und Patienten ohne Rehabilitationspotential je nach ihrer medizinischen und sozialen Situation stark. Nötig sind

daher Optionen, um bei Bedarf den Aufenthalt zu verlängern. Aus diesem Grund soll die Finanzierungsdauer der AÜP nicht mit einer bestimmten Anzahl Tage fixiert, sondern bedarfsorientiert definiert werden. Die Verlängerung soll wieder auf der Verschreibung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes basieren, meist wohl der Hausärztin oder des Hausarztes.

Ungenügende Finanzierung der Übergangspflege

Das Ziel der selbständigen Rückkehr nach Hause bedingt, dass sämtliche Leistungen – ärztliche, pflegerische, therapeutische und Hotellerie – durch die gleichen Kostenträger vergütet werden. Dies sichert die Qualität. Die Nichtvergütung der Hotellerie und Betreuung in der Übergangspflege im Vergleich zur Akutbehandlung oder Rehabilitation führt zu Finanzierungsbrüchen und Fehlanreizen. Die heutige Finanzierung bietet für die Patientinnen und Patienten keinen Anreiz, das Angebot der AÜP zu nutzen. Eher bleiben sie in Spitalbehandlung, was zu höheren Kosten führt.

Die ungleiche Vergütung zwischen der Akutbehandlung im Spital und der Übergangspflege ist deshalb rückgängig zu machen. Die Kosten für Hotellerie und Betreuung sind auch in der AÜP aufzunehmen.

Ausserdem stellen unsere Mitglieder immer wieder fest, dass Versicherungen die für sie kostengünstigere AÜP einer für die betroffenen Patientinnen und Patienten medizinisch adäquateren, aber teureren Rehabilitationsbehandlung vorziehen. Es kommt deshalb zu Fehlversorgung, vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten.

Schliesslich ist die ausschliessliche Zuteilung der Übergangspflege an die Pflegeheime unseres Erachtens realitätsfremd, da Spitäler auch immer solche Angebote geführt haben, vor allem diejenigen, die nebst Akutpflege auch über einen Langzeitpflegeauftrag des Kantons verfügen. Dies betrifft in besonderem Masse Randregionen und ländliche Gebiete.

Deckungslücken bei der Restfinanzierung

Mit der Formulierung «Die Kantone regeln die Restfinanzierung» wurde in Art. 25a Abs. 5 KVG die Grundlage für 26 verschiedene Lösungen geschaffen. Da ein Teil der Kantone die Übernahme der Restkosten an die Gemeinden delegiert, wird die Sachlage noch unübersichtlicher. Viele Kantone und Gemeinden nehmen ihre Pflicht zur Restfinanzierung der Pflegekosten heute nicht oder ungenügend wahr.

Im stationären Bereich legen Kantone oder Gemeinden die anrechenbaren Kosten für die Pflege auf einem Niveau fest, das unrealistisch tief und folglich nicht kostendeckend ist (z.B. Kanton AG Normkosten im Jahr 2015 von 60.30 Franken pro Pflegestunde). Gemäss SOMED-Statistik erwirtschaften ca. 600 Heime einen Gewinn von knapp 220 Millionen Franken, während ca. 950 Heime einen Verlust von mehr als einer halben Milliarde erleiden; insgesamt bestehen gesamtschweizerisch ungedeckte Pflegekosten in Pflegeheimen von ca. 250 – 350 Millionen Franken.

H+ fordert daher eine Präzisierung von Art. 25a Abs. 5 KVG dahingehend, dass die Kantone für sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden ausgewiesenen Restkosten für Pflegeleistungen vollumfänglich aufkommen müssen. Dafür sind Kriterien zur schweizweit einheitlichen Berechnung der Restfinanzierung zu erlassen.

Ungenügende Finanzierung für Pflege- und Betreuungssituationen mit besonderem Zusatzaufwand

Die veränderte Patientenstruktur in den Pflegeheimen (komplexere Krankheitsbilder, mehr dementielle Erkrankungen, palliative Pflege, gerontopsychiatrische Pflege etc.) führt dazu, dass die höchste Pflegebedarfsstufe nach Art. 7a Abs. 3 KLV, Bst. I („mehr als 220 Minuten“) in vielen Fällen weit unter dem effektiven Bedarf liegt. Pflegeintensive Patientinnen und Patienten sind mit dem aktuellen System nicht ausreichend berücksichtigt und deshalb mangelhaft finan-

ziert. Bei einem Pflegebedarf von deutlich mehr als 4 Stunden pro Tag erhalten sie nur schwer einen Pflegeheimplatz, es sei denn, die öffentliche Hand stelle eine Zusatzfinanzierung sicher. Erschwerend kommt hinzu, dass die bestehenden Bedarfserfassungsinstrumente den höheren Pflegebedarf und die betreuende Pflege schlecht abbilden.

Die Pflegebeiträge der OKP gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV sind seit 2011 unverändert. Es fehlt ein Mechanismus zur Überprüfung und Anpassung der Beiträge. Das System ist nach unserem Dafürhalten zu erweitern und die höheren Stufen mit entsprechend höherem Beitrag zu entgelten. Gleichzeitig muss als flankierende Massnahme der Beitrag der Patientinnen und Patienten gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG überprüft werden, damit diese durch die Einführung höherer Beitragsstufen nicht stärker belastet werden.

Fazit

Aus unserem Befund zur Situation der Pflegefinanzierung leiten wir folgenden Nachbesserungsbedarf ab:

1. Die gesetzliche Dauer der Übergangspflege (Art. 25a, Abs. 2 KVG) ist aufzuheben.
2. Sofern an einer gesetzlichen Dauer der Übergangspflege festgehalten wird, so soll diese mindestens 4 Wochen betragen und bedarfsorientiert einmal verlängert werden können.
3. Die Übergangspflege ist wie die vorgelagerte akut-stationäre Behandlung zu finanzieren. Das heisst, die Hotellerie- und Betreuungskosten sind aufzunehmen.
4. Art. 25a, Abs. 5 KVG ist dahingehend zu präzisieren, dass die Kantone für sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden ausgewiesenen Restkosten für Pflegeleistungen vollumfänglich aufkommen müssen. Dafür sind Kriterien zur schweizweit einheitlichen Berechnung der Restfinanzierung zu erlassen.
5. Art. 25a, Abs. 5 KVG sollte dahingehend präzisiert werden, dass bei ausserkantonalen Heimaufenthalten, die auch einen Wohnsitzwechsel begründen, jeweils der Standortkanton des Pflegeheimes für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist. Bei Zuständigkeit des Herkunftskantons müsste dieser explizit dazu verpflichtet werden, auch allfällige Kostendifferenzen zum Standortkanton des Pflegeheims zu übernehmen.
6. Art. 7a Abs. 3 KLV ist dahingehend anzupassen, dass das System der Pflegebedarfsstufen erweitert und die höheren Stufen mit entsprechend höherem Beitrag entgolten werden. Es ist zudem auf eine Anpassung der Bedarfserfassungsinstrumente auf die heute komplexere Patientenstruktur in den Heimen hinzuwirken.
7. Als flankierende Massnahme zu Punkt 6 ist Art. 25a, Abs. 5 KVG dahingehend anzupassen, dass die versicherten Personen durch höhere oder zusätzliche Pflegestufen nicht mehr belastet werden, z.B. durch eine Anpassung des %-Satzes ihrer Kostenbeteiligung.

Wir bitten Sie um die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats

3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Bern, 15. Dezember 2015

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung Vernehmlassungsantwort IG Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung, an welcher wir uns gerne beteiligen.

In der IG Pflegefinanzierung haben sich Betroffenenorganisationen und Leistungserbringerverbände zusammengeschlossen. Wir setzen uns für Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung ein, damit die Versorgung der Bevölkerung mit ambulanter und stationärer Pflege auf qualitativ hohem Niveau auch weiterhin sichergestellt ist.

Folgende Organisationen der IG Pflegefinanzierung tragen diese gemeinsame Vernehmlassungsantwort: Association Spitez privée Suisse ASPS, CURAVIVA Schweiz, Gesundheitsligen GELIKO, Heilbäder und Kurhäuser Schweiz, Parkinson Schweiz, SBK/ASI, Schweizerische Alzheimervereinigung, senesuisse, und Spitez Verband Schweiz.

1 Allgemeine Bemerkungen

Die IG Pflegefinanzierung ist enttäuscht über die Nachbesserungen der aktuellen Pflegefinanzierung, welche die Sozial- und Gesundheitskommission des Ständerats (SGK-SR) vorschlägt. Die Vorlage der SGK-SR genügt nicht, um die bestehenden Probleme der Pflegefinanzierung zu lösen. Mit dem Vorschlag der SGK-SR bleibt ein grosser Teil der Probleme bestehen.

Wir begrüssen, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und mit dieser Vorlage die Frage klären will, welcher Kanton die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege leisten muss. Allerdings ist die vorgeschlagene Regelung untauglich. Wir fordern, dass sich die Höhe der Restfinanzierung nach dem Kanton richten muss, in dem die Pflegeleistung erbracht wird.

Wir bedauern, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt in Angriff genommen hat. Für uns besteht ein viel weiter gehender Bedarf zur Nachbesserung, welchen wir als IG Pflegefinanzierung

den Räten in einem umfassenden Dokument unterbreitet haben. Auf die Problembereiche, welche die SGK-SR in ihrem erläuternden Bericht aufgreift aber nicht löst, und auf weitere Punkte gehen wir im 3. und 4. Absatz ein.

2 Stellungnahme zur vorgeschlagenen Bestimmung

Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton des Patienten/der Patientin für die Restfinanzierung bei „ausserkantonaler Pflege“ zuständig sein. Ein Eintritt in ein Pflegeheim soll nichts an dieser Zuständigkeit ändern. Grundsätzlich ist diese Regelung logisch und sinnvoll. Aus folgenden Gründen sind wir aber der Meinung, dass sie nicht genügend weit geht:

2.1 Wer trägt die Differenz der Kosten?

Laut SGK-SR soll der Herkunftskanton für die Festsetzung der Restfinanzierung zuständig sein. Indes lässt die SGK-SR offen, wer die Differenz zu den in einem anderen Kanton anfallenden Kosten zu tragen hat, wenn diese höher sind als im Herkunftskanton.

Das KVG hält fest, dass der/die Versicherte mit maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages an den Pflegekosten belastet werden darf. Wenn bei der ausserkantonalen Pflege die Patienten/-innen eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten selbst tragen müssten, würde dies dem KVG widersprechen.

Dass die Leistungserbringer die Differenz tragen müssten, ist aber keine akzeptable Lösung. Sie würde dazu führen, dass Pflegeheime und Spitex-Organisationen ausserkantonale Bewohner/innen respektive Patient/innen vermehrt ablehnen müssten, da sie ihre Kosten nicht decken können. In vielen Fällen ist jedoch ein Übertritt in ein Pflegeheim eines anderen Kantons oder die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen nicht einfach ein Luxus, den sich jemand leisten kann oder nicht. Viele Menschen lassen sich aus wichtigen sozialen oder versorgungsbedingten Gründen ausserkantonale pflegen: Ein ausserkantonaler Heimeintritt erfolgt oft, weil jemand nahe bei der Familie im Pflegeheim leben möchte. Ein sozial wichtiger Grund; insbesondere auch, weil die Pflegebedürftigen bei Heimeintritt in der Regel kaum noch mobil sind. Ambulante ausserkantonale Pflege gibt es nicht nur für Ferienaufenthalte und bei nahe an der Kantongrenze lebenden Patient/innen, sondern auch zur Entlastung von pflegenden Angehörigen (jemand zieht temporär zu anderen Angehörigen) oder zur Überbrückung nach einem Spitalaufenthalt (jemand zieht temporär zu Angehörigen, bis er/sie wieder alleine leben kann).

2.2 Administrativer Aufwand

Falls die von der SGK-SR vorgeschlagene Regelung in Kraft treten sollte, werden die Verbände den Spitex-Organisationen sehr wahrscheinlich folgende Umsetzung empfehlen:

Spitex verrechnet den ausserkantonalen Patienten/-innen die Vollkosten oder, wo vorhanden, die kantonalen Normkosten. Die Patient/innen müssen dann selber in ihrem Wohnkanton respektive in der Wohngemeinde die Restkosten-Finanzierung einfordern.

Möchte Spitex auf diese für die Patienten/-innen ungünstige und komplizierte Praxis verzichten, würde dies bedeuten:

-

- Rechnungsstellung an einen Kanton, mit dem man keine etablierten Prozesse hat (in vielen Fällen erfolgt die Abrechnung sogar auf Gemeindeebene). Diese Rechnungsstellung hat gemäss Formularen und Regelungen dieses Kantons zu erfolgen.
- Den allfälligen Differenzbetrag zwischen den Kantonen dem Patienten/der Patientin in Rechnung stellen (oder als Organisation den Verlust selbst tragen).
- Dem Patienten/der Patientin die Kostenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG gemäss der Regelung des Wohnkantons (oder gar der Wohngemeinde) verrechnen.

Dies wäre ein sehr grosser administrativer Aufwand, den Spitex für Einsätze bei ausserkantonalen Patienten/-innen, die in der Regel nur ein paar wenige Wochen dauern, nicht leisten kann.

Aus diesen Gründen fordern wir, dass die Zuständigkeit wie folgt gelöst wird:

Bei der ambulanten Pflege wird die Restfinanzierung vom Kanton geleistet, in dem die Pflegeleistung durch Spitex erbracht worden ist.

Im stationären Bereich hat der Herkunftskanton (Kanton des letzten Wohnsitzes vor Heimeintritt) die Restfinanzierung zu tragen. Zudem muss unter allen Kantonen eine gegenseitige Anerkennung der festgelegten Kostenobergrenzen erfolgen. Wenn diese interkantonalen Gespräche erfolglos bleiben, wird nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren per Bundesgesetz definiert, welcher Kanton für die Finanzierung der Differenz zu den allenfalls höheren Norm- oder Vollkosten zuständig ist.

Damit die Restfinanzierung bei ausserkantonomer Pflege sinnvoll geregelt werden kann, ist auch sicher zu stellen, dass alle Kantone die Verantwortung in der Restfinanzierung tatsächlich wahrnehmen. Heute besteht weiterhin in einigen Kantonen eine vollkommen unbefriedigende Situation, weil die Restfinanzierung viel zu tief angesetzt wurde.

In der ambulanten Pflege gibt es Kantone, welche den erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen und den selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen keine Restfinanzierung gewähren. Und einige Kantone gelten die Kosten, welche durch die Erfüllung der Versorgungspflicht entstehen, nur ungenügend ab.

Im stationären Bereich erwirtschaften gemäss SOMED-Statistik ca. 600 Heime einen Gewinn von knapp 220 Millionen Franken, während ca. 950 Heime einen Verlust von mehr als einer halben Milliarde erleiden. Unter dem Strich bestehen gesamtschweizerisch ungedeckte Pflegekosten in Pflegeheimen von ca. 250-350 Millionen Franken.

3 Stellungnahme zu den im Bericht ebenfalls aufgeführten Problembereichen

3.1 Zu Ziffer 2.4.1 des erläuternden Berichts (Beitrag der Krankenpflegeversicherung)

Wir sind uns bewusst, dass die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral zu erfolgen hatte. Die Kosten der Pflege sind aber genau wie die zugrunde liegenden Leistungen nicht statisch; beide entwickeln sich weiter. In den letzten Jahren hat die sich Spitex stark professionalisiert und ist heute in der Lage, Patienten/-innen bereits in subakutem Stadium aus dem Spital zu übernehmen. Dies passt auch zur Entwicklung der immer kürzer werdenden Hospitalisationsdauern. Gleichzeitig

bleiben alte, multimorbide Menschen immer länger zu Hause. Spitex benötigt zur Pflege von subakuten Patient/innen und Menschen mit komplexen, chronischen Krankheitsbildern auch genügend gut ausgebildetes Personal. Dies ist mit entsprechenden Lohnkosten verbunden. Weil die Menschen länger zu Hause bleiben, verändert sich auch der „Bewohner-Mix“ in den Pflegeheimen hin zu mehr Bewohner/innen mit komplexen und Mehrfach-Erkrankungen. Auch hier ist gut ausgebildetes, teureres Personal erforderlich. Zudem erhöht auch die Personalknappheit im Gesundheitssektor die Kosten aktuell und in Zukunft: Der Fachkräftemangel schlägt sich nämlich auf die Löhne nieder, weil der Lohn ein wichtiger Anreiz ist, um qualifiziertes Personal für die Betriebe zu finden und in den Betrieben zu halten.

Wir fordern, dass der Grundsatz der jährlichen Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ins KVG aufgenommen wird.

Zudem ist das System bei den Pflegeheimen um sechs Stufen zu 20 Minuten auf 18 Stufen zu erweitern und mit entsprechend höheren Beiträgen zu entgelten.

In der Folge ist die Patientenbeteiligung sowohl für die Leistungen der Spitex wie auch jene in Pflegeheimen auf 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages zu beschränken, damit die Patient/innen nicht über Masssen belastet werden.

3.2 Zu Ziffer 2.4.2 des erläuternden Berichts (Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung)

Die IG Pflegefinanzierung ist gleicher Meinung wie die SGK-SR: Es braucht keine Ergänzung im KVG, um schweizweit mittels Messinstrumenten den identischen Pflegebedarf für gleiche Fälle auszuweisen.

Allerdings ist zu bedauern, dass das anzustrebende Ziel bisher nicht erreicht wurde, mit allen Messinstrumenten einen gleichwertigen Pflegeaufwand abzubilden. Es ist unfair, wenn gewisse Patienten und Leistungserbringer aufgrund des angewendeten Ermittlungstools eine tiefere Finanzierung durch Versicherer und öffentliche Hand erhalten.

Es sollten nicht nur die in Pflegeheimen angewendeten Pflegemessinstrumente gleiche Pflegesituationen identisch abbilden. Vielmehr sind auch in der ambulanten Pflege (Spitex) klare Kriterien für anerkannte Assessmentinstrumente nötig. Die strukturierte und standardisierte Einschätzung des klinischen Zustandes der Patient/innen, ihres sozialen Umfeldes und der Wohnumgebung sind Pflicht und tragen zur transparenten Leistungserbringung bei. Es ist heute deshalb allgemein anerkannt, dass ein reliables Instrument für das Assessment eingesetzt werden muss, das valide Daten produziert.

Der Wettbewerb muss auf den Leistungen stattfinden, nicht auf der unfairen Ebene der Messinstrumente. Mit der Festlegung klarer Kriterien und einer Kalibrierung für angewendete Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung könnte dies garantiert werden. Dadurch werden Monopole verhindert und es besteht eine Auswahl anerkannter Anbieter mit verschiedenen Systemen, welche zu identischen Resultaten führen.

3.3 Zu Ziffer 2.4.3 des erläuternden Berichts (Abgrenzung von Pflege- und Betreuungskosten)

Für das KVG und auch den Tarifschutz ist nur relevant, welche Kosten als „Pflegekosten“ gelten und somit gemäss Pflegefinanzierung abzurechnen sind. Dies ist in Verordnungen und Recht

sprechung bereits ausführlich präzisiert. Zur Messung und Bestimmung der Pflegekosten existieren genügend Hilfsmittel (nebst den Pflegemessinstrumenten wie BESA, RAI/RUG und Plaisir etwa das „Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Altes- und Pflegeheime“, das „Handbuch Anlagebuchhaltung für Alters- und Pflegeheime“, das Handbuch REKOLE® und die Arbeitszeitanalyse CURAtime).

Wenn die Kostenkategorie „Pflege“ korrekt ermittelt und in der Kostenrechnung erfasst ist, besteht keinerlei Bedarf zur zusätzlichen Messung/Eingrenzung der „Betreuungskosten“. Die in Pflegeheimen anfallenden Kosten für den Aufenthalt (oft künstlich in zwei Kategorien „Betreuung“ und „Hotellerie“ aufgeteilt) können bereits mit der heutigen Gesetzgebung klar von den Pflegekosten abgegrenzt werden, somit sind weitere Normen überflüssig. Wennschon müssten sich die Kantone dazu entscheiden, die Bestimmung der Pflegekosten einheitlich und klar zu regeln, damit die Kostenrechnungen klarer und vergleichbar werden.

Die SGK-SR weist zurecht darauf hin, dass die Festlegung der „Normkosten“ korrekt erfolgen muss: Nur wenn die Kantone für die gesamten auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten auch tatsächlich aufkommen, wird der Tarifschutz für Bewohner/innen garantiert. Solange sich noch immer viele Kantone weigern, die Ausfinanzierung der Pflegekosten gemäss ihrer gesetzlichen Pflicht in Art. 25a Abs. 5 KVG zu übernehmen, bleibt auch das Problem der Tarifschutzverletzung bestehen. Wegen der fehlenden Kostendeckung sind Leistungserbringer gezwungen, in anderen Bereichen Profit zu machen – sonst tritt früher oder später deren Konkurs ein. Es sind letztlich die fehlenden Beiträge der Versicherer und der Restfinanzierer, welche zur ungenügenden Finanzierung der Pflegekosten führen, und nicht die mangelhafte Kostenermittlung und Leistungserfassung der Heime.

Definitiv abzulehnen ist eine zusätzliche Messung von „Betreuungskosten“ mit einem eigenen Instrument. Dies würde enormen Aufwand verursachen, ohne einen Nutzen zu bringen.

3.4 Zu Ziffer 2.4.4 des erläuternden Berichts (Akut- und Übergangspflege)

Die neu geschaffene Leistung der Akut- und Übergangspflege hat sich in der Tat nicht etabliert. Dass die Versicherer und Leistungserbringer dies ändern können, indem sie Pauschalen für die Leistungen der AÜP aushandeln, glauben wir jedoch nicht. Vielmehr muss unserer Meinung nach die Grundkonzeption der AÜP verbessert werden. Wir sind überzeugt, dass die AÜP sich nur etablieren kann, wenn sie für mehr als nur 2 Wochen verordnet werden kann und wenn bei stationärer AÜP der Aufenthalt durch OKP und Kanton finanziert wird.

Wir fordern deshalb

- > eine Verlängerung der AÜP auf sechs Wochen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um weitere sechs Wochen;
- > dass die Leistungen der AÜP im Pflegeheim nach den Regeln der Spitalfinanzierung inklusive der Kosten für Hotellerie und Betreuung zu vergüten sind.

Nur mit diesen Verbesserungen werden die Patient/innen AÜP beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu schaffen und anzubieten. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und –ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

Nur mit diesen Nachbesserungen werden AÜP-Leistungen sinnvoll genutzt, werden die Patient/innen AÜP diese beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant

und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu schaffen und anzubieten. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und -ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

4 Weitere Themen mit Nachbesserungsbedarf

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung weist unserer Meinung nach weitere Probleme auf, bei denen wir uns als IG Pflegefinanzierung eine baldige Lösung erhoffen.

4.1 Tarifschutz

Obwohl im KVG geregelt ist, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden dürfen, vertritt z. B. der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich Wegspesen in Rechnung gestellt werden dürfen.

Bei den Pflegeheimen führt die viel zu tiefe Restfinanzierung in manchen Kantonen dazu, dass Pflegeleistungen den Bewohner/innen als Betreuungsleistungen in Rechnung gestellt werden.

Wir fordern deshalb, dass sich der Gesetzgeber klar und eindeutig dazu äussert, dass der Tarifschutz nach Art. 44 KVG auch bei der ambulanten Pflege gilt und dass die Kantone sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten gemäss Art. 25 KVG vollständig zu finanzieren haben.

4.2 Variantenvielfalt bei der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege

Aktuell besteht bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege eine sehr grosse Vielfalt. So gibt es beispielsweise Kantone ohne Patientenbeteiligung, andere mit einem fixen Betrag von CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag oder einem prozentualen Anteil von 10% oder 20% vom Rechnungsbetrag mit Begrenzung bei CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag. Diese Vielfalt an Varianten führt zu erheblichem administrativem Aufwand bei Leistungserbringern, die in mehreren Gemeinden respektive Kantonen tätig sind und bei den diversen Anbietern von Software-Lösungen, welche sehr viele verschiedene Varianten in ihre Produkte einbauen müssen.

Daher fordern wir eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Prozentsatzes auf 10% und die eindeutige Festlegung der Berechnungsbasis auf eidgenössischer Ebene.

4.3 Finanzierung von Pflegematerial

Gemäss BAG-Interpretation des KVGs können Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen keine Materialkosten zulasten Krankenversicherer verrechnen. Die Finanzierung von Pflegematerialien und Mittel und Gegenständen gemäss MiGeL kann aber auch nicht im Rahmen der Restfinanzierung sichergestellt werden.

Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen, sei es im Rahmen der Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, in Zusammenhang mit der Evaluation des BAG der Pflegefinanzierung oder bei weiteren Bemühungen um Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung. Wir stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Für die IG Pflegefinanzierung



Marianne Pfister
Zentralsekretärin
Spitex Verband Schweiz
pfister@spitex.ch



Christian Streit
Geschäftsführer
Senesuisse
info@senesuisse.ch



Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Subkommission Pa. IV. Pflegefinanzierung
Bundeshaus
3003 Bern

Zürich, 17. Dezember 2015

14.417 s Pa. IV. Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates zur Vernehmlassung in oben erwähnter Angelegenheit. Sehr gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

Vorbemerkung

Unseres Erachtens wäre es dringlicher, wenn der Gesetzgeber in der Finanzierung der Pflegeleistungen zuerst die Fixierung der Kostenanteile der Krankenversicherer aufheben würde. Mit einem entsprechenden Zusatz im KVG wäre sicherzustellen, dass die in der VKL festgelegten Höchstbeiträge regelmässig der Kostenentwicklung angepasst werden. Nur so werden die Krankenversicherer auch einen Teil der Kostenentwicklung mittragen.

Grundsätzliches

Wir begrüssen, dass die Frage der Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen geklärt werden soll. Eine entsprechende Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 KVG ist deshalb sehr willkommen. Die Formulierung gemäss Vorschlag lautet: "Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit."

Gemäss Art. 25a Absatz 5 sind die Kantone grundsätzlich für die Regelung der Restfinanzierung zuständig.

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung soll sicherstellen, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden.

Grundsätzlich ist deshalb für die Zuständigkeit der Wohnsitz der versicherten Person massgebend. Sofern durch den Eintritt in ein Pflegeheim der Wohnsitz und der Wohnsitzkanton wechseln, bleibt gemäss dem zweiten Satz weiterhin der bisherige Wohnkanton in der Frage der Finanzierung zuständig.

Aus den Materialien, konkret aus dem Erläuternden Bericht vom 1. September 2015, wird klar, dass

- a) Die Regelung sich an Artikel 21 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) orientiert. Dieser lautet: „Zuständig für die Festsetzung und die Auszahlung der Ergänzungsleistung ist der Kanton, in dem die Bezügerin oder der Bezüger Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Heim, einem Spital oder einer andern Anstalt und die behördliche oder vormundschaftliche Versorgung einer mündigen oder entmündigten Person in Familienpflege begründen keine neue Zuständigkeit.“ Die einschlägige Rechtsprechung soll helfen, Unklarheiten zu beseitigen. Auf jeden Fall soll damit weder die Regelung des KVG noch die Regelung des ZGB für die Frage der Finanzierung gelten.
- b) Zu erwähnen ist, dass die kantonale Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen und die Spitalfinanzierung (Wohnkanton nach Art. 49a KVG) auseinander fallen, wenn mit Heimeintritt ein Wohnsitzwechsel erfolgt.

Offene Fragen und Anträge

1. Die Formulierung in Art. 25a Abs. 5 KVG ist deutlich kürzer gehalten wie jene im ELG. Die zum ELG Art. 21 gehörenden Interpretationen und Rechtsprechung kann somit nicht 1:1 auf die neue Bestimmung im KVG übertragen werden.

In der Praxis dürfte damit regelmässig die Frage auftauchen, wer für Pflegeheimpatienten zuständig ist, die ihren Wohnsitz (zum Beispiel wegen der örtlichen Nähe von Angehörigen) in ein nahes Altersheim verlegt haben.

Wir schlagen deshalb vor, dass die Formulierung aus dem ELG übernommen wird. Diese ist wesentlich präziser und führt in der Praxis zu weniger unklaren Situationen.

Nach wie vor wird es Grenzfälle geben, wo der neue Wohnort vorgeht und damit der neue Wohnkanton zuständig sein wird. So zum Beispiel kann beim Umzug in die Nähe von Angehörigen auch bei erst kurzer Dauer der Wohnortswechsel bereits erfolgt sein und die Aufnahme in das Pflegeheim ändert daran nichts mehr.

2. Ab wann gilt die neue Bestimmung für laufende Aufenthalte im Pflegeheim? Das heisst wenn bis jetzt der Standortkanton des Pflegeheims massgebend war, weil er auch dem aktuellen Wohnsitz der versicherten Person entspricht, müsste der zuständige Kanton in den früheren Wohnsitzkanton wechseln, sobald der Wohnortswechsel aufgrund der neuen Gesetzesbestimmung erfolgt.

Die neue Bestimmung darf auf keinen Fall rückwirkende Wirkung entfalten. Unseres Erachtens wäre es aber möglich, dass mit einer genügenden Übergangsfrist von zum Beispiel einem Jahr auch bereits laufende Pflegeheimaufenthalte mit der Neuerung erfasst werden.

3. Allfällig durch diese Regelung verbleibende Restkosten der Pflege sind durch die versicherte Person zu tragen. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG ist die Kostenbeteiligung der versicherten Person jedoch auf 20 % des höchsten durch den Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags beschränkt. Es ist deshalb durchaus möglich, dass durch die unterschiedlichen kantonalen Beiträge dem Pflegeheim ungedeckte Kosten verbleiben.

Da es administrativ für alle Seiten viel zu aufwändig wäre, diese allfälligen Restkosten auch noch dem Herkunftskanton zu verrechnen, dürfte der Patient diesen Kostenanteil zu tragen haben. Weil in den Materialien dieser Umstand bereits erwähnt ist, gehen wir davon aus, dass es sich dabei um eine bewusste Abweichung von Art. 25a Abs. 5 KVG handelt und somit das Pflegeheim in diesen voraussichtlich seltenen Fällen die ungedeckten Kosten dem Patienten in Rechnung stellen darf.

Schlussfolgerung

Aus den genannten Überlegungen beantragen wir den Zusatz zu Artikel 25a KVG wie in Art. 21 Abs. 1 ELG genauer zu fassen und in einer Übergangsbestimmung zu präzisieren, ab wann die Regelung bei bereits laufendem Heimaufenthalt greifen soll.

Im Wortlaut schlagen wir vor: "Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Heim, einem Spital oder einer anderen Institution und die behördliche oder vormundschaftliche Versorgung einer mündigen oder entmündigten Person in Familienpflege begründen keine neue Zuständigkeit. Für bereits bestehende genannte Aufenthalte

oder Versorgung tritt die neue Regelung per 1. Januar 2017 (beziehungsweise je nach Inkraftsetzen ein Jahr später) in Kraft.“

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit Stellung nehmen zu können und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3
c/o Verband Zürcher Krankenhäuser

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Kalberer'.

Daniel Kalberer, lic. rer. publ. HSG

Die Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3 ist der Zusammenschluss der Spitalverbände und -organisationen der Kantone Aargau, beider Basel, Bern, Graubünden, Solothurn, Zentralschweiz (GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) und Zürich und vertritt deren gemeinsame Anliegen.

Commission de la sécurité
sociale et de la santé publique
des États
Par Courriel

Berne, le 2 novembre 2015

**Prise de position de l'association Médecins de famille Suisse (MFE) dans le cadre de l'audition sur
l'initiative parlementaire « Amender le régime de financement des soins »**

Mesdames,

Messieurs,

Médecins de famille Suisse (MFE) soutient le projet de modification de la LAMal (art. 25a, al.5). Ce projet, initié par l'initiative parlementaire 14.417 É « Amender le régime de financement des soins », apporte simplifications et améliorations à un système jusqu'à aujourd'hui inutilement compliqué.

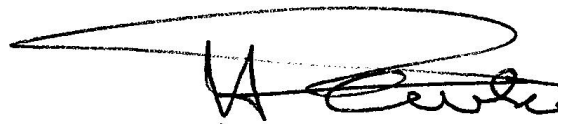
Le projet permet en effet de régler simplement le manque de clarté quant au financement résiduel, lacune importante du financement des soins. Il définit la règle permettant de définir le canton compétent. Choisir le canton de domicile, comme le fait la CSSS-É est un choix simple et logique que nous approuvons.

Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir offert la possibilité de nous exprimer sur ce projet. Nous restons très volontiers à votre entière disposition pour tout renseignement supplémentaire.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, nos salutations les plus distinguées.



Marc Müller
Président de l'association « Médecins de famille
Suisse »



François Héritier
Vice-Président de l'association « Médecins
de famille Suisse »
Responsable politique de santé

Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
des Ständerats
3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 4. Dezember 2015

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung Vernehmlassungsantwort SBK

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung. Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ist einer der grössten Verbände im Gesundheitswesen. Unter seinen 26'000 Mitgliedern sind rund 1'600 freiberufliche Pflegefachpersonen, die tagtäglich direkt von der Ausgestaltung der Pflegefinanzierung betroffen sind. Sie erbringen mit ihrem Geschäftsmodell spitalextern wichtige Pflegeleistungen von hoher Qualität.

Der SBK begrüsst, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und mit dieser Vorlage die Frage klären will, welcher Kanton die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege leisten muss. Wir bedauern aber, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt in Angriff genommen hat. Für uns besteht ein viel weiter gehender Bedarf zur Nachbesserung der Pflegefinanzierung.

1. Stellungnahme zur vorgeschlagenen Bestimmung

Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton für die Restfinanzierung bei „ausserkantonaler Pflege“ zuständig sein. Ein Eintritt in ein Pflegeheim soll nichts an dieser Zuständigkeit ändern. Grundsätzlich ist auch für den SBK diese Regelung logisch und sinnvoll. Aus folgenden Gründen sind wir aber der Meinung, dass sie nicht genügend weit geht:

Wer trägt die Differenz?

Der Herkunftskanton soll für die Festsetzung der Restfinanzierung nach seinen eigenen Regeln zuständig sein. Indes lässt die SGK-SR offen, wer die Differenz zu tragen hat. Für den SBK ist klar, dass die negative Differenz der Restfinanzierung nicht zulasten der Patienten und schon gar nicht zu Lasten der Leistungserbringer gehen darf. Dies würde falsche Anreize schaffen und Patienten aus Kantonen mit tiefer Restfinanzierung könnten trotz notwendigem Wechsel in einen anderen Kanton bei der spitalexternen Pflege sowie bei Heimeintritten benachteiligt werden, weil die Institution sich weigert, die Lücke in der Restkostenfinanzierung zu tragen.

Administrativer Aufwand

Falls die vorgeschlagene Regelung in Kraft treten sollte, wird der SBK seinen Freiberuflichen folgende Umsetzung empfehlen:

Die Freiberufliche verrechnet den ausserkantonalen Patient/innen die Vollkosten oder, wo vorhanden, die kantonalen Normkosten. Die Patient/innen müssen dann selber in ihrem Wohnkanton respektive in der Wohngemeinde die Restkosten-Finanzierung einfordern (Leistungen der Krankenkassen wie gehabt).

Möchte die Freiberufliche auf diese für die Patient/innen ungünstige Praxis verzichten, würde dies für Freiberuflichen einen massiven administrativen Mehraufwand bedeuten, der unzumutbar ist:

- Rechnungsstellung an einen Kanton, mit dem man keine etablierten Prozesse hat,
- die allfällige Differenz zwischen den Kantonen der Patientin in Rechnung stellen (oder selber tragen)
- und zudem der Patientin die Kostenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG gemäss der Festlegung des Wohnkantons (oder gar der Wohngemeinde) verrechnen.

Der SBK fordert deshalb, dass die Zuständigkeit anders gelöst wird:

- **Bei der ambulanten Pflege wird die Restfinanzierung vom Kanton geleistet, in dem die Pflegeleistung erbracht worden ist.**
- **Bei der stationären Pflege wird definiert, welcher Kanton für die Finanzierung der Differenz zu den allenfalls höheren Norm- oder Vollkosten zuständig ist.**

Damit die Restfinanzierung bei ausserkantonomer Pflege sinnvoll geregelt werden kann, ist auch sicher zu stellen, dass alle Kantone ihre Verantwortung in der Restfinanzierung tatsächlich wahrnehmen. **In der ambulanten Pflege gibt es nach wie vor Kantone, welche den freiberuflichen Pflegefachpersonen und den privaten Spitzenorganisationen keine Restfinanzierung gewähren!**

2. Stellungnahme zu den im Bericht ebenfalls aufgeführten Problembereichen

zu 2.4.1

Der SBK ist sich bewusst, dass die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral zu erfolgen hatte. Die Kosten der Pflege sind aber genau wie die zugrunde liegenden Leistungen nicht statisch; beide entwickeln sich weiter. In den letzten Jahren haben sich alle Spitexanbieter stark den veränderten Bedingungen anpassen müssen:

- Patienten kommen früher aus dem Spital, sind also akuter und benötigen professionelle Pflegeleistungen
- Chronisch kranke und polymorbide Patienten bleiben dank den Leistungen der spitalexternen Leistungserbringern länger zu Hause, sie brauchen aber wegen ihren komplexen Krankheitsbildern mehr auf Tertiärstufe ausgebildetes Personal. Dies ist mit entsprechenden Lohnkosten verbunden.
- Weil die Menschen länger zu Hause bleiben, verändert sich auch der „Bewohner-Mix“ in den Pflegeheimen hin zu mehr Bewohner/innen mit komplexen und Mehrfach-Erkrankungen. Auch hier ist ausgebildetes Pflegefachpersonal HF /FH erforderlich, das aber auch bezahlt werden muss.

Der SBK fordert, dass der Grundsatz der jährlichen Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ins KVG aufgenommen wird.

Zudem ist das System bei den Pflegeheimen um sechs Stufen zu 20 Minuten auf 18 Stufen zu erweitern und mit entsprechend höheren Beiträgen zu entgelten.

In der Folge ist die Patientenbeteiligung auf 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages zu beschränken, damit die Patient/innen nicht über Masses belastet werden.

zu 2.4.2

Der SBK teilt die Einschätzung der Kommission, dass verschiedene Instrumente zu vergleichbarem Pflegeaufwand führen sollen. Er setzt sich deshalb dafür ein, dass Assessmentinstrumente (Instrumente zur Bedarfsermittlung) folgende Kriterien erfüllen sollen:

- Das Instrument erfasst den klinischen Zustand des Patienten, sein soziales Umfeld und seine Umgebung:
 - strukturiert
 - standardisiert
- Es ist relevant für die klinische Praxis,
- erlaubt den Pflegebedarf / die Pflegediagnosen und die daraus folgenden Pflegeleistungen abzuleiten
- und eignet sich für die Qualitätssicherung (Wirksamkeit, Outcome).
- Es erfüllt Validität und Reliabilität.
- Der zeitliche Anwendungsaufwand ist verhältnismässig zu der zu erbringenden Leistung.

Der SBK lehnt das Monopol von einzelnen Instrumenten ab, weil sie dadurch verteuert und für die freiberuflichen Pflegefachpersonen kaum erschwinglich werden. Zudem gibt es heute noch kein Programm, das allen Fachbereichen der Pflege gerecht wird.

zu 2.4.3

Der SBK stimmt der SGK-SR zu, dass kein Regelungsbedarf besteht, um die Messung und Eingrenzung der „Betreuungskosten“ detaillierter auszugestalten. Für das KVG und auch den Tarifschutz ist nur relevant, welche Kosten als „Pflegekosten“ gelten und somit gemäss Pflegefinanzierung abzurechnen sind. Wenn die Kostenkategorie „Pflege“ korrekt ermittelt und erfasst ist, besteht kein Bedarf zur zusätzlichen Messung/Eingrenzung der „Betreuungskosten“, dies würde auch zu massivem Mehraufwand führen.

Allerdings ist es für den SBK mehr als störend, dass Heime versuchen ihre Finanzierungslücken so zu decken, in dem die nicht ausgewiesenen Pflegeleistungen als Betreuungsleistungen dem Bewohner direkt verrechnet werden.

Die Auseinandersetzung mit den Versicherungen, welche Leistungen nun zu Pflegeleistungen gehören und welche nicht, wird die freiberufliche Arbeit aber weiterhin prägen.

zu 2.4.4

Die neu geschaffene Leistung der Akut- und Übergangspflege hat sich in der Tat nicht etabliert. Dass die Versicherer und Leistungserbringer dies ändern können, indem sie Pauschalen für die Leistungen der AÜP aushandeln, glauben wir jedoch nicht. Vielmehr muss die Grundkonzeption der AÜP verbessert werden. Der SBK ist überzeugt, dass die AÜP sich nur etabliert, wenn sie für mehr als nur 2 Wochen verordnet werden kann und wenn bei stationärer AÜP die Hotellerie durch OKP und Kanton finanziert wird.

Wir fordern deshalb

- ***eine Verlängerung der AÜP auf sechs Wochen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um weitere sechs Wochen.***
- ***dass die Leistungen der AÜP im Pflegeheim nach den Regeln der Spitalfinanzierung inklusive der Kosten für Hotellerie und Betreuung zu vergüten ist.***

3. Weitere Themen mit Nachbesserungsbedarf

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung weist unserer Meinung nach weitere Probleme auf, bei denen wir uns eine baldige Lösung erhoffen.

Tarifschutz

Obwohl im KVG geregelt ist, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden dürfen, vertritt der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich eine Wegpauschale in Rechnung gestellt werden darf.

Bei den Pflegeheimen führt die viel zu tiefe Restfinanzierung in manchen Kantonen dazu, dass Pflegeleistungen den Bewohner/innen als Betreuungsleistungen in Rechnung gestellt werden. Wir fordern deshalb, dass sich der Gesetzgeber klar und eindeutig dazu äussert, dass der Tarifschutz nach Art. 44 KVG auch bei der ambulanten Pflege gilt und dass die Kantone sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten gemäss Art. 25 KVG vollständig zu finanzieren haben.

Finanzierung von Pflegematerial

Gemäss BAG-Interpretation des KVGs könnten Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen keine Materialkosten zulasten Krankenversicherer verrechnen. Die Finanzierung von Pflegematerialien und Mittel und Gegenständen gemäss MiGeL kann aber auch nicht im Rahmen der Restfinanzierung sichergestellt werden.

Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.

Variantenvielfalt bei der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege

Aktuell besteht bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege eine sehr grosse Vielfalt. So gibt es beispielsweise Kantone ohne Patientenbeteiligung, andere mit einem fixen Betrag von CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag oder einem prozentualen Anteil von 10% oder 20% vom Rechnungsbetrag mit Begrenzung bei CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag. Diese Vielfalt an Varianten führt zu erheblichem administrativem Aufwand bei Leistungserbringern, die in mehreren Gemeinden respektive Kantonen tätig sind.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen, sei es im Rahmen der Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, in Zusammenhang mit der Evaluation des BAG der Pflegefinanzierung oder bei weiteren Bemühungen um Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung. Wir stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SBK-ASI



Helena Zaugg
Präsidentin



Yvonne Ribi
Geschäftsführerin

Per E-Mail an:

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 17. Dezember 2015 – CST/rp

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung **Vernehmlassungsantwort des Verbandes *senesuisse***

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung zur rubrizierten Vernehmlassung. Weil die Finanzierung für *senesuisse* als Verband der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeinstitutionen eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren des Gesundheitssystems darstellt, erhalten Sie in der angesetzten Frist diese Stellungnahme.

Im Jahr 1996 wurde der Verband *senesuisse* gegründet. Seither vertritt er die Interessen und Anliegen von Leistungserbringern im Bereich der Langzeitpflege. Mehr als 350 Institutionen mit über 20'000 Pflegeplätzen sind Mitglied.

Als Verband der nicht subventionierten Alters- und Pflegeinstitutionen setzt sich *senesuisse* seit jeher für wirtschaftliche und deregulierende Lösungen in allen Bereichen ein und wehrt sich gegen ständig steigende Bürokratie und zusätzlichen Administrativaufwand, die niemandem nützen. Entsprechend den Prämissen von Wirtschaftlichkeit, Selbstverantwortung, Freiheit und angemessener Finanzierungsregelungen **lehnen wir den unterbreiteten Vorschlag zur klar ungenügenden Finanzierung bei ausserkantonalem Leistungsbezug ab und begrüssen den Verzicht auf die weiteren Normen zu Betreuungskosten und Pflegemessinstrumente. Besonders enttäuscht sind wir, dass die Ständeratskommission die Chance nicht genutzt hat, dringend nötige Anpassungen in der Pflegefinanzierung anzugehen.**

A Stellungnahme zur unterbreiteten Vorlage

Als Mitglied der IG Pflegefinanzierung unterstützt der Verband *senesuisse* voll und ganz die von dieser Interessengruppe eingereichte Vernehmlassungsantwort. Besonders soll nochmals unterstrichen werden, dass die vorgeschlagenen Regelungen die Probleme in der Pflegefinanzierung keineswegs lösen. Vielmehr sind weitere Anpassungen nötig und muss sich die Finanzierung bei ausserkantonalem Leistungsbezug nach dem Kanton richten, in dem die Pflegeleistung erbracht wird.

Die zusätzlich selbständige Beteiligung am Vernehmlassungsverfahren hat zum Zweck, den gemeinsamen Anliegen aller Gesundheitsverbände nochmals Nachdruck zu verleihen. Zudem erlauben wir uns nachstehend zusätzliche Erläuterungen aus Sicht der Alters- und Pflegeheime, namentlich weshalb die unterbreitete Lösung für ausserkantonalen Leistungsbezug besonders bei den Patienten in Pflegeheimen die Probleme eher verstärkt als löst.

B Stellungnahme zur Finanzierung bei ausserkantonalem Leistungsbezug

Bei dieser Frage muss eine klare Priorität bestehen: An erster Stelle ist die Niederlassungsfreiheit der betroffenen Personen zu gewährleisten. Auch wer altert, hat das Anrecht darauf, sich an einem beliebigen Ort der Schweiz niederlassen zu dürfen – ohne Einschränkungen bei der Mitfinanzierung des Aufenthalts und der Pflegekosten in Pflegeheimen!

Wer diese Priorität beachtet, muss den unterbreiteten Revisionsvorschlag als schlichtweg untauglich ablehnen. Statt eine gesamtheitliche Lösung für Pflege- und Aufenthaltskosten zu suchen, begrenzt sich der Lösungsvorschlag auf die Pflegekosten – und stellt erst noch eine Verschlechterung zur heute gemäss Bundesgericht geltenden Standortfinanzierung dar. Die unterbreitete Lösungsvariante bedeutet für die Patienten, dass die Kostendeckung ungewiss ist, wenn sie Leistungen aus einem andern Kanton beziehen (teurere Kosten sind nicht gedeckt).

Im erläuternden Bericht kapitulieren die Räte gleich selbst vor ihrer Lösung: *„Da bei der Neuregelung der Herkunftskanton zuständig ist für die Festsetzung der Restfinanzierung, ist nicht auszuschliessen, dass die von ihm festgesetzten Beiträge abweichen von den Beiträgen, die in einem anderen Kanton zur Deckung der Restkosten der Pflege nötig wären. Es ist daher davon auszugehen, dass allfällig verbleibende Restkosten der Pflege durch die versicherte Person zu tragen sein werden.“*

Konkret heisst dies, dass nur noch Personen mit dem nötigen Vermögen auch im Alter über die Niederlassungsfreiheit verfügen. Dies ist schlichtweg unakzeptabel! Aber auch aus Sicht der Leistungserbringer bestehen klar negative Folgen, indem Rückvergütungen gemäss fremdem System im anderen Kanton einzufordern sind (nach dessen Regeln und Formularen). Damit steigt für alle der Administrativaufwand, ohne dass eine faire Kostenübernahme garantiert wäre.

Viel einfacher und klarer wäre genau das Gegenteil des Vorschlags: Jeder Kanton sollte die Pflegerestkosten für auf seinem Gebiet beheimatete Leistungserbringer zahlen.

So bleiben die Patienten, welche Leistungen ausserhalb ihres Kantons beziehen, nicht gesetzeswidrig auf ungedeckten Kosten sitzen. Zudem müssten die Leistungserbringer nur die Pflegefinanzierung des eigenen Ortes kennen. Die Kantone sind ja auch bei der Bewilligung und Kontrolle für die „eigenen“ Heime und Spitex-Anbieter zuständig. Von diesen erhalten sie die Kostenrechnung, welche wiederum die angemessene Finanzierungshöhe bestimmt! Letztlich profitiert der Standortkanton auch von den Unternehmenssteuern und den Arbeitsplätzen, welche diese Leistungserbringer generieren (und bei Pflegeheimaufenthalten auch noch von Steuern der vermögenden Personen).

Es gibt nur zwei Argumente, welche gegen eine Kostentragung durch den Standort des Leistungserbringers sprechen: Erstens die Benachteiligung derjenigen Kantone, welche viele „Einwanderer“ aus anderen Kantonen anziehen und zweitens der Anreiz zur Erstellung einer bloss mangelhaften Zahl an Pflegeheimbetten, um Kosten einzusparen. Das erste Problem ist vernachlässigbar, weil der Wanderungssaldo nur marginal ist (nur gerade 3,6 Prozent der Pflegeheimbewohner ziehen in einen anderen Kanton). Das zweite Problem wäre ganz einfach mit der Aufhebung der heutigen Beschränkung der Pflegebetten lösbar, welche auch noch positive Auswirkungen auf gesunden Wettbewerb und die Qualität hätte.

Um die Niederlassungsfreiheit zu garantieren, ist aber unbedingt die Koordination zwischen Pflegekosten und EL nötig: Nur wenn die gesamten Aufenthaltskosten gedeckt sind, ist der freie Entscheid zum Umzug in ein ausserkantonales Pflegeheim möglich! Die Kantone müssen sich zwingend überwinden, bei der EL und bei den Pflegekosten die gegenseitigen Beträge anzuerkennen. Es darf nicht sein, dass auf dem Buckel der Schwächsten unserer Gesellschaft die benötigten Leistungen eingespart werden.

Fazit: Für den Aufenthalt in Pflegeheimen muss jeweils der Standortkanton des Betriebs für die Pflegerestkosten aufkommen und zudem müssen die Kantone für die Aufenthaltskosten ihre EL-Höchstbeträge gegenseitig anerkennen.

C Stellungnahme zu weiteren nötigen Anpassungen in der Pflegefinanzierung

Als Mitglied der IG Pflegefinanzierung unterstützt der Verband **senesuisse** die von dieser IG eingereichten Anträge zur tatsächlichen Verbesserung der Pflegefinanzierung.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Hauptproblematik in der schlichtweg vielerorts **ungenügenden Ausfinanzierung der Pflegekosten** liegt. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG ist es aus unserer Sicht schlichtweg unzulässig, die Restfinanzierung der Pflegekosten etwa auf Basis eines bloss finanzpolitischen Entscheids oder der Vorvorjahreszahlen festzulegen. Gemäss der offiziellen SOMED-Statistik erwirtschaften ca. 600 Heime einen berechtigten Gewinn von knapp 220 Millionen Franken, während ca. 950 Heime einen Verlust von insgesamt mehr als einer halben Milliarde erleiden; somit bestehen gesamt-schweizerisch ungedeckte Pflegekosten in Pflegeheimen von ca. 250 - 350 Millionen Franken. Eine Präzisierung von Art. 25a Abs. 5 KVG ist dahingehend nötig, **dass die Kantone für sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden ausgewiesenen Restkosten für Pflegeleistungen vollumfänglich aufkommen müssen**. Mit dieser Präzisierung würde auch der vom Preisüberwacher regelmässig reklamierte gesetzeswidrige Zustand hinfällig, dass ungedeckte Pflegekosten unter anderem Titel (auf die Hotellerie-/Betreuungskosten) auf die Patienten überwälzt werden müssen. Wir begrüssen diesbezüglich sehr, dass gemäss erläuterndem Bericht auf die Messung der Betreuungskosten verzichtet wird, was enormen Aufwand ohne einen Nutzen bewirkt hätte.

Auch für die im erläuternden Bericht erwähnte **Akut- und Übergangspflege** sei nochmals mit Nachdruck eine Verbesserung verlangt. Sämtliche Patientenverbände und Leistungserbringer sind sich einig, dass die heutige Regelung eine Totgeburt ist. **Die Dauer von 14 Tagen muss deutlich erhöht werden und die Finanzierung auch für den Aufenthalt sichergestellt sein**. Nur so kann diese – gerade bei älteren Patienten äusserst sinnvolle – „Neuorientierungsphase“ nach einem Spitalaufenthalt das gesamte Umfeld berücksichtigen und eine sinnvolle Lösung für Aufenthalt und Pflege (mit dem Ziel der selbständigen Rückkehr nach Hause) ermöglichen.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüssen

senesuisse

Christian Streit
Geschäftsführer



SPITEX - Verband Baselland

Spitexverband Schweiz
Silvia Marti
Zentralsekretariat
Sulgenauweg 38
3000 Bern

Liestal, 30.11.2015/RM

**Vernehmlassung: Nachbesserung der Pflegefinanzierung
Stellungnahme des Spitexverband BL zur Vernehmlassungsantwort SVS**

Sehr geehrte Frau Marti,

Sie haben uns eingeladen zur Vernehmlassungsantwort des SVS Stellung zu nehmen. Gerne nimmt der SPITEX Verband Baselland diese Möglichkeit wahr.

Wir stimmen gesamthaft mit der Vernehmlassungsantwort des SVS überein und schätzen, dass sie über die Klärung, welcher Kanton für die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege zuständig ist, hinausgeht.

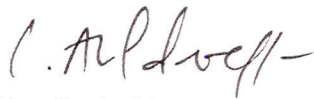
Zu Punkt 1 und 2: Es kann nicht sein, dass die Leistungserbringer die durch die verschiedenen Regeln der Kantone entstehende Differenz ausgleichen müssen oder für deren Eintreibung einen übermässigen administrativen Aufwand leisten müssen. Aus diesem Grunde unterstützen wir die Forderung, dass bei der ambulanten Pflege die Restfinanzierung von demjenigen Kanton geleistet wird, in dem die Pflegeleistung erbracht wird.

Zu Punkt 3: Wir unterstützen eine jährliche Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und die Beschränkung der Patientenbeteiligung auf 10 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags.

Hingegen möchten wir, dass die Prüfung einer Streichung der Akut und Übergangspflege aus dem Text herausgenommen wird. Der in Baselland gültige Tarif ist für die Leistungserbringer der einzige, der kostendeckend ist. Die AÜP hat sich je nach Spital in BL ganz gut etabliert.

Zu Punkt 4: Wir unterstützen die Forderungen des SVS zum Tarifschutz, zur Finanzierung von Pflegematerial und zur 10 % igen Patientenbeteiligung mit konkret festgelegter Ausgestaltung. Wir danken Ihnen für die gute Vernehmlassungsantwort des SVS und bitten Sie, unser Anliegen zu AÜP zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen
SPITEX Verband Baselland



Claudia Aufderreggen
Mitglied Vorstand



Markus Gisin
Mitglied Vorstand

Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern
per Mail an:
bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Dokument	Ihr Ansprechpartner	Datum
	09.09.2015	b_2015-12-14 stellungnahme pflege bag	Beat Huwiler Tel.: 062 836 40 90 Fax: 061 836 40 91 beat.huwiler@vaka.ch	14.12.2015

Stellungnahme zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die Möglichkeit, zur Anhörung „Umsetzung der parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ Stellung nehmen zu können.

SW!SS REHA unterstützt die Stossrichtung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S), da sich die vorgeschlagene Ergänzung von Artikel 25a Absatz 5 KVG an den Bestimmungen der Ergänzungsleistungs-Gesetzgebung orientiert. Damit wird klar, welcher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Restfinanzierung der Pflegekosten übernehmen soll.

SW!SS REHA lehnt den Vorschlag der SGK-S ab, dass der Herkunftskanton die Höhe der Restkostenfinanzierung festlegen soll. Die Einhaltung der Vorgaben im KVG, namentlich der maximal zulässigen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG wird damit in Frage gestellt. Es besteht die Gefahr, dass ungedeckte Pflegerestkosten bestehen, womit sowohl die Niederlassungsfreiheit als auch die freie Wahl des Leistungserbringers beschnitten werden.

SW!SS REHA empfiehlt, dass die Regeln des Standortkantons für die Pflegefinanzierung, sprich für die Höhe des Beitrags der versicherten Person und für die Höhe der Pflegerestkosten zur Anwendung gelangen. Allenfalls könnte in einer Übergangsbestimmung präzisiert werden, ab wann die Regelung bei bereits laufendem Pflegeheimaufenthalt greifen soll.

Die parlamentarische Initiative spricht wichtige, wenn auch bei weitem nicht alle Probleme an, die sich aus der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung ergeben haben. Ein Teil der Gründe für die Probleme liegt im Gesetz selbst, ein anderer Teil in der kantonal unterschiedlichen Umsetzung.

Deshalb regt SW!SS REHA eine Gesamtrevision der Pflegefinanzierung an, da bereits nach den vier Jahren seit der Einführung gravierende Mängel offensichtlich sind. SW!SS REHA unterstützt auch weitere Vorstösse der eidgenössischen Räte zur Pflegefinanzierung:

- 12.4099 Postulat Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG SR Bruderer Wyss;
- 14.448 Parl. Iv. Praxisorientierte Gestaltung der Übergangspflege NR Humbel;

- 14.4292 Motion Praxistaugliche Zulassung der Pflegeheime als Leistungserbringer NR Humbel;
- diverse Vorstösse NR Heim, z.B. 12.4051 Postulat Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte;
- 12.3604 Postulat Strategie zur Langzeitpflege NR Fehr Jacqueline;
- 10.4090 Motion Nationales Impulsprogramm zur Förderung von Zwischenstrukturen für betagte Personen NR Rossini etc.

SW!SS REHA ist der Überzeugung, dass nur ein breit angelegter Massnahmenplan die Basis für eine nachhaltige Lösung der Pflegefinanzierung bringen kann.

Aus obigen Überlegungen unterstützt SW!SS REHA die Vorlage, aber nur unter dem Vorbehalt, dass die Probleme der Pflegefinanzierung umfassend gelöst werden.

SW!SS REHA, die Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz, repräsentiert die namhaften Schweizer Rehabilitationskliniken aller Fachrichtungen. Diese verfügen zusammen über 2 400 Betten und damit über 50% des gesamtschweizerischen Bettenbestandes im Rehabilitationsbereich.

Die Mitglieder verpflichten sich, sich alle vier Jahre durch eine externe Zertifizierungsstelle auditieren zu lassen. Diese anspruchsvollen und verbindlichen Vorgaben garantieren einerseits eine hohe medizinische Qualität und tragen anderseits zu einer grösstmöglichen Wirtschaftlichkeit bei.

Freundliche Grüsse

SW!SS REHA

Willy Oggier
Präsident

Beat Huwiler
Geschäftsführer

VKZS | Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und Kantonszahnärzte der Schweiz
AMDCS | Association des Médecines Dentistes Cantonaux de la Suisse
AMDCS | Associazione dei Medici Dentisti Cantionali della Svizzera
ACDOS | Association Of Chief Dental Officers Of Switzerland

Dienststelle Gesundheit und Sport
Kantonszahnarzt Luzern
Präsident VKZS
Dr. med. dent. Peter Suter
Schuelgass 9
6215 Beromünster
Telefon 041 932 10 30
peter.suter@lu.ch

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Beromünster, 8.12.15

**Vernehmlassung zur Nachbesserung der Pflegefinanzierung: Stellungnahme der
Vereinigung der Kantonszahnärzte VKZS**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Vereinigung der Kantonszahnärzte bedankt sich für die Gelegenheit einer Stellungnahme zum Entwurf KVV

Dem Vorschlag können wir vorbehaltlos zustimmen. Die Änderung schafft Rechtssicherheit, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist. Der Vorschlag deckt sich mit der verabschiedeten Position der Kantone.

Wir möchten uns für Berücksichtigung unserer Stellungnahme und die Gelegenheit zur Stellungnahme ganz herzlich bedanken

Freundliche Grüsse

Dr. med. dent. Peter Suter
Präsident VKZS
Telefon 041 932 10 30
peter.suter@lu.ch

Tschumi Aline BAG

Von: Fuhrer Bruno BAG
Gesendet: Mittwoch, 23. September 2015 09:33
An: Noirjean Deborah BAG; Tschumi Aline BAG
Betreff: WG: 14.417: Keine Vernehmlassungsantwort des VSAO

z.K.

Gruss

Bruno

Von: van der Heiden Nico [mailto:vanderHeiden@vsao.ch]
Gesendet: Montag, 21. September 2015 08:42
An: Fuhrer Bruno BAG <Bruno.Fuhrer@bag.admin.ch>; _BAG-DM <DM@bag.admin.ch>
Cc: Stettler Simon <Stettler@vsao.ch>; Tandjung Ryan <ryan.tandjung@gmail.com>; Schröpfer Daniel <doc-daniel@gmx.net>
Betreff: 14.417: Keine Vernehmlassungsantwort des VSAO

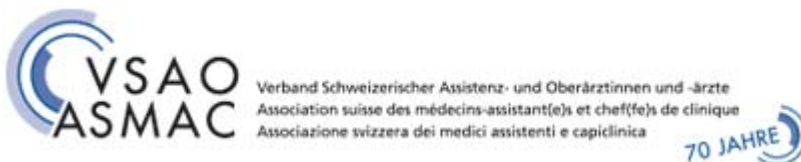
Sehr geehrter Herr Fuhrer, sehr geehrte Damen und Herren,

Besten Dank für die Einladung zur Vernehmlassung zur Nachbesserung der Pflegefinanzierung (14.417). Der VSAO verzichtet auf eine detaillierte Vernehmlassungsantwort, da er die geplante Nachbesserung begrüsst und darin keinerlei Probleme erkennen kann.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse,

Nico van der Heiden
Dr. phil., Stv. Geschäftsführer / Leiter Politik & Kommunikation



Bahnhofplatz 10A, Postfach
3001 Bern

Tel: 031 350 44 88 (Zentrale)
Tel: 031 350 44 82 (Direktwahl)
Fax: 031 350 44 89

vanderheiden@vsao.ch
www.vsao.ch



Der Laufbahn-Kongress
für angehende und junge Ärztinnen und Ärzte
Samstag, 7.11.2015 in Bern



www.medifuture.ch



CVP Schweiz, Klaraweg 6, Postfach 5835, 3001 Bern

Bundesamt für Gesundheit

bruno.fuhrertbag@admin.ch

dm@bag.admin.ch

Bern, 18. Dezember 2015

Vernehmlassung: Parlamentarische Initiative 14.417 «Nachbesserung der Pflegefinanzierung»

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns eingeladen, zur obengenannten parlamentarischen Initiative Stellung zu nehmen. Für diese Gelegenheit zur Meinungsäusserung danken wir Ihnen bestens.

Allgemeine Bemerkungen

Die 2014 eingereichte parlamentarische Initiative verlangt eine Nachbesserung der Pflegefinanzierung. Nachdem 2011 die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft getreten ist, wurde festgestellt, dass noch Lücken bestehen. Besonders bei der Restfinanzierung der Pflegekosten bei Kantonswechsel fehlt eine gesetzliche Grundlage. Probleme bei der Kostenrückerstattung zeigen sich vor allem bei Patientinnen und Patienten, die mit einem Heimeintritt den Kanton wechseln.

Die CVP fordert in ihrem Positionspapier zur Pflege (2015) eine gesetzliche Regelung auf Bundesebene, die bestimmt welcher Kanton für die Restkostenfinanzierung zuständig ist. Dabei hat die CVP eine Lösung analog zur Ergänzungsleistungen vorgeschlagen, wobei der Kanton des letzten Wohnsitzes vor dem Heimeintritt, zuständig für die Kostenbeteiligung bleibt. Dementsprechend begrüsst die CVP den Vorschlag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüssen.

CHRISTLICHDEMOKRATISCHE VOLKSPARTEI DER SCHWEIZ

Sig. Christophe Darbellay
Präsident CVP Schweiz

Sig. Béatrice Wertli
Generalsekretärin CVP Schweiz

FDP.Die Liberalen, Postfach 6136, 3001 Bern

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit, Ständerat, SGK-S
3003 Bern

Bern, 16. Dezember 2015 / AOE
Pflegefinanzierung

Pa.lv. 14.417 Nachbesserung der Pflegefinanzierung Stellungnahme der FDP.Die Liberalen

Sehr geehrte Damen und Herren

Für Ihre Einladung zur Anhörung oben genannter Vorlage danken wir Ihnen. Gerne geben wir Ihnen im Folgenden von unserer Position Kenntnis.

Um klar festzulegen, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, schlägt die SGK-SR vor, die Restfinanzierung der Pflege analog zur Regelung der Ergänzungsleistungen zu formulieren. Die FDP unterstützt diese Neuregelung:

Wird die Restfinanzierung klar geregelt, stärkt dies die Rechtssicherheit und verringert Zuständigkeitsstreitigkeiten. Der für die Restkostenfinanzierung zuständige Kanton ist schnell bestimmt, da ein Umzug in ein Pflegeheim nichts an der Zuständigkeit des bisherigen Wohnsitzkantons ändert. Durch die Neuregelung können ausserdem negative Anreize unterbunden werden, welche die Niederlassungsfreiheit einschränken. Wäre der Standortkanton für die Restfinanzierung zuständig, könnten Heime den Eintritt von ausserkantonalen Patienten erschweren, um eine finanzielle Belastung zu verhindern. Es würden ausserdem diejenigen Kantone bestraft, welche eine grosse Anzahl an Pflegeplätzen anbieten, die auch von Personen aus anderen Kantonen genutzt werden.

Die Neuregelung stellt eine Kohärenz zwischen der Pflegefinanzierung, den Ergänzungsleistungen und der Sozialhilfe her. Da viele Personen, welche Pflege über längere Zeit in Anspruch nehmen müssen, in den Zuständigkeitsbereich des ELG fallen, ist eine Kohärenz mit dem ELG zu unterstützen.

Kritisch zu betrachten ist aber, dass sich trotz Allem Deckungslücken ergeben können, falls die ausserkantonal erbrachten Leistungen preislich höher sind als die vom Herkunftskanton festgelegten Tarife. Dies muss in dieser Vorlage noch geregelt werden; sonst drohen lange Streitigkeiten und damit Rechtunsicherheit, bis die Frage vor dem Bundesgericht geklärt wird.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Berücksichtigung unserer Argumente.

Freundliche Grüsse

FDP.Die Liberalen
Der Präsident



Philipp Müller
Ständerat

Der Generalsekretär



Samuel Lanz



Herrn
Bruno Fuhrer
Leiter Sektion Tarife und Leistungserbringer
Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Via elektronischen Versand:
bruno.fuhrer@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Bern, 18.12.2015

14.417 s Pa. IV. Nachbesserung der Pflegefinanzierung - Vernehmlassung

**Sozialdemokratische Partei
der Schweiz**

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Spitalgasse 34
Postfach · 3001 Bern

Telefon 031 329 69 69
Telefax 031 329 69 70

Wir danken Ihnen für die Zustellung der Unterlagen zur Vernehmlassung. Gerne nehmen wir zu den von der SGK-S vorgeschlagenen Anpassungen im KVG Stellung.

info@spschweiz.ch
www.spschweiz.ch

Allgemeine Bemerkungen

Die SP Schweiz begrüsst die Absicht der SGK-S, eine für die Finanzierung der Langzeitpflege wichtige Nachbesserung im KVG vorzunehmen. Es ist erfreulich, wenn in Bezug auf die Zuständigkeit für die Restfinanzierung endlich Klarheit geschaffen wird. Der Entscheid ist richtig, dass der bisherige Wohnsitzkanton zuständig ist, einerseits, weil so die freie Wohnsitzwahl auch für pflegebedürftige Personen gewährleistet ist, andererseits, weil diese Regelung zu einer Kohärenz mit der Sozialhilfe und den Ergänzungsleistungen führt.

Verbleibende Restkosten bei abweichenden Beiträgen

Zwar lässt sie diesen Punkt offen, doch geht die SGK-S offenbar davon aus, dass eine allfällig verbleibende Differenz durch die pflegebedürftige Person zu tragen sein wird, falls im Standortkanton des Pflegeheims höhere Restkosten anfallen als im ursprünglichen Wohnsitzkanton. Damit ist die SP Schweiz nicht einverstanden. Zum einen verstösst eine Selbstbeteiligung der Versicherten, die 20% des Pflegebeitrags der Krankenkassen übersteigt, gegen das KVG. Zum anderen gibt es auch Fälle, wo die Restkosten im Pflegeheimkanton tiefer sind als im Herkunftskanton, so dass aus Sicht der Kantone ein gewisser Ausgleich gegeben ist. In der ambulanten Pflege kann der Spitex für Einsätze bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten allerdings ein hoher administrativer Aufwand entstehen, wenn keine etablierten Abläufe mit dem Herkunftskanton (oder den Gemeinden) bestehen. Deshalb müssen in der Praxis die ausserkantonalen



ambulanten Patientinnen und Patienten zuerst selber die Spitex-Rechnung bezahlen und anschliessend eine Rückvergütung aus ihrem Herkunftskanton oder ihrer Herkunftsgemeinde beantragen, was für pflegebedürftige Menschen bzw. ihre Angehörigen keine zumutbare Lösung ist. Hier liegt es an den Kantonen, entsprechende Massnahmen zu treffen (z.B. zentraler Rechnungseingang), damit die Abrechnung der Kantonsbeiträge auch über die Kantonsgrenzen hinaus unkompliziert erfolgen kann.

Die SP Schweiz befürwortet in der stationären und ambulanten Langzeit-Pflege eine Übernahme der Restkosten, wie sie im Standortkanton des Pflegeheims anfallen, durch den Herkunftskanton.

Weitere Problembereiche

Akut- und Übergangspflege

Die SP Schweiz bedauert, dass die SGK-S die Akut- und Übergangspflege ausgeklammert hat, obwohl auch hier ein dringender Nachbesserungsbedarf besteht. So hat die kurze Dauer und der Ausschluss der Betreuungs- und Hotelleriekosten dazu geführt, dass die AÜP in vielen Kantonen bedeutungslos ist und die Chancen, die sich dadurch für die Rehabilitation und Reintegration der pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten bieten, nicht genutzt werden.

Die SP Schweiz fordert eine Neuordnung der Akut- und Übergangspflege mit folgenden Regelungen:

- Verlängerung auf sechs Wochen und Möglichkeit einer einmaligen weiteren Verlängerung um sechs Wochen
- Übernahme der Leistungen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (45% OKP, 55% Kantone) unter Einbezug der Hotellerie- und Betreuungskosten.

Mit der Annahme der Pa.lv. 14.448 (Humbel) hat die SGK-N am 13. November 2015 bereits einen Schritt in die richtige Richtung unternommen.

Beitrag der Krankenversicherung

Die SGK-S sieht keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf, um die Beiträge der OKP an die Pflege allenfalls anpassen zu können. Die SP Schweiz ist damit einverstanden, dass hierzu keine gesetzlichen Änderungen vorgenommen werden, fordert jedoch den Bundesrat dazu auf, seinen diesbezüglichen Handlungsspielraum zu nutzen und die Pflegebeiträge periodisch an die Kosten- und Preisentwicklung im Gesundheitswesen anzupassen.

Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung

Die SP Schweiz nimmt mit Befremden zur Kenntnis, dass die Kantone sich Ende 2014 aus den Projektarbeiten zur Kalibrierung der verschiedenen Systeme zur Pflegebedarfsermittlung zurückgezogen haben. Sie erwartet vom Bundesrat, dass er aktiv wird und eine Kalibrierung der vorhandenen Instrumente vornimmt, so dass gleiche Pflegesituationen in allen Kantonen gleich vergütet werden können. In der ambulanten Pflege braucht es zudem ein praktikables und schweiz-

weit anzuwendendes Instrument für Assessments zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit.



Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

Sozialdemokratische Partei
der Schweiz

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Levrat'.

Christian Levrat
Präsident

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sax'.

Anna Sax
Gesundheitspolitische Beraterin

SP60+ c/o SP Schweiz
Spitalgasse 34
Postfach
3001 Bern

marianne.demestral@bluewin.ch
carlo.lepori@bluewin.ch

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats
3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 10. Dezember 2015

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung Vernehmlassungsantwort der SP60+

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Anhörung, an welcher wir uns als direkt Betroffene Bevölkerungsgruppe gerne beteiligen.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die SP 60+ begrüsst es, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und Bereitschaft zeigt die Frage der Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege zu klären.

Gleichzeitig bedauern wir, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt der zahlreichen Probleme in Angriff genommen hat. Für die betroffene Bevölkerung besteht ein viel weiter gehender Bedarf zur Nachbesserung. Zwar nimmt die SGK-SR im erläuternden Bericht die zahlreichen Problem-bereiche auf ohne jedoch konkrete Lösungsvorschläge aufzuzeigen. Wir erlauben uns deshalb auf diese noch im speziellen einzugehen

2. Stellungnahme zur vorgeschlagenen Bestimmung

Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton für die Restfinanzierung bei „ausser-kantonaler Pflege“ zuständig sein. Ein Eintritt in ein Pflegeheim soll nichts an dieser Zuständig-keit ändern. Wir unterstützen diesen Vorschlag für den Heimbereich weil so die freie Wohn-sitzwahl auch für pflegebedürftige Personen gewährleistet ist und andererseits, weil diese Re-gelung zu einer Kohärenz mit der Sozialhilfe und den Ergänzungsleistungen führt.

Im Bereich der ambulanten Pflege wird diese Lösung jedoch für die Betroffenen grosse admi-nistrative Probleme zur Folge haben. Falls die vorgeschlagene Regelung in Kraft treten sollte, werden die Verbände den Spitex-Organisationen den ausserkantonalen Patient/innen die Voll-kosten oder, wo vorhanden, die kantonalen Normkosten in Rechnung stellen. Die Patient/innen müssen dann selber in ihrem Wohnkanton respektive in der Wohngemeinde die Restkosten-

Finanzierung einfordern. Angewiesen auf ambulante ausserkantonale Pflege sind insbesondere pflegebedürftige Menschen die zu Hause gepflegt werden und vorübergehend zur Entlastung von pflegenden Angehörigen (jemand zieht temporär zu anderen Angehörigen) oder zur Überbrückung nach einem Spitalaufenthalt (temporär zu Angehörigen) in einem anderen Kanton oder Gemeinde ziehen. Dies führt zu einer Diskriminierung dieser Patientengruppe und erschwert die ohnehin schon belastende Situation der pflegenden Angehörigen.

Die SP 60+ fordert deshalb dass im Bereich der ambulanten Pflege die Zuständigkeit anders gelöst wird. Als Variante wäre eine Regelung analog der Spitalfinanzierung denkbar. Die SP 60+ würde eine solche bevorzugen.

2.1 Verbleibende Restkosten bei abweichenden Beiträgen

Leider hat es die SGK SR versäumt klarzustellen wer eine Differenz zu tragen hat falls im Standortkanton des Pflegeheims höhere Restkosten anfallen als im ursprünglichen Wohnsitzkanton. Die SGK SR geht von der Annahme aus, diese würden durch die betroffenen Personen zu tragen sein. Dies lehnen wir kategorisch ab. Zum einen verstösst eine Selbstbeteiligung der Versicherten, die 20% des Pflegebeitrags der Krankenkassen übersteigt, gegen das KVG. Zum anderen gibt es auch Fälle, wo die Restkosten im Pflegeheimkanton tiefer sind als im Herkunftskanton, so dass aus Sicht der Kantone ein gewisser Ausgleich gegeben ist. In der ambulanten Pflege kann der Spitex für Einsätze bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten allerdings ein hoher administrativer Aufwand entstehen, wenn keine etablierten Abläufe mit dem Herkunftskanton (oder den Gemeinden) bestehen. Hier liegt es an den Kantonen, entsprechende Massnahmen zu treffen (z.B. zentraler Rechnungseingang), damit die Abrechnung der Kantonsbeiträge auch über die Kantonsgrenzen hinaus unkompliziert erfolgen kann.

Die SP 60+ fordert deshalb dass in der stationären und ambulanten Langzeit-Pflege eine Übernahme der Restkosten, wie sie im Standortkanton des Pflegeheims anfallen, durch den Herkunftskanton gewährleistet wird. Art. 25 a, Abs 5 ist sinngemäss zu ergänzen.

2.2 Verwirrende Variantenvielfalt bei der Patientenbeteiligung

In diesem Zusammenhang möchten wir auch noch auf die Variantenvielfalt bei der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege hinweisen. So gibt es beispielsweise Kantone ohne Patientenbeteiligung, andere mit einem fixen Betrag von CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag oder einem prozentualen Anteil von 10% oder 20% vom Rechnungsbetrag mit Begrenzung bei CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag. Diese Vielfalt an Varianten führt nicht nur zu einem erheblichen administrativen Aufwand bei Leistungserbringern, sondern auch zu einer Ungleichbehandlung der Pflegebedürftigen.

Die SP 60+ fordert dass die Patientenbeteiligung in der ganzen Schweiz gleich geregelt wird. Art. 25a Abs. 5 des KVG ist entsprechend zu präzisieren.

3. Weitere Problempunkte

3.1 Akut- und Übergangspflege

Die neu geschaffene Leistung der Akut- und Übergangspflege hat sich in der Tat nicht etabliert. Wie die Vergangenheit gezeigt hat werden sich Versicherer und Leistungserbringer kaum auf Pauschalen für die Leistungen der AÜP einigen können. Vielmehr muss unserer Meinung nach die Grundkonzeption der AÜP verbessert werden. Wir sind überzeugt, dass die AÜP sich nur etablieren kann, wenn sie für mehr als nur 2 Wochen verordnet werden kann und wenn bei stationärer AÜP die Hotellerie durch OKP und Kanton finanziert wird.

Die SP 60+ fordert deshalb sowohl eine Verlängerung der AÜP auf sechs Wochen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um weitere sechs Wochen wie auch die Übernahme der Leistungen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (45% OKP, 55% Kantone) unter Einbezug der Hotellerie- und Betreuungskosten.

3.2 Beiträge der Krankenversicherung

Zwar sieht die SGK-S keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf, um die Beiträge der OKP an die Pflege allenfalls anpassen zu können. Wir sind der Meinung, dass es hierzu gar keine gesetzliche Änderung braucht. Die SP 60 + fordert vielmehr den Bundesrat dazu auf, seinen diesbezüglichen Handlungsspielraum zu nutzen und die Pflegebeiträge periodisch an die Kosten- und Preisentwicklung im Gesundheitswesen anzupassen.

3.3 Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung

Für die SP 60+ ist es nicht nachvollziehbar warum sich die Kantone Ende 2014 aus den Projektarbeiten zur Kalibrierung der verschiedenen Systeme zur Pflegebedarfsermittlung zurückgezogen haben. Wir erwarten vom Bundesrat, dass er aktiv wird und eine Kalibrierung der vorhandenen Instrumente vornimmt, so dass gleiche Pflegesituationen in allen Kantonen gleich vergütet werden können. In der ambulanten Pflege braucht es zudem ein praktikables und schweizweit anzuwendendes Instrument für Assessments zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit.

3.4 Abgrenzung Pflege- und Betreuungsleistungen

Gerne nutzen wir die Gelegenheit um einmal mehr darauf hinzuweisen, dass die Regelung der Restfinanzierung in der Praxis äussert unbefriedigend gelöst ist. Nicht alle Kantone nehmen ihre Verantwortung tatsächlich wahr. In einigen Kantonen ist die Restfinanzierung viel zu tief angesetzt, was dazu führt, dass die ungedeckten Kosten in den Heimen als Betreuungsaufwand den Bewohnern in Rechnung gestellt werden. Die Kantone sind deshalb zu verpflichten, die ausgewiesenen Pflegekosten auch tatsächlich zu vergüten, denn nur so wird der Tarifschutz für die Bewohner garantiert.

3.5 Finanzierung von Pflegematerial

Gemäss BAG-Interpretation des KVGs können Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen keine Materialkosten zulasten Krankenversicherer verrechnen. Die

Finanzierung von Pflegematerialien und Mittel und Gegenständen gemäss MiGeL kann aber auch nicht im Rahmen der Restfinanzierung sichergestellt werden.

Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen, sei es im Rahmen der Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, in Zusammenhang mit der Evaluation des BAG der Pflegefinanzierung oder bei weiteren Bemühungen um Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung. Wir stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Marianne de Mestral
Co-Präsidentin SP60+



Carlo Lepori
Co-Präsident SP60+

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerates
Kommissionspräsidentin
Liliane Maury Pasquier
Bundeshaus
3003 Bern

Bern, 17. Dezember 2015

Parlamentarische Initiative „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“

Antwort der Schweizerischen Volkspartei (SVP)

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne äussern wir uns wie folgt:

**Die SVP unterstützt die vorgespurte Stossrichtung, sieht aber noch weit-
aus grösseren Handlungsbedarf. Das Pflegefinanzierungssystem muss
zwingend noch weiter angepasst werden, so dass weitere marktwirt-
schaftliche Element zur Effizienzsteigerung und zum Abbau der Bürokratie
eingeführt werden können.**

Mit der vorgeschlagenen Änderung werden Zuständigkeitskonflikte und rechtliche Streitigkeiten vermieden. Ein gutes Angebot sollte im Sinne der Patientenfreizügigkeit nicht bestraft werden. Dies stellt eine gewünschte Vereinfachung und Effizienzsteigerung dar. Der Verwaltungsaufwand muss aber weiter reduziert werden. Weitere Zusatzkosten und Unklarheiten müssen ausgeräumt werden. Darüber hinaus braucht es für kleinere Leistungserbringer, insbesondere bei der ambulanten Pflege praxistaugliche Massnahmen, welche den administrativen Aufwand minimieren.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Parteipräsident

Der Generalsekretär



Toni Brunner
Nationalrat



Martin Baltisser

Schweizerische
Parkinsonvereinigung
Geschäftsstelle
Gewerbstrasse 12a
Postfach 123
CH-8132 Egg

Telefon 043 277 20 77
Telefax 043 277 20 78
PC-Konto 80-7856-2

www.parkinson.ch
info@parkinson.ch

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Ständerats
3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Egg, 20. November 2015

**14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung
Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Verein Parkinson Schweiz dankt für die Gelegenheit, zur Vorlage „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“ Stellung zu beziehen.

Wir begrüßen es grundsätzlich, dass die SGK die Finanzierung der ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalte und der ambulanten Pflege verbessern und eine Rechtslücke schliessen will. Es ist für Parkinsonbetroffene wichtig, nicht gezwungen zu sein, das Pflegeheim des letzten Wohnsitzkantons zu berücksichtigen. Krankheitsbedingt müssen unsere Mitglieder oft bereits in jüngeren Jahren in ein Pflegeheim ziehen. Dabei ist die „soziale Heimat“ integrationsbedingt wichtiger als der letzte Wohnsitz. In diesem Sinne unterstützen wir die geplanten Änderungen.

Hingegen stehen wir der Idee kritisch gegenüber, dass der letzte Wohnsitzkanton für die Rest-Finanzierung der Pflegekosten zuständig sein soll. Bei dieser Lösung soll der Kanton jedoch nur den Betrag zahlen, den er selber an die Pflegeheime im eigenen Kanton entrichtet. Es stellt sich die Frage, wer in diesen Fällen die Differenz übernehmen muss. Solange Ersparnisse vorhanden sind, wird dies der oder die Betroffene tun müssen. Was geschieht aber, wenn keine Mittel mehr vorhanden sind? Aus unserer Sicht könnte diese Lösung - zumindest in gewissen Fällen - eine Einschränkung der freien Wahl des Wohnortes nach sich ziehen.

Bei der ambulanten Pflege (Spitex) kann die Frage des Wohnsitzes dann eine Rolle spielen, wenn Kinder zur Entlastung eines Elternteils den pflegebedürftigen Vater oder die pflegebedürftige Mutter bei sich aufnehmen. Die Betroffenen und die lokale Spitex werden in diesem Fall einen administrativen Spiessrutenlauf auslösen, der das Gegenteil von dem bewirkt, was der Bundesrat mit dieser Vorlage erreichen will: Die Unterstützung der pflegenden Angehörigen.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundlich grüsst aus Egg
Parkinson Schweiz



Carmen Stenico
Geschäftsführerin



René Gossweiler
Beratung und Bildung

Ittigen, 27. November 2015

Worbentalstrasse 32, 3063 Ittigen / Bern
Tel. 031 924 11 00
E-Mail: info@ssr-csa.ch

An die
Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerates
3003 Bern

per Mail an: bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch
(je in Word und PDF)

Stellungnahme des Schweizerischen Seniorenrates (SSR)
zur Vernehmlassung
14.417 Parlamentarische Initiative „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrter Herr Fuhrer

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung, an welcher wir uns sehr gerne beteiligen.

Der Schweizerische Seniorenrat (SSR) vertritt die wirtschaftlichen, sozialen und gesellschaftlichen Anliegen der älteren Menschen. Er ist vom Bundesrat eingesetzt als beratendes Organ des Bundesrates, des Parlamentes und der Behörden in Altersfragen.

1. Einleitung

Der SSR begrüsst es sehr, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und mit dieser Vorlage die Frage klären will, welcher Kanton die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege leisten muss.

Die vorgeschlagene Regelung löst aber das vorhandene Problem nicht.

Die Höhe der Restfinanzierung muss sich nach dem Kanton richten, in dem die Pflegeleistungen erbracht werden.

Gleichzeitig bedauern wir sehr, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt der zahlreichen offenen Probleme bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung in Angriff nehmen will.

Für die betroffenen, insbesondere chronisch kranken älteren Menschen besteht ein viel weiter gehender, dringender Bedarf zur Nachbesserung bei der Pflegefinanzierung.

Als Mitglied der IG Pflegefinanzierung haben wir den Räten diesen Nachbesserungsbedarf in einer umfassenden Dokumentation unterbreitet.

Die SGK-SR zeigt in Ihrem erläuternden Bericht einige der von uns erwähnten Problembereiche auf, ohne jedoch konkrete Lösungsvorschläge aufzuzeigen. Wir erlauben uns deshalb auf diese noch im speziellen einzugehen.

2. Stellungnahme zur vorgeschlagenen Änderung KVG Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz

Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton der Patienten für die Restfinanzierung bei „ausserkantonaler Pflege“ zuständig sein. Ein Eintritt in ein Pflegeheim soll nichts an dieser Zuständigkeit ändern. Grundsätzlich ist auch für uns diese Regelung logisch und sinnvoll. Aus folgenden Gründen sind wir aber der Meinung, dass sie nicht genügend weit geht:

2.1. Wer trägt die Differenz?

Der Herkunftskanton soll für die Festsetzung der Restfinanzierung nach seinen eigenen Regeln zuständig sein. Auch dies scheint uns logisch und nachvollziehbar. Indes lässt die SGK-SR offen, wer die vielfach anfallende Differenz der kantonalen Normkosten zwischen Herkunftskanton und Leistungserbringerkanton zu tragen hat.

Das KVG hält fest, dass der Versicherte mit höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages an den Pflegekosten belastet werden darf. Wenn bei der ausserkantonalen Pflege die Patient/innen auch noch eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten tragen müssen, widerspricht dies dem KVG.

Dass die Leistungserbringer die Differenz tragen müssen, ist auch nicht im Interesse der pflegebedürftigen Menschen.

Die fehlende Festsetzung der Restfinanzierung durch die Kantone führte in der Vergangenheit vermehrt zu „verdeckten Leistungsverrechnungen an die Patientinnen und Patienten u.a. unter dem Titel Betreuungskosten“.

Sollte keine schweizweit einheitliche Lösung gefunden werden, sind Pflegeheime und Spitex-Organisationen gezwungen, die Aufnahme von ausserkantonalen Bewohner/innen respektive Patient/innen vermehrt abzulehnen.

In vielen Fällen ist ein Übertritt in ein Pflegeheim eines anderen Kantons oder die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen nicht einfach ein Luxus, den sich jemand leisten kann oder nicht. Viele Menschen lassen sich aus wichtigen sozialen oder versorgungsbedingten Gründen ausserkantonale pflegen: Ein ausserkantonaler Heimeintritt erfolgt oft, weil jemand nahe bei der Familie im Pflegeheim leben möchte. Ein sozial wichtiger Grund; insbesondere auch, weil die pflegebedürftigen bei Heimeintritt in der Regel kaum noch mobil sind.

Ambulante ausserkantonale Pflege gibt es nicht nur für Ferienaufenthalte und bei nahe an der Kantonsgrenze lebenden Patient/innen, sondern auch zur Entlastung von pflegenden Angehörigen (jemand zieht temporär zu anderen Angehörigen) oder zur Überbrückung nach einem Spitalaufenthalt (jemand zieht temporär zu Angehörigen, bis er/sie wieder alleine leben kann).

2.2. Unsere Lösungsempfehlung

Gemäss Artikel 41 Absatz 1bis des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) gilt die freie Spitalwahl. Patientinnen und Patienten können für die stationäre Behandlung akuter Krankheiten (Somatik und Psychiatrie) oder für die stationäre Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation das Spital frei wählen. Voraussetzung ist, dass es sich um ein Listenspital handelt, d.h. das Spital muss auf der Spitalliste des Wohnkantons oder des Standortkantons aufgeführt sein.

Diese Sachlogik muss in Zukunft auch für pflegebedürftige Menschen gelten. Nur so kann verhindert werden, dass alte und pflegebedürftige Menschen gegenüber Akutpatienten benachteiligt werden.

Wir empfehlen Artikel 41 Absatz 1bis KVG „auf ambulante Pflegeleistungen in Tages- oder Nachtstrukturen oder stationär im Pflegeheim“ zu erweitern.

Eine volle Kostendeckung durch den Herkunftskanton wird geleistet, wenn die Bestimmungen nach Artikel 41 Abs. 3 KVG erfüllt sind.

Die Kostengutsprachepflicht der Herkunftskantone sollte neben Notfällen und medizinischen Gründen um „soziale Gründe“, wie Nähe zu engen Familienangehörigen oder in Vorsorgeauftrag oder Patientenverfügung erwähnte Bezugspersonen, erweitert werden.

Damit die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege sinnvoll geregelt werden kann, ist auch sicher zu stellen, dass alle Kantone die Verantwortung in der Restfinanzierung tatsächlich wahrnehmen. Heute haben wir in einigen Kantonen die Situation, dass die Restfinanzierung viel zu tief angesetzt wird. Im stationären Bereich erwirtschaften gemäss SOMED-Statistik ca. 600 Heime einen Gewinn von knapp 220 Millionen Franken, während ca. 950 Heime einen Verlust von mehr als einer halben Milliarde erleiden. Insgesamt bestehen gesamtschweizerisch also ungedeckte Pflegekosten in Pflegeheimen von ca. 250-350 Millionen Franken.

In der ambulanten Pflege gibt es Kantone, welche den erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen und den selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen keine Restfinanzierung gewähren, andere dagegen gelten die Kosten, welche durch die Erfüllung der Versorgungspflicht entstehen, nur ungenügend ab.

3. Stellungnahme zu den im Bericht ebenfalls aufgeführten Problembereiche

Seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahre 2011 zeigt sich immer deutlicher, dass der Gesetzgeber verschiedene Bereiche nicht geregelt hat. Der Schweizerische Seniorenrat SSR fordert Bundesrat und Parlament auf, unverzüglich die dringend notwendigen Nachbesserungen für eine **einheitliche und schweizweit verbindliche Pflegefinanzierung** jetzt anzupacken.

Für pflegebedürftige Menschen ist zur Zeit der KVG Grundsatz, obligatorisch eine qualitativ hoch stehende und umfassende Grundversorgung für alle Versicherten im gleichen Leistungsumfang zu leisten nicht mehr gewährleistet.

Für eine Gleichbehandlung der älteren Menschen nach KVG muss im Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung sichergestellt werden, dass:

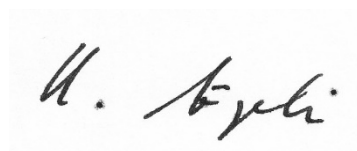
1. die Zuständigkeiten für die **Restfinanzierung der Pflegekosten** für Patientinnen und Patienten im stationären Bereich (Pflegeheime) und ambulanten Bereich (SPITEX) **schweizweit einheitlich** gelöst werden;
2. die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung jährlich an die **Kostenentwicklung im Gesundheitswesen angepasst werden**;
3. auf die „willkürliche Aufteilung“ von **Pflegekosten** und **Betreuungskosten** verzichtet und der Begriff der „Pflege“ wieder ganzheitlich, im Sinne des *Experten-/Forschungsbericht zur Kranken- und Unfallversicherung – Finanzierung der Pflege – BAG Grundlagen zur 3. KVG-Revision vom Februar 2004*, angesehen und auch entsprechend entschädigt wird;
4. den Patientinnen und Patienten keine **Hotelkosten** verrechnet werden, **die nicht verrechenbare Pflege- und Betreuungskosten enthalten**. Auch die Abgeltung von Hotel- und Infrastrukturkosten muss im Sinne der „Spitalfinanzierung“ schweizweit einheitlich geregelt werden;
5. die **ungenügenden Fristen für die Akut- und Übergangspflege (AüP)** an die medizinischen Bedürfnisse der Kranken nach einem Spitalaufenthalt angepasst werden. Zwingend scheint uns eine Verlängerung der Leistungspflicht auf sechs Wochen mit der Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um sechs Wochen. Im weiteren sind die Leistungen der AüP im Pflegeheim nach den Regeln der Spitalfinanzierung inklusive der Kosten für Hotellerie und Betreuung zu vergüten.

Schlussbemerkungen

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Angaben zu dienen und stehen Ihnen gerne für Fragen zur Verfügung. Wenden Sie sich bitte direkt an den Präsidenten unserer Arbeitsgruppe „Gesundheit im Alter“, Herr Hans Rudolf Schönenberg, Schweizerischer Seniorenrat, Zielhagweg 1, 8240 Thayngen SH.

Mit freundlichen Grüssen

Schweizerischer Seniorenrat



Karl Vögeli
Co-Präsident



Michel Pillonel
Co-Präsident

Geht an:

- Vasos
- SVS
- z.K. an IG Pflegefinanzierung

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats

3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Yverdon-les-Bains, 17. Dezember 2015

**14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung
Vernehmlassungsantwort Schweizerische Alzheimervereinigung**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, zur vorgeschlagenen Änderung von Artikel 25a KVG Stellung zu nehmen. Dabei werden wir v.a. diejenigen Punkte behandeln, die aus Sicht der Menschen mit einer Demenzerkrankung und ihren Angehörigen von besonderer Bedeutung sind. Zu den übrigen Punkten verweisen wir auch auf die Eingabe der IG Pflegefinanzierung, welche wir mitunterzeichnet haben.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die Schweizerische Alzheimervereinigung hat schon die ursprüngliche Neuordnung der Pflegefinanzierung (2008) begleitet und schon damals auf die besondere Problematik bei Demenzerkrankungen hingewiesen. Heute zeigt es sich, dass sich die Probleme bei der Finanzierung der Leistungen bei Demenz noch verschärft haben. Der durch eine Demenzerkrankung verursachte zusätzliche Aufwand bei der Pflege und Betreuung muss – obwohl krankheitsbedingt – immer mehr durch die Betroffenen selber finanziert werden. Eine adäquate Abbildung der Leistungen für demenzkranke Menschen im Gesetz fehlt bis heute, und die Probleme bei der Restfinanzierung verschärfen das Problem noch zusätzlich.

Die Schweizerische Alzheimervereinigung begrüsst es deshalb, dass die Sozial- und Gesundheitskommission der Ständerats (SGK-SR) einen Nachbesserungsbedarf bei der Pflegefinanzierung erkannt hat. Leider – so zeigt sich heute – beschränkt sich dieser Vorschlag auf die Frage der Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege. Die weiteren dringenden Probleme rund um die Restfinanzierung wurden nicht in die Revision

miteinbezogen. Auch ist es aus Sicht der Schweizerischen Alzheimervereinigung sehr bedauerlich, dass bei dieser "Nachbesserung der Pflegefinanzierung" die SGK-SR die Gelegenheit verpasst hat, den auch im Rahmen der nat. Demenzstrategie als wichtig beurteilten Bereich der adäquaten Abgeltung der Leistungen bei Demenzerkrankungen zu berücksichtigen.

2. Stellungnahme zur vorgeschlagenen Änderung von Art. 25a KVG

Es ist wichtig, dass bei der ausserkantonalen Pflege festgelegt wird, welcher Kanton für die Restfinanzierung aufkommen muss. Die von der SGK-SR vorgeschlagene Lösung, dass der Herkunftskanton zuständig sein soll, erscheint sinnvoll. Probleme bereitet indessen, dass dieser dabei die eigenen Regeln zur Festsetzung der Restfinanzierung anwenden darf. Offen bleibt, wer eine allfällige Differenz der Kosten tragen muss. Es kann nicht sein, dass die Versicherten noch mehr belastet werden, hält doch das KVG fest, dass sie höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages an den Pflegekosten selber bezahlen müssen. Wenn auf der anderen Seite die Leistungserbringer die Differenz tragen müssen, kann es sein, dass sie ausserkantonale Patienten vermehrt ablehnen – umso mehr, wenn es sich dabei um „teure“ demenzkranke Patienten handelt. Ein Heimaufenthalt in der Nähe der Familie, die Möglichkeit von regelmässigen Besuchen durch Familienangehörige, sollte jedoch möglich bleiben, gerade auch für Menschen mit einer Demenzerkrankung. In unserer Beratungspraxis werden wir immer wieder mit solchen Wünschen konfrontiert, die dann oftmals aus finanziellen Gründen scheitern.

Aufgrund dieser Erwägungen ist die Schweizerische Alzheimervereinigung der Ansicht, dass definiert werden muss, welcher Kanton für die Finanzierung der Differenz zu den allenfalls höheren Norm- oder Vollkosten aufkommen muss.

Weitere wichtige Punkte aus dem erläuternden Bericht

Zu 2.4.1 Anpassung der Beiträge der Krankenpflegeversicherung

Immer mehr Menschen bleiben so lange wie möglich zu Hause, auch mit komplexeren Krankheitsbildern, z.B. einer Demenzerkrankung. 60 - 70 % der Menschen im Heim haben – oft zusätzlich zu anderen Krankheiten – eine Demenz. Es braucht genügend und gut qualifiziertes Personal, um eine adäquate Pflege dieser Menschen gewährleisten zu können. Dies ist mit entsprechenden Kosten verbunden. Die Beiträge der OKP sollten deshalb regelmässig an diese Kostenentwicklung angepasst werden.

Gleichzeitig zeigt sich auch, dass die im geltenden System der Pflegefinanzierung bestehende 12-Stufen-Lösung für den stationären Bereich nicht ausreichend ist, um komplexe Fälle abzudecken. Es sollten deshalb weitere sechs Stufen zu je 20 Minuten eingeführt werden und dafür entsprechend höhere Beiträge der OKP festgesetzt werden.

Andernfalls riskiert man, dass Menschen mit einem sehr hohen Pflegebedarf nicht mehr überall aufgenommen werden oder die höheren Kosten selber bezahlen müssen. Im Gegenzug sollte jedoch die Patientenbeteiligung auf 10 % des höchsten Pflegebeitrags beschränkt werden, da sonst die Erhöhung durch sie mitfinanziert werden muss.

zu 2.4.3 Die Abgrenzung von Pflege- und Betreuungskosten

Für die Schweizerische Alzheimervereinigung ist diese Abgrenzung zwischen Pflege- und Betreuungskosten einer der zentralen Punkte. Bei Menschen ohne Demenz kann diese Unterscheidung vielleicht noch klar gemacht werden: Pflegeleistungen sind diejenigen Leistungen, die in Gesetz resp. Verordnung präzise definiert sind und an welche die OKP Leistungen erbringen muss. Unter Betreuung, die nicht über die OKP finanziert werden muss, fallen z.B. Aktivierung, Spielnachmittage, Ausflüge etc. Bei Menschen mit Demenz sind Pflege und „Betreuung“ aber miteinander verbunden. Menschen mit Demenz brauchen beides, sie brauchen Pflege – insbesondere mit zunehmendem Krankheitsverlauf – sie brauchen vor allem aber auch Betreuung und Begleitung bei den täglichen Aktivitäten. Schon in der ersten Diskussion um die Revision der Pflegefinanzierung war dies für die Schweizerische Alzheimervereinigung ein zentrales Thema. Es wurde damals bei der Revision der KLV in Aussicht gestellt, dass in Bezug auf Definition und Umfang der Pflegeleistungen eine Überprüfung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen wird und dabei insbesondere geklärt werden soll, *ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die (...) Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden und gegebenenfalls Anpassungen notwendig sind*. Heute, 7 Jahre später, sind wir noch nicht viel weiter.

Immerhin befasst sich heute die nationale Demenzstrategie in Projekt 4.1 mit der Finanzierung der Leistungen für Menschen mit Demenz. Dabei wird einerseits die Frage nach dem zeitlichen Mehraufwand bei den Pflegeleistungen für demenzkranken Menschen geprüft, andererseits versucht, die demenzspezifischen, krankheitsbedingten und eng mit der Pflegeleistung verbundenen Betreuungs- bzw. Überwachungsleistungen präziser zu umschreiben. Auch die Koordinationsleistungen sollen besser definiert werden. Wir werden uns dafür einsetzen, dass in einem zweiten Schritt dann auch die notwendigen Anpassungen auf Gesetzes- resp. Verordnungsstufe vorgenommen werden, damit die für Menschen mit Demenz notwendigen Leistungen endlich vergütet werden.

Solange diese Unsicherheiten aber noch bestehen, wird weiterhin versucht werden, die fehlenden Beiträge der Versicherer auf die Patienten zu überwälzen. Nach unserer Information bezahlt einzig der Kanton AG einen sog. Demenzzuschlag. Damit soll vermieden werden, dass die Kosten durch den Zusatzaufwand für spezialisierte Pflegeleistungen auf die Pensions- und Betreuungstaxen und somit auf die demenzkranken Patienten selber überwälzt werden. Und solange die Kantone nicht einmal alle auf ihrem Gebiet anfallenden Restkosten übernehmen, werden die Patienten weiterhin „die Rechnung bezahlen müssen“.

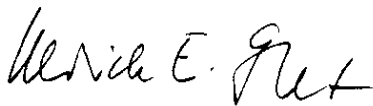
Weiteres Thema mit Revisionsbedarf: Variantenvielfalt bei der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege

Heute gibt es bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege eine Vielzahl von Lösungen. In einigen Kantonen müssen die Patienten keinen Anteil übernehmen, in anderen bezahlen sie fixe Beträge (z.B. Fr. 8.- oder Fr. 15.95 pro Tag) oder einen prozentualen Anteil. Diese Variantenvielfalt ist weder für die Leistungserbringer noch für die Patienten eine gute Lösung. Es sollte eine einheitliche Lösung gefunden werden, die so ausgestaltet wird, dass sie nicht prohibitiv wirkt. Es darf nicht sein, dass Angehörige, die beispielsweise demenzkranke Menschen zu Hause pflegen, aus Kostengründen auf die Unterstützung durch die Spitex verzichten.

Wir danken Ihnen bestens für die Berücksichtigung unserer Anliegen, sei es im Rahmen der Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, in Zusammenhang mit der Evaluation Pflegefinanzierung des BAG oder aber bei Projekt 4.1 der nat. Demenzstrategie, das sich mit der Finanzierung der Leistungen für Menschen mit Demenz befasst. Gerne stehen wir auch für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Schweizerische Alzheimervereinigung



Ulrich E. Gut
Zentralpräsident



Birgitta Martensson
Geschäftsleiterin



Frau Ständerätin
Liliane Maury Pasquier
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Ständerates
3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 15.12.2015

14.417 s Pa.IV. Nachbesserung der Pflegefinanzierung Vernehmlassung von Integration Handicap

Dachverband
der Behindertenorganisationen
Schweiz

Faîtière suisse
des organisations
de personnes handicapées

Mühlemattstrasse 14a
3007 Bern
Tel 031 370 08 30
Fax 031 370 08 51

info@integrationhandicap.ch
www.integrationhandicap.ch

PC 80-311-4

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren Ständeräte

Sie haben uns Gelegenheit gegeben, uns zum Entwurf für eine Nachbesserung der Pflegefinanzierung zu äussern, wofür wir Ihnen herzlich danken. Integration Handicap vertritt als schweizerischer Dachverband der Behindertenorganisationen die Interessen von Menschen mit Behinderungen. Diese sind häufig auf Pflegeleistungen der anerkannten Leistungserbringer angewiesen, einerseits im ambulanten Bereich, andererseits aber auch in Pflegeheimen. Wir nehmen deshalb gerne wie folgt zum Entwurf Stellung:

1. Interkantonale Zuständigkeit

a) bei Pflegeheimen:

Der Entwurf zu einer Änderung von Art. 25a Abs. 5 KVG beschränkt sich auf eine Regelung zur Klärung der interkantonalen Zuständigkeit für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen. Er schlägt vor, dass für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung der Kanton zuständig ist, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat, wobei der Aufenthalt in einem Pflegeheim künftig keine neue Zuständigkeit begründen soll.

Integration Handicap ist damit einverstanden, dass der bisherige Wohnsitzkanton im Falle eines Eintritts in ein ausserkantonales Pflegeheim für die **Auszahlung** der Restfinanzierung zuständig sein soll. Ei-

nerseits wird damit eine Regelung getroffen, die mit der bestehenden Zuständigkeit im EL-Bereich übereinstimmt. Andererseits wird nur mit einer solchen Lösung sichergestellt, dass Pflegeheime bereit sind, auch ausserkantonale Patientinnen und Patienten aufzunehmen.

Damit sind allerdings noch nicht alle Fragen gelöst: Wenn der Wohnsitzkanton für die Pflege Normkosten oder Höchstgrenzen definiert hat, welche tiefer liegen als die im Standortkanton anerkannten und tatsächlichen entstehenden Pflegekosten, dann bleibt unklar, wer die Kostendifferenz übernehmen muss: Es darf unseres Erachtens weder der Leistungserbringer (Pflegeheim) sein noch die versicherte Person; denn deren maximale Kostenbeteiligung ist in Art. 25a Abs. 5 KVG bereits festgelegt und kann nicht überschritten werden.

Wir sind deshalb der Auffassung, dass der Wohnsitzkanton bei einem ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalt **die im Standortkanton geltenden Normen zur Berechnung der Pflegekosten anerkennen muss**, aufgrund deren das Pflegeheim auch Rechnung zu stellen pflegt. Dies ist die einzige Lösung, die sich auch mit einem vernünftigen Aufwand für Leistungserbringer und Versicherte umsetzen lässt. Sie ist auch für den Wohnsitzkanton tragbar, da er diesen nicht nur belastet, sondern (bei billigeren ausserkantonalen Kosten) entlastet. Die Regelung von Art. 25a Abs. 5 ist entsprechend zu präzisieren.

Art. 25a Abs. 5 KVG

(...) Für die Übernahme der Restfinanzierung ist der Kanton zuständig, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Sie richtet sich nach den im Aufenthaltskanton massgebenden Ansätzen. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.

b) bei ambulanter Pflege:

Was für den stationären Bereich Gültigkeit hat, gilt umso mehr für den ambulanten Bereich, wo in der Regel nur kurzfristig während Besuchen und Ferien Pflegeleistungen von den Spitex-Organisationen erbracht werden müssen. In diesen Fällen muss sich die **Rechnungsstellung nach den im Standortkanton geltenden Regelungen mit den in diesem Kanton üblichen Formularen richten**. Ohne eine solche Lösung ergibt sich ein sowohl für die Leistungserbringer wie auch für die Versicherten enormer administrativer Aufwand und eine stetige Unsicherheit im Falle einer interkantonal unterschiedlichen Höhe der anerkannten Kosten. Weil die ausserkantonale ambulante Pflege mengenmässig nicht ins Gewicht fällt, ist eine solche Regelung den finanzierenden Wohnsitzkantonen ohne weiteres zuzumuten.

Kommt eine Regelung im obigen Sinn nicht zustande, so schlagen wir als **Alternative** vor, dass **im ambulanten Bereich die Restfinanzierung vom Kanton geleistet wird, in dem die ambulanten Pflegeleistungen tatsächlich erbracht werden.**

2. Weitere Anliegen zur Nachbesserung der Pflegefinanzierung:

a) Allgemeines:

Integration Handicap ist der Auffassung, dass beim Anlass der vorgesehenen Nachbesserung der Pflegefinanzierung nicht nur die Frage der ausserkantonale erbrachten Pflegeleistungen einer Regelung zuzuführen ist, sondern dass darüber hinaus weitere Schwachstellen im Bereich der Pflegefinanzierung gelöst werden müssten. Wir weisen in diesem Zusammenhang auf den von der **IG Pflegefinanzierung** dem Ständerat eingereichten Katalog über den Reformbedarf hin. Wir möchten an dieser Stelle die folgenden drei Punkte im Besonderen hervorheben.

b) Periodische Anpassung der Krankenkassenbeiträge:

Integration Handicap ist der Auffassung, dass der Bundesrat die Beiträge der Krankenversicherer periodisch (z.B. wie bei den AHV/IV-Renten alle 2 Jahre, vgl. Art. 333ter AHVG) der Lohn- und Preisentwicklung anzupassen hat. Tut er dies nicht, so verringert sich die Finanzierungsquote der Krankenversicherer an den realen Pflegekosten sukzessive und steigt die Belastung der Kantone als Restfinanzierer im selben Ausmass. Damit verstärkt bei den Kantonen den Druck und fördert unzulässige Handhabungen (zusätzliche Rechnungstellung von Wegpauschalen und von Pflegematerial, Verweigerung der Restfinanzierung bei privaten Spitexorganisationen usw.), die letztlich auch wieder die Patientinnen und Patienten treffen.

Im erläuternden Bericht wird unter Ziffer 2.4.1 zwar geltend gemacht, der Bundesrat bzw. das EDI habe schon heute einen Handlungsspielraum, weshalb kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf bestehe. Wenn aber die Verwaltung ihren Handlungsspielraum offensichtlich nicht im Sinne einer periodischen Anpassung nutzen will, bedarf es dennoch der Einführung einer Verpflichtung im Rahmen des Gesetzes. Integration Handicap fordert deshalb eine Ergänzung von Art. 25a Abs. 4 KVG:

Art. 25a Abs. 4 KVG

Der Bundesrat setzt die Beiträge (...) fest. Er passt sie alle zwei Jahre der Lohn- und Preisentwicklung an. (...)

c) Kostenbeteiligung der Versicherten im ambulanten Bereich:

Das Gesetz sieht vor, dass der versicherten Person von den Pflegekosten höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältzt werden dürfen. Während dieser Ansatz im Falle der stationären Pflege gesamtschweizerisch mehr oder weniger einheitlich angewandt wird, haben sich im Bereich der ambulanten Pflege 26 unterschiedliche kantonale Lösungen etabliert mit Kostenbeteiligungen zwischen 0 und 15.95 Franken pro Tag. Eine derartig unterschiedliche kantonale Praxis ist für eine nationale Sozialversicherung höchst problematisch und erschwert auch die Koordination der Finanzierung bei ausserkantonaler erbrachten Pflegeleistungen.

Integration Handicap ist der Auffassung, dass die Kostenbeteiligung der Versicherten gesamtschweizerisch einheitlich zu regeln ist und dass dabei im Sinne einer Förderung eines möglichst langen selbständigen Wohnens der Ansatz bei der ambulanten Pflege tiefer festzulegen ist, was eine Anpassung von Art. 25a Abs. 5 KVG bedingt. Dabei sollte ein Mittelwert zwischen den heute anwendbaren kantonalen Ansätzen gewählt werden.

Art. 25a Abs. 5 KVG

Der versicherten Person dürfen (...) im Falle einer ambulanten Pflege 10% und im Falle einer stationären Pflege 20% des höchsten (...)

d) Kürzung von Pflegeleistungen durch die Versicherer bei gleichzeitigem Bezug einer Hilflosenentschädigung:

Bei intensiver und langdauernder ambulanter Pflege kürzen die Krankenversicherer immer wieder ihre Leistungen an die Krankenpflege mit Hinweis auf eine angebliche Überentschädigung, verursacht durch den gleichzeitigen Bezug einer Hilflosenentschädigung der IV, AHV oder unfallversicherung. Wohl rechnen sie dabei nur einen Teil der Hilflosenentschädigung an (das Bundesgericht hatte dies in einem Urteil verlangt, weil die Hilflosenentschädigung nicht nur der Finanzierung der Grundpflege diene, sondern auch anderen zwecken wie der Fortbewegung und der Pflege gesellschaftlicher Kontakte) und verzichten auf eine Kürzung, wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass ihr anderweitig genügend hohe ungedeckte Pflegekosten (z.B. durch die Anstellung einer Privatperson) entstanden sind.

Wird die Pflege allerdings primär durch Familienangehörige erbracht und dient die Hilflosenentschädigung als Entgelt für diese oft intensive Tätigkeit, wird dennoch gekürzt. Die Pflege durch Familienangehörige wird bei der Überentschädigungsberechnung nicht berücksichtigt, aus-

ser die Familienangehörigen können einen Verdienstausschlag (z.B. Kündigung einer bisherigen Stelle) nachweisen. Familienangehörige werden somit für ihren Einsatz bei der Pflege durch zusätzliche Kürzungen bei ergänzender Spitex-Pflege bestraft!

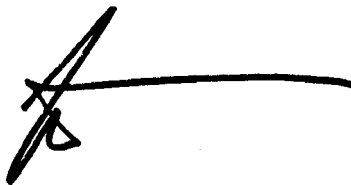
Integration Handicap ist der Auffassung, dass die ungerechtfertigten Leistungskürzungen durch eine Anpassung der Überentschädigungsregelung von Art. 69 Abs. 2 ATSG (Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts) verhindert werden müssen:

Art. 69 Abs. 2 ATSG

Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls massig entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall entstandenen Mehrkosten, eines angemessenen Entgelts für den durch Angehörige erbrachten Mehraufwand sowie allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
INTEGRATION HANDICAP

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'J' followed by a horizontal line and a small flourish.

Julien Jaeckle
Geschäftsleiter

Frau Ständerätin
Liliane Maury Pasquier
Präsidentin der Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit des Ständerats
3003 Bern

per E-Mail an: bruno.fuhrer@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Bern, 1. Dezember 2015/lp

Stellungnahme zum Erlassentwurf betreffend parlamentarische Initiative 14.417 «Nachbesserung der Pflegefinanzierung»

Sehr geehrte Frau Präsidentin

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum genannten Erlassentwurf Stellung nehmen zu können.

Die Gesetzesänderung sieht vor, dass bei ausserkantonalen Pflegeleistungen der Herkunftskanton der Patientin bzw. des Patienten für die Restfinanzierung aufkommen muss. Der Herkunftskanton wird anhand des zivilrechtlichen Wohnsitzes bestimmt, wobei ein Pflegeheimeintritt in einem anderen Kanton keine neue Zuständigkeit begründet.

1) Die Haltung von curafutura

curafutura unterstützt diese Regelung unter dem Vorbehalt, dass die Restfinanzierung vollständig unter den Kantonen geregelt wird und den ausserkantonalen Pflegepatientinnen und Pflegepatienten keine Zusatzkosten entstehen.

curafutura begrüsst, dass mit der geplanten Gesetzesänderung einerseits die Zuständigkeit klar geregelt und andererseits sichergestellt wird, dass der Herkunftskanton die Restfinanzierung übernimmt, welcher – in der Regel über einen längeren Zeitraum – von den Steuereinnahmen der betroffenen Person profitieren konnte. Die gleiche Bestimmung gilt auch bereits im Bereich des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG).

2) Keine ungedeckte Restfinanzierung zu Lasten der Pflegepatientinnen und Pflegepatienten

Für die Festsetzung der Restfinanzierung bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten schlägt die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) im erläuternden Bericht vor, die Pflegekosten des Herkunftskanton als Berechnungsgrundlage heranzuziehen. In bestimmten Fällen könne es nun vorkommen, dass die Pflegekosten ausserhalb des Kantons die Pflegekosten im Herkunftskanton übersteigen. Eine daraus entstehende Deckungslücke müsse dabei von der Patientin bzw. vom Patienten selbst übernommen werden.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Aus Sicht von curafutura läuft diese Sichtweise über die Restfinanzierung dem Wortlaut von Artikel 25a Absatz 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zuwider: Die versicherte Person muss demnach maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten KVG-Beitrags selber übernehmen. Das Gesetz hält darüber hinaus explizit fest: «Die Kantone regeln die Restfinanzierung.»

Es kann nun nicht sein, dass sich die Kantone der Pflicht zur Restfinanzierung im Bereich von «Deckungslücken bei ausserkantonalem Pflegeaufenthalt» entziehen können. Die bestehende Bestimmung, wonach die Kantone die Restfinanzierung regeln, schliesst die Existenz solcher Deckungslücken aus. Durch die nun vorgesehene und erwünschte Präzisierung, welcher Kanton die Restfinanzierung im Einzelfall zu tragen hat, lässt sich unseres Erachtens nicht ableiten, dass die Höhe der Restfinanzierung beschränkt und die Differenz den Pflegepatienten aufgebürdet werden kann.

Wir bitten die SGK-SR deshalb, diesen Punkt nochmals zu prüfen und eine Lösung im Sinne der Patientinnen und Patienten zu erarbeiten.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
curafutura

Beat Knuchel
Stv. Direktor
Leiter Gesundheitspolitik

Luca Petrini
Projektleiter Gesundheitspolitik



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Per E-Mail

bruno.fuhrer@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

Für Rückfragen:
Isabel Kohler
Direktwahl: +41 32 625 4131
Isabel.kohler@santesuisse.ch

Solothurn, 30. November 2015

Parlamentarische Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung (Pa. Iv. 14.417); Stellungnahme santésuisse im Rahmen der Vernehm- lassung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur vorgeschlagenen Änderung des KVG (Ergänzung von Art. 25a Abs. 5) mit „Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.“ Stellung nehmen zu können.

Gerne teilen wir Ihnen mit, dass die vorgeschlagene Änderung für santésuisse grundsätzlich in die richtige Richtung geht. Die vorgeschlagene Änderung soll sicherstellen, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Damit wird die kantonsübergreifende Pflegeheimplanung begünstigt und Kantone, in denen mehr Pflegeheimplätze zur Verfügung stehen als für die eigene Bevölkerung benötigt werden, werden finanziell nicht zusätzlich benachteiligt. Auch aus Sicht der Patientenfreizügigkeit ist die Änderung zu befürworten, da diese durch die aktuell gültige Regelung faktisch behindert wird, was im Widerspruch zum KVG steht.

Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse

Abteilung Grundlagen

Verena Nold
Direktorin

Stephan Colombo
Leiter a.i.